

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

**Кафедра фтизіатрії та пульмонології
Факультет ІІ медичний**

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

на навчально-методичному засіданні
кафедри фтизіатрії та пульмонології
«_____» _____ 2014 р.
протокол № _____
Завідувач кафедри
проф. О.С.Шевченко _____

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ**

Навчальна дисципліна	Педіатрія з дитячими інфекційними хворобами та з фтизіатрією
Модуль № 4	Фтизіатрія
Змістовий модуль № 17	Диференційна діагностика первинного туберкульозу та його ускладнень
Практичне заняття № 2 Тема № 76	Первинний туберкульозний комплекс. Ускладнений та неускладнений перебіг. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, можливі ускладнення, принципи лікування. Курація хворих.
Курс	6
Факультет	ІІІ медичний

Тема заняття: Первинний туберкульозний комплекс.

Ускладнений та неускладнений перебіг. Клініка, діагностика, диференціальна діагностика, можливі ускладнення, принципи лікування. Курація хворих.

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.

На даний час проблема туберкульозу у дітей достатньо гостра в Україні. Інфікування дітей МБТ в середньому становить 25-30%, і щорічно збільшується на 2,5%. Крім того щороку збільшується кількість не вакцинованих дітей проти туберкульозу. Поряд із ростом захворюваності значно збільшилась кількість ускладнених форм туберкульозу, що найчастіше є наслідком пізнього виявлення специфічного процесу, отже, потребують своєчасної кваліфікованої медичної допомоги. Все це пов'язано з незнанням цієї патології лікарями загальної мережі, тобто неспеціалізованих закладів.

4. Мета заняття:

- **загальна:** поглибити знання студентів з сучасної діагностики первинного інфікування, первинного туберкульозного комплексу. Методи діагностики первинного туберкульозного комплексу (обов'язкові та додаткові методи діагностики).

- **конкретна:**

А) Знати:

- методи діагностики первинного інфікування.
- патогенез первинного інфікування і роль імунологічного статусу у розвитку клінічних проявів інфекції.
- особливості діагностики первинного туберкульозного комплексу.
- методи лікування.
- роль залишкових змін, які формуються при клінічному перебігу первинного туберкульозного комплексу, у послідуєчому розвитку вторинних форм туберкульозу.

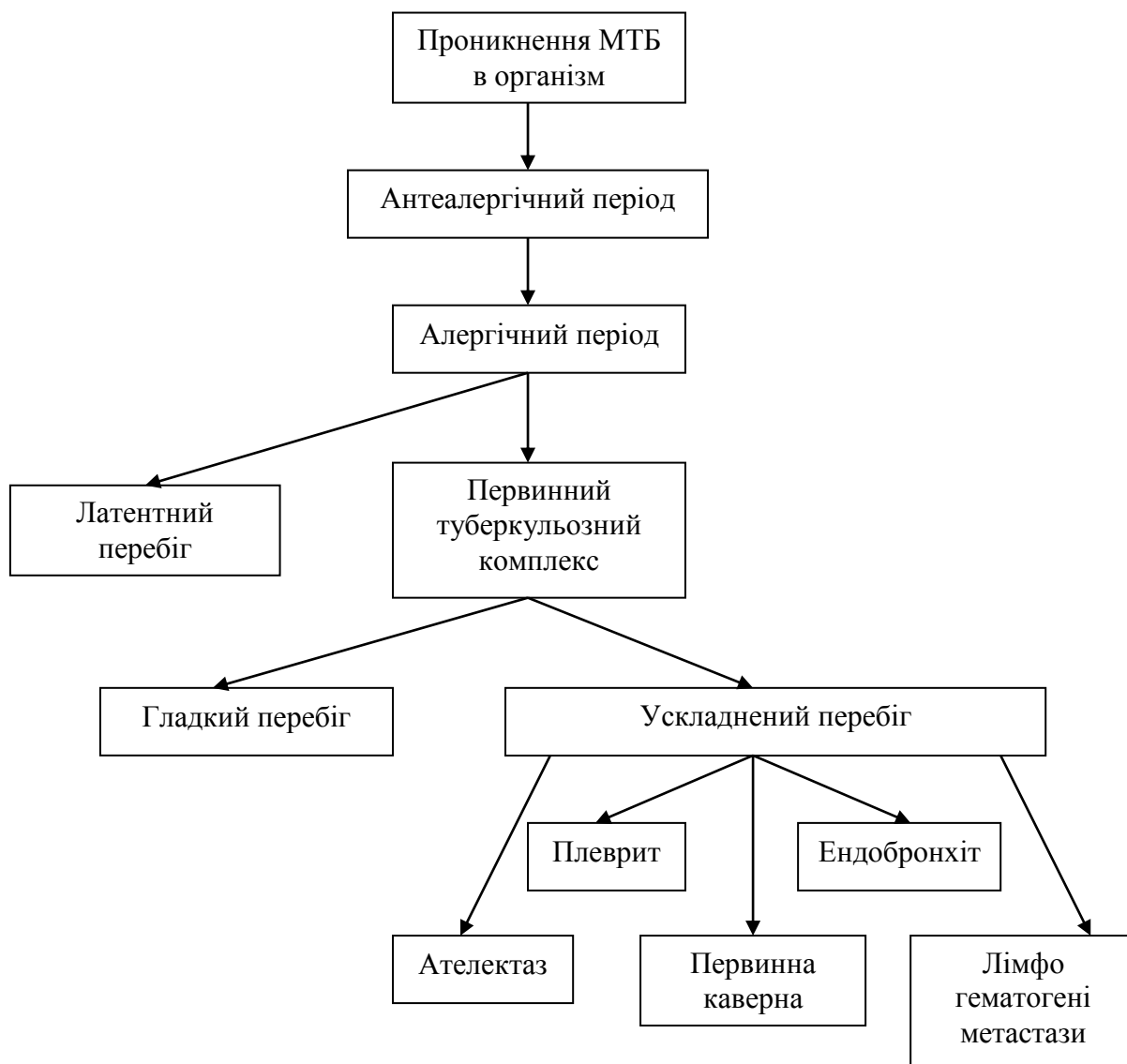
Б) Вміти:

- Обґрунтовувати для застосування інвазійних та не інвазійних методів дослідження, якими користуються для діагностики туберкульозу.
- Складати план дослідження пацієнтів з захворюванням на туберкульоз.
- Надавати правильну інтерпретацію отриманим даним.
- Призначати адекватні режими хіміотерапії при первинному туберкульозному комплексі.
- Попереджувати побічні реакції при лікуванні туберкульозу.

В) Практичні навички:

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

5. Графологічної структури теми:



ПЕРВИННИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ КОМПЛЕКС

Первинний туберкульозний комплекс це клінічна форма первинного туберкульозу, яка характеризується специфічним запаленням в легенях, внутрішньогрудних лімфовузлах і лімфангітом, з розвитком відповідної клінічної картини.

Патологічна анатомія. Патоморфологічні зміни в легенях та внутрішньогрудних лімфатичних вузлах залежать від **реактивності** організму, **масивності інфекції** та **вірулентності** МБТ.

Якщо доза та вірулентність МБТ незначні, підвищена чутливість організму відсутня, то первинний афект в легенях буває настільки малої величини, що з труднощами виявляється при рентгенологічному дослідженні. Як правило, він швидко заміщується сполучною тканиною. При більш масивній інфекції первинний афект носить **ацинозний, лобулярний** або навіть **лобарний** характер.

На початкових етапах первинне враження не має специфічних рис, але неспецифічна фаза дуже швидко змінюється на специфічну з розвитком казеозного некрозу. Навколо останнього відбувається інфільтрація легеневих структур епітеліоїдними та лімфоїдними клітинами, часто з велетенськими багатоядерними клітинами Пірогова-Ланганса. В залежності від реактивності організму, масивності та вірулентності МБТ можуть переважати **казеозно-некротичні** або **ексудативно-інфільтративні** процеси, які в свою чергу обумовлюють відповідну клінічну картину захворювання. Майже одночасно з формуванням первинного афекту вражаються лімфатичні судини між лобулярних перетинок, навколо кровеносних судин та бронхів (специфічний лімфангіт). Поступово специфічне запалення поширюється і на внутрішню грудину лімфатичні вузли (лімфаденіт). Патоморфологічні зміни в останніх звичайно тяжчі, ніж у місці первинного афекту і характеризуються переважно некротичними змінами. В деяких випадках казеозний некроз може захоплювати повністю весь лімфатичний вузол і навіть декілька.

