

СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фтизіатрії

**“ЗАТВЕРДЖУЮ”**

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_ ( *Дужий І.Д.* )

(підпис) (прізвище та ініціали)

“ \_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2019 року

**МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ  
ПОЗААУДИТОРНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС  
ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТЬ З ФТИЗІАТРІЇ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ  
ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ**

**Тема 1. Епідеміологія туберкульозу. Етіологія, патогенез туберкульозу. Імунітет при туберкульозі. Клінічна класифікація туберкульозу**

**Конкретні цілі:**

- Визначати фактори ризику захворювання на туберкульоз
- Визначати особливості збудника туберкульозу
- Тракувати особливості шляхів зараження мікобактеріями туберкульозу.
- Аналізувати основні розділи клінічної класифікації туберкульозу і формулювати клінічний діагноз відповідно до класифікації.

**Контрольні питання:**

1. Збудник туберкульозу, хто його відкрив? Основні характеристики збудника, його види.
2. Методи виявлення збудника туберкульозу.
3. Характеристика збудника туберкульозу.
4. Тривалість зберігання мікобактерій туберкульозу в оточуючому середовищі.
5. Види збудника туберкульозу, їх роль в епідеміології туберкульозу.
6. Джерела туберкульозної інфекції.
7. Шляхи передачі туберкульозної інфекції.
8. Епідеміологічна ситуація в Україні з туберкульозу.
9. Туберкульозний диспансер. Його функції.
10. Резистентність мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів. Її види.
11. Що таке полірезистентність мікобактерій туберкульозу?
12. Персистенція мікобактерій туберкульозу. Характеристика цих бактерій.
13. Що таке реверсія мікобактерій туберкульозу?
14. Що таке імунітет? Його характеристика при туберкульозі.
15. Що таке алергія? Її види. Алергія при туберкульозі.
16. Туберкулінові проби.
17. Що таке специфічна профілактика туберкульозу? Її види. Де вона проводиться?
18. Коли виникає імунітет після щеплення?
19. Чим різниться післявакцинальна алергія від інфекційної?
20. Коли згасає післявакцинальний імунітет і як його контролюють?

**Тести:**

1. Найбільше роль у епідеміології та клініці туберкульозу людини грають
  - A. Мікобактерії птичого типу.
  - B. Мікобактерії людського типу
  - C. Атипові мікобактерії.
  - D. Мікобактерії бичачого типу.
2. Найбільш частіше знаходять мікобактерії у всіх перерахованих видах матеріалу, крім
  - A. Плевральна рідина.
  - B. Промивні води шлунку.
  - C. Харкотиння.
  - D. Промивні води бронхів.
3. Виникнення захворювання туберкульозом зумовлюють наступні умови, крім
  - A. Контакт з збудником.
  - B. Проникнення збудника у тканини.
  - C. Фагоцитоз збудника макрофагами.
  - D. Фіксування збудника у тих чи інших органах.
4. У клінічній практиці частіше всього спостерігається
  - A. Аерогенний шлях зараження.
  - B. Аліментарний шлях зараження.

- С. Трансплацентарний шлях зараження.  
 D. Контактний.
5. Яка найсуттєвіша морфологічна ознака визначає важкість туберкульозного процесу?  
 А. Дистрофія.  
 В. Повнокрів'я.  
 С. Деструкція.  
 D. Набряк.
6. Якими фазами характеризується прогресування туберкульозу?  
 А. Інфільтрація, розпад, обсіменіння.  
 В. Розсмоктування, ущільнення, рубцювання.  
 С. Інкрустація, мінералізація, звапнення.  
 D. Гіперемія, ексудація, резорбція.
7. На виявленні яких змін в біоптаті ґрунтується гістологічне підтвердження туберкульозного характеру запалення?  
 А. Клітин Пирогова-Лангханса, казеозного некрозу.  
 В. Клітин чужорідних тіл, фібробластів.  
 С. Великої кількості нейтрофілів, колікваційного некрозу.  
 D. Проліферації лімфоцитів, L – клітин.
8. Який орган найчастіше уражаються туберкульозом в Україні?  
 А. Легені.  
 В. Статеві органи.  
 С. Нирки.  
 D. Кістки та суглоби.
9. Яке поняття не має патогенетичного та клінічного наповнення?  
 А. Первинний туберкульоз.  
 В. Вторинний туберкульоз.  
 С. Третинний туберкульоз.  
 D. Хронічний туберкульоз.
10. Яке ускладнення не характерне для туберкульозу легенів?  
 А. Легенева кровотеча.  
 В. Спонтанний пневмоторакс.  
 С. Бронхіальна астма.  
 D. Вторинна легенева гіпертензія.

**Тема 2. Загальні підходи до діагностики туберкульозу. Спеціальні методи виявлення і діагностики туберкульозу (мікробіологічна, рентгенологічна діагностики, туберкулінодіагностика)**

**Конкретні цілі:**

- Визначати категорії населення з групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.
- Визначати клінічні ознаки туберкульозу
- Визначати роль бактеріоскопічних і бактеріологічних методів дослідження харкотиння.
- Аналізувати основні рентгенологічні синдроми у клініці туберкульозу.
- Визначати тактику лікарів установ загальної медичної мережі щодо хворих за даними їх рентгенологічного обстеження та бактеріоскопічного дослідження мокротиння.
- Тракувати цілі туберкулінодіагностики.
- Аналізувати результати проби Манту з 2 ТОППД-Л.
- Пояснювати поняття «віражу» туберкулінової проби та його значення для ранньої діагностики туберкульозу.
- Аналізувати основні показники функції зовнішнього дихання.

**Контрольні питання:**

1. Основні методи виявлення туберкульозу серед дорослих? Роль загально медичної мережі у виявленні хворих на туберкульоз.
2. Основні методи виявлення туберкульозу у дітей.
3. Що таке декретований контингент населення?
4. Який метод масового рентгенообстеження Ви знаєте? Його переваги і недоліки.
5. З якого віку проводяться профілактичні рентгенообстеження у дітей?
6. Методи обстеження хворого.
7. Особливості об'єктивного обстеження хворого.
8. Основні аускультативні феномени при туберкульозі легень.
9. Основні феномени при туберкульозі легень.
10. Основні пальпаторні феномени при туберкульозі легень.
11. Лобулярна і сегментарна будова легень.
12. Основні функції легень.
13. Що таке задишка? Які її види існують?
14. Які дихальні обсяги Вам відомі?
15. Що таке туберкульозна гранульома?
16. Що таке туберкульозний горбочок?
17. Методи виявлення туберкульозу.
18. Раннє виявлення туберкульозу – що це?
19. Своєчасне виявлення туберкульозу.
20. Несвоєчасне виявлення туберкульозу.

#### Тести:

1. Через який час оцінюють результати проби Манту з 2 ТО ППД-Л?
  - A. Через 48 годин.
  - B. Через 72 години.
  - C. Через 1 тиждень.
  - D. Через 24 години.
  - E. Через 1 годину.
2. Кому та з якою частотою проводять скринінгову туберкулінодіагностику?
  - A. Дорослим при наявності клініко-рентгенологічних проявів туберкульозної інфекції.
  - B. Дітям та підліткам щоквартально.
  - C. Дітям із 12-місячного віку та підліткам щорічно незалежно від результатів попередньої проби.
  - D. Дітям, які часто хворіють на застудні захворювання через 1 місяць після перенесеної ГРВІ.
  - E. Всім контингентам дітей та дорослих, які перебувають на диспансерному обліку у лікаря – фтизіатра двічі на рік.
3. Який контингент обстежених, за результатами масової туберкулінодіагностики, не потрібно вважати інфікованими МБТ?
  - A. Осіб із вперше позитивною реакцією, не пов'язаною з імунізацією вакциною БЦЖ.
  - B. Осіб із гіперергічними реакціями за пробою Манту з 2ТО ППД-Л.
  - C. Осіб із підсиленням чутливості до туберкуліну (на 6 мм і більше) протягом одного року (у туберкулінопозитивних дітей та підлітків).
  - D. Осіб із позитивною реакцією за пробою Манту з 2 ТО ППД-Л протягом 1,5-2 роки після якісного щеплення вакциною БЦЖ або БЦЖ-М.
  - E. Осіб зі стійким збереженням протягом кількох років реакції на туберкулін із розміром папули 12 мм і більше.
4. З якою метою застосовують підшкірну 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 порога чутливості до туберкуліну.
5. Який рентгенологічний метод застосовується для скринінгового обстеження населення з

метою виявлення туберкульозу органів дихання?

- A. Оглядова рентгенографія.
- B. Комп'ютерна томографія.
- C. Флюорографія.
- D. Рентгеноскопія.
- E. Бронхографія.

6. Який метод доцільніше застосовувати для контролю динаміки ефективності лікування хворих на туберкульоз легенів?

- A. Рентгенографію.
- B. Рентгенокімографію.
- C. Флюорографію.
- D. Рентгеноскопія.
- E. Бронхографія.

7. Який метод частіше застосовується для виявлення деструкції в легеневій тканині?

- A. Оглядова рентгенографія.
- B. Томографія.
- C. Прицільна рентгенографія.
- D. Рентгеноскопія.
- E. Бронхографія.

8. З якого рентгенологічного методу доцільніше розпочати додаткове обстеження, якщо при профілактичному флюорографічному обстеженні в першому та другому сегментах легенів виявлено вогнищевоподібні тіні?

- A. З оглядової рентгенографії.
- B. З комп'ютерної томографії ..
- C. З прицільної рентгенографії.
- D. З рентгеноскопії.
- E. З бронхографії.

9. Який з компонентів належить до етіологічної діагностики туберкульозу?

- A. Виявлення характерних змін крові.
- B. Виявлення характерних змін імунного статусу.
- C. Виявлення МБТ в патологічному матеріалі.
- D. Оцінка клінічних проявів захворювання.
- E. Виявлення інфікування туберкульозом.

10. Який метод виявлення МБТ є найекономічнішим?

- A. Пряма мікроскопія.
- B. Культуральне дослідження.
- C. Біологічна проба.
- D. ПЦР.
- E. ІФА.

**Тема 3. Специфічна профілактика туберкульозу, ускладнення БЦЖ. Туберкульоз невстановленої локалізації. Туберкульоз внутрішньо-грудних лімфатичних вузлів. Первинний туберкульозний комплекс. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика. Ускладнення. Сучасні схеми лікування. Особливості перебігу туберкульозу у дітей і підлітків.**

#### **Конкретні цілі:**

- Описувати основні рентгенологічні синдроми при первинних формах туберкульозу
- Встановлювати діагноз первинних форм туберкульозу на підставі анамнестичних, клініко-рентгенологічних, лабораторних даних
- Формулювати клінічний діагноз первинних форм згідно класифікації
- Призначати комплексну терапію при різних формах туберкульозу
- Діагностувати ускладнення первинних форм туберкульозу
- Визначати показання та протипоказання до вакцинації та ревакцинації БЦЖ
- Діагностувати ускладнення вакцинації (ревакцинації) БЦЖ

**Контрольні питання:**

1. Патогенез первинного туберкульозу.
2. Клінічні ознаки ранньої туберкульозної інтоксикації.
3. З якими захворюваннями проводять диференціальну діагностику первинного туберкульозу?
4. Які об'єктивні ознаки первинного туберкульозу?
5. Які види первинного туберкульозу Вам відомі?
6. Клініко-рентгенологічна характеристика первинного туберкульозного комплексу.
7. Клініко-рентгенологічна характеристика туберкульозного бронхоаденіту.
8. З якими хворобами проводять диференціальну діагностику бронхоаденіту?
9. Клінічні ознаки хронічної туберкульозної інтоксикації. Коли ми можемо говорити про неї?
10. Диференціально-діагностичні критерії первинного туберкульозу.
11. Діагностичні критерії хронічного перебігу первинного туберкульозу.
12. Що таке специфічна профілактика туберкульозу? Її види. Де вона проводиться?
13. Коли виникає імунітет після щеплення?
14. Протипоказання до щеплення.
15. Можливі ускладнення після щеплення.
16. Чим різниться післявакцинальна алергія від інфекційної?
17. Коли згасає післявакцинальний імунітет і як його контролюють?
18. Що представляє собою вакцина БЦЖ ?
19. Види БЦЖ вакцини.
20. Техніка виконання вакцинації БЦЖ.

**Тести:**

1. Яка профілактика туберкульозу застосовується у новонароджених?
  - A. Хіміопротекція.
  - B. Вакцинація.
  - C. Санітарна профілактика.
  - D. Ревакцинація.
  - E. Поточна профілактика.
2. У чому полягає цінність вакцини БЦЖ?
  - A. Забезпечує легший перебіг туберкульозу.
  - B. Запобігає інфікуванню.
  - C. Захист від захворювання на туберкульоз.
  - D. Менше шансів захворіти на туберкульоз.
  - E. Попереджує рецидив туберкульозу.
3. Через який час після вакцинації БЦЖ виробляє імунітет?
  - A. Через 6-8 днів.
  - B. Через 6-8 тижнів.
  - C. Через 6-8 місяців.
  - D. Через 9-12 місяців.
  - E. Через 5-7 років.
4. Який термін проведення ревакцинації БЦЖ затверджено в Україні?
  - A. На 3-5 день після народження.
  - B. На 3-5 тиждень після народження.
  - C. У 3-5 років.
  - D. У 7, 14 років.
  - E. У 17, 30 років.
5. Народилася здорова дитина вагою 3200 г. На який день після народження їй слід провести вакцинацію БЦЖ?
  - A. 1-2.
  - B. 3-5.
  - C. 7-11.

