

**Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет**

**Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Факультет ІІ медичний**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
для самостійної роботи студентів**

**з дисципліни Внутрішня медицина з інфекційними
хворобами та фтизіатрією**

зі студентами б курсу за спеціальністю:

7.12010001 «Лікувальна справа»

7.12010003 «Медико-профілактична справа»

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні кафедри фтизіатрії та пульмонології

«_____» _____ 2014 р.

протокол № _____

Завідувач кафедри

проф. О.С.Шевченко _____

Харків – 2014

Тема заняття: Ведення хворих на туберкульоз

1. Кількість годин – 6

2. Матеріальне забезпечення: методичні вказівки, рентгенограми органів грудної клітини, томограми туберкульозу та інших захворювань, таблиці легеневих захворювань та туберкульозу, негатоскопи, флюороскопи.

3. Обґрунтування теми.

В наступний час більше 10% дорослого населення планети мають клінічні прояви хронічних обструктивних захворювань легень. Високими темпами розповсюджуються бронхіальна астма та інші захворювання. Своєчасне лікування органів дихання досягається при правильній і своєчасній діагностиці цих захворювань. Захворюваність туберкульозом залишається на достатньо високому рівні, тому боротьба з ним є актуальною проблемою. Для чого необхідно знати о методах своєчасного дослідження якими користуються в пульмонології.

4. Мета заняття: Засвоїти основні методи дослідження, якими користуються у фтизіатрії та пульмонології. Діагностика захворювання, лікування, надання лікувальної допомоги: дані фізичного, лабораторного, інструментального, бактеріологічного дослідження (пальпація, перкусія, аускультация; цитологічне дослідження БАС, мокротиння, біопсійного матеріалу; рентгенографія, рентгентомографія, МРТ, спірографія, ЕКГ, бронхоскопія, торакоскопія, функціональні тести; диференціальна діагностика кашлю та задишки)., своєчасне виявлення вказаної патології та призначення адекватної терапії.

А) Знати:

- основи пульмонології (характерні скарги для легеневих хвороб, динні фізичного дослідження, рентгенологічного, бактеріологічного та інших лабораторних досліджень).
- основні принципи диференційної діагностики та принципи лікування хворих на туберкульоз, та побічні реакції при лікуванні.
- прогноз при різноманітних формах туберкульозу.

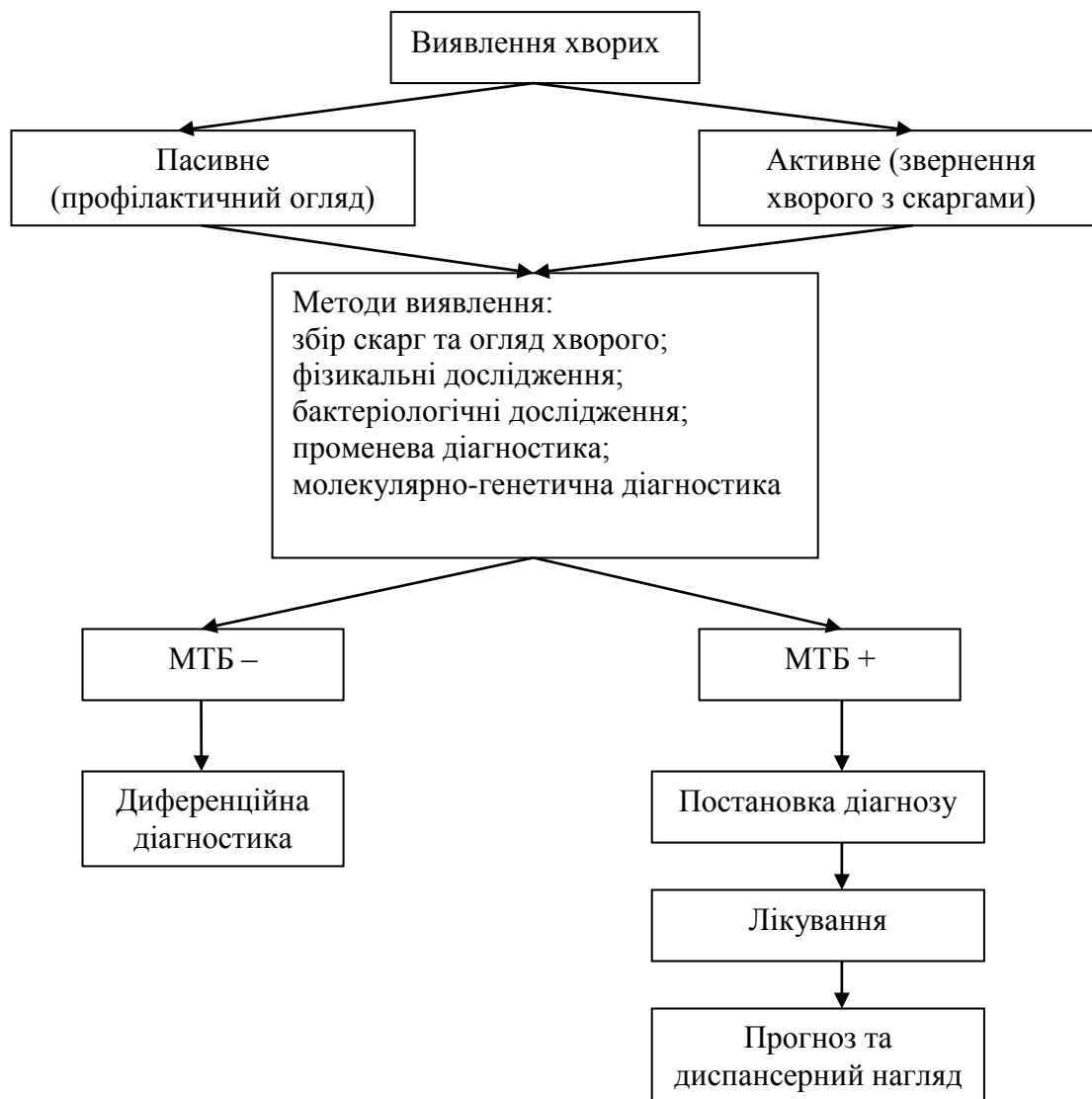
Б) Вміти:

