

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



Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни **«Внутрішня медицина»**
(модуль 3 *«Сучасна практика внутрішньої медицини»*)
для студентів спеціальності 228 *«Педіатрія»*
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2023

Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни «Внутрішня медицина». (модуль 3 «Сучасна практика внутрішньої медицини») / укладачі: Л. Н. Приступа, І.О. Дудченко, В. І. Гула. – Суми : Сумський державний університет, 2023. – 175с.

Кафедра внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини ННМІ СумДУ

Тема 1. Ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією

Кількість годин – 2.

Актуальність теми.

Артеріальна гіпертензія (АГ) протягом тривалого періоду залишається найпоширенішим неінфекційним захворюванням в глобальному масштабі та в Україні, зокрема, а також одним із найвпливовіших факторів ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) й суттєво впливає на тривалість життя. Відомо, що АГ досить часто асоціюється з іншими факторами ризику серцево-судинних ускладнень (ССУ), такими, як ожиріння (ОЖ), надмірна вага, цукровий діабет (ЦД), синдром обструктивного апное сну, хронічна хвороба нирок (ХХН). Поєднання потужних класичних факторів серцево-судинного ризику призводить, як мінімум, до сумарної негативних ефектів щодо перебігу АГ: розвитку резистентності до терапії та прогресуванню гіпертензивно-асоційованого ураження органів-мішеней. Прогноз у пацієнтів із резистентною АГ є особливо несприятливим. Ризик розвитку серцево-судинних ускладнень у вигляді мозкового інсульту, інфаркту міокарда, серцевої недостатності, термінальної стадії ниркової недостатності в разі більший ніж за відсутності у пацієнтів резистентності до лікування.

Існують дві добре сформовані стратегії зниження артеріального тиску (АТ): модифікація способу життя (МСЖ) та медикаментозне лікування. Має місце також, але ще не підтверджена як ефективний варіант лікування, апаратна терапія. Втручання у спосіб життя сприяє зниженню АТ і в деяких випадках кардіоваскулярного ризику (КВР), але більшість пацієнтів із АГ потребують медикаментозного лікування. Медикаментозна терапія АГ заснована на дуже ґрунтовних доказах, підкріплених найбільшою кількістю результатів рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) у клінічній медицині.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з АГ.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Скласти програму обстеження хворого з підвищеним АТ.
2. Проводити диференціальну діагностику АГ різної етіології.
3. Обговорити етіологічні та патогенетичні чинники резистентної АГ, «маскованої» АГ та гіпертензії «білого халату».
4. Встановити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності коморбідних станів та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Проводити об'єктивне дослідження, у т. ч. згідно рекомендацій правильно вимірювати офісний АТ та інтерпретувати його показники. Оцінити переваги ДМАТ.
2. Інтерпретувати дані лабораторних та інструментальних досліджень у пацієнтів з АГ.
3. Виявити анамнестичні та об'єктивні ознаки, властиві АГ залежно від етіологічного чинника.
4. Тракувати підходи до лікування АГ залежно від наявності супутньої патології

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Ознаки, що свідчать про ураження серця при артеріальній гіпертензії:

- А. Діаметр порожнини лівого передсердя 4,8 см;
- Б. Товщина міжшлуночкової перетинки 10 мм;
- В. Висота зубця R в V5 - 30 мм;
- Г. У відведенні AVL сегмент ST на 1 мм нижче ізолінії;
- Д. Пароксизми миготливої аритмії;
- Е. Звуження лівої сонної артерії на 30%;
- Ж. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 1;
- З. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 3;
- І. Альбумінурія 100 мг на добу;
- К. Протеїнурія 400 мг на добу.

Варіанти відповіді: 1. Вірно А, Б 2. Вірно А, В, Г, Д 3. Вірно Б, В 4. Вірно все перераховане

2. Ознаки, що свідчать про ураження артерій при артеріальній гіпертензії:

- А. Діаметр порожнини лівого передсердя 4,8 см;
- Б. Товщина міжшлуночкової перетинки 10 мм;
- В. Висота зубця R в V5 - 30 мм;
- Г. У відведенні AVL сегмент ST на 1 мм нижче ізолінії;
- Д. Пароксизми миготливої аритмії;
- Е. Звуження лівої сонної артерії на 30%;
- Ж. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 1;
- З. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 3;
- І. Альбумінурія 100 мг на добу;
- К. Протеїнурія 400 мг на добу.

Варіанти відповіді: 1. Вірно Е, Ж, З, І 2. Вірно А, Б, В 3. Вірно Е, Ж 4. Вірно все перераховане

3. Ознаки, що свідчать про ураження нирок при артеріальній гіпертензії:

- А. Діаметр порожнини лівого передсердя 4,8 см;
- Б. Товщина міжшлуночкової перетинки 10 мм;
- В. Висота зубця R в V5 - 30 мм;
- Г. У відведенні AVL сегмент ST на 1 мм нижче ізолінії;
- Д. Пароксизми миготливої аритмії;
- Е. Звуження лівої сонної артерії на 30%;
- Ж. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 1;
- З. Співвідношення діаметра артерій і вен сітківки 1: 3;
- І. Альбумінурія 100 мг на добу;
- К. Протеїнурія 400 мг на добу.

Варіанти відповіді: 1. Вірно А, Б, В 2. Вірно Ж, З 3. Вірно все перераховане 4. Вірно І, К

4. Фактори що призводять до виникнення гіпертонічної хвороби:

- А. Вік;
- Б. Генетичні чинники;
- В. Ожиріння;
- Г. Зріст;
- Д. Кількість вживаного хлористого натрію;
- Е. Кількість вживаного магнію і заліза;
- Ж. Психосоціальні навантаження;
- З. Зловживання спиртними напоями.

Варіанти відповіді: 1. Вірно А,Б,В 2. Вірно А,В,Г,Д 3. Вірно все перераховане 4. Вірно А,В,Г,Д, Ж

5. Основні гемодинамічні фактори, які визначають рівень артеріального тиску:

- А. Частота серцевих скорочень;
- Б. Величина серцевого викиду;
- В. Загальна судинний опір;
- Г. Передсердні натрійуретичні пептиди;
- Д. Кортикостероїди;
- Е. Ендотелін;
- Ж. Простациклін, брадикінін;
- З. Оксид азоту;
- І. Катехоламіни, ангіотензин.

Варіанти відповіді: 1. Вірно А, Б, В 2. Вірно З, І 3. Вірно А, Б, В, Г 4. Вірно все перераховане

6. Методи, які встановлюють наявність і тяжкість ураження органів-мішеней у хворих з АГ:

- А. МР томографія або рентгеномографія надниркових залоз;
- Б. ЕХО КГ, УЗД сонних артерій;
- В. УЗД ниркових артерій;
- Г. УЗД аорти;
- Д. Аортографія;
- Е. Добова екскреція з сечею попередників адреналіну, норадреналіну;

Ж. Добова екскреція кортизолу, 17-кетостероїдів;
З. Зміст альдостерону крові, калію, активність реніну крові;
І. Оцінка стану очного дна.

Варіанти відповіді: 1. Вірно А, Б, В 2. Вірно В, Г, Д 3. Вірно Б, Д, І 4. Вірно Б, Г, І

Відповіді на контрольні питання: 1. – 2 2. – 3 3. – 4 4. – 1 5. – 1 6. – 4

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.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

1. 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.-202с.

2. Рекомендації по лікуванні артеріальної гіпертензії ESH/ESC 2018. Режим доступу: <http://ukrcardio.org/novi-rekomendatsiyi-vid-yevropejskogo-tovarystva-kardiologiv/>
3. Рекомендации по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
4. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) і Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) з лікування артеріальної гіпертензії 2018р. / Пер. О. Сіренко; наук. редактор перекладу Ю. Сіренко. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2019. – 202 с.
5. 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>
6. 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
7. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
8. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення АГ.
2. Класифікація АГ, відповідно до офісного рівня АТ.
3. Методи вимірювання АТ. Переваги та недоліки добового моніторингу АТ.
4. При яких показниках АТ встановлюється діагноз АГ при офісному вимірюванні АТ?
5. Назвіть показники САТ та ДАТ, що свідчать про наявність АГ залежно від методів вимірювання АТ.
6. Основні показники гіпертензивно-асоційованих органних уражень.
7. ЕКГ та ЕхоКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.
8. Перерахуйте основні методи досліджень для діагностики есенціальної та вторинної АГ.
9. Резистентна та псевдорезистентна АГ. Критерії діагностики.
10. Значення модифікації способу життя для корекції АТ.
11. Який рівень АТ є підставою для ініціювання медикаментозного лікування?
12. Назвіть цільові рівні АТ у пацієнтів з коморбідною патологією відповідно до віку.
13. Призначте лікування неускладненої АГ згідно рекомендацій 2018 року.
14. Основна стратегія лікування пацієнтів з АГ відповідно до рекомендацій 2018 року:
 - з АГ та ІХС;
 - з АГ та хронічною хворобою нирок (ХХН);
 - з АГ та серцевою недостатністю зі зниженою фракцією викиду ЛШ;
 - з АГ та фібриляцією передсердь;
 - з АГ та атеросклерозом нижніх кінцівок;
13. Тактика ведення «маскованої» АГ та «гіпертензії білого халату».
14. Основні групи гіпотензивних препаратів для лікування АГ. Акцент на рекомендації 2018 року.
15. Яку тактику необхідно обрати для зниження ризику розвитку ССЗ у пацієнтів з АГ?

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У 66-річного хворого на артеріальну гіпертензію (АТ 190/110 мм рт. ст.) при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ФК, генералізований атеросклероз судин нижніх кінцівок. Глюкоза крові 6,7 ммоль/л, холестерин 7 ммоль/л, тригліцериди – 3 ммоль/л. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертензії:

- А. Гіпотіазид.
Б. Атенолол.

- Г. Резерпін.
Д. Метилдопа.

В. Еналаприл.

Завдання 2

У 55-річного хворого на артеріальну гіпертонію (АТ - 150/110 мм рт. ст., ЧСС – 100/хв) при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ФК, часті надшлуночкові екстрасистоли, СН І. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертонії:

- А. Амлодипін.
- Б. Празозин.
- В. Клофелін.

- Г. Бісопролол.
- Д. Гіпотіазид.

Завдання 3

У 45-річного хворого на артеріальну гіпертонію (АТ - 140/110 мм рт. ст.) виявлено ІХС, кардіосклероз атеросклеротичний СН ІІБ, ІІІ ФК, цукровий діабет ІІ типу, субкомпенсований. Який із наведених гіпотензивних засобів слід застосовувати?

- А. Верапаміл.
- Б. Раміприл.
- В. Бісопролол.

- Г. Гіпотіазид.
- Д. Гідралазин.

Завдання 4

У 50-річного хворого на артеріальну гіпертензію (АТ - 160/105 мм рт. ст., ЧСС-47/хв) при обстеженні виявлено ІХС, кардіосклероз атеросклеротичний, блокаду лівої ніжки пучка Гіса, СН І. Який гіпотензивний засіб слід застосовувати?

- А. Амлодипін.
- Б. Верапаміл.
- В. Пропранолол.

- Г. Раміприл.
- Д. Метилдопа.

Завдання 5

У 46-річного хворого на артеріальну гіпертонію (АТ - 170/90 мм рт. ст., ЧСС – 94/хв) при обстеженні виявлено ІХС, кардіосклероз, рідкі шлуночкові екстрасистоли, СН І. Більше 15 років хворіє на активний хронічний гепатит алкогольного генезу з помірним ступенем активності. Який гіпотензивний засіб слід застосовувати?

- А. Амлодипін.
- Б. Бісопролол.
- В. Фізотенз.

- Г. Лізиноприл.
- Д. Гіпотіазид.

Завдання 6

6. Хвора 65 років перебувала на лікуванні з приводу гіпертонічної хвороби. Після фізичного навантаження з'явилися різка задуха, виник напад ядухи. Об-но: ЧСС 120/хв, АТ 200/120 мм рт.ст., ЧД 40/хв. Серцеві тони глухі, систолічний шум на верхівці. Дихання везикулярне, ослаблене, вологі різнокаліберні хрипи. Яка з наведених схем є найбільш доцільною?

- А. АТФ, лазикс, маніт.
- Б. Дігоксин, гемодез, лазикс.
- В. Морфін, аналгін, дігоксин.

- Г. Лазикс, нітрогліцерин, пентамін.
- Д. Еуфілін, нітрогліцерин, дібазол.

Правильні відповіді: 1. – В 2. – Г 3. – Б 4. – А 5. – Г 6. – Г

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	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 2. Ведення пацієнта з вторинною артеріальною гіпертензією

Кількість годин – 2.

Актуальність теми.

Вторинна артеріальна гіпертензія (ВАГ) – це артеріальна гіпертензія (АГ), зумовлена певною причиною, яку можна усунути за допомогою відповідного втручання. Необхідно виявити причину АГ на ранньому етапі, оскільки правильно призначене лікування, особливо у молодих пацієнтів, як то хірургічна корекція коарктації аорти, ангіопластика ниркової артерії у хворих з фібромускулярною дисплазією, видалення аденоми наднирника або медикаментозна терапія захворювань, асоційованих, наприклад, зі специфічним іонним каналом (призначення амilorіда при синдромі Ліддла) може сприяти її усуненню.

Поширеність вторинних гіпертензій становить 5-15% серед пацієнтів з АГ. Серед осіб з резистентною гіпертензією частка таких пацієнтів зростає до 20 %. Ідентифіковано понад 50 захворювань та клінічних станів, що сприяють розвитку ВАГ. Проведення скринінгового обстеження всіх хворих для виключення вторинної АГ неможливо і економічно невиправдано; однак існує ряд ознак, що свідчать про ймовірність ВАГ у пацієнтів, яких необхідно обстежити після підтвердження наявності високого артеріального тиску (АТ) за допомогою добового моніторингу АТ. Ознаками ВАГ можуть бути: недостатня відповідь на терапію (не вдається досягти цільових значень артеріального тиску за допомогою комбінації трьох препаратів); маніфестація у віці до 30 років; швидке підвищення АТ навіть у старшому віці або втрата відповіді на лікування; виражене підвищення АТ > 180/110 мм рт. ст.; гіпокаліємія; підвищена концентрація креатиніну в плазмі крові; протеїнурія або гематурія. В практичній роботі лікаря нерідко виникають труднощі в проведенні диференційної діагностики артеріальної гіпертензії різної етіології. Тому тема ВАГ потребує уважного і детального вивчення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз, провести диференційний діагноз ВАГ і визначити тактику ведення хворого з вторинними АГ (ренопаренхіматозною, реноваскулярною, ендокринного походження, гемодинамічною АГ, АГ при ураженнях нервової системи, зумовлену лікарськими засобами та харчовими компонентами).

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується синдромом АГ.
2. Скласти програму обстеження хворого з підвищеним АТ.
3. Проводити диференціальну діагностику АГ залежно від етіологічного чинника.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності коморбідних станів та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження, у т. ч. згідно рекомендацій правильно вимірювати офісний АТ та інтерпретувати його показники. Оцінити переваги ДМАТ.
2. Інтерпретувати дані лабораторних та інструментальних досліджень у пацієнтів з АГ.
3. Виявити анамнестичні та об'єктивні ознаки, властиві АГ різного генезу
4. Трактувати прямі і побічні ефекти основних антигіпертензивних препаратів, використовувати принципи профілактики. Використовувати фізіо-терапевтичні і дієтичні методи корекції АТ.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Резистентність до інсуліну у хворих на АГ зменшується при терапії:

- | | |
|----------------------|--|
| А. Діуретиками. | Г. Антагоністами кальцію. |
| Б. Бетаблокаторами. | Д. Інгібіторами АПФ і антагоністами кальцію. |
| В. Інгібіторами АПФ. | |

2. Синдром Кона обумовлений:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| А. Підвищенням концентрації брадикініну. | Г. Підвищенням активності реніну. |
| Б. Підвищенням секреції альдостерону. | Д. Підвищенням вмісту катехоламінів. |

В. Підвищенням продукції ангіотензину.

3. Для феохромоцитом характерними ознаками є усі, крім:

А. Виникнення кризів з раптовим підвищенням АТ до високих цифр.

Б. Гіперглікемія, нейтрофільний лейкоцитоз, підвищення температури тіла в період кризи.

В. Хворі вмирають від гострої надниркової недостатності.

Г. Збільшення рівня катехоламінів та їх метаболітів у добовому рівні сечі при кризі.

Д. Порушення ритму серця.

Е. Ангінозний біль в животі, нудота, блювання.

4. Яка ознака не властива синдрому Конна:

А. Артеріальна гіпертензія.

Г. Парестезії.

Б. Гіперкаліємія.

Д. Полідипсія, поліурія.

В. М'язова слабкість, контрактури кінцівок.

Правильні відповіді: 1. – В 2. – Б 3. – В 4. – Б

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. Sedyuk, 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. Вабак, О.М. Білово, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Я. Вабак, О.М. Білово. – 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

1. 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.-202с.

2. Рекомендації по лікуванні артеріальної гіпертензії ESH/ESC 2018. Режим доступу:

<http://ukrcardio.org/novi-rekomendatsiyi-vid-yevropejskogo-tovarystva-kardiologiv/>

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

4. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) і Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) з лікування артеріальної гіпертензії 2018р. / Пер. О. Сіренко; наук. редактор перекладу Ю. Сіренко. – К.: Видавець Заславський О.Ю., 2019. – 202 с.

5. 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>

6. 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

7. Українська асоціація кардіологів, Всеукраїнське об'єднання «Проти гіпертензії», Українська асоціація ендокринних хірургів, Асоціація нефрологів України. Рекомендації з диференційної діагностики артеріальних гіпертензій. - Київ, 2014. – 50 с. Режим доступу: <https://strazhesko.org.ua/upload/2014/11/12/rekomendaciyi-z-diferenciynoyi-diagnostiki-arterialnih-gipertenzij.pdf>

8. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

9. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Найчастіші причини вторинних артеріальних гіпертензій.
2. Клінічні ознаки, що свідчать про можливу наявність вторинної АГ
3. Роль інструментальних методів обстеження в діагностичному процесі.
4. Патогенетичні чинники формування АГ у пацієнтів з патологією нирок.
5. Критерії діагностики ренальної АГ.
6. Диференціальна діагностика вторинних артеріальних гіпертензій ренального генезу.
7. Сучасні підходи до ведення пацієнтів з АГ ренального походження.
8. Особливості медикаментозного та немедикаментозного лікування хворих з ренопаренхіматозною гіпертензією.
9. Принципи лікування реноваскулярної АГ.
10. Етіопатогенетичні чинники синдрому та хвороби Іценко-Кушинга.
11. Особливості АГ у пацієнтів з синдромом та хворобою Іценко-Кушинга. Лабораторно-діагностичні тести для підтвердження діагнозу.
12. Стратегія лікування АГ при синдромі Кушинга.
13. Особливості перебігу АГ залежно від клінічного варіанту феохромоцитоми.
14. Клінічна симптоматика кризового та міжкризового перебігу АГ у хворих на феохромоцитому.
15. Клінічні прояви первинного гіперальдостеронізму (ПА). Диференційна діагностика АГ, обумовленої ПА та есенціальної АГ.

16. Лікування пацієнта з первинним гіперальдостеронізмом.

17. Принципи лікування пацієнта з синдромом обструктивного апное уві сні.

18. Діагностичні критерії АГ, зумовленої медикаментами, наркотичними речовинами та харчовими компонентами (кортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби, препарати жіночих та чоловічих статевих гормонів, антидепресанти, еритропоетин, імуносупресанти).

19. Діагностичні критерії гемодинамічних АГ при коарктації аорти, недостатності аортального клапану.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Жінка 32 років, скаржиться на запаморочення, головний біль, серцебиття, тремор. Вже кілька місяців знаходиться на амбулаторному спостереженні в зв'язку з підвищенням АТ. Останнім часом такі напади почастишали, стали тяжчими. З 15-річного віку страждає на цукровий діабет. Об'єктивно: хвора вкрита липким потом, тремор кінцівок. ЧСС - 110/хв., АТ - 220/140 мм рт. ст. Серцеві тони ослаблені. В аналізі крові: Л - $9,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 22 мм/год. Глюкоза крові - 9,8 ммоль/л. Яке захворювання найімовірніше спричинило виникнення подібного кризу?

А. Діабетичний гломерулосклероз.

Г. Первинний гіперальдостеронізм.

Б. Гіпертонічна хвороба.

Д. Феохромоцитома.

В. Прееклампсія.

Завдання 2

Жінка 30 років скаржиться на підвищення АТ, виражену слабкість, наявність судом, швидкозникаючі парези, серцебиття, запаморочення, головний біль. Хворіє на артеріальну гіпертензію протягом 3 років. ЕКГ: синусова тахікардія, подовження інтервалу Q/T, депресія ST в V1-V6, негативний зубець T в V3-V6. Ан. сечі: реакція лужна, 1010, прозора, білку, цукру немає, сечовий осад – без змін. У крові рівень калію – 2,9 ммоль/л, натрію – 160 ммоль/л. Яка патологія найбільш вірогідно зумовила артеріальну гіпертензію?

А. Гіпертонічна хвороба II ст.

Г. Хронічний пієлонефрит.

Б. Гіпертонічна хвороба III ст.

Д. Синдром Кона.

В. Хвороба Іценко-Кушинга.

Завдання 3

Хворий 48 років на протязі 3 років відмічає підвищення артеріального тиску в межах 180/120–200/100 мм рт.ст. Гіпотензивна терапія малоефективна. Скарги на м'язову слабкість, сухість у роті, поліурію, головний біль. Натрій плазми крові – 155 ммоль/л, калій – 3,6 ммоль/л. Яка найбільш імовірна причина артеріальної гіпертензії?

А. Хвороба Іценка-Кушинга

Г. Ниркова гіпертензія

Б. Феохромоцитома

Д. Первинний гіперальдостеронізм

В. Гіпертонічна хвороба

Завдання 4

Хвора С., 40 років. Скарги на головний біль, загальну слабкість, запаморочення. Захворювання почалося раптово вранці. Перенесла ангіну 3 тижні тому. Пульс 90 уд./хв, задовільних властивостей АТ-180/105мм рт.ст., t - 37,2°C, ШОЕ - 22 мм/г. У сечі: щільність 1,028, добова втрата білку 1,65 г/л, ер. вилужені, 60-80 у полі зору. Сечовина крові 21,7 ммоль/л, креатинін 0,27 ммоль/л. Клубочкова фільтрація 40,5 мл/хв. Ваш попередній діагноз?

А. Гострий гломерулонефрит, сечовий синдром, артеріальна гіпертензія, олігурія.

Б. Хронічний гломерулонефрит ХПН III ступеня, повторна анемія.

В. Первинно-хронічний гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія ХПН I стадії.

Г. Гострий гломерулонефрит, артеріальна гіпертензія, олігурія.

Д. Первинно-хронічний гломерулонефрит ХПН III стадії.

Завдання 5

Хвора Ш., 45 років, близько 10 років страждає на хронічний гломерулонефрит. За останні 2 роки поступово прогресує артеріальна гіпертензія, посилились головні болі. Три місяці тому переведена на інвалідність 2-ї групи, тоді ж проведено стаціонарне лікування. Заг. ан. сечі: колір

- світло-жовтий; питома вага - 1005; білок - 1,2 г/л; Л - 1-2 у п/з, Е - 3-5 у п/з, вилужені; гіалінові і зернисті циліндри 0-1-2 в п/з. Які рекомендації ви вважаєте доцільними?

А. Обмеження білка до 30-40 мг на добу.

В. Обмеження солі до 2-3 г на добу.

Б. Обмеження рідини до 500 мл на добу.

Г. Обмеження вуглеводів.

Завдання 6

Хворий 68 років страждає на хронічний пієлонефрит упродовж 15 років. В останні 3 місяці скаржиться на інспіраторну задишку при фізичному навантаженні, серцебиття, періодичний біль у ділянці серця без іррадіації, загальну слабкість. Об-но: акроціаноз на тлі блідості шкіри. Пульс 104/хв, ритмічний, напружений. АТ 190/110 мм рт. ст. Ліва межа серця на 2 см вліво від лівої серединно-ключичної лінії, над верхівкою І тон серця ослаблений, систолічний шум, акцент ІІ тону над аортою. На ЕКГ відхилення електричної осі серця вліво, метаболічні зміни. Кров: Нв - 66 г/л, креатинін 1,1 ммоль/л. Відносна густина сечі 1,012. У хворого артеріальна гіпертензія найвірогідніше:

А. Викликана недостатністю аортального клапана.

Г. Реноваскулярна.

Б. Есенціальна

Д. Ренопаренхіматозна

В. Гемодинамічна.

Завдання 7

Хворий Л. 39 років виявляє скарги на болі в потиличній ділянці. При обстеженні: шкірні покриви бліді, пастозність обличчя і рук, АТ – 170/130 мм рт.ст. Симптом Пастернацького негативний з обох осоків. Концентрична гіпертрофія лівого шлуночка, УЗД нирок - розміри нирок у нормі, витончений кірковий шар. Діагноз?

А. Хронічний гломерулонефрит.

В. Хронічний пієлонефрит.

Б. Гіпертонічна хвороба.

Г. Полікістоз нирок.

Завдання 8

У хворого гострий гломерулонефрит. Стан хворого почав різко гіршати: посилювався головний біль, знизилась гострота зору, АТ-240/140 мм рт.ст.; з'явилися фібрилярні посіпування м'язів обличчя, тонічні судоми скелетних м'язів, втратив свідомість. Що стало пусковим механізмом розвитку зазначеної симптоматики у хворого?

А. Ангіоспазм судин мозку, набряк мозку.

Б. Підвищення венозного тиску у мозкових венах.

В. Крововилив у мозок.

Г. Розвиток гострої ниркової недостатності.

Д. Парез мозкових артерій.

Правильні відповіді: 1. – Д 2. – Д 3. – Д 4. – А 5. – В 6. – Д 7. – А 8. – А

Завдання 9

У хворої 22 років втретє раптово почався напад, який супроводжувався тремором, нежиттю, блідістю, тахікардією, підвищеним АТ до 190 / 120 мм рт.ст., болем у животі, у ділянці серця, страхом смерті. Напад, як і попередні, продовжувався 15 хв і раптово самостійно припинився. Після цього хвора виділила 350 мл світлої сечі.

1. Визначте головний синдром:

А. Синдром артеріальної гіпертензії.

В. Біль в ділянці серця.

Б. Симпатоадреналовий криз.

Г. Артеріальна гіпертензія і біль в животі.

2. Ваш попередній діагноз:

А. Синдром Кона.

Г. Гіпертонічна хвороба.

Б. Феохромцитома.

Д. Вазоренальна артеріальна гіпертензія.

В. Хвороба Іценка-Кушинга.

3. Для уточнення діагнозу найбільш доцільне обстеження:

А. Визначення в сечі ваніліл - мигдалевої кислоти.

Б. ЕКГ.

В. Загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком.

Г. Екскреторна урографія.

Д. Визначення електролітів у крові.

4. Для лікування подібних кризів найбільш доцільно використати:

- А. Фентоламін. Г. Обзидан.
Б. Ніфедипін. Д. Клофелін.
В. Нітрогліцерин.

Правильні відповіді: 1. – Б 2. – Б 3. – А 4. - А

Завдання 10

Хвора С., 45 років, скаржиться на головний біль, спрагу, слабкість, судоми м'язів, часте (8 – 10 раз на добу) сечовипускання з виділенням значної (до 5 л) кількості сечі. Виражена м'язова слабкість, пульс – 76 за 1 хв., ритмічний, напружений. АТ – 180 / 100 мм. рт. ст. Ліва межа серця розміщена на 0,5 назовні від лівої середньоключичної лінії, акцент II тону над аортою. Загальний аналіз крові без змін. Біохімічний аналіз крові: цукор – 5,6 ммоль/л, білірубін – 16,93 мкмоль/л, кальцій – 2,25 ммоль/л, калій – 2,8 ммоль/л, натрій – 145 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: реакція лужна, відносна густина – 1,005, білок – сліди, лейкоцити – 3 - 4, еритроцити – 1 - 2 в полі зору. На очному дні виявлено звуження артерій, розширення вен.

1. Дайте інтерпретацію біохімічному аналізу крові:

- А. Без змін. Г. Гіпербілірубінемія.
Б. Гіпокальціємія. Д. Гіперкаліємія.
В. Гіпокаліємія.

2. Призначте додаткові методи обстеження для уточнення діагнозу:

- А. Добове холтеровське моніторування.
Б. КТ головного мозку.
В. Визначення ванілілу - мигдалевої кислоти у сечі.
Г. УЗД нирок, КТ органів черевної порожнини.

3. Визначте найбільш ймовірний діагноз:

- А. Феохромоцитома. В. Гіпертонічна хвороба.
Б. Синдром Конна. Г. Вторинний альдостеронізм.

4. Призначте діагностичну пробу для верифікації діагнозу:

- А. Із верошпіроном. Г. Із фізичним навантаженням.
Б. З обзиданом. Д. Із курантилом.
В. Із нітрогліцерином.

5. Виберіть препарат для консервативного лікування хворої:

- А. Празозин. Г. Анаприлін.
Б. Капотен. Д. Корінфар.
В. Верошпірон.

Правильні відповіді: 1. – В 2. – Г 3. – Б 4. – А 5. – В

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Час, хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики АГ	15	Задачі		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Підведення підсумків	20	Задачі		Навчальна кімната

Тема 3. Ведення пацієнта з кардіалгією

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. У сучасній клінічній практиці проблема правильного діагностичного трактування болю в грудній клітці є однією з найбільш актуальних і складних. Це обумовлено різноманіттям захворювань різних органів і систем, при яких біль в грудній клітці – провідний

клінічний симптом, і можливим атипичним перебігом цих хвороб, що в підсумку може призводити до діагностичних помилок. Біль у грудній клітці може бути проявом захворювань не тільки серцево-судинної системи, а й органів дихання і органів середостіння, шлунково-кишкового тракту, центральної і периферичної нервової системи, ендокринної системи, опорно-рухового апарата.

У пацієнтів з болем у грудній клітці необхідно проводити диференційну діагностику з широким спектром захворювань. Перш за все слід виключити ургентні, життєнебезпечні захворювання і стани, що супроводжуються болями в грудній клітці: інфаркт міокарда, аневризма аорти, тампонада перикарда, тромбоемболія легеневої артерії, пневмоторакс.

Незважаючи на впровадження все нових і нових методів дослідження, які дозволяють верифікувати характер патології, число лікарських помилок при виникненні болю в області грудної клітини не зменшується. Тому розпізнавання специфічної патології з урахуванням характеру больового синдрому залишається актуальною проблемою для її позитивного і своєчасного вирішення як молодими лікарями, так і фахівцями з великим лікарським досвідом.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз, визначити обсяг досліджень для постановки остаточного діагнозу, визначити тактику ведення хворих.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується синдромом кардіалгії.
2. Скласти програму обстеження хворого з кардіалгією.
3. Проводити диференціальну діагностику кардіалгій різної етіології (кардіогенних, некардіогенних).
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування щодо хворого з урахуванням етіології кардіалгій.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві кардіалгіям різноманітного генезу.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних антиангінальних препаратів. Використовувати фізіотерапевтичні і дієтичні методи корекції больового синдрому при кардіалгіях, обумовлених хворобами опорно-рухового апарата, захворюваннями стравоходу і органів черевної порожнини, центральної та периферичної нервової системи і хвороб серця.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Хвора 44 років скаржитися на тривалий колючий біль у ділянці серця зліва від груднини, запаморочення, парестезії, пітливість, безсоння, порушення менструального циклу. Хворіє впродовж року. Об-но: емоційна лабільність. Межі серця не змінені. ЧСС- 98 за хв АТ- 120/80 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, помірний систолічний шум над верхівкою. ЕКГ: ритм синусовий, стійкі негативні зубці Т у V1-V4 відведеннях, які зникають при проведенні обзиданової та калієвої проб. Найбільш імовірний діагноз:

- А. Дисгормональна міокардіопатія.
- Б. ІХС. Стенокардія напруження, II ФК.
- В. Вегетосудинна дистонія за кардіальним типом.
- Г. Інфекційно-алергічний міокардит.
- Д. Хронічна ревматична хвороба, латентний перебіг, ревмокардит.

2. Хворий, 28 років, після аденовірусної інфекції скаржитися на біль в ділянці серця, серцебиття, задишку. Об-но: пульс 92 уд. за хв, АТ – 90/60 мм рт.ст. Блідий, акроціаноз, межі серця розширені ліворуч і праворуч, тони глухі. На ЕКГ – PQ 0,22, низький вольтаж зубців R. Для якого захворювання найбільш характерна така симптоматика?

- А. Вірусний міокардит.
- Б. Інфекційний ендокардит.
- В. Ревматичний міокардит.
- Г. Ексудативний перикардит.
- Д. Дилатаційна кардіоміопатія.

3. У хворого 24 років має місце поширений біль в лівій половині грудної клітки переважно над верхівкою серця, без іррадіації, тупого, ниючого характеру, що триває днями у стані спокою і після фізичного і психоемоційного перенавантаження. Біль пом'якшується після приймання настоянки валеріани і валідолу. Часто мають місце глибокі зітхання. На ЕКГ слабонегативні зубці Т у V1-V4 відведеннях. Який діагноз можна поставити хворому?

- А. Стенокардія.
- Б. Кардіалгія при клімаксі.
- В. Кардіалгія при нейроциркуляторній дистонії.
- Г. Кардіалгія при шийно-грудному остеохондрозі.
- Д. У пацієнта має місце інша патологія, яка не перелічена вище.

4. У хворій 42 років мають місце типові напади стенокардії, що підтверджено ішемією міокарда на ЕКГ. Медикаментозні тести і велоергометрія були недостатньо інформативними. При коронарографії змін не виявлено. Який клінічний діагноз у хворій?

- А. Кардіалгія.
- Б. ІХС, стенокардія.
- В. ІХС, мікроvasкулярна стенокардія.
- Г. Метаболічна кардіопатія.
- Д. Нейроциркуляторна дистонія.

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

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.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

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

2. 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

3. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

4. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання з теми:

1. Визначення синдрому кардіалгії.
2. Етіологічні фактори виникнення кардіалгії.
3. Патогенетичні механізми розвитку кардіалгій залежно від етіологічного чинника.
4. Клінічні прояви кардіалгії залежно від етіології:
 - коронарогенний генез;
 - нейроциркуляторна дистонія;
 - перикардити;
 - захворювання легень і плеври;
 - захворювання стравоходу і органів черевної порожнини;
 - вади серця;
 - міокардит;
 - аневризма аорти;
 - захворювання кісток, ребер, хрящів, хребта.
5. Принципи лікування кардіалгій залежно від етіопатогенетичних чинників їх розвитку.
6. Основні групи, механізми дії препаратів для лікування коронарогенних кардіалгій.
7. Які препарати є основними для лікування функціональних розладів серцево-судинної системи.
8. Основні препарати для лікування больового синдрому при некоронарогенних захворюваннях міокарда.
9. Тактика ведення хворих з кардіалгіями невизначеного генезу.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Юнак раптово відчув біль в епігастральній ділянці, загальну слабкість, запаморочення, нудоту, затруднення дихання. Об'єктивно: брадикардія, артеріальна гіпотонія, міоз. Ваш попередній діагноз?

А. Вагоінсулярний криз.

Г. Транзиторна ішемічна атака.

Б. Симпатоадреналовий криз.

Д. Малий ішемічний інсульт.

В. Змішаний симпатопарасимпатичний криз.

Завдання 2

У хворого, що перебуває у відділенні з приводу інфаркту міокарда, зберігається інтенсивний біль за грудниною, шкірні покриви бліді, кінцівки холодні, АТ – 110/70 мм рт.ст. Який основний механізм розвитку ускладнення інфаркту міокарда у цього хворого?

А. Рефлекторне зниження АТ.

- Б. Зниження скоротності міокарда.
- В. Зростання ЧСС.
- Г. Порушення мікроциркуляції.
- Д. Підвищення периферичного судинного опору.

Завдання 3

Хворий Л., 55 років, скаржиться на те, що 1,5 тижні тому з'явився сильний нападopodobний біль в нижній щелепі тривалістю 5-20 хв. З часом біль став частішати до 10 разів на добу. Приймання анальгетиків та спазмолітиків безрезультатне, однак стан покращився після приймання 3 таблеток нітрогліцерину. Який з перелічених діагнозів є найбільш ймовірним?

- А. Стенокардія.
- Б. Інфаркт міокарда.
- В. Перикардит.
- Г. Неврит трійчастого нерва.
- Д. Остеомієліт щелепи.

Завдання 4

Чоловік 52 років скаржиться на стискальний біль за грудниною, що виник вперше 7 годин тому після фізичного навантаження, не знімається після приймання кількох таблеток нітрогліцерину. При ЕКГ дослідженні змін не виявлено. Який з перелічених діагнозів є найбільш ймовірним?

- А. Стенокардія напруження.
- Б. Перикардит.
- В. Міокардит.
- Г. Інфаркт міокарда.

Завдання 5

У хворого Н. о 5-й годині ранку виник напад сильного болю за грудниною, який супроводжувався кволістю, холодним потом. На ЕКГ – куполоподібний підвищення сегмента ST у відведеннях II, III, avF, V5-V6. Після вщухання болю показники ЕКГ повернулись до норми. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- А. Вазоспастична стенокардія.
- Б. Гострий інфаркт міокарда в задньобоківій ділянці лівого шлуночка.
- В. Дилатація та кардіоміопатія.
- Г. Міокардит.
- Д. Перикардит.

Завдання 6

Жінка 46 років госпіталізована в кардіологічне відділення зі скаргами на часті напади пекучих болей у ділянці серця, які тривають більше 20 хв, практично не проходять після приймання нітрогліцерину. АТ – 100/70 мм рт.ст., ЧСС – 86/хв. Тони серця ритмічні, на ЕКГ депресія сегмента ST з інверсією зубця T у I, avL, V1 – V3, які спостерігаються впродовж 1 тижня. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- А. Нестабільна стенокардія.
- Б. Дрібновогнищевий інфаркт міокарда.
- В. Міокардит.
- Г. Остеохондроз грудного відділу хребта.
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії.

