

**БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФТИЗИАТРІЇ ТА ПУЛЬМОНОЛОГІЇ**

**МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ДРУГОГО ЕТАПУ
ЄДКІ З ФТИЗИАТРІЇ**

ДЛЯ СТУДЕНТІВ ВИПУСКНОГО КУРСУ

За редакцією Л.Д. Тодоріко

**навчальний посібник для студентів випускного курсу
вищих медичних навчальних закладів**

ЧЕРНІВЦІ, 2025

Рекомендовано Вченою радою Буковинського державного медичного університету навчальний посібник для студентів випускного курсу вищих медичних навчальних закладів «Матеріали для самопідготовки студентів до другого етапу ЄДКІ з фтизіатрії» (протокол № 9 від 29.05.2025 р.).

Навчальний посібник «Матеріали для самопідготовки студентів до другого етапу ЄДКІ з фтизіатрії» для студентів випускного курсу вищих медичних навчальних закладів. – за редакцією професора Л. Тодоріко. Автори: Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В., Підвербецька О.В., Семянів І.О., Підвербецький О.Я., Сливка В.І. Буковинський державний медичний університет; 2025. 214 с.

Рецензенти:

О.С. Шевченко – завідувач кафедри фтизіатрії та пульмонології Харківського національного медичного університету, доктор мед. наук, професор.

Л.А. Грищук – зпрофесор закладу вищої освіти кафедри пропкдевтики внутрішньої медицини та фтизіатрії Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України.

Навчальний посібник «Матеріали для самопідготовки студентів до другого етапу ЄДКІ з фтизіатрії» для студентів випускного курсу вищих медичних навчальних закладів.

Затверджено засіданням Вченої ради Буковинського державного медичного університету, протокол № 9 від 29.05.2025 р.

Навчальний посібник створено відповідно до вимог Болонського процесу. У ньому наведено основні клінічні ситуації та тестові завдання з фтизіатрії для підготовки до складання ЄДКІ.

ISBN 978-617-519-190-3

© Під редакцією професора Л.Д. Тодоріко
(Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В., Підвербецька О.В., Семянів І.О.,
Підвербецький О.Я., Сливка В.І.)

© Буковинський державний медичний університет, 2025

		Сторінка
Ключові терміни та скорочення		4
Передмова		5
Ситуаційні задачі		8
Додатки	1.1. Туберкульоз щелепно-лицевої локалізації.....	151
	1.2. Рентгенологічна симптоматика при захворюваннях органів дихання.....	183
	1.3 Тест-схема: "Рентгенодіагностика туберкульозу органів дихання".....	207
Список використаної літератури.....		212

КЛЮЧОВІ ТЕРМІНИ ТА СКОРОЧЕННЯ

АМБП	–	АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНІ ПРЕПАРАТИ
АМБТ	–	АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ
БЦЖ	–	БАЦИЛА КАЛЬМЕТА-ГЕРЕНА
ВІЛ/ТБ	–	ВІЛ/ТУБЕРКУЛЬОЗ
ВООЗ	–	ВСЕСВІТНЯ ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
гТМЧ	–	ТЕСТ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ ЧУТЛИВІСТЬ, ОТРИМАНИЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ГЕНОТИПОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ
ІФ	–	ІНТЕНСИВНА ФАЗА
КСБ	–	КИСЛОТОСТІЙКІ БАКТЕРІЇ
ЛС-ТБ	–	ЛІКАРСЬКО-СТІЙКИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЛТБІ	–	ЛАТЕНТНА ТУБЕРКУЛЬОЗНА ІНФЕКЦІЯ
МБТ	–	МІКОБАКТЕРІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ОГК	–	ОРГАНИ ГРУДНОЇ КЛІТКИ
ПЛ	–	ПРОФІЛАКТИЧНЕ ЛІКУВАННЯ
ПФ	–	ПІДТРИМУЮЧА ФАЗА
ТБ	–	ТУБЕРКУЛЬОЗ
ТО	–	ТУБЕРКУЛІНОВІ ОДИНИЦІ
ТШП	–	ТУБЕРКУЛІНОВА ШКІРНА ПРОБА
фТМЧ	–	ТЕСТ НА МЕДИКАМЕНТОЗНУ ЧУТЛИВІСТЬ, ОТРИМАНИЙ ЗА ДОПОМОГОЮ ФЕНОТИПОВИХ МЕТОДІВ ДІАГНОСТИКИ
Bdq	–	БЕДАКВІЛІН
Cfz	–	КЛОФАЗИМІН
Cs	–	ЦИКЛОСЕРИН
Dlm	–	ДЕЛАМАНІД
E	–	ЕТАМБУТОЛ
Eto	–	ЕТІОНАМІД

H	–	ІЗОНІАЗИД
Lfx	–	ЛЕВОФЛОКСАЦИН
Lzd	–	ЛІЕЗОЛІД
Mfx	–	МОКСИФЛОКСАЦИН
R	–	РИФАМПІЦИН
Z	–	ПІРАЗИНАМІД

ПЕРЕДМОВА

Одну з основних загроз для здоров'я людства на сучасному етапі становить туберкульоз. Україна як і усі цивілізовані країни обрала курс на подолання туберкульозу. У 2023 році вдруге відбулась Нарада високого рівня Генральної асамблеї ООН, де представники більшості держав та урядів світу підтвердили свої зобов'язання покласти край епідемії туберкульозу до 2030 року.

У 90-х роках ХХ ст. соціально-економічна криза в Україні, стреси, незбалансоване харчування, вплив малих доз радіації після Чорнобильської катастрофи, забруднення навколишнього середовища, насамперед повітря, води і продуктів харчування промисловими викидами, пестицидами, призвели до зниження імунітету багатьох людей, що нарівні з недостатністю заходів контролю за туберкульозною інфекцією стало передумовою для спалаху туберкульозу. Нині туберкульоз значно поширений у країнах пострадянського простору, а також у найбідніших країнах Африки та Азії. В економічно розвинених країнах у представників корінного населення туберкульоз діагностують рідко. Випадки захворювання у цих країнах пов'язані переважно з ВІЛ-інфекцією або міграцією населення з країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз.

Туберкульоз – це насамперед соціальна хвороба, тому захворюваність на нього зростає в країнах з поганими соціально-економічними умовами життя, низьким рівнем освіти та санітарної культури населення. У квітні 1993

р. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) проголосила туберкульоз глобальною небезпекою. Стратегія ВООЗ з ліквідації туберкульозу на період після 2015 року, прийнята Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2014 році, спрямована на подолання глобальної епідемії туберкульозу в рамках Цілей сталого розвитку.

Недоліки в роботі системи охорони здоров'я, поширення ВІЛ і розвиток стійких до антимікобактеріальних препаратів форм туберкульозу загострили проблему туберкульозу в Україні.

У 2001 році Верховна Рада України ухвалила Закон України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». Після цього були видані відомчі накази, що регламентують роботу фтизіатричної служби держави. У лютому 2024 року введено в дію Закон України «Про подолання туберкульозу в Україні», де концептуально змінено підхід від протидії до подолання туберкульозу, імплементовано положення Глобальної стратегії боротьби з ТБ ВООЗ, зміцнено державні гарантії лікування для людей, які хворіють на туберкульоз, використано дестигматизуючу, засновану на правах людини термінологію, створюються умови для навчання здобувачів освіти, зокрема дітей, які хворіють на туберкульоз, та інше.

Велику допомогу в організації протитуберкульозної роботи в Україні надали міжнародні організації, передусім Регіональне Європейське бюро ВООЗ, бюро ВООЗ в Україні, Агенство США з міжнародного розвитку (USAID). За участі іноземних фахівців проведено десятки конференцій, нарад-тренінгів. Співробітництво з міжнародними організаціями сприяло матеріальній підтримці заходів боротьби з туберкульозом, підвищенню рівня знань медичних працівників. Корисною була взаємодія з такими поважними організаціями, як Світовий банк і Глобальний фонд боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією. Державою за підтримки міжнародних організацій створено всі умови для того щоб усі люди, які хворіють на туберкульоз, мали доступ до послуг з діагностики, лікування та профілактики туберкульозу та отримували якісну безкоштовну протитуберкульозну медичну допомогу,

незважаючи на усі виклики та загрози. В умовах повномасштабної війни медичні працівники працювали, продовжували надавати медичну допомогу людям, які хворіють на туберкульоз, в бомбосхвищах, під обстрілами, продемонстрували незламність протитуберкульозної служби.

З огляду на те, що важливою ланкою в подоланні епідемії туберкульозу є лікарі загальної мережі, їх професійна підготовка видається вкрай відповідальним процесом. Це зумовило необхідність створення національного підручника з фтизіатрії із залученням українських і зарубіжних висококваліфікованих фахівців у цій галузі, які володіють безцінним досвідом клінічної, педагогічної та наукової роботи.

Навчальний посібник створено відповідно до вимог Болонського процесу. У ньому наведено основні клінічні ситуації та тестові завдання з фтизіатрії для підготовки до складання ЄДКІ. Викладено найновіші розробки вітчизняних і світових учених, матеріали ВООЗ, які уніфіковано робочими протоколами з дотриманням послідовності й обсягу надання спеціалізованої медичної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз.

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1

Хворий 43 роки. Захворів гостро, скарги на загальну слабкість, кашель з відходженням мокротиння, задишку при незначному фізичному

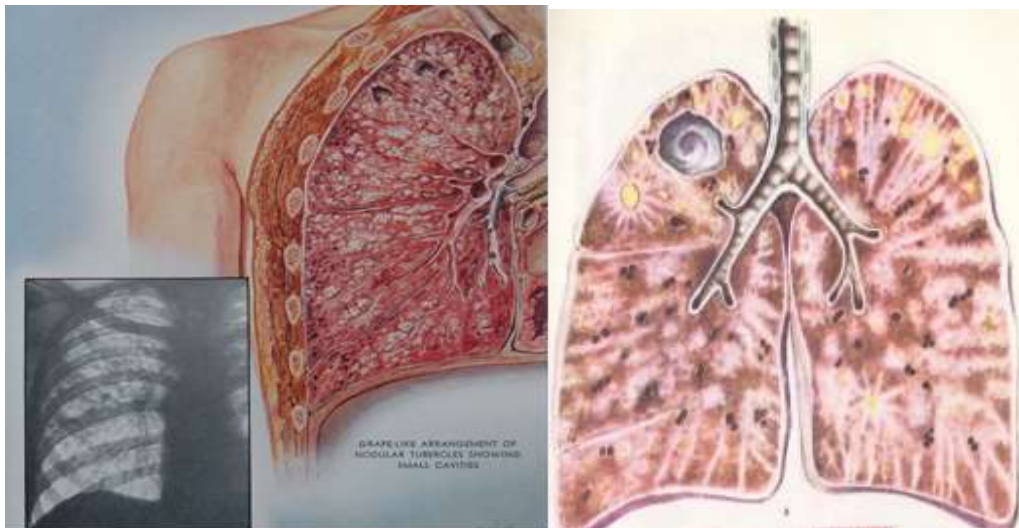
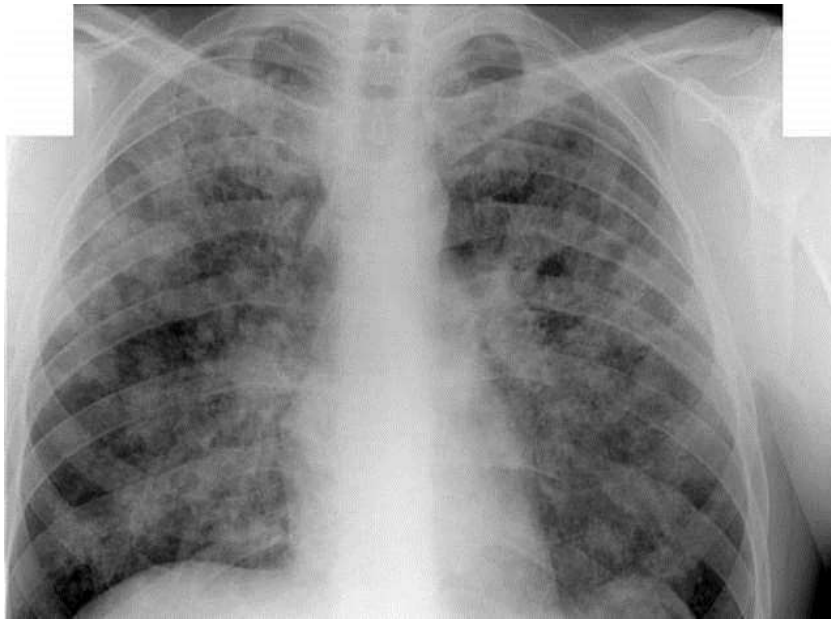
навантаженні, підвищення температури тіла переважно у вечірній час до 37,5°C, пітливість переважно вночі, відмічає схуднення протягом 2-х міс. на 7 кг, зниження працездатності.

Під час об'єктивного обстеження шкірні покриви бліді, периферичні лімфовузли не пальпуються, пониженого живлення. Перкуторно межі серцевої тупості – розширення вправо, тони серця аритмічні, перший тон на верхівці послаблений, посилення другого тону над легеневою артерією, компенсаторна тахікардія. Над легеням перкуторно з обох сторін укорочення легеневого звуку. Аускультативно над легенями – ослаблене везикулярне дихання, велика кількість різнокаліберних вологих та сухих хрипів, більше над верхівками і в міжлопатковій ділянках. Живіт чутливий при пальпації у правому підребр'ї. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, чутлива при пальпації. Пальпуються периферичні набряки до середини гомілок. Симтом Пастернацького від'ємний з обох боків.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання.

1. Ваша тактика по відношенню до хворого?
2. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
3. Скласти план лікування відповідно до категорії.



Рентгенологічно: в легенях симетрично з обох сторін множинні вогнищеві тіні на тлі фіброзно-зміненого легеневого малюнку, корені легень ущільнені, дещо підтягнуті догори. У верхніх відділах відмічаються множинні просвітлення легеневої тканини.

Відповідь:

1. Тактика: хвору рекомендовано вести як ШЛС-ТБ.

2. Діагноз: ШЛС-ТБ (06.06.202_) легень (дисемінований), Дестр +, МБТ+, МГ+, Риф+, гТМЧ (0) М+, К+ , фТМЧ I (Н, R, S), фТМЧ II (Ofx, Km), гіст 0, (ВДТБ), Ког.2 (202_).

Ускладнення основного діагнозу: хронічне легеневе серце, субкомпенсований перебіг НК II, ХЛС I.

3. План лікування: 6 Bdq, Lzd, Cs, Cfz, E + 12-14 Lzd, Cs, Cfz, E; гепатопротектори, вітамінотерапія, дезінтоксикаційна та симптоматична терапія.

Задача 2

Хвора 36 років. Захворіла гостро, скарги на загальну слабкість, кашель з відходженням мокротиння, задишку при незначному фізичному навантаженні, підвищення температури тіла переважно у вечірній час до 37,5°C, пітливість переважно вночі, відмічає схуднення протягом 1-х міс. на 3 кг, зниження працездатності, швидку втомлюваність.

Анамнез: перебуває 5 років на диспансерному обліку з приводу цукрового діабету, діагноз: Цукровий діабет 1 типу, середньої тяжкості, стадія декомпенсації. Кетонурія. Діабетичний гепатоз. Діабетична проліферативна ретинопатія. Діабетична мікроангіопатія нижніх кінцівок I ступеня.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, віддутловаті, периферині лімфовузли не пальпуються, голосове тремтіння ослаблене над правою лопаткою, перкуторно над верхівкою правої легені притуплення легеневого звуку. Аускультативно над легенями дихання везикулярне, невелика кількість різнокаліберних вологих хрипів вислуховуються над проекцією верхньої долі правої легені. Тони серця аритмічні, послаблення першого тону на верхівці, незначний акцент другого тону над легеневою артерією, компенсаторна тахікардія. Живіт чутливий при пальпації у правому підребр'ї, печінка виступає на 0,5-1 см з-під краю реберної дуги, чутлива при пальпації. Периферичні набряки не пальпуються. Симптом Пастернацького від'ємний з обох сторін.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання.

1. Ваша тактика по відношенню до хворої?
2. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
3. Скласти план лікування відповідно до категорії.



Рентгенологічно: справа інтенсивне неомогенне затемнення з нечіткими контурами, що займає всю верхню долю, в центрі з ділянками просвітлення.

Відповідь :

1. Тактика: хвору рекомендовано вести як МЛС-ТБ, консультація ендокринолога.
2. Діагноз: МЛС-ТБ (06.09.20__) верхньої долі правої легені (інфільтративний, лобіт), Дестр +, МБТ+, МГ+, Риф+, гТМЧ (0) М+, К+, фТМЧ I (Н, R, S, Z), фТМЧ II (-), гіст 0, (ВДТБ), Ког.3 (202_).
3. План лікування: 6 Lfx, Bdq, Lzd, Cs, Cfz + 12-14 Lfx, Lzd, Cs, Cfz; гепатопротектори, вітамінотерапія, дезінтоксикацій на терапія.

Задача 3

Хворий С., 45 років. Скарги на періодичне підвищення температури до 37,4-37,7 °С, пітливість особливо вночі, втрату апетиту, зниження працездатності, швидку втомлюваність.

Анамнез: хворий періодично відмічав вищевказані скарги, проте не надавав їм особливого значення, тому зміни в легенях виявлені флюорографічно при профогляді під час працевлаштування. Тубконтакт з товаришем, хворим на туберкульоз (з бактеріовиділенням), 4 роки тому. Рентгенологічно не обстежувався біля 7 років.

Об'єктивно: Хворий задовільного живлення. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 78 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. АТ – 120/80 мм.рт.ст. Тони серця ритмічні, звучні. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно - везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.
3. Який додатковий метод лікування можна використати?



Рентгенологічно: у верхній долі правої легені визначається округла тінь розміром до 3 см, з чіткими контурами та просвітленням у центрі, містить в своєму складі петрифікати. Справа – без особливостей. Корені структурні. Сog – без особливостей.

Відповідь

1. Діагноз: ВДТБ (03.03.202_) легень (туберкулома), Дестр +, МБТ + МГ + Риф – М– К+, фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), гіст 0, Ког. 1 (202_).
2. План лікування: 2 HRZE 4HR; вітаміни; гепатопротектори.
3. Додатковий метод: хірургічне лікування.

Задача 4

Хвора С., 25 років. Скарги не вказує.

Анамнез: зміни в легенях виявлені флюорографічно при профогляді. Амбулаторно отримала таблетований амоксиклав 10 днів. Рентгенологічно – без динаміки, у зв'язку з чим хвора направлена на консультацію до фтизіатра. Брат хворів відкритою формою туберкульозу 7 років тому.

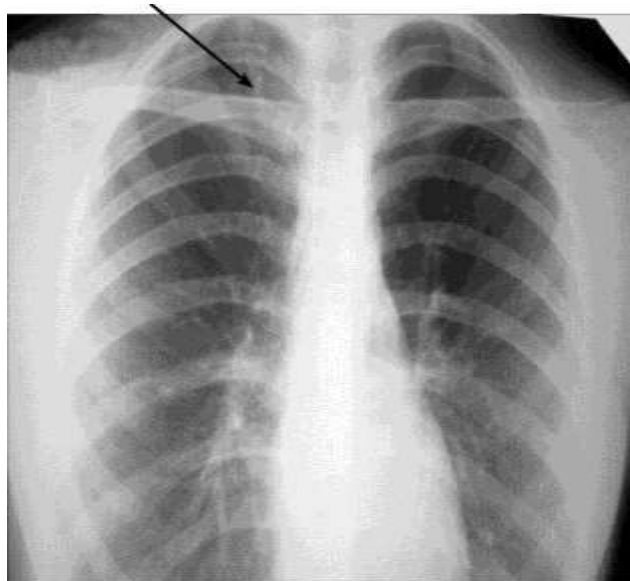
Об'єктивно: Хвора нормального живлення. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки чисті, блідо-рожеві. Периферичні лімфатичні вузли не

пальпуються. Пульс ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. АТ – 115/70 мм.рт.ст. Тони серця ритмічні, звучні. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно - везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання.

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.
3. Чи потрібно було призначати хворій антибіотик широкого спектру на амбулаторному етапі? Чому?



Рентгенологічно: справа у верхній долі (S₂) визначаються близько розташовані вогнищеві тіні малої інтенсивності без чітких контурів. Зліва – без особливостей. Корені структурні. Сog – без особливостей.

Відповідь

1. Діагноз: ВДТБ (11.05.202_) верхньої долі правої легені (вогнищевий), Дестр– , МБТ– МГ– Риф – М– К–, фТМЧ I (0), гіст 0, Ког. 1 (202_).
2. План лікування: 2 HRZE 4HR; вітаміни; гепатопротектори.
3. На амбулаторному етапі: У разі виявлення вогнищевих змін на рентгенограмі, за відсутності бактеріовиділення, на амбулаторному етапі потрібно призначити антибіотик широкого спектру та повторити рентгенограму через 10-14 днів для виключення неспецифічної пневмонії.

Задача 5

Хворий К., 39 років. Скарги: на загальну слабкість, задишку, постійну температуру до 38⁰, кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроти до 200 мл на добу, рідвищену втомлюваність, різке зниження працездатності.

Анамнез: Перебував на диспансерному обліку з приводу туберкульозу з 2016 р. Захворів у місцях позбавлення волі Звернувся за мед. допомогою після звільнення 01.02.21 р. Не лікувався. Розпочато лікування 02.02.21 р. Після інтенсивної фази лікування у хворого продовжувалось бактеріовиділення.

Об'єктивно: Астенічної тілобудови, зниженого живлення, блідий, грудна клітина сплюснена, периферичні лімфовузли не пальпуються. Межі серця відповідають віковій нормі. АТ – 125/80 мм.рт.ст. Тони серця ритмічні, I тон на верхівці послаблений, акцент II тону над легеневою артерією, тахікардія. При перкусії – тимпанічний звук донизу від краю лопатки з правої сторони. Аускультативно – в підлопаточній області з правої сторони на фоні амфоричного дихання вислуховуються крупнопухирчасті вологі хрипи. Живіт м'який, чутливий при пальпації у правому підребр'ї, безболісний. Нижній край печінки виступає із під краю реберної дуги на 2 см. Симптом Пастернацького

негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення – в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Встановити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Призначити лікування.



На оглядовій рентгенограмі: у верхньому відділі правої легені виявляється порожнина 3×3 см та багаточисельні фокуси, розташовані в усіх ділянках обох легень на фоні фіброзних змін.

Відповідь

1. Діагноз: МЛС-ТБ (01.02.20__) верхньої частки правої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр +, МБТ+, МГ+, Риф+, гТМЧ (0) М+, К+, фТМЧ I (Н, R, S), фТМЧ II (-), гіст 0, (ВДТБ), Ког.1 (202_).
2. План лікування: 6 Lfx, Bdq, Lzd, Cfz + 12-14 Lfx, Lzd, Cfz;

Задача 6

Хвора С., 32 роки. Звернулась по медичну допомогу зі скаргами на тупий розпираючий біль в лівій половині грудної клітки, задуху, підвищення

температури тіла переважно у вечірній час до 38 – 38,5°C, підвищення пітливості (більше вночі). За останні 2 місяці хвора схудла на 7 кг.

Анамнез: захворіла після переохолодження з періодичного підвищення температури тіла. Згодом з'явилися вищевказані скарги, які поступово наростали. Батько хворої 2 роки тому помер від туберкульозу.

Об'єктивно: Хвора нормального живлення. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 115/70 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. Над легеньми ясний легеневий звук, значно притуплений в нижньому відділі зліва. Аускультативно везикулярне дихання справа, зліва нижче кута лопатки різко ослаблене, дихальні шуми не прослуховуються. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Аналіз крові на ВІЛ-інфекцію: антитіла до ВІЛ відсутні.

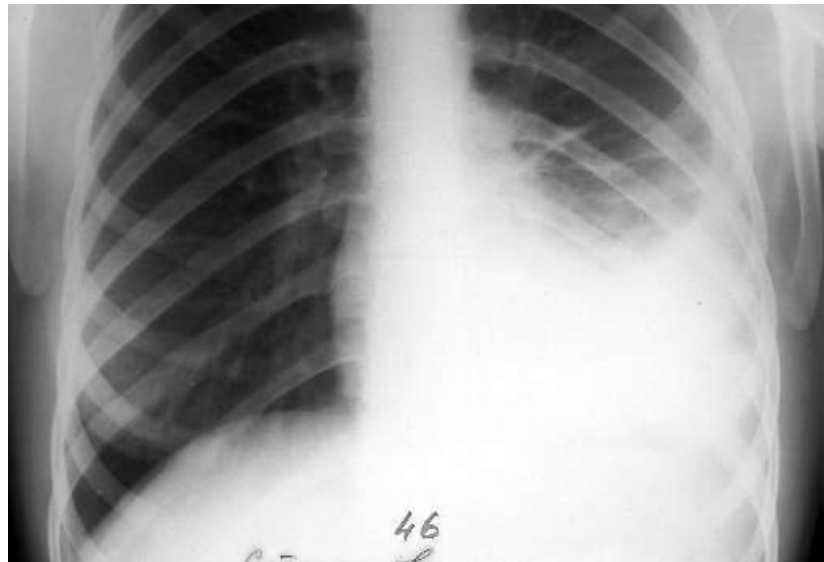
Аналіз плевральної рідини: рідина світло-жовтого кольору, мутнувата. Білок 41,6 г/л, реакція Рівальта позитивна. Мікроскопічно: свіжі еритроцити – 4-5 в полі зору, лейкоцити покривають все поле зору (75 % лімфоцити). Нейтрофільні гранулоцити – 4-5 в полі зору.

УЗД плевральних порожнин: у лівій плевральній порожнині візуалізується вільна рідина, стовп - 120 мм. У правій плевральній порожнині рідина відсутня.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Призначити лікування.
3. Техніка проведення плевральної пункції.



Рентгенологічно: легеневі поля без вогнищевих та інфільтративних змін. Зліва від рівня переднього відрізка IV ребра інтенсивне затемнення легеневої тканини з чітким верхнім краєм, що зливається з куполом діафрагми. Справа – без особливостей. Корені структурні. Сog – без особливостей.

Відповідь:

Діагноз: ВДТБ (дата) ПТБ (лівобічний ексудативний плеврит), Дестр -, МБТ + МГ + Риф –М+ (плевральна рідина) К +, фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), гіст 0, Ког 4 (202_).

План лікування: 2 HRZE 4HR; плевральна пункція, протизапальні засоби; вітаміни; гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Пункцію можна виконувати в VII міжреберному проміжку по задній пахвовій або лопаточній лінії, верхньому краю нижче лежачого ребра. Перед пункцією в ділянці проколу виконують інфільтрацію шкіри і підшкірної клітковини 0,5 % розчином новокаїну по типу лимонної кірки, далі лівою рукою фіксують шкіру, відтягують її по ребру донизу, а правою – вводять голку всередину посередньо над верхнім краєм ребра. Голку довжиною 6–10 см (в залежності від товщини підшкірної клітковини, характеру ексудату) проводять на глибину 3–4 см суворо по верхньому краю ребра, анестезуючи по ходу міжреберні м'язи. Раптовий біль свідчить про прокол парієтальної плеври.

При проведенні пункції слід користуватися спеціальною голкою з краником або перехідною гумовою трубкою, з'єднаною з голкою. Ця нескладна система дозволяє уникнути попадання повітря в плевральну порожнину, вени легень, мозкові або коронарні артерії. Після аспірації порції плеврального вмісту гумову трубку пережимають, шприц від'єднують і випорожняють, після цього знову приєднують до трубки і маніпуляцію повторюють.

Задача 7

Хворий Д., 15 років. Скарги на сухий кашель, легку задишку, загальну слабкість, поганий апетит, швидку втомлюваність.

Анамнез: Захворювання почалось гостро, з підвищення температури, сухого кашлю біля 1 місяця тому. Звернувся по медичну допомогу до сімейного лікаря. Рентгенологічно було виявлено зміни в легенях. Госпіталізований в пульмонологічне відділення дитячої лікарні. Отримував лікування з приводу «гострого бронхіту» ефекту не дало.

У зв'язку з відсутністю клінічного та рентгенологічного покращення був направлений до фтизіо-педіатра.

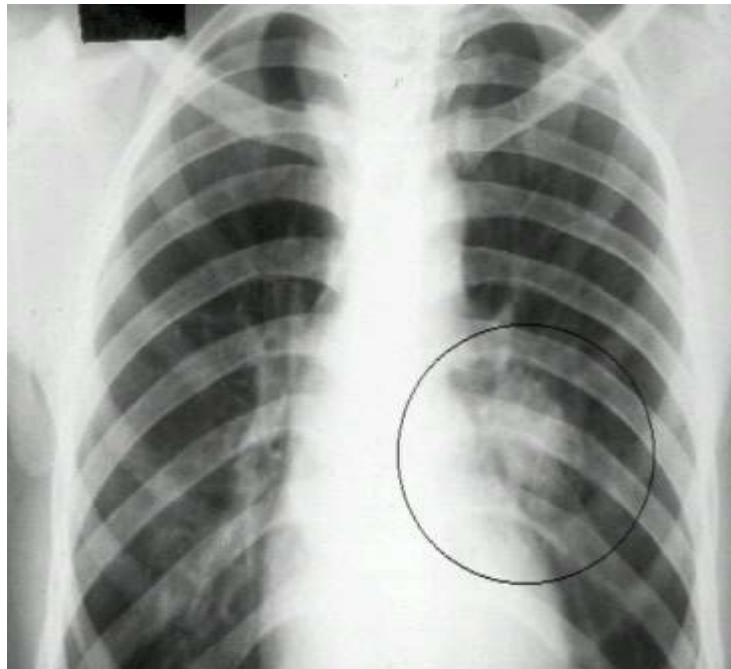
Епіданамнез: Батько хворіє на відкриту форму туберкульозу.

Об'єктивно: Загальний стан умовно задовільний, температура 37,8⁰, шкіра бліда. Відмічається збільшення підщелепних, шийних та пахових лімфовузлів, величиною з горошину, еластичної консистенції, трохи болючі. Пульс ритмічний, 68 уд. хв. АТ – 110/70 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, чисті. У легенях при фізикальному обстеженні патології не знайдено. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення – в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Призначити лікування.



Рентгенологічно: Легеневі поля прозорі з обох сторін, корінь лівої легені розширений, інфільтрований, контури нечіткі.

Діагноз: ВДТБ (дата) ПТБ (внутрішньогрудних лімфатичних вузлів), Дестр – , МБТ– МГ– Риф0 М– К– фТМЧ 0, гіст 0, Ког 4 (2021).

План лікування: 2 HRZE 4HR; протизапальні засоби; вітаміни; гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Задача 8

Хворий К., 38 р. Скарги на загальну слабкість, кашель з відходженням мокротиння слизисто-гнійного характеру, задишку при фізичному навантаженні, підвищення температури тіла переважно у вечірній час до 37,8-38 °С, пітливість верхньої половини тулуба переважно вночі, відмічає

схуднення протягом 2-х міс. на 4 кг, в'ялість, підвищену втомлюваність, зниження працездатності. Раніше не лікувався.

Пульс ритмічний, 78 уд. хв. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, чисті. Під час об'єктивного обстеження голосове тремтіння ослаблене над лівою легенею, перкуторно там же притуплення легеневого звуку. Аускультативно над легенями дихання везикулярне, невелика кількість різнокаліберних вологих хрипів вислуховуються над проекцією верхньої долі лівої легені. Печінка по краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Периферичні набряки не пальпуються.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Призначити лікування.



Рентгенологічно: зліва вогнищеві затемнення білястого кольору з нерівними краями, приблизно однакової консистенції. Від ділянки затемнення можна простежити своєрідну тяжисту «доріжку», спрямовану до кореня.

Діагноз: Риф-ТБ (дата) верхньої долі лівої легені (інфільтративний), Дестр –, МБТ+ МГ+ Риф+ гТМЧ (0) М+ К+ фТМЧ I +(R), фТМЧ II, гіст. 0, (ВДТБ), Ког. 4 (202_).

План лікування: ІФ - 8 Lfx Bdq Lzd Cfz Cs + ПФ - 12 Lfx Lzd Cfz Cs; гепатопротектори, вітамінотерапія, дезінтоксикаційна терапія, симптоматична терапія.

Задача 9

Хворий 49 років. Скарги на періодичне підвищення температури тіла до 37,8 °С, нічну пітливість, періодичний кашель з виділенням мокротиння, загальну слабкість, схуднення на 6 кг упродовж 2-х місяців.

Тубконтакт: батько помер від чутливого туберкульозу 3 роки тому. Останнє рентгенологічне обстеження 3 роки тому. Проживає окремо.

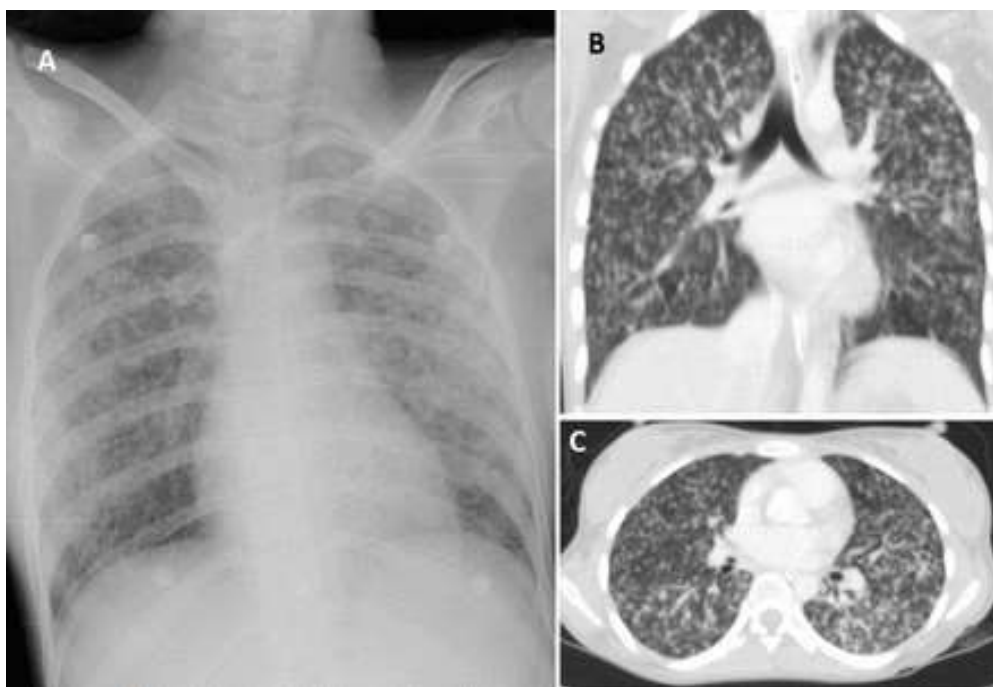
Об'єктивно: загальний стан хворого середньої важкості. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 98 уд/хв., ритмічний, слабкого наповнення. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, перший тон на верхівці послаблений, акцент другого тону над легеневою артерією, тахікардія. АТ – 130/70 мм. рт. ст. Перкуторно над легеньми незначне укорочення перкуторного тону над всьому протязі. Аускультативно – послаблене везикулярне дихання, поодинокі різнокаліберні хрипи більше на вдиху в міжлопатковій ділянці. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. С-м Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі. Проба Манту – папула 18 мм.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної класифікації та подальшу тактику ведення пацієнта

2. Скласти план лікування.