- Обґрунтовувати для застосування інвазійних та не інвазійних методів дослідження, якими користуються в пульмонології.
- Складати план дослідження пацієнтів з захворюваннями органів дихання.
- Проводити функціональні методи дослідження.
- Надавати правильну інтерпретацію отриманим даним.
- Призначати адекватні режими хіміотерапії при різноманітних формах туберкульозу.
- Попереджувати побічні реакції при лікуванні туберкульозу та інших легеневих захворювань.

В) Практичні навички:

- Проводити опитування та фізичне дослідження пацієнтів з захворюваннями органів дихання.
- Оволодіти навичками інтерпретації даних клінічної, бактеріологічної та променевої діагностики.
- Володіти методами інгаляційної терапії.
- Освоїти техніку плевральної пункції.
- Здійснювати контроль за ефективністю лікування хворих на туберкульоз.

5. Графологічної структури теми:



Орієнтована основа дій

Симптоматика й методи обстеження

До основних скарг при захворюваннях органів дихання відносять біль в грудній клітині задишку, приступи ядухи, кашель, виділення мокротиння, кровохаркання й підвищення температури тіла. Нерідко також спостерігається слабкість, нездужання, зниження апетиту, головні болі, поганий сон.

Біль при диханні пов'язана із залученням у процес парієтальної плеври.

Кашель - симптом, що часто зустрічається в клінічній практиці. Це захисно-приспосувальна реакція, що забезпечує видалення з дихальних шляхів дратівних агентів (мокротиння, слизу, крові, стороннього предмету). У більшості випадків кашель пов'язаний з подразненням рецепторів дихальних шляхів і плеври.

Характерні риси кашлю

Характер кашлю	Причинно-наслідкові фактори
Звичка "прочищати" горло	Стікання відокремлюваного по задній стінці глотки
Одноразовий приступ сильного кашлю	Вдихання диму, ароматичних речовин; сторонній предмет; холодне або гаряче повітря
Сухий, короткий, частий	Запальні захворювання глотки, трахеобронхіт, початкова

	стадія пневмонії
"Гавкаючий", звучний, грубий	Стенозуючий ларинготрахеїт, коклюш
"Бичачий", подовжений кашель	Параліч м'язів, які розмикають голосові зв'язки. Здавлення лівого поворотного гортанного нерва
Покашлювання	Хронічні захворювання глотки, гортані, у тому числі й туберкульоз; недостатність кровообігу

Мокротиння є зміненим і, найчастіше, інфікованим секретом.