Правильні відповіді: 1. – Б 2. – А 3. – А 4. – Б 5. – А 6. – Д

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 кардіалгію	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 4. Ведення пацієнта з порушенням серцевого ритму

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Порушення ритму серця (ПРС) є однією з найбільш складних і актуальних проблем сучасної кардіології. Аритмії виявляються як при різних серцево-судинних захворюваннях (ССЗ), так і у здорових осіб. Спектр клінічних проявів ПРС варіює від безсимптомного до важкого перебігу, від прогностично незначущих аритмій до таких, що визначають характер віддаленого результату. Інтерес до цієї проблеми зберігається протягом тривалого часу, проте відсутність єдиних методологічних підходів, а також використання в більшості досліджень одноразової реєстрації електрокардіограми (ЕКГ), малоінформативного методу виявлення аритмій, роблять результати досліджень присвячених вивченню поширеності ПРС досить суперечливими.

Поява стійких ПРС свідчить про достатньо глибокі зміни у серцевому м'язі у вигляді вогнищ ішемії, дистрофії, некрозу чи кардіосклерозу, що сприяють формуванню електричної негомогенності міокарда, яка, у свою чергу, порушує утворення електричного імпульсу і сприяє виникненню аритмій. Найчастіше порушення серцевого ритму спостерігається при ГКС (у 80-100% випадків), ХКС з СН, АГ, ревматичних вадах серця, міокардитах.

Фібриляція передсердь (ФП) – одна з найскладніших та найрозповсюдженіших аритмологічних патологій, ознаками якої є швидка (350–700/хв), некоординована активація передсердь, яка призводить до втрати гемодинамічної ефективності їх скорочень, й супроводжується нерегулярним ритмом шлуночків. Для лікарів складність ФП обумовлена постійним прогресуванням аритмії та необхідністю підбору індивідуального лікування до кожного окремого пацієнта. Для пацієнта це потенційно небезпечна патологія з ризиком інсульту, зниженням скоротливої функції серця та втратою якості життя.

Загальна мета – уміти верифікувати порушення серцевого ритму, механізми їх розвитку, верифікувати тригери виникнення ураховуючи показники ЕКГ.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Класифікувати порушення ритму та їх клінічні прояви;
2. Скласти індивідуальну схему діагностичного пошуку, визначити та запропонувати необхідний об'єм та послідовність методів обстеження пацієнтів з аритміями.
3. Проводити диференціальну діагностику порушень серцевого ритму згідно з клінічною симптоматикою та результатами ЕКГ.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, ускладнень, прогнозу.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження, у т. ч. вміти знімати ЕКГ та проводити її оцінку. Аналізувати причини та механізми виникнення порушень ритму;
2. Визначити методи обстеження, що використовуються для діагностики порушень ритму; інтерпретувати дані інструментальних досліджень у хворих з порушенням серцевого ритму.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим порушенням ритму. Оцінювати морфологічний субстрат, властивий різним порушенням ритму.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних антиаритмічних та антитромботичних препаратів, використовувати принципи профілактики розвитку порушень серцевого ритму.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. У хворого має місце стійке симптоматичне збільшення частоти синусового ритму більше 100 ударів за хвилину у спокої всередині дня і при незначному фізичному навантаженні протягом більше 3 місяців без явної причини. Хворий відмічає також відчуття серцебиття і слабкість. На електрокардіограмі - ідентичність зубців Р за своєю

полярністю і формою таким самим при синусовому ритмі. До якого варіанта синусової тахікардії належить описана вище симптоматика?

- А. Фізіологічна синусова тахікардія.
- Б. Фармакологічна синусова тахікардія.
- В. Патологічна синусова тахікардія.
- Г. Неадекватна синусова тахікардія.
- Д. Жодної з перелічених немає.

2. У хворого реєструється повільний ритм (менше 40 ударів за хвилину) з розширеними і деформованими комплексами QRS і відсутністю закономірного зв'язку комплексів QRS і зубців Р. Де знаходиться локалізація водія ритму і як називається цей ритм?

- А. АВ-блокада II-III ступеня.
- Б. АВ-дисоціація.
- В. Синусова брадикардія.
- Г. Шлуночковий (ідіоventрикулярний) ритм.
- Д. Шлуночковий ритм при синдромі WPW.

3. У хворого 18 років зареєстрований пароксизм серцебиття, зумовленого синдромом Вольфа-Паркінсона-Вайта. Якою є найчастіша форма порушення ритму при цьому?

- А. Фібриляція передсердь.
- Б. Тріпотіння передсердь.
- В. Реципрокні АВ-тахікардії.
- Г. Фібриляція шлуночків.
- Д. Екстрасистоля.

4. У хворого реєструються негативні зубці Р після незмінених комплексів QRS, а у ряді випадків зубець Р відсутній. Де локалізується водій ритму?

- А. Синусовий вузол.
- Б. АВ-вузол.
- В. Шлуночки.
- Г. Нижні відділи передсердь.
- Д. Верхні відділи передсердь.

5. У хворого 47 років, доставленого в клініку з гострим коронарним синдромом, зупинився кровообіг. Що може бути найчастішим етіологічним фактором у даній клінічній ситуації?

- А. Миготіння шлуночків.
- Б. Миготіння передсердь.
- В. Тріпотіння передсердь.
- Г. Суправентрикулярна тахікардія.
- Д. Повна атріовентрикулярна блокада.

6. У хворого періодично реєструється серцебиття, що характеризується раптовим початком і закінченням тахікардії без періодів «розігріву» і «охолодження», правильним серцевим ритмом з частотою 100-160 ударів за хвилину; наявністю перед кожним незміненим комплексом QRS зубця Р, за своєю полярністю і формою ідентичного зубця Р синусового ритму. До якої клініко-електрофізіологічної форми належить описана тахікардія?

- А. Пароксизмальна надшлуночкова тахікардія.
- Б. Непароксизмальна синусова тахікардія.
- В. Синусова тахікардія типу ре-ентрі.
- Г. Передсердна тахікардія внаслідок підвищення автоматизму і тригерної активності.
- Д. Передсердно-шлуночкова вузлова тахікардія типу ре-ентрі.

7. У хворого реєструються на ЕКГ негативні зубці Р у II і III стандартних відведеннях із незміненими комплексами QRS, що йдуть за ними. Де знаходиться локалізація водія ритму?

- А. Синусовий вузол.
- Б. АВ-вузол.
- В. Шлуночки.
- Г. Нижні відділи передсердь.
- Д. Жоден з перелічених не є місцем локалізації водія ритму.

Відповіді на контрольні питання: 1. – Г 2. – Г 3. – В 4. – Б 5. – А 6. – В 7. – Г

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. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

3. 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 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. Serebyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.

7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

1. Фібриляція передсердь: адаптовані рекомендації європейського товариства кардіологів (2020). Режим доступу: <https://health-ua.com/article/61927-rekomendatc-vropejskogo-tovaristva-kardologv-zdagnostiki-talkuvannya-fbrily>

2. Лікування шлуночкових порушень серця та профілактика раптової серцевої смерті (2015)/Рекомендації Асоціації кардіологів України. Режим доступу: strazhesko.org.ua/upload/2014/02/20/pcc-2007-isp.doc

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

4. 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

5. Відкритий освітній ресурс OCW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

6. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання з теми:

1. Диференціальний діагноз надшлуночкової та шлуночкової екстрасистолії;
2. Клінічні прояви та диференціальний діагноз ФП і ТП.
3. Диференціальний діагноз суправентрикулярної та шлуночкової пароксизмальної тахікардії.
4. Диференційна діагностика між різними електрофізіологічними варіантами пароксизмальних тахікардій при синдромі WPW.
5. Інструментальні методи діагностики аритмій, діагностичні можливості та покази до проведення ЕКГ, добового холтеровського моніторингу, ЕхоКГ, електрофізіологічного дослідження. Інтерпретування результатів.
6. Основні класи антиаритмічних засобів, механізм дії, показання до їх застосування, побічні ефекти.
7. Існуючі стандарти лікування фібриляції передсердь (ФП).
8. Оцінювання ризику виникнення кардіоеMBOLІЧНОГО інсульту і системної тромбоеMBOLІЇ у пацієнтів з ФП (шкала CHA₂DS₂-VASC).
9. Принципи антикоагулянтної терапії. Переваги нових оральних антикоагулянтів (НОАК) над антагоністами вітаміну К (АВК).
10. Оцінювання ризику кровотеч при застосуванні антикоагулянтної терапії (шкала HAS-BLED).
11. Методика та покази до електроімпульсної терапії.
12. Інвазивні методи лікування аритмій серця, показання до їх застосування.
13. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У хворого 55 років з ДКМП, вночі раптово виник напад сильного серцебиття. Під час обстеження стан хворого середньої тяжкості, шкіра бліда, акроціаноз губ. АТ- 90/60 мм рт. ст. ЕКГ: ЧСС - 160 за хв. Комплекси QRS розширені та деформовані (QRS= 0, 12 с). Відмічається дисоціація в діяльності передсердь і шлуночків. Яке порушення серцевого ритму виникло у хворого?

- А. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- Б. Миготлива аритмія.
- В. Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- Г. Пароксизмальна тахікардія з передсердно-шлуночкового сполучення.
- Д. Часта шлуночкові екстрасистолія.

Завдання 2

Жінка, 66 років, скаржиться на ниючий біль у ділянці серця, перебої в його роботі, задишку під час руху. Об'єктивні межі серця розширені вліво, тони приглушені, систолічний шум на верхівці серця, ЧСС- 90 за 1 хв, поодинокі екстрасистоли, пульс 85 за 1 хв, АТ- 160/80 мм рт. ст. На ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка, часті передсердні екстрасистоли. Уданому випадку можливе виникнення:

- А. Миготливої аритмії.
- Б. Фібриляції шлуночків.
- В. Асистолії.
- Г. Повної поперечної блокади.
- Д. Шлуночкової тахікардії.

Завдання 3

Хворого, 56 років, госпіталізовано до лікарні, де виявлено підвищення сегмента ST на 5 мм з формуванням комплексу QR у відведеннях V1-V4. У першу добу мав стан клінічної смерті, у подальшому – часті епізоди екстрасистолії. Який препарат вибору для постійного прийому в амбулаторних умовах для даного хворого?

- А. Атенолол.
- Б. Верапаміл.
- В. Дигоксин.
- Г. Нітросорбіт.
- Д. Новокаїнамід.

Завдання 4

Жінка, 64 роки, раптово втратила свідомість. Коли прийшла до тями, з'ясувалось, що тривалий час вона скаржиться на загальну слабкість, швидко втомлюваність, нудоту, відчуття пульсації в надчеревній ділянці. Погіршення стану відмічає впродовж кількох місяців. Об'єктивно: при пальпації пульсу відзначаються передчасні пульсові хвилі малої амплітуди, за якими йде компенсаторна пауза, а потім пульсова хвиля гарного наповнення. При аускультатії - голосні позачергові тони. На ЕКГ - ритм синусів, неправильний. Інтервал PQ - 0,11с, позачергова поява незміненого QRS, подібного за формою на інші комплекси QRST синусового походження, зубець P- негативний у відведеннях II, III і aVF після комплексу QRS, у деяких відведеннях його взагалі немає. Присутня повна компенсаторна пауза. Встановіть попередній діагноз?

- А. Шлуночкова екстрасистолія. Г. Фібриляція передсердь.
 Б. Групові екстрасистоли з АВ- з'єднання. Д. Суправентрикулярна екстрасистолія.
 В. Пароксизмальна тахікардія.

Завдання 5

На прийом до кардіолога звернувся хворий 54 років зі скаргами на дискомфорт у грудях, пульсацію в голові, відчуття «зупинення серця». Об'єктивно: шкіра бліда, дихання в легенях - везикулярне, хрипів немає, АТ 140/70 мм рт.ст., пульс – 78/хв, тони серця не змінені. Живіт при пальпації м'який, безболісний. На ЕКГ - позачергові скорочення із незначно зміненим зубцем Р та нормальним комплексом QRS. Неповна компенсаторна пауза. Встановіть попередній діагноз?

- А. Шлуночкова екстрасистолія. Г. Дихальна аритмія.
 Б. Надшлуночкова екстрасистолія. Д. Ектопія з АВ- з'єднання.
 В. Варіант вікової норми.

Завдання 6

Чоловік 45 років працює водієм автобуса, при проходженні чергового медичного огляду ніяких скарг не відмічав. АТ 120/70 мм рт.ст., пульс -78/хв, тони серця не змінені. На ЕКГ реєструється вкорочення інтервалу P-Q, поява у складі комплексу QRS додаткової хвилі збудження, деформація комплексу QRS, та негативний зубець Р. Про що свідчить випадкова ЕКГ- знахідка?

- А. Синдром слабкості синусового вузла.
 Б. Синдром укороченого інтервалу P-Q.
 В. Варіант вікової норми.
 Г. Синдром передчасного збудження шлуночків.
 Д. Дихальна аритмія.

Правильні відповіді: 1. – Д 2. – А 3. – А 4. – Б 5. – Б 6. – Г

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 серцевого ритму	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 5. Ведення пацієнта з порушенням провідності серця

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Блокади серця, реєстрація яких зростає з кожним роком, часто приводять до розвитку гострої серцевої недостатності і, навіть, до зупинки серця. АВ-блокада є одним з найскладніших порушень провідності, супроводжується різким уповільненням ритму серця, нерідко з втратою свідомості та розвитком СН. Статистичні дані свідчать про 17 % раптових

смертей, пов'язаних з АВ-блокадами. Блокади ніжок пучка Гіса та їх розгалужень за даними епідеміологічних досліджень зустрічаються приблизно у 1 % пацієнтів старше 35 років й часто асоціюються з асинхронним скороченням шлуночків серця. Це може негативно впливати на функціональний стан хворих з СН та знижувати ефективність їх лікування. Частота виникнення внутрішньошлуночкових порушень зростає з віком і до 80-ти років сягає 17 %. Наявність порушень внутрішньошлуночкової провідності ускладнює диференціальну ЕКГ діагностику гіпертрофії шлуночків та гострої ішемії. Виникнення блокад завжди має важливе клінічне і прогностичне значення, так як відображає тяжкість структурного ураження серця.

Лікування порушень провідності є складною і невирішеною до кінця проблемою. Існуючий арсенал лікарських засобів досить часто є не тільки неефективним, але й має масу побічних ефектів. Інвазивне лікування за допомогою штучного водія ритму також не вирішує до кінця проблеми. Все це дає підстави для систематизації діагностичних критеріїв, переоцінки їх клінічного значення та тактики ведення пацієнтів з даною патологією.

Загальна мета – уміти верифікувати порушення провідності з уточненням причини розвитку і визначати тактику ведення хворих.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Класифікувати порушення провідності і аналізувати їх типову клінічну картину.
2. Скласти індивідуальну схему діагностичного пошуку, визначити та запропонувати необхідний об'єм та послідовність методів обстеження з різними видами блокад.
3. Проводити диференціальну діагностику між різними варіантами порушень проведення імпульсу.
4. Скласти план додаткового обстеження хворого з порушенням провідності.
5. Визначити прогностичне значення блокади в кожному конкретному випадку.

Студенти повинні вміти:

1. Вміти проводити обстеження хворого і інтерпретувати попередній діагноз.
2. Трактувати отримані дані загальноклінічного та біохімічного обстеження, добового моніторингу ЕКГ, черезстравохідної ЕКГ та ЕхоКГ.
3. Обґрунтувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів у пацієнтів з порушенням провідності, показання та протипоказання до їх проведення та можливі ускладнення.
4. Знати принципи лікування, реабілітації і профілактики порушень провідності.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Основним показанням для застосування тимчасової електрокардіостимуляції у хворих із синоаурикулярною блокадою II-III ст. є:

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| А. Виражена брадикардія. | В. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса |
| Б. Запаморочення. | Г. Стійкі кардіалгії. |

2. Який клас ААЗ пригнічує внутрішньошлуночкову провідність і може трансформувати блокаду ніжок пучка Гіса в дистальну АВ- блокаду?

- | | |
|--------|---------|
| А. I. | В. III. |
| Б. II. | Г. IV. |

3. При синоаурикулярній блокаді I ступеня засобами вибору є:

- | | |
|-------------|--------------------------|
| А. Атропін. | Г. Усі перелічені. |
| Б. Ізадрин. | Д. Жоден із перелічених. |
| В. Алупент. | |

4. Який підклас I класу ААЗ посилює внутрішньошлуночкову блокаду?

- | | | |
|--------|--------|--------|
| А. IA. | Б. IB. | В. IC. |
|--------|--------|--------|

5. Показанням для проведення профілактичної ендокардіальної електрокардіостимуляції є:

- А. АВ- блокада I ступеня.
- Б. Синоатріальна блокада I ступеня.
- В. АВ- блокада I ступеня з постійною внутрішньошлуночковою блокадою.

Г. AV- блокада I ступеня з внутрішньошлуночковою блокадою, що гостро виникла, у хворого з інфарктом міокарда.

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

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.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

9. Сиволап В.Д. Порушення ритму і провідності: навчально-методичний посібник. – Запоріжжя, 2016. – 193с.

Рекомендації, настанови та накази

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

2. Рекомендации по имплантации электрических устройств при нарушениях ритма и проводимости сердца. Рабочая группа по нарушениям ритма сердца/Ассоциации кардиологов Украины. Авторы-составители: О.С. Сычев, А.И. Фролов, Ю.В. Зинченко, С.В. Лизогуб. Режим доступа: <http://ukrcardio.org/wp-content/uploads/2015/10/Recomendations-UAKElectrychni.pdf>

3. Сичов О.С., Фролов О.І. Електрокардіостимулятори та кардіовертери-дефібрилятори при порушеннях ритму і провідності серця Режим дос-тупу: <https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-13-uk/glava-8-elektrokardiostimulyatori-ta-kardioverteri-defibrilyatori-pri-porushennyah-ritmu-i-providnosti-sertsya/>

4. 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

5. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

6. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Класифікація порушень серцевої провідності.
2. Патофізіологічні механізми та найбільш часті етіологічні чинники порушень провідності.
3. Класифікація і клінічна фармакологія антиаритмічних препаратів, коректорів електролітного обміну, препаратів, які впливають на вегетативну інервацію серця.
4. Інструментальні методи діагностики порушень провідності, діагностичні можливості та показання до проведення ЕКГ, ХМ ЕКГ, ЕхоЕКГ, електрофізіологічного дослідження.
5. ЕКГ-діагностика різних варіантів порушення провідності.
6. Клінічні прояви (синоатріальних і атріовентрикулярних блокад).
7. Синдром Фредеріка, ЕКГ-критерії.
8. ЕКГ-діагностика блокад ніжок пучка Гіса.
9. Тактика ведення хворих з порушенням провідності.
10. Сучасні стандарти лікування порушень провідності.
11. Відновлення синусового ритму та превентивне лікування при порушеннях провідності.
12. Додаткові лабораторні та інструментальні методи обстеження.
13. Методика та покази до проведення електрокардіостимуляції; штучні водії ритму.
14. Хірургічні методи лікування порушень провідності серця, показання до їх застосування.
15. Первинна та вторинна профілактика.
16. Прогноз та працездатність при різних видах порушень провідності.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Жінка, 64 роки, скаржиться на перебої у роботі серця, серцебиття, зниження працездатності, загальну слабкість. Погіршення стану відзначає впродовж кількох місяців. Після нетривалого епізоду непритомності звернулася до лікарів. Об'єктивно: пульс - 52 за 1 хв, аритмічний. Під час аускультатії шумів не виявлено. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний. Інтервал PQ-0,20с, QRS- 0,08 с. Поступове зменшення інтервалу R-R з подальшим випадінням PQRST. Яка найбільш імовірна причина такого стану?

- А. Синоатріальна блокада.
- Б. Атріовентрикулярна блокада I ст.
- В. Трифасцикулярна блокада ніжок пучка Гісса.
- Г. Атріовентрикулярна блокада III ст.
- Д. Атріовентрикулярна блокада II ст.

Завдання 2

У хворого, 18 років, що страждає природженою вадю серця, при ехокардіоскопії виявлений дефект міжпередсердної перетинки. Які зміни на ЕКГ часто реєструються при цій ваді?

- А. Синдром WPW.
- Б. Блокада ПНПГ.
- В. Блокада ЛНПГ.

- Г. АВ-блокада.
- Д. Перенапруження лівого шлуночка.

Завдання 3

Хворий лікується з приводу повторного інфаркту міокарда задньої стінки лівого шлуночка. На 5-й день стан погіршився: турбував біль в ділянці серця, виникла аритмія. На ЕКГ частота скорочень передсердь 76, шлуночків 36, інтервали PP та RR - однакові. Яке ускладнення інфаркту міокарда виникло у хворого?

- А. Миготлива аритмія.
- Б. Блокада лівої ніжки пучка Гісса.
- В. Повна атріовентрикулярна блокада.
- Г. Синдром слабкості синусового вузла.
- Д. Синусова брадикардія.

Завдання 4

У хворого 76 років зі штучним водієм ритму серця, що працює в режимі "на вимогу", виникають короткочасні непритомні стани. Об'єктивно: ритм серця правильний, 42 удари за хвилину. Що може бути причиною розвитку таких станів?

- А. Пароксизм шлуночкової тахікардії.
- Б. Порушення внутрішньошлуночкової провідності.
- В. Церебральний атеросклероз.
- Г. Відмова роботи стимулятора.
- Д. Пароксизм суправентрикулярної тахікардії.

Завдання 5

Хворий, 73 роки, скаржиться на епізодичну, втрату свідомості. Чотири роки тому переніс інфаркт міокарда. Об-но: PS - 72 за 1 хв, аритмічний, фіксуються епізоди пауз серцевої діяльності. При проведенні добового моніторингу ЕКГ виявлені епізоди АВ-блокади II ст. Мобітц 2 (2:1-4:1), періоди асистолії шлуночків до 3,5 сек. Виберіть необхідну тактику введення хворого?

- А. Імплантація ШВР.
- Б. В/в ввести атропін з подальшим призначенням препаратів цієї групи для постійного приймання.
- В. Призначити ізадрин для постійного приймання.
- Г. Призначити строфантин в/в на поляризуючій суміші.
- Д. Провести протизапальну терапію.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – Б 3. – В 4. – Г 5. – А

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 з порушенням провідності серця	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 6. Ведення пацієнта з хронічним коронарним синдромом

Кількість годин – 4.

Актуальність теми.

За даними ВООЗ хвороби серцево-судинної системи займають перше місце в структурі захворюваності людей по всьому світу і є найбільш частою причиною смерті. За поширеністю і соціальним значенням одне з перших місць у більшості країн світу займає коронарна (ішемічна)

хвороба серця (КХС/ІХС). В Україні зареєстровано більше 6 млн хворих на КХС із тенденцією до щорічного зростання захворюваності на 470 тис.

КХС – це динамічний процес накопичення атеросклеротичних бляшок (органічні зміни) і функціональних змін коронарного кровообігу, які можуть бути змінені за допомогою способу життя, лікарської терапії і реваскуляризації, та в свою чергу призводить до стабілізації або регресу захворювання. Клінічні прояви КХС можуть бути класифіковані як ГКС або ХКС. У рекомендаціях Європейського товариства кардіологів (ЕОК) перегляду 2019 року по лікуванню стабільних форм ІХС введено поняття хронічних коронарних синдромів (ХКС) та визначено шість клінічних сценаріїв, що найбільш часто зустрічаються у пацієнтів зі стабільною ІХС: 1) пацієнти з підозрою на ІХС (з симптомами стабільної стенокардії) і / або задишкою; 2) пацієнти з СН, що вперше виникла або лівошлуночкової дисфункцією і підозрою на ІХС; 3) безсимптомні і симптомні пацієнти, у яких стабілізація симптомів сталася в терміни менше одного року після ГКС або пацієнти після недавньої реваскуляризації; 4) безсимптомні і симптомні пацієнти в терміни більше одного року після первинної діагностики ІХС або реваскуляризації; 5) пацієнти з клінікою стенокардії і підозрою на її вазоспастичний або мікросудинний характер; 6) безсимптомні особи, у яких під час скринінгу виявлена ІХС. Всі ці сценарії класифікуються як ХКС, але пов'язані з різними ризиками майбутніх серцево-судинних подій і ризик цей може змінитися з плином часу – зрости внаслідок недостатнього контролю факторів ризику, неоптимальних змін у способі життя і/або неадекватною медикаментозною терапією, чи в результаті невдалої реваскуляризації. Ризик може зменшитися за умови застосування грамотної вторинної профілактики та успішної реваскуляризації. Таким чином, ХКС є різними еволютивними фазами ІХС, за винятком тих ситуацій, коли клінічну картину визначає ГКС.

Загальна мета – уміти верифікувати діагностичні критерії ХКС у хворих на стабільну ІХС, визначити тактику ведення хворих залежно від клінічного сценарію, оцінити прогноз та розробити план профілактичних заходів.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Скласти програму обстеження хворого.
2. Проводити діагностику захворювань міокарда, етіопатогенетичними чинниками яких є атеросклеротичне ураження вінцевих судин
3. Проводити диференційну діагностику ХКС та ГКС.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи з урахуванням перебігу захворювання, коморбідних станів, можливих ускладнень, прогнозу.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження хворих.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень хворих (оцінити показники ліпідограми, ЕКГ, стрес-ЕКГ, холтерівського моніторування, КТ, МСКТ, коронарографії).
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві клінічним проявам ХКС.
4. Трактувати прямі і побічні ефекти основних антиангінальних препаратів, розробити профілактичні заходи.
5. Знати показання до реваскуляризації.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Хворий Л., 55 років, скаржиться на те, що 1,5 тижні тому з'явився сильний нападоподібний біль в нижній щелепі тривалістю 5-20 хв. З часом біль став частішати до 10 разів на добу. Приймання анальгетиків та спазмолітиків безрезультатне, однак стан покращився після приймання 3 таблеток нітрогліцерину. Який із перелічених діагнозів є найбільш ймовірним?

- А. Стенокардія.
Б. Інфаркт міокарда.

- Г. Неврит трійчастого нерва.
Д. Остеомієліт щелепи.

В. Перикардит.

2. У хворого з стабільною стенокардією напруження II функціонального класу в останні кілька днів значно збільшилась кількість болювих нападів, з'явилися болюві напади у спокої, знизилась толерантність до фізичного навантаження, збільшилась потреба у нітрогліцерині. В даній клінічній ситуації найбільш виправданим буде такий діагноз.

А. ІХС, прогресуюча стенокардія напруження та спокою.

Б. НЦД з кардіальним синдромом.

В. ІХС, вперше виникла стенокардія, що виникла вперше.

Г. ІХС: стабільна стенокардія, III функціональний клас.

Д. ІХС, гострий інфаркт міокарда.

3. Хворий 36 років звернувся до лікаря зі скаргами на пекучий біль за грудниною без іррадіації, що виникає при швидкій ходьбі і припиняється при зупиненні на декілька хвилин. Уперше такий біль виник 1 тиждень тому. Шкіра звичайного кольору. Тони серця дещо ослаблені, ритмічні. ЧСС 68 уд. за 1 хв. АТ - 140/95 мм рт. ст. На ЕКГ - депресія сегмента ST на 1-2 мм у відведеннях V2-4. Ваш діагноз.

А. Стабільна стенокардія III функціонального класу.

Б. Стабільна стенокардія II функціонального класу.

В. Стенокардія de novo.

Г. Нестабільна прогресуюча стенокардія напруження.

Д. Гострий інфаркт міокарда.

4. Хворий 55 років скаржитися на біль за грудниною стискального характеру при ходьбі до 100 м. тривалістю до 15 хв, відчуття недостатності повітря, пітливість. Об-но: підвищеного живлення, межі серця поширені вліво, тони глухі, ритмічні, ЧСС-90 за хв, АТ-140/90 мм рт. ст. Протягом останнього тижня біль з'явилась у спокої та вночі, не купірувалася після приймання однієї таблетки нітрогліцерину. На ЕКГ - високі гострокінцеві зубці Т у V2- V4 відведеннях. Про яке захворювання можна думати?

А. Прогресуюча стенокардія.

Г. Спонтанна стенокардія Принцметала.

Б. Стабільна стенокардія IV ФК.

Д. Стабільна стенокардія III ФК.

В. Інфаркт міокарда.

5. Хворий Ф., 60 років, скаржитися на біль поза грудниною стискаючого характеру під час ходьби по рівній місцевості до 200 м. АТ 140/70 мм рт. ст. Пульс 80 уд/хв. ВЕМ: зниження толерантності до фізичних навантажень 75 Вт. Найбільш вірогідний діагноз?

А. Стабільна стенокардія III ФК.

Г. Стабільна стенокардія II ФК.

Б. Прогресуюча стенокардія.

Д. Стабільна стенокардія IV ФК.

В. Спонтанна стенокардія.

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

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.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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

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

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

3. 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 доступа: http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/MOZ25649.html; http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160923_0994.html

4. Рекомендації ESC з діагностики та ведення пацієнтів з хронічними коронарними синдромами 2019. Режим доступа: <http://practice.ucardioj.com.ua/wp-content/uploads/2020/04/ESC-Recom.pdf>. Оригінальна публікація: European Heart Journal (2019) 00, 1—71 doi:10.1093/eurheartj/ehz425

5. Стабільна ішемічна хвороба серця. Клінічні рекомендації 2020. Режим доступа: <https://russjcardiol.elpub.ru/jour/article/view/4076/3082> Оригінальна публікація: European Heart Journal. 2020;41:407-477. doi:10.1093/eurheartj/ehz425.

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

7. Дисліпідемії: діагностика, профілактика та лікування. Методичні рекомендації Українського товариства з атеросклерозу Асоціації кардіологів України, Київ 2017. Режим доступа: https://strazhesko.org.ua/upload/rekomendacii_ok.pdf

8. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступа: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

Основні теоретичні питання теми:

1. Клінічні варіанти ХКС.
2. Базове обстеження.
3. Діагностика (інвазивні та неінвазивні методи) і оцінка ризику наявності ішемії.
4. Модифікуючі й немодифікуючі фактори ризику ІХС.
5. Клінічна класифікація симптомів, що викликає підозру на стенокардію.
6. Тактика ведення пацієнтів зі стенокардією, задишкою та підозрою на ХКС.
7. Місце стенокардії напруження в класифікації ІХС. Особливості клінічного перебігу. Значення інструментальних методів у діагностиці стабільного перебігу стенокардії.
8. Поняття про типову, атипovu стенокардію. Вазоспастична та мікросудинна стенокардія, діагностичні критерії, лікування.
9. Рекомендації зі зміни способу життя для пацієнтів з ХКС. Характеристика здорового харчування. Значення фізичної активності для пацієнтів з ХКС.
10. Медикаментозне лікування ХКС: купірування симптомів стенокардії/ішемії. Основні антиішемічні препарати.
11. Стратегія довготривалої медикаментозної терапії хворих на ХКС.
12. Профілактика ускладнень. Особливості антитромботичної терапії.
13. Принципи ведення пацієнтів з ХКС та систолічною дисфункцією лівого шлуночка на фоні ішемічної кардіопатії.
14. Скринінг ішемічної хвороби серця у разі безсимптомного перебігу.
15. Значення хірургічного лікування (реваскуляризація) та його можливості на сучасному етапі.
16. Роль статинів та інших гіполіпідемічних препаратів в лікуванні та профілактиці ХКС.
17. ХКС та коморбідна патологія (АГ, клапанні вади, ЦД, ХХН).

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У хворого 65 років на ІХС, стабільну стенокардію напруження функціонального класу виявлено супутній хронічний обструктивний бронхіт. ЧСС - 90/хв. Ехокардіографічно - ознаки дисфункції лівого шлуночка (фракція викиду 37 %). Який засіб є найоптимальнішим у даному випадку?

- | | |
|---------------------------|---------------|
| А. Верапаміл. | Г. Дилтіазем. |
| Б. Ізосорбїду мононітрат. | Д. Атенолол. |
| В. Ніфедипін. | |

Завдання 2

У хворого на ІХС, стабільну стенокардію III ФК, постінфарктний кардіосклероз, СН II ст. з'явилися напади миготливої аритмії, шлуночкова екстрасистолія, ЧСС поза нападом - 78 на хв; АТ 110/70 мм рт. ст. Який з антиаритмічних засобів найбільш ефективний на фоні антиангінальної терапії?

- | | |
|-----------------|---------------|
| А. Амїодарон. | Г. Верапаміл. |
| Б. Пропренолол. | Д. Дігосин. |
| В. Хінідін. | |

Завдання 3

Хворий М. 65 років страждає на ІХС, стабільну стенокардію напруження II функціонального класу. Регулярно приймає аспірин, нітросорбїд, анаприлін. На цьому фоні з'явилися ознаки декомпенсації кровообігу (набряки на ногах). Які медикаменти варто додати до лікування?

- А. Дігосин+сечогінні.
- Б. Інгібітори ангіотензин перетворюючого ферменту+сечогінні.
- В. Молсидомін.
- Г. Антагоністи кальцію.
- Д. Сечогінні.

Завдання 4

Хворий 38 років страждає обструктивною формою гіпертрофічної кардіоміопатії (сistolічний градієнт тиску в спокої 86 мм рт. ст.). Відмічаються напади стенокардії і задишка при помірному фізичному навантаженні. Об'єктивно: ЧСС - 80 хв, АТ - 145/85 мм рт. ст. Призначення якого із препаратів у даній ситуації протипоказано?

- А. Пропранолол.
- Б. Верапаміл.
- В. Аспірин.

- Г. Аспаркам.
- Д. Нітрогліцерин.

Завдання 5

У хворого 52 років напади болі за грудниною при швидкій ході та підйомі на третій поверх, що проходять протягом 5 хв у спокої або після приймання нітрогліцерину. На ЕКГ - зниження вольтажу зубців Т у грудних відведеннях. Протягом останніх 2 тижнів напади почастишали, почали виникати при ходьбі в звичайному темпі. При холтерівському моніторингу у момент нападу зафіксовані: синусова тахікардія, шлуночкові екстрасистоли і депресія ST, що досягає 2 мм у відведеннях V4, - V6. На наступний день на ЕКГ у спокої в цих же відведеннях зберігається стійка депресія ST, що досягає 2 мм. Ваш діагноз?

- А. Стабільна стенокардія II ФК.
- Б. Інфаркт міокарда.
- В. Стабільна стенокардія IV ФК.

- Г. Стенокардія Принцметала.
- Д. Нестабільна стенокардія.

Завдання 6

57-річний хворий скаржиться, що протягом року 1-2 рази на місяць зранку виникають загрудинні болі стискаючого характеру, що віддають під ліву лопатку, і проходять протягом півгодини після приймання нітрогліцерину. При холтерівському моніторингу у момент нападу елевація ST у відведеннях V2-V5 на 8 мм. Наступного дня ST на ізолінії. Яка патологія у хворого?

- А. Стабільна стенокардія IV ФК.
- Б. Інфаркт міокарда.
- В. Гостра коронарна недостатність.

- Г. Нестабільна стенокардія.
- Д. Прогресуюча стенокардія.

Завдання 7

У хворого, 56 років, наукового працівника, виникають стискаючі болі за грудниною по декілька разів на день при ходьбі на відстань 100-150 м, тривалістю до 20 хв, які знімаються нітрогліцерином. Об'єктивно: підвищеного живлення, межі серця в нормі, тони ритмічні, пульс 78 уд. за хв, АТ-130/80 мм рт. ст. На ЕКГ: депресія ST. Про яке захворювання можна думати ?

- А. Стабільна стенокардія III ФК.
- Б. Нестабільна стенокардія.
- В. Стабільна стенокардія I ФК.

- Г. Стабільна стенокардія II ФК.
- Д. Стабільна стенокардія IV ФК.

Завдання 8

У хворого зі стабільною стенокардією напруги II функціонального класу в останні кілька днів значно почастишали больові напади, з'явилися больові напади у спокої, знизилася толерантність до фізичного навантаження, збільшилась потреба у нітрогліцерині. У даній клінічній ситуації найбільш виправданим буде наступний діагноз:

- А. ІХС, прогресуюча стенокардія напруги та спокою.
- Б. ІХС, гострий інфаркт міокарда.
- В. ІХС, стенокардія, що виникла вперше.
- Г. НЦД по кардіальному типу.
- Д. ІХС: стабільна стенокардія, III функціональний клас.

Завдання 9

У хворого З.В., 49 років, який перебуває на обліку з діагнозом стабільна стенокардія II ФК, «раптово виникли типові стенокардіотичні болі», які не знялися нітрогліцерином. Об'єктивно: АТ= 120/80 мм рт.ст., пульс 104 уд. за хв, поодинокі екстрасистоли. На ЕКГ: ЧСС - 104 /хв, різкі лівошлуночкові екстрасистоли, депресія сегмента S -T у I, aVL та високі, гострокінцеві зубці Т у V2, V3, V4 відведеннях. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Нестабільна стенокардія.
- Б. Інфаркт міокарда.
- В. Стабільна стенокардія, IV ФК.

- Г. Стенокардія варіантна.
- Д. Стабільна стенокардія, II ФК.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – А 3. – Б 4. – Д 5. – Б 6. – Г 7. – Б 8. – А 9. – А

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 стабільну стенокардію	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 7. Ведення пацієнта з кардіомегалією

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Під поняттям кардіомегалії розуміють значне збільшення розмірів серця за рахунок його гіпертрофії і дилатації, накопичення продуктів порушеного обміну речовин, розвитку неопластичних процесів. Кардіомегалія – це синдром, характерний для великої кількості патологічних станів серцево-судинної системи, інших захворювань, аномалій серця. Кардіомегалії поділяють на первинні та вторинні. Первинні - це хвороби міокарда невідомого походження, клінічна картина яких характеризується кардіомегалією, порушенням ритму, прогресуванням серцевої недостатності з ураженням клапанного апарата серця або змінами системної і легеневої геодинаміки. Кардіомегалія найчастіше спостерігається при дифузному гострому міокардиті, артеріальній гіпертензії (гіпертензивне серце), хронічних перикардитах, деяких формах ішемічної хвороби серця, кардіоміопатіях, вадах серця, міокардитичному кардіосклерозі, синдромі Морфана, аневризмі серця. Вади серця є однією з найчастіших причин кардіомегалій. Помірне збільшення серця при дифузному міокардиті спостерігається практично завжди, але кардіомегалія характерна для міокардиту з тяжким перебігом.

