



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

5411 Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни **«Внутрішня медицина»**
(модуль 2 «Основи внутрішньої медицини:
кардіологія, ревматологія, нефрологія та військова терапія»)
для студентів спеціальності 222 *«Медицина»*
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2022

Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни «Внутрішня медицина» (модуль 2 «Основи внутрішньої медицини: кардіологія, ревматологія, нефрологія та військова терапія») / укладачі: Л. Н. Приступа, Н. О. Ополонська, В. В. Качковська, О. М. Чернацька, Ю. О. Сміянова. – Суми : Сумський державний університет, 2022. – 127 с.

Кафедра внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини
НН МІ СумДУ

Тема 1. Есенціальна артеріальна гіпертензія

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Артеріальна гіпертензія (АГ), за визначенням Комітету експертів ВООЗ – це постійно підвищений систолічний артеріальний тиск (САТ) та/або діастолічний артеріальний тиск (ДАТ). Есенціальна гіпертензія (первинна гіпертензія) – це підвищений артеріальний тиск (АТ) за відсутності очевидної причини його підвищення. Термін «есенціальна гіпертензія» вперше застосував Е. Frank у 1911 р. для визначення підвищення АТ, не зумовленого захворюванням нирок (брайтовою хворобою) або іншою патологією, що спричиняє підвищення АТ. Цей термін не цілком вдалий, тому що англійське слово «essential» означає «істотний, необхідний», у зв'язку з чим поняття «есенціальна гіпертензія» може бути витлумачене як підвищення АТ, необхідне для забезпечення кровопостачання тканин організму. Тому деякі закордонні автори віддають перевагу терміну «первинна гіпертензія». Еквівалентом цих назв є термін «гіпертонічна хвороба» (ГХ), введений Г.Ф. Лангом у 1922 р. і застосовуваний на сьогодні у країнах СНД, зокрема в Росії та Україні. Він більш вдалий, ніж термін «есенціальна гіпертензія», тому що відображає сутність підвищення АТ як хворобливого стану, а не компенсаторного процесу. ГХ виявляють у 95% осіб з підвищеним АТ. В інших 5% АТ підвищений внаслідок різних захворювань – ураження паренхіми нирок, пухлин надниркової залози, захворювань аорти (коарктація, аортоартеріїт), ниркових артерій і багатьох інших. Гіпертонічна хвороба посідає одне з перших місць у світі у структурі захворюваності населення розвинених країн. Сучасний аналіз показує, що у загальній популяції поширеність АГ становить від 20% до 45%. Очікується, що у 2025 році в світі кількість хворих на АГ зросте на 60% за чверть століття і сягне 1,56 млрд. осіб. В Україні стан цієї проблеми має загрозливий характер: за даними епідеміологічних досліджень, 33% населення страждає на артеріальну гіпертензію. Її тяжкі наслідки, в першу чергу, інсульти та інфаркти, стають причинами інвалідності та смерті значної кількості українців.

Артеріальна гіпертензія продовжує залишатись однією з найбільш актуальних проблем медицини. Ця хвороба підступна тим, що людина може взагалі її не відчувати, бо специфічних симптомів підвищення тиску не існує. У когось – болить голова (найчастіше – у потиличній ділянці), шумить у вухах, хтось відчуває нудоту чи запаморочення, а дехто почувається нормально, а тиск у нього в цей час "зашкалює". Часто єдиним симптомом артеріальної гіпертензії є тільки підвищення артеріального тиску, і щоб виявити недугу, достатньо поміряти тиск. Кількість хворих АГ в Україні надзвичайно велика і, на жаль, стрімко росте. І це ще більш тривожно, якщо взяти до уваги, що за даними профілактичних оглядів, всього лише 35-40% людей, що мають підвищений АТ, знають про це, і що ще більш тривожно, це те, що 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. Тобто АГ виявляють майже у кожній третій дорослій людині. Ураховуючи певні статистичні похибки і, беручи до уваги соціально-політичну ситуацію в Україні, поширеність АГ у нашій країні є значно вищою і становить понад 36% серед дорослих. 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.

Незаперечним фактом є значення антигіпертензивної терапії як високоефективної стратегії первинної та вторинної профілактики серцево-судинних подій, передчасної смертності. Попри це на сучасний час адекватний контроль підвищеного АТ залишається вкрай незадовільним, що засвідчують результати численних досліджень. Не дивлячись на доступність високоефективних антигіпертензивних препаратів, розроблений алгоритм зниження АТ, досягнення цільового рівня АТ реєструється в Україні у понад 80 пацієнтів з АГ проти близько 50% у Європі. На сучасний час наріжним каменем антигіпертензивної терапії в реальній клінічній практиці виступає низька прихильність пацієнтів до лікування в сукупності з деякою терапевтичною інерційністю. Розробка та широке впровадження простих, детально прописаних покрокових алгоритмів антигіпертензивної терапії з використанням фіксованих комбінацій медикаментозних засобів в поєднанні з забезпеченням контролю ефективності лікування слід розглядати як шлях вирішення проблеми імплементації стандартів лікування АТ в широку медичну практику.

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 есенціальну 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, креатинін, натрій, калій, загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін. Клінічне дослідження сечі (білок, глюкоза, сечовий осад). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, УЗД сонних та стегнових артерій, дані дослідження очного дна, енцефалографії, 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 II
- В. Стадія III

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.

Г. Аспірин.

Б. Тіазидові діуретики.

Д. Статини.

В. Непрямі антикоагулянти.

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, крім:

А. Антагоністи кальцію.

Г. Діуретики.

Б. Альфа-адреноблокатори.

Д. Інгібітори АПФ.

В. Бета-адреноблокатори.

8. При вагітності протипоказані:

А. Бета-блокатори.

В. Антагоністи кальцію.

Б. Інгібітори АПФ.

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. Класифікації АГ за ступенем тяжкості і стадією хвороби.

3. Фактори ризику ГХ.

4. Програма обстеження хворого на ГХ.

5. Методика вимірювання АТ.

6. Стратифікація ризику для оцінки прогнозу при ГХ.

7. Принципи лікування ГХ.

8. Препарати першої і другої ліній, їх фармакологічна характеристика, дози і режим призначення.

9. Визначення гіпертензивного кризу, класифікацію, лікування ускладнених і неускладнених кризів.

10. Первинна і вторинна профілактика ГХ.

11. Прогноз і працездатності при ГХ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	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	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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
7. Лікування коморбідного стану - артеріальної гіпертензії в поєднанні зі стабільною ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом [Текст] : методичні рекомендації / Н. М.

Середюк, І. П. Вакалюк, В. Н. Середюк [та ін.]. – Івано-Франківськ : Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 16 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. Электрокардіографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.

11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

12. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

13. 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.

14. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії" – Київ, 2012. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0384282-12>

15. 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.

16. 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 дісліпідемій (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

17. 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 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 лікування основного захворювання, яке послужило причиною АГ, або потрібне хірургічне лікування. Ниркові хвороби – найбільша група за кількістю хворих серед вторинних гіпертоній, з неухильно прогресуючим перебігом що складає близько 5 % від числа хворих, що страждають АГ. Есенціальна хвороба складає 90-95% всіх випадків гіпертонії. Також діагностуються вторинні: 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. Захворювання нирок

– найбільш розповсюджена причина виникнення ВАГ. За даними різних авторів, АГ на різних етапах розвитку хронічної хвороби нирок спостерігається в 85-100% випадків. В структурі ускладнень хронічної хвороби нирок, особливо при хронічній нирковій недостатності, синдром АГ займає одне з лідируючих місць не залежно від етіологічних факторів і є основною причиною ризику розвитку ішемічної хвороби серця і цереброваскулярних захворювань, які на 88,1 % визначають рівень смертності від хвороб кровообігу. В даний час розповсюдженість АГ в Україні досягла близько 12 млн. чоловік, що складає 31% від дорослого населення. З віком розповсюдженість хвороби збільшується і досягає 50-65% у людей старше 65 років. Знання сучасної діагностики і принципів лікування ВАГ дозволить поліпшити якість надання допомоги хворим, які страждають на АГ.

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, креатині, натрій, калій, загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, ренін, альдостерон, кортизон, трийодтироніну, тироксину, тиреотропного гормону, катехоламінів. 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 куруваного 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, гіперкалієурію, 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 Конна, дифузний токсичний зоб).

5. Особливості клініки, діагностики гемодинамічних АГ.

6. Особливості клініки, діагностики АГ під час вагітності.

7. Особливості клініки, діагностики АГ при метаболічних порушеннях (метаболічний синдром).
8. Значення лабораторних і інструментальних методів для диференційної діагностики та верифікації діагнозу при ВАГ.
9. Терапевтичне та хірургічне лікування АГ.
10. Первинна та вторинна профілактика АГ.
11. Прогноз та працездатність при вторинній АГ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на вторинну артеріальну гіпертензію	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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. Екстрена та невідкладна медична допомога : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.
7. Лікування коморбідного стану - артеріальної гіпертензії в поєднанні зі стабільною ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом : методичні рекомендації / Н. М. Середюк, І. П. Вакалюк, В. Н. Середюк [та ін.]. – Івано-Франківськ : Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 16 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. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. – 328 с.
13. 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.
14. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 № 384 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії" – Київ, 2012. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0384282-12>
15. 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.
16. 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
17. 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 3. 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. Так при Q-ІМ госпітальна летальність складає близько 15%, приблизно половина хворих вмирає до поступлення в стаціонар. Основною причиною смерті

при ІХС є кардіосклероз. Питома вага смертності від ІМ становить в цілому лише 3,4%, серед працездатного населення – 8,2%. Ця різниця зумовлена гіподіагностикою ІМ і відсутністю в Україні статистичних даних про частоту раптової коронарної смерті, що є основною причиною смерті пацієнтів з ІХС поза стаціонаром. 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 статевою ознакою. Так, ІМ в 2,4 раза частіше трапляється у чоловіків, а безболісові форми – в 1,7 раза 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: 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 форм ІХС полягає 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. Fovler (1971) і С. Conty et al. (1973) та використовується і зараз для визначення найбільш тяжкого перебігу ІХС, для якого характерні швидко прогресування коронарної недостатності та високий ризик розвитку ІМ і раптової серцевої смерті (до 15-20% упродовж року). Тяжкі і тривалі напади стенокардії спокою є найбільш небезпечні, оскільки частота розвитку ІМ впродовж 1-2 місяців від моменту виникнення перших ангінозних нападів досягає 40-50%, а летальність - 11-15%. За даними деяких авторів, у 1/4-1/2 хворих на спонтанну варіантну стенокардію впродовж 2-3 місяців розвивається ІМ або раптова серцева смерть.

Прогноз при ІМ залежить від терміну госпіталізації хворих до блоку інтенсивної терапії, від наданої допомоги на догоспітальному етапі, від правильно підібраної медикаментозної терапії в стаціонарі, особливо в перші 2-3 дні. Прогноз ІМ значно погіршує виникнення ангінозних нападів у ранньому післяінфарктному періоді: до кінця першого року частота рецидиву ІМ у цих хворих досягає 50%, а летальність - 17%. Тривалість і якість життя хворих, які перенесли ІМ, залежать від якості відновної терапії у відділі реабілітації та на поліклінічному етапі лікування, вторинної профілактики повторних ІМ, хронічної серцевої недостатності, раптової смерті, від якості лікування артеріальної гіпертонії, цукрового діабету та інших супутніх захворювань, від виконання заходів первинної профілактики ІХС.

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, ЛДГ, ЛДГ1, фібриноген, сіалові кислоти, серомукоїд, гаптоглобін, 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 кураного хворого;

- призначити лікування при неускладненому і ускладненому ІМ.

Контрольні питання для тестування

1. До гострих коронарних синдромів відносяться:

- А. Ішемічна кардіоміопатія;
- В. Гіпертензивна кардіоміопатія;
- С. Не-Q-інфаркт міокарда;
- Д. Коронарний синдром Х;
- Е. Стабільна стенокардія напруги, ФК ІІ;

2. Провідним механізмом розвитку гострих коронарних синдромів є:

- А. Інтерстиціальний фіброз міокарда;
- В. Дифузний кардіосклероз;
- С. Тромбоз;
- Д. Стабільна атеросклеротична бляшка;

3. До гострих коронарних синдромів не відносяться:

- А. Прогресуюча стенокардія;
- В. Не-Q-інфаркт міокарда;
- С. Q-інфаркт міокарда;
- Д. Гостра стенокардія спокою;
- Е. Стабільна стенокардія напруги, ФК ІІІ;

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

- А. Багаті на ліпіди, ексцентричні;
- В. Багаті на ліпіди, концентричні;
- С. Багаті на глікопротеїн GP ІІb/ІІІa;
- Д. Переважно фіброзні, концентричні;
- Е. Переважно фіброзні, ексцентричні;

5. Нестабільною слід вважати атеросклеротичну бляшку:

- А. "Молоду", багату на ліпіди;
- В. Фіброзну, ексцентричну;
- С. Фіброзну, концентричну;
- Д. Із щільною "покришкою";
- Е. З кальцинатами;

6. Розриву атеросклеротичної бляшки сприяє:

- А. Гіперадренергія;
- В. Брадикардія;
- С. Синдром Рейно;
- Д. Коронарний синдром Х;
- Е. Нейроциркуляторна дистонія;

7. Найбільш потужним вазоконстриктором є:

- А. Ендотелійрелаксуючий фактор;
- В. Простаглілін І₂;
- С. Ендотелій І;
- Д. Ангіотензин І;
- Е. Ангіотензин ІІ;

8. Механізм дії аспірину полягає у:

- А. Зв'язування плазміну з інгібітором активатора плазміногену- ІАП-1;
- В. Незворотньому інгібуванні циклооксигенази-1;
- С. Інгібуванні циклооксигенази-2;
- Д. Стимуляції NO-синтетази;

Е. Зв'язуванні з рецепторами GP IIb/IIIa

9. Інгібує АДФ-індуковану агрегацію тромбоцитів:

- А. Аспірин; D. Дипіридамол;
В. Абсиксимаб; Е. Гепарин;
С. Клопідогрель;

10. Гепаринотерапію слід проводити під контролем:

- А. Часу згортання крові;
В. Частково активованого тромбопластинового часу;
С. Протромбінового індексу;
D. 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” і “нестабільна стенокардія та інфаркт міокарда”.
2. Роль атеросклерозу, дестабілізації атеросклеротичної бляшки і функціональних факторів у патогенезі різних форм ІХС.
3. Класифікація нестабільної стенокардії та ІМ.
4. Особливості клінічного перебігу і діагностики гострого ІМ (дати характеристики клінічним варіантам ІМ).
5. Критерії діагнозу різних форм ІХС.
6. Диференційний діагноз різних форм ІХС.
7. Знати динаміку змін ЕКГ при ІМ, його стадії.
8. Дати характеристику резорбційно-некротичному синдрому при інфаркті.
9. Знати ускладнення ІМ і їх лікування (гостра лівошлуночкова недостатність, порушення ритму серця і провідності, розрив міокарда, гостра аневризма серця, післяінфарктний синдром Дреслера та ін).
10. Лікувальна тактика в різні періоди гострого ІМ.
11. Показання до хірургічного лікування.
12. Реабілітація.
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: гострий інфаркт міокарда	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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Acute coronary syndrome : study guide / O. S. Pogorielova. – Sumy : Sumy State University, 2021. – 73 p.
7. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
8. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
9. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - 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. Екстрена та невідкладна медична допомога : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.
7. Якименко О. О. Спосіб скринінгової ефективності лікування у пацієнтів, що перенесли стентування коронарних судин з приводу гострого коронарного синдрому без стійкої елевачії сегменту ST на фоні метаболічного синдрому : методичні рекомендації / О. О. Якименко, Д. М. Себов, Н. В. Чумаченко. - К. : Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 19 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. Заболевания сердечно-сосудистой системы у женщин / В. И. Волков, В. И. Строна; Ин-т терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины; под ред. О. Я. Бабака. – К. : Четверта хвиля, 2011. – 480
11. Електрокардіографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
12. Медикаментозна кардіопротекція у пацієнтів з гострим коронарним синдромом на догоспітальному етапі [Текст]: метод. рек./О. М. Пархоменко, А. М. Кравченко, І. М. Сімак [та ін.]. - К.: Укр. центр наук. мед. інформації, 2016. - 22 с. - б/ц
13. Швед, М. І. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда /М. І. Швед, Л. В. Левицька. - К.: Медкнига, 2015. - 152 с.
14. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.

15. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
16. 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.
17. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. – 328 с.
18. 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_YKPMD_GKSbezST.pdf
19. 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%20YKPMD_GKS.pdf
20. 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
21. 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
22. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
23. Обморок: Рекомендации 2018 года по диагностике и лечению. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127333/obmorok-rekomendatsii-2018-goda-po-diagnostike-i-lecheniyu>
24. 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>
25. 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
26. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf
27. 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_YKPMD_GKSbezST.pdf
28. 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%20YKPMD_GKS.pdf

Тема 4. Хронічні форми ішемічної хвороби серця. Атеросклероз

Кількість годин: 4.

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. Уже в 30-39-річному віці діагностуються всі форми ІХС, у віці 40-49 років ознаки ІХС має кожна 10-та людина, а після 50 років – кожна четверта. Поширеність ІХС у жінок різко підвищується після менопаузи, клінічні ознаки ІХС відмічаються у кожній 5-ї жінки, старшої за 50 років. Відмічається також суттєва різниця за статеву ознакою. Так, інфаркт міокарда в 2,4 раза частіше трапляється у чоловіків, а безбольові форми – в 1,7 раза частіше у жінок. 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 у 40-49 років, та в 9 разів вища, ніж у 30-39 років. У цьому ж віці в 2,5 раза збільшується частота безбольових форм ІХС.

До хронічних форм ІХС відносять стабільну стенокардію напруження, вазоспастичну стенокардію (ангіоспастичну, спонтанну, варіантну, стенокардію Принцметала), стабільну стенокардію напруження при ангіографічно інтактних судинах (кардіальний або коронарний синдром Х), безбольову форму ІХС, постінфарктний кардіосклероз та хронічна аневризма серця. Хронічна ІХС – одне з найбільш частих і серйозних хронічних захворювань у практиці лікаря-інтерніста. На хронічні форми ІХС страждає близько 4% дорослого населення, а у старших вікових групах – до 20% населення. Середня щорічна смертність хворих на стенокардію складає близько 1%, ще у 1,5% пацієнтів протягом року виникає нефатальний інфаркт міокарда. За останні десять років хвороби системи кровообігу є основною причиною смертності у світі, акумулюючи 30,0% усіх випадків і 45,0% – від усіх неінфекційних захворювань. За даними Державної служби статистики України кількість вперше зареєстрованих випадків захворювань системи кровообігу у 2018 р. склало 2318 тис.

Визначення реальної поширеності стабільної ІХС зустрічає певні труднощі через мультисимптомність захворювання. Як правило, епідеміологічні дослідження ІХС базуються на виявленні стабільної стенокардії, як найбільш типової клінічної ознаки хвороби, з наступним клінічним підтвердженням діагнозу. Класичним скринінговим підходом до виявлення стенокардії є використання відповідних анкет, наприклад, опитувальника Rose. Слід зазначити, що при порівнянні отриманих результатів з даними коронарографії, останній має високу специфічність ~ 80-95% і дещо чутливість 20-80%. Поширеність стенокардії суттєво зростає з віком незалежно від статі. У жінок показник складає 5-7% у віці 45-64 роки і 10-12% у віці 65-84 роки. У чоловіків – 4-7% у віці 45-64 роки та 12-14% у 65-84 роки. За даними офіційної статистики поширеність ІХС серед дорослого населення України становить близько 9%.

У 99% випадків ІХС зумовлена атеросклерозом. У 90% хворих стенокардія зумовлена звуженням щонайменше одного сегмента коронарної артерії більш ніж на 70% площини її просвіту внаслідок атеросклерозу. Але стенокардія відмічається лише у 20-30% хворих на атеросклероз. Таким чином, відсутність нападів ангінозного болю не виключає ІХС. Феномен безбольової ішемії визначають у 2-5% населення в клінічно здоровій популяції, у 30% хворих з післяінфарктним кардіосклерозом і у 40-100% пацієнтів зі стабільною і нестабільною стенокардією.

За сучасними уявленнями ступінь виникнення ІХС, пов'язаної з палінням, майже така, як і при гіперліпідемії та артеріальній гіпертензії. Ризик виникнення ІХС у курців в 2-3 рази частіший, ніж у тих, хто не палить. Як показали останні дослідження, паління асоціюється перш за все з дисфункцією ендотелію, що є пусковим фактором розвитку і прогресування атеросклерозу. Доведено, що відмова від цієї шкідливої звички призводить до зниження ризику загострення ІХС впродовж року на 50%.

Недостатня фізична активність супроводжується розвитком ожиріння, порушеннями ліпідного обміну, підвищенням АТ, зниженням швидкості метаболічних процесів. У пацієнтів зі зниженою фізичною активністю смертність від ІХС на 27% вища, ніж у осіб, що регулярно мають фізичні навантаження (дослідження MRFIT).

Стенокардія Принцметала становить 1% усіх стенокардій, трапляється частіше у жінок до 50 років. У 50% вона поєднується і стенокардією напруження. Інфаркт міокарда впродовж 7 років розвивається у 17% хворих на варіантну стенокардію.

Мікросудинну стенокардію (коронарний синдром X) вперше було описано D. Opherk в 1981 р. на основі спостереження за пацієнтами з позитивними тестами з фізичним навантаженням і больовими нападами без ангіографічних змін. Відсутність змін при коронарографії виявляють у 15% хворих на стенокардію.

Серцево-судинні захворювання (ССЗ) займають чільне місце у структурі смертності громадян України (65,2%). Основою їх патогенезу у більшості випадків є атеросклероз і атеротромбоз кровоносних судин, що зумовлює розвиток ішемічної хвороби серця (ІХС) та цереброваскулярних захворювань у 67,5 та 21,8% випадків відповідно. Це призвело до близько 300 тис. летальних випадків, а точніше – 289 875 смертей, згідно з даними Центру медичної статистики МОЗ України за 2017 р. Поширеність і захворюваність ССЗ в Україні майже вдвічі вища за аналогічні показники у країнах Східної Європи і в 3–4 рази вища від таких країн Європейського Союзу, як Франція та Німеччина.