Характер мокротиння	Причинно-наслідкові фактори
Прозора, біла, желеподібна	Неінфіковане мокротиння, початкові стадії туберкульозу
Склоподібна, слизувата	Бронхіальна астма
Сіра	Запалення, загазованість, паління
Піниста (можливо рожеве фарбування)	Набряк легень
"Рисова", густа, в'язка	Пневмококова пневмонія
Мокротиння по типу "малинового желе"	Пневмонія, викликана <i>Klebsiella pneumoniae</i>
Мокротиння з кров'ю	Туберкульоз, сторонній предмет, новоутворення, бронхіт, пневмонія, мікоз, альвеоліт
Мокротиння з домішкою гною або гнійна	Абсцес, гангрена легені, хронічний ендобронхіт, бронхоектатична хвороба
В'язка, білувато-жовта, стрічкоподібна	Муковісцедоз

Задишка - відчуття недостатчі повітря - серйозна ознака зменшення дихальних резервів. Частота дихання 30 і більше за 1 хвилину, особливо в сполученні з ціанозом є ознакою дихальної недостатності.

Причиною задишки може бути й функціональна серцева недостатність, і емфізема легенів, і інтоксикація, і анемія.

Симптомами ущільнення легеневої тканини є укорочення перкуторного тону, посилення голосового тремтіння, бронхофонія й поява жорсткого або бронхіального дихання.

Вологі хрипи є ознакою появи в бронхіальному дереві зайвого рідкого секрету, через що з'являється "булькіт" пухирців повітря.

Сухі хрипи з'являються при нагромадженні звужуючого просвіту бронху густого й в'язкого секрету, що створює "ефект свистка".

Крепітація означає звуки, які з'являються на висоті вдиху внаслідок розлипання альвеол, які містять неповноцінний сурфактант.

Шум тертя плеври з'являється з появою свіжого фібринозного ексудата в плевральній порожнині.

Для позначення аускультативного феномена, що пояснюють наявністю зрощень між листками плеври користуються терміном "шум тертя плеври".

Під кровохарканням мають на увазі домішки крові в мокротинні. Легеневою кровотечею називають виділення при кашлі чистої крові в кількості більше 10 мл на добу.

Фізикальне обстеження

Огляд хворого. Форма грудної клітини. Розрізняють нормальні й патологічні форми грудної клітини. Під нормальними формами розуміють конституційні варіанти грудної клітини (нормостенічна, гіперстенічна, астенична). До патологічного відносять емфізематозну, паралітичну, рахітичну, воронкоподібну, човноподібну, кифосколиотичну грудну клітку.

Внаслідок фіброзних змін легеня зморщується, внаслідок чого половина грудної клітини звужується й відстає в акті дихання.

Пальпація грудної клітини

1. За допомогою пальпації уточнюються деякі дані, виявлені в процесі огляду, особливо форма грудної клітини, її розміри, відставання при диханні, величина епігастрального кута (для цього великі пальці притискають до реберних дуг, а їх кінці впираються в мечоподібний відросток).
2. Визначаються ділянки болочості по ходу ребер і міжреберних проміжків у точках Бали.
3. Досліджується резистентність грудної клітини при здавленні в передне-задньому й боковому напрямках.
4. Досліджується голосове тремтіння. При цьому хворий голосно вимовляє слова, які містять звук "Р" (тридцять три, Арарат). Методом пальпації визначаються: стан периферичних лімфатичних вузлів, вологість шкіряних покривів, тургор шкіри, товщина підшкірної клітковини, м'язовий тонус.

Голосове тремтіння. Голосове тремтіння визначають під час вимови слів зі звуком "р". При ожирінні хворого воно слабшає, а при зниженні маси тіла - злегка підсилюється. При емфіземі, ателектазі, ексудативному плевриті, пневмотораксі голосове тремтіння ослаблене або відсутнє, а при інфільтрації, фіброзних змінах, цирозі - посилене.

Перкусія й аускультация. Проводять порівняльну й топографічну перкусію грудної клітини. Порівняльна перкусія проводиться для визначення характеру перкуторного звуку на симетричних ділянках грудної клітини. Топографічна перкусія проводиться для визначення локалізації патологічних змін границь органів і притуплень.

Коробковий і тимпанічний звуки можуть бути обумовлені емфіземою, обмеженим пневмотораксом, великою гладкостінною каверною. Укорочення перкуторного тону й глухий звук можуть бути викликані інфільтрацією, плевритом, ателектазом.

