

ступінь активності специфічного запального процесу, та загалом лише третина випадків характеризується низьким ступенем активності, що клінічно відповідає критеріям вилікуваного туберкульозу.

Зміни клініко-анатомічних форм ТБ легень на тлі антимікобактеріальної терапії відображують сучасний медичний патоморфоз специфічного запального процесу та слугують підґрунтям до її удосконалення.

**Укладачі:** Ліскіна І. В., д-р мед. наук, старш. наук. співроб., зав. лабораторії патоморфології; Мельник О. О., канд. біол. наук, старш. наук. співроб.; Загаба Л. М., канд. мед. наук, наук. співроб., Козикіна А. О., мол. наук. співроб. (ННЦ ФПА НАМНУ).

**Рецензенти:**

Терешкович О. В., медичний директор ННЦ ФПА НАМНУ, д-р мед. наук;

Ніколаєва О. Д., доцентка кафедри респіраторної медицини та фтизіопульмонології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, канд. мед. наук.

**Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:**

акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф. Ю. І. Феценко

**Голова експертної комісії:** д-р мед. наук, проф. І. А. Калабуха

**Відповідальний за випуск:**

Державна установа “Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України”, 03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: [secretar@ifp.kiev.ua](mailto:secretar@ifp.kiev.ua)

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Державна установа

“Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології

та алергології імені Ф. Г. Яновського

Національної академії медичних наук України”

(ННЦ ФПА НАМНУ)

УДК 616.24-002.5-091-089

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Вченою радою Державної установи  
«Національний науковий центр фтизіатрії,

пульмонології та алергології

імені Ф. Г. Яновського НАМН України»,

протокол № 5

від «19» травня 2026 р.

**СУЧАСНІ ВАРІАНТИ МЕДИЧНОГО ПАТОМОРФОЗУ  
КЛІНІКО-АНАТОМІЧНИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ  
ЗА ОПЕРАЦІЙНИМ МАТЕРІАЛОМ**

(інформаційний лист)

**Київ 2026**

*Для впровадження в практику патоморфологічних лабораторій та відділень патологічної анатомії медичних закладів фтизіо-пульмонологічного профілю пропонується схема змін найбільш розповсюджених клініко-анатомічних форм туберкульозу (ТБ) легень за операційним матеріалом, на тлі антимікобактеріальної терапії, що розроблена та апробована в лабораторії патоморфології ННЦ ФПА НАМНУ, суть якої полягає у макроскопічному та мікроскопічному дослідженні резектатів легень, із застосуванням традиційного гістологічного дослідження, та з урахуванням анамнестичних даних щодо клінічної форми легеневого ТБ, яка була встановлена на час діагностики на початку лікування захворювання. Застосування схеми дозволяє уточнити та розширити сучасні уявлення щодо патологоанатомічної характеристики перебігу різних клініко-анатомічних форм ТБ на тлі антимікобактеріальної терапії.*

Дана розробка пропонується вперше, аналоги відсутні.

Схема, що пропонується, враховує традиційні класичні уявлення щодо форм-фаз перебігу вторинного ТБ легень дорослих.

Відомо, що найбільш раннім ураженням легень є гострий осередковий ТБ. В подальшому він може трансформуватися у фіброзно-осередковий ТБ, в осередки Ашофа-Пуля та інфільтративний ТБ. В свою чергу, інфільтративна форма може змінюватися у туберкульому, гострий кавернозний ТБ або казеозну пневмонію. Найбільш несприятливим результатом прогресування кавернозних варіантів є розвиток циротичного ТБ. Окремо розглядається гематогенний ТБ, як відтермінована післяпервинна форма. Найбільш частим його клінічним варіантом є дисемінований ТБ легень дорослих.

У сучасних умовах клініки на етапі діагностики ТБ найчастіше визначають інфільтративну або дисеміновану форми ТБ, з призначенням відповідного лікування. У 2-5 разів рідше діагностують вогнищевий або туберкульоми. Інші форми легеневого ТБ діагностують в поодиноких випадках.

Хірургічне лікування ТБ проводиться в середньому через 4-6 місяців антимікобактеріальної терапії.

Патолого-анатомічне дослідження резектатів легень при різних формах ТБ легень із застосуванням традиційного гістологічного дослідження дозволило встановити наступне.

Інфільтративна форма ТБ вірогідно частіше трансформується у туберкульоми, в незначній кількості – у фіброзно-вогнищевий ТБ та фіброзно-кавернозний туберкульоз (ФКТ). Остання форма вважається несприятливим перебігом ТБ, оскільки є формою-фазою подальшого розвитку специфічного запалення.

Дисемінований ТБ легень також вірогідно частіше трансформується у туберкульоми, в незначній кількості – у фіброзно-вогнищевий ТБ. У поодиноких спостереженнях, не більше 7,0 %, може відбуватися прогресування специфічного запалення та трансформування у ФКТ і циротичний ТБ (випадки неефективного медикаментозного лікування).

У випадках вогнищевого ТБ також найчастіше відбувається формування туберкульоми та у невеликому відсотку випадків – фіброзно-вогнищевого ТБ і великих залишкових змін після перенесеного ТБ.

У разі виявлення на етапі діагностики туберкульоми та її подальшого антимікобактеріального лікування на час оперативного втручання найбільш часто зберігається туберкульома, як така. У поодиноких випадках може спостерігатися фіброзно-вогнищевий ТБ та ФКТ.

У випадках вперше діагностованого ФКТ на тлі медикаментозного лікування не відбувається зміни форми ТБ до оперативного втручання, а приблизно в 20,0 % випадків продовжується прогресування специфічного запалення та розвиток циротичного ТБ.

В середньому у 5,6 % випадків, незалежно від вище згаданих форм ТБ на час діагностики, формуються великі залишкові зміни після перенесеного туберкульозу. Такі зміни є найбільш сприятливим варіантом в результаті застосування антимікобактеріальної терапії та завжди характеризуються морфологічно низьким ступенем активності специфічного запального процесу.

Таким чином, як прояв медичного патоморфозу, найбільш розповсюдженою формою ТБ легень на час оперативних втручань є солітарна або множинні туберкульоми. Поглиблене гістологічне дослідження цих утворень дозволило визначити морфологічно різний