- D. 13-15.  
E. 25-30.
6. Як вводять вакцину БЦЖ при вакцинації і ревакцинації?  
A. Нашкірно.  
B. Внутрішньошкірно.  
C. Підшкірно.  
D. Внутрішньом'язово.  
E. Перорально.
7. Про що свідчить рубчик розміром 5 мм, який утворився через 4 місяці після вакцинації БЦЖ?  
A. Про високу реактогенність вакцини.  
B. Про ускладнення – келоїдний рубець.  
C. Про порушення техніки введення вакцини.  
D. Про відсутність протитуберкульозного імунітету.  
E. Про наявність післявакцинного імунітету.
8. Який антимикобактеріальний препарат частіше використовують для хіміопрофілактики?  
A. Стрептоміцин.  
B. Рифампіцин.  
C. Піразинамід.  
D. Ізоніазид.  
E. Етамбутол.
9. За результатами флюорографічного дослідження у 45-річного пацієнта вперше на верхівці правої легені виявлено нечисленні вогнища малої інтенсивності з нечіткими контурами. Самопочуття хворого не порушене. Багато років палить. Об'єктивно: над легенями перкуторно - легеневий звук, дихання везикулярне, хрипи не прослуховуються. Аналіз крові клінічний не змінений. Найімовірніший діагноз?  
A. Вогнищева пневмонія  
B. Периферичний рак легені  
C. Вогнищевий туберкульоз  
D. Залишкові зміни туберкульозу  
E. Дисемінований туберкульоз легень
10. Хворий 40 років, скаржить на кашель зі слизово-гнійним харкотинням до 30 мл на добу, підвищену температуру тіла до 37,3-38,00 С, загальну слабкість, пітливість. Хворіє 3 тижні. Об'єктивно: справа над лопаткою і під ключицею притуплення перкуторного звуку, там же жорстке дихання, вологі дрібноміхурчасті хрипи після покашлювання. На рентгенограмі ОГК – негомogeneous затемнення верхньої частки правої легені з порожниною 2x3 см. Зліва в язичкових сегментах група вогнищевих тіней. Аналіз крові: лейкоцити - 12,5·10<sup>9</sup>/л, ШОЕ -35 мм/год. МБТ у харкотинні не виявлено, реакція на туберкулін за пробою Манту з 2 ТО - папула 15 мм. Ваш діагноз?  
A. Інфільтративний туберкульоз у фазі розпаду та обсіменіння  
B. Дисемінований туберкульоз у фазі розпаду  
C. Фіброзно-кавернозний туберкульоз у фазі обсіменіння  
D. Кіста легені, що нагноїлася  
E. Пневмонія з абсцесом

**Тема 4. Вогнищевий туберкульоз легень. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика. Особливості діагностики та лікування у ВІЛ-інфікованих осіб. Сучасні схеми лікування відповідно до спектру стійкості МБТ.**

**Конкретні цілі:**

- Описувати основні рентгенологічні синдроми вогнищевого туберкульозу
- Встановлювати діагноз вогнищевого туберкульозу на підставі анамнестичних, клініко-рентгенологічних, лабораторних даних
- Формулювати клінічний діагноз вогнищевого туберкульозу згідно до класифікації
- Діагностувати ускладнення вогнищевого туберкульозу

**Контрольні питання:**

1. Визначте вогнищевий туберкульоз легень.
2. Причини виникнення вогнищового туберкульозу.
3. Які Ви знаєте клініко-рентгенологічні ознаки вогнищового туберкульозу?
4. Перелічіть ознаки вогнищового туберкульозу легень в стадії інфільтрації.
5. Назвіть превалюючу локалізацію вогнищового туберкульозу.
6. З якими захворюваннями треба диференціювати вогнищевий туберкульоз легень?
7. Які наслідки вогнищового туберкульозу легень?
8. До якого періоду туберкульозної інфекції найчастіше відноситься туберкульоз лімфовузлів?
9. Які групи периферійних лімфовузлів вражає туберкульоз?
10. Клініка, діагностика туберкульозу у хворих на ВІЛ/СНІД.
11. Особливості лікування хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД.

**Тести:**

1. Які патоморфологічні зміни переважають при вогнищевому туберкульозі легень?
  - A. Альтернативне запалення.
  - B. Продуктивне запалення.
  - C. Некроз.
  - D. Ексудативне запалення.
  - E. Пневмофіброз.
2. Хворий К., 27 років, скаржиться на підвищення температури тіла увечері до 37,2-37,50 С, слабкість, втрату маси тіла, кашель зі слизовим харкотинням. При фізичному обстеженні патології не виявлено. В клінічному аналізі крові: лейкоцитів - 9,2·10<sup>9</sup> г/л, лімфоцитів - 14%, ШОЕ - 25 мм/год. Проба Манту з 2 ТО – папула 10 мм. Рентгенологічно: у S1-2 правої легені декілька вогнищевих тіней низької інтенсивності з нечіткими контурами. Яке захворювання треба запідозрити у хворого?
  - A. Інфільтративний туберкульоз
  - B. Правостороння позаликарняна вогнищева пневмонія
  - C. Вогнищевий туберкульоз
  - D. Дисемінований туберкульоз
  - E. Залишкові зміни після перенесеного туберкульозу
3. У хворого при рентгенологічному дослідженні ОГК у верхній частці лівої легені (перший і другий сегменти) візуалізуються нечисленні тіні розміром 5-7 мм середньої інтенсивності без чітких контурів. В аналізі крові: ШОЕ - 18 мм/год., лімфопенія, моноцитоз. МБТ у харкотинні не виявлено. Визначте найвірогідніший діагноз.
  - A. Вогнищевий туберкульоз у фазі інфільтрації
  - B. Дисемінований туберкульоз у фазі інфільтрації
  - C. Інфільтративний туберкульоз у фазі ущільнення
  - D. Вогнищевий туберкульоз у фазі ущільнення
  - E. Дисемінований туберкульоз у фазі ущільнення
4. Хворий 57-ми років госпіталізований у стаціонар зі скаргами на кашель із виділенням слизово-гнійного харкотиння, задишку, загальну слабкість, пітливість, підвищення температури тіла до 38,0 С. У молодому віці хворів на туберкульоз, але вилікувався. Стан хворого відносно задовільний. При перкусії зліва від верхівки до нижнього кута лопатки та під ключицею – притуплення легеневого звуку. Там же - дихання бронховезикулярне, біля верхнього кута лопатки – фокус вологих середньоміхурчастих хрипів. На оглядовій рентгенограмі ОГК зліва зверху до IV ребра інтенсивне негомogene затемнення з чіткою нижньою межею, в 2-му міжребер'ї кільцевидне просвітлення. Який діагноз найімовірніший?
  - A. Ателектаз верхньої частки лівої легені
  - B. Пневмонія з абсцесом верхньої частки лівої легені
  - C. Порожнинна форма раку верхньої частки лівої легені
  - D. Інфільтративний туберкульоз верхньої частки лівої легені
  - E. Кіста лівої легені, що нагноїлася



5. Хворий 26-ти років скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла увечері, поганий апетит, кашель із виділенням харкотиння. Хворіє 2 місяці. Лікувався антибіотиками широкого спектру дії, але поліпшення не було. Фізикально патології не виявлено. Справа у верхній частці легені – тінь середньої інтенсивності з нечіткими контурами, негомогенна. Про яке захворювання слід думати у першу чергу?

А. Периферичний рак

В. Туберкульоз

С. Пневмонію

Д. Центральну форму раку

Е. Ретенційну кісту

6. У хворого, який страждає на дисемінований туберкульоз легенів, раптово з'явився сильний біль у правій половині грудної клітини та значно посилилася задуха. Об'єктивно: шкіра бліда, ЧСС- 120 ударів за 1 хв. Справа дихання різко послаблене, зліва - жорстке. Про що слід думати у даному випадку в першу чергу?

А. Спонтанний пневмоторакс

В. Інфаркт міокарду

С. Фібринозний плеврит

Д. Тромбоемболію легеневої артерії

Е. Казеозну пневмонію

7. Хвора 25 років. Профілактичні огляди не проходила 3 роки. Протягом 2 місяців скаржиться на кашель зі слизовим харкотинням, загальну слабкість, поганий апетит, підвищення температури тіла. Об'єктивно: шкіра бліда, ЧСС-80 за 1 хв. Над верхньою часткою правої легені жорстке дихання. Аналіз крові: лейкоцити - 10,0·10<sup>9</sup>/л, ШОЕ-29 мм/год. З якого методу необхідно починати обстеження пацієнтки?

А. Рентгенографії ОГК

В. Флюорографії

С. Проби Манту з 2 ТО

Д. Аналізу харкотиння на МБТ

Е. Бронхоскопії

8. Пацієнт 35-ти років сім років тому лікувався від інфільтративного туберкульозу верхньої частки правої легені. На даний час скарг немає. Об'єктивно: доброго харчування, над легенями при перкусії – ясний легеневий тон, при аускультатії – везикулярне дихання. Впродовж 5 останніх років рентгенологічна картина в легенях стабільна: справа у верхній частці визначається декілька дрібних петрифікатів. До якої категорії диспансерного обліку слід віднести хворого?

А. Категорія 5.1

В. Категорія 4

С. Має бути знятий з обліку

Д. Категорія 5.3

Е. Жодна тактика неправильна

9. Хворий 16-ти років протягом повних 6 місяців лікувався з приводу вперше виявленого інфільтративного туберкульозу у фазі розпаду, МБТ +. В результаті лікування загальний стан пацієнта значно покращав: нормалізувалася картина крові, припинилося бактеріовиділення, знизилася чутливість до туберкуліну. Рентгенологічна динаміка також виявилася позитивною: порожнина зарубцювалася, інфільтрація частково розсмокталася. Назвіть найвагоміші критерії ефективності лікування у даного пацієнта?

А. Нормалізація загального стану хворого та картини крові

В. Нормалізація картини крові та позитивна рентгенологічна динаміка

С. Позитивна рентгенологічна динаміка та зменшення чутливості до туберкуліну

Д. Припинення бактеріовиділення та позитивна рентгенологічна динаміка

Е. Всі названі критерії найвагоміші

10. Хворий 38 років, агроном, протягом 4 місяців скаржиться на кашель із виділенням харкотиння, задуху, втрату маси тіла, пітливість уночі. Об'єктивно: температура тіла 37,8° С, вкорочення перкуторного тону з обох боків над верхніми та середніми відділами легень. У міжлопатковому просторі з обох боків на фоні жорсткого дихання вислуховуються вологі хрипи. Рентгенографія ОГК: в обох легенях у верхніх та середніх відділах вогнищеві тіні

різних розмірів, середньої та низької інтенсивності з нечіткими контурами та тенденцією до злиття. Ваш попередній діагноз?

- А. Дисемінований туберкульоз
- В. Актиномікоз легень
- С. Пневмоконіоз
- Д. Вогнищева пневмонія
- Е. Коніотуберкульоз

**Тема 5. Інфільтративний туберкульозу легень. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика. Особливості діагностики та лікування у ВІЛ-інфікованих осіб. Сучасні схеми лікування відповідно до спектру стійкості МБТ.**

**Конкретні цілі:**

- Описувати основні рентгенологічні синдроми при інфільтративній формі туберкульозу
- Встановлювати діагноз інфільтративного туберкульозу на підставі анамнестичних, клініко-рентгенологічних, лабораторних даних
- Формулювати клінічний діагноз інфільтративного туберкульозу згідно до класифікації
- Діагностувати ускладнення інфільтративного туберкульозу

**Контрольні питання:**

1. Які характерні ознаки туберкульозного інфільтрату?
2. Які характерні ознаки неспецифічного інфільтрату?
3. Які характерні ознаки саркоїдозу лімфатичних вузлів?
4. Які характерні ознаки метастатичного враження лімфовузлів?
5. Які патоморфологічні стадії туберкульозного лімфаденіту?
6. Патогенез, патологічну анатомію, патогенетичні варіанти казеозної пневмонії.
7. Клініка, лабораторна, рентгенологічна, діагностика казеозної пневмонії.
8. Клініка, діагностика туберкульозу у хворих на ВІЛ/СНІД.
9. Особливості лікування хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД.

1. У хворого 30-ти років при рентгенологічному дослідженні у верхній частці правої легені визначається круглясте, неінтенсивне, негомогенне затемнення з нечіткими контурами. На томограмі верхньої частки правої легені (зріз 6-7см) чітко видно порожнину розпаду. У харкотинні виявлено МБТ, чутливі до антимикобактеріальних препаратів. В аналізі крові: ШОЕ – 22 мм/год. Яка формулювання попереднього діагнозу є правильною?

- А. Госпітальна пневмонія.
- В. ВДТБ (22.03.11) верхньої частки правої легені правої легені (інфільтративний), Дестр+, МБТ+М+К+ резист-, резистII-, гіст0, кат1, ког1 (2011).
- С. Рак верхньої частки правої легені.
- Д. ВДТБ (22.03.11) верхньої частки правої легені (вогнищевий), Дестр+, МБТ+М+К+резист-, резистII-, гіст0, кат1, ког1 (2011).
- Е. Еозинофільний інфільтрат.

2. Пацієнта 37-ми років спрямовано на консультацію до фтизіатра з приводу вперше виявлених змін в легенях. Скарг немає. При об'єктивному обстеженні змін не виявлено. На флюорограмі у задньому сегменті (S2) правої легені виявлено округлу, високої інтенсивності гомогенну тінь 2,5х3,0 см у діаметрі з чітким рівним контуром. Яка форма туберкульозу виявлена у хворого?

- А. Інфільтративна.
- В. Туберкульома.
- С. Вогнищева.
- Д. Підгостра дисемінована.

3. Яку комбінацію препаратів слід призначити хворому на вперше виявлений інфільтративний туберкульоз легенів у фазі розпаду?

- А. Ізоніазид, стрептоміцин, канаміцин, етамбутол.
- В. Рифампіцин, стрептоміцин, амоксицилін, піразинамід.