Топографічна перкусія.

При топографічній перкусії легенів визначають: 1) верхні границі легенів або висоту стояння верхівок і їхню ширину (поля Креніга), 2) нижні границі легенів, 3) рухливість нижнього краю легенів. У здорових людей верхівки легенів виступають на 3-4 см над ключицями.

Верхня границя легенів позаду визначається на рівні 7 шийного хребця. Для визначення ширини верхівок легенів (поля Креніга) палець-плессиметр устанавлюють на середину трапецієподібного м'яза перпендикулярно до переднього краю й перкутують спочатку медіально, а потім латерально до появи тупого звуку. У нормі ширина полів Креніга 3-8 см.

Нижню границю правої легені визначають по наступних лініях:

- по парастернальній лінії (у нормі на рівні 5 міжребер'я)
- по середньключичній (-""- 7 ребро)
- по передньо пахвовій (-""- 8 ребро)
- середньої пахвової (-""- 9 ребро)
- задньої пахвової (-""- 10 ребро)
- лопаткової (-""- 11 ребро)
- паравертибральній (-""- ост. отр. 11 грудного хребця)

Ліворуч перкусію починають по передній пахвовій лінії. У нормі нижні границі лівих і правих легенів однакові.

Відхилення в положенні нижнього краю легенів часто залежать від висоти стояння діафрагми, рівень купола який у жінок на одне міжребер'я нижче, ніж у чоловіків, а в людей літнього віку нижче, ніж у людей середнього віку. В осіб астеничної конституції вона нижче, ніж у гіперстеніків.

Рухливість нижніх країв легенів визначається при максимальному вдиху й видиху. У нормі вона складає по середній пахвовій лінії 6-8 см.

Аускультация побічних дихальних шумів.

Побічними дихальними шумами є хрипи, крепітація, шум тертя плеври.

Хрипи бувають сухими і вологими, які утворюються в бронхах і вислуховуються на вдиху й видиху.

Сухі хрипи діляться на ті що дзижчать і свистячі. Хрипи є характерною ознакою бронхіту, бронхіальної астми й інших захворювань, пов'язаних з нагромадженням слизу або звуженням просвіту дихальних шляхів.

Вологі хрипи діляться на дрібні, середні і крупнопухирчасті. Вологі дрібнопухирчасті хрипи залежно від характеру процесу в легенях можуть бути звучними (консонуючими) і незвучними (неконсонуючими). Звучні вологі хрипи вислуховуються при наявності рідкого секрету в бронхах, оточених ущільненою легеневою тканиною, що буває при пневмонії.

Крепітація вислуховується у вигляді легкого одномоментного тріску на вдиху й не міняється при покашлюванні, це шум, що утворюється при розлипанні зволжених більш ніж звичайно стінок альвеол. Спостерігається при крупозному запаленні легенів, туберкульозі легенів, інфаркті легенів, ателектазі, застійних явищах у легенях.

Шум тертя плеври з'являється в тих випадках, коли листки плеври в результаті різних патологічних процесів стають нерівними, твердими або сухими.

Бронхофонія - це вислуховування проведення голосу на грудну клітку. Це еквівалент методу визначення голосового тремтіння, оскільки змінюється паралельно йому й має те ж значення. Хворий вимовляє пошепки слова, які мають букву "Р", наприклад, "тридцять три".

Методи обстеження хворих з пульмонологічною патологією

1. Лабораторні методи обстеження.

1. Мікроскопічне дослідження мокротиння дає можливість виявити еластичні волокна (ознака розпаду легеневої тканини у хворих на туберкульоз, раком, абсцесом), кристали Шарко-Лейдена, які утворюються з матеріалу еозинофільних гранулоцитів (ознака алергійних захворювань легенів), тетраду Эрліха - кристали солей кальцію, еластичні волокна, кристали холестерину й МБТ (характерно для загострення туберкульозного процесу).

2. Бактеріологічне дослідження мокротиння - одержання чистих культур бактерій посівом матеріалу на штучні живильні середовища і з наступною їхньою ідентифікацією.

3. Бактеріоскопічне дослідження - метод виявлення мікроорганізмів у виділеному з організму матеріалі за допомогою мікроскопа й спеціального фарбування препарату.