При проведенні рентгенографії та комп'ютерної томографії виявлено наступні зміни: симетричне, відносно густе та нерівномірне розміщення в обох легенях вогнищ різної величини і форми діаметром від 3 до 7 мм, їх контури не чіткі, тіні різної гомогенності на тлі дрібносітчатого малюнка, легеневий малюнок послаблений, оскільки заміщений дисемінацією, тіні коренів не змінені.

Відповіді:

Діагноз: ВДТБ (дата) НЛ (дата) легень (дисемінований), Дестр -, МБТ + МГ + Риф –М+ К+, фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), гіст 0, Ког. 4 (202_).

План лікування: 2 HRZE/4HR; вітаміни, гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Задача 10

Хворий К, 28 роки.

Анамнез: протягом року у ділянці шиї на шкірі з'явилися зміни у вигляді припухлості. Лікувався самостійно, за медичною допомогою не звертався.

Через пів року зміни поширилися на руки, обличчя та живіт. Самолікування ефекту не дало.

Рентгенологічно не обстежувався приблизно 5 років.

Об'єктивно: свідомість ясна. Хворий астеничний. Неуражені ділянки шкіри чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються.

Пульс 75 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. АТ – 125/85 мм.рт.ст. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Аускультативно – везикулярне дихання, хрипів немає.

На шкірі верхньої частини тулуба візуалізуються червоно-коричневі ущільнені вузлики, які перетворилися у поверхневі виразки без гострозапальних явищ навколо. Діаметр виразки на шиї - 2 см, дно вкрите гнійним виділенням, краї м'які, підриті. Спостерігається регіонарний лімфаденіт.

Рентгенологічно: без змін. Результати додаткових досліджень додаються.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

4. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
5. Скласти план лікування.

Результат гістологічного дослідження.

Гранульома, яка має чіткі центральну та периферійну зони. У центральній зоні виявляють казеозний некроз, мікобактерії туберкульозу, а також епітеліоїдні та велетенські клітини Пирогова-Лангханса. Периферійна зона представлена широким кільцем інфільтрату з лімфоїдних клітин і фібробластів.



Відповідь.

Діагноз: ВДТБ (21.10.21) ПЗТБ (шкіри шиї), Дестр+, МБТ+, МГ+, Риф –, М+, КО, фТМЧ1(0), фТМЧII (0) Гіст+ (дата (шкіра)), Кат 1, Ког 4 (2021).

План лікування: 2 HRZE, 4 HR; вітаміни групи В, гепатопротектори, дезінтоксикаційна терапія, місцеве лікування.

Задача 11

Хворий Л. 46 років, протягом 15 років працює котельником.

Скарги: кашель з виділенням мокротиння, періодичне підвищення температури тіла до 37,4⁰ С, нічну пітливість, особливо верхньої частини тіла, загальну слабкість, зниження працездатності, підвищену втомлюваність, незначну втрату маси тіла.

Анамнез: хворий відмічав вищевказані скарги вже більше півроку, проте за медичною допомогою не звертався. Останнє рентгенологічне обстеження 3 роки тому. Проживає у власному будинку з дружиною та 8 річною донькою. Тубконтакт заперечує.

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли пальпуються справа у підпахвинній ділянці, м'які, еластичні, розміром до 1 см, в решта зонах не пальпуються. Пульс 72 уд/хв., ритмічний,

задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. АТ – 110/70 мм.рт.ст.

Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, з права підключично зона локального притуплення. Аускультативно – ослаблене везикулярне дихання у надлопатковій ділянці справа, поодинокі середньопухирчаті хрипи в міжлопатковій ділянці, більше з правого боку.

Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

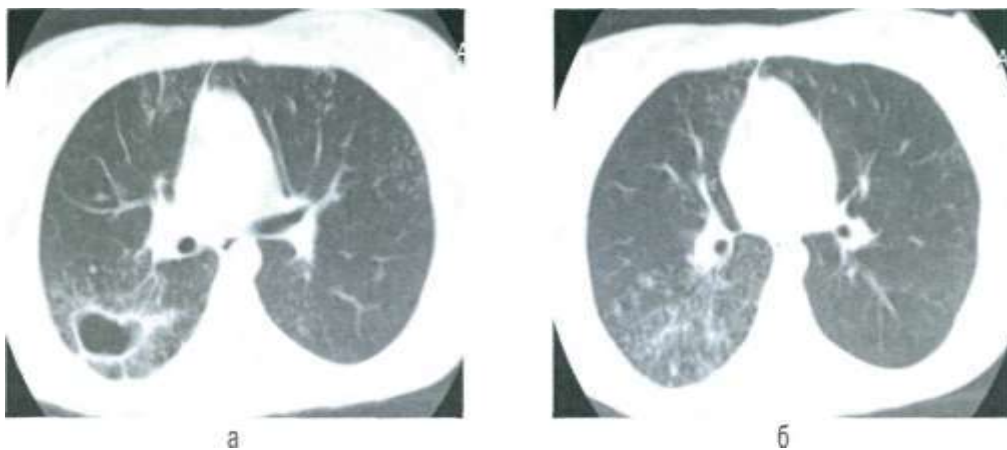
Хворий госпіталізований в обласний протитуберкульозний диспансер з діагнозом: ВДТБ (12.02.2020) верхньої частки правої легені (інфільтративний, з відсівом у нижню частку правої легені), Дестр+, МБТ+, МГ+, Риф–, М+, К+, фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), Гіст0, Кат 1, Ког 1 (2020). Після місяця лікування (30 доз в ІФ) хворий самовільно покинув стаціонар. Через 3 місяці хворий з'явився для продовження лікування.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно уніфікованого клінічного протоколу для продовження лікування.
2. Скласти план лікування.

Дані КТ: у S₂ правої легені порожнина деструкції із зоною перифокальної інфільтрації й фіброзно-вогнищевими змінами (а). У нижній частці правої легені – множинні поліморфні вогнища бронхогенного обсіменіння (б).



Відповідь.

Діагноз: ВДТБ (12.02.20) ПЛ (12.05.20) правої легені (інфільтративний, з відсівом у ліву легеню), Дестр+, МБТ+, МГ+, Риф-, М+, К+, фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), Гіст0, Кат. 2, Ког.2 (2020).

План лікування: 2 HRZE / 4 HR, вітаміни групи В, гепатопротектори, дезінтоксикаційна терапія, симптоматична.

Задача 12

Хворий О., 56 років, зі скаргами на періодичне підвищення температури до 37, 5-37,8 °С, останнім часом і до 38-38,5 °С, постійний кашель з виділенням мокротиння, виражену пітливість вночі, більше верхньої половини тулуба, загальну слабкість, зниження працездатності, підвищену втомлюваність, втрату маси тіла, особливо за останні декілька місяців, звернувся за допомогою до сімейного лікаря.

Анамнез: хворий стверджує про наявний тубконтакт з товаришем, хворим на туберкульоз зі збереженою чутливістю. Рентгенологічно не обстежувався 4 роки.

Об'єктивно: загальний стан хворого середньої важкості. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 98 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, чисті, перший тон на верхівці послаблений. АТ – 110/70 мм.рт.ст.

Перкуторно над легенями справа над лопаткою та у підлопаткових ділянках справа і зліва - укорочення перкуторного тону, справа над верхівкою - зона тимпаніту.

Аускультативно – ослаблене везикулярне дихання справа над верхівкою. Вологі різнокаліберні хрипи у нижніх відділах обох легень.

Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

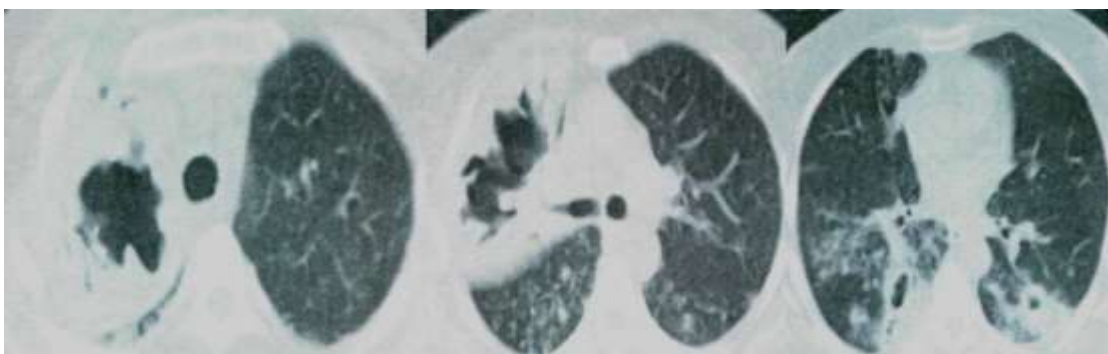
Дані додаткових методів дослідження додаються.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.

Рентгенологічно: верхня доля правої легені інфільтрована, крупна порожнина розпаду з нерівними широкими стінками без рівня рідини, основою прилягає до костальної і міждольової плеври. У зоні інфільтрації візуалізуються деформовані бронхи та бронхоектази. У нижніх долях обох легень множинні поліморфні вогнищеві і інфільтративні тіні з порожнинами розпаду.



Відповідь.

Діагноз: ВДТБ (11.02.2021) обох легень (казеозна пневмонія), Дестр+, МБТ+, МГ+, Риф- М+, К+, фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), Гіст0, Кат. 1, Ког.1 (2021).

План лікування: 2 (H,R,Z,E) 4 (H,R), вітаміни групи В, гепатопротектори, дезінтоксикаційна терапія, симптоматична.

Задача 13

Хворий С., 34 років. Звернувся за медичною допомогою 6.06.2021 року, зі скаргами на виникнення ущільнення шкіри на правій щоці, зниження працездатності, загальну втомлюваність, поганий апетит, схуднення.

Анамнез: проживає у сільській місцевості. Рентгенологічно не обстежувався 11 років. Тубконтакт заперечує.

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Свідомість ясна. Положення в ліжку активне. Хворий зниженого живлення.

Неуражені ділянки шкірних покривів чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 75 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. АТ – 125/85 мм.рт.ст.

Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно – везикулярне дихання, хрипи відсутні.

Пальпаторно – живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Рентгенологічно: патологічних змін не виявлено.

На правій щоці візуалізується горбик, дещо виступає над поверхнею шкіри. Розміром 6 мм, жовтувато-червоного кольору, округлої форми, тістоподібної консистенції. У разі натиснення предметним склом (діаскопія) горбок набуває жовто-коричневого забарвлення – симптом «яблучного желе». У разі незначного натискання на поверхню горбка гудзиковим металевим зондом утворюється ямка, що довго не зникає – симптом «провалювання зонда Пospelова». У разі сильнішого натискання виникає кровотеча внаслідок травмування судин.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.

Результат гістологічного дослідження.

Гістологічно (08.06.21) – гранульома, яка має чіткі центральну та периферійну зони. У центральній зоні виявляють казеозний некроз, мікобактерії туберкульозу, а також епітеліоїдні та велетенські клітини Пирогова-Лангханса. Периферійна зона представлена широким кільцем інфільтрату з лімфоїдних клітин і фібробластів.



Відповідь.

Діагноз: ВДТБ (06.06.21) ПЗТБ шкіри (права щока), Дестр+, МБТ+, МГ+, Риф–, М+, К 0, фТМЧ I (0), фТМЧ II (0), Гіст+ (08.06.21 (шкіра)), Кат 1, Ког 2 (2021)

План лікування: 2 HRZE / 4 HR, вітаміни групи В, гепатопротектори, дезінтоксикаційна терапія, симптоматична терапія.

Задача 14

Хворий В., 43 роки. Звернувся по медичну допомогу 10.05.2021 р. зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, постійний кашель з відходженням мокротиння слизисто-гнійного характеру, задишку при незначному фізичному навантаженні, відчуття важкості у правому підребер'ї, підвищення температури тіла переважно у

вечірній час до 38,5°C, пітливість переважно вночі, схуднення упродовж 2-х міс. на 13 кг.

Анамнез: чоловік перебуває на диспансерному обліку з приводу захворювання на туберкульоз з 2009 року. Захворів у місцях позбавлення волі. Пацієнт періодично лікувався від туберкульозу, проте регулярно порушував режим стаціонарного лікування, самовільно припиняв призначене протитуберкульозне лікування. Хворий вів асоціальний спосіб життя, пиячив, ухилявся від лікування.

Об'єктивно: загальний стан хворого важкий. Положення в ліжку неактивне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 108 уд/хв., аритмічний, слабкого наповнення. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця аритмічні, перший тон на верхівці послаблений, акцент другого тону над легеневою артерією, тахікардія. АТ – 130/85 мм.рт.ст.

Перкуторно над верхніми частками легень - притуплений легеневий звук, базально – з тимпанічним відтінком.

Аускультативно над легенями – ослаблене дихання, на всьому протязі вислуховується велика кількість різнокаліберних вологих хрипів. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, чутлива при пальпації. Пальпуються периферичні набряки на стопах. За даними ЕКГ ритм синусовий, правильний. Частота серцевих скорочень – 108 уд./хв. Ознаки вираженого перенавантаження правих відділів серця.

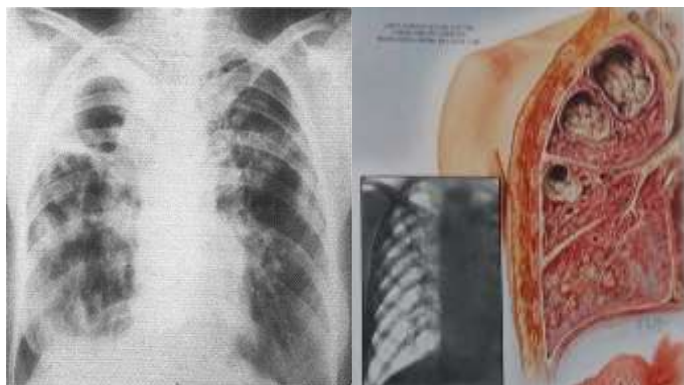
Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Яке ускладнення розвинулося у хворого.
3. Скласти план лікування відповідно до категорії.

Рентгенологічно: У верхній частці правої легені визначається велика "стара" каверна з чітким внутрішнім контуром, а нижче - сформувалися декілька дочірніх каверн, навколо яких - фіброзна тяжистість, вогнища і

інфільтративні зміни. Бронхогенна дисемінація в ліву легеню. Правий корінь підтягнутий догори.



Відповідь.

Діагноз: МЛС-ТБ (10.05.21) легень (фіброзно-кавернозний), Дестр +, МБТ+, МГ+, Ріф+, гТМЧ (0) М+, К+, фТМЧ I (HRS), фТМЧ II (Km), Гіст 0, (ВДТБ, ЛПП), Ког 4 (2021).

Ускладнення основного діагнозу: хронічне легеневе серце, декомпенсоване. НК III. Легенево-серцева недостатність II ст. Ендогенна інтоксикація. Кахексія.

План лікування: Загальний курс лікування триває 18-20 місяців і складається з інтенсивної 6-місячної фази, і фази продовження протягом 12-14 місяців: 6 Bdq Lfx Lzd Cfz Cs; 12-14 Lfx Lzd Cfz Cs.

Задача 15

Хворий Р., 33 років. Будівельник.

При поступленні (10.09.2021 року) скаржиться на: загальну слабкість, кашель з відходженням мокротиння, підвищення температури тіла переважно у вечірній час до 37,6-38°C, пітливість переважно вночі особливо верхньої частини тіла (симптом «микрої подушки»), схуднення протягом останнього місяця на 7 кг, зниження працездатності, підвищену втомлюваність, втрату апетиту, задишку при фізичному навантаженні.

Анамнез: Вважає себе хворим упродовж останніх декількох місяців. Захворювання пов'язує із переохолодженням. До лікаря не звертався, лікування не отримував.

Об'єктивно: Шкіряні покрови чисті, бліді, периферичні лімфовузли не пальпуються, пониженого живлення. Тони серця ритмічні, послаблений перший тон на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією, тахікардія. При перкусії над легенями з обох сторін більше у над- і міжлопатковій ділянках укорочення перкуторного тону. Аускультативно над легенями – послаблене везикулярне дихання, невелика кількість різнокаліберних вологих та сухих хрипів над лопатками та у міжлопатковій ділянці. Живіт без особливостей. Печінка на рівні реберної дуги. Периферичні набряки не пальпуються

На основі скарг, анамнезу, об'єктивних даних та результатів обстеження, отриманих при поступленні було підтверджено діагноз вперше діагностованого туберкульозу легень та розпочато лікування чутливого туберкульозу легень.

Через 1 місяць (13.10.202~~х~~ року) отримано результат посіву та тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ).

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

3. Якою повинна бути тактика ведення хворого після отримання результату ТМЧ?
4. Виставити заключний діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
5. Скласти план лікування відповідно до категорії.



Оглядова рентгенограма ОГК при поступленні: в обох легенях переважно у верхніх і середніх відділах визначаються множинні вогнищеві тіні середніх та великих розмірів, малої та середньої інтенсивності, на фоні яких множинні просвітлення легеневої тканини. Корені інфільтровані. Серце, середостіння – без особливостей.

ВІДПОВІДЬ:

1. Хворому потрібно розпочати лікування згідно із профілем резистентності.

2. ПР-ТБ (8.11.2021) легень (дисемінований), Дестр +, МБТ+, МГ+ Риф – , М+, К+ фТМЧ I+ (Н, Е, Z), фТМЧ II– , Гіст 0, (ВДТБ), Ког 4 (202х).

3. Склад та тривалість схеми лікування випадку полірезистентного ТБ визначається лікарським консилиумом індивідуально з урахуванням даних анамнезу, клінічного стану пацієнта та його мікробіологічного статусу. До складу схеми лікування полірезистентного ТБ має бути включено не менше 4-х ефективних АМБП із доведеною або прогнозованою ефективністю з урахуванням потенційних лікарських взаємодій.

Запропонований варіант лікування:

4 RQEtCs/ 8 REt Cs, симптоматичне лікування, гепатопротектори.

Задача 16

Хворий П., 35 років. Госпіталізований в протитуберкульозний диспансер 6.09.202х року за направленням сімейного лікаря.

Скарги на підвищення температури тіла до 38-39 °С, профузну пітливість протягом дня та вночі, виражену загальну слабкість та схуднення, зниження працездатності, задишку, сухий кашель періодично.

Анамнез: захворів підгостро біля 1 місяця тому, відколи з'явилися та наростали вищевказані симптоми. Втрачати вагу хворий почав протягом останніх кількох місяців, також періодично відмічав пронос. Тубконтакт заперечує. Рентгенологічно обстежується щорічно.

Об'єктивно: Хворий різко зниженого живлення. Шкірні покриви вологі, на волосистій частині голови себорея. Слизові оболонки блідо-рожеві, язик вкритий білим нальотом, на слизовій оболонці рота білі нашарування. Пальпуються збільшені аксиллярні та пахвинні лімфатичні вузли (1,5-2 см), еластичні, безболісні, рухомі. Пульс аритмічний, тахікардія. АТ – 120/70 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця аритмічні, звучні, перший тон на верхівці послаблений. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Аускультативно - везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка пальпується нижче краю реберної дуги на 2 см, розміри селезінки по Курлову збільшенні. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення – протягом останнього місяця хворий часто відмічає діарею.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.
3. Чому ймовірно у хворого розвинулась дана клінічна форма туберкульозу?



Оглядова рентгенограма ОГК: Паренхіма легень без інфільтративних та вогнищевих змін. Корені легень значно розширені з обох сторін за рахунок збільшених внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.



Фібробронхоскопія: У правому верхньо-дольовому бронху візуалізується гнійний вміст з домішками казеозно-некротичних мас, який надходить з бронхо-нодулярної нориці.

ВІДПОВІДЬ:

1. Діагноз: В 20.0. IV клінічна стадія, ВДТБ (6.09.202х) ПТБ (туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів), Дестр +, МБТ + МГ+ Риф- М+ К+ фТМЧ I—, фТМЧ II0, Гіст 0, нориця правого верхньодольового бронху, Кат 1, Ког 3 (202х).

2. План лікування: Комплексне лікування за схемою 2HRZE 4HR, антиретровірусна терапія, гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Локальна санація трахео-бронхіального дерева.

3. Дана форма туберкульозу є притаманною для осіб дитячого віку, проте розвинулась у даному випадку внаслідок вираженої імуносупресії у хворого, що пов'язано із супутньою ВІЛ-інфекцією.

Задача 17

Хворий Д., 69 років. Хворіє на туберкульоз легень упродовж останніх 4 років. За цей час хворий 4 рази розпочинав курс протитуберкульозної терапії, однак, у зв'язку з низькою прихильністю до лікування, не завершив жодного з них, приймав ліки нерегулярно та переривав лікування, у зв'язку з чим у хворого виникла стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів, яка розширювалась із кожним новим курсом лікування.

На даний час госпіталізований у відділення протитуберкульозного диспансеру.

Скарги на кашель з відходженням слизисто-гнійного мокротиння, задишку при незначному фізичному навантаженні, виражену загальну слабкість, важкість у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, профузну пітливість, схуднення протягом 3-х міс. на 12 кг, різке зниження працездатності.

Об'єктивно: перкуторно з обох сторін над верхніми долями і у міжлопатковій ділянках - укорочення легеневого тону. Аускультативно над легеньми – ослаблене дихання, велика кількість різнокаліберних вологих хрипів, більше у верхніх відділах і міжлопатковій ділянці. Тони серця звучні, аритмічні, посилення другого тону над легеневою артерією, компенсаторна тахікардія. Живіт чутливий у правому підребір'ї, печінка виступає на 3 см з-під краю реберної дуги, чутлива при пальпації, пальпуються набряки нижніх кінцівок.

За даними ЕКГ: ритм синусовий, надшлуночкові екстрасистоли. Частота серцевих скорочень – 107 уд./хв. Ознаки вираженого перенавантаження правих відділів серця.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

3. Скласти план лікування.



Оглядова рентгенограма ОГК: у верхніх і середніх відділах обох легень визначаються множинні вогнищеві тіні різної інтенсивності на тлі фіброзних змін легеневої тканини. Корені ущільнені, дещо підтягнуті догори. У верхніх відділах легень множинні просвітлення легеневої тканини.

ВІДПОВІДЬ:

1. Діагноз: пре-ШЛС-ТБ (13.06.202х) легень (дисемінований), Дестр +, МБТ+, МГ+ Ріф+, М+, К+, фТМЧ I (Н, R, E, Z), фТМЧ II (Lfx), Гіст 0 (ВДТБ), Ког 2 (202х).

2. Ускладнення основного діагнозу: хронічне легеневе серце, декомпенсований перебіг. НК II. Легенево-серцева недостатність II ст. Ендогенна інтоксикація. Кахексія.

План лікування: моксифлоксацин, бедаквілін, клофазимін, лінезолід, циклосерин, гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Задача 18

Хворий К., 29 років, госпіталізований у протитуберкульозний диспансер без свідомості.

З анамнезу відомо, що 1,5 міс. тому було встановлено позитивний ВІЛ-статус пацієнта. Враховуючи високий рівень вірусного навантаження та

кількість CD 4+-лімфоцитів 58 кл/мл, хворому було призначено ВААРТ. Через 2 тижні після початку прийому антиретровірусних препаратів хворий відмітив погіршення самопочуття, підвищення температури тіла до фебрильних цифр, головний біль. Через 2 дні з'явились нудота та блювання, потьмарення свідомості, у зв'язку з чим був госпіталізований в інфекційне відділення, де був обстежений рентгенологічно, проведено МРТ головного мозку. У зв'язку з виявленими рентген-змінами хворий направлений в протитуберкульозний диспансер.

Зі слів родичів у хворого тубконтакту не було.

Об'єктивно: хворий без свідомості, контакту не доступний. Різко зниженого харчування. Ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, Брудзинського позитивні. Температура тіла – 40,2 С.

Шкірні покриви вологі, бліді. Пальпуються дещо збільшені периферичні лімфатичні вузли практично усіх груп. Пульс 122`, ритмічний, малого наповнення. АТ – 100/60 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. Перкуторно над легеньми укорочений легеневий звук. Дихання везикулярне, послаблене з жорстким відтінком. Живіт м'який. Печінка біля краю реберної дуги. Набряки відсутні.

На наступний день у хворої періодично почали виникати судоми у правій нижній кінцівці. Позитивний симптом Бабінського справа.

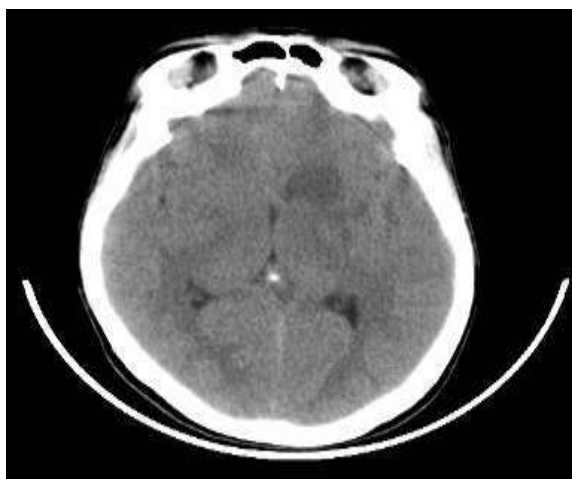
Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.
3. Яка ймовірна причина того, що захворювання розвинулось після початку прийому ВААРТ?



Рентгенологічно: у обох легенях дрібновогнищева (1-2 мм) малоінтенсивна симетрична дисемінація. Корені структурні. Сog – без особливостей.



МРТ головного мозку: ознаки дифузного набряку мозку та енцефалітичне вогнище в підкіркових відділах справа, зміщення серединних структур на 2-3 мм вліво, ознак крововиливу немає.

ВІДПОВІДЬ:

Діагноз: В 20.0. IV клінічна стадія, ВДТБ (24.08.202_х) легень (міліарний) ПТБ (менінго-енцефаліт), Дестр – МБТ + МГ+ Риф – М– К – фТМЧ 0, Гіст 0, Ког 3 (202_х).

План лікування: 2HRZE/7-10HR; глюкокортикоїди, вітаміни; гепатопротектори; дезінтоксикаційні; протизапальні; протинабрякові.

Протизапальна терапія проводиться із застосуванням ад'ювантних кортикостероїдів, дексаметазону або преднізолону, протягом 6–8 тижнів.

За рекомендацією інфекціоніста можлива тимчасова відміна АРТ.

Синдром відновлення імунної системи.

Задача 19

Хворий С., 46 років, безробітний.

Звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на кашель з виділенням мокротиння упродовж 3-х тижнів, виражену пітливість, особливо вночі, схуднення, поганий апетит, зниження працездатності, загальну слабкість, задишку при фізичному навантаженні.

З анамнезу стало відомо, що хворий рентгенографічно не обстежувався протягом 9 років. Працював за межами країни упродовж 2-х років. Тубконтакт заперечує. Проживає у квартирі з дружиною.

Об'єктивно: Загальний стан хворого середньої важкості. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 98 уд/хв., ритмічний, тахікардія. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, перший тон на верхівці послаблений, акцент другого тону над легеневою артерією. АТ – 125/80 мм.рт.ст. Перкуторно над легенями укорочення перкуторного тону над лопатками з елементами тимпаніту і послаблення легеневого тону у міжлопаткових ділянках. Аускультативно – ослаблене везикулярне дихання, різнокаліберні хрипи у над- і міжлопаткових ділянках. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. С-м Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі. Периферичні набряки не пальпуються.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної класифікації.
2. Скласти план лікування.



Оглядова рентгенограма ОГК: в обох легенях, переважно в верхніх та середніх легеневих полях, визначаються поліморфні вогнищеві тіні різної інтенсивності та різних розмірів з тенденцією до злиття. У верхніх частках декілька порожнин розпаду. Корені ущільнені, підтягнуті вгору.

ВІДПОВІДЬ:

1. Діагноз: ВДТБ (12.05.202х) легень (дисемінований), Дестр+, МБТ+ МГ+ Риф– М+ К+ фТМЧ I– фТМЧ II0, Гіст0, Ког 2 (202х)

2. План лікування: 2HRZE 4HR, гепатопротектори, дезінтоксикаційна терапія, вітамінотерапія, симптоматичне лікування.

Задача 20

Хворий А., 7 років.

Скарги на кашель з виділенням слизового харкотиння, кровохаркання, схуднення, нічну пітливість.

Анамнез: Захворювання почалось гостро, з підвищення температури, сухого кашлю біля 1 місяця тому. З того часу почав худнути, втратив апетит. Батьки звернулися по медичну допомогу до педіатра. Рентгенологічно було виявлено зміни в у верхній частці правої легені, у зв'язку з чим хворий був госпіталізований в пульмонологічне відділення дитячої лікарні. Отримував лікування з приводу «бронхопневмонії». Однак, лікування не дало ефекту. У зв'язку з відсутністю клінічного та рентгенологічного покращення був направлений до фтизіатра.

Епіданамнез: Батько хворіє туберкульозом легень.

Об'єктивно: Загальний стан середньої важкості, температура 37-37,5⁰, зниження апетиту, шкіра бліда. Відмічається збільшення підщелепних, шийних та пахових лімфовузлів, величиною з горошину, еластичної консистенції, трохи болючі. Пульс ритмічний, тахікардія. Межі серця відповідають віковій нормі. АТ – 100/60 мм.рт.ст. Тони серця ритмічні, чисті. Над правою легенею локально, нижче кута лопатки - незначне укорочення перкуторного звуку, бронхіальне дихання та дрібнопухирчасті хрипи. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення – в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.



Рентгенологічно: Справа на рівні IV міжребер'я визначається інфільтративна тінь 4×5 см з нечіткими контурами, середньої інтенсивності та тісно пов'язана зі збільшеним коренем правої легені.

ВІДПОВІДЬ:

1. Діагноз: ВДТБ (22.05.202х) нижньої долі правої легені (первинний туберкульозний комплекс), Дестр – , МБТ – МГ– Риф– М– К– фТМЧ I 0 фТМЧ II0, Гіст 0, Ког 2 (202х).

2. План лікування: 2HRZE/4HR, вітаміни групи В, гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Задача 21

Хворий 34 роки, вантажник.

Скарги на вологий кашель, незначну задуху при ходьбі, періодичне підвищення температури тіла до 37,5-37,8⁰С, нічну пітливість, загальну слабкість, схуднення на 8 кг протягом 2-х місяців.

Анамнез: вищевказані скарги з'явились кілька місяців тому, однак хворий до лікаря не звертався. Періодично приймав симптоматичне лікування.

Епідеміологічний анамнез: батько помер від туберкульозу 3 роки тому. Останнє рентгенологічне обстеження 3 роки тому. Проживає сам в однокімнатній квартирі.

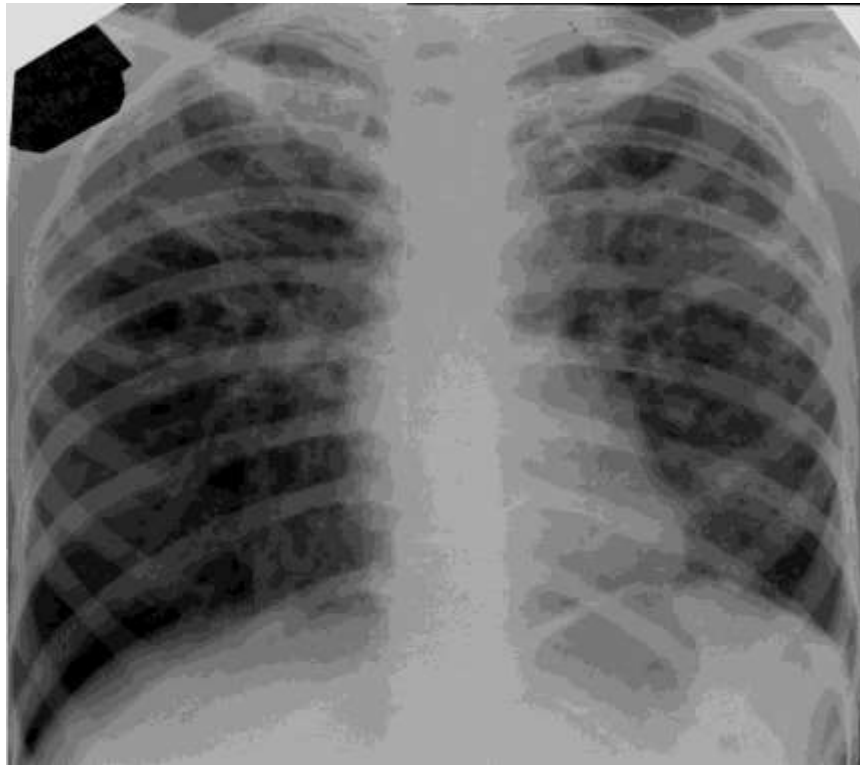
Об'єктивно: загальний стан хворого середньої важкості. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 98 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. АТ – 110/70 мм.рт.ст. Перкуторно над верхньою часткою правої легені незначний тимпаніт на тлі укорочення перкуторного звуку у т.ч. і у міжлопатковій ділянці. Аускультативно – ослаблене везикулярне дихання, різнокаліберні негучні хрипи над верхівками і у міжлопатковій ділянці. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. С-м Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної класифікації.

2. Скласти план лікування.



Оглядова рентгенографія ОГК: в обох легенях переважно у верхніх та середніх відділах візуалізуються множинні вогнища різної величини та різної інтенсивності. На фоні вказаних змін візуалізуються поодинокі дрібні деструкції. Зліва на верхівці велика каверна. Корені легень інфільтровані.

ВІДПОВІДЬ:

1. Діагноз: ВДТБ (12.10.202х) легень (дисемінований), Дестр+, МБТ+, МГ+ Риф– М+ К+ фТМЧ I+ (S), фТМЧ II–, Гіст 0, Кат 1, Ког 4 (202х).