Кардіомегалія є досить актуальною темою для обговорення сьогодні, оскільки прогноз може бути несприятливим у зв'язку з прогресуванням серцевої недостатності, рефрактерністю до лікування, порушенням серцевого ритму і тромбемболіями.

Загальна мета – оволодіти методами обстеження для визначення причини кардіомегалії у хворих; уміти діагностувати і лікувати захворювання, що супроводжуються кардіомегалією, надати допомогу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Провести розпитування хворого і виявити ознаки, що вказують на наявність кардіомегалії;
2. Обґрунтовано скласти діагностичну програму та уявляти, яких результатів можна очікувати від призначених методів обстеження для встановлення клінічного діагнозу.
3. Провести обґрунтування попереднього діагнозу.
4. Провести диференційний діагноз з урахуванням провідного діагностичного синдрому – кардіомегалії.
5. Визначити тактику лікування щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Провести об'єктивне обстеження хворого з аналізом і синтезом отриманих при цьому даних і виявити фактори ризику розвитку кардіомегалії.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.

3. Знати сучасну класифікацію кардіомегалій, клінічні прояви, ускладнення, методи діагностики і диференційний діагноз кардіомегалій.

4. Знати принципи сучасної диференційованої терапії кардіомегалій, принципи профілактики, та реабілітації хворих. Визначити прогноз при кардіомегалії.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Яка ехокардіографічна ознака є найбільш інформативною для обструктивної форми гіпертрофічної кардіоміопатії?

- А. Асиметрична гіпертрофія міжшлуночкової перетинки більше 13-15 мм у діастолу.
- Б. Збільшення товщини задньої стінки лівого шлуночка.
- В. Збільшення розміру порожнини лівого шлуночка.
- Г. Гіпокінез міжшлуночкової перетинки.
- Д. Усі перелічені ознаки.

2. Який клінічний синдром є характерним для дилатаційної кардіоміопатії?

- А. Кардіомегалія і глухість серцевих тонів, патологічні 3-4 тони.
- Б. Застійна серцева недостатність.
- В. Складні порушення ритму і провідності.
- Г. Тромбоемболічний синдром.
- Д. Усе перелічене.

3. Яка клінічна форма ідіопатичних кардіоміопатій є найбільш поширеною?

- А. Гіпертрофічна.
- Б. Дилатаційна.
- В. Рестриктивна.
- Г. Аритмогенна кардіоміопатія правого шлуночка.
- Д. Усі перелічені.

4. Яка причина розвитку рестриктивної кардіоміопатії є найчастішою?

- А. Ендоміокардіальний фіброз.
- Б. Амілоїдоз серця (у початковій стадії).
- В. Фібропластичний парієтальний ендокардит Леффлера.
- Г. Гемохроматоз, саркоїдоз, глікогеном.
- Д. Системна склеродермія.

5. Яка з ідіопатичних кардіоміопатій найбільш пов'язана зі спадковістю?

- А. Дилатаційна.
- Б. Гіпертрофічна.
- В. Рестриктивна.
- Г. Аритмогенна дисплазія правого шлуночка.
- Д. Усі перелічені.

6. Для якої ідіопатичної кардіоміопатії характерним є порушення у першу чергу діастолічної функції?

- А. Дилатаційної.
- Б. Гіпертрофічної.
- В. Рестриктивної.
- Г. Аритмогенна дисплазії правого шлуночка.
- Д. Гіпертрофічної, рестриктивної.

7. Для якої ідіопатичної кардіоміопатії основним є порушення систолічної функції серця?

- А. Гіпертрофічної.
- Б. Дилатаційної.
- В. Рестриктивної.
- Г. Аритмогенної дисплазії правого шлуночка.
- Д. Усі перелічені.

8. Яка причина розвитку метаболічної кардіоміопатії є найчастішою?

- А. Уремія.
- Б. Подагра.
- В. Дефіцит електролітів і аліментарних речовин.

Г. Ендокринна патологія.

Д. Гіпероксалурія.

Відповіді на контрольні питання: 1. – Д 2. – Д 3. – Б 4. – В 5. – Б 6. – Д 7. – Б 8. – Г

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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

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

2. 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

3. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

4. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

5. Рекомендации ESC по диагностике и лечению гипертрофической кардиомиопатии 2014. Режим доступу: <https://russjcardiol.elpub.ru/jour/article/view/229>

6. Коваленко В. М., Несукай О. Г., Чернюк С. В. та ін. Діагностика міокардиту як одна з актуальних проблем кардіології / Український кардіологічний журнал, том 27, № 4, 2020, С. 78–89.

7. Міокардит і серцева недостатність під час пандемії COVID-19 в аспекті актуальних наукових даних та позиції ESC. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/chapter/B27.1374.37>.

8. Кузнецов І. В., Почепцова О. Г. Експертні питання в кардіології: акцент на міокардит, перикардит / Ліки України Medicine of Ukraine №1 (207) /2017. – С. 31-36. Режим доступу: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2017-02-28/6.pdf

9. Несукай О.Г. Сучасні підходи до діагностики та лікування кардіоміопатій: що нового? / Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 7 (476), квітень 2020 р. Режим доступу: <https://health-ua.com/article/60267-suchasn-pdhodi-dodagnostiki-talkuvannya-kardiomopatij-sho-novogo>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення синдрому кардіомегалії.
2. Етіологічні фактори формування даного синдрому.
3. Клінічна симптоматика, критерії діагнозу кардіомегалії, обумовленої міокардитом.
4. Клінічна симптоматика, критерії діагнозу кардіомегалії у хворих з ДКМП.
5. Клінічна симптоматика, критерії діагнозу кардіомегалії у хворих з ГКМП.
6. Особливості клінічної симптоматики кардіомегалії ішемічного генезу.
7. Методи діагностики кардіомегалії.
8. ЕхоКГ ознаки гіпертензивного серця, “серця атлета”, ГКМП.
9. Фармакологічне лікування ГКМП та ДКМП.
10. Особливості СН, обумовленої ДКМП та ГКМП. Принципи лікування.
11. Лікування тромбоемболічних ускладнень та аритмій.
12. Хірургічні методи лікування кардіомегалій, показання.
13. Еферентні методи терапії.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий М. 58 років скаржиться на задуху, слабкість, стискаючий біль за грудниною, перебої в роботі серця, набряки гомілок. Об-но: при перкусії збільшення всіх розмірів серця. Лабораторно: без особливостей. ЕКГ: тахісистолична форма фібриляції передсердь. ЕхоКГ: збільшення порожнини серця, ФВ-35%. Яке захворювання у даного хворого?

А. Дилатаційна кардіоміопатія.

В. Гіпертрофічна кардіоміопатія.

Б. Міокардит.

Г. Міокардіодистрофія.

Завдання 2

Хворий М. скаржиться на давлячий біль за грудниною, задуху, перебої в роботі серця. Об'єктивно: систолічний шум на верхівці на ЕКГ відмінний Т у V5-V6 Гіпертрофія лівого шлуночка. Шлуночкова екстрасистолія. Дані ЕхоКГ: ТМШП 18 мм ФВ-80% Який із перелічених діагнозів найбільш ймовірний?

А. Нестабільна стенокардія.

В. Міокардит.

Б. ГКМП.

Г. ДКМП.

Завдання 3

Хворий 22 років перебуває на диспансерному спостереженні з дитячого віку. Об-но: серцевий горб. У III-IV міжребер'ї зліва від груднини грубий систолічний шум, акцент II тону на ЛА При

рентгенологічному обстеженні збільшення ЛШ, розширення дуги ЛА, посилення легеневого малюнка. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Дефект міжпередсердної перетинки.
Б. Відкрита артеріальна протока.

- В. Дефект міжшлуночкової перетинки.
Г. Коарктація аорти.

Завдання 4

У 33 річного повністю здорового раніше чоловіка випадково виявили грубий систолічний шум у точці Боткіна, який проводиться на судини шиї, міжлопаткову ділянку. Від подальшого лікування відмовився. Через 2 місяці на фоні грипу виникла тяжка серцева недостатність. Для якої вади характерний такий перебіг?

- А. Аортальної недостатності.
Б. Аортального стенозу.

- В. Мітрального стенозу.
Г. Уродженого ураження ТК.

Завдання 5

У хворого 53 років відзначається задишка при фізичному навантаженні, періодична втрата свідомості. Аускультативно – систолічний шум у III міжребер'ї зліва від груднини. При УЗД серця – симетрична гіпертрофія ЛШ, його діастолічна дисфункція з деяким зменшенням порожнини. Спостерігається передньосистолічний рух передньої стулки мітрального клапана. Яка патологія у хворого?

- А. Гіпертрофічна кардіоміопатія.
Б. Рестриктивна кардіоміопатія.
В. Дилатаційна кардіоміопатія.

- Г. Післяінфарктний міокардіосклероз.
Д. Стеноз устя аорти

Правильні відповіді: 1. – А 2. – Б 3. – В 4. – Б 5. – А

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 кардіомегалію	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 8. Ведення хворого з серцевою недостатністю

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Серцева недостатність (СН) – це клінічний синдром із характерними скаргами: задишкою, слабкістю, що можуть супроводжуватися об'єктивними підвищеним тиском в яремних венах, крепітацією у легенях, периферичними набряками. Вказана симптоматика зумовлена морфологічними і/або функціональними порушеннями серця, які спричиняють зменшення серцевого викиду і/або підвищення інтракардіального тиску у спокої чи на фоні ФН.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) представляє собою важливу медико-соціальну проблему. За даними національних реєстрів різних країн поширеність ХСН у популяції коливається від 1 до 5%. З віком поширеність СН прогресивно зростає. Актуальність вивчення проблеми хронічної СН обумовлена великою розповсюдженістю патології, високою частотою госпіталізації, втратою працездатності, низькою якістю життя і передчасною смертю.

За даними Фремінгемського дослідження (спостереження 40 років) середня тривалість життя з моменту встановлення діагнозу ХСН становила 1,7 року для чоловіків і 3,2 року для жінок, а показник 5-річної виживаності — 25 і 38% відповідно. Навіть у сучасних умовах виживаність пацієнтів з клінічно маніфестованою ХСН протягом 5 років нижча, ніж у хворих із вперше

діагностованими злоякісними епітеліальними пухлинами різних локалізацій (виключення – рак легені). Клінічний прогноз ХСН тим гірше, чим вище ступінь її клінічної тяжкості. Так, показник смертності протягом 1 року у хворих із ХСН I–II ФК за NYHA становить 6–10%, зростаючи до близько 50% у хворих з тяжкою (IV ФК за NYHA) ХСН. Водночас летальність хворих на СН серед чоловіків складає 37 %, а серед жінок – 33 % .

Основними напрямками в лікуванні є зменшення ризику нових уражень міокарда, гальмування ремоделювання серцево-судинної системи та прогресування симптоматики. Результати масштабних багатоцентрових плацебо-контрольованих клінічних досліджень свідчать, що комбіноване застосування нейрогуморальних антагоністів дозволяє істотно знизити смертність хворих із клінічно маніфестованою ХСН до 6–10% на рік. Незважаючи на значні досягнення в лікуванні, поширеність СН збільшується з кожним роком, а летальність займає чи не одне з перших місць серед усіх захворювань.

Загальна мета – уміти обґрунтувати діагноз і визначити тактику ведення хворих із серцевою недостатністю.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних етіологічні фактори, що сприяли розвитку СН.
2. Скласти програму обстеження хворого з СН.
3. Проводити диференціальну діагностику захворювань, що супроводжуються розвитком СН.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування та профілактичні заходи у хворих з СН.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень хворих із СН.
3. Розробити алгоритм лікування залежно від фракції викиду ЛШ
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних лікарських препаратів, що застосовуються для лікування СН. Показання до хірургічного лікування.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Початкова доза еналаприлу при СН становить:

- | | |
|---------------------------|--------------------------|
| А. 2,5 мг 1 раз на добу. | В. 5 мг 2 рази на добу. |
| Б. 2,5 мг 2 рази на добу. | Г. 10 мг 2 рази на добу. |

2. Сухий кашель є характерним побічним ефектом:

- | | |
|--------------------------|---------------------------|
| А. Антагоністів кальцію. | В. β - блокаторів. |
| Б. Інгібіторів АПФ. | Г. α – блокаторів. |

3. Які β - блокатори рекомендують для застосування при СН

- | | |
|--|--|
| А. Атенолол, бетаксоллол, бісопролол. | В. Бісопролол, карведілол, метапролол. |
| Б. Ацебутолол, оксепренолол, пінделолол. | Г. Целіпролол, талінолол, метапролол. |

4. До симптомів серцевої недостатності відноситься все перераховане, окрім:

- | | |
|-------------------|-------------------------------------|
| А. Задишки. | Г. Протодіастолічного ритму галопу. |
| Б. Набряків. | Д. Шуму Виноградова–Дюрозье. |
| В. Кардіомегалії. | |

5. Для лікування серцевої недостатності не використовують:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| А. Серцеві глікозиди. | Г. Інгібітори АПФ. |
| Б. Діуретики. | Д. Інгібітори альфа-глюкозидази. |
| В. Периферичні вазодилататори. | |

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

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.

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.
7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
8. 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.

Рекомендації, настанови та накази

1. Рекомендації по лечению сердечно-сосудистых заболеваний во время беременности 2018г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129400/rekomendatsii-po-lecheniyu-serdechno-sosudistykh-zabolevanij-vo-vremya-beremennosti-2018-g>
2. 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
3. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
4. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

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

Основні теоретичні питання з теми:

1. Правошлуночкова, лівошлуночкова та бівентрікулярна хронічна серцева недостатність (ХСН). Клінічні прояви.
2. Діагностика захворювань, які приводять до розвитку ХСН.
3. Скласти план обстеження пацієнтів з ХСН.
4. Критерії діагностики ХСН.
5. Алгоритми ведення хворих відповідно існуючих стандартів лікування ХСН.
6. Немедикаментозне, медикаментозне та хірургічне лікування ХСН.
7. Стратифікація ризику ускладнень при ХСН.
8. Первинна та вторинна профілактика ХСН.
9. Прогноз та працездатність при ХСН.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У хворого недостатність аортального клапана ускладнилась задишкою, набряками на ступнях та гомілкях, вологими негучними хрипами; нижній край печінки виступає на 3 см з-під реберної дуги. Пульс - 79/хв., ритмічний. Який препарат протипоказаний для лікування хворого?

А. Дигоксин.

В. Еналаприл.

Б. Верошпірон.

Г. Анаприлін.

Завдання 2

Чоловік 53 років протягом 1,5 міс. перебував у клініці з приводу ГІМ, який був ускладнений набряком легень. Об'єктивно: помірного живлення, незначний ціаноз губ. Пульс - 80/хв, АТ 140/90 мм рт.ст. ЧД -20. У нижніх відділах легень дрібнопухирцеві хрипи, тони серця приглушені, печінка не збільшена, набряків немає. Яке лікування доцільно призначити для вторинної профілактики серцевої недостатності?

А. Нітрати.

Г. Інгібітори АПФ, статини.

Б. β -блокатори, статини.

Д. Антагоністи кальцію.

В. β -блокатори, аспірин.

Завдання 3

Чоловік 52 р. скаржить на напади задишки, стенокардії, що виникають при ходьбі до 500 м, перебої в роботі серця. Об'єктивно: ЧД – 16/хв.; межі серця +1см вліво, тони приглушені, ЧСС – 84/хв., пульс 78 уд/хв., АТ – 150/100 мм рт.ст. Який з наведених препаратів показаний для покращання довгострокового прогнозу?

А. Етацизин.

Г. β -блокатори.

Б. Антагоністи кальцію.

Д. Нітрати.

В. Препарати калію.

Завдання 4

Хвора 65 років скаржить на загальну слабкість, серцебиття та задишку при помірному фізичному навантаженні, зрідка запаморочення. Ввечері відзначає набряк нижніх кінцівок. ЧСС – 80 за хв, АТ – 140/70 мм рт. ст. Тони серця приглушені. На ЕКГ – ознаки ішемії та дистрофії міокарда. Під час ультразвукового дослідження виявлено зниження ударного об'єму. Був зроблений висновок про наявність у жінки серцевої недостатності. Внаслідок якого гемодинамічного порушення виникли описані порушення?

А. Зменшення артеріального тиску.

Г. Зменшення хвилинного об'єму крові.

Б. Зменшення швидкості кровотоку.

Д. Підвищення артеріального тиску

В. Підвищення венозного тиску.

Завдання 5

Хвора 34 років скаржить на постійний біль в ділянці серця, задишку при русі, загальну слабкість. Об'єктивно: шкіра бліда та холодна, акроціаноз. Пульс 96 за 1 хв, АТ – 105/70 мм рт.

ст. Межа серця зміщена на 2 см вліво. Перший тон над верхівкою серця послаблений, систолічний шум над верхівкою. Діагностовано недостатність мітрального клапана серця. Який основний механізм виникнення СН?

- А. Зниження об'єму циркулюючої крові.
- Б. Перевантаження міокарда збільшеним об'ємом крові.
- В. Пошкодження міокарда. 19
- Г. Збільшення об'єму судинного русла.
- Д. Перевантаження міокарда підвищеним опором відтоку крові.

Завдання 6

Чоловіка 45 років турбують стискаючі болі за грудниною, серцебиття. Останнім часом посилилась задишка при фізичному навантаженні, з'явилися напади ядухи вночі. Інтенсивний систолічний шум з епіцентром по лівому краю груднини не проводиться на судини, ІІ тон забережений. За даними ЕхоКГ: різко виражена гіпертрофія верхньої третини міжшлуночкової перетинки, ЛШ звичайних розмірів, фракція викиду – 65 %. Чим обумовлено прогресування СН у хворого?

- А. Діастолічною дисфункцією лівого шлуночка.
- Б. Систолічною дисфункцією правого шлуночка.
- В. Систолічною дисфункцією лівого шлуночка.
- Г. Легеневою артеріальною гіпертензією

Правильні відповіді: 1. – А 2. – Г 3. – Г 4. – В 5. – Б 6. – А

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 серцеву недостатність	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 9. Ведення пацієнта з серцевими шумами

Кількість годин - 4.

Актуальність теми.

Серцеві шуми - це звукові коливання, які виникають у серці при турбулентній течії крові, причинами якої найчастіше є: патологія клапанів, дефекти перетинок серця, розширення його порожнин, значне прискорення кровотоку при зменшенні в'язкості крові (анемії) або внаслідок гіперкінетики серцевих скорочень (тиреотоксикоз). Оскільки вищезазвані стани супроводжують значну кількість захворювань, надзвичайно важливим є вміння лікарів проводити диференціальну діагностику при серцевих шумах.

На жаль, на сьогодні відомості про поширеність клапанних вад серця дають тільки окремі дослідження. Так, у Європейське дослідження Euro Heart Survey on VHD були включені пацієнти, які лікувалися в кардіологічному відділенні. У них переважала дегенеративна етіологія і АС (81,9%) і аортальної недостатності (АН) (50,3%), ревматичне ураження АК зареєстровано у 15,2%, ендокардити - у 7,5%; вроджена патологія АК - у 15,2%, запалення іншої етіології - у 4,1% хворих. МН дегенеративної етіології була найпоширенішою і складала 61,2%, ревматичного – у 14,2% і ішемічного походження – у 7,3%, ендокардити виявлено у - 3,5%, вроджена аномалія МК – у 4,8%. У більшості випадків мітральний стеноз (МС) був ревматичної етіології – у 85,4%, пов'язаний з дегенеративним ураженням – у 12,5% випадків.

У Норвегії проведено аналіз змін в клінічних характеристиках пацієнтів з мітральною вадою серця, яким виконано хірургічне втручання. Число операцій збільшилося з 16 до 32 на мільйон населення. У ранній період спостереження найчастішою патологією була ревматична етіологія ураження клапана (65%), однак за останні п'ять років ревматичний МС став найбільш рідкісною патологією (14,5%), при якій виконувалися втручання. Реоперації при мітральних вадах склали 33%. Частка втручань, пов'язаних з ішемічною і дегенеративною МН збільшилася до 35%.

На теперішній час мистецтво лікування, під яким, насамперед, розуміють можливість постановки діагнозу у ліжка хворого на основі фізикального обстеження без застосування складного обладнання, поступово втрачається. Проте аускультация серця залишається джерелом отримання важливої інформації для діагностики захворювань. Якість аускультации визначається вмінням аналізувати звукові явища безпосередньо під час вислуховування. «Бездумна» аускультация є найбільш частою причиною діагностичних помилок (В.А. Алмазов, 1996).

Загальна мета - уміти діагностувати стани, що супроводжуються шумовою симптоматикою з боку міокарда на основі об'єктивного та лабораторно-інструментального обстеження.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділяти синдроми, характерні для патології клапанів.
2. Складати план обстеження хворого з серцевими шумами.
3. Проводити диференціальну діагностику серцевих шумів.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначати тактику лікування і профілактичні заходи у хворих з серцевими шумами.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження, в т.ч. аналізувати аускультативні дані.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при станах, що супроводжуються серцевими шумами.
3. Виявляти в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, характерні для даної патології.
4. Оцінювати зміни гемодинаміки, функціонування компенсаторних механізмів.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

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

- | | |
|---------------------------|-------------------------|
| А. $> 3 \text{ см}^2$. | Г. $> 4 \text{ см}^2$. |
| Б. $> 2 \text{ см}^2$. | Д. $> 1 \text{ см}^2$. |
| В. $< 1,5 \text{ см}^2$. | |

2. 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. $< 1,5 \text{ см}^2$. | |

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

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

4. Якими медикаментозними засобами можна зменшити легеневу гіпертензію?

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| А. Діуретиками, нітратами. | Г. Антибіотиками. |
| Б. Серцевими глікозидами. | Д. Антиаритміками. |
| В. Антикоагулянтами. | |

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

- | | |
|------------------------------|---------------------------|
| А. Балонна вальвулопластика. | Г. Усі вище названі. |
| Б. Мітральна комісуротомія. | Д. Жоден із вищеназваних. |

В. Протезування клапана.

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

А. На I стадії.

Г. На V стадії.

Б. На I-II стадіях.

Д. На I і V стадіях

В. На IV-V стадіях.

7. Який клінічний симптом є малохарактерним для мітральної недостатності?

А. Задишка.

Г. Ортопноє.

Б. Серцева астма.

Д. Кардіалгії.

В. Фібриляція передсердь.

8. При якій стадії мітральної недостатності не показано хірургічне лікування?

А. I-II і V стадії.

Б. I і V стадії.

В. Вираженій симптоматиці серцевої недостатності (III-IV ф.к. за NYHA).

Г. Помірній симптоматиці серцевої недостатності, але наявності фібриляції передсердь зі зниженням фракції викиду або розширення порожнини серця.

Д. Повторних системних емболіях, незважаючи на терапію антикоагулянтами.

9. Яке медикаментозне лікування проводиться у безсимптомних хворих аортальним стенозом?

А. Діуретиками.

Б. Вазодилататорами.

В. Серцевими глікозидами.

Г. Метаболічними засобами.

Д. Антибіотиками (для профілактики інфекційного ендокардиту).

10. Серед показань до хірургічного лікування хворих аортальним стенозом виділити одне, що є протипоказанням:

А. II, III, іноді IV стадії.

Б. Наростання симптоматики.

В. При систолічному градієнті між лівим шлуночком і аортою > 150 мм рт.ст.

Г. Прогресує гіпертрофія і перевантаження лівого шлуночка за ЕКГ.

Д. При збільшенні дилатації порожнини лівого шлуночка і погіршенні систолічної функції за ЕхоКГ і Rö-даними.

11. Яка тактика медикаментозного лікування доцільна при аортальній недостатності на етапі III-V стадії?

А. Діуретики.

Г. Вазодилататори.

Б. β-блокатори.

Д. Жодна з перелічених.

В. Інгібітори АПФ.

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

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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.

7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. 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.

9. Руденко Н.М., Лебідь І.Г. Ведення дорослих пацієнтів із вродженими вадами серця. Навчальний посібник- Київ LAT&K 2018. – 180 с.

10. Коваленко В.М., Несукай О.Г., Воронков Л.Г. та інші Хвороби перикарда. Рекомендації з діагностики та лікування хвороб перикарда. /Український ревматологічний журнал. – 2016. - № 63 (1). Режим доступу: <https://www.rheumatology.kiev.ua/article/8551/xvorobi-perikarda-rekomendacii-z-diaagnostiki-ta-likuvannya-xvorob-perikarda>

Рекомендації, настанови та накази

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

2. 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

3. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

4. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

5. Рекомендации ESC по диагностике и лечению заболеваний аорты 2014. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/Recom%20po%20aorte%207_rkj_15.pdf

Основні теоретичні питання теми:

1. Механізми утворення систолічного та діастолічного шумів серця.
2. Класифікація серцевих шумів
3. Диференціальна діагностика серцевих шумів органічного та функціонального походження.
4. Диференціальна діагностика по симптому «систолічний шум»:
 - Систолічний шум із максимумом звучання на верхівці серця

- Систолічний шум із максимумом звучання над аортою
- Систолічний шум із максимумом звучання над легеневою артерією
- Систолічний шум із максимумом звучання у III-IV міжребер'ях зліва від груднини

5. Диференційна діагностика діастолічного шуму в серці

6. План обстеження хворих з серцевими шумами - лабораторні та інструментальні методи обстеження і їх результати при серцевих шумах (рентгеноскопія легень та серця, фонокардіографія, ЕКГ, Ехо-КГ, коронарографія).

7. Захворювання, що супроводжуються постійним систоло-діастолічним шумом.

8. Ознаки шуму тертя перикарду.

9. Діагностичні алгоритми при наявності шумів серця.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 45 років має в анамнезі мітрально-аортальний стеноз ревматичного генезу. В динаміці захворювання задишка зменшилась, але стали прогресувати периферійні набряки, асцит, збільшення печінки, жовтяниця. Має місце різка загальна слабкість. При огляді – значний набряк шийних вен з їх вираженою пресистолічною пульсацією і пульсацією печінки. При аускультатії серця визначається мезодіастолічний шум із пресистолічним підсиленням при синусовому ритмі з епіцентром у IV міжребер'ї зліва від груднини, що посилюється при вдиху. Який клінічний діагноз має місце?

А. Мітрально-аортальний стеноз з приєднанням аортальної недостатності.

Б. Мітрально-аортально-трикуспідальний стеноз.

В. Мітрально-аортальний стеноз з приєднанням мітральної недостатності.

Г. Мітрально-аортальний стеноз, серцева недостатність ПБ-III стадій.

Д. Мітрально-аортальний стеноз, кардіальний цироз печінки.

Завдання 2

У хворого з систолічним шумом у II міжребер'ї справа від груднини на фонокардіограмі реєструється ромбоподібний шум з максимумом усередині систоли, а також додатковий тон у систолі через 0,04-0,06 с після I тону. Має місце також розщеплення і послаблення II тону на аорті. На ЕКГ реєструється гіпертрофія лівого шлуночка. Про яку серцеву ваду можна міркувати в даній ситуації?

А. Коарктація аорти.

Б. Субаортальний стеноз.

В. Аортальний стеноз.

Г. Мітральний стеноз.

Д. Мітральна недостатність.

Завдання 3

Хворий 34 років у дитинстві переніс хорею, артеріїт. Задишку став помічати останні 3 роки, яка прогресивно наростає. Турбує також серцебиття, збої в роботі серця. При огляді акроціаноз, серцева діяльність неритмічна. Тахікардія 104 за хв., дефіцит пульсу 22 за 1 хв. Над верхівкою серця вислуховується значний систолічний шум і помірний пресистолічний шум. I тон послаблений. Шум має широку зону іррадіації. На ЕКГ гіпертрофія лівого шлуночка, фібриляція передсердь. Який клінічний діагноз має місце?

А. Поєднана мітральна вада з переважанням недостатності.

Б. Поєднана мітральна вада з переважанням стенозу.

В. Поєднана мітральна вада без чіткого переважання стенозу чи недостатності.

Г. Ізольована мітральна недостатність.

Д. Пропалс мітрального клапана з мітральною регургітацією.

Завдання 4

Хвора 27 років скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, прискорене серцебиття, періодичні збої в роботі серця. Хворіє 3 роки, коли стала відзначати появу вищезгаданих скарг. У 18 років лікувалася в районній лікарні з приводу поліартриту, який було виліковано протягом 1 місяця. У подальшому суглобовий синдром не рецидував. При огляді астеничної конституції, верхівковий поштовх різко ослаблений, добре виділяється пульсація правого шлуночка під час систоли в нижній частині груднини. I тон над верхівкою посилений, там само вислуховується ізольований пресистолічний шум. Який діагноз у хворої?

- А. Ревматоїдний артрит, мітральний стеноз.
 Б. Ревматизм, мітральний стеноз.
 В. Ревматизм, поєднана мітральна вада.

- Г. Пропалс мітрального клапана.
 Д. Синдром Лютембахе.

Завдання 5

Хворий 42 років скаржиться на задишку, слабкість, підвищену втому. Хворіє ревматизмом з 14 років, перебуває на диспансерному обліку. При об'єктивному огляді помірний акроціаноз. Серцеві межі розширені вліво і вниз. Відмічається посилений і розлитий верхівковий поштовх. Над верхівкою серця пальпується систолічне тремтіння. При аускультатії серця на фонокардіограмі реєструється пансистолічний шум з епіцентром над верхівкою серця і проводиться в ліву аксиллярну ділянку. І тон різко послаблений. Реєструється ІІІ тон. Який діагноз у хворого?

- А. Мітральний стеноз.
 Б. Аортальний стеноз.
 В. Пропалс мітрального клапана.
 Г. Мітральна недостатність незначна.
 Д. Мітральна недостатність значна.

Правильні відповіді: 1. – Б 2. – В 3. – А 4. – Б 5. – Д

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 серцевими шумами	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 10. Ведення пацієнта з системними захворюваннями сполучної тканини

Кількість годин - 4.

Актуальність теми.

Системні хвороби сполучної тканини (СХСТ) - імунозалежне запалення сполучної тканини з її прогресуючою дезорганізацією. За поширеністю СХСТ займають 3-тє місце в загальній структурі соматичних хвороб після хвороб органів кровотворення та шлунково-кишкового тракту і охоплюють понад 4 млн (8%) населення світу.

За останні роки основною причиною збільшення кількості пацієнтів із СХСТ є значно більша можливість їх діагностики, хоча раннє виявлення цієї патології затруднене внаслідок неможливості констатації дебюту і навіть перебігу, бо вони розвиваються під масками різних синдромів. Водночас СХСТ становлять значну соціальну проблему, зумовлюють великі економічні затрати через розвиток ранньої інвалідності, тимчасової непрацездатності у людей молодого та середнього віку. На сьогодні на ринку присутні високоефективні засоби базової та протизапальної терапії, в тому числі імунобіологічні препарати. Однак у зв'язку з використанням для лікування пацієнтів із СХСТ потужної імуносупресивної терапії підвищилася частота імунозалежних ускладнень, в тому числі імунодефіцитних порушень. Тому рання якісна діагностика, адекватно вчасно призначене, патогенетично обґрунтоване лікування, профілактика СХСТ — надзвичайно важлива медико-соціальна проблема, що потребує детального вивчення.

Загальна мета - уміти діагностувати СХСТ, а саме системний червоний вовчак (СЧВ), дерматополіміозит (ДПМ), системну склеродермію (ССД) на основі об'єктивного та лабораторно-інструментального обстеження.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділяти синдроми, характерні для СХСТ.

2. Складати план обстеження хворого на СХСТ.
3. Проводити диференціальну діагностику СХСТ.
4. Поставити клінічний діагноз.
5. Визначати тактику лікування і профілактичні заходи у хворих на СХСТ.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження пацієнтів з СХСТ.
2. Виявляти в анамнезі та об'єктивних даних ознаки СХСТ.
3. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень пацієнтів із СХСТ.
4. Вміти призначити лікування хворим із СХСТ, а саме СЧВ, ДПМ, ССД.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Яке дослідження необхідно провести для встановлення діагнозу ДПМ?

- | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| A. Рентгенографію стравоходу. | D. Рентгенографію м'язів. |
| B. ЕГДС. | E. Біопсію шкірно-м'язового клаптя. |
| C. Біопсію шкірного клаптя. | |

2. Про що свідчать дані біохімічного аналізу крові: АЛАТ - 1,2 ммоль/л, КФК - 2,6 ммоль/л, білок -70 г/л, білірубін - 20 мкмоль/л.?

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------|
| A. Порушення функції печінки. | D. Дисферментопатія. |
| B. Деструкцію м'язових волокон. | E. Запальний синдром. |
| C. Збільшення активності ферментів. | |

3. Які зміни будуть виявлені при біопсії шкірно-м'язового клаптя у хворого на ДПМ?

- A. Одночасне ураження ендотелію судин, поліморфноклітинне запалення периваскулярної тканини, некротизуючий панваскуліт.
- B. Атрофія епідермісу з ознаками вакуольної дистрофії, згладженість сосочків, потовщення дерми з ознаками мукоїдного та фібриноїдного набухання.
- C. Інфільтрація міжм'язової сполучної тканини навколо судин, периваскулярно, м'язів, а також некроз м'язових волокон.
- D. Явища продуктивного васкуліту.
- E. Атрофія епідермісу, явища гіперкератозу, вакуольної дистрофії базального шару. Гіперкератоз у ділянці волосяних сумок.

4. Які морфологічні зміни шкіри при ССД?

- A. Продуктивний васкуліт.
- B. Інфільтрацію міжм'язової сполучної тканини, атрофію м'язових волокон.
- C. Атрофію епідермісу, згладженість сосочків, потовщення дерми з ознаками мукоїдного та фібриноїдного набухання, ділянки склерозу.
- D. Периваскулярні гранульоми з еозинофілами та еозинофільними інфільтратами.
- E. Панартеріт з мононуклеарною та гігантоклітинною інфільтрацією.

5. Який препарат має патогенетичну дію при ССД?

- | | |
|---------------------|-----------------|
| A. Глюкокортикоїди. | D. Лідаза. |
| B. Д-пеніциламін. | E. Метотрексат. |
| C. Делагіл. | |

6. Який препарат використовують для лікування синдрому Рейно?

- | | |
|-----------------|---------------|
| A. Каптоприл. | D. Лідаза. |
| B. Анаприлін. | E. Ніфедипін. |
| C. Нітросорбід. | |

7. Вкажіть найбільш імовірний клінічний варіант ураження нирок при СЧВ:

- | | |
|-----------------------------|---------------------|
| A. Хронічний пієлонефрит. | D. Люпус-нефрит. |
| B. Амілоїдоз нирок. | E. Сольовий діатез. |
| C. Інтерстиціальний нефрит. | |

8. Які зміни при проведенні рентгенографії суглобів кистей при СЧВ?

- A. Звуження суглобової щілини, склероз замикальних пластинок, остеофітоз.
- B. Дифузний остеопороз.
- C. Звуження суглобової щілини, округлі дефекти кісткової тканини в епіфізах.

Д. Звуження суглобової щілини, навколосуглобовий остеопороз, узури.

Е. Зміни відсутні.

9. Який найбільш імовірний генез анемії при СХСТ:

А. Залізодефіцитна анемія.

Д. В₁₂-дефіцитна анемія.

В. Гіпопластична анемія.

Е. Гемолітична анемія.

С. Автоімунна анемія.

10. Оберіть найбільш достовірний метод для верифікації діагнозу СЧВ:

А. Біопсія шкірно-м'язового клаптя.

Д. Біопсія нирки.

В. Дослідження крові на LE-клітини.

Е. Дослідження імунологічного статусу.

С. Виявлення антинуклеарних антитіл.

Відповіді на контрольні питання: 1.–С 2.–В 3.–С 4.–С 5.–В 6.–Е 7.–D 8.–Е 9.–С 10.–С

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. 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.

6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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.

Додаткова 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. 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.

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

4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

5. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.3 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. — 642 с.

6. Skills in Rheumatology [Електронний ресурс] / ed.: Н. Almoallim, М. Cheikh. – Singapore : Springer, 2021. – 566 p. – URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46098>

7. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. — 1008 с.

8. USMLE Step 2 CK: Internal Medicine: Lecture Notes / Editors J.J. Lieber, F.P. Noto. — New York : Kaplan, 2019. – 503 p.

9. Кондратюк В. Є. Внутрішня медицина: ревматологія: навч. посіб. Змістовний модуль 2 : Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб та сполучної тканини / В. Є. Кондратюк, М. Б. Джус. – К. : Медицина, 2017. – 272 с.
10. Свінціцький, А. С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. — К. : Медкнига, 2017. – 372 с.
11. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах: навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова та ін. ; за ред.: В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : Рябоконт О.В., 2017. – 105 с. – URL: <http://libserver.ssu.localnet:8080/liblocal/docs/nashiskanirovannie/3809.pdf>
12. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
13. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Класифікація СХСТ
2. Діагностичні критерії СЧВ і анифосфоліпідного синдрому.
3. Діагностичні критерії дерматополіміозиту (ДПМ).
4. Діагностичні критерії системної склеродермії (ССД).
5. Лабораторні та серологічні методи діагностики СХСТ.
6. Морфологічні методи дослідження СХСТ і їх оцінка.
7. Диференційний діагноз СХСТ.
8. Клінічна фармакологія основних лікарських засобів для лікування СЧВ, ДПМ, ССД.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

В стаціонар поступила жінка 38 років зі скаргами на болі в дрібних суглобах, субфебрилітет. Хворіє протягом 4 років. Спочатку турбували лише повторні атаки поліартриту дрібних суглобів кисті. При огляді: деформація проксимальних міжфалангових суглобів, розширення серця в обидва боки, систолічний шум на верхівці, АТ- 150/100 мм рт.ст. На рентгенографії ОГК-плевродіафрагмальні спайки, збільшення лівого шлуночка. Аналіз крові: Нв-98 г/л, ер-3,4x10¹²/л, лейк-4,0x10⁹/л, ШЗЕ- 50 мм/год. Аналіз сечі: біл - 1,3 г/л, ер-8-9 в п/зору, гіалінові циліндри 3-4 в п/зору. Найбільш ймовірний діагноз?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| А Системний червоний вовчак | Д Хронічний гломерулонефрит |
| В Ревматоїдний поліартрит | Е Ревматизм |
| С Системна склеродермія | |

Завдання 2

Хвора М., 42 роки, скаржиться на ураження шкіри живота, яке помітила три місяці назад. Ураження визиває відчуття легкої напруги шкіри. Об'єктивно: на животі спостерігається два вогнища овальної форми, ураження шкіри розмірами 10x15см та 5x8см. Шкіра в середині ураження суха, блискуча, має жовтуватий відтінок з рожево-синюшним вінчиком. Пальпаторно визначається затвердіння шкіри. Волосся в вогнищах ураження шкіри відсутнє. Поставте клінічний діагноз.