Зворотній розвиток первинного туберкульозного комплексу заключається у зміні ексудативно-інфільтративної тканинної реакції на продуктивну. У всіх компонентах комплексу інволютивні процеси протікають однотипно. Перифокальне запалення в легенях та лімфовузлах розсмоктується, вогнища казеозного некрозу відмежовуються сполучною тканиною, поступово ця фіброзна капсула потовщується, а казеозний некроз обезвожується та ущільнюється, в ньому відкладаються солі кальцію (зwapнення).

Необхідно пам'ятати, що в лімфатичних вузлах репаративні процеси протікають значно повільніше. Легеневий компонент може зwapнитись або перетворитись на фіброзний рубець, в той час як в лімфовузлах продовжуватимуть зберігатись інкапсульовані казеозні вогнища. Навіть часткове зwapнення лімфатичних вузлів не є показником втрати активності. Тому вважається, що терміни інволюції первинного туберкульозного комплексу не тільки тривалі, але й варіабельні. Навіть під впливом туберкулостатичної терапії при гладкому перебігу захворювання рентгеноморфологічні зрушення відмічаються не раніше ніж через 2-3 місяці, а фаза рубцювання та кальцифікації в середньому через 8-10-15 місяців.

Оскільки для туберкульозу без лікування характерний хвилеподібний перебіг з періодами затихання процесу та загостреннями, проліферативні реакції можуть змінюватись ексудативно-некротичними з припиненням процесів зwapнення і навіть резорбцією ділянок розпочавшоїся кальцифікації. Прогресування первинного туберкульозу може призвести також для розвитку можливих ускладнень. До них належать:

- казеозна пневмонія;
- розпад первинного легеневого компоненту з утворенням первинної каверни;
- лімфо-гематогенні легеневі та позалегеневі дисемінації;
- туберкульозний перифокальний та алергічний плеврити;
- туберкульоз бронхів як результат переходу специфічного запалення з лімфатичних вузлів на прилягаючі бронхи безпосереднім, периваскулярним та перибронхіальним шляхами.;
- утворення лімфобронхіальних норичь з інфікуванням слизової оболонки бронхів і розвитком специфічного бронхіту;

- порушення бронхіальної прохідності внаслідок специфічного запалення, обтурації казеозними масами, що виділились через норицю, та внаслідок здавлення бронхів збільшеними лімфовузлами (ателектаз);
- прогресуючі бронхологенові враження з розвитком цирозу сегменту чи частки, деформацією бронхів, розвитком їх стенозу, циліндричних та мішотчатих бронхектазів.

Необхідно пам'ятати, що своєчасне призначення хіміотерапії та патогенетичного лікування запобігає ускладненому перебігу первинного туберкульозного комплексу, сприяє розсмоктуванню специфічних запальних змін у всіх його компонентах. У разі спонтанноговилікування та неповноцінного лікування в легенях та лімфовузлах формуються **залишкові зміни**. Під останніми розуміють щільні та кальціновані вогнища та фокуси різного розміру, фіброзно-рубцові та циротичні зміни, плевральні нашарування, тощо. В залежності від розміру, характеру та поширеності, а також потенціальної небезпеки реактивації їх поділяють на **малі та великі**. До малих залишкових змін відносять одиночні (не більше 5) звапнені компоненти первинного комплексу (вогнище Гона і кальціновані лімфатичні вузли) розміром менше 1см, обмежених фіброз в межах одного сегменту, запаяні синуси, міжплевральні зрощення та нашарування на плеврі шириною до 1см. До великих залишкових змін відносять множинні (більше 5) звапнені компоненти первинного комплексу розміром менше 1 см та одиночні розміром 1 см та більше, поширений фіброз (більше 1 сегменту) та циротичні зміни будь-якої протяжності, масивні плевральні нашарування шириною більше 1 см.

Клініка. Гладкоперебігаючий первинний туберкульозний комплекс часто не має клінічних проявів і тільки виявлення звапнених вогнищ в легенях свідчить про перенесене захворювання. Іноді хвороба протікає з незначними явищами інтоксикації: підвищення температури, пітливість, слабкість, може бути легкий кашель. Але і в цих випадках фізикальне дослідження може не виявити якихось змін і захворювання діагностується тільки рентгенологічно.