2. План лікування: 2HRZE 4HR, гепатопротектори, дезінтоксикаційна терапія, вітамінотерапія, симптоматичне лікування.

Задача 22

Хворий 60 років.

4 роки тому переніс інфільтративний туберкульоз верхньої долі правої легені (лобіт), з приводу чого отримав курс протитуберкульозної терапії та вважався вилікованим. Після отриманого лікування у верхній частці правої легені сформувались масивні залишкові зміни.

На даний час звернувся по медичну допомогу зі скаргами на загальну слабкість, кашель з відходженням мокротиння, задишку при фізичному навантаженні, підвищення температури до 37,5°C, переважно ввечері, підвищену пітливість, особливо вночі, схуднення на 8 кг протягом останніх 2 місяців.

Анамнез захворювання: погіршення самопочуття хворий відмічає упродовж останніх кількох місяців. Захворювання розвинулось поступово. По медичну допомогу не звертався.

Об'єктивно: перкуторно над верхньою долею правої легені укорочений звук. Аускультативно дихання жорстке з бронхіальним відтінком, непостійні вологі хрипи. Тони серця звучні, ритмічні, посилення другого тону над легеневою артерією. Печінка виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, чутлива при пальпації, набряки відсутні.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування відповідно до категорії.



Оглядова рентгенограма ОГК: верхня доля правої легені різко зменшена в об'ємі внаслідок рубцево-циротичних змін, на фоні яких є велика ділянка просвітлення. Справа корінь легень ущільнений, деформований і підтягнутий догори. Середостіння, трахея зміщені вправо. Зліва на верхівці вогнищеві тіні середньої інтенсивності.

ВІДПОВІДЬ:

1. РТБ (17.03.202х) легень (циротичний), Дестр +, МБТ+, МГ+ Ріф – М+ К+ фТМЧ I – , фТМЧ II 0, Гіст0, Ког 2 (202х).

2. **План лікування:** 2 HRZE 4 HR, гепатопротектори, вітамінотерапія, дезінтоксикаційна та симптоматична терапія.

Задача 23

Хвора С., 22 роки. Знаходиться на стаціонарному лікуванні в протитуберкульозному диспансері. На даний час хвора неконтактна.

Анамнез. Захворіла близько місяця тому, коли з'явилися загальна слабкість, покашлювання, періодичний головний біль. Стан погіршувався, протягом останнього тижня перед госпіталізацією у хворої з'явилися задуха, фебрильна лихоманка, виражений головний біль, сильне запаморочення та хиткість ходи, порушення координації, у зв'язку з чим була доставлена до міської лікарні та після дообстеження скерована в протитуберкульозний диспансер.

Зі слів родичів, 3 місяці тому у хворої була завмерла вагітність.

Епідеміологічний анамнез. Батько помер від туберкульозу вдома 1 рік тому.

Об'єктивно: стан важкий. Хвора загальмована, значно зниженого живлення. Відкриває очі лише на голосне звернення, на запитання не відповідає. На больовий подразник реагує.

Позитивні менінгеальні симптоми, вогнищева симптоматика ураження головного мозку. Ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, Брудзинського позитивні

Температура 39 С. Шкірні покриви вологі, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 102`, ритмічний, малого наповнення. АТ – 100/60 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, акцент II тону над легеневою артерією. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Дихання везикулярне, ослаблене, хрипів немає. Живіт м'який. Печінка біля краю реберної дуги. Набряки відсутні.

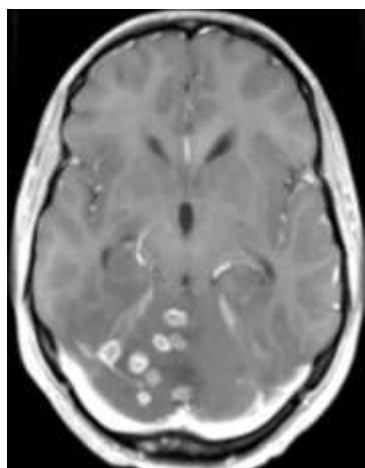
Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.
3. Яке патогенетичне лікування є доцільним?



КТ ОГК: Множинні вогнища розмірами 1-2 мм протягом усієї легеневої тканини, малої щільності, симетричні.



КТ г оловного мозку: Множинні вогнищеві ураження головного мозку та мозочка.

ВІДПОВІДЬ:

1. Діагноз: ВДТБ (30.12.202х) легень (міліарний), ПТБ (менінго-енцефаліт), Дестр – МБТ+ МГ + Риф – М– К + фТМЧ I– фТМЧ II0, Гіст 0, Ког 4 (202х).

2. План лікування: 2HREZ 10HR; глюкокортикоїди, вітаміни; гепатопротектори; дезінтоксикаційні; протизапальні; протинабрякові.

Протизапальна терапія проводиться із застосуванням ад'ювантних кортикостероїдів, дексаметазону або преднізолону, протягом 6–8 тижнів.

Задача 24

Хворий К., 9 років.

Скарги: на надсадний, виснажливий сухий кашель, схуднення, пітливість вночі, поганий апетит, підвищену втомлюваність.

Анамнез: Хворіє більше місяця. Захворювання почалось поступово, симптоматична терапія та лікування антибіотиками широкого спектру ефекту не дали.

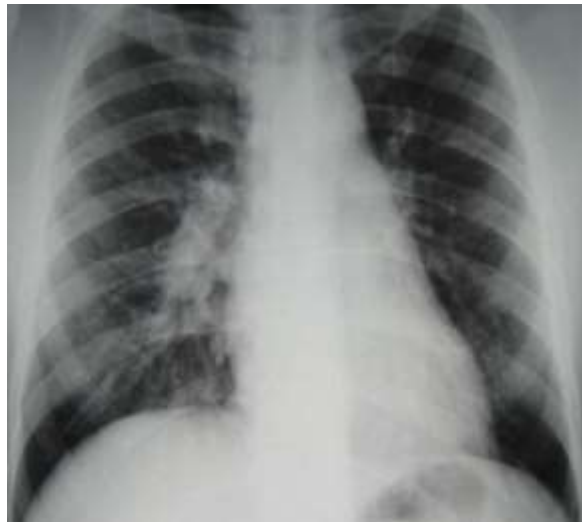
Епіданамнез: Батько хворів туберкульозом легень з бактеріовиділенням рік тому. Хіміопрофілактику дитина не отримувала у зв'язку із відмовою батьків.

Об'єктивно: Температура 37,8 °С, зниженого харчування, шкіра бліда. Пальпуються дещо збільшені м'яко-еластичні периферичні лімфовузли: шийні, пахові, надключичні. Пульс ритмічний, 68 уд. хв. Межі серця відповідають віковій нормі. АТ – 105/60 мм.рт.ст. Тони серця ритмічні, звучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Набряки відсутні. Фізіологічні відправлення – в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Встановити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Скласти план лікування.



Оглядова рентгенограма ОГК: В паренхімі легень вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено. Правий корінь розширений за рахунок збільшених бронхопульмональних лімфовузлів. Зліва – без особливостей.

Фібробронхоскопія: в ділянці правого головного бронху ознаки ендобронхіту з мікроперфорацією.

ВІДПОВІДЬ:

ВДТБ (22.02.202х) ПТБ (внутрішньогрудних лімфатичних вузлів справа), Дестр+, МБТ+ МГ+ Риф– М+ К+ фТМЧ I – фТМЧ II0, Гіст0, специфічний ендобронхіт з бронхо-нодулярною норицею, Ког1 (202х).

План лікування: 2 HRZE/ 4 HR, вітаміни групи В, гепатопротектори, симптоматичне лікування.

Задача 25

Хворий 37 років, бухгалтер. Скарги на періодичне підвищення температури тіла до 37,3- 37,8⁰С, нічну пітливість, кашель, загальну слабкість, підвищену втомлюваність, зниження працездатності, схуднення.

Анамнез: протягом 3-х тижнів турбують вищевказані скарги, проте, за медичною допомогою не звертався, самотійно приймав антибіотики (цефтріаксон) та жарознижуючі препарати (німесил), що не принесло бажаного клінічного ефекту.

Тубконтакт заперечує. Останнє рентгенологічне обстеження 1 рік тому. Проживає у квартирі з дружиною та двома дітьми (11 та 6 років).

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 72 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 120/75 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, чисті, звучні. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно – везикулярне дихання, поодинокі сухі хрипи в міжлопатковій ділянці. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. С-м Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються

Завдання

1. Виставити діагноз згідно уніфікованого клінічного протоколу.
2. Назвіть клінічно-рентгенологічний варіант патологічного процесу та фазу.



3.

Скласти план лікування.

Дані рентгенографії: у верхній частці правої легені ділянка негомogeneous затемнення легеневої тканини, яка розміщена уздовж міжчасточкової щілини у вигляді трикутника, розташованого основою назовні, а верхівкою до кореня легені. Нижня межа чітка, верхня розмита і зв'язана фіброзною доріжкою з коренем. Правий купол діафрагми підтягнутий догори.

Відповідь

Діагноз: ВДТБ (14.03.21р.) правої легені (інфільтративний) Дестр, МБТ–, МГ–, Риф–, М–, К –, фТМЧ I (0), гіст 0, Ког 1 (2021).

Варіант патологічного процесу: Перисцисурит.

План лікування: 2HREZ/4HR; вітаміни групи В, гепатопротектори, симптоматична терапія.

Задача 26

Хворий 19 років, студент. З анамнезу відомо про контакт із хворим батьком котрий лікується від МЛС-ТБ Резист+ (HRS). Скарг не пред'являє. Виявлений при профілактичному флюорографічному обстеженні. Загальний стан хворого задовільний. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 82 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 115/75 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, чисті, звучні. Під час об'єктивного обстеження перкуторно з обох сторін ясний легеневий звук, у верхній частці лівої легені – укорочення перкуторного звуку. Аускультативно над легенями – дихання везикулярне, дещо жорстке зліва над лопаткою, там же фокус дрібно пухирцевих вологих хрипів. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. С-м Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно уніфікованого клінічного протоколу.
2. Назвіть клінічно-рентгенологічний варіант патологічного процесу та фазу.
3. Скласти план лікування.



Рентгенологічно: зліва у верхній частці визначається група порожнин розпаду із загальною зоною інфільтрації і нечисленними вогнищами відсіву навколо. Чітко простежується "доріжка" до кореня.

Відповідь

1. **Діагноз:** Діагноз: ризик МЛС-ТБ (06.09.20__) верхньої долі правої легені (інфільтративний), Дестр +, МБТ+, МГ+, Риф+, гТМЧ (0) М+, К+ , фТМЧ I (Н), фТМЧ II (-), гіст 0, (ВДТБ), Ког.3 (202_).
2. План лікування: 6 Lfx, Bdq, Lzd, Cfz /8 Lfx, Lzd, Cfz; гепатопротектори, вітамінотерапія, дезінтоксикацій на терапія.

Задача 27

Хворий 38 років. Лікувався 5 років тому в тубдиспансері з діагнозом: ВДТБ (дата) верхньої частки лівої легені (інфільтративний), Дестр +, МБТ+,

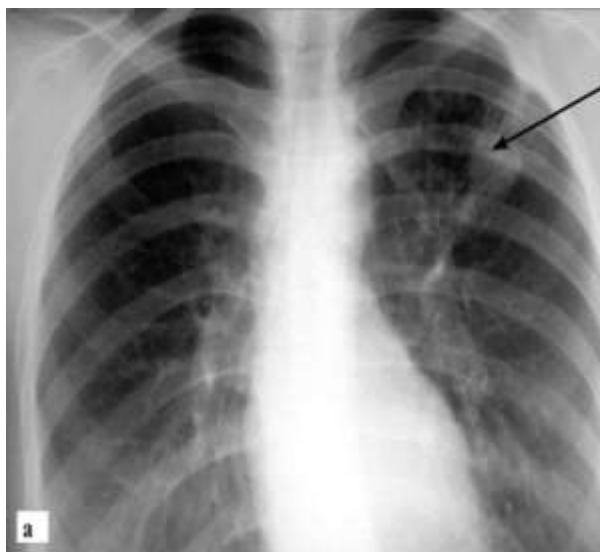
М+, К+, Резист І —, Резист І —, Гіст0, Ког. __ (рік). Хворий завершив лікування (ОКХТ) і вважався вилікованим.

На флюорографічному обстеженні при влаштуванні на роботу 10.01.2021 виявлені зміни в лівій легені. Скарги на періодичний сухий кашель, виражену пітливість вночі. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 86 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ — 110/75 мм.рт.ст. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, чисті, звучні. Під час об'єктивного обстеження перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно дихання везикулярне. Живіт без особливостей.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно уніфікованого клінічного протоколу.
2. Назвіть клінічно-рентгенологічний варіант патологічного процесу та фазу.
3. Скласти план лікування.



Рентгенологічно: у верхній частці лівої легені виявлена округла, гомогенна, інтенсивна тінь до 4 см в діаметрі, з чіткими контурами і крайовим медіальним розпадом, навколо якої група вогнищевих тіней слабкої інтенсивності з нечіткими контурами.

Відповідь Діагноз: РТБ (10.01.2021) верхньої частки лівої легені (туберкульоза) Дестр – , МБТ+, МГ+, Риф–, М+, К+ , фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), Гіст 0, Ког 1 (2021).

План лікування: 2HREZ 4HR; гепатопротектори, вітаміни групи В, симптоматичне лікування.

Основний метод лікування: Хірургічний.

Задача 28

Хворий 27 років, 2 роки тому лікувався з приводу правобічного ексудативного плевриту туберкульозної етіології з позитивною клініко-рентгенологічною динамікою.

На даний час захворів гостро з підвищення температури тіла до 38 С, появи кашлю. Звертався до сімейного лікаря та пройшов рентгенографію ОГК (10.08.2021 р.): посилений легеневий малюнок, справа у нижніх відділах плевральні нашарування; вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено. Протягом 10 днів отримував лікування з приводу «бронхіту». Стан хворого прогресивно погіршувався, температура сягала 39-40 С.

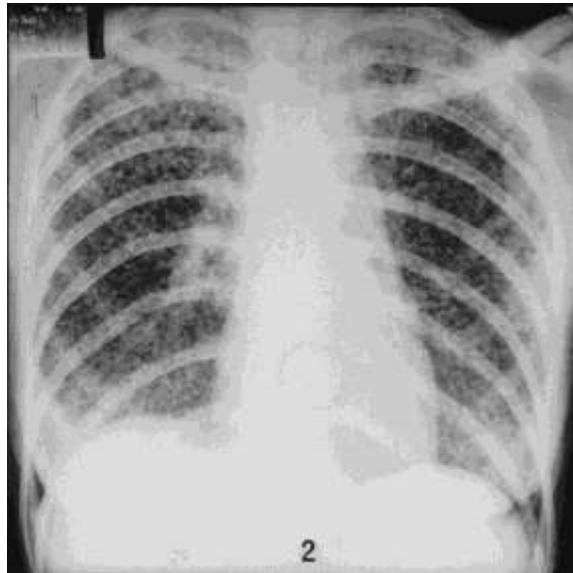
Об'єктивно: загальний стан хворого середньої важкості. Положення в ліжку активне. Свідомість ясна. Хворий зниженого живлення. Шкірні покриви чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 102 уд/хв., ритмічний, слабкого наповнення. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, послаблені, тахікардія. АТ – 130/70 мм.рт.ст. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно – ослаблене везикулярне дихання, поодинокі різнокаліберні хрипи в міжлопатковій ділянці. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. С-м Пастернацького

негативний з обох сторін. Периферичні набряки відсутні. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Чому при першому рентген-дослідженні не було виявлено змін у легеневій тканині?
2. Виставити діагноз згідно уніфікованого клінічного протоколу.
3. Скласти план лікування.



Рентгенологічно 10.08.2021 р. у легенях виявлена двобічна симетрична дрібновогнищева дисемінація (1-2 мм) малої інтенсивності.



КТОГК: у легеневій тканині з обох сторін виявлено численні мономорфні вогнища розміром до 2 мм, симетричні. Даних за деструкцію легеневої тканини не виявлено. У правій плевральній порожнині сполучнотканинні нашарування.

Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.

Скласти план лікування.

Відповідь. При першому рентген-дослідженні не було виявлено змін у легеневій тканині тому, що при міліарному туберкульозі рентгенологічні зміни можуть бути відсутніми протягом перших 2 тижнів.

Діагноз: РТБ (24.08.2021 р.) легень (міліарний), Дестр – , МБТ+, МГ–, Риф– , М–, К+ , фТМЧ I (-), фТМЧ II (0), Гіст 0, Ког 3 (2021).

План лікування: 2HREZ 4HR; глюкокортикоїди, вітаміни групи В, гепатопротектори, симптоматична терапія.

Задача 29

Хлопчик 10 років. Скарги на швидку стомлюваність, нездужання, слабкість, дратівливість, зниження апетиту, швидку втомлюваність.

Анамнез: Дитина 6 місяців тому мала контакт з хворим на туберкульоз (МБТ+) дідусем. Ревакцинований у 7 років. У 8 років проба Манту з 2 ТО ППД-Л була 10 мм, у 9 років - 8 мм.

Об'єктивно: Хлопчик нормального живлення. Шкірні покриви бліді, дещо вологі, тургор м'язів задовільний. Пальпуються збільшені (1-2 мм) лімфатичні вузли заднього трикутника шиї, м'якої еластичної консистенції, безболісні. Пульс ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук. Аускультативно - везикулярне дихання, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення в нормі.

Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання

1. Виставити діагноз згідно уніфікованого клінічного протоколу.
2. Скласти план лікування.



Рентгенологічно: патологічних змін в легенях не виявлено.

Відповідь Діагноз: ВДТБ (22.05.2021) туберкульоз невстановленої локалізації, Дестр – , МБТ–, МГ–, Риф–, М–, К– , фТМЧ I (0), гіст 0, Ког 2 (2021).

План лікування: 2HREZ 4HR; вітаміни групи В, гепатопротектори, симптоматична терапія.

Задача 30

Хворий К, 58 роки. Скарги на загальну слабкість, болі в грудному відділі хребта, нічні парепарези.

Анамнез: вважає себе хворим декілька років коли з'явилися болі в грудному відділі хребта. 1 місяць тому стан значно погіршився коли виник нижній парепарез.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворим на активний туберкульоз товаришем близько 1 року тому.

Об'єктивно: свідомість ясна. Хворий астеничний. Неуражені ділянки шкіри чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Пульс 75 уд/хв., ритмічний, задовільних властивостей. Межі серця відповідають віковій нормі. Тони серця ритмічні, звучні. АТ - 125/85 мм.рт.ст. Аускультативно - везикулярне дихання з жорстким відтінком, хрипів немає. Перкуторно над легеньми ясний легеневиий звук.

Відмічається збільшення підщелепних, шийних та пахвових лімфовузлів, величиною з горошину, еластичної консистенції, трохи болючі, щитоподібна залоза не збільшена. При пальпації м'язи, розташовані вздовж хребта, знаходяться в напрузі, болючі на дотик, хода і постава змінені, викривлення хребта, обмеження рухливості, набряки ураженого відділу хребта, наявність натічного абсцесу.

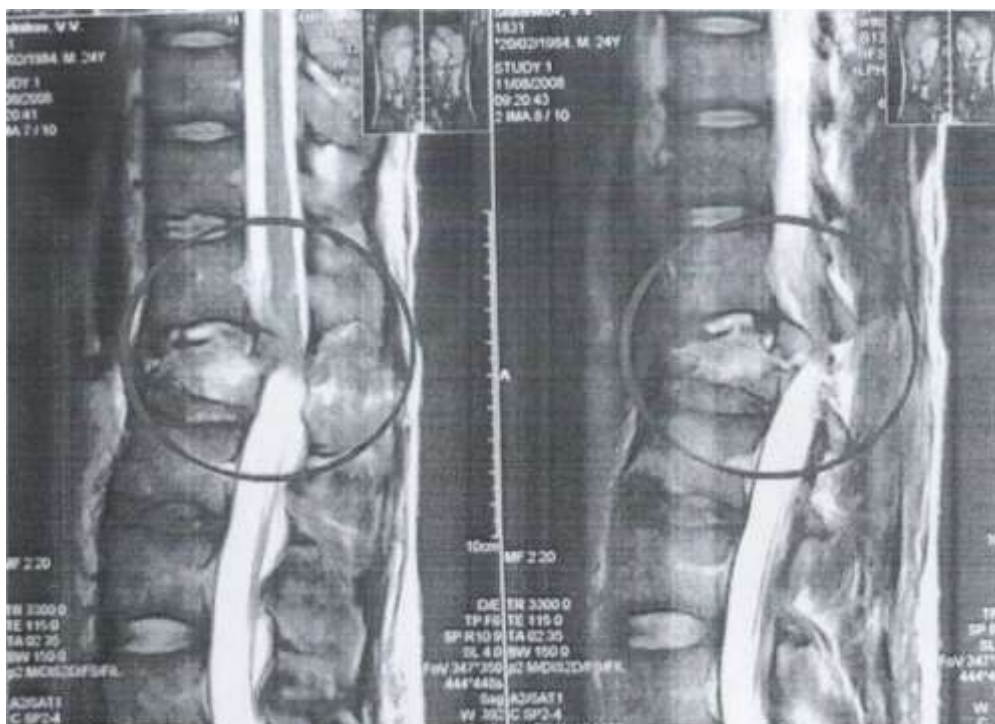
Дані додаткових методів дослідження додаються.

Завдання.

1. Виставити діагноз згідно чинної клінічної класифікації.
2. Скласти план лікування.



Результат гістологічного дослідження при пункції тіла хребця: У центральній зоні казеозний некроз, епітеліюїдні та велетенські клітини Пирогова-Лангханса. Периферійна зона з широким кільцем інфільтрату з лімфоїдних клітин і фібробластів.



Результат. Виражена деформація тіла The з компресією 2-3 стадії та післязапальними змінами та пролабуванням дорзальних елементів тіла ююю. Хребтовий канал в середньому на 6,15 мм зі здавленням дуральних

структур та спинного мозку та стенозуванням хребтового каналу на даному рівні. Компресійна мієлопатія спинного мозку на даному рівні. Значний набряк паравертебральних м'яких тканин на рівні Th6. До Th9 сегментів. Лівобічний S-подібний сколіоз I стадії. Полісегментарні вузли Шморля, гемангіоми тіл хребця. Дегенеративні зміни хребта у вигляді полісегментарного нерівномірного остеохондрозу 1-2 стадії, полісегментарних спондильозу та деформуючого спондилоартрозу.

ЗАДАЧА 31

Хворий К., 39 років.

СКАРГИ: На загальну слабкість, задишку, постійну температуру до 38° , кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроти до 200 мл на добу.

АНАМНЕЗ: Хворів туберкульозом 15 років тому, спалахи туберкульозного процесу весною та восени, внаслідок чого останні роки постійно перебував на лікуванні в облтубдиспансері.

ОБ'ЄКТИВНО: Астенічного складу тіло, зниження апетиту, блідий, грудна клітина сплюснена. При перкусії – тимпанічний звук донизу від краю лопатки з правої сторони. Аускультативно – в підлопаточній області з правої сторони на фоні амфоричного дихання вислуховуються крупнопухирчасті вологі хрипи. Зліва в нижньому відділі легені – послаблення дихання, вологі хрипи.

Аналіз крові: Нв – 120 г/л, лейкоц. – $16 \cdot 10^9/\text{л}$, е – 0%, п – 12%, с – 62%, л – 18%, м – 8%, ШОЕ – 63 мм/год.

Аналіз сечі: Пит.вага – 1008, цукор – немає, білок – 0,66%, лейкоц. – 20-30 в п/з, гіалінові та зернисті циліндри – 2-3 в п/з.

Аналіз сечі по Зимницькому:

№ п/п	Кількість	Пит. вага	№ п/п	Кількість	Пит. вага
1	150	1010	5	310	1009
2	230	1007	6	180	1007
3	200	1009	7	210	1010
4	430	1008	8	390	1008
Денний діурез 1010 мл			Нічний діурез 1090 мл		
Добовий діурез 2100 мл					

Аналіз мокроти: МБТ+

Рентгендані: Справа на всьому протязі на фоні фіброзу вогнищеві тіні різної величини і інтенсивності. З правої сторони в середній долі визначаються

порожнини, одна з яких гігантська, зліва в нижній долі порожнина 2×2 см. 1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.

2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 32

Хворий Д., 40 років.

СКАРГИ: Біль в правій половині грудної порожнини при диханні, пітливість, задуха, підвищення температури до 39° .

АНАМНЕЗ: Початок захворювання гострий. Два тижні тому з'явився біль в правій половині грудної порожнини, який підсилювався при диханні, підвищилась температура до 39° .

ЕПІДАНАМНЕЗ: Жінка хворіє відкритою формою туберкульозу.

ОБ'ЄКТИВНО: Шкіра бліда, задуха в спокої, кількість дихань 28 за хвилину, границі серця зміщені вліво, тони ослаблені, тахікардія. Справа нижче від кутка лопатки тупий перкуторний звук, дихання тут не прослуховується.

Аналіз крові: Ер – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 110 г/л, Л – $11 \cdot 10^9/л$, Е – 2%, П – 3%, С – 66%, М – 7%, ШОЕ – 34 мм/год.

Аналіз плевральної рідини: Жовта, питома вага 1020, білок – 2,6%, реакція Рівальта – позитивна.

Аналіз мокротиння: МБТ не виявлені.

Рентгендані: Справа внизу від IV ребра інтенсивна гомогенна тінь зі скошеною верхньою границею. Зліва – норма.

Серцево-судинна тінь зміщена вліво.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 33

Хворий О., 8 років.

СКАРГИ: На кашель з виділенням слизового харкотиння, кровохаркання, схуднення, нічну пітливість.

АНАМНЕЗ: Хворіє біля 1 місяця, захворювання почалось гостро, лікування антибіотиками та сульфаніламідними препаратами протягом місяця ефекту не дало.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Батько хворіє відкритою формою туберкульозу легень.

ОБ'ЄКТИВНО: Загальний стан середньої важкості, температура 38° , зниження апетиту, шкіра бліда. В правій легені у підключичній ділянці – вкорочення перкуторного звуку, бронхіальне дихання та дрібнопухирчасті хрипи.

Аналіз крові: Ер.– $4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 110 г/л; л – $10 \cdot 10^9/л$; е – 8%, с – 51%, м – 11%, ШОЕ – 45 мм/год.

Аналіз харкотиння: МБТ(+)

Проба Манту з 2 ТО: Папула 17 мм. Лімфангоїт.

Рентгендані: Справа у середній долі на рівні IV міжребер'я визначається тінь 4×5 см з нечіткими контурами та просвітленням у центрі, тісно зв'язана з різко розширеним коренем правої легені.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 34

Хворий Г. 46 років.

СКАРГИ: Скаржитися на задиху, кашель з виділенням слизового харкотиння до 100 *мл* за добу, субфебрильну температуру.

АНАМНЕЗ: Хворіє туберкульозом з 1988 року, коли працював на вугільній шахті прохідником, простудився. Стаж роботи на шахті 10 років. Лікувався нерегулярно.

ОБ'ЄКТИВНО: ПС – 98/*хв* задовільного наповнення. Тонус серця приглушений, акцент II тону на легеневій артерії, АТ – 105/60 *мм. рт. ст.* В легенях, в нижніх відділах – вкорочення перкуторного звуку. У міжлопатковій та підлопатковій ділянках з обох сторін – везико-бронхіальне дихання, вологі дрібнопухирчаті хрипи. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 *см*, щільно-еластичної консистенції, безболісна.

Аналіз крові: Нв – 110 *г/л*, л – $10 \cdot 10^9/\text{л}$, е – 1%, п – 4%, с – 70%, л – 21%, м – 4%, ШОЕ – 38 *мм за год*.

Аналіз харкотиння: МБТ+

Проба Манту з 2 ТО: Папула 6 *мм*.

ЕКГ: Правограма (високий зубець Р в II і III відведеннях, Т – нижче ізолінії).

Рентгендані: З обох сторін на всьому протязі, більше в середніх та нижніх полях визначаються густо розташовані вузлуваті тіні. У верхньому полі справа плевральні нашарування та дрібні просвітлення з інфільтрацією навколо.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 35

Хворий Б., 41 рік.

СКАРГИ: На загальну слабкість, задишку, постійну температуру до 38° , кашель з виділенням слизисто-гнійної мокроти до 200 мл на добу.

АНАМНЕЗ,: Хворів туберкульозом з 1988 року, спалахи туберкульозного процесу весною та восени, внаслідок чого останні роки постійно перебував на лікуванні в облтубдиспансері.

ОБ'ЄКТИВНО: Астенічного складу тіло, зниження апетиту, блідий, грудна клітина сплюснена. При перкусії – тимпанічний звук донизу від краю лопатки з правої сторони. Аускультативно – в підлопаточній області з правої сторони на фоні амфоричного дихання вислуховуються крупнопухирчасті вологі хрипи. Зліва в нижньому відділі легені – послаблення дихання, вологі хрипи.

Аналіз крові: Нв – 120 г/л, лейкоц. – $16 \cdot 10^9/\text{л}$, е – 0%, п – 12%, с – 62%, л – 18%, м – 8%, ШОЕ – 63 мм/год.

Аналіз сечі: Пит.вага – 1008, цукор – немає, білок – 0,66%, лейкоц. – 20-30 в п/з, гіалінові та зернисті циліндри – 2-3 в п/з.

Аналіз сечі по Зимницькому:

№ п/п	Кількість	Пит. вага	№ п/п	Кількість	Пит. вага
1	150	1010	5	310	1009
2	230	1007	6	180	1007
3	200	1009	7	210	1010
4	430	1008	8	390	1008
Денний діурез 1010 мл			Нічний діурез 1090 мл		
Добовий діурез 2100 мл					

Аналіз мокроти: МБТ+

Рентгендані: Справа на всьому протязі на фоні фіброзу вогнищеві тіні різної величини і інтенсивності. З правої сторони в середній долі визначаються порожнини, одна з яких гігантська, зліва в нижній долі порожнина 2×2 см.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.

2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 36

Хвора Д., 49 років.

СКАРГИ: На підвищення температури до $37,8^{\circ}$, задишку, загальну слабкість, кашель з незначним виділенням мокроти, нічну пітливість.

АНАМНЕЗ: Вважає себе хворим 3 тижні, коли з'явилась температура до 39° , з'явилися профузні нічні поти. Після рентгенобстеження направлений в облтубдиспансер.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Чоловік хворіє відкритою формою туберкульозу.

ОБ'ЄКТИВНО: Загальний стан задовільний. На щокх рум'янець. Над легеньми зліва над лопаткою і до її середини притуплення перкуторного звуку, на фоні якого вислуховуються бронхіальні хрипи.

Аналіз крові: Нв 110 г/л , л – $12 \cdot 10^9/\text{л}$, е – 6%, п – 6%, л – 20%, м – 5%, ШОЕ – 44 мм/год .

Аналіз сечі: норма.

Аналіз мокротиння: МБТ+

Рентгендані: Зліва у верхній долі визначаються негомгенні затемнення середньої інтенсивності розміром $5 \times 6 \text{ см}$ з ділянкою просвітлення $3 \times 3 \text{ см}$.

Справа в нижній долі на рівні міжребер'я по середньоключичній лінії група дрібних вогнищевих тіней малої інтенсивності з нечіткими контурами.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 37

Хворий Ю., 14 років.

СКАРГИ: Кашель з виділенням невеликої кількості крихтovidного харкотиння, підвищення температури тіла ввечері, збудливість, загальна слабкість, нічна пітливість.

АНАМНЕЗ: Хворіє 2 місяці, не лікувався.

ОБ'ЄКТИВНО: Стан задовільний. Знижене харчування. Зліва у міжлопатковому просторі відмічається вкорочення перкуторного звуку, там же аускультативно – ослаблення везикулярного дихання.

Аналіз крові: Ер. – $4,4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 120 г/л, Л – $9,4 \cdot 10^9/л$, Е – 2%, П – 20%, С – 48%, Л – 19%, М – 11%, ШОЕ – 45 мм/год.

Аналіз харкотиння: МБТ+

Бронхоскопія: У ділянці латеральної стінки лівого головного бронха ділянка гіперемії слизової, в центрі якої визначається фістула бронхо-нодулярної нориці.

Рентгендані: В нижній долі справа визначається група вогнищевих тіней слабкої інтенсивності. Лівий корінь легень значно інфільтрований, контури його нечіткі.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 38

Хворий А., 25 років.

СКАРГИ: Сиплість голосу, підвищення температури до 38° , кашель з незначним виділенням мокроти, задишка.

АНАМНЕЗ: Захворів місяць тому назад. Захворювання почалося гостро з підвищенням температури до 39° , з'явилася сиплість голосу.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Жінка хворіє відкритою формою туберкульозу.

ОБ'ЄКТИВНО: Перкуторно у верхніх відділах обох легень скорочення легеневого звуку, аускультативно – дихання везикулярне, ослаблене, дрібнопухирчасті хрипи по аксиллярній лінії з обох сторін.

ЗАКЛЮЧЕННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГА: інфільтративно-продуктивний туберкульоз гортані.

Аналіз крові: Нв – 110 г/л, л – $11 \cdot 10^9$ /л, п – 6%, с – 70%, м – 8%, ШОЕ – 52 мм/год.

Аналіз сечі: норма.

Проба Манту з 2 ТО – Папула 14 мм.

Аналіз мокротиння: МБТ – 2-4 в полі зору.

Рентгендані: В обох легнях на всьому протязі окреслюються симетрично розміщені вогнищеві тіні малої інтенсивності розміром до 1 см. Корені безструктурні.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 39

Хворий Н., 12 років.

СКАРГИ: Кашель з виділенням невеликої кількості крихтovidного харкотиння, підвищення температури тіла ввечері, збудливість, загальна слабкість, нічна пітливість.

АНАМНЕЗ: Хворіє 2 місяці, не лікувався.

ОБ'ЄКТИВНО: Стан задовільний. Знижене харчування. Зліва у міжлопатковому просторі відмічається вкорочення перкуторного звуку, там же аускультативно – ослаблення везикулярного дихання.

Аналіз крові: Ер. – $4,4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 120 г/л, Л – $9,4 \cdot 10^9/л$, Е – 2%, П – 20%, С – 48%, Л – 19%, М – 11%, ШОЕ – 45 мм/год.

Аналіз харкотиння: МБТ+

Бронхоскопія: У ділянці латеральної стінки лівого головного бронха ділянка гіперемії слизової, в центрі якої визначається фістула бронхо-нодулярної нориці.