- С. Ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, етамбутол, стрептоміцин.  
 D. Ізоніазид, етіонамід, ПАСК, етамбутол.  
 E. Стрептоміцин, флориміцин, канаміцин.  
 E. Первинний туберкульозний комплекс.
4. У жінки 35 років підвищилася температура до 38,0 С, з'явився сухий кашель. Лікувалася самостійно антибіотиком, травами, після чого на тілі помітила рожевий висип. З анамнезу - цукровий діабет, алергічний риніт. В крові: ер. –  $4,2 \cdot 10^{12}/л$ , Нb - 130 г/л, кол. пок. – 0,9, лейк. –  $4,9 \cdot 10^9/л$ , е-3%, п-4%, с-67%, л-18%, м-8%, ШОЕ - 12 мм/год. Рентгенографія ОГК - у верхній частці правої легені визначається тінь 3х3 см, негомогенна, з доріжкою до кореня, контур нечіткий. Аускультативно в проекції цієї частини послаблене дихання. Який діагноз найімовірніший?
- A. Еозинофільний інфільтрат  
 B. Туберкульома  
 C. Інфільтративний туберкульоз  
 D. Абсцес легені  
 E. Рак легені
5. Жінка 65 років, яка страждає на цукровий діабет, захворіла грипом. На рентгенограмі ОГК у верхній частці правої легені виявляється тінь з просвітленням, яка має вигляд трикутника з вершиною до кореня. Одною стороною тінь прилежить до міжчасткової плеври чіткою межею, друга - розпливчаста. Нижче тіні розташовані декілька вогнищ з нечіткими контурами. Який діагноз найімовірніший?
- A. Правосторонній міжчастковий плеврит  
 B. Центральний рак легені  
 C. Ателектаз верхньої частки  
 D. Пневмонія вірусної етіології  
 E. Інфільтративний туберкульоз у фазі деструкції
6. Хворий 40-ка років скаржиться на підвищення температури до 38°C, кашель з виділенням мокроти і домішками крові, задишку, загальну слабкість, герметичні висипання на губах. Об'єктивно: ЧДД 32/мін. Справа під лопаткою посилення голосового тремтіння, там же - притуплення перкуторного звуку. Аускультативно - бронхіальне дихання. У крові: лейкоцити -  $14 \cdot 10^9 / л$ , ШОЕ 35 мм / год. Який попередній діагноз?
- A. Кавернозний туберкульоз  
 B. Рак легені  
 C. Крупозна правостороння пневмонія  
 D. Вогнищева пневмонія  
 E. Ексудативний плеврит
7. Хворий на інфільтративний туберкульоз легень у фазі розпаду. Через 6 місяців лікування порожнина на верхівці правої легені не зарубцювалася. Яка подальша лікувальна тактика найдоцільніша?
- A. Резекція ураженої частки легені  
 B. Санаторно-курортне лікування  
 C. Штучний пневмоторакс  
 D. Внести корекцію до схеми лікування  
 E. Штучний пневмоперітонеум
8. Хворий на інфільтративний туберкульоз у фазі розпаду та МБТ+ у харкотинні проживає разом із дружиною та дитиною 3-х років у однокімнатній квартирі. У дитини немає рубчика після БЦЖ щеплення, проба Манту з 2 ТО негативна. Ваша тактика щодо контактної дитини?
- A. Вакцинація БЦЖ з подальшою хіміопрфілактикою  
 B. Хіміопрфілактика, вакцинація не потрібна  
 C. Спостереження під контролем туберкулінових проб  
 D. Вакцинація, хіміопрфілактика не потрібна  
 E. Хіміопрфілактика з подальшою вакцинацією БЦЖ
9. Хворий 41 року, після фізичного навантаження відчув різкий біль у правій половині грудної клітки, різко посилилася задишка. Стан хворого тяжкий: ціаноз губ і слизових

оболонок, частота дихання - 28 за 1 хвилину, пульс - 122 за 1 хвилину. Над правою половиною грудної клітки тимпаніт, дихання різко послаблене, акцент другого тону над легеневою артерією. АТ 80 і 60 мм рт. ст.. Яке дослідження перш за все треба провести хворому?

- А. Плевроскопію
- В. Оглядову рентгенографію ОГК
- С. Електрокардіографію
- Д. Ультразвукову діагностику ОГК
- Е. Комп'ютерну томографію ОГК

10. Хворий 45 років, протягом 10 місяців лікується в протитуберкульозному диспансері з приводу казеозної пневмонії верхньої частки правої легені. Зберігається бактеріовиділення культуральним методом. При останньому рентгенологічному дослідженні ОГК встановлено, що верхня частка правої легені затемнена, зменшена в об'ємі, порожнинних змін в ній немає, правий корінь підтягнутий догори. Яка клінічна форма туберкульозу у хворого в даний час?

- А. Фіброзно-кавернозний
- В. Інфільтративний
- С. Циротичний
- Д. Залишкові зміни туберкульозу у вигляді цирозу верхньої частки
- Е. Туберкульома

**Тема 6. Дисемінований та міліарний туберкульоз легень. Туберкульоз нервової системи та мозкових оболонок. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика. Особливості діагностики та лікування у ВІЛ-інфікованих осіб. Сучасні схеми лікування відповідно до спектру стійкості МБТ.**

#### **Конкретні цілі:**

- Описувати основні рентгенологічні синдроми при дисемінованих формах туберкульозу
- Встановлювати діагноз дисемінованого туберкульозу на підставі анамнестичних, клініко-рентгенологічних, лабораторних даних
- Формулювати клінічний діагноз дисемінованих форм згідно до класифікації
- Діагностувати ускладнення дисемінованих форм туберкульозу
- Надавати екстрену допомогу при невідкладних станах у хворих на туберкульоз.

#### **Контрольні питання:**

1. Дати визначення дисемінованого туберкульозу легень.
2. Частота клінічної форми серед хворих на туберкульоз.
3. Патогенез дисемінованого туберкульозу.
4. Клінічні варіанти дисемінованого туберкульозу легень.
5. Клінічні прояви гострого дисемінованого (міліарного) туберкульозу легень.
6. Рентгенологічні ознаки гострого дисемінованого туберкульозу легень (міліарного туберкульозу).
7. Яке значення інших діагностичних тестів - туберкулінових проб, дослідження харкотиння?
8. З якими захворюваннями треба проводити диференціальну діагностику?
9. Клінічні прояви підгострого дисемінованого туберкульозу.
10. Рентгенологічні ознаки підгострого дисемінованого туберкульозу.
11. Значення інших лабораторних досліджень: харкотиння, гемограми.
12. Клінічні прояви хронічного дисемінованого туберкульозу легень.
13. Рентгенологічні ознаки хронічного дисемінованого туберкульозу легень.
14. Диференціальний діагноз при дисемінованому туберкульозі.
15. Лікування дисемінованого туберкульозу легень.
16. Ускладнення при дисемінованому туберкульозі легень.
17. Чи можливе повневилікування за різних форм дисемінованого туберкульозу легень?
18. Патогенез та патологічна анатомія туберкульозного менінгіту.

19. Клініка туберкульозного менінгіту.
20. Типи перебігу туберкульозу мозкових оболонок.
21. лікування хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД.

**Тести:**

1. У який період інфекції може виникати дисемінований туберкульоз?
  - A. У первинний.
  - B. У вторинний.
  - C. У третинний.
  - D. У первинний та вторинний.
  - E. У вторинний та третинний.
2. Який характер мають вогнища при хронічному дисемінованому туберкульозі?
  - A. Дрібні, ексудативного характеру, без тенденції до злиття та розпаду.
  - B. Крупні, ексудативного характеру, з тенденцією до злиття та розпаду.
  - C. Дрібні, продуктивного характеру, ущільнені та кальциновані.
  - D. Поліморфні.
  - E. Крупні кальцинати.
3. Який характер мають вогнища при міліарному туберкульозі?
  - A. Дрібні ексудативного характеру без тенденції та розпаду.
  - B. Крупні ексудативного характеру зі тенденцією до злиття та розпаду.
  - C. Дрібні продуктивного характеру, ущільнені та кальциновані.
  - D. Поліморфні.
  - E. Крупні кальцинати.
4. За допомогою якого методу звичайно виявляється бактеріовиділення при міліарному туберкульозі?
  - A. Бактеріоскопічного.
  - B. Бактеріоскопічного після використання методу флотації.
  - C. Батеріологічного.
  - D. Біологічного.
  - E. Звичайно не виявляється ніяким методом.
5. Який характер звичайно має температурна реакція у хворого на міліарний туберкульоз?
  - A. Субфебрилітет протягом перших 3-5 днів хвороби.
  - B. Тривалий непостійний субфебрилітет.
  - C. Лихоманка протягом перших 3-5 днів хвороби.
  - D. Неправильна лихоманка.
  - E. Нормальна температура тіла.
6. Шахтар 26-ти років, стаж праці в "пилових" умовах 4 роки. Скаржиться на ядуху на протязі кількох тижнів, загальну кволість. При рентгенологічному дослідженні ОГК у легенях знайдено тотальну дрібновогнищеву дисемінацію з діаметром вогнищ до 4 мм. Справа в першому сегменті верхньої частки визначається ділянка інфільтрації діаметром до 3 см, без чітких меж. Назвіть найімовірніший нозологічний діагноз.
  - A. Канцероматоз
  - B. Саркоїдоз
  - C. Пневмоконіоз
  - D. Коніотуберкульоз
  - E. Туберкульоз
7. Хворий 35 років, шахтар з 3-х річним стажем, скаржиться на слабкість, зниження апетиту, пітливість, кашель із невеликою кількістю слизового харкотиння. Об'єктивні дані без особливостей. Аналіз крові без відхилень від норми. Рентгенологічно: у 1-2 сегментах правої легені наявні тіні 5-7 мм у діаметрі, малої інтенсивності з нечіткими контурами. Яке захворювання, в першу чергу, слід запідозрити у хворого?
  - A. Пневмоконіоз
  - B. Коніотуберкульоз
  - C. Вогнищевий туберкульоз
  - D. Пневмонію

Е. Інфільтративний туберкульоз

8. Хворий 28 років, знаходячись на лікуванні з приводу туберкульозу легенів раптово відчув гострий біль у правій половині грудної клітки, задишку. Стан тяжкий. Перкуторно над правою легенею визначається тимпаніт, дихання не прослуховується. Рентгенологічно: права легенея колабована на 1/2 об'єму. Серце і органи середостіння зміщено вліво. Яку невідкладну допомогу потрібно надати хворому перш за все?

А. Ввести гангліоблокатори

В. Зробити ін'єкцію еуфіліну

С. Зробити пункцію плевральної порожнини з аспірацією повітря

Д. Зробити лікувальну фібробронхоскопію

Е. Призначити серцеві глікозиди

9. Хворий 42-х років скаржиться на поступово наростаючий сильний головний біль, блювоту, фотофобію. Лікувався з приводу туберкульозу 7 років тому, сформувалися залишкові зміни у легеневій тканині. Стан тяжкий. В контакт вступає насилу. Температура тіла 39,0 С. Визначається розбіжна косоокість, птоз, згладження носогубної складки справа, ригідність потиличних м'язів, позитивні симптоми Керніга та Брудзинського. Яке захворювання слід припустити у хворого в першу чергу?

А. Туберкульозний менінгіт

В. Менінгококовий менінгіт

С. Пухлина мозку

Д. Порушення мозкового кровообігу

Е. Стан менінгізму при ГРВЗ

10. У хворого 28-ми років при профілактичному флюорографічному дослідженні в 1-2 сегментах правої легені виявлено поодинокі вогнищеві тіні крупних розмірів, малої інтенсивності з нечіткими контурами. Скарг немає. Об'єктивні дані без змін. Аналіз крові без відхилень від норми. Проба Манту з 2 ТО - папула 9 мм. Яку клінічну форму туберкульозу виявлено у хворого?

А. Туберкульому

В. Інфільтративний

С. Вогнищевий

Д. Дисемінований (обмежений)

Е. Залишкові зміни туберкульозу

**Тема 7. Кулясті утворення в легенях. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика. Особливості діагностики та лікування у ВІЛ-інфікованих осіб. Сучасні схеми лікування відповідно до спектру стійкості МБТ.**

#### **Конкретні цілі:**

- Аналізувати частоту виявлення туберкулом, частоту виникнення ускладнень у хворих на туберкуломи.
- Запропонувати шляхи раннього виявлення ТБ, шляхи зменшення виникнення ускладнень у хворих на туберкуломи.
- Класифікувати вторинні форми ТБ згідно класифікації, ускладнення (кровотечу, СП, хронічне легеневе серце) за тяжкістю, що відповідає відповідному ступеню.
- Трактувати поняття туберкульозу.
- Малювати рентгенологічні ознаки різних клінічних форм туберкулом.

#### **Контрольні питання:**

1. Туберкулома, як одна із клінічних форм вторинних форм туберкульозу.
2. Патогенез і патологічна анатомія.
3. Морфологічні різновидності туберкулом.
4. Клініка.
5. Лабораторні методи дослідження.
6. Рентгенологічні ознаки туберкулом.
7. Перебіг туберкулом (стаціонарний, прогресуючий, регресуючий)

8. Диференціальна діагностика (периферичний рак, солітарні метастази, доброякісні пухлини, кісти, аспергілома, артеріо-венозна аневризма, осумкований плеврит).

9. Клініка, діагностика туберкульозу у хворих на ВІЛ/СНІД.

10. Особливості лікування хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД.

Тести:

1. Хворий 52-х років протягом 2 тижнів скаржиться на підвищення температури тіла до 39° С. Турбують також задишка, сухий кашель, різка слабкість. Стан тяжкий, пацієнт виснажений. Дихання у легенях жорстке, хрипи не вислуховуються. На рентгенограмі ОГК на всьому протязі обох легеневих полів дрібні вогнищеві тіні малої інтенсивності з нечіткими контурами. В коренях легень кальцинати. В крові: лейкоцитів  $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 42 мм/год. Яку клінічну форму туберкульозу легень виявлено у хворого?

- А. Дисемінований (підгострий перебіг)
- В. Дисемінований (хронічний перебіг)
- С. Вогнищевий у фазі обсіменіння
- Д. Інфільтративний у фазі обсіменіння
- Е. Міліарний

2. У хворого 28-ми років при профілактичному флюорографічному обстеженні на рівні II ребра правої легені виявлено тінь округлої форми. Скарг немає. Говорить, що на туберкульоз раніше не хворів. При об'єктивному дослідженні відхилень від норми не виявлено. Аналіз крові клінічний у межах норми. Проба Манту з 2 ТО – папула 23 мм. На оглядовій рентгенограмі ОГК в 2-му сегменті правої легені визначається кулястий утвір 2,5x2 см високої інтенсивності з чіткими рівними контурами, однорідної структури, не пов'язаний із коренем легені. Яке захворювання найімовірніше?

- А. Периферичний рак легені
- В. Туберкульома
- С. Ангіома Д.
- Аспергілома

Е. Пневмонія з абсцесом

3. У пацієнта 40-ка років протягом 3 місяців відмічається підвищення температури тіла до 37,2° С увечері, слабкість, задишка при помірному фізичному навантаженні, сухий кашель. Над легеньми жорстке дихання. В клінічному аналізі крові лейкоцитів  $8,1 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 26 мм/год. Рентгенологічно в обох легенях – множинні вогнищеві тіні середніх і великих розмірів, середньої та високої інтенсивності, різної форми, дифузний пневмосклероз, на верхівці справа наявна порожнина правильної форми з тонкими стінками. Яка клінічна форма туберкульозу у хворого?

- А. Хронічний дисемінований туберкульоз легень
- В. Міліарний туберкульоз легень
- С. Фіброзно-кавернозний туберкульоз легень
- Д. Підгострий дисемінований туберкульоз легень
- Е. Циротичний туберкульоз легень

4. Дитина 10-ти років протягом 1,5 місяців скаржиться на субфебрильну температуру тіла, погіршення апетиту, підвищену втомлюваність. На момент обстеження проба Манту з 2 ТО – вперше позитивна (папула 12 мм). При огляді виявлено вузлувату еритему. При пальпації – збільшені периферичні лімфатичні вузли в 6 групах. Про яку клінічну форму туберкульозу у дитини можна думати?

- А. Туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів
- В. Туберкульоз невстановленої локалізації
- С. Первинний туберкульозний комплекс
- Д. Немає підстав думати про туберкульоз

Е. Можна думати про будь-яку форму первинного туберкульозу

5. Хворий 18-ти років протягом 6 місяців лікувався в протитуберкульозному диспансері з приводу вперше діагностованого інфільтративного туберкульозу верхньої частки правої легені. Лікування проводили за категорією 1. Порушення режиму лікування не було. Проте суттєвої позитивної рентгенологічної динаміки не сталося, зберігається бактеріовиділення. Із анамнезу відомо, що пацієнт перебував у тривалому постійному контакті з хворим на

фіброзно-кавернозний туберкульоз батьком. Визначте найвірогіднішу причину неефективного лікування туберкульозу в даному випадку.