Найбільш чітка клінічна картина спостерігається у випадках виникнення в легенях первинного афекту з вираженою перифокально-пневмонічною реакцією. Захворювання при цьому починається гостро. Висока температура (38-39⁰) тримається від кількох днів до 2-3 тижнів з послідуєчим літичним падінням. В цей період захворювання протікає під маскою пневмонії, грипу, малярії, тифу, тощо. Окрім явищ інтоксикації у хворих з'являються кашель, біль у боці, задишка. Може бути виділення незначної кількості харкотиння, яке діти частіше проковтують. При огляді дітей спостерігається блідість, зниження тургору шкіри, і іноді параспецифічні прояви у вигляді кератокон'юктивітів, блефаритів, вузловатої еритеми. При пальпації у частини дітей виявляють лімфополіаденіт. Над враженою ділянкою легені, при значних її розмірах, можливе скорочення перкуторного звуку та ослаблення дихання з подовженим видихом, вислуховуються в незначній кількості дрібнопухирчаті хрипи. Можуть бути явища одностороннього бронхіту. При аускультатії серця іноді визначають тахікардію, може вислуховуватись систолічний шум. Інколи пальпується збільшена печінка, рідше селезінка, може виявлятися болісність в ділянці мезентеріальних лімфовузлів.

Лабораторні та інші методи дослідження. На початку захворювання у гемограмі хворого виявляють помірний лейкоцитоз (8,0-10,0-12,0x10⁹/л) із незначним зсувом вліво, лімфопенію та еозінопенію, прискорення ШОЕ до 25-30 мм/год. При дослідженні білкових фракцій відмічають підвищення глобулінів, головним чином α₂- та γ-фракцій. Харкотиння діти відкашлюють рідко, частіше проковтують, тому досліджуються промивні води бронхів та шлунку. Однак МБТ при застосуванні різних методів дослідження (флотація, посів) знаходять рідко. Важливе значення мають результати туберкулінодіагностики. Вираж проби Манту та гіперергія на туберкулін дозволяють своєчасно встановити діагноз.

Рентгенологічне дослідження у випадках вираженої інфільтративної реакції в легенях виявляє гомогенне затемнення різної величини, яке зливається з тінню розширеного кореня або сполучене з ним "доріжкою" лімфангіту у вигляді нечітких лінійних периваскулярних та перибронхіальних тіней. Контури описаного затемнення зазвичай розмиті та поступово переходять в оточуючу здорову тканину легенів. Описані початкові рентгенологічні зміни в

розвитку первинного туберкульозного комплексу отримали назву **пневмонічної стадії**. Наступними, згідно К.В. Помельцову, є рентгенологічні стадії **розсмоктування, ущільнення та кальцінації**. Якщо первинний туберкульозний комплекс був виявлений на ранньому етапі його формування, то в результаті лікування можливе повне його розсмоктування. Інколи на місці первинного афекту залишається рубчик. При частковому розсмоктуванні інфільтративних змін рентгенологічно чітко виявляється симптом **біполярності** – фокус затемнення в легенях (легеневий компонент) та прикорневі зміни (залозистий, або нодулярний компонент), які достовірно вказують на первинний туберкульозний комплекс. Необхідно підкреслити, що стан хворого значно покращується через 2-3 тижні з моменту гострого спалаху, але рентгенологічні ознаки розсмоктування запальних змін, навіть за умови проведення туберкулостатичної терапії, настають значно пізніше (на раніш ніж через 2-3 місяці). Вказане є важливим діагностичним признаком специфічного процесу. В наступні 4-5 місяців та більше динаміка репаративних процесів у компонентах первинного комплексу продовжується у вигляді ущільнення та кальцінації (8-10 місяців та більше). Легеневий компонент раніше від інших зменшується у розмірах, центральна частина його ущільнюється та через 10-15 місяців від початку захворювання звапнюється. В результаті звапнення (кальцінації) утворюється вогнище Гона. Якщо його розміри більше ніж 1,2см, то воно розцінюється як **первинна туберкулома**. Залозистий компонент ущільнюється та звапнюється більш повільно. В цілому процеси кальцінації в ньому завершуються не раніше ніж через 2 роки. Корінь часто залишається фіброзно зміненим, деформованим, в ньому виявляється один чи декілька кальцінатів різного розміру.

Диференціальний діагноз: клініка та рентгенологічна картина специфічних і неспецифічних запальних процесів у дітей надзвичайно схожа і потребує дифдіагностики.