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| А Дерматит | Д Бляшкова склеродермія |
| В Фіксована еритема | Е Трихофітія гладенької шкіри |
| С Обмежений нейродерміт | |

Завдання 3

Хворій 19 років, що страждає на системний червоний вовчак з гострим перебігом, ураженням нирок, міокарду, плеври, суглобів, планується призначити патогенетичне лікування. В аналізі крові еритроцитів - 3,8x10¹²/л, Нв- 120 г/л, лейкоц.- 2,9x10⁹/л, тромбоц.- 150x10⁹/л, сечовина 6,9 ммоль/л. Оберіть правильний варіант лікування.

- | | |
|-------------------------------------|--|
| А Циклофосфан 200 мг в/в через день | Д Лаферон 5 млн од.в/м 2 рази на тиждень |
| В Преднізолон 60 мг/добу | Е Левамизол 150 мг/добу по схемі |

С Тимолін 10 мг в/м щоденно

Завдання 4

Хвора 38 р., скаржиться на ранкову скутість у суглобах кистей, відчуття стягнутості шкіри обличчя, утруднення при ковтанні їжі. Об'єктивно: амімія обличчя, звуження ротової порожнини по типу "кисета", кінчики пальців рук бліді, холодні на дотик. Тони серця аритмічні, ослаблені, систолічний шум на верхівці. Кров: ер - $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $6,7 \times 10^9/л$, ШЗЕ- 35мм/год. Який діагноз є найбільш ймовірним?

А Склеродермія

Д Системний червоний вівчак

В Ревматоїдний артрит

Е Ревматизм

С Синдром Шегрена

Завдання 5

Хворий К., 53р., скаржиться на слабкість в м'язах рук та ніг, з'явилося утруднення при ковтанні їжі, кашель. Хворіє впродовж 10 років, захворювання розпочалося із болючості та припухлості суглобів обох кистей рук. Лабораторні дані: креатинурія, збільшення вмісту в крові трансаміназ, міоглобіну, креатинфосфокінази, лактатдегідрогенази. Ваш діагноз?

А Хвороба Шегрена

Д Системна склеродермія

В Вузликівий периартеріт

Е Дермотоміозит

С Ревматична поліміалгія

Правильні відповіді: 1. – А 2. – Д 3. – В 4. – А 5. – Е

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 СХСТ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 11. Ведення пацієнта з суглобовим синдромом та міалгією

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Суглобовий синдром (СС) позначають як клінічний симптомо-комплекс, обумовлений ураженням анатомічних структур суглобів при різноманітних захворюваннях і патологічних процесах. Клінічні прояви ураження суглобів неспецифічні й характеризуються болями, місцевими ознаками запалення, порушенням функції, деформаціями, стійкими міозитами, міалгіями, слабкістю, атрофією проксимальних груп м'язів. Хвороби суглобів належать до найбільш поширених хронічних захворювань, показник яких за останні 20 років збільшився в 3 рази і становить 37 % від усіх захворювань. СС спостерігається у 80-90% випадків у хворих і є одним із перших клінічних проявів захворювання. Припухлість суглобів визначається періартрикулярним набряком, рідше – синовіітом. Близько 200 захворювань супроводжуються суглобовим синдромом у різних проявах. В одних випадках ураження суглобів є головним у клінічній картині захворювання й визначає медико-соціальний прогноз (ревматоїдний артрит, остеоартрит). В інших ситуаціях суглобовий синдром є одним із проявів деяких захворювань, маскуючи їх та утруднюючи діагностику (гострий вірусний гепатит у дебюті, неспецифічний виразковий коліт і ін.). У кожному конкретному випадку лікар повинен уміти оцінити характер суглобового синдрому (локалізація, кількість уражених суглобів, перебіг, позасуглобові прояви й ін.) для визначення напрямку діагностичного пошуку з метою встановлення причини ураження суглобів і верифікації нозологічного діагнозу. Суглобовий синдром може бути як проявом самостійних захворювань (ювенільний ревматоїдний, хронічний, реактивний артрит), так і інших хвороб (дифузні хвороби сполучної тканини, ревматизм, туберкульоз та інші інфекції, гострий лейкоз тощо).

«Міалгія» в буквальному перекладі з грецької означає «м'язовий біль». Згідно з адаптованою клінічною настановою «Контроль болю» поняття про біль трактують як «неприємний сенсорний та емоційний стан, пов'язаний з реальним або потенційним ураженням тканини або який описується як таке ураження» (наказ МОЗУ № 311, 2012). У практиці лікаря даний синдром трапляється доволі часто.

Загальна мета – уміти поставити діагноз і визначити тактику ведення хворих із суглобовим синдромом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві захворюванням, перебіг яких супроводжується суглобовим синдромом та міалгією.
2. Скласти програму обстеження хворого з суглобовим синдромом та міалгією.
3. Проводити диференціальну діагностику суглобового синдрому і міалгії різної етіології.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при наявному суглобовому синдромі та міалгії.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим захворюванням, що супроводжуються суглобовим синдромом або міалгією.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних нестероїдних препаратів, глюкокортикостероїдів, амінохінолінових препаратів, цитостатиків, препаратів золота.
5. Використовувати фізіотерапевтичні і дієтичні методи в лікуванні захворювань з суглобовим синдромом та міалгії.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Типовими рисами суглобового синдрому при ревматоїдному артриті є:

- А. Яскрава гіперемія шкіри над ураженими суглобами, тривала ранкова скутість.
- Б. Виникнення болю переважно після фізичних навантажень, ранкова скутість до 30 хв.
- В. Теносиновіти згиначів і розгиначів пальців на кистях, тривала ранкова скутість.
- Г. Відсутність ексудативних змін у суглобах, переважно набряк навколосуглобових тканин.
- Д. Еритематозна висипка над ураженими суглобами, виражена слабкість у проксимальних групах м'язів.

2. До «суглобів виключення ревматоїдного артриту» належать:

- | | |
|---|---|
| А. Міжфалангові суглоби I пальців стоп. | Г. Суглоби шийного відділу хребта. |
| Б. Скренево-нижньощелепні суглоби. | Д. Дистальні міжфалангові суглоби кистей. |
| В. Крижово-клубові зчленування. | |

3. Основними і ранніми ознаками суглобового болю у хворих на ревматоїдний артрит є всі перелічені, крім:

- А. Біль підсилюється при активних рухах.
- Б. Уражені дрібні суглоби кистей і стоп.
- В. Біль зменшується ввечері та вночі, під час сну.
- Г. Ранкова скутість.
- Д. Стартовий біль.

4. Суглобовий синдром при системній склеродермії може мати перебіг у вигляді:

- А. Артралгій.
- Б. Поліартриту з переважно фіброзно-індуративними змінами.
- В. Деформуючого псевдоартриту без рентгенологічних ознак ураження власне суглобів.
- Г. Псоріатичного артриту.
- Д. Overlap-синдрому (ССД-РА).

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

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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
6. 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.
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.

Додаткова 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. 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.
3. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
5. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.3 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. — 642 с.
6. Skills in Rheumatology [Електронний ресурс] / ed.: Н. Almoallim, М. Cheikh. – Singapore : Springer, 2021. – 566 p. – URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46098>
7. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. — 1008 с.
8. USMLE Step 2 СК: Internal Medicine: Lecture Notes / Editors J.J. Lieber, F.P. Noto. — New York : Kaplan, 2019. – 503 p.
9. Кондратюк В. Є. Внутрішня медицина: ревматологія: навч. посіб. Змістовний модуль 2 : Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб та сполучної тканини / В. Є. Кондратюк, М. Б. Джус. – К. : Медицина, 2017. – 272 с.
10. Свінціцький, А. С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. — К. : Медкнига, 2017. – 372 с.
11. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах: навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова та ін. ; за ред.: В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : Рябоконт О.В., 2017. – 105 с. – URL: <http://libserver.ssu.localnet:8080/liblocal/docs/nashiskanirovannie/3809.pdf>

Рекомендації, настанови та накази

1. 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
2. Остеоартроз. Клінічна настанова. – 2017. – 481с. Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/KN/AKN_Osteo.pdf

3. Терапія при болевом синдроме у пацієнтів с артритами и артрозами: общие рекомендації 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>

4. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

5. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

6. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Контроль болю», затверджена наказом МОЗ України від 25.04.2012 р. №311. – Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення суглобового синдрому.
2. Етіологія суглобового синдрому.
3. Основні патогенетичні механізми даного синдрому.
4. Клінічні прояви суглобового синдрому залежно від основного захворювання (ревматична лихоманка, РА, серонегативні спондилоартропатії, метаболічні захворювання (подагра, гемосидероз, пірофосфатна, кальцинуюча, оксалатна, амілоїдна артропатії), інші захворювання (гіперпаратиреоз, хронічна хвороба нирок, серпоподібно клітинна анемія, таласемія, паранеопластичний артрит)).
5. Диференціально-діагностичні критерії артриту та періартрикулярних уражень.
6. Ускладнення перебігу захворювань: контрактури, вивихи, анкілози, переломи, інфекційні ускладнення.
7. Базисне лікування ревматичних захворювань з суглобовими проявами.
8. Хірургічні методи (синовектомія, протезування в ревматології).
9. Диференціальний діагноз міалгій: при надмірному фізичному навантаженні; травм і розтягненні м'язів; неврогенної міопатії (атрофія м'язів перонеального типу (хвороба Шарко–Марі–Тута), боковий аміотрофічний склероз); демієлінізуючій полінейропатії (синдром Гієна–Баре, полірадикулопатії); ураженні на рівні нервово-м'язового синапсу (міастенія, міастенічний синдром Ламберта–Ітона, рабдоміоліз); судинній патології; дії токсичних речовин (алкогольна міопатія, ГК-міопатія, пеніциламін, гідроксихлорохін, хлорохін, статини); при первинних запальних захворюваннях м'язової тканини (ідіопатичні запальні міопатії); інфекційні міозити (вірусні міозити, токсоплазмоз, трихінельоз, цистицеркоз, ехінокок); вроджені порушення обміну (метаболічні міопатії: порушення обміну м'язового глікогену, ліпідів); мітохондріальні міопатії (LHON, MELAS, MERRF, NARP, MMC, Кріса–Сейра синдроми); при ендокринних захворюваннях (акромегалія, хвороба Аддісона, гіперкортицизм, гіперпаратиреоз, гіпотиреоз, тиреотоксикоз, цукровий діабет); при електролітних порушеннях (зниження концентрації в крові іонів калію, кальцію, магнію, натрію, фосфору); при первинно м'язових захворюваннях (амілоїдоз, гранулематозний міозит). За варіантами перебігу міалгії можуть бути гострими або хронічними, асоційованими або неасоційованими з підвищенням активності креатинінфосфокінази (КФК).
10. Складання плану обстеження, додаткові лабораторні та інструментальні методи обстеження при міалгії (ревмопроби, аутоімунні маркери, біопсія, рентгенографія. Ехо-КГ).
11. Тактика ведення хворих в залежності від основної причини міалгії.
12. Фізіотерапевтичне, санаторне лікування, показання, протипоказання при суглобовому синдромі та міалгії.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хвора 56 років скаржитья на біль в колінних суглобах, I плюснофаланговому суглобі стопи, дистальних міжфалангових суглобах кистей, часом набрякання колінних суглобів. Зазначені явища, періодично посилюючись, турбують багато років. Об'єктивно: підвищеного живлення, колінні суглоби збільшені за рахунок потовщення капсули, в порожнині правого — невелика кількість випоту. При пальпації суглобів під час руху — грубий хрускіт, активні та пасивні рухи

болючі. Кінцеві фаланги пальців кисті скривлені біля основи, де пальпуються тверді вузлики. Незначна атрофія м'язів стегон. Серце не збільшене, тони приглушені, шумів немає, АТ 160/100 мм рт. ст. Край печінки пальпується на 2 см нижче реберної дуги. Селезінка не збільшена. Аналіз крові: Нв 120 г/л, еритроцитів $4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитів $5,3 \cdot 10^9$ /л (формула без особливостей); СОЕ 23 мм/год, С-реактивний білок +. При електрофорезі білків сироватки — α_2 -глобуліни 11%. Латекс-тест негативний. Рентгенографія суглобів: суглобова щілина звужена, субхондральний остеосклероз. Сечова кислота 7 мг%.

1. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Подагра.
- Б. Ревматоїдний поліартрит.
- В. Деформівний остеоартроз.
- Г. Системний червоний вовчак, хронічний перебіг з артропатичним синдромом.
- Д. Ревматизм.

2. Які лікарські препарати найбільш доцільно призначити?

- А. Цитостатичні засоби.
- Б. Кортикостероїди (всередину).
- В. Нестероїдні протизапальні засоби.
- Г. Внутрішньосуглобове введення кортикостероїдних засобів.
- Д. Препарати золота.

Правильні відповіді: 1. – В 2. – В

Завдання 2

Хвора М., 34 р., скаржиться на біль при рухах в суглобах кисті з обох боків, їх набряклість, ранкову скутість, періодичне підвищення температури тіла. Об-но: праві та ліві міжфалангові, п'ястно-фалангові суглоби припухлі, гарячі на дотик, об'єм рухів в них істотно зменшений, на розгинальній поверхні суглобів визначаються підшкірні вузлики. Ан.крові: лейк.- $8,6 \cdot 10^9$ /л, ШЗЕ-45 мм/год, СРБ+++ , Реакція Ваалер-Роузе 1:128. Який діагноз у даної хворої?

- А. Ревматоїдний артрит, II ст. активності, суглобова форма.
- Б. Системний червоний вовчак, II ст. активності, підгострий поліартрит.
- В. Системна склеродермія, II ст. активності, поліартралгія.
- Г. Ревматизм, II ст. активності, поліартрит.
- Д. Дерматоміозит, II ст активності, суглобовий синдром.

Правильна відповідь: А

Завдання 3

Хвора 42 років, домогосподарка, 3 місяці тому після ГРЗ відзначила появу помірної болючості й припухлості II і III п'ястнофалангових суглобів, II, III, IV проксимальних міжфалангових суглобів обох кистей, променезап'ястних суглобів, ранкової скутості протягом 6 годин. Суглобовий синдром супроводжувався загальною слабкістю, підвищенням температури тіла до $37,3^{\circ}\text{C}$. При огляді шкірні покриви фізіологічного кольору, чисті. Пальпуються пахвові лімфатичні вузли розміром з горошину, щільні, безболісні. АТ-120/80 мм рт.ст. Тони серця чіткі, ритмічні. ЧСС - 76 уд/хвилину. Дихання везикулярне. Відзначається дефігурація за рахунок ексудативно-проліферативних явищ, болючість перерахованих вище суглобів. Активні і пасивні рухи в них обмежені й болючі. При обстеженні: еритроцити - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін - 110 г/л, лейкоцити - $9 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 30 мм/год, СРБ - 21 мг/мол, РФ - 64 ЕД/мол, ЦК - 78 ед.опт.пл. На рентгенограмі суглобів кистей виявлений навколосуглобовий остеопороз, звуження суглобової щілини проксимальних міжфалангових і п'ястно-фалангових суглобів.

- 1. Виділіть синдроми, визначте головний.
- 2. Сформулюйте клінічний діагноз.
- 3. Складіть план обстеження.
- 4. Призначте лікування.

Алгоритм рішення й еталони відповідей:

1. Поєднання болю в суглобах, припухлості, скутості й обмеження функції свідчить про суглобовий синдром. Лімфаденопатію, субфебрилітет, анемію варто віднести до синдрому системних проявів. Підвищення ШОЕ до 30 мм/год, СРБ до 21 мг/мол, ЦК до 78 од.опт.щ., РФ

до 64 ЕД/мол вказує на синдром імунного запалення. Головним є суглобовий синдром. Характер, добовий ритм, інтенсивність, темп розвитку больового синдрому, розлита припухлість в ділянці суглоба, дефігурація за рахунок ексудативно-проліферативних явищ, обмеження активних рухів – все це свідчить про суглобовий синдром запального характеру (артрит). Особливості суглобового синдрому свідчать на користь ревматоїдного артриту: артрит, поліартрит, ураження дрібних суглобів кистей і стоп, стійке, симетричне, прогресуюче, що супроводжується системними проявами (лімфаденопатія, субфебрилітет, анемія). Із 7 діагностичних критеріїв АРА для поставлення діагнозу ревматоїдного артриту присутні 6. Причому клінічні критерії існують більше 6 тижнів. Таким чином, діагноз ревматоїдного артриту відповідно до діагностичних критеріїв АРА можна вважати достовірним.

2. Ураження більше 3 суглобових зон свідчить на користь поліартриту, підвищений рівень РФ – на серопозитивний варіант ревматоїдного артриту. Наявність артритів перелічених вище суглобів, тривалість ранкової скутості протягом 6 годин, субфебрилітет, підвищення ШОЕ до 30 мм/год, СРБ - 21 мг/мол, ЦІК - 78 од.опт.щ., РФ до 64 ЕД/мол свідчить про II ступінь активності захворювання. Аналіз рентгенограми кистей: навколосуглобовий остеопороз, звуження суглобової щілини проксимальних міжфалангових і п'яснофалангових суглобів відповідає II стадії за Штейнброкером. Обмеження виконання життєво-важливих маніпуляцій свідчить на користь ФН II. Клінічний діагноз: ревматоїдний артрит, поліартрит із системними проявами (лімфаденопатія, субфебрилітет, анемія), серопозитивний, активність II ступеня. Рентгенологічна стадія - II. ФН II.

3. Програма обстеження пацієнта повинна передбачати 1) дослідження, спрямовані на уточнення активності захворювання й пошук можливих позасуглобових проявів хвороби; 2) оцінку функції органів і систем організму для виключення протипоказань до призначення базисної терапії; 3) виключення інших причин анемії.

4. Лікування передбачає:

1) базисну терапію: метотрексат 15 мг/тиждень під контролем загаль-ного аналізу крові із тромбоцитами, білірубіну, АСТ, АЛТ, ЛФ, ГГТП, креатиніну, загального аналізу сечі. У подальшому – корегування дози базисного препарату для досягнення оптимального ефекту.

2) симптоматичну терапію: диклофенак натрію 100 мг/добу;

3) ЛФК.

Завдання 4

Хвора В., 34 роки, інвалід II групи. Занедужала 5 років тому, коли після переохолодження з'явилися болі й припухлість у дрібних суглобах кистей і стоп, променезап'ястних і колінних, ранкова скутість у суглобах протягом усього дня, підвищення температури тіла до 37,8-38°C. Був призначений преднізолон у дозі 25 мг/добу із подальшим переходом на підтримуючу добову дозу 10 мг. Останнє погіршення стану виникло при спробі зменшення дози преднізолону до 5 мг у зв'язку із появою артеріальної гіпертензії. Хвора відзначала скутість суглобів протягом усього дня, болі стали турбувати навіть у спокої.

Об'єктивно: підвищеного харчування з відкладенням жирової клітковини переважно в ділянці живота й грудної клітки, місяцеподібне, багрово-ціанотичне обличчя, гіпертрихоз. Дефігурація й деформація проксимальних міжфалангових, п'яснофалангових і променезап'ястних суглобів кистей, рухи в них різко обмежені, виражена атрофія м'язів. Відзначається ульнарна девіація кисті. АТ=160/100 мм рт.ст.

Аналіз крові: ШОЕ - 45 мм/год, лейкоцити - 12×10^9 /л. РФ - 128 ЕД/мол. Рентгенограма кистей: навколосуглобовий остеопороз, значне руйнування хрящів і кісткової тканини II, III, IV проксимальних міжфалангових суглобів. Суглобові щілини п'яснофалангових суглобів II, III пальців різко звужені, множинні узури, ульнарна девіація.

1. Виділіть синдроми, визначте головний.

2. Сформулюйте клінічний діагноз.

3. Складіть план обстеження.

4. Призначте лікування.

Алгоритм рішення й еталони відповідей:

1. Синдроми: 1) суглобовий (за типом артриту) - головний; 2) системних проявів (аміотрофії, субфебрилітет); 3) імунного запалення (ШОЕ - 45 мм/год; РФ - 128 ЕД/мол); 4) Іценко-Кушинга (хвора підвищеного харчування з відкладенням жирової клітковини переважно в ділянці живота й грудної клітки, місяцеподібне, багрово-ціанотичне обличчя, гіпертрихоз).

2. Клінічний діагноз: ревматоїдний артрит, поліартрит із системними проявами (аміотрофія, субфебрилітет), серопозитивний, активність III ступеня. III стадія. ФН II. Стероїдозалежність.

3. Програма обстеження: 1) уточнення активності (СРБ, білкові фракції, ЦПК, імуноглобуліни); 2) виключення позасуглобових проявів захворювання (загальний аналіз крові із тромбоцитами, загальний аналіз сечі, креатинін, ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографія грудної клітки, консультація невропатолога); 3) виключення побічних дій преднізолону (денситометрія, цукор крові, моніторинг АТ, ФГДС, консультація окуліста); 4) оцінка функції органів і систем організму для виключення протипоказань до призначення базисної терапії.

4. Лікування:

1) метотрексат 10 мг/ тиждень в/м під контролем загального аналізу крові із тромбоцитами, білірубину, АСТ, АЛТ, ЛФ, ГГТП, креатиніну, загального аналізу сечі не рідше 1 разу на 2 тижні;

2) преднізолон 30 мг/добу (3-2-1), після купірування активності з поступовим зниженням дози до підтримуючої (5 мг/ добу);

3) ЛФК.

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 з суглобовим синдромом та міалгіями	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 12. Ведення хворого з остеопорозом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми.

ВООЗ описує остеопороз (ОП) як «прогресуюче системне захворювання скелета, що характеризується низькою кістковою масою і мікроархітектурними порушеннями кісткової тканини, з подальшим збільшенням крихкості кісток і підвищеної схильності до переломів». Значення проблеми ОП насамперед визначається його наслідками - переломами хребців і кісток периферичного скелета, які зумовлюють значне зростання захворюваності, інвалідності та смертності у цих пацієнтів. Остеопоротичні переломи значно обмежують свободу пересувань, погіршують якість життя, підвищують ризик виникнення супутньої патології, скорочують тривалість життя. Таким чином, їх профілактика і подальше лікування має першорядне значення.

У всьому світі остеопороз є найпоширенішим метаболічним захворюванням кісток. За даними ВООЗ, близько 35% травмованих жінок і 20% чоловіків мають переломи, пов'язані з остеопорозом. В Європі летальність, пов'язана з остеопоротичними переломами, перевищує онкологічну (за винятком смертності від раку легені). Жінки після 45 років проводять більше часу в лікарні з остеопорозом, ніж з приводу цукрового діабету, інфаркту міокарда і раку молочної залози. Ризик остеопорозу зростає з віком у міру зниження МЩКТ. Віковий остеопороз найчастіше трапляється у осіб віком від 70 років. Населення Європи старіє. До 2050 р очікується зростання кількості остеопоротичних переломів шийки стегнової кістки з 500 тис. до 1 млн випадків щорічно. Однак вторинний остеопороз може спостерігатися у людей будь-якого віку. Хоча втрата кісткової маси у жінок починається повільно, вона прискорюється приблизно в період менопаузи, як правило, приблизно у віці 50 років або пізніше.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на остеопороз.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється остеопорозом.
2. Скласти програму обстеження хворого на остеопороз.
3. Проводити диференціальну діагностику захворювань, ускладнених остеопорозом.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, характерні для розвитку остеопорозу
4. Тракувати основні й побічні ефекти препаратів, що застосовуються в лікуванні захворювань з остеопорозом. Використовувати дієтичні методи при остеопорозі.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Що не є факторами ризику остеопорозу і переломів

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| А. Попередні переломи | Г. Жіноча стать |
| Б. Похилий вік | Д. Чоловіча стать |
| В. Низька маса кістки | |

2. Що не є показанням для визначення мінеральної щільності кістки

- А. Постменопауза (старше 65 років) незалежно від факторів ризику
- Б. Постменопауза (молодше 65 років) в поєднанні з одним або більше факторів ризику;
- В. Постменопауза (молодше 65 років) незалежно від факторів ризику
- Г. Чоловіки у віці 70 років і старше
- Д. Чоловіки молодше 70 років з факторами ризику переломів

3. Що не робить кальцитонин

- А. Пригнічує остеокластів-опосередковану кісткову резорбцію
- Б. Пригнічує абсорбцію кальцію в кишечнику
- В. Підсилює абсорбцію кальцію в кишечнику
- Г. Збільшує виведення кальцію через нирки
- Д. Може викликати транзиторну гіпокальциємію

4. Що не є характеристикою Т-критерію

- А. Являє собою кількість стандартних відхилень вище або нижче середнього показника піка кісткової маси молодих жінок
- Б. Зменшується при збільшенні віку обстежуваних осіб
- В. Являє собою кількість стандартних відхилень вище або нижче середнього показника для осіб аналогічного віку
- Г. Кращий для використання у жінок в постменопаузі
- Д. Кращий для використання у чоловіків старше 50 років

5. Міцність кістки визначається

- А. Мінеральною щільністю кісткової тканини
- Б. Якістю кісткової тканини
- В. Вірно 1 і 2
- Г. Обидва положення не вірні

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

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. 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.
6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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.

Додаткова 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. 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.
3. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
5. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.3 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. — 642 с.
6. Skills in Rheumatology [Електронний ресурс] / ed.: Н. Almoallim, М. Cheikh. – Singapore : Springer, 2021. – 566 p. – URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46098>
7. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. — 1008 с.
8. USMLE Step 2 CK: Internal Medicine: Lecture Notes / Editors J.J. Lieber, F.P. Noto. — New York : Kaplan, 2019. – 503 p.
9. Кондратюк В. Є. Внутрішня медицина: ревматологія: навч. посіб. Змістовний модуль 2 : Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб та сполучної тканини / В. Є. Кондратюк, М. Б. Джус. – К. : Медицина, 2017. – 272 с.
10. Свінціцький, А. С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. — К. : Медкнига, 2017. – 372 с.
11. 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.
12. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах: навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова та ін. ; за ред.: В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : Рябоконт О.В., 2017. – 105 с. – URL: <http://libserver.ssu.localnet:8080/liblocal/docs/nashiskanirovannie/3809.pdf>

Рекомендації, настанови та накази

1. 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

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

3. Терапія при болевом синдроме у пацієнтів с артритами и артрозами: общие рекомендації 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>

4. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Контроль болю», затверджена наказом МОЗ України від 25.04.2012 р. №311. – Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

5. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 710 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Множинна мієлома». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0710282-15>

6. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

7. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Діагностичні критерії ОП
2. Ведення хворих з ОП множинної мієломи (ММ).
3. Ведення хворих з ГК-індукованим ОП.
4. Ведення хворих з ОП при ендогенному гіперкортицизмі (хворобі і синдромі Іценко - Кушинга).
5. Ведення хворих з постменопаузальним ОП.
6. Ведення хворих з ОП при синдромі мальабсорбції.
7. Ведення хворих з ОП при гіперпаратиреозі.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Жінка, 80 років, звернулася до лікаря з приводу високого артеріального тиску. З анамнезу відомо, що мати пацієнтки померла в 85-річному віці після перелому стегнової кістки, стаж куріння > 40 років, пацієнтка не вживає алкоголь, менопауза наступила в 49 років. Дані огляду та інструментального обстеження не виявили значної патології. Зріст 164 см, вага 62 кг. За результатами рентгенівської остеоденситометрії, Т-критерій в області шийки стегна дорівнює - 2,2 SD. 10-річний ризик основних остеопорозних переломів - 24%, перелому проксимального відділу стегна - 18%. Яка оптимальна тактика подальшого ведення даної пацієнтки для попередження переломів?

- А. Ризик переломів низький, дії не потрібні;
- Б. Відмова від куріння;
- В. Прийом кальцію і вітаміну D в якості монотерапії;
- Г. Прийом бісфосфонатів всередину або підшкірне введення деносумаба в поєднанні з кальцієм і вітаміном D;
- Д. Досить заходів, спрямованих на зниження ризику падінь.

Завдання 2

Чоловік, 60 років, звернувся до лікаря з приводу постійної болі в спині, що посилюються протягом останнього тижня. Пацієнт протягом півроку пересувається в інвалідному кріслі через множинні переломів хребців поперекового відділу хребта. З анамнезу також відомо, що хворий тривалий час приймає пероральні глюкокортикоїди, сальбутамол, інгаляції іпратропія броміду, теофілін в дозі 300 мг 2 рази на добу з приводу бронхіальної астми. Протягом останніх років спостерігаються прогресивне зниження зросту і деформація хребта. За даними огляду виявлено двостороння катаракта, множинні екхімози на шкірі, подовжена фаза видиху, сухі хрипи в легенях. Яка найбільш прийнятна подальша тактика лікування патології кісткової тканини у даного пацієнта?

- А. Терапія бісфосфонатами
- Б. Терапія препаратами кальцію і вітаміну D;
- В. Скасування глюкокортикоїдів;
- Г. Терапія тестостероном;

Д. Терапія стронцію ранелатом.

Завдання 3

Жінка, 62 роки, з необтяжених анамнезом, надходить у відділення зі скаргами на сильний біль в спині між лопатками, що виник раптово при підйомі відра з водою. За даними рентгенографії діагностований передній компресійний перелом T₁₀, в області інших хребців спостерігаються зниження щільності кісткової тканини і виражена вертикальна смугастість. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Множинна мієлома;
- Б. Спондиліоз, ускладнений радикулопатією;
- В. Дефіцит вітаміну D;
- Г. Хвороба Педжета (деформуючий остейт);
- Д. Остеопороз.

Завдання 4

Жінка, 55 років, страждає постменопаузним остеопорозом (Т-критерій в хребті - 3,5 стандартного відхилення, у віці 53 років був перелом передпліччя), протягом двох років отримувала алендронову кислоту 70 мг всередину 1 раз в тиждень. На тлі лікування зареєстровані компресійні переломи T₁₀ і T₁₂. Пацієнтка наполягає, що препарат приймала регулярно і правильно (натщесерце, після прийому таблетки - 40 хв голодування, не беручи горизонтального положення). Лікуючий лікар прийняв рішення замінити алендронову кислоту деносумабом. Виберіть оптимальну тактику ведення пацієнтки.

- А. Необхідно спочатку провести денситометричне дослідження. Якщо Т-критерій зберігається в зоні остеопорозу, продовжити лікування алендронові кислотою. Якщо Т-критерій знаходиться в зоні остеопенії або норми, лікування можна припинити;
- Б. Необхідно спочатку провести денситометричне дослідження. Якщо Т-критерій зберігається в зоні остеопорозу, алендронову кислоту замінити деносумабом. Якщо Т-критерій в зоні остеопенії або норми - продовжити лікування алендронові кислотою;
- В. Незалежно від показників денситометрії пацієнтці показана заміна алендронові кислоти деносумабом;
- Г. Незалежно від показників денситометрії лікування алендронові кислотою слід продовжити.

Завдання 5

Пацієнтка, 65 років, з низкотравматичним переломом шийки стегна, ранньої менопаузою, у зв'язку з видалення матки і яєчників 20 років тому, а також зниженням росту на 7 см, в порівнянні з віком в молодості, і болями в області хребта звернулася на амбулаторний прийом до терапевта. Проведено ДХА і лабораторні методи дослідження, підтверджено наявність постменопаузального остеопорозу. Які лікарські препарати не використовують в даній ситуації?

- А. Бісфосфонати;
- Б. Кальцитонин;
- В. Деносумаб;
- Г. Теріпаратіда;
- Д. Препарати кальцію і вітаміну D.

Правильні відповіді: 1. – Г 2. – А 3. – Д 4. - В 5. - Б

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 остеопороз	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната

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

Тема 13. Ведення хворого з дегенеративними захворюваннями суглобів

Кількість годин – 4.

Актуальність теми.

До дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів (ДДЗС) належать: асептичний некроз, кистоподібна перебудова епіфізу та остеоартроз. Асептичний некроз - кінцева стадія порушень кровопостачання кісток, причинами якої можуть бути травми (до 50%), нетравматичні — аутоімунні хвороби (СЧВ, РА та ін.), прийом ГК, алкоголізм, опромінення, подагра, серповидноклітинна анемія, прийом бісфосфонатів, та ін.; та ідіопатичний асептичний некроз — напр., асептичний некроз головки стегнової кістки у дітей (хвороба Легг-Кальве-Пертеса [Legg-Calvé-Perthes]). Кистоподібна перебудова – форма дегенеративно-дистрофічного ураження суглобів з первинним ураженням субхондральної кісткової тканини з формуванням у ній множинних або поодиноких кіст, їх злиттям, проривом у суглобову порожнину та розвитком вторинного остеоартрозу з подальшим втягненням у дегенеративно-дистрофічний процес всіх елементів суглоба (суглобового хряща, синовіальної оболонки, капсули, періартикулярних м'язів та ін.).

Остеоартрит (ОА) – найпоширеніша форма артриту і провідна кістково-суглобова патологія в усьому світі. Згідно з даними Американського коледжу ревматології (American College of Rheumatology – ACR) за 2019 р., ця патологія, виявлена близько у 302 млн осіб у світі, є переважною причиною інвалідності у пацієнтів літнього віку. У міру зростання віку захворюваність на ОА підвищується, як і частота інших хронічних хвороб. Згідно даних Міжнародного товариства з вивчення остеоартриту (Osteoarthritis Research Society International – OARSI) і Європейського товариства з клінічних та економічних аспектів остеопорозу, остеоартриту та захворювань опорно-рухового апарату (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases – ESCEO, 2020), у одного пацієнта з ОА у середньому віці наявні 4 супутні захворювання, а у пацієнта літнього віку – є ще 8 інших хронічних захворювань. Найчастіше це цукровий діабет – у 33%, дисліпідемія – у 63%, захворювання шлунково-кишкового тракту – у 65%, ожиріння – у 57%, захворювання периферичних судин – у 18%, бронхіальна астма – у 16% пацієнтів. Більшість лікарів терапевтичного профілю, ортопеди-травматологи, хірурги практично щодня спілкуються з цими пацієнтами. На сьогодні при ОА існують чинники, які перешкоджають ефективній боротьбі з цим захворюванням: 1) хворі на ОА за медичною допомогою на ранніх стадіях захворювання, коли можливе найефективніше структурно-модифікуюче лікування, звертаються рідко. Так, на I стадії ОА звертається лише 1% пацієнтів, на II стадії – 18%, на III стадії – 81% пацієнтів, коли біль виникає щодня, а ефективність консервативного лікування знижена і пріоритетними є лише препарати анальгезивної дії. Таким чином, пацієнти своєчасно не отримують структурно-модифікуючу терапію; 2) спосіб життя – більшість пацієнтів з ОА мають надмірну масу тіла. Існує своєрідне патологічне коло: пацієнтові з надмірною масою тіла необхідно зменшити її підвищенням фізичної активності, але це призводить до посилення болю в суглобах, і пацієнт припиняє фізичні тренування внаслідок чого його вага ще більш зростає; 3) проблема ОА пов'язана з коморбідністю. Наявність ОА обмежує здатність людини самостійно управляти іншими станами, такими як цукровий діабет чи артеріальна гіпертензія (біль, знижена фізична активність, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) тощо). Супутні захворювання обмежують застосування методів терапії ОА (фізіотерапія, використання НПЗП та ін.). Прийом одним пацієнтом 1–2 препаратів від кожного захворювання призводить до серйозної проблеми – безпеки фармакотерапії з урахуванням поліпрагмазії.

Загальна мета – уміти поставити діагноз і визначати тактику ведення хворих із ДДЗС.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві суглобовому синдрому при ДДЗС.
2. Скласти програму обстеження хворого на ДДЗС.

3. Проводити диференціальну діагностику суглобового синдрому різної етіології.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутньої патології, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при остеоартриті.
3. Сформулювати діагноз остеоартриту.
4. Призначити немедикаментозне і медикаментозне лікування. Знати сучасні стандарти лікування.
5. Тракувати прямі і побічні ефекти основних нестероїдних препаратів, глюкокортикостероїдів.
6. Хірургічні методи лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Жінка 49 років скаржиться на біль у плечових суглобах, що посилюються при рухах, обмеження рухливості, короткочасну ранішню скутість. Хворіє декілька років. В минулому займалась спортивною гімнастикою. На рентгенограмі плечових суглобів - звуження суглобової щілини, субхондральний остеосклероз, остеофіти у нижньовнутрішньому відділі плечової паголівки. Що лежить в основі патогенезу ураження суглобів у хворій?

- A. Порушення обміну сечової кислоти
- B. Відкладення у синовіальній оболонці імунних комплексів
- C. Порушення метаболізму хряща
- D. Відкладення у суглобах пірофосфату кальцію
- E. Пошкодження синовіальної оболонки інфекційним агентом

2. Хвора 56 років з надмірною масою тіла скаржиться на біль в колінних суглобах, який посилюється при ходінні, особливо по східцях, при довгому стоянні на ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, набряклі, під час руху – болючі. Рентгенограма суглобів: суглобова щілина звужена, субхондральний склероз, краєві остеофіти. Який діагноз найбільш ймовірний?

- | | |
|------------------------|----------------------------|
| A. Ревматоїдний артрит | D. Подагра |
| B. Ревматичний артрит | E. Деформуючий остеоартроз |
| C. Реактивний артрит | |

3. Хвора 60 років скаржиться на біль в міжфалангових суглобах кистей, яка посилюється при роботі. Об'єктивно: дистальні та проксимальні суглоби II-IV пальців дефігуровані, з вузлами Гебердена, Бушара, болючі, з обмеженою рухомістю. Рентгенограма суглобів: суглобові щілини звужені, краєві остеофіти, субхондральний склероз. Який діагноз найбільш ймовірний?

- | | |
|----------------------------|------------------------|
| A. Деформуючий остеоартроз | D. Ревматичний артрит |
| B. Хвороба Рейтера | E. Псоріатичний артрит |
| C. Хвороба Бехтерева | |

4. Чоловіка 57 років непокоїть біль в колінних суглобах, дистальних міжфалангових суглобах кистей. В колінних суглобах при рухах і пальпації відмічається болючість і інтраартикулярний хруст. На кінцевих фалагах пальців рук пальпуються тверді вузелки. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. Клінічний аналіз крові не змінений. С-реактивний протеїн - +, латекс-тест – негативний. Рентгенографія суглобів: звуження міжсугло-бної щілини, субхондральний остеопороз. Який з перелічених діагнозів найбільш вірогідний?