Атеросклероз (від грецьких слів *athere* – кашка, *sclerosis* – твердий) — це хронічне хвилеподібне захворювання, що характеризується виникненням у стінці артерій вогнищ ліпідної інфільтрації запалення та розростанням сполучної тканини з утворенням фіброзних бляшок, які звужують просвіт судини і порушують фізіологічну функцію уражених артерій, що призводить до порушень кровообігу. Атеросклероз – це епідемія XX і XXI століть. На це захворювання здебільшого страждають люди зрілого і похилого віку, хоча воно виникає і в 10–15-річних дітей та підлітків. Наявність атеросклерозу, незалежно від його локалізації, суттєво впливає на тривалість життя. За результатами Фремінгемського дослідження, наявність в анамнезі цереброваскулярного захворювання зменшує тривалість життя на 17,4 року, перенесеного інфаркту міокарда (ІМ) на 9,2 року, ішемічного інсульту – на 12 років.

Атеросклероз – поліетіологічна хвороба. Основною і безпосередньою причиною його розвитку стають хронічний запальний процес і дисліпідемія. Термін «дисліпідемія» охоплює підвищення рівня холестерину, тригліцеридів і ліпопротеїнів низької щільності і/або можливі зменшення частини ліпідного спектра, зокрема ліпопротеїнів високої щільності.

Згідно з класичною ліпідно-інфільтративною теорією Н.Н. Анічкова (1913) та інфільтративно-комбінаційною теорією Н.Н. Анічкова і С.С. Халатова (1946) в основі виникнення атеросклерозу лежить інфільтрація в стінку артерії екзо- та ендogenous холестерину, що призводить до реакції судинної стінки і формування атеросклеротичної бляшки. Порушення ліпідного обміну є найголовнішим фактором ризику атеросклерозу та патогенетично зв'язаних із ним захворювань серцево-судинної системи (інфаркту міокарда, хронічних форм ІХС, мозкового інсульту, облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок і т.і.). Доведено, що концентрація в плазмі крові загального холестерину або його фракцій тісно корелює із захворюваністю і смертністю від ІХС та інших наслідків атеросклерозу. Так, самий низький рівень смертності від ІХС спостерігається при концентрації загального холестерину нижче 5,2 ммоль/л, при його концентрації в межах 5,3-6,5 ммоль/л реєструється помірне підвищення показників смертності від ІХС, а концентрація загального холестерину більше 7,8 ммоль/л асоціюється з різким підвищенням числа летальних випадків. Оскільки характеристика порушень ліпідного обміну є обов'язковою вимогою ефективної профілактики серцево-судинних захворювань, що зумовлює прогноз життя, працездатність і фізичну активність перш за все людей похилого віку в усіх країнах світу, тому існує лінійна залежність між захворюваністю на атеросклероз і віком. Чим більше вік, тим сильніше виражений атеросклероз і частіше трапляються його тяжкі клінічні ознаки. Але останніми роками відмічають значне зростання атеросклерозу серед людей молодших за 50 років. До найбільш поширених факторів ризику виникнення атеросклерозу і ІХС відносять ожиріння. Так, у багатьох дослідженнях була виявлена пряма залежність між смертністю від серцево-судинних захворювань та масою тіла. Також куріння, асоціюючись із дисфункцією ендотелію, зниженням ліпопротеїдів високої щільності, є пусковим фактором розвитку і прогресуванням атеросклерозу. Доведено, що припинення куріння призводить до зниження ризику виникнення загострення ІХС впродовж 1 року на 50%. Цукровий діабет поєднується зі значним

збільшенням захворюваності на атеросклероз та тяжкістю перебігу його клінічних проявів. 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.

Мета заняття

Знати: Особливості клінічного перебігу і діагностики різних варіантів стабільної стенокардії: стабільної стенокардії напруги (з визначенням функціонального класу), стабільна стенокардія напруження при ангіографічно інтактних судинах (коронарний синдром X), вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, Принцметала). Безбольові форми ІХС (безбольова ішемія міокарда, післяінфарктний та дифузний кардіосклероз). Особливості клінічних проявів, критерії діагнозу. Диференційована терапія різних форм ІХС. Терапія нападів стенокардії, гострої лівошлуночкової недостатності. Прогноз та працездатність при різних формах ІХС. Визначення атеросклерозу. Роль гіперліпідемій загального та місцевого запалення, ушкодження судинної стінки і тромбоцитів у розвитку атеросклерозу. Фактори ризику. Особливості клінічних проявів залежно від переважної локалізації (аорта, коронарні, мезентеріальні та ниркові артерії, артерії нижніх кінцівок). Значення лабораторних, променевих та інших інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Загальні принципи лікування. Лікувальна тактика при різних варіантах перебігу Первинна і вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з хронічними формами ішемічної хвороби серця та атеросклерозом;
- 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, холестерин, тригліцериди, вміст ЛПНЩ, ЛПДНЩ, ЛПВЩ, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинин, сечовина, амінотрансферази, білірубін, КФК, ЛДГ. Знати характеристику гіперліпопротеїнемії I, II, III, IV типів; коефіцієнт атерогенності. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати ЕКГ, дані коагулограми, ехокардіографії, радіонуклідних методів дослідження, дані дослідження ВЕМ, фармакологічних проб, коронарографії, холтеровського моніторингу;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування курованого хворого;
- призначити диференційовану терапію залежно від типу гіперліпідемії;
- провести диференційну діагностику різних форм стенокардій;
- призначити диференційовану антиангінальну терапію.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Обмежена здатність до самообслуговування в межах квартири характерна для хворих з стенокардією напруги:

- A. I ФК; Б. II ФК; В. III ФК; Г. IV ФК;

2. Засобами вибору у хворих з спонтанною стенокардією є:

- А. Верапаміл;
Б. Дигідропірідинові антагоністи кальцію;
В. Ділтіазем;
Г. Всі відповіді правильні;
Д. Правильної відповіді немає;

3. Для термінового усунення ішемії міокарда призначають все, крім:

- А. Нітрогліцерину під язик, спрею і внутрішньовенно;
Б. Морфіну сульфату або гідрохлориду внутрішньовенно;
В. Бета-адреноблокаторів за відсутності протипоказань;
Г. Антагоністів кальцію дигідропіридинового ряду короткої дії як монотерапії;

Д. Дилтіазему і верапамілу за відсутності дисфункції лівого шлуночка;

4. Антиангінальний ефект триметазідину (предукталу) зв'язаний:

- 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. Триметазидін (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 ізосорбиду дінітрату;
- В. Антагоністи кальцію;
- Г. Гіполіпідемічні засоби;

11. Найбільш безпечною групою гіполіпідемічних препаратів є:

- А. Нікотинова кислота;
- Б. Аніонообмінні смоли;
- В. Фібрати;
- Г. Статіни;

12. Найбільш розповсюджені показання до призначення при гіперліпопротеїнемії мають:

- А. Нікотинова кислота;
- Б. Аніонообмінні смоли;
- В. Фібрати;
- Г. Статіни;

13. Препаратом вибору у пацієнтів з різким підвищенням рівня тригліцеридів є:

- А. Нікотинова кислота;
- Б. Холестирамін;
- В. Ципрофібрат;
- Г. Ловастатин;

14. Рівень фібриногену крові знижується при терапії:

- А. Холестираміном;
- Б. Ципрофібратом;
- В. Нікотиновою кислотою;
- Г. Аспірином;

15. Препаратами вибору у хворих на гіперхолестеринемію при нормальному рівні тригліцеридів є:

- А. Нікотинова кислота і фібрати;
- Б. Сорбенти жовчних кислот і статіни;
- В. Статіни і фібрати;
- Г. Фібрати і сорбенти жовчних кислот;

Відповіді на контрольні питання: 1. – Г 2. – Б 3. – Б 4. – Г 5. – Б 6. – В 7. – А 8. – Б 9. – А 10. – Г 11. – Г 12. – Г 13. – В 14. – Б 15. – Б

Основні теоретичні питання теми

- 1. Дати визначення ІХС.
- 2. Класифікація ІХС.

3. Етіологію і патогенез ІХС.
4. Дати деталізацію болювого синдрому при ІХС.
5. Знати клінічну і інструментальну діагностику стенокардії, класифікації стабільної форми.
6. Знати інструментальну діагностику стенокардії (ЕКГ, фармакологічні тести, навантажувальні тести, холтермоніторинг).
7. Диференційна діагностика ІХС.
8. Програма лікування стенокардії. Основні антиангінальні засоби, їх фармакологічні характеристики.
9. Хірургічні методи лікування ІХС.
10. Сутність первинної і вторинної профілактики ІХС.
11. Дати визначення поняття “атеросклероз” (АС).
12. У чому полягає сутність інфільтративної гіпотези патогенезу АС?
13. Фактори ризику АС.
14. Класифікація гіперліпопротеїнемій за Д. Фредріксоном
15. Які основні причини вторинних гіперліпопротеїнемій?
16. Які існують стадії морфогенезу АС- бляшки?
17. Яка існує клінічна класифікація АС?
18. Які загальноприйняті рівні ліпідів крові (нормальні, межові, підвищені)?
19. Класифікація сучасних гіполіпідемічних засобів.
20. В чому сутність індивідуалізації гіполіпідемічної терапії?
21. 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 хронічні форми ІХС та 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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Я. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Я. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.

8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.

4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - 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. Екстрена та невідкладна медична допомога : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.

7. Лікування коморбідного стану - артеріальної гіпертензії в поєднанні зі стабільною ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом : методичні рекомендації / Н. М. Середюк, І. П. Вакалюк, В. Н. Середюк [та ін.]. – Івано-Франківськ : Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 16 с. - б/ц

8. Особливості фармакотерапії ішемічної хвороби серця на тлі супутніх цукрового діабету 2-го типу та анемії в осіб літнього та старечого віку [Текст] : методичні рекомендації / М. Ю. Коломоєць, О. С. Хухліна, Н. Д. Павлюкович [та ін.]. - К. : Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 20 с. - б/ц

9. Якименко О. О. Спосіб скринінгової ефективності лікування у пацієнтів, що перенесли стентування коронарних судин з приводу гострого коронарного синдрому без стійкої елевачії сегменту ST на фоні метаболічного синдрому : методичні рекомендації / О. О. Якименко, Д. М. Себов, Н. В. Чумаченко. - К. : Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 19 с. - б/ц

10. Медикаментозна кардіопротекція у пацієнтів з гострим коронарним синдромом на догоспітальному етапі [Текст]: метод. рек./О. М. Пархоменко, А. М. Кравченко, І. М. Сімак [та ін.]. - К.: Укр. центр наук. мед. інформації, 2016. - 22 с. - б/ц

11. Швед, М. І. Сучасні стратегії лікування та реабілітації хворих на інфаркт міокарда /М. І. Швед, Л. В. Левицька. - К.: Медкнига, 2015. - 152 с.

12. Атеросклероз. Ішемічна хвороба серця. Модуль 2. Ч. 3 : на-вч. посіб. до практ. занять з внутрішньої медицини для студентів 5 курсу медичних факультетів / В.А. Візір, О.В. Деміденко, О.В. Гончаров, Г.В. Полякова. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 150 с.

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

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

15. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.

16. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.

17. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

18. 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.
19. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
20. 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
21. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistyh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
22. 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 дісліпідемій (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
23. 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
24. 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
25. Обморок: Рекомендации 2018 года по диагностике и лечению. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127333/obmorok-rekomendatsii-2018-goda-po-diagnostike-i-lecheniyu>
26. 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://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160923_0994.html
27. 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>
28. 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
29. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf
30. 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
31. 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 5. Вроджені вади серця

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Вади серця займають одне із центральних місць у кардіології по зниженню працездатності й інвалідизації 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. Відсоток розбіжності клінічного й патолого-анатомічного діагнозу залишається ще високим. Це пояснюється неретельним обстеженням хворого, недостатнім умінням аналізувати результати інструментального дослідження й безсумнівними труднощами самої діагностики пороку серця. Труднощі діагностики вад серця обумовлені ще й тим фактом, що значний відсоток хворих становлять люди середнього й літнього віку, коли можливе приєднання атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, дифузного й постинфарктного кардіосклерозу, легенево-серцевої недостатності, різного роду кардіопатій. При всіх цих захворюваннях спостерігаються зміни перкуторних розмірів серця й аускультативної картини, подібної до вади серця. До компетенції терапевта, крім топічної діагностики вади й визначення функціонального стану міокарда, відносяться визначення показань до операції, підготовка хворого до неї, участь у післяопераційному веденні хворого, оцінка результатів хірургічного лікування й рішення питань профілактики й реабілітації. 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).

Поширеність ВВС серед дітей висока і становить 30% від числа всіх уроджених вад розвитку. Частота виявлення ВВС, за даними різних авторів, коливається від 3,23 до 8 на 1000 живих народжених дітей. Смертність дітей з ВВС на першому році життя становить 50-90%. Після першого року життя смертність різко знижується й у віці від 1 до 15 років гине не більше 5% дітей. Як правило, до підліткового і дорослого віку доживають діти з помірними клапанними дефектами, помірними або середнього розміру ДМПП і ДМШП, ВАП, коарктацією аорти, коригованою транспозицією магістральних судин (ТМС), АЕ, ТФ.

У дітей старшого віку і дорослих ДМПП та ДМШП трапляється частіше ніж у дітей перших місяців і років життя. За даними ІССХ ім. А.М. Бакулева, у дітей перших 3 років життя ДМПП має місце у 2,5% випадків, старше 3 років – 11%; поширеність ДМШП коливається від 11 до 23,7%. У 12% дорослих ДМШП поєднується з аортальною недостатністю. Недостатність кровообігу при ДМШП у дорослих трапляється рідше (42%), ніж у немовлят (79%). Середня тривалість життя хворих з ДМШП природного перебігу становить 23-27 років, при невеликих розмірах дефекту – близько 60 років. У літературі описані випадки тривалості життя до 50 років у хворих з ДМШП і синдромом Ейзенменгера.

ВАП є одним із найрозповсюдженіших ВВС: за клінічними даними частота його становить 10-18% від усіх ВВС. У дорослих ВАП трапляється рідше, що пов'язано з оперативним і самостійним його закриттям (щорічно спонтанно закривається до 0,6% ВАП). Середня тривалість життя у хворих з ВАП становить 39 років: до 30 років гине 20% хворих, до 45 років – 42%, до 60 років – 60%. Описані поодинокі випадки, коли хворі доживали до 70-79 років. Хворі, яким було проведено хірургічну корекцію цієї вади, мають більшу тривалість життя і кращі показники геодинаміки.

Коарктація аорти становить від 6,3 до 15% всіх ВВС. Середня тривалість життя за природного перебігу становить 35 років. Летальність у старшій віковій групі при хірургічній корекції становить від 3 до 10% і підвищується у дітей раннього віку від 10 до 15,4%. Віддалені результати після операції задовільні. Так, виживаність хворих через 15 років після операції коливається від 83 до 89%. Задовільні результати спостерігались у 81%, якщо хворий був прооперований у віці до 10 років, і у 43% при проведенні операції після 30 років. Після резекції коарктації артеріальний тиск знижується, але у 10-60% хворих артеріальна гіпертензія залишається протягом 2-3 років і більше.

ТФ належить до найбільш поширених синіх вад серця (50-75% синіх вад серця). У немовлят він становить 5-8%, у старшому віці – 2-14% всіх ВВС. Середня тривалість життя неоперованих хворих – близько 12 років. Однак приблизно 10% з них доживають до 20 років, приблизно 1% – до 30 років, у рідкісних випадках ці хворі доживають до 75 років. Хірургічне лікування показано всім хворим з ТФ. Летальність післяопераційна становить, за даними різних авторів, від 9,2 до 16,9%. Віддалені результати неускладненої ТФ задовільні; через 10 років після операції 95% пацієнтів ведуть нормальний спосіб життя. 93-95% хворих, виписаних з клініки, живуть більше 10 років, 91% - більше 20 років.

АЕ трапляється досить рідко і становить 0,5-1% від усіх ВВС. При цій ваді дитяча смертність спостерігається рідко. Так, до 1 року життя вона становить 6,5%, до 5 років – 14%, до 10 років – 33%, тоді як у дорослих старше 30 років смертність становить 79%, а старше 40 років – 87%. За даними ІССХ ім. А.М Бакулева, у 91% стан імплантованих клапанів у терміни до 14 років залишається без значних змін, забезпечуючи задовільні результати операції. Якщо порівняти виживаність хворих за природного перебігу АЕ і після операції (через 5 років – 70,8 і 83,2% відповідно; через 10 років – 34,3 і 77,6% відповідно), то спостерігається перевага хірургічної корекції у подовженні тривалості життя хворих з АЕ.

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 хворого;

- призначити диференційовану терапію хворому.

Контрольні питання для тестування

1. Які вади розвитку аорти не трапляються 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 трапляються:

- 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	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
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

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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. Екстрена та невідкладна медична допомога : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.
7. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

8. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
9. Заболевания сердечно-сосудистой системы у женщин / В. И. Волков, В. И. Строна; Ин-т терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины; под ред. О. Я. Бабака. – К. : Четверта хвиля, 2011. – 480
10. Електрокардіографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
11. Анестезіологія і реаніματοлогія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
12. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
13. 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.
14. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
15. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування клапанних вад серця // Український кардіологічний журнал. - 2013. - N 1. - С. 15-32.
16. 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
17. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
18. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardioestim.pdf
19. 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. 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 дивлячись 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 належать до найбільш тяжких і поширених захворювань серцево-судинної системи, які призводять до інвалідності та смерті. Сучасні методи клінічної та інструментальної діагностики дозволяють достатньо чітко встановити механічні характеристики вади (стеноз або недостатність), визначити вираженість ураження клапанів, наявність та тяжкість гемодинамічних порушень. Однак, для визначення адекватних схем медикаментозного та хірургічного лікування хворих, важливо також встановити морфогенез вади: ревматична хвороба серця, інфекційний ендокардит, дистрофічні зміни, ішемічна хвороба серця, а при наявності системного запального процесу – його активність. Порушення при цьому пов'язані з морфологічними змінами клапанів, а саме, зі структурною реорганізацією ендотелію та сполучнотканинних компонентів клапанного апарату серця.

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 90 % випадків. Вадами серця хворіють переважно особи

молодого та середнього віку, що і визначає актуальність цієї патології, оскільки у більшості хворих відносно швидко розвивається серцева недостатність з обмеженням їх працездатності.

НВС – це захворювання, в основі яких лежать морфологічні та/чи функціональні порушення клапанного апарату (стулок клапанів, фіброзного кільця, хорд, папілярних м'язів), зумовлені гострими та хронічними захворюваннями і травмами, що порушують функцію клапанів і спричиняють зміни внутрішньосерцевої гемодинаміки. НВС трапляються приблизно у 0,5–1% населення помірного кліматичного поясу, а за секційними даними — у 4–8% населення. Найчастіше трапляються такі НВС: 1) мітральний стеноз; 2) мітральна недостатність (регургітація); 3) аортальний стеноз; 4) аортальна недостатність; 5) трикуспідальний стеноз; 6) трикуспідальна недостатність; 7) комбінована мітральна вада серця; 8) комбінована аортальна вада серця; 9) поєднана мітрально-аортальна вада серця. Розрізняють прості (чисті), комбіновані та поєднані вади серця. Проста вада серця – це одна чиста вада; комбінована – поєднання стенозу та недостатності; поєднана – мітрально-аортальна вада серця. Найпоширенішою причиною набутих вад серця є ревматизм, рідше – атеросклероз, інфекційний ендокардит, сифіліс.

Основний механізм компенсації при тривалому перебігу НВС – гіпертрофія і дилатація переобтяжених відділів серця. Тоногенна дилатація, що розвивається паралельно з гіпертрофією, має компенсаторний характер і призводить до виникнення механізму Франка-Стерлінга: посилення скорочень серця у відповідь на додаткове розтягнення міокарда (чим більше розтягнення, тим більший викид серця). Більше половини всіх набутих вад серця припадає на ураження мітрального клапана і близько 10-20% - аортального клапана.

Поширеність НВС в світі становить 2,5%, при цьому їх клінічну діагностику можна назвати незадовільною. Основною причиною ураження клапанного апарату серця в країнах, що розвиваються, є гостра ревматична лихоманка. На жаль, до цих країн відноситься й Україна. Хворих з НВС потрібно направляти до кардіохірурга для оперативного лікування. Згідно з даними Європейської програми серця (Euro Heart Survey), серед НВС переважає патологія аортального клапана, частка якої становить 44% усіх вад. Аортальний стеноз діагностується у 34% пацієнтів, та аортальна недостатність – у 10%. Частка вад мітрального клапана становить 35%; мітральна недостатність – 25%; стеноз – 10%. Патологія тристулкового клапана трапляється надзвичайно рідко – у 1% хворих. Оперативне втручання сьогодні є основним методом лікування набутих вад серця. В Україні за останнє десятиріччя суттєво знизилася захворюваність на гострий ревматизм та хронічні ревматичні хвороби серця. Це свідчить про те, що профілактична робота стосовно гострої ревматичної лихоманки дала позитивні результати. Також суттєво знизилася смертність від ревматичних вад серця у зв'язку з проведенням масового хірургічного лікування таких хворих. Для діагностики НВС використовують такі дослідження: ехокардіографію, транsezофальну ехокардіографію, навантажувальні тести, стрес-ехокардіографію, комп'ютерну томографію та магніто-резонансну томографію. Етіологічними чинниками аортальної недостатності є ревматизм, атеросклеротичні ураження клапана та інфекційний ендокардит. Критерії необхідності хірургічного втручання: наявність клінічних симптомів (задишка, стенокардія); асимптомний перебіг захворювання з фракцією викиду лівого шлуночка у спокої менше 50%; хворі, яким показане аортокоронарне шунтування, операції на висхідному відділі аорти або іншому клапані; збільшення розміру лівого шлуночка в діастолу більше 70 мм, а в систолу – більше 50 мм. Аортальний стеноз розвивається через дегенеративні зміни клапана, кальцифікуючу хворобу серця і значно рідше зустрічається у пацієнтів з ревматизмом. Для визначення ступеня тяжкості використовується показник градієнта тиску на аортальний клапан, у тому числі й при безсимптомному перебігу аортального стенозу. Хірургічне втручання проводиться з урахуванням показника фракції викиду та розмірів лівого шлуночка. Мітральна недостатність найчастіше пов'язана з травматичними ураженнями серця, ішемічною хворобою серця, дисфункцією та дегенеративними змінами мітрального клапана. При відборі хворих для подальшого хірургічного втручання враховуються показник фракції викиду лівого шлуночка, розмір лівого передсердя і лівого шлуночка, показник тиску в системі легеневої артерії. Мітральний стеноз найчастіше виникає внаслідок ревматичного ураження серця. Його асимптомний перебіг є частою причиною тромбоемболічних ускладнень, спонтанного розвитку серцевої недостатності

і порушень ритму серця. Перкутанна мітральна комісуротомія — основний метод корекції цієї вади і проводиться при площі мітрального отвору не більше 1,5 см, як при симптомному, так і безсимптомному перебігу стенозу. Активне виявлення факторів ризику набутих вад серця, 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. $5\text{-}10 \text{ мм рт.ст.}$ | 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. $5\text{-}10 \text{ мм рт.ст.}$ | Д. $> 20 \text{ мм рт.ст.}$ |
| В. $10\text{-}15 \text{ мм рт.ст.}$ | |

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.
- Б. 10-15 мм рт.ст.
- В. 16-20 мм рт.ст.
- Г. 21-25 мм рт.ст.
- Д. 26-30 мм рт.ст.