- А. Недостатній термін лікування
- В. Первинна медикаментозна стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів
- С. Вторинна медикаментозна стійкість МБТ до протитуберкульозних препаратів
- Д. Неправильно обрано категорію, за якою проводили лікування
- Е. Молодий вік хворого

6. У дитини 4-х років за результатами скринінгової туберкулінодіагностики через 72 години на місці введення туберкуліну відмічається гіперемія діаметром 8 мм. Дайте оцінку даному результату.

- А. Реакція сумнівна
- В. Реакція позитивна
- С. Реакція гіперергічна
- Д. Реакція нормергічна
- Е. Реакція негативна

7. Пацієнта 38-ми років машиною швидкої допомоги доставлено в лікарню з приводу кровотечі, яка з'явилася під час кашлю (хворий одночасно відкашляв приблизно 300 мл крові). У минулому нічим не хворів, але протягом останніх 4 місяців скаржився на немотивовану слабкість, погіршення апетиту, кашель зі слизовим харкотинням, субфебрильну температуру тіла увечері. Флюорографічно не обстежувався понад 5 років. Рентгенологічно: верхня частка правої легені зменшена в розмірі, на фоні деформованого легеневого малюнку визначається неправильної форми порожнина, у нижній частці цієї ж легені – великі малоінтенсивні, з нечіткими контурами вогнищеві тіні. Яке захворювання найвірогідніше з'явилося причиною кровотечі?

- А. Рак легені
- В. Пневмонія
- С. Туберкульоз
- Д. Виразка шлунка
- Е. Цироз печінки

8. За результатами масової туберкулінодіагностики у дитини 10 років виявлено позитивну реакцію – папула 14 мм. Торік – папула 6 мм, попередня – папула 5 мм. Проведено 2 імунізації БЦЖ – у пологовому будинку та в 7 років. Післяприщепні знаки 4 і 2 мм відповідно. Контакт із хворим на туберкульоз не встановлений. Скарги відсутні. При фізичному обстеженні відхилень від норми не знайдено. На оглядовій рентгенограмі ОГК та томограмі на рівні коренів легенів патології не виявлено. Яким має бути заключення фтизіатра?

- А. Дитина неінфікована на туберкульоз
- В. Дитина здорова, "віраж" туберкулінової проби
- С. Дитина здорова, післявакцинна туберкулінова алергія
- Д. Туберкульоз невстановленої локалізації
- Е. Здорова, давно інфікована дитина

9. При профілактичній флюорографії у жінки 27 років у другому сегменті правої легені знайдено округлу тінь з чіткими контурами 2,5 см у діаметрі. У крові: ШОЕ - 20 мм/год, проба Манту з 2 ТО гіперергічна. Який діагноз найімовірніший? А. Кіста легені В. Пневмонія з абсцесом С. Вогнищевий туберкульоз Д. Рак легені Е. Туберкульоз

69. Хворий 45 років, який страждає на фіброзно-кавернозний туберкульоз легень, госпіталізований до стаціонару з клінікою спонтанного пневмотораксу. Які невідкладні заходи необхідні у цьому випадку?

- А. Введення омнопону та інших знеболюючих препаратів
- В. Введення кордіаміну, сульфокамфокаїну
- С. Оксигенотерапія
- Д. Пункція плевральної порожнини
- Е. Всі заходи доречні

10. Хвора 36-ти років скаржиться на слабкість, сухий кашель, біль у грудній клітці справа, субфебрильну температуру тіла, кровохаркання. Хворіє тиждень. Дихання у легенях



везикулярне. У крові: лейкоцити -  $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 20 мм/год. На рентгенограмі ОГК: у задньому сегменті правої легені тінь 4 см у діаметрі з нечіткими контурами, середньої інтенсивності. Який діагноз найімовірніший?

- А. Крупозна пневмонія
- В. Інфільтративний туберкульоз
- С. Казеозна пневмонія
- Д. Рак легені
- Е. Інфаркт легені

**Тема 8. Фіброзно-кавернозний та циротичний туберкульоз легень. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика. Особливості діагностики та лікування у ВІЛ-інфікованих осіб. Сучасні схеми лікування відповідно до спектру стійкості МБТ.**

**Конкретні цілі:**

- Описувати основні рентгенологічні синдроми фіброзно-кавернозному туберкульозі.
- Встановлювати діагноз фіброзно-кавернозного туберкульозу на підставі анамнестичних, клініко-рентгенологічних, лабораторних даних, туберкулінодіагностики.
- Формулювати клінічний діагноз фіброзно-кавернозного туберкульозу згідно до класифікації.
- Проводити диференційну діагностику фіброзно-кавернозного туберкульозу та інших захворювань.
- Діагностувати ускладнення фіброзно-кавернозного туберкульозу.
- Надавати екстрену допомогу при невідкладних станах у хворих на туберкульоз.

**Контрольні питання:**

1. Визначте, що таке деструктивні форми туберкульозу?
2. Причини розвитку деструктивних форм туберкульозу. З яких форм туберкульозу легень формуються деструктивні форми туберкульозу?
3. Означте кавернозний туберкульоз легень.
4. Які рентгенологічні ознаки сформованої туберкульозної каверни?
5. Особливості клінічного перебігу кавернозного туберкульозу легень.
6. З якими хворобами треба проводити диференціальну діагностику кавернозного туберкульозу?
7. Що таке санована каверна?
8. Визначте фіброзно-кавернозний туберкульоз легень.
9. З яких форм туберкульозу розвивається фіброзно-кавернозний туберкульоз легень?
10. Наведіть рентгенологічну картину фіброзно-кавернозного туберкульозу легень.
11. З якими хворобами треба проводити диференціальну діагностику фіброзно-кавернозного туберкульозу легень? Шляхи виліковування фіброзно-кавернозного туберкульозу легень.
12. Ускладнення фіброзно-кавернозного туберкульозу легень.
13. Основні режими хіміотерапії фіброзно-кавернозного і кавернозного туберкульозу легень.
14. Визначте циротичний туберкульоз легень.
15. Чим відрізняється циротичний туберкульоз легень від метатуберкульозного цирозу легень?
16. З яких форм туберкульозу розвивається циротичний туберкульоз легень?
17. Які показники характеризують активність циротичного туберкульозу легень?
18. Основні ускладнення циротичного туберкульозу легень.
19. З якими хворобами треба диференціювати циротичний туберкульоз легень?
20. Варіанти лікування циротичного туберкульозу легень.

**Тести:**

1. Яка причина формування фіброзно-кавернозного туберкульозу?
  - А. Стійкість до антимікобактеріальних препаратів.
  - В. Несвоєчасне виявлення процесу.
  - С. Помилки лікування.

- D. Несприятливий перебіг вихідного процесу.  
 E. Все зазначене може бути причиною формування фіброзно-кавернозного туберкульозу.
2. Який механізм розвитку пневмогенного циротичного туберкульозу?  
 A. Проростання сполучною тканиною фібринозного ексудату при інфільтративному туберкульозу?  
 B. Порушення бронхіальної прохідності при проростанні специфічних грануляцій у стінку бронха.  
 C. У хворих на поширений інфільтративний туберкульоз легенів, які перенесли пневмоплеврит.  
 D. Наслідок порушення бронхіальної прохідності в результаті закупорки бронха казеозними масами при перфорації ураженого лімфатичного вузла.  
 E. Всі зазначені варіанти за механізмом розвитку – пневмогенні.
3. Хворий 42-х років. 8 років хворіє на фіброзно-кавернозний туберкульоз верхньої частки правої легені, МБТ+. Протягом останніх 2-х років зберігалось задовільне самопочуття і працездатність. Рентгенологічно: у верхній частці правої легені визначається товстостінна каверна з наявністю перифокального запалення. Верхня частка зменшена за рахунок фіброзу. В обох легенях наявні вогнища обсіменіння. Тінь середостіння зміщена вправо. Які рентгенологічні ознаки найхарактерніші для фіброзно-кавернозного туберкульозу легень?  
 A. Наявність каверни, виражений фіброз, вогнища обсіменіння.  
 B. Наявність каверни, перифокальне запалення.  
 C. Перифокальне запалення, бронхогенна дисемінація.  
 D. Зміщення органів середостіння в уражений бік.  
 E. Інтенсивне затемнення, звуження легеневого поля.
4. Ускладненням якої форми легеневого туберкульозного процесу може бути розвиток перифокального плевриту?  
 A. Фібринозно – кавернозного.  
 B. Інфільтративного.  
 C. Підгострого дисемінованого.  
 D. Хронічного дисемінованого.
5. Жінка 23 років, яка має мітральну ваду серця, відмічає озноб, задишку, температуру тіла - 38,9° С. При обстеженні: ціаноз, ЧД - 28 за хв.. Перкуторний звук над легенями не змінений, дихання везикулярне. На рентгенограмі ОГК з обох сторін на всьому протязі легенів багато дрібних вогнищевих тіней малої інтенсивності, які розташовані ланцюжком вздовж судин. ШОЕ-27 мм/год, проба Манту з 2 ТО – слабо позитивна. Два місяці тому чоловік хворої помер від туберкульозу легень. Який діагноз найімовірніший?  
 A. Гострий дисемінований туберкульоз  
 B. Підгострий дисемінований туберкульоз  
 C. Хронічний дисемінований туберкульоз  
 D. Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт  
 E. Застійна пневмонія
6. Підлітку зробили туберкулінову пробу Манту з 2 ТО ППД-Л. Через 72 години на передпліччі визначається папула 5 мм із везикуло-некротичною реакцією. Дайте оцінку реакції.  
 A. Сумнівна  
 B. Позитивна  
 C. Гіперергічна  
 D. Негативна  
 E. Різко позитивна
7. Пацієнт 40-ка років працює зварником. Розповідає, що захворів після переохолодження, лікувався з приводу ГРВЗ. Але вже протягом 1,5 місяців відмічає кашель із харкотинням, слабкість, задишку, температуру тіла 37,2-37,6° С у другій половині дня. Аускультативно в легенях – везикулярне дихання на всьому протязі обох легень. На рентгенограмі ОГК з обох сторін по усім легневим полям визначаються численні вогнищеві тіні з нечіткими розмитими контурами, місцями зливні. Який діагноз найімовірніший?  
 A. Пневмоконіоз

В. Фіброзуочий альвеоліт

С. Карциноматоз

Д. Туберкульоз

Е. Пневмонія, що ускладнила ГРВЗ

8. У пацієнта 35 років, курця зі стажем, підсилювся кашель, збільшилася кількість харкотиння, температура тіла підвищилася до 37,5°C. Скаржитья на потовідділення у другій половині ночі, схуднення за останні три місяці на 3 кг. Аускультативно - на всьому протязі легень дихання везикулярне, перкуторно – ясний легеневиий звук. У крові: ер.- 4,2 ·10<sup>12</sup>/л, Нв-130 г/л, лейкоц.-4,9· 10<sup>9</sup>/л, е-2 %, п-4%, с-65%, л-21%, м-8%, ШОЕ – 20 мм/год. Аналіз харкотиння: сіре, слизове, лейкоцити -14-16 у полі зору; МБТ - не виявлені. Рентгенологічно визначена тінь у другому сегменті правої легені з розмитими контурами розміром 3х4 см з ділянкою просвітлення та доріжкою до кореня. Який діагноз найімовірніший?

А. Інфільтративний туберкульоз

В. Пневмонія з абсцесом

С. Фіброзно-кавернозний туберкульоз

Д. Еозинофільна пневмонія

Е. Полікістоз 7

9. Пацієнт 36-ти років хворіє три тижні. Турбують біль у правому боці грудної клітини, кашель із харкотинням, слабкість, поганий апетит, підвищення температури тіла до 37,8° С. Аналіз крові: ер.-3,7·10<sup>12</sup>/л, лейкоц.-11,1·10<sup>9</sup>/л, ШОЕ – 27 мм/год. Рентгенологічно: у верхній частці правої легені відмічається трикутна, негомогенна тінь вершиною звернута до кореня легені, один бік її має чітку межу, а другий розмитий. Був контакт із хворим на туберкульоз. Визначте найімовірніший діагноз.

А. Інфаркт легені

В. Цироз верхньої частки правої легені

С. Позалікарняна пневмонія

Д. Інфільтративний туберкульоз

Е. Ателектаз верхньої частки правої легені

10. Пацієнт 63-х років, курець, скаржитья на кашель із харкотинням зеленкуватого кольору, пітливість уночі, схуднення, температуру тіла 37,5-38,0° С. Захворювання пов'язує з переохолодженням. Більше, ніж 10 років тому хворів на інфільтративний туберкульоз. На рентгенограмі ОГК у верхній частці правої легені відмічається затемнення 4х4 см з чітким зовнішнім контуром та ділянкою просвітлення розміром 1,5х2 см, на верхівці лівої легені поодинокі вогнищеві тіні з нечіткими контурами, середньої інтенсивності. Аналіз крові: ер.- 4,2·10<sup>12</sup>/л, лейкоц. - 4,8·10<sup>9</sup>/л, ШОЕ – 18 мм/год. Аналіз харкотиння – лейкоцити до 1/3 поля зору. МБТ не знайдені. Який діагноз найімовірніший? А.Туберкульоз верхньої частки правої легені

В. Пневмонія з абсцесом

С. Периферичний рак легені

Д. Доброякісна пухлина

Е. Вогнищевий туберкульоз верхньої частки лівої легені

**Тема 9. Ускладнення вторинних форм туберкульозу: кровохаркання та легенева кровотеча, спонтанний пневмоторакс, емпієма плеври, хронічне легеневе серце, амліоїдоз внутрішніх органів. Патогенез, клініка, діагностика, лікування.**

**Конкретні цілі:**

- Діагностувати ускладнення вторинних форм туберкульозу
- Надавати екстрену допомогу при невідкладних станах у хворих на туберкульоз.

**Контрольні питання:**

1. Дайте означення легеневого серця.
2. Патогенез легеневого серця і патологічна анатомія.
3. Клінічна картина легеневого серця та діагностика. Лікування
4. Дайте означення легеневої кровотечі (ЛК) і кровохаркання (КХ).

5. Патогенез. Діагностика, лікування (долікарська допомога, спеціалізована допомога)
6. Як відрізнити легеневі кровотечі та кровохаркання від стравохідного та шлункового?
7. Ускладнення легневих кровотеч.
8. Спонтанний пневмоторакс. Етіологія, патогенез, діагностика, лікарська тактика.
9. Амліоїдоз внутрішніх органів. Патогенез, клініка, діагностика, лікування.