Рентгендані: В нижній долі справа визначається група вогнищевих тіней слабкої інтенсивності. Лівий корінь легень значно інфільтрований, контури його нечіткі.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 40

Хворий Г., 11 років.

СКАРГИ: Надсадний, виснажливий, бітональний сухий кашель, схуднення, пітливість.

АНАМНЕЗ: Хворіє біля трьох місяців, захворювання почалось поступово, симптоматична терапія та лікування антибіотиками і сульфанілами на протязі двох місяців ефекту не дали.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Батько хворіє відкритою формою туберкульозу легень.

ОБ'ЄКТИВНО: Температура $37,8^{\circ}$, зниженого харчування, шкіра бліда. Пальпуються збільшені периферичні лімфовузли: шийні, пахові, надключичні. В області грудної клітини спереду під ключицями та ззаду над вістюком лопатки сітка розширених підшкірних капілярів – симптом Франка. Перкуторно над правою легенею притуплення перкуторного звуку, дихання різко послаблене.

Аналіз крові: Ер. – $4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 120 *г/л*, Л – $11 \cdot 10^9/л$, Е – 9%, П – 1%, С – 49%, Л – 33%, М – 8%, ШОЕ – 40 *мм/год*.

Аналіз промивних вод бронхів: МБТ+.

Бронхоскопія: В області біфуркації трахеї та правого стоволового бронху – специфічний ендобронхіт з мікроперфорацією.

Реакція Манту з 2 ТО: Папула 23 *мм* з лімфангоїтом.

Рентгендані: Правий корінь розширений за рахунок збільшених бронхопультмональних лімфовузлів, середня доля ателектазована; органи середостіння зміщені у сторону ателектазованої легені; правий купол діафрагми піднятий. Зліва – норма.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 41

Хворий Г., 36 років.

СКАРГИ: На субфебрильну температуру ввечері, стомлюваність, нічну пітливість.

АНАМНЕЗ: Вважає себе хворим біля 2-х місяців, коли з'явилися вищевказані скарги. Хворий був госпіталізований в терапевтичне відділення райлікарні з діагнозом “грип”, проте лікування антибіотиками широкого спектру дії і сульфаніламидамі ефекту не дало.

ОБ'ЄКТИВНО: Загальний стан задовільний. В піддужкових областях з обох сторін везикулярне дихання з жорстким відтінком.

Аналіз крові: Нв – 120 г/л, Л – $7,5 \cdot 10^9$ /л, Е – 5%, С – 62%, Л – 31%, М – 2%, ШОЕ – 35 мм/год.

Аналіз сечі: Норма.

Аналіз харкотиння: МБТ не виявлено.

Реакція Манту з 2 ТО: Папула 11 мм.

Рентгендані: В верхній долі правої легені (S_1) і лівої легені (S_1) окреслюється група вогнищевих тіней малої інтенсивності з нечіткими контурами діаметром до 1 см.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 42

Хворий П. 47 років.

СКАРГИ: Скаржитися на задиху, кашель з виділенням слизового харкотиння до 100 мл за добу, субфебрильну температуру.

АНАМНЕЗ: Хворіє туберкульозом з 1988 року, коли працював на вугільній шахті прохідником, простудився. Стаж роботи на шахті 10 років. Лікувався нерегулярно.

ОБ'ЄКТИВНО: PC – 98/хв задовільного наповнення. Тонус серця приглушений, акцент II тону на легеневій артерії, АТ – 105/60 мм. рт. ст. В легенях, в нижніх відділах – вкорочення перкуторного звуку. У міжлопатковій та підлопатковій ділянках з обох сторін – везико-бронхіальне дихання, вологі дрібнопухирчаті хрипи. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см, щільно-еластичної консистенції, безболісна.

Аналіз крові: Нв – 110 г/л, л – $10 \cdot 10^9$ /л, е – 1%, п – 4%, с – 70%, л – 21%, м – 4%, ШОЕ – 38 мм за год.

Аналіз харкотиння: МБТ+

Проба Манту з 2 ТО: Папула 6 мм.

ЕКГ: Правограма (високий зубець Р в II і III відведеннях, Т – нижче ізолінії).

Рентгендані: З обох сторін на всьому протязі, більше в середніх та нижніх полях визначаються густо розташовані вузлуваті тіні. У верхньому полі справа плевральні нашарування та дрібні просвітлення з інфільтрацією навколо.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 43

Хвора Т., 52 роки.

СКАРГИ: На підвищення температури до $37,8^{\circ}$, задишку, загальну слабкість, кашель з незначним виділенням мокроти, нічну пітливість.

АНАМНЕЗ: Вважає себе хворим 3 тижні, коли з'явилась температура до 39° , з'явилися профузні нічні поти. Після рентгенобстеження направлений в облтубдиспансер.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Чоловік хворіє відкритою формою туберкульозу.

ОБ'ЄКТИВНО: Загальний стан задовільний. На щоках рум'янець. Над легеньми зліва над лопаткою і до її середини притуплення перкуторного звуку, на фоні якого вислуховуються бронхіальні хрипи.

Аналіз крові: Нв 110 г/л, л – $12 \cdot 10^9$ /л, е – 6%, п – 6%, л – 20%, м – 5%, ШОЕ – 44 мм/год.

Аналіз сечі: норма.

Проба Манту з 2 ТО – Папула 11 мм.

Аналіз мокротиння: МБТ+

Рентгендані: Зліва у верхній долі визначаються негомogenous затемнення середньої інтенсивності розміром 5×6 см з ділянкою просвітлення 3×3 см. Справа в нижній долі на рівні міжребер'я по середньоключичній лінії група дрібних вогнищевих тіней малої інтенсивності з нечіткими контурами.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 44

Хворий А., 25 років.

СКАРГИ: Сиплість голосу, підвищення температури до 38° , кашель з незначним виділенням мокроти, задишка.

АНАМНЕЗ: Захворів місяць тому назад. Захворювання почалося гостро з підвищенням температури до 39° , з'явилася сиплість голосу.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Жінка хворіє відкритою формою туберкульозу.

ОБ'ЄКТИВНО: Перкуторно у верхніх відділах обох легень скорочення легеневого звуку, аускультативно – дихання везикулярне, ослаблене, дрібнопухирчасті хрипи по аксиллярній лінії з обох сторін.

ЗАКЛЮЧЕННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГА: інфільтративно-продуктивний туберкульоз гортані.

Аналіз крові: Нв – 110 г/л, л – $11 \cdot 10^9$ /л, п – 5%, с – 70%, м – 8%, ШОЕ – 52 мм/год.

Аналіз сечі: норма.

Проба Манту з 2 ТО – Папула 14 мм.

Аналіз мокротиння: МБТ – 2-4 в полі зору.

Рентгендані: В обох легнях на всьому протязі окреслюються симетрично розміщені вогнищеві тіні малої інтенсивності розміром до 1 см. Корені безструктурні.

Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.

Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 45

Хворий К., 53 роки.

СКАРГИ: Виражена задишка при незначному фізнавантаженні, кашель з харкотинням до 200 мл за добу, субфебрильна температура, кровохаркання, загальна слабкість.

АНАМНЕЗ: Хворіє туберкульозом 20 років, довго лікувався в різних тубзакладах. Останні 10 років МБТ у харкотинні всіма методами обстеження не визначаються.

ОБ'ЄКТИВНО: Стан у ліжку напівсидячий, ціаноз обличчя, пальців рук, долоні гарячі. PC – 100/хв, ритмічний. Межі відносної серцевої тупості: права – лівий край грудини, верхня – III ребро, ліва – на 1,5 см назовні від середньоключичної лінії. Акцент II тону на легеневій артерії. АТ – 130/85 мм. рт. ст. Кількість дихальних рухів – 27 за хвилину. Ліва половина грудної клітини сплюснена, на всьому протязі зліва – притуплення перкуторного звуку, дихання бронхіальне, велика кількість “фіброзних хрипів”.

ЕКГ: Правограма, високий і широкий зубець Р у II та III відведеннях, низький зубець Т на ізолінії.

Аналіз крові: Нв – 110 г/л, Л – $15 \cdot 10^9$ /л, Е – 0%, П – 7%, С – 73%, Л – 18%, М – 2%, ШОЕ – 60 мм/год.

Аналіз сечі: Норма.

Аналіз харкотиння: (усіма методами) МБТ не знайдені.

Рентгендані: Справа – підвищена прозорість легеневих полів, зліва фіброторакс, обидві долі негомogenно затемнені, зменшені за розмірами. Трахея і серцевосудинна тінь перетягнуті вліво, корені легень змінені.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.

2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 46

Хворий Г., 36 років.

СКАРГИ: На субфебрильну температуру по вечорах, втомлюваність, нічну пітливість.

АНАМНЕЗ: Вважає себе хворим біля 2-х місяців, коли з'явилися вищевказані скарги. З приводу "грипу" лікувався у районній лікарні, але безрезультатно.

ОБ'ЄКТИВНО: Стан задовільний. У підключичних ділянках з обох сторін вкорочення перкуторного звуку. Дихання з жорстковатим відтінком.

Аналіз крові: Нв – 120 г/л, Л – $8 \cdot 10^9$ /л, Е – 5%, С – 62%, Л – 31%, М – 2%, ШОЕ – 27 мм/год.

Аналіз сечі: Норма.

Аналіз харкотиння: МБТ (-)

Рентгендані: У верхніх долях легень, більше у підключичних областях, група вогнищевих тіней малої інтенсивності з нечіткими контурами діаметром 0,5-1 см.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 47

Хворий Т., 27 років.

СКАРГИ: Сиплість голосу, підвищення температури до 38° , кашель з незначним виділенням мокроти, задишка.

АНАМНЕЗ: Захворів місяць тому назад. Захворювання почалося гостро з підвищенням температури до 39° , з'явилася сиплість голосу.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Жінка хворіє відкритою формою туберкульозу.

ОБ'ЄКТИВНО: Перкуторно у верхніх відділах обох легень скорочення легеневого звуку, аускультативно – дихання везикулярне, ослаблене, дрібнопухирчасті хрипи по аксиллярній лінії з обох сторін.

ЗАКЛЮЧЕННЯ ОТОЛАРИНГОЛОГА: інфільтративно-продуктивний туберкульоз гортані.

Аналіз крові: Нв – 110 г/л, л – $11 \cdot 10^9$ /л, п – 6%, с – 70%, м – 8%, ШОЕ – 52 мм/год.

Аналіз сечі: норма.

Аналіз мокротиння: МБТ – 2-4 в полі зору.

Рентгендані: В обох легенях на всьому протязі окреслюються симетрично розміщені вогнищеві тіні малої інтенсивності розміром до 1 см. Корені безструктурні.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 48

Хворий К., 10 років.

СКАРГИ: Надсадний, виснажливий, бітональний сухий кашель, схуднення, пітливість.

АНАМНЕЗ: Хворіє біля трьох місяців, захворювання почалось поступово, симптоматична терапія та лікування антибіотиками і сульфаніламидами на протязі двох місяців ефекту не дали.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Батько хворіє відкритою формою туберкульозу легень.

ОБ'ЄКТИВНО: Температура $37,8^{\circ}$, зниженого харчування, шкіра бліда. Пальпуються збільшені периферичні лімфовузли: шийні, пахові, надключичні. В області грудної клітини спереду під ключицями та ззаду над вістюком лопатки сітка розширених підшкірних капілярів – симптом Франка. Перкуторно над правою легенею притуплення перкуторного звуку, дихання різко послаблене.

Аналіз крові: Ер. – $4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 120 *г/л*, Л – $11 \cdot 10^9/л$, Е – 9%, П – 1%, С – 49%, Л – 33%, М – 8%, ШОЕ – 40 *мм/год*.

Аналіз промивних вод бронхів: МБТ+.

Бронхоскопія: В області біфуркації трахеї та правого стоволового бронху – специфічний ендобронхіт з мікроперфорацією.

Реакція Манту з 2 ТО: Папула 23 *мм* з лімфангоїтом.

Рентгендані: Правий корінь розширений за рахунок збільшених бронхопульмональних лімфовузлів, середня доля ателектазована; органи середостіння зміщені у сторону ателектазованої легені; правий купол діафрагми піднятий. Зліва – норма.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 49

Хворий А., 14 років.

СКАРГИ: На кашель з виділенням слизового харкотиння, кровохаркання, схуднення, нічну пітливість.

АНАМНЕЗ: Хворіє біля 1 місяця, захворювання почалось гостро, лікування антибіотиками та сульфаніламідними препаратами протягом місяця ефекту не дало.

ЕПІДАНАМНЕЗ: Батько хворіє відкритою формою туберкульозу легень.

ОБ'ЄКТИВНО: Загальний стан середньої важкості, температура 38° , зниження апетиту, шкіра бліда. В правій легені у підключичній ділянці – вкорочення перкуторного звуку, бронхіальне дихання та дрібнопухирчасті хрипи.

Аналіз крові: Ер. – $4 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 110 г/л; л – $10 \cdot 10^9/л$; е – 8%, с – 51%, м – 11%, ШОЕ – 45 мм/год.

Аналіз харкотиння: МБТ(+)

Проба Манту з 2 ТО: Папула 17 мм. Лімфангоїт.

Рентгендані: Справа у середній долі на рівні IV міжребер'я визначається тінь 4×5 см з нечіткими контурами та просвітленням у центрі, тісно зв'язана з різко розширеним коренем правої легені.

1. Поставити діагноз за клінічною класифікацією туберкульозу.
2. Намітити план лікування.

ЗАДАЧА 50

До сімейного лікаря звернулася пацієнтка 48 років зі скаргами на кашель з відходженням мокротиння субфебрильну температуру, загальну

слабкість, підвищену нічну пітливість, схуднення на 4 кг. Вказані скарги турбують протягом кількох місяців.

Анамнез захворювання. Пацієнтка вважає себе хворою близько 3-4 місяців. Спершу з'явилося покашлювання, яке з часом перейшло у постійний вологий кашель, почала турбувати загальна слабкість, яка наростала з часом, з'явилась пітливість, хвора почала худнути. Протягом останнього часу пацієнтка періодично вимірювала температуру тіла та фіксувала підвищення в межах 37-37,5 °С. Протягом вказаного періоду часу не переохолоджувалась та не застуджувалась, не мала жодних бактеріальних захворювань будь-якої локалізації та не пов'язує погіршення з боку здоров'я з жодною з причин.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Протягом останніх 6 років не має офіційної роботи, періодично працює різноробочою. На даний час безробітна. Матеріально-побутові умови відносно задовільні. Зловживання алкоголем заперечує. Не палить. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Співмешканець пацієнтки хворів на лікарсько-чутливий туберкульоз легень з бактеріовиділенням близько року назад, успішно завершив курс лікування. У зв'язку з цим пацієнтка була обстежена як контактна особа, було рекомендовано превентивне лікування ізоніазидом, однак від прийому ліків вона відмовилась.

Об'єктивні дані: загальний стан відносно задовільний. Тілобудова – нормостенічна, пониженого живлення. Маса тіла 51 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 110/70 мм рт.ст. Пульс 78 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 18 за хвилину. Дихання над легеньями везикулярне, бронхіальне зліва над верхівкою, хрипи не вислуховуються. Перкуторно над легеньями ясний легеневий звук, над верхівкою зліва – укорочений перкуторний тон. Серце: тони ритмічні, гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не

пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій та бічній проекції





Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	3,7	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	119	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	1,0	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	220	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	8,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	8	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	47	47-72 %
Еозинофіли, %	2	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	36	19-37 %
Моноцити, %	6	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	15	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Л аб · №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+)) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБ Т (-)	МБТ(+) / Rif (не визнач)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (MTB Trac e)
1	✓								

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1				2+		—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 51

Пацієнт 38 років звернувся по медичну допомогу зі скаргами на кашель, задуху, фебрильну температуру (до 40 °С), виражену загальну слабкість, профузну пітливість, схуднення на 5 кг протягом останнього часу.

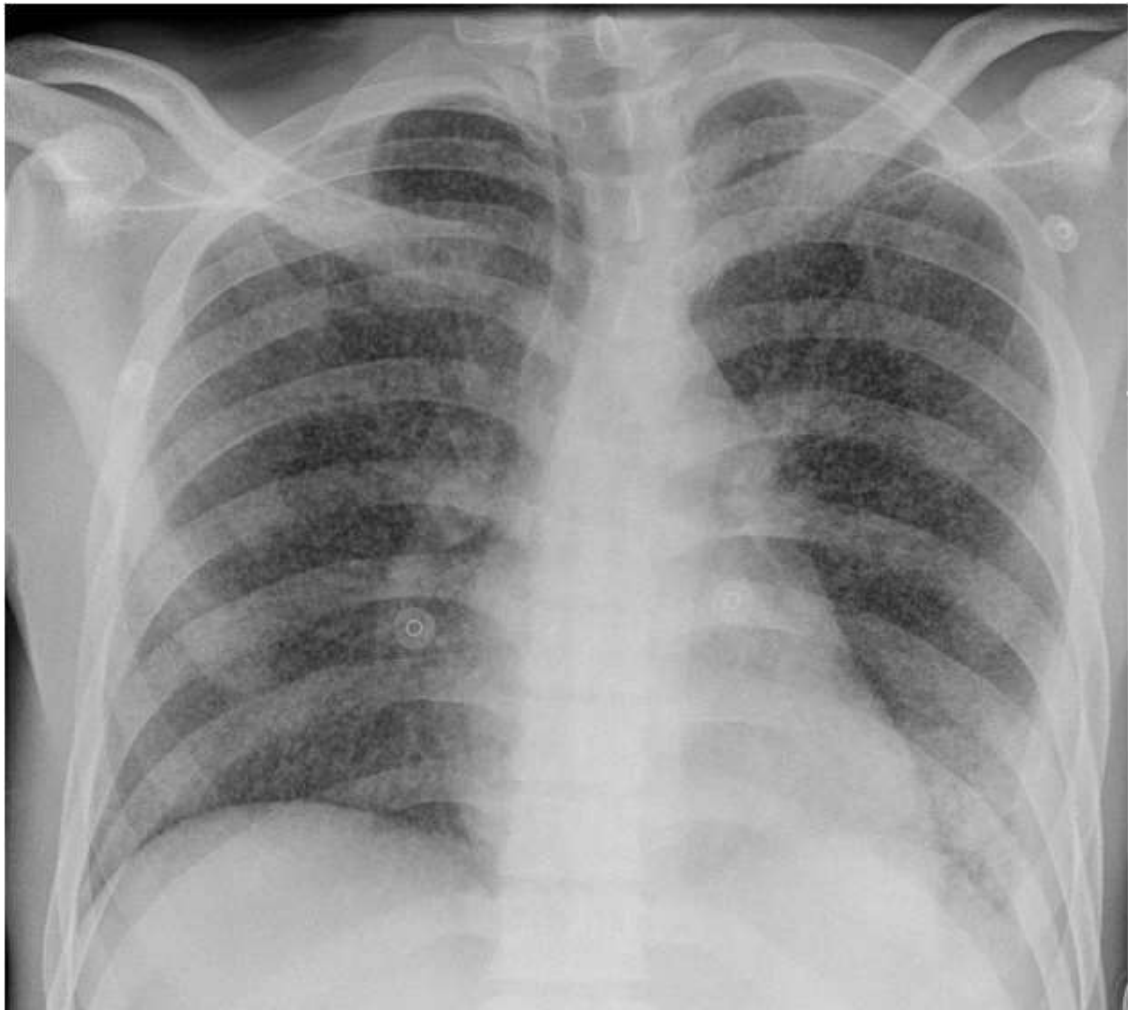
Анамнез захворювання. Кашель, задуха та температура турбують близько 2 тижнів, однак близько місяця пацієнт почав відмічати слабкість, почав надмірно пітніти, особливо у нічний час, та втрачати вагу. Протягом останніх 2 тижнів стан пацієнта прогресивно погіршувався.

Анамнез життя. Пацієнт має позитивний ВІЛ-статус протягом останніх 2 років. Антиретровірусну терапію не приймав. Зловживання алкоголем та інші шкідливі звички заперечуєзаперечує.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує. Однак пацієнт перебував 6 років в місцях позбавлення волі, був звільнений кілька місяців тому.

Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – астенична, суттєво пониженого живлення. Маса тіла 61 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, бліді. Пальпуються аксиллярні лімфатичні вузли, розмірами близько 1 см, не спаяні, безболісні, інші – не пальпуються. АТ – 110/60 мм рт.ст. Пульс 96 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 25 за хвилину. Дихання над легеньми везикулярне, хрипи не вислуховуються. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Серце: тони гучні, прискорені. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки на момент поступлення



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,2	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	133	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,9	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	320	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	3,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	11	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	67	47-72 %
Еозинофіли, %	2	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	12	19-37 %
Моноцити, %	8	3-11 %

ШЗЕ, мм/год	27	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год
-------------	----	---

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Л аб . №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБТ (-)	МБТ(+) / Rif (не визначен о)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МТВ Trac e)
1				✓					

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 52

До сімейного лікаря звернулася пацієнтка 37 років зі скаргами на вологий кашель, температуру, яка сягає від 37,2 до 37,8 °С, втомлюваність, підвищену пітливість.

Анамнез захворювання. Вказані скарги турбують протягом 3 тижнів. Захворіла з появи кашлю та температури 37-37,2 °С. Через тиждень температура почала наростати. Пацієнтка самостійно приймала амоксиклав протягом 10 днів без попередніх обстежень, однак лікування клінічного ефекту не дало. За останній 1-1,5 місяці схудла на 4 кг. Протягом вказаного періоду часу не переохолоджувалась та не застуджувалась, не мала жодних бактеріальних захворювань будь-якої локалізації та не пов'язує погіршення з боку здоров'я з жодною з причин.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Працює медичною сестрою в терапевтичному відділенні. Матеріально-побутові умови задовільні. Зловживання алкоголем заперечує. Палить 10 пачко-років. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан відносно задовільний. Тілобудова – нормостенічна, нормального живлення. Маса тіла 59 кг. Шкіра та видимі

слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 120/80 мм рт.ст. Пульс 82 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 20 за хвилину. Дихання над легенями везикулярне, бронхіальне справа над верхівкою, хрипи не вислуховуються. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, над верхівкою зліва – укорочений перкуторний тон. Серце: ритм синусовий, тони гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій та бічній проекції



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,0	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	125	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	1,0	0,85-1,05

Тромбоцити, Г/л	229	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	9,5	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	10	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	47	47-72 %
Еозинофіли, %	5	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	35	19-37 %
Моноцити, %	3	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	22	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+)) / Rif(+)	МБТ(+)) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МТВ Trac e)
1	✓								

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1			1+			—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 53

В приймальне відділення протитуберкульозного диспансеру каретою швидкої медичної допомоги доставлена жінка 42 років зі скаргами на виражену задуху, температуру 38 °С, виражену слабкість, підвищену пітливість.

Анамнез захворювання. Біля 2 місяців тому хворій було встановлено діагноз лівобічного ексудативного туберкульозного плевриту. Розпочавши лікування в стаціонарі протитуберкульозного диспансеру, хвора почала вживати алкоголь та самовільно полишила стаціонар. Через деякий час стан хворої почав невпинно погіршуватись, однак вона не зверталась по допомогу. Протягом останніх двох тижнів задуха стала вкрай виражена. У зв'язку з погіршенням стану пацієнтка викликала карету швидкої медичної допомоги.

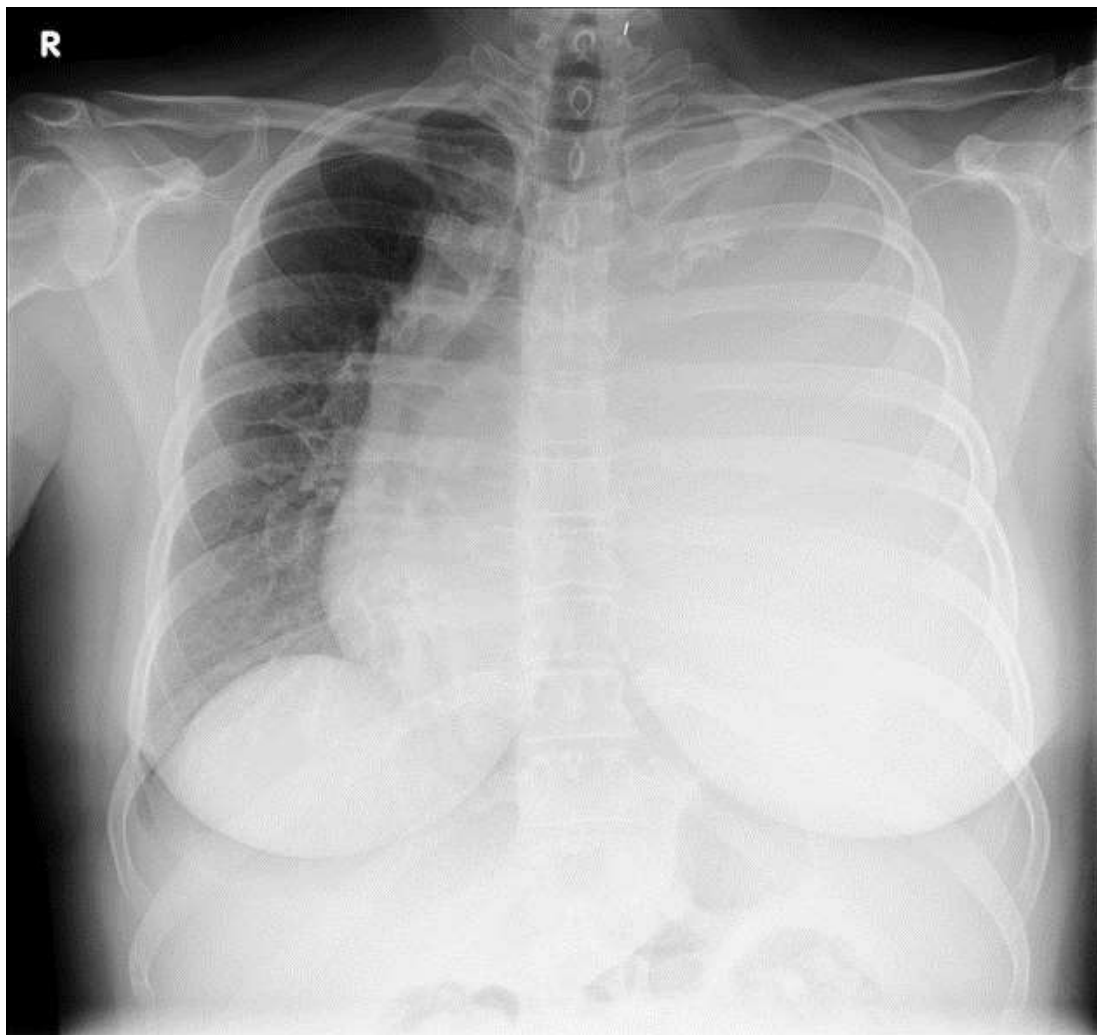
Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Не працює. Матеріально-побутові умови незадовільні. Зловживає алкоголем протягом 10-15 років. Палить 25 пачко-років. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан важкий. Тілобудова – нормостенічна, нормального живлення. Маса тіла 59 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, виражена блідість. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 90/60 мм рт.ст. Пульс 112 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 26

за хвилину. При огляді грудної клітки ліва половина грудної клітки значно відстає в акті дихання, міжреберні проміжки випинають. Перкуторно над легеньми справа ясний легеневий звук, зліва – тупий перкуторний тон. Дихання над легеньми справа везикулярне, зліва – не вислуховується. Серце: тони серця ритмічні, прискорені, ослаблені. Живіт м'який, болючий в правому підребер'ї. Печінка +3 см, селезінка не пальпується. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Пастозність обличчя. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій та бічній проекції



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	3,8	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л

Гемоглобін, г/л	118	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,87	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	300	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	10,0	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	9	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	48	47-72 %
Еозинофіли, %	5	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	35	19-37 %
Моноцити, %	3	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	32	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження плевральної рідини методом Хpert МТВ/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МТВ Trac e)
1	✓								

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 54

До протитуберкульозного диспансеру доставлений пацієнт 22 років зі скаргами на виражену задуху, температуру 38,3 °С, виражену слабкість, підвищену пітливість.

Анамнез захворювання. Біля 2 місяців тому хворому було встановлено діагноз туберкульозу внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів справа (туморозний варіант), бронхо-нодулярна нориця, туберкульоз правого головного бронха. Не розпочавши лікування, хворий зник з-під нагляду. Через деякий час стан хворого почав невпинно погіршуватись, однак вона не зверталась по допомогу. Протягом останніх двох тижнів з'явилась задуха, підвищилась температура тіла. У зв'язку з погіршенням стану пацієнт викликав карету швидкої медичної допомоги та був доставлений до протитуберкульозного диспансеру.

Анамнез життя. Перенесені в минулому туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Не працює. Матеріально-побутові умови незадовільні. Вживає ін'єкційні наркотики протягом 7 років (ВІЛ-статус негативний). Палить. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворим на туберкульоз батьком.

Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – нормостенічна, зниженого живлення. Маса тіла 68 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, виражена блідість, висипання на обличчі. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 100/60 мм рт.ст. Пульс 98 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 24 за хвилину. При огляді грудної клітки права

половина грудної клітки відстає в акті дихання, міжреберні проміжки запавши. Перкуторно над легенями зліва ясний легеневий звук, зліва – притуплений перкуторний тон. Дихання над легенями зліва везикулярне, справа – різко ослаблене. Серце: тони серця ритмічні, прискорені, ослаблені. Живіт м'який, не болючий. Печінка +1 см, селезінка не пальпується. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Яке ускладнення могло виникнути у пацієнта найбільш ймовірно?
3. Складіть план обстеження.

ЗАДАЧА 55

На обстеженні в протитуберкульозному диспансері перебуває пацієнт 20 років зі скаргами на сухий кашель.

Анамнез захворювання. Скарги виявленні при анкетуванні пацієнта під час обстеження в якості контактної особи. Захворів близько місяця тому без видимих на те причин з появи кашлю.

Анамнез життя. Перенесені в минулому туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Працює різноробочим. Матеріально-побутові умови задовільні. Шкідливі звички заперечує. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворою на туберкульоз мамою (лікарсько-чутливий ТБ).

Об'єктивні дані: загальний стан задовільний. Тілобудова – нормостенічна, нормального живлення. Маса тіла 75 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Температура тіла – 37,3 °С. АТ – 120/70 мм рт.ст. Пульс 78 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 18 за хвилину. При огляді грудної клітки – рухи обох половин грудної клітки симетричні, форма правильна. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Дихання над легеньми везикулярне. Серце: тони серця ритмічні, гучні. Живіт м'який, не болючий. Печінка, селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,3	чоловіки 4,0-5,0 Т/л

		жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	132	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,98	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	300	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	8,0	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	9	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	48	47-72 %
Еозинофіли, %	5	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	35	19-37 %
Моноцити, %	3	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	18	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження бронхо-альвеолярного лаважу методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБТ(-)	МБТ(+) / Rif (невизначено)	Результат відсутній	invalid Недійсний	Помилка	Слід и (MTB Trace)
1	✓								

При проведенні бронхоскопії виявлено гіперемію та виразки правого головного, дольових бронхів верхньої та середньої часток правої легені.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій та боковій проекціях



1. Опишіть рентгенограми ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз. Яке ускладнення виникло у пацієнта?
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 56

До сімейного лікаря звернувся пацієнт 40 років зі скаргами на задуху, фебрильну температуру, виражену слабкість.

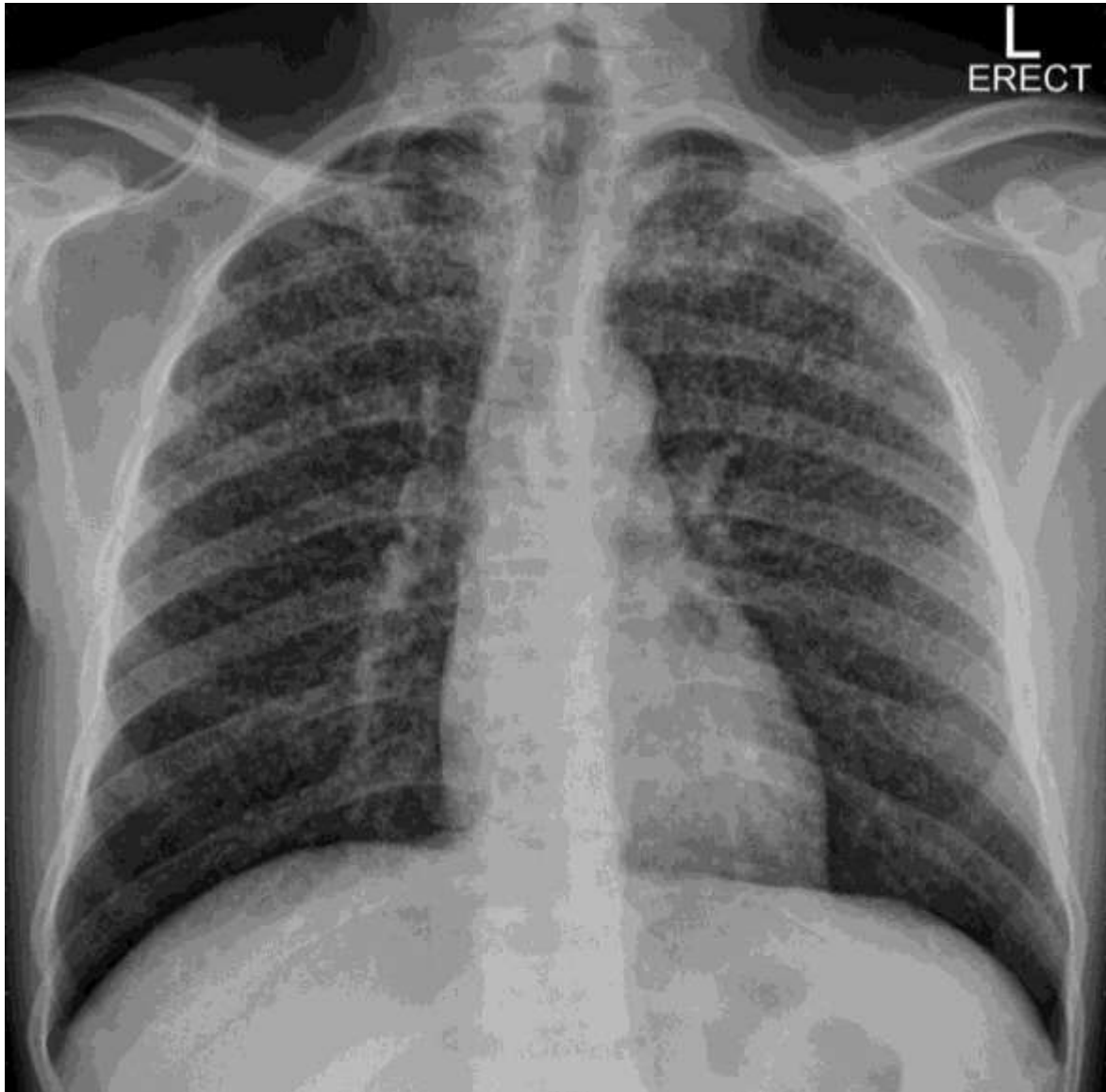
Анамнез захворювання. Пацієнт вважає себе хворим протягом кількох тижнів. Спершу пацієнт відмітив появу вираженої втоми та в'ялості, загальну слабкість, втрату сил. Згодом почав спостерігати підвищення температури тіла, спершу в межах до 37,5 С, а згодом до 38 С, протягом останнього тижня з'явилась задуха. За останній 1-1,5 місяці втратив 5 кг ваги. Протягом вказаного періоду часу не переохолоджувався та не застуджувався, не мав жодних бактеріальних захворювань будь-якої локалізації.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Протягом останніх півроку отримувач часті курси метилпреднізолону з приводу важкого виразкового коліту. Працює вчителем в школі. Матеріально-побутові умови задовільні. Шкідливих звичок не має. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – нормостенічна, зниженого живлення. Маса тіла 72 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 110/65 мм рт.ст. Пульс 98 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 22 за хвилину. Дихання над легеньми везикулярне з жорстким відтінком. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Серце: ритм синусовий, тони гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	3,5	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	108	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,8	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	229	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	9,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	11	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	56	47-72 %
Еозинофіли, %	5	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	38	19-37 %
Моноцити, %	10	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	30	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МТВ Trac e)
1	✓								

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат		Примітки (забруднення, слина,
		Позитивний/ступінь позитивності	

	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	кров, мало матеріалу та інше)
1	Негативний					—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 57

До фтизіатра звернувся пацієнт 52 років зі скаргами на кашель з відходженням мокротиння, температуру в межах 37,5-38 С, задуху, загальну слабкість, підвищену нічну пітливість, схуднення на 7 кг.