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

- А. І;
- Б. ІІ;
- В. ІІІ;
- Г. V;
- Д. І;

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

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

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

- А. На І стадії;
- Б. На І-ІІ стадіях;
- В. На ІІІ-ІV стадіях;
- Г. На V стадії;
- Д. На І і 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 серцевим вадам взагалі.
2. Знати механізми порушення гемодинаміки при серцевих вадах, що таке перевантаження напруженням і об'ємом?
3. Класифікація набутих серцевих вад.

4. Етіологія, особливості гемодинаміки, діагностичні критерії стенозу мітрального клапану. Тактика ведення хворого із мітральним стенозом.
5. Етіологія, особливості гемодинаміки, діагностичні критерії недостатності мітрального клапану. Тактика ведення хворого із мітральною недостатністю.
6. Етіологія, гемодинаміка, діагностика стенозу аортального клапану. Ведення хворого із аортальним стенозом.
7. Етіологія, гемодинамічні особливості, діагностичні критерії недостатності аортального клапану. Тактика ведення хворого із аортальною недостатністю.
8. Порушення гемодинаміки при МС, МН, АС, АН.
9. Критерії діагностики мітральних і аортальних вад серця.
10. Ускладнення при вадах серця.
11. Диференційний діагноз набутих вад серця.
12. Показання до хірургічної корекції мітральних і аортальних вад.
13. Профілактика тромботичних ускладнень у хворих, що перенесли хірургічну корекцію вад

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
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

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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Я. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Я. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перереаб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
5. Внутрішня медицина: poradnik 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.
6. 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.
7. Екстрена та невідкладна медична допомога : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.
8. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
9. Заболевения сердечно-сосудистой системы у женщин / В. И. Волков, В. И. Строна; Ин-т терапии им. Л. Т. Малой АМН Украины; под ред. О. Я. Бабака. – К. : Четверта хвиля, 2011. – 480
10. Електрокардіографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
11. Швед, М. І. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
12. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
13. 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.
14. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
15. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування клапанних вад серця // Український кардіологічний журнал. - 2013. - N 1. - С. 15-32.
16. 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
17. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf

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 внутрісерцевих 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.

ІЕ є серйозною медичною і соціальною проблемою, що обумовлено:

- зростанням поширеності ІЕ в останні 3-4 десятиліття, обумовленим постарінням населення, широким використанням інвазивних методів лікування та діагностичних досліджень, збільшенням кількості оперативних втручань на серці (насамперед імплантацій

штучних клапанів) та застосуванням кардіостимуляторів і кардіовертерів-дефібриляторів, збільшенням числа хворих, що знаходяться на гемодіалізі, зростаючою кількістю внутрішньовенних наркоманів і ВІЛ- інфікованих хворих;

- значними труднощами ранньої діагностики ІЕ, особливо у хворих з його первинними формами, при яких правильний діагноз при першому зверненні до лікаря встановлюється в 19-34 % випадків, а середні терміни його встановлення складають 1,5-2,0 і більше місяця, що пояснюється широкою варіабельністю як інфекційних агентів, які призводять до розвитку захворювання, так і клінічних проявів;

- збереження високої летальності, незважаючи на суттєві досягнення в діагностиці та застосування потужних антибактеріальних засобів;

- відсутністю широкомасштабних контрольованих досліджень, присвячених вивченню ефективності різних лікувальних підходів (фармакологічних та хірургічних), а також вибору контингенту осіб, які потребують проведення первинної та вторинної профілактики захворювання.

За останні п'ять десятиліть суттєво змінився епідеміологічний профіль ІЕ, насамперед в індустріально розвинених країнах. Якщо до 50-60-х рр. ІЕ в молодому і середньому віці спостерігався у хворих з ревматичним ураженням клапанного апарату серця і з вродженими вадами серця, то в даний час питома вага захворювання істотно збільшився у літніх (особливо при дегенеративних ураженнях клапанного апарату), у хворих на цукровий діабет 2-го типу, при пролапсі мітрального клапана, а також без уражень клапанів. Прогресивно наростає кількість хворих з внутрішньосерцевими штучними матеріалами (протезовані клапани, кардіостимулятори, кардіовертери-дефібрилятори), хворих з термінальною стадією ниркової недостатності, які отримують діалізу терапію, а також число внутрішньовенних наркоманів і ВІЛ-інфікованих осіб, які відносяться до груп високого ризику розвитку ІЕ. Частота ІЕ значущо відрізняється в різних країнах і становить 3-10 випадків на 100 000 людино-років, що певною мірою пояснюється різними методологічними підходами, використовуваними в епідеміологічних дослідженнях. В цілому в економічно розвинених країнах спостерігається істотне прогресуюче збільшення частоти ІЕ з віком: у осіб старше 70 років він становить 14,5 випадку на 100 000 людино-років. За даними більшості епідеміологічних досліджень на ІЕ частіше хворіють чоловіки, співвідношення чоловіків і жінок > 2:1.

Перикардит трапляється при багатьох захворюваннях внутрішніх органів, будучи або їх ускладненням, або одним з клінічних проявів хвороби. Нерідко перикардит набуває самостійного значення і його клінічні прояви і гемодинамічні порушення виходять на перший план в клінічній картині хвороби, тоді як решта симптомів має другорядне значення. Перикардит – це інфекційне або неінфекційне (асептичне) запалення вісцерального і паріетального листків перикарду.

Ознаки активного або перенесеного у минулому перикардиту виявляють на аутопсіях 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 перевершували за частотою асептичні у декілька разів, зменшилася через застосування антибіотиків приблизно до половини усіх перикардитів, але зросла частота уремічного, постінфарктного та пухлинного перикардиту.

Причинами гострих перикардитів є численні інфекційні і неінфекційні агенти. Гострий перикардит незалежно від етіології може бути сухим, фібринозним або ексудативним. З числа інфекційних перикардитів частіше трапляються вірусні перикардити, що є ускладненням вірусної інфекції (вірусів ЕСНО, Коксаки і ін.) і бактерійні перикардити, що ускладнюють перебіг інфекційного ендокардиту, сепсису, пневмонії, туберкульозу і інших захворювань. Останніми роками все частіше в клінічній практиці трапляються різні неінфекційні (асептичні) перикардити.

Етіологічний діагноз перикардиту нерідко представляє великі труднощі, особливо при інфекційному запаленні серозної оболонки серця. В той же час клінічна симптоматика, характер порушень гемодинаміки і прогноз перикардитів різного генезу багато в чому визначаються клініко-морфологічною формою захворювання.

Мета заняття

Знати: Інфекційний ендокардит. Етіологія, патогенез. Особливості клінічного перебігу. Ускладнення. Диференційний діагноз. Значення ехокардіографічного дослідження у діагностиці. Лікування. Показання до хірургічного лікування. 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 інфекційний ендокардит та 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, 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 ревматична лихоманка, аутоімунні захворювання (СЧВ, системні васкуліти, дерматополіміозит), злоякісні пухлини і паранеопластичний синдром (лімфоми); 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 хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на інфекційний ендокардит та хворому залежно від форми перикардиту з врахуванням етіологічного чинника.

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. Пропалсом мітрального клапану без регургітації;

3. Доцільне проведення антибіотикопрофілактики при маніпуляції:

- А. Інтубації трахеї;
- Б. Бронхоскопії гнучким бронхоскопом;
- В. Екстракції зубів;
- Г. Черезстравохідній Ехокардіографії;
- Д. Катетеризації серця;

4. Доцільне проведення антибіотикопрофілактики при маніпуляції:

14. Етіологія та патогенез перикардитів.
15. Клінічні прояви сухого перикардиту та дані об'єктивного обстеження хворого з сухим перикардитом.
16. Лабораторна та інструментальна діагностика сухого перикардиту.
17. Лікування сухого перикардиту.
18. Клініка та дані об'єктивного обстеження хворого з ексудативним перикардитом.
19. Інструментальна та лабораторна діагностика ексудативного перикардиту.
20. Лікування ексудативного перикардиту. Методика та показання до проведення пункції перикарду.
21. Клінічні прояви, об'єктивне обстеження хворого з констриктивним перикардитом.
22. Лабораторна та інструментальна діагностика констриктивного перикардиту.
23. Принципи лікування хворого з констриктивним перикардитом.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на інф. ендокардит та перикардити	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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - 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. 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.
7. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
8. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
9. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
10. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. 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.
13. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
14. 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
15. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
16. Інфекційний ендокардит. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту /Укладачі В.М. Коваленко, О.Г. Несукай. – К., Моріон, 2015. – 32с.
17. Рекомендації ESC по діагностиці і веденню пацієнтів з захворюваннями перикарда 2015. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Pericard_2015.pdf
18. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf

Тема 8. Міокардити і кардіоміопатії

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Проблема міокардитів і кардіоміопатій залишається однією з найбільш актуальних в клініці некоронарогенних захворювань серця. Складність проблеми обумовлена багатьма причинами, численними етіологічними чинниками, відсутністю єдності поглядів вчених на природу кардіоміопатій, різноманітністю проявів і вираженістю клінічних симптомів, складністю діагностики і відсутністю чітких алгоритмів лікування таких пацієнтів тощо.

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 міокардитом. Це обумовлено, з одного боку, впровадженням в 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.

Досить поширеними є кардіоміопатії. Найчастіше вони трапляються в країнах з низьким рівнем життя, де на їх частку доводиться в середньому 30% випадків смерті, пов'язаної із захворюваннями серця.

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'яза. Найчастіше трапляються дилатаційна, гіпертрофічна і рестриктивна кардіоміопатії. Кардіоміопатії бувають природженими (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 так далі.

Ідіопатичні кардіоміопатії складають приблизно 18% всіх захворювань серця, результатом яких є серцева недостатність. За деякими даними, гіпертрофічна кардіоміопатія трапляється з частотою від 1:5000 до 1:500 при обстеженні в цілому здорових осіб. В той же час дилатаційна кардіоміопатія призводить до зниження скоротливої функції серця з частотою від 1:50 до 1:25 серед всіх випадків хронічної серцевої недостатності.

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, амінотрансферази, 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 моніторингу, чресшлункової електрокардіостимуляції, рентгенографії органів грудної клітки;
- 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 порожнин 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 зубец 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 переносеної інфекції застійної серцевої недостатності;
- Б. Виникнення після переносеної інфекції позитивної гемокультури;
- В. Виникнення після переносеної 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 терміна “міокардит”.
2. Класифікація міокардитів.
3. Знати етіологію і патогенез міокардитів.
4. Назвати і охарактеризувати клінічні варіанти перебігу міокардитів.
5. У чому полягає лабораторна і інструментальна діагностика міокардитів?
6. Назвати діагностичні критерії міокардитів.
7. Знати елементи диференційної діагностики міокардитів.
8. Вміти скласти програму лікування міокардитів, фармакологічні характеристики засобів.
9. У чому полягає профілактика міокардитів?
10. Дати визначення терміна “кардіоміопатія” (КМП).
11. Класифікація КМП.
12. Етіологія, патогенез та клінічні прояви дилатаційної кардіоміопатії.
13. Дані об’єктивного обстеження, інструментальних методів у діагностиці дилатаційної КМП.
14. Лікування дилатаційної кардіоміопатії.
15. Патогенез, клінічні прояви гіпертрофічної КМП.
16. Дані об’єктивного обстеження та інструментальних методів у діагностиці гіпертрофічної КМП.
17. Лікування гіпертрофічної кардіоміопатії.
18. Клініка, діагностика та лікування рестриктивної КМП.
19. Клінічні прояви, діагностика та лікування аритмогенної дисплазії правого шлуночка.
20. Метаболічні КМП, класифікація, клінічні прояви, діагностика.
21. Лікування метаболічних кардіоміопатій.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
7. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
8. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
9. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
10. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. 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.

13. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

14. 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

15. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistyh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>

16. Рекомендації ESC по діагностиці і лікуванню гіпертрофічної кардіоміопатії 2014. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/cardiomiopatiya_ESC_2014.pdf

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

18. Рекомендації ESC з реваскуляризації міокарда 2018. Режим доступу: <http://ukrcardio.org/novi-rekomendatsiyi-vid-yevropejskogo-tovarystva-kardiologiv/>

Тема 9. Хронічне легеневе серце. Тромбоемболія легеневої артерії

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Захворювання бронхолегеневої системи, грудної клітини мають велике значення в ураженні серця, і є актуальними у зв'язку із зростанням кількості пацієнтів у світі з патологією, що призводить до формування легеневого серця (ЛС). В останні десятиліття за рахунок наростання частоти хронічних неспецифічних захворювань легенів зростає 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, затруднена.

Легеневе серце (cor pulmonale) – це патологічний стан, що розвивається внаслідок легеневої артеріальної гіпертензії, зумовленої патологією бронхолегеневого апарату, судин легенів або торако-діафрагмальними порушеннями, яке проявляється гіперфункцією правого шлуночка серця, його гіпертрофією і /або дилатацією, і формуванням правошлуночкової серцевої недостатності. На частку ЛС доводиться 5-10 % всіх випадків серцево-судинних захворювань у дорослих. Однак є підстави вважати, що ЛС належить до більш поширеної патології, особливо серед чоловіків у віці старше 50 років. Основною причиною гострого легеневого серця (ГЛС) є тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), яка в структурі летальності від серцево-судинних захворювань займає третє місце після інфаркту міокарда та інсульту. У економічно розвинених країнах 0,1 % населення щорічно гине від ТЕЛА.

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 потоком крові. Механічна закупорка стовбура або гілок легеневої артерії тромбоемболії супроводжується генералізованим спазмом легеневих артеріол, що призводить до різкого обмеження кровотоку в легенях.

Проблема ТЕЛА є досить актуальною і це обумовлено не тільки важкістю перебігу захворювання і високою летальністю, а й труднощами своєчасної діагностики цього ускладнення через поліморфізм клінічних синдромів, що розвиваються. У Європі частота тромбозу глибоких вен становить 160 на 100 000 населення. ТЕЛА спостерігається в 80 000 випадків, при цьому 20 000 пацієнтів помирають. За даними численних патологоанатомічних досліджень в 50-80 % випадків ТЕЛА не діагностується взагалі, а в багатьох випадках ставиться лише припустимий діагноз. Багато хворих помирають в перші години від початку захворювання, не отримуючи адекватного лікування. При цьому летальність серед нелікованих пацієнтів досягає 40%, тоді як при проведенні своєчасної терапії вона не перевищує 10 %.

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. При аутопсіях ТЕЛА виявляють у 4-33% випадків, а у хворих старшого віку – у 60%. При цьому прижиттєва діагностика не перевищує 60% усіх спостережень.

ТЕЛА – відносно поширена серцево-судинна патологія. Точні статистичні дані щодо захворюваності та смертності від ТЕЛА на сьогоднішній день невідомі, проте приблизно поширеність ТЕЛА, оцінюється як 1 випадок на тисячу населення в рік. Різні дослідження показують різні результати від – 0,5 до 2 на тисячу населення в рік. ТЕЛА – дуже складна клінічна проблема, яка нерідко стає причиною гострої серцевої недостатності та смерті хворого. Смертність при ТЕЛА досягає 30 %, проте адекватна тактика ведення пацієнта з точною діагностикою і своєчасним призначенням оптимального лікування дозволяє знизити цей показник до 2-8 %. Ситуація ускладнюється тим, що ТЕЛА далеко не завжди можна легко запідозрити і підтвердити, надійні діагностичні методи вимагають часу і фінансових витрат, у той час як тромбоемболія в багатьох випадках розвивається стрімко і веде до життєзагрожуючого стану. Тому ТЕЛА нерідко стає причиною смерті багатьох серцево-судинних хворих, а також пацієнтів некардіологічного профілю (особливо тих, хто переніс операції, травми, пологи).

Приблизно у 10 % хворих ТЕЛА розвивається блискавично і призводить до загибелі протягом години після появи перших симптомів. Більшість цих фатальних випадків залишаються нерозпізнаними і діагностуються тільки на аутопсії. Поширеність ТЕЛА у померлих пацієнтів у лікарнях становить приблизно 12-15 % за даними аутопсії, і цей показник залишається стабільним протягом, принаймні, останніх чотирьох десятиліть. При цьому своєчасне лікування ТЕЛА здатне надати дуже високий ефект. Саме тому більш ніж 90 % хворих, які померли від ТЕЛА, відносяться до тих, у кого просто не був встановлений правильний діагноз і, відповідно, кому не було призначено адекватне лікування.

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, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, амінотрансферази, лактатдегідрогенази, ревматоїдний фактор, вовчанкові клітини, холестерин, аміаза, білірубін. Загальний аналіз мокротиння, а також на БК і атипів клітини, аналіз мокротиння за Мультером з визначенням флори та її чуттєвості 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 комплементу, вмісту 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. Торакодіафрагмальні 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. Вузликосий 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. Центральний ціаноз;
- Б. Розширення і збільшення кількості судин на шкірі і кон'юнктивах;
- В. Правосторонній гідроторакс;
- Г. Тахіпноє, 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;

Г. Антикоагулянти;

Б. Діуретики;

Д. Серцеві глікозиди;

В. Оксигенотерапія;

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. Клінічна оцінка функції зовнішнього дихання.
2. Визначення та інтерпретація показників вентиляції, дифузії та перфузії легень.
3. Дати визначення терміна “легеневе серце”.
4. Класифікація ЛС за В.Е.Вотчалу.
5. Етіологія та патогенез ЛС.
6. Дати визначення терміна „ТЕЛА”.
7. Етіологія та патогенез ТЕЛА.
8. Класифікація ТЕЛА.
9. Клінічні прояви ТЕЛА та ускладнення.
10. Інструментальна та диференційна діагностика ТЕЛА.
11. Невідкладна допомога при ТЕЛА
12. Профілактика ТЕЛА.
13. Клінічні прояви компенсованого ХЛС.
14. Клініка декомпенсованого ХЛС
15. Визначення та діагностика дихальної недостатності.
16. Інструментальна та лабораторна діагностика ХЛС.
17. Діагностичні критерії гострого та ХЛС.
18. Диференційна діагностика ХЛС.
19. Лікування компенсованого ХЛС. Лікування декомпенсованого ХЛС.
20. Оксигенотерапія в лікуванні ХЛС

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Я. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Я. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - 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. 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.
7. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
8. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
9. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
10. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. 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.
13. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
14. 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

15. Наказ МОЗ України від 21.06.2016 № 614 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при легеневій гіпертензії" Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160621_0614.html

16. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 № 34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги. 1.16. Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги «Тромбоемболія легеневої артерії». Режим доступу: <http://www.medconsulting.com.ua/ua/nakazy-moz/nakaz-moz-ukrajini-vid-15012014-no-34-pro-zatverdzhennya-ta-vprovadzhennya-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizatsiji-ekstrenoji-medichnoji-dopomogi>

17. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistyh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>

18. 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

19. 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

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

Тема 10. Серцева недостатність

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Хронічна серцева недостатність (ХСН) є однією з найбільш значущих медичних, економічних і соціальних проблем ХХІ 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. Це захворювання вражає приблизно від 1% до 2% дорослого населення розвинених країн у всьому світі – і $\geq 10\%$ осіб, віком від 70 років. Основні фактори ризику розвитку ХСН включають загальні серцево-судинні захворювання, такі як гіпертонія і атеросклеротична хвороба, а також цукровий діабет і ожиріння. Як правило, діагноз ХСН встановлюється на основі наявності клінічних ознак і симптомів, без жодного наявного простого діагностичного тесту. Класичними симптомами є знижена витривалість до фізичного навантаження в зв'язку з задихкою і втомою, а також затримка рідини, що може призвести до легеневої гіперемії чи повнокрів'я внутрішніх органів і периферичного набряку. Можлива наявність або обох симптомів (фізична невтривалість і затримка рідини), або лише одного з них, що ускладнює діагноз. ХСН представляє собою важливу проблему для охорони здоров'я у розвинених країнах, і у країнах, що розвиваються.

Дані американських і європейських епідеміологічних досліджень свідчать, що ХСН є одним із самих найпоширеніших і прогностично несприятливих станів. Результати відомого Фремінзького дослідження, проведеного в США, показали, що в популяції в осіб старших за 45

років, кількість хворих з клінічно вираженою ХСН становить приблизно 2,5%. Поширеність цього синдрому збільшується з віком. Так, якщо в популяції осіб 50-59 років її частота становить 1%, то у віці 80 років вона досягає 10%. ХСН є найбільш частою причиною госпіталізації і смерті населення земної кулі.

Результати клініко-епідеміологічних досліджень свідчать про те, що останніми десятиріччями виявлення ХСН різко підвищилося. Це пов'язано зі «старінням» населення, покращанням діагностики і лікування захворювань серцево-судинної системи, що призводять до виникнення ХСН (перш за все ІХС, інфаркту міокарда, артеріальної гіпертензії). Прогноз при ХСН залишається негативним. Летальність при клінічно вираженій ІХС становить 40-60% на рік, переважаючи таку, наприклад, як від бронхо-легеневого раку і раку передміхурової залози, корелює зі ступенем вираженості синдрому і становить при СН IV ФК 50%, при III ФК – 40%, при II ФК – 30% на рік.

Питома вага раптової серцевої смерті серед летальних випадків у хворих зі застійною СН коливається від 40 до 60%. Основними факторами ризику раптової серцевої смерті при ХСН є виражена дисфункція лівого шлуночка (фракція викиду лівого шлуночка < 45%) і шлуночкові аритмії, в тому числі безсимптомні. До зниження госпіталізації і виникнення раптової смерті хворих з ХСН призводить використання в лікуванні інгібіторів АПФ – на 20-25%, β-адрено-блокаторів – на 34-35%. Доведено, що комбінація інгібіторів АПФ зі спіронолактоном вірогідно знижує загальну смертність на 7%, смертність внаслідок прогресування ХСН – на 28%, раптову смерть – на 26%, число госпіталізацій, пов'язаних з декомпенсацією ХСН, – на 30%.