II. Інструментальні методи дослідження.

1. Бронхоскопія - метод дослідження трахеї й бронхів оглядом їх через бронхоскоп, фібробронхоскопію (гнучкий керований бронхоскоп зі світловодом, оптикою й каналом для біопсійних інструментів) і комбіновану бронхоскопію (гнучкий оптичний телескоп від фібробронхоскопа проводиться через тубус дихального бронхоскопа).

2. Комп'ютерна томографія (КТ) - метод просвічування певної ділянки тіла вузьким пучком рентгенівських променів у множинних напрямках в одній площині.

3. Пікфлоуметрія - вимір максимального обсягу повітря, що видихається при форсованому видиху. Вимірюється в літрах за хвилину часу. Швидкість потоку повітря, що видихається, залежить від величини обструкції середніх і великих бронхів.

4. Рентгенографія - метод, що дозволяє за допомогою рентгенівських променів одержати зображення досліджуваного об'єкта на світлочутливій плівці після її фотографічної обробки

5. Флюорографія - метод рентгенологічного обстеження, що заснований на фотографуванні тіньового зображення з екрану на вузьку фотоплівку.

6. Спірографія - вимір основних показників вентиляції легенів під час спокійного й форсованого дихання, фізичного навантаження й проведення фармакологічних проб.

Спірографія - метод вивчення зовнішнього дихання. Базується на графічній реєстрації під час вдиху й видиху, дає можливість визначити абсолютні, швидкісні (ЖЕЛ, ОФВ і МВА) і відносні (ОФВ/ЖЕЛ), МВЛ/ЖЕЛ) і відносні показники.

6. Орієнтовна карта роботи студентів при оформленні історії хвороби:

- а) критерії діагнозу з перевіркою їх біля ліжка хворого;
- б) вибір найбільш інформативних тестів, лабораторних і інструментальних досліджень (по можливості виконаних студентами), які підтверджують діагноз;
- в) призначення лікування; виписування рецептів (знання механізму дії ліків);

- г) визначення прогнозу та працездатності хворого;
- д) визначення групи інвалідності;
- е) профілактика захворювання.

7. Завдання для самостійної роботи:

Перелік питань, що підлягають вивченню:

- Вивчення патогенезу туберкульозу на сучасному рівні.
- Вивчення патоморфозу туберкульозу з використанням сучасних джерел інформації.
- Вивчення новітніх питань лікарської стійкості мікобактерії туберкульозу.
- Вивчення диференційної діагностики дисемінованих процесів в легенях.
- Подальше вивчення ко-інфекцій ВІЛ/СНІД в поєднанні з туберкульозом.

Перелік завдань для самостійної підготовки:

1. Хворий 45 років поступив в стаціонар з грудними скаргами: кашель з виділенням невеликої кількості мокротиння, прожилками крові в мокротинні, загальну слабкість, пітливість, відсутність апетиту. З якого методу необхідно почати рентгенологічне обстеження хворого:

- A. Флюорографія
- B. Рентгеноскопія
- C. Рентгенографія
- D. Комп'ютерна томографія
- E. Рентген томографія

2. Що таке туберкулін?

- A. Жива ослаблена культура МБТ
- B. Мертві МБТ
- C. Протитуберкульозний препарат
- D. Продукт життєдіяльності МБТ
- E. Алерген

3. Хворий 35-ти років, захворів гостро 2 тижні тому. Підвищилась температура тіла до 39° С, з'явився кашель. Діагностована пневмонія, назначене лікування. Стан дещо покращився, але збільшилась кількість мокротиння (до 300 мл за добу) з неприємним запахом. Об'єктивно: стан хворого середньої тяжкості. Ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання. Зліва в між лопатковій ділянці укорочений легеневиий звук. Там же вислуховуються різнокаліберні хрипи. Аналіз крові: лейкоцити – $20 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 55 мм/год. Рентгенограма: зліва в нижній долі затемнення без чітких контурів з кільцеподібним просвітленням і рівнем рідини. Ваш діагноз?

- A. Інфільтративний туберкульоз з розпадом
- B. Туберкулома з признаками деструкції
- C. Доброякісна пухлина
- D. Рак легенів
- E. Абсцес нижньої долі лівої легені

4. Хворий 37-ми років. Звернувся до дільничної лікарні зі скаргами на кашель зі слизистим мокротинням на протязі місяця. При 3-разовому дослідженні мокротиння кислотостійкі палички не виявлені. При рентгенологічному дослідженні у верхньо-середніх відділах обох легень виявлено числені вогнища затемнення малої інтенсивності з нечіткими контурами. Яка повинна бути тактика лікаря?