Анамнез захворювання. Вказані скарги турбують протягом кількох місяців. Захворювання почалось підгостро. Спершу посилився кашель (оскільки пацієнт багато палить, ранковий кашель турбував постійно), з'явилась досить велика кількість мокротиння сіро– жовтого кольору, почала турбувати виражена втома, пацієнт почав пітніти та втрачати вагу, підвищилась температура тіла. Захворювання не пов'язував з жодною з причин.

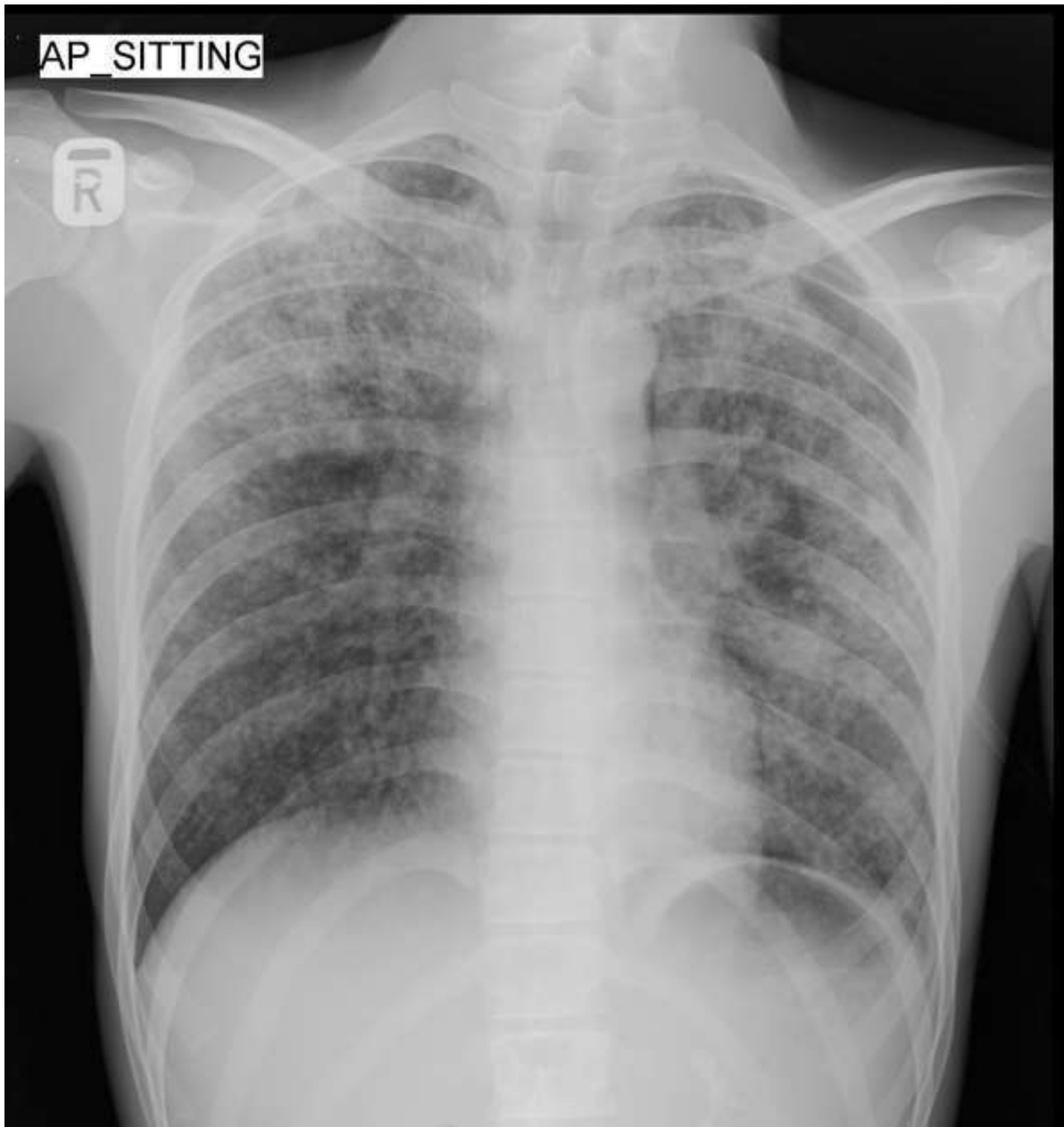
Анамнез життя. 3 роки тому хворів інфільтративним туберкульозом зі збереженою лікарською чутливістю, пройшов курс лікування, лікувався досить довго – протягом року, оскільки через низьку прихильність до лікування переривав лікування та розпочинав новий курс етіотропної терапії. Після вилікування залишилися фіброзні зміни у верхній долі лівої легені. Венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Протягом останнього року не має офіційної роботи, періодично працює різноробочим. Матеріально-побутові умови відносно задовільні. Зловживає алкоголем протягом останніх 15 років. Палить 30 пачко-років. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакти з хворими на туберкульоз протягом останніх 2 років заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – астенична, пониженого живлення. Маса тіла 69 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 105/70 мм рт.ст. Пульс 100 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 22 за хвилину. Дихання над легенями жорстке, вислуховуються поодинокі вологі хрипи. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, над верхівками – укорочений перкуторний тон. Серце: тони ритмічні, гучні. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка + 2 см, селезінка не пальпується.

Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	3,8	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	123	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,83	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	355	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	11	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	10	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	54	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	25	19-37 %
Моноцити, %	8	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	22	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул тат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МТВ Trac e)
1		✓							

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат		Примітки (забруднення, слина,
		Позитивний/ступінь позитивності	

	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	кров, мало матеріалу та інше)
1					3+	—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 58

До фтизіатра звернувся пацієнт 65 років зі скаргами на кашель з відходженням мокротиння, температуру в межах 37,5-38 С, задуху, загальну слабкість, підвищену нічну пітливість, схуднення на 4 кг.

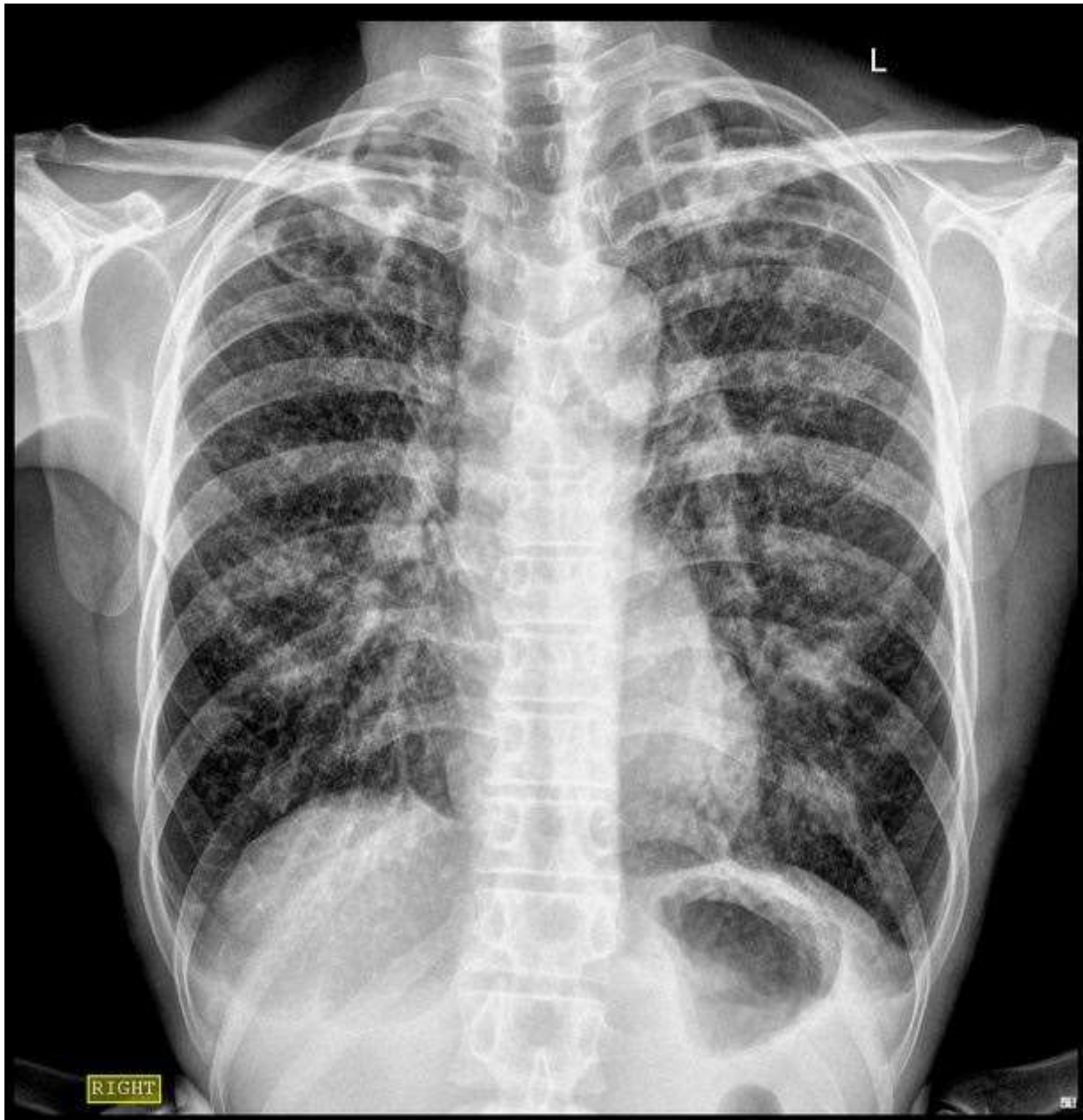
Анамнез захворювання. Пацієнтові було встановлено діагноз дисемінованого туберкульозу легень 11 місяців тому. Хворий розпочав етіотропне лікування, однак перед завершенням інтенсивної фази лікування перервав прийом препаратів, самовільно залишив лікарню. Контакт з пацієнтом був втрачений. Через кілька місяців після даного епізоду стан хворого почав погіршуватись, однак хворий не звертався по медичну допомогу довгий час.

Анамнез життя. Венеричні захворювання, гепатит заперечує. Страждає гіпертонічною хворобою, інші хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Пенсіонер. В минулому в шкідливих умовах не працював. Матеріально-побутові умови відносно задовільні. Зловживає алкоголем протягом останніх 20 років. Палить 40 пачко-років. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Близько 1,5 роки тому мав близький контакт з товаришем, який хворів на ізоніазид-резистентний туберкульоз. У пацієнта за даними гТМЧ та фТМЧ минулого епізоду лікування також було виявлено стійкість до Н.

Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – астенична, пониженого живлення. Маса тіла 67 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 130/90 мм рт.ст. Пульс 95 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 22 за хвилину. Дихання над легеньками жорстке, вислуховуються вологі хрипи над верхівками, розсіяні сухі хрипи над легеньками. Перкуторно над легеньками ясний легеневий звук, над верхівками – укорочений перкуторний тон. Серце: тони ритмічні, гучні, акцент II тону над артою. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка + 2 см, селезінка не пальпується. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	3,9	чоловіки 4,0-5,0 Т/л

		жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	128	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,85	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	325	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	10,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	9	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	58	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	22	19-37 %
Моноцити, %	8	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	18	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБТ(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (MTB Trac e)
1		✓							

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат	
-------	-----------	--

	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1					3+	—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 59

До невролога звернувся пацієнт 45 років зі скаргами на біль в хребті орієнтовно на межі грудного та поперекового відділів. Також пацієнта турбує субфебрильна температура, загальна слабкість, нічна пітливість.

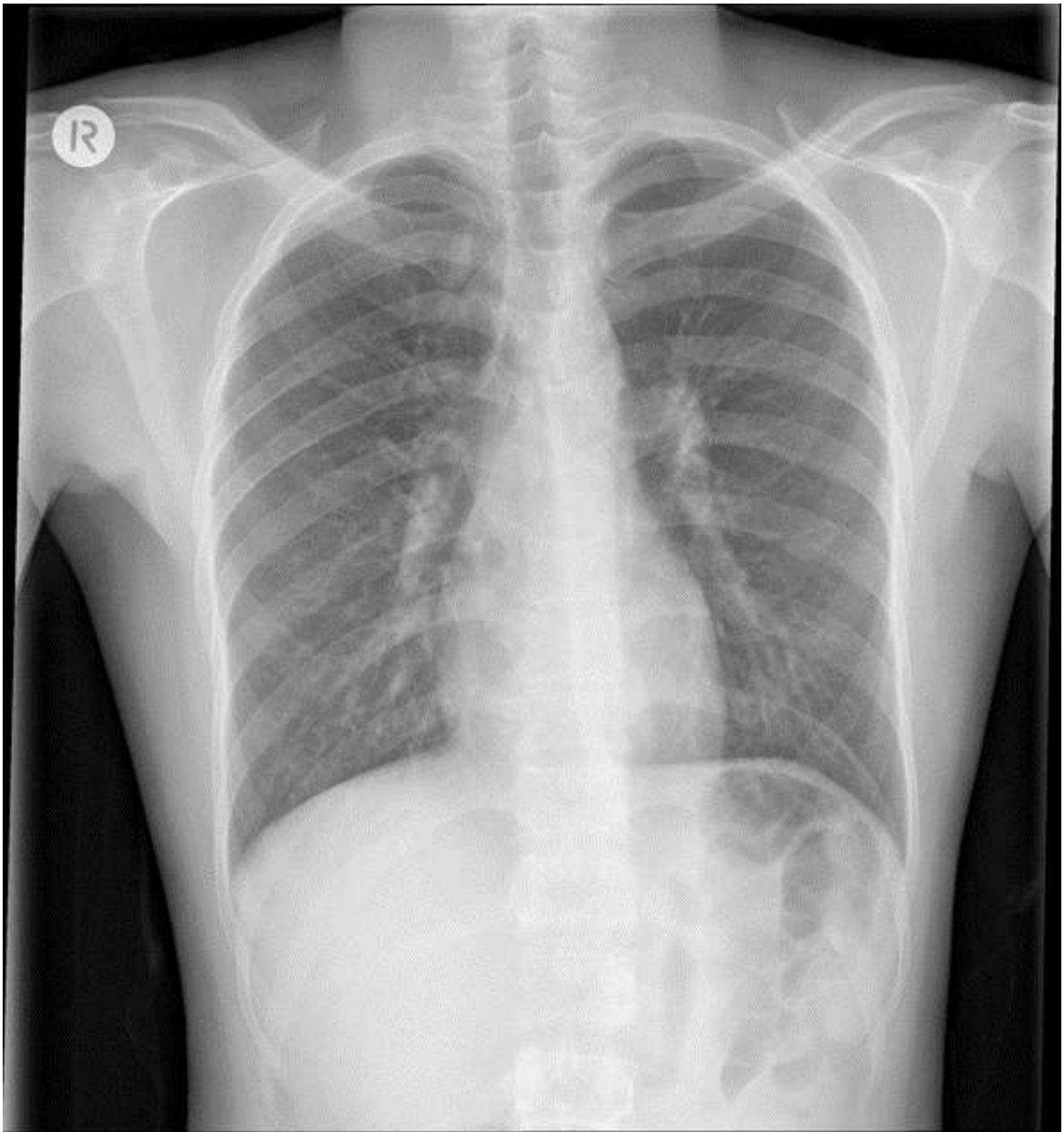
Анамнез захворювання. Біль в хребті з'явився близько 2-3 місяців тому. Дещо згодом пацієнт відмітив появу субфебрилітету.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Близько 6 місяців тому успішно завершив лікування з приводу раку шлунка. З цього приводу отримував хіміотерапію та радіотерапію. Матеріально-побутові умови задовільні. Шкідливих звичок не має. Працює офісним працівником. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан задовільний. Тілобудова – астенічна, зниженого живлення. Маса тіла 72 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, блідо-рожеві. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 110/70 мм рт.ст. Пульс 76 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 18 за хвилину. Дихання над легеньми везикулярне. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Серце: ритм синусовий, тони гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Біль при натисканні на остистий відросток Т10. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції





За даними опису РГ ОГК: Легенева тканина без видимих вогнищевих та інфільтративних змін. Тінь серця та середостіння, корені легень – без змін. Переднє клиноподібне деформування тіла хребця T10 з нерівністю нижньої замикальної пластинки та лівобічною параспінальною тінню. Деструкція правої ніжки хребця L1.

1. Яка найбільш ймовірна причина виникнення туберкульозу хребта у даного пацієнта?
2. Запропонуйте подальший план обстеження хворого для верифікації діагнозу туберкульозу.

ЗАДАЧА 60

До фтизіатра звернувся пацієнт 67 років зі скаргами на задуху, кашель з відходженням мокротиння, температуру в межах 37,5-37,7 С, загальну слабкість, схуднення на 3 кг.

Анамнез захворювання. Пацієнт захворів на підгострий туберкульоз 7 років тому. 4 роки тому мав рекурентний випадок дисемінованого туберкульозу, який важко піддавався лікуванню (лікування було успішно завершене після завершення повторного курсу терапії унаслідок неефективного першого курсу). На даний час симптоми з'явилися 3 тижні тому, у зв'язку з чим пацієнт одразу звернувся до фтизіатра.

Анамнез життя. Венеричні захворювання, гепатит заперечує. Страждає гіпертонічною хворобою, інші хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Пенсіонер. В минулому працював на пилорамі. Матеріально-побутові умови задовільні. Шкідливі звички заперечує. В минулому палив. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. На даний час контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – астенична, пониженого живлення. Маса тіла 68 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 130/100 мм рт.ст. Пульс 95 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 22 за хвилину. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук, над верхівками – укорочений перкуторний тон. Дихання над легеньми жорстке, вислуховуються вологі хрипи над верхівками, розсіяні сухі хрипи над легеньми. Серце: тони ритмічні, гучні, акцент II тону над артою. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,2	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л

Гемоглобін, г/л	138	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,9	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	325	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	9,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	7	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	58	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	24	19-37 %
Моноцити, %	8	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	15	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Л аб . №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (MTB Trac e)
1		✓							

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1			1+			—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 61

На прийомі у лікаря пацієнт 38 років зі скаргами на вологий кашель, задуху, температуру в межах 37,3-37,7 С, загальну слабкість, підвищену нічну пітливість, схуднення на 5 кг.

Анамнез захворювання. Хворіє протягом 3 місяців. Захворювання розпочалось підгостро. Пацієнт не надавав вказаним скаргам особливого значення, так як працював на будівництві, піддавався переохолодженню, тому вважав скарги проявами застуди.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Працює будівельником. Матеріально-побутові умови задовільні. Зловживання алкоголем заперечує. Палить 10 пачко-років. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

Об'єктивні дані: загальний стан відносно задовільний. Тілобудова – нормостенічна, дещо пониженого живлення. Маса тіла 75 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 120/75 мм рт.ст. Пульс 80 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 19 за хвилину. Дихання над легеньми везикулярне, бронхіальне зліва, поодинокі вологі хрипи справа та зліва. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук, зліва – дещо укорочений перкуторний тон. Серце: тони ритмічні, гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій та бічній проекції





Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,2	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	138	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,9	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	325	180-360 Г/л

Лейкоцити, Г/л	9,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	7	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	58	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	24	19-37 %
Моноцити, %	8	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	15	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Л аб . №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+)) / Rif(+)	МБТ(+)) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резуль тат відсутні й	invalid Недій с-ний	Поми лка	Слід и (МТВ Trac e)
1	✓								

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1				2+		—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.

3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 62

До сімейного лікаря звернувся пацієнт 46 років зі скаргами на задуху, температуру до 37,5 С, загальну слабкість.

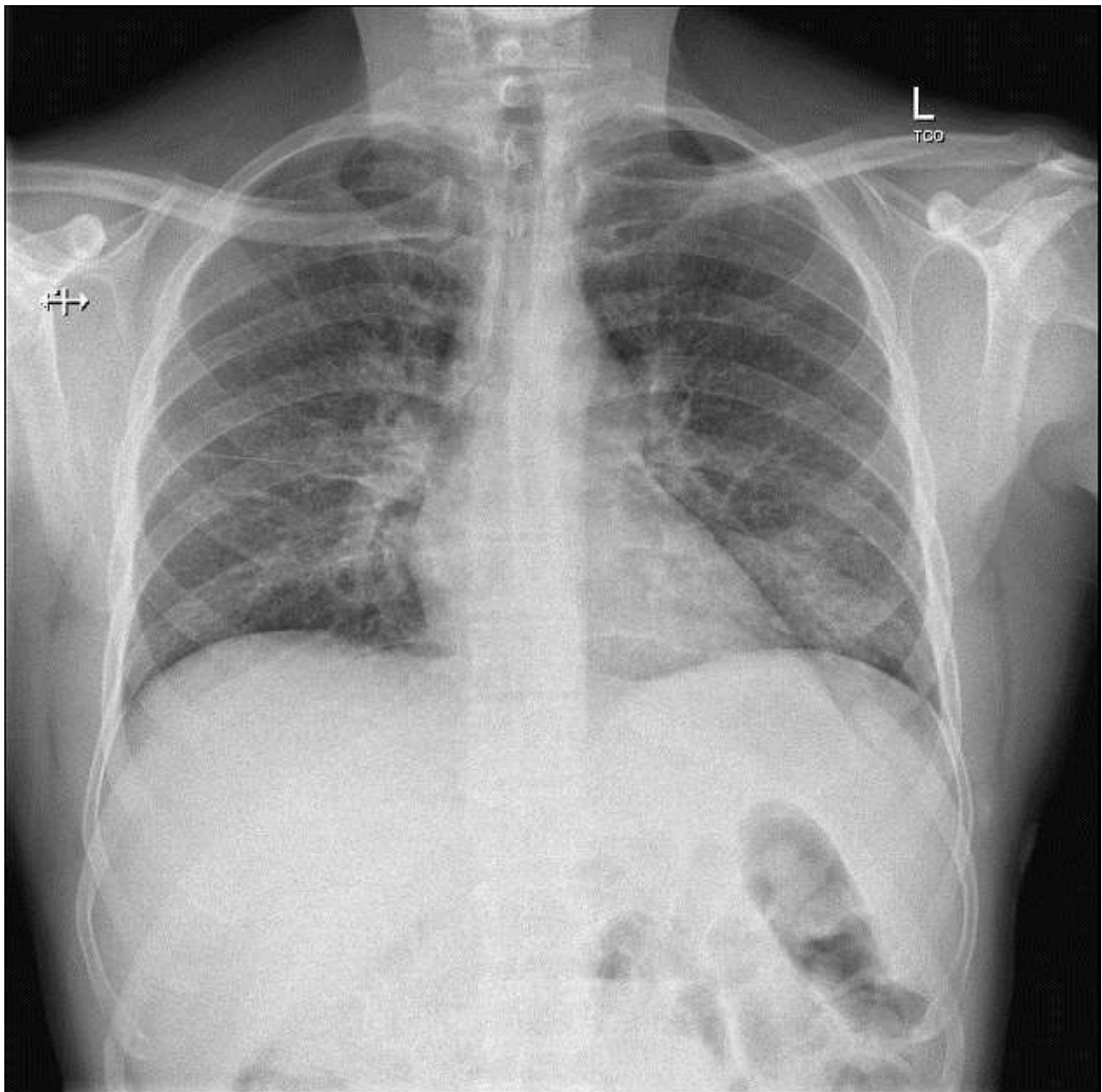
Анамнез захворювання. Захворів біля 10 днів тому, відколи відчув загальну слабкість. Через кілька днів з'явилося відчуття задухи, яка наростала, та температура.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Отримує лікування інгібіторами факторів некрозу пухлин альфа. Матеріально-побутові умови задовільні. Шкідливих звичок не має. Працює офісним працівником. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує.

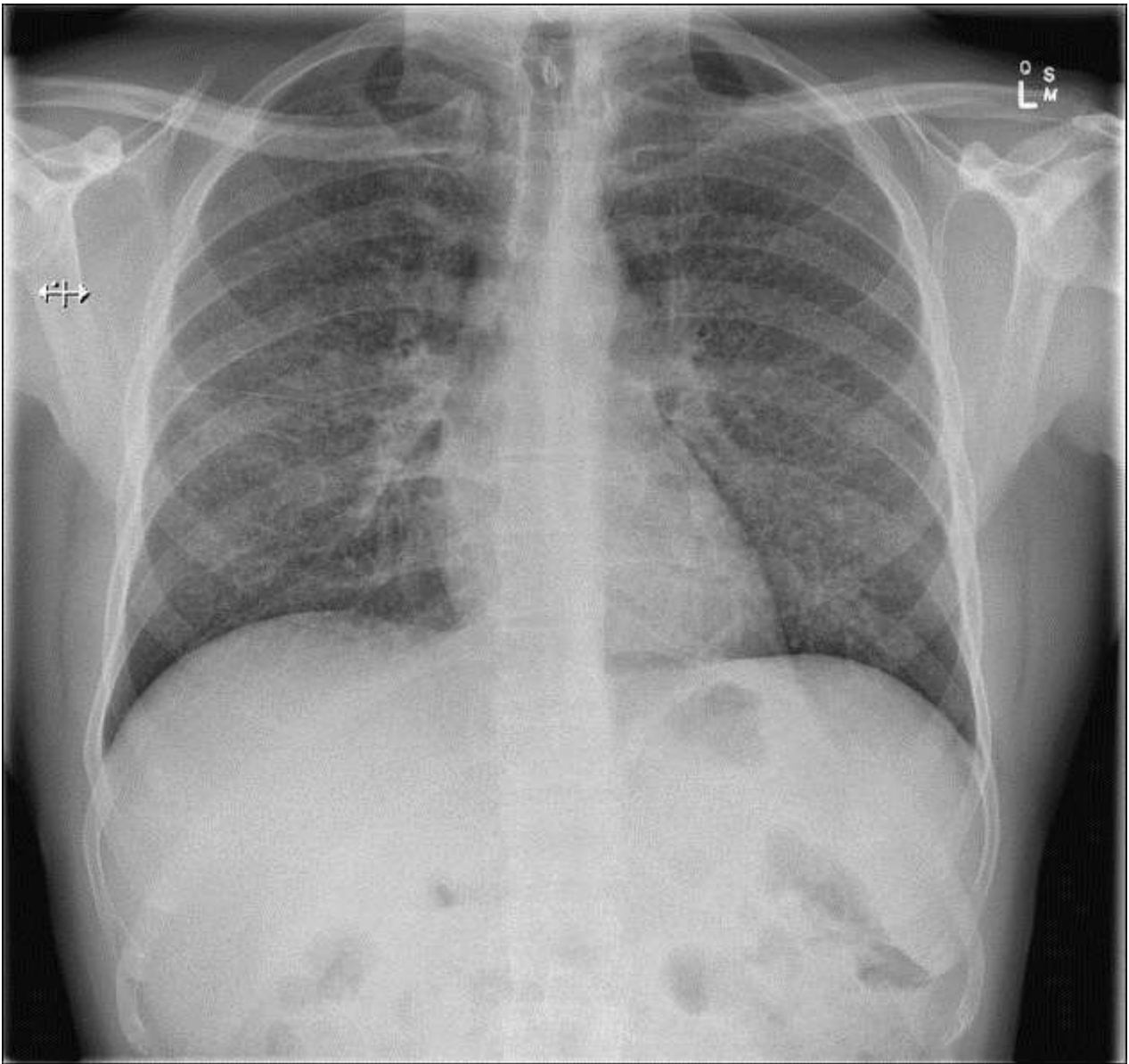
Об'єктивні дані: загальний стан відносно задовільний. Тілобудова – астенична, нормального живлення. Маса тіла 74 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 23 за хвилину. Дихання над легеньми везикулярне. Перкуторно над легеньми ясний легеневий звук. Серце: ритм синусовий, тони гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



Хворому було призначено амоксиклав. Однак, на фоні лікування стан хворого прогресивно погіршувався. Була проведена рентгенографія ОГК повторно.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції через 7 днів



Результати комп'ютерної томографії органів грудної клітки



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,2	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	138	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,9	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	325	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	9,8	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	7	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	58	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %

Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	24	19-37 %
Моноцити, %	8	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	15	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+)) / Rif(+)	МБТ(+)) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МБТ Trac e)
1	✓								

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1	негативний					—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 63

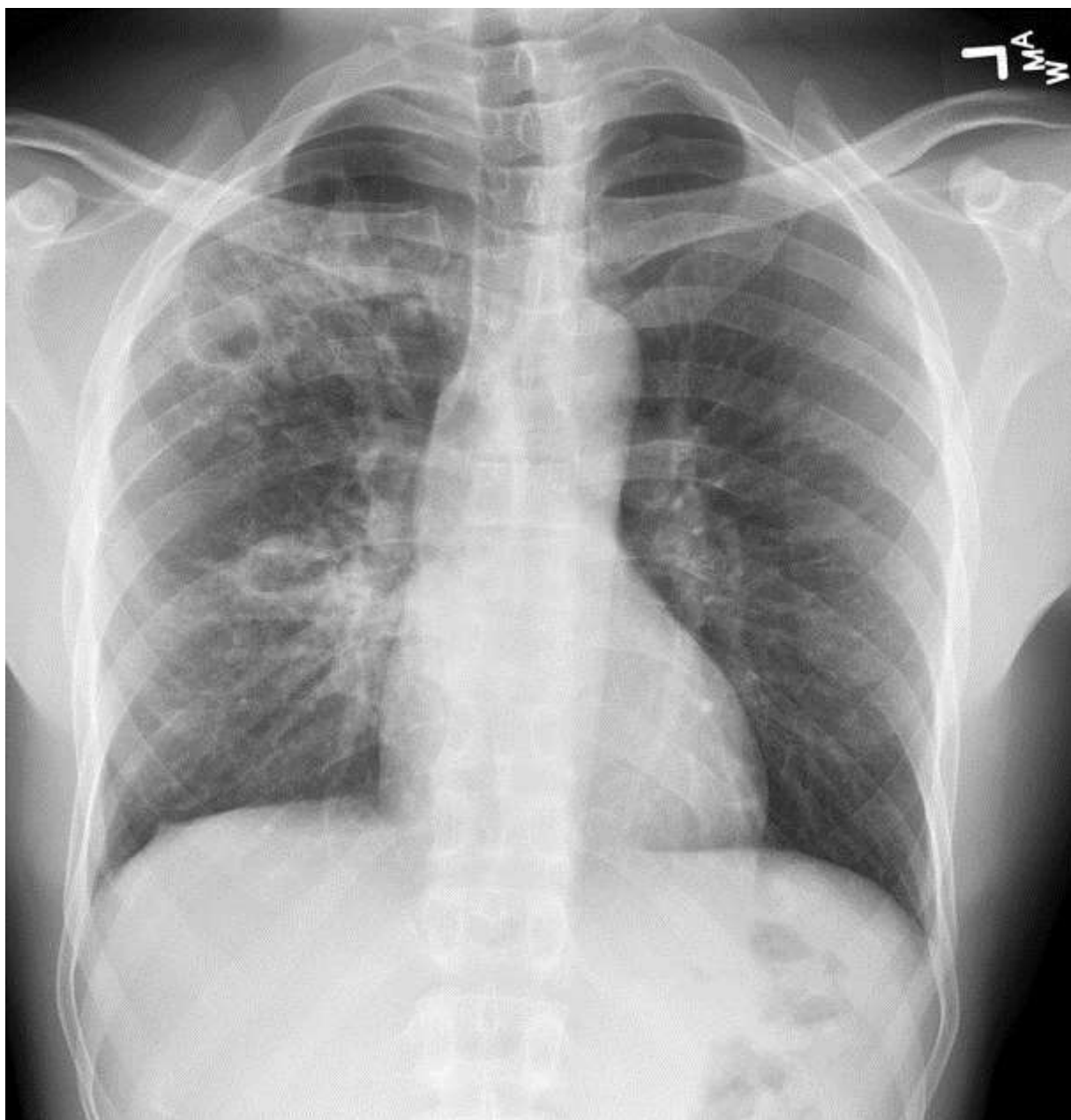
Під час обстеження контактних осіб з індексним випадком легеневого туберкульозу з множинною лікарською стійкістю сімейним лікарем було виявлено чоловіка 39 років, який за даними анкетування має скарги на кашель, загальну слабкість, схуднення (суб'єктивна оцінка за одягом).