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| A. Подагра | D. Остеоартроз |
| B. Склеродермія | E. Ревматичний поліартрит |
| C. Ревматоїдний артрит | |

5. У 52-х річної хворій з поширеним остеохондрозом хребта, після підняття важкості, з'явився біль у попереку та по ходу лівого сідничого нерва. Об'єктивно: зліва позитивний симптом Ласега і знижений ахілов рефлекс. Призначення якого препарату патогенетично найбільш виправдане?

А. Діклофенак
В. Аспірін
С. Анальгін

Д. Новокаїн
Е. Спазмалгон

Відповіді на контрольні питання: 1. – С 2. – Е 3. – А 4. – D 5. – А

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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
6. 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.
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.

Додаткова 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. 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.
3. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
5. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.3 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. — 642 с.
6. Skills in Rheumatology [Електронний ресурс] / ed.: Н. Almoallim, М. Cheikh. – Singapore : Springer, 2021. – 566 p. – URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46098>
7. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. — 1008 с.
8. USMLE Step 2 СК: Internal Medicine: Lecture Notes / Editors J.J. Lieber, F.P. Noto. — New York : Kaplan, 2019. – 503 p.
9. Кондратюк В. Є. Внутрішня медицина: ревматологія: навч. посіб. Змістовний модуль 2 : Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб та сполучної тканини / В. Є. Кондратюк, М. Б. Джус. – К. : Медицина, 2017. – 272 с.
10. Свінціцький, А. С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. — К. : Медкнига, 2017. – 372 с.
11. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах: навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова та ін. ; за ред.: В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : Рябоконт О.В., 2017. – 105 с. – URL: <http://libserver.ssu.localnet:8080/liblocal/docs/nashiskanirovannie/3809.pdf>

12. Bruyère O., Cooper C., Pelletier J.-P. et al. Рекомендації щодо алгоритму ведення пацієнтів із остеоартрозом колінного суглоба в Європі та по всьому світу: звіт спеціальної комісії Європейського товариства з вивчення клінічних та економічних аспектів остеопорозу та остеоартрозу (ESCEO) / Український ревматологічний журнал. - № 65 (3) 2016. Режим доступу: <https://www.rheumatology.kiev.ua/article/9205/rekomendacii-shhodo-algoritmu-vedennya-paciyentiv-iz-osteoartrozom-kolinnogo-sugloba-v-yevropi-ta-po-vsomu-svitu-zvit-specialnoi-komisii-yevropejskogo-tovaristva-z-vivchennya-kliničnih-ta-ekonomichn>

13. Тер-Вартаньян С.Х., Головач І.Ю., Егудина Е.Д. EULAR уполномочена заявить: обсуждение новых рекомендаций Европейской противоревматической лиги 2018 года по менеджменту пациентов с остеоартритом кисти / Спеціалізований медичний портал <https://health-ua.com>. Режим доступу: <https://health-ua.com/article/44245-EULAR-upolnomochena-zayavit-obsuzhdenie-novyh-rekomendacij-evropejskoj-pro>

14. Шуба Н.М., Воронова Т.Д., Дубкова А.Г. Сучасний погляд на патогенез остеоартрозу та вибір ефективних симптоматичних повільної дії протизапальних препаратів з погляду останніх рекомендацій / Ліки України • Medicine of Ukraine №1 (217) /2018. – С. 11-18. Режим доступу: http://www.health-medix.com/articles/liki_ukr/2018-02-14/2.pdf

15. Г. Рекало Д.Г., Тер-Вартаньян С.Х. Рекомендації з лікування остеоартрозу: спільні положення та дискусійні питання (2019) // Спеціалізований медичний портал <https://health-ua.com>. Режим доступу: <https://health-ua.com/article/46521-rekomendatc-zlikuvannya-osteoartrozu-spln-polozhennya-tadiskusjn-pitannya>

16. Сорока М.Ф. Остеоартрит і коморбідність: особливості лікування хворих на сучасному етапі // Український ревматологічний журнал. - № 80, 2020. Режим доступу: <https://www.rheumatology.kiev.ua/article/15122/osteoartrit-i-komorbidnist-osoblivosti-likuvannya-hvorih-na-suchasnomu-etapi>

Рекомендації, настанови та накази

1. 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

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

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

4. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

5. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

6. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Контроль болю», затверджена наказом МОЗ України від 25.04.2012 р. №311. – Режим доступу: <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення і фактори ризику остеоартриту.
2. Етіологія суглобового синдрому при остеоартриті.
3. Основні патогенетичні механізми остеоартриту.
4. Клінічні прояви остеоартриту залежно від локалізації (артрит суглобів кистей, стоп, ліктьових, плечових, колінних, кульшових суглобів, хребта та ін.)
5. Диференціальний діагноз суглобового синдрому при остеоартриті та інших хвороб із ураженням суглобів
6. План обстеження та результати лабораторних і інструментальних методів дослідження при остеоартриті.
7. Тактика ведення хворих. Існуючі стандарти лікування.
8. Немедикаментозна і медикаментозна терапія остеоартриту.
9. Внутрішньосуглобове застосування ліків. Показання.

10. Хірургічне лікування остеоартриту, показання до нього.
 11. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хвора 56 років вагою 110кг звернулась зі скаргами на ниючий біль в колінних, гомілкових та кульшових суглобах, який виникає під час рухів і в стані спокою, підсилюється під вечір, при зміні погоди і при фізичному навантаженні, кульгавість при ході Т тіла - 36,8°C. Колінні суглоби деформовані, при пальпації - біль по внутрішній поверхні в місці проекції суглобової щілини. Рухи супроводжуються хрускотом. Який з наведених діагнозів є найбільш імовірним ?

- А. Деформуючий остеоартроз
 В. Подагричний артрит
 С. Анкілозуючий спонділоартрит
 D. Ревматоїдний артрит
 E. Псоріатичний артрит

Завдання 2

Хвора 68 років, скаржиться на різні за характером болі в гомілковостопних та колінних суглобах, відчуття хрусту при рухах. Хворіє понад 10 років, останнім часом наростає обмеження рухливості кінцівок. Позначені суглоби деформовані при Ro-графії: остеопороз, звуження суглобової щілини, склероз суглобових поверхонь, остеофіти. Який патогенез цієї патології?

- А. Крайові кісткові розростання.
 В. Дегенерація хряща.
 С. Гіперпродукція сечової кислоти в організмі.
 D. Утворення антитіл до імуноглобуліну.
 E. Формування фіксованих імунних комплексів.

Завдання 3

При рентгендослідженні суглобів кистей та колінних суглобів у хворого виявлений крайовий остеофітоз, звуження суглобової щілини, кальцифікація запальних пластин епіфізів. Хворий висловлює скарги на “стартові” болі, деформацію суглобів, хрускіт, “ниття” суглобів в кінці дня. Про яке захворювання слід думати?

- А. Ревматоїдний артрит
 В. Подагричний артрит
 С. Деформуючий остеоартроз
 D. Гонорейний артрит
 E. Хондрокальциноз

Завдання 4

Хворий Г., 63 років, скаржиться на біль в лівій половині грудної клітки, який триває упродовж тижня, поширюється в міжлопаткову ділянку, не зменшується від приймання нітрогліцерину. Біль посилюється у другій половині ночі, пальпаторний біль на рівні Th3-Th5. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний (екстрасистоля), 85 уд/хв.; ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, порушення процесів реполяризації. Лабораторні показники без відхилень. Який найбільше імовірний діагноз:

- А. Дрібновогнищевий інфаркт міокарду
 В. Стенокардія спокою
 С. Метаболічна кардіоміопатія
 D. Розшаровуюча аневризма аорти
 E. Остеохондроз верхньогрудного відділу хребта

Правильні відповіді: 1. – А 2. – В 3. – С 4. – Е

Технологічна карта проведення заняття

	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 суглобовим синдромом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 14 Ведення пацієнта із легеневою гіпертензією

Кількість годин - 2.

Актуальність теми.

Легенева гіпертензія (ЛГ) – синдром, що трапляється не часто, але може виникати при більше 50 захворюваннях, які етіологічно і патогенетично не пов'язані між собою. За даними епідеміологічного дослідження, в якому ЛГ діагностували за допомогою ехокардіографії, 78% пацієнтів з підвищеним систолічним тиском в легеневій артерії мали захворювання серця, 10% – захворювання легень, 3,5% – первинну ЛГ, 1,5% – тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА). Поширеність ЛГ зростає. Так, у 80-х роках попереднього сторіччя приводилася цифра 1-2 хворих на 1 млн. населення. За останніми даними національного французького реєстру поширеність ЛГ оцінюється в 15 на 1 млн. населення, при чому ідіопатична легенева гіпертензія трапляється із частотою 5,9 випадків на 1 млн. дорослого населення.

Ідіопатична легенева гіпертензія (ІЛГ) – це спорадичне захворювання без сімейного анамнезу та відомого тригерного фактору. Середній вік хворих з вперше діагностованою ЛАГ коливається від 50 - 65 ± 15 років. Поширеність ІЛГ становить 15-20 випадків на 1 млн населення, співвідношення жінки/чоловіки становить 7:1. Аналогічна частота виявлення ІЛГ і серед дорослих пацієнтів із вродженими вадами серця, які не були прооперовані в дитинстві. При цьому тривалість життя цих пацієнтів становить 30-35 років і залежить від складності порушень гемодинаміки. ІЛГ є одним із найнебезпечніших захворювань у зв'язку із прогресувальним ураженням судин легень, за рахунок проліферації внутрішньої та середньої стінок артеріол із наступним закриттям їхнього просвіту і підвищенням тиску в системі ЛА.

Сімейна ЛГ трапляється у 3,9% легеневих артеріальних гіпертензій (ЛАГ), із частотою мутацій більше 50%, спорадичних випадків – 20%. ЛГ, асоційована з вродженими вадами серця (ВВС) – 11,3%, часто трапляється при синдромі Ейзенменгера, дефекті міжшлуночкової і міжпередсердної перегородки (зазвичай невеликому, < 1,0 см і, < 2,0 см у діаметрі відповідно), загальному артеріальному стовбурі, при вадах серця з ЛГ після хірургічної корекції вади.

ЛАГ, асоційована з системними захворюваннями сполучної тканини, становить 10,4% серед хворих на ЛАГ, із застосуванням аноректичних препаратів – 9,5%, з ВІЛ-інфекцією – 6,2%. ЛГ трапляється у більше 50% пацієнтів із хронічними обструктивними захворюваннями легень (ХОЗЛ) тяжкого ступеню. При цьому, ЛГ частіше є м'якою. При комбінації легеневого фіброзу з емфіземою, ЛГ трапляється частіше і ступінь її більший.

В Україні даних про поширеність і смертність від ЛГ та її різних форм немає, що пов'язано з відсутністю єдиного методично-консультативного центру та реєстру цих пацієнтів.

Загальна мета - уміти діагностувати стани, що супроводжуються легеневою гіпертензією на основі об'єктивного та лабораторно-інструментального обстеження.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділяти синдроми, характерні для легеневої гіпертензії.
2. Складати план обстеження хворого з синдромом легеневої гіпертензії.
3. Проводити диференціальну діагностику захворювань, що супроводжуються ЛГ.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначати тактику лікування і профілактичні заходи у хворих з синдромом ЛГ.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження пацієнтів із синдромом ЛГ.
2. Виявляти в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, характерні для легеневої гіпертензії.

3. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при станах, що супроводжуються синдромом легеневої гіпертензії.

4. Знати методи і засоби специфічної гіпотензивної корекції підвищеного тиску в малому колі кровообігу.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. У хворого 72 р., скарги на кашель з виділенням великої кількості харкотиння, задишку при ходьбі, кволість. В анамнезі – близько 20 років хронічний обструктивний бронхіт. При обстеженні – пальці у вигляді “барабаних паличок”. Пульс 120 за хв. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. В легенях жорстке дихання, велика кількість сухих та вологих хрипів. Які зміни на ЕКГ найбільш характерні для даного хворого?

A. Гіпертрофія правого передсердя

C. Гіпертрофія лівого шлуночка

B. Гіпертрофія лівого передсердя

D. АВ блокада 1 ст

2. Хворий, 67 р., госпіталізований в непритомному стані. Ціаноз обличчя, верхньої половини тулуба, набухання шийних вен, Ps 59 за 1 хв., АТ 45/20 мм рт. ст., значне розширення площі відносної серцевої тупості. Тони серця приглушені, ритмічні, акцент II т. над tr. pulmonalis. ЧД 35 за 1 хв., в н/відділах легенів вологі хрипи. За допомогою якого дослідження можливо діагностувати ускладнення основного захворювання?

A. Електрокардіографія

D. Рентгенографія ОГК

B. Ехокардіографія

E. Оксигеметрія

C. Фонокардіографія

3. Жінка 40 років госпіталізована в клініку у зв'язку з загостренням ХОЗЛ. Скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, кашель з виділенням мокроти, набряки нижніх кінцівок. Об'єктивно: $t=37,2$ С, ЧД - 24 /хв, пульс - 90/хв, ритмічний, АТ - 110/70 мм рт. ст. Акцент II тона над легеневою артерією. Пальпується збільшена на 4 см печінка. Які зміни ЕКГ найбільш ймовірні у хворої?

A. Блокада лівої ніжки пучка Гіса

D. Гіпертрофія лівого шлуночка

B. Фібриляція передсердя

E. Патологічний зубець Q

C. Гіпертрофія правого шлуночка

4. Чоловік 54 років, шахтар, протягом 20 років страждає на хронічний бронхіт. Об'єктивно: температура 36,6 С, ЧД - 22 за хв., пульс-80 уд./хв., АТ- 125/85 мм рт.ст., гіперстенік. Над легенями – невелика кількість розсіяних сухих хрипів. УЗД серця та судин: ознаки легеневої гіпертензії. Який основний патогенетичний механізм легеневої гіпертензії у даного хворого?

A. Хронічна гіпоксемія.

B. Вентиляційні порушення.

C. Обмеження рухливості грудної клітини.

D. Порушення кровотоку.

E. Анатомічна редукція судинного русла легень.

5. Хвора 62р., скаржиться на задишку, кашель, біль у ділянці серця. Об-но: дифузний ціаноз, набухання шийних вен. ЧД – 26/хв, ЧСС – 100/хв. Тони серця ослаблені, акцент II тону над легеневою артерією і діастолічний шум. В легенях жорстке везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. ЕКГ–Р –pulmonale. Ro- графія ОГК – розширення правого шлуночка. Найбільш достовірним методом діагностики даної патології є:

A. Дослідження функції зовнішнього дихання

B. Полікардіографічне обстеження

C. Вимірювання венозного тиску

D. Катетеризація легеневої артерії

E. Рентгенологічне обстеження ОГК

6. Хворий Р., 57 р. впродовж 15 років страждає на ХОЗЛ. Палить більше 30 років. Останнім часом самопочуття хворого істотно погіршилось: підсилилась задишка, з'явилися набряки гомілок. На ЕКГ: ЕВС відхилена вправо, блокада правої ніжки п. Гіса, високий та гострокінцевий зубець Т в II та III відведеннях. Ro: відхилення конусу легеневої артерії. Тиск в легеневій артерії - 45 мм рт. ст. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

А. Емфізема легень

В. Легеневе серце

С. Пневмоторакс

Д. Бронхоектази

Е. Мітральний стеноз

Є. Позагоспітальна пневмонія

7. Чоловік 57 років хворіє на хронічний обструктивний бронхіт упродовж 27 років. Останнім часом самопочуття погіршилося, посилилась задишка, з'явився біль тупого характеру в ділянці серця. При обстеженні хворого виявлено, що тиск в легеневій артерії складає 40/15 мм рт.ст. Яке ускладнення є найвірогіднішим?

А. Емфізема легень

В. Вторинна легенева гіпертензія

С. Бронхоектазії

Д. Астматичний статус 1 стадії

Е. Дифузний пневмосклероз

8. Хвора З., 50 років, страждає на ХОЗЛ. В останній час відмічає посилену задишку, набряк гомілок та ступнів, тяжкість у правому підбер'ї. Об'єктивно: спостерігається акроціаноз, набряк шийних вен на вдиху та видиху, розсіяні сухі хрипи. Межі серця розширені праворуч на 1,5 см. Тони серця приглушені, акцент II тону над легеневою артерією. Печінка нижче реберного краю на 4 см. Для якої патології є характерними ці ознаки?

А. Хронічний гепатит

В. Ішемічна хвороба серця з розвитком серцевої недостатності

С. Хронічне легеневе серце

Д. Недостатність тристулкового клапану

Е. Емфізема легенів

9. Хворий Т., поступив у приймальне відділення в важкому стані зі скаргами на виражену задишку в спокої, кволість, сонливість, набряки на ногах, кашель з в'язким харкотинням, апноє у сні. Більше 20 років страждає хронічним обструктивним бронхітом. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

А. Легеневе серце

В. Емфізема легень

С. Плеврит

Д. Інфаркт легені

Е. Інфаркт міокарду

Відповіді на контрольні питання: 1. – А 2. – В 3. – С 4. – А 5. – D 6. – В 7. – В 8. – В 9. – С

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.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. 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.

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Невідкладні стани при серцево-судинних захворюваннях: алгоритм діагностики та лікування за редакцією члена кардіологів НАМН України проф. О.М.Пархоменко, 2018. –125с.
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. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 23-е вид., доповн. і переробл. – Київ : Центр ДЗК, 2020. – 680 с.
9. 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.
10. Коржелецький О.С., Дацюк О.Р. Ехокардіографія при діагностиці легеневої гіпертензії /Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2019. Т. 3, № 3-4. – С. 35-43. Режим доступу: <http://cpm.net.ua/index.php/journal-1-2-tom3-2019/article/view/6/5>

Рекомендації, настанови та накази

9. Наказ МОЗ України № 614 від 21.06.2016. Легенева гіпертензія у дорослих. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_614_ukpmd_leggipert_dor.pdf
10. Легенева гіпертензія. Адаптована клінічна настанова, 2016. – Державний експертний центр МОЗ України, асоціація хворих на легеневу гіпертензію, Українська асоціація сімейної медицини. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_614_akn_leggipert.pdf
11. 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>
12. 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
13. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
14. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Диференціальна діагностика захворювань, що супроводжуються ЛГ:
 - Легенева артеріальна гіпертензія (ідіопатична, спадкова, асоційована із захворюваннями сполучної тканини, ВІЛ, порталною гіпертензією, уродженими вадами серця);
 - ЛГ, асоційована з ураженням лівої половини серця (систолічна і діастолічна дисфункція лівого шлуночка, захворювання клапанів, вроджена/набута обструкція притоку/відтоку, стеноз легеневих вен);

- ЛГ, асоційована із захворюваннями легенів та/або гіпоксією (ХОЗЛ, інтерстиціальна хвороба легенів, обструктивно-рестриктивні причини, порушенн дихання під час сну, гіповентиляція при патології альвеол та ін);

- Хронічна посттромбоемболічна легенева гіпертензія (хронічна тромбоемболічна ЛГ, інші обструкції легеневої артерії: пухлини, артеріїт, стенози легневих артерій, паразитарні ураження (гидатидозіс);

- ЛГ із невідомими та/або багатofакторними механізмами (Гематологічні захворювання: гемолітична анемія, мієлопроліферативні захворювання, спленектомія; системні захворювання, саркоїдоз, гістіоцитоз Х, лімфангіолейоміоматоз; метаболічні порушення: хвороби накопичення глікогену, хвороба Гоше, захворювання щитовидної залози; інші причини: легенева пухлинна тромботична мікроангіопатія, фіброзуючий медіастиніт, хронічна ниркова недостатність, сегментарна ЛГ).

2. Особливості патогенезу різних форм легеневої гіпертензії

3. Клінічні ознаки ЛГ

4. Інформативність інструментальних методів дослідження для діагностики ЛАГ (ЕКГ, рентгенографія, ехокардіографія, дослідження функції зовнішнього дихання, пульс-оксиметрія, перфузійна пульмосцинтиграфія, КТ, Катетеризація правих відділів серця)

5. Показання та оцінка вазореактивного тесту.

6. Ускладнення легеневої артеріальної гіпертензії.

7. Лікування ЛАГ.

8. Прогноз і працездатність при ЛАГ.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 45 років скаржиться на експіраторну задишку при фізичному навантаженні, серцебиття, тиснучий біль за грудиною, перебої серця. З дитинства кіфосколіоз. Об'єктивно: дифузний ціаноз, набухші шийні вени, епігастральна пульсація. Участь додаткової мускулатури в диханні, число дихань 22 за хв. Перкуторно: над легенями коробковий звук, аускультативно дихання везикулярне ослаблене, поодинокі сухі свистячі хрипи. Межі серця розширені вправо, тони серця ослаблені, акцент II тону над легеневою артерією, печінка на 2 см нижче правої реберної дуги. На Rtg ОГК: ознаки підвищеної повітряності легень, по периферії збіднений легневий малюнок, легенева артерія розширена, склерозована. На ЕКГ: RI, SIII, високі R V1 – V2, депресія ST, T (-), S V5 – V6. Який діагноз найбільш вірогідний?

A. Гострий інфаркт міокарда

B. Атеросклеротичний кардіосклероз

C. Хронічне легеневе серце

D. Підгостра тромбоемболія легеневої артерії

E. Нестабільна стенокардія

Завдання 2

Хворий 65 років, який більше 17 років страждає на хронічний обструктивний бронхіт, скаржиться на задуху з переважним утрудненням вдиху, відчуття важкості у правому підребер'ї, набряки гомілок та стоп. При аускультатії над легенями - жорстке дихання, сухі хрипи; акцент та розщеплення II тону в II міжребер'ї зліва від груднини, діастолічний шум Грехема-Стіла. Які зміни на ЕКГ слід очікувати?

A. Гіпертрофія лівого передсердя

B. Екстрасистолія

C. Відхилення ЕВС вліво

D. Гіпертрофія міокарда правого передсердя та правого шлуночка

E. Миготлива аритмія

Завдання 3

Хворого, 44 років, протягом 20 років турбує кашель з гнійним харкотинням, задишка постійного характеру, важкість в правому підребер'ї, набряки, збільшення живота. Об'єктивно: дифузний ціаноз. В легенях жорстке дихання, розсіяні різного тембру сухі хрипи, ЧД 36 за хв.

Тони серця ослаблені. АТ 150/90 мм рт.ст. Асцит. Печінка на 6 см нижче реберної дуги. На ЕКГ: синусова тахікардія, відхилення електричної осі вправо. Ознаки перевантаження правого передсердя. Негативні зубці Т в V1, V2. Зміщення перехідної зони до V4–V5. Якому ускладненню відповідають зміни на ЕКГ?

- A. Хронічне легеневе серце
- B. Ішемічна хвороба серця
- C. Артеріальна гіпертензія

- D. Серцева недостатність II-Б
- E. Мітральний стеноз

Завдання 4

Хворий 69 років, протягом 30 років хворіє на ХОЗЛ. За останні 10 років зросла кількість загострень хронічного бронхіту, з'явилась задишка в спокої, яка посилюється при фізичному навантаженні, приступи кашлю стали більш агресивними, порушився сон, з'явився тремор пальців рук. Аускультативно – діяльність серця ритмічна, акцент другого тону над легеневою артерією. Тиск у легеневій артерії становить 90/30 мм рт.ст. ЕКГ: високий Р у II та III стандартних відведеннях, зниження інтервала S – T, від'ємний зубець Т у II та III відведеннях, виражений зубець S в I та Q – в III стандартному відведеннях. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

- A. Міокардит
- B. Хронічне легеневе серце
- C. Гіпертонічне серце

- D. Бактеріальний ендокардит
- E. Ревматизм

Завдання 5

Хворого, 44 років, протягом 20 років турбує кашель з гнійним харкотинням, задишка постійного характеру, важкість в правому підребер'ї, набряки, збільшення живота. Об'єктивно: дифузний ціаноз. В легенях жорстке дихання, розсіяні різного тембру сухі хрипи ЧД 36 за хв. Тони серця ослаблені. АТ 150/90 мм рт.ст. Асцит. Печінка на 6 см нижче реберної дуги. На ЕКГ: синусова тахікардія, відхилення електричної осі вправо. Ознаки перевантаження правого передсердя. Негативні зубці Т в V1, V2. Зміщення перехідної зони до V4–V5. Якому ускладненню відповідають зміни на ЕКГ?

- A. Легеневе серце.
- B. Ішемічна хвороба серця

- C. Артеріальна гіпертензія
- D. Серцева недостатність II-Б

Правильні відповіді: 1. – C 2. – D 3. – A 4. – B 5. – A

Технологічна карта проведення заняття

	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 легеневою гіпертензією	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 15. Ведення пацієнта з лихоманкою невизначеного генезу

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Лихоманка має подібні риси та єдиний механізм розвитку при різних інфекційних і неінфекційних захворюваннях. Вона спостерігається при багатьох патологічних станах, що стосуються будь-якої системи організму. Лихоманка невизначеної етіології – це підвищення температури тіла вище за 38,3°C тривалістю понад 3 тижні, походження якого не вдається з'ясувати. Пропасниця характеризується не лише підвищенням температури, але і порушенням діяльності всіх систем організму. Ступінь підвищення температури має важливе, але не завжди вирішальне значення для оцінки тяжкості лихоманки. Вона супроводжується збільшенням частоти пульсу і дихання, зниженням артеріального тиску, зменшенням сечовиділе-

ння, прискоренням обміну речовин за рахунок катаболічних процесів, вираженістю загальних симптомів інтоксикації: головного болю, розбитості, відчуттям жару і спраги, сухості в роті, відсутністю апетиту. Швидко і значне підвищення температури (наприклад, при пневмонії), як правило, супроводжується ознобом, який може тривати від декількох хвилин до години.

У більшості випадків причину підвищення температури тіла встановити нескладно на основі клініки, фізикального обстеження та даних інструментальних і лабораторних досліджень хворого. Проте у практиці нерідко бувають пацієнти з тривалою лихоманкою, що є основним і єдиним симптомом захворювання, діагноз якого залишається нез'ясованим і після проведення рутинного обстеження. Для пояснення подібних ситуацій і виділення їх в особливу групу, що вимагає специфічного підходу, був запропонований термін «лихоманка невизначеного генезу», який набув поширення у медичній практиці та літературі.

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз і визначати тактику ведення хворих на лихоманку невизначеного генезу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується пропасницею.
2. Скласти програму обстеження хворого на лихоманку невизначеного генезу.
3. Проводити диференціальну діагностику лихоманки.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи конкретному хворому з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження пацієнта з лихоманкою.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень у хворого на лихоманку.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки захворювання, для перебігу якого характерна лихоманка.
4. Тракувати прямі й побічні дії різних класів антибіотиків, важливість емпіричної і ступеневої антибіотикотерапії. Використовувати фізіо-терапевтичні методи корекції

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Жінка 46 років скаржиться на загальну слабкість, озноб, біль у горлі. Об'єктивно: почервоніння в ділянці мигдаликів. Температура тіла 38,6°C. Які з перелічених клітин є головним джерелом ендогенних пірогенів, що викликають гарячку у хворої?

- | | |
|----------------|-------------------|
| А. Базофіли. | Г. В-лімфоцити. |
| Б. Еозинофіли. | Д. Тучні клітини. |
| В. Нейтрофіли. | |

2. Чоловік 43 років скаржиться на виражений біль оперізуючого характеру. Діагностований гострий панкреатит, ускладнений абсцедуванням. Який тип гарячки найбільш імовірно підтверджуватиме появу абсцесу?

- | | |
|----------------|-----------------|
| А. Постійний. | Г. Ослаблюючий. |
| Б. Переміжний. | Д. Ундулюючий. |
| В. Атиповий. | |

3. Хворому на грип лікар у комплексній терапії не призначив жарознижувальних препаратів, виходячи із захисної дії підвищеної температури. Який із механізмів такої дії підвищеної температури не виключається при гарячці?

- А. Безпосередня негативна дія високої температури на збудника хвороби.
- Б. Активація еритропоезу.
- В. Активація продукції лізоциму.
- Г. Активація продукції інтерферону.
- Д. Активація антитілоутворення.

4. У хворого раптово підвищилася температура тіла і протягом двох днів утримувалася зранку в межах 38,8-38,9°C, увечері – 38,8-38,6°C. Після великого потовиділення вона

повернулася до норми. Ніяких інших розладів при цьому не спостерігалось. Який тип температурної кривої був у хворого?

А. Ефемерний.

Г. Постійний.

Б. Ослаблюючий.

Д. Виснажувальний.

В. Поворотний.

5. У хворого з тривалою лихоманкою ранкова температура тіла була в межах 36,4-36,9°, до вечора вона підвищувалася до 37,6-38,0°. Хворий температурить близько 2 місяців. Який тип лихоманки у хворого?

А. Гіперпіретична.

Г. Висока.

Б. Субфебрильна.

Д. Надмірна.

В. Помірна.

Відповіді на контрольні питання: 1. - В; 2. - Г; 3. - Д; 4. - Д; 5. - А.

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. Внутрішня медицина: Ревматологія: навч. посіб. (ВНЗ післядипломної освіти)/ В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К.: Медицина, 2017. – 272с.
7. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.
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.
9. 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.
10. Ревматологія: навч. посіб. / В. Г. Псарьова, Н. М. Кириченко, О. С. Погорелова та ін. ; за заг. ред. Л.Н. Приступи, Г.А. Фадєєвої. – Суми : СумДУ, 2019. – 235 с.

Додаткова 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. 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.
3. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
5. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.3 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова та ін. — пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 642 с.
6. Skills in Rheumatology [Електронний ресурс] / ed.: Н. Almoallim, М. Cheikh. – Singapore : Springer, 2021. – 566 p. – URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46098>
7. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
8. USMLE Step 2 СК: Internal Medicine: Lecture Notes / Editors J.J. Lieber, F.P. Noto. – New York : Kaplan, 2019. – 503 p.
9. Кондратюк В. Є. Внутрішня медицина: ревматологія: навч. посіб. Змістовний модуль 2 : Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб та сполучної тканини / В. Є. Кондратюк, М. Б. Джус. – К. : Медицина, 2017. – 272 с.
10. Свінціцький, А. С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медкнига, 2017. – 372 с.

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

Рекомендації, настанови та накази

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

2. Рекомендації ESC по діагностиці і веденню пацієнтів з захворюваннями перикарда 2015. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC_Pericard_2015.pdf

3. 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

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

5. Протокол надання медичної допомоги хворим на Гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.

6. Протокол надання медичної допомоги хворим на пієлонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1656>.

7. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

8. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Поняття «лихоманка невизначеного генезу».
2. Класифікація лихоманок.
3. Критерії, що визначають лихоманку невизначеного генезу.
4. План обстеження хворого з лихоманкою невизначеного генезу.
5. Класифікація патологічних станів, що можуть викликати лихоманку невизначеного генезу.
6. Визначити план симптоматичного та патогенетичного лікування на етапі до встановлення етіології лихоманки невизначеного генезу.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 47 років скаржиться на підвищення температури тіла до 37,5°C у нічний час протягом 1 місяця. Ранкова температура 37-37,1°C, загальний стан не порушений. Інколи скаржиться на колючий біль при різкому повороті тіла і тяжкість в правому підребер'ї після вживання жирної та гострої їжі. Півроку тому лікувався в хірургічному відділенні з приводу ЖКХ. Аналіз крові: лейкоц. – $9 \times 10^9/\text{л}$, незначний зсув лейкоцитарної формули вліво. Що можна запідозрити у даного хворого:

- А. Загострення ЖКХ.
- Б. Дискінезію жовчного міхура за гіпотонічним типом.
- В. Дискінезію жовчного міхура за гіпертонічним типом.
- Г. Лихоманку зрозумілого генезу з підозрою на абсцес легені та холангіт.

Завдання 2

Хвора 51 року скаржиться на підвищення температури тіла до 38°C протягом 3 тижнів, біль в поперековій ділянці після підняття вантажу, фізичної праці. Клінічний аналіз крові без змін. Клінічний аналіз сечі: білок – 0,033 ммоль/л, щільність – 1015. Рік тому за даними УЗД нирок виявлено розширення ЧМ комплексу. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Який діагноз у хворої:

- А. Остеопороз внаслідок менопаузи.
- Б. Гарячка зрозумілого ниркового генезу.
- В. Остеохондроз поперекової ділянки.
- Г. Спондилоартроз поперекової ділянки.

Завдання 3

Хворий госпіталізований до лікарні зі скаргами на підвищення температури до 39°C, головний біль, біль у м'язах, суглобах. З епіданамнезу відомо, що 3 тижні тому знаходився у регіоні

Середземномор'я. На 2-й день перебування в клініці виникла ригідність м'язів потилиці. Аналіз ліквору – лімфоцитоз. У клінічному аналізі крові – лімфопенія. Підозра на:

- А. Орнітоз.
- Б. Гарячку незрозумілого інфекційного генезу.
- В. Токсоплазмоз.

Завдання 4

65-річного чоловіка госпіталізовано у відділення невідкладної допомоги з будинку для літніх людей, після відкашлювання великої кількості мокротиння з кров'ю. Нещодавно у нього була інфекція верхніх дихальних шляхів, яку лікували антибіотиками. З анамнезу захворювання відомо, що продуктивний кашель турбує хворого давно, стан різко погіршився після інсульту 3 роки тому. Хворий викурював пачку сигарет щодня протягом 40 років до інсульту, після чого кинув палити. У пацієнта спостерігається занепокоєність і задишка. Його температура становить 38°C, пульс – 92/хв, а артеріальний тиск – 145/85 мм рт. ст. Пульсоксиметрія показує насиченість киснем 92 %. При фізикальному огляді виявлено пальці у вигляді барабанних паличок і ціаноз губ. У грудній клітці прослуховується грубий шум у вигляді потріскування. Рентген грудної клітки показує підвищену прозорість і вогнищеве затемнення типу «трамвайної колії» в нижньому полі правої легені (потовщення бронхіальної стінки нагадує картину «трамвайних рейок»).

- А. Бронхоектатична хвороба.
- Б. Хронічний бронхіт.
- В. Аспіраційна пневмонія.
- Г. Емфізема.

Завдання 5

У хворого, 63 років, на 20-й день від початку інфаркта міокарда раптово з'явився різкий біль у лівій половині грудної клітки, виник приступ ядухи. Об'єктивно: збуджений, шкіра і слизові бліді, ціаноз. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Пульс – 120 за хв., АТ – 100/70 мм. рт. ст. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. Зліва – ослаблене дихання. ЕКГ в динаміці – відхилення електричної вісі серця вправо, ознака Мак-Джина-Уайта (S1Q3). Вкажіть найбільш ймовірну причину погіршення стану хворого.

- А. Пневмонія.
- Б. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. Екссудативний плеврит.
- Г. Синдром Дресслера.
- Д. Рецидив інфаркта.

Правильні відповіді: 1. - Г; 2. - Б; 3. - Б; 4. - А; 5. - Б.

Технологічна карта проведення заняття

	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 ли- хоманкою невизначеного генезу	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 16. Ведення пацієнта з шлунковою диспепсією

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Диспепсія – це загальний термін для зазначення суб'єктивних проявів розладів травлення та/або біль чи відчуття дискомфорту, що локалізується в епігастральній ділянці ближче до серединної лінії. Відчуття дискомфорту передбачає тяжкість, нудоту, ранне насичення. Диспептичні розлади належать до найбільш поширених гастроентерологічних скарг. У США та Великобританії диспептичні скарги спостерігаються у 26 та 41 % населення відповідно. У 3 % пацієнтів, які вперше звернулися за медичною допомогою, основна скарга — диспепсія. За результатами опитування, лише 25 % пацієнтів з диспепсією звертаються до лікаря.

Розрізняють органічну і функціональну диспепсії. Причинами органічної диспепсії можуть бути виразкова хвороба, пухлина шлунка, жовчнокам'яна хвороба, хронічний панкреатит та інше. Особливі види (аерофагія, неврогенна, звична блювота) зустрічаються відносно рідко. Вони більш характерні для жінок з істероїдним типом психіки. Якщо при обстеженні органічні захворювання виключені, а ознаки диспепсії зберігаються впродовж 12 тижнів протягом року, діагностується синдром функціональної диспепсії. Функціональні розлади шлунка частіше трапляються у чоловіків молодого віку, складаючи від 1,5 до 58,8 % випадків захворювання серед гастродуоденальної патології в осіб молодого віку. Порушення різних функцій шлунка можна виявити практично у кожного пацієнта з різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. В Україні поширеність функціональної диспепсії сягає 30- 40 %, однак реальна кількість пацієнтів може бути значно більшою, оскільки значна частина населення з подібними скаргами до лікаря не звертається, а у звітах лікарів первинної медичної допомоги з диспансерної патології домінує діагноз «хронічний гастрит», який є неправомірним без гістологічного дослідження гастробіоптатів, чого здебільшого не проводиться. Отже, слід очікувати, що поширеність диспепсії в Україні значно перевищує дані офіційної статистики. Приблизно 50 % пацієнтів практикують самолікування, у більшості випадків користуючись порадами фармацевта місцевої аптеки, і лише один з чотирьох пацієнтів звертається за консультацією до лікаря

Ураховуючи вищесказане, диференціальна діагностика диспепсії на основі ретельного вивчення всіх обставин захворювання з використанням додаткових методів – це те, що необхідно для поставлення правильного клінічного діагнозу.

Загальна мета – **уміти** ставити попередній діагноз і визначати тактику ведення хворих із синдромом диспепсії.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, яким властивий синдром диспепсії.
2. Скласти програму обстеження хворого з синдромом диспепсії.
3. Проводити диференціальну діагностику функціональної та «органічної» диспепсій.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування та профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних. хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при синдромі диспепсії.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві диспепсії. Оцінювати морфологічні зміни слизової шлунку та дванадцятипалої кишки.
4. Трактувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для лікування диспепсичного синдрому. Використовувати фізіотерапевтичні і дієтичні методи корекції.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Діагностика хронічного гастриту базується на чотирьох критеріях із п'яти запропонованих критеріях. Назвати один, який не є надійним.