- A. Направити до протитуберкульозного диспансеру.
- B. Провести тест-терапію антибіотиками широкого спектру дії тривалістю 2 тижня.
- C. Провести лікування сульфаніламидами тривалістю 2 тижня.
- D. Провести лікування неспецифічними протизапальними засобами.
- E. Провести рентгенологічне і клінічне до обстеження.

5. У хворого 36 років під час рентгенологічного обстеження виявлені вогнищеві затемнення протягом декількох сегментів нижньої частки правої легені. Яка перкуторна й аускультативна картина може спостерігатися над ураженими ділянками?

- A. Укорочення перкуторного тону, вологі хрипи
- B. Коробковий перкуторний тон, везикулярне дихання
- C. Перкуторний тон не змінений. Сухі хрипи
- D. Тимпанический звук. Амфорическое подих
- E. Перкуторний звук не змінений. Везикулярне дихання

6. Хворий 35-ти років. Звернувся до дільничної лікарні зі скаргами на кашель зі слизистим мокротинням на протязі місяця. При 3-разовому дослідженні мокротиння кислотостійкі палички не виявлені. Яке дослідження потрібно провести хворому в першу чергу?

- A. Загальний аналіз крові
- B. Біохімічний аналіз крові
- C. Аналіз мокротиння на неспецифічну мікрофлору
- D. Імунологічне дослідження крові
- E. Рентгенологічне дослідження

7. Тупой звук над легкими при перкусии может быть обусловлен

- A. Бронхиальной астмой
- B. Гидротораксом
- C. Эмфиземой легких
- D. Каверной
- E. Пневмотораксом

8. У який термін слід очікувати результатів культурального дослідження з метою виявлення МБТ при застосуванні твердих яєчних середовищ?

- A. 2-5 діб.
- B. 10-14 діб.
- C. 2-2,5 місяці.
- D. 4-6 годин.
- E. 20-30 діб.

9. Дитина 7-ми років перебувала у контакті з хворим на туберкульоз (МБТ+) батьком. При профілактичному обстеженні у протитуберкульозному диспансері у дитини виявлена гіперергічна реакція на алерген туберкульозний рекомбінантний.

Від якого діаметру інфільтрату проба АТР вважають гіперергічною для дітей?

- A. Інфільтрат діаметром 15 мм.
- B. Інфільтрат діаметром 17 мм.
- C. Інфільтрат діаметром 20 мм.
- D. Інфільтрат діаметром 12 мм.
- E. Інфільтрат діаметром 21 мм.

10. Яке забарвлення застосовується для виявлення КСБ?

- A. За Грамом.
- B. За Цілем-Нільсеном
- C. За Романовським-Гімзою.
- D. Фуксином.
- E. Мітеленовим синім.

Еталони відповідей: 1. C; 2. D; 3. E; 4. A; 5. A; 6. E; 7. E; 8. C; 9. A; 10. B.

8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань:

1. Дитині 4 роки. Вакцинована у пологовому будинку; післявакцинальний рубчик – 7 мм. У рік пробу Манту з 2 ТО ППД-Л дитині не проводили. У 2 роки проба Манту була 8 мм, у 3 роки – 6 мм, у 4- 3 мм. Проба з алергеном туберкульозним рекомбінантним – уколочна реакція.

Що відображає така динаміка проб Манту та АТР?

- A. Інфікованість дитини.
- B. Наявність позитивної реакції.
- C. “Вираж” туберкулінової проби.
- D. Наявність післявакцинального імунітету.
- E. Наявність негативної реакції.

2. У 7 років дитині зроблено ревакцинацію. У 8 років результат проби Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат діаметром 11 мм, у 9 років – 9 мм, у 10- 13 мм, у 11 – 15 мм, у 12 років – 18 мм. Проба з алергеном туберкульозним рекомбінантним – 22 мм.

Яка реакція на пробу у дитини?

- A. Нормергічна.
- B. Гіпоергічна.
- C. Анергічна.
- D. Сумнівна.
- E. Гіперергічна.

3. Дитина 11-ти років проживає в родині з батьком, хворим на відкриту форму туберкульозу легень. Хлопчик ревакцинований у 7 років. На лівому плечі наявний післявакцинальний знак – 6 мм. Проба з алергеном туберкульозним рекомбінантним – 5 мм з везикулою у центрі папули.

Як інтерпретувати результат проби АТР?