Тести:

1. Яка головна причина виникнення ерозивної легеневої кровотечі при хронічних формах туберкульозу?
  - A. Хронічна гіпертензія в системі легеневої артерії.
  - B. Підвищена проникність судин.
  - C. Порушення у загортальній системі крові.
  - D. Активація фібринолізу.
  - E. Тканинна алергія з гіперсенсibiliзацією ендотелію.
2. Хвора 50-ти років. Поступила до стаціонару зі скаргами на різкий біль у лівій половині грудної клітки при диханні. На туберкульоз хворіє більше 10 років, лікується нерегулярно. Стан хворої тяжкий. Ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання, міжреберні проміжки випнуті. Аускультативно відмічається різко ослаблене дихання над лівою легенею. Яке дослідження потрібно провести хворій для встановлення діагнозу?
  - A. Лабораторне обстеження.
  - B. Бронхоскопію.
  - C. Томографію.
  - D. Рентгенографію органів грудної клітки.
  - E. Об'єктивне обстеження.
3. Дитина 4-х місяців. При народженні не була вакцинована БЦЖ вакциною у зв'язку з пологовою травмою з неврологічною симптоматикою. Зараз дитина здорова, протипоказання щодо імунізації БЦЖ знято. У контакті з хворим на туберкульоз дитина не перебувала. Яка Ваша тактика?
  - A. Негайно провести вакцинацію БЦЖ-М
  - B. Вакцинувати дитину у 12 місяців, попередньо зробити пробу Манту з 2 ТО С. Дозволити вакцинацію БЦЖ-М у 6 місячному віці
  - D. Зробити пробу Манту з 2 ТО, потім вирішити питання про можливість вакцинації дитини
  - E. Зробити пробу Манту з 2 ТО та незалежно від її результату провести вакцинацію БЦЖ-М
4. Дитина 2-х років, вакциною БЦЖ імунізована в пологовому будинку. Післявакцинний знак розміром 5 мм. В однорічному віці проба Манту з 2 ТО- папула 10 мм, у два роки – 6 мм. Визначте характер туберкулінової алергії у даної дитини?
  - A. Післявакцинна туберкулінова алергія
  - B. Інфекційна туберкулінова алергія
  - C. Ранній період первинної туберкульозної інфекції
  - D. „Віраж” туберкулінових реакцій
  - E. Неможливо визначитися з характером туберкулінової алергії
5. Дитина 6 років. В даний час скарги відсутні. Проба Манту з 2 ТО-папула 7 мм, у минулому році – негативна. При об'єктивному дослідженні патологічних змін не виявлено. На зовнішній поверхні лівого плеча – післявакцинальний БЦЖ знак розміром 3 мм. Зробіть висновок щодо результату туберкулінодіагностики.
  - A. Дитина здорова, "віраж" туберкулінової проби
  - B. Дитина здорова? „Віраж” туберкулінової проби
  - C. Дитина здорова, післявакцинна туберкулінова алергія
  - D. Дитина хвора на туберкульоз, бо в неї „віраж” туберкулінових реакцій
  - E. Туберкульоз невстановленої локалізації
6. У хворої 20 років у перші дні після пологів виявлено дисемінований туберкульоз легенів у фазі інфільтрації та розпаду, МБТ+. Дитина доношена, стан її задовільний, знаходилася на природному вигодуванні. Якою має бути подальша тактика щодо новонародженої дитини.

- А. Дитину ізолювати від матері та провести БЦЖ вакцинацію відповідно до календаря щеплень
- В. негайно провести вакцинацію БЦЖ, ізоляцію від матері не проводити
- С. Ізолювати дитину від матері, призначити хіміопрофілактику на 3 місяці, потім зробити пробу Манту з 2 ТО і вирішити питання про можливість вакцинації БЦЖ
- Д. Зробити пробу Манту з 2 ТО, при негативному результаті провести вакцинацію БЦЖ-М
- Е. негайно провести вакцинацію БЦЖ, ізоляцію та призначити курс хіміопрофілактики
7. Хвора 28-ми років звернулася до терапевта зі скаргами на біль у грудній клітці, слабкість, кашель із харкотинням, озноб, підвищення температури тіла до фебрильної. Захворіла гостро 5 днів тому. При аускультатії в паравертебральній ділянці на рівні середини лопатки справа фокус вологих хрипів. В клінічному аналізі крові: лейкоц.-17,3·10<sup>9</sup>/л, е-7%, п-16%, с-47%, л-23%, м-7%, ШОЕ - 35 мм/год. У харкотинні – лейкоцити ½ поля зору, прожилки крові. Рентгенограма ОГК: в середній третині правого легеневого поля – гомогенне малоінтенсивне затемнення до 4 см в діаметрі, виражена плевральна реакція. Ваш попередній діагноз?
- А. Інфільтративний туберкульоз правої легені
- В. Легеневий еозинофільний інфільтрат
- С. Периферичний рак легені
- Д. Плевропневмонія
- Е. Казеозна пневмонія
8. У дитини 9 років в минулому році проба Манту з 2 ТО ППД-Л – папула 5 мм, в цьому році – папула 12 мм. Якою має бути тактика лікаря?
- А. Обстежити дитину
- В. Призначити ізоніазид
- С. Немає ніяких підстав для обстеження та хіміопрофілактики
- Д. Повторити пробу Манту з 2 ТО через 2 місяці
- Е. Зробити пробу Манту з 5 ТО через 2 тижні
9. Хворий 25-ти років скаржиться на загальну слабкість, субфебрильну температуру, кровохаркання. При рентгенологічному дослідженні ОГК виявлено: від верхівки до III ребра правої легені – інтенсивне негомогенне затемнення з нечіткими контурами. На фоні цього затемнення – просвітлення діаметром 1,5 x 1,5 см. Зліва на рівні II ребра слабкої інтенсивності вогнищевої тіні. Діагностовано інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені. Яким клініко-рентгенологічним фазам відповідає даний процес?
- А. Інфільтрація
- В. Розпад і обсіменіння
- С. Ущільнення та розпад
- Д. Обсіменіння
- Е. Розпад та інфільтрація
10. Хвора Д., 32 роки, захворіла гостро. Початок захворювання пов'язує з отруєнням, бо була нудота і блювота. Однак до явищ шлунково-кишкового дискомфорту приєдналися задишка, покашлювання, виражена пітливість, особливо уночі, температура ремітуючого характеру. В анамнезі - тривале перебування в осередку туберкульозної інфекції. Яке обстеження, насамперед, потрібно зробити хворій?
- А. Пробу Манту з 2 ТО
- В. Фіброгастроскопію
- С. Флюорографію
- Д. Аналіз харкотиння на МБТ
- Е. Пробу Коха

**Тема 10. Туберкульозний плеврит. Патогенез, патоморфологія, клініка, діагностика, диференціальна діагностика. Сучасні схеми лікування.**

**Конкретні цілі:**

- Аналізувати частоту виникнення плевритів ТБ етіології та причини, що сприяють цьому.
- Пояснювати техніку плевральної пункції.

- Запропонувати шляхи зменшення захворюваності на плеврит ТБ етіології.
- Класифікувати плеврити ТБ етіології.
- Трактувати дані рентгенологічного дослідження хворих на плеврит ТБ етіології.
- Малювати схему патогенезу плевриту ТБ етіології.
- Проаналізувати дані лабораторних методів дослідження у хворих на плеврит ТБ етіології.
- Скласти план обстеження та лікування хворого на плеврит ТБ етіології.

### Контрольні питання:

1. Що таке плеврит взагалі, головні його морфологічні ознаки.
2. Головні синдроми хвороби плеври.
3. Що таке симптоматичний випіт?
4. Механізми накопичення плевральної рідини в порожнині.
5. Які види враження плеври існують при туберкульозі.
6. Діагностика синдрому плеврального випоту фізикальними методами.
7. Методи підтвердження синдрому плеврального випоту.
8. Методи верифікації хвороб плеври при синдромі плеврального випоту.
9. Ускладнення туберкульозу плеври в найближчий період.
10. Ускладнення туберкульозу плеври у віддалений період.
11. При яких хворобах зберігається синдром плеврального випоту.
12. Додаткові методи верифікації хвороб плеври при випотах.
13. Що таке емпієма плеври, її види.
14. Що таке хронічний плеврит.
15. Клініка, діагностика туберкульозу у хворих на ВІЛ/СНІД.
16. Особливості лікування хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД.

### Тести:

1. Які заходи є найголовнішим у лікуванні при накопиченні гнійного ексудату при туберкульозі плеври?
  - A. Збільшення кількості протитуберкульозних препаратів.
  - B. Повторні аспірації ексудату із створенням негативного тиску в плевральній порожнині.
  - C. Призначення кортикостероїдів.
  - D. Призначення дезінтоксикаційної терапії.
  - E. Все перелічене.
2. Як підтверджується туберкульозна етіологія плевриту?
  - A. Наявністю змін туберкульозної природи в легенях або інших органах.
  - B. Знаходженням МБТ у плевральній рідині або харкотинні.
  - C. Вираженою реакцією на пробу Манту або недавнім “віражем” туберкулінових реакцій.
  - D. Пункційною біопсією плеври.
  - E. Все перелічене має значення для підтвердження етіології плевриту.
3. Який механізм розвитку плевральної запальної реакції мікобактеріями туберкульозу?
  - A. Лише лімфогенний.
  - B. Лімфогенно-гематогенний.
  - C. Спυтогенний.
  - D. Бронхогенний.
  - E. Лише гематогенний.
4. При якому виді ексудату кількість вільної рідини в плевральній порожнині невелика, ексудат швидко організується, залишаючи після себе швартти?
  - A. Гнійному.
  - B. Серозному.
  - C. Фібринозному та серозно-фібринозному.
  - D. Геморагічному та серозно-геморагічному.
  - E. Серозно-гнійному.

5. Ускладненням якої форми легеневого туберкульозного процесу може бути розвиток перифокального плевриту ?

- A. Фібринозно – кавернозного.
- B. Інфільтративного.
- C. Підгострого дисемінованого.
- D. Хронічного дисемінованого.
- E. Всі зазначені форми можуть ускладнюватися перифокальним плевритом.

6. Які заходи є найголовнішим у лікуванні при накопиченні гнійного ексудату при туберкульозі плеври.?

- A. Збільшення кількості протитуберкульозних препаратів.
- B. Повторні аспірації ексудату із створенням негативного тиску в плевральній порожнині.
- C. Призначення кортикостероїдів.
- D. Призначення дезінтоксикаційної терапії.
- E. Все перелічене.

7. Пацієнт 50-ти років відмічає біль у лівій половині грудей, задишку, підвищення температури тіла до 38° С, сухий кашель. Захворювання почалося поступово, 2 тижні тому, після переохолодження. У дитинстві хворів на туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Хворий бік відстає в акті дихання, перкуторно в нижній частині грудної клітини зліва визначається тупість, саме тут дихання відсутнє. Права межа серця зсунена у правий бік, ЧСС - 98 за 1 хв., постійна форма миготливої аритмії. Мікобактерії туберкульозу у харкотинні відсутні. Туберкулінова проба Манту з 2 ТО ППД-Л - папула 21 мм. Який діагноз найімовірніший?

- A. Туберкульозний плеврит
- B. Центральний рак лівої легені
- C. Інфільтративний туберкульоз
- D. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
- E. Крупозна пневмонія

8. Пацієнт 20-ти років скаржиться на підвищення температури тіла до 38,2-39,50 С, сухий постійний кашель, втомлюваність, виражене потовідділення вночі. Наростає задишка. Вважає себе хворим протягом одного тижня. Захворювання почалося з різкого болю в правій половині грудної клітки, який підсилювався під час кашлю, глибокого дихання. Об'єктивно: праворуч від IV ребра донизу перкуторний звук вкорочений, різко послаблене дихання. На оглядовій рентгенограмі ОГК: праве легенеve поле у латеральному нижньому відділі гомогенно затемнено, верхній контур цього затемнення косий. Органи середостіння зміщені ліворуч. З'ясуйте найвірогідніший попередній діагноз.

- A. Туберкульозний плеврит
- B. Ексудативний плеврит неясної етіології
- C. Плевроцироз правої легені
- D. Інфільтративний туберкульоз
- E. Казеозна пневмонія

9. У хворого 22-х років із поліартралгією, високою температурою тіла виявлено правосторонній ексудативний плеврит. На оглядовій рентгенограмі ОГК справа від IV ребра донизу - гомогенне затемнення. В другому сегменті лівої легені - поодинокі високоінтенсивні вогнищеві тіні. Проба Манту з 2 ТО - папула 14 мм із везикулами навколо. У плевральній рідині підвищений вміст білка, позитивна реакція Рівальта, збільшена кількість лейкоцитів, переважають лімфоцити. Яка етіологія плевриту найімовірніша?

- A. Туберкульозна
- B. Етіологію визначити майже неможливо
- C. Стафілококова
- D. Вірусна
- E. Аутоімунна

10. Хвору 28-ми років машиною швидкої допомоги доставлено в гінекологічне відділення в тяжкому стані. Непокоять виражена слабкість, кашель із харкотинням з домішками крові, фебрильна температура тіла інтермітуючого характеру, зниження маси тіла. Вважає себе хворою протягом 4-х тижнів, коли після гінекологічної операції виникли втомлюваність,

субфебрильна непостійна температура тіла. В анамнезі: 2,5 місяці тому перенесла пневмонію, лікувалася антибіотиками, але контрольне рентгенологічне дослідження у зв'язку з покращенням загального стану не було зроблено. Зараз рентгенологічно визначається: у верхній частці правої легені інтенсивне затемнення неоднорідної структури, без чітких контурів з наявністю порожнин. В аналізі крові: лейкоцити -  $14,5 \cdot 10^9/\text{л}$ , еритроцити - 1%, паличковидні - 10%, сегментоядерні - 63%, лімфоцити - 14%, моноцити - 12%, ШОЕ - 35 мм/год. Яке захворювання Ви маєте припустити?

- А. Післяопераційний сепсис
- В. Шпитальна пневмонія
- С. Метастатичне ураження легень
- Д. Туберкульоз
- Е. Інфаркт легені

**Тема 11. Позалегеневий туберкульоз: туберкульоз периферичних лімфатичних вузлів, туберкульоз кісток і суглобів, туберкульоз нервової системи і мозкових оболонок. Клініка, діагностика. Сучасні схеми лікування. Особливості діагностики та лікування у ВІЛ-інфікованих осіб. Сучасні схеми лікування відповідно до спектру стійкості МБТ.**

#### **Конкретні цілі:**

- Визначити фактори ризику захворювання на позалегеневий ТБ;
- Тракувати особливості шляхів розповсюдження МБТ;
- Аналізувати основні розділи клінічної класифікації позалегеневого ТБ і формулювати клінічний діагноз відповідно до класифікації;
- Визначати методи діагностики позалегеневого ТБ;
- Виявляти ускладнення позалегеневого туберкульозу.