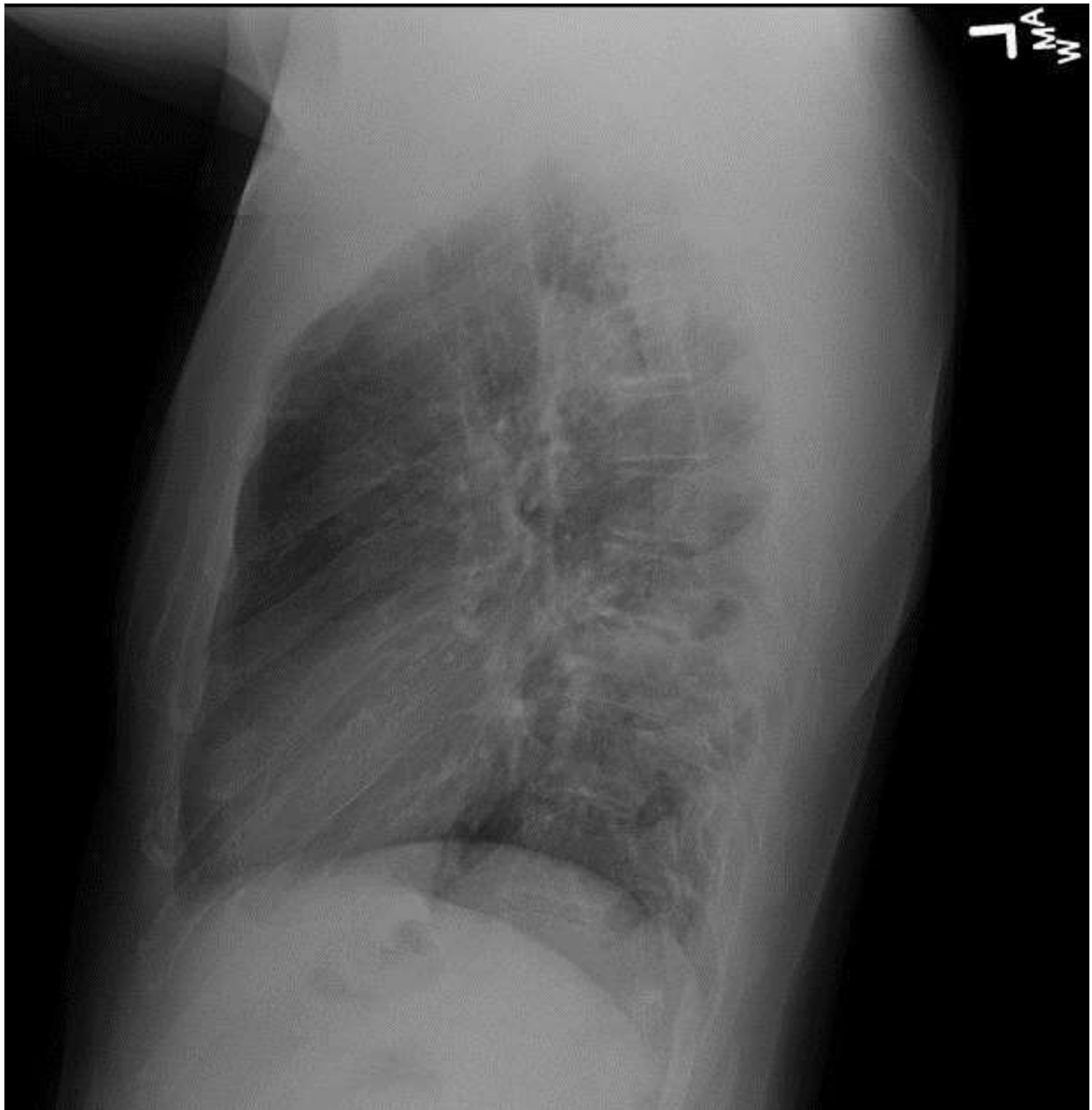
Анамнез захворювання. Вказані скарги турбують протягом кількох місяців, однак пацієнт не надавав значення до моменту встановлення діагнозу туберкульозу його дружині (дружина працює соціальним працівником в притулку для соціально вразливих осіб, де найбільш імовірно інфікувалась). Не лікувався.

Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит заперечує. Хронічні захворювання, перенесені оперативні втручання заперечує. Працює продавцем. Матеріально-побутові умови задовільні. Зловживання алкоголем заперечує. Не палить. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Об'єктивні дані: загальний стан відносно задовільний. Тілобудова – нормостенічна, нормального живлення. Маса тіла 78 кг. Шкіра та видимі слизові чисті, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. Температура тіла – 37,4 С. АТ – 130/85 мм рт.ст. Пульс 78 за хв., ритмічний, задовільних властивостей. ЧД 19 за хвилину. Дихання над легенями везикулярне, бронхіальне справа над верхівкою, хрипи не вислуховуються. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, над верхівкою справа – укорочений перкуторний тон. Серце: тони ритмічні, гучні. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій та бічній проекції





Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,7	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	142	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	1,0	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	330	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	9,5	4,0-9,0 Г/л

Паличкоядерні нейтрофіли	9	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	43	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	38	19-37 %
Моноцити, %	7	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	19	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Ла б. №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+)) / Rif(+)	МБТ(+)) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (MTB Trac e)
1		✓							

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1			1+			—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз.
3. Призначте відповідне лікування.

ЗАДАЧА 64

Пацієнт 59 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на вологий кашель з масивним виділенням мокротиння, задуху, виражену загальну слабкість, підвищену пітливість, переважно в нічний час, підвищення температури тіла, схуднення, біль в горлі та осиплість голосу.

Анамнез захворювання. Пацієнт вважає себе хворим протягом року, відколи з'явилися скарги на кашель, періодичний субфебрилітет в межах 37-37,3 °С, пітливість, слабкість. Через кілька місяців з'явилася задуха, однак пацієнт не звертався по медичну допомогу. Хворий втратив до 7 кг ваги за останній час. Впродовж останніх кількох тижнів у пацієнта з'явилися больові відчуття у горлі та осиплість голосу, осиплість голосу, почав відмічати зростання температури тіла до 37,5-38°C.

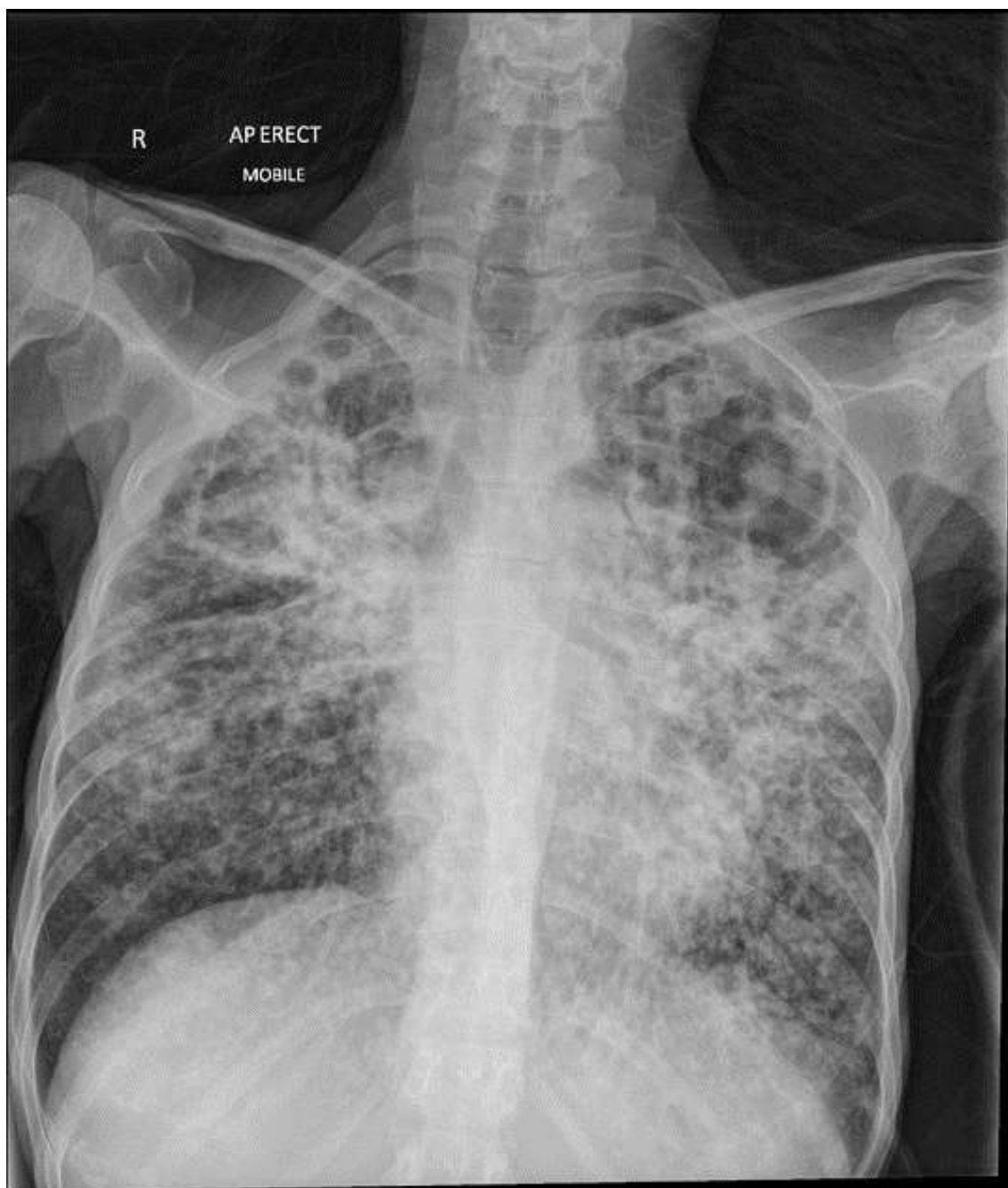
Анамнез життя. Туберкульоз, венеричні захворювання, гепатит в минулому заперечує. Кілька років тому пацієнтові було встановлено діагноз ХОЗЛ, однак лікування не отримує. Не працює. На даний час безробітна. Матеріально-побутові умови незадовільні. Зловживання алкоголем – протягом 12 років. Багато палить. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Епідеміологічний анамнез. Контакт з хворими на туберкульоз заперечує, однак не виключає, що міг мати контакт з товаришами його друзів, з якими часто має зустрічі.

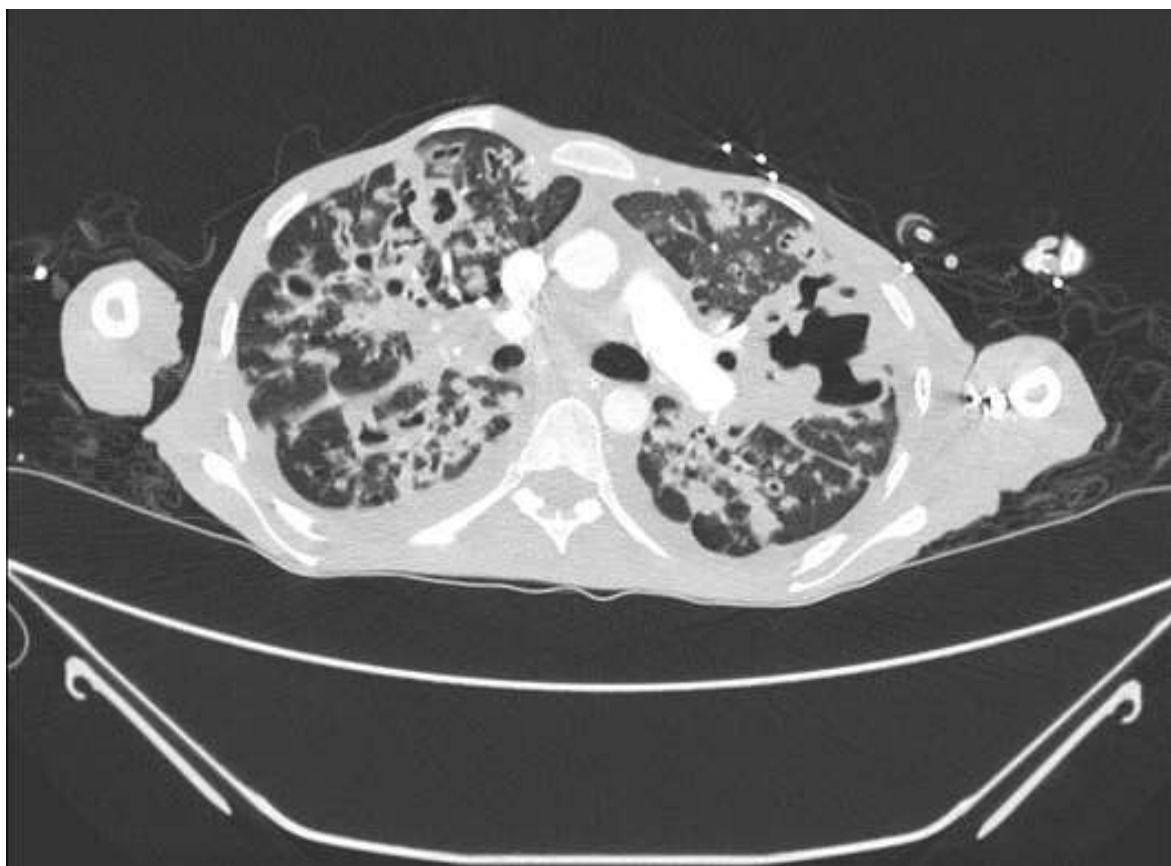
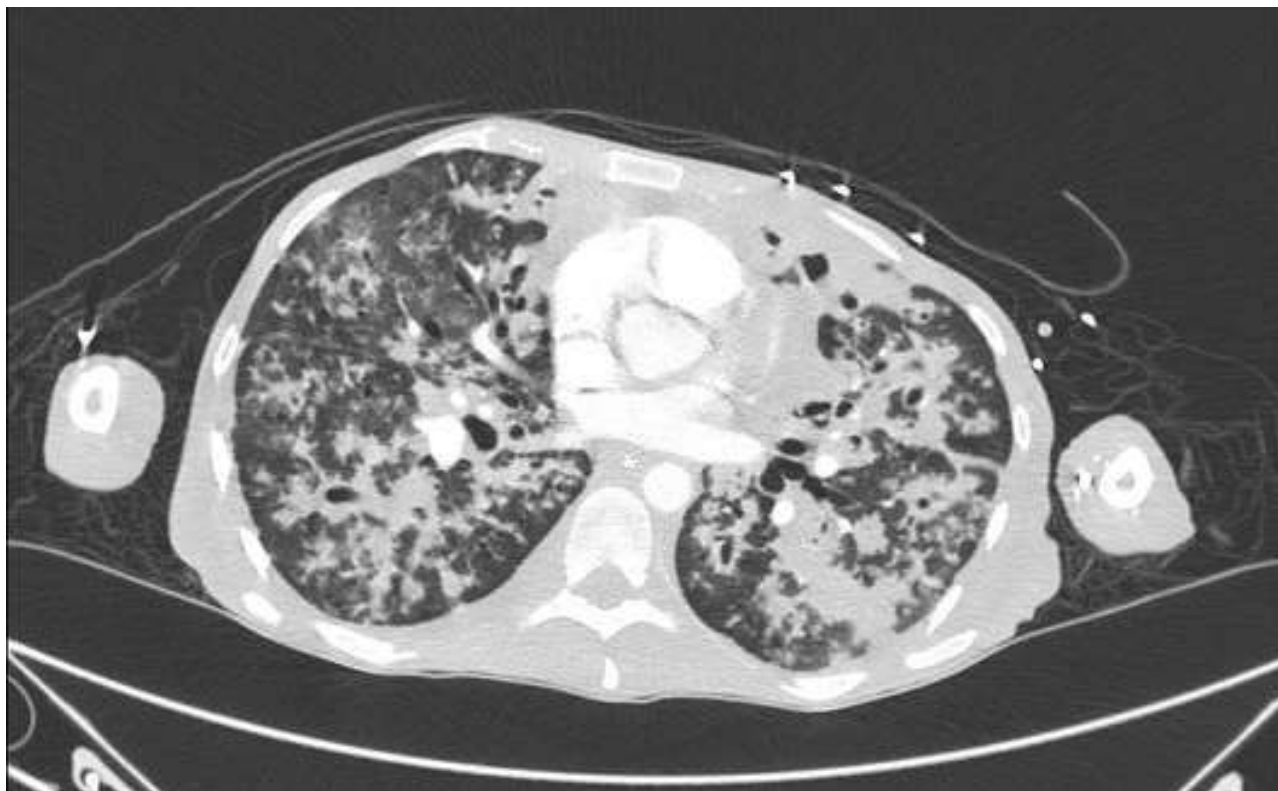
Об'єктивні дані: загальний стан середньої важкості. Тілобудова – нормостенічна, пониженого живлення. Маса тіла 72 кг. Шкіра та видимі слизові вологі, бліді. Периферичні лімфатичні вузли не пальпуються. АТ – 110/70 мм рт.ст. Пульс 96 за хв., аритмічний, задовільних властивостей. ЧД 23 за хвилину. Перкуторно над легеньми – укорочений перкуторний тон, особливо над верхівками. Дихання над легеньми жорстке, бронхіальне над

верхівками, вологі хрипи над верхівками. Серце: тони аритмічні, ослаблені. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка +2 см, селезінка не пальпується. Симптом поперекового поколювання від'ємний з обох сторін. Периферійні набряки відсутні.

Рентгенограма органів грудної клітки у передній прямій проекції



Комп'ютерна томографія органів грудної клітки



Загальний аналіз крові

Показник	Результат	Референтні значення
Еритроцити, Т/л	4,1	чоловіки 4,0-5,0 Т/л жінки 3,7-4,7 Т/л
Гемоглобін, г/л	128	чоловіки 130-160 г/л жінки 120-140 г/л
Колірний показник	0,8	0,85-1,05
Тромбоцити, Г/л	330	180-360 Г/л
Лейкоцити, Г/л	10,7	4,0-9,0 Г/л
Паличкоядерні нейтрофіли	10	1-6 %
Сегментоядерні нейтрофіли	62	47-72 %
Еозинофіли, %	3	0,5-5 %
Базофіли, %	-	0-1 %
Лімфоцити, %	19	19-37 %
Моноцити, %	6	3-11 %
ШЗЕ, мм/год	23	чоловіки 1-10 мм/год жінки 2-15 мм/год

Молекулярно-генетичне дослідження мокротиння методом Xpert MTB/Rif

Л аб . №	Результат								
	МБТ(+) / Rif(-)	МБТ(+) / Rif(+)	МБТ(+) / Rif(0)	МБ Т(-)	МБТ(+) / Rif (не визнач ено)	Резул ьтат відсут ній	invalid Недійс ний	Поми лка	Слід и (МБТ Trac e)
1	✓								

Мікроскопічне дослідження мокротиння за методом Ціля-Нільсена

Проба	Результат					Примітки (забруднення, слина, кров, мало матеріалу та інше)
	Негативний (0 КУБ у 100 п/з)	Позитивний/ступінь позитивності				
		1 - 9 КСБ у 100 п/з	1+	2+	3+	
1					3+	—

1. Опишіть рентгенограму ОГК.
2. Виставте клінічний діагноз. Яке ускладнення основного захворювання виникло у пацієнта?
3. Призначте відповідне лікування.

ДОДАТКИ

1.1. Туберкульоз щелепно-лицевої локалізації

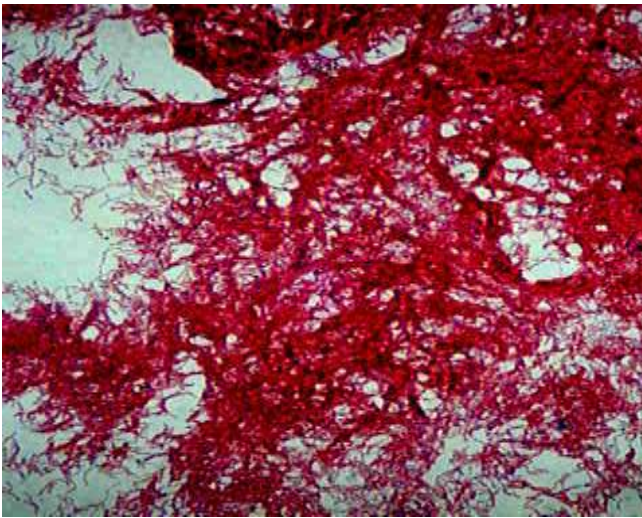


Рисунок 1 – Гістологічна картина туберкульозу слизової оболонки рота

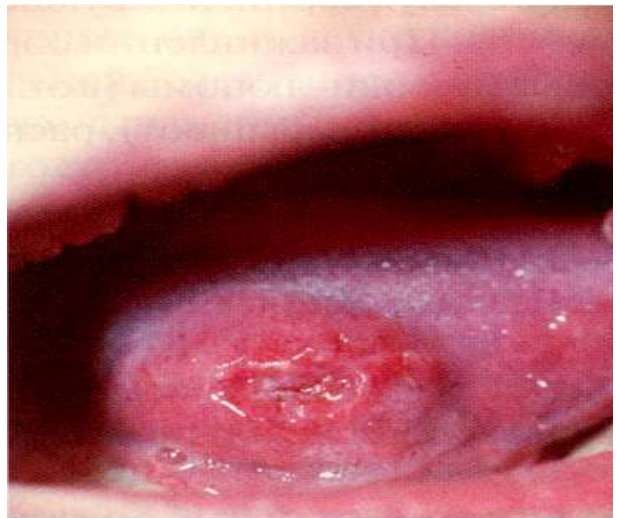


Рисунок 2 – Інфільтративна форма туберкульозу слизової оболонки рота



Рисунок 3 – Петехії



Рисунок 4 – Виразкова форма

**туберкульозу слизової
оболонки
язика з міліарними вузликами**



**Рисунок 5 – Туберкульозна
виразка язика**



**Рисунок 6 – Біопсія вмісту
виразки (туберкульозна
грануляція)**



Рисунок 7 – Туберкульозне ураження тіла язика



Рисунок 8 – Туберкульозне ураження кінчика язика



Рисунок 9 – Малиновий язик



Рисунок 10 – «Лакований» язик



**Рисунок 11 – Гумозний сифіліс
язика**



**Рисунок 12 – Ракова виразка
язика**



Рисунок 13 – Актиномікоз язика



**Рисунок 14 – Червоний лишай
язика (ерозивно-виразкова
форма)**



**Рисунок 15 – «Географічний»
язик**



**Рисунок 16 – Ромбовидний
глосит**



Рисунок 17 – Волосатий язик



Рисунок 18 – Макроглосія



**Рисунок 19 – Складчастый
(«борознистый») язык**



Рисунок 20 – Туберкулез ясен



Рисунок 21 – Туберкульозна виразка слизової оболонки перехідної складки губи і ясен