- А. Фіброгастроскопія з прицільною біопсією і морфологічним дослідженням.
- Б. Больовий і диспепсичний синдроми.
- В. Дослідження на наявність бактерій *Нр*.
- Г. Рентгенологічне дослідження шлунка.
- Д. Інтрагастральна рН-метрія.

2. Діагностичними критеріями аутоімунного атрофічного гастриту є всі, крім:

- А. Ахлоргідрії і гіпергастринемії.
- Б. Перніціонарної анемії.
- В. Виявлення антитіл до парієтальних клітин слизової оболонки.
- Г. Низького рівня IgA і IgG.
- Д. Високого рівня IgA і IgG.

3. Неінфекційний гранулематозний гастрит частіше за все зумовлюється такими хворобами, крім:

- А. Хвороби Крона.
- Б. Туберкульозу.
- В. Саркоїдозу.

- Г. Гранулематозу Вегенера.
- Д. Наявності чужорідних тіл.

4. Еозинофільний гастрит (алергічний) часто поєднується із залученням до патологічного процесу таких органів, крім:

- А. Стравоходу.
- Б. Тонкої кишки.

- В. Ободової кишки.
- Г. Прямої кишки.

5. При евакуаторно-моторних порушеннях на фоні виразкової хвороби найбільш ефективним препаратом є:

- А. Мотиліум.
- Б. Еглоніл.
- В. Де-нол.

- Г. Ранісан.
- Д. Гастроцепін.

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

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. 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. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

6. Internal medicine: gastroenterology: study guide / V. F. Orlovskiy, L. N. Prystupa, N.O. Murenets, O.V. Orlovskiy. – Sumy: Sumy State University, 2015. –180 p.

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

8. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

5. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

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

7. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2016. - 488 с.

8. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2017. – 432 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України № 600, від 03.08.2012 Диспепсія. Адаптована клінічна настанова та Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги. Режим доступу: <https://www.dec.gov.ua>

2. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

3. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні симптоми диспепсії.
2. Органічна і функціональна диспепсія, диференціально-діагностичні критерії.
3. Римські критерії функціональної диспепсії.
4. Види «необстеженої» диспепсії.
5. Методи діагностики диспепсій.
6. Роль ЕФГДС з біопсією для оптимальної діагностики гастродуоденальних захворювань.
7. Диференційовані підходи до лікування диспепсичного синдрому.
8. Прогноз, профілактика, реабілітаційні заходи у хворих з диспепсичним синдромом.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворого 24 років непокоять біль в епігастральній ділянці, печія, які посилюються після нервових перевантажень. Обстеження не виявили органічних змін у шлунку та 12-палій кишці за винятком підвищеної базальної кислотної продукції. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Невиразкова шлункова диспепсія.
- Б. Хронічний гастрит типу В з підвищеною секрецією.
- В. Хронічний гастродуоденіт у фазі загострення, ерозивний бульбіт.
- Г. Хронічний гастрит, пангастрит з підвищеною секрецією.
- Д. Хронічний гастрит, рефлюкс-гастрит.

Відповідь: А

Завдання 2

Чоловік 76 років скаржиться на біль в епігастральній ділянці з періодичним блюванням протягом останніх 2 місяців. Дисфагії та блювання "кавовою гущею" не відзначалося. За цей період схуд на 5 кг, апетит знижений. Не палить, алкоголем не зловживає. Раніше у зв'язку з шлунковою диспепсією приймав антациди та інгібітори протонної помпи, останнім часом ці препарати полегшення не дають. Об'єктивно: зниженого харчування, у лівій надключичній ямці пальпується лімфатичний вузол. Печінка не збільшена. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Пухлина стравоходу.
- Б. Виразка шлунка.
- В. Діафрагмальна грижа.
- Г. Пілоростеноз.
- Д. Карцинома шлунка.

Відповідь: Д

Завдання 3

Хворий К., 27 років, водій за фахом, перебуває на лікуванні в терапевтичному відділенні зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, який виникає через 1-1,5 години після приймання їжі, а також вночі або вранці натще, печію, відрижку кислим, запори. Вважає себе хворим протягом двох років, загострення - кожної весни й осені. З анамнезу життя відомо, що характер роботи пов'язаний із частими відрядженнями і порушеннями режиму харчування. Курить, раніше не хворів. Батько страждає на виразкову хворобу.

Об'єктивні дані. Астенічної будови тіла, задовільного живлення. Язик густо обкладений білою осугою. Гемодинамічні показники в нормі. Серце і легені без патологічних відхилень від норми. Живіт м'який, при поверхневій пальпації болючий в епігастрії. Глибока пальпація виявляє болючість в пілородуоденальній зоні. Позитивні симптоми Менделя, Боаса й Опенховського. Нижній край печінки - на рівні реберної дуги. Симптоми Кера, Ортнера і френікус-симптом відсутні.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити - $3,1 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобін - 90 г/л; лейкоцити - $4,9 \cdot 10^9/л$; еозинофіли - 1%, паличкоядерні нейтрофіли - 2%, сегментоядерні нейтрофіли - 68%, лімфоцити - 28%, моноцити - 1%; ШОЕ - 3 мм/год. Загальний аналіз сечі - без змін. Аналіз калу: яйця глистів не виявлені, реакція на приховану кров від'ємна. Біохімічний аналіз крові: цукор - 4,2 ммоль/л, білірубін - 15,39 мкмоль/л, загальний білок - 79 г/л, амілаза - 26 г/(л·год), креатинін - 68 мкмоль/л. ЕГДС: стравохід у нормі. У шлунку - значна кількість рідини, слизова шлунка гіперемійована, складки гіпертрофовані, цибулина дванадцятипалої кишки деформована, на передній стінці — дефект слизової діаметром 0,5 см. рН шлункового вмісту - 1,3.

1. Визначте наявні у хворого фактори агресії.

А. Куріння, гіперсекреція, спадковість, порушення харчування.

Б. Гіперсекреція.

В. Спадковість.

Г. Порушення харчування.

Д. Стресові ситуації.

2. Визначте тяжкість перебігу захворювання і характер виразки:

А. Легкий перебіг, гостра виразка.

Б. Середньої тяжкості перебіг, хронічна виразка.

В. Тяжкий перебіг, хронічна виразка.

Г. Легкий перебіг, хронічна виразка.

Д. Середньої тяжкості перебіг, гостра виразка.

3. Який із препаратів є інгібітором протонної помпи?

А. Осид.

Г. Гастроцепін.

Б. Квамател.

Д. Солкосерил.

В. Ранісан.

4. Коли, як і які мінеральні води порадите даному хворому:

А. У фазу ремісії, вода типу "Миргородська", тепла, перед їдою.

Б. У фазу ремісії, вода типу "Поляна Квасова", холодна, після їжі.

В. У фазу ремісії, вода типу "Поляна Квасова", тепла, негазована, за 1,5 год до їжі.

Г. У фазу загострення, вода типу "Миргородська", негазована, за 15 хв до їжі.

Д. У фазу ремісії, вода типу "Поляна Квасова", холодна, негазована, за 15 хв до їжі.

5. Який із перелічених препаратів протипоказаний при виразковій хворобі?

А. Омез.

Г. Напроксен.

Б. Мізопростол.

Д. Перитол.

В. Еглоніл.

Правильні відповіді: 1. – Б 2. – Б 3. – А 4. – В 5. – Г

Завдання 4

Хворий В., 48 років, госпіталізований у клініку зі скаргами на біль за грудниною й утруднене ковтання їжі, втрату маси тіла більше 10 кг за останні 3 місяці, загальну слабкість, зниження працездатності. З анамнезу відомо, що захворів півроку тому, коли вперше з'явилося утруднення при ковтанні твердої їжі; періодично ковтання відновлювалось самостійно, тому за медичною допомогою не звертався. Місяць тому помітив утруднення проходження і рідкої їжі, тоді ж почав втрачати масу тіла. Звернувся за допомогою до дільничного терапевта і був направлений у лікарню. З анамнезу життя вдалось з'ясувати, що раніше не хворів. У харчуванні надає перевагу гарячим стравам і смаженій м'ясній їжі з гострими приправами.

Об'єктивні дані. Хворий зниженого живлення, дефіцит маси тіла - 15 кг. Шкірні покриви і слизові оболонки бліді, з жовтим відтінком. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Щитоподібна залоза - пальпується перешийок. Пульс - 104 за 1 хв, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. АТ - 120 і 75 мм рт.ст. Межі серця в нормі, діяльність ритмічна, тони

звучні. У легенях: перкуторно легеневиий звук, при аускультатції - везикулярне дихання. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Нижній край печінки – на рівні реберної дуги. Відділи товстої кишки без змін.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити $-2,8 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобін - 82 г/л; КП - 0,8; лейкоцити - $8,1 \cdot 10^9/л$; еозинофіли - 1 %, паличкоядерні нейтрофіли - 6 %, сегментоядерні нейтрофіли - 58 %, лімфоцити - 34 %, моноцити - 1 %, ШОЕ - 10 мм/год, ретикулоцити - 0,1%. Загальний аналіз сечі - в нормі. Загальний аналіз калу: яйця глистів не виявлено, слабопозитивна реакція Грегерсена. ФГ - патології органів грудної клітки не виявлено.

1. Ураження якого органа є найбільш вірогідним?

- А. Стравоходу.
- Б. Трахеї.
- В. Шлунка.
- Г. Гортані.
- Д. Глотки.

2. Який патологічний процес є найбільш вірогідним?

- А. Доброякісна пухлина.
- Б. Ахалазія кардії.
- В. Рак стравоходу.
- Г. Склеродермія.
- Д. Сидеропенічна дисфагія.

3. Які з обстежень мають найбільшу диференціально-діагностичну цінність?

- А. Контрастovaná рентгеноскопія.
- Б. Ларингоскопія.
- В. Контрастovaná рентгенографія.
- Г. ЕГДС.
- Д. Контрастovaná рентгенографія і ЕГДС.

4. Від чого буде залежати подальша лікувальна тактика?

- А. Від даних біопсії.
- Б. Від даних біохімічних показників крові.
- В. Від вираження запального процесу.
- Г. Від ефективності медикаментозного лікування
- Д. Від загального стану хворого.

5. Про що свідчать дані загального аналізу крові і їх найбільш вірогідний патогенез?

- А. Залізодефіцитну анемію, зумовлену поганим засвоєнням заліза через ураження шлунково-кишкового тракту.
- Б. Мієлотоксичну анемію при пухлинах.
- В. Гіпохромну анемію, зумовлену підвищенням гемолізом, як результат інтоксикаційного синдрому.
- Г. В₁₂-дефіцитну анемію, зумовлена порушенням засвоєння вітаміну В₁₂ при патології шлунково-кишкового тракту.
- Д. Постгеморагічну анемію, зумовлену мікрокровотечами.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – В 3. – Д 4. – А 5. – Б

Завдання 5

Хворий С. 42 років прийнятий у терапевтичну клініку зі скаргами на біль і відчуття тяжкості в епігастральній ділянці, які виникають через 10-15 хв після приймання їжі, кислу відрижку, печію, нудоту, часту оскому. Вважає себе хворим понад 10 років, коли вперше з'явилися вищеперелічені скарги, захворювання мало перебіг з періодичними загостреннями 1-2 рази на рік, як правило, навесні і восени, неодноразово обстежувався ендоскопічно, виразки не діагностували. Остання ендоскопія - 3 роки тому. Дієти практично не дотримувався, стаціонарно не лікувався. Останнє загострення - 2 тижні тому, лікувався амбулаторно, полегшення не настало. Умови життя хворого задовільні. Працює ревізором, робота пов'язана з частими відрядженнями. Курить до 10 цигарок на день. Алкоголем не зловживає. Перевагу надає гострій і м'ясній їжі.

Об'єктивні дані. Хворий високого зросту, зниженого живлення (дефіцит маси - 8 кг). Шкіра і видимі слизові звичайного забарвлення. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Щитоподібна залоза — пальпується перешийок. Межі серця відповідають нормі, діяльність ритмічна, тони чисті, звучні. Пульс - 68 за 1 хв, із задовільними властивостями. АТ - 120 і 80 мм рт.ст. У легенях: перкуторно - легеневиий звук; при аускультатції - везикулярне дихання. Живіт м'який, болючий при пальпації в епігастральній ділянці. Відділи товстої кишки без особливостей. Печінка не збільшена.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити - $4,4 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобін - 128 г/л; КП - 0,9; лейкоцити - $6,2 \cdot 10^9/л$; еозинофіли - 1%, паличкоядерні нейтрофіли - 4%, сегментоядерні нейтрофіли - 67%, лімфоцити - 27%, моноцити - 1%; ШОЕ - 3 мм/год. Загальний аналіз сечі: відносна густина - 1,020, прозора, світло-жовта, білок, цукор не виявлені; мікроскопія осаду: лейкоцити - 1-3 у полі зору. Флюорографія органів грудної клітки - корені легень тяжисті. Копрограма: м'язові волокна - 0-1, неперетравлена клітковина - 2-3, перетравлена клітковина - 0-1, лейкоцити - 1-2 у полі зору, яєць глистів не виявлено. Хворому проведено контрастовану рентгеноскопію і рентгенографію шлунково-кишкового тракту. Дані ендоскопії: слизова шлунка різко гіперемійована, складки гіпертрофовані, у провітрі шлунка значна кількість секреторної рідини. По малій кривизні на межі середньої і нижньої третин - дефект слизової розміром 1 см на 0,8 см, покритий фібрином. Слизова дванадцятипалої кишки набрякла, гіперемійована, з точковими крововиливами.

1. Яке із нижченаведених рН шлункового вмісту найбільш відповідає клінічній симптоматиці даного хворого?

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

2. Який із наведених препаратів необхідно застосувати для лікування даного хворого?

А. Атропін. Г. Еглоніл.
Б. Солкосерил. Д. Вікалін.
В. Де-нол.

3. Який із наведених препаратів ефективно знижує секрецію соляної кислоти у шлунку?

А. Контралок. Г. Платифілін.
Б. Циметидин. Д. Квамател.
В. Метронідазол.

4. Яку тактику ведення хворого ви виберете?

А. Оскільки це виразка шлунка, то хворого слід перевести у хірургічне відділення для негайного оперативного втручання.
Б. Хворому слід призначити консервативну терапію, після чого перевести у хірургічне відділення для оперативного втручання і після резекції шлунка знову повторити курс лікування.
В. Тактика ведення хворого цілком буде залежати від результатів біопсії.
Г. При негативному результаті біопсії на атипові клітини провести 2 курси консервативного лікування і після загоєння виразки - контрольну ендоскопію кожні 3-4 місяці.
Д. Консервативне лікування; якщо виразка загоїлася - протирецидивне лікування весною і восени протягом 5 років. За відсутності рецидивів хворого знімають із диспансерного обліку.

Правильні відповіді: 1. – В 2. – В 3. – А 4. – Г

Технологічна карта проведення заняття

	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 синдромом шлункової диспепсії	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

17. Ведення пацієнта з абдомінальним болем

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Визначення причини абдомінального болю є однією з найскладніших задач, яку доводиться вирішувати лікареві. Абдомінальний біль в гастроентерології – одна з основних проблем як з діагностичної, так і з лікувальної точок зору. Причини його виникнення

численні, а механізми різноманітні. Біль – суб'єктивний симптом і може бути оцінений тільки хворим за суб'єктивними критеріями. Варто розрізняти поняття «біль» і «хворобливість». Хворобливість виникає тільки при провокуючому факторі, наприклад при пальпації, а біль – це спонтанне відчуття. Найчастішими причинами раптового болю в животі є перфоративні виразки шлунка й дванадцятипалої кишки, перфорації товстої кишки, розрив аневризми черевного відділу аорти, позаматкова вагітність, тромбоз мезентеріальних судин (інфаркт тонкої кишки), перфорація пухлини шлунка або товстої кишки, защемлена грижа, сечовідна коліка. Причини болю в животі, що виникають поступово, ще більш різноманітні: гострий апендицит, гострий холецистит, позаматкова вагітність перед розривом, гостра затримка сечі, гострий цистит або пієлонефрит, низька кишкова непрохідність, гострий панкреатит, простатит, загострення хронічної гастродуоденальної виразки, внутрішньочеревні абсцеси, мезентеріальний лімфаденіт, аднексит, дивертикуліт, неспецифічний виразковий коліт.

Згідно даних Всесвітньої організації гастроентерологів і ендоскопістів (OMGE), верифікація причин болю в животі складає лише 50%. Проміжок часу між появою болю в животі та остаточним діагнозом, включаючи злоякісні новоутворення, становив від 8 до 37 тижнів. У половини пацієнтів після первинного обстеження причина болю так і залишалася нез'ясованою, а частота негативного результату діагностичної лапаротомії досягала 60%. Основні характеристики болю різної етіології не мають суворої специфічності й часто схожі між собою, що може призвести до діагностичних помилок і неправильного лікування. Поглиблений розбір причин, механізмів і особливостей болю в різних клінічних ситуаціях і підходів до її корекції розглядається як важливий фактор для адекватного купірування больового синдрому. Удосконалення діагностики причин болю в животі вимагає, перш за все, постійної роботи над технікою безпосереднього обстеження хворого і повернення до пропедевтики абдомінального болю.

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз захворювання, що супроводжується абдомінальним болем, і визначати тактику ведення хворих.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, що супроводжуються абдомінальним болем.
2. Скласти програму обстеження.
3. Проводити диференціальну діагностику абдомінального болю.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи з урахуванням етіологічного чинника захворювання, що супроводжуються абдомінальним болем.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві особливостям абдомінального болю при етіологічно різних захворюваннях.
4. Тракувати основні і побічні ефекти основних препаратів для лікування абдомінального болю. Використовувати фізіотерапевтичні і дієтичні методи корекції.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Основні скарги при неспецифічному виразковому коліті:

- А. Біль в животі, часті рідкі випорожнення чи закреп.
- Б. Печія, нудота.
- В. Підвищення АТ.
- Г. Відрижка.

2. При хронічному ентериті можливі такі типи болю в животі, крім:

- А. Спастичних.
- Б. Ішемічних.
- В. Зумовлених метеоризмом.
- Г. Мезентеріальних.
- Д. Внаслідок гангліоніту і змішаного характеру.

3. Ранні нападоподібні болі в епігастральній ділянці при виразковій хворобі шлунка виникають:

- А. Через 1,5-2 години після приймання їжі.
- Б. Через 30-40 хвилин.
- В. Вночі.

- Г. На голодний шлунок.
- Д. Вранці натщесерце.

4. Зазначте найхарактернішу рису болю при рефлюкс-езофагіті:

- А. Нічні болі.
- Б. У положенні лежачи.
- В. Довготривалий і пекучий характер.

- Г. Сезонний біль.
- Д. Позитивний ефект від спазмолітиків.

5. Де частіше відчувається біль при локалізації виразки на малій кривизні шлунка?

- А. У зоні мечеподібного відростка.
- Б. Біля пупка.
- В. В епігастральній ділянці справа від середньої лінії.
- Г. У проекції дванадцятипалої кишки.
- Д. В епігастральній ділянці зліва.

6. В якій ділянці при пальпації найчастіше визначається локальний біль при антральному гастриті:

- А. В епігастральній.
- Б. У правому підребер'ї.
- В. У лівому підребер'ї.

- Г. У пілородуоденальній зоні.
- Д. У припупковій зоні.

7. Болі в животі, які зумовлені синдромом подразнення товстої кишки, виникають, як правило:

- А. Під час їжі.
- Б. Перед їжею.
- В. Через одну-три години після їжі.

- Г. Незабаром після їжі.
- Д. У нічний час.

8. Для якої виразки характерний пізній і нічний біль?

- А. Виразкового езофагіту.
- Б. Виразки антрального відділу.
- В. Виразки дна шлунка.
- Г. Виразки пілоричного відділу і луковиці 12-палої кишки.
- Д. Виразки великої кривизни.

9. Який із симптомів спостерігається при виразковій хворобі найчастіше:

- А. Нудота.
- Б. Біль.
- В. Блювання.

- Г. Понос.
- Д. Схуднення.

10. У період загострення ХБХ для ліквідації больового синдрому, за наявності гіпертонічних типів дискінезії жовчного міхура використовують блокатори М-холінорецепторів. До них не відносять:

- А. Гастроцепін.
- Б. Атропіну сульфат.
- В. Метацин.

- Г. Платифіліну гідротартрат.
- Д. Пілорид.

11. Основним клінічним симптомом хронічного коліту є:

- А. Біль по довжині товстої кишки.
- Б. Артеріальна гіпотензія.
- В. Діарея.

- Г. Анорексія.
- Д. Інтоксикаційний синдром.

12. Характерними ознаками хронічної форми термінального ілеїту, або хвороби Крона, є:

- А. Голодний нічний біль у надчревіній ділянці, блювання, що дає полегшення.
- Б. Біль у животі, частіше ранком, рідкий стул із відходженням слизу у вигляді мембран.
- В. Переймоподібний біль у животі, що зменшується після відходження газів і дефекації.
- Г. Біль у правій здухвинній ділянці, діарея, зниження маси тіла, лихоманка.

13. Найбільш типову картину хронічного холециститу середнього ступеня тяжкості у стадії помірної загострення формують:

- А. Відчуття тяжкості в правому підребер'ї, гіркий присмак у роті, субфебрилітет, збільшення печінки на 2 см, негативний симптом Кера.
- Б. Біль у правому підребер'ї після вживання жирної їжі, болючість при пальпації в проекції жовчного міхура, позитивний симптом Керра, печінка не збільшена.

- В. Біль у правому підребер'ї, жовтяниця, телеангіектазії, лихоманка, помірне збільшення печінки.
Г. Біль у правому підребер'ї, значне збільшення печінки, жовтяниця, телеангіектазії, асцит.
Д. Біль у надчеревній ділянці через 1, 5-2 ч після приймання їжі, печія, блювання, що дає полегшення.

14. Для загострення хронічного холециститу з холангітом найбільш характерні такі симптоми:

- А. Анорексія.
Б. Блювання, біль у надчеревній ділянці.
В. Гектична температура тіла, озноб, біль у правому підребер'ї.
Г. Діарея.
Д. Гіперсалівація, печія.

15. Типову клінічну картину первинної гіпотонічної дискінезії жовчовивідних шляхів формують такі симптоми:

- А. Постійний тупий біль у правому підребер'ї, нудота, запори, болючість при пальпації в проекції жовчного міхура.
Б. Періодичний біль у правому підребер'ї за типом печінкової коліки, диспепсичний синдром, нестійке випорожнення.
В. Тупий постійний біль у правому підребер'ї, субфебрилітет, збільшення печінки.
Г. Біль у правому підребер'ї, збільшення печінки, шкірна сверблячка.
Д. Біль у правому підребер'ї й надчеревній ділянці оперізувального характеру.

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

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. 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. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.
6. Internal medicine: gastroenterology: study guide / V. F. Orlovskiy, L. N. Prystupa, N.O. Murenets, O.V. Orlovskiy. – Sumy: Sumy State University, 2015. –180 p.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2016. - 488 с.

8. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2017. – 432 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України № 638 від 10.09.14. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Хронічний панкреатит». – Київ, 2014. – 34с Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0638282-14>

2. Наказ МОЗ України № 90 від 11.02.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)». – Київ, 2016. – 57с Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160211_0090.html

3. Неспецифічний виразковий коліт. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України. Всеукраїнська асоціація гастроентерологів. 2016р., 253с.

4. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

5. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Назвіть основні причини абдомінального болю.
2. Що необхідно розуміти під визначенням «гострий живіт».
3. Опишіть тактику лікаря при поставленні діагнозу «гострий живіт».
4. Які особливості абдомінального болю (тривалість, характер, тип, локалізація).
5. Яка різниця між вісцеральним та соматичним абдомінальним болем?
6. Назвіть фактори, що посилюють та зменшують абдомінальний біль.
7. Які клінічні симптоми можуть бути пов'язані з абдомінальним болем?
8. Особливості фізикального обстеження при абдомінальному болю.
9. Які додаткові методи обстеження використовують при обстеженні хворих з діагнозом «гострий живіт».
10. Невідкладна терапія при «гострому животі».
11. Показання до оперативного втручання при абдомінальному болю.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 42 років скаржиться на постійний біль в епігастральній ділянці з іррадіацією в спину, нудоту, блювання, печію. Хворіє на виразкову хворобу duodenum протягом 20 років. Об-но: пониженого живлення, язик обкладений, вологий. Живіт напружений, болючий при пальпації в пілородуоденальній зоні. Позитивний с-м Образцова. Субфебрилітет. Ан. крові: лейк. - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ -24 мм/год. Збільшення пепсиногену в крові. Рентгенологічно: в луковиці duodenum занурена тришарова ніша $0,7 \times 1,0$ см. Реакція Греггерсена (-). Яке ускладнення має місце в данму випадку?

- А. Пенетрація.
- Б. Перфорація.
- В. Кровотеча.

- Г. Малігнізація.
- Д. Стеноз воротаря.

Завдання 2

Чоловік 65 років, який приймає дигоксин з приводу хронічної серцевої недостатності, доставлений до лікарні з приводу раптового розлитого болю в животі, який виник 2 години тому. При огляді: шкірні покриви вологі, температура в нормі. Рс-110 уд/хв., аритмічний. АТ- 120/70 мм рт.ст. При пальпації відзначається напруженість передньої черевної стінки по довжині всього живота. Кишкові шуми відсутні. Ампула прямої кишки пуста. На Rh-графії відзначаються повітряно-рідинні рівні в ділянці кишечника. На ЕКГ: миготлива аритмія без ознак ішемії міокарда. У крові: лейкоц.- $17,0 \times 10^9/\text{л}$, рН артеріальної крові - 7,33, амілаза - 110 од/л. Найбільш вірогідним діагнозом є:

- А. Тромбоз мезентеріальних судин.
- Б. НВК.
- В. Кишкова непрохідність, обумовлена пухлиною.
- Г. Ішемія кишечника.
- Д. Дивертикульоз.

Завдання 3

Пацієнтка С 25 років скаржиться на переймоподібні болі в правому підребер'ї. Ультразвукове дослідження: печінка та жовчний міхур не змінені. При 5 моментному дуоденальному зондуванні ІІ фаза - 16 хв., інші фази в межах норми. У жовчі лямблії та бактерії не виявлені, лейкоцити - 1-2 в полі зору. Визначте найбільш ймовірний діагноз.

- А. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпертонічним-гіперкінетичним типом.
- Б. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним-гіпокінетичним типом.
- В. Дискінезія жовчовивідних шляхів за змішаним типом.
- Г. Хронічний холецистит у фазі загострення.
- Д. Хронічний холангіт у фазі загострення.

Завдання 4

Хвора 74 років скаржиться на біль та здуття живота, нудоту. Страждає на ішемічну хворобу серця, постінфарктний та атеросклеротичний кардіосклероз. Об'єктивно: стан тяжкий, живіт здутий, черевна стінка слабо бере участь в акті дихання. Під час лапароскопії: у черевній порожнині невелика кількість мутного випоту, одна з петель тонкої кишки темно-синюшнього кольору. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Ішемічний абдомінальний синдром.
- Б. Заворот кишечника.
- В. Гостра кишкова непрохідність.
- Г. Бешихове запалення.
- Д. Тромбоз мезентеріальних судин.

Завдання 5

У раніше здорового хлопчика 15 років спостерігається переймоподібний біль у ділянці пупка; через декілька годин біль змістився у правий нижній квадрант та став постійним. Спостерігалось декілька епізодів блювання. Живіт болісний під час глибокої пальпації у правому нижньому квадранті. При рентгенографії органи грудної та черевної порожнини без відхилень. У крові лейкоц. $15 \times 10^9/\text{л}$. У сечі лейкоцити у п/з. Що з переліченого є першочерговою дією щодо даного хворого?

- А. Внутрішньовенна пієлографія та цистографія.
- Б. Симптоматичне лікування вдома; повторна госпіталізація при підсиленні болю.
- В. Комп'ютерна томографія черевної порожнини.
- Г. Іригоскопія.
- Д. Діагностична лапаротомія.

Завдання 6

Хворий, 25 років, пройшов курс лікування в гастроентерологічному відділенні з приводу виразкової хвороби. Через 2 тижні у пацієнта з'явився постійний наростаючий біль, який не купірується лікарськими засобами. Живіт болючий у надчеревній ділянці, помірний дефанс у пілородуоденальній ділянці. Розвитком якого ускладнення найбільш ймовірно обумовлене погіршення стану хворого:

- А. Пенетрації.
- Б. Стенозу.
- В. Перфорації.
- Г. Кровотечі.
- Д. Малігнізації.

Завдання 7

Хвора, 30 років, скаржиться на часте рідке випорожнення до 5-6 разів на добу з виділенням калу з домішками крові й слизу, підвищену температуру тіла, переймоподібний біль внизу живота до дефекації, загальну слабкість, зниження маси тіла. Хворіє більше 6 міс. Об'єктивно: шкіра й видимі слизові оболонки бліді, живіт роздутий, при пальпації болючий, гурчання – у ділянці товстої кишки. Ваш діагноз:

- А. Неспецифічний виразковий коліт.
- Б. Хвороба Крона.
- В. Рак товстої кишки.

- Г. Хронічний коліт.
- Д. Хронічний ентерит.

Завдання 8

Хвора, 42 роки, скаржиться на часте рідке випорожнення (10-12 разів на добу) калом з домішками крові й слизу, біль у підчеревній ділянці, зниження маси тіла на 5 кг протягом року. Хворіє півтора року. Інфекційні захворювання виключені. Пульс - 92 за 1 хв, артеріальний тиск - 100/ 60 мм рт. ст. Живіт пальпаторно м'який, чутливий у ділянці сигмоподібної кишки. Попередній діагноз:

- А. Хронічний коліт.
- Б. Хронічний ентерит.
- В. Синдром роздратованого кишечника.

- Г. Хвороба Крона.
- Д. Неспецифічний виразковий коліт.

Завдання 9

Хворий, 45 років, скаржиться на періодичний тупий біль у правому нижньому квадранті живота, підвищену температуру тіла, загальну слабкість, періодичний біль у суглобах. Хворіє більше двох років. В анамнезі - апендектомія. Об'єктивно: живіт помірно роздутий, у правій здухвинній ділянці при глибокій пальпації визначається болюче утворення (у проекції термінального відділу здухвинної кишки). При фіброколоноскопії виявлене потовщення складок слизової оболонки й шилоподібне випинання ілеоцекального відділу; на рельєфі слизової оболонки визначаються контрастні плями гіперемії, ілеоцекальний перехід звужений. Зазначені ознаки свідчать про:

- А. Хворобу Крона.
- Б. Хронічний ентероколіт.
- В. Хворобу Уіппла.

- Г. Неспецифічний виразковий коліт.
- Д. Туберкульоз кишечника.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – А 3. – А 4. – Д 5. – Д 6. – А 7. – А 8. – А 9. – А

Технологічна карта проведення заняття

	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 абдомінальним болем	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 18. Ведення пацієнта з жовтяницею

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Жовтяниця – синдром, що спостерігається при захворюваннях печінки, закупорюванні жовчних проток, інтоксикації, гемолізі (підвищеному руйнуванні еритроцитів). На теперішній час зростає частота хвороб, які супроводжуються синдромом холестазу, тому питання диференційної діагностики жовтяниць набувають особливого значення. Холестаз зустрічається у 32 % хворих із жовчнокам'яною хворобою, 53 % зі злоякісними новоутвореннями гепатопанкреатобіліарної системи, 50 % із цирозом печінки, 67 % із гострими вірусними

гепатитами, 16 % із хронічними гепатитами. Тому вивчення питань, пов'язаних із походженням, діагностикою і лікуванням жовтяниці є актуальним

Жовтяниця проявляється забарвленням у жовтий колір слизових оболонок, склер, шкіри тощо внаслідок нагромадження в крові та тканинах жовчних пігментів (білірубину). Хворого на жовтяницю необхідно оглядати при денному освітленні. Якщо вміст білірубину в крові збільшений незначно (понад 20,5 мкмоль), склери стають жовтуватими (субіктеричними), колір шкіри ще не змінений. Жовтяниця та іктеричність склер клінічно проявляються при рівні сироваткового білірубину 34-43 мкмоль/л, що приблизно в 2 рази вище за норму. Жовте забарвлення шкіри також спостерігається при підвищенні вмісту каротину сироватки, проте не супроводжується іктеричністю склер. Розрізняють три основні патогенетичні форми жовтяниці: печінкову (паренхіматозну, печінково-клітинну), надпечінкову (гемолітичну) і підпечінкову (механічну).

Порушення жовчоутворювальної і жовчовидільної функцій печінки, що супроводжується виникненням жовтяниці, є патологічним синдромом, що може спостерігатися при захворюваннях печінки і жовчовивідних шляхів терапевтичного, інфекційного і хірургічного профілю, ряді гемолітичних ситуацій уродженого, імунного і токсичного характеру. В основі багатьох клінічних проявів при цих видах патології лежить порушення процесу нормального жовчовиділення і розвиток холемії. Розуміння механізмів розвитку явищ, які спостерігаються при холемії, необхідно лікарю в процесі діагностики і патогенетичної терапії цих захворювань.

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз і визначати тактику ведення хворого з синдромом жовтяниці.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується синдромом жовтяниці.
2. Скласти програму обстеження хворого на жовтяницю
3. Проводити диференціальну діагностику жовтяниць різної етіології
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим жовтяницям. Оцінювати морфологічні зміни, властиві різним захворюванням печінки.
4. Тракувати ефекти лікарських препаратів, використовувати принципи профілактики. Використовувати дієтичні методи корекції.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Критеріями надпечінкової (гемолітичної) жовтяниці є всі, крім:

- А. Помірної жовтяниці і блідості шкіри.
- Б. Свербежу шкіри, значної гепатомегалії.
- В. Значної спленомегалії при хронічному перебігу.
- Г. Вираженого ретикулоцитозу в периферійній крові.
- Д. Різкої уробілінурії без білірубінурії і плейохромії калу.

2. Критеріями печінкової (паренхіматозної) жовтяниці є всі, крім:

- А. Жовтяниці червонуватого відтінку.
- Б. Частих ознак, які властиві хронічному гепатиту і цирозу.
- В. Постійної спленомегалії.
- Г. Значної білірубінемії, в основному за рахунок прямого білірубину.
- Д. Вираженого синдрому цитолізу зі значним підвищенням амінотрансфераз і органоспецифічних ферментів печінки.

3. Критеріями підпечінкової (механічної) жовтяниці є всі, крім:

- А. Частіше пухлинного походження і внаслідок жовчнокам'яної хвороби.

- Б. Розвитку жовтяниці, якому передують біль.
- В. Гіпертермії.
- Г. Різко вираженої гіпербілірубінемії.
- Д. Уробілінурії, плейохромії калу.

4. Назвіть головний клінічний синдром при хронічному гепатиті:

- А. Астеновегетативний.
- Б. Диспептичний.
- В. Больовий.
- Г. Кардіалгічний.
- Д. Жовтяниця.

5. Жовтяниця, зумовлена раком голівки підшлункової залози, відрізняється від жовтяниці, зумовленої жовчнокам'яною хворобою, всіма переліченими симптомами, крім:

- А. Розвитку без попереднього больового нападу.
- Б. Швидкого зростання білірубіну.
- В. Наявності позитивного симптому Курвуазьє-Тер'є.
- Г. Стійкості та інтенсивності жовтяниці.
- Д. З'являється у осіб похилого віку.

6. Основні клінічні симптоми синдрому Жильбера:

- А. Слабкість, швидка стомлюваність, періодична жовтяниця.
- Б. Нудота, блювання, артралгії, слабкість.
- В. Метеоризм, проноси, печія, схуднення.
- Г. Періодично нападаючий біль в правому підребер'ї, свербіж шкіри, анемія.
- Д. Набряки під очима, артралгії, поліміалгії.

7. В якому випадку відсутній стеркобілін у калі?

- А. Гемолітична анемія.
- Б. Рак печінки.
- В. Механічна жовтяниця.
- Г. Хронічний гепатит.
- Д. Цироз печінки.

8. Який визначений симптом характеризує хронічний гепатит?

- А. Жовтяниця.
- Б. Нудота.
- В. Пронеси.
- Г. Судинні зірочки.
- Д. Лихоманка.

9. Яка ознака найчастіша при псевдопухлинному панкреатиті:

- А. Біль.
- Б. Поноси, запори.
- В. Блювання.
- Г. Жовтяниця.
- Д. Цукровий діабет.

10. Який препарат рекомендований до застосування при поєднанні дифузних хронічних захворювань печінки і дискінезіях жовчовивідних шляхів:

- А. Ношпа.
- Б. Алохол.
- В. Гепабене.
- Г. Карсил.
- Д. Есенціале Н.

Відповіді на контрольні питання: 1.–Б 2.–В 3.–Д 4.–Д 5.–Б 6.–А 7.–В 8.–А 9.–Г 10.–В

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. 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. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya.

Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : M. A. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

6. Internal medicine: gastroenterology: study guide / V. F. Orlovskiy, L. N. Prystupa, N.O. Murenets, O.V. Orlovskiy. – Sumy: Sumy State University, 2015. –180 p.

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. – K.: Медицина, 2018. – 368с.

8. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2016. - 488 с.

8. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2017. – 432 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.14. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Аутоімунний гепатит». – Київ, 2014. – 33с
Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141106_0826.html

2. Наказ МОЗ України № 613 від 21.06.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих». – Київ, 2016. – 46с
Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160621_0613.html

3. Цироз печінки та його ускладнення: практичні рекомендації 2018 р. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/136497/tsiroz-pechinki-ta-jogo-uskladnennya-praktichni-rekomendatsiyi-2018-g>

4. Хроническая диарея у взрослых: общие рекомендации по диагностике 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129256/hronicheskaya-diareya-u-vzroslyh-obshhie-rekomendatsii-po-diagnostike-2018-g>

5. Печеночные пробы: обновленные руководящие принципы. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/121465/pechenochnye-proby-obnovlennye-rukovodyashhie-printsipy>

6. Первичный билиарный холангит/цирроз печени: руководящие принципы лечения. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/123411/pervichnyj-biliarnyj-holangit-tsirroz-pecheni-rukovodyashhie-printsipy-lecheniya>

7. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

8. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні форми порушень функцій печінки.