#### **Контрольні питання:**

##### **I. Туберкульоз сечостатевих органів**

1. Туберкульоз нирок і сечовивідних шляхів. Патогенез, клініка діагностика.
2. Туберкульоз чоловічих статевих органів: епідидиміт, туберкульоз передміхурової залози і сім'яних міхурців.
3. Туберкульоз жіночих статевих органів. Форми геніального туберкульозу. Клініка, діагностика.

##### **II. Туберкульоз кісток і суглобів**

1. Патогенез та патологічна анатомія. Фази розвитку кістково-суглобового туберкульозу
2. Клініка, діагностика.
3. Диференційна діагностика: інфекційний артрит, деформуючий спондиліоз, хронічний гематогенний остеомієліт, пухлини кісток.

##### **III. Туберкульоз шкіри**

1. Особливості етіопатогенезу.
2. Клінічні варіанти: коліквативний, індуративний, папуло-некротичний, ліхеноїдний, вовчаків, бородавчатий, міліарно виразковий туберкульоз шкіри.
3. Діагностика. Лікування.

##### **V. Туберкульоз кишківника, очеревини, брижових лімфатичних вузлів.**

1. Особливості етіопатогенезу.
2. Клінічні форми.
3. Діагностика. Диференційна діагностика. Лікування.
4. Клініка, діагностика туберкульозу у хворих на ВІЛ/СНІД.
5. Особливості лікування хворих на туберкульоз в поєднанні з ВІЛ/СНІД.

#### **Тести:**

1. Хворий 15 років, протягом 20 днів скаржиться на кашель із невеликою кількістю харкотиння, загальну слабкість, фебрильну температуру тіла. Протягом тижня лікувався спіраміцином, температура знизилася до субфебрильної. У харкотинні МБТ не знайдено. Проба Манту з 2 ТО – папула 17 мм. Страждає на бронхіальну астму. Аналіз крові: лейкоцити -  $14,5 \cdot 10^9/\text{л}$ , еритроцити - 1%, паличковидні - 10%, сегментоядерні - 63%, лімфоцити - 14%, моноцити - 12%, ШОЕ - 35 мм/год.



12,7·10<sup>9</sup>/л, е-7%, л- 9%, ШОЕ - 30 мм/год. На рентгенограмі ОГК легеневий малюнок з обох сторін значно підсилений. Справа у верхній частці визначається гомогенна, середньої інтенсивності тінь, що зливається з розширеним, неструктурним коренем легені. Яке захворювання треба запідозрити?

- А. Первинний туберкульозний комплекс
- В. Пневмонію
- С. Гостре респіраторно-вірусне захворювання
- Д. Легеневий еозинофільний інфільтрат
- Е. Загострення бронхіальної астми

2. Хвора Л., 31 року, не працює, інвалід II групи по цукровому діабету. Звернулася до терапевта з приводу появи задишки, кашлю без виділення харкотиння, вираженої слабкості та підвищення температури тіла до 39<sup>0</sup>С. На флюорограмі відмічається негомогенна інфільтрація верхньої частки правої легені з наявністю великої порожнини та множинними вогнищевими тінями в обох легенях. На флюорограмі ОГК за минулий рік патологічних змін не було. МБТ не знайдено. Визначте попередній діагноз.

- А. Інфільтративний туберкульоз у фазі розпаду
- В. Інфільтративний туберкульоз у фазі розпаду та обсіменіння
- С. Крупозна пневмонія
- Д. Фіброзно-кавернозний туберкульоз у фазі інфільтрації та обсіменіння
- Е. Пневмонія з абсцесом

3. Пацієнт 38 років. П'ять років тому хворів на ексудативний правобічний плеврит, етіологію якого з'ясовано не було. Рентгенологічно не обстежувався 4 роки. Зараз скаржитися на задишку при невеликому фізичному навантаженні, біль у грудній клітці, кашель із харкотинням. При аускультатії в нижніх відділах правої легені різко послаблене дихання, шум тертя плеври, над верхівкою лівої легені – бронхіальне дихання, звучні хрипи зі скрипучим відтінком. На оглядовій рентгенограмі ОГК – масивні плевральні нашарування у правій половині грудної клітки, інтенсивне гомогенне затемнення верхньої частки лівої легені зі зменшенням її розмірів, поодинокі середньої інтенсивності вогнища з нечіткими контурами в середній третині лівого легеневого поля. МБТ у харкотинні не знайдено. З'ясуйте діагноз.

- А. Великі залишкові зміни після перенесеного туберкульозного плевриту
- В. Післяпневмонічний цироз лівої легені
- С. Метатуберкульозний цироз лівої легені
- Д. Фіброзно-кавернозний туберкульоз верхньої частки лівої легені у фазі обсіменіння
- Е. Циротичний туберкульоз верхньої частки лівої легені

4. Хвора 21 року скаржитися на кашель із виділенням невеликої кількості харкотиння. В анамнезі часті простудні захворювання, пневмонія лівої легені. Батько помер від туберкульозу легенів декілька років тому, випадок його захворювання протитуберкульозному диспансеру був невідомий. Аналіз крові: ер-3,5·10<sup>12</sup>/л; Нв-125 г/л; лейкоц.-6,1·10<sup>9</sup>/л; е-1%; п-2%; с-67%; л-26%; м-4%, ШОЕ-5 мм/год. Пацієнтка задовільного живлення. При перкусії над верхівкою правої легені тупий звук. Аускультативно – бронхіальне дихання. Рентгенологічно: верхня частка правої легені гомогенно високоінтенсивно затемнена, зменшена в об'ємі, плевра потовщена в області верхівки, легеневе поле взагалі звужене, корінь підтягнутий догори, в ньому петрифікати. Мікобактерії туберкульозу в харкотинні не знайдено. Ваш діагноз?

- А. Інфільтративний туберкульоз правої легені
- В. Циротичний туберкульоз правої легені
- С. Ателектаз верхньої частки правої легені
- Д. Залишкові зміни первинного туберкульозного комплексу
- Е. Післяпневмонічний цироз верхньої частки правої легені

5. В учбовому закладі, де навчаються переважно учні у віці 14 років, необхідно зробити плановий профілактичний огляд на туберкульоз. Який із нижченаведених методів має бути використаний?

- А. Скринінгова туберкулінодіагностика
- В. Флюорографія ОГК

- С. Оглядова рентгенографія ОГК у двох проекціях  
 Д. Загальний аналіз крові та сечі  
 Е. Об'єктивне обстеження
6. Хворому 35 років виставлено діагноз: туберкульоз 2-го сегмента правої легені у фазі розпаду. Які із наведених нижче даних, на Вашу думку, підтвердять фазу розпаду?  
 А. Наявність інтоксикаційного синдрому  
 В. Поява кровохаркання  
 С. Біль в правій половині грудної клітини  
 Д. Виражений бронхо-легеневий синдром  
 Е. Бактеріовиділення
7. Хвора 27 років звернулася за медичною допомогою з приводу кашлю, який не припиняється понад 3 тижні. При обстеженні в поліклініці виявлено фіброзно-кавернозний туберкульоз легенів у фазі інфільтрації, МБТ +. Раніше пацієнтка на туберкульоз не хворіла. За якою категорією необхідно призначити лікування?  
 А. За категорією 2  
 В. За категорією 3  
 С. За категорією 1  
 Д. За категорією 4  
 Е. За категорією 5.1
8. Хворий 17-ти років протягом 6 місяців лікується за категорією 1 від інфільтративного туберкульозу лівої легені у фазі розпаду. За цей час бактеріовиділення припинилося, але порожнина в легені продовжує визначатися. Який метод лікування доцільно призначити хворому на даному етапі?  
 А. Застосувати хірургічне втручання  
 В. Продовжити лікування за категорією 1  
 С. Перереєструвати у категорію 2, як неефективно пролікованого  
 Д. Рекомендувати нетрадиційні методи лікування  
 Е. Посилити патогенетичну терапію
9. Пацієнт 40 років, шахтар із 10 річним стажем, захворів місяць тому, коли підвищилася температура тіла, з'явилися явища інтоксикації, до яких потім приєдналися задишка, кашель із харкотинням, захриплість голосу. При рентгенологічному дослідженні у верхніх відділах обох легень виявлено однакові за формою та інтенсивністю (мала та середня) вогнища, що місцями зливаються. У нижніх та середніх відділах легень виражений дифузний сітчастий фіброз. При фібробронхоскопії – вкраплення вугільного пилу в слизовій оболонці середньо- та нижньочасткових бронхів з обох сторін. Ваш попередній діагноз?  
 А. Дисемінований туберкульоз  
 В. Коніотуберкульоз  
 С. Пневмоконіоз  
 Д. Пиловий бронхіт  
 Е. Міліарний туберкульоз
10. Хвора 35-ти років протягом року відзначає слабкість, пітливість, субфебрильна температура, біль і обмеження рухів у лівому колінному суглобі. 2 роки тому лікувалася з приводу дисемінованого туберкульозу легень. Об'єктивно : положення лівої кінцівки вимушене, колінний суглоб збільшений, болючий при пальпації, рухи в ньому обмежені. Проба Манту з 2 ТО - папула 23 мм. У легенях вогнищеві тіні посиленою інтенсивності. Який попередній діагноз?  
 А. Посттравматичний артрит  
 В. Пухлина колінного суглоба  
 С. Ревматоїдний артрит  
 Д. Хронічний остеоартрит  
 Е. Туберкульозний гоніт

**Тема 12. Загальні принципи лікування. Антимікобактеріальні препарати. Стандартні режими лікування хворих на туберкульоз. Конкретні цілі:**

- Тракувати основні принципи лікування хворих на туберкульоз
- Визначати критерії вилікування хворих на туберкульоз
- Визначати схеми антимікобактеріальної терапії залежно від категорії лікування
- Діагностувати побічні дії проти туберкульозних препаратів та визначати заходи їх профілактики

### Контрольні питання:

1. Основні принципи лікування хворих на туберкульоз.
2. Етапність лікування хворих на туберкульоз.
3. Принципи розподілу хворих туберкульозом на категорії.
4. Категорії хворих при лікуванні туберкульозу легень.
5. Групи медикаментів, що застосовуються при лікуванні туберкульозу легень і плеври.
6. 5 основних груп протитуберкульозних препаратів, що застосовуються для лікування туберкульозу.
7. Лікування хворих за категорією 1.
8. Лікування хворих за категорією 2.
9. Лікування хворих за категорією 3.
10. Лікування хворих за категорією 4.
11. Методи введення протитуберкульозних препаратів при лікуванні туберкульозу легень.
12. Класифікація побічної дії протитуберкульозних препаратів.
13. Основні побічні дії препаратів 1 групи.
14. Основні побічні дії препаратів 2 групи.
15. Основні побічні дії препаратів 3 групи.
16. Основні побічні дії препаратів 4 групи.
17. Стійкість мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів.
18. Види резистентності.
19. Причини розвитку резистентності мікобактерій до протитуберкульозних препаратів.
20. Поняття мультирезистентного туберкульозу.
21. Особливості клінічних проявів мультирезистентного туберкульозу.
22. Причини поширення мультирезистентного туберкульозу серед населення.
23. Протитуберкульозні препарати, які використовують для лікування резистентних форм туберкульозу.
24. Особливості лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз.
25. Хірургічне лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз.

### Тести:

1. У хворого Н. 40-ка років при обстеженні було виявлено вперше діагностований туберкульоз верхньої частки правої легені (казеозна пневмонія), Дестр+, МБТ+, М+, К 0, Резист 0, Гіст 0. За якою категорією Ви будете лікувати хворого?

- A. I
- B. II
- C. III
- D. IV
- E. V

2. Хворий Я., 30-ти років, був госпіталізований у протитуберкульозний диспансер у зв'язку з ВДТБ верхніх часток обох легень (дисемінований) Дестр- (фаза інфільтрації), МБТ-, М-, К0, Резист 0, Гіст 0, Кат.1. Наступного після госпіталізації дня у хворого з'явилося кровохаркання. Який, на Вашу думку, провідний патогенетичний чинник виникнення кровохаркання у хворого?

- A. Зниження згортваності крові
- B. Порушення цілісності судинної стінки

С. Порушення кровообігу в легенях

Д. Підвищена проникливість кровоносних судин легень

Е. Підвищення фібринолітичної активності крові

3. Хворий К. 43 років, знаходився на лікуванні з приводу вперше діагностованого туберкульозу верхніх часток обох легень (казеозна пневмонія, фаза обсіменіння), Дестр+, МБТ+, М+, К+, Резист+ (S, H, R) протягом 16 місяців. Зараз стан задовільний. Яка еволюція зустрічається найчастіше при консервативному лікуванні казеозної пневмонії?

А. Обмежені фіброзно-вогнищеві зміни

В. Цироз

С. Індуративне поле (фіброзні зміни)

Д. Фіброзно-кавернозний туберкульоз

Е. Бульозно-дистрофічні зміни

4. Пацієнт С., 60 років, хворіє на туберкульоз легень понад 10 років. Госпіталізований до протитуберкульозного диспансеру зі скаргами на легеневу кровотечу. Стан середньої тяжкості, виражена задишка. Частота дихання 22 за 1 хв. У легенях над всією поверхнею багато різноманітних хрипів. Пульс 90 за 1 хв. Тони серця приглушені. АТ 100 і 60 мм рт. ст. Печінка збільшена на 3 см, болісна. На рентгенограмі ОГК у верхній частці правої легені каверна розміром 3×4 см з товстими стінками. Навколо неї виражені фіброзні зміни. Верхня частка справа зменшена в об'ємі. В нижньо-латеральному відділі справа ознаки емфіземи. На всьому протязі лівої легені та в нижньому відділі справа виявляються множинні вогнищеві тіні високої інтенсивності. Тінь середостіння зміщена праворуч. У харкотинні методом прямої мікроскопії мазка виявлено кислотостійкі палички. Хворому встановлено діагноз: ХТБ верхньої частки правої легені (фіброзно-кавернозний), Дестр+, МБТ+, М+, К+, Резист-, Гіст0, Кат. 4, легенева кровотеча. Який із наведених чинників патогенезу легеневої кровотечі є провідним у хворого?