Рисунок 22 – Амфодонтоз



Рисунок 23 – Туберкульоз слизової оболонки щік



Рисунок 24 – Туберкульоз слизової оболонки губ



**Рисунок 25 – Туберкульоз
слизової
оболонки губ**



**Рисунок 26 – Афтозний
стоматит
(хвороба Бехчета)**



**Рисунок 27 – Афтозний стоматит
(хвороба Бехчета)**



Рисунок 28 – Сифілітична язва

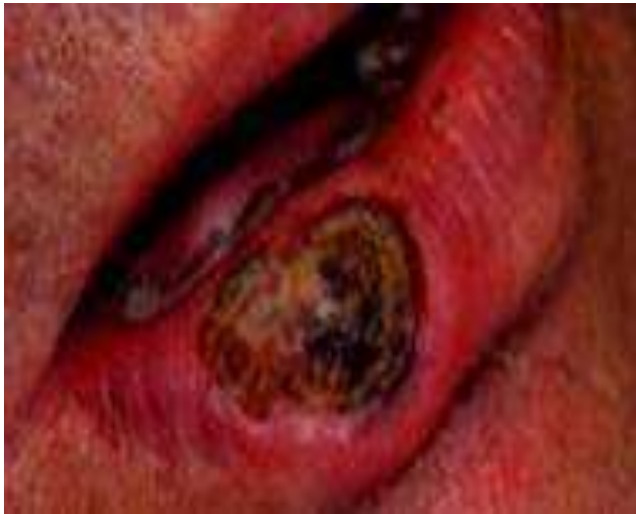


Рисунок 29 – Рак губи



**Рисунок 30 – Туберкульоз
твердого і м'якого піднебіння**



**Рисунок 31 – Хронічне запалення
слизових залоз піднебіння**



**Рисунок 32 – Ураження
піднебіння
при пренатальному сифілісі**



Рисунок 33 – Зуби Гетчинсона



**Рисунок 34 – Ураження
піднебіння при вторинному
сифілісі**



**Рисунок 35 – Ураження
піднебіння**

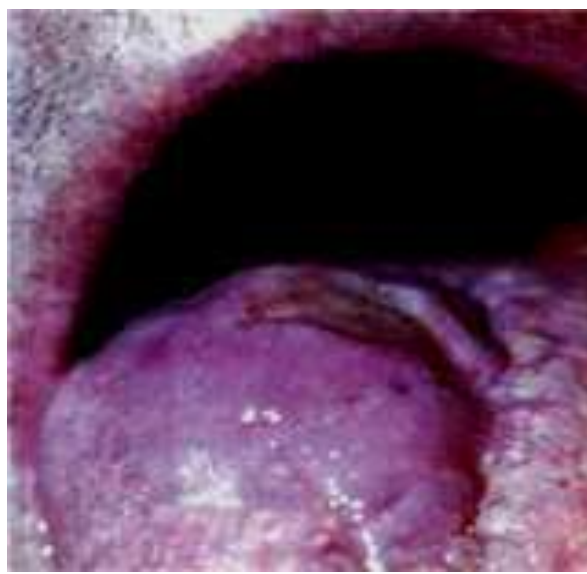


Рисунок 36 – Бластомікоз

при третинному сифілісі



Рисунок 37 – Кандидомікоз



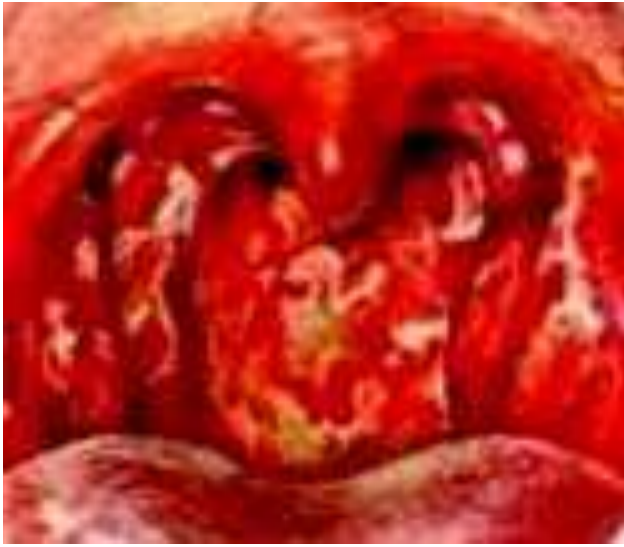
Рисунок 38 – Лімфома



**Рисунок 39 – Пухирчатка
слизової
оболонки піднебіння**



**Рисунок 40 – Рак
піднебіння**



**Рисунок 41 – Туберкульоз
мигдаликів**



Рисунок 42 – Дифтерія



**Рисунок 43 – Ангіна
Симановського-Плаута-Венсана**



Рисунок 44 – Рак мигдаликів



Рисунок 45 – Сифілітичне ураження мигдаликів

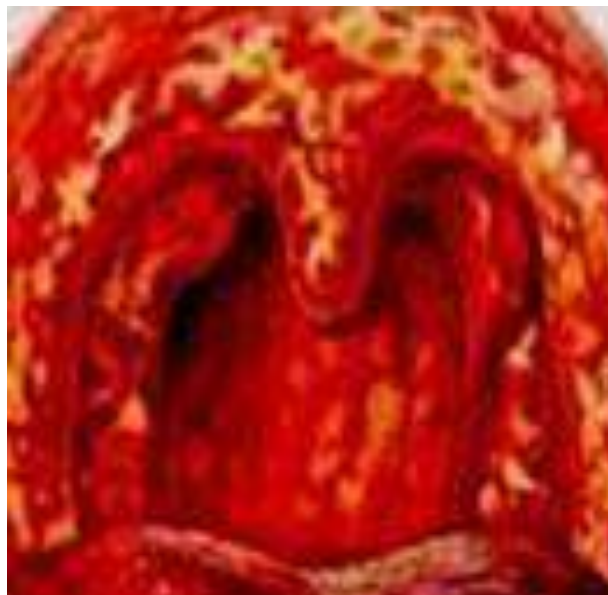


Рисунок 46 – Туберкульоз глотки



Рисунок 47 – Сифіліс глотки

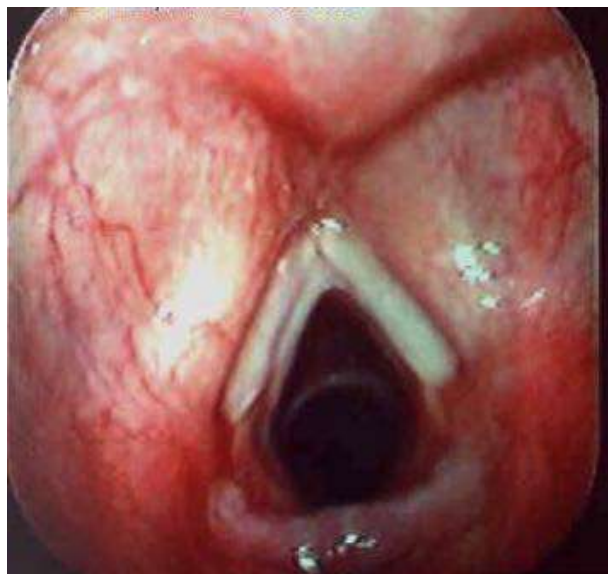


Рисунок 48 – Рак глотки



Рисунок 49 – Саркома глотки



Рисунок 50 – Фарингіт



Рисунок 51 – Заглотковий абсцес

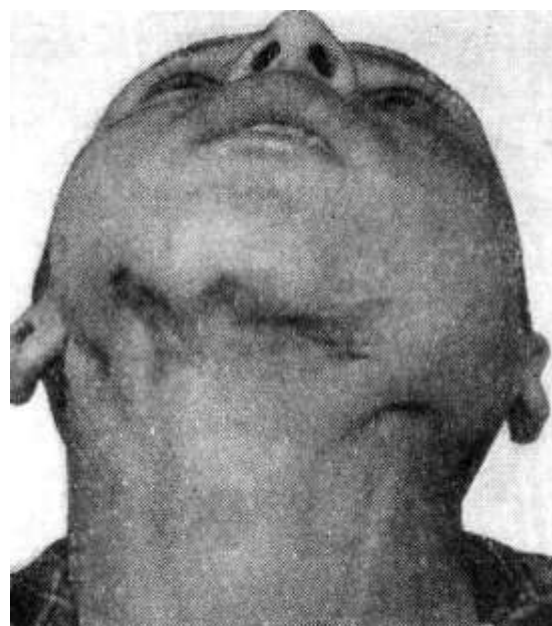


Рисунок 52 – Туберкульозне ураження нижньої щелепи



Рисунок 53 – Туберкульозне ураження тіла і кута нижньої щелепи

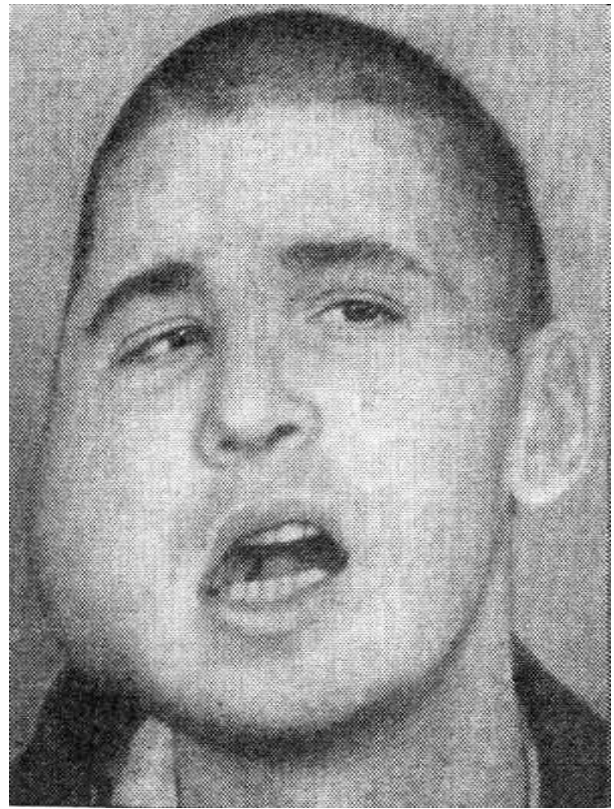


Рисунок 54 – Туберкульозний остеомієліт кута нижньої щелепи



Рисунок 55 – Рентгенограма нижньої щелепи, ураженої туберкульозним процесом



Рисунок 56 – Остеомієліт щелеп



Рисунок 57 – Актиномікотичний артрит

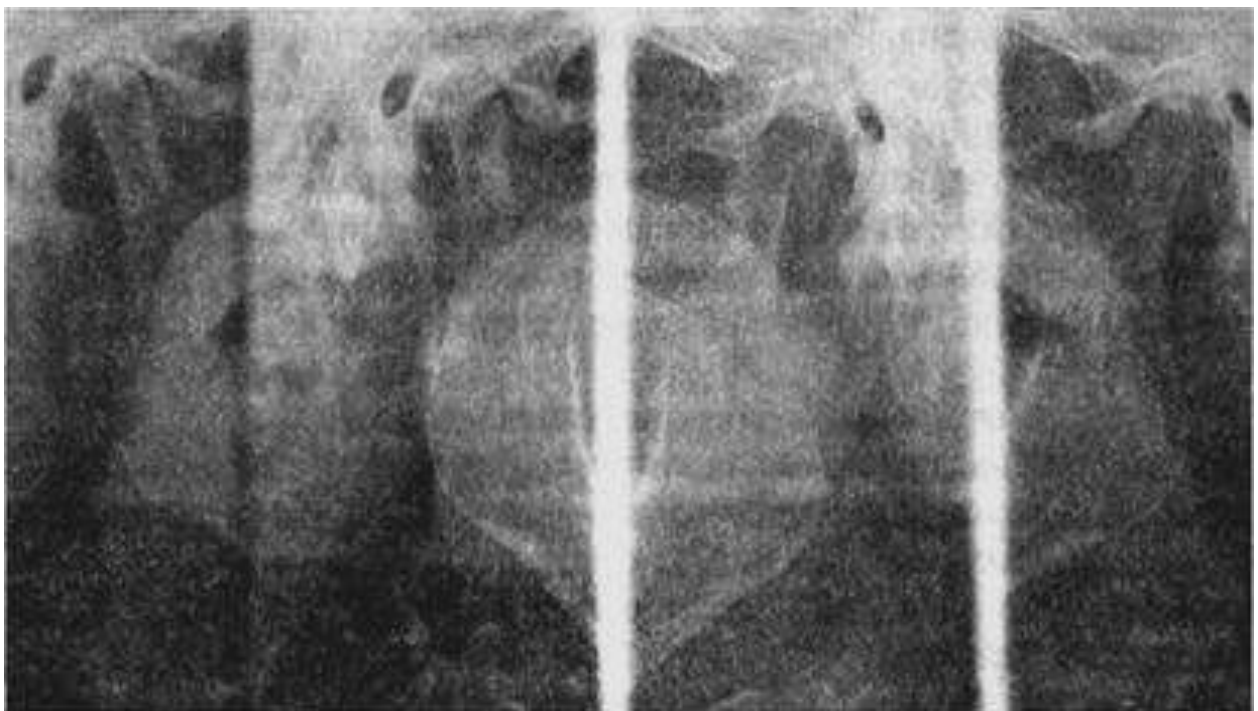


Рисунок 58 – Ревматоїдний артрит



Рисунок 59 – Туберкульозний грануляційний періодонтит

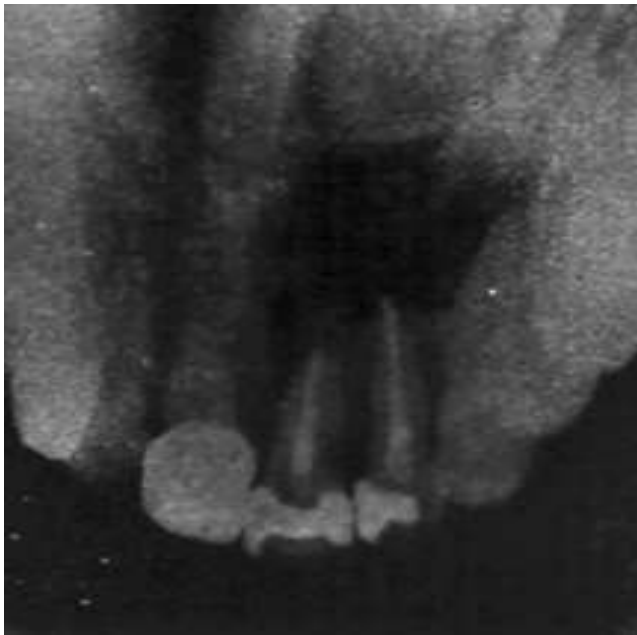


Рисунок 60 – Рентгенологічна картина туберкульозного грануляційного періодонтиту

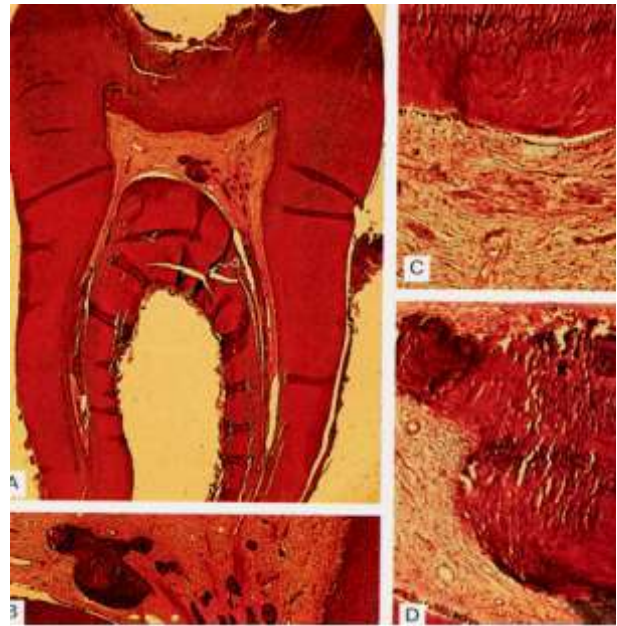
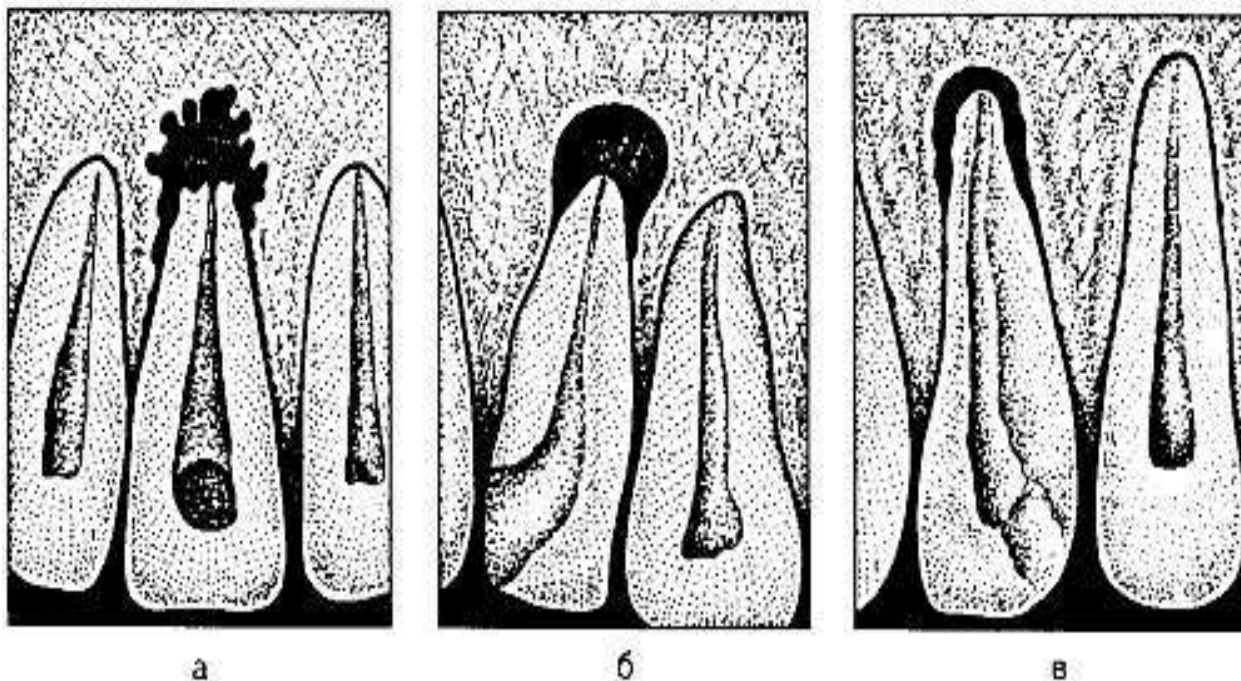


Рисунок 61 – Туберкульозне ураження пульпи, періодонта

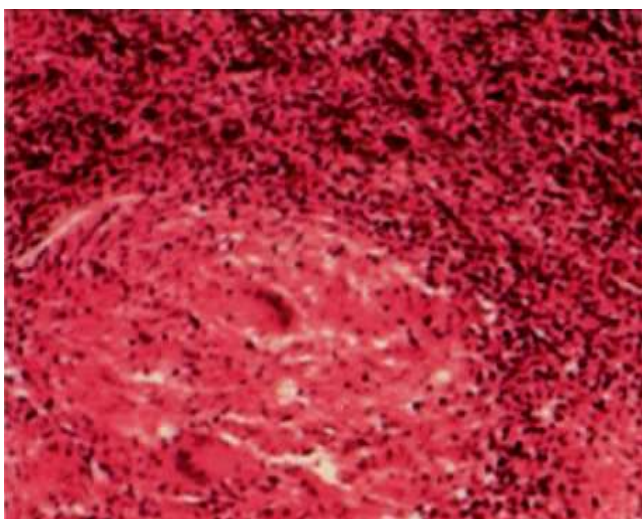


Рисунок 62 – Гістоплазмоз

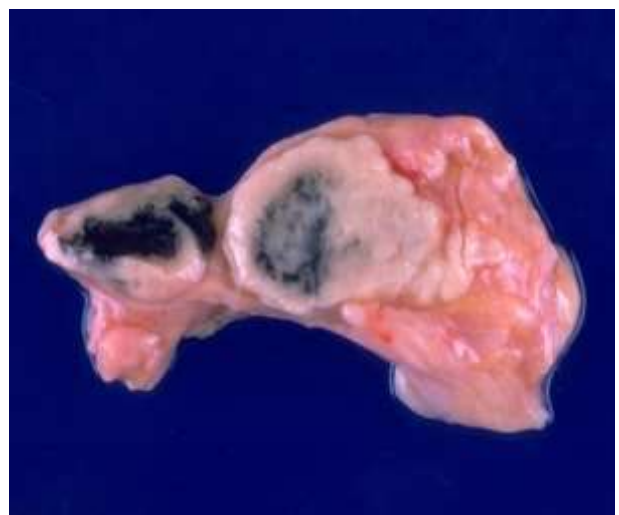


**Рисунок 63 –Рентгенологічна картина хронічних періодонтитів
а) грануляційного; б) гранулематозного; в) фіброзного.**

**Рисунок 64 – Топографія периферичних лімфатичних залоз
щелепно-лицевої області**



**Рисунок 65 – Гістологічні прояви
туберкульозу периферичних
лімфатичних залоз**



**Рисунок 66 – Туберкульоз
периферичних лімфатичних
залоз**



Рисунок 67 – Туберкульоз периферичних лімфатичних залоз



Рисунок 68 – Гострий серозний

лімфаденіт



**Рисунок 69 – Гнійний
лімфаденіт**



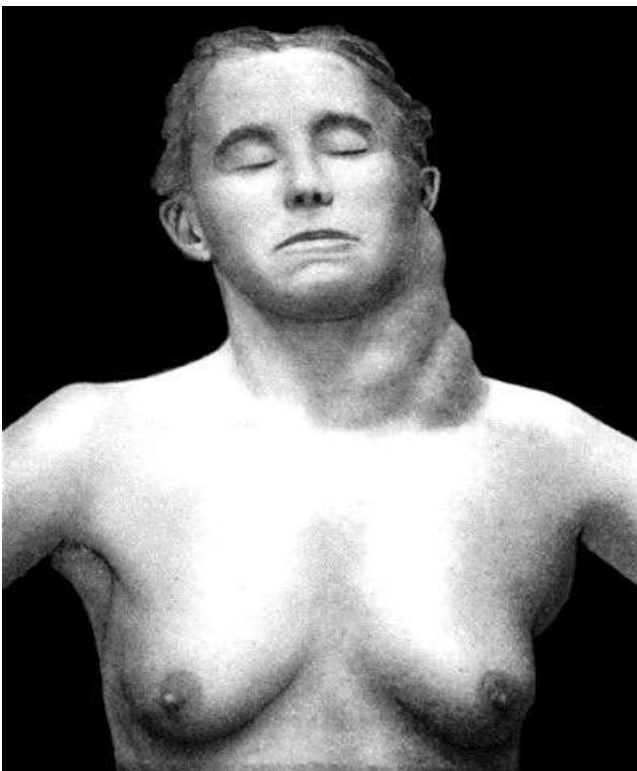
Рисунок 70 – Атерома



Рисунок 71 – Сифілітичний лімфаденіт



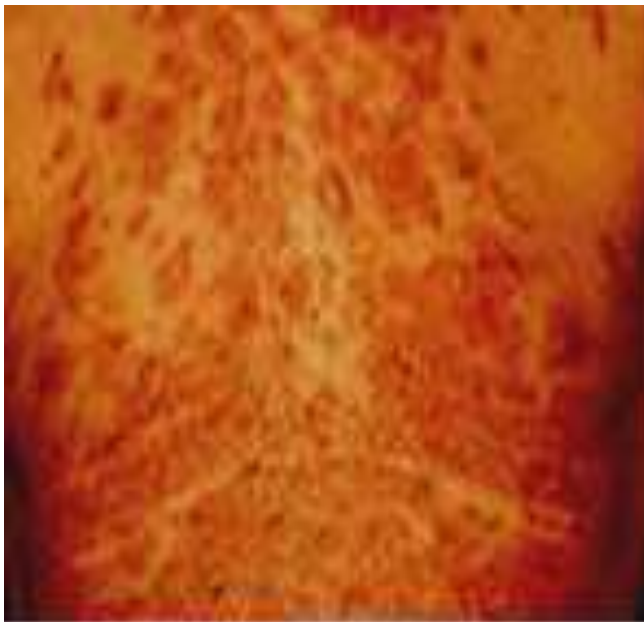
Рисунок 72 – Актиномікотичний лімфаденіт



**Рисунок 73 – Лімфогранулематоз
(хвороба Ходжкіна)**



**Рисунок 74 – Постгрипозні
лімфаденіти**



**Рисунок 75 – Туберкулезный
шанкр**



Рисунок 76 – Скрофулодерма



Рисунок 77 – Скрофулодерма



**Рисунок 78 – Виразковий
туберкульоз шкіри**



**Рисунок 79 – Бородавчатий
туберкульоз**



**Рисунок 80 –
Папулонекротичний
туберкульоз**



**Рисунок 81 –
Папулонекротичний
туберкульоз**



**Рисунок 82 – Міліарний
дисемінований туберкульоз
шкіри
(дисемінований вовчак
обличчя)**



**Рисунок 83 – Міліарно-
виразковий
туберкульоз**



**Рисунок 84 – Індуративний
туберкульоз шкіри (ущільнена
еритема Базена)**



**Рисунок 85 – Лишай золотушний
(туберкульоз шкіри ліхеноїдний)**



**Рисунок 86 – Розацеаподібний
туберкулоїд Левандовського**



**Рисунок 87 – Феномен
«яблучного
желе»**



**Рисунок 88 – Туберкульозний
вовчак**



**Рисунок 89 – Багатоформна еритема (синдром Стівена-
Джонсона)**



Рисунок 90 – Багатоформна еритема (синдром Стівена-Джонсона)



Рисунок 91 – Некротичні вугри



Рисунок 92 – Масляні фолікуліти

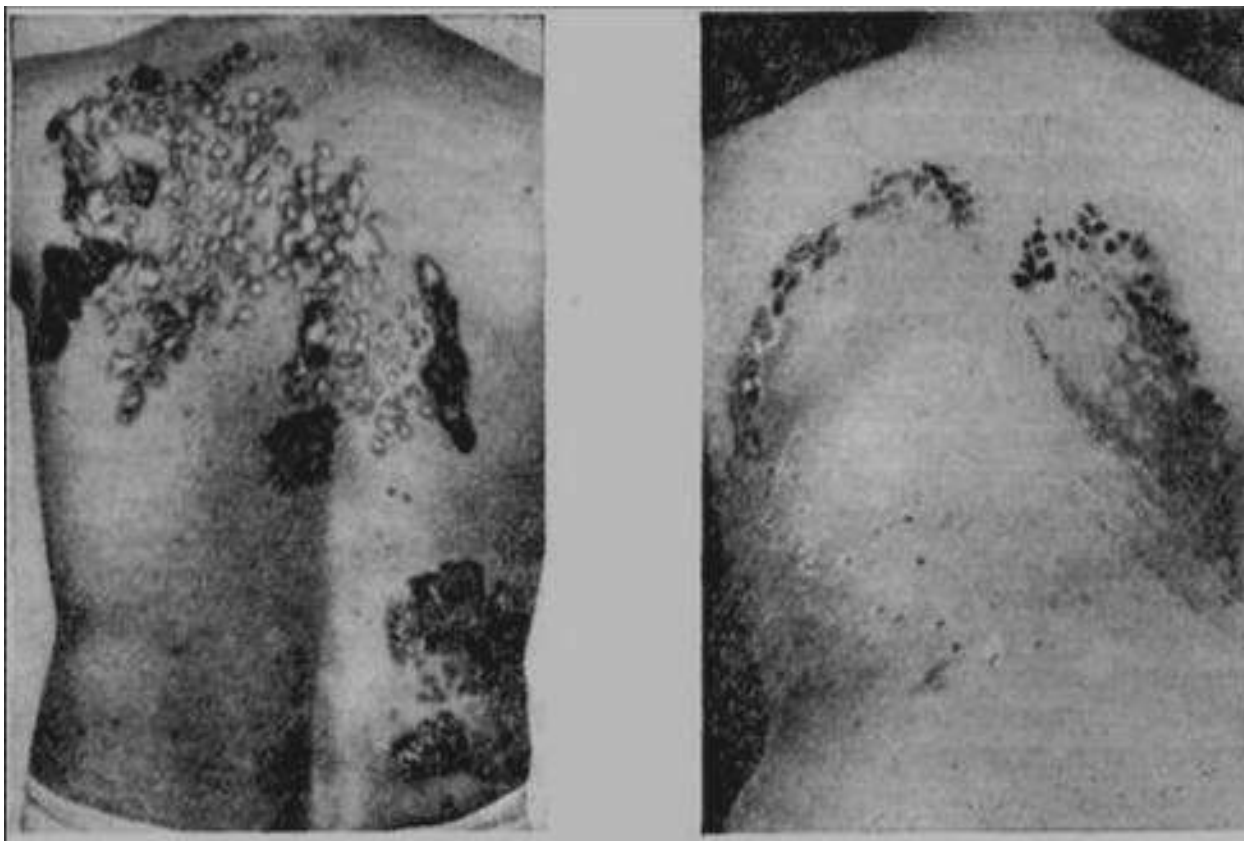


Рисунок 93 – Горбиковий сифіліс



Рисунок 94 – Кільцеподібна гранульома



Рисунок 95 – Сіалограма білявушної залози при актиномікозі

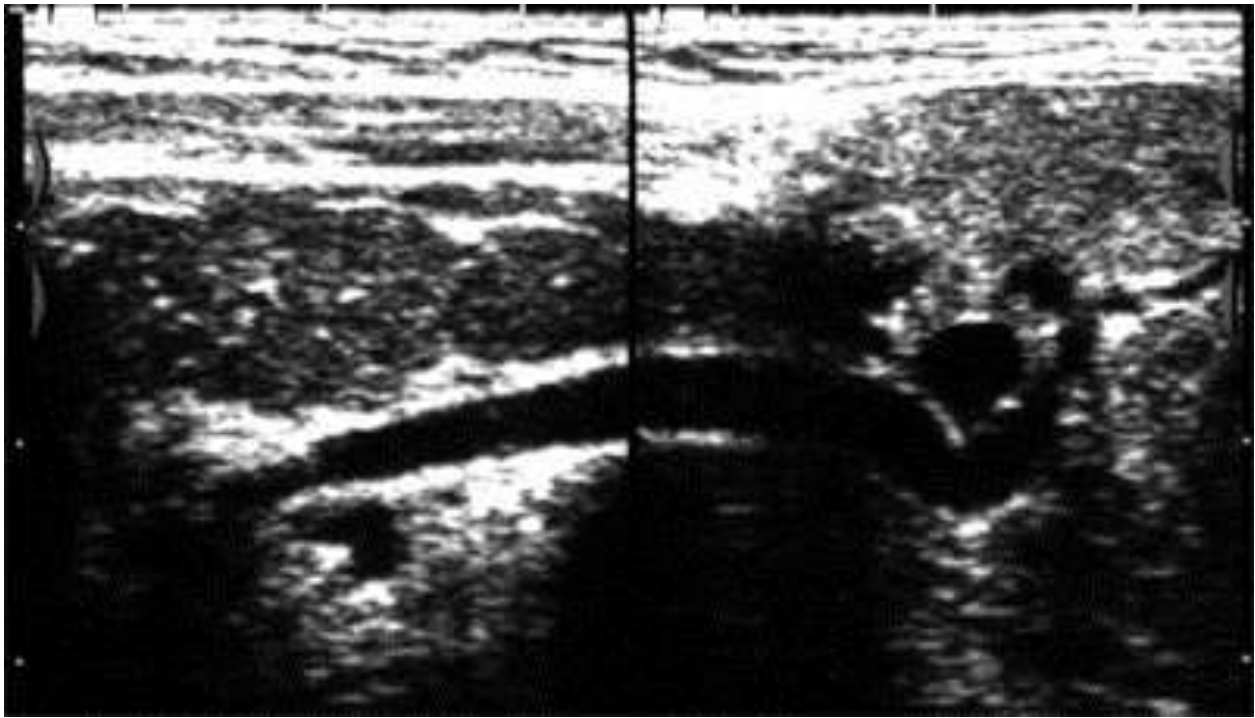


Рисунок 96 – Сіалодохіт



**Рисунок 97 – Хронічний
сіалоденіт**



**Рисунок 98 – Змішана пухлина
привушної слинної залози**



**Рисунок 99 – Змішана пухлина
привушної слинної залози**



**Рисунок 100 – Пухлина
піднижньощелепної слинної
залози**



**Рисунок 101 – УЗД привушної
слинної залози**



**Рисунок 102 – Плеоморфна
аденома привушної слинної
залози**



Рисунок 103 – Одонтогенна підшкірна гранульома

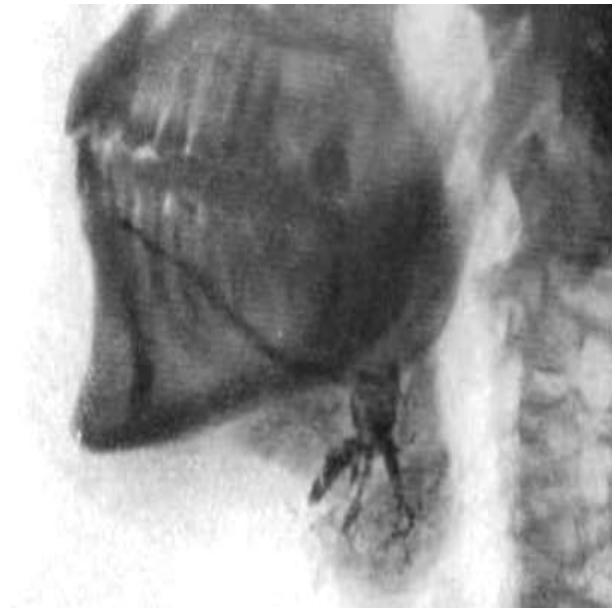


Рисунок 104 – Слинокам'яна хвороба

1.2. Рентгенологічна симптоматика при захворюваннях органів дихання

Різні патологічні процеси в легенях можуть супроводжуватися формуванням наступних симптомів, що виявляються рентгенологічно: зміною легеневого малюнка, затемненням і / або просвітленням легеневої тканини і кореня легені.

1. Зміна легеневого малюнка. Інтенсивність зображення легеневого малюнка на рентгенограмі залежить, по-перше, від ступеня кровонаповнення судин легенів і зростає при повнокрів'ї судин (порушення гемодинаміки малого кола кровообігу), що дозволяє диференціювати артеріальний, венозний або змішаний застій, по-друге, за рахунок ущільнення перибронхіальної і периваскулярної інтерстиційної тканини патологічним процесом (частіше запальної природи, наприклад, при хронічному бронхіті).

2. Затемнення легеневої тканини обумовлено ущільненням легеневої тканини (зазвичай прозорої, повітряної) запальними, пухлинними,

дегенеративно-дистрофічними процесами або в результаті ателектазу (спадання) легеневого сегмента або цілої частки легені.

3. Просвітлення легеневої тканини – збільшення повітряності легеневої тканини (місцева і дифузна емфізема або деструктивні процеси з утворенням порожнин при розпаді інфільтратів, пухлин, абсцесів тощо). Перераховані симптоми затемнення й просвітлення можуть бути внутрішньолегеневими і позалегеневими, що треба чітко визначати в процесі рентгенологічного дослідження.

Симптоми внутрішньолегеневого затемнення.

Внутрішньолегеневі затемнення легеневої тканини, на рентгенівському знімку класифікуються за такими ознаками:

За кількістю:

- **поодинокі** – дві-три ущільнені ділянки в легенях (дрібні або великі);
- **множинні** – велика кількість частіше дрібних ущільнених ділянок;
- **односторонні** – поодинокі або множинні ущільнені ділянки легеневої тканини лише з одного боку;
- **двосторонні** – поодинокі або множинні ущільнені ділянки легеневої тканини в легенях з обох сторін.

За розмірами розрізняють:

- **вогнищеві тіні** – розміри ущільнених ділянок не перевищують 1 см (умовне поняття з фтизіатричної практики);
- **інфільтратоподібні тіні** – розмір ущільнення перевищує 1 см;
- **великі, обширні тіні** – ущільнення значних розмірів, що захоплюють частину сегмента або частки легені (наприклад, при крупозній пневмонії, цирозі, ателектазі тощо);

За формою розрізняють:

- **вогнищеві тіні** – округлої або овальної форми, невеликих розмірів (не більше 1 см, частіше спостерігаються при легеневій формі туберкульозу);
- **округлі або кулясті тіні** – (великі, більше 1 см), можуть спостерігатися при периферичній формі раку легені, туберкульозних

інфільтратах і туберкуломах, поодиноких або множинних метастазах, кістоподібних процесах (вроджених та набутих), кулястій пневмонії та ін.

- **трикутні, пірамідальні тіні** – форма ущільнення зазвичай відображає сегментарну локалізацію процесу (запальна інфільтрація, ателектаз тощо);

- **тіні неправильної форми** – спостерігаються при обширних процесах запального характеру, захоплюючих кілька сегментів або частку легені цілком;

- **тіні лінзоподібної форми** – виявляються при обмежених (осумкованих) міжчасткових і пристіночних плевритах;

- **тіні лінійного характеру** – частіше бувають обумовлені ущільненням перибронхіальної і периваскулярної інтерстиційної тканини вздовж бронхів і судин (наприклад, при хронічному бронхіті курців, частих запальних процесах в легенях, пневмосклерозі), а так само за рахунок міжчасткових шварт (ущільнення листків плеври) тощо.

За інтенсивністю:

- **тіні слабкої інтенсивності** – погано помітні тіні в легеневій тканині, зазвичай відносяться до якісних ознак, відображають високу активність запального процесу (можуть спостерігатися при дрібновогнищевій пневмонії, вогнищевому туберкульозі у фазі інфільтративного спалаху та ін);

- **тіні середньої інтенсивності** – поступаються за щільністю тіням кісткової тканини (ребра). У динаміці при запальних процесах є якісною ознакою, що вказує на ущільнення (організацію) субстрату;

- **тіні високої інтенсивності** – за щільністю тінь порівнювана із щільністю ребер (ознака вираженої організації патологічного субстрату).

За чіткістю зовнішніх контурів тіні розрізняють:

- **чіткі контури** – вказують на відмежування краю ущільненого субстрату від легеневої тканини (якісна ознака наявності чіткої демаркаційної лінії; можуть так само спостерігатися в легені при експансивному зростанні пухлинного процесу);

- **нечіткі контури тіні** – вказують на наявність навколо ущільненої ділянки інфільтрації (запальної або пухлинної).

За структурою визначають:

- **однорідні** – однакова структура на всіх ділянках;
- **неоднорідні** – наявність комірчастої структури, щільних краплень, деструктивної порожнини та ін.

Симптоми внутрішньолегенового просвітлення.

Внутрішньолегенове просвітлення легеневої тканини (підвищена повітряність) можуть спостерігатися при:

- **емфіземі легень** (локальній, регіонарній або дифузній),
- **деструкції легеневої тканини** (утворення порожнини або порожнин при абсцедуючій пневмонії, що розпадаються: туберкульозному інфільтраті, туберкуломи, периферичному раку, поодинокому метастазі та ін);
- **повітряних кістах** та ін.

Симптоми позалегенового затемнення.

Позалегенове затемнення на рентгенівському знімку може спостерігатися при різних патологічних процесах:

- **наявності рідини в порожнині плеври** – ексудат, транссудат, гемоторакс, емпієма, пристіночний (паракостальний) і міжчастковий осумкований плеврити та ін.;

- **наявності утворень**, пов'язаних:

з вісцеральною плеврою – плевральні накладення (наслідки ексудативного плевриту і субплевральних запальних процесів легень);

з ребрами – кісткова мозоля при переломі, кіста, остеохондрома, деформація грудної клітини та ін.;

із хребтом – невринома, напливні абсцеси і деформація хребта при туберкульозному спондиліті та ін.;

із середостінням – розширення тіні середостіння у зв'язку із збільшенням медіастинальних лімфатичних вузлів (туберкульозний лімфаденіт, лімфогрануломатоз, лімфосаркома, метастази та ін.);

зі стравоходом – розширення стравоходу (при кардіоспазмі або ахалазії стравоходу, рубцево-виразковому звуженні) .

Симптоми позалегеневого просвітлення.

Просвітлення позалегеневої локалізації можуть виникати при:

- **пневмотораксі** – наявності в плевральній порожнині повітря (пневмоторакс діагностичний, лікувальний, спонтанний);
- **пневмоплевриті** – наявності в плевральній порожнині повітря і рідини: ексудату або трансудату (гідропневмоторакс);
- **гемопневмотораксі** – наявності в плевральній порожнині повітря і крові;
- **піопневмотораксі** – наявності в плевральній порожнині повітря і гною.

Функціональні легеневі симптоми.

При дослідженні (просвічуванні) пацієнта за екраном рентгенівського апарата або телевізійного монітора виникає можливість оцінювати наступні функціональні ознаки:

- зміщення куполів діафрагми – в умовах норми при вдиху куполи діафрагми зміщуються донизу, при видиху – догори;
- парадоксальне зміщення діафрагми – при вдиху – купол діафрагми зміщується догори, при видиху – донизу (зазвичай спостерігається при пошкодженні п. Phrenicus в результаті травми, операції або пухлини);
- зміщення тіні середостіння при гіповентиляції легень – спостерігається при форсованому вдиху поштовхоподібний зсув тіні середостіння в бік процесу, що викликав часткову закупорку бронха стороннім тілом або пухлинним процесом (симптом Гольцкнехта-Якобсона);
- стаціонарне зміщення середостіння – спостерігається при ателектазі окремого сегмента або частки легені (у зв'язку зі зменшенням їх об'єму) у бік патологічного процесу;
- стаціонарний зсув купола діафрагми догори – спостерігається при ателектазі сегмента або частки легені;

- зміна форми тіні патологічного субстрату при диханні – свідчить про еластичні властивості тіньового утворення (використовується для диференціації кулястих тіней між пухлиною і кістоподібним утворенням, наприклад, ехінококом).

Рентгенологічні синдроми захворювань органів дихання.

В основному прийнято виділяти дев'ять рентгенологічних синдромів, що відображають все розмаїття захворювань органів дихання:

1. Тотальне (субтотальне) затемнення легеневого поля – може спостерігатися при:

- ущільненні (безповітряності) легеневої тканини будь-якого походження (запальна інфільтрація, цироз, ателектаз). Для запальної інфільтрації частіше характерна неоднорідність тіні і відносно швидка динаміка. При ателектазі – тінь однорідна, зменшується об'єм легеневої тканини, середостіння зміщується в бік ураження, легенева апертура стає вузкою, купол діафрагми з ураженої сторони піднятий догори. При цирозі легеневої тканини – затемнення частіше неоднорідне, корінь легені може бути деформований і підтягнутий в одну зі сторін, легенева апертура звужена;

- ущільненні плеври – пристіночні і міжчасткові пластичні накладення, шварти виникають при хронічних субплевральних запальних процесах, нерідко з ущільненням міжчасткових листків плеври;

- наявності патологічного вмісту в порожнині плеври – рідини, внутрішньочеревних органів при діафрагмальних грижах. При цьому може спостерігатися зсув тіні середостіння в протилежну сторону;

- наявності великого новоутворення – тінь середостіння в таких випадках так само може бути зміщена в протилежну сторону;

- відсутності легені – спостерігається при вроджених аномаліях, після оперативного видалення. Супроводжується зміщенням тіні середостіння в бік ураження і звуженням легеневої апертури.

2. Обмеженість затемнення – може бути обумовлена внутрішньолегеневими і позалегеневими процесами, що можна встановити

при багатопроєкційному дослідженні грудної клітини. Внутршньолегенові обмежені затемнення (пневмонія, легеновий туберкульоз, абсцес, пухлина, кіста, периферична пухлина та ін.) зазвичай визначаються безпосередньо в легеновій тканині (у всіх проєкціях) і зміщуються при диханні разом з легеновою тканиною.

Позалегенові затемнення:

- рідина в плевральній порожнині – при вертикальному положенні пацієнта тінь займає нижнє положення, зливаючись з куполом діафрагми, а верхній контур тіні ексудату має криву межу (лінія Елліса-Дамуазо), у разі наявності трансудату – верхня межа рідини горизонтальна. У положенні пацієнта «на боці» тінь (рідина) займає нижнє положення, розливаючись по всій плевральній порожнині;

- осумковані пристіночні і міжчасткові плеврити – опукла тінь з чітким внутрішнім контуром, що зливається з парієтальною плеврою, або лінзоподібна тінь з чіткими контурами в міжчастковій щілині, що не міняють форми при зміні положення пацієнта;

- утворення, які виходять із грудної стінки: м'якотканинні пухлини, аномалії і пухлини ребер (при диханні зміщуються з ребрами);

- процеси, що виходять з діафрагми – пухлини, кісти, релаксації;

- утворення медіастинального походження – нерідко односторонньо або двосторонньо розширюють тінь середостіння (збільшені лімфатичні вузли або пакети вузлів, пухлини вилочкової залози, аномалії легенових судин, загрудинний зоб та ін.).

3. Округла тінь.

У легеновій тканини тіні округлої форми, різної інтенсивності, структури, розмірів зустрічаються при периферичній формі раку, туберкульозі, кістах, одиночних метастазах і ін.

Периферичний рак, як правило, проявляється у вигляді кулястої або овальної однорідної тіні з чіткими і хвилястими (горбистими) зовнішніми контурами. Іноді пухлина може піддаватися розпаду з утворенням порожнини.

Туберкульозний інфільтрат – слабкої інтенсивності тінь невеликих розмірів (1,5-2 см) з нечіткими зовнішніми контурами і наявністю навколо дрібновогнищевих відсівів. У разі інфільтрату, що розпадається, в його структурі з'являється порожнина.

Туберкулома – ущільнений (організований) інфільтрат з дрібними звапненими вкрапленнями і дрібновогнищевим відсівом навколо.

Кіста – (ехінококова, ретенційна, бронхіальна) заповнена рідким вмістом однорідна тінь овальної форми з чіткими контурами. У зв'язку з еластичністю утворення форма кісти може змінюватися при диханні.