2. Основні причини і механізми порушення обміну жовчних пігментів на різних його етапах.
3. Поняття про гіпербілірубінемію і білірубінурію, причини та механізми їх виникнення.
4. Визначення поняття «жовтяниця». Їх види.
5. Надпечінкова жовтяниця: основні клінічні і біохімічні критерії.
6. Печінкові жовтяниці: етіопатогенез, клінічні і біохімічні критерії.
7. Етіопатогенез підпечінкових жовтяниць (ЖКХ, пухлина pancreas, лімфо-гранулематоз, пухлина правої нирки, гіпернефрома).
8. Клінічні та біохімічні критерії підпечінкової жовтяниці.
9. Клініко-біохімічні критерії доброякісних гіпербілірубінемій:
 - тип Жильбера;
 - тип Дабіна-Джонсона;
 - тип Ротора;
 - тип Кріглера-Найяра.
10. Обмін білірубіну в організмі людини.
11. Тактика лікування хворих.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хвора А. 58 років, яка страждає на пухлину головки підшлункової залози, скаржиться на загальну слабкість, дратівливість, головний біль, свербіж шкіри. При обстеженні виявлено пожовтіння шкіри і слизових оболонок, брадикардію, гіпотонію, гноблення рефлекторної діяльності, розлад зовнішнього дихання. Вплив якого компонента жовчі обумовлює ці явища?

- | | |
|-----------------------|------------------|
| А. Жовчних кислот. | Г. Холестерину. |
| Б. Жирних кислот. | Д. Фосфоліпідів. |
| В. Жовчних пігментів. | |

Завдання 2

Хворий К. після приймання жирної їжі відчуває нудоту, млявість. У крові холестерин - 9,2 ммоль/л. У калі міститься велика кількість жиру (стеаторея). Нестача якого компонента жовчі обумовлює це явище?

- | | |
|--------------------|------------------|
| А. Жовчних кислот. | Г. Холестерину. |
| Б. Жирних кислот. | Д. Фосфоліпідів. |
| В. Білірубіну. | |

Завдання 3

Жінка 50 років скаржиться на швидку стомлюваність, безсоння вночі та сонливий стан удень, свербіж шкіри. АД-100/60 мм рт.ст., частота пульсу - 56 уд/хв. Підозрюється жовчнокам'яна хвороба з закупорюванням каменем жовчної протоки. Що з переліченого нижче найбільш вірогідно обумовлює стан хворої?

- А. Порушення всмоктування жирів.
- Б. Порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів.
- В. Холемія.
- Г. Гіперхолестеринемія.
- Д. Гіпербілірубінемія.

Завдання 4

У хворого Ч., 15 років, який перебуває в інфекційному відділенні з приводу вірусного гепатиту, в період розпалу хвороби на тлі вираженої жовтяниці зникла шкірна сверблячка. З чим пов'язано зникнення симптому?

- А. Порушенням синтезу жовчних кислот.
- Б. Порушенням утворення прямого білірубіну.
- В. Порушенням синтезу холестерину.
- Г. Підвищенням непрямого білірубіну крові.
- Д. Підвищенням трансфераз крові.

Завдання 5

У хворого з жовтяницею спостерігається підвищення загальної кількості білірубіну сироватки крові за рахунок прямої його форми і жовчних кислот, у сечі визначається значна кількість білірубіну, уробілін і стеркобілін відсутні. Який вид жовтяниці у даного хворого?

- А. Гемолітична. Г. Паренхіматозна.
Б. Надпечінкова. Д. Підпечінкова.
В. Печінкова.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – Б 3. – Д 4. – А 5. – Д

Технологічна карта проведення заняття

	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 жовтяницею	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 19. Ведення пацієнта з гепатомегалією та гепатолієнальним синдромом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Гепатолієнальний синдром – це збільшення печінки (гепатомегалія) і селезінки (спленомегалія), обумовлене залученням до патологічного процесу обох органів. Їх одночасне ураження при загальних патологічних процесах (гемоліз, інфекція, токсичне ураження) пояснюється великою кількістю ретикуло-ендотеліальної тканини і наявністю спільної системи кровообігу. Зважаючи на те, що захворювання печінки в основному уражають людей молодого і середнього віку, нерідко закінчуються цирозами, злоякісними новоутвореннями, можна з упевненістю сказати, що це один із важливих розділів не тільки в гастроентерології, але й у всій медицині в цілому. Вважається, що у середньому до 30% всього населення планети впродовж життя страждає якоюсь патологією печінки або селезінки, причому захворюваність має стійку тенденцію до зростання.

Хворобам печінки належить основна роль в розвитку гепатолієнального синдрому (до 90%). Скарги хворих, анамнез захворювання, клінічне обстеження, дані лабораторно-інструментальних досліджень за наявності гепатолієнального синдрому відповідають симптоматиці захворювань (хронічний гепатит, цироз печінки, хвороба та синдром Бадда-Кіарі, венооклюзивна хвороба, гемохроматоз, хвороба Коновалова-Вільсона, первинний амілоїдоз, хронічний мієлолейкоз, хвороба Вальденстрема, черевний тиф, бактеріальний ендокардит та інші). Основним методом лікування є консервативне. Хірургічне втручання, спрямоване на корекцію гемодинаміки, зниження портальної гіпертензії, гіперспленізму.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення пацієнта з синдромом гепатомегалії та гепатоспленомегалії.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебігу яких властивий синдром гепатомегалії та гепатоспленомегалії.
2. Скласти програму обстеження хворого.
3. Проводити диференціальну діагностику гепатомегалії та гепатоспленомегалії різної етіології.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві синдрому гепатомегалії та гепатоспленомегалії.
4. Оцінювати дані лабораторних та інструментальних методів дослідження.
5. Тракувати тактику лікування синдрому гепатомегалії та гепатоспленомегалії залежно від етіології.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Спленомегалія та асцит спостерігаються при:

- А. Первинному біліарному цирозі печінки.
- Б. Постнекротичному цирозі печінки.
- В. Портальному цирозі.
- Г. Хворобі Вільсона-Коновалова.
- Д. Синдромі портальної гіпертензії будь-якого генезу.

2. При параклінічному обстеженні хворого на цироз печінки тромбоцитопенія в поєднанні з лейкопенією є ознакою:

- А. Холестатичного синдрому.
- Б. Цитолітичного синдрому.
- В. Імунозапального синдрому.
- Г. Синдрому гіперспленізму.
- Д. Синдрому печінково-клітинної недостатності.

3. До основних клініко-анамнестичних критеріїв хронічного гепатиту В належать:

- А. Епід-, алкогольний і наркологічний анамнез.
- Б. Донорство і вказівки на перенесені хвороби печінки.
- В. Астеновегетативний синдром і шлункова диспепсія, гіпертермія.
- Г. Жовтяниця, потемніння сечі та освітлення калу.
- Д. Гепато-, спленомегалія, геморагії, "печінкові" знаки і позапечінкові прояви.
- Е. Оцінка клініко-біохімічних аналізів крові (ферменти, білірубін, білесові проби).
- Є. Усі вищеназвані.

4. До основних клініко-епідеміологічних критеріїв хронічного гепатиту С належать:

- А. Вказівки на повторні гемотрансфузії.
- Б. Наркологічний анамнез з внутрішньовенними введеннями наркотиків.
- В. Повторне підвищення АлАТ в динаміці.
- Г. Гепатомегалія.
- Д. Усі вищеназвані.

5. До критеріїв печінкової недостатності відповідно до класифікації за Чайлд-П'ю не належать:

- А. Подовження протромбінового часу.
- Б. Збільшення білірубіну.
- В. Зниження гемоглобіну.
- Г. Наявність енцефалопатії.

Відповіді до завдань: 1-Д; 2-Г; 3-Є; 4-Д; 5-В.

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. 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. Внутрішня медицина : textbook. P. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

6. Internal medicine: gastroenterology: study guide / V. F. Orlovskiy, L. N. Prystupa, N.O. Murenets, O.V. Orlovskiy. – Sumy: Sumy State University, 2015. –180 p.

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

8. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2016. - 488 с.

8. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2017. – 432 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.14. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Аутоімунний гепатит». – Київ, 2014. – 33с
Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141106_0826.html

2. Наказ МОЗ України № 613 від 21.06.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих». – Київ, 2016. – 46с
Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160621_0613.html

3. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (оновлена) "Вірусний гепатит С у дорослих". Режим доступу: <https://ukrgastro.com.ua/illnesses/>

4. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В (хронічний)», Київ – 2016.

5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В. Позиція ВООЗ», Київ – 2016.

6. Цироз печінки та його ускладнення: практичні рекомендації 2018 р. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/136497/tsiroz-pechinki-ta-jogo-uskladnennya-praktichni-rekomendatsiyi-2018-r>

7. Хроническая диарея у взрослых: общие рекомендации по диагностике 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129256/hronicheskaya-diareya-u-vzroslyh-obshhie-rekomendatsii-po-diagnostike-2018-g>

8. Печеночные пробы: обновленные руководящие принципы. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/121465/pechenochnye-proby-obnovlennye-rukovodyashhie-printsipy>

9. Первичный билиарный холангит/цирроз печени: руководящие принципы лечения. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/123411/pervichnyj-biliarnyj-holangit-tsirroz-pecheni-rukovodyashhie-printsipy-lecheniya>
10. Відкритий освітній ресурс OCW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
11. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення гепатомегалії та гепатолієнального синдрому.
2. Етіологія гепатомегалії та гепатолієнального синдрому.
3. Основні патогенетичні механізми розвитку гепатомегалії та гепатолієнального синдрому при різних нозологічних одиницях.
4. Основні прояви захворювань, що ведуть до розвитку гепатолієнального синдрому.
5. Програма діагностичного пошуку при наявності гепатомегалії та гепатолієнального синдрому.
6. План обстеження хворих з гепатомегалією та гепатоспленомегалією.
7. На які показники слід звернути увагу в клінічних та біохімічних лабораторних дослідженнях? Їх трактування при різних хворобах з гепатомегалією та гепатоспленомегалією.
8. Яке значення має співвідношення гепатомегалії до спленомегалії?
9. Інструментальна діагностика (діагностичні критерії та показники):
 - УЗД;
 - рентгендіагностика;
 - ехоскопія;
 - ангіографія;
 - комп'ютерна томографія;
 - черезшкірна біопсія печінки та селезінки;
 - пункція кісткового мозку та лімфатичних вузлів.
10. Показники основних диференційних діагностичних тестів при різних захворюваннях, що супроводжуються гепатомегалією та гепатолієнальним синдромом.
11. Медикаментозне лікування (етіологічне та симптоматичне), дозування лікарських препаратів, їх можливі комбінації. Попередження ускладнень.
12. Чи доцільно використовувати гепатопротектори та імуномодулюючі препарати? Назвіть сучасні препарати цих груп, дозування.
13. Визначте показання та протипоказання до призначення глюкокортикостероїдів.
14. Принципи патогенетичної терапії гепатолієнального синдрому.
15. Прогноз та експертиза працездатності при захворюваннях, що ведуть до виникнення гепатомегалії та гепатолієнального синдрому.
16. Профілактика виникнення гепатомегалії та гепатолієнального синдрому, її роль та місце з урахуванням основного захворювання.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий В., 50 років, госпіталізований у вкрай тяжкому стані. При огляді: свідомість відсутня, шкіра і склери іктеричні. Печінка збільшена, спленомегалія. Визначається асцит. Дихання аритмічне, тахікардія, АТ – 90/40 мм рт.ст. Геморагічний синдром. Еритема долонь. Метаболічний ацидоз, рН – 7,1, АсАТ – 1,8 од., АлАТ – 2,1 од. Загальний білірубін 334,2 мкмоль/л. Яку схему лікування слід призначити хворому?

- А. Інфузії глюкози з есенціалє, фуросемід, дигоксин.
- Б. Орніцетил, лактулоза per rectum.
- В. Інфузії глюкози з рибоксином, еуфілін.
- Г. Інфузії глюкози з коргліконом, еуфіліном; стрептоміцин per os.
- Д. Інфузії фіз.розчину, верошпірон, лактулоза.

Завдання 2

Хвора В., 64 р., десять років хворіє хронічним гепатитом. Скарги: болі в печінці, зменшення маси тіла, болі в суглобах. Об'єктивно: шкіра суха, блідо-жовта, атрофія м'язів, на плечах телеангієктазії, гіперемія долонь, живіт збільшений, "голова медузи". Печінка на 3 см нижче реберної дуги, болюча, щільна, селезінка на 1 см виступає з-під реберної дуги, вільна рідина в черевній порожнині. Лабораторно: гіпер- γ -глобулінемія, помірно збільшені АсТ, АлТ. Які ліки будуть препаратами вибору у хворої?

- А. Нестероїдні протизапальні засоби.
- Б. Антибіотики.
- В. Діуретики.

- Г. α -інтерферон.
- Д. Глюкокортикоїди

Завдання 3

Хворий 54 років, що 4 роки тому переніс вірусний гепатит В та зловживає алкоголем, останні два місяці відзначає печію, пекучий біль за грудниною. Вранці після прийому їжі та підняття важкості виникло блювання свіжою темною кров'ю. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, вологі, Рс – 92/хв, АТ – 90/60 мм рт.ст. Склери жовтяничні, живіт збільшений у розмірі за рахунок асциту, гепатоспленомегалія. Назвіть найбільш імовірну причину кровотечі:

- А. Синдром Бадда-Кіарі.
- Б. Виразкова хвороба 12 палої кишки.
- В. Розрив варикозних вен стравоходу.

- Г. Синдром Мелорі-Вейгса.
- Д. Ахалазія стравоходу.

Завдання 4

Пацієнт, 65 років, госпіталізований зі скаргами на слабкість, жовтушність шкіри, відчуття тяжкості у правому підребер'ї. За даними анамнезу гемотрансфузії та хірургічні втручання відсутні. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, свідомість ясна, жовтушність шкіри та слизових, розширення вен на шкірі передньої черевної стінки («голова Медузи Горгони»). Дихання в легегенях ведикуютьне, ЧД – 17 за хв., тони сетця – чисті, ритмічні, Рс – 82/хв, АТ – 120/80 мм рт.ст., збільшення печінки, селезінки. За результатами ЕФГДС виявлено варикозно розширені вени стравоходу. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Лейкемія.
- Б. Цироз.

- В. ГЕРХ
- Г. ЖКХ

Завдання 5

Хворий 58 років, зловживає алкоголем протягом 10-ти років, погіршення самопочуття протягом останніх двох місяців, скарги на дискомфорт у правому підребер'ї, жовтушність шкірних покривів. Енцефалопатія відсутня, помірний асцит. За результатами аналізу крові білірубін – 40 мкмоль/л, альбумін – 3,1 г/дл, протромбіновий час – збільшений у 6 разів. Який клас цирозу відповідно до Чайлд-П'ю має цей пацієнт?

- А. А.
- Б. В
- В. С
- Г. Д

Правильні відповіді: 1-Б; 2-Д; 3-В; 4-Б; 5-Б.

Технологічна карта проведення заняття

	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 синдромом гепатомегалії, гепатоспленомегалії	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 20. Ведення пацієнта з портальною гіпертензією

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Портальна гіпертензія (ПГ) – це підвищення тиску в басейні ворітної вени, викликане порушенням кровотоку різного походження та локалізації – у портальних судинах, печінкових венах та в нижній порожнистій вені. У більшості випадків ПГ є наслідком цирозу печінки, структурних аномалій печінкових судин. Внутрішньопечінкова форма ПГ трапляється у 85-90% випадків, підпечінкова – у 10-12%, надпечінкова – у 3-4%.

Прогноз при внутрішньопечінковій, надпечінковій і змішаній формах ПГ маловтішний. Медикаментозне й оперативне лікування має тимчасовий ефект, хоча іноді досить тривалий. Зазвичай хворі вмирають внаслідок ускладнень захворювання. Більш сприятливий прогноз при підпечінковій формі синдрому. Після вчасно проведеної операції – накладення судинних венозних анастомозів (у тій або іншій модифікації) деякі пацієнти повертаються до трудової діяльності. Перебіг і прогноз визначаються характером захворювання, яке викликало ПГ, і приєднанням ускладнень, найбільш небезпечним з яких є стравохідно-шлункова кровотеча. Швидке видалення великої кількості асцитичної рідини й призначення більших доз діуретиків хворим хронічними захворюваннями печінки із синдромом ПГ може спровокувати виникнення печінкової коми. За відсутності хірургічного лікування пацієнти, у яких спостерігалася стравохідно-шлункова кровотеча, живуть не більше 1-1,5 років.

Профілактика ПГ полягає в попередженні й своєчасному лікуванні захворювань, що провокують розвиток даного синдрому.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз захворювання, перебіг якого ускладнюється розвитком синдрому портальної гіпертензії і визначити тактику ведення хворого.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при синдромі ПГ.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві синдрому ПГ. Оцінювати морфологічні зміни.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для лікування ПГ. Показання до хірургічного лікування. Дієтичні рекомендації

Студенти повинні вміти:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється синдромом ПГ.
2. Скласти програму обстеження хворого з синдромом ПГ.
3. Проводити диференціальну діагностику
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи з урахуванням перебігу захворювання, наявності коморбідності, ускладнень.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Для діагностики ПГ використовують такі методи, крім:

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| А. Спленоманометрії. | Г. Езофагографії. |
| Б. Гепатоманометрії. | Д. ЕФГДС. |
| В. Спленопортографії. | |

2. Розрізняють такі форми синдрому ПГ, крім:

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| А. Надпечінкова. | Г. Усі відповіді правильні. |
| Б. Внутрішньопечінкова. | Д. Усі відповіді не правильні. |
| В. Підпечінкова. | |

3. Який тиск при спленоманометрії свідчить про помірну ПГ?

- | | |
|------------------------|------------------------|
| А. 200-300 мм вод. ст. | В. 350-500 мм вод. ст. |
| Б. 120-150 мм вод. ст. | Г. 50-80 мм вод. ст. |

4. ПГ належить до всіх перелічених форм, крім:

- А. Пресинусоїдальної. Г. Змішаної.
- Б. Синусоїдальної (печінкової). Д. Біліарної.
- В. Постсинусоїдальної (обструктивної).

5. Для ПГ характерні всі перелічені симптоми, крім:

- А. Варикозного розширення вен стравоходу.
- Б. Варикозного розширення підшкірних вен живота.
- В. Збільшення селезінки.
- Г. Підвищення центрального венозного тиску.
- Д. Асцити.

Відповіді до завдань: 1-Г; 2-Г; 3-А; 4-Д; 5-Г.

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. 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. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

6. Internal medicine: gastroenterology: study guide / V. F. Orlovskiy, L. N. Prystupa, N.O. Murenets, O.V. Orlovskiy. – Sumy: Sumy State University, 2015. –180 p.

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.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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2016. - 488 с.

8. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2017. – 432 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.14. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Аутоімунний гепатит». – Київ, 2014. – 33с
Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20141106_0826.html

2. Наказ МОЗ України № 613 від 21.06.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих». – Київ, 2016. – 46с
Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160621_0613.html

3. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (оновлена) "Вірусний гепатит С у дорослих". Режим доступу: <https://ukrgastro.com.ua/illnesses/>

4. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В (хронічний)», Київ – 2016.

5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит В. Позиція ВООЗ», Київ – 2016.

6. Цироз печінки та його ускладнення: практичні рекомендації 2018 р. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/136497/tsiroz-pechinki-ta-jogo-uskladnennya-praktichni-rekomendatsiyi-2018-r>

7. Хроническая диарея у взрослых: общие рекомендации по диагностике 2018 г. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/129256/hronicheskaya-diareya-u-vzroslyh-obshhie-rekomendatsii-po-diagnostike-2018-g>

8. Печеночные пробы: обновленные руководящие принципы. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/121465/pechenochnye-proby-obnovlennye-rukovodyashhie-printsipy>

9. Первичный билиарный холангит/цирроз печени: руководящие принципы лечения. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/123411/pervichnyj-biliarnyj-holangit-tsirroz-pecheni-rukovodyashhie-printsipy-lecheniya>

10. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

11. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Які існують форми ПГ і чим вони обумовлені?
2. Яким шляхом здійснюється колатеральний кровообіг при цирозі печінки?
3. До чого призводить оклюзія печінкових вен?
4. Які ви знаєте портопортальні шунти?
5. За допомогою яких методів можна виміряти тиск у портальній вені?
6. Яким методами можливо найбільш достовірно виявити розширені вени стравоходу?
7. Якими клінічними симптомами частіше за все верифікуються надпечінкова, підпечінкова і внутрішньопечінкова ПГ?
8. Як можна відрізнити гіпертензію в гастролієнальній та в кишково-мезентеріальній зонах портальної системи?
9. Показання до лапароцентезу.
10. Хірургічне лікування. Показання до трансплантації печінки.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 44 років тривалий час зловживає алкоголем. Об'єктивно: долоні рожевого кольору, судинні зірочки на передній поверхні грудної клітки, розширені вени передньої черевної стінки. Живіт здутий, вільна рідина в черевній порожнині. Печінка + 4 см, ущільнена, гладка, безболісна. Пальпується край селезінки. Який провідний синдром можна виділити у хворого?

А. Портальна гіпертензія.

Г. Тромбоз мезентеріальних судин.

Б. Підгостра печінкова дистрофія.

Д. Гіперспленізм.

В. Коагулопатія.

Завдання 2

У хворого М., що тривалий час хворіє на цироз печінки, останнім часом з'явилися скарги на помірні болі в епігастральній ділянці, постійне здуття живота, яке посилюється після прийому їжі. Об'єктивно: розширені підшкірні вени живота, ознаки вільної рідини в черевній порожнині, збільшені печінка та селезінка. При УЗД: розширення портальної вени, збільшення печінки та селезінки. Який провідний синдром можна виділити у хворого?

- А. Печінково-клітинна недостатність.
- Б. Тромбоз ворітної вени.
- В. Перитоніт.
- Г. Дисбактеріоз кишечника.
- Д. Портальна гіпертензія.

Завдання 3

Хворий К. 54 років, що переніс 4 роки тому вірусний гепатит В та зловживає алкоголем, відчув останні два місяці печію, пекучий біль за грудниною. Вранці після їжі та підняття важкості виникло блювання свіжою кров'ю. При огляді – шкіра бліда, волога, пульс – 92 уд. на хвилину, АТ – 90/60 мм рт. ст. Склери жовтяничні, живіт збільшений у розмірі за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Назвіть найбільш імовірну причину кровотечі:

- А. Розрив варикозних вен стравоходу.
- Б. Синдром Мелорі-Вейса.
- В. Синдром Бадда-Кіарі.
- Г. Ахалазія стравоходу.
- Д. Виразкова хвороба 12-ти палої кишки.

Завдання 4

У клініці оперується хворий з приводу цирозу печінки, портальної гіпертензії, спленомегалії III ст., гіперспленізму, варикозно розширених вен стравоходу III ст. Який обсяг оперативного втручання слід виконати в даному випадку?

- А. Встановлення зонда Блекмора.
- Б. Селективне портокавальне шунтування.
- В. Роз'єднання портальної та кавальної систем гастроезофагельного сегмента.
- Г. Спленектомія, перев'язка вен стравоходу.
- Д. Портокавальне шунтування.

Завдання 5

Хворий 60 років, зловживає алкоголем протягом 15-ти років, погіршення самопочуття останні три місяці, скарги на дискомфорт у правому підребер'ї. Об'єктивно: жовтушність склер, шкірних покривів, пульс – 89 уд/хв., АТ – 120/80 мм. рт. ст., збільшення печінки, асцит. За результатами аналізу крові білірубін – 40 мкмоль/л, альбумін – 2,8 г/дл, протромбіновий час – збільшений у 4 рази. Тиск у системі ворітної вени – 15 мм. рт.ст. Який синдром наявний у даного хворого?

- А. Портальна гіпертензія.
- Б. Гепатомегалія.
- В. Печінково-клітинна недостатність.
- Г. Усі відповіді вірні.

Правильні відповіді: 1-А; 2-Д; 3-А; 4-Г; 5-Г.

Технологічна карта проведення заняття

	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 портальною гіпертензією	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 21. Ведення пацієнта з бронхообструктивним синдромом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Одну з найважливіших проблем сучасної медицини становлять захворювання органів дихання, серед яких першість займають бронхіальна астма (БА) та хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Найбільша розповсюдженість ХОЗЛ спостерігається у хворих старше 60 років та коливається в різних країнах від 7,8 до 19,7 %. За останніми прогнозами, ХОЗЛ із шостої причини смерті в 1990 році посідає четверте місце у 2030 році. В Україні ХОЗЛ займають перше місце як причина захворюваності з тимчасовою втратою працездатності і 3-4-те місце як причина інвалідності. За даними офіційної статистики, розповсюдженість БА в світі складає від 1 до 16 %.

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) займає третє місце у світі за частотою виникнення серед гострих серцево-судинних подій, поступаючись інфаркту міокарда та інсульту. Її констатовано у 115 осіб на 100000 населення. Окрім того, у країнах Європи 34 % пацієнтів із ТЕЛА помирають протягом декількох годин після її виникнення. Гостра серцева недостатність є найбільш частою причиною позапланових госпіталізацій хворих старше 65 років, має несприятливий прогноз та рівень смертності 10-30 % протягом одного року після її виникнення.

Бронхіальна обструкція є основним клінічним синдромом ХОЗЛ і БА. Лабільна бронхообструкція є діагностичним критерієм як захворювань бронхолегеневої системи (пневмонія, ТЕЛА), гострий респіраторний дистрес-синдром, гострий бронхіт, екзогенний алергічний альвеоліт, гострі форми мікозу легень), так і захворювань серцево-судинної системи (гостра лівошлуночкова недостатність, синдром Черга-Стросса), механічних та хімічних подразнень бронхів, дії на бронхи холіноміметиків, нестероїдних протизапальних засобів. Бронхообструктивний синдром значною мірою обтяжує перебіг основного захворювання дихальних шляхів, знижує ефективність його лікування та призводить до погіршення загального стану хворого.

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз і визначати тактику обстеження, диференціальну діагностику та лікування хворих з бронхообструктивним синдромом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується синдромом бронхообструкції.
2. Скласти програму обстеження хворого.
3. Проводити диференціальну діагностику синдрому бронхообструкції різної етіології.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві бронхообструктивному синдрому різної етіології. Оцінювати функціональні зміни при стабільній і лабільній обструкції.
4. Трактувати прямі та побічні дії β_2 -агоністів короткої і пролонгованої дії, глюкокортикостероїдів. Використовувати фізіотерапевтичні методи корекції перебігу захворювань з синдромом бронхообструкції.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Найбільш важливою ланкою патогенезу ХОЗЛ, що обмежує дихальний повітряний потік (обструктивний бронхіт) і руйнує паренхіму (емфізема легень), є:

- А. Хронічне запалення бронхів, паренхіми та судин легень.
- Б. Дисбаланс оксидантів-антиоксидантів у бік збільшення оксидантів.
- В. Гіперпродукція запальних клітин (нейтрофілів, макрофагів, Т-лімфоцитів, еозинофілів, епітеліальних клітин).
- Г. Гіперпродукція медіаторів запалення (LTB₄, IL-8, TNF- α).

Д. Така ланка не зазначена.

Е. Дисбаланс протеаз-антипротеаз у легенях.

2. При дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) найбільш важливими при ХОЗЛ є:

А. Об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁).

Б. Форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ).

В. Співвідношення ОФВ₁/ФЖЄЛ.

Г. Всі вищезгадані.

Д. Найбільш важливий показник не названий.

3. Діагностичним критерієм ХОЗЛ є зменшення показників, починаючи з:

А. ОФВ₁ < 90% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 80%.

Б. ОФВ₁ < 80% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 70%.

В. ОФВ₁ < 70% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 60%.

Г. ОФВ₁ < 60% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 50%.

Д. ОФВ₁ < 50% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЖЄЛ < 40%.

4. До критеріїв діагностики БА відносять всі нижченаведені клінічні симптоми, крім:

А. Епізодичного свистячого дихання з утрудненням на видиху.

Б. Кашлю, більше вночі та при фізичному навантаженні.

В. Епізодичних свистячих хрипів у легенях та повторної скутості грудної клітки.

Г. Обов'язкового поєднання кашлю, ядухи і розсіяних хрипів.

Д. Симптомів, які здебільшого погіршуються вночі і збуджують хворого.

5. Бронходилатуючу і протизапальну дію поєднують в собі:

А. β_2 -агоністи короткої і тривалої дії.

Б. β_2 -агоністи тривалої дії і метилксантини.

В. Метилксантини і β_2 -агоністи короткої дії.

Г. Метилксантини і антихолінергічні засоби.

Д. Антихолінергічні засоби і β_2 -агоністи тривалої дії.

Відповіді на контрольні питання: 1-А; 2-Г; 3-Б; 4-Г; 5-Б.

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. 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: Пульмонологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадєєва, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

6. Internal medicine. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

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

8. 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.

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Бабінець, Л. С. Захворювання органів дихання в сімейній медицині: навч. посіб / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, Л. В. Андріюк. – К. : Медицина, 2019. – 312 с.
9. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
10. Григус, І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навч. посіб. / І. М. Григус. – Львів : Новий Світ-2000, 2019. – 170 с.
11. Internal Medicine: textbook: in 2 books. Book 1 : Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems / I. P. Vakaliuk, R. I. Yatsyshyn, M. M. Ostrovsky et al. – К. : Medicine, 2019. – 664 с.
12. Бронхіальна астма у дітей [Електронний ресурс] : навч. посіб. / В. Г. Майданник, О. І. Сміян, П. І. Січненко та ін. ; за ред. В.Г. Майданника, О.І. Сміяна. – Суми : СумДУ, 2017. – 243 с. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2017/Maidannyk_bronkhialna.pdf

Рекомендації, настанови та накази

1. 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-vprovadzheniya-mediko-tehnologichnih-dokumentiv-zi-standartizatsiji-ekstrenoji-medichnoji-dopomogi>
2. 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
3. Бронхіальна астма: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Нац. ін-т фізіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Асоц. фізіатрів і пульмонологів України ; уклад. : Ю. І. Фещенко, Д. М. Бойко, В. К. Гаврисюк [та ін.]. - Вид. офіц. - Київ : НАМН України, 2019. - 113 с. Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/20/pdf20-2/5.pdf>
4. Адаптована клінічна настанова: Хронічне обструктивне захворювання легень / ДУ «Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України ГО «Асоціація фізіатрів і пульмонологів України» ГО «Асоціація пульмонологів України»; укл. Ю. І. Фещенко, В. К. Гаврисюк, А. Я. Дзюблик та інш. – Укр. пульмонол. журнал. 2020, № 3, С. 5–36. Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/20/pdf20-3/5.pdf>

5. Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/140712/pnevmotsistna-pnevmoniya-onovleni-klinichni-rekomendatsiyi-2019-roku>

6. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. – Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. - Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. - 94 с. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiologya-patogene-nez-klasifikatsiya-diagnostika-antimikrobna-terapiya-ta-profilaktika-adaptovana-klinichna-nastanova-zasnovana-na-dokazah-namn-ukrayini-2019>

7. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

8. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

9. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. При яких захворюваннях виникає синдром стабільної бронхіальної обструкції?
2. Причини синдрому лабільної бронхіальної обструкції.
3. Класифікація БА. Клінічна симптоматика.
4. Основні критерії легеневої недостатності за обструктивним типом.
5. Методика визначення зворотності обструкції бронхів. Інтерпретація тесту.
6. Тактика ведення хворих на БА.
7. Критерії тяжкості загострення БА.
8. Невідкладна допомога при тяжкому загостренні БА.
9. Гострий респіраторний дистрес-синдром, клінічні ознаки, діагностичні критерії, невідкладна допомога.
10. ТЕЛА, фактори ризику, клінічні ознаки, діагностичні критерії, невідкладна допомога.
11. ХОЗЛ, визначення, патогенез, діагностичні критерії.
12. Класифікація ХОЗЛ.
13. Фармакотерапія ХОЗЛ залежно від стадії тяжкості захворювання.
14. Реабілітація хворих на ХОЗЛ.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Жінка 40 років госпіталізовано до клініки зі скаргами на напад задишки, який триває кілька годин і не проходить під впливом раніш ефективного сальбутамолу. З'явилися серцебиття та неспокій. Вісім років хворіє хронічним бронхітом. Об'єктивно: стан тяжкий, хвора сидить, спираючись руками об край стільця, блідий ціаноз, на відстані чутно свистяче дихання. В легенях на фоні ослабленого везикулярного дихання вислуховуються в невеликій кількості розсіяні сухі хрипи. Пульс – 108/хв., АТ – 140/80 мм рт. ст. Застосування яких препаратів у першу чергу є обов'язковим у даному випадку?

А. Стабілізаторів мембран опасистих клітин.

Г. Холінолітиків.

Б. Адреноміметиків.

Д. Глюкокортикоїдів.

В. Антигістамінних.

Завдання 2

Хвора К., 21 рік, працює аптекарем, через два місяці від початку роботи стала відмічати першіння в горлі, насадний сухий кашель, а пізніше з'явилися напади ядухи. У вихідні дні симптоми суттєво зменшуються. На момент огляду у хворої розвинувся напад ядухи, який було знято інгаляцією сальбутамолу. Об'єктивно – дихання над легенями ослаблене, видих подовжений, розсіяні сухі свистячі хрипи. ЧД – 16/хв, ЧСС – 100/хв. Ваш попередній діагноз?

А. Бронхіальна астма.

Г. Спонтанний пневмоторакс.

Б. Хронічний бронхіт.

Д. ХОЗЛ.

В. Медикаментозна хвороба.

Завдання 3

Хвора К. звернулась зі скаргами на свистяче утруднене дихання, задушливий кашель. Відмічає появу нападів ядухи вночі 3-4 рази на місяць та вдень 2-3 рази на тиждень. Об'єктивно: везикулярне дихання з подовженим видихом, розсіяні сухі, свистячі хрипи. При обстеженні: ОФВ₁ – 79 % від норми, добові коливання ПШВ – 28 %. Що потрібно призначити для купірування нападу на цій стадії бронхіальної астми?

- А. Теопек.
- Б. Фліксотид.
- В. Сальбутамол.
- Г. Серевент.
- Д. Тавегіл.

Завдання 4

Дівчина 23 років, яка хворіє на БА, напади якої купіруються бета-адреноміметиками, раптово відчула нестачу повітря, температура тіла підвищилась до 39°C, з'явився кашель з в'язким темним харкотинням. Об-но: сухі хрипи, у верхній частці правої легені – дрібноміхурцеві вологі хрипи. Яке з наведених досліджень допоможе встановити кінцевий діагноз?

- А. Бронхографія .
- Б. Рентгенографія ОГК.
- В. Аналіз харкотиння.
- Г. Дослідження функції зовнішнього дихання.
- Д. Клінічний аналіз крові.

Завдання 5

Хворий 57 років страждає захворюванням легень впродовж 12 років. Останні 8 років турбують напади ядухи, кашель з харкотинням жовто-зеленого кольору, що важко відходить, субфебрильна температура ввечері. Користується сальбутамолом, але не зважаючи на часте приймання, полегшення від нього не відчуває. На рентгенограмі – посилення легеневого малюнка. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Бронхоектатична хвороба.
 - Б. Бронхіальна астма.
 - В. Муковісцидоз.
 - Г. Туберкульоз легень.
 - Д. Хронічний гнійний обструктивний бронхіт.
- Правильні відповіді: 1-Д; 2-А; 3-В; 4-Б; 5-Д.**

Технологічна карта проведення заняття

	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 бронхобструктивним синдромом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 22. Ведення пацієнта з інфільтративним затемненням у легенях та плевральним випотом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Захворювань, для яких характерний синдром легеневої інфільтрації, багато. До них належать процеси інфекційної природи: специфічної (інфільтративний туберкульоз, казеозна пневмонія) і неспецифічної (бактеріальні, вірусні, грибові пневмонії), алергічні еозинофільні інфільтрати. Незважаючи на успіхи останніх десятиліть, проблема пневмонії лишається актуальною і сьогодні. Високий рівень захворюваності, який за даними

різних авторів становить від 6 до 13 %, збільшення летальності, що корелює з віком хворих, пізня діагностика, тимчасова втрата працездатності (при тяжкому перебігу може сягати 51 день) потребують правильної і вчасної диференціальної діагностики легеневого інфільтрату у зв'язку із зростанням захворюваності на туберкульоз і рак легень.

Загальна кількість хворих на туберкульоз у світі сягає 50 – 60 млн. чоловік. У 2018 році, за даними МОЗ, в Україні захворюваність на туберкульоз склала 62,3 хворих на 100 000 населення. У січні 2020 року в Україні зареєстрували 2 400 нових випадків цього захворювання, у лютому – 2 000. Україна знаходиться серед держав із високим рівнем захворюваності на рак. У нашій державі фіксується близько 13 тис. нових випадків злоякісних новоутворень легень щороку. Чоловіки хворіють у 5 разів частіше за жінок.

Патологічний процес у плеврі і плевральній порожнині діагностується у 10 % хворих. Достовірна статистика стосовно поширеності плевральних випотів в Україні відсутня через їх вторинний генез. У США щорічно реєструється близько 1 300 000 нових випадків захворювань із наявністю випоту. Залучення плеври до патологічного процесу спостерігається більш ніж при 80 нозологіях і проявляється двома клінічними варіантами: сухим (фібринозним) плевритом та синдромом плеврального випоту, який завжди є ознакою несприятливого перебігу основного захворювання.

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз, проводити диференціальний діагноз і визначати тактику ведення пацієнтів із інфільтративним затемненням у легенях, плевральним випотом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується утворенням легневих інфільтратів.
2. Скласти програму обстеження пацієнта з легневим інфільтратом.
3. Проводити диференціальну діагностику легневих інфільтратів різного генезу.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється плевральним випотом.
6. Скласти програму обстеження хворого з плевральним випотом.
7. Проводити диференціальну діагностику плевральних випотів різної етіології.
8. Поставити попередній діагноз.
9. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при даній патології.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві наявності легеневого інфільтрату та порожнини легень.
4. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
5. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при плевральних випотах.
6. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві плевральним випотам.
7. Обґрунтувати тактику ведення хворих на плевральні випоти, показання та протипоказання до плевральної пункції, антибіотикотерапії, нестероїдних протизапальних та протикашльових препаратів.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Для яких захворювань специфічним є інфільтративне запалення в легенях?