Неспецифічна пневмонія звичайно починається гостро, супроводжується високою температурою. Іноді ж вона починається з катаральних явищ у верхніх дихальних шляхах, ангіни. Загальний стан дітей із пневмонією тяжчий, буває помітна задишка. При аускультатії вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

Для первинного туберкульозного комплексу більш характерний поступовий початок захворювання, симптоми інтоксикації, дихальної недостатності менш виражені. Навіть при незначному підвищенні температури спостерігається відносно задовільне самопочуття, дитина зберігає активність. Високий лейкоцитоз $15 \times 10^9/\text{л}$ і більше, значний зсув формули вліво та висока ШОЕ (30мм/год та більше) характерні для пневмонії. Віраж проби Манту, гіперергія до туберкуліну, збільшення внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів при рентгено-томографії властиві первинному туберкульозу.

Якщо ж діагноз залишається неясним, то призначаються антибіотики широкого спектру дії з повторним рентгенологічним дослідженням органів грудної клітини через 2 тижні. Позитивна клініко-рентгенологічна динаміка підтверджуватиме діагноз пневмонії.

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. Яке закінчення речення є правильним? Первинний туберкульозний комплекс...
 - A. Переважає в структурі захворюваності на первинний туберкульоз.
 - B. У структурі захворюваності на первинний туберкульоз є другим після туберкульозу невстановленої локалізації.
 - C. Переважає в структурі захворюваності на туберкульоз.
 - D. Діагностується у виключних випадках.
 - E. У структурі захворюваності на первинний туберкульоз є другим після туберкульозу внутрішньо грудних лімфатичних вузлів.
2. Первинний туберкульозний комплекс відображає шлях проникнення інфекції в організм. Згідно з цим уявленням, яка локалізація ПТК є найменш вірогідною?
 - A. Легені.
 - B. Мигдалики.
 - C. Ротова порожнина.
 - D. Кишківник.
 - E. Шкіра.
3. У яких сегментах легені частіше локалізується первинний туберкульозний комплекс?
 - A. I, II, VI.
 - B. II, III, VIII.
 - C. III, IV, V.
 - D. III, IV, IX.
 - E. IV, V, VI.
4. За допомогою якого методу звичайно виявляється бактеріовиділення при ПТК?
 - A. Бактеріоскопічно.
 - B. Бактеріологічно.
 - C. Звичайно не виявляється ніяким методом.
 - D. Біологічно.
 - E. Бактеріоскопічно після використання методу флотації.
5. Що таке «вогнище Гона»?
 - A. Первинний комплекс в фазі інфільтрації.
 - B. Первинний комплекс в фазі біполярності.
 - C. Вогнище гематогенного засіву.
 - D. Кальцинований первинний афект.
 - E. Кальцинований внутрішньо грудний лімфатичний вузол.
6. У який термін завершуються процеси кальцинації ПТК?
 - A. 7-10 діб.
 - B. 2-3 тижня.
 - C. 1-2 місяця.
 - D. 10-12 місяців.
 - E. 1,5-2 роки.
7. Яка патоморфологічна сутність ПТК на початку специфічного запалення?

- A. Неспецифічне запалення.
- B. Ділянка казеозного некрозу.
- C. Грануляційна тканина.
- D. Порожнина розпаду.
- E. Ділянка фіброзу.

8. Які дані є найпатогномонічними при діагностиці ПТК?

- A. Виявлення бактеріовиділення.
- B. Характерна картина крові.
- C. Результати туберкулінодіагностики.
- D. Характерна аускультативна картина.
- E. Характерна перкуторна картина.

9. Чим звичайно закінчується перебіг неускладненого ПТК?

- A. Повним одужанням без ніяких залишкових явищ.
- B. Одужанням з утворенням кальцинованих вогнищ у легенях та коренях.
- C. Одужанням з утворенням дифузного пневмофіброзу.
- D. Одужанням з утворенням ділянок осифікації у легенях.
- E. Одужанням з утворенням кіст у легенях та ущільненням коренів.

10. Яка локалізація первинного афекту в легенях є найчастішою?

- A. Субплевральна, в добре аерованих сегментах.
- B. Субплевральна, в слабко аерованих сегментах.
- C. Прикоренева, у багато васкуляризованих сегментах.
- D. Нижньочасткова, у багато васкуляризованих сегментах.
- E. Прикоренева у слабко аерованих сегментах.