Хворі з ХСН становлять все більшу частку постійних пацієнтів терапевтичних стаціонарів. Це ускладнення серцевої патології є причиною стійкої втрати працездатності та інвалідизації значної частини населення, а також займає важливе місце як причина смертності в нашому суспільстві. Правильне лікування таких хворих 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 (сistolічний, 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, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, амінотрансферази, холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди, альдолаза, натрій, калій, хлориди. 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;
2. Хворим ХСН з переважаючою діастолічною дисфункцією лівого шлуночка слід призначати:
А. Празозін;
Б. Міноксиділ;
3. Найбільш ефективним при серцевій недостатності діуретиком тіазидової групи є:
А. Гіпотіазид;
Б. Бригальдікс;
4. Яке з перелічених порушень ритму серця найбільш типове для інтоксикації серцевими глікозидами?
А. Миготлива аритмія;
Б. Передсердна тахікардія з блокадою;
5. Яке з перелічених порушень ритму серця найбільш типове для інтоксикації серцевими глікозидами:
А. Миготлива аритмія;
Б. Шлуночкові тахікардія 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;
7. Ефективність діуретиків у хворих хронічною серцевою недостатністю може знизитись при терапії:
А. Індометацином;
Б. Ібупрофеном;
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. Ізосорбиду динітрат;
10. Початкова доза каптоприлу при ХСН становить:
А. 2,5 мг 3 рази на день;
Б. 6,25 мг 3 рази на день;

В. Кардіоміопатії;
Г. ІХС;

В. Бета-блокатори;
Г. Серцеві глікозиди;

В. Аквафор;
Г. Гігронг;

В. Реципрокна АВ-вузлова тахікардія;
Г. Синусова тахікардія;

В. Аідокаїн;
Г. Аміодарон;

В. Фуросемід;
Г. Гідралазин.

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.
3. Які фактори ризику сприяють розвитку та прогресуванню СН.

4. Класифікація ХСН. Клінічні прояви та їх особливості залежно від варіанту (систолічний, діастолічний), стадії та функціонального класу.
5. Діагностичні критерії ХСН
6. Програма обстеження хворого на СН.
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 серцеву недостатність	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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.
6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.

4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - 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. 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.
7. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
8. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
9. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
10. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. 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.
13. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
15. 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
16. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
17. 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
18. Рекомендації з електрокардіостимуляції і серцевої ресинхронізуючої терапії. ESC 2013. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_2013_Kardiostim.pdf
21. 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
22. 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 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 екстрасистоля (ШЕ) це найпоширеніший тип порушення серцевого ритму. Її частота залежить від методів діагностики і контингенту досліджуваних. При реєстрації ЕКГ в 12 відведеннях у спокої ШЕ спостерігають приблизно у 15% здорових осіб молодого віку, тоді як при холтеровському моніторингу ЕКГ впродовж 24 годин їх частота становить 50%. ШЕ може розвинути внаслідок будь-якого органічного захворювання серця, але її найбільшою частою причиною є ІХС (90%). Нестійка шлуночкова тахікардія - досить часте ускладнення раннього періоду інфаркту міокарда. Її частка в перші 24 години цього захворювання становить 45%. Приблизно у половини хворих смерть від захворювань серця виникає від шлуночкових аритмій (75-80%).

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%. Крім віку, до факторів ризику ФП відносять органічні захворювання серця, які збільшують вірогідність її виникнення в 3-5 разів. При гострому інфаркті міокарда ФП виникає в 20-30% випадків. Пароксизмальна ФП - часте ускладнення кардіохірургічних операцій, особливо АКШ і протезування клапанів (5-40%). У 20-30% випадків причину ФП встановити не вдається. ФП є причиною більше 85% у всіх випадків тромбоемболій в артеріях великого кола кровообігу. ФП у цілому зумовлює виникнення 15% випадків інсульту, причому з віком цей відсоток збільшується. За відсутності у хворих клінічних симптомів і порушень гемодинаміки у 40-50% хворих синусів ритм відновлюється самостійно. Препарати ІС класу дозволяють відновити синусів ритм у 50% пацієнтів з ФП. Електрична кардіоверсія таких результатів досягає у 70-95%, що залежить від контингенту хворих, тривалості ФП, характеру основного захворювання. Для попередження виникнення ФП на сьогоднішній час є аміодарон. При його використанні в дозі 200 мг на добу впродовж 1 року синусовий ритм зберігається у 2/3 хворих, а до кінця 3-го року – у 53%, тим більше використання низьких доз цього препарату не пов'язане з ризиком виникнення тяжких побічних ефектів.

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: 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. Порушення провідності серця. Класифікація. Особливості клінічної та ЕКГ-діагностики різних варіантів та ступенів атріовентрикулярної блокади та блокад 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-фери, холестерин, β -ліпопротеїди, тип ліпідемії, білірубін, КФК, ЛДГ. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити), проби Реберга, Нечипоренко, Аддіс-Каковського. Описати ЕКГ, дані ехокардіографії,

холтерівського 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 курованого 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. Етацилін; |
| 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. Функція автоматизму серця, центри автоматизму, причини порушення функції автоматизму.
3. Функція провідності, провідна система серця, причини порушення провідності серця.
4. Класифікація аритмій серця за М.С. Кушаковським та Н.Б. Журавльовою.
5. Антиаритмічні препарати, класифікація, механізми дії, показання до їх застосування.
6. Номотопні аритмії: ЕКГ- діагностика, клінічні прояви та лікування.
7. Ектопічні ритми, зумовлені перевагою автоматизму ектопічних центрів: ЕКГ – діагностика, клінічні прояви, лікування.

8. Ектопічні ритми, не пов'язані з порушенням автоматизму (екстрасистолія, пароксизмальні тахікардії, фібриляція передсердь, тріпотіння передсердь, фібриляція шлуночків): 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. Синоатріальні блокади: ЕКГ-діагностика, клінічні прояви та лікування.

13. Внутрішньо-передсердна блокада: ЕКГ-ознаки, клінічні прояви та лікування.

14. Атріовентрикулярні блокади: класифікація, ЕКГ-ознаки, клінічні прояви.

15. Тактика ведення хворого із атріовентрикулярною блокадою.

16. Внутрішньошлуночкові блокади: ЕКГ-діагностика, клінічні прояви, лікування.

17. ЕКГ-ознаки блокади лівої та правої ніжки пучка Гіса.

18. Синдроми передчасного збудження шлуночків: ЕКГ-ознаки, клінічне значення та лікування.

19. Комбіновані порушення ритму: ЕКГ-ознаки, клінічні прояви, лікування:

а) ав-дисоціація; б) синдром Фредеріка; в) парасистолія.

20. Диференційна діагностика ектопічних аритмій.

21. Роль електроімпульсної терапії в лікуванні аритмій (показання, протипоказання, методика).

22. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса: клінічні прояви, патогенез, невідкладна допомога. Показання до проведення електростимуляції, типи електростимуляції.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
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

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. 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: Кардіологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 278 с.

6. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019p. вид-во «Медицина» - 664с.

7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.

8. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
7. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
8. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
9. Электрокардиографічна діагностика і лікування в невідкладній кардіології / В.А.Скибчик, Я.В.Скибчик. – К: ТОВ “Люди в білому”, 2014. – 154 с.
10. Анестезіологія і реаніматологія, токсикологія. Нормативні директивні правові документи +протоколи / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2016. – 608с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. 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.
13. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
14. 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_YKPMDFibrPreds.pdf
15. 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
16. 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
17. Фибрилляция предсердий: рекомендации 2019 года Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/139210/fibrillyatsiya-predserdij-rekomendatsii-2019-goda>
18. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
19. Лікування шлуночкових порушень серця та профілактика раптової серцевої смерті (2015) /Рекомендації Асоціації кардіологів України. – інтернет-ресурс: strazhesko.org.ua/upload/2014/02/20/pcc-2007-isp.doc
20. 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>

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

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Ревматичні захворювання (РЗ) представляють собою одну із найбільш розповсюджених патологій організму людини. На сьогоднішній день до ревматичних відносять захворювання, в основі яких лежить системне або локальне ураження сполучної тканини, а найбільш частим клінічним проявом є суглобовий синдром. Такі стани, як біль у нижній частині спини, остеоартроз, ревматоїдний артрит, остеопороз, продовжують залишатися у центрі уваги ревматологів у всьому світі. По розповсюдженості ревматичні хвороби уступають тільки хворобам органів кровообігу і органів травлення. В 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 опитника 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). Клінічне обстеження при ураженні суглобів включає вивчення скарг хворих, розвитку захворювання, анамнезу життя, даних об'єктивного дослідження, а також лабораторних, рентгенологічних, інструментальних досліджень. Основною скаргою більшості хворих РЗ є біль в суглобах – артралгія. Цю скаргу пред'являють практично всі хворі з суглобовим синдромом і половина хворих іншими системними захворюваннями сполучної тканини. Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування ревматологічної патології є актуальною і потребує детального вивчення.

Ревматизм – захворювання при якому вражається клапанний апарат серця, є основною причиною формування придбаних вад мітрального, аортального і трикуспідальних клапанів, що призводять до розвитку тяжких форм серцевої недостатності. Тому профілактика захворювання, рання діагностика і лікування, у тому числі і хірургічне, дуже важлива для поліпшення внутрішньосерцевої гемодинаміки, для запобігання розвитку вираженого ремоделювання міокарду, зменшення розвитку порушень ритму загрозливих життю пацієнта, а також поліпшення якості життя хворих. Серед усієї групи ревматичних хвороб за захворюваністю з тимчасовою втратою працездатності на долю ревматизму припадає 11,6%, а за первинною інвалідністю – 25,5%. Пік поширеності ревматизму припадає на вік 10-29 років, потім до 50 років крива поширеності поволі знижується.

Ревматизм – нова назва хвороби – Гостра ревматична лихоманка (хвороба Сокольського-Буйо) – системне запальне захворювання сполучної тканини з переважною локалізацією процесу в серцево-судинній системі (кардит, клапанні вади серця), розвитком суглобового (артрит), шкірного (ревматичні вузлики і аннулярна еритема) і неврологічного (хорея) синдромів, що виникає на тлі імунної відповіді організму на антигени бета-гемолітичного стрептокока групи А і перехресну реактивність з схожими тканинами організму людини. Діти до 5 років не хворіють на гостру ревматичну лихоманку, а також після 30 літнього віку захворювання спостерігається у край рідко. Жінки страждають ревматизмом приблизно в 3 рази

частіше, ніж чоловіки. Захворювання розвивається зазвичай після недолікованих респіраторно-вірусних інфекцій, ангін.

Виділяють групу факторів ризику розвитку ревматизму, що є важливим для його профілактики: наявність ревматизму або дифузійних хвороб сполучної тканини, а також уродженої неповноцінності сполучної тканини в родичів першого ступеня споріднення; жіноча стать; вік 7-15 років; перенесена гостра стрептококова інфекція і часті носоглоткові інфекції; носійництво В-клітинного маркера D8/7 у здорових осіб й, у першу чергу, у родичів. Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування гострої ревматичної лихоманки та хронічної ревматичної хвороби серця є актуальною і потребує детального вивчення.

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. Визначення гострої ревматичної лихоманки та хронічної ревматичної хвороби серця. 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 та ревматичною лихоманкою, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із ревматологічною патологією, виділити основні синдроми та симптоми;
- провести клінічне обстеження хворих на гостру ревматичну лихоманку та хронічну ревматичну хворобу серця;
- 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. Титри АСЛ-О, АСГ, АСК, антитіла до протеїну А, ДНКаз стрептокока. Імунологічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, субпопуляції Т-лімфоцитів, імуноглобуліни, LE- клітини, РФ. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Описати ЕКГ, дані ехокардіографії, доплерографії. Інтерпретувати дані рентгенологічного дослідження суглобів, хребта, комп'ютерної та ЯМР-томографії;
- провести диференційний діагноз основних синдромів: суглобового, ураження шкіри та її придатків, ураження внутрішніх органів (серця, легень, плеври, нирок, органів травлення);
- 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.

6. 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. Протівірусних 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;
- Б. Серцева вада;
- В. Полісерозити;
- Г. Блідий колір шкірних покривів;
- Д. Ендотеліальні симптоми;

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. – А, Д, Е 10. – А 11. – А 12. – А, Б, Д, Е 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. Загальні та специфічні симптоми.
3. Рентгенологічні методи діагностики захворювань серця, суглобів та хребта.

4. Фізикальні симптоми ревматологічної патології. Методи фізикального обстеження хворих з ревматологічною патологією.
5. Стандартна ехокардіографія та доплерографія, показання до проведення, інформативність та клінічна оцінка результатів.
6. Комп'ютерна та ЯМР-томографія.
7. Імунологічні та біохімічні методи дослідження в ревматології.
8. Дати визначення терміна "ГРЛ", хронічна ревматична хвороба серця.
9. Класифікація ГРЛ.
10. Етіологія та патогенез ГРЛ.
11. Клінічні прояви (кардит, поліартрит, хорея, ураження шкіри).
12. Діагностичні критерії ГРЛ.
13. Зміни, що виявляють при лабораторному та інструментальному обстеженні хворих на ГРЛ.
14. Диференційний діагноз. Ускладнення.
15. Лікування ГРЛ з урахуванням ступеня активності. Показання до хірургічного лікування пацієнтів із ревматичним вадами серця.
16. Первинна та вторинна профілактика.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих з ревматологічною патологією та ревматичною лихоманкою	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. 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. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
7. 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.
8. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
9. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРИОН, 2013. – 672с.

10. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.

4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.

7. 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. 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

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

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

11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

12. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

13. 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

16. 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

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

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

19. 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 частої і тривалої госпіталізації, а нерідко й до інвалідизації. Жінки хворіють на РА в 3-4 рази частіше, ніж чоловіки. РА є наслідком імунopatологічних 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, анкілозивним спондилоартритом, деформуючим остеоартрозом, синдромом Шегрена;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування 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. Шкала DAS28 використовується для оцінки:

- A. Активності ревматоїдного артрити;

- В. Ефективності лікування ревматоїдного артриту;
- С. Активності ревматоїдного артриту та ефективності його лікування;
- Д. Активності системної склеродермії;
- Е. Ефективності лікування системної склеродермії;

3. Вкажіть найбільш характерні ознаки продромального періоду ревматоїдного артриту:

- А. Субфебрильна температура;
- В. Зниження апетиту, втрата ваги;
- С. Полінейропатія;
- Д. Відчуття ранішньої скутості;
- Е. Артралгії;
- Ф. Лімфаденопатія;

4. Дайте рентген-характеристику II стадії ревматоїдного артриту за Штейнброкером:

- А. Звуження суглобової щілини;
- В. Навколосуглобовий остеопороз;
- С. Анкілоз;
- Д. Кистоподібні просвітлення, узурація хрящів;
- Е. Поодинокі узури суглобових поверхонь;

5. Клінічні критерії ревматоїдного артриту I ст. активності:

- А. Болі в суглобах помірні;
- В. Ранкова скутість більше 1 години;
- С. Гіпертермія незначна;
- Д. Ранкова скутість до 30 хвилин;
- Е. Ексудативні явища незначні;

6. Лабораторні критерії ревматоїдного артриту II ст. активності:

- А. Альфа-2 глоб. 12%;
- В. ШОЕ 20 мм/год, СРБ I(+);
- С. СРБ 2(+);
- Д. ШОЕ 40 мм/год;
- Е. Альфа-2 глоб. 15% , СРБ 2(+), ШОЕ 40 мм/год;

7. Суб'єктивні критерії активності ревматоїдного артриту:

- А. Скарги на ранкову скутість;
- В. Скарги на біль в суглобах;
- С. Обмеження рухів у суглобі;
- Д. Суглобовий індекс;
- Е. Скарги на припухлість суглобів;

8. Які твердження відносно синдрому Фелті вірні:

- А. Характерні спленомегалія, лімфаденопатія;
- В. Характерні позасуглобові прояви;
- С. Характерна нейтропенія;
- Д. Це варіант серонегативного ревматоїдного артриту;
- Е. Це варіант серопозитивного ревматоїдного артриту;
- Ф. Характерний деструктивний артрит;

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

- А. Це засоби симптоматичної терапії;
- В. Часті ускладнення гастропатії;
- С. Слід призначати мінімальну ефективну дозу;
- Д. Монотерапія не впливає на рентгенологічне прогресування;
- Е. Це засоби базової терапії;

10. Зазвичай тижнева доза метотрексату при РА:

- А. 7,5 - 15 мг;
- В. 25 мг;
- С. 20 мг;
- Д. 2,5 - 5 мг;

Відповіді на контрольні питання:

1. – В; 2. – А; 3. – А, В, D, E, F; 4. – А, В, E; 5. – А, В, C, E; 6. – E; 7. – А, В, C, E; 8. – А, В, C, E, F; 9. – А, В, C, D; 10. – А

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	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
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

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. 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. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019p. вид-во «Медицина» - 664с.
6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
7. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
8. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.

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

10. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.

4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - 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. 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.

7. 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. 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

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

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

11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

12. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

13. 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

15. 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

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

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

18. 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 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 імунотоксичного 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.

Основні причини смерті при СЧВ на ранніх етапах захворювання – прояви високої активності хвороби, в першу чергу: вовчаковий нефрит, ураження нервової системи, за тривалості СЧВ більше 5 років – наслідки тяжких уражень внутрішніх органів, у першу чергу: хронічна ниркова недостатність і тромбози магістральних судин. Інтеркурентні інфекції є причиною смерті приблизно у 1/3 хворих як на ранньому, так і на пізньому етапі хвороби. Розвиток сучасних методів лікування СЧВ призвів до значного підвищення тривалості життя пацієнтів і суттєво знизив частку проявів активності хвороби у структурі причин смертності.

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

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

4. Які лабораторні зміни при СЧВ?

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

5. Ураження серця, характерні для СЧВ:

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

6. 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. Екстракорпоральні методи;
- 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; Г. Сандімун 150 мг/добу;
 Б. Азатиоприн 50-100 мг/добу; Д. Целекоксиб 200 мг/добу;
 В. Циклофосфан 50-100 мг/добу;

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

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

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	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

Список літератури**Основна (базова) література**

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
- Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
- 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.
- Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
- Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.

10. 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. 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. 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.

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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.

5. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінцицький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінцицького. - К. : Медицина, 2014. - 1272 с.

6. 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.

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. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

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.

Етіологія захворювання в даний час вивчена недостатньо. З тригерних чинників, провокуючих захворювання, слід відзначити вібрацію, контакт з хімічними речовинами (хлорвінілом, використання токсичних масел), кремнієвим і силікатним пилом (часто трапляється у шахтарів), тривале переохолодження, психічне перенапруження, пластичні операції (силікон, парафін) і інші не специфічні причини. Значна роль відводиться генетичним чинникам, причому, мабуть, генетично детермінується як схильність до захворювання, так і клінічні прояви. Родинні випадки ССД трапляються не часто, зате родичі хворих часто

страждають всілякими ревматичними хворобами (СЧВ, синдром Рейно, синдром Шегрена і ін.). Клінічна картина ССД відрізняється поліморфністю і полісиндромністю, відображаючи генералізований, системний характер захворювання у цілому. У патологічний процес можуть залучатися майже всі органи, які конструктивно або функціонально пов'язані зі сполучною тканиною, що зумовлює широку гаму клінічних проявів ССД. Сучасність диктує необхідність раннього лікування хворих на ССД з метою профілактики розвитку периферичних і вісцеральних фіброзно-склеротичних змін, які з урахуванням навіть сучасної терапії є малозворотними.

Дерматоміозит (ДМ) як захворювання вперше розпізнав E.Wagner, а описаний він був у 1891 р. H.Unverricht. ПМ як нозологічна одиниця з'явився на 75 років пізніше, коли Walton і Adams опублікували монографію. 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. Поліміозит є найменш часті з усіх форм і дуже рідкісним як самостійна нозологічна одиниця. Дерматоміозит - дифузне прогресуюче запальне захворювання сполучної тканини з переважним ураженням поперечно-смугастої і гладкої мускулатури з порушенням рухової функції, шкіри у вигляді еритеми і набряку, з частим ураженням внутрішніх органів. У 30% хворих ураження шкіри відсутня, в цьому випадку захворювання називається поліміозитом (ПМ). Так як етіологія ДМ і ПМ невідома, обидва ці захворювання об'єднані в групу ідіопатичних запальних міопатій. Крім ДМ і ПМ, у цю групу включені також й інші міопатії. Поряд з ідіопатичними запальними міопатіями існують і вторинні міопатії, викликані певними (відомими) причинами. Захворюваність - 0,2-0,8 на 100 000 населення. Частота міозиту з «включеннями» в популяції хворих коливається від 15% до 28%. Захворювання розвивається у хворих похилого віку (середній вік 61 рік), частіше у чоловіків, ніж у жінок (співвідношення 2:1). 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. Етіологія ідіопатичного ДМ / ПМ невідома. Передбачається роль вірусної інфекції та генетичних факторів. Найбільшу увагу приділяють пікарновірусам, Коксаки-вірусам. Хронічна вірусна інфекція персистує в м'язах і викликає вторинну імунну відповідь з розвитком ПМ. Має значення також антигенна мімікрія (схожість антигенної структури вірусів і м'язів), обумовлює появу перехресних антител (аутоантитіл) до м'язів з наступним утворенням імунних комплексів.

Таким чином, проблема ефективної діагностики та диференційованої терапії ССД та ДМ є актуальною і потребує детального вивчення. Це дозволить лікарю індивідуалізувати лікування, підвищити його ефективність, покращити прогноз і якість життя хворих.

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 поліартеріттом;
- 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;
- 2. 15 – 30 років;
- 3. 50 – 70 років;
- 4. 30 – 50 років;

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

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

3. Ознаки 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 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 спостерігається у вигляді:

- 1. Артритів;
- 2. Переломи хребців;
- 3. Поліартралгії, симптом тертя сухожиль;
- 3. Згинальні контрактури;
- 4. Акроостеоліз;

6. Диференціальну діагностику поліміозиту 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:

- 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 можуть бути індукторами у виникненні системної склеродермії?

- 1. Інсоляція;
- 4. Тривале переохолодження;

2. Хлорвініл, вінілхлорид;

5. Дія кремнію;

3. Вібрація;

10. Для ССД найбільш характерно:

1. Ураження стравоходу;

4. Симптом метелика;

2. Остеоліз нігтьових фаланг пальців;

5. Маскоподібне обличчя;

3. Кальциноз м'яких тканин;

Відповіді на контрольні питання:

1. – 4

2. – 1

3. – 1,2,3,4

4. – 1,2,4,5

5. – 1,3,4,5

6. – 1,2,3,4

7. – 1,2,3,4,6

8. – 5

9. – 2,3,4,5

10. – 1,2,3,5

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 дерматополіміозиті.