А. Розрив кровоносної судини в стінці каверни внаслідок підвищеного тиску в малому колі кровообігу

В. Підвищена проникливість стінок кровоносних судин легень

С. Зниження згортuvanості крові

Д. Підвищення фібринолітичної системи крові

Е. Внутрішньосудинне тромбоутворення

5. Хвору А. 18-ти років госпіталізовано протитуберкульозний диспансер з діагнозом казеозної пневмонії. Діагноз було встановлено за даними комплексного обстеження пацієнтки, в тому числі, рентгенологічного дослідження. На оглядовій рентгенограмі ОГК виявлено патологію у верхній частці правої легені. Які результати рентгенологічного дослідження, із наведених, найвластивіші для казеозної пневмонії?

А. Верхня частка легені гомогенно затемнена, нижня межа чітка, легеня зменшена, середостіння зміщене в бік ураження

В. Верхня частка легені зменшена в об'ємі, негомогенно затемнена, міжчасткова плевра чітко визначається на рівні 2-го міжребер'я

С. Верхня частка легені негомогенно затемнена, з множинними ділянками просвітлення, у нижній частці легені виявляються вогнищеві тіні

Д. Верхня частка легені затемнена, нижня межа чітка, випукла. Затемнення інтенсивне, гомогенне

Е. Верхня частка легені зниженої прозорості за рахунок гомогенного затемнення малої інтенсивності, нижня межа якою чітка

6. Уночі лікар швидкої допомоги привіз до протитуберкульозного диспансеру хворого з легеневою кровотечею. Встановлено, що він хворіє на фіброзно-кавернозний туберкульоз 6 років. Лікується нерегулярно. Крім того, у хворого виразкова хвороба шлунка, яку також він не лікує. Зловживає алкоголем. Напередодні кровотечі хворий випив 0,5 л спиртного. Стан середньої тяжкості. У момент обстеження спльовував чисте харкотиння, без прожилок крові. У легенях по всій поверхні вислуховуються різноманітні сухі хрипи. Живіт м'який, різко болючий в епігастральній області. Ранком стан хворого без суттєвих змін. Кровотечі та кровохаркання ані в ночі, ані зранку не було. Запідозрено шлункову кровотечу. Які ознаки, із наведених нижче, дали можливість виключити легеневу кровотечу?

А. Наявність виразкової хвороби і різкий біль в епігастральній ділянці

В. Зловживання алкоголем напередодні кровотечі

С. Відсутність прожилок крові в харкотинні

Д. Відсутність вологих хрипів в легенях

Е. Відсутність в анамнезі легеневої кровотечі

7. Хворий С. 29-ти років поступив у клініку для диференційної діагностики казеозної пневмонії з плевропневмонією. Стан хворого тяжкий. Виражені загальноінтоксикаційний та бронхо-легенево-плевральний синдроми. У верхніх ділянках легень велика кількість різного калібру вологих хрипів. При дослідженні харкотиння методом прямої мікроскопії МБТ не знайдені. Зроблено гемограму. Які показники гемограми, із наведених, найхарактерніші для казеозної пневмонії?

А. НЬ-130 г/л, ер.- 3,5·10<sup>12</sup>/л, лейкоц.- 14·10<sup>9</sup>/л, е-2%, п-6%, с-67%, л-20%, м-5%, ШОЕ – 45 мм/год

В. НЬ-100 г/л, ер.-3,0·10<sup>12</sup>/л, лейкоц.-12·10<sup>9</sup>/л, е-5%, п-10%, с-65%, л-16%, м -4%, ШОЕ – 25 мм/год

С. НЬ-80 г/л, ер.- 2,8·10<sup>12</sup>/л, лейкоц.- 20·10<sup>9</sup>/л, е-0%, п-12%, с-75%, л-10%, м -3%, ШОЕ – 60 мм/год

Д. НЬ-100 г/л, ер.- 4,5·10<sup>12</sup>/л, лейкоц.- 30·10<sup>9</sup>/л, е- 4%, п-16%, с-62%, л-16%, м-2%, ШОЕ – 35 мм/год

Е. НЬ-95 г/л, ер.- 3,1·10<sup>12</sup>/л, лейкоц.-10·10<sup>9</sup>/л, е- 3%, п-6%, с-63%, л-28%, м-3%, ШОЕ – 8 мм/год

8. Хворий Б.18-ти років знаходиться в туберкульозній лікарні протягом 6 місяців з приводу ВДТБ верхніх часток обох легень (дисемінований), Дестр+ (фаза інфільтрації), МБТ+, М+, К+, Резист -, Гіст 0, Кат.1. Три місяці тому на фоні антибіотикотерапії у хворого виникла легенева кровотеча, яка неодноразово повторювалась, не зважаючи на проведення інтенсивної гемостатичної терапії. Стало питання про хірургічне втручання, але не з'ясовано, на якій легені оперувати (у хворого деструкції у верхніх частках обох легень). Яке дообстеження необхідно зробити для уточнення локалізації кровотечі при двобічному деструктивному туберкульозі легень?

А. Зробити ангиографію

В. Зробити рентгенологічне дообстеження з метою виявлення рідини в порожнині

С. Зробити бронхоскопію

Д. Ретельно вислухати хворого під час кровотечі

Е. Ретельно опитати хворого, в якому боці грудної клітини він відчував почуття жару та клокотання під час кровотечі

9. У хворого Н. 38-ми років запідозрили казеозну пневмонію і направили на консультацію до фтизіатра. При дообстеженні в протитуберкульозному диспансері у лікаря виник сумнів щодо попереднього діагнозу. З яким захворюванням найчастіше доводиться проводити диференційну діагностику казеозної пневмонії?

А. Крупозною пневмонією

В. Осумкованим плевритом

С. Новоутворенням легені

Д. Цирозом легені

Е. Ателектазом легені

10. У хворій Б. 16-ти років серед повного здоров'я вночі виникла легенева кровотеча. Одноразово відкашляла близько 200 мл крові. Лікар швидкої допомоги доставив пацієнтку в лікарню. Який мінімальний обсяг обстеження необхідно зробити хворій з метою з'ясування причини кровотечі?

А. Ретельний збір скарг та їх аналіз, повне об'єктивне обстеження хворій

В. Аналіз крові, харкотиння, електрокардіографію

С. Оглядові пряму та бокову рентгенограми грудної клітки

Д. Бронхоскопію

Е. Все наведене

**Тема 13. Неспецифічна терапія хворих на туберкульоз (гігієно-дієтичний режим, патогенетичне, симптоматичне лікування). Хірургічне лікування. Санаторно-курортне лікування.**

**Конкретні цілі:**

- Визначати покази до хірургічного лікування хворих на туберкульоз;
- Визначати покази до санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз;
- Визначати покази до фізіотерапевтичного лікування хворих на туберкульоз;

**Контрольні питання:**

1. Гігієно-дієтичний режим хворих на туберкульоз.
2. Основні групи препаратів патогенетичної, симптоматичної терапії хворих на туберкульоз в інтенсивній та підтримуючій фазах лікування.
3. Фізіотерапевтичні методи лікування хворих на туберкульоз.
4. Показання до оперативного лікування хворих на туберкульоз легень та плеври.
5. Основні види оперативного втручання на легенях та плеврі.
6. Колапсотерапевтичні методи лікування хворих на туберкульоз легень.
7. Лабораторний та рентгенологічний контроль за станом хворих на туберкульоз органів дихання в процесі їх лікування.
8. Санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз.
9. Критерії вилікування хворих на туберкульоз.
10. Види за живлення туберкульозу легень.
11. Поняття про реактивацію туберкульозу легень.
12. Поняття про рецидив туберкульозу легень.
13. Експертиза працездатності хворих на туберкульоз.
14. Завдання протитуберкульозного диспансеру.
15. Раннє, своєчасне та пізнє виявлення туберкульозу органів дихання.

**Тести:**

1. Хворий П. 62-х років страждає на циротичний туберкульоз легенів, який часто ускладнюється кровохарканням та легеневою кровотечею. Останній раз, з приводу якого хворого машиною швидкої допомоги було доставлено в лікарню, у нього виділилося 500 мл крові. У момент кровотечі АТ був 100 і 60 мм рт.ст. З'ясуйте ступінь легеневої кровотечі у хворого?

- А. I ступінь
- В. III ступінь
- С. II ступінь
- Д. IV ступінь
- Е. Профузна кровотеча

2. Хвора Б. 56-ти років приїхала на консультацію до фтизіатра з підозрою на казеозну пневмонію. Захворіла 3 тижні тому. Захворювання почалося гостро: увечері піднялася температура тіла до 39,2° С, з'явилися головний біль, слабкість, пітливість. Вранці звернулася до лікаря, який призначив протизапальні лікарські засоби. Хвора приймала їх вдома регулярно. Стан залишався тяжким: температура увесь час 39° С, приєднався кашель із харкотинням із домішками яскраво-червоної крові. Пацієнтку з підозрою на туберкульоз направлено до протитуберкульозного диспансеру. При обстеженні стан хворої тяжкий, температура тіла 39,6° С, бліда, рум'янець на щоках, ЧД 22 за 1 хв., пульс 110 за 1 хв.. Над легенями притуплення перкуторного звуку справа зверху до IV ребра, при аускультатії там же велика кількість різного калібру хрипів. На рентгенограмі ОГК – масивне негомogene з затемнення верхньої частки правої легені. Необхідно провести диференційну діагностику між казеозною та крупозною пневмоніями. Які, на Вашу думку, скарги та дані фізичного обстеження мали б свідчити на користь казеозної пневмонії?

- А. Блідість шкіри, рум'янець на щоках, постійна висока температура тіла, виділення іржавого харкотиння, крепітація у легенях
- В. Блідість шкіри, гектична температура тіла, відхаркування яскраво-червоної крові, чисельні вологі хрипи у легенях

- С. Блідо-сіра шкіра, рум'янець на щоках, інтермітуюча температура тіла, у харкотинні прожилки крові, локальні сухі хрипи в легенях
- Д. Шкіра волога, бліда, ціаноз кінцівок, температура тіла постійно висока, харкотиння рожевого кольору, розсіяні сухі хрипи в легенях
- Е. Шкіра холодна, волога, бліда, температура тіла фебрильна, чисельні вологі хрипи в легенях
3. Хворий К. 23-х років, студент, госпіталізований у протитуберкульозний диспансер у тяжкому стані. Скарги на лихоманку, задуху, кашель, слабкість. Захворювання почалося зі слабкості, пітливості, субфебрильної температури. За медичною допомогою не звертався, лікувався народними методами. Але стан здоров'я весь час погіршувався, температура тіла зросла до 39° С, посилилися слабкість, пітливість, схуд. Протягом місяця знаходився в терапевтичному відділенні з приводу позашпитальної пневмонії. Лікування без ефекту. При дослідженні харкотиння методом прямої мікроскопії знайдено кислотостійкі палички. При обстеженні стан тяжкий, кахексія. Шкіра бліда, дрябла. Частота дихання 24 за 1 хв. При перкусії вкорочення перкуторного звуку у верхніх ділянках обох легень, там же жорстке дихання і множинні різного калібру вологі хрипи. Пульс 98 ударів за 1 хв. Тони серця приглушені. Живіт м'який, безболісний. В аналізі крові: Нв-92 г/л, ер.-2,6 Т/л, лейкоц.-20 Г/л, ШОЕ – 50 мм/год. На оглядовій рентгенограмі легень: верхні ділянки обох легень затемнені, чітко виявляється міжчасткова плевра справа. Тіні високої інтенсивності, неомогенні. На їх тлі виявляються множинні просвітлення. В нижній частці справа множинні вогнищеві тіні. Яка, на Вашу думку, найвірогідніша форма туберкульозу легень у хворого?
- А. Дисемінований туберкульоз
- В. Міліарний туберкульоз
- С. Казеозна пневмонія
- Д. Фіброзно-кавернозний туберкульоз
- Е. Інфільтративний туберкульоз
4. У хворого К. 36-ти років ранком відбулося кровохаркання. При патології яких органів найчастіше бувають виділення крові із ротової порожнини?
- А. Печінки
- В. Серцево-судинної системи
- С. Шлунково-кишкового тракту
- Д. Органів дихання
- Е. Системи крові
5. У хворій С. 43-х років уночі почалася легенева кровотеча. Раніше нічим не хворіла, була здоровою жінкою. Чоловік хворій звернувся до сусіда (лікаря загальної практики) за допомогою. Пацієнтка збуджена, перелякана. Постійно відкашлювала кров'яне харкотиння. Дихання не змінено, частота дихальних рухів 18 за 1 хв. Пульс 96 за 1 хв., нормального наповнення. Яку допомогу міг надати лікар, за умови, що у нього немає результатів ніяких методів обстеження хворій та ін'єкційних лікарських засобів?
- А. Заспокоїти хвору, дати випити седативні засоби
- В. Укласти горизонтально. Покласти грілку з холодною водою на грудну клітку, накласти джгути на нижні кінцівки
- С. Надати хворій напівсидяче положення в ліжку, дати випити седативні засоби, накласти джгути на нижні кінцівки
- Д. Дати протикашльові препарати, випити льоду, гіпертонічний розчин кухонної солі
- Е. Викликати швидку допомогу
6. Лікар швидкої допомоги приїхав по виклику до хворого на туберкульоз легень у зв'язку з легеневою кровотечею. Пацієнт скаржиться на виділення понад 100 мл яскраво-червоної крові з ротової порожнини після приступу кашлю. Пульс 80 за 1 хв., АТ 100 і 70 мм рт. ст., тони серця чисті, нормальної звучності, частота дихальних рухів 18 за 1 хв.. Справа в надключичній ділянці фокус вологих хрипів. Яку невідкладну допомогу має надати лікар швидкої в даному випадку?
- А. Ввести сульфокамфокаїн, кальцію хлорид, ганглерон або пентамін
- В. Накласти джгути на кінцівки, ввести вікасол, кальцію хлорид
- С. Ввести еуфілін, пентамін, вікасол, вітамін С