- A. Проба сумнівна.
- B. Проба негативна.
- C. Проба уколочна.
- D. Проба гіперергічна.
- E. Проба слабо позитивна.

4. Дитині 5 років. Післявакцинальний рубчик на лівому плечі –6 мм. Відомості про результати проби з АРТ в 1, 2 і 3 роки відсутні. У 4 роки відмічено інфільтрат діаметром 3 мм.

Як оцінити таку реакцію організму на туберкулін?

- A. Реакція сумнівна.
- B. Реакція позитивна.
- C. Негативна анергія.
- D. Реакція гіперергічна.
- E. Позитивна анергія.

5. У хворого 35-ти років флюорографічним методом у 1 і 2-му сегментах лівої легені виявлено порожнину округлої форми до 5 см у діаметрі з тонкими стінками. Який рентгенологічний синдром виявлено у хворого?

- A. Вогнищевих змін
- B. Інфільтративних змін
- C. Деструктивних змін
- D. Синдром десимінації
- E. Синдром середньої долі

6. Вчитель середньої школи, 32 роки. Страждає на виразкову хворобу шлунка. Як часто він повинен обстежитися на туберкульоз флюорографічним методом?

- A. 1 раз на рік
- B. 2 рази на рік
- C. 1 раз на два роки
- D. 1 раз на три роки
- E. Кожні 3 місяці

7. У хворого, 32 років, вперше виявлений дисемінований туберкульоз легенів з деструктивними змінами на тлі ВІЛ-інфекції, яка встановлена в 2009 році. Результати бактеріологічного дослідження свідчать, що у пацієнта масивне бактеріовиділення, проведене ТМЧ – визначена первинна резистентність до HS. Пацієнту проводиться антиретровірусна терапія.

Який режим хіміотерапії краще призначити?

- A. ізоніазід + рифампіцин + стрептоміцин + етамбутол.
- B. ізоніазід + рифампіцин + канаміцин.
- C. етамбутол + рифампіцин + піразинамід + канаміцин.
- D. етамбутол + рифабутін + піразинамід + моксифлоксацин + капреоміцин.
- E. етамбутол + піразинолід + амікацин + етіонамід.

8. У хворого, 47 років, вперше виявлений інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені з розпадом і бактеріовиділенням. При дослідженні МБТ встановлена первинна лікарська стійкість до стрептоміцину.

Як відіб'ється ця стійкість при адекватному лікуванні?

- A. Регресія процесу буде значно вповільнена.
- B. Деструкція не закритється.
- C. Помірно сповільниться загоєння.
- D. Деструкція закритється без повільної регресії, тобто особливо не вплине на лікування лікарської стійкості.
- E. Будуть відзначатися великі залишкові зміни в легенях після закриття деструкції.

9. У підлітка 11-ти років виявлено «віраж» туберкулінової проби. Підліток зниженого харчування, відмічає поганий апетит. Хрипи в легенях не вислуховуються. Аналіз крові у межах норми. На оглядовій рентгенограмі правий корінь трохи розширений, безструктурний. Запідозрено туберкульоз. Яке рентгенологічне до обстеження потрібно провести?

- A. Флюорографія
- B. Прицільний знімок
- C. Томограма через корінь
- D. Томограма з поперечним розмазуванням
- E. Комп'ютерна томограма

10. З якою метою застосовують пробу Коха?

- A. Для визначення активності специфічного процесу.
- B. Для виявлення осіб із підвищеним ризиком захворювання на туберкульоз.
- C. Для вивчення інфікованості населення туберкульозом як епідеміологічного показника.
- D. Для раннього виявлення туберкульозу.
- E. З метою визначення порогу чутливості до туберкуліну.

11. Хворий 36-ти років поступив зі скаргами на кашель з виділенням гнійного мокротиння до 150 мл /добу, кровохаркання, періодично підвищення температури до 37,8 ° С, знижений апетит, загальну слабкість. Хворіє протягом 10-ти років, загострення захворювання навесні і восени. Об'єктивно: блідість, легкий акроціаноз, потовщення нігтьових фаланг пальців. Аускультативно: вологі хрипи під лівою лопаткою. На Ro-грамах: розширення кореня легені,

тяжистість і пористість легеневого малюнка зліва. Який найбільш вірогідний метод для уточнення діагнозу?