Метастази. Поодинокий метастаз представляє округлу невеликих розмірів однорідну тінь з нечіткими нерівними контурами, яку необхідно диференціювати з периферичним раком, туберкульозним інфільтратом тощо. Множинні округлі тіні, як правило, вказують на наявність метастазів.

Аномалії судин – наприклад, артеріовенозні аневризми, відрізняються самостійною пульсацією.

4. Вогнищеві тіні і обмежені дисемінації – тіні невеликих розмірів (до 1 см) умовно називають вогнищевими. Розміри вогнищевих тіней поділяють на: міліарні (до 2 мм), дрібновогнищеві (3-4 мм), середньовогнищеві (5-7 мм) і великовогнищеві (8-10 мм). Тіні можуть відрізнятися різною інтенсивністю і чіткістю зовнішніх контурів (залежно від фази загострення). Поодинокі тіні – звичайно становить невелика група (3-4) вогнищ, обмежена дисемінація – множинні вогнища в межах не більше 2-х сегментів. Найчастіше даний синдром виникає при вогнищевому туберкульозі, метастазах, аспіраційній пневмонії та ін.

5. Обширні вогнищеві дисемінації. При даному синдромі протяжність ураження легень зазвичай перевищує два сегменти і трактується як поширена дисемінація, а двостороннє ураження – як дифузна дисемінація. Спостерігається синдром при дисемінованому туберкульозі, саркоїдозі, пневмоконіозах, карциноматозі та ін.

Гострий гематогенний дисемінований туберкульоз

супроводжується дифузно-рівномірною симетричною мономорфною міліарною або дрібновогнищевою дисемінацією. Для хронічного дисемінованого туберкульозу характерний поліморфізм вогнищевих тіней та наявність фіброзних змін.

Саркоїдоз – в 2-й стадії захворювання на знімку відзначається різнокаліберність вогнищевих тіней і симетричність ураження, інтерстиціальні зміни в прикореневих відділах із збільшенням лімфатичних вузлів.

Пневмоконіоз – в легенях визначаються вогнищеві тіні середніх розмірів з обох сторін, виражені інтерстиціальні зміни і звапнення внутрішньолегенових вогнищ і конгломератів, а також лімфатичних вузлів середостіння. В анамнезі – професійна шкідливість (профмаршрут).

Карциноматоз – поширена гематогенна дисемінація вогнищевими тінями середніх і великих розмірів з обох сторін з не завжди чіткими зовнішніми контурами.

6. Повітряна порожнина – найбільш часто спостерігається при вроджених кістозних процесах, емфізематозних булах, абсцесах, деструктивних формах туберкульозу, порожнинних формах периферичного раку, випорожнених ехінококових кістах та ін. З позалегенових процесів – пневмоторакс, діафрагмальні грижі та ін.

7. Обширне просвітлення – підвищення прозорості легеневої тканини з обох сторін у межах одного або більшої кількості легенових полів. Спостерігається при регіонарній або тотальній (дифузній) емфіземі. Дифузна емфізема може бути односторонньою або двосторонньою. Одностороннє тотальне просвітлення найчастіше буває обумовлено клапанною закупоркою головного бронха. Синдром обширного просвітлення спостерігається також при тотальному односторонньому пневмотораксі з повною відсутністю на знімку легеневого малюнка і наявністю запавшої біля кореня легені.

8. Зміни легеневого малюнка. Виникають унаслідок порушення кровообігу в малому колі чи лімфовідтоку, фіброзі інтерстиційної тканини і можуть проявлятися посиленням або збіднінням легеневого малюнка. Посилення легеневого малюнка – збільшення розмірів і кількості елементів в одиниці об'єму, спостерігається внаслідок: артеріального повнокрів'я при вадах серця; інтерстиційному набряку; інтерстиційному фіброзі при хронічному бронхіті; пневмоконіозах, саркоїдозі, колагенозах, альвеолітах та ін. Збідніння легеневого малюнка характеризується зменшенням кількості елементів в одиниці об'єму і може спостерігатися в результаті гіповолемії малого кола при вадах серця, емфіземі легень тощо. Поширеність збідніння легеневого малюнка може бути різною: обмеженою, тотальною, односторонньою або двосторонньою.

9. Зміни коренів легень бувають односторонніми і двосторонніми. Виражаються зміною: розмірів, форми, структури, щільності та характеру контурів коренів. Розширення і деформація коренів легень може виникати за рахунок збільшення лімфатичних вузлів, розширення судин і новоутворень. Розмитість структури коренів виникає при набряку і фіброзі; підвищення щільності – при звапненні лімфатичних вузлів при туберкульозі або силікотуберкульозі. Поліциклічний контур коренів спостерігається при збільшенні групи лімфатичних вузлів (з одного боку – туберкульозний лімфаденіт, з двох сторін – саркоїдоз, лімфогранулематоз, лімфосаркома, метастази та ін.), горбистий контур – при центральній екзобронхіальній формі раку легені.

Рентгенологічна картина деяких легеневих захворювань.

Сторонні тіла (СТ) дихальних шляхів.

Розрізняють СТ екзогенні та ендогенні, рентгенологічно контрастні і неконтрастні. До екзогенних відносяться будь-які предмети, що потрапляють ззовні в бронхи, до ендогенних – утворення, що виникають у бронхах, або бронхоліти, проникаючі з поруч розташованих лімфатичних вузлів; до контрастних СТ – дрібні металеві предмети, до неконтрастних – предмети

органічної природи, риб'ячі кістки, дрібні пташині кістки. Діагностика СТ бронхів ґрунтується на результатах рентгенологічного дослідження: при наявності металевого або іншого щільного СТ в одному з головних бронхів характерна контрастна тінь, яка на знімку грудної клітки у прямій проекції звичайно розташована на 1-1,5 см справа або зліва від серединної лінії тулуба. Неконтрастне СТ частіше на знімку не виявляється. Попадання СТ нерідко супроводжується неповною обтурацією просвіту бронха, що призводить до гіповентиляції відповідного відділу легені та виявленню симптому Гольцкнехта-Якобсона (поштовхоподібний зсув тіні середостіння на різкому вдиху в бік обтурації). Повна обтурація просвіту бронха призводить до виникнення сегментарного чи часткового ателектазу. Детальна інформація про локалізацію СТ може бути отримана за допомогою лінійної томографії та КТ. Верифікаційним методом є бронхоскопія з взяттям біоптату.

Крупозна (пневмококова) пневмонія – рентгенологічна картина зазвичай відповідає еволюції її патологоанатомічних стадій.

У стадії припливу (гіперемії) – відзначається посилення легеневого малюнка в ураженій ділянці внаслідок місцевого повнокров'я судин, прозорість легеневої тканини в зоні ураження нормальна або злегка знижена. При цьому корінь легені на боці ураження стає ширшим, менш чітким в обрисах, а при локалізації процесу в нижніх відділах легенів може також спостерігатися ослаблення рухливості купола діафрагми.

У стадії червоного опечінкування (2-3-й день захворювання) – на знімку виявляється середньої інтенсивності однорідне затемнення ураженої ділянки (частіше у верхній частки справа), відповідного за формою і локалізації субсегмента, сегменту або цілої частки (без зменшення обсягу). При цьому корінь легені розширений, не структурний; може ущільнюватися прилегла плевра, а в реберно-діафрагмальному синусі з'являється випіт.

У стадії сірого опечінкування (3-7-й день захворювання) рентгенологічна картина схожа з такою на стадії червоного опечінкування.

У стадії регресування поряд із зменшенням інтенсивності тіні і її розмірів характерна неоднорідність затемнення за рахунок розсмоктування окремих ділянок. У подальшому, після одужання, в області ураження тривалий час зберігаються посилення легеневого малюнка, ущільнення пристіночної плеври та утворення плевродіафрагмальних, плеврокостальних і плевроперикардіальних спайок. Ускладнення при несприятливому перебігу захворювання може проявитися у вигляді абсцесу. Вогнищева пневмонія – гостре захворювання, збудником якої нерідко є пневмокок Френкеля-Вейксельбаума. За обсягом ураження внаслідок ексудації в альвеоли пневмонії поділяються на ацинозні, часткові, сегментарні і полісегментарні. Рентгенологічно з обох сторін, переважно в нижніх відділах легень, виявляються множинні, слабкої інтенсивності, з нечіткими контурами, схильні до злиття вогнищеві тіні, за розмірами, що відповідають часточкам (1-1,5 см), на тлі яких простежується повітряний просвіт бронхів. Легеневий малюнок посилений, тіні коренів розширені і неоднорідні. Нерідко відзначається реакція плеври у вигляді ексудативного плевриту. Рухливість діафрагми може бути ослаблена. Досить часто у ослаблених осіб ділянки ураження носять зливний характер, набувають більш великих розмірів і можуть нагадувати метастази. Важливою відмінною ознакою бронхопневмонії в таких випадках є швидкий зворотний розвиток процесу.

Стафілококова пневмонія – частіше хворіють новонароджені і грудні діти. Рентгенологічна картина характеризується множинними, різними за інтенсивністю і розмірами ділянками затемнення легеневої тканини. Найчастіше вони бувають зливними, з тенденцією до розпаду і утворення ділянок просвітлення, з горизонтальними рівнями рідини. Характерна також швидка мінливість картини – зникнення затемнень і порожнин в одних місцях і поява їх в інших. Корені легень різко розширені і неструктурні, поступово формуються плевральні накладання та шварти, синуси запаяні, купол діафрагми на стороні плевриту ущільнюється. Нерідко до захворювання приєднується ексудативний (гнійний) плеврит з типовою на знімку косою

лінією Дамуазо. Після пункції гнійної рідини бажано більш ретельно оглянути нижні відділи та синуси, а також бактеріологічно отримати чисту культуру стафілокока. Результат частіше буває сприятливим.

Гостра інтерстиційна (грипозна) пневмонія.

Характерна вибіркова запальна інфільтрація проміжної тканини навколо бронхів і судин. До найбільш типових рентгенологічних ознак слід віднести переважаюче посилення і деформацію легеневого малюнка, частіше в нижньомедіальних і середніх відділах легень з обох сторін у вигляді лінійних тіней комірчастої структури. Корені легень помірно розширюються, часто ущільнюється плевра (міжчасткова, медіастинальна, діафрагмальна, пристіночна), але випоту не буває, рухливість куполів діафрагми послаблюється. Відрізнити ущільнення інтерстицію від тяжистості при повнокрів'ї легневих судин дозволяють знімки, зроблені до і під час проби Вальсальви. Інтерстиційна тяжистість під час проби не змінюється, а при повнокрів'ї судин зникає. У ряді випадків запальна інфільтрація з інтерстицію може поширюватися на паренхіму легень (переважно в середніх і нижніх відділах) у вигляді дрібновогнищевих і інфільтратоподобних тіней. Подібні рентгенологічні зміни можуть спостерігатися упродовж тривалого часу (3-8 тижнів). Розсмоктування зазвичай йде від периферичних відділів до центру. Після одужання зберігаються ділянки пневмосклерозу (у вигляді комірчастої тяжистості) і ущільнення плеври. При частих загостреннях захворювання може перейти у хронічний перебіг. При цьому рентгенологічно виявляється дифузний пневмосклероз, деформація бронхів, бронхоектази (спочатку циліндричні і змішані). На цьому фоні можливе приєднання пневмонії бактеріальної природи. Переважно інтерстиційне ураження в легеневій тканині спостерігається також при орнітозній, пситакозній і мікоплазменій пневмонії. Збудником є фільтруючий вірус. Інфікування відбувається при контакті з домашніми птахами.

Інфарктна пневмонія – виникає при тромбоемболії гілок легеневої артерії. Для неї характерна клінічна тріада: гострий початок і кашель, сильний

біль, кровохаркання. Рентгенологічна картина залежить від розмірів легеневого інфаркту. Нерідко виявляється трикутної або пірамідальної форми затемнення легеневої тканини, спрямоване вершиною до кореня. Іноді буває кілька подібних тіней. Якщо приєднується запальний процес, тіні стають нечіткими. У плеврі рано з'являється випіт. У ряді випадків у місці локалізації інфарктної пневмонії може розвинутися абсцес з утворенням порожнини, заповненої рідиною з горизонтальним рівнем.

Хронічний бронхіт – призводить до ураження запальним процесом усіх шарів стінки бронхів, що зазвичай супроводжується посиленням на знімку легеневого малюнка за рахунок ущільнення перибронхіальної інтерстиційної тканини, із залученням до процесу периацинарної і перилобулярної тканини, наявністю сітчастого пневмосклерозу, потовщенням стінок бронхів, зигзагоподібної або кутової деформації бронхів і зближенні кутів розгалуження бронхіальних гілочок. Тіні коренів можуть піддаватися деформації. Основними методами діагностики є: рентгенографія, томографія та бронхографія.

Бронхоектатична хвороба – проявляється розширенням бронхів у поєднанні із запальним процесом, частіше набутого характеру. Діагностується за допомогою рентгенографії, томографії та бронхографії. Рентгенологічно розрізняють бронхоектази різної форми: циліндричні, мішечковидні і змішані, частіше в нижній частці зліва і в середній частці праворуч. Виявляється так само: деформація і зближення бронхів, зменшення об'єму ураженого відділу; більш низьке, ніж зазвичай, розташування головки кореня; компенсаторна емфізема верхньої частки; зсув тіні серця в бік переважаючого процесу із звуженням міжреберних проміжків; зміщення вниз і дозадую головної косої щілини. Кістоподібні бронхоектази, на відміну від повітряних бронхіальних кіст, добре заповнюються контрастною речовиною при бронхографії.

Абсцес легені виявляється за допомогою стандартної рентгенографії, томографії (лінійної або комп'ютерної), бронхографії. Розвивається частіше

як ускладнення пневмонії. У початковій фазі захворювання рентгенологічна картина подібна до крупозної пневмонії. При формуванні абсцесу на знімку, частіше у верхній частці праворуч, визначається велика (не менше 2-3 см) порожнина з відносно рівними і потовщеними внутрішніми стінками на тлі сегментарного (частіше під 2-6 сегментами) або часткового затемнення середньої інтенсивності з нечіткими зовнішніми краями. У порожнині абсцесу може виявлятися горизонтальний рівень рідини і нерідко – секвестри (поодинокі або множинні), зумовлені відторгненням некротичних мас. По мірі розвитку процесу порожнина поступово очищується, стінки її потоншуються, навколишня запальна інфільтрація розсмоктується. У зв'язку з цим розрізняють три послідовні стадії захворювань: гострий абсцес, хронічний абсцес і абсцес, що очистився, або несправжня (псевдо) кіста. При бронхографії несправжня кіста добре заповнюється контрастною речовиною.

Тромбоемболія гілок легеневої артерії.

Ангіопульмонографія дозволяє безпосередньо визначити локалізацію і розміри обструкції гілок легеневої артерії. При обтурації великої судини розрізняють: прямі рентгенологічні симптоми – збіднення (аж до зникнення) судинного легеневого малюнка дистальніше ділянки обструкції; розширення великої гілки легеневої артерії в області кореня легені. До непрямих ознак належать: високе розташування діафрагми на боці ураження, ателектази в базальних сегментах, випіт в плевральній порожнині (геморагічного характеру), ознаки артеріальної легеневої гіпертензії (розширення правого серця, великих легених артерій і верхньої порожнистої вени).

Пневмоконіози (пилові захворювання легень).

Захворювання розвиваються при тривалому попаданні в легені пилових часточок: вільного двооксиду кремнію – кварцу (силікоз); пов'язаного двооксиду кремнію (силікатози – азбестоз, талькоз, цементний, слюдяний, олівіновий та інші каолінози); рідкоземельних металів (бериліоз, сидероз, алюмініоз, барітоз, станіоз, коніози); вуглевмісного пилу (антракоз, графітоз,

сажовий коніоз); органічного пилу (бавовняний, зерновий, корковий, тростинний коніози).

Основним методом діагностики є стандартна рентгенографія, для виявлення дрібних вогнищевих тіней виконуються знімки з прямим збільшенням рентгенівського зображення.

Найбільш типова для пневмоконіозів рентгенологічна картина відзначається при силікозах. Розрізняють ознаки трьох послідовних стадій розвитку процесу:

1. Лінійні тіні з найдрібнішими вузликами (переважно в середніх відділах легенів) на тлі інтерстиційного фіброзу;
2. Великовузликові тіні на тлі вираженого інтерстиційного фіброзу;
3. Зливного характеру множинні затемнення легеневої тканини на тлі великовузликової вогнищевості і різко вираженого інтерстиційного фіброзу з комірчастою структурою, емфіземою і пристіночними плевральними накладаннями. Картина, як правило, супроводжується клінічними ознаками легеневої недостатності.

Туберкульоз легень.

Первинний туберкульозний комплекс – рентгенологічно визначаються невеликі середньої інтенсивності вогнища затемнення з нечіткими контурами (частіше в 2-му сегменті); збільшення лімфатичних вузлів у корені (останній розширено); "доріжка" (тяжистість) між легеневим вогнищем і регіонарними лімфовузлами. Іноді легеневий компонент може бути виражений у вигляді сегментарної або часткової пневмонії. У подальшому легеневе вогнище ущільнюється (вогнище Гона), а в лімфатичних вузлах з'являються ознаки звапнення.

Туберкульозний бронхоаденіт – рентгенологічно поділяється на туморозний бронхоаденіт (збільшені з чіткими контурами лімфатичні вузли, частіше з одного боку) і інфільтративний бронхоаденіт (збільшені в коренях лімфатичні вузли з нечіткими контурами через перифокальну неспецифічну запальну інфільтрацію). При одужанні в кореневих і медіастинальних

лімфатичних вузлах з'являються ділянки звапнення. Захворювання може ускладнюватися пневмонітом, дисемінацією і утворенням каверни, плевритом.

Дисемінований туберкульоз – може бути гематогенний, лімфогенний і бронхогенний. Джерелом інфекції є інфіковані лімфатичні вузли коренів і середостіння. Рентгенологічно можуть виявлятися наступні види дисемінації.

Міліарна дисемінація – найдрібніші (до 2 мм) множинні тіні у верхніх і середніх відділах легенів. Виявляється виключно на рентгенограмах, через 5-8 тижнів з моменту захворювання.

Дрібновогнищева дисемінація – множинні вогнища розміром до 4-5 мм слабкої та середньої інтенсивності, локалізуються переважно у верхньо-задніх відділах легень з обох сторін.

Крупновогнищева дисемінація – великі (до 0,6-1,5 см) вогнищеві тіні з нечіткими контурами, що виникають у період загострення з обох сторін. Відрізняються обмеженим, субтотальним або тотальним поширенням і наявністю дрібних порожнин розпаду.

Інтерстиційно-вогнищева дисемінація – множинні поліморфні вогнищеві тіні різних розмірів та інтенсивності з порожнинами розпаду, а також тяжоподібні тіні (результат залучення в процес проміжної тканини). Вогнищевий туберкульоз відрізняється малим об'ємом ураження. Рентгенологічно при гострому вогнищевому туберкульозі в 1-2 сегментах виявляються поодинокі, слабкоінтенсивні, округлі або овальні частіше дрібні вогнищеві тіні з нечіткими в період загострення контурами.

Інфільтративний туберкульоз може проявлятися в декількох формах.

Лобулярний інфільтрат являє собою обмежену часточкою ділянку затемнення слабкої інтенсивності з нечіткими контурами на тлі вогнищевих тіней і фіброзної тяжистості.

Хмароподібний і округлий інфільтрат – слабкоінтенсивна, округла або овальна тінь з нечіткими контурами, за розміром що досягає 3-5 см і локалізується частіше в 2-му сегменті.

Сегментарна або часткова, туберкульозна пневмонія проявляється порівняно більш обширним, середньо- або високоінтенсивним затемненням, захоплюючим цілий сегмент або частку. При цьому нерідко утворюються порожнини розпаду з нерівними внутрішніми контурами і секвестрами всередині.

Туберкуломи – визначаються на знімку у вигляді округлих поодиноких або множинних, частіше неоднорідних за структурою високоінтенсивних тіней.

Фіброзно-кавернозний туберкульоз – рентгенологічно проявляється наявністю однієї або кількох фіброзних каверн на фоні склеротичних змін навколишніх тканин, вогнищ відсіву різних розмірів, пристіночних плевральних ущільнень.

Циротичний туберкульоз – рентгенологічно проявляється обширним високоінтенсивним затемненням, частіше у верхніх відділах, зменшенням об'єму останніх, плевральними накладаннями. На томограмі реєструються вогнищеві тіні і порожнини. Прокідність бронхів при даному захворюванні зберігається.

Туберкульозний плеврит – рентгенологічно поділяється на форми:

Сухий (фібринозний) плеврит – проявляється ущільненням і потовщенням плеври різної локалізації (пристіночним, верхівковим, діафрагмальним).

Випітний (ексудативний) плеврит – відрізняється типовою локалізацією, наявністю в нижніх відділах затемнення з косою верхньою межею (розміри його залежать від кількості рідини). Можливі осумковані затемнення різної локалізації (пристіночні, міжчасткові, парамедіастинальні).

Рак легені.

Центральний рак легені – досліджується за допомогою рентгенографії, томографії (лінійна і комп'ютерна) і бронхографії. Можлива також черезбронхіальна ендоскопічна біопсія під контролем рентгенотелебачення.

Рентгенологічна картина захворювання залежить від напрямку росту пухлини і ступеня порушення бронхіальної прохідності.

При **ендобронхіальному рості пухлини** – у разі часткового звуження бронха може зменшуватися прозорість сегмента або частки легені за рахунок гіповентиляції. При різкому зітханні відбувається функціональний зсув тіні середостіння в бік патологічного процесу (симптом Гольцкнехта-Якобсона). Повна обтурація бронха призводить до виникнення високоінтенсивного затемнення – сегментарного або часткового ателектазу (частіше в 3-му сегменті верхньої частки справа). Тінь ателектазу зазвичай обмежена чіткою увігнутою міжчастковою плеврою. Купол діафрагми при цьому розташований вище звичайного, тінь середостіння зміщується в бік ураження. На томограмі виявляється обмежене звуження сегментарного або часткового бронха.

При **екзобронхіальному рості пухлини** – в області кореня з'являється тінь у вигляді вузла розміром до 1,5-2 см з променистою тяжистістю, що розходитьсь назовні. На томограмі в таких випадках реєструється часткове звуження бронха із збереженою прохідністю.

При **перибронхіальному рості пухлини** – утворюється груба віялоподібна тяжистість, що розходитьсь від кореня. Вона вражає сегмент або частку легені. На томограмі визначається потовщення стінок бронха різної протяжності.

Периферичний рак легені – досліджується за допомогою рентгенографії (у т.ч. прицільної), а також томографії (лінійна і комп'ютерна), направленої бронхографії, ангіографії, направленої рентгенофібробронхоскопічної біопсії. Рентгенологічно визначається округлої або овальної форми слабо інтенсивна тінь різних розмірів (1,5-2 см і більше), частіше в правій легені і у верхніх частках. Тінь має чіткі хвилясті (горбисті) зовнішні контури, іноді з променистим віночком. При порожнинній формі периферичного раку виявляється порожнина розпаду різної форми і розмірів (іноді у вигляді серповидного просвітлення) з нерівними стінками.

При метастазуванні на томограмі фіксується збільшення лімфатичних вузлів кореня і середостіння.

Бронхо-альвеолярний рак (аденоматоз легенів) – характеризується проліферацією альвеолярного і бронхіолярного епітелію, що перетворюється на кубічний і циліндричний. Розрізняють пневмонієподібне (масивне затемнення) і дисеміноване (множинні вузликові утворення). Можливий перехід поодинокого вузла в пневмонієподібне затемнення. Рентгенологічно в периферичних відділах легень визначається одиничний вузол або кілька вузликів різних розмірів (0,5-10 см) однорідної структури. Іноді тіні зливаються, утворюючи великі ущільнення з порожнинами розпаду, захоплюючи сегмент або частку. Верифікація здійснюється за допомогою трансbronхіальної біопсії, аналізами мокротиння на атипові клітини.

Метастази злоякісних пухлин у легені. Метастази досліджуються за допомогою рентгенографії, лінійної та комп'ютерної томографії, а так само УЗД (при їх поверхневому розташуванні в підшкірній клітковині). Розрізняють метастази в легеневу паренхіму, в лімфатичні вузли і в плевру. Рентгенологічно метастази в легеневій тканині поділяються на ряд форм.

Множинні (частіше) або поодинокі – слабкої інтенсивності ділянки затемнення округлої або овальної форми, найрізноманітніших розмірів, частіше 2-6 см. У ряді випадків у них виявляються ділянки окостеніння. Розвиток метастазів в легеневій тканині може ускладнюватися їх розпадом з утворенням порожнин з нерівними товстими стінками, або спонтанним пневмотораксом. Нерідко метастази в легенях поєднуються з ураженням лімфатичних вузлів коренів легень і середостіння.

Раковий лімфангіт виявляється лінійними тінями, що розходяться від збільшених лімфатичних вузлів коренів легень і утворюють в легені петлисту структуру.

Міліарний карциноз являє собою безліч дрібних вогнищевих тіней, переважно в середніх і нижніх відділах легень. Часто поєднується з раковим лімфангітом. Метастази в лімфатичні вузли середостіння і в плевру можуть

бути ізольованими або поєднуватися з метастазами в легеневу тканину. Ураження плеври, як правило, супроводжується накопиченням рідини в плевральній порожнині.

Дослідження після легневих операцій. З цією метою використовується рентгенографія, рентгеноскопія, бронхографія, ангіопульмонографія та інші методи дослідження. Основним завданням є визначення місця і об'єму зробленої операції (наявність ланцюжка танталових дужок), характеру вентиляції збережених відділів, виявлення ускладнень з боку легеневої тканини, коренів легень та плеври.

Плеврити і пухлини плеври.

Досліджуються за допомогою рентгеноскопії та рентгенографії (багатоосьова і поліпозиційна), а також діагностичного пневмотораксу й лінійної та комп'ютерної томографії.

Ексудативний плеврит. При розлитому плевриті рідина в порожнині плеври має вигляд середньої або високої інтенсивності затемнення в нижніх відділах легенів або області зовнішніх відділів легенево-діафрагмальних синусів. Верхня межа затемнення коса (лінія Дамуазо), за наявності повітря (пневмоплеврит) або транссудату – горизонтальна. При осумкованому плевриті з'являється пристіночне або міжчасткове затемнення лінзовидної форми. Метод УЗД дозволяє виявляти невеликі кількості рідини в плевральній порожнині – до 100-150 мл .

Мезотеліома плеври. При дифузних пухлинах плеври переважають ознаки ексудативного плевриту. При обмежених первинних пухлинах виявляється поодинокі напівовальне утворення, пов'язане широкою основою зі стінкою грудної клітини.

Пневмоторакс – виникає внаслідок проникнення повітря в плевральну порожнину внаслідок спонтанного розриву вісцерального листка плеври або після тупої травми чи проникаючого поранення. На знімку при невеликій кількості повітря виявляється його пристіночне розташування, що краще

визначається в положенні пацієнта на здоровому боці (латерографія).
Спадіння легеневої тканини знаходиться в залежності від кількості повітря.

1.3. Тест-схема: "Рентгенодіагностика туберкульозу органів дихання"

1. Характер основного тінеутворення: – тінь вогнищевого характеру – тінь інфільтративного характеру – тінь кільцеподібна – тінь лінійна 2. Поширеність процесу: – надключичний простір – в межах одного міжреберного проміжку – в межах двох міжреберних проміжків – в межах трьох міжреберних проміжків – в межах чотирьох міжреберних проміжків – в межах п'яти міжреберних проміжків – в межах шести міжреберних проміжків 3. При локалізації процесу в лімфовузлах середостіння: – права паратрахеальна група – права трахеобронхіальна група – права бронхопульмональна група – ліва паратрахеальна	8. Форма тіней: – кругла – трикутна – поліциклічна – багатокутна – неправильна 9. Контурі тіні: – чіткі – нечіткі 10. Стінки каверни: – чіткі – нечіткі 11. Інтенсивність стінок каверни: – слабка – середня – висока 12. Товщина стінки каверни: _____ 13. Зміни навколишніх тканин: – відсутні – наявність вогнищ відсіву – фіброзних тяжів – фокусів затемнення – вогнища Гона – петрифікатів у лімфатичних вузлах – відтоку до легеневого кореня (доріжка)
--	--

група – ліва трахеобронхіальна група – ліва бронхопульмональна група – біфуркаційні групи 4. Інтенсивність тіні: – слабка – слабка та середня – середня – середня та висока – висока 5. Структура тіні: – гомогенна – негомогенна 6. Розміри: – до 3 мм – 4-10 мм – 11-15 мм – 16-30 мм – 31-59 мм – 60 мм і більше 7. Кількість тіней: – одна – група – дисемінація	– підсилення легеневого малюнку (сотовий) – плевральні зміни – емфізема <u>14. Висновок</u> – первинний туберкульозний комплекс – дисемінований туберкульоз: -міліарний; -підгострий; -хронічний. – вогнищевий туберкульоз – інфільтративний туберкульоз – казеозна пневмонія – туберкульома – фіброзно-кавернозний туберкульоз – циротичний туберкульоз – туберкульоз внутрішньогрудних л/вузлів – туберкульозний плеврит – силікотуберкульоз.
---	--

1.3. Тест-схема: "Рентгенодіагностика туберкульозу органів дихання"

1. Характер основного тінеутворення: – тінь вогнищевого	8. Форма тіней: – кругла – трикутна
---	--

- характеру
- тінь інфільтративного характеру
 - тінь кільцеподібна
 - тінь лінійна

2. Поширеність процесу:

- надключичний простір
- в межах одного міжреберного проміжку
- в межах двох міжреберних проміжків
- в межах трьох міжреберних проміжків
- в межах чотирьох міжреберних проміжків
- в межах п'яти міжреберних проміжків
- в межах шести міжреберних проміжків

3. При локалізації процесу в лімфовузлах

середостіння:

- права паратрахеальна група
- права трахеобронхіальна група
- права бронхопульмональна група
- ліва паратрахеальна група
- ліва трахеобронхіальна група

- поліциклічна
- багатокутна
- неправильна

9. Контури тіні:

- чіткі
- нечіткі

10. Стінки каверни:

- чіткі
- нечіткі

11. Інтенсивність стінок каверни:

- слабка
- середня
- висока

12. Товщина стінки каверни: _____

13. Зміни навколишніх тканин:

- відсутні
- наявність вогнищ відсіву
- фіброзних тяжів
- фокусів затемнення
- вогнища Гона
- петрифікатів у лімфатичних вузлах
- відтіку до легеневого кореня (доріжка)
- підсилення легеневого малюнку (сотовий)
- плевральні зміни

– ліва бронхопульмональна група – біфуркаційні групи 4. Інтенсивність тіні: – слабка – слабка та середня – середня – середня та висока – висока 5. Структура тіні: – гомогенна – негомогенна 6. Розміри: – до 3 мм – 4-10 мм – 11-15 мм – 16-30 мм – 31-59 мм – 60 мм і більше 7. Кількість тіней: – одна – група – дисемінація	– емфізема <u>14. Висновок</u> – первинний туберкульозний комплекс – дисемінований туберкульоз: -міліарний; -підгострий; -хронічний. – вогнищевий туберкульоз – інфільтративний туберкульоз – казеозна пневмонія – туберкульома – фіброзно-кавернозний туберкульоз – циротичний туберкульоз – туберкульоз внутрішньогрудних л/вузлів – туберкульозний плеврит – силікотуберкульоз.
--	---

Список використаної літератури

1. Bussi C, Gutierrez MG. Mycobacterium tuberculosis infection of host cells in space and time. FEMS Microbiol Rev. 2019 Jul 1;43(4):341-361. doi: 10.1093/femsre/fuz006. PMID: 30916769; PMCID: PMC6606852.
2. Connor, Stephen. (2017). Palliative Care for Tuberculosis. Journal of Pain and Symptom Management. 55. 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.019.
3. Govender T, Naidoo S, Padayatchi N, Gwyther L. Palliative care for drug-resistant tuberculosis: An urgent call to action. SAMJ, S. Afr. med. j. [Internet]. 2018 May [cited 2024 Jan 24]; 108 (5): 360-360. Available from: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742018000500003&lng=en. <http://dx.doi.org/10.7196/samj.2018.v108i5.13240>.

4. Natarajan A, Beena PM, Devnikar AV, Mali S. A systemic review on tuberculosis. *Indian J Tuberc.* 2020 Jul;67(3):295-311. doi: 10.1016/j.ijtb.2020.02.005. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32825856.
5. Rahlwes KC, Dias BRS, Campos PC, Alvarez-Arguedas S, Shiloh MU. Pathogenicity and virulence of Mycobacterium tuberculosis. *Virulence.* 2023 Dec;14(1):2150449. doi: 10.1080/21505594.2022.2150449. PMID: 36419223; PMCID: PMC9817126.
6. WHO Global tuberculosis report 2022. Geneva, World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363752/9789240061729-eng.pdf>).
7. World Health Organization. The end TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
8. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis: Module 1: prevention: tuberculosis preventive treatment, 2020;
9. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis Module 2: Screening – Systematic screening for tuberculosis disease, 2022;
10. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 3: Diagnosis Rapid diagnostics for tuberculosis detection, 2021 update;
11. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis, Module 4: Treatment DrugResistant Tuberculosis Treatment, 2020;
12. WHO Consolidated Guidelines on Tuberculosis, Module 4: Treatment – DrugSusceptible Tuberculosis Treatment, 2022;
13. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis, Module 4: Treatment: tuberculosis care and support, 2022;
14. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents, 2022.
15. Аналітично-статистичний довідник за 2022 рік «Туберкульоз в Україні». Київ: ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»; 2023

- (https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2022_dovidnyk.pdf).
16. Аналітично-статистичні матеріали з ТБ. Центр громадського здоров'я МОЗ України. <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>
 17. Наказ МОЗ України від 01.02.2019 № 287 «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19#Text>).
 18. Наказ МОЗ України від 19.01.2023 р. №102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102.pdf https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102_standarty.pdf https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102_dodatky.pdf
 19. Планування та впровадження послуг з паліативної допомоги: керівництво для керівників програм Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584>, accessed 18 June 2022).
 20. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 р. № 1415-р (<https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-shvalennya-derzhavnoyi-strategi-a1415r>).
 21. Програма медичних гарантій 2023. Київ: Національна служба здоров'я України; 2023 (https://health.kyivcity.gov.ua/files/2023/4/10/pr_2023.pdf).
 22. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1414-р «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи

протитуберкульозної медичної допомоги населенню»
(<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>).

23. Статистика з ТБ. Центр громадського здоров'я МОЗ України.
<https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>