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	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
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

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. 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. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.

6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.

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

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

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

10. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.

4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.

7. 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. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

Тема 16. Системні васкуліти

Кількість годин: 4 годин

Актуальність теми

Системні васкуліти - група захворювань, в основі яких лежить генералізоване ураження судин імунного генезу із запаленням і некрозом судинної стінки, що призводить до ішемічних змін органів і тканин. Вторинні васкуліти розвиваються як реакція на інфекцію, інвазію гельмінтами, при дії хімічних чинників, радіації, при пухлинах, інших системних захворюваннях сполучної тканини (СЧВ, ревматоїдному артриті, саркоїдозі).

Етіологія більшості первинних системних васкулітів невідома. Серед провокуючих чинників виділяють вірусну (віруси гепатиту В і С, парвовірус В19, цитомегаловірус, ВІЛ, вірус Епштейн-Барра і ін.) та бактеріальну інфекцію (стрептококи, ієрсинії, хламідії, сальмонели і ін. бактерії), гіперчутливість до різноманітних лікарських препаратів (антибіотиків, протитуберкульозних, противірусних і ін.) та компонентів тютюну, генетична схильність.

Відповідно до калібру уражених судин виділяють васкуліти великих (гігантоклітинний артеріт, неспецифічний аортоартеріт (хвороба Такаюсу)); середніх (вузликосий періартеріт, хвороба Кавасакі) та дрібних судин. Серед останніх визнають васкуліти, асоційовані з антитілами до цитоплазми нейтрофілів (ANCA) (гранулематоз з поліангіїтом (Вегенера), еозинофільний гранулематоз з поліангіїтом (синдром Чарга – Стросса), мікроскопічний поліангіїт) та імунними комплексами (IgA-асоційований (Шенлейна-Геноха), кріоглобулінемічний васкуліт, гіпокомплементаційний уртикарний (анти-C1q-асоційований васкуліт), асоційований з антитілами до базальної мембрани). Окрему групу складають васкуліти судин різного калібру при хворобі Бехчета та при синдромі Когана.

Мета заняття

Знати: Класифікацію системних васкулітів відповідно до International Chapel Hill Consensus Conference 2012. Гігантоклітинний артеріт, неспецифічний аортоартеріт (хвороба Такаюсу), вузликосий періартеріт, хвороба Кавасакі, ANCA-асоційовані васкуліти, геморагічний васкуліт (пурпура Шенлейна-Геноха, гіперсенситивний васкуліт), кріоглобулінемічний васкуліт, облітеруючий тромбангіїт (хвороба Бюргера), хвороба Бехчета. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на системні васкуліти 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: антинейтрофільні цитоплазматичні антитіла (cANCA, pANCA).
- 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 системних васкулітів;
- скласти індивідуальний план лікування 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 належать:

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

3. Які твердження відносно хвороби Кавасакі вірні:

- А. Це системний васкуліт;
- Б. Типовим є враження судин коронарних, ниркових;
- В. Спостерігається генералізована лімфаденопатія;
- Г. Характерно виникнення аневризми;
- 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 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 відносять:

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

7. Для синдрому Чарга-Стросса 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 Кавасакі найбільш часто хворіють особи:

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

10. Для лікування хворого на вузликовий поліартеріт частіше використовують:

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

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

1. Анатомічна класифікація системних васкулітів згідно з International Chapel Hill Consensus Conference 2012.

2. Гігантоклітинний артеріт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

3. Неспецифічний аортоартеріт (хвороба Такаясу). Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

4. Вузликовий періартеріт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

5. Хвороба Кавасакі. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

6. Гранулематоз з поліангітотом (Вегенера). Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

7. Еозинофільний гранулематоз з поліангітотом (синдром Чарга – Стросса). Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

8. Мікроскопічний поліангіт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

9. Геморагічний васкуліт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

10. Кріоглобулінемічний васкуліт. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

11. Облітеруючий тромбангіт (хвороба Бюргера). Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. Прогноз та працездатність.

12. Хвороба Бехчета. Визначення. Етіологія, патогенез. Клінічні прояви. Діагностичні критерії. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Лікування. 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 системні васкуліти	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. 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. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.

6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.

7. 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.

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

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

10. 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.
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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
7. 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. 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
9. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
10. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
11. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
12. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

Тема 17. Реактивні артрити. Анкілозуючий спондилоартрит. Псоріатичний артрит

Кількість годин: 4

Актуальність теми

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. Реактивний артрит (реактивна артропатія) – це системне захворювання, яке розвивається внаслідок хламідійної або (значно рідше) іншої інфекції у осіб з генетичною схильністю, характеризується ураженням сечостатевої системи та суглобів і нерідко поєднується з ураженням шкіри, слизових оболонок, вісцеральними проявами. РеА завершується одужанням або набуває хронічного рецидивного перебігу. Етіологія реактивного артриту невідома. Імовірно, в основі РеА лежить генетично детермінована аномалія імунної системи (захворювання в 50 разів частіше діагностується у носіїв антигену гістосумісності HLA-B27), яка реалізується при інфікуванні деякими мікроорганізмами. 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. При цьому

хронічний та/чи рецидивний перебіг захворювання відзначається у 15–50% хворих, частіше асоціюється з сімейним анамнезом або носійством HLA-B27 (HLA - Human Leucocyte Antigen). Ознаки постійної втрати працездатності виникають у 15% таких хворих. Несприятливий прогноз РеА частіше пов'язаний із розвитком вісцеральних його проявів (особливо амілоїдозу нирок та ураження серця). Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування реактивних артропатій є актуальною і потребує детального вивчення.

Анкілозивний 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». Велике значення в етіології цього захворювання має спадкова схильність, генетичним маркером якої є антиген HLA В 27, що відмічається у 90-95 % хворих. Припускається тригерна та/чи підтримувальна роль інфекційних чинників (стрептококів, хламідій, мікоплазм тощо), переохолодження, хронічних запальних захворювань уrogenітальної системи чи ШКТ, травм хребта чи кісток таза, вплив гормональних факторів.

Псоріатичний артрит (ПсА) – хронічне гетерогенне прогресуюче системне захворювання суглобів. У патогенезі розвитку псоріатичного ураження суглобів при центральному артриті беруть участь HLA-B27 і HLA-B39, периферичному – HLA-B38. ПсА належить до серонегативних артритів. Захворювання найчастіше виникає у віці 20-50 років та не залежить від статі. В Україні більше мільйона людей хворіють на псоріаз, у світі – 125 млн. осіб. Він посідає 4-те місце в загальній структурі захворювань шкіри. У 10-40 % хворих на псоріаз розвивається ПсА. Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування ПсА є актуальною і потребує детального вивчення.

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологію, патогенез. Класифікацію. Клінічні прояви реактивних артритів різної етіології; анкілозивного спондилоартрита. Значення лабораторних та інструментальних методів діагностики. Критерії діагностики. Визначення ПсА. Класифікація. Фактори ризику. Патогенез центрального та периферичного ПсА. Клінічні домени (8) ПсА. Опитувальник PEST. Критерії діагностики ПсА відповідно до CASPAR. Оцінка тяжкості ПсА за індексом PASI. Диференційний діагноз. Лікування, роль антибактеріальної терапії та особливості біологічної терапії. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих із реактивними артропатіями (гонорейний, бруцельозний артрити, хвороба Рейтера);
- провести клінічне обстеження хворих із анкілозивним спондилоартритом;
- провести клінічне обстеження хворих із ПсА
- 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.) Визначення в крові антигену В27 системи гістосумісності HLA. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити). Дослідження копрокультури та серологічне дослідження для виявлення збудника. Дослідження

синовіальної рідини, рентгенівське дослідження суглобів. Описати ЕКГ, дані рентгенівського дослідження поперекового, крижового та грудного відділів хребта;

- 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 хворого;

- призначити диференційовану терапію хворому на реактивні артропатії; анкілозивний спондилоартрит; ПсА.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Діагноз ієрсиніозного реактивного артрити 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 артрити піддається сумніву при наявності:

1. кон'юктивіту, іриту, кератиту;
2. одностороннього сакроілеїту;
3. вузловатої еритеми;
4. антигену гістосумісності HLA-B 27;
5. симетричного артрити п'ястнофалангових, проксимальних міжфалангових та зап'ястних суглобів;

3. Для реактивного артрити не властиво:

1. відсутність ревматоїдного фактору;
2. розвиток одностороннього сакроілеїту;
3. ревматоїдні вузлики;
4. хронологічний зв'язок з інфекцією;
5. наявність HLA B-27;

4. Препарат, що застосовується для лікування рефрактерного реактивного артрити:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. інфліксимаб; | 4. купреніл; |
| 2. метотрексат; | 5. преднізолон; |
| 3. сульфасалазин; | |

5. Діагноз хвороби Рейтера підтверджується:

1. периартритами, периоститами в п'ятковій ділянці, кератодермією
2. наявністю асиметричного моно-олігоартрити
3. ураженням хребта (сакроілеїт)
4. мутлюючого артрити
5. наявністю HLA B-27

6. Яка добова доза преднізолону показан при АСА?

- | | |
|--------------|----------------|
| А. 15-20 мг; | Б. 30-60 мг; |
| В. 60-90 мг; | Г. 100-120 мг. |

7. Який із критеріїв не належить до Римських діагностичних критеріїв?

- А. Наявність HLA B₂₇;
- Б. Біль у нижньому поперековому сегменті хребта;
- В. Біль і тугорухливість грудної клітки;
- Г. Рентгенознаки синдесмофітоза.

8. 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.

9. 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 кістей

10. Для скандинавської форми 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 кістей;

11. Який опитувальник рекомендовано використовувати для визначення поширеності псоріатичного артрити?:

- 1. PEST;
- 2. DAS;
- 3. PESI;
- 4. ACQ.

12. Яка сума балів на основі критеріїв CASPAR свідчить про підтвердження діагнозу псоріатичного артрити?

- 1. більше 1;
- 2. більше 2;
- 3. більше 3;
- 4. більше 4;
- 5. більше 5;

13. Які ознаки характерні для дактиліту при псоріатичному артриті?:

- 1. «Палець-сосиска»;
- 2. «Рука з лорнетом»;
- 3. «телескопічна» деформація пальців ;
- 4. все вищеперераховане.

14. Який результат визначення ревматоїдного фактора при псоріатичному артриті?:

- 1. позитивний;
- 2. негативний;
- 3. усі відповіді вірні.

15. До факторів ризику псоріазу відносять:

- 1. травма/інфекції шкіри;
- 2. вплив ультрафіолетового випромінювання;
- 3. імунodefіцитні стани;
- 4. все вищеперелічене;
- 5. нічого з вище переліченого.

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «реактивні артропатії».
2. Визначення анкілозивного спондилоартриту та ПсА.
3. Класифікація реактивних артропатій; анкілозивного спондилоартриту, ПсА.
4. Фактори ризику ПсА.
5. Етіологія та патогенез реактивних артропатій, анкілозивного спондилоартриту.
6. Патогенез центрального та периферичного ПсА.
7. Клінічні доиени (8) ПсА.
8. Опитувальник PEST.
9. Клінічні прояви реактивних артритів різної етіології.
10. Синдром Рейтера.
11. Критерії діагностики АСА.
12. Критерії діагностики ПсА відповідно до CASPAR.
13. Оцінка тяжкості ПсА за індексом PASI.
14. Значення лабораторної та інструментальної діагностики.
15. Диференційний діагноз.
16. Лікування, роль антибактеріальної терапії.
17. Особливості біологічної терапії ПсА.
18. Сучасні методи лікування.
19. Первинна та вторинна профілактика.
20. Прогноз і працездатність.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на РеА, АСА, ПсА	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. 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. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
7. 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.
8. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
9. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
10. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
7. 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. Коваленко, 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. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
13. 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
14. 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>
15. 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
16. Аксіальний спондилоартрит (анкілозівний спондилоартрит). Клінічна настанова, заснована на доказах 2017. – 101с. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_AksS.pdf
17. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії. Клінічна настанова, заснована на доказах (Оновлена). – 2016. -224с. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/KN_Psoriaz.pdf

Тема 18. Подагра. Остеоартроз

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.

Подагра є найбільш поширеним захворюванням суглобів у чоловіків. Вона відноситься до захворювань з високим індексом коморбідності, що асоціюється з прогресуючими функціональними порушеннями, зниженням якості життя, втратою працездатності та підвищеною смертністю. Існують особливості епідеміологічного поширення подагри в різних регіонах, а також відмічається тенденція до зростання захворюваності в індустріально розвинених країнах. Поширеність подагри в різних регіонах коливається від 1 до 10% дорослого населення. В Україні кількість пацієнтів із подагрою за останні роки також збільшилася. За даними Міністерства охорони здоров'я, у 2013 році поширеність подагри в

Україні становила 167,6 на 100 тис. населення, а в 2017 році цей показник досяг 190,4 на 100 тис. населення. За даними проспективних епідеміологічних досліджень поширеність мікрокристалічних артропатій, до яких належить подагра в окремих регіонах України досягає 400 і більше на 100 тис. населення. 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). Прогресивне збільшення кількості осіб хворих на подагру, значні соціально-економічні наслідки, пов'язані з ускладненнями цієї патології (приступи подагричного артрити, подагрична нефропатія, яка призводить до розвитку ниркової недостатності), обумовлює актуальність і необхідність розробки шляхів первинної профілактики, раннього виявлення та адекватної медикаментозної терапії.

Остеоартроз (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. У популяційних дослідженнях частота і поширеність захворювання збільшується в 2-10 разів за період від 30 до 65 років та продовжує зростати з віком. Так, у віці до 29 років хворіє 8,4 людини на 1000 населення, у 30-39 років – 42,1; 40-49 років – 191,9; 50-59 років – 297,2; а у 60-69 років – 879,7 на 1000 населення. 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.

Остеоартроз – це захворювання для якого характерне руйнування хряща з наступними змінами суглобових поверхонь, розвитком субхондрального остеосклерозу, крайових кісткових розростань (остеофітів). У зв'язку з виникненням запальних змін у хрящі, вторинного реактивного синовіту це захворювання ще називають остеоартритом. Основною причиною виникнення і розвитку ОА є порушення взаємовідношень між механічними навантаженнями на суглобову поверхню хряща та можливістю компенсації цього навантаження. Механічний чинник характеризується надмірними перевантаженнями суглобової поверхні хряща. У шахтарів, балерин, вантажників виникають професійні артрози; у футболістів і бігунів — спортивні; при ожирінні характерними є метаболічні навантаження. Спостерігається зниження резистентності хряща до звичайного фізіологічного навантаження внаслідок травми, артрити, метаболічних, мікроциркуляторних, судинних змін, коли відбувається порушення фізико-хімічних властивостей хряща. Отже, центральною проблемою ОА є деструкція суглобового хряща внаслідок підвищення активності цитокінів-інтерлейкінів-1, -6, а також фактора некрозу пухлин та матриксних металопротеїназ, у результаті чого хрящ втрачає еластичність, стоншується, тріскається і відбувається розволокнення.

ОА є супутником старіння людини. Старіння організму людини розпочинається з 40–50-річного віку. Процес старіння людини – процес фізіологічний, однак він супроводжується порушеннями структури та функції багатьох органів і систем організму, що з віком наростають. Відомо, що старість – не хвороба і не діагноз, однак вона зумовлює розвиток багатьох захворювань. Наприкінці ХХ ст. у літературі з'явився термін «неминучі супутники старіння». Це визначення, запропоноване Національною академією наук США, охоплює деменцію, остеоартроз, остеопороз, переломи стегна, ІХС, інсульт, ЦД, рак. Відомо, що у людей похилого і старечого віку при дослідженні виявляють від 3 до 5 і більше різних захворювань. Майже кожний другий хворий з патологією внутрішніх органів стикається з ОА у зрілому та похилому віці. Тільки в США на ОА хворіють близько 30 млн людей. Серед осіб віком 65 років ОА діагностували у 50% випадків, а серед досліджуваних віком понад 80 років – у 80% випадків. У Великобританії, Швеції та Голландії ОА кульшових суглобів III та IV стадій відзначають у 8,4% жінок та у 3,1% чоловіків. Значне підвищення частоти ОА зумовлене як старінням населення, так і пандемією ожиріння.

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологія, патогенез подагри. Класифікація. Особливості суглобового синдрому та ураження внутрішніх органів. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи диференційованого лікування. Медикаментозне та немедикаментозне лікування. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих на подагру;
- провести клінічне обстеження хворих із 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). Біохімічне дослідження крові: загальний білок, білкові фракції, фібриноген, фібрин, С-реактивний білок, гаптоглобін, сіалові кислоти, серомукоїд, креатинін, сечовина, сечова кислота. Клінічне дослідження сечі (білок, еритроцити, лейкоцити, циліндри). Аналіз сечі за Зимницьким, проба Реберга. Описати дані рентгенографії суглобів, дослідження синовіальної рідини;
- провести диференційний діагноз із ревматоїдним артритом, псоріатичною артропатією, інфекційними артропатіями, остеоартрозом;
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування хворого;
- призначити диференційовану терапію хворому на подагру та остеоартроз.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

1. Типовий приступ гострого подагричного артриту триває:

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

2. 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 натрія
4. помірна в'язкість
5. виявлення ревматоїдного фактору

3. Що лежить в основі виникнення гострого приступу подагри?

1. порушення пуринового обміну
2. порушення електролітного обміну
3. асептичне запалення
4. порушення Ph - середовища
5. порушення вуглеводного обміну

4. Які зміни лабораторних показників типові для гострого нападу подагри?

1. нормальна ШОЕ, СРБ, лейкопенія
2. прискорена ШОЕ, тромбоцитоз
3. СРБ, анемія, прискорена ШОЕ
4. анемія, нормальна ШОЕ, нормальна кількість лейкоцитів
5. лейкоцитоз, прискорена ШОЕ, СРБ

5. Які препарати використовують при гострому подагричному артриті?

1. колхіцин
2. нестероїдні протизапальні засоби
3. сечогінні
4. цитостатики
5. урикодепресанти

6. Діагностичними критеріями остеоартрозу, є наступні, за винятком:

1. Рентгенологічного звуження суглобової щілини, субхондрального остеосклерозу;
2. Різкого обмеження рухливості суглобу;
3. Болей в суглобах "механічного" характеру;
4. Повільного непомітного початку хвороби;
5. Симптому "блокади суглобу";

7. Для хворих на остеоартроз найбільш важкими є:

1. Положення лежачи на животі;
2. Положення лежачи на боку;
3. Положення лежачи на спині;
4. Хо́да по рівній місцевості;
5. Спуск і підйом по сходах;

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

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

9. Основними причинами розвитку остеоартрозу 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 3. – 1, 3 4. – 5 5. – 1, 2 6.- 2 7.- 5 8.- 4 9.-1, 2, 4, 5 10.-2

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення подагри.
2. Дати визначення терміну “деформуючий остеоартроз”
3. Етіологічні фактори та патогенез .
4. Класифікація.
5. Особливості суглобового синдрому та ураження внутрішніх органів.
6. Діагностичні критерії подагри.
7. Клінічна картина ДОО залежно від локалізації патологічного процесу.
8. Рентгенологічна та лабораторна діагностика ДОО.
9. Диференційний діагноз.
10. Ускладнення.
11. Принципи диференційованого лікування.
12. Медикаментозне та не медикаментозне лікування. Показання до хірургічного лікування.
13. Профілактика. Прогноз та працездатність

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на подагру та остеоартроз	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. 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. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
7. 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.
8. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
9. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
10. 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. 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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

6. 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. 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.
7. 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. Методи комплексного лікування хворих на остеоартроз колінних суглобів при метаболічному синдромі [Текст] / Уклад.: О. О. Якименко, Л. Н. Єфременкова, В. В. Ключко. - К. : Одеський нац. мед. ун-т, 2016. - 18 с. - б/ц
9. Электрокардиография: учеб. пос. / В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. – 14-е изд. перераб. – М. : МЕД пресс-информ, 2017. – 360 с.
10. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
12. 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
17. Остеоартроз. Клінічна настанова. – 2017. – 481с. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_Osteo.pdf
18. 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>

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

Тема 19. Гломерулонефрити та нефротичний синдром

Кількість годин: 6

Актуальність теми

Гломерулонефрит (ГН) трапляється в практиці лікаря не так часто, як, наприклад, ревматичні захворювання, ішемічна хвороба серця або хронічні неспецифічні хвороби легенів. Проте його медичне і соціальне значення надзвичайно велике. ГН за серйозністю прогнозу посідає одне з основних місць у структурі хвороб нирок. Протягом останніх років неухильно зростає число хворих нефрологічного профілю і, як наслідок, спостерігається зростання поширеності хронічних хвороб нирок, що призводять до розвитку термінальної уремії, яка, у свою чергу, вимагає дорогої і не завжди доступної замісної терапії. У той самий час своєчасна діагностика і адекватне лікування можуть продовжити життя хворих і пригальмувати прогресування ГН, який посідає 27-е місце в структурі нефрологічної патології після інфекцій сечовивідних шляхів. Серед причин хронічної хвороби нирок, на сьогодні ГН і гломерулопатії посідають третє місце. В Україні хворі нефрологічного профілю складають від 2,03% до 6,6% серед пацієнтів загальноотерапевтичного стаціонару. З усіх причин смерті хворих 1% складають «нефрит, нефротичний синдром, нефроз». Згідно зі статистичними даними, що надійшли в МОЗ України, захворюваність на гострий ГН збільшилася, хоча світові тенденції свідчать про протилежне. Термін «гломерулонефрит» уперше запропонував Klebs, який застосував його в «Керівництві з патологічної анатомії», опублікованому ще у 1876 р. Сформульоване саме видатним російським терапевтом Є.М. Тарєєвим визначення захворювання вважається найбільш конкретним зі всіх визначень, згідно з яким гломерулонефрит розглядається як двостороннє дифузне імунотопальне захворювання нирок з переважним ураженням клубочків. Факторами ризику виникнення ГН є нещодавно перенесені інфекції. У 60–70% випадках це стрептококова інфекція. Своє місце в рейтингу провокувальних ГН факторів наполегливо

відвойовують віруси. Також у ролі антигенів можуть виступати вакцини, укуси комах, сироватки, ліки, солі важких металів, а інколи навіть ендоеантигени, як при люпуснефриті. Характерна родинна схильність і сезонність. Слід зазначити, що інфекційна концепція є провідним, але не єдиним підходом до етіології нефриту.