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

8. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань:

1. Хлопчик двох років поступив в клініку в тяжкому стані, температура тіла 38,5°C, збільшені лімфатичні вузли, бліді шкірні покриви, периоральний ціаноз, задишка до 60 в хвилину. Дихання пуерильне, тони серця ритмічні, приглушені, ЧСС 150 в хвилину. На рентгенограмі легень справа констатована негомогенна інфільтрація округлої форми розміром 2,5 x 2,0 см з просвічуванням судин і бронхів, пов'язана із розширеним коренем легень. Яку форму туберкульозу необхідно запідозрити?

- A. Міліарний туберкульоз
- B. Туберкульозний бронхораденіт
- C. Тубінтоксикацію
- D. Первинний туберкульозний комплекс
- E. Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень

2. Хлопчик 11-ти років скаржиться на субферилітет, покашлювання, нездужання, слабкість, пітливість, зниження апетиту. Захворювання починалося поступово. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, вологі на дотик, пальпуються незначно збільшені шийні та пахвинні лімфатичні вузли, над легенями вислуховується везикулярне дихання. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – діаметр інфільтрату 15 мм, у 9 років – 12 мм, у 10 – 13 мм. На рентгенограмі у верхній частці легені визначено тінь середньої інтенсивності з нечіткими контурами, що пов'язана зі збільшеними лімфатичними вузлами у правому корені.

Яка форма туберкульозу виявлена у дитини?

- A. Первинний туберкульозний комплекс (фаза інфільтрації)
- B. Туберкульоз невстановленої локалізації
- C. Туберкульоз внутрішньо грудних лімфатичних вузлів
- D. Первинний туберкульозний комплекс (фаза розсмоктування)
- E. Вогнищевий туберкульоз

3. У дитини 3-х років відмічається слабкість, сухий кашель, підвищення температури тіла до $39,0^{\circ}\text{C}$, біль в правому боці. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – діаметр інфільтрату 17 мм (в 2 роки – 8 мм). Об'єктивно: частота дихання – 26 за хвилину. Перкуторно над передньою, бічною поверхнею та нижче кута лопатки правої легені визначається притуплення легеневого звуку, аускультативно – дихання послаблене. Рентгенологічно: в середній частці правої легені спостерігається гомогенне затемнення з проясненням, корінь правої легені не диференціюється. Донизу від IV ребра визначається поширене гомогенне інтенсивне затемнення з косим увігнутим верхнім контуром.

Яке ускладнення ПТК спостерігається у хворого?

- A. Плеврит.
- B. Ателектаз.
- C. Туберкульоз бронха.
- D. Плевропневмонія.
- E. Бронхогенне обсіменіння.

4. У підлітка 14 років на оглядовій рентгенограмі у нижній частці правої легені виявлено округлий фокус затемнення з нечіткими контурами і збільшені лімфатичні вузли в правому корені. Рентгенологічне обстеження проводили тому, що у підлітка виявлена гіперергічна проба Манту з 2 ТО ППД-Л – інфільтрат діаметром 18 мм. На даний момент скарги відсутні. Приблизно 1,5 місяці тому у підлітка відмічалась слабкість, нездужання, погіршення апетиту. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Аналіз крові: $\text{Л} - 7,6 \times 10^9/\text{л}$, $\text{п} - 6\%$, $\text{л} - 19\%$, ШОЕ – 17 мм/год.

Що потрібно робити з підлітком?

- A. Спостерігати в протитуберкульозному диспансері.
- B. Провести курс хіміопрофілактики: Ізоніазид + Етамбутол.
- C. Зробити комп'ютерну томографію
- D. Провести дослідження мокротиння на МБТ
- E. Провести курс лікування: Ізоніазид + Рифампіцин + Стрептоміцин + Піразинамід.

5. Під час проходження медичної комісії в юнака 18 років на флюорограмі виявлено петрифікат в нижній частці лівої легені і звапнені лімфатичні вузли в корені легені. При об'єктивному обстеженні, дослідженні крові змін не виявлено.

Як називається вогнище в легенях?

- A. Вогнище Симона.
- B. Первинний афект.
- C. Вогнище Гона.
- D. Вогнище Абрикосова.
- E. Туберкулома.