- | | |
|---|--|
| А. Інфільтративний туберкульоз легень. | Г. Алергічні еозинофільні інфільтрати. |
| Б. Казеозна пневмонія. | Д. Всі відповіді правильні. |
| В. Бактеріальні, вірусні, грибкові пневмонії. | |

2. Діагностичні критерії плевропневмонії?

- А. Гострий початок після переохолодження, стадійність захворювання, яка при своєчасному лікуванні втрачається.

- Б. Озноб, головний біль, температура тіла 40-41°C, що стійко утримується з подальшим критичним зниженням, біль у грудній клітці, "іржаве" харкотиння, задишка, ціаноз.
- В. Чіткі перкуторні і аускультативні зміни в легенях.
- Г. Рентгенологічно інтенсивна гомогенна інфільтрація частки, сегмента, випинання межі ураженої частки, втягнення в процес плеври. Локалізація в середній і нижній частках, рідше у верхній.
- Д. Всі відповіді правильні.

3. Діагноз інфільтративного туберкульозу допомагають встановити такі ознаки:

- А. Мало виражені явища інтоксикації – частіше поступовий розвиток.
- Б. Незначні зміни при аускультативній.
- В. Рентгенологічно: інфільтрат локалізується в 1, 2 або 6 сегментах, негетерогенний, часто з розпадом, видно вогнищеві тіні навколо інфільтрату або в інших ділянках легень.
- Г. Виявлення мікобактерій туберкульозу в харкотинні.
- Д. Всі відповіді правильні.

4. Найчастішими причинами неінфекційних (асептичних) плевритів є:

- А. Дифузні захворювання сполучної тканини.
- Б. Травми грудної клітки.
- В. Злоякісні пухлини.
- Г. Інфаркт легені при тромбоемболії легеневої артерії.
- Д. Гострий панкреатит, інфаркт міокарда, хронічна ниркова недостатність.
- Е. Все перелічене.

5. Транссудативні плевральні випоти найбільш властиві для нижче-перелічених станів, крім:

- А. Застійної серцевої недостатності.
- Б. Тромбоемболії легеневої артерії.
- В. Нефротичного синдрому.
- Г. Лейкозів.
- Д. Цирозу печінки, мікседеми.

Відповіді на контрольні питання: 1-Д; 2-Д; 3-Д; 4-Е; 5-Г.

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. 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: Пульмонологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадєєва, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 198 с.
6. Internal medicine. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О. Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О. Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. 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.

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Бабінець, Л. С. Захворювання органів дихання в сімейній медицині: навч. посіб / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, Л. В. Андрюк. – К. : Медицина, 2019. – 312 с.
9. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
10. Григус, І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навч. посіб. / І. М. Григус. – Львів : Новий Світ-2000, 2019. – 170 с.
11. Internal Medicine: textbook: in 2 books. Book 1 : Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems / I. P. Vakaliuk, R. I. Yatsyshyn, M. M. Ostrovsky et al. – К. : Medicine, 2019. – 664 с.
12. Бронхіальна астма у дітей [Електронний ресурс] : навч. посіб. / В. Г. Майданник, О. І. Сміян, П. І. Січненко та ін. ; за ред. В.Г. Майданника, О.І. Сміяна. – Суми : СумДУ, 2017. – 243 с. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2017/Maidannyk_bronkhialna.pdf

Рекомендації, настанови та накази

1. 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-standartizaciji-ekstrehoji-medichnoji-dopomogi>
2. 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
3. Бронхіальна астма: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Нац. ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Асоц. фтизіатрів і пульмонологів України ; уклад. : Ю. І. Фещенко, Д. М. Бойко, В. К. Гаврисюк [та ін.]. - Вид. офіц. - Київ : НАМН України, 2019. - 113 с. Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/20/pdf20-2/5.pdf>
4. Адапована клінічна настанова: Хронічне обструктивне захворювання легень / ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України ГО «Асоціація фтизіатрів і пульмонологів України» ГО «Асоціація пульмонологів України»; укл. Ю. І. Фещенко, В. К. Гаврисюк, А. Я. Дзюблик та інші. – Укр. пульмонол. журнал. 2020, № 3, С. 5–36. Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/20/pdf20-3/5.pdf>
5. Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/140712/pnevmoctistna-pnevmoniya-onovleni-klinichni-rekomendatsiyi-2019-roku>
6. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

7. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. – Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. - Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. - 94 с. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiologya-patogenez-klasifikatsiya-diagnostika-antimikrobna-terapiya-ta-profilaktika-adaptovana-klinichna-nastanova-zasnovana-na-dokazah-namn-ukrayini-2019>

8. Наказ МОЗ України від 08.09.2014 № 634 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Саркоїдоз». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0634282-14>

9. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

10. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення та характеристика інфільтративного затемнення в легенях.
2. Диференціальна діагностика захворювань, які проявляються інфільтративним затемненням у легенях.
3. Диференціальна діагностика інфільтративного туберкульозу і легеневого еозинофільного інфільтрату.
4. Які стани та захворювання супроводжуються інфільтративним затемненням у легенях?
5. Які найпоширеніші причини виникнення інфільтративного затемнення в легенях?
6. Які лабораторні та інструментальні дослідження необхідно провести хворим з інфільтративним затемненням у легенях?
7. Яка основна терапія пацієнтів із інфільтративним затемненням у легенях залежно від етіології?
8. Немедикаментозне лікування пацієнтів із інфільтративним затемненням у легенях.
9. Чи показане санаторно-курортне лікування пацієнтів із інфільтративним затемненням у легенях і яке?
10. Диференціальна діагностика вірусної та бактеріальної пневмонії.
11. Яке основне лікування еозинофільного легеневого інфільтрату?
12. Чи показано оперативне лікування хворим на еозинофільну інфільтрацію в легенях і чому?
13. ТЕЛА. Критерії діагностики, алгоритм лікування.
14. Визначення поняття «плеврит», етіологія плевритів.
15. Класифікація плевритів.
16. Якими збудниками викликані інфекційні плеврити? Техніка плевральних пункцій.
17. Асептичні плеврити, чим вони обумовлені?
18. Патогенез інфекційних плевритів.
19. Види випоту.
20. Диференціально-діагностичні критерії ексудату та трансудату.
21. Патогенез неінфекційних плевритів.
22. Діагностичні критерії фібринозного плевриту.
23. Діагностичні критерії ексудативного плевриту.
24. Програма обстеження хворих.
25. Лікування плевритів.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Студент 23 років скаржиться на кашель із виділенням невеликої кількості харкотиння. Захворів гостро 10 днів тому, коли з'явився сухий кашель, температура тіла підвищилася до 38,5°C. На флюорограмі виявлено ніжну інфільтративну тінь під ключицею справа. Амбулаторно приймав антибіотики. Через 7 днів при повторному рентгенологічному обстеженні тінь справа розсмокталася, зліва у прикореневій ділянці виявлено інфільтрат розміром 2х2,5 см, овальної форми, з нечіткими контурами. Перкуторних змін над легенями немає, аускультативно зліва під лопаткою – сухі хрипи. Аналіз крові: лейкоцити – $9,6 \times 10^9/\text{л}$, еозинофіли – 27%, лімфоцити – 19%,

ШОЕ – 35 мм/год. У харкотинні МБТ (–). Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – папула 10 мм. Найбільш імовірний діагноз.

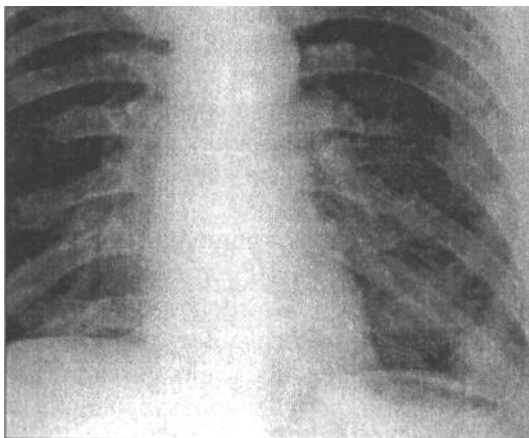
- А. Актиномікоз.
- Б. Інфаркт легені.
- В. Еозинофільний інфільтрат.

- Г. Інфільтративний туберкульоз легень.
- Д. Пневмонія.

Правильна відповідь: В

Завдання 2

Хворий К., 18 років, скаржиться на кашель із виділенням слизистого харкотиння, загальну слабкість, летючий біль у суглобах. Захворів 3 дні тому.



Об'єктивні дані. Загальний стан хворого задовільний, температура – 37,5°C, шкіра чиста, висипань немає, пульс – 86 за 1 хв, ритмічний, задовільних властивостей. АТ 120/70 мм рт. ст. Діяльність серця ритмічна, тони не змінені. При перкусії над легенями зліва в підлопатковій ділянці вкорочений перкуторний звук, при аускультатії в тому ж місці – жорстке дихання, поодинокі дрібнопухирчасті вологі хрипи. Органи черевної порожнини без змін.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцити – $8,7 \cdot 10^9/л$, еозинофіли – 22%, паличкоядерні нейтрофіли – 3%, сегментоядерні нейтрофіли – 40%, лімфоцити – 33%, моноцити –

2%, ШОЕ – 16 мм/год. Рентгенограма органів грудної порожнини подана на малюнку.

1. Які зміни виявляються на рентгенограмі хворого?

- А. Зліва в нижній частці – інтенсивна неінфільтративна тінь, справа у верхній частці – неінтенсивна інфільтративна тінь.
- Б. Зліва в нижній частці – інтенсивна інфільтративна тінь, справа у верхній частці – неінтенсивна інфільтративна тінь.
- В. Зліва в нижній частці – інтенсивна інфільтративна тінь, справа у верхній частці – інтенсивна інфільтративна тінь.
- Г. Зліва в нижній частці – неінтенсивна інфільтративна тінь, справа у верхній частці – інтенсивна інфільтративна тінь.
- Д. Зліва в нижній частці – неінтенсивна інфільтративна тінь, справа у верхній частці – неінтенсивна інфільтративна тінь.

2. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Вогнищева пневмонія.
- Б. Туберкульоз.
- В. Пневмоконіоз.
- Г. Еозинофільний інфільтрат.
- Д. Бронхіт.

3. Яке обстеження необхідно провести хворому для уточнення діагнозу?

- А. Бронхоскопію, дослідження функції зовнішнього дихання, бронхографію.
- Б. Бронхографію, аналіз калу на яйця глистів, дуоденальне зондування.
- В. Томографію, бронхоскопію, дуоденальне зондування.
- Г. Томографію, бронхоскопію, бронхографію.
- Д. Аналіз калу на яйця глистів, дуоденальне зондування, томографію.

4. Що ви очікуєте виявити в загальному аналізі харкотиння?

- А. Лейкоцити, епітеліальні клітини.
- Б. Лейкоцити, БК.
- В. Нейтрофіли, спіралі Куршмана.
- Г. Еозинофіли, альвеолярні клітини.
- Д. Еозинофіли, кристали Шарко-Лейдена.

5. Яка група препаратів ефективна при даному захворюванні?

- А. Протитуберкульозні.
- Б. Антибіотики.
- В. Нестероїдні протизапальні препарати.
- Г. Глюкокортикостероїди.
- Д. Десенсибілізуючі.

Правильні відповіді: 1-Д; 2-Г, 3-Д, 4-Г, 5-Г.

Завдання 3

Жінка 54 років хворіє на цукровий діабет. Захворіла гостро: температура тіла – 39,5°C, озноб, профузний піт, задишка. Сім днів лікується з приводу пневмонії антибіотиками, але стан не покращується: обличчя бліде з ціанозом, виділяє невелику кількість гнійного зеленуватого харкотиння з домішками крові. Над верхніми відділами правої легені – притуплення, аускультативно на фоні ослабленого бронхіального дихання – вологі середньо пухирчасті хрипи. Аналіз крові: лейкоцити – 17×10^9 /л, ШОЕ – 60 мм/год. Рентгенологічно: права верхня частка інтенсивно затемнена, на її фоні видно просвітлення з нерівним внутрішнім контуром діаметром 2 см. У нижніх відділах правої легені і зліва біля тіні серця невелика кількість різної величини вогнищевих тіней без чітких контурів. Проба Манту з 2 ТО ППД-Л – папула 4 мм. Найбільш імовірний діагноз.

- А. Казеозна пневмонія.
- Б. Крупозна пневмонія (абсцедування).
- В. Рак легені з розпадом.
- Г. Інфільтративний туберкульоз у фазі розпаду.
- Д. Інфаркт легень (абсцедування).

Правильна відповідь: А

Завдання 4

Хвора Я., 51 рік, звернулася зі скаргами на втомлюваність, підвищення температури тіла до 38°C, сухий кашель. Захворіла 5 днів тому після переохолодження. До лікаря не зверталася, лікувалася самостійно (цитрамон, фервекс, таблетки від кашлю, відвар липового цвіту). Стан дещо поліпшився, але на 4-й день підвищилася температура тіла, посилювалися головний біль, загальна слабкість, з'явилися біль при диханні в правому боці, задишка при фізичному навантаженні, зник апетит. Шкідливих звичок не має, в дитинстві хворіла на коклюш.

Об'єктивні дані. Стан середньої тяжкості. Температура тіла – 38,2°C, шкірні покриви бліді. На верхній губі – герпетичні висипання. Пульс – 88 за 1 хв, ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 120/70 мм рт.ст. ЧД – 24 за 1 хв. Діяльність серця ритмічна, тони не змінені. Над легеньми – легеневий звук, голосове тремтіння дещо ослаблене справа в нижніх відділах. При аускультатії – везикулярне дихання, ослаблене справа нижче краю лопатки.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,8 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 116 г/л, лейкоцити – $9,3 \times 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли – 6 %, сегментоядерні нейтрофіли – 62%, лімфоцити – 24%, еозинофіли – 4%, моноцити – 4%, ШОЕ – 24 мм/год. Загальний аналіз харкотиння: слизовий характер, без запаху; мікроскопія: лейкоцити – 2-3, еритроцити – 3-5, епітелій плоский – 0-1-2 у полі зору, мікобактерії Коха та атипів клітини не знайдені. Дані спірограми: ЖЄЛ – 50%, ОФВ₁ – 40%, МВЛ – 65% ОФВ/ЖЄЛ – 80 %.

1. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Правобічна плевропневмонія.
- Б. Бронхоектатична хвороба.
- В. Туберкульоз легень.
- Г. Правобічний осумкований плеврит.
- Д. Правобічний абсцес легені.

2. Якому з методів лікування слід надати перевагу в даному випадку?

- А. Розсмоктувальні засоби, індуктотермія.
- Б. Відхаркувальні, розсмоктувальні засоби.
- В. Десенсибілізувальна терапія, стрептоміцин.
- Г. Внутрішньоплевральне введення антибіотиків, діагностична плевральна пункція.
- Д. Антибіотикотерапія парентеральна.

3. Які додаткові методи дослідження дозволяють уточнити діагноз?

- А. Бронхоскопія.
- Б. Спірографія.
- В. Комп'ютерна томографія.
- Г. Дослідження харкотиння.
- Д. Проба Манту.

4. Який тип та ступінь вентиляційних порушень у даної хворої?

- А. Обструктивний, I ст.
- Б. Рестриктивний, I ст.
- В. Змішаний, II ст.
- Г. Обструктивний, II ст.
- Д. Рестриктивний, II ст.

Правильні відповіді: 1- Г, 2-Г, 3-В, 4-Б.

Завдання 5

Хвора М. 43 років госпіталізована в клініку ургентно зі скаргами на підвищення температури тіла до 40°C, сухий кашель, біль колючого характеру у лівій половині грудної клітки, який посилюється при диханні та кашлі, загальну слабкість. Хворіє протягом 3 днів.

Об'єктивні дані. Стан середньої тяжкості. Положення у ліжку вимушене, на лівому боці. ЧД – 24 за хвилину, відмічається відставання лівої половини грудної клітки при диханні. Шкірні покриви ціанотичні. При пальпації – ослаблення голосового тремтіння зліва, при перкусії в тому ж місці – вкорочення перкуторного звуку від середини лопатки донизу. Аускультативно – дихання зліва в нижніх відділах відсутнє, над іншими частинами легень – везикулярне. При дослідженні серцево-судинної системи та органів травлення патології не виявлено.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін – 126 г/л, КП – 0,9, лейкоцити – $10,4 \cdot 10^9/л$, еозинофіли – 6%, паличкоядерні нейтрофіли – 9%, сегментоядерні нейтрофіли – 42%, лімфоцити – 35%, моноцити – 8%, ШОЕ – 32 мм/год. Загальний аналіз сечі: сліди білка, лейкоцити – 4-6 у полі зору. Аналіз плевральної рідини: білок – 8,4 г/л; лейкоцити – 25-30 в полі зору, відносна густина – 1022.

1. Назвіть найбільш імовірний діагноз у хворої:

- А. Ексудативний плеврит.
- Б. Лівобічна нижньочасткова пневмонія, ускладнена плевритом.
- В. Периферійний рак лівої легені. Канцероматозний плеврит.
- Г. Випітний плеврит туберкульозного генезу.
- Д. Інфаркт-пневмонія.

2. Які обстеження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

- А. Посів харкотиння.
- Б. Томографію.
- В. Плевральну пункцію з подальшим дослідженням ексудату.
- Г. Бронхографію.
- Д. Комп'ютерну томографію.

3. На що вказує отриманий результат дослідження плевральної рідини.

- А. Застійний випіт.
- Б. Туберкульозний випіт.
- В. Ексудативний випіт.
- Г. Канцероматозний випіт.
- Д. Посттравматичний випіт.

4. Назвіть раціональне поєднання препаратів для лікування хворої:

- А. Антибактеріальна терапія, фізіотерапія.
- Б. Плевральна пункція, антибактеріальна терапія.
- В. Антибактеріальна та глюкокортикостероїдна терапія.
- Г. Протизапальна і вітамінотерапія.
- Г. Плевральна пункція і фізіотерапія.

Правильні відповіді: 1-А, 2-В, 3-В, 4-Б.

Технологічна карта проведення заняття

	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 легенеvim інфільтратом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 23. Ведення хворого з пневмонією

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Пневмонія і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою. Це обумовлено, у першу чергу, її значною поширеністю, досить високими показниками інвалідизації та смертності, а також значними економічними витратами. Серед усіх інфекційних захворювань частка пневмонії у середньому становить 25 %. При цьому 2-5 % із них мають затяжний характер, а 10-30% – перебіг із ускладненнями. Інфекції нижніх дихальних шляхів вважаються однією з основних причин смерті у світі. Частота пневмоній у структурі загальної захворюваності населення становить 0,33 %.

У наш час в Україні проблема негоспітальної пневмонії (НП) займає одне з провідних місць у загальній структурі внутрішніх хвороб. За даними різних авторів, летальність від НП становить від 5,1 до 36,5 %. Результати епідеміологічних досліджень свідчать, що серед дорослих (18 років і старше) захворюваність на НП коливається у діапазоні від 1-11,6 випадків на тисячу та до 25-44 випадків на тисячу осіб старших вікових груп (65 років і старше). Від НП у світі щорічно помирає близько двох мільйонів людей, що становить 4-7% від захворілих.

Госпітальна (нозокоміальна, внутрішньолікарняна) пневмонія (ГП) займає друге місце серед усіх внутрішньолікарняних інфекцій (13-18%) і є найбільш поширеною інфекцією (45%) у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації, де вже саме перебування хворого підвищує ризик її розвитку в 5-10 разів порівняно із стаціонаром. Захворюваність на ГП серед госпіталізованих пацієнтів віком до 35 років становить близько 5 %, понад 65 років – 15 % і більше. Щоденне перебування хворого в реанімаційному відділенні або блоці інтенсивної терапії з приводу проведення ШВЛ збільшує ризик розвитку ГП на 1-3 %. У пацієнтів, що перебувають на ШВЛ, пневмонії проходять найтяжче і становлять 36 % усіх випадків післяопераційних пневмоній. ГП зазвичай має полімікробну етіологію. Особливістю збудників є висока стійкість до багатьох антибактеріальних засобів, що змушує застосовувати препарати резерву. Діагноз ГП – безумовне показання для застосування антибіотиків, що є основою лікування у таких хворих. У разі правильно підбраного і вчасно призначеного антибактеріального лікування у пацієнтів із ГП прогноз здебільшого сприятливий.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз, визначити тактику ведення хворих на негоспітальну та госпітальну пневмонію.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити чинники розвитку НП.
2. Виділити синдроми, властиві ГП.
3. Скласти програму обстеження хворих на НП та ГП.
4. Проводити диференціальну діагностику НП та ГП з іншими захворюваннями.
5. Поставити попередній діагноз.
6. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх захворювань, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень при НП та ГП.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві НП та ГП.
4. Трактувати прямі й побічні дії основних антибактеріальних препаратів, використовувати принципи профілактики, фізіотерапевтичні й дієтичні методи лікування НП та ГП.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. В основу поділу пневмонії на негоспітальні і госпітальні покладено:

- A. Тяжкість перебігу захворювання.
- B. Супутню патологію.
- V. Вікові особливості.

Г. Оточення, в якому розвинулася пневмонія.

Д. Етіологічні чинники.

2. З типових збудників НП найчастіше виявляють:

А. *Streptococcus pneumoniae*.

Б. *Staphylococcus spp.*

В. *Staphylococcus aureus*.

3. Діагноз НП є визначеним у хворого рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини та не менше 2 клінічних критеріїв:

А. Гострий початок захворювання з температурою тіла $> 38^{\circ}\text{C}$.

Б. Кашель з виділенням мокротиння.

В. Наявність фізикальних ознак (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, дрібнопухирцеві хрипи та/або крепітація).

Г. Лейкоцитоз $> 10 \cdot 10^9/\text{л}$ та/або паличкоядерний зсув $> 10\%$.

Д. Усі вищезгадані.

4. За результатами численних клінічних рандомізованих досліджень виділяють 3 групи прогностичних факторів ризику летального кінця, які є більш доступними в плані оцінки і діляться на основні, додаткові і фактори, що були у хворого на початку захворювання НП. Який із перелічених нижче факторів не відносять до основних?

А. Порушення свідомості.

Б. Частота дихання 30 за 1 хв та більше.

В. Артеріальна гіпотензія < 90 і < 60 мм рт. ст.

Г. Азот сечовини.

Д. Двобічне ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт (за даними рентгенообстеження).

5. Рання нозокоміальна пневмонія розвивається з моменту госпіталізації:

А. Протягом перших 2 днів.

Б. Протягом перших 5 днів.

В. Протягом 6-7 днів.

Г. Протягом 10 днів.

Відповіді до контрольних питань: 1- Г; 2-А; 3-Д; 4-Д; 5-Б.

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. 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: Пульмонологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадеева, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

6. Internal medicine. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

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

8. 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.

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Бабінець, Л. С. Захворювання органів дихання в сімейній медицині: навч. посіб / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик, Л. В. Андріюк. – К. : Медицина, 2019. – 312 с.
9. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
10. Григус, І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: навч. посіб. / І. М. Григус. – Львів : Новий Світ-2000, 2019. – 170 с.
11. Internal Medicine: textbook: in 2 books. Book 1 : Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems / I. P. Vakaliuk, R. I. Yatsyshyn, M. M. Ostrovsky et al. – К. : Medicine, 2019. – 664 с.
12. Бронхіальна астма у дітей [Електронний ресурс] : навч. посіб. / В. Г. Майданник, О. І. Сміян, П. І. Січненко та ін. ; за ред. В.Г. Майданника, О.І. Сміяна. – Суми : СумДУ, 2017. – 243 с. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2017/Maidannyk_bronkhialna.pdf

Рекомендації, настанови та накази

1. Бронхіальна астма: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Нац. ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Асоц. фтизіатрів і пульмонологів України ; уклад. : Ю. І. Фещенко, Д. М. Бойко, В. К. Гаврисяк [та ін.]. - Вид. офіц. - Київ : НАМН України, 2019. - 113 с. Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/20/pdf20-2/5.pdf>
2. Адапована клінічна настанова: Хронічне обструктивне захворювання легень / ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України» Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України ГО «Асоціація фтизіатрів і пульмонологів України» ГО «Асоціація пульмонологів України»; укл. Ю. І. Фещенко, В. К. Гаврисяк, А. Я. Дзюблик та інш. – Укр. пульмонол. журнал. 2020, № 3, С. 5–36. Режим доступу: <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/20/pdf20-3/5.pdf>
3. Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/140712/pnevmoctistna-pnevmoniya-onovleni-klinichni-rekomendatsiyi-2019-roku>
4. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. – Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. - Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. - 94 с. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiologya-patogenezez-klasifikatsiya-diagnostika-antimikrobna-terapiya-ta-profilaktika-adaptovana-klinichna-nastanova-zasnovana-na-dokazah-namn-ukrayini-2019>
5. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

6. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>
7. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення пневмоній, етіологія.
2. Класифікація пневмоній.
3. Етіопатогенез пневмоній.
4. Антибіотикорезистентність основних збудників НП.
5. Роль рентгенологічних, інструментальних та лабораторних методів обстеження (рентгенографія, бронхографія, бронхоскопія, комп'ютерна томографія, загальні та біохімічні аналізи, посів мокроти).
6. Критерії діагнозу НП та ГП.
7. Оцінка тяжкості перебігу НП та вибір місця лікування хворого.
8. Антибактеріальна терапія пневмоній.
9. Ускладнення пневмоній.
10. Існуючі стандарти первинної і вторинної профілактики, прогноз працездатності при негоспітальній та госпітальній пневмоніях.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У хворого 18 р. після переохолодження підвищилася температура тіла до 39°C, з'явилися біль в правій половині грудної клітки, трясовиця, покашлювання. Об-но: блідий, шкірні покриви вологі, АТ – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 96/хв, ЧД – 27/хв. Над легеньми при перкусії нижче кута правої лопатки – укорочення перкуторного звуку, при аускультатії в зазначеному місці на тлі ослабленого везикулярного дихання вислуховуються вологі дрібнопухирцеві хрипи. Ваш діагноз?

- А. Абсцес нижньої частки правої легені.
- Б. Аспіраційна правобічна пневмонія.
- В. Імунодефіцитна правобічна пневмонія.
- Г. Нозокоміальна пневмонія.
- Д. Позагоспітальна правобічна вогнищева пневмонія.

Завдання 2

Хворий 20 років скаржиться на сухий кашель, біль у м'язах, підвищення температури тіла до 38 °С упродовж 5 днів. Протягом 2 тижнів: біль в горлі, нежить. Приймав ампіцилін по 2 г на добу без позитивного ефекту. Об'єктивно: голосове тремтіння, перкусія легень без особливостей, жорстке дихання. Лейкоцити крові – $7,0 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитарна формула – в межах норми. ШОЕ – 25 мм/год. Рентгенографія ОГК: підсилення легеневого малюнка, малоінтенсивні вогнищеві тіні в нижніх відділах правої легені. Яка патологія найбільш імовірна?

- А. Гострий бронхіт.
- Б. Грип.
- В. Мікоплазмова пневмонія.
- Г. Післягрипозна пневмонія.
- Д. Пневмококова пневмонія.

Завдання 3

Хвора А., 35 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 39,3°C, пітливість, озноб, кашель з виділенням "іржавого" мокротиння, колючий біль в лівому боці при диханні, постійну задишку. Захворіла гостро після переохолодження. При огляді – ціаноз носогубного трикутника, роздуття крил носа. Дихання поверхневе, частота – 35 за 1 хв. Відмічається відставання в диханні лівої половини грудної клітки, зліва нижче кута лопатки тупий перкуторний звук, бронхіальне дихання і крепітація. На рентгенограмі зліва в нижніх відділах гомогенне затемнення, лівий корінь розширений, малоструктурний. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- А. Негоспітальна пневмонія.
- Б. Хронічне обструктивне захворювання легень.
- В. Ателектаз легені.
- Г. Ексудативний плеврит.
- Д. Рак легені.

Завдання 4

Хворий, 35 років, звернувся до дільничного терапевта зі скаргами на лихоманку протягом 8

діб, малопродуктивний кашель, біль у суглобах. Вдома лікується донька, хвора на пневмонію. Тримають собаку і папугу. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Пульс – 100/хв. АТ – 130/80 мм рт. ст. Над легеньми – легеневий звук, жорстке везикулярне дихання, поодинокі сухі хрипи. Рентгенологічно в легнях дрібновогнищева дисемінація, неструктурність коренів легень. Аналіз крові: Нв – 155 г/л, лейкоцити – $6,8 \times 10^9$ /л, Е – 4%, П – 6%, С – 66%, Л – 18%, М – 6%, ШОЕ – 22 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гострий бронхіт.
- Б. Мікоплазмова пневмонія.
- В. Двобічна вогнищева пневмонія.
- Г. Хламідійна пневмонія.
- Д. Аскаридоз, міграційна фаза захворювання.

Завдання 5

Жінка 34 р. перебувала на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого холецистити. На 5-ту добу у неї з'явилися температура 39°C, кашель, задишка. Аускультативно: звучні дрібнопухирцеві хрипи справа, крепітація. Який найбільш імовірний збудник даної патології?

- А. Стафілокок.
- Б. Мікоплазма.
- В. Klebsiella pneumoniae.
- В. Пневмокок.
- Г. Шигела.

Правильні відповіді: 1-Д; 2-В; 3-А; 4-Г; 5-А.

Технологічна карта проведення заняття

	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 пневмонію	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 24. Ведення хворого з хронічними ускладненнями цукрового діабету

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Цукровий діабет (ЦД) – тяжке прогресуюче захворювання, що характеризується високим ризиком розвитку інвалідизуючих ускладнень. Поширеність ЦД у 2019 році становила 463 млн людей у світі. ЦД 2-го типу констатовано у 90 % пацієнтів із ЦД.

На момент встановлення діагнозу ЦД 2-го типу майже в 50% хворих уже наявні макросудинні (ішемічна хвороба серця, інсульт, атеросклероз, облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок) та мікросудинні (ретинопатія, нейропатія, нефропатія) ускладнення. Ключовим фактором у їх профілактиці є оптимальна компенсація метаболічних порушень і нормалізація глікемії. Відповідно до рекомендацій Американської асоціації діабету 2021, атеросклеротичне серцево-судинне захворювання є головною причиною інвалідизації та смертності пацієнтів із ЦД.

Наявність ЦД підвищує ризик інфаркту міокарда та інсульту в 2-4 рази. Пацієнти із ЦД, які перенесли інфаркт міокарда, мають вищий відсоток смертності і гірший прогноз, порівняно з хворими без ЦД. Щорічно в Україні реєструють майже 50 тис. випадків інфаркту міокарда. Серед хворих на інсульт 30–40% помирають упродовж перших 30 днів, до 50% – протягом року від початку захворювання; 20–40% пацієнтів потребують сторонньої допомоги, 10% повертаються до повноцінного життя.

Хронічні ускладнення при ЦД розвиваються роками і навіть десятиліттями. Їх причина – ураження дрібних кровоносних судин і нервових закінчень внаслідок гіперглікемії. Чим вона

сильніша й триваліша, тим швидше відбуваються порушення в судинах і периферичній нервовій системі. Раннє виявлення хворих на ЦД, а також діагностика діабетичних ускладнень на початку їх розвитку, проведення адекватної терапії та ранніх профілактичних заходів, безумовно, дадуть великий соціальний і економічний ефект.

Загальна мета – **уміти** ставити попередній діагноз і визначати тактику ведення пацієнта з хронічними ускладненнями цукрового діабету.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві хронічним ускладненням ЦД.
2. Скласти програму обстеження хворого з хронічними ускладненнями ЦД.
3. Проводити диференціальну діагностику хронічних ускладнень ЦД.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при хронічних ускладненнях ЦД.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим ускладненням ЦД. Оцінювати морфологічні зміни, властиві різним ускладненням ЦД.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних протидіабетичних препаратів, використовувати принципи профілактики, фізіотерапевтичні і дієтичні методи при лікуванні хронічних ускладнень ЦД.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Критеріями гіперфункції нирок як I стадії діабетичної нефропатії є всі, крім:

- А. Генералізованих набряків.
- Б. Зростання швидкості клубочкової фільтрації > 140 мм/хв.
- В. Збільшення ниркового кровотоку.
- Г. Гіпертрофії нирок.
- Д. Нормоальбумінурії (< 30 мг/добу).

2. Критеріями II стадії діабетичної ретинопатії – препроліферативної є всі, крім:

- А. Аномалій венозних судин, характерних для I ст..
- Б. Великої кількості ексудатів.
- В. Стабільного калібру судин.
- Г. Великої кількості ретинальних геморагій.
- Д. Різної інтенсивності скотоми, зниження гостроти зору.

3. Критеріями II функціональної стадії ішемічної стопи є всі, крім:

- А. Болю у ногах, який виникає під час тривалого ходіння.
- Б. Пульсації артерій стоп, яка може бути ослаблена, але нормалізується після проведення проби із судинорозширювальними препаратами.
- В. Різного характеру зміни тону судин – гіпертонусу, гіпотонусу, спастикоатонії.
- Г. Щиколотково-плечового індексу – у межах норми (0,9-1,2).
- Д. Пульсового кровонаповнення, яке знижене до 50%.

4. Критеріями нейропатичної форми синдрому діабетичної стопи є:

- А. Ураження соматичної та вегетативної нервової систем в умовах інтактності артеріальних сегментів ніг.
- Б. Розвиток нейропатичної виразки.
- В. Розвиток остеоартропатії.
- Г. Розвиток нейропатичних набряків.
- Д. Можливі всі вищезгадані прояви.

5. Критеріями периферичної вегетативної діабетичної нейропатії є всі, крім:

- А. Кардіопатії.
- Б. Нейропатії сечового міхура.
- В. Ентеропатії, нейропатії шлунка.
- Г. Імпотенції.
- Д. Гострої больової нейропатії.

Відповіді на контрольні питання: 1-А; 2-В; 3-Д; 4-Д; 5-Д.

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
6. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у двох частинах / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. Л. Н. Приступи – Суми : Сумський державний університет, 2017. – Ч. 1 (кардіологія, ендокринологія та ревматологія) – 217 с.
7. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. – 5-те вид, оновл. та доповн. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 536 с.

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
9. Тактика ведення хворих на цукровий діабет. Посібник в таблицях / Власенко М.В., Маньковський Б.М. – «СахарОК». – 2018. – 126с.

10. 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.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2012 року № 1118 Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги "Цукровий діабет 2 типу" Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1118282-12#Text>

2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 N 417. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Додаток 13. Скринінг на гестаційний діабет. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11>

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.12.2014 Київ № 1021 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 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

4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. Режим доступу: <https://doi.org/10.2337/dc21-Sint>

5. Відкритий освітній ресурс OCW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

6. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

7. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. ЦД: діагностика, лікування.
2. Обов'язкова програма обстеження хворого на ЦД.
3. Діабетичні ангіопатії та нейропатії. Класифікація.
4. Діабетична нефропатія, стадії розвитку, діагноз, диференціальний діагноз, профілактика і лікування.
5. Діабетична нейропатія, діагностика і лікування.
6. Діабетична ретинопатія, стадії розвитку, діагноз, профілактика і лікування.
7. Діабетична стопа: класифікація, діагностика, лікування.
8. Принципи лікування вагітних, хворих на ЦД.
9. Характеристика пероральних цукрознижуючих препаратів.
10. Особливості проведення термінових та планових хірургічних втручань.
11. Інсулінотерапія: режими, покази.
12. Терапевтичні цілі при лікуванні хворих на ЦД.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 36 років скаржиться на головний біль, слабкість, втрату апетиту, набряклість обличчя та ніг. З 18 років отримує інсулін 34-46 ОД на добу з приводу ЦД. Стан важкий. Обличчя сіре, набрякле, набряки на ногах. АТ – 210/110 мм рт. ст., пульс – 110/хв., ритмічний. Серце, легені – без особливостей. Печінка біля краю реберної дуги. Глікемічний профіль: 9-12-10 ммоль/л. Ан. сечі: пит. вага 1022, цукор 3%, білок - 1,32 г/л, лейкоц.- 3-5 в п/з. Сечі мало. Яке ускладнення виникло у хворого?

А. Діабетична нефропатія.

Б. Амілоїдоз нирок.

В. Хронічний пієлонефрит.

Г. Нефротичний синдром

Д. Гломерулонефрит.

Відповідь: А

Завдання 2

У хворого, який протягом 6 років страждає на ЦД, в останні місяці виникли пекучі болі в ступнях ніг. Об'єктивно: відмічається схуднення м'язів гомілок, шкіра суха, бліда, нігті на ногах ламкі. Рефлекси на ногах відсутні, чутливість знижена за типом "шкарпеток". Про яке захворювання слід думати?

- А. Невропатія сідничного нерва.
- Б. Діабетична полінейропатія.
- В. Невропатія малогомілкового нерва.

- Г. Ендартеріт нижніх кінцівок.
- Д. Попереково-крижовий радикуліт.

Відповідь: Б

Завдання 3

Пацієнт Т. 27 років госпіталізований в ендокринологічне відділення зі скаргами на спрагу, часте сечовипускання, схуднення, зниження зору, підвищення артеріального тиску, набряки на ногах і обличчі. Загальний стан середньої тяжкості, шкіра суха, АТ – 180/95 мм рт. ст., пульс – 80 за 1 хв. Діяльність серця ритмічна, акцент II тону над аортою. Над легеньми везикулярне дихання. Живіт м'який, не болючий при пальпації. Пастозність гомілок і обличчя. Діурез 3 л. Дані додаткових обстежень: біохімічний аналіз крові: глюкоза – 17,5 ммоль / л, загальний білок – 56 г / л. Загальний аналіз сечі: відносна густина – 1,030, цукор – не виявлено, білок – 1,47 г / л. Швидкість клубочкової фільтрації – 42 мл / хв. На очному дні звуження артерій, розширення вен, поодинокі точкові крововиливи.

1. Установіть найбільш ймовірний діагноз:

- А. Порушення толерантності до глюкози.
- Б. Нецукровий діабет.
- В. Інсулінозалежний ЦД.

- Г. Інсулінонезалежний ЦД.
- Д. Стероїдний діабет.

2. Які ускладнення є у хворого:

- А. Кардіопатія, нефропатія III ст.
- Б. Ентеропатія, ретинопатія II ст.

- В. Ретинопатія I ст., гепатоз.
- Г. Ретинопатія II ст., нефропатія III ст.

3. Який патогенез ураження нирок при даному захворюванні:

- А. Зниження