ГН – це гетерогенна група імунзапальних захворювань нирок із різною клініко-морфологічною картиною, перебігом і наслідками. У групі захворювань нирок і сечовивідних шляхів гломерулонефрит займає 3-4 - те місце, поступаючись за поширеністю тільки пієлонефриту та сечокам'яній хворобі. Соціальне значення проблеми ГН не стільки в його поширеності, скільки в захворюваності осіб молодого віку, ранній інвалідизації та смертності хворих. Захворювання характерне для дітей і молодих людей. Хворіють на нього частіше чоловіки, переважно в холодну та сиру пору року (з жовтня по квітень). Складність медичних аспектів ГН полягає у невпинному прогресуванні його хронічних форм із формуванням хронічної ниркової недостатності та в непередбаченості ефекту від використання сучасних засобів і методів його лікування.

Гострий ГН виникає через 2-6 тижні після бактеріального, вірусного, паразитарного захворювання. Його тривалість обмежується 1 роком від початку захворювання, а клінічні прояви більше 4 місяців свідчать про затяжний перебіг, більше 1 року - про перехід у хронічний ГН.

Незважаючи на лікувально-профілактичні заходи, захворюваність на гломерулонефрит не знижується. Більше того, у зв'язку із поширенням хронічних форм хвороби частка гломерулонефриту серед хворих, що направлені на гемодіаліз і трансплантацію, постійно зростає.

Актуальність ренальної патології обумовлюється тим, що захворювання нирок частіше спостерігаються в осіб молодого віку, які рано інвалідизуються й вимагають застосування замісних методів лікування. У більшості випадків діагностувати таку патологію доводиться терапевту, який повинен правильно інтерпретувати ренальні синдроми (нефротичний, сечовий, гіпертензивний й інші). Наявність нефротичного синдрому (НС) - завжди критерій активності патологічного процесу; хворі із НС живуть в 2-3 рази менше, ніж без нього, але з тією ж нозологічною формою патології нирок. НС виникає внаслідок вираженої протеїнурії, зумовленої ураженням різних відділів нефрону. Основними клінічними проявами НС є гіпопротеїнемічні набряки, що досягають ступеня анасарки із накопиченням рідини у черевній, плевральній, перикардіальній порожнинах. Тяжкості стану хворого сприяє і ряд характерних ускладнень (тромбоз судин, пневмонія, сепсис). У хворого з НС може спостерігатися нефротичний криз, при якому на шкірі з'являється висипання, відмічаються лихоманка, біль у животі, блювання, пронос.

НС може супроводжувати як первинні, так і вторинні захворювання нирок. НС, як правило, супроводжує гостру та хронічну форму 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.

Оскільки у осіб працездатного віку спостерігається значне зростання поширеності НС, то правильна його диференціальна діагностика як симптому при тому чи іншому захворюванні має не тільки клінічне, але і соціальне значення.

Мета заняття

Знати: 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. Визначення, етіологію, 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 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. 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. **Який механізм лежить в основі патогенезу гострого гломерулонефриту:**
 - А) імунокомплексний;
 - Б) антитільний (антитіла до базальної мембрани клубочків);
 - В) токсичне ушкодження нирок;
 - Г) дистрофічні зміни;
 - Д) ішемічний?
2. **Протеїнурія, гіпопротеїнемія в поєднанні з еритроцитурією і набряками найбільш характерні для:**
 - А) гострого гломерулонефриту;
 - Б) пієлонефриту;
 - В) сечокам'яної хвороби;
 - Г) циститу;
 - Д) амілоїдозу нирок.
3. **Гострий гломерулонефрит може розвинути як ускладнення інфекції, спричиненої:**
 - А) α -гемолітичним стрептококом групи В;
 - Б) стафілококом групи А;
 - В) β -гемолітичним стрептококом групи А;
 - Г) рикетсіями;
 - Д) уросепсисом, спричиненим кишковою паличкою.
4. **Через 3 тиж. після перенесеної ангіни у хворого 17 років з'явилися слабкість, спрага, біль у попереку, головний біль, набряки обличчя вранці, змінився колір сечі - «м'ясні помий». Шкіра суха, бліда, обличчя одутловате. АТ 160/100 мм рт ст. при дослідженні сечі: відносна густина 1018; білок 1,8 г/л; ер. (змінені) 20-25 у полі зору, л.-4-5 у полі зору, циліндри зернисті 6-8 у полі зору. Ваш попередній діагноз:**
 - А) геморагічний васкуліт;
 - Б) хронічний гломерулонефрит;
 - В) Синдром Гудпасчера;
 - Г) гострий пієлонефрит;
 - Д) гострий дифузний гломерулонефрит.
5. **Чоловік 34 роки хворіє на гострий гломерулонефрит. Об'єктивно: виражені набряки на обличчі, спині, кінцівках. АТ 150/90 мм рт ст. у крові: ШОЕ 35 мм/год, білок загальний 55 г/л, альбуміни 41%, холестерин загальний 9,6 ммоль/л. У сечі: 8,3 г білка за добу. Яке лікування з переліченого найбільш обґрунтовано в даному випадку:**
 - А) сечогінні+ мембраностабілізатори;

- Б) антикоагулянти + антиагреганти;
 - В) мембраностабілізатори + антикоагулянти;
 - Г) глюкокортикоїди + антиагреганти;
 - Д) гіпотензивні+ сечогінні.
6. У хворого 24 роки гострий гломерулонефрит. Упродовж 5 днів на тлі введення 800 мг фуросеміду виділяє по 30-40 мл сечі за добу. Об'єктивно: дещо загальмований, обличчя бліде, одутле; АТ 170/100 мм рт ст.; ЧСС 54 на 1 хв; у нижніх відділах легень невелика кількість вологих дрібно пухирчастих хрипів. Креатинін крові 0,88 ммоль/л; калій крові 7,3 ммоль/л. яку тактику лікування слід обрати в даній ситуації:
- А) провести плазмаферез;
 - Б) додати до фуросеміду ті азидний діуретин;
 - В) збільшити дозу фуросеміду;
 - Д) призначити препарати кальцію.
7. У 40-літнього хворого, який захворів на ангіну, на 5й день хвороби з'явилися набряки, макрогематурія, підвищився АТ. Найбільш імовірний діагноз:
- А) гострий гломерулонефрит;
 - Б) гострий пієлонефрит;
 - В) загострення хронічного гломерулонефриту;
 - Г) апостематозний нефрит;
 - Д) амілоїдоз нирок.
8. Протеїнурія при хронічному гломерулонефриті зумовлена:
- А) підвищеною фільтрацією білка в клубочках унаслідок підвищення проникності клубочкової капілярної стінки і збільшення розмірів пор;
 - Б) зниження реабсорбції білка в проксимальних каналцях нирок;
 - В) підвищеною фільтрацією в незмінному клубочку низькомолекулярних білків, які містяться в підвищеній кількості в плазмі;
 - Г) розпад еритроцитів;
 - Д) розпад лейкоцитів.
9. Чотирикомпонентна схема лікування нефриту включає такі поєднання препаратів:
- А) преднізолон + гепарин + індометацин + куранти;
 - Б) преднізолон + гепарин + курантил + діуретин;
 - В) преднізолон + цитостатик + гепарин + куранти;
 - Г) цитостатик + гепарин + курантил + еуфілін;
 - Д) індометацин + гепарин + куранти + еуфілін.
10. У хворого, який страждає на хронічний гломерулофрит і одержує лікування преднізолоном у добовій дозі 80 мг, з'явилася виражена артеріальна гіпертензія. Ваші дії:
- А) збільшення дози преднізолону;
 - Б) повна відміна преднізолону;
 - В) зменшення дози преднізолону з одночасним призначенням цитостатиків;
 - Г) зменшення дози преднізолону з одночасним призначенням НПЗП;
 - Д) додавання до лікування інгібіторів АПФ.

Відповіді на контрольні питання:

1. – А; 2. – А; 3. – В; 4. – Д; 5. – Г; 6. – Г; 7. – В; 8. – А; 9. – В; 10. – 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 ГН та НС	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. 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. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
6. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с. - 82-55.
7. Руководство по нефрологии /под ред. А.И. Дядыка, Е.А. Дядык. – К.: Четверта хвиля, 2011. – 598с.

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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
7. Вибрані питання нефрології: навчальний посібник /за ред. Є.М. Нейка. – Івано-Франківськ: СІМІК, 2011. – 415с.
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. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
12. 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>
13. Протокол надання медичної допомоги хворим на Гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.
14. Протокол надання медичної допомоги хворим з нефротичним синдромом (НС). Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1657>.
15. 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

Актуальність теми

Пієлонефрит (ПН) – це неспецифічне інфекційно-запальне захворювання ниркового інтерстицію з послідовним ураженням усіх ниркових структур, що призводить до формування вогнищового нефросклерозу. Пієлонефрит є найпоширенішим захворюванням нирок і сечовивідних шляхів, займаючи друге місце за частотою після інфекцій верхніх дихальних шляхів. Захворюваність гострим пієлонефритом становить 15,7 випадків на 100000 населення в рік, поширеність хронічного пієлонефриту – 18 на 1000 населення. Вікові та статеві відмінності пов'язані з особливостями захворювання. Пієлонефрит частіше трапляється у жінок, ніж у чоловіків. Це співвідношення становить 2:1. При цьому 75% жінок починають хворіти у віці до 40 років, чоловіки – значно пізніше. Останніми роками спостерігається наростання частоти пієлонефриту у молодих людей чоловічої статі (у віці до 20 років). Більшість авторів вважають, що захворювання часто починається у дитячому віці і далі проходить хвилеподібно, загострюючись за наявності провокуючих факторів. Розвиток пієлонефриту завжди пов'язують з інфекцією. Переважна частина випадків пов'язана з кишковою паличкою, яка висівається приблизно у 30-60% випадків. Існує можливість наявності мікробних асоціацій, тобто наявність у посівах сечі двох і більше бактеріальних збудників.

Тубуло-інтерстиціальний 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. Захворювання вперше описане W.Cauncilman в 1889 році як ускладнення скарлатини, а поширення воно набрало пізніше, у зв'язку з упровадженням у клінічну практику сульфаніламідних препаратів у 1946 році. Загальна частота ТІН становить 0,7 на 100000 населення. У найбільших вибірках аутопсій гострий ТІН

знаходили у 1,7%, хронічний ТН - у 0,2% випадків. Як правило, гострий ТН є основною причиною “невідомої ниркової недостатності” із збереженим діурезом і нормальними розмірами нирок. Захворювання нирок з ураженням виключно каналців та інтерстицію становить 20-40 % випадків хронічної ниркової недостатності (ХНН) та 10-25 % стає причиною гострої ниркової недостатності (ГНН). Чоловіки та жінки хворіють на гострий ТН з однаковою частотою при такому розподілі хворих за віком: $1/4 < 20$ років, $1/3 - 20-40$ років, та $1/3 -$ понад 40 років, що свідчить про відсутність вікової градації щодо частоти захворювання. У більшості країн поширеність інтерстиціального нефриту просто невідома, що пояснюється недостатньою обізнаністю лікарів із цією патологією нирок і відсутністю чітких клініко-лабораторних критеріїв для діагностики.

Амілоїдоз – форма білкової дистрофії, при якій в органах та тканинах відкладається аномальний білок –амілоїд. Розрізняють первинний і вторинний амілоїдоз. Первинний амілоїдоз характеризується переважним ураженням м'язів, що супроводжується розвитком тяжкої міастенії з паралічами, атрофією м'язів і трофічними виразками. Але частіше трапляється вторинний амілоїдоз, що розвивається при хронічних захворюваннях, що супроводжуються нагноюванням і (або) розпадом тканин (наприклад, при бронхоектазах, туберкульозі легень, туберкульозі кісток, хронічному остеомієліті і т. ін.). При вторинному амілоїдозі уражаються перш за все нирки, селезінка, наднирники. Клінічно, вторинний амілоїдоз частіше має перебіг за типом амілоїдно- ліпоїдного нефрозу, що призводить до розвитку хронічної ниркової недостатності (ХНН). Проблема амілоїдозу вивчається впродовж більш ніж 100 років. Загадка цього захворювання, при якому можливе ураження будь-яких органів і тканин і, отже, виникнення різноманітної клінічної симптоматики, залишається до кінця не розгаданою і до цього дня. Термін «амілоїд» запропонував в 1853 р. німецький патолог Р. Вірхов для позначення речовини, що відкладається в органах хворих на «сальну хворобу» при туберкульозі, сифілісі, лепрі, яке він помилково порахував схожим на крохмаль із-за характерної реакції з йодом. Дослідження ХХ століття показали, що основу амілоїдної речовини складає білок, а на полісахариди доводиться не більше 4% загальної маси, проте терміни «амілоїд» і «амілоїдоз» закріпилися, у тому числі під впливом наукового авторитету Р. Вірхова. Поширеність амілоїдозу до теперішнього часу вивчена недостатньо. У США частота амілоїдозу варіює від 5,1 до 12,8 випадків на 100 000 населення в рік. У Європі АА-амілоїдоз розвивається у 5% хворих з хронічними запальними захворюваннями; за іншими джерелами, АА-амілоїдоз ускладнює перебіг ревматоїдного артриту в 6-10% випадків. В середньому, доля АА-амілоїдної нефропатії в структурі захворювання нирок складає 2,5 - 2,8%, а в структурі хвороб, що привели до ХНН, - 1% (за даними Європейської асоціації діалізу і трансплантації).

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

II. Мета заняття

Знати: 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. 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. 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. Імуноло-гічне дослідження крові: В- і Т-лімфоцити, субпопуляції Т-лімфоцитів, імуно-глобуліни, 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 бактеріурією; дифдіагноз амілоїдозу;

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

- призначити диференційовану терапію хворому на пієлонефрит, ТІН, амілоїдоз.

Контрольні питання для тестування

1. Які з перелічених показників можуть бути визначені за допомогою ультразвукового дослідження нирок:

- А) величина ниркового кровотоку;
- Б) розміри, форма і локалізація нирок та їх чашечково-мискової системи;
- В) величина ниркового плазмотоку;
- Г) функція ниркових клубочків;
- Д) функція ниркових каналців.

2. Які з перелічених методів дають змогу визначити форму, розміри та локалізацію чашечково- мискової системи:

- А) екскреторна ренографія;
- Б) ізотопна ренографія;
- В) оглядова рентгенографія органів черевної порожнини;
- Г) визначення клуб очкової фільтрації та каналцевої реабсорбції;
- Д) уретроскопія.

3. Що розуміють під терміном «дизурія»:

- А) сечовипускання в нічний час;
- Б) підвищення кількості добової сечі;
- В) зменшення кількості добової сечі;
- Г) неприємні відчуття та болючість при сечовипусканні, порушення ритму сечовипускання;
- Д) порушення співвідношення денного та нічного діурезу.

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 І 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: Нв 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: Нв- 105 г\л; ер. $3,6 \cdot 10^{12}$ \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. Який 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 екскреторній програмі знайдено розширений і деформований чашечко-мисковий апарат обох нирок, більше зліва, порушення їхнього тону. 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 20-й день у хворого виникла гостра ниркова недостатність. Що стало її причиною:

- А) сульфаніламід;
- 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.

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення пієлонефриту.
2. Роль інфекції при запальних захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів.
3. Первинний та вторинний пієлонефрит.
4. Клінічні прояви пієлонефриту.
5. Інструментальні та лабораторні методи діагностики пієлонефриту.
6. Диференційний діагноз пієлонефриту.
7. Ускладнення пієлонефриту.
8. Лікування пієлонефриту.

9. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність при пієлонефриті.
10. Визначення, етіологія, патогенез тубуло-інтерстиціального нефриту.
11. Клінічні прояви тубуло-інтерстиціального нефриту.
12. Критерії діагностики та диференційний діагноз тубуло-інтерстиціального нефриту.
13. Ускладнення тубуло-інтерстиціального нефриту.
14. Лікування тубуло-інтерстиціального нефриту.
15. Невідкладна допомога при гострій нирковій недостатності.
16. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність тубуло-інтерстиціального нефриту.
17. Визначення, етіологія, патогенез амілоїдозу.
18. Класифікація амілоїдозу.
19. Клінічні прояви амілоїдозу нирок.
20. Критерії діагностики амілоїдозу.
21. Диференційний діагноз амілоїдозу.
22. Ускладнення амілоїдозу.
23. Лікування амілоїдозу.
24. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність при амілоїдозі.

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 ПН, ТІН, амілоїдоз нирок	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. 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. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
6. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с. - 82-55.
7. Руководство по нефрологии /под ред. А.И. Дядька, Е.А. Дядык. – К.: Четверта хвиля, 2011. – 598с.

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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
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. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.
11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
12. 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>
13. Протокол надання медичної допомоги хворим на Гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.
14. Протокол надання медичної допомоги хворим на швидкопрогресуючий гломерулонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1659>.
15. 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

Актуальність теми

Гостра ниркова недостатність (ГНН) — гостре порушення фільтраційної, екскреторної та секреторної функцій нирок, що приводить до олігоанурії, гіперазотемії та порушенню водно-електролітної і кислотно-лужної рівноваги. Разом з терміном «ГНН» використовується термін «гостре пошкодження нирок». Синдром ГНН розвивається частіше в лікарняних, ніж в домашніх умовах і зустрічається з частотою близько 200 випадків на 1 млн. населення. Смертність внаслідок ГНН висока: від 36% до 86% залежно від її етіології і віку пацієнта. У відповідність із загальноприйнятою класифікацією ГНН залежно від рівня пошкодження підрозділяється на наступні етіологічні форми: преренальну (гемодинамічну), обумовлену гострим порушенням ниркового кровообігу; ренальну (паренхіматозну), викликану ураженням паренхіми нирок; постренальну (обструктивну), викликану гострим порушенням відтоку сечі. Залежно від добової кількості сечі ГНН може бути олігуричною (менше 500 мл) і неолігуричною (більше 500 мл). З 2003 р. існує класифікація ГНН, запропонована Робочою групою за якістю гострого діалізу (Acute Dialysis Quality Initiative – ADQI). У відповідність з цією класифікацією виділено 5 класів (RIFLE) залежно від діурезу, швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ) і рівня креатиніну плазми, причому віднесення до класу проводиться по якнайгіршому показнику з цих трьох маркерів. Близько 90% всіх випадків ГНН викликані

порушеннями ниркової гемодинаміки і екзогенними інтоксикаціями. В останнє десятиріччя ГНН все частіше стає не моноорганною патологією, а складовою синдрому поліорганної недостатності, несприятливо впливаючи на смертність хворих.

Хронічна ниркова недостатність (ХНН) — патологічний симптомокомплекс, обумовлений різким зменшенням числа і функції нефронів, що приводить до порушення екскреторної та інкреторної функції нирок, гомеостазу, розладу всіх видів обміну речовин, кислотно-лужної рівноваги, діяльності всіх органів і систем. Число хворих, страждаючих ХНН, складає приблизно 150-200 на 1 млн населення. Нирки мають великі компенсаторні можливості: при загибелі до половини від всіх нефронів немає ніяких клінічних проявів, затримка продуктів азотистого обміну відбувається тільки тоді, коли залишається 30% функціонуючих нефронів. Якщо залишається менш десятій частині нефронів від їх кількості до захворювання, настає термінальна стадія ХНН. Ще декілька десятиліть тому основними причинами ХНН були первинно ниркові захворювання – гломерулонефрит, пієлонефрит, полікістоз нирок та ін., проте останнім часом в структурі термінальної ниркової недостатності (ТНН) як в США, так і в Європі почали переважати цукровий діабет і артеріальна гіпертензія. Збільшилася також частота лікарських нефропатій, причому ліки можуть мати не тільки пряму нефротоксичність, але й викликати ураження нирок за допомогою алергічних та інших механізмів. В цілому частота ХНН складає близько 2,8 випадків на 100000 населення.

Кінцевим результатом прогресування хронічних захворювань нирок є формування ХНН. У 2002 р. в межах співпраці National Kidney Foundation (NKF, США) експертами (нефрологами, дитячими нефрологами, епідеміологами, спеціалістами з клінічної лабораторної діагностики, дієтології, геронтології, соціального захисту та сімейної медицини) був досягнений консенсус і визначене поняття – хронічне захворювання нирок (ХЗН), критерії якого подані в табл.1.

Таблиця 1 – Критерії визначення хронічного захворювання нирок

Критерії	Характеристики
1	Ураження нирок тривалістю ≥ 3 міс., проявами якого є структурні або функціональні порушення органу з/без зниження ШКФ*. Ураження маніфестує: -патоморфологічними змінами ниркової тканини; -змінами у крові або сечі
2	ШКФ* < 60 мл/хв/1,73 м ² тривалістю більше 3 місяців, за відсутності інших ознак ураження нирок

Примітка: ШКФ* - Швидкість клубочкової фільтрації

Також була запропонована класифікація ХЗН. Залежно від показників ШКФ було виділено 5 стадій ХЗН.

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

Мета заняття

Знати: Визначення. Етіологічні фактори. Патогенез уражень органів та систем, їх клінічні прояви. Поняття “хронічна хвороба нирок”. Класифікація. Клініка та зміни лабораторних показників залежно від стадії. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування на різних стадіях. Нирково-замісна терапія: гемодіаліз, трансплантація нирок. Показання та протипоказання до нирково-замісної терапії, ускладнення. 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. Пацієнт 55 років скаржиться на загальну слабкість, зменшення сечовиділення, свербіж шкіри. Протягом 15 років страждає на хронічний пієлонефрит. Об'єктивно: шкіра суха, із жовтуватим відтінком. Пульс 80 за 1хв, ритмічний, АТ 100/70 мм рт.ст. При аускультатії тони серця глухі, вислуховується шум тертя перикарда. Креатинін крові 1,1 ммоль/л; клубочкова фільтрація 5 мл/хв. Яке лікування показано хворому:

- | | |
|--------------------|----------------|
| А. Антибіотики; | Г. Гемодіаліз; |
| Б. Ксиліт, сорбіт; | Д. Сечогінні? |
| В. Реополіглюкін; | |

2. Пацієнт 40 років унаслідок полікістозу нирок страждає на хронічну ниркову недостатність. Об'єктивно: АТ 180/110 мм рт.ст.; креатинін сироватки крові 180 мкмоль/л; К⁺ 5,2 ммоль/л. Чого із переліченого не слід призначати хворому:

- А. Програмного гемодіалізу;
Б. Дієти із зменшенням кількості білка;
В. Сечогінної терапії;
Г. Гіпонатрієвої і гіпокалієвої дієти;
Д. Антигіпертензивної терапії?