6. Дівчинка 6-ти років скаржиться на підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}\text{C}$, слабкість, пітливість, зниження апетиту, порушення сну, покашлювання. Захворіла гостро. Пальпуються незначно збільшені шийні, пахвові, кубітальні лімфатичні вузли. Пульс – 90 ударів за хвилину. При об'єктивному обстеженні змін з боку серця, легень не виявлено. У 6 років у дитини зареєстровано «віраж» і гіперергічну пробу Манту з 2 ТО ППД-Л – діаметр інфільтрату 18 мм, 5 – 11 мм. Аналіз крові: $\text{Л} - 7,6 \times 10^9/\text{л}$, $\text{п} - 6\%$, $\text{л} - 19\%$, ШОЕ – 17 мм/год. У харкотинні МБТ не

виявлено. Рентгенологічно: у верхній частці лівої легені визначається затемнення з нечітким зовнішнім контуром, що зливається з інфільтрованим корнем.

Який діагноз слід встановити дитині?

- A. Бронхопневмонія
- B. Первинний туберкульозний комплекс
- C. Плевропневмонія
- D. Ателектаз верхньої частки лівої легені
- E. Рак верхньої частки лівої легені

7. У жінки 23-х років на оглядовій рентгенограмі виявлено інтенсивну, звапнену тінь в S6 правої легені (0,5 см в діаметрі) і аналогічну тінь в правому корені. Зі слів жінки, на туберкульоз ніколи не хворіла, контакту з хворими на туберкульоз не було. Встановлено, що 4 місяці тому (впродовж 2-3 місяців) відмічалась слабкість, нездужання, швадка втомлюваність, зниження апетиту. До лікарів пацієнтка не зверталась.

Як трактувати зміни, які виявлено на оглядовій рентгенограмі?

- A. Залишкові явища після перенесеної плевропневмонії
- B. II стадія ПТК
- C. III стадія ПТК
- D. IV стадія ПТК
- E. Ускладнений перебіг ПТК

8. Дитина 6-ти років скаржиться на сильний кашель з харкотинням, слабкість, біль в грудній клітці (спереду справа), підвищення температури тіла до 37,0⁰C, поганий апетит, порушення сну. Серед клінічних симптомів переважає кашель з виділенням харкотиння. На підставі скарг, клініко рентгенологічних і лабораторних даних встановлено клінічний діагноз: ВДТБ (11.01.2005) верхньої частки правої легені (первинний туберкульозний комплекс, фаза інфільтрації і розпаду), Дестр+, МБТ+М-К+Резист- РезистП0, Гіст0, Кат1Ког1(2005).

Яке ускладнення ПТК у дитини викликає сильний кашель?

- A. Плеврит
- B. Туберкульоз бронха
- C. Бронхогенна дисемінація
- D. Склеротичні зміни судин кореня легені
- E. Гематогенна генералізація процесу.

9. У підлітка 14-ти років встановлено клінічний діагноз: ВДТБ (11.01.2005) верхньої частки правої легені (первинний туберкульозний комплекс), Дестр+, МБТ?М?К?Резист0 РезистП0, Гіст0, Кат1Ког1(2005). На оглядовій рентгенограмі у S3 правої легені виявлено гомогенне затемнення з нечіткими зовнішніми контурами, яке зливається з розширеним корнем легені. На томограмі правої легені в центрі затемнення встановлено наявність деструкції.

Яка рентгенологічна стадія ПТК визначається у хворого?

- A. II стадія - розсмоктування
- B. III стадія - ущільнення
- C. I стадія - «пневмонічна»
- D. IV стадія - звапнення
- E. V стадія – загоєння.

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

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. Феценко Ю. И., Справочник пульмонолога и фтизиатра / Ю. И. Феценко, В. М. Мельник. – К. : Плеяда, 2004.
3. Туберкульоз / За ред. проф. Асмолова О.К. – Одеса, 2002. – 275 с.
4. Туберкульоз позалегенової локалізації / Ю.І. Феценко, І.Г. Ільницький, В.М. Мельник, О.В. Панасюк; за ред Ю.І. Феценка, 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. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. – К: Здоров'я, 2006. – 656 с.
7. Феценко 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».
12. 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: доц. Пашков Ю.М.

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

За доповненнями (змiнами) _____

Завiдувач кафедри

проф. Шевченко О.С.