- Д. Накласти джгути на кінцівки, ввести сульфокамфокаїн з атропіном, еуфілін
- Е. Накласти джгути на кінцівки, ввести вікасол, кальцію хлорид, інгаляції кисню 2
7. В клініку ЛОР-хвороб був запрошений лікар-фтизіатр у зв'язку з тим, що у пацієнта з'явилася легенева кровотеча. При бесіді з хворим лікар з'ясував, що після обіду пацієнт ліг відпочити, заснув, а коли прокинувся, то на подушці побачив кров. Фтизіатр виключив наявність легеневої кровотечі. Які ознаки, із наведених, найхарактерніші для легеневої кровотечі?
- А. Виділення свіжої крові при відхаркуванні
- В. Виділення яскраво-червоної пінистої крові під час кашлю
- С. Виділення крові темного кольору під час кашлю
- Д. Виділення зранку харкотиння і слини яскраво-червоного кольору
- Е. Виділення крові темного кольору під час блювання
8. Хворий Ц. 35-ти років протягом 5 місяців знаходиться в туберкульозній лікарні з приводу ВДТБ верхньої частки правої легені (інфільтративний) Дестр+, МБТ+, М+, К+, Резист + (S,H,R). Вночі у нього виникла легенева кровотеча. Хворий виділив близько 1 л крові, втратив свідомість. АТ 70 та 50 мм. рт. ст., Нв – 50 г/л. З чого треба починати невідкладні заходи в даному разі?
- А. Натерти скроні нашатирним спиртом, ввести коргліконт внутрішньовенно, перелити кров
- В. Укласти хворого горизонтально, ввести кордіамін підшкірно
- С. Штучний масаж серця, штучне дихання, ввести сульфокамфокаїн
- Д. Звільнити дихальні шляхи від крові, інгаляції кисню
- Е. Опустити головний кінець тулуба, ввести серцеві засоби, лобелін, інгаляції кисню
9. Хвора М. 48-ми років скаржиться на підвищену температуру тіла, слабкість, зниження працездатності. Протягом двох тижнів займалася самолікуванням, але стан здоров'я весь час погіршувався, з'явилася легенева кровотеча, звернулася до лікаря. Після обстеження було виставлено діагноз: ВДТБ верхньої частки лівої легені (інфільтративний), Дестр+, МБТ+, М+, К0, Резист 0, Гіст 0, Кат.1, легенева кровотеча. Який патогенез легеневої кровотечі у хворої найімовірніший?
- А. Підвищена проникливість кровоносних судин легень
- В. Зниження згортваності крові
- С. Ерозія стінок судин в зоні деструкції
- Д. Підвищений тиск в системі малого кола кровообігу
- Е. Все разом
10. Пацієнт 47-ми років. Хворіє на циротичний туберкульоз легень протягом 7 років. Під час проведення хворому чергового курсу лікування в аналізі крові було виявлено лейкоцитоз –  $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , еозинофілію – 10%, підвищення ШОЕ – 30 мм/год. Після закінчення основного курсу лікування в аналізі крові продовжують визначатися еозинофілія та підвищена ШОЕ, приєдналася диспротеїнемія. В аналізі сечі з'явилася протеїнурія, незначна гематурія. Ознак загострення туберкульозного процесу в легенях немає. Про розвиток якого ускладнення слід думати?
- А. Гострий нефрит
- В. Амілоїдоз
- С. Хронічне легеневе серце
- Д. Генералізація туберкульозної інфекції з ураженням нирок
- Е. Токсикоалергічна реакція

**Тема 14. Профілактика туберкульозу: інфекційний контроль, соціальна, первинна, вторинна. Робота в осередку туберкульозної інфекції. Характеристика джерела туберкульозної інфекції.**

**Конкретні цілі:**

- Аналізувати профілактику ТБ;
- Визначити епідеміологічну небезпечність осередку ТБ інфекції;
- Використовувати комплекс профілактичних заходів в осередках ТБ інфекції.

**Контрольні питання:**



1. Перелік протитуберкульозних закладів. Їх взаємодія з іншими медичними установами.
2. Групи осіб диспансерного спостереження.
3. Які хворі відносяться до групи бактеріовиділювачів?
4. Шляхи своєчасного виявлення туберкульозу органів дихання у дорослих і дітей.
5. Критерії якості виявлення туберкульозу органів дихання за своєчасністю.
6. Охарактеризуйте поняття раннього виявлення туберкульозу.
7. Які форми туберкульозу є своєчасно виявленими?
8. Які форми туберкульозу є несвоєчасно виявленими?
9. Пізнє виявлення туберкульозу.
10. Які види профілактичних заходів застосовуються в роботі протитуберкульозних закладів?
11. Що таке санітарна профілактика туберкульозу?
12. Дати характеристику епідемічного середовища. Групи середовищ туберкульозної інфекції.
13. Як поділяють бактеріовиділення за кількісною характеристикою мікобактерій?
14. Як поділяють дезінфекційні заходи та їх застосування?
15. Які дезінфекційні засоби використовують при проведенні дезінфекційних заходів?
16. Сфера застосування стандарту інфекційного контролю за туберкульозом.
17. Компоненти інфекційного контролю.
18. Складові частини адміністративного контролю.
19. Що включає контроль за станом повітря закритих приміщень?
20. Види вентиляції.

#### Тести:

1. Пацієнта 45-ти років було госпіталізовано у протитуберкульозний диспансер із вперше виявленим інфільтративним туберкульозом нижньої частки правої легені з деструкцією та бактеріовиділенням для лікування. З 32-х років хворий страждає на цукровий діабет I типу, інсулінзалежний. На момент госпіталізації пацієнта були симптоми декомпенсації цукрового діабету на тлі вираженої туберкульозної інтоксикації. Яку дієту треба призначити хворому?
  - A. № 5
  - B. № 8
  - C. № 11
  - D. № 9
  - E. № 15
2. Хворий 44-х років знаходиться 4 місяці на стаціонарному лікуванні з приводу інфільтративного туберкульозу S6 правої легені у фазі розпаду та обсіменіння. Захворювання супроводжувалося бактеріовиділенням та кровохарканням. На тлі лікування бактеріовиділення припинилося. Відмічається часткове розсмоктування інфільтрації легеневої тканини, але порожнина залишається до 4 см у діаметрі. Кровохаркання часто повторюється. Хворому було накладено штучний пневмоперітонеум. Визначте, з якою метою накладено пневмоперітонеум.
  - A. Для стимуляції подальшого розсмоктування інфільтрації у легені
  - B. Сприяє ущільненню вогнищевих тіней
  - C. Для стимуляції загоєння порожнини розпаду
  - D. Досягненню всього наведеного сприяє штучний пневмоперітонеум
  - E. Сприяє припиненню кровохаркання
3. Хворий 29-ти років знаходиться на лікуванні у протитуберкульозному диспансері з діагнозом: ВДТБ верхньої частки лівої легені (вогнищевий), Дестр. – (фаза інфільтрації), МБТ-, М-, К-, Резист 0, Гіст.0, Кат.3. Призначена протитуберкульозна терапія 4-ма протитуберкульозними препаратами (ізоніазид, стрептоміцин, етамбутол, рифампіцин). Яка тривалість інтенсивної фази лікування у даного хворого?
  - A. 1 місяць
  - B. 2 місяці

- С. 3 місяці  
 Д. 4 місяці  
 Е. 6 місяців
4. Жінка 38-ми років хворіє на туберкульоз протягом 2-х років. Сформувався фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені зі схильністю до прогресування. У тяжкому стані, із явищами туберкульозної інтоксикації та кахексії, пацієнтку госпіталізовано в туберкульозну лікарню. Яку дієту слід призначити хворій?  
 А. № 5  
 В. № 8  
 С. № 11  
 Д. № 9  
 Е. № 15
5. Хворий 23-х років знаходиться на лікуванні у протитуберкульозному диспансері з діагнозом: ВДТБ верхньої частки лівої легені (вогнищевий, фаза інфільтрації), Дестр. -, МБТ-, М-, К-, Резист. 0, Гіст.0, Кат. 3, Ког. 1 (2008), ДН 0 ст. Які фази лікування слід провести хворому згідно сучасним вимогам?  
 А. Інтенсивну фазу та фазу продовження лікування  
 В. Фазу безперервного прийому протитуберкульозних препаратів та інтермітуючу фазу  
 С. Стаціонарну фазу та фазу амбулаторного долікування  
 Д. Фазу комплексної протитуберкульозної терапії та фазу комбінованого лікування  
 Е. Фазу активного лікування та фазу профілактичного лікування
6. Хворий 35-ти років знаходиться на лікуванні у протитуберкульозному диспансері з діагнозом: ВДТБ верхньої частки лівої легені (інфільтративний), Дестр- (фаза обсіменіння), МБТ-, М-, К-, Резист 0, Кат.1. Пацієнту завершено інтенсивну фазу лікування та розпочато фазу продовження. Якою має бути тривалість лікування у фазі продовження?  
 А. 1 місяць  
 В. 2 місяці  
 С. 3 місяці  
 Д. 4 місяці  
 Е. 6 місяців
7. Хворий 54-х років страждає на цукровий діабет II типу, інсуліннезалежний. Відтепер у стадії субкомпенсації. При черговому флюорографічному профілактичному огляді у хворого виявлено інфільтративний туберкульоз нижньої частки правої легені з деструкцією та бактеріовиділенням. Раніше на туберкульоз не хворів. Пацієнта було госпіталізовано у протитуберкульозний диспансер для лікування. Яку дієту слід призначити цьому хворому?  
 А. № 5  
 В. № 8  
 С. № 11  
 Д. № 9  
 Е. № 15 2
8. Хворий 30-ти років знаходиться на лікуванні у протитуберкульозному диспансері з діагнозом: ВДТБ верхньої частки правої легені (вогнищевий), Дестр.- (фаза інфільтрації), МБТ-, М-, К-, Резист-, Гіст0. До якої категорії лікування слід віднести хворого?  
 А. До першої  
 В. До другої  
 С. До третьої  
 Д. До четвертої  
 Е. До п'ятої
9. Хворий 58-ми років знаходиться на лікуванні у протитуберкульозному диспансері з діагнозом: ВДТБ верхньої частки правої легені (вогнищевий), Дестр- (фаза інфільтрації), МБТ-, М-, К-, Резист-, Гіст0, Кат.3. Хворий має вагу 96 кг. Визначте, якою має бути добова доза та кратність прийому ізоніазиду для даного хворого?  
 А. 0,3 г одноразово  
 В. 3,0 г три рази на добу  
 С. 0,6 г одноразово

Д. 0,9 г три рази на добу

Е. 1,0 г дворазово

10. Жінка 24-х років із вперше діагностованим ексудативним плевритом туберкульозної етіології знаходиться на лікуванні у протитуберкульозному диспансері. При обстеженні в клінічному аналізі крові виявлено: Нв-118 г/л, лейк. –  $10,2 \cdot 10^9$ /л, п -7%, с-62%, л-23%, е-0%, м-8%, ШОЕ-32 мм/год. На рентгенограмі ОГК у нижній частині лівої легені визначається інтенсивне, гомогенне затемнення із верхньою косою лінією. Реакція на туберкулін за пробою Манту з 2 ТО – папула 18 мм. Що доцільно призначити хворій з метою припинення накопичення ексудату на початку лікування у комплексній протитуберкульозній терапії?

А. Нестероїдні протизапальні препарати

В. Біогенні стимулятори

С. Туберкулін

Д. Глюкокортикостероїди

Е. Імуностимулятори

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

### *Основна література:*

1. Фтизіатрія: нац. підруч. / В.І.Петренко, Л.Д.Тодоріко, Л.А.Гришук та ін.; за ред. В.І.Петренка. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 472 с.

2. Фтизіатрія. Підручник/ За ред. В.І. Петренка.- Вінниця: Нова книга.- 2006.- 504 с.

3. Фтизіатрія (навчальний посібник) За ред. В.П.Мельника, І.Г. Ільницького – Київ – Львів:2008.- 304 с.

4. Фтизіатрія .Підручник для студентів медичних вузів / За ред. проф. Мельника.- Київ:Софія-А. 2008.-296 с.

5. Підручник “Туберкульоз” за ред. проф. І.Т. П’ятночка.- Тернопіль: Укрмедкнига.- 2005. –280 с.

6.Бліхар Є. Фтизіатрія: Підручник.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2002.- 372 с.

7. Савула М.М., Ладний О.Я. Туберкульоз.- Тернопіль: Укрмедкнига, 1998.-324.

8. Фтизіатрія: Навчальний посібник українською та англійською мовами / І.Т.П’ятночка, С.І.Корнага, В.І.П’ятночка.- Тернопіль: Укрмедкнига, 2002.- 260 с.

9.Мультимедійний лазерний компакт-диск «Фтизіатрія», 2000.

10. Фтизіатрія (збірник завдань для тестового контролю знань) за ред. В.М. Москаленка, В.І. Петренка. Вінниця: Нова книга.- 2005.- 246 с.

### *Допоміжна література:*

1. Диференціальна діагностика вогнищевих процесів у фтизіопульмонології: навч. посіб. / І.Д.Дужий.-Суми:Вид-во СумДУ, 2009.- 259 с.

2. Дужий, І.Д. Диференціальна діагностика інфільтративних процесів у фтизіопульмонології [Текст] : навч. посіб. / І.Д. Дужий. - Суми : СумДУ, 2010. - 236 с.

3. Дужий, І.Д. Диференціальна діагностика дисемінованих процесів у фтизіопульмонології [Текст]: навч. посіб. / І.Д. Дужий. - Суми: СумДУ, 2013. - 253 с.

4. Дужий, І.Д. Диференціальна діагностика кулястих утворень у фтизіопульмонології [Текст]: навч. посіб. / І.Д. Дужий. - Суми: СумДУ, 2011. - 327 с.
5. Фтизіатрія: навчально-методичний посібник. Збірник завдань для тестового контролю знань / За ред. В.Ф.Москаленка, В.І.Петренка.- Вінниця:Нова книга, 2005.-296 с.
6. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія К.: Здоров'я, 2000.-384 с.
7. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври. К.: Здоров'я.- Суми:ВАТ "СОД" ,2003.-360 с.
8. Пульмонологія та фтизіатрія: Підручник: у 2-х т./За ред.. Ю.І. Феценка, В.П. Мельника, І.Г. Ільницького.- Київ, Львів:Атлас,2009.- 1336 с.
9. Феценко Ю.І., Мельник В.П., Турченко Л.В., Лірник С.В. Туберкульоз: організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Виробниче видання] – К.: Здоров'я, 2010.- 448 с.
10. Пульмонологія та фтизіатрія: Національний підручник у 2-х т./За ред.. Ю.І. Феценка, В.П. Мельника, І.Г. Ільницького.- Київ, Львів:Атлас,2011.- 1362 с.
11. Феценко Ю.І., Мельник В.М. Організація контролю за хіміорезистентним туберкульозом. Виробниче видання.- К.: Здоров'я, 2013.- 704 с.
12. Фтизіатрія: навчально-методичний посібник. Збірник завдань для тестового контролю знань / За ред. В.Ф. Москаленка, В.І. Петренка. - Вінниця: Нова книга, 2005.- 296с.
13. Туберкульоз / За ред. проф. Асмолова О.К. – Одеса, 2002. –275 с.
14. 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.
15. Савула М.М., Ладний О.Я., Кравченко Н.С., Сливка Ю.І. Диференціальна діагностика захворювань легень і плеври. Тернопіль: “Укрмедкнига”, 2000. – 223с.
16. Перельман М.И., Корякин В.А., Богадельникова И.В. – Фтизиатрия: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. –М.: ОАО “Издательство “Медицина”, 2004. – 520 с.