

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

5001 Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни **«Внутрішня медицина»**
для студентів спеціальності 222 *«Медицина»*
денної форми навчання

***Модуль 2. Основи внутрішньої медицини
(кардіологія, ревматологія, нефрологія,
загальні питання внутрішньої медицини,
військова медицина)***

Суми
Сумський державний університет
2021

**Змістовий модуль 1. Основи діагностики, лікування та профілактики
основних хвороб системи кровообігу**

Тема 1. Есенціальна артеріальна гіпертензія

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Артеріальна гіпертензія (АГ), згідно із класифікації, прийнятою ЕТГ, ЄТК (2018), – це підвищення систолічного артеріального тиску (САТ) вище за 140 мм рт.ст. або діастолічного артеріального тиску (ДАК) вище за 90 мм рт.ст., якщо таке підвищення є стабільним і підтверджується при повторних вимірюваннях АТ (не менше 2-3 вимірювань у різні дні впродовж кількох тижнів). Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія) – це підвищений артеріальний тиск (АТ) за відсутності очевидної причини його підвищення.

Кількість хворих АГ в Україні надзвичайно велика і, на жаль, продовжує зростати. Лише 35-40% людей, що мають підвищений АТ, знають про це, тільки 25% від числа обізнаних про наявність у них АГ, приймають будь-які заходи щодо зниження і нормалізації АТ, а ефективно лікуються тільки 12-13%. Виникнення і перебіг АГ тісно пов'язані з наявністю факторів ризику: спадковість, психоемоційні навантаження, куріння, незбалансоване харчування (вживання надмірної кількості солі) надлишкове вживання алкоголю, надмірна маса тіла і малорухомий спосіб життя. Згідно офіційної статистики у 2018 році в Україні зареєстровано 12,3 мільйонів пацієнтів із АГ, що становить близько 31,5% дорослого населення. За даними вітчизняних епідеміологічних досліджень, у кожного п'ятого українця реєструють тяжкий ступінь АГ (АТ $\geq$ 180/90 мм рт.ст.), у 46,7% вона поєднана з супутньою ішемічною хворобою серця, у 17,6% – із цереброваскулярною патологією. В Україні у структурі загальної смертності на частку серцево-судинних захворювань припадає 62,5-63,4%. Близько 75-80% випадків смерті від цих захворювань пов'язані з атеросклеротичними ураженнями кровоносних судин, а саме – з артеріальною гіпертензією (АГ), інфарктом міокарда, інсультом.

Мета заняття

Знати: Визначення. Роль порушень центральних та ниркових механізмів регуляції тиску, ендотеліальної функції та інших факторів. Класифікацію. Клінічні прояви та дані додаткових методів дослідження. Ураження органів-мішеней. Диференційний діагноз. Стратифікацію ризику. Ускладнення. Визначення, ознаки ізольованої систолічної артеріальної гіпертензії. Лікування. Ускладнені та неускладнені гіпертензивні кризи, особливості лікувальної тактики. Первинну і вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на артеріальну гіпертензію;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх

дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; гематокрит, показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: глюкоза, загальний холестерин, холестерин ЛПВЩ, холестерин ЛПНЩ, тригліцериди, сечова кислота, креатинин, натрій, калій, загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін. Клінічне дослідження сечі (білок, глюкоза, сечовий осад). Оцінити ЕКГ-критерії та ехокардіографічні критерії гіпертрофії лівого шлуночка, дані УЗД сонних та стегнових артерій, дані дослідження очного дна (офтальмоскопії), рентгенографії ОГК;

- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- провести диференційну діагностику есенціальної артеріальної гіпертензії із вторинними артеріальними гіпертензіями;
- призначити диференційовану терапію, враховуючи стадію, ступінь, фактори ризику.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Які ланки патогенезу не мають значення при розвитку АГ:

- А. Порушення транспорту Na
- Б. Ендотеліальна дисфункція.
- В. Зниження активності РААС.
- Г. Підвищення активності симпатичної нервової системи.
- Д. Зниження депресорної функції нирок.
- Е. Інсулінорезистентність

2. Якій стадії АГ відповідає наявність у пацієнта при обстеженні наступних показників: Індекс маси лівого шлуночка понад 125 г/м², гіпертрофічне звуження артерій сітківки, мікроальбумінурія?

- А. Стадія I
- Б. Стадія III
- В. Стадія II

3. До чинників, що впливають на прогноз у хворих з АГ, не відносять:

- А. Хвороби підшлункової залози.
- Б. Хвороби серця.
- В. Дисліпідемію (загальний холестерин понад 6,5 ммоль/л, холестерин ЛПВЩ менший за 1,0 ммоль/л).
- Г. Гіпертрофію лівого шлуночка.
- Д. Абдомінальне ожиріння.

4. ЕКГ-критеріями гіпертрофії лівого шлуночка з його систолічним перевантаженням є (3 правильні відповіді):

- А. Високі R у лівих грудних відведеннях.
- Б. Високі R у правих грудних відведеннях.
- В. Глибокі S у правих грудних відведеннях.
- Г. Депресія ST, інверсія T у лівих грудних відведеннях.
- Д. Депресія ST, інверсія T у правих грудних відведеннях.

5. Здатність запобігати інсульту у хворих із артеріальною гіпертензією мають (3 правильні відповіді):

- А. Альфа-адреноблокатори.
- Б. Тіазидові діуретики.
- В. Непрямі антикоагулянти.
- Г. Аспірин.
- Д. Статини.

6. Якій стадії АГ відповідає наявність у пацієнта при обстеженні, окрім підвищеного тиску, ознак перенесеного задньо-діафрагмального інфаркту міокарду на ЕКГ ?

- А. Стадія I
- Б. Стадія II
- В. Стадія III

7. До препаратів першої лінії для лікування артеріальної гіпертензії відносять всі, крім:

- А. Антагоністи кальцію.
- Б. Альфа-адреноблокатори.
- В. Бета-адреноблокатори.
- Г. Діуретики.
- Д. Інгібітори АПФ.

8. При вагітності протипоказані:

- А. Бета-блокатори.
- Б. Інгібітори АПФ.
- В. Антагоністи кальцію.
- Г. Допегіт.

9. Яку супутню клінічну ситуацію не відносять до ускладненого гіпертензивного кризу?

- А. Нестабільну стенокардію.
- Б. Транзиторну ішемічну атаку.
- В. Гостру гіпертензивну енцефалопатію.
- Г. Кровотечу.

Д. Підвищення САТ до 240 мм рт. ст., або ДАТ до 140 мм рт.ст.

10. При гіпертензивному кризі на фоні гострої серцевої недостатності та інфаркту міокарда засобом вибору є:

А. Нітрогліцерин.

Г. Фуросемід.

Б. Нікардипіну гідрохлорид.

Д. Клонідин.

В. Верапаміл.

Відповіді на контрольні питання:

1. – В 2. – Б 3. – А 4. – А, В, Г 5. – В, Г, Д 6. – В 7. – Б 8. – Б 9. – Д 10. – А

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення артеріальної гіпертензії.
2. Патогенез розвитку АГ.
3. Класифікації АГ за ступенем тяжкості і стадією хвороби.
4. Фактори ризику АГ.
5. Програма обстеження хворого на АГ.
6. Методика вимірювання АТ.
7. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу при АГ.
8. Принципи лікування АГ. Модифікація способу життя.
9. Препарати для лікування АГ: їх фармакологічна характеристика, дози і режим призначення, протипоказання.
10. Визначення гіпертензивного кризу, класифікація гіпертензивних кризів.
11. Лікування ускладнених і неускладнених кризів.
12. Первинна і вторинна профілактика ГХ.
13. Прогноз і працездатності при ГХ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на артеріальну гіпертензію	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.

2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.
5. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) і Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) з лікування артеріальної гіпертензії 2018р. / Пер. О. Сіренко; наук. редактор перекладу Ю. Сіренко. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2019. – 202 с.

Тема 2. Вторинні артеріальні гіпертензії

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Вторинні артеріальні гіпертензії (ВАГ) – це артеріальні гіпертензії (АГ), етіологія яких може бути встановлена. Частота вторинних форм АГ складає від 5% до 25 % від загального числа випадків АГ, останніми роками збільшується частота виявлення вторинних АГ, що пояснюється розповсюдженням досконаліших лабораторних та інструментальних методів дослідження. ВАГ в більшості випадків відрізняються тяжкістю перебігу, рефрактерністю до терапії, яка проводиться, і особливим підходом до лікування. При ВАГ крім антигіпертензивної терапії необхідне медикаментозне або хірургічне лікування основного захворювання, яке послужило причиною АГ. Захворювання нирок – найбільша група за кількістю хворих серед вторинних гіпертензій, з неухильно прогресуючим перебігом що складає близько 5 % від числа хворих, які страждають АГ. Інші причини вторинних АГ: ендокринні в 0,1-0,3%, гемодинамічні, неврологічні, стресові, зумовлені прийомом деяких речовин (ятрогенні) і АГ вагітних, при яких підвищений тиск крові є одним з симптомів основного захворювання. Медикосоціальна значимість цієї проблеми визначається її високою поширеністю, незадовільним довгостроковим прогнозом і відсутністю позитивної динаміки. Несвоєчасна діагностика захворюваності і особливості перебігу підтримують несприятливі епідеміологічні тенденції.

Мета заняття

Знати: Визначення. Основні причини. Особливості клініки, діагностики ниркових (реноваскулярних, ренопаренхіматозних), ендокринних (синдром і хвороба Іценко-Кушинга, феохромоцитома, синдром Конна, дифузний токсичний зоб) і гемодинамічних АГ. АГ під час вагітності, метаболічних порушеннях (метаболічний синдром). Значення лабораторних і інструментальних методів для диференційної діагностики та верифікації діагнозу. Терапевтичне та хірургічне лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із вторинними артеріальними гіпертензіями;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; гематокрит, показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: глюкоза, загальний холестерин, холестерин ЛПВЩ, холестерин ЛПНЩ, тригліцериди, сечова кислота, креатиніни, натрій, калій, загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, ренін, альдостерон, кортизол, трийодтиронін, тироксин, тиреотропний гормон, катехоламіни. Клінічне дослідження сечі (білок, глюкоза, сечовий осад). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, УЗД сонних, стегнових артерій та нирок і наднирників, артеріографії різних басейнів, дані дослідження очного дна, комп'ютерної томографії і магнітно-резонансної томографії різних органів;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- провести диференційну діагностику вторинних артеріальних гіпертензій;

- призначити диференційовану антигіпертензивну терапію.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. При лабораторній діагностиці хворого на АГ виявлено гіпокаліємію, гіпернатріємію, гіпореніємію, гіперкалійурію, гіпоізостенурію. Рівень якої речовин потрібно визначити ще для постановки діагнозу:

- А. Альдостерону;
- Б. Ванілілмигдалеву кислоту;
- В. Катехоламінів;
- Г. 17-ОКС;

2. Для реноваскулярної гіпертензії характерно все крім:

- А. Висока систоло-діастолічна гіпертензія, рефракторна до лікування;
- Б. Позитивна проба з α -адреноблокаторами;
- В. Високий вміст реніну плазми;
- Г. Аускультация систолічного шуму над черевною артерією;

3. При феохромоцитомі характерно все крім:

- А. Позитивна проба з α -адреноблокаторами;
- Б. Відсутність ефекту від терапії β -блокаторами;
- В. Транзиторна артеріальна гіпертензія;
- Г. Зниження реніну плазми;
- Д. Гіперглікемія;

4. Для первинного альдостеронізму характерно все, крім:

- А. Високий вміст реніну плазми;
- Б. Нервово-м'язеві розлади;
- В. Гіпокаліємія;
- Г. Зниження толерантності до глюкози;
- Д. Пухлина наднирників;

5. Для нирково-паренхіматозної артеріальної гіпертензії характерно все, крім:

- А. В анамнезі перенесений гломеруло- або пієлонефрит;
- Б. В аналізі сечі лейкоцити, еритроцити, циліндри;
- В. Позитивний гіпотензивний ефект від специфічної терапії ниркового захворювання;
- Г. Відсутність позитивного гіпотензивного ефекту від специфічної терапії ниркового захворювання;

6. Для АГ при синдромі Іценко-Кушинга характерно все, крім:

- А. АГ у осіб з підвищеною масою тіла;
- Б. Зниження толерантності до глюкози;
- В. Підвищення рівню кортизола в крові;
- Г. Зниження рівню кортизола в крові;

7. Синдром (хвороба) Іценко-Кушинга у хворого з АГ дає змогу запідозрити наявність симптомів, крім:

- А. Поліцитемії;
- Б. Центрипетального ожиріння;
- В. М'язової слабкості;
- Г. Гіперкаліємії;
- Д. Stria gravidarum;

8. Артеріальна гіпертензія при коарктації аорти характеризується всім, крім одного:

- А. Підвищенням артеріальною тиску на руках і зниженням його на ногах;
- Б. Грубий систолічний шум у міжлопатковій області;
- В. Акцент II тону і систолічний шум на аорті;
- Г. Грубий систолічний шум над грудним відділом аорти, що ірадіює на судини (сонні, підключичні);

9. Препарат якої групи використовують для купірування гіпертонічного кризу при феохромоцитомі?

- А. β -блокатори;
- Б. α -блокатори;

В. Інгібітори АПФ;

Г. Діуретики;

10. Для лікування АГ за умови тиреотоксикозу препаратами вибору є:

А. Бета-блокатори + гіпотензивні центральної дії;

Б. Бета-блокатори+антагоністи кальцію;

В. Діуретики+бета-блокатори;

Г. Інгібітори АПФ+гіпотензивні центральної дії.

Відповіді на контрольні питання:

1. – А 2. – Б 3. – Г 4. – А 5. – Г 6. – Г 7. – Д 8. – В 9. – Б 10. – А

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення ВАГ.
2. Основні причини виникнення ВАГ.
3. Особливості клініки, діагностики ниркових (реноваскулярних, ренопаренхіматозних).
4. Особливості клініки, діагностики ендокринних (синдром і хвороба Іценко-Кушинга, феохромоцитома, синдром Кона, дифузний токсичний зоб).
5. Особливості клініки, діагностики гемодинамічних АГ (коарктація аорти, синдром нічного апное сну).
6. Особливості клініки, діагностики АГ під час вагітності.
7. Особливості клініки, діагностики АГ при метаболічних порушеннях (метаболічний синдром, цукровий діабет).
8. Значення лабораторних і інструментальних (візуалізаційних) методів для диференційної діагностики та верифікації діагнозу при ВАГ.
9. Особливості лікування хворих із вторинними АГ (медикаментозне, види хірургічного лікування).
10. Первинна та вторинна профілактика АГ.
11. Прогноз та працездатність при вторинній АГ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на вторинну АГ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

4. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.]; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.
2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
4. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) і Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) з лікування артеріальної гіпертензії 2018р. / Пер. О. Сіренко; наук. редактор перекладу Ю. Сіренко. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2019. – 202 с.

Тема 3. Атеросклероз. Хронічні форми ішемічної хвороби серця

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) продовжують займати чільне місце у структурі смертності громадян України. У переважній більшості випадків основою їх патогенезу є атеросклероз і атеротромбоз кровоносних судин, зумовлюючи в 67,5 % розвиток ішемічної хвороби серця (ІХС), а в 21,8 % — цереброваскулярних захворювань. Це призвело до близько 300 тис. летальних випадків, а точніше — 289 875 смертей, згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2017 р. Статистика ВООЗ свідчить, що українці від хвороб серця та судин вмирають не лише у 2-4 рази частіше, ніж у країнах ЄС, але й раніше: 30–44-річні українські чоловіки помирають в 6 разів частіше, ніж в країнах ЄС.

Атеросклероз — це хронічне захворювання, яке характеризується системною ліпідною інфільтрацією внутрішньої оболонки артерій еластичного та змішаного типу з подальшим відкладанням солей кальцію і розвитком у її стінках сполучної тканини, що призводить до звуження просвіту судин і порушень кровообігу у різних органах і тканинах. Атеросклероз — це епідемія ХХ і ХХІ століть. Тому вивчення типів порушення ліпідного обміну є важливим, а знання правильної корекції виявлених змін буде сприяти не тільки лікуванню багатьох хвороб, а і впливатиме на тривалість і якість життя пацієнтів.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення поняття “атеросклероз” (АС).
2. Фактори ризику розвитку АС.
3. Дати визначення поняттю «дисліпідемія».
4. Класифікація гіперліпопротеїнемій за Д. Фредріксоном, клінічна класифікація дисліпідемій.
5. Які загальноприйняті рівні ліпідів крові (нормальні, межові, підвищені)?
6. Які основні причини вторинних гіперліпопротеїнемій?
7. Патогенез АС, стадії.
8. Клінічні прояви атеросклерозу в залежності від локалізації:
 - атеросклероз грудної аорти,
 - атеросклероз черевної аорти, коронарних артерій,
 - ниркових артерій,
 - церебральних судин,
 - судин нижніх кінцівок.
9. Які загальноприйняті рівні ліпідів крові (нормальні, межові, підвищені)?
10. Інструментальні методи обстеження (ангіографія, КТ, МРТ, УЗД, доплерографія судин, рентгенографія).
11. Немедикаментозне лікування (модифікація способу життя, гіполіпідемічні дієти).
12. Медикаментозне лікування: класифікація сучасних гіполіпідемічних засобів, механізми їх дії.

13. Еферентна терапія атеросклерозу. Хірургічні методи лікування.
14. Первинна та вторинна профілактика АС.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на атеросклероз	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
2. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування /за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.
4. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації Українського товариства з атеросклерозу Асоціації кардіологів України, Київ 2017. – Автори - Співголови Українського товариства з атеросклерозу: проф. Мітченко О.І., проф. Лутай М.І. Переклад Європейських рекомендацій з дисліпідемій (ESC, 2016) здійснили: Мітченко О.І., Романов В.Ю., Ветрова О.Р., Ілюшина Г.Я., Кудла І.Л., Чулаєвська Н.М., Шкреба А.О., Штонда Ю.Е. Режим доступу: https://strazhesko.org.ua/upload/rekomendacii_ok.pdf

Хронічні форми ішемічної хвороби серця

Актуальність теми

Смертність від ішемічної хвороби серця (ІХС) в структурі смертності від серцево-судинних захворювань становить 66% і займає I місце. Поширеність ІХС поступово зростає з віком. Максимальне зростання ІХС відмічають в 50-59 років. У цьому віці частота виникнення інфаркту міокарда втричі вища, ніж у 40-49 років, та в 9 разів вища, ніж у 30-39 років. У цьому ж віці в 2,5 рази збільшується частота безболіових форм ІХС.

До хронічних форм ІХС відносять стабільну стенокардію напруження, вазоспастичну стенокардію (ангіоспастичну, спонтанну, варіантну, стенокардію Принцметала), стабільну стенокардію при ангіографічно інтактних судинах (коронарний синдром Х), безболіову форму ІХС, постінфарктний кардіосклероз та хронічна аневризма серця. Хронічна ІХС – одне з найбільш частих

- А. Зі зниженням переднавантаження на лівий шлуночок;
- Б. Зі зниженням післянавантаження на лівий шлуночок;
- В. Зі зниженням контрактильності міокарду;
- Г. Із цитопротекторною дією;

5. Для стабільної стенокардії напруги не характерне:

- А. Підвищення рівня холестерину в крові;
- Б. Поява зубця Q;
- В. Минуща депресія сегмента ST;
- Г. Позитивна проба із дипіридамолом;

6. Для коронарного синдрому X не характерне:

- А. стабільна стенокардія напруги клінічно;
- Б. Ішемічні зміни на ЕКГ при навантажувальному тесті;
- В. Наявність типових атеросклеротичних змін коронарних артерій при коронарографії;
- Г. Відсутність схильності до спазму коронарних судин;

7. При стенокардії напруги мінімальна ефективна разова доза амлодипіну (норваску) складає:

- А. 2,5 мг;
- Б. 5 мг;
- В. 10 мг;
- Г. 20 мг;

8. Триметазідін (предуктал) рекомендують призначати:

- А. По 35 мг в день;
- Б. По 35 мг 2 рази в день;
- В. По 35 мг 3 рази в день;
- Г. По 35 мг 4 рази в день;

9. Проведення коронарографії рекомендовано для:

- А. Підтвердження наявності атеросклеротичного ураження КА;
- Б. Обов'язкове для хворих на стабільну стенокардію I-II ф.кл.;
- В. Хворим старшим 65 років;
- Д. Безсимптомним пацієнтам із обтяженим сімейним анамнезом за ІХС;

10. У хворих на ІХС сприятливий вплив на прогноз мають:

- А. Препарати депо-нітрогліцерину;
- Б. Препарати ізосорбїду дїнітрату;
- В. Антагоністи кальцію;
- Г. Гіполіпідемічні засоби;

Відповіді на контрольні питання:

1. – Г 2. – Б 3. – Б 4. – Г 5. – Б 6. – В 7. – А 8. – Б 9. – А 10. – Г

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення ІХС.
2. Класифікація ІХС.
3. Етіологія і патогенез ІХС. Механізми розвитку коронарної недостатності.
4. Дати деталізацію больового синдрому при стабільній стенокардії.
5. Класифікація стабільної стенокардії напруги Канадського товариства кардіологів. Клінічна картина.
6. Особливості клінічної картини вазоспастичної стенокардії, мікрovasкулярної стенокардії (коронарного синдрому X).
7. Діагностика стенокардії (об'єктивні методи обстеження, ЕКГ діагностика у період ангінозного нападу та у стані спокою). Добовий моніторинг ЕКГ.
8. Функціональні навантажувальні тести фармакологічні тести: проби з дозованим фізичним навантаженням: методика проведення, інтерпретація результатів; фармакологічні проби.
9. Ехокардіографія. Коронароангіографія: показання, протипоказання, методика проведення, інтерпретація результатів. КТ-ангіографія. Ехокардіографія. Сцинтиграфія,
10. Диференційна діагностика ІХС.
11. Програма лікування стабільної стенокардії. Основні антиангінальні засоби, їх фармакологічні характеристики.
12. Особливості лікування вазоспастичної стенокардії, мікрovasкулярної стенокардії.
13. Роль, види, показання до перкутанних коронарних втручань у хворих із хронічною ІХС.
14. Сутність первинної і вторинної профілактики ІХС.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на хронічну ІХС	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

2. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.

3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С. – Київ: Моріон, 2018. – 223 с.

4. Наказ МОЗ України від 02.03.2016 № 152 (зі змінами 23.09.2016 № 994) «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Стабільна ішемічна хвороба серця». Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ25649.html;
http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160923_0994.html

5. Наказ МОЗ України від 13.06.2016 № 564 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Профілактика серцево-судинних захворювань». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160613_0564.html

Тема 4. Ішемічна хвороба серця: гострий інфаркт міокарда

Кількість годин: 6

Актуальність теми

Ішемічна хвороба серця (ІХС) протягом багатьох років є головною причиною смертності населення в більшості економічно розвинених країн світу. Основними причинами смерті хворих на ІХС країн Європи та США є гострий інфаркт міокарда (ІМ) та раптова коронарна смерть, яка в більшості випадків зумовлена гострим коронарним синдромом (ГКС). Смертність пацієнтів з ІХС складає близько 2% в рік, в 2–3% хворих щорік виникає нефатальний інфаркт міокарду, який є захворюванням, яке призводить до інвалідності. В Україні захворюваність ІМ становить 129,6 на 100 тис. населення. Велике значення ГКС обумовлено високою частотою ускладнень та ризиком смерті. Летальність при ІМ досить велика, в цілому помирає 30-40% хворих на ІМ, з них більше

половини на догоспітальному етапі внаслідок раптової смерті. Госпітальна летальність становить 6-10%.

Відмічається також суттєва різниця за статеву ознакою. Так, ІМ в 2,4 рази частіше трапляється у чоловіків, а безбольові форми – в 1,7 рази частіше у жінок. Поширеність ІХС у жінок різко підвищується після менопаузи, клінічні ознаки ІХС відмічаються у кожній 5 жінки, старшої за 50 років. Структура ІХС має відмінності також залежно від віку. Максимальне зростання ІХС відмічають в 50-59 років. У цьому віці частота виникнення інфаркту міокарда втричі вища, ніж в 40-49 років, та в 9 разів вища, ніж у 30-39 років.

Термін «гострий коронарний синдром» (ГКС) був уведений у клінічну практику в кінці 80-х років минулого сторіччя, коли постало питання про застосування нових методів лікування (наприклад, тромболітичної терапії або первинної коронарної ангіопластики), яке повинно вирішуватися до встановлення діагнозу – наявності або відсутності ІМ. ГКС включає в себе: нестабільну стенокардію, інфаркт міокарда із зубцем Q і без Q. Таким чином, ГКС – це лише попередній діагноз, що допомагає вибрати оптимальну тактику ведення хворих на початку захворювання, коли точно підтвердити або заперечити діагноз ІМ чи нестабільної стенокардії неможливо. В основі патогенезу всіх гострих форм ІХС лежить гострий коронарний тромбоз. За даними ангіоскопії морфологічною основою ГКС є ексцентричний стеноз, що викликає ускладнена або нестабільна атеросклеротична бляшка. Термін «нестабільна стенокардія» (НС) був запропонований Н. Fowler (1971) і С. Conty et al. (1973) та використовується і зараз для визначення найбільш важкого перебігу ІХС, для якого характерні швидке прогресування коронарної недостатності та високий ризик розвитку ІМ і раптової серцевої смерті (до 15-20% упродовж року).

Прогноз при ІМ залежить від терміну госпіталізації хворих до блоку інтенсивної терапії, від наданої допомоги на догоспітальному етапі, від правильно обраної тактики інвазивної стратегії та медикаментозної терапії.

Мета заняття

Знати: Визначення. Роль атеросклерозу, дестабілізації атеросклеротичної бляшки і функціональних факторів у патогенезі різних форм ІХС. Класифікацію. Особливості клінічного перебігу і діагностики гострого інфаркту міокарда. Поняття «гострий коронарний синдром». Різні форми ІХС. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз різних форм ІХС. Ускладнення гострого інфаркту міокарда (гостра лівошлуночкова недостатність, порушення ритму серця і провідності, розрив міокарда, гостра аневризма серця, післяінфарктний синдром Дреслера та ін). Лікувальна тактика в різні періоди гострого інфаркту міокарда. Показання до хірургічного лікування. Реабілітація. Первинна та вторинна профілактика.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із вторинними артеріальними гіпертензіями;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; гематокрит, показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: тропінін Т або І, МВ-ізофермент КФК, КФК, СРП, міоглобін, загальний білок, білкові фракції, АСАТ, АЛАТ, фібриноген, глюкоза, загальний холестерин, холестерин ЛПВЩ, холестерин ЛПНЩ, тригліцериди, сечова кислота, креатині, натрій, калій. Клінічне дослідження сечі (білок, глюкоза, сечовий осад). Описати ЕКГ, дані коагулограми, ехокардіографії, коронарографії, радіонуклідної діагностики ІМ (сцинтиграфія з ^{99m}Tc);
- визначити діагностичні критерії ускладнень ІМ: гострої серцевої недостатності, порушення ритму і провідності, розриву серця, системних тромбоемболій, гострої аневризми лівого шлуночка, післяінфарктного синдрому Дреслера, післяінфарктної стенокардії, рецидиву ІМ (з 3-ї по 28-му добу ІМ);
- провести диференційну діагностику ІМ з нестабільними стенокардіями (вперше виявленою, прогресуючою, ранньою післяінфарктною (з 3-ї по 28-му добу ІМ));
- ґрунтуючись на обстеженні хворого сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити лікування при неускладненому і ускладненому ІМ.

Контрольні питання для тестування

1. До гострих коронарних синдромів відносяться:

- A. Ішемічна кардіоміопатія;
- B. Гіпертензивна кардіоміопатія;
- C. Не-Q-інфаркт міокарда;
- D. Коронарний синдром X;
- E. Стабільна стенокардія напруги, ФК II;

2. Провідним механізмом розвитку гострих коронарних синдромів є:

- A. Інтерстиціальний фіброз міокарда;
- B. Дифузний кардіосклероз;
- C. Тромбоз;
- D. Стабільна атеросклеротична бляшка;

3. До гострих коронарних синдромів не відносяться:

- A. Прогресуюча стенокардія;
- B. Не-Q-інфаркт міокарда;
- C. Q-інфаркт міокарда;
- D. Гостра стенокардія спокою;
- E. Стабільна стенокардія напруги, ФК III;

4. Морфологічними варіантами атеросклеротичної бляшки є наступні, за винятком:

- A. Багаті на ліпіди, ексцентричні;
- B. Багаті на ліпіди, концентричні;
- C. Багаті на глікопротеїн GP IIb/IIIa;
- D. Переважно фіброзні, концентричні;
- E. Переважно фіброзні, ексцентричні;

5. Нестабільною слід вважати атеросклеротичну бляшку:

- A. "Молоду", багату на ліпіди;
- B. Фіброзну, ексцентричну;
- C. Фіброзну, концентричну;
- D. Із щільною "покришкою";
- E. З кальцинатами;

6. Розриву атеросклеротичної бляшки сприяє:

- A. Гіперадренергія;
- B. Брадикардія;
- C. Синдром Рейно;
- D. Коронарний синдром X;
- E. Нейроциркуляторна дистонія;

7. Найбільш потужним вазоконстриктором є:

- A. Ендотелійрелаксуючий фактор;
- B. Простациклін I₂;
- C. Ендотелій I;
- D. Ангіотензин I;
- E. Ангіотензин II;

8. Механізм дії аспірину полягає у:

- A. Зв'язування плазміну з інгібітором активатора плазміногену- IАП-1;
- B. Незворотньому інгібуванні циклооксигенази-1;
- C. Інгібуванні циклооксигенази-2;
- D. Стимуляції NO-синтетази;
- E. Зв'язуванні з рецепторами GP IIb/IIIa

9. Інгібує АДФ-індуковану агрегацію тромбоцитів:

- A. Аспірин;
- B. Абсиксимаб;
- C. Клопідогрель;
- D. Дипіридамол;

Е. Гепарин;

10. Гепаринотерапію слід проводити під контролем:

- А. Часу згортання крові;
- В. Частково активованого тромбoplastинового часу;
- С. Протромбінового індексу;
- Д. Артеріального тиску;
- Е. Електрокардіограми.

Відповіді на контрольні питання:

1. – С 2. – С 3. – Е 4. – С 5. – А 6. – А 7. – С 8. – В 9. – С 10. – В

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення термінів “гострий коронарний синдром”, “нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда”.
2. Роль атеросклерозу, дестабілізації атеросклеротичної бляшки, тромбозу і функціональних факторів у патогенезі різних форм ІХС.
3. Класифікація нестабільної стенокардії.
4. Класифікація ІМ.
5. Особливості клінічного перебігу і діагностики гострого ІМ (дати характеристику клінічним варіантам ІМ).
6. Методи діагностики, що застосовуються для пацієнтів із ГКС (латораторні, інструментальні). Значення ЕКГ, коронароангіографії, ЕхоКГ, сцинтиграфії міокарда, рентгенографії.
7. Диференційний діагноз різних форм ГКС.
8. Знати динаміку змін ЕКГ при ІМ, його стадії.
9. Послідовність заходів при ГКС, оцінка ризиків серцево-судинної смерті. Показання до перкутанних коронарних втручань, супутня терапія.
10. Медикаментозне лікування ІМ: групи препаратів, механізми дії. Тромболітична терапії, показання, препарати, протипоказання до її проведення.
11. Ускладнення ІМ і їх лікування (гостра лівошлуночкова недостатність, порушення ритму серця і провідності, розрив міокарда, гостра аневризми серця, післяінфарктний синдром Дреслера та ін).
12. Реабілітація постінфарктних хворих.
13. Первинна та вторинна профілактика ІМ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на ІХС	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.

2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.

3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с. – 81-90

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.

2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.

4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.

5. Наказ від 03.03.2016 Київ № 164 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром без елевації ST». Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_164_GKSbezST/2016_164_YKPMG_GKSbezST.pdf

6. Наказ МОЗ від 02.07.2014 № 455 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром з елевацією ST». Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_455_GKS/2014_455%20YKPMG_GKS.pdf

7. Рекомендації ESC по діагностиці та лікуванню гострої та хронічної серцевої недостатності 2016. Режим доступу: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

8. Клінічні рекомендації з діагностики та лікування гострої серцевої недостатності: оновлення (2014 року) Спільні рекомендації Асоціації кардіологів, Асоціації з невідкладної кардіології та Асоціації анестезіологів-реаніматологів України. – інтернет-ресурс: http://journal.ukrcardio.org/wp-content/uploads/2014/02D/3_2d_2014.pdf

Тема 5. Серцева недостатність

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з найбільш значущих медичних, економічних і соціальних проблем XXI століття. За даними епідеміологічних досліджень, поширеність ХСН у Сполучених Штатах Америки і країнах Західної Європи становить 1-3 %. В Україні поширеність клінічно вираженої ХСН II-IV функціонального класу, за Нью-Йоркською асоціацією серця (NYHA), становить близько 2 млн. осіб. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, частота госпіталізацій та смертність при ХСН залишається високою. За даними багатоцентрових досліджень, ішемічна хвороба серця вважається провідною причиною серцевої недостатності і виявляється практично у 64 % хворих на ХСН. Не менш важливими є економічні аспекти проблеми, пов'язані зі збільшенням частоти і тривалості госпіталізацій хворих на ХСН, що складає у розвинених країнах близько 5 % від усіх госпіталізацій.

ХСН є комплексним клінічним синдромом, що виникає внаслідок структурного або функціонального порушення наповнення шлуночків чи вигнання крові з серця, що призводить до нездатності забезпечити достатню подачу кисню до тканин. Основні фактори ризику розвитку ХСН включають загальні серцево-судинні захворювання, такі як гіпертензія і атеросклероз, а також цукровий діабет і ожиріння.

Правильне лікування хворих на ХСН є необхідною умовою адекватної медико-соціальної допомоги цій категорії населення.

Мета заняття

Знати: Визначення. Основні причини. Патогенез порушень центральної та периферичної гемодинаміки при різних формах (лівих та правих відділів серця). Роль нейрогуморальної активації та ремоделювання серця. Класифікацію. Клінічні прояви та їх особливості залежно від варіанта (систолічний, діастолічний), стадії та функціонального класу СН. Діагностику. Значення ехокардіографії. Лікування. Первинну та вторинну профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із синдромом ХСН;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, , амінотрансферази, холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди, натрій, калій, хлориди, передсердний натрійуретичний пептид (BNP), pro-BNP . Дослідження показників згортання крові. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати дані ЕКГ, ехокардіографії, рентгенівського дослідження органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- визначити ускладнення ХСН: внаслідок ураження органів дихання – кровохаркання при серцевій астмі, набряку легень, тіла; порушення серцевого ритму і раптова серцева смерть; внаслідок ураження печінки – застійний гепатит, ішемічний гепатит, кардіальний фіброз і цироз печінки; ускладнення внаслідок стазу крові – тромбози; серцева кахексія;
- призначити диференційовану терапію хворому.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Основною причиною ХСН в теперішній час є:

- А. Гіпертонічна хвороба;
- Б. Серцеві вади;
- В. Кардіоміопатії;
- Г. ІХС;

2. Хворим ХСН з переважаючою діастолічною дисфункцією лівого шлуночка слід призначати:

- А. Празозін;
- Б. Міноксиділ;
- В. Бета-блокатори;
- Г. Серцеві глікозиди;

3. Найбільш ефективним при серцевій недостатності діуретиком тіазидової групи є:

- А. Гіпотіазид;
- Б. Бригальдікс;
- В. Аквафор;
- Г. Гігронг;

4. Яке з перелічених порушень ритму серця найбільш типове для інтоксикації серцевими глікозидами?

- А. Миготлива аритмія;
- Б. Передсердна тахікардія з блокадою;
- В. Реципрокна АВ-вузлова тахікардія;
- Г. Синусова тахікардія;

5. Яке з перелічених порушень ритму серця найбільш типове для інтоксикації серцевими глікозидами:

- А. Миготлива аритмія;
- Б. Шлуночкові тахікардії типу “пірует”;
- В. Поліморфна передсердна тахікардія;
- Г. “Синусоїдальна” шлуночкова тахікардія;
- Д. “Непараксозмальна” тахікардія із ділянки АВ-з’єднання із АВ-дисоціацією.

6. Препаратом вибору при лікуванні порушень ритму у хворих з глікозидною інтоксикацією є:

- А. Новокаїнамід;
- Б. Пропафенон;
- В. Аідокаїн;
- Г. Аміодарон;

7. Ефективність діуретиків у хворих хронічною серцевою недостатністю може знизитись при терапії:

- А. Індометацином;
- Б. Ібупропином;
- В. Преднізолоном;
- Г. Всі відповіді правильні;
- Д. Правильної відповіді немає.

8. Який(і) з перелічених препаратів поліпшує виживаність хворих із хронічною серцевою недостатністю за даними доказової медицини:

- А. Діуретики;
- Б. Інгібітори АПФ;
- В. β -Адреноблокатори;
- Г. Блокатори повільних кальцієвих каналів;
- Д. Антагоністи рецепторів до альдостерону;
- Е. Симпатоміметики;
- Ж. Дигідропіридини;

9. Препаратом вибору у хворих хронічною серцевою недостатністю з вираженою мітральною регургітацією є:

- А. Дигоксин;
- Б. Ізосорбїду динітрат;
- В. Фуросемід;
- Г. Гідралазин.

10. Початкова доза каптоприлу при ХСН становить:

- А. 2,5 мг 3 рази на день;
- Б. 6,25 мг 3 рази на день;
- В. 12,5 мг 3 рази на день;
- Г. 25 мг 3 рази на день.

Відповіді на контрольні питання:

1. – Г 2. – В 3. – А 4. – Б 5. – Д 6. – В 7. – Г 8. – Б, В, Д 9. – Б 10. – Б

Основні теоретичні питання теми

1. Хронічна серцева недостатність – визначення, етіологія.
2. Патогенез ХСН: механізм систолічної і діастолічної дисфункцій. Екстракардіальні механізми компенсації.
3. Які фактори ризику сприяють розвитку та прогресуванню СН.
4. Клінічні прояви ХСН.
5. Класифікація ХСН: стадії та функціональний клас (Нью-Йоркська класифікація, NYHA).
5. Діагностичні критерії ХСН
6. Програма обстеження хворого на ХСН.
7. Лабораторна діагностика ХСН.
8. Інструментальна діагностика ХСН.
9. Немедикаментозне лікування ХСН.
10. Медикаментозне лікування ХСН.
11. Стандарти лікування хворих з різними клінічними варіантами СН.
12. Ускладнення ХСН.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на СН	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.

2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.

3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с. – 81-90

5. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.

2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.

4. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред.: Ю. М. Мостового. – 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : Державна картографічна фабрика, 2018. – 575 с.

5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.

6. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf

7. [Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності \(2017\)](#) /Робоча група: Л.Г. Воронков (модератор), К.М. Амосова, Г.В. Дзяк, О.Й. Жарінов, В.М. Коваленко, О.В. Коркушко, О.Г. Несукай, О.С. Сичов, Ю.С. Рудик, О.М. Пархоменко. – інтернет-ресурс: http://journal.ukrcardio.org/wp-content/uploads/2018/03/1_3_2018.pdf

8. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності. Асоціація кардіологів України, Українська асоціація фахівців із серцевої недостатності. Київ: 2017. 65 с. Доступно на: <http://strazhesko.org.ua/upload/rekomendaciyi-hsn-a6-ost.pdf>

Тема 6. Вроджені вади серця

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Вади серця займають одне із центральних місць у кардіології по зниженню праце-здатності й інвалідації хворих, особливо молодого віку, і вони є однією з основних причин смертності серед хворих всіх вікових груп із-за розвитку серцевої недостатності й інших ускладнень, незважаючи на значні успіхи в своєчасній діагностиці і лікуванні цієї патології.

Частота вроджених вад серця (ВВС) становить до 1% від всіх захворювань серця, значно вище цей відсоток у хворих першого року життя. Можливість хірургічного лікування майже всіх вроджених вад серця, що трапляються, обумовлює актуальність їх своєчасної прижиттєвої діагностики. Близько 90% ВВС виникають унаслідок поєднаної дії спадкових чинників і факторів навколишнього середовища, хромосомними аномаліями обумовлено приблизно 8% випадків і близько 2% формуються тільки внаслідок дії чинників навколишнього середовища (фізичних, хімічних, біологічних тератогенів) які, діючи на організм плоду, викликають формування вад розвитку. Найуразливішою при цьому виявляється серцево-судинна система плоду, що забезпечує його гемо-динаміку з ранніх стадій розвитку організму.

Із вроджених вад серця у дорослих найчастіше всього трапляються наступні: дефект міжпередсердної перетинки (ДМПП); стеноз гирла аорти; дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП); відкрита артеріальна протока (ВАП); стеноз легеневої артерії; аномалія Ебштейна (АЕ), тетрада Фало (ТФ).

Мета заняття

Знати: Визначення. Дефект міжпередсердної і міжшлуночкової перегородок, відкрита артеріальна протока, коарктація аорти. Механізми порушень гемодинаміки, значення легеневої гіпертензії. Значення неінвазивних і інвазивних методів для діагностики і диференційної діагностики. Ускладнення. Синдром Ейзенменгера. Показання до хірургічного лікування. Профілактика ускладнень. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з ВВС;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинин, сечовина, амінотрансферази, холестерин, білірубін, КФК, ЛДГ. Кислотно-лужний стан. Дослідження показників згортання крові. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенівського дослідження органів грудної клітки і серця з контрастуванням стравоходу;
- провести диференційний діагноз ДМПП з функціональним систолічним шумом, стенозом легеневої артерії, мітральним стенозом і недостатністю, хронічним легеневим серцем, ДМШП; ДМШГ з мітральною недостатністю, обструктивною кардіоміопатією, стенозом легеневої артерії, ТФ, ДМПП, а у фазу синдрому Ейзенменгера з ідіоматичною легеневою гіпертензією, ТЕЛА, системними васкулітами та ураженням легеневої артерії. ВАП з функціональним систолічним шумом, ДМПП і ДМШП, аортальними вадами, стенозом легеневої артерії. Коарктації аорти з артеріальною гіпертензією іншого генезу;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування кураного хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому.

Контрольні питання для тестування

1. Які вади розвитку аорти не зустрічаються у дорослих?

- А. Стеноз аорти;
- Б. Вроджена недостатність аортальних клапанів;
- В. Аорто-лівошлуночковий тунель;
- Г. Коарктація аорти;
- Д. Двостулковий клапан аорти;

2. Клінічними проявами коарктації аорти є всі нижче наведені, крім одного:

- А. Високий тиск на руках;
- Б. Зниження або відсутність пульсу на артеріях стегна;
- В. Грубий систолічний шум на основі серця та на спині;
- Г. Диференційований ціаноз – наявність його на руках та відсутність на ногах;
- Д. Систолічний шум у II міжребер'ї справа у грудини;

3. Характерною ознакою вродженого стенозу аорти є:

- А. Систолічне тремтіння та грубий систолічний шум у II міжребер'ї справа у грудини;
- Б. Грубий діастолічний шум у II міжребер'ї справа;
- В. Систолічний шум у II міжребер'ї зліва та на спині;
- Г. Систолічний шум у IV-V міжребер'ї зліва;
- Д. Грубий систолічний шум на основі серця;

4. Характерною аускультативною ознакою двостулкового клапану аорти є:

- А. Грубий діастолічний шум у II міжребер'ї справа;
- Б. Грубий систолічний шум у II міжребер'ї справа у поєднанні з коротким діастолічним шумом, який пов'язаний з II тоном серця;
- В. Систолічний шум у II міжребер'ї зліва та на спині;
- Г. Систолічний шум на основі серця;
- Д. Систолічний шум у IV-V міжребер'ї зліва;

5. Серед пороків легеневої артерії у дорослих найчастіше зустрічаються:

- А. Периферичні стенози легеневих артерій;
- Б. Ізольований стеноз легеневої артерії;
- В. Атрезія легеневої артерії з дефектом міжшлуночкової перетинки;
- Г. Розширення легеневої артерії;
- Д. Вроджена недостатність клапанів легеневої артерії.

Відповіді на контрольні питання: 1. – В 2. – Д 3. – А 4. – Б 5. – Б

Основні теоретичні питання теми

1. Етіологія та патогенез, гемодинамічні порушення при вроджених вадах серця.
2. Класифікація вроджених вад серця.
3. Вроджені вади серця з первинним ціанозом (тетрада та триада Фало), клініка, діагностика.
4. Вроджені вади серця білого типу з вторинним ціанозом (синдром Лютембаше, комплекс Ейзенменгера), клініка, діагностика.
5. Вроджені вади серця білого типу без ціанозу (відкритий артеріальний проток, дефект міжпередсердної та міжшлуночкової перетинки), клініка, діагностика.
6. Коарктація аорти: патогенез, клінічні прояви, діагностика, лікування.
7. Диференційна діагностика вроджених вад серця та набутих вад серця.
8. Лабораторна та інструментальна діагностика вроджених вад серця.
9. Ускладнення при вроджених вадах серця та їх лікування.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих з вродженими вадами серця	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 584с.
5. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Сімейна медицина: підручник у 3-х кн. Кн. 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К. : Медицина, 2016. - 456 с.
2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
4. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistyh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>

Тема 7. Набуті вади серця

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Актуальною проблемою кардіоревматології в Україні є набуті вади серця (НВС), якими страждає близько 0,5-1% населення. Не зважаючи на значні успіхи в профілактиці їх розвитку і ранній діагностиці, по частоті серед дорослого населення вони посідають третє місце після гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця і вносять істотний вклад до обмеження і втрати працездатності населення країни.

НВС виникають внаслідок різних захворювань: ревматизму, сифілісу, атеросклерозу, різних травм тощо. Серед НВС перше місце за частотою займає ураження мітрального клапану, друге – ураження аортальних клапанів, третє – трикуспідального, четверте – клапанів легеневої артерії. Ревматизм є причиною НВС у осіб молодого та середнього віку, що і визначає актуальність цієї патології, оскільки у більшості хворих відносно швидко розвивається серцева недостатність з обмеженням їх працездатності. У хворих похилого віку переважають кальциноз та дегенеративні зміни аортального клапану.

Для діагностики НВС використовують такі дослідження: ехокардіографію, трансезофагальну ехокардіографію, навантажувальні тести, стрес-ехокардіографію, комп'ютерну томографію та магніто-резонансну томографію.

Активне виявлення факторів ризику НВС, вдосконалення роботи амбулаторно-поліклінічних закладів, дотримання послідовності в роботі лікарів первинної ланки і спеціалізованої допомоги, забезпечення спеціалізованої допомоги на рівні сучасних стандартів діагностики і лікування, впровадження нових медичних технологій, постійне підвищення кваліфікації лікарів, забезпечення оптимальної кадрової структури амбулаторно-поліклінічних закладів, контроль за проведенням роботи з диспансеризації — основні завдання, які постають перед кардіологічною службою України.

Мета заняття

Знати: Визначення. Вади мітрального, аортального, трикуспідального клапанів. Етіологія, механізми порушень геодинаміки. Класифікацію. Комбіновані мітральні та аортальні вади. Клінічні прояви. Значення неінвазивних та інвазивних методів. Диференційний діагноз. Ускладнення. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з набутими вадами серця;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, амінотрансферази, холестерин. Дослідження показників згортання крові. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати дані ЕКГ, ехокардіографії, рентгенівського дослідження органів грудної клітки та серця з контрастуванням стравоходу;
- провести диференційний діагноз МС із хронічним легенеvim серцем, тиреотоксикозом, міксомом лівого передсердя, з відносним МС із шумом Флінта при вираженій АН; МН з дефектом міжшлуночкової перегородки, ТН, з функціональним систолічним шумом, із клапанним і підклапанним АС, з відносною МН, зумовленою дилатацією лівого шлуночка; АС із відносним стенозом устя аорти при її розширенні, шумом, зумовленим стенозом сонної і підключичної артерій, клапанним стенозом легеневої артерії, дефектом межпередсердної перегородки, МН, обструктивною кардіоміопатією; АН з шумом Стілла при недостатності клапанів легеневої артерії, шумом Флінта при МС;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому;
- визначити стадію вади і показання до хірургічного лікування залежно від типу вади.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. При якій площі лівого атріовентрикулярного отвору мітральний стеноз вважається значним?

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| А. $< 3 \text{ см}^2$. | Г. $< 1 \text{ см}^2$. |
| Б. $< 2 \text{ см}^2$. | Д. $< 0,5 \text{ см}^2$. |
| В. $< 1,5 \text{ см}^2$. | |

2. При якому середньому градієнті тиску мітральний стеноз вважається незначним?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| А. $< 5 \text{ мм рт.ст.}$ | Г. $> 15 \text{ мм рт.ст.}$ |
| Б. $5-10 \text{ мм рт.ст.}$ | Д. $< 20 \text{ мм рт.ст.}$ |
| В. $> 10 \text{ мм рт.ст.}$ | |

3. При якому середньому градієнті тиску мітральний стеноз вважається помірним?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| А. $< 5 \text{ мм рт.ст.}$ | Г. До 20 мм рт.ст. |
| Б. $5-10 \text{ мм рт.ст.}$ | Д. $> 20 \text{ мм рт.ст.}$ |
| В. $10-15 \text{ мм рт.ст.}$ | |

4. Який симптом є найбільш вагомим серед тих, що входять до синдрому клапанної дисфункції при мітральному стенозі?

- А. Сильний, плескаючий І тон на верхівці;
- Б. Посилений, акцентований ІІ тон з розщепленням на легеневій артерії;
- В. Феномен відкриття мітрального клапану;
- Г. Діастолічний шум з епіцентром на верхівці і в точці Боткіна;
- Д. Всі перелічені;

5. Який рівень тиску в лівому передсерді є характерним для І стадії мітрального стенозу?

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| А. До 10 мм рт.ст. | Г. $21-25 \text{ мм рт.ст.}$ |
| Б. $10-15 \text{ мм рт.ст.}$ | Д. $26-30 \text{ мм рт.ст.}$ |

В. 16-20 мм рт.ст.

6. Для якої стадії мітрального стенозу є характерною клініка правошлуночкової декомпенсації?

- | | |
|---------|-------|
| А. II; | Г. V; |
| Б. III; | Д. I; |
| В. IV; | |

7. Який метод хірургічної корекції мітрального стенозу є переважаючим при вираженому кальцинозі стулок і кільця?

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| А. Балонна вальвулопластика; | Г. Всі вище названі; |
| Б. Мітральна комісуротомія; | Д. Жоден з вищеназваних; |
| В. Протезування клапана; | |

8. На яких стадіях мітрального стенозу хірургічне лікування не показане:

- | | |
|---------------------|----------------------|
| А. На I стадії; | Г. На V стадії; |
| Б. На I-II стадіях; | Д. На I і V стадіях; |
| В. На IV-V стадіях; | |

9. Яка з перелічених основних причин набутої гострої мітральної недостатності не є такою?

- А. Розрив (надрив), дисфункція сухожильних хорд (інфаркт міокарда, травма, пролапс, інфекція).
- Б. Інфекційний ендокардит;
- В. Дисфункція протеза клапана;
- Г. Ревматичне ураження;
- Д. Всі разом взяті;

10. Яка з перелічених причин є найбільш частою, що формує хронічно набуту мітральну недостатність?

- А. Інфекційний ендокардит;
- Б. Ревматичні ураження;
- В. Незмикання стулок при систолічній дисфункції лівого шлуночка;
- Г. Дисфункція капілярних м'язів (ішемія, некроз);
- Д. Кальцифікація мітрального клапана;

11. Який Ехо-кардіографічний симптом є найголовнішим при мітральній недостатності?

- А. Фіброз, кальциноз стулок мітрального клапана;
- Б. Пролапс мітрального клапана з пошкодженням сухожильних хорд;
- В. Дилатація порожнин лівого шлуночка і лівого передсердя;
- Г. Сепарація стулок мітрального клапану в систолу;
- Д. Всі перелічені.

Відповіді на контрольні питання:

1. – Г 2. – А 3. – Б 4. – Д 5. – Б 6. – Б 7. – В 8. – Д 9. – Г 10 – Б

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення клапанним вадам серця.
2. Основні механізми порушення гемодинаміки при серцевих вадах. Що таке перевантаження опором і об'ємом?
3. Класифікація набутих серцевих вад.
4. Етіологія, особливості гемодинаміки, діагностичні критерії стенозу мітрального клапану (дані об'єктивного обстеження, інструментальних методів). Тактика ведення хворого із мітральним стенозом, показання до хірургічного лікування.
5. Етіологія, особливості гемодинаміки, діагностичні критерії недостатності мітрального клапану (дані об'єктивного обстеження, інструментальних методів). Тактика ведення хворого із мітральною недостатністю, показання до хірургічного лікування.
6. Етіологія, гемодинаміка при стенозі аортального клапану. Клінічні прояви, класифікація аортального стенозу. Інструментальна діагностика. Ведення хворого із аортальним стенозом, показання до хірургічного лікування.

7. Етіологія, гемодинамічні особливості, діагностичні критерії недостатності аортального клапану (дані об'єктивного обстеження, інструментальних методів). Тактика ведення хворого із аортальною недостатністю, показання до хірургічного лікування.
8. Критерії діагностики вад клапану легеневої артерії.
9. Критерії діагностики вад трикуспідального клапану.
10. Ускладнення при НВС.
11. Види хірургічного лікування хворих із набутими вадами серця.
12. Профілактика тромботичних ускладнень у хворих, що перенесли хірургічну корекцію вад серця.
13. Реабілітація хворих у післяопераційний період.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих з набутими вадами серця	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.
2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.
3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.
4. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
2. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М.: МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред.: Ю. М. Мостового. – 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця: Державна картографічна фабрика, 2018. – 575 с.
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування /за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С. – Київ: Моріон, 2018. – 223 с.
5. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування клапанних вад серця // Український кардіологічний журнал. - 2013. - N 1. - С. 15-32.

Тема 7. Інфекційний ендокардит. Перикардити.

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Інфекційний ендокардит (ІЕ) – це захворювання інфекційної природи з первинної локалізацією збудника на ендокардіальній поверхні (клапанів серця, пристінковому ендокарді), ендотелії аорти і великих судин, а також на внутрішньосерцевих штучних матеріалах (протезовані клапани, електрокардіостимулятор, імплантований кардіовертер-дефібрилятор). ІЕ – поліетиологічне захворювання, потенційними збудниками якого можуть бути до 128 різновидів мікроорганізмів. Серед них превалюють стрептококи, ентерококи і стафілококи, які виявляються при рутинному бактеріологічному дослідженні в 85 % випадків ІЕ.

Прогресивно нарастає кількість хворих з внутрішньосерцевими штучними матеріалами (протезовані клапани, кардіостимулятори, кардіовертери-дефібрилятори), хворих з термінальною стадією ниркової недостатності, які отримують діалізну терапію, а також число внутрішньовенних наркоманів і ВІЛ-інфікованих осіб, які відносяться до груп високого ризику розвитку ІЕ. У цілому в економічно розвинених країнах спостерігається істотне прогресуюче збільшення частоти ІЕ з віком: у осіб старше 70 років він становить 14,5 випадків на 100 000 людино-років. За даними більшості епідеміологічних досліджень на ІЕ частіше хворіють чоловіки, співвідношення чоловіків і жінок > 2:1.

Мета заняття

Знати: Інфекційний ендокардит. Етіологія, патогенез. Особливості клінічного перебігу. Ускладнення. Диференційний діагноз. Значення ехокардіографічного дослідження у діагностиці. Лікування. Показання до хірургічного лікування.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з порушенням ритму і провідності;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинин, сечовина, амінотрансферази, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін, КФК, ЛДГ. Дослідження гемокультури на бактеріємію на висоті лихоманки 4-5 разів з визначенням чутливості флори до антибіотиків. Імунологічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, субпопуляції Т-лімфоцитів, імуноглобуліни, РФ, LE-клітини. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити), проби Реберга, Нечипоренко, Аддіс-Каковського. Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенівського дослідження серця;
- провести диференційну діагностику ІЕ у хворого з «неясною» лихоманкою і неспецифічним шумом у серці без чітких ознак вад серця. Причинами їх можуть бути: захворювання інфекційної природи (сепсис, туберкульоз, остеомієліт, вогнища гнійної інфекції в черевній порожнині), гостра ревматоїдна лихоманка, аутоімунні захворювання (СЧВ, системні васкуліти, дерматополіміозит), злоякісні пухлини і паранеопластичний синдром (лімфоми),
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на інфекційний ендокардит.

Контрольні питання для тестування

1. Доцільне проведення антибіотикопрофілактики у хворого з:

- А. Імплантованим кардіостимулятором;
- Б. Ревматичною лихоманкою в анамнезі без вади;
- В. Інфекційним ендокардитом в анамнезі;
- Г. Оперованим дефектом міжпередсердної перетинки;
- Д. Оперованим дефектом міжшлуночкової перетинки;

2. Доцільне проведення антибіотикопрофілактики у хворого з:

- А. «Невинним» серцевим шумом;
- Б. Ізольованим вторинним дефектом міжшлуночкової перетинки;
- В. Оперованим відкритим артеріальним протоком;

- Г. Імплантованим штучним клапаном;
 Д. Проплазом мітрального клапану без регургітації;
3. Доцільне проведення антибіотикопрофілактики при маніпуляції:
 А. Інтубації трахеї; Г. Черезстраховідній Ехокардіографії;
 Б. Бронхоскопії гнучким бронхоскопом; Д. Катетеризації серця;
 В. Екстракції зубів;
4. Доцільне проведення антибіотикопрофілактики при маніпуляції:
 А. Пологах;
 Б. Стентуванні;
 В. Катетеризації уретри при відсутності інфекції;
 Г. Тімпаностомії;
 Д. Тонзилектомії;
5. При яких маніпуляціях буде недоцільною антибіотикопрофілактика?
 А. Втручанні на корені зуба; Г. Ангіопластиці;
 Б. Дилатації структури стравоходу; Д. Цистоскопії;
 В. Бронхоскопії жорстким бронхоскопом;

Відповіді на контрольні питання: 1. – В 2. – Г 3. – В 4. – Д 5. – Г

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміну “інфекційний ендокардит”.
2. Класифікація інфекційного ендокардиту
3. Етіологія та патогенез інфекційного ендокардиту. Фактори ризику розвитку ІЕ.
4. Клінічні прояви інфекційного ендокардиту.
5. Основні синдроми перебігу інфекційного ендокардиту.
6. Лабораторна та інструментальна діагностика ІЕ. Особливості дослідження крові при підозрі на ІЕ.
7. Duke-критерії діагностики ІЕ.
8. Принципи лікування ІЕ залежно від інфекційного збудника.
9. Показання до хірургічного лікування ІЕ.
10. Лікування ІЕ стафілококової етіології.
11. Принципи лікування ІЕ стрептококової етіології.
12. Показання до хірургічного лікування.
13. Профілактика інфекційного ендокардиту.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на інфекційний ендокардит.	160	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.

2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.

3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

4. Внутрішня медицина: пульмонологія, кардіологія, гематологія: навч. посіб. з грифом МОН України: у 3 т. Т.2. Кардіологія/Л.Н., Приступа, В.Г. Псарьова, Н.В. Деміхова, Л.Б. Винниченко, В.В. Лаба, В.Ф. Орловський. – Суми: Вид-во СумДУ, 2009. – 214с.

5. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Внутрішня медицина: порадник лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінціцький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.]; за ред. А.С. Свінціцького. - К. : Медицина, 2014. - 1272 с.

2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.

4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування /за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.

5. Інфекційний ендокардит. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту /Укладачі В.М. Коваленко, О.Г. Несукай. – К., Моріон, 2015. – 32с.

6. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf

Перикардити

Актуальні теми

Перикардит – це інфекційне або неінфекційне (асептичне) запалення вісцерального і парієтального листків перикарду.

Перикардит зустрічається при багатьох захворюваннях внутрішніх органів, будучи або їх ускладненням, або одним із клінічних проявів хвороби. Нерідко перикардит набуває самостійного значення і його клінічні прояви і гемодинамічні порушення виходять на перший план у клінічній картині хвороби, тоді як решта симптомів має другорядне значення.

Ознаки активного або перенесеного у минулому перикардиту виявляють на аутопсії у 3-4% випадків. Жінки молодшого і середнього віку хворіють на перикардит в 3 рази частіше, ніж чоловіки. З інфекційних перикардитів найбільш поширені туберкульозні і вірусні. Перикардит виникає у 1-2% хворих пневмонією (частіше при правосторонній її локалізації). В цілому частка інфекційних перикардитів, що у минулому переважали за частотою над асептичними у декілька разів, зменшилася через застосування антибіотиків приблизно до половини усіх перикардитів, але зросла частота уремічного, постінфарктного та пухлинного перикардиту.

Мета заняття

Знати: Перикардити – визначення. Класифікація. Особливості клініки, перебігу і діагностики сухого, ексудативного і конструктивного перикардитів залежно від етіології. Методи верифікації діагнозу. Диференційний діагноз із ураженнями міокарда. Показання до пункції перикарда, її діагностичне значення. Диференційована терапія різних форм із врахуванням етіологічних факторів.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на перикардит;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові;

показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази, білірубін, тропінін I, МВ-ізофермент КФК, ЛДГ. Дослідження крові на LE-клітини. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенообстеження органів грудної клітки;

- провести диференційну діагностику перикардиту з гострим інфарктом міокарда, стенокардією, ТЕЛА, інфарктом легені, плевритом, медіастенітом, грижею стравохідного отвору діафрагми, гострим панкреатитом, перфоративною виразкою шлунка, міжреберною невралгією, а також із захворюваннями, перебіг яких пов'язаний з міогенною дилатацією порожнини серця (гострим міокардитом і дилатаційною кардіоміопатією);

- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування курованого хворого;

- призначити диференційовану терапію залежно від форми перикардиту з урахуванням етіологічного чинника.

Контрольні питання для тестування

1. Які форми перикардитів є небезпечними при призначенні глюкокортикоїдів?

- А. Системні хвороби сполучної тканини;
- Б. Ревматичний перикардит;
- В. Постінфарктний синдром Дреслера;
- Г. Ексудативний перикардит важкого перебігу невстановленої етіології;
- Д. Гнійний і при пухлинах серця міокардит;

2. Добова доза преднізолону 80-90 мг призначається при:

- А. Ревматичному перикардиту III ступеня активності;
- Б. Після інфарктного синдрому Дреслера;
- В. Важкому ексудативному перикардиту;
- Г. При системному червоному вовчаку III ступеня активності;

3. Який метод лікування ексудативного перикардиту з загрозою тампонади серця є найбільш відчутно ефективним?

- А. Великі дози глюкокортикоїдів;
- Б. Перикардектомія;
- В. Пункція перикардиту з евакуацією рідини;
- Г. Великі дози антибіотиків;

4. Яка форма туберкульозного перикардиту є підставою для призначення початкових доз глюкокортикоїдів по 40-60 мг/добу по преднізолону?

- А. Інфільтративний туберкульоз легень;
- Б. Дисемінований туберкульоз;
- В. Туберкульозний ексудат стійкого характеру, рецидивуючий на фоні відсутнього ефекту від проти-туберкульозної терапії;
- Г. Не призначається при туберкульозі;

5. Де краще вислуховується шум тертя перикарда?

- А. На верхівці серця;
- Б. В точці Боткіна;
- В. Над зоною абсолютної тупості серця;
- Г. На основі серця;
- Д. У мечоподібного відростка;

Відповіді на контрольні питання: 1. – Д 2. – Г 3. – В 4. – В 5. – В

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміну “перикардит”.
2. Класифікація перикардитів.
3. Етіологія та патогенез перикардитів.
4. Клінічні прояви сухого перикардиту та дані об'єктивного обстеження хворого з сухим перикардитом.
5. Лабораторна та інструментальна діагностика сухого перикардиту.

6. Лікування сухого перикардиту.
7. Клініка та дані об'єктивного обстеження хворого з ексудативним перикардитом.
8. Інструментальна та лабораторна діагностика ексудативного перикардиту.
9. Лікування ексудативного перикардиту. Методика та показання до проведення пункції перикарду.
10. Клінічні ознаки тампонади серця.
11. Клінічні прояви, об'єктивне обстеження хворого з констриктивним перикардитом.
12. Лабораторна та інструментальна діагностика констриктивного перикардиту.
13. Принципи лікування хворого з констриктивним перикардитом.
14. Тампонада серця: причини, клінічні прояви, лікування.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих з перикардитом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.
2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.
3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.
4. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.
2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.
5. Рекомендації ESC по діагностиці і веденню пацієнтів з захворюваннями перикарда 2015. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Pericard_2015.pdf

Тема 8. Міокардити і кардіоміопатії

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Міокардит – це ураження серцевого м'язу запального характеру, яке обумовлене безпосереднім або опосередкованим через імунні механізми впливом цілого ряду факторів, та асоційоване з порушеннями механічної або електричної функції серця. Запальні ураження міокарда можуть виникати при будь-яких інфекційних захворюваннях і практично в будь-якому віці. Етіологія міокардиту дуже різноманітна.

На теперішній час поширеність міокардиту складає до 20 % всіх некоронарогенних уражень серця і від 5 до 11 % всіх захворювань серцево-судинної системи. Останніми роками відмічено зростання захворюваності на міокардит. Це обумовлено, з одного боку, впровадженням у клінічну практику нових діагностичних методів. З іншого боку, збільшення числа хворих міокардитом пов'язують із зміною реактивності організму, неправильним і невчасним застосуванням медикаментозних препаратів, невиправданою імунізацією і частою реімунізацією населення, яке призводить до його алергізації, глобальною зміною навколишнього середовища, недоброякісним харчуванням, психоемоційними перенапруженням.

Кардіоміопатія (КМП) – це патологія міокарду, при якій відбуваються його структурні або функціональні порушення, і які не обумовлені ішемічною хворобою серця, гіпертензією, клапанними вадами і природженими захворюваннями серця. При кардіоміопатіях найчастіше страждає міокард і функція шлуночків серця. Існує декілька фенотипів кардіоміопатій, що розрізняються між собою особливостями ураження серцевого м'язу. Найчастіше трапляються дилатаційна, гіпертрофічна і рестриктивна кардіоміопатії. Кардіоміопатії бувають вродженими (генетичними, сімейними) і набутими (негенетичними, несімейними). Причинами виникнення сімейних кардіоміопатій на сучасному етапі розвитку медичної науки встановлені різні генні дефекти. Появі ж вторинних кардіоміопатій завжди передують абсолютно конкретні події: ушкоджуючі міокард впливи (токсичні, лікарські, ендокринні і ін.), деякі самостійні захворювання, дефіцит вмісту в організмі ряду мікроелементів і вітамінів і т. інш.

Мета заняття

Знати: Класифікацію, особливості клінічних проявів, зміни додаткових методів дослідження залежно від етіологічного чинника міокардиту і типу КМП. Критерії діагнозу і диференційного діагнозу міокардитів і КМП. Особливості лікування різних клінічних варіантів міокардитів і КМП.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на кардіоміопатії;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинин, сечовина, аміотрансферази, холестерин, β -ліпопротеїди, білірубін, КФК, ЛДГ1. Дослідження крові на антистрептолізин-О, РФ, LE-клітини, антитіла до вірусів, мікоплазмів та інших інфекційних агентів. Імунологічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, імуноглобуліни, ЦІК. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити), проби Реберга, Нечипоренко, Аддіс-Каковського. Описати ЕКГ, дані доплер-ехокардіографії, холтеровського моніторування, черезстравохідної електрокардіостимуляції, рентгенографії органів грудної клітки, МРТ серця;

- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;

- провести диференційну діагностику ДКМП з хронічною ІХС з вираженою СН, тяжким міокардитом, первинною мітральною недостатністю ревматичного і неревматичного генезу, стенозом аорти, ексудативним перикардитом, специфічною кардіоміопатією при амілоїдозі, гемохроматозі і саркоїдозі; ГКМП зі «спортивним серцем», при підвищенні АТ з артеріальною гіпертензією, з вадами серця, що супроводжуються систолічним шумом (недостатністю МК, стенозом аорти, дефектом МШП), хронічною ІХС, «спортивним серцем»; рестриктивної КМП з

ДКМП, ГКМП, захворюваннями, що супроводжуються синдромом рестрикції (конструктивним перикардитом при туберкульозі, травмах грудної клітки, гострому перикардиті);
- призначити диференційовану терапію залежно від виду міокардиту і КМП.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Які показання для призначення нестероїдних протизапальних засобів при міокардиті?

- А. В перші два тижня захворювання гострої фази;
- Б. З третього тижня гострої фази захворювання;
- В. При хронічному перебігу без вираженої дилатації порожнини серця і серцевої недостатності;
- Г. Ситуації вказані в пунктах Б і В;
- Д. В перші три місяці від початку вірусного захворювання;

2. Що найбільше може спровокувати дисфункцію міокарду при міокардиті?

- А. Фізична активність при важкому перебігу хвороби;
- Б. Необмежене вживання солі;
- В. Необмежене вживання рідини;
- Г. Ігнорування медикаментозними засобами;
- Д. Низький калораж харчування;

3. Метод(и) верифікації діагнозу міокардиту:

- А. Підвищення рівня МВ-ізоферменту КФК у крові;
- Б. Ознаки запалення при біопсії;
- В. Депресія сегменту ST і негативний зубець Т на ЕКГ;
- Г. Гостре виникнення повної блокади лівої ніжки пучка Гіса;
- Д. Дилатація лівого шлуночка і зниження ФВ за даними Ехо-КГ;

4. До великих критеріїв міокардиту не відноситься:

- А. Виникнення після перенесеної інфекції застійної серцевої недостатності;
- Б. Виникнення після перенесеної інфекції позитивної гемокультури;
- В. Виникнення після перенесеної інфекції повної блокади лівої ніжки пучка Гіса;
- Д. Підвищення активності кардіоспецифічних ферментів;

5. Яку тактику треба вибирати у хворих з безсимптомною гіпертрофічною кардіоміопатією?

- А. Медикаментозне лікування з профілактичною метою;
- Б. Динамічне спостереження;
- В. Немедикаментозне лікування;
- Г. Хірургічне лікування;

6. Яку тактику треба вибирати у хворих ГКМП з симптомами високого ризику смерті?

- А. Хірургічне лікування (резекція гіпертрофованої ділянки міжшлуночкової перетинки)
- Б. Електрокардіостимуляція;
- В. Немедикаментозне лікування (катетерна селективна обтурація а. interseptalis з алкоголізацією гіпертрофованої ділянки міжшлуночкової перетинки);
- Г. Аміодарон;
- Д. Аміодарон + імплантація кардіовертера-дефібрилятора;

7. При необструктивній формі гіпертрофічної кардіоміопатії з метою гемодинамічного розвантаження серця слід призначити:

- А. Аміодарон;
- Б. Бета-блокатори, верапаміл;
- В. Інгібітори АПФ;
- Г. Імплантацію дефібрилятора;
- Д. Діуретики;

8. Які фармакологічні засоби зменшують обструкцію виносного тракту лівого шлуночка при ГКМП і є патогенетично обґрунтованими?

- А. Пролонговані нітрати;
- Б. Серцеві глікозиди;
- В. Інгібітори АПФ;
- Д. Верапаміл;

Е. Бетаадріно-блокатори, або верапаміл або ділтіазем;

9. Які препарати відносяться до симптоматичної терапії при рестриктивній кардіоміопатії?

А. Глюкокортикоїди;

Б. Хелаторна терапія дефероксаміном при гемохроматозі;

В. Діуретики;

10. Які антиаритмічні засоби є найбільш ефективними при аритмогенній кардіоміопатії?

А. Препарати І класу;

Б. Верапаміл;

В. Бета-блокатори;

Г. Соталол або комбінація аміодарону з β -блокаторами;

Д. Серцеві глікозиди;

Відповіді на контрольні питання:

1. – Б 2. – А 3. – Б 4. – Б 5. – Б 6. – Д 7. – В 8. – Е 9. – В 10. – Г

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміну “міокардит”.
2. Класифікація міокардитів.
3. Етіологія і патогенез міокардитів.
4. Назвати і охарактеризуйте клінічні варіанти перебігу міокардитів.
5. Лабораторна і інструментальна діагностика міокардитів, показання для ендоміокардіальної біопсії.
6. Діагностичні критерії міокардиту.
7. Знати елементи диференційної діагностики міокардитів.
8. Скласти програму лікування міокардитів. Показання та умови для специфічної терапії.
9. Симптоматична терапія міокардитів. Немедикаментозне лікування.
10. У чому полягає профілактика міокардитів?
11. Дати визначення терміну “кардіоміопатія” (КМП).
12. Класифікація КМП.
13. Етіологія, патогенез та клінічні прояви дилатаційної кардіоміопатії.
14. Дані об’єктивного обстеження, інструментальних методів у діагностиці дилатаційної КМП.
15. Лікування дилатаційної КМП: групи препаратів, механізм їх дії. Немедикаментозне лікування (хірургічні методи).
16. Патогенез, клінічні прояви гіпертрофічної КМП.
17. Дані об’єктивного обстеження та інструментальних методів у діагностиці гіпертрофічної КМП.
18. Медикаментозне лікування гіпертрофічної кардіоміопатії, хірургічні методи.
19. Клініка, діагностика та лікування рестриктивної КМП.
20. Клінічні прояви, діагностика та лікування аритмогенної дисплазії правого шлуночка.
21. Метаболічні КМП, класифікація, клінічні прояви, діагностика.
22. Лікування метаболічних кардіоміопатій.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на міокардит, кардіоміопатії	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната

3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната
---	--	----	-----------------------	--	----------------------

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.
2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.
3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с. – 81-90
5. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Курс лекцій з клінічної кардіології / За ред. Проф. В.Й.Целуйко – К., 2020. – 592с.
2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.
5. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistyh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
6. Рекомендації ESC по діагностиці і лікуванню гіпертрофічної кардіоміопатії 2014. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/cardiomiopatiya_ESC_2014.pdf
7. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf

Тема 9. Хронічне легеневе серце. Тромбоемболія легеневої артерії.

Кількість годин: 4

Актуальність теми

В останні десятиліття за рахунок наростання частоти хронічних неспецифічних захворювань легень зросла частка хронічного легеневого серця (ХЛС), яке займає третє місце серед причин серцево-судинної смерті після гострого інфаркту міокарда та артеріальної гіпертензії, а при наявності розгорнутої клінічної картини дворічне виживання хворих на ХЛС становить 45 %. В цілому відомості про поширеність ХЛС досить суперечливі, оскільки діагностика цього патологічного синдрому на початкових етапах його розвитку, особливо в тих випадках, коли відсутні ознаки правошлуночкової недостатності, ускладнена.

Легеневе серце (cor pulmonale) – це патологічний стан, що розвивається внаслідок легеневої артеріальної гіпертензії, зумовленої патологією бронхо-легеневого апарату, судин легень або торако-діафрагмальними порушеннями, яке проявляється гіперфункцією правого шлуночка серця, його гіпертрофією і /або дилатацією, і формуванням правошлуночкової серцевої недостатності. На частку ЛС припадає 5-10 % всіх випадків серцево-судинних захворювань у дорослих.

ТЕЛА – це оклюзія просвіту основного стовбура або гілок легеневої артерії часточками тромбу, який сформувався в венах великого кола кровообігу або порожнинах правого серця, які переносяться в мале коло кровообігу з током крові. Механічна закупорка стовбура або гілок

легеневої артерії супроводжується генералізованим спазмом легеневих артеріол, що призводить до різкого обмеження кровотоку в легенях. Причинами розвитку ТЕЛА у 70-90% випадків є тромбоз глибоких вен пахвинно-стегнового сегмента та судин таза. У структурі причин раптової смерті масивна ТЕЛА займає 3-тє місце. Протягом 1-ї години від ТЕЛА гинуть 11% хворих. 30% летальність становить серед пацієнтів, що вижили без відповідної терапії. При своєчасній діагностиці та лікуванні цей показник знижується до 5-8%. Майже 25% випадків ТЕЛА пов'язані з різними оперативними втручаннями. Смертність від масивної ТЕЛА є найвищою при ортопедичних втручаннях – 24%, при операції на легенях вона становить – 17,9%, черевної порожнини – 11,5%. У хворих терапевтичного профілю ТЕЛА розвивається, головним чином, при захворюваннях серця, інсультах, інфекційних процесах, понад 30% ТЕЛА пов'язані із злоякісними пухлинами.

Мета заняття

Знати: Визначення терміна “легеневе серце”. Етіологія, патогенез, класифікація ХЛС. Класифікація, етіологія, патогенез ТЕЛА. Інструментальна та диференційна діагностика ТЕЛА. Невідкладна допомога та профілактика ТЕЛА. Особливості клінічних проявів, перебігу, змін даних лабораторних та інструментальних методів дослідження залежно від стадії та етіологічного фактора ХЛС. Принципи диференційованої терапії ХЛС.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на ХЛС і ТЕЛА;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпритувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ. Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, амінотрансферази, лактатдегідрогенази, ревматоїдний фактор, вовчанкові клітини, холестерин, аміаза, білірубін. Загальний аналіз мокротиння, а також на БК і атипові клітини, аналіз мокротиння за Мульдером з визначенням флори та її чутливості до антибіотиків. Серологічні дослідження. Дослідження плевральної рідини: оцінка фізичних і хімічних властивостей, цитологічне і бактеріологічне дослідження. Імунологічне дослідження крові: імуноглобуліни, Т- і В- лімфоцити, компоненти комплексу, вміст D-димеру. Описати дані рентгенограми та комп'ютерної томограми органів грудної клітки, спірографії, пневмотахометрії, бронхоскопії, ЕКГ (ознаки ХЛС за Widimsky, критерії гіпертрофії міокарда правого шлуночка), електрокардіографії, реографії грудної клітки, ультразвукового дослідження, флеботромбозів нижніх кінцівок (венозно-оклюзивна плетизмографія, ультразвукова доплерівська флоуметрія, радіометрія з фібриногеном, МР-флебографія);
- провести диференційну діагностику захворювань, наслідком яких стало виникнення ХЛС і ТЕЛА;
- скласти індивідуальний план лікування курованого хворого.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Найбільш частою групою серед основних причин хронічного легеневого серця (ХЛС) є:

- А. Захворювання паренхіми легень;
- Б. Захворювання повітроносних шляхів;
- В. Ураження легеневого судинного русла;
- Г. Торакодифрагмальні захворювання;
- Д. Порушення функції дихального центру;

2. Серед захворювань паренхіми легень найбільш частою причиною ХЛС є:

- А. Пневмосклерози;
- Б. Фіброз легень внаслідок туберкульозу;
- В. Фіброз легень внаслідок пневмоконіозів;
- Г. Фіброзуючий альвеолі;
- Д. Хронічні пневмоніти і фіброз легень при дифузних хворобах сполучної тканини;

3. Серед уражень легеневого судинного русла найбільш частою причиною ХЛС є:

- А. Первинна легенева гіпертензія;

- Б. Васкуліти при дифузних хворобах сполучної тканини;
 - В. Вузликовий пери артеріт і інші генералізовані васкуліти;
 - Г. Рецидивуючі тромбоемболії і тромбози дрібних гілок легеневої артерії;
 - Д. Основна причина не названа;
- 4. Серед порушень функції дихального центру найбільш частою причиною ХЛС є:**
- А. Ожиріння (синдром Піквіка);
 - Б. Ідіопатична альвеолярна гіповентиляція;
 - В. Синдром нічного апное центрального походження;
 - Г. Тривале перебування в високогірній місцевості;
 - Д. Основна причина не названа;
- 5. Основним механізмом легеневої артеріальної гіпертензії у хворих з ХЛС є:**
- А. Гіпоксична легенева вазоконстрикція;
 - Б. Вплив гіперкапнії і ацидозу;
 - В. Анатомічні зміни легеневого судинного русла;
 - Г. Порушення бронхіальної прохідності;
 - Д. Всі разом взяті;
- 6. Основними змінами гемодинаміки при ХЛС є:**
- А. Гіпертрофія правого шлуночка;
 - Б. Поступове зниження систолічної функції правого шлуночка;
 - В. Тенденція до збільшення об'єму циркулюючої крові, затримки натрію і води в організмі;
 - Г. На пізніх стадіях захворювання – зниження серцевого викиду і рівня артеріального тиску;
 - Д. Всі разом взяті;
- 7. Основними клінічними об'єктивними проявами компенсованого ХЛС є всі крім:**
- А. Центрального ціанозу;
 - Б. Розширення і збільшення кількості судин на шкірі і кон'юнктивах;
 - В. Правосторонній гідроторакс;
 - Г. Тахіпное, сухі і/або вологі хрипи, крепітація;
 - Д. Ознаки емфіземи;
- 8. Для декомпенсованого ХЛС характерними є всі симптоми, крім одного:**
- А. Виражений ціаноз змішаного характеру;
 - Б. Набряки нижніх кінцівок;
 - В. Набряки шийних вен;
 - Г. Абдомінально-югулярний рефлюкс (збільшення набряку шийних вен при натискуванні рукою на передню черевну стінку);
 - Д. Холодні кінцівки;
- 9. Для хворих з ХЛС при обстеженні характерним є всі перераховані симптоми, крім:**
- А. Розповсюджена пульсація зліва від грудини і в епігастрії;
 - Б. Розширення абсолютної тупості серця;
 - В. Тахікардія;
 - Г. Акцент II тону над легеневою артерією;
 - Д. Систолічний шум над верхівкою серця;
- 10. Який метод лікування хворих ХЛС підтвердив збільшення тривалості і якості життя?**
- А. Вазодилататори;
 - Б. Діуретики;
 - В. Оксигенотерапія;
 - Г. Антикоагулянти;
 - Д. Серцеві глікозиди;

Відповіді на контрольні питання:

1. – Б 2. – А 3. – Г 4. – Б 5. – Д 6. – Д 7. – В 8. – Д 9. – Д; 10. – В

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “легеневе серце”.
2. Основні причини розвитку ЛС.
3. Патогенез ЛС. Механізми формування легеневої гіпертензії.
4. Клінічна картина хронічного ЛС.

5. Клініка декомпенсованого ХЛС
6. Дати визначення терміна „ТЕЛА”.
7. Етіологія та патогенез ТЕЛА.
8. Чинники ризику розвитку ТЕЛА.
9. Класифікація ТЕЛА за рівнем оклюзії легеневих артерій. Оцінка ймовірності ТЕЛА за клінічними даними.
10. Клінічні прояви ТЕЛА та ускладнення.
11. Лабораторна та інструментальна діагностика.
12. Диференційна діагностика ТЕЛА.
13. Лікування хворих на ТЕЛА.
14. Профілактика розвитку ТЕЛА.
15. Клінічні прояви компенсованого ХЛС.
16. Клініка декомпенсованого ХЛС.
17. Інструментальна діагностика ХЛС (ЕхоКГ, катетеризація правих відділів серця, дослідження функції зовнішнього дихання)).
18. ЕКГ-критерії ХЛС.
19. Діагностичні критерії гострого та ХЛС.
20. Диференційна діагностика ХЛС.
21. Хронічна тромбоемболічна легенева гіпертензія.
22. Лікування ХЛС: корекція легеневої артеріальної гіпоксемії, легеневого судинного опору, гемореологічних порушень.
23. Особливості лікування правошлуночкової серцевої недостатності.
24. Оксигенотерапія в лікуванні ХЛС.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на ХЛС та ТЕЛА	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.
2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.
3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с. – 81-90
5. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.
2. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / А. В. Єпішин, Н. А. Хабарова, П. Я. Шерстюк [та ін.] ; за заг. ред. А. В. Єпішина. – 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 380 с.
3. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
4. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
5. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. : Ю. М. Мостового. – 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : Державна картографічна фабрика, 2018. – 575 с.
6. **Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.**
7. Наказ МОЗ України від 21.06.2016 № 614 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при легеневої гіпертензії" Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160621_0614.html
8. Діагностика та лікування гострої тромбоемболії легеневої артерії (2016) /Робоча група експертів Асоціації кардіологів України, Асоціації з невідкладної кардіології, Асоціації судинних хірургів, Асоціації кардіохірургів, Асоціації пульмонологів, Асоціації анестезіологів-реаніматологів України. – інтернет ресурс: http://journal.ukrcardio.org/wp-content/uploads/2016/02D/1_2d_2016.pdf
9. Тромбоемболія легеневої артерії. Клінічна настанова, заснована на доказах / мультидисциплінарної робочої групи з опрацювання медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. – Київ, 2016. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_TLA.pdf

Тема 11. порушення ритму серця і провідності

Кількість годин: 6.

Актуальність теми

Порушення серцевого ритму (аритмія) є одним з найбільш поширених патологічних станів серцево-судинної системи. Аритмія виникає як ускладнення артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету, захворювань щитовидної залози та інших розладів ендокринної системи, вживання надмірної кількості алкоголю; може розвиватися після хірургічних втручань, внаслідок порушень мозкового кровообігу, стресів, застосування деяких лікарських засобів. Аритмія може призвести до розвитку гострої чи хронічної серцевої недостатності, раптової серцевої смерті. Так, у 40-70 % здорових осіб при холтеровському моніторингу ЕКГ за 24-48 годин виявляються шлуночкові аритмії, у тому числі 1-4 % - складні. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) це найпоширеніший тип порушення серцевого ритму. Її частота залежить від методів діагностики і контингенту досліджуваних.

Фібриляція передсердь (ФП) найпоширеніша аритмія. Частота її виникнення залежить від віку, частіше відмічається у чоловіків. Серед осіб віком до 40 років її частота становить менше 0,5%, старше 70 років – 10%.

Вивчення питань лікування аритмій також є актуальним, тому що антиаритмічні препарати можуть викликати небажані ефекти: аритмогенні, знизити скорочувальну здатність міокарда, мати побічну дію на інші органи і системи.

Мета заняття

Знати:

1. Порушення ритму серця. Електрофізіологічні механізми виникнення ектопічних аритмій. Класифікація, особливості порушень гемодинаміки, клініки, перебігу, ЕКГ-діагностика та диференційна діагностика ектопічних аритмій. Диференційована медикаментозна терапія, невідкладна допомога та запобігання нападам. Роль електроімпульсної терапії в лікуванні аритмій.

2. Порушення провідності серця. Класифікація. Особливості клінічної та ЕКГ-діагностики різних варіантів та ступенів атріовентрикулярної блокади та блоkad ніжок пучка Гіса. Ускладнення атріовентрикулярної блокади. Невідкладна допомога при синдромі Морганьї-Адамаса-Стокса. Показання до проведення електростимуляції.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з порушенням ритму і провідності;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; показники лейкоцитів; показники тромбоцитів; показники ШОЕ). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотранс-ферази, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін, КФК, ЛДГ. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити), проби Реберга, Нечипоренко, Аддіс-Каковського. Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, холтеровського моніторування, черезстравохідної електрокардіостимуляції і зробити висновок про порушення автоматизму і провідності серця;
- провести диференційну діагностику ФП з їх тріпотінням, синусовою тахікардією, шлуночковою пароксизмальною тахікардією;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію залежно від виду порушення ритму і провідності.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Препаратом першого вибору при пароксизмі суправентрикулярної тахікардії є:

- | | |
|---------------|------------------|
| А. АТФ; | В. Новокаїнамід; |
| Б. Верапаміл; | Г. Обзідан; |

2. Препаратом першого вибору при пароксизмі шлуночкової тахікардії є:

- | | |
|------------------|--------------|
| А. Новокаїнамід; | В. Лідокаїн; |
| Б. Гілуритмал; | Г. Кордарон; |

3. При купіруванні пароксизму шлуночкової тахікардії у хворих з органічними захворюваннями серця протипоказано введення:

- | | |
|------------------|-----------------|
| А. Новокаїнамід; | В. Дізопірамід; |
| Б. Верапаміл; | Г. Кордарон; |

4. При передозуванні антагоністів кальцію антидотом є:

- | | |
|-------------|--------------------------|
| А. Унітіол; | В. Хлористий кальцій; |
| Б. Обзідан; | Г. Молочнокислий натрій; |

5. Вовчаковоподібний синдром може розвиватися при терапії:

- | | |
|----------------|--------------------|
| А. Кордароном; | В. Дізопірамідом; |
| Б. Хінідином; | Г. Новокаїнамідом; |

6. Основний електрофізіологічний ефект ААЗ ІІІ класу міститься в:

- А. Сповільненні провідності;
- Б. Збільшенні рефрактерності;
- В. Зниженні збудливості;

7. Основний електрофізіологічний ефект ААЗ ІС групи міститься в:

- А. Сповільненні провідності;
- Б. Збільшенні рефрактерності;
- В. Зниженні збудливості;

8. ААЗ ІА групи:

- А. Збільшують ширину комплексу QRS, але не впливають на тривалість інтервалу QT
- Б. Збільшують тривалість QT, але не впливають на комплекс QRS

В. Не впливають ні на тривалість QRS, ні на інтервал QT

Г. Можуть збільшувати тривалість QRS і QT

9. Бета-блокуючим ефектом володіють:

А. Профенон;

В. Етацизін;

Б. Ділтіазем;

Г. Етмозін;

10. Структурним аналогом лідокаїну є:

А. Пропафенон;

В. Дізопірамід;

Б. Мексилетін;

Г. Діфенін;

Відповіді на контрольні питання:

1. – Б 2. – В 3. – В 4. – В 5. – Г 6. – А 7. – А 8. – Г 9. – А 10. – Б

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “аритмія серця”.
2. Основні причини розвитку аритмій.
3. Функція автоматизму серця, центри автоматизму Електрофізіологічні механізми аритмій.
4. Провідна система серця. Порухення повідності імпульсу.
5. Класифікація аритмій серця за М.С. Кушаковським та Н.Б Журавльовою.
6. Антиаритмічні препарати, класифікація, механізми дії, показання до їх застосування.
7. Методи діагностики порушень ритму: фізикальне, обстеження, ЕКГ, холтерівське моніторування, електрофізіологічне дослідження, черезстравохідна електрокардіостимуляція.
8. Діагностика та лікування екстрасистолічної аритмії, пароксизмальних тахікардій: ЕКГ-ознаки, клініка, лікування.
9. Фібриляція передсердь, етіопатогенез, класифікація, ЕКГ-ознаки.
10. Лікування хворого із персистуючою формою фібриляції передсердь.
11. Лікування хворого із постійною формою фібриляції передсердь.
12. Тріпотіння передсердь, етіопатогенез, класифікація, ЕКГ-ознаки, лікування.
13. Радіочастатна абляція, електрокардіостимуляція, електрична дефібриляція у лікуванні аритмій: методика проведення, показання. Ресинхронізуюча терапія.
14. Синоатріальні блокади: ЕКГ-діагностика, клінічні прояви та лікування.
15. Внутрішньо-передсердна блокада: ЕКГ-ознаки, клінічні прояви та лікування.
16. Атріовентрикулярні блокади: класифікація, ЕКГ-ознаки, клінічні прояви.
17. Тактика ведення хворого із атріовентрикулярною блокадою.
18. Внутрішньошлуночкові блокади: ЕКГ-діагностика, клінічні прояви, лікування.
19. ЕКГ-ознаки блокади лівої та правої ніжки пучка Гіса.
20. Синдроми передчасного збудження шлуночків: ЕКГ-ознаки, клінічне значення та лікування.
21. Комбіновані порушення ритму: ЕКГ- ознаки, клінічні прояви, лікування:
 - а) АВ-дисоціація; б) синдром Фредеріка; в) парасистолія.
22. Роль електроімпульсної терапії в лікуванні аритмій (показання, протипоказання, методика).
23. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса: клінічні прояви, патогенез, невідкладна допомога. Показання до проведення електростимуляції, типи електростимуляції.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната

2	Тематичний розбір хворих з порушеннями ритму серця та провідності	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини – Вінниця: Нова книга, 2010. – 1006с.

2. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник. Т.2. Захворювання системи кровообігу, ревматичні хвороби, захворювання нирок, загальні питання внутрішньої медицини. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 784с.

3. Внутрішня медицина: Підручник: У 3-х т. – Т. 1 / За ред. К.М. Амосової. – К., 2008. – 1056 с. Хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, хвороби крові і кровотворних органів.

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с. – 81-90

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.

2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

3. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынський. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.

4. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред.: Ю. М. Мостового. – 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : Державна картографічна фабрика, 2018. – 575 с.

5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування за редакцією акад. Коваленка В.М., проф. Лутая М.І., Сіренка Ю.М., Сичова О.С., Київ, Моріон, 2018, 223 с.

6. Наказ МОЗ України від 15.06.2016 № 597 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги «фібриляція передсердь» – Київ, 2016. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_597_fibrilPreds/2016_597_YKPMd_fibrPreds.pdf

7. Наказ МОЗ України від 15.06.2016 № 597 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Фібриляція передсердь». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160615_0597.html

8. Фибрилляция предсердий: рекомендации 2019 года Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/139210/fibrillyatsiya-predserdij-rekomendatsii-2019-goda>

7. Лікування шлуночкових порушень серця та профілактика раптової серцевої смерті (2015) /Рекомендації Асоціації кардіологів України. – інтернет-ресурс:

8. Обморок: Рекомендации 2018 года по диагностике и лечению. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127333/obmorok-rekomendatsii-2018-goda-po-dagnostike-i-lecheniyu>

Змістовий модуль 2. Основи діагностики, лікування та профілактики хвороб кістково-м'язової системи та сполучної тканини

Тема 12. Основні симптоми ревматологічної патології та методи дослідження в ревматології. Ревматична лихоманка.

Кількість годин: 4

Актуальність теми

За розповсюдженістю ревматичні хвороби поступаються тільки хворобам органів кровообігу і органів травлення. У структурі первинної інвалідності вони займають друге місце, а по тимчасовій непрацездатності знаходяться на першому місці серед хвороб внутрішніх органів. Вони об'єднують більше 100 різних запальних, незапальних і метаболічних захворювань і синдромів, які проявляються патологією суглобів і навколосуглобових м'яких тканин, хребта, м'язів, хрящів і кісток, а також системним ураженням сполучної тканини. РЗ трапляються, як відомо, у людей будь-якого віку, починаючи з дитячого, але мають чітку тенденцію до значного безперервного зростання у міру старіння населення та складають вагомий частку причин тимчасової та стійкої втрати працездатності населення та сприяють передчасній смерті значного контингенту популяції. Інвалідами стають люди молодого та середнього віку вже через 3-5 років від початку хвороби (наприклад, РА і хвороба Бехтерева). Тривалі популяційні дослідження, виконані за допомогою опитувальника серед населення Нідерландів старше 25 років, виявили, що поширеність захворювань кістково-м'язової системи і сполучної тканини склала 40,8% серед чоловічого та 48% - жіночого населення країни. Хронічні прогресуючі РЗ є причиною інвалідизації 2,8% населення США та 8% - Великобританії. Поширеність ревматичних захворювань серед населення України досягла майже 3млн (практично уражений кожен 16 житель).

Мета заняття

Знати:

Основні ревматологічні скарги та визначення основних ревматологічних симптомів (біль у м'язах та суглобах, біль у спині тощо). Загальні та специфічні симптоми. Фізикальні симптоми ревматологічної патології. Методи фізикального обстеження хворих з ревматологічною патологією. Стандартна ехокардіографія, показання до проведення, інформативність та клінічна оцінка результатів. Стандартна ехокардіографія та доплерографія. Рентгенологічні методи діагностики захворювань серця, суглобів та хребта. Комп'ютерна та ЯМР-томографія. Імунологічні та біохімічні методи дослідження.

Гостра ревматична лихоманка та хронічна ревматична хвороба серця. Визначення. Роль стрептококової інфекції та імунологічної реактивності у розвитку гострої ревматичної лихоманки. Класифікація. Клінічна картина (кардит, поліартрит, хорея, ураження шкіри). Значення лабораторних та інструментальних методів дослідження. Критерії діагностики. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування з урахування ступеня активності. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез у хворого з ревматологічною патологією, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із ревматологічною патологією на гостру ревматичну лихоманку та хронічну ревматичну хворобу серця виділити основні синдроми та симптоми
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (Описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази, РФ. Дані серологічного дослідження крові: титри АСЛ-О, АСГ, АСК, антитіла до протеїну А, ДНКаз стрептокока; імунологічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, субпопуляції Т-лімфоцитів, імуноглобуліни. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенівського дослідження серця;
- провести диференційний діагноз ГРЛ із ревматоїдним артритом, реактивним артритом, геморагічним васкулітом, неревматичним міокардитом;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на ГРЛ та хронічну ревматичну хворобу серця.

Контрольні питання для тестування

1. Дослідження променево-зап'ястного суглоба в нормі складає:

- А. Для тилового згинання 70°, для ладанного 80°, променеве і ліктьове відхилення в межах 60°;
- Б. Для тилового згинання 80°, для ладанного 90°, променеве і ліктьове відхилення в межах 70°;
- В. Для тилового згинання 90°, для ладанного 80°, променеве і ліктьове відхилення в межах 60°;
- Г. Для тилового згинання 80°, для ладанного 70°, променеве і ліктьове відхилення в межах 70°;

2. Вкажіть вміст білку в нормальній синовіальній рідині:

- А. 15-20 г/л
- Б. 22-37 г/л
- В. 60 г/л та більше
- Г. 35-48 г/л
- Д. менше 5 г/л

3. Де локалізуються вузлики Бушара?

- А. Колінні суглоби;
- Б. Дистальні міжфалангові суглоби;
- В. Міжхребцеві суглоби;
- Г. Проксимальні міжфалангові суглоби;
- Д. Перший плюсне-фаланговий суглоб;

4. Симптом Шобера - це:

- А. Відстань між остистим відростком V поперекового хребта + 10 см вгору, що збільшується при максимальному згинанні спини на 4 см.
- Б. Кінчики пальців при згинанні спини при прямих колінах досягають полу;
- В. Відстань по лінії остистих відростків від I хребта + 30 см вниз при згинанні спини збільшується на 5 см;
- Г. Дослідження шийного кіфозу (хворий спиною до стіни притискає потилицю, лопатки, сідниці і п'яти);
- Д. Біль в ураженому здухвинно-крижовому сполученні при стисканні гребенів здухвинних кісток у фронтальній площині.

5. Симптом Томайєра це:

- А. Відстань між остистим відростком V поперекового хребта + 10 см вгору, що збільшується при максимальному згинанні спини на 4 см.
- Б. Кінчики пальців при згинанні спини при прямих колінах досягають полу;
- В. Відстань по лінії остистих відростків від I хребта + 30 см вниз при згинанні спини збільшується на 5 см;
- Г. Дослідження шийного кіфозу (хворий спиною до стіни притискає потилицю, лопатки, сідниці і п'яти);
- Д. Біль в ураженому здухвинно-крижовому сполученні при стисканні гребенів здухвинних кісток у фронтальній площині.

1. Який відсоток пацієнтів, що перенесли гостру стрептококову інфекцію, хворіє на ГРЛ:

- А. 90 – 93%
- Б. 50 – 54%
- В. 40 – 42%
- Г. 20 – 26%
- Д. 0,3 – 3%

7. Наявність яких антитіл у високих титрах свідчить про стрептококову інфекцію при ГРЛ:

- А. Противірусних Коксакі В₃ і В₄;
- Б. Імуноглобулінів А;
- В. Імуноглобулінів Е;
- Г. Імуноглобулінів G;
- Д. АСЛ –О, АСГ, АСК, анти-ДНКазі В;

8. Основний патогенетичний механізм виникнення ревмокардиту:

- А. Ушкодження серця токсином гемолітичного стрептокока;
- Б. Надходження гемолітичного стрептокока із течією крові в міо- та ендокард із розвитком запальної реакції;
- В. Імунне запалення внаслідок взаємодії протистрептококових антитіл з антигенами кардіоміоцитів, які мають спільні детермінанти з антигенами стрептокока;
- Г. Ушкодження циркулюючими імунними комплексами, що містять стрептокок, дрібних вінцевих судин із розвитком запалення навколо суглобових тканин.

9. Ураження суглобів, що є найхарактернішим для гострої ревматичної гарячки (активного ревматизму):

- А. Симетричний артрит дрібних суглобів кистей з розвитком стійких деформацій;
- Б. Мігрувальний, повністю оборотний поліартрит із частим ураженням великих суглобів;
- В. Симетричний артрит з ураженням крижово-клубових зчленувань і ентезопатіями;
- Г. Гнійний олігоартрит стрептококової етіології з ураженням великих суглобів;

Д. Періартрит дрібних суглобів кистей та стоп.

10. Особливості суглобового синдрому при ГРГ (3 правильних відповіді):

А. Гострий біль, припухлість навколосуглобових тканин, почервоніння і підвищення температури шкіри в ділянці уражених суглобів, обмеження їхньої функції через біль;

Б. Колір шкіри над запаленими суглобами не змінюється;

В. Ранкова скутість;

Г. Симетричне ураження великої кількості дрібних і великих суглобів із порушенням їхньої функції;

Д. Залучення до процесу переважно великих суглобів;

Е. Артрит симетричний, мігруючий;

11. Великі критерії ГРГ (Киселя -Джонса):

А. Кардит, поліартрит, хорея, кільцеподібна еритема, підшкірні вузлики;

Б. Поліартрит, хорея, кільцеподібна еритема, підшкірні вузлики, клінічна картина: артралгія, гарячка;

В. Поліартрит, хорея, кільцеподібна еритема, підшкірні вузлики, лабораторні дані: лейкоцитоз, збільшення ШОЕ;

Г. Кардит, поліартрит, хорея, кільцеподібна еритема, подовжений інтервал *P-Q* на ЕКГ;

12. На якій стадії морфологічного розвитку ГРЛ можливі зворотність або обмеженість процесу:

А. Мукоїдного набрякання;

Б. Фібриноїдних змін;

В. Фібриноїдного некрозу;

Г. Утворення Ашоф – Талалаєвських гранульом;

Д. Склерозування;

13. Критерії кардиту це (4 правильні відповіді):

А. Органічний шум, що раніше не вислуховувався;

Б. Динаміка шумів, що були раніше;

В. Лихоманка;

Г. Порушення ритму або провідності;

Д. Збільшення серця (кардіомегалія), застійна серцева недостатність у молодих осіб;

Е. Шум тертя перикарда або ознаки випоту в порожнину перикарда;

14. Клінічною ознакою ревматичного ендокардиту є:

А. Позноблювання;

Г. Блідий колір шкірних покривів;

Б. Серцева вада;

Д. Ендотеліальні симптоми;

В. Полісерозити;

15. Для лікування затяжних форм ревматизму препаратами вибору є:

А. Антибіотики пеніцилінового ряду короткої дії;

Б. Нестероїдні протизапальні засоби;

В. Амінохінолінові похідні;

Г. Біцилін-5;

Д. Необхідні засоби не названі;

16. Заходи вторинної профілактики у хворого 20 років, який переніс гостру ревматичну гарячку без формування серцевої вади:

А. Біцилін-5 1,5 млн ОД внутрішньо-м'язово 1 раз на 3 тиж. навесні і восени впродовж 3 років;

Б. Біцилін-5 1,5 млн ОД внутрішньо-м'язово 1 раз на 4 тиж. упродовж 5 років;

В. Ретарпен 2,4 млн ОД внутрішньо-м'язово 1 раз на 3 тиж. упродовж 5 років;

Г. Ретарпен 2,4 млн ОД внутрішньо-м'язово після кожної перенесеної ангіни;

Д. Аспірин у добовій дозі 2,0 г місячними курсами навесні і восени впродовж 5 років.

Відповіді на контрольні питання:

1. – А 2. – А 3. – Г 4. – А 5. – Б 6. – Д 7. – Д 8. – В 9. – Б 10. – А 11. – А 12. – А, 13. – Б 14. – В 15. – В

Основні теоретичні питання теми

1. Основні ревматологічні скарги та визначення основних ревматологічних симптомів (біль у м'язах та суглобах, біль в спині тощо).
2. Дати визначення терміна "ГРЛ", хронічна ревматична хвороба серця.
3. Класифікація ГРЛ. Етіологія та патогенез ГРЛ
4. Загальні та специфічні симптоми.
5. Фізикальні симптоми ревматологічної патології. Методи фізикального обстеження хворих з ревматологічною патологією.
6. Зміни, що виявляють при лабораторному та інструментальному обстеженні хворих на ГРЛ.
7. Стандартна ехокардіографія та доплерографія, показання до проведення, інформативність та клінічна оцінка результатів.
8. Рентгенологічні методи діагностики захворювань серця, суглобів та хребта.
9. Комп'ютерна та ЯМР-томографія.
10. Імунологічні та біохімічні методи дослідження в ревматології.
11. Лікування ГРЛ з урахуванням ступеня активності. Показання до хірургічного лікування пацієнтів із ревматичним вадами серця.
12. Первинна та вторинна профілактика

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих з суглобовим синдромом, РЛ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 584с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с.
5. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
6. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
7. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорелова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Додаткова література

2. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.

3. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / А. В. Єпішин, Н. А. Хабарова, П. Я. Шерстюк [та ін.] ; за заг. ред. А. В. Єпішина. – 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 380 с.
4. Сімейна медицина: підручник у 3-х кн. Кн. 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К. : Медицина, 2016. - 456 с.
5. Екстрена та невідкладна медична допомога [Текст] : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.
6. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.
7. Методи комплексного лікування хворих на остеоартроз колінних суглобів при метаболічному синдромі [Текст] / Уклад.: О. О. Якименко, Л. Н. Єфременкова, В. В. Клочко. - К. : Одеський нац. мед. ун-т, 2016. - 18 с. - б/ц
8. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
9. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
10. Наказ від 12.10.2006 № 676 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Ревматологія” – Київ, 2006. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061012_676.html
11. Терапия при болевом синдроме у пациентов с артритами и артрозами: общие рекомендации 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127998/terapiya-pri-bolevom-sindrome-u-patsientov-s-artritami-i-artrozami-obshhie-rekomendatsii-2018-g>

Тема 13. Ревматоїдний артрит

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Ревматологічні хвороби за частотою і поширеністю займають одне з перших місць серед захворювань дитячого, підліткового і молодого віку. Ревматоїдний артрит (РА) – хронічне прогресуюче системне захворювання сполучної тканини з ураженням суглобів, переважно дрібних, за типом ерозійно-деструктивного поліартриту і частим системним запальним ураженням внутрішніх органів. РА реєструється у всіх країнах світу з частотою від 0,4 до 1,5%. Частота захворювання збільшується з віком: у віковій групі 45-54 рр. вона складає 0,86%, в групі 55-64 рр. - 1,61-1,23%, серед осіб у віці 65 років і більше - 0,90-0,75%. В Україні поширеність РА становить 340 випадків на 100 тис. дорослого населення, причому хвороба вражає переважно людей працездатного віку (20-50 років), що призводить до частой і тривалої госпіталізації, а нерідко й до інвалідизації. Жінки хворіють на РА в 3-4 рази частіше, ніж чоловіки. РА є наслідком імунопатологічних порушень (аутоагресії). Певна роль в розвитку захворювання відводиться вірусній інфекції, особливо вірусу Епштейна-барр, який локалізується у В-лімфоцитах і порушує синтез імуноглобулінів, і так само вірусам гепатиту В та краснухи. Багато хто дотримується інфекційно-алергічної етіологічної теорії. Відмічена роль спадковості в походженні РА, про що свідчить підвищення частоти захворювання у родичів хворих і у близнят. Сприяючим чинником є холодний і вологий клімат. Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування ревматоїдного артриту є актуальною і потребує детального вивчення.

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологічні фактори, патогенез. Роль порушень імунного статусу в розвитку захворювання. Класифікація та номенклатура. Клінічна картина з урахуванням активності патологічного процесу, стадії захворювання, системних проявів. Значення лабораторних та інструментальних методів для діагностики захворювання, його стадії та активності. Критерії діагностики, значення дослідження синовіальної рідини. Диференційний діагноз. Ускладнення.

Стратегія лікування. Базисна терапія. Тактика лікування глюкокортикостероїдами та нестероїдними протизапальними засобами. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із ревматоїдним артритом;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, РФ. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенівського дослідження суглобів;
- провести диференційний діагноз із ревматизмом, псоріатичною артропатією, інфекційними артропатіями, подагрою, анкілозним спонділоартритом, деформуючим остеоартрозом, синдромом Шегрена;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування курованого хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на ревматоїдний артрит.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Вкажіть тривалість ГК пульс-терапії у хворих на ревматоїдний артрит:

- A. 4 дні;
- B. 3 дні;
- C. 7 днів;
- D. 5 днів;
- E. 2 дні;

2. Яка мета курортного лікування хворих на ревматоїдний артрит?

- A. Дія на імунну реактивність та загальну реактивність;
- B. Лікування активності процесу;
- C. Проведення індивідуалізованого лікування, покращення функції суглобів;
- D. Покращення функції суглобів;
- E. Все перераховане

3. Яка ознака, нехарактерна для продромального періоду ревматоїдного артрити:

- A. Субфебрильна температура;
- B. Зниження апетиту, втрата ваги;
- C. Полінейропатія;
- D. Відчуття ранішньої скутості;
- E. Артралгії;
- F. Лімфаденопатія;

4. Що не є характерною рентген-ознакою II стадії ревматоїдного артрити за Штейнброкером:

- A. Звуження суглобової щілини;
- B. Навколосуглобовий остеопороз;
- C. Анкілоз;
- E. Поодинокі узури суглобових поверхонь;

5. Клінічним критерієм ревматоїдного артрити I ст. активності не є:

- A. Болі в суглобах помірні;
- B. Ранкова скутість більше 1 години;
- C. Гіпертермія незначна;
- D. Ранкова скутість до 30 хвилин;
- E. Ексудативні явища незначні;

6. Лабораторними критеріями ревматоїдного артрити II ст. активності є:

- A. Альфа-2 глоб. 12%;
- B. ШОЕ 20 мм/год, СРБ I(+);
- C. СРБ 2(+);
- D. Альфа-2 глоб. 15% , СРБ 2(+), ШОЕ 40 мм/год;
- E. Все вище перераховане.

7. Суб'єктивним критерієм активності ревматоїдного артрити не є:

- A. Скарги на ранкову скутість;
- B. Скарги на біль в суглобах;
- C. Обмеження рухів у суглобі;
- D. Суглобовий індекс;
- E. Скарги на припухлість суглобів;

8. Які твердження відносно синдрому Фелті є невірним:

- A. Характерні спленомегалія, лімфоаденопатія;
- B. Характерні позасуглобові прояви;
- C. Характерна нейтропенія;
- D. Це варіант серонегативного ревматоїдного артрити;
- E. Це варіант серопозитивного ревматоїдного артрити;
- F. Характерний деструктивний артрит;

9. Які твердження відносно застосування НПЗП при ревматоїдному артриті невірне:

- A. Це засоби симптоматичної терапії;
- B. Часті ускладнення гастропатії;
- C. Слід призначати мінімальну ефективну дозу;
- D. Монотерапія не впливає на рентгенологічне прогресування;
- E. Це засоби базової терапії;

10. Зазвичай тижнева доза метотрексату при РА:

- A. 7,5 - 15 мг;
- B. 25 мг;
- C. 20 мг;
- D. 2,5 - 5 мг;

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміну «ревматоїдний артрит».
2. Етіологія та патогенез РА. Роль порушень імунного статусу в розвитку захворювання.
3. Класифікація та номенклатура РА. Діагностичні критерії ACR/EULAR 2010. Класифікації активності РА за допомогою індексу DAS 28. Класифікація рентгенологічних змін за Штейнброкером. Класифікація функціональної недостатності.
4. Клінічна картина перебігу РА. Дати характеристику суглобовому синдрому при РА та описати системні прояви.
5. Значення лабораторних та інструментальних методів для діагностики захворювання, його стадії та активності. Описати можливі зміни при лабораторному та інструментальному обстеженні хворих з РА.
6. Критерії діагностики, значення дослідження синовіальної рідини.
7. Диференційний діагноз. Ускладнення.
8. Стратегія лікування. Базисна терапія (схеми призначення метотрексату, сульфасалазину, лефлуноміду, азатіоприну, гідроксихлорохіну, показання та протипоказання до їх призначення). Тактика лікування глюкокортикостероїдами та нестероїдними протизапальними засобами.
9. Показання та протипоказання до призначення біологічних агентів. Схеми призначення препаратів анти ФНПа, анти ІЛ-1, анти ІЛ-6.
10. Показання та протипоказання до внутрішньосуглобових ін'єкцій ГК.
11. Профілактика, прогноз, працездатність

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната

2	Тематичний розбір хворих на ревматоїдний артрит	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 584с.
5. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
6. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
7. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорелова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

1. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.
2. Наказ МОЗ України від 11.04.2014 № 263 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ревматоїдному артриті" – Київ, 2014. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140411_0263.html
3. Наказ МОЗ України 11.04.2014 № 263 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Ревматоїдний артрит. – 45с. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140411_0263.html
4. Терапія при болевом синдроме у пацієнтів с артритами и артрозами: общие рекомендации 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127998/terapiya-pri-bolevom-sindrome-u-patsientov-s-artritami-i-artrozami-obshhie-rekomendatsii-2018-g>

Тема 14. Системні хвороби сполучної тканини. Системний червоний вовчак

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Системний червоний вовчак (СЧВ) – хронічне полісиндромне захворювання, що уражує насамперед молодих жінок та розвивається на фоні генетично обумовленої неспроможності імунорегуляторних процесів, які призводять до неконтрольованої продукції антитіл до власних тканин і їх компонентів із розвитком аутоімунного та імунокомплексного хронічного запалення. Збільшення захворюваності на СЧВ, важка тяжкість перебігу, високий відсоток інвалідизації визначають медичну і соціальну значущість даної проблеми. Поширеність СЧВ складає 50 хворих на 100 000 населення. Найбільш часта захворюваність спостерігається у дітей з 9-річного віку з максимумом в 12–14 років і в основному у дівчаток.

Захворюваність на СЧВ за різними даними становить від 0,5 % до 2 % і у середньому становить 48-50 випадків на 100 тис. населення. У США щорічна захворюваність на СЧВ становить 50-70 нових випадків на 1 млн населення. Смертність - 5,8 на 1000000 (при цьому 4,7 – жінки). Захворювання у 60-70 % випадків починається у віці 20-40 років. Пік захворюваності припадає на 14-25 років. У країнах з вологим морським кліматом і холодним вітром захворюваність вище, у

тропіках випадки СЧВ поодинокі. Жінки хворіють дискоїдним вовчаком удвічі, а системним - у 10 разів частіше за чоловіків, брюнети рідше за блондинів, темношкірі рідше білошкірих. Співвідношення жінок і чоловіків від 8:1 до 10:1, серед дітей 3:1. Останнім часом з'являються дані про підвищення захворюваності серед чоловіків та майже у подвійному зростанні частоти СЧВ у дитячому та підлітковому віці.

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологічні фактори та патогенез. Класифікація. Клінічні прояви залежно від ураження органів та систем, активності хвороби. Значення лабораторних, у тому числі імунологічних, методів дослідження. Діагностичні критерії. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Пульс-терапія. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на системний червоний вовчак;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази. Титри LE-клітин, антинуклеарного фактора (АНФ), антитіл до ДНК. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенівського дослідження суглобів, легень, серця. Оцінити зміни при біопсії шкіри, м'язів, лімфатичних вузлів, нирок;
- провести диференційний діагноз із ревматоїдним артритом, дерматополіміазитом, вузликовим поліартеріїтом ;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на системний червоний вовчак.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Основні фактори, які вважаються етіологічними для розвитку СЧВ:

- А. Спадкова схильність і вплив перенесеної інфекції;
- Б. Введення сироваток, вакцин;
- В. Рентгенівське опромінення і введення радіоактивних ізотопів;
- Г. Інсоляція, УФ опромінення;
- Д. Перенесені бактеріальні інфекції;

2. Про роль вірусної інфекції в етіології СЧВ свідчать:

- А. Наявність лімфоцитотоксичних антитіл в сироватці крові;
- Б. Тромбоцитопенія;
- В. Виявлення LE – клітин;
- Г. Лімфопенія;
- Д. Підвищення рівня ЦІК у сироватці крові;

3. LE (lupus erythematosus)це:

- А. Лімфоцити + цитоплазма якою майже заповнена фагоцитованим ядром загублого лейкоцита, а власне ядро відтиснуто до периферії;
- Б. Тромбоцити + цитоплазма якою майже заповнена фагоцитованим ядром загублого лейкоцита, а власне ядро відтиснуто до периферії;
- В. Нейтрофіл + цитоплазма якою майже заповнена фагоцитованим ядром загублого лейкоцита, а власне ядро відтиснуто до периферії;
- Г. Еритроцити + цитоплазма якою майже заповнена фагоцитованим ядром загублого лейкоцита, а власне ядро відтиснуто до периферії;

4. Які лабораторні зміни відсутні при СЧВ?

- А. Лейкоцитоз;
- Б. Збільшення ШОЕ;
- В. Тромбоцитопенія;
- Г. Лімфопенія;
- Д. Гіпохромна анемія;
- Е. Лейкопенія;

5. Ураження серця, не характерні для СЧВ:

- А. Атеросклеротичне ураження коронарних судин;
- Б. Перикардит;
- В. Ендокардит;
- Г. Інфаркт міокарду;
- Д. Міокардит;
- Е. Коронарит;

6. Не характерні ураження нервової системи при СЧВ:

- А. Порушення функції тазових органів;
- Б. Судомні напади;
- В. Головний біль, резистентний до ненаркотичних і навіть наркотичних засобів;
- Г. Інсульти, поперечний мієліт;
- Д. Ураження черепномозкових нервів;
- Е. Гострий психоз;

7. В яких випадках при СЧВ найчастіше трапляється тромбоцитопенія?

- А. При дискоїдному вовчаку;
- Б. При синдромі Рейно;
- В. При люпус-нефриті;
- Г. У пацієнтів з антифосфоліпідним синдромом;
- Д. При синдромі Шегрена;

8. Лікування аутоімунних кризів включає:

- А. Комбінована пульс-терапія метилпреднізолоном та циклофосфаном;
- Б. Призначення НПЗП;
- В. Вагусні проби;
- Г. Високі дози ГК в тому числі пульс-терапія;

9. Найбільш несприятливим у прогностичному відношенні серед клінічних проявів системного червоного вовчака є:

- А. Гематологічний криз;
- Б. Ендокардит Лібмана-Сакса;
- В. Ексудативний плеврит;
- Г. Нейро-люпус;
- Д. Люпус-нефрит;

10. Цитостатична терапія СЧВ включає препарати, крім:

- А. Метотрексат 25-50 мг/тиждень;
- Б. Азатиоприн 50-100 мг/добу;
- В. Циклофосфан 50-100 мг/добу;
- Г. Сандімун 150 мг/добу;
- Д. Целекоксиб 200 мг/добу;

Відповіді на контрольні питання:

1 – А; 2 – А; 3 – В; 4 – А; 5 – А; 6 – А; 7 – Г; 8 – А; 9 – А; 10 – Е.

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення СЧВ.
2. Етіологічні фактори та патогенез.
3. Класифікація СЧВ. Діагностичні критерії СЧВ
4. Клінічні прояви залежно від ураження органів та систем, активності хвороби.
5. Значення лабораторних, у тому числі імунологічних, методів дослідження.
6. Диференційний діагноз СЧВ.
7. Ускладнення.
8. Лікування. Базисне лікування. Пульс-терапія, показання до призначення. Екстракорпоральні методи лікування.
9. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на СЧВ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
4. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
5. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорелова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

6. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.
8. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
9. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
10. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
11. Наказ МОЗ України від 11.04.2014 № 263 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ревматоїдному артриті" – Київ, 2014. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140411_0263.html

Тема 15. Системні хвороби сполучної тканини.

Системна склеродермія та дерматоміозит

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Системна склеродермія (ССД) – прогресуюче полісиндромне захворювання з характерними змінами шкіри, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів (легені, серце, травний тракт, нирки) і поширеними вазоспастичними порушеннями за типом синдрому Рейно, в основі яких лежать ураження сполучної тканини з переважанням фіброзу і судинна патологія у формі облітеруючого ендартеріїту. Захворювання відоме досить давно, перші детальні описи відносяться до 1847 р. Первинна захворюваність складає від 2,7 до 12 випадків на 1 000 000 населення в рік. Жінки хворіють в 3-7 разів частіше за чоловіків. Віковий пік досягає максимуму після 30 років. Смертність від ССД коливається від 1,4 до 5,3 на 1 000 000 населення. ССД протікає як самостійне захворювання, проте може перехресуватися і з іншими захворюваннями сполучної тканини.

Дерматоміозит (ДМ) як захворювання вперше розпізнав Е. Wagner, а описаний він був у 1891 р. Н. Unverricht. За даними В.А. Насонової, в рік на 1 млн. жителів зустрічається 2-10 нових випадків захворювання, що підтверджують і інші автори. Захворюваність і смертність залишаються високими без відповідного лікування. ДМ (рідше ПМ), асоціюються з пухлинами, складають приблизно 20% від усіх випадків запальних міопатій. Пухлини можуть розвиватися до появи ознак міозиту, одночасно з ними або після їх появи. Частота злоякісних новоутворень при ДМ / ПМ в 12 разів вище, ніж у популяції. На тлі злоякісних новоутворень частіше розвивається ДМ, ніж ПМ. Співвідношення чоловіків і жінок 1:1. Переважний вік розвитку захворювання: визначають два піки захворюваності - у віці 5-15 і 40-60 років.

Мета заняття

Знати: Визначення ССД, ДМ. Етіологічні фактори, патогенез. Класифікація. Клінічна картина залежно від ураження органів та систем. Діагностичні критерії. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на системну склеродермію, дерматополіміозит;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази, білірубін, лужна фосфатаза, КФК, АСТ, ЛДГ. Імуноглобуліни, В- і Т-лімфоцити та їх популяції, РФ. Титри антицентромірних, антитопоізомеразних, антифібрилярних, антинуклеарних антитіл, LE- клітин. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, рентгенівського дослідження суглобів, легень, шлунка, стравоходу, серця, дані електроміографії, спірографії. Дослідження біоптату шкірно-м'язового шматка;
- провести диференційний діагноз із СЧВ, вузликовим поліартеріїтом;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування курованого хворого;

Контрольні питання для тестування

1. Зазвичай системна склеродермія дебютує у віці:

- | | |
|-------------------|-------------------|
| 1. 0 – 15 років; | 3. 15 – 30 років; |
| 2. 50 – 70 років; | 4. 30 – 50 років; |

2. Найбільш характерні ураження шлунково-кишкового тракту при системній склеродермії:

1. Гіпотонія, стріктура стравоходу, ерозії та виразки;
2. Шлункова кровотеча;
3. Синдром мальабсорбції;
4. Гіпотонія шлунку;
5. Ураження товстої кишки;

3. Ознаки не характерні для дифузної форми склеродермії:

1. Наявність антитіл до моноізомерази-1 (Scl-70);
2. Значна редукція капілярів з формуванням аваскулярних зон;
3. Ранній розвиток вісцеральної патології;
4. Генералізоване ураження шкіри кінцівок, тулуба, обличчя протягом року;
5. Відсутність ураження шкіри;

4. Симптоми не характерні для ювенільної склеродермії?

1. Ураження шкіри по типу вогнищевої або лінійної склеродермії;
2. Схильність до утворення контрактур;
3. Ранній розвиток вісцеральної патології;
4. Помірна вісцеральна патологія;
5. Початок хвороби до 16 років;

5. Ураження суглобів та кісток при системній склеродермії не спостерігається у вигляді:

1. Артритів;
2. Переломи хребців;
3. Поліартралгії, симптом тертя сухожиль;
4. Згинальні контрактури;
5. Акроостеоліз;
- 6. Диференціальну діагностику поліміозиту НЕ слід проводити з?**
 1. Спадковими захворюваннями м'язів (дистрофія Дюшена, Бекера);
 2. Фармацевтичними міопатіями (ГК, статини, пеніциламін, Д, анти малярійні препарати);
 3. Міастенією, метаболічними міопатіями;
 4. Вродженими захворюваннями м'язів;
 5. Синдром Шегрена;
- 7. Механізм дії пеніциламіну не характерний:**
 1. Збільшує кількість колагену розчинного в кислотах та нейтральних солях;
 2. Розкладає високомолекулярні імунні комплекси;
 3. Слаборозчинний цистин перетворює на більш розчинний;
 4. Гальмує клітинний та гуморальний імунітет;
 5. Має антибактеріальні властивості;
 6. Утворює нетоксичні водорозчинні хелатні сполуки із солями важких металів;
- 8. Які імунологічні показники найбільш специфічні для системної склеродермії:**
 1. Антинуклеарний фактор;
 2. Антитіла до ДНК;
 3. LE клітини;
 4. Ревматоїдний фактор;
 5. Scl 70;
- 9. Які фактори НЕ можуть бути індукторами у виникненні системної склеродермії?**
 1. Інсоляція;
 2. Хлорвініл, вінілхлорид;
 3. Вібрація;
 4. Тривале переохолодження;
 5. Дія кремнію;
- 10. Для ССД НЕ характерно:**
 1. Ураження стравоходу;
 2. Остеоліз нігтьових фаланг пальців;
 3. Кальциноз м'яких тканин;
 4. Симптом метелика;
 5. Маскоподібне обличчя;

Відповіді на контрольні питання:

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1. – 4 | 2. – 1 | 3. – 5 | 4. – 3 | 5. – 2 |
| 6. – 5 | 7. – 5 | 8. – 5 | 9. – 1 | 10. – 4 |

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміну “системна склеродермія”.
2. Етіологія, патогенез та патоморфологічні зміни при ССД.
3. Класифікація ССД.
4. Діагностичні критерії ССД.
5. CREST-синдром.
6. Лікування ССД.
7. Особливості лікування синдрому Рейно.
8. Прогноз та експертиза працездатності при ССД.
9. Поняття “дерматоміозит” та його класифікація.
10. Етіологія та патогенез дерматоміозиту.
11. Клініко-морфологічна характеристика уражень шкіри, підшкірної основи та слизових оболонок, м'язів та суглобів, внутрішніх органів при дермато поліміозиті.
12. Діагностичні критерії дерматоміозиту.
13. Диференційна діагностика дерматоміозиту.
14. Лікування дерматоміозиту.
15. Прогноз та експертиза працездатності при дерматоміозиті.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на ССд та ДМ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.

4. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.

5. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорєлова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.

5. Сімейна медицина: підручник у 3-х кн. Кн. 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К. : Медицина, 2016. - 456 с.

6. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.

Тема 16. Системні васкуліти

Кількість годин: 4 години

Актуальність теми

Системні васкуліти - група захворювань, в основі яких лежить генералізоване ураження судин із запаленням і некрозом судинної стінки, що приводить до ішемічних змін органів і тканин. Під первинним васкулітом мають на увазі генералізоване ураження судин імунного генезу як самостійне захворювання. Вторинні васкуліти розвиваються як реакція на інфекцію, інвазію гельмінтами, при дії хімічних чинників, радіації, при пухлинах.

Вузликосий поліартеріїт (ВП) – це системний некротизуючий васкуліт – захворювання артерій середнього і дрібного калібру без залучення до патологічного процесу артеріол, капілярів і венул. Щорічно реєструється 0,2–1 новий випадок хвороби на 100 тис. населення. Хвороба починається в середньому в 48 років. Чоловіки хворіють на поліартеріїт в 3-5 разів частіше, ніж жінки, переважно чоловіки молодого віку, захворюваність становить 2-3 випадки на рік на 1 млн населення.

Геморагічний васкуліт (ГВ), або хвороба Шенлейна-Геноха, – системний васкуліт, що вражає дрібні судини і виявляється пальпованою пурпурою (зазвичай на сідницях і ногах), артралгією, ураженням шлунково-кишкового тракту і гломерулонефритом. Спостерігається в будь-якому віці, але частіше в 5-14 років з частотою 13,5 - 25 на 100 тис. дітей. Захворюваність залежить від пори року і максимальна навесні. Чоловіки хворіють на ГВ в 1,5 раза частіше.

Мета заняття

Знати: Геморагічний васкуліт (пурпура Шенлейн-Геноха, гіперсенситивний васкуліт). Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви, критерії діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Вузликовий періартеріїт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви, критерії діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на ВП та оцінити його результати;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані. Описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, сіалові кислоти, серомукоїд, сечовина, креатинін. Імунологічні дослідження крові: HBSAg або антитіл до нього. Загальний аналіз сечі: протеїнурія, мікрогематурія, циліндрурія. Дослідження біоптатів шкіряно-м'язового шматка;
- описати дані ЕКГ, рентгенологічного та ультразвукового дослідження внутрішніх органів (серця, легень, кісток, ШКТ, печінки);
- провести диференційну діагностику ГВ та ВП із синдромом Чарга-Строса, облітеруючим тромбангітом (хв. Вінівартера-Бюргера), гранулематозом Вегенера, хворобою Такаясу, хворобою Бехчета;
- скласти індивідуальний план лікування кураного хворого.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Васкуліт Шенляйна – Геноха (геморагічний васкуліт) зазвичай трапляється у:

- А. Дорослих жінок;
- Б. Дітей та підлітків;
- В. Дорослих чоловіків;
- Г. Осіб старечого віку;

2. До імунокомплексних васкулітів НЕ належать:

- А. Есенціальний кріоглобулінемічний васкуліт;
- Б. Гіперсенситивний васкуліт;
- В. Вторинні васкуліти;
- Г. Гранулематоз Вегенера;
- Д. Васкуліт Шенляйна – Геноха;

3. Які твердження відносно хвороби Кавасакі НЕ вірні:

- А. Це системний васкуліт;
- Б. Типовим є враження судин коронарних, ниркових;
- В. Спостерігається генералізована лімфаденопатія;
- Г. Характерно виникнення аневризм;
- Д. Зазвичай хворіють діти;

4. Гранулематоз Вегенера частіше всього дебютує ураженням:

- А. Суглобів;
- Б. Вуха;
- В. Легень;
- Г. Порожнини носа;
- Д. Очей;

5. Діагностичними критеріями гранулематозу Вегенера НЕ є наступні ознаки:

- А. Виразково-некротичного процесу слизової оболонки дихальних шляхів;
- Б. Інфільтрати при рентгенографії легень;
- В. Стійкої нежиті з серозно-гнійним виділенням;
- Г. Сечового синдрому;

Д. Поліартриту;

6. До АНЦА -залежних васкулітів НЕ відносять:

- А. Геморагічний васкуліт; Г. Гранульоматоз Вегенера;
Б. Синдром Чарга-Стросса; Д. Мікроскопічний поліангіїт;
В. Хворобу Кавасаки;

7. Для синдрому Чарга-Стросса НЕ характерним є:

- А. Еозинофілія;
Б. Рецидивуючі синусити;
В. Ураження великих судин;
Г. Еозинофільний гастроентерит;
Д. Ураження артерій дрібного калібру;
Е. Астма;

8. Для хвороби Бехчета характерним є наявність наступних імуногенетичних маркерів:

- А. HLA-A9,B5, HLA-DR4;
Б. HLA-B51;
В. 10315,0"HLA-B7,B8,DR2;
Г. всіх перелічених;

9. На хворобу Кавасаки найбільш часто хворіють особи:

- А. Монголоїдної раси; Б. Негроїдної раси; В. Європеїдної раси;

10. Для лікування хворого на вузликочий поліартеріїт НЕ використовують:

- А. Д – пеніциламін; Г. Антиагреганти;
Б. Імуносупресори; Д. Антикоагулянти;
В. Глюкокортикоїди;

Відповіді на контрольні питання:

1 – Б; 2 – Г; 3 – В; 4 – Г; 5 – Д; 6 – А; 7 – В; 8 – Б; 9 – А; 10 – А

Основні теоретичні питання теми

1. Класифікація васкулітів згідно з International Chapel Hill Consensus Conference 2012.
2. Геморагічний васкуліт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви ГВ.
3. Класифікація, діагностичні критерії ГВ.
4. Значення лабораторних методів для діагностики ГВ їх активності.
5. Структура діагнозу ГВ.
6. Диференціальна діагностика ГВ з іншими васкулітами.
7. Диференційовані програми патогенетичного та симптоматичного лікування ГВ.

Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на ГВ.

8. Лікування ГВ.
9. Профілактика. Прогноз та працездатність.
10. Вуликовий періартеріїт. Визначення. Етіологія, патогенез.
11. Клінічні прояви ВП.
12. Критерії діагностики.
13. Значення лабораторних та інструментальних методів для діагностики ВП, його активності.
14. Диференційний діагноз.
15. Лікування ВП.
16. Профілактика. Прогноз та працездатність при ВП

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	

1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на ВП та ГВ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
4. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
5. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорелова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

1. Внутрішня медицина: порадник лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінціцький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінціцького. - К. : Медицина, 2014. - 1272 с.
5. Сімейна медицина: підручник у 3-х кн. Кн. 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К. : Медицина, 2016. - 456 с.
6. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.

Тема 17. Анкілозуючий спондиліт. Псоріатичний спондиліт. Реактивні артропатії.

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Анкілозуючий спондилоартрит (АСА) (хвороба Штрюмпеля-Марі-Бехтерева) – хронічне системне запальне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням суглобів і зв'язок хребта, а також периферичних суглобів, залученням внутрішніх органів (серця, аорти, нирок) і схильністю до прогресуючого перебігу з обмеженням рухливості хребта через анкілозування апофізальних суглобів, формування синдесмофітів і кальцифікації спінальних зв'язок. Поширеність АСА в різних країнах становить 0,2-2%. Хвороба зазвичай починається у 20-40 років, але до 8,5% хворих становлять діти та підлітки 10-15 років. Вважається, що чоловіки страждають на АСА у 3-9 разів частіше, ніж жінки, яких серед хворих 15%. Виявлення АС в осіб віком понад 50 років відображає або пізню діагностику, або «пізній дебют».

За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу, його поширеність у світі коливається в межах 1,2 - 5% в загальних популяціях, становлячи в середньому близько 3%. У західноєвропейських країнах захворюваність на псоріаз становить більш ніж 2%, в інших країнах Європи - не перевищує 6% (в Ірландії - 5,5%, Іспанії - 3,7%, Швеції - 2,3%, США та Канаді ці показники 2,2% і 4,7% відповідно). Простий (вульгарний), або бляшковий псоріаз є найбільш поширеною формою захворювання, яка реєструється у 80 - 90% пацієнтів.

В Україні статистичні дані щодо захворюваності на псоріаз суттєво відрізняються від середніх показників в Європі і світі, оскільки поширеність хвороби протягом останніх десятиліть неухильно зросла - від 114,8 на 100 тис. населення в 1994 р. до 222,5 на 100 тис. в 2014 р., серед яких було понад 6000 дітей.

В даний час реактивний артрит (РеА) є одним з найбільш частих ревматологічних діагнозів. Зазвичай реактивним вважають артрит, який не задовольняє діагностичним критеріям ревматоїдного або подагричного артриту і не супроводжується специфічною для системних ревматичних захворювань позасуглобовою симптоматикою. РеА є групою захворювань, які характеризуються однотипним ураженням опорно-рухового апарату.

Найчастіше захворювання розвивається у людей 20-40 років, частіше хворіють чоловіки, ніж жінки, люди білої раси, ніж чорної. В осіб білої раси частіше виявляється тканинний тип антигену HLA B₂₇. В Україні захворюваність на РеА становить приблизно 5 на 100 тис. населення, причому вона постійно зростає. Щорічно реєструють близько 5 тис. нових випадків РеА.

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологію, патогенез. Класифікацію. Клінічні прояви анкілозуючого спондиліта, псоріатичного спондиліту, реактивної артропатії. Синдром Рейтера, значення лабораторних та інструментальних методів діагностики. Критерії діагностики. Диференційний діагноз. Лікування, роль антибактеріальної терапії. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із анкілозуючого спондиліту, псоріатичного спондиліту, реактивної артропатії (гонорейний, бруцельозний артрити, хвороба Рейтера);
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, сечова кислота, РФ. Дослідження крові на HLA-антиген. Бактеріологічне і серологічне підтвердження інфекції (ієрсиніозної, дизентерійної, сальмонельозної, хламедійної, гонорейної, бруцельозної та ін.) Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Дослідження копрокультури та серологічне дослідження для виявлення збудника. Дослідження синовіальної рідини, рентгенівське дослідження суглобів;
- провести диференційний діагноз із ревматоїдним артритом, псоріатичною артропатією, подагрою, анкілозивним спондилоартритом, деформуючим остеоартрозом, синдромом Шегрена;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування курованого хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на анкілозуючий спондиліт, псоріатичний спондиліт, реактивної артропатії.

- Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

- **1. Діагноз ієрсиніозного реактивного артриту достовірно підтверджується наступними лабораторними тестами:**
 - 1. Наявність ревматоїдного фактору;
 - 2. Явлення вовчакових клітин;
 - 3. Визначення сироваткових антитіл до ієрсиній;
 - 4. Дослідженням загального аналізу крові;
 - 5. Дослідженням загального аналізу сечі;
- **2. Діагноз реактивного артриту піддається сумніву при наявності:**
 - 1. кон'юнктивіту, іриту, кератиту;
 - 2. одностороннього сакроілеїту;
 - 3. вузлової еритеми;
 - 4. антигену гістосумісності HLA-B 27;
 - 5. симетричного артриту п'ястнофалангових, проксимальних міжфалангових та зап'ястних суглобів;
- **3. Діагноз реактивного артриту, пов'язаного з кишковою інфекцією є сумнівним:**
 - 1. виявленні антигенів гістосумісності HLA - B 27;
 - 2. позитивній реакції на ревматоїдний фактор;
 - 3. наявності вузлової еритеми;
 - 4. відсутності епідеміологічного анамнезу;

- 5. розвитку однобічного сакроілеїту;
- **4. Для реактивного артриту не властиво:**
- 1. відсутність ревматоїдного фактору;
- 2. розвиток одностороннього сакроілеїту;
- 3. ревматоїдні вузлики;
- 4. хронологічний зв'язок з інфекцією;
- 5. наявність HLA B-27;
- **5. Для III ступеню активності АСА характерне:**
- А. СОЕ 40-50 мм/год + СРП (+++) + ДФА більше 0,26 ОД;
- Б. СОЕ 20-40 мм/год + СРП (++) + ДФА 0,23-0,26 ОД;
- В. СОЕ 20-30 мм/год + СРП (++) + ДФА 0,23-0,26 ОД;
- Г. СОЕ до 20 мм/год + СРП (+) + ДФА до 0,22 ОД;
- **6. Яка рентгенознака сама важлива і рання при АСА?**
- А. Ознаки сакроілеїту;
- Б. Утворення синдесмофітів між хребцями;
- В. Деструктивні зміни верхніх і нижніх відділів передньої поверхні хребців;
- Г. Виникнення крайових ерозій, звуження суглобової щілини.
- **7. Для центральної форми анкілозуючого спондилоартриту (АСА) характерне:**
- А. Ураження хребта + плечових і кульшових суглобів;
- Б. Ураження хребта + крижово-підвздошних сполучень;
- В. Ураження хребта + ураження суглобів кінцівок;
- Г. Ураження хребта + ураження дрібних суглобів кистей
- ; **8. Ознаки синовіту при псоріатичному спондиліті:**
- 1. Підвищення температури над поверхнею суглобу;
- 2. ШОЕ більше 20 мм/год;
- 3. Випіт в суглоб;
- 4. ШОЕ менше 20 мм/год;
- 5. Артралгія;
- 9. Основними причинами розвитку псоріатичного спондиліту є:**
- 1. Порушення нормальної конгруентності суглобових поверхонь хряща;
- 2. Псоріаз;
- 3. Перенесене інфекційне захворювання;
- 4. Ожиріння;
- 5. Механічне перевантаження суглобу;
- 10. Перебіг псоріатичного спондиліту є найбільш сприятливим:**
- 1. У молодих жінок;
- 2. В чоловіків;
- 3. У дітей;
- 4. У підлітків;
- 5. У жінок в період менопаузи

Відповіді на контрольні питання:

1. – 1 2. – 5 3. – 2 4. – 3 5. – А; 6. – А; 7. – Б 8.-4 9.-2 10.-5

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «реактивні артропатії», «анкілозуючого спондиліта», «псоріатичного спондиліту».
2. Класифікація анкілозуючого спондиліта, псоріатичного спондиліту, реактивних артропатій.
3. Етіологія та патогенез анкілозуючого спондиліта, псоріатичного спондиліту, реактивної артропатії.
4. Клінічні прояви реактивних артритів різної етіології, анкілозуючого спондиліта, псоріатичного спондиліту.
5. Синдром Рейтера.

6. Лабораторна та інструментальна діагностика анкілозуючого спондиліта, псоріатичного спондиліту, реактивної артропатії.
7. Диференційний діагноз.
8. Лікування, роль антибактеріальної терапії.
9. Сучасні методи лікування.
10. Первинна та вторинна профілактика.
11. Прогноз і працездатність.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на РеА, ПсА, АнС	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
4. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
5. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорєлова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

1. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.
2. Терапия при болевом синдроме у пациентов с артритам и артрозами: общие рекомендации 2018 г. Режим доступа: <https://www.umj.com.ua/article/127998/terapiya-pri-bolevom-sindrome-u-patsientov-s-artritami-i-artrozami-obshhie-rekomendatsii-2018-g>
3. Наказ від 12.10.2006 № 676 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Ревматологія” – Київ, 2006. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061012_676.html
4. Наказ МОЗ України від 11.04.2014 № 263 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ревматоїдному артриті" – Київ, 2014. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140411_0263.html
5. Наказ МОЗ України 20.11.2015 № 762 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. «Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії». – 54с. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/card/v0762282-15>

6. Наказ МОЗ України 11.04.2014 № 263 Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Ревматоїдний артрит. – 45с. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140411_0263.html

7. Аксіальний спондилоартрит (анкілозивний спондилоартрит). Клінічна настанова, заснована на доказах 2017. – 101с. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_AksS.pdf

8. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії. Клінічна настанова, заснована на доказах (Оновлена). – 2016. -224с. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/KN_Psoriasis.pdf

9. Терапія при болевом синдромі у пацієнтів с артритами и артрозами: общие рекомендации 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127998/terapiya-pri-bolevom-sindrome-u-patsientov-s-artritami-i-artrozami-obshhie-rekomendatsii-2018-g>

Тема 18. Подагра. Остеоартрит

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Подагра – це загальне захворювання організму, яке пов'язане з порушенням пуринового обміну, що виникає на тлі спадкової схильності та порушення харчового режиму. Супроводжується значним підвищенням вмісту у крові солі сечової кислоти з подальшим відкладенням її кристалів в різних тканинах, в першу чергу - біля суглобових і суглобових. На подагру хворіють біля 2 % дорослого населення, насамперед чоловіки у віці після 40 років. В останні роки поширеність подагри значно збільшилась (у 10-20 разів у порівнянні з 1967 роком), що пов'язане як із значним вживанням алкогольних напоїв та харчів, що містять багато пуринів, так і з підвищенням рівня виявів хвороби. Подагра належить до мультифакторних захворювань. Її виникнення пов'язане як з генетичною обумовленістю, так і з дією аліментарних факторів. Серед чинників, що призводять до накопичення уратів у організмі, першочергову роль надають збільшенню біосинтезу сечової кислоти та зниженню екскреції уратів нирками.

В теперішній час подагра є найбільш частою причиною артритів у чоловіків у віці після 30 років, причому на її долю приходить 0,3% від загальної захворюваності, а серед ревматичних хвороб – 5%. У жінок захворюваність виникає у клімактеричному періоді (5 – 8 % усіх випадків подагри).

Остеоартроз (ОА) – це захворювання для якого характерне руйнування хряща з наступними змінами суглобових поверхонь, розвитком субхондрального остеосклерозу, крайових кісткових розростань (остеофітів). ОА – найбільш розповсюджене захворювання суглобів, клінічні симптоми якого реєструються більш ніж у 20% населення земної кулі, тобто у кожного третього пацієнта віком від 45 до 64 років та у 60-70% хворих віком понад 65 років. Це захворювання розвивається у чоловіків у віці до 45 років та у жінок у віці старше 55 років. Розповсюдженість ОА однакова серед осіб обох статей після 70 років та трапляється практично у кожного. На остеоартроз колінного суглоба (гонартроз) частіше страждають жінки, а кульшового суглоба (коксартроз) – чоловіки. Хоча розвиток ОА не має впливу на життєвий прогноз, це захворювання є однією з основних причин передчасної втрати працездатності та інвалідизації, також найбільш частим показанням до ендопротезування суглобів.

ОА є супутником старіння людини. Значне підвищення частоти ОА зумовлене як старінням населення, так і пандемією ожиріння. Прогнозують, що до 2020 р. захворюваність на ОА може підвищитись на 57%.

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологія, патогенез. Класифікація. Клінічна картина залежно від переважної локалізації уражень. Діагностика. Диференційний діагноз. Медикаментозне та немедикаментозне лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із подагрою та остеоартрозом;

- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати дані рентгенівського дослідження суглобів. Результати дослідження синовіальної рідини;
- провести диференційний діагноз із ревматизмом, псоріатичною артропатією, інфекційними артропатіями, подагрою, анкілозним спондилоартритом, синдромом Шегрена;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційну терапію хворому на подагру та остеоартроз.

Контрольні питання для тестування

1. При яких захворюваннях НЕ виникає вторинна подагра?

1. перніціозна анемія
2. хронічна гемолітична анемія
3. лейкоз
4. псоріаз
5. хвороба Бехчета
6. метаболічний синдром

2. Легкий перебіг подагри характеризується:

1. напад 1-2 рази на рік з ураженням 2-х суглобів
2. симптомами подагричної нефропатії
3. ураженням 3-4 суглобів, приступи 4 рази на рік
4. напад 1-2 рази в 3 місяці з ураженням 4 суглобів
5. наявністю тофусів

3. Підтримуюча доза алопуринолу для лікування подагри частіше складає:

1. 400 мг на добу
2. 600 мг на добу
3. 200 мг на добу
4. 50 мг на добу
5. 100 мг на добу

4. Типовий приступ гострого подагричного артрити триває:

1. кілька годин
2. до 2-х днів
3. 1 рік
4. 5 місяців
5. від 2-х днів до 2-х тижнів

5. Характерними змінами в синовіальній рідині при подагричному артриті є:

1. рідина мутна з грудками білого кольору
2. лейкоцитоз з переважанням нейтрофілів
3. виявлення кристалів урату калію
4. помірна в'язкість
5. виявлення ревматоїдного фактору

6. До "базисних" засобів для лікування остеоартрозу відносяться:

1. Препарати золота;
2. Орготеїн;
3. Нестероїдні протизапальні засоби;
4. Хондропротектори;
5. Цитостатики;

7. Які клініко-рентгенологічні критерії остеоартрозу кульшового суглобу НЕ правильні?

1. Вранішня скутість до 60 хвилин;
2. Біль відсутня;
3. Вік понад 50 років;

4. Внутрішня ротація до 15 градусів;
5. Остеофіти, звуження суглобової щілини;

8. Ознаки синовіту при остеоартрозі відсутні:

1. Підвищення температури над поверхнею суглобу;
2. ШОЕ більше 20 мм/год;
3. Випіт в суглоб;
4. ШОЕ менше 20 мм/год;
5. Артралгія;

9. Основними причинами розвитку остеоартрозу НЕ є:

1. Порушення нормальної конгруентності суглобових поверхонь хряща;
2. Посилене заняття спортом;
3. Перенесене інфекційне захворювання;
4. Ожиріння;
5. Механічне перевантаження суглобу;

10. Перебіг остеоартрозу є найбільш сприятливим:

1. У молодих жінок;
2. В чоловіків;
3. У дітей;
4. У підлітків;
5. У жінок в період менопаузи;

Відповіді на контрольні питання:

1. – 5 2. – 1 3. – 5 4. – 5 5. – 1, 6. - 4 7.-2 8.-4 9.-3 10.-2

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміну подагра та “деформуючий остеоартроз” (ДОА).
2. Етіологія та патогенез подагри та ДОА.
3. Класифікація подагри та ДОА.
4. Клінічна картина подагри та ДОА залежно від локалізації патологічного процесу.
5. Рентгенологічна та лабораторна діагностика подагри та ДОА.
6. Диференційна діагностика подагри та ДОА.
7. Медикаментозне та не медикаментозне лікування. Показання до хірургічного лікування.
8. Первинна та вторинна профілактика подагри та ДОА.
9. Прогноз та працездатність при подагрі та ДОА.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на остеоартроз	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.

4. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРИОН, 2013. – 672с.

5. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорелова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

1. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.

2. Методи комплексного лікування хворих на остеоартроз колінних суглобів при метаболічному синдромі [Текст] / Уклад.: О. О. Якименко, Л. Н. Єфременкова, В. В. Клочко. - К. : Одеський нац. мед. ун-т, 2016. - 18 с. - б/ц

3. Остеоартроз. Клінічна настанова. – 2017. – 481с. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_Osteo.pdf

4. Терапия при болевом синдроме у пациентов с артритам и артрозами: общие рекомендации 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127998/terapiya-pri-bolevom-sindrome-u-patsientov-s-artritami-i-artrozami-obshhie-rekomendatsii-2018-g>

Змістовий модуль 3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб сечостатевої системи

Тема 19. Гломерулонефрити та нефротичний синдром

Кількість годин: 6 годин

I. Актуальність теми

Гломерулонефрит (ГН) являє собою гетерогенну групу захворювань, що характеризуються запальним процесом, що вражає виключно, або головним чином, ниркові клубочки.

В Україні захворюваність на гострий гломерулонефрит становить 10,9 на 100 тис. населення в місті і 13,8 в селі, на хронічний – відповідно 15,1 і 21,9. В останні роки як у всьому світі, так і в Україні відзначають збільшення кількості хворих на гломерулонефрит. Медико-соціальна значимість гломерулонефриту визначається ураженням осіб переважно молодого віку, тяжкістю перебігу і, нерідко, несприятливим прогнозом. Смертність від гломерулонефриту в різних країнах коливається від 3,1 до 5–6 осіб на 1 млн населення на рік, причому максимальний показник припадає на вік 20–40 років.

Нефротичний синдром – це клінічний стан, що характеризується добовою втратою білка з сечею $>3,5 \text{ г/1,73 м}^2$, а також гіпоальбумінемією, ліпідурією, гіперліпідемією і набряками. Здорова людина втрачає за день з сечею $<250 \text{ мг}$ (в середньому 50 мг) білка (фізіологічний білок в сечі).

НС може супроводжувати як первинні, так і вторинні захворювання нирок. НС, як правило, супроводжує гостру та хронічну форму гломерулонефриту (ГН) та швидкопрогресуючий ГН, однак його розвиток може спостерігатися при діабетичній нефропатії, системних ураженнях сполучної тканини та амілоїдозі.

Прогноз зумовлений особливостями захворювання, на тлі якого розвивається ураження нирок, тривалістю і частотою рецидивів НС, приєднанням артеріальної гіпертензії та ускладнень.

Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування ГН і НС є актуальною і потребує детального вивчення.

Мета заняття

Знати:

1. Визначення терміна "гломерулонефрит". Етіологія, роль стрептококової інфекції та імунологічних порушень у розвитку хвороби. Патогенез основних клінічних синдромів. Класифікація. Клінічні прояви та діагностика окремих форм. Диференційний діагноз. Ускладнення (еклампсія, гостра ниркова та хронічна ниркова недостатність та ін.). Лікування з урахуванням морфологічного варіанта та клінічного перебігу. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

2. Визначення, етіологія, патогенез нефротичного синдрому. Клінічні прояви. Критерії діагностики та диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на гломерулонефрит і нефротичний синдром;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін. Імунологічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, субпопуляції Т-лімфоцитів, імуноглобуліни, РФ, LE-клітини. Визначення рівня електролітів крові (калій, кальцій, фосфор, натрій, хлор). Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити), проби Реберга, аналіз сечі за Нечипоренком, Зимницьким, визначення добової протеїнурії, бакпосів сечі;
- дати оцінку рентгенограм нирок і сечовивідних шляхів (оглядових та рентгеноконтрастних), внутрішньовенна урографія, аналіз ультразвукового дослідження нирок і сечовивідних шляхів, радіоізотопне дослідження нирок, біопсія нирки;
- провести диференційний діагноз із пієлонефритом, амілоїдозом, дифузними захворюваннями сполучної тканини, туберкульозом нирок, злоякісною гіпертензією;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Хворий М., 26 р., скаржиться на різку загальну слабкість, свербіж шкіри, головний біль, зниження гостроти зору, постійну нудоту та блювання. Вважає себе хворим біля року. Зі слів родичів 5 років тому при влаштуванні на роботу було виявлене підвищення АТ та зміни в аналізі сечі, однак хворий не надав цьому значення і за медичною допомогою не звертався. Об'єктивно: стан важкий, шкіра бліда суха. Межі серця зміщені вліво, серцевий поштовх розлитий. Тони серця послаблені, ритм "галопа" та систолічний шум. Справа в підлопатковій області – шум тертя плеври, дихання жорстке. В аналізі крові: гемоглобін 76 г/л, еритроцити $2,8 \times 10^{12}/л$, лейкоцити $11,4 \times 10^9/л$. ШОЕ 56 мм/год. В сечі: відносна густина 1008, білок 1,65 г/л, еритроцити – 15-20, лейкоцити – 5-6 у полі зору, гіалінові та зернисті циліндри. Креатинін 1,1 ммоль/л, клубочкова фільтрація 15 мл/хв. Ваш діагноз?

- А) Загострення хронічного пієлонефриту
- Б) Гострий гломерулонефрит
- В) Гострий пієлонефрит
- Г) Хронічний гломерулонефрит
- Д) Амілоїдоз нирок

2. Хворий 45 років протягом 8 років страждає на хронічний гломерулонефрит. АТ- 180/120 мм рт.ст., креатинин у сироватці крові – 970 мкмоль/л, сечовина крові – 28 ммоль/л, клубочкова фільтрація - 5 мл/хв. Яка лікувальна тактика показана для цього хворого?

- А) Гемосорбція
- Б) Перитонеальний діаліз
- В) Гемодіаліз

- Г) Плазмаферез
- Д) Гемофільтрація

3. У пацієнта з тривалим перебігом ГН протягом року реєструються набряки обличчя, протеїнурія (2.5 г/добу), Креатинін крові – 0,108 ммоль/л, сечовина – 8,3 ммоль/л., відносна густина сечі – 1024, денний діурез – 600 мл, нічний – 1200 мл. Оцініть функціональний стан нирок

- А) Не порушений
- Б) Ніктурія
- В) ХНН І ст
- Г) ХНН ІІ ст
- Д) ХНН ІІІ ст.

4. Хворий 37 років, останні 3 роки хворіє хронічним гломерулонефритом. Два тижні тому після перенесеної вірусної інфекції з'явилися набряки лица, попереку, ніг, задишка в нічний час, виражене шкірне свербіння, втрата апетиту. Об'єктивно: сухість шкіри, шум тертя перикарду. АТ-200/120 мм рт.ст. Нв-86 г/л; креатинін крові-1,03 ммоль/л. Які з перерахованих препаратів протипоказані даному хворому?

- А) Глюкокортикостероїди.
- Б) Анаболічні гормони.
- В) Глюконат кальцію
- Г) Реосорбілакт
- Д) Фуросемід

5. Жінка 48 років скаржиться на слабкість, схуднення, зниження апетиту, головний біль. В юності перенесла гострий гломерулонефрит. З 25 років страждає на артеріальну гіпертензію. Систематично не лікувалася, до лікаря зверталася рідко. Після проведеного дослідження виявлено ознаки хронічної ниркової недостатності І стадії. Які рекомендації щодо харчування найбільш виправдані для даної хворої?

- А) обмеження вуглеводів
- Б) обмеження білка
- В) обмеження жирів
- Г) обмеження рідини
- Д) обмеження не потрібні

6. Хворий 68 років страждає на хронічний ГН упродовж 15 років. В останні 3 місяці скаржиться на інспіраторну задишку при фізичному навантаженні, серцебиття, періодичний біль у ділянці серця без іррадіації, загальну слабкість. Об-но: Акроціаноз на тлі блідості шкіри. Пульс 104/хв, ритмічний, напружений. АТ 190/110 мм рт. ст. Ліва межа серця на 2 см назовні від лівої серединноключичної лінії, над верхівкою І тон серця послаблений, систолічний шум, акцент ІІ тону над аортою. На ЕКГ відхилення електричної осі серця вліво, дисметаболічні зміни. Кров: Нв – 66 г/л, креатинін 1,1 ммоль/л. Відносна густина сечі 1,003. Найбільш вірогідний кардіологічний діагноз?

- А) Недостатність аортального клапана
- Б) Уремична міокардіодистрофія
- В) Підгострий міокардит
- Г) Ексудативний перикардит
- Д) Гіпертонічна хвороба

7. Хвора на хронічний гломерулонефрит з артеріальною гіпертонією звернулася зі скаргами на головний біль, задуху при навантаженні. При обстеженні: АТ 170/110 мм рт. ст., клубочкова фільтрація 60 мл/хв., креатинін крові 0,2 ммоль/л, калій 4,7 ммоль/л, холестерин 5,6 ммоль/л. Призначення якого гіпотензивного засобу є найбільш доцільним ?

- А) Еналаприл

- Б) Ніфедипін
- В) Гіпотіазид
- Г) Атенолол
- Д) Клофелін

8. Для хронічного гломерулонефриту при УЗД-дослідженні найбільш характерним є:

- А) Збільшення кіркового шару
- Б) Наявність кристалів уратів
- В) Наявність кристалів оксалатів
- Г) Збільшення розмірів нирки
- Д) Стоншення кіркового шару

9. Хворий П., 31 років, звернувся зі скаргами на головний біль, нудоту, набряки на гомілках. В стаціонарі був установлений діагноз хронічного гломерулонефриту з хронічною нирковою недостатністю. Який препарат із перерахованих володіє протизотемічною дією?

- А) Преднізолон
- Б) Фуросемід
- В) Рібоксин
- Г) Леспенефрил
- Д) Спіронолактон

10. Чоловік 42 років страждає на хронічне захворювання нирок з артеріальною гіпертензією. В останні місяці відмітив слабкість, апатію, сухість та свербіж шкіри, ніктурію. При обстеженні – креатинін крові 920 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації – 10 мл/хв. Визначте функціональний стан нирок

- А) Не порушений
- Б) Гостра ниркова недостатність
- В) Термінальна уремія
- Г) Хронічна ниркова недостатність I ступеня
- Д) Хронічна ниркова недостатність II ступеня

Правильні відповіді

№ питання	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильна відповідь	Д	В	А	А	Б	Б	А	Д	Г	В

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «гломерулонефрит».
2. Класифікація гломерулонефриту.
3. Етіологія, роль стрептококової інфекції та імунологічних порушень у розвитку хвороби.
4. Клінічні прояви гломерулонефриту.
5. Основні синдроми перебігу гломерулонефриту.
6. Диференційний діагноз.
7. Ускладнення (інфекційні ускладнення, атеросклероз, інсульт, гостра ниркова та хронічна ниркова недостатність та ін.).
8. Лікування з урахуванням морфологічного варіанта та клінічного перебігу.
9. Первинна та вторинна профілактика гломерулонефриту.
10. Визначення, етіологія, патогенез нефротичного синдрому.
11. Клінічні прояви.
12. Критерії діагностики нефротичного синдрому та диференційний діагноз

13. Ускладнення (тромбози, тромбоемболії, набряк мозку, гостра ниркова недостатність, нефротичний криз).
14. Лікування нефротичного синдрому.
15. Первинна та вторинна профілактика

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на пневмонію.	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Додаткова

1. Наказ від 12.12.2004 № 593 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Нефрологія" – Київ, 2004. Режим доступу: <http://pharmasvit.com/nakaz-vid-12-12-2004-593-pro-zatverdzhennya-protokoliv-nadannya-medichno%D1%97-dopomogi-za-specialnistyu-nefrologiya-59634.html>
2. Наказ від 11.02.2016 Київ № 89 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу або перитонеального діалізу. Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ25736>
3. Протокол надання медичної допомоги хворим на гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.
4. Протокол надання медичної допомоги хворим з нефротичним синдромом (НС). Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1657>.
5. Протокол надання медичної допомоги хворим на швидкопрогресуючий гломерулонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1659>.

Тема 20. Пієлонефрити, тубулоінтерстиціальний нефрит, амілоїдоз нирок

Кількість годин: 4 години

I. Актуальність теми

Пієлонефрит – інфекційно-запальне захворювання нирок з переважним ураженням чашково-мискової системи (ЧМС), тубулоінтерстиціальної тканини і нерідко із залученням клубочкового апарату.

Пієлонефрит є найчастішим захворюванням сечової системи у всіх вікових групах. У дитячому віці його частота становить 7,3–27 на 1 000, у дорослих – 0,8–1,5 на 1 000. В останні роки в багатьох країнах світу спостерігається стійке збільшення частоти виникнення ниркових захворювань у різних вікових групах. Це обумовлено поширеністю дисметаболічних розладів, алергізацією населення, дисбактеріозом, радіаційним впливом, жорсткістю води та ін. Щорічно серед жителів України реєструється 0,9–1,3 млн нових випадків гострого пієлонефриту. Він є причиною госпіталізації 4–5 % всіх дітей і спостерігається у 3–5 % дорослого населення. За даними патологоанатомічної статистики, виявляється у 8–20 % розтинів. Серйозність прогнозу, труднощі діагностики та лікування визначають актуальність проблеми пієлонефриту і вимагають від практикуючого лікаря знань сучасних даних етіології, патогенезу, методів діагностики і лікування даного захворювання.

Тубулоінтерстиціальний нефрит (ТІН) - гетерогенна група неспецифічних уражень каналців та інтерстиціальної тканини нирки з подальшим поширенням запального процесу на всі структури ниркової тканини інфекційного, алергічного або токсичного генезу, що характеризується гострим або хронічним перебігом. За даними ряду центрів, при проведенні пункційної нефробиопсії ХТІН реєструється в 1,8–2,5 % випадків. Однак, за даними клінічних досліджень питома вага ХТІН вище і коливається від 4 до 12 %. При аналізі причин хронічної інтерстиціальної патології нирок було показано, що в 63,4 % випадках нефрит розвинувся внаслідок хронічного лікарського впливу (НПЗЗ, анальгетики, фуросемід та ін.), в 14,6 % випадків – внаслідок бактеріального впливу, в 10,8 % – обструктивного впливу, в тому числі сечокам'яної хвороби, пієлоренального рефлюксу, стриктури сечовода, аберантних судин, в 3,2 % – внаслідок тривалого токсичного впливу екзогенного, у 8 % – неясного генезу.

Амілоїдоз – група захворювань, основною ознакою яких є відкладення в тканинах і органах фібрилярного глікопротеїду – амілоїду.

Поширеність амілоїдозу в світі значною мірою географічно детермінована: так, періодична хвороба частіше зустрічається в країнах середземноморського басейну; амілоїдна поліневропатія – у Японії, Італії, Швеції, Португалії та ін. Середня частота амілоїдозу в популяції становить 1 випадок на 50 тис. населення. Амілоїдоз зазвичай розвивається у осіб старше 50–60 років. Враховуючи той факт, що при амілоїдозі вражаються практично всі системи органів, захворювання вивчається різними медичними дисциплінами: ревматологією, урологією, кардіологією, гастроентерологією, неврологією та ін.

Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування пієлонефриту, тубулоінтерстиціального нефриту та амілоїдозу є актуальною і потребує детального вивчення.

Мета заняття

Знати:

1. Визначення. Роль інфекції при запальних захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів. Первинний і вторинний пієлонефрит. Клінічні прояви. Інструментальні та лабораторні методи діагностики. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз і працездатність.

2. Визначення, етіологія, патогенез тубулоінтерстиціального нефриту. Клінічні прояви. Критерії діагностики та диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Невідкладна допомога при гострій нирковій недостатності. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз і працездатність.

3. Визначення, етіологія, патогенез амілоїдозу. Класифікація. Клінічні прояви амілоїдозу нирок. Критерії діагностики. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз і працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на пієлонефрит та амілоїдоз;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники

- червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін. Імунологічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, субпопуляції Т-лімфоцитів, імуноглобуліни, РФ, LE-клітини. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити), проба Реберга, аналіз за Нечипоренком, Зимницьким, визначення добової протеїнурії, посів сечі із визначенням чутливості до антибіотиків, уролейкограма;
- дати оцінку рентгенограм нирок та сечовивідних шляхів (оглядових та рентгеноконтрастних), аналіз ультразвукового дослідження нирок та сечовивідних шляхів, радіоізотопне дослідження нирок, біопсія нирки;
 - провести диференційний діагноз пієлонефриту із гломерулонефритом, туберкульозом нирок, асимптомною бактерією; дифдіагноз амілоїдозу;
 - ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
 - призначити диференційовану терапію хворому на пієлонефрит, ТІН, амілоїдоз.

Контрольні питання для тестування

1. Хвора 36 років, захворіла гостро. t 38,5°C, зноблення, тупі болі в поперековій ділянці, часте болюче сечовиділення. Об'єктивно: відмічається напруження м'язів поперекового відділу, позитивний симптом Пастернацького з обох боків. Загальний ан. крові: лейкоц. $20,0 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофілоз. В ан. сечі: білок 1,6 г/л, лейкоцити - все поле зору, бактеріурія $2,5 \times 10^6$ мікробних тіл в 1 мл сечі. Ваш попередній діагноз?

- А) Гострий пієлонефрит
- Б) Гострий гломерулонефрит.
- В) Загострення хронічного пієлонефриту
- Г) Гострий цистит
- Д) Сечокам'яна хвороба.

2. Чоловік 55 років скаржиться на загальну слабкість, зменшення сечовиділення, шкіряну сверблячку. Протягом 15 років страждає хронічним пієлонефритом. Об'єктивно: шкіряні покриви сухі, з жовтуватим відтінком. PS -80 за хв., ритмічний, АТ -100/70 мм рт.ст. При аускультатії тони серця глухі, вислуховується шум тертя перикарду. Креатинін крові -1,1 ммоль/л, клубочкова фільтрація 5 мл/хв. Яке лікування показано хворому?

- А) Гемодіаліз
- Б) Плазмаферез
- В) Неогемодез
- Г) Ентеросорбент
- Д) Сечогінні

3. При старечому амілоїдозі найчастіше уражаються всі перераховані органи, крім:

- А) Головного мозку
- Б) Серця
- В) Аорти
- Г) Нирок
- Д) Підшлункової залози

4. Збереженню збудника у сечових шляхах і хронізації пієлонефриту перешкоджає:

- А) наявність протопластів і L-форм бактерій;
- Б) феномен бактеріальної адгезії;
- В) «фізіологічна» обструкція сечових шляхів;
- Г) призначення антибіотиків;
- Д) синтез сечових антитіл.

5. У I триместрі вагітності для лікування пієлонефриту можна призначити:

- А) напівсинтетичні пеніциліни;
- Б) тетрациклін;
- В) бісептол;
- Г) фурагін;
- Д) фторхінолони.

6. Жінка 27 років скаржиться на загальну слабкість, набряки повік зранку. Хворіє 3 роки. Три доби тому підвищилася температура тіла, з'явився головний біль. Об'єктивно: температура тіла 37,8 °С, ЧДР 18 за 1 хв, пульс 86 за 1 хв, АТ 150/95 мм рт ст. Шкіра бліда, обличчя брезкле, стопи пастозні. Помірна болючість при пальпації у реберно-хребтовому куті з обох боків. У крові: Нb 115 г\л, ер.3,3-10¹²\л; л.9,9*10⁹\л; п.9%; с.58%; лімф.31%; мон.2%; ШОЕ 21 мм\год. Сеча: мутна, відносна густина 1015; глюкоза- негат.; білок 0,132 г\л. Мікроскопія осаду: л. 55-60 у полі зору; ер. 5-7 у полі зору. Яке антибактеріальне лікування треба призначити:

- А) еритроміцин;
- Б) гентаміцин;
- В) пеніцилін;
- Г) тетрациклін.

7. Пацієнтка 32 років звернулася до терапевта з приводу майже постійного субфебрилітету, тупого болю в поперековій ділянці зліва, збільшення діурезу. Відзначає ніктурію, хворіє на хронічний аднексит. Має дитину 2 років. АТ 160/110 мм рт ст., діурез 1900 мл. Аналіз крові: Нb- 105 г\л; ер. 3,6*10¹²\л; ШОЕ 18 мм\год. Аналіз сечі: відносна густина 1010; білок 0,066 г\л; л. 20-25 у полі зору; еритроцити 1-2 в полі зору. Найбільш імовірний діагноз:

- А) гострий гломерулонефрит;
- Б) хронічний гломерулонефрит;
- В) хронічний пієлонефрит;
- Г) амілоїдоз нирок;
- Д) хронічний цистит.

8. Пацієнт 50 років скаржиться на біль у поперековій ділянці зліва, субфебрилітет. На ексреторній програмі знайдено розширений і деформований чашечко-мисковий апарат обох нирок, більше зліва, порушення їхнього тонусу. Яке захворювання найбільш імовірне:

- А) хронічний пієлонефрит;
- Б) хронічний гломерулонефрит;
- В) амілоїдоз нирок;
- Г) діабетичний гломерулосклероз;
- Д) полікістоз нирок.

9. Хворий 24 роки лікувався з приводу гіпостатичної пневмонії після політравми. Призначено масивні дози антибіотиків, сульфаніламідів, НПЗП, антигістамінні, відхаркувальні, кардіотоніки. На 20й день у хворого виникла гостра ниркова недостатність. Що стало її причиною:

- А) сульфаніламіди;
- Б) кардіотоніки;
- В) антибіотики;
- Г) відхаркувальні;
- Д) нестероїдні протизапальні препарати.

10. Пацієнтка 42 роки поступила зі скаргами на ниючий біль у попереку, більше зправа, інколи підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, головний біль. Десять років тому під час вагітності у пацієнтки був напад болю у попереку з правого боку, який

супроводжувався різким підвищенням температури. П'ять років тому відзначено підвищення АТ до 200/110 мм рт ст.. Аналіз сечі: білок 0,99 г/л, л. 50-60 у полі зору, ер. 2-4 у полі зору, циліндри гіалінові 1-2 у полі зору. Креатинін 102 мкмоль/л. Установіть діагноз:

- А) амілоїдоз нирок,
- Б) хронічний пієлонефрит,
- В) туберкульоз нирок,
- Г) хронічний пієлонефрит,
- Д) гіпертензивна нефропатія?

Правильні відповіді:

№ питання	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильна Відповідь	А	А	Д	Д	А	В	В	А	А	Г

Основні теоретичні питання теми

- Визначення пієлонефриту.
- Роль інфекції при запальних захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів.
- Первинний та вторинний пієлонефрит.
- Клінічні прояви пієлонефриту.
- Інструментальні та лабораторні методи діагностики пієлонефриту.
- Диференційний діагноз пієлонефриту.
- Ускладнення пієлонефриту.
- Лікування пієлонефриту.
- Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність при пієлонефриті.
- Визначення, етіологія, патогенез тубуло-інтерстиціального нефриту.
- Клінічні прояви тубуло-інтерстиціального нефриту.
- Критерії діагностики та диференційний діагноз тубуло-інтерстиціального нефриту.
- Ускладнення тубуло-інтерстиціального нефриту.
- Лікування тубуло-інтерстиціального нефриту.
- Невідкладна допомога при гострій нирковій недостатності.
- Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність тубуло-інтерстиціального нефриту.
- Визначення, етіологія, патогенез амілоїдозу.
- Класифікація амілоїдозу.
- Клінічні прояви амілоїдозу нирок.
- Критерії діагностики амілоїдозу.
- Диференційний діагноз амілоїдозу.
- Ускладнення амілоїдозу.
- Лікування амілоїдозу.
- Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність при амілоїдозі.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Час, хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики хвороб нирок	15	Задачі		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	125	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Підведення підсумків	60	Задачі		Навчальна кімната

Список літератури

Основна

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Додаткова

1. Наказ від 12.12.2004 № 593 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Нефрологія" – Київ, 2004. Режим доступу: <http://pharmasvit.com/nakaz-vid-12-12-2004-593-pro-zatverdzhennya-protokoliv-nadannya-medichno%D1%97-dopomogi-za-specialnistyu-nefrologiya-59634.html>
2. Протокол надання медичної допомоги хворим на пієлонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1656>

Тема 21. Гостра та хронічна ниркова недостатність

Кількість годин : 4 години

I. Актуальність теми

Гостра ниркова недостатність (ГНН) – синдром, який виникає внаслідок гострого зниження клубочкової фільтрації і проявляється гострими розладами регульованих нирками параметрів гомеостазу. ГНН досить часто розвивається у хворих під час критичного стану і, будучи в таких випадках незалежним фактором ризику смерті, асоціюється з високою летальністю. Остання, незважаючи на значний прогрес медичної науки і практики, протягом останніх трьох десятиліть практично не змінилася, залишаючись у діапазоні від 28 до 90 %, що залежить від етіології та тяжкості даного синдрому, характеру основної і супутньої патології, віку хворих, профілю відділення інтенсивної терапії і ряду інших факторів. Серед хворих, які потребують ниркової замісної терапії (НЗТ), показники летальності максимальні й досягають 50–70 %. Загальна захворюваність на ниркову недостатність складає близько 200 чоловік на 1 млн. населення на рік, із них на найбільш працездатний вік (18-50 років) припадає близько 100 чоловік, що обумовлює соціальну значимість захворювання.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) – патологічний симптомокомплекс, що розвивається при хронічних захворюваннях нирок, обумовлений поступовим зменшенням кількості та функції нефронів, що приводить до порушення екскреторної та інкреторної функцій нирок, гомеостазу, розладу всіх видів обміну речовин, кислотно-основної рівноваги, діяльності всіх органів і систем. В основі розвитку ХНН завжди лежить поступова загибель основної робочої одиниці нирки – нефрона. Нефрони нирок, що залишилися, змушені працювати з підвищеним навантаженням, і вони в свою чергу так само більш схильні до змін і загибелі. Незважаючи на те, що компенсаторні 4 можливості нирок високі (навіть 10 % нефронів здатні підтримувати водноелектролітний баланс в організмі), вже на ранніх стадіях ХНН виникають порушення електролітного складу крові, ацидоз (закислення), порушується обмін білка в організмі, затримуються продукти обміну: сечовина, креатинін, сечова кислота. На сьогоднішній день виявлено більше 200 речовин, обмін яких в організмі порушується при нирковій недостатності.

Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування гострої та хронічної ниркової недостатності є актуальною і потребує детального вивчення.

Мета заняття

Знати:

1. Визначення терміна гостра ниркова недостатність. Етіологія. Патогенез основних клінічних синдромів. Класифікація. Клінічні прояви та діагностика. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

2. Визначення, етіологія, патогенез хронічної ниркової недостатності. Клінічні прояви. Критерії діагностики та диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти

- : - зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на гостру та хронічну ниркову недостатність;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни під час клінічного дослідження крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін. Визначення рівня електролітів крові (калій, кальцій, фосфор, натрій, хлор). Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити, глюкоза), проби Реберга (визначення ШКФ), аналіз за Нечипоренком, Зимницьким, визначення добової екскреції білка, посів сечі з визначенням чутливості до антибіотиків, уролейкограма;
- дати оцінку рентгенограм нирок та сечовивідних шляхів (оглядових та рентгеноконтрастних), аналіз ультразвукового дослідження нирок та сечовивідних шляхів, радіоізотопне дослідження нирок, біопсія нирки;
- провести диференційний діагноз із захворюваннями нирок, що призвели до розвитку ХНН (гломерулонефритом, пієлонефритом, амілоїдозом, цукровим діабетом, системними захворюваннями сполучної тканини, туберкульозом нирок);
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на ГНН, ХНН.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Хворий В., 46 років, скаржиться на підвищену втомлюваність, періодично головний біль, загальну слабкість. Об'єктивно: пульс 88 уд./хв., АТ 140/80 мм.рт.ст., набряки на гомілках. В аналізі крові креатинін 0,13 мкмоль/л, сечовина 9,0 ммоль/л. клубочкова фільтрація 80 мл/хв.. Про що можна подумати?

- А) ХНН III ст.
- Б) ХСН II ст.
- В) ХСН I ст.
- Г) ХНН II ст.
- Д) ХНН I ст.

2. Чоловік 42 років страждає на хронічне захворювання нирок з артеріальною гіпертензією. В останні місяці відмітив слабкість, апатію, сухість та свербіж шкіри, ніктурію. При обстеженні – креатинін крові 520 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації – 40 мл/хв. Визначте функціональний стан нирок

- А) Не порушений
- Б) Гостра ниркова недостатність
- В) Термінальна уремія

- Г) Хронічна ниркова недостатність I ступеня
- Д) Хронічна ниркова недостатність II ступеня

3. До клініко-лабораторних ознак ХНН відносять усе, крім:

- А) Гіперкреатиніємії
- Б) Еритроцитозу
- В) Прискорення ШОЕ
- Г) Безсоння
- Д) Свербіжу шкіри

4. У пацієнта з тривалим перебігом ГН протягом року реєструються набряки обличчя, протеїнурія (2.5 г/добу), Креатинін крові – 0,238 ммоль/л, сечовина – 18,3 ммоль/л. Оцініть функціональний стан нирок

- А) ХНН I ст
- Б). ХНН II ст
- В) Не порушений
- Г) ХНН III ст
- Д) Термінальна уремія

5. Морфологічним субстратом хронічної ниркової недостатності є:

- А) Нефросклероз.
- Б) Проліферація мезангіальних клітин
- В) Деструкція малих відростків подоцитів
- Г) Відкладання імунних комплексів у гломерулярній базальній мембрані
- Д) Облітерація виносної артерії.

6. У чоловіка 40 р. 4 місяці тому виникли головний біль, задишка при ходьбі, поганий апетит, нудота, слабкість. 18 років хворіє на хронічний гломерулонефрит. Було запідозрено, що перебіг ускладнився хронічною нирковою недостатністю. Який лабораторний показник буде найбільш інформативним у даному випадку?

- А) сечова кислота – 0, 350 ммоль/л
- Б) калій крові – 5,2 ммоль/л
- В) креатинін крові 0,36 ммоль/л
- Г) сечовина крові – 9,2 ммоль/л
- Д) натрій крові-135 ммоль/л

7. У пацієнта з хронічним ГН протягом року реєструються набряки обличчя, протеїнурія (2.5 г/добу), Креатинін крові – 0,338 ммоль/л, сечовина – 18,3 ммоль/л. Оцініть функціональний стан нирок

- А) Не порушений
- Б) Ниркова недостатність
- В) Нефротичний синдром
- Г) Порушення концентраційної функції нирок
- Д) Порушення гомеостатичної функції нирок

8. Гіперкаліємію при гострій нирковій недостатності можна усунути:

- А) Ізотонічним розчином;
- Б) Гіпотонічним розчином;
- В) Внутрішньовенним введенням розчину глюкози з інсуліном;
- Г) Уведенням розчину натрію гідрокарбонату;
- Д) Уведенням розчину кальцію хлориду.

9. Що значить термін «гіпостенурія»?

- А) Зниження відносної густини сечі
- Б) Монотонність відносної густини сечі;
- В) Зниження хвилинного діурезу;
- Г) Підвищення відносної густини сечі;
- Д) Зниження хвилинного діурезу при підвищеній відносній густині сечі.

10. Преренальний фактор виникнення гострої ниркової недостатності:

- А) Гострий пієлонефрит;
- Б) Різде зменшення об'єму циркулюючої крові;
- В) Обструкція сечовивідних шляхів каменем;
- Г) Тромбоз і емболії ниркових артерій.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення, назвати етіологічні фактори розвитку гострої ниркової недостатності.
2. Клініка та зміни лабораторних показників залежно від стадії
3. Лікування ГНН на різних стадіях: дієта, медикаментозне лікування, діалізна терапія
4. Дати визначення, назвати етіологічні фактори розвитку хронічної ниркової недостатності.
5. Патогенез уражень органів та систем, їх клінічні прояви.
6. Дати визначення поняття «хронічна хвороба нирок». Класифікація залежно від показників ШКФ та рівнів сечовини, креатиніну.
7. Клініка та зміни лабораторних показників залежно від стадії.
8. Лабораторна та інструментальна діагностика хронічної ниркової недостатності
9. Диференційний діагноз (гломерулонефрит, пієлонефрит, амілоїдоз, цукровий діабет).
10. Лікування ХНН на різних стадіях: дієта, медикаментозне лікування, діалізна терапія.
11. Нирковозамісна терапія: гемодіаліз, перитонеальний діаліз, трансплантація нирок.
12. Показання та протипоказання до нирковозамісної терапії, ускладнення.
13. Особливості ведення хворих з термінальною нирковою недостатністю.
14. Первинна та вторинна профілактика ХНН та ниркової недостатності.
15. Прогноз і працездатність.

Відповіді на контрольні питання.

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Правильна відповідь	Д	Д	Б	Б	В	В	Б	В	А	Б

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на пневмонію.	125	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	60	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк. — 4-те вид., стереотип. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.

Додаткова

1. Наказ від 12.12.2004 № 593 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Нефрологія" – Київ, 2004. Режим доступу: <http://pharmasvit.com/nakaz-vid-12-12-2004-593-pro-zatverdzhennya-protokoliv-nadannya-medichno%D1%97-dopomogi-za-specialnistyu-nefrologiya-59634.html>
2. Наказ від 11.02.2016 Київ № 89 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу або перитонеального діалізу. Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ25736>
3. Протокол надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1660>.

Змістовий модуль 4. Загальні питання внутрішньої медицини

Тема 22. Ожиріння та його наслідки

Кількість годин: 4 годин

I. Актуальність теми

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я розглядає ожиріння як епідемію, що охопила мільйони людей. Ожиріння є порушенням обміну речовин та серйозною соціальною проблемою в економічно розвинутих країнах. На ожиріння страждають 20-30% чоловіків та 30-40% жінок. ВООЗ розглядає ожиріння як епідемію: в 2015 році у світі зареєстровано 260 млн. хворих на ожиріння. У теперешній час в більшості країн західної Європи та США на ожиріння страждають 20-25% населення (ІМТ > 30). Надлишкову масу тіла (ІМТ > 25) в індустріально розвинених країнах, окрім Японії та Китаю, має біля половини населення. В багатьох країнах світу захворюваність на ожиріння в середньому збільшилася у 2 рази. Експерти ВООЗ мають думку, що до 2025 року кількість хворих на ожиріння в світі складе 300 млн. осіб. Відзначається збільшення кількості хворих на ожиріння серед дітей. Соціальна значущість проблеми ожиріння визначається загрозою інвалідності пацієнтів молодого віку і зменшенням загальної тривалості життя у зв'язку з частим розвитком важких супутніх захворювань. До них можна віднести цукровий діабет 2 типу, артеріальну гіпертензію, дисліпідемію, атеросклероз і пов'язані з ним захворювання, синдром нічного апное, гіперурикемію, подагру, репродуктивну дисфункцію, жовчнокам'яну хворобу, остеоартрити, варикозне розширення вен нижніх кінцівок, геморой. Зниження маси тіла сприяє зменшенню ризику розвитку ІХС, мозкових інфарктів.

Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування ожиріння є актуальною і потребує детального вивчення.

Мета заняття

Знати:

1. Визначення, етіологія, патогенез, форми ожиріння. Клінічні прояви.

Критерії діагностики та диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

- зібрати анамнез у хворого з ожирінням, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з ожирінням, виділити основні синдроми та симптоми;
- скласти план лабораторно-інструментальних методів обстеження та інтерпретувати їх дані (описати та оцінити зміни при клінічному дослідженні крові: показники червоної крові; лейкоцитів; тромбоцитів; показники ШОЕ). Дані біохімічного дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, амінотрансферази, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити, глюкоза). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження суглобів.

1. Індекс маси тіла – показник, який вираховується за допомогою формули:

$$B, W/H^2$$
 $\Gamma, W/2H$

А. Інгібітори АПФ + діуретик:

Б. Антагоністи кальцію + діуретик:

Г. α-блокатори + діуретик.

А. Анаприлін;

Б. Атенолол;

Г. Небіволл.

А. Лозартан;

Б. Карведілол;

Г. Кораксан.

A. $AT \geq 130/90$ mm pT. CT.;

Б. АТ $\geq 160/90$ мм рт. ст.;

Г. АТ $\geq 150/90$ мм рт. ст.

A. 2,0-29,9;

Б. 18,5-24,9;

Г. 35,0-39,9.

А. Знижена

В. Не змінюється

Д. А і Б – правильні відповіді

А. Знижений рівень загального холестерину, підвищений рівень ХС ЛПВЩ

- Б. Підвищений рівень загального холестерину, знижений рівень ТГ
 В. Знижений рівень ТГ, підвищений рівень ХС ЛПВЩ
 Г. Знижений рівень ХС ЛПВЩ, підвищений рівень ТГ

9. Фармакотерапія людям із ожирінням рекомендована при:

- А. ІМТ більше 30, які не можуть зменшити масу тіла тільки за допомогою зміни способу життя
 Б. ІМТ більше 30, як ініціальний метод
 В. За бажанням пацієнта
 Г. При наявності АГ 2 ступеня

10. Сибутрамін протипоказаний у випадках:

- А. Супутньої бронхіальної астми
 Б. Супутньої виразкової хвороби шлунку
 В. Супутньої рефрактерної артеріальної гіпертензії
 Г. Не має протипоказань.

Відповіді на контрольні питання.

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	В	В	Г	А	В	Г	Б	Г	А	В

Основні теоретичні питання теми

- Актуальність проблеми.
- Методи розрахунку надлишкової ваги та визначення ожиріння.
- Класифікація ожиріння.
- Основні медичні наслідки ожиріння - метаболічний синдром, цукровий діабет, серцево-судинні та гастроентерологічні захворювання.
- Сучасні підходи до дієтичного та медикаментозного лікування.
- Роль бариатричної хірургії у лікуванні ожиріння.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Час, хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики ожиріння	15	Задачі		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	125	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Підведення підсумків	60	Задачі		Навчальна кімната

Список літератури

Основна

- Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 2. Захворювання системи кровообігу. Ревматичні хвороби. Захворювання нирок. Загальні питання внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 784 с.
- Середюк, Н. М. Внутрішня медицина: Терапія: підручник / Н. М. Середюк, І. П. Вакалюк, О. С. Сташишин. — 4-те вид., виправл. — К. : Медицина, 2013. — 688 с.
- Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

Додаткова

Змістовий модуль 5. Військова медицина

Тема 23. Організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуаціях мирного часу

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

Терапевтична допомога у воєнний час є невід'ємною складовою частиною лікувально-евакуаційного забезпечення. Система етапного лікування поранених і хворих з наступною їх евакуацією за призначенням та медичною реабілітацією є однією з ланок евакуаційного забезпечення Збройних Сил України.

Надзвичайні ситуації (НС) воєнного характеру пов'язані з наслідками застосування зброї масового ураження або звичайних засобів ураження, під час яких виникають вторинні фактори ураження населення внаслідок руйнування атомних і гідроелектричних станцій, складів, сховищ радіоактивних і токсичних речовин, нафтопродуктів, вибухівки, сильнодіючих отруйних речовин, токсичних відходів, транспортних та інженерних комунікацій.

У разі раптового виникнення НС передбачається, що всі підготовчі заходи щодо організації робіт з подолання медикосанітарних наслідків проводяться оперативно із урахуванням їх масштабів та характеру.

Загальна мета - навчитись правильно організувати терапевтичну допомогу у воєнний час та при НС мирного часу, яка передбачає здійснення низки організаційних, лікувально-евакуаційних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних заходів.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Загальні питання організації терапевтичної допомоги у воєнний час. Характеристика сучасної бойової терапевтичної патології. Санітарні втрати терапевтичного профілю. Медичне сортування уражених на етапах надання першої лікарської та спеціалізованої терапевтичної допомоги ураженим у надзвичайних ситуаціях у мирний час. Студенти повинні вміти:

- розробити план дій щодо надання медичної допомоги хворим та пораненим у воєнний час або при НС мирного часу;
- обґрунтувати етапність надання терапевтичної допомоги на основі визначення її виду та обсягу;
- надати кваліфіковану терапевтичну допомогу з метою усунення наслідків поранень, попередження розвитку у них ускладнень;
- забезпечити вдале проведення медичної реабілітації;
- оцінити санітарні втрати терапевтичного профілю;
- провести медичне сортування поранених, уражених та хворих з метою забезпечення своєчасного надання медичної допомоги та забезпечення подальшої евакуації;
- розподілити хворих на групи залежно від необхідного на даний момент виду медичної допомоги, її черговості та місця надання, виду транспортування потерпілих

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Загальними принципами організації терапевтичної допомоги у воєнний час є:

- А. Своєчасність, безперервність, послідовність.
- Б. Ешелонування сил і засобів терапевтичної служби між лікувальними закладами.
- В. Евакуація пораненого, ураженого або хворого за призначенням у лікувальний заклад з метою подальшого надання терапевтичної допомоги.

Г. Максимально можливе використання санітарної авіації у якості найшвидшого засобу транспортування уражених і хворих до лікувальних закладів.

Д. Ведення єдиної визначеної документації обліку та звітності.

Е. Усі відповіді – вірні.

2. Вид терапевтичної допомоги – це:

А. Сукупність лікувально-профілактичних або лікувально-діагностичних заходів, що проводяться на даному етапі надання терапевтичної допомоги пораненим, ураженим та хворим.

В. Перелік (комплекс) лікувально-профілактичних або лікувально-діагностичних заходів, що надаються пораненим та хворим на етапах медичної евакуації.

3. Обсяг терапевтичної допомоги – це:

А. Сукупність лікувально-профілактичних або лікувально-діагностичних заходів, що проводяться на даному етапі надання терапевтичної допомоги пораненим, ураженим та хворим.

В. Перелік (комплекс) лікувально-профілактичних або лікувально-діагностичних заходів, що надаються пораненим та хворим на етапах медичної евакуації.

4. До невідкладних заходів кваліфікованої терапевтичної допомоги відносяться застосування:

А. Антидотів.

Б. Дихальних аналептиків.

В. Штучної вентиляції легень.

Г. Повної санітарної обробки постраждалих.

Д. Усі відповіді – вірні.

Е. Вірні відповіді – А, Б, В.

5. Сукупність заходів щодо доставки поранених, уражених та хворих з району виникнення санітарних втрат у лікувальні заклади з метою своєчасного та повного надання медичної допомоги – це:

А. Медичне сортування.

Б. Спеціалізована терапевтична допомога.

В. Ешелонування.

Г. Медична евакуація.

Д. Медична реабілітація.

6. До особливостей бойової терапевтичної патології відносяться:

А. Масовість і одночасність санітарних утрат.

Б. Швидке наростання клінічної симптоматики.

В. Комбінований характер ураження.

Г. Правильні відповіді – А, Б.

Д. Правильні відповіді – Б, В.

Е. Усі відповіді – вірні.

7. Які основні групи поранених, уражених та хворих виділяються в результаті сортування на етапах надання медичної допомоги:

А. Які становлять загрозу для оточуючих; які потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації; які отримали ураження, несумісні з життям; підлягають поверненню у свої підрозділи після отримання відповідної медичної допомоги і короткочасного відпочинку.

Б. Які становлять загрозу для оточуючих; які потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації; які отримали ураження, несумісні з життям; які потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації; підлягають поверненню у свої підрозділи після отримання відповідної медичної допомоги і короткочасного відпочинку.

В. Які потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації; які отримали ураження, несумісні з життям; які потребують надання медичної допомоги на даному етапі медичної евакуації; підлягають поверненню у свої підрозділи після отримання відповідної медичної допомоги і короткочасного відпочинку.

8. Види медичного сортування:

А. Внутрішньопунктове та евакуаційно-транспортне.

Б. Внутрішньопунктове та евакуаційне.

В. Внутрішньопунктове та транспортне.

Г. Евакуаційне, транспортне.

Д. Вірна відповідь відсутня.

9. Чи є обов'язковим оформлення результатів медичного сортування за допомогою медичної документації:

А. Так.

Б. Ні.

10. Групу нетранспортабельних складають пацієнти із:

А. Гострою серцево-судинною недостатністю.

Б. Важкими порушеннями серцевого ритму і провідності.

В. Комою.

Г. Усі відповіді – вірні.

Д. Правильні відповіді – А, В.

Е. Правильні відповіді – Б, В.

Відповіді на контрольні питання

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	Е	В	А	Д	Г	Е	Б	А	А	Г

Основні теоретичні питання теми

1. Загальні принципи організації терапевтичної допомоги у воєнний час.

2. Етапи надання терапевтичної допомоги.

3. Види та обсяг терапевтичної допомоги.

4. Медична евакуація: визначення, особливості проведення.

5. Групи санітарних втрат терапевтичного профілю.

6. Медичне сортування: визначення, види, принципи, вимоги до проведення.

7. Класифікація груп постраждалих залежно від ступеня потреби у медичній допомозі, черговості і місці її надання, виду транспортування.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	35	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	30	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

1. Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. - Київ : Чалчинська Н. В., 2017. - 620 с.

2. Рошчін Г. Організація евакозаходів лікувально-профілактичних закладів у разі виникнення надзвичайних ситуацій / Г. Рошчін, П. Волянський, О. Гудович // Медицина катастроф. – 2017. – №5. – С. 10–12.

3. Медичний та біологічний захист за умов надзвичайних ситуацій: навчальний посібник. Близнюк М. Д., Волянський П. Б., Гафарова М. Т., Гур'єв С. О., Долгий М. Я., Іскра Н. І. та ін. Х.: ФОП Панов А. М., 2016. – 324с.

4. Красюк О. А. Лекція з навчальної медицини «Військова терапія» для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації. Київ. – 2014. – 35 с.

5. Військова терапія. Питання для самостійної роботи студентів. («Внутрішня медицина». Модуль 2). Навчальний посібник для самостійної роботи студентів 5 курсу медичних факультетів / Візір В. А., Деміденко О. В., Садовом А. С.– Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 136с.

6. Халіль В. В. Конспект лекцій з дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій» (для студентів 1 курсу денної і заочної форм навчання галузі знань 26 – Цивільна безпека за спеціальністю 263 – Цивільна безпека. Цивільний захист) / В. В. Халіль ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. – 128 с.

Тема 24. Радіаційні ураження. Клінічна характеристика іонізуючих випромінювань.

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Аварія на Чорнобильській атомній електростанції (АЕС) вважається катастрофою глобального масштабу за кількістю загиблих та уражених осіб. На території України проживає багато ліквідаторів наслідків цієї аварії. Під час вибуху на Чорнобильській АЕС в атмосферу викинуто приблизно 450 типів різноманітних радіонуклідів.

Не викликає сумнівів, що радіоактивне випромінювання чинить несприятливий вплив на організм людини, спричиняючи і ранні, і віддалені наслідки. Наприклад, гіпертонічна хвороба та ішемічна хвороба серця є найбільш поширеними захворюваннями серцево-судинної системи, які розвиваються через десять років після аварії на Чорнобильській АЕС. Збільшення кількості пацієнтів із нейроциркуляторною дистонією відмічене через п'ять років у ліквідаторів катастрофи. Оцінка доз опромінення, отриманих військовими ліквідаторами, є вельми важливою науковопрактичною проблемою.

Загальна мета - вивчити наслідки дії іонізуючого випромінювання на організм людини, знати засоби захисту від нього, удосконалити діагностику зазначеної категорії хворих, лікування та запобігання ранніх та пізніх ускладнень променевої хвороби.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Види іонізуючих випромінювань, одиниці їх виміру і дозиметрії. Основні ланки біологічної дії іонізуючих випромінювань та патогенезу основних клінічних форм радіаційних уражень. Клініка, діагностика та лікування променевої травми. Визначення ГПХ. Клініка, діагностика кишкової, токсемічної, церебральної форми ГПХ. Особливості радіаційних уражень мирного часу.

Студенти повинні вміти:

- визначити обсяг медичної допомоги на етапах медичної евакуації при радіаційних ураженнях;
- проводити діагностику радіаційних уражень;
- надавати медичну допомогу при гострих місцевих та комбінованих радіаційних ураженнях;
- засвоїти техніку пункції кісткового мозку;
- сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування кураного хворого;
- провести диференційну діагностику кишкової, токсемічної, церебральної форми променевої хвороби;
- скласти алгоритм надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Випромінювання, які при взаємодії з речовиною викликають збудження атомів і молекул речовини та призводять до виникнення протилежно заряджених іонів – це:

А. Сонячні випромінювання.

Б. Іонізуючі випромінювання.

В. Теплові випромінювання.

2. До властивостей іонізуючих випромінювань відносять:

- А. Проникаючу;
- Б. Фотохімічну;
- В. Біологічну;
- Г. Кумулятивну
- Д. Правильні відповіді – А, Б, В.
- Е. Всі відповіді – вірні.

3. Дати визначення експозиційної дози :

- А. Кількісна характеристика квантового випромінювання, яка базується на його здатності іонізувати повітря;
- Б. Енергія випромінювання, поглинута одиницею маси опромінюваного середовища;
- В. Середня енергія іонізуючого випромінювання, поглинута певною масою тканини патологічного осередку або опроміненого органа;
- Г. Сума еквівалентних доз опромінення, які людина отримує за певний період її життя;
- Д. Правильна відповідь відсутня.

4. До клінічних форм ГПХ не належить:

- А. Кістково-мозкова;
- Б. Геморагічна;
- В. Кишкова;
- Г. Судинно-токсемічна;
- Д. Церебральна.

5. Найбільш патогномонічне для ГПХ ураження дихальної системи:

- А. Променевий пневмоніт.
- Б. Променева пневмонія.
- В. Променевий бронхіт.

6. Виразність якого лабораторного показника в перші 2-3 доби досить чітко свідчить про ступінь тяжкості ГПХ:

- А. Лейкопенії;
- Б. Еритроцитопенії;
- В. Лімфоцитопенії;
- Г. Тромбоцитопенії;

7. Тривалість періоду розпалу ГПХ:

- А. 2-4 дні;
- Б. 2-4 тижні;
- В. 2-4 місяці;
- Г. Правильна відповідь відсутня.

8. Яка позитивна ознака ГПХ є найбільш прогностичною:

- А. покращення зору;
- Б. покращення слуху;
- В. покращення кровотворення.

9. Період віддалених наслідків ГПХ характеризується:

- А. Астено-вегетативним, діенцефальним синдромом;
- Б. Розвитком новоутворень;
- В. Розвитком катаракти;
- Г. Вірні відповіді – Б та В;
- Д. Усі відповіді вірні.

10. Чи існує у класичному перебігу ГПХ латентний період:

- А. Так.
- Б. Ні.

Відповіді на контрольні питання

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	Б	Е	А	Б	А	В	Б	В	Д	А

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення понять: радіаційне (променево) ураження, іонізуюче випромінювання.
2. Види і властивості іонізуючих випромінювань.
3. Особливості дозиметрії іонізуючих випромінювань.
4. Основні ланки біологічної дії іонізуючих випромінювань; стадії променевого ураження.
5. Радіочутливість біологічних об'єктів.
7. Визначення променевої хвороби.
8. Ключові ланки патогенезу гострої променевої хвороби (ГПХ).
9. Класифікація променевої хвороби за клінічною формою, перебігом, наявністю супутніх уражень.
10. Особливості клініки та діагностики кишкової, токсемічної, церебральної форми гострої променевої хвороби
11. Поняття про променеву травму.
12. Характеристика радіаційних уражень мирного часу.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	80	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	65	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

1. Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. - Київ : Чалчинська Н. В., 2017. - 620 с.
2. Ковальський, О. В. Радіологія. Променева терапія. Променева діагностика : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / О. В. Ковальський, Д. С. Мечев, В. П. Данилевич; рец.: В. М. Рижик, О. А. Гончар ; МОЗ України. - 2-ге вид. - Вінниця : Нова книга, 2017. - 512 с.
3. Візір В. А. Радіаційні ураження. Клінічна характеристика іонізуючого випромінювання. Патогенез променевої хвороби. Клінічна класифікація радіаційного ураження, гострої променевої хвороби. Поняття про променеву травму, надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації: навч.-метод. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини (військової медицини) для студентів V курсу мед. ф-тів / В. А. Візір, Є. І. Попльонкін. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2015. – 63 с.
4. Візір В. А. Військова терапія. Питання для самостійної роботи студентів. («Внутрішня медицина». Модуль 2). Навчальний посібник для самостійної роботи студентів 5 курсу медичних факультетів / Візір В. А., Деміденко О. В., Садовов А. С.– Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 136с.
5. Гостра променева хвороба : навчальний посібник для студентів / Н. В. Туманська, Т. М. Кічангіна, С. О. Мягков, О. Г. Нордіо. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2018. – 95 с.
6. Синельник В. П. Дослідження якості життя ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС, хворих на гіпертонічну хворобу з супутньою гастроєзофагеальною рефлексною хворобою / В. П. Синельник // Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 20–21 січня 2017 р.). – Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2017. – С. 16–18.

7. Загальна патофізіологія. «Загальна нозологія – загальне вчення про хворобу, етіологію, патогенез. Патогенна дія факторів зовнішнього середовища. Роль ендогенних чинників в патології»: Методичні розробки для викладачів до проведення практичних занять з дисципліни «Патологічна фізіологія» для підготовки студентів III курсу медичних факультетів / Упорядн. Ніколаєва О. В., Шутова Н. А. – Харків, 2017. - 37с.

8. Халіль В. В. Конспект лекцій з дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій» (для студентів I курсу денної і заочної форм навчання галузі знань 26 – Цивільна безпека за спеціальністю 263 – Цивільна безпека. Цивільний захист) / В. В. Халіль ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. – 128 с.

9. Екологічні наслідки Чорнобильської катастрофи та їх подолання. А. Ф. Кісельов, В. С. Черно, І. В. Наконечний, А. О. Руденко / Біологічні науки. – Вип.6.3 (113). – С. 31–33.

10. Ткачишин В. С. Динаміка захворювань органів серцево-судинної системи у ліквідаторів наслідків аварії на Чорнобильській АЕС / В. С. Ткачишин // Український медичний часопис. – 2004. – № 2 (40). – С. 111–114.

Тема: 25. Гостра променева хвороба. Кістково-мозкова форма гострої променевої хвороби.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

Актуальність вивчення клінічної проблеми ГПХ для майбутніх лікарів обумовлена у першу чергу небезпекою аварій на атомних виробництвах і можливим застосуванням ядерної зброї під час бойових дій.

Минуло 35 роки з моменту аварії на Чорнобильській АЕС. Але віддалені наслідки катастрофи констатовані на сьогоднішній день насамперед у її ліквідаторів. За числом потерпілих у результаті аварії на Чорнобильській АЕС Україна займає перше місце серед колишніх республік Радянського Союзу. Близько 600 000 осіб були визнані радіоактивно ураженими.

Аварія на Чорнобильській АЕС спричинила погіршення стану здоров'я населення, зростання його смертності. До ефектів, які виникли внаслідок дії іонізуючого опромінення, належать лейкемії, онкологічні захворювання, генетичні дефекти. Усього з діагнозом "ГПХ" внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС було госпіталізовано 499 осіб. Пострадіаційний синдром характеризується змінами особистості, порушеннями когнітивних і розумових функцій, зниженням пам'яті, концентрації, апатією, абулією, соціальним відчуженням, агедонією, втому, головним болем та періодичним запамороченням.

Зважаючи на це, вчасна діагностика і лікування ГПХ, застосування засобів профілактики і захисту від іонізуючого випромінювання є доцільними та необхідними елементами ведення зазначеної категорії хворих.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих з кістково-мозковою формою гострої променевої хвороби залежно від періоду захворювання.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Класифікація кістково-мозкової форми ГПХ. Особливості клінічної картини в різні періоди перебігу захворювання. Диференційно-діагностичні критерії ступенів тяжкості захворювання. Визначення загрозливих життю станів у кожному періоді захворювання.

Студенти повинні вміти:

- визначити форму та ступінь тяжкості ГПХ;
- здійснити своєчасну діагностику ГПХ;
- провести клінічне обстеження хворих на ГПХ;
- розробити алгоритм ведення пацієнта із кістково-мозковою формою ГПХ.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Які ступені тяжкості ГПХ виділяють залежно від зміни показників системи крові:

А. I, II.

Б. I, II, III.

В. I, II, III, IV.

Г. I, II, III, IV, V.

2. Які виділяють періоди ГПХ:

- А. Початковий або період загальної первинної реакції на опромінення.
- Б. Латентний (прихований) або період уявного клінічного благополуччя.
- В. Період розпалу хвороби або виражених клінічних проявів захворювання.
- Г. Період виходів (прогресування, стабілізація, раннє одужання – повне або часткове).
- Д. Період віддалених наслідків.
- Е. Правильні відповіді – А, Б, В, Д.
- Ж. Всі відповіді – вірні.

3. Тривалість виникнення періоду загальної первинної реакції на опромінення:

- А. Години.
- Б. Дні.
- В. Місяці.
- Г. Роки.
- Д. Всі відповіді – вірні.

4. Найбільш показовий симптом періоду загальної первинної реакції на опромінення:

- А. Кровотеча.
- Б. Блювота.
- В. Гіпертермія.
- Г. Правильна відповідь відсутня.

5. Серед віддалених наслідків ГПХ вирізняють:

- А. Соматичні.
- Б. Генетичні.
- В. Соматичні та генетичні.
- Г. Правильна відповідь відсутня.

6. При якій дозі опромінення виникає кістково-мозкова форма ГПХ:

- А. 1-10 Гр.
- Б. 10-20 Гр.
- В. 20-30 Гр.
- Г. 30-40 Гр.

7. Для якого ступеня тяжкості кістково-мозкові форми ГПХ характерна багаторазова блювота з інтервалом 0,5-1 годину:

- А. Легкого.
- Б. Середнього.
- В. Важкого.
- Г. Вкрай важкого.

8. Для якого ступеня тяжкості кістково-мозкові форми ГПХ характерний виражений головний біль:

- А. Легкого.
- Б. Середнього.
- В. Важкого.
- Г. Вкрай важкого.

9. Для якого ступеня тяжкості кістково-мозкові форми ГПХ характерна адинамія:

- А. Легкого.
- Б. Середнього.
- В. Важкого.
- Г. Вкрай важкого.

10. Для якого ступеня тяжкості кістково-мозкові форми ГПХ характерна однократна блювота:

- А. Легкого.
- Б. Середнього.
- В. Важкого.
- Г. Вкрай важкого.

Відповіді на контрольні питання

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	В	Ж	А	Б	В	А	В	В	Г	А

Основні теоретичні питання теми

1. Класифікація кістково-мозкової форми ГПХ за ступенем тяжкості.
2. Основні синдроми кістково-мозкової форми ГПХ.
3. Методи діагностики кістково-мозкової форми ГПХ.
4. Диференційна діагностика кістково-мозкової форми ГПХ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Час, хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики порушень ліпідного обміну	15	Задачі		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	35	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Підведення підсумків	30	Задачі		Навчальна кімната

Список літератури

1. Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. - Київ : Чалчинська Н.В., 2017. - 620 с.
2. Гостра променева хвороба : навчальний посібник для студентів / Н. В. Туманська, Т. М. Кічангіна, С. О. Мягков, О. Г. Нордіо. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2018. – 95 с.
3. Візір В. А. Військова терапія. Питання для самостійної роботи студентів. («Внутрішня медицина». Модуль 2). Навчальний посібник для самостійної роботи студентів 5 курсу медичних факультетів / Візір В. А., Деміденко О. В., Садовов А. С.– Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 136 с.
4. Гостра променева хвороба. Навчально-методичний посібник до практичних занять з внутрішньої медицини (військова терапія) для студентів 5 курсу медичних факультетів. Кафедра внутрішніх хвороб №2 / Візір В. А., Садовов А. С., Деміденко О. В., Гончаров О. В. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 111с.
5. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції : монографія / За ред. О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка, Д. А. Базики. – Київ: ДІА, 2007. – 800 с.

Тема 26. Етапне лікування хворих на гостру променеву хворобу. Атипові форми гострої променевої хвороби.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

Актуальність клінічної проблеми ГПХ обумовлена збереженням загрози військового конфлікту з застосуванням ядерної зброї в зв'язку з політичною нестабільністю на земній кулі.

Серед підприємств основних галузей промисловості є такі, де персонал працює із джерелами іонізуючих випромінювань. Так, працівники основних виробництв атомної промисловості контактують з комплексом радіоактивних та хімічних сполук.

Важливим завданням практикуючих лікарів є своєчасне виявлення ранніх ознак захворювань, типової та атипової клінічної симптоматики в осіб, які контактують з іонізуючим випромінюванням.

Загальна мета – уміти вчасно поставити діагноз ГПХ та призначати лікування залежно від періоду захворювання.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Принципи патогенетичного лікування гострої променевої хвороби з урахуванням провідних проявів захворювання. Обсяг медичної допомоги ураженим іонізуючим випромінюванням на етапах медичної евакуації. Види атипових форм гострої променевої хвороби. Особливості клініки гострої променевої хвороби при зовнішньому нерівномірному опромінюванні, при комбінованих радіаційних ураженнях, при внутрішньому опроміненні, поєднаному опроміненні, нейтронних ураженнях, при тривалому опроміненні невеликими дозами. Надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації при атипових формах гострої променевої хвороби.

Студенти повинні вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- визначити діагностичні критерії атипових форм ГПХ;
- провести клінічне обстеження хворих із атиповими формами ГПХ;
- здійснити диференційну діагностику типових та атипових форм ГПХ;
- скласти алгоритм надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації при атипових формах ГПХ;
- виконувати заходи першої лікарської та кваліфікованої терапевтичної допомоги ураженим з різними формами радіаційних уражень.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Який засіб є доцільними для симптоматичного лікування блювоти хворих на ГПХ:

- А. Метоклопрамід.
- Б. Ондансетрон.
- В. Правильна відповідь – А, Б.
- Г. Правильна відповідь відсутня.

2. Найбільш поширений і ефективний антиоксидант для лікування ГПХ:

- А. Вітамін А.
- Б. Вітамін В6.
- В. Вітамін С.
- Г. Вітамін Е.

3. Яке твердження вірне?

- А. Загальні принципи та напрямки лікування ГПХ при рівномірному і нерівномірному опроміненні в основному подібні.
- Б. Загальні принципи та напрямки лікування ГПХ при рівномірному і нерівномірному опроміненні дуже відрізняються.
- В. Вірне твердження відсутнє.

4. Який препарат відноситься до блокаторів рецепторів серотоніну:

- А. Ондансетрон.
- Б. Метоклопрамід.
- В. Метопролол.
- Г. Аміназин.

5. Який препарат відноситься до блокаторів дофамінових рецепторів критичної зони блювотного центру:

- А. Ондансетрон.
- Б. Метоклопрамід.
- В. Метопролол.
- Г. Аміназин.

6. Який засіб лікування геморагічного синдрому є більш доцільним у хворих на ГПХ:

- А. Переливання еритроцитарної маси.

Б. Переливання тромбоцитарної маси.

В. Введення амінокапронової кислоти

7. Які засоби протипоказані на ранньому етапі відновлення хворих на ГПХ:

А. Засмага.

Б. Електропроцедури.

В. Ультрафіолетове опромінення.

Г. Усі відповіді вірні.

Д. Правильна відповідь відсутня.

8. Чи доцільною є реабілітація хворих на ГПХ у санаторіях і на курортах після клінічного одужання:

А. Так.

Б. Ні.

9. Ступінь вираженості яких дефектів залежить від дози опромінення:

А. Нестохастичних (детермінованих).

Б. Стохастичних (недетермінованих).

10. До віддалених ефектів радіаційного впливу слід віднести:

А. Онкологічну патологію;

Б. Захворювання органів дихання;

В. Захворювання органів травлення;

Г. Захворювання сечовидільної системи.

Відповіді на контрольні питання.

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	В	Г	А	А	Б	Б	Г	А	А	А

Основні теоретичні питання теми

1. Обсяг медичної допомоги ураженим іонізуючим випромінюванням на етапах медичної евакуації.
2. Суть першої, долікарської, першої лікарської, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.
3. Принципи патогенетичного лікування ГПХ.
4. Класифікація атипичних форм ГПХ.
5. Особливості клінічної картини ГПХ при зовнішньому нерівномірному, внутрішньому, поєднаному опромінюванні.
6. Симптоматика ГПХ за наявності комбінованих радіаційних, нейтронних уражень.
7. Ключові аспекти впливу на організм людини тривалого опромінювання невеликими дозами.
8. Профілактика ГПХ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	35	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	30	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури
Основна

1. Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. - Київ : Чалчинська Н. В., 2017. - 620 с.
2. Гостра променева хвороба. Навчально-методичний посібник до практичних занять з внутрішньої медицини (військова терапія) для студентів 5 курсу медичних факультетів. Кафедра внутрішніх хвороб №2 / Візір В. А., Садомов А. С., Деміденко О. В., Гончаров О. В. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 111с.
3. Порядок встановлення зв'язку захворювання з умовами праці у робітників, які мають контакт із джерелами іонізуючих випромінювань. Ткач С. І., Кулініч Г. В., Боровик І. І., Москаленко М. В., Багмут В. В. / Український радіологічний журнал. – 2017. – Т. XXV, вип. 3. – С. 251–254.
4. Синельник В. П. Дослідження якості життя ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС, хворих на гіпертонічну хворобу з супутньою гастроезофагеальною рефлексною хворобою / В. П. Синельник // Забезпечення здоров'я нації та здоров'я особистості як пріоритетна функція держави: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 20–21 січня 2017 р.). — Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2017. — С. 16–18.
5. Медичні наслідки аварії на Чорнобильській атомній електростанції : монографія / За ред. О. Ф. Возіанова, В. Г. Бебешка, Д. А. Базики. – Київ: ДІА, 2007. – 800 с.

Тема 27. Захворювання внутрішніх органів при бойовій хірургічній травмі та травмах в умовах катастроф та аварій мирного часу.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

Збільшення частоти військових конфліктів у першій половині XX сторіччя призвело до значного зростання актуальності проблеми вісцеральної патології у поранених. Важливим завданням внутрішньої медицини є своєчасна, комплексна організація терапевтичної допомоги у мирний та воєнний час.

Наявність больового синдрому при хірургічній травмі призводить до зміни функції центральної нервової системи з подальшим порушенням нейро-гуморальних механізмів, що регулюють діяльність різних систем і органів.

Основною причиною розвитку вісцеральних ускладнень у поранених є власне травма, її характер, локалізація і тяжкість. Окрім того, важливе значення у патогенезі внутрішньої патології належить інфекції. Вагомий вплив на порушення функції органів і систем чинить анемія внаслідок крововтрати, зміни загальної реактивності організму під дією шкідливих впливів зовнішнього середовища, обумовлених бойовою обстановкою (перевтома, гіповітаміноз, нервові перенапруження, охолодження та ін.).

Загальна мета – навчитись діагностувати та надавати допомогу при ураженні внутрішніх органів, які виникла в результаті бойової хірургічної травми.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Класифікація патологічних змін внутрішніх органів у поранених. Загальні синдроми вогнепальної рани. Захворювання органів дихання у поранених. Захворювання органів кровообігу у поранених. Захворювання органів травлення у поранених. Захворювання нирок у поранених. Лікування захворювань внутрішніх органів у поранених на етапах медичної евакуації. Профілактика захворювань внутрішніх органів у поранених. Визначення синдрому тривалого здавлювання. Патогенез, клінічна характеристика періодів перебігу. Лікування синдрому тривалого здавлювання на етапах медичної евакуації.

Студенти повинні вміти:

- зібрати анамнез, здійснити його аналіз;
- провести лікування захворювань органів травлення, легень, нирок, серцево-судинної системи у поранених;
- провести клінічне обстеження хворих ;
- діагностувати синдром тривалого здавлювання;

- застосовувати основні сучасні засоби терапії синдрому тривалого здавлювання на етапах медичної евакуації

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Перикардити відносяться до:

- А. Ранніх ускладнень проникаючих поранень грудної клітини.
- Б. Пізніх ускладнень проникаючих поранень грудної клітини.
- В. Нетипових ускладнень проникаючих поранень грудної клітини.
- Г. Правильна відповідь відсутня.

2. Характерні ознаки перикардитів:

- А. Прекардіальний біль різної інтенсивності, що посилюється при диханні, кашлі, рухах, нерідко іррадіює в ліве плече або шию.
- Б. Шум тертя перикарду.
- В. Нічого з вищеназваного.
- Г. Усе вищеназване

3. Зазначте правильне твердження стосовно міокардиодистрофії:

- А. Розвивається внаслідок проникаючих поранень грудної клітки у ранній термін (перші 5 діб).
- Б. Виникає в більш пізній період внаслідок гіпоксії, анемії, сепсису, виснаження.
- В. Усі відповіді вірні.

4. Через скільки тижнів після поранення зазвичай розвивається міокардит?:

- А. 1-2.
- Б. 3-4.
- В. 5-6.
- Г. 7-8.

5. Яке захворювання найчастіше виникає як ускладнення катетеризації великих вен при проведенні тривалої інфузійної терапії:

- А. Інфекційний ендокардит.
- Б. Шок.
- В. Травматична кома.
- Г. Інфекційний міокардит.

6. До ознак олігоануричної фази гострої ниркової недостатності відносять:

- А. Олігурію.
- Б. Блювання.
- В. Усе вищезазначене.
- Г. Нічого з вищезазначеного.

7. Чим проявляються захворювання органів дихання у поранених:

- А. Пульмонітами, крововиливами у легені.
- Б. Пульмонітами, крововиливами у легені, ателектазами.
- В. Пульмонітами, крововиливами у легені, ателектазами, пневмонією.
- Г. Пульмонітами, крововиливами у легені, ателектазами, пневмонією, гнійними захворюваннями легень та плеври.

8. Вказати на основні прояви синдрому тривалого здавлювання тканин::

- А. Гостра ниркова та печінкова недостатність + анемія.
- Б. Гіповолемічний шок + гостра ниркова недостатність + анемія.
- В. Гостра ниркова та печінкова недостатність + набряк легень.
- Г. Анемія + набряк легень + гіповолемічний шок
- Д. Порушення свідомості + анемія.

9. Головна ознака загибелі кінцівки після тривалого стиснення:

- А. Арефлексія.
- Б. Відсутність активних рухів
- В. Септикотоксемія.
- Г. Відсутність пасивних рухів.
- Д. Відсутність чутливості.

10. До постраждалих першої групи слід віднести уражених, яким кваліфікована допомога надається :

- А. За життєвими показаннями.
- Б. У другу чергу.
- В. У третю чергу.

Відповіді на контрольні питання

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	А	Г	В	Б	А	В	Г	Г	Б	А

Основні теоретичні питання теми

1. Класифікація патологічних змін внутрішніх органів у поранених.
2. Загальні синдроми вогнепальної рани.
3. Захворювання органів дихання у поранених.
4. Особливості патології серцево-судинної системи за наявності травм.
5. Ключові аспекти ураження органів травлення у поранених.
6. Захворювання нирок у поранених.
7. Лікування захворювань внутрішніх органів у поранених на етапах медичної евакуації.
8. Профілактика захворювань внутрішніх органів у поранених.
9. Синдром тривалого здавлювання: етіологія, патогенез, клініка, класифікація.
10. Лікування синдрому тривалого здавлювання на етапах медичної евакуації.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	80	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	65	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

1. Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. - Київ : Чалчинська Н. В., 2017. - 620 с.
2. Захворювання внутрішніх органів при бойовій хірургічній травмі та травмах в умовах катастроф та аварій мирного часу. Ускладнення. Профілактика та етапне лікування : навч.-метод. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини для студентів 5 курсу мед. ф-ту / уклад. В. А. Візір, О. Г. Овська. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2015. – 60 с.
3. Військова терапія / за редакцією М. М. Козачка. Київ. – 2007. – 448 с.

Тема 28. Невідкладні стани, надання терапевтичної допомоги при загрожуючи життю станах на етапах медичної евакуації. Ураження отруйними речовинами у воєнний та мирний час.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

У зоні проведення бойових дій розташована значна кількість промислових підприємств, які у процесі своєї діяльності виділяють чималу кількість токсичних сполук, та складів, у яких зберігаються бойові отруйні речовини (ОР). Усе вищезазначене призводить до збільшення числа уражених ОР осіб та необхідності надання своєчасної медичної допомоги при загрозливих життю станах на етапах медичної евакуації унаслідок ураження отруйними сполуками у зоні бойових дій.

Загальна мета – навчитись діагностувати та надавати терапевтичну допомогу на етапі медичної евакуації та при ураженні отруйними речовинами.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Загальна характеристика уражень ОР, класифікація, діагностика. Етапне лікування уражених отруйними речовинами протягом бойових дій. Організація невідкладної терапевтичної допомоги при гострих отруєннях на етапах медичної евакуації. Обсяги медичної допомоги. Особливості ураження ОР при аваріях мирного часу на хімічних підприємствах.

Студенти повинні вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження уражених ОР;
- здійснити диференційну діагностику уражень різними групами ОР;
- скласти алгоритм етапного лікування уражених ОР протягом бойових дій;
- надати невідкладну терапевтичну допомогу при гострих отруєннях на етапах медичної евакуації;
- провести антидотну терапію отруєнь.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. До отрутохімікатів відносяться:

- А. Інсектициди.
- Б. Гербіциди.
- В. Афідіци.
- Г. Все перелічене.
- Д. Вірна відповідь відсутня.

2. Який ступінь отруєння характеризується підвищенням сльозо- і слинотечі, бронхоресю, блювотою, діареєю, звуженням зіниць, бронхоспастичним синдромом, переймоподібними болями в животі:

- А. І.
- Б. II.
- В. III.

3. Який ступінь отруєння характеризується різко вираженим міозом і гіпергідрозом, паралічами, розвитком коматозного стану.

- А. I
- Б. II
- В. III

4. До хлорорганічних сполук відноситься:

- А. Гексабензол.
- Б. Атропін.
- В. Глюконат кальцію.

5. До якої групи отруйних речовин належить синильна кислота?

- А. Фосфорорганічні сполуки.
- Б. Хлорорганічні сполуки.
- В. Цианіди.
- Г. Задущливі гази.

6. Основні симптоми гострого отруєння азотом:

- А. Носові кровотечі, біль у горлі, кашель, хрипи в легенях, почервоніння і різь в очах.
- Б. Задішка, блювота, запаморочення, стан сп'яніння, втрата свідомості і глибока кома.
- В. Блювота, металевий смак у роті, сильні болі в животі.

7. Основні симптоми гострого отруєння миш'яком:

- А. Носові кровотечі, біль у горлі, кашель, хрипи в легенях, почервоніння і різь в очах.
 Б. Задишка, блювота, запаморочення, стан сп'яніння, втрата свідомості і глибока кома.
 В. Блювота, металевий смак у роті, сильні болі в животі.

8. Основні симптоми гострого отруєння хлорорганічними сполуками:

- А. Носові кровотечі, біль у горлі, кашель, хрипи в легенях, почервоніння і різь в очах.
 Б. Задишка, блювота, запаморочення, стан сп'яніння, втрата свідомості і глибока кома.
 В. Блювота, металевий смак у роті, сильні болі в животі.

9. Перша допомога при отруєнні лугами:

- А. Промивання шлунка відразу після отруєння.
 Б. Застосування унітіолу.
 В. Штучна вентиляція легень.

10. Патогномонічна ознака отруєння бензином:

- А. «Бензинова ангіна».
 Б. «Бензиновий гастрит».
 В. «Бензинова пневмонія».

Відповіді на контрольні питання

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	Г	А	В	А	В	Б	В	А	А	В

Основні теоретичні питання теми

- Загальна характеристика уражень ОР.
- Класифікація ОР.
- Групи бойових ОР.
- Основні клінічні симптоми отруєнь.
- Критерії діагностики уражень для кожної групи ОР.
- Етапне лікування уражених ОР у зоні бойових дій.
- Принципи невідкладної терапевтичної допомоги при гострих отруєннях на етапах медичної евакуації.
- Основні характеристики терапії антидотами при гострих отруєннях.
- Особливості ураження отруйними речовинами при аваріях мирного часу на хімічних підприємствах.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Час, хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	35	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	30	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

- Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. – Київ : Чалчинська Н. В., 2017. – 620 с.
- Невідкладні стани, надання терапевтичної допомоги при загрожуючи станах на етапах медичної евакуації. Ураження отруйними речовинами у воєнний та мирний час : навч.-метод. посіб.

до практ. занять з внутрішньої медицини (військової медицини) для студентів 5 курсу мед. ф-ту / уклад. В. А. Візир, В. Г. Щолох. – Запоріжжя, 2015. – 79 с.

3. Військова та клінічна токсикологія / за редакцією М. М. Козачка. – Київ. – 2007. – 376 с.

4. Військова терапія / за редакцією М. М. Козачка. Київ. – 2007. – 448 с.

Тема 29. Захворювання, викликані дією на організм термічних факторів (тепла та холоду).

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

Підвищена температура навколишнього середовища може здійснювати загальну й місцеву дію на організм людини. Перегрівання й опік є наслідками дії гіпертермії.

Існує дві причини перегрівання: недостатність механізмів терморегуляції при значному підвищенні температури зовнішнього середовища, посилення теплопродукції з різким обмеженням тепловіддачі при нормальній температурі повітря. Тепловий удар часто спостерігається у період військових дій у жарких кліматичних зонах, спричинюючи летальність у 80 % випадків.

Підвищений ризик смертності внаслідок сонячного удару обумовлений порушенням функцій серцево-судинної, дихальної систем, розвитком паралічів, порушенням чутливості та кровопостачання тканин.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я опіки за частотою займають третє місце серед інших травм. В Україні наприкінці ХХ-го століття частота опіків складала 33-34 випадки на 10000 населення.

Гіпотермія виникає в результаті дії низької температури навколишнього середовища. Питання про механізми впливу низької температури продовжує залишатися актуальним для сучасної медицини. Гіпотермія призводить до розвитку виражених патологічних змін у системі терморегуляції і загального обміну речовин, що може викликати загибель клітин. У період Великої Вітчизняної війни відмороження кінцівок поєднувалися з пораненнями в 32,2% випадків і становили значний відсоток санітарних втрат, що можна пояснити знекровленням пораненого та тривалим перебуванням на снігу чи замерзлій землі.

Загальна мета – навчитись діагностувати та надавати допомогу при перегріванні, тепловому ударі, обмороженні та замерзанні.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Поняття про перегрівання, переохолодження. Ускладнення з боку внутрішніх органів при дії термічних факторів. Особливості клініки, діагностики. Профілактика та етапне лікування. Опікова хвороба, визначення, класифікація. Патогенез основних клінічних проявів та ускладнень під час різних періодів перебігу захворювання. Етапне лікування хворих з опіковою хворобою. Особливості лікування опікового шоку.

Студенти повинні вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з перегріванням, переохолодженням;
- діагностувати основні види термічних уражень;
- визначити площу опіку за «правилом дев'яток» та «правилом ладоні»;
- діагностувати глибину опіку;
- здійснити прогнозування важкості опіку;
- скласти алгоритм етапного лікування осіб із перегріванням та переохолодженням;
- здійснити профілактику ускладнень з боку внутрішніх органів при дії термічних факторів;
- визначити обсяг лікувальних та профілактичних заходів у пацієнтів із переохолодженням.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Найбільш висока летальність спостерігається при:

А. Тепловому (сонячному) ударі.

Б. Тепловому набряку гомілок і стоп.

В. Тепловому виснаженні внаслідок втрати солей організмом.

Г. Тепловому виснаженні внаслідок зневоднення.

2. Лікування теплового колапсу включає введення:

- А. Мезатону і кордіаміну.
- Б. Атропіну і димедролу.
- В. Нітросорбіду.
- Г. Унітіолу.

3. До типів теплового визначення відносять:

- А. Виснаження внаслідок надмірної втрати води організмом.
- Б. Виснаження внаслідок надмірної втрати солей організмом.
- В. Все вищенаведене.

4. За якою методикою можна визначити площу опіку:

- А. «Правило дев'яток».
- Б. «Правило долоні».
- В. Правильні відповіді А і Б.
- Г. Правильна відповідь відсутня.

5. Яке захворювання є частим наслідком тривалого охолодження кінцівок?

- А. Облітеруючий ендартеріт.
- Б. Волога екзема.
- В. Дерматит.

6. Форма відмороження, яка розвивається внаслідок тривалого, не менше 3-4 діб охолодження кінцівки в вологому середовищі.:

- А. Гусяча стопа.
- Б. Ішемічна стопа.
- В. Траншейна стопа.
- Г. Імерсійна стопа.

7. Яку фазу виділяють у клінічному перебігу замерзання?

- А. Адинамічну.
- Б. Ступорозну.
- В. Судомну.
- Г. Усі вищезазначені.

8. Скарги пацієнта при термічному опіку I ступеня:

- А. Печія та біль в опікових ранах, набряклість, спрага.
- Б. Печію та біль в опікових ранах, виражена набряклість, спрага.
- В. Печію та біль в опікових ранах, виражена набряклість, спрага, блювота, втрата свідомості.

9. Скарги пацієнта при термічному опіку II ступеня:

- А. Печія та біль в опікових ранах, набряклість, спрага.
- Б. Печія та біль в опікових ранах, виражена набряклість, спрага.
- В. Печія та біль в опікових ранах, виражена набряклість, спрага, блювота, втрата свідомості.

10. Профілактика якої недостатності є необхідною у хворих з обмороженням:

- А. Поліорганної.
- Б. Серцевої.
- В. Ниркової.

Відповіді на контрольні питання.

№ тесту	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Відповідь	А	А	В	В	А	В	Г	А	Б	А

Основні теоретичні питання теми

1. Поняття про перегрівання.
2. Причини та патогенетичні ланки виникнення перегрівання.
3. Діагностика перегрівання.
4. Особливості основних нозологічних форм теплових уражень: тепловий (сонячний) удар, теплова непритомність, теплові судоми, теплове виснаження (внаслідок зневоднення, втрати солей організмом, не уточнене, минуле), тепловий набряк гомілок і стоп.
5. Характеристика ускладнень, що розвинулись з боку внутрішніх органів при дії термічних факторів.

6. Особливості профілактики та етапного лікування термічних уражень у постраждалих в умовах мирного часу та під час бойових дій.
7. Визначення опікової хвороби. Ключові ланки патогенезу опікової хвороби.
8. Класифікація опіків залежно від глибини ураження, здатності до самостійного загоєння.
9. Періоди клінічного перебігу опікової хвороби (опіковий шок, гостра опікова токсемія, септикотоксемія, реконвалесценція).
10. Ключові моменти лікування пацієнтів із опіковою хворобою на різних етапах медичної евакуації.
11. Основні аспекти лікування опікового шоку.
12. Визначення поняття «переохолодження».
13. Особливості етіології та патогенезу переохолодження.
14. Клінічна симптоматика переохолодження.
15. Діагностичні критерії переохолодження.
16. Профілактика та етапне лікування переохолодження.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Вирішення ситуаційних задач	30	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	35	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

1. Воєнно-польова терапія : підручник / Г. В. Осьодло [та ін.] ; ред. А. В. Верба ; Укр. військ.-мед. акад. МО України, Військ.-мед. департамент. – Київ : Чалчинська Н. В., 2017. – 620 с.
2. Захворювання, викликані дією на організм термічних факторів (тепла та холоду) : навч.-метод. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини (військової медицини) для студентів 5 курсу мед. ф-ту / уклад. В. А. Візір, В. В. Буряк – Запоріжжя, 2015. – 70 с.
3. Загальна патофізіологія. «Загальна нозологія – загальне вчення про хворобу, етіологію, патогенез. Патогенна дія факторів зовнішнього середовища. Роль ендогенних чинників в патології»: Методичні розробки для викладачів до проведення практичних занять з дисципліни «Патологічна фізіологія» для підготовки студентів III курсу медичних факультетів / Упорядн. Ніколаєва О. В., Шутова Н. А. – Харків, 2017. – 37с.
4. Халіль В. В. Конспект лекцій з дисципліни «Медицина надзвичайних ситуацій» (для студентів 1 курсу денної і заочної форм навчання галузі знань 26 – Цивільна безпека за спеціальністю 263 – Цивільна безпека. Цивільний захист) / В. В. Халіль ; Харків. нац. ун-т міськ. госп-ва ім. О. М. Бекетова. – Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. – 128 с.