3. Госпіталізовано пацієнта 28 років, в якого діагностовано анасарку, кількість сечі за минулу добу 50 мл, протеїнурія 8 г/л. З яким синдромом госпіталізовано пацієнта:

- | | |
|----------------------------------|---------------------------|
| А. Гостра ниркова недостатність; | Г. серцева недостатність; |
| Б. Сечовий; | Д. Нефротичний? |
| В. набряковий; | |

4. Дієта хворих із нефротичним синдромом без порушення азотовидільної функції передбачає:

- А. Обмеження білка до 50-60 г на добу;
Б. Обмеження легкозасвоюваних вуглеводів;
В. Обмеження кухонної солі;
Г. Обмеження білка до 20 г на добу?

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. Хворий 46 років 9 років страждає на хронічний гломерулонефрит. АТ 190/120 мм рт.ст. Креатинін у сироватці крові 770 мкмоль/л, сечовина крові 28 ммоль/л, клубочкова фільтрація 5 мл/хв. Яка лікувальна тактика показана для цього хворого:

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| А. Гемодіаліз | Г. Плазмаферез |
| Б. Перитонеальний діаліз | Д. Гемофільтрація? |
| В. Гемосорбція | |

7. Хворий 36 років звернувся зі скаргами на головний біль, нудоту, набряки на гомілках. У статіонарі було встановлено діагноз хронічного гломерулонефриту з хронічною нирковою недостатністю. Який препарат із протиназотемічною дією можна рекомендувати хворому:

- А. Гіпотіазид
Б. Фуросемід
В. Леспенефрил
Г. Преднізолон
Д. Спіронолактон?

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. Різка зменшення об'єму циркулюючої крові;
В. Обструкція сечовивідних шляхів каменем;
Г. Тромбоз і емболії ниркових артерій.

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

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

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на гостру та ХНН	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. 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. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
6. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с. - 82-55.
7. Руководство по нефрологии /под ред. А.И. Дядыка, Е.А. Дядык. – К.: Четверта хвиля, 2011. – 598с.

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. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik 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. 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.
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. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. : Ю. М. Мостового. – 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : Державна картографічна фабрика, 2012. – 575 с.
11. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.
12. 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>
13. Протокол надання медичної допомоги хворим на Гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.
14. Протокол надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1660>.

Тема 22. Ожиріння та його наслідки. Діагностика та лікування людей похилого віку

Кількість годин: 4

Актуальність теми

Незважаючи на спроби в останнє десятиліття боротися з підвищеним рівнем захворюваності, ожиріння залишається однією із найскладніших проблем громадського здоров'я 21 століття. На сьогодні понад 2 млрд людей мають надлишкову вагу. Виявилося, що у світі приблизно 640 мільйонів чоловіків та жінок мають надмірну вагу, із них 266 мільйонів – це чоловіки та 375 мільйонів – жінки. Найповнішими виявилися громадяни Китаю та США. Однак саме Сполучені Штати потрапили на перше місце за кількістю людей, котрі мають високу ступінь ожиріння. В Україні на ожиріння страждає 22,1% населення. Для порівняння, у Великобританії цей показник становить 28,4% для жінок та 26,2% для чоловіків, і є найгіршим у Європі. Загалом показник ожиріння у країнах Західної Європи коливається від 20 до 24%. У 2025 році, передбачають дослідники, українці досягнуть рівня 25,9% ожиріння населення. Ситуація лише погіршується, тож у 2025 році п'ята частина населення Землі буде мати надмірну вагу, стверджують вчені. Уряди багатьох країн закликають вжити максимальних заходів, щоб виконати своє зобов'язання зупинити зростання ожиріння до 2025 року.

Ожиріння – хронічне рецидивуюче мультифакторне захворювання, яке пов'язане з генетичними, соціальними факторами, способом життя, нейроендокринними порушеннями, певним типом обміну речовин і характеризується підвищеним відкладанням жиру та збільшенням маси тіла, коли надходження енергії в організм з їжею перевищує енергетичні трати організму. За даними ВООЗ, у країнах Європи, близько 50% населення має надлишкову масу тіла, а 30% - явне ожиріння. З надмірною масою тіла виразно пов'язано багаторазове підвищення ризику і частоти артеріальної гіпертензії, інсуліннезалежного цукрового діабету, атеросклерозу та ішемічної хвороби серця, жовчно-та сечокам'яній хворобі. Ожиріння значно зменшує тривалість життя: у середньому від 3-5 років при невеликому надлишку маси тіла до 15 років при вираженому ожирінні. У той же час число осіб з ожирінням прогресивно збільшується (кожні 10 років на 10%). Настільки інтенсивне зростання числа хворих пов'язане зі способом життя, демографічними, соціально-культурними, біологічними причинами.

Стандартизований за віком показник поширеності надлишкової маси тіла становить 35% серед чоловіків і 24% – серед жінок. З віком незалежно від статі частота цього показника зростає. Крім того, 15% чоловіків і 28% жінок, що проживають у місті, страждають на ожиріння. Отже, проблеми з вагою наявні у більшій половині дорослого населення України незалежно від статі, причому поширеність ожиріння серед жінок майже в 2 рази вища, ніж у чоловіків. Щороку від ускладнень ожиріння помирає приблизно 300 000 осіб. Встановлено, що зі збільшенням частоти ожиріння пов'язане і зростання захворюваності на ІХС (майже вдвічі), артеріальну гіпертензію, цукровий діабет 2-го типу, рак товстої кишки та ендометрію. Таким чином, проблема ефективної діагностики та лікування ожиріння є актуальною і потребує детального вивчення.

Населення планети стрімко старіє. За даними ВООЗ до 2050 р. кількість осіб літнього віку у світі збільшиться до 38%, і швидко настане період, коли такі люди переважатимуть у загальній популяції. У країнах ЄС очікувана тривалість життя чоловіків становить 74 – 77 років, жінок 80 – 82 роки. Стан здоров'я й особливості захворюваності в людей похилого і літнього віку обумовлені підвищенням кількості хронічних хвороб. За даними ВООЗ у понад 40% осіб віком 50-65 років виявляють 4-5 хвороб, а у 66% людей віком понад 75 років – їх уже більше 5. Захворюваність в похилому віці (60 – 74 роки) майже в 2 рази вища, а в старечому (75 років і більше) – у 6 разів вища, ніж у осіб молодого віку. Україна належить до демографічно старих країн світу. Частка населення 60 років і старших становить 20,3 %. За даними ВООЗ вже до середини нинішнього сторіччя очікується збільшення цього показника в Україні до 38,1 %, а частка людей 80 років і старших збільшиться в 3,5 рази. З постарінням населення тісно пов'язане збільшення розповсюдженості вік-залежної патології, особливо хвороб системи кровообігу, які посідають перше місце за поширеністю, зумовлюють більше половини всіх випадків смерті та третину випадків інвалідності. Лікування хворих похилого віку нерідко становить доволі непросте завдання, оскільки воно ускладнене великою кількістю супутніх хвороб, необхідністю призначати багато лікарських препаратів (поліпрагмація), соціальними

факторами (самотність, безпорадність, бідність), когнітивними дисфункціями, низькою здатністю до навчання і відсутністю звикання до постійного прийому лікарських препаратів (низький комплайнс). Перебіг більшості хвороб у похилому віці характеризується швидким погіршенням стану, частим розвитком ускладнень, які викликані як хворобою, так і нерідко лікуванням, що проводилося.

У ХХІ столітті проблема цукрового діабету (ЦД) набула масштабів глобальної епідемії, що стосується населення всіх країн світу, національностей і всіх вікових груп. Найбільш швидкими темпами збільшується чисельність хворих на ЦД старшого покоління (65 років і старше). За даними третього перегляду національного реєстру США поширеність ЦД 2 типу становить приблизно 8% у віці 60 років і досягає максимальних значень (22-44%) віком старше 80 років. Аналогічні тенденції спостерігаються і в нашій країні. Такий значний приріст поширеності ЦД у осіб похилого віку пов'язаний із цілою низкою особливостей, що характеризують фізіологічні зміни метаболізму вуглеводів під час старіння організму.

Мета заняття

Знати: Актуальність проблеми. Методику збору скарг, анамнезу, проведення об'єктивного обстеження пацієнта із ожирінням та можливість їх оцінювати. Методи розрахунку надлишкової ваги та визначення ожиріння. Класифікація ожиріння. Основні принципи лікування, первинної та вторинної профілактики, реабілітації пацієнтів із ожирінням, враховуючи етіологію, супутні захворювання та ускладнення, сучасні стандарти діагностики й лікування, дані доказової медицини. Параметри безпеки основних препаратів для лікування й профілактики ожиріння, враховуючи особливості клінічного перебігу та супутні захворювання. Сучасні підходи до дієтичного та медикаментозного лікування. Роль баріатричної хірургії.

Особливості обміну речовин у похилому віку. Частоту коморбідної патології у людей похилого віку. Особливості дії ліків на організм похилої людини. Особливості діагностики та лікування у похилому віці.

Вміти:

- зібрати анамнез захворювання, провести його аналіз;
- провести клінічне обстеження хворих з ожирінням, виділити основні синдроми та симптоми;
- провести клінічне обстеження хворих похилого віку;
- 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, серця.
- ґрунтуючись на обстеженні хворого, сформулювати остаточний клінічний діагноз і скласти індивідуальний план лікування;
- призначити диференційовану терапію хворому.

Контрольні питання для тестування:

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

- | | |
|-------------------|------------|
| A. $W \times H/2$ | B. W/H^2 |
| B. $W \times H^2$ | Г. $W/2H$ |

2. Перевагу яким β -блокаторам надають при лікуванні артеріальної гіпертензії при метаболічному синдромі:

- | | |
|----------------|---------------|
| A. Анаприлін; | Б. Атенолол; |
| В. Бісопролол; | Г. Небіволол. |

3. Який індекс маси тіла ($\text{кг}/\text{м}^2$) відповідає II ступеню ожиріння?

- | | |
|---------------|---------------|
| A. 2,0-29,9; | Б. 18,5-24,9; |
| В. 30,0-34,9; | Г. 35,0-39,9. |

4. Дисліпідемія при ожирінні має наступні особливості:

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

5. 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

6. Серед населення старше 60 років цукровий діабет II типу складає:

А. 10%;

Б. 20%;

В. 15%;

Г. 25%.

7. До факторів ризику серцево-судинних захворювань у людей похилого віку належить:

А. Рівень глюкози плазми натще 5,6-6,9 ммоль/л;

Б. Порушений тест толерантності до вуглеводів;

В. Вживання спиртних напоїв;

Г. Відсутність замісної гормональної терапії у жінок.

8. Вікові зміни ендокриної системи у людей похилого віку полягають у:

А. Зниженні концентрації в плазмі реніну, альдостерону

Б. Підвищенні синтезу та елімінації тироксину

В. Зниженні концентрації АДГ

Г. Підвищенні концентрації тестостерону в крові

Д. Збільшення всмоктування і синтезу вітаміна Д

9. Вікові зміни серцево-судинної системи у людей похилого віку полягають у, крім:

А. Зниженні автоматизму синусового вузла

Б. Зниженні чутливості каротидних рецепторів

В. Зниженні чутливості β -адренорецепторів

Г. Зниженні піддатливості артерій

Д. Зниженні систолічного АТ

10. Основні принципи призначення лікарських препаратів хворим похилого віку:

А. Лікування починають із максимальних доз препаратів, знижуючи їх у подальшому

Б. Лікування починають із малих доз препаратів, повільно підвищуючи їх до мінімально ефективної

В. Рекомендується доночасне призначення кількох препаратів

Г. Наполягати на самоконтролі при прийомі медикаментів пацієнтом.

Відповіді на контрольні питання:

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

Основні теоретичні питання теми

1. Актуальність проблеми.
2. Етіологія і патогенез різних форм ожиріння.
3. Методи розрахунку надлишкової ваги та визначення ожиріння.
4. Класифікація ожиріння: форма, ступінь, стадія.
5. Клінічні варіанти перебігу захворювання.
6. Діагноз. Диференційний діагноз різних форм ожиріння (трактування антропометричних, лабораторних, рентгенологічних, гормональних досліджень).
7. Основні медичні наслідки ожиріння - метаболічний синдром, цукровий діабет, серцево-судинні та гастроентерологічні захворювання.
8. Лікування ожиріння:
 - а) Дієтотерапія;
 - б) Медикаментозне лікування;
 - в) Хірургічні методи лікування;
 - г) Фізіотерапевтичні методи лікування;
 - д) Санаторно-курортне лікування.

9. Профілактика ожиріння, диспансерний нагляд за хворими на ожиріння.
10. Особливості обміну речовин у похилому віку.
11. Частота коморбідної патології у людей похилого віку.
12. Особливості дії ліків на організм похилої людини.
13. Особливості діагностики хвороб у похилому віці.
14. Особливості лікування у похилому віці.

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 ожирінням та людей похилого віку	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. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
7. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
8. Ендокринологія : підручник / П. М. Боднар, Г. П. Михальчишин, Ю. І. Комісаренко [та ін.]; за ред. П. М. Боднара. - 4-те вид., оновл. та доп. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 456 с.
9. 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.
10. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.
11. Мелеховець О.К. Ендокринологія [Електронний ресурс] : конспект лекцій для студ. спец. 222 "Медицина" та лікарів-інтернів і клінічних ординаторів денної форми навчання / О. К. Мелеховець. – Електр. вид. каф. Сімейної медицини з курсом дерматовенерології. — Суми : СумДУ, 2020. – 338 с.
12. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.

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

14. Ревматологія: навч. посіб. / В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, О. С. Погорєлова та ін. ; за заг. ред. Л.Н. Приступи, Г.А. Фадєєвої. – Суми : СумДУ, 2019. – 235 с.

15. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. /І. О. Дудченко, Г. А. Фадєєва, В. В. Качковська, О. В. Орловський ; за заг. ред. Л.Н. Приступи. – Суми : СумДУ, 2019. – 55 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. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 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.

4. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посібник / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могилюк [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с. + Гриф МОЗ.

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

6. Внутрішня медицина: підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, – 2015. 328 с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

8. Актуальні питання геронтології і геріатрії у практиці сімейного лікаря : навч. посіб./Ю. В. Вороненко, О. Г. Шекера, Л. А. Стаднюк та ін. ; за ред. : Ю. В. Вороненка, О. Г. Шекери, Л. А. Стаднюка. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2015. – 530 с.

9. Лікування коморбідного стану - артеріальної гіпертензії в поєднанні зі стабільною ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом [Текст]: методичні рекомендації/Н. М. Середюк, І. П. Вакалюк, В. Н. Середюк [та ін.]. – Івано-Франківськ: Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 16 с.

10. Особливості фармакотерапії ішемічної хвороби серця на тлі супутніх цукрового діабету 2-го типу та анемії в осіб літнього та старечого віку [Текст]: методичні рекомендації/М. Ю. Коломоєць, О. С. Хухліна, Н. Д. Павлюкович [та ін.]. - К.: Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2016. - 20 с.

11. Внутрішня медицина: poradnik 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.

12. Наказ МОЗ України від 21.12.2012 № 1118 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 2 типу». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20121221_1118.html

13. Наказ МОЗ України від 29.12.2014 № 1021 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих». Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1021_CD1_dor/2014_1021_nakaz_CD1_dor.pdf

14. Сахарный диабет: новые стандарты медицинской помощи Американской диабетической ассоциации 2018 года. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/126714/saharnyj-diabet-novye-standarty-meditsinskoj-pomoshhi-amerikanskoj-diabeticheskoy-assotsiatsii-2018-goda>

**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. Основними принципами організації терапевтичної допомоги у воєнний час є такі: надання терапевтичної допомоги пораненим та хворим та початок інтенсивної терапії в стислі терміни; концентрація сил та засобів терапевтичної служби в необхідному напрямку і в необхідний момент; нарощування терапевтичних заходів на етапах медичної евакуації; евакуація ураженого, пораненого або хворого у лікувальний заклад за призначенням, де буде надана повна терапевтична допомога з наступним лікуванням до одужання; активне використання санітарної авіації як найшвидшого засобу транспортування уражених і хворих до лікувальних закладів; спеціалізація терапевтичної допомоги, лікування і реабілітації поранених, уражених та хворих; контролювання просування уражених та хворих по етапах медичної евакуації; ведення єдиної визначеної документації звітності та обліку; використання автоматизованої системи управління лікувально-евакуаційним забезпеченням військових сил, координації та комп'ютерного моніторингу за безпечним та вчасним просуванням уражених та хворих по етапах медичної евакуації. Найважливішим організаційним елементом сучасної системи лікувально-евакуаційних заходів є медичне сортування, основи якого розробив видатний хірург М. І. Пірогов. Значення медичного сортування безсумнівно зростає в умовах війни з застосуванням зброї масового ураження. Медичне сортування - це розподіл потоку поранених і хворих на групи за ознакою потреби в однорідних профілактичних та лікувально-евакуаційних заходах відповідно до медичних показань, встановленим обсягом допомоги на даному етапі і прийнятим порядком евакуації. Надання терапевтичної допомоги і лікування уражених, поранених та хворих в особливий період здійснюється в медичних ротах і в лікувальних закладах, що розгортаються в певній послідовності на шляхах евакуації. Етап надання терапевтичної допомоги - це засоби та сили терапевтичної військової служби (госпіальні відділення медичних рот і лікувальні заклади), що розгортаються на шляхах медичної евакуації для прийому, сортування поранених, хворих і уражених, надання їм терапевтичної допомоги, лікування і підготовки до подальшої евакуації тих з них, хто цього потребує.

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 проводять оперативно із урахуванням їх масштабів та характеру. Зважаючи на вищезазначене, актуальним питанням внутрішньої медицини є правильна організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при НС мирного часу, яка передбачає здійснення низки організаційних, лікувальноевакуаційних, санітарногігієнічних, протиепідемічних заходів.

Про постійне переваження терапевтичної патології в структурі санітарних втрат свідчить досвід війн останніх десятиліть. Наприклад, втрати радянських військ хворими в Афганістані склали 89% усіх санітарних втрат. Це асоційовано зі збільшенням інфекційної, нервово-психічної, захворюваності, зростанням числа соматичних хвороб із переваженням серед останніх патології органів дихання, шлунково-кишкового тракту і серцево-судинної системи.

Сучасні особливості бойової терапевтичної патології вимагають необхідності іншого підходу до організації надання терапевтичної допомоги, і найважливішими питаннями будуть:

удосконалювання само- і взаємодопомоги, способів сортування уражених, впровадження безголкових методів введення ліків і експрес-методів діагностики.

Мета заняття

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.

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;

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

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.
- Б. 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.
- Б. 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 в лікувальні заклади з метою своєчасного і 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. Які пацієнти складають групу нетранспортабельних:

- А. З гострою серцево-судинною недостатністю.
- Б. З важкими порушеннями серцевого ритму і провідності.
- В. Які знаходяться у комі.
- Г. Усі відповіді – вірні.
- Д. Правильні відповіді – А, В.
- Е. Правильні відповіді – Б, В.

Відповіді на контрольні питання: 1 - Е, 2 - Б, 3 - А, 4 - Д, 5 - Г, 6 - Е, 7 - Б, 8 - А, 9 - А, 10 - 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. Які заклади розгортають відповідні етапи надання терапевтичної допомоги?
5. Медична евакуація: визначення, особливості проведення.
6. Групи санітарних втрат терапевтичного профілю.
7. Медичне сортування: визначення, види, принципи, вимоги до проведення.
8. Класифікація груп постраждалих залежно від ступеня потреби у медичній допомозі, черговості і місці її надання, виду транспортування.
9. Основні принципи розподілу постраждалих на сортувальні групи.
10. Які види медичної документації заповнюються на етапах медичної евакуації?

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	10	Тести		Навчальна кімната
2	Розгляд та обговорення теми. Вирішення ситуаційних задач	50	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список рекомендованої 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. 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.
3. 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.
4. Організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуаціях мирного часу. Навчально-методичний посібник до практичних занять з внутрішньої медицини (військова терапія) для студентів 5 курсу медичних факультетів. Кафедра внутрішніх хвороб № 2 / Візір В.А., Заїка І.В. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 66с.
5. Організація терапевтичної допомоги у воєнний час та при надзвичайних ситуаціях мирного часу: методична розробка для студентів ВМНЗ. – К.: УВМА, 2014. – 13 с.
6. Наказ МОЗ України від 18.05.2012 р. № 366 «Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації».
7. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 р. № 34 «Медичне сортування. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах».

Тема 24. Радіаційні ураження. Клінічна характеристика іонізуючих випромінювань. Патогенез променевої хвороби. Клінічна класифікація радіаційних уражень, гострої променевої хвороби. Поняття про променеву травму, надання медичної допомоги на етапах медичної евакуації

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Актуальність проблеми пов'язана не тільки з несприятливим впливом радіоактивного випромінювання на організм професіоналів-працівників, які в процесі трудової діяльності система-тично піддаються додатковому опроміненню, а й з вивченням наслідків радіоактивного зараження місцевості. Ареал забруднення радіонуклідами досить великий внаслідок вибуху на Чорнобильській АЕС. Крім того, мають місце випадки порушення техніки безпеки при роботі з радіоактивними речовинами, що призводить до виникнення патологічних змін у цивільного населення.

Радіоактивне випромінювання чинить несприятливий вплив на організм. За останні десятиліття людина навчилася використовувати енергію атома як з метою лікування, так і для створення атомної зброї та виробництва енергії. Усе вищезазначене призвело до збільшення дози опромінення як окремих людей, так і населення планети загалом. Вважається, що при великих дозах радіація викликає серйозні ураження тканин, а при малих може викликати рак і індукувати генетичні дефекти. Радіаційне (променеве) ураження - ушкодження органа, тканини або системи органів, спричинене дією іонізуючого випромінювання. Іонізуюче випромінювання – це випромінювання невидимих радіоактивних променів, які при взаємодії з речовиною

передають їй енергію, яка прямо чи опосередковано викликає іонізацію її атомів або молекул. Всі випромінювання поділяються на два класи: корпускулярні і електромагнітні (фотонні). Кожний вид випромінювання має певні властивості. Променева патологія є розвитком первинних і вторинних механізмів ураження клітин і тканин організму. Наслідки впливу іонізуючої радіації на організм такі: нестохастичні, детерміновані (соматичні), стохастичні (недетерміновані), соматично-стохастичні (недетерміновані)

Гостра променева хвороба (гострий радіаційний синдром) - це захворювання, яке виникає після відносно рівномірного одноразового, повторного, чи пролонгованого (від декількох годин до 3-10 діб) опромінення всього тіла чи більшої його частини іонізуючим випромінюванням (γ -, рен-тгенівські промені, нейтрони) в дозі, що перевищує 1 Гр. У зв'язку з неоднаковим радіаційним ураженням різних тканин при зовнішньому відносно рівномірному опроміненні виявляється залежність ураження тієї або іншої системи (критичний орган) від сумарної поглинутої дози опромінення. Це зумовлює певну різноманітність клінічних форм ураження. Важливою ланкою в патогенезі радіаційних уражень є розвиток інтоксикації, внаслідок якої порушується функція органів і систем, формуються синдроми, властиві радіаційному ураженню. Найбільш чітко вони проявляються при гострій променевої хворобі середнього і важкого ступеня: спустошення кровотворних органів, геморагічні прояви, радіаційні ускладнення, дистрофічні зміни в органах і тканинах, порушення репаративних процесів, мутагенні і генетичні прояви. Відповідно до умов опромінення можливий розвиток основних клінічних форм променевих уражень людини: гостра променева хвороба; хронічна променева хвороба; місцеві радіаційні ураження; поєднані радіаційні ураження; комбіновані радіаційні ураження. Вказані клінічні форми радіаційних уражень мають, в свою чергу, певні особливості перебігу, які, насамперед залежать від виду, часу дії і розташування джерела іонізуючого випромінювання. Залежно від величини дози гострого опромінення можливе виникнення гострої променевої реакції або гострої променевої хвороби.