- A. Рентгеноскопія
- B. Бронхоскопія
- C. Бронхографія
- D. Торакоскопія
- E. Томографія

12. У 12-річного дитини протягом 6-ти місяців періодично з'являється лихоманка до 38,5 °С, задишка, одноразово кровохаркання. БЦЖ-рубець відсутній. Дідусь хворіє на туберкульоз. У легенях-розсіяні сухі хрипи і різнокаліберні вологі хрипи. Рентгенологічно: однотипна рівномірна дрібновогнищева інфільтрація легенів, у верхніх частках - тонкостінна каверна зі слабко інфільтрацією. Яке захворювання ймовірно?

- A. Сіндром Хамана-Річа
- B. Туберкульоз легенів
- C. Бронхіальна астма
- D. Очагова пневмонія
- E. Хронічний бронхіт

13. Хворий А., 6 років, скаржиться на підвищення температури до 37,6 ° С, швидку стомлюваність і пухлина на шії зліва. При пальпації визначався конгломерат безболісних, щільно еластичних, що не спаяних один з одним і з навколишніми тканинами лімфовузлів. Симптом флуктуації негативний. Печінка, селезінка та мигдалики не збільшені, каріозних зубів немає. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Лімфогрануломатоз
- B. Шейний лімфаденіт вульгарною етіології
- C. Туберкулез шийних лімфовузлів.
- D. Блезнь Брілля-Сіммерса.
- E. Актіномікоз.

14. У Хворого 44 років на туберкульоз виник "кинджальний" біль у правій половині грудної клітки після фізичного навантаження. Об'єктивно: ортопноє, мармуровість шкіри, ядуха, здуття вен шії. справа міжребір'я поширені, перкуторно тимпаніт, Аускультативно: відсутність дихальних шумів та голосового резонансу. ЧД до 36/хв. Границі відносної серцевої тупості зміщені вліво, ЧСС- 120/хв., АТ- 110/60 мм рт.ст. Які інструментальні методи дослідження підтвердять діагноз?

- A. ЕКГ
- B. Рентгенографія органів грудної клітки
- C. Ехокардіографія
- D. УЗД легенів
- E. Плевральна пункція

Еталони відповідей: 1. D; 2. E; 3. D; 4. B; 5. C; 6. A; 7. D; 8. D; 9. E; 10. A, 11. E; 12. B; 13. A; 14. B.

9. Література:

Основна література:

1. Петренко В.І. Фтизіатрія: Підручник. К.: Медицина, 2008. – 488 с.
2. Фтизіатрія: Підручник / За ред. акад. А.Я. Циганенка, проф. С.І. Зайцевої. – Х.: Факт, 2004. – 390 с.

Додаткова література:

1. Фтизіатрія: навчально-методичний посібник. Збірник завдань для тестового контролю знань / За ред. В.Ф. Москаленка, В.І. Петренка. – Вінниця: Нова книга, 2005. – 296 с.
2. Фещенко Ю. И., Справочник пульмонолога и фтизиатра / Ю. И. Фещенко, В. М. Мельник. – К. : Плеяда, 2004.
3. Туберкульоз / За ред. проф. Асмолова О.К. – Одеса, 2002. – 275 с.
4. Туберкульоз позалегенової локалізації / Ю.І. Фещенко, І.Г. Ільницький, В.М. Мельник, О.В. Панасюк; за ред Ю.І. Фещенко, І.Г. Ільницького. – Київ: Логос, 1998. – 376 с.
5. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. Фтизиатрия: Учебник. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2004. – 520 с.
6. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. – К: Здоров'я, 2006. – 656 с.
7. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація лікування хворих на туберкульоз. К.: Здоров'я, 2009. – 488 с.
8. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. „Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Пульмонологія”. – К., 2007.
9. Закон України № 4565-VI від 22.03.2012 «Про протидію захворюванню на туберкульоз».
10. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 №1091 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги. Туберкульоз».
11. Наказ МОЗ України № 731 від 16.08.2013 р. «Зміни до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21 грудня 2012 року № 1091».

World Health Organization. WHO global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance 2012 ([http:// www.who.int/hiv/pub/drugresistance/drug_resistance strategy /cn.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/drugresistance/drug_resistance_strategy/cn.pdf)).

Методична розробка складена: професором доцентом Ю.М Пашковим

Методична розробка переглянута і затверджена на засіданні кафедри: фтизіатрії та пульмонології

З доповненнями (змінами) _____

Завідувач кафедри професор

О.С. Шевченко.