Променева (радіаційна) травма – це патологічні зміни в організмі під впливом іонізуючого випромінювання. Радіаційні ураження (загальні і місцеві) можуть виникати у великої кількості людей при застосуванні ядерної зброї, при техногенних катастрофах (аваріях на ядерних об'єктах).

Променева травма проявляється загальними (променева хвороба) і місцевими (променеві опіки) ураженнями. Заходи базового рівня медичної допомоги (першої медичної і долікарської) спрямовані на усунення або послаблення початкових ознак променевих уражень, проведення заходів з ліквідації загрозливих для життя факторів та підготовку до евакуації.

Знання наслідків дії іонізуючого випромінювання на організм людини, засобів захисту від нього, удосконалення діагностики зазначеної категорії хворих є необхідними елементами профілактики, лікування та запобігання ускладнень променевої хвороби.

Мета заняття

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 гострої променевої хвороби (ГПХ). Клініка, діагностика кишкової, токсемічної, церебральної форми ГПХ. Особливості радіаційних уражень мирного часу.

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.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

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 період 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: 1 - Б, 2 - Е, 3 - А, 4 - Б, 5 - А, 6 - В, 7 - Б, 8 - В, 9 - Д, 10 – А

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення понять: радіаційне (променеве) 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.
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.
13. Визначте обсяг медичної допомоги на етапах медичної евакуації при радіаційних ураженнях.

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	Розгляд та обговорення теми. Вирішення ситуаційних задач	120	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список рекомендованої 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., Садомов 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. Мясников Г. В. Керівництво з воєнно-польової терапії (спеціальна частина). / [Г. В. Мясников]; М-во оборони України. Військ.-мед. департамент. - Київ: Військ.-мед. департамент МО України, 2015. - 251 с.
7. Горбачова С. В. Методи дослідження та клінічний аналіз мієлограм. Диференційна діагностика анемічних станів [Електронний ресурс]: лекції / С. В. Горбачова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 50 с.

**Тема: 25. Гостра променева хвороба. Кістково-мозкова форма гострої променевої хвороби.
Клініка, діагностика Етапне лікування хворих з гострою променевою хворобою.
Атипові форми гострої променевої хвороби.**

Кількість годин: 2.

Актуальність теми

Актуальність вивчення клінічної проблеми гострої променевої хвороби (ГПХ) для майбутніх лікарів обумовлена у першу чергу небезпекою можливих аварій на атомних виробництвах і можливим застосуванням ядерної зброї під час бойових дій. На території України працюють п'ять АЕС: Чорнобильська, Хмельницька, Запорізька, Рівненська та Південно-Українська. Під час аварій (катастроф) на радіаційно-небезпечних об'єктах, розгерметизації радіоактивних відходів радіаційний бруд може розповсюджуватися на великі території, внаслідок чого є постійна загроза виникнення надзвичайних ситуацій техногенного характеру. Майже 30 років минуло з моменту аварії на Чорнобильській АЕС, але її медичні наслідки залишаються предметом обговорення світової наукової спільноти. За числом потерпілих в результаті аварії на Чорнобильській АЕС Україна займає перше місце серед колишніх республік Радянського Союзу. Внаслідок трагедії на Чорнобильській АЕС 106 чоловік перенесли гострий радіаційний синдром (ГРС) різного ступеня тяжкості, а 28 хворих померли в гострому періоді променевої хвороби. Після атомного бомбардування японських міст Хіросіми і Нагасакі жодна радіаційна аварія в світі не призводила до такої кількості потерпілих, зокрема тих, у кого розвинувся ГРС.

Гостра променева хвороба - це полісиндромне ураження організму, пов'язане із зовнішнім короткотривалим відносно рівномірним впливом іонізуючого випромінювання на весь організм або більшу його частину в дозі перевищує 1 Гр при обов'язковій наявності ознак пригнічення кровотворення і обмеження часу реалізації основних патологічних зрушень терміном в 2-3 місяці. Кістково-мозкова (гемопоетична) форма гострої променевої хвороби виникає після відносно рівномірного опромінення в дозі 1-10 Гр. В її основі лежить недостатність кісткового мозку, що проявляється інфекційними ускладненнями, кровоточивістю, анемією. Вона може мати 4 ступені тяжкості перебігу. 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.

Клінічна проблема гострої променевої хвороби обумовлена збереженням загрози військового конфлікту з застосуванням ядерної зброї в зв'язку з політичною нестабільністю на земній кулі. У багатьох регіонах світу спостерігається міждержавне суперництво, що загрожує спалахом локальних війн і воєнних конфліктів, які здебільшого можуть мати форму збройного протистояння. Лікування уражених іонізуючим випромінюванням на етапах медичної евакуації здійснюється відповідно до основних напрямів терапії ГПХ з урахуванням інтенсивності потоку уражених, прогнозу для життя, штатних і табельних можливостей етапів. Сучасна протипроменева терапія виявляється неефективною при вкрай тяжких формах і при IV ступеню гемопоетичної форми ГПХ. Однак смертельні наслідки при цих формах настають не відразу, а через кілька годин (церебральна форма) або добу (IV ступінь тяжкості гемопоетичної форми, гастроінтестинальна, нейросудинна форми), і зосередження зусиль медичного персоналу на проведенні лікувальних заходів таким ураженим за рахунок обмеження і зниження обсягу і якості допомоги хворим із гемопоетичною формою ГПХ I-III ступеня не може вважатися правомірним. Основні зусилля мають бути спрямовані на лікування перспективних хворих, хворим же з вкрай тяжкими формами хвороби слід проводити симптоматичне лікування, спрямоване на полегшення страждань. Уражені з ГПХ I ступеня після купірування первинної реакції залишаються в строю або повертаються в стрій; вони підлягають госпіталізації лише в періоді розпалу, тобто через місяць після опромінення. Хворих на ГПХ II-IV ступеню, а також з вкрай тяжкими формами слід госпіталізувати з моменту встановлення діагнозу.

До атипових форм ГПХ відносять комбіновані, поєднані радіаційні ураження, променеву хворобу при нерівномірному опроміненні, місцеві радіаційні ураження і променеву хворобу від внутрішнього радіоактивного зараження (внутрішнього опромінення). Важливим завданням практикуючих лікарів є своєчасне виявлення ранніх ознак захворювань, типової та атипової клінічної симптоматики в осіб, які контактують з іонізуючим випромінюванням.

Мета заняття

Знати: Визначення. Принципи патогенетичного лікування гострої променевої хвороби з урахуванням провідних проявів захворювання. Класифікація кістково-мозкової форми ГПХ. Особливості клінічної картини в різні періоди перебігу захворювання. Диференціально-діагностичні критерії ступенів тяжкості захворювання. Визначення загрожуючих життю станів у кожному періоді 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 опроміненні, 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.

Вміти:

- зібрати анамнез, провести його аналіз;
- визначити форму та ступінь тяжкості ГПХ;
- визначити діагностичні критерії атипових форм ГПХ;
- здійснити диференційну діагностику ГПХ та атипових форм ГПХ;
- провести клінічне обстеження хворих на ГПХ;
- розробити алгоритм ведення пацієнта із кістково-мозковою формою 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.

Контрольні питання для тестування

1. Які виділяють періоди ГПХ:

- А. Початковий або період загальної первинної реакції на опромінення.
- Б. Латентний (прихований) або період уявного клінічного благополуччя.
- В. Період розпаду 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.

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

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

3. 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.

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

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

5. Для якого ступеня тяжкості кістково-мозкової форми ГПХ характерний виражений головний біль:

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

6. Для якого ступеня тяжкості кістково-мозкової форми ГПХ характерна адинамія:

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

7. Найбільш поширений і ефективний антиоксидант для лікування ГПХ:

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

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

- А. Переливання еритроцитарної маси.
Б. Переливання тромбоцитарної маси.
В. Введення амінокапронової кислоти.

9. 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.

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: 1 - Ж, 2 - Б, 3 - А, 4 - В, 5 - В, 6 - Г, 7 - Г, 8 - Б, 9 - Г, 10 – А

Основні теоретичні питання теми

1. Назвіть відмінності між гострою променевою реакцією та гострою променевою хворобою.
2. Наведіть найважливіші синдроми ГПХ.
3. Принципи патогенетичного лікування ГПХ.
4. Класифікація кістково-мозкової форми ГПХ за ступенем тяжкості.
5. Основні синдроми кістково-мозкової форми ГПХ.
6. Методи діагностики кістково-мозкової форми ГПХ.
7. Диференційна діагностика кістково-мозкової форми ГПХ.
8. Обсяг медичної допомоги ураженим іонізуючим випромінюванням на етапах медичної евакуації.
9. Суть першої, долікарської, першої лікарської, кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги.
10. Класифікація атипичних форм ГПХ.
11. Особливості клінічної картини ГПХ при зовнішньому нерівномірному, внутрішньому, поєднаному опромінюванні.
12. Симптоматика ГПХ за наявності комбінованих радіаційних, нейтронних уражень.
13. Ключові аспекти впливу на організм людини тривалого опромінювання невеликими дозами.
14. Профілактика ГПХ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	10	Тести		Навчальна кімната
2	Розгляд та обговорення теми. Вирішення ситуаційних задач	50	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список рекомендованої 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. – 136с.
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.

Тема 26. Захворювання внутрішніх органів при бойовій хірургічній травмі та травмах в умовах катастроф та аварій мирного часу. Ускладнення. Профілактика та етапне лікування.

Кількість годин: 4.

Актуальність теми

Різноманітні види травм є своєрідним «первинним ефектом» патологічного процесу, що охоплює цілісний організм. Еволюція раневого процесу детермінує розвиток причинно зумовленої нею хвороби, що складають її симптоми і синдроми. Закономірності перебігу цієї хвороби, взаємозв'язок місцевих і загальних її проявів цілком виправдовують уявлення про неї як своєрідну нозологічну форму «травматична», «ранева», «опікова» хвороба. Багато істотних компонентів цього процесу мають подібні загальнобіологічні патогенетичні механізми (шок, сепсис, токсемія, виснаження й ін.). Проте конкретні клінічні прояви раневої хвороби при різноманітних видах травми характеризуються великою розмаїтістю, навіть специфічністю. Необхідно підкреслити, що мова йде не про «захворювання у поранених», а про закономірні у своїй різноманітності прояви єдиної травматичної хвороби (у тому числі і її особливому виді - опікової хвороби) у їх складних патогенетичних взаємовідносинах з «первинним афектом» - раною. Виділення клінічних синдромів для характеристики посттравматичних змін було вперше застосовано І.В. Давидовським у класифікації наслідків вогнепальної рани, він же запропонував розподіл хвороб у поранених на основі наявності їх патогенетичного зв'язку з раною.

Досвід роботи хірургів і терапевтів в період II Світової війни, війни в Афганістані, в Чечні, а також в мирний час при різних травмах (забої, переломи хребта, кінцівок, пошкодження грудної клітки, черепа та ін.) свідчить про частоту і різноманітність змін з боку внутрішніх органів. При вогнепальній травмі різної локалізації можуть мати місце в різних поєднаннях як загальні (шок, колапс, дихальна недостатність, сепсис та ін.), так і органні змінні (найбільш часто в легенях, серці, нирках). При мінно-вибуховій травмі має місце контактний вплив мінних боєприпасів і неконтактне ураження при знаходженні поряд з розривом міни. Пошкодження від контактного впливу вибуху мінних боєприпасів характеризувалося у всіх випадках відривом кінцівок або вогнепальним подрібненням їх сегментів, масивним руйнуванням м'яких тканин. У 29,6% випадків вказані пошкодження поєднуються із забоем або осколковими пораненнями головного мозку, в 16,7% - одночасно уражалися і внутрішні органи. Особливістю захворювань внутрішніх органів при політравмі є одночасні зміни з боку різних органів і систем, важкість перебігу, ускладнення в діагностиці. Такі особи потребують першочергової невідкладної допомоги. Патогенез ураження внутрішніх органів складний і різноманітний. В генезі їх змін лежать порушення з боку нервової системи, нейроендокринних механізмів, регулюючих діяльність різних систем і органів та ін. Велике значення має також крововтрата, зниження імунітету, вплив несприятливих факторів зовнішнього середовища (перевтома, переохолодження, перегрівання, стрес, гіповітамінози та ін.), особливості клімато-географічного театру воєнних дій. Діагностика захворювань внутрішніх органів у ранених буде ускладнюватися в зв'язку з наявністю ран, опіків, що нерідко маскують клінічну картину та сприяють атиповому перебігу ряду захворювань (пневмонії, захворювання нирок та ін.), та а

зв'язку з важким станом поранених, що ускладнює їх обстеження (мала рухливість, наявність пов'язок та ін.). Серед патологічних змін внутрішніх органів при травмі (вогнестрільній, мінно-вибуховій, механічній) виділяють зміни, що патологічно зв'язані з травмою і зміни, що не мають патологічного зв'язку з травмою.

Мета заняття

Знати: Класифікацію 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.

Опікова хвороба, визначення, класифікація. Патогенез основних клінічних проявів та ускладнень під час різних періодів перебігу захворювання. Типові ускладнення перебігу опікової хвороби, діагностика. Етапне лікування хворих з опіковою хворобою. Особливості лікування опікового шоку.

Визначення синдрому тривалого здавлювання. Патогенез, клінічна характеристика періодів перебігу. Лікування синдрому тривалого здавлювання на етапах медичної евакуації.

Вміти:

- зібрати анамнез, здійснити його аналіз;
- провести лікування захворювань органів травлення, легень, нирок, серцево-судинної системи у поранених;
- визначати глибину і площу опіку;
- провести клінічне обстеження хворих ;
- здійснити діагностику та етапне лікування пацієнтів із опіковою хворобою;
- діагностувати синдром тривалого здавлювання;
- застосовувати основні сучасні засоби терапії синдрому тривалого здавлювання на етапах медичної евакуації

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

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. Яким методом можна визначити площу опікової поверхні?

- А. «Правило девяток».
- Б. «Правило долоні».
- В. Усі відповіді – вірні.

9. До періодів клінічного перебігу опікової хвороби слід віднести:

- А. Опіковий шок.
- Б. Гостра опікова токсемія.
- В. Септикотоксемія.
- Г. Реконвалесценція (одужання).
- Д. Усі відповіді вірні.

10. До постраждалих першої групи слід віднести уражених, :

- А. Яким кваліфікована допомога надається за життєвими показаннями.
- Б. Яким кваліфікована допомога надається у другу чергу.
- В. Яким кваліфікована допомога надається у третю чергу.

Відповіді на контрольні питання: 1 - А, 2 - Г, 3 - В, 4 - Б, 5 - А, 6 - В, 7 - Г, 8 - В, 9 - Д, 10 - 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. Визначення опікової хвороби.
10. Класифікація опіків залежно від глибини ураження, здатності до самостійного загоєння.
11. Ключові ланки патогенезу опікової хвороби.
12. Періоди клінічного перебігу опікової хвороби (опіковий шок, гостра опікова токсемія, септикотоксемія, реконвалесценція).
13. Класифікація основних ускладнень опікової хвороби .
14. Ключові моменти лікування пацієнтів із опіковою хворобою на різних етапах медичної евакуації.
15. Основні аспекти лікування опікового шоку.
16. Синдром тривалого здавлювання: етіологія, патогенез, клініка, класифікація.
17. Лікування синдрому тривалого здавлювання на етапах медичної евакуації.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Розгляд та обговорення теми. Вирішення ситуаційних задач	120	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список рекомендованої 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. 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.

Тема 27. 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

Вірогідність проведення диверсій у промислових регіонах держави та вірогідність техногенних аварій диктує необхідність поглибленого вивчення надання медичної допомоги при загрозових життю станах на етапах медичної евакуації та лікування уражених отруйними сполуками, як у зоні бойових дій, так і у мирний час. Заходи першої лікарської допомоги надаються з метою усунення або послаблення наслідків поранень (захворювань), які загрожують життю поранених і хворих, попередження розвитку ускладнень або зменшення їх тяжкості, а також підготовки тих, окремих поранених, до подальшої евакуації. Заходи першої лікарської допомоги по терміновості їх виконання розподіляються на дві групи: невідкладні заходи; заходи, виконання яких може бути відкладено. Невідкладні заходи проводяться при станах, що загрожують життю поранених і хворих. До них відносяться: зупинка зовнішньої кровотечі; усунення гострої дихальної недостатності; переливання крові і кровозамінників при тяжкому шоці та значній крововтраті; новокаїнові блокади і введення знеболюючих засобів при тяжкому шоку; транспортна іммобілізація при переломах кісток і великих пошкодженнях м'яких тканин, які загрожують розвитком небезпечних для життя ускладнень; накладання стандартної транспортної працевидної шини при переломах щелеп; відсікання кінцівки, яка висить на лоскуті м'яких тканин; катетеризація або капілярна пункція сечового міхура при затримці сечовиділення; часткова санітарна обробка відкритих ділянок шкіри, дегазація пов'язок та одягу; зміна одягу, зараженого стійкими отруйними речовинами; зняття протигазу з тяжкопоранених і тяжкохворих; промивання очей при ураженні отруйними речовинами шкірно-нарівної дії з наступним введенням у кон'юнктивальний мішечок спеціальних очних мазей; введення за показаннями антидотів, антибіотиків, протисудомних, бронхорозширюючих, протиблювотних, серцево-судинних, десенсибілізуючих та інших засобів; використання антитоксичної сироватки при отруєннях бактеріальними токсинами і проведення неспецифічної профілактики при ураженні бактеріологічною зброєю; промивання шлунку за допомогою зонда при попаданні отруйних речовин у шлунок і дачу адсорбенту.

Б. Задишка, 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: 1 - Г, 2 - А, 3 - В, 4 - А, 5 - В, 6 - Б, 7 - В, 8 - А, 9 - А, 10 - В

Основні теоретичні питання теми

1. Невідкладна допомога при токсичному шоці.
2. Невідкладна допомога при набряку легенів.
3. Невідкладна допомога при розладах серцевої діяльності.
4. Загальна характеристика уражень ОР.
5. Класифікація ОР.
6. Групи бойових ОР.
7. Основні клінічні симптоми отруєнь.
8. Критерії діагностики уражень для кожної групи ОР.
9. Етапне лікування уражених ОР у зоні бойових дій.
10. Принципи невідкладної терапевтичної допомоги при гострих отруєннях на етапах медичної евакуації.
11. Основні характеристики терапії антидотами при гострих отруєннях.
12. Особливості ураження отруйними речовинами при аваріях мирного часу на хімічних підприємствах.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	10	Тести		Навчальна кімната
2	Розгляд та обговорення теми. Вирішення ситуаційних задач	50	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список рекомендованої 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. 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. Візір, В. Г. Щолох. – Запоріжжя, 2015. – 79 с.

3. 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., Садовиков А.С.– Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 136с.

Тема 28. 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, внаслідок чого розвиваються перегрівання й опік. Перегрівання (або гіпертермія) – це патологічний стан, обумовлений накопиченням тепла в організмі внаслідок недостатності механізмів терморегуляції при значному підвищенні температури зовнішнього середовища або посилення теплопродукції з різким обмеженням тепловіддачі при нормальній температурі повітря. Тепловий удар часто спостерігається у період військових дій у жарких кліматичних зонах та є причиною летальності у 80 % випадків. З огляду на інтенсивне зростання температури тіла та порушень життєдіяльності організму, сонячний удар характеризується високою ймовірністю смерті (у зв'язку з порушенням функцій серцево-судинної й дихальної системи), а також розвитком паралічів, розладів чутливості й нервової трофіки. 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. В результаті в організмі людини виникає ряд місцевих і загальних реакцій, які можуть викликати застуду, місцеві зміни в тканинах (відмороження) і переохолодження. Питання про механізми впливу низької температури продовжує залишатися актуальним для сучасної медицини. Гіпотермія, що розвивається при дії низької температури при певних видах діяльності людини і ситуаціях, є поширеним патологічним станом, що призводить до розвитку виражених патологічних змін в системі терморегуляції і загального обміну речовин організму, здатному призводити до його загибелі. 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.

Мета заняття

Знати: Поняття про перегрівання, переохолодження. Ускладнення з боку внутрішніх органів при дії термічних факторів. Особливості клініки, діагностики. Профілактика та етапне лікування.

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.

Контрольні питання для тестування на практичних заняттях:

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 ендартеріїт.

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. Печію та біль в опікових ранах, виражена набряклість, спрага.

В. Печію 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: 1 - А, 2 - А, 3 - В, 4 - В, 5 - А, 6 - В, 7 - Г, 8 - А, 9 - Б, 10 – 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, тепла непритомність, теплові судоми, теплове виснаження (внаслідок зневоднення, втрати солей організмом, не уточнене, минуще), 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 поняття «переохолодження».
8. Особливості етіології та патогенезу переохолодження.
9. Клінічна симптоматика переохолодження.
10. Діагностичні критерії переохолодження.
11. Профілактика та етапне лікування переохолодження.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	10	Тести		Навчальна кімната
2	Розгляд та обговорення теми. Вирішення ситуаційних задач	50	Ситуаційні задачі		Навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список рекомендованої 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. 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.

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни **«Внутрішня медицина»**
(модуль 2 «Основи внутрішньої медицини:
кардіологія, ревматологія, нефрологія та військова терапія»)
для студентів спеціальності 222 «Медицина»
денної форми навчання

Відповідальний за випуск Л. Н. Приступа
Редактор О. М. Чернацька
Комп'ютерне верстання О. В. Овчарової

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 14,88. Обл.-вид. арк. 17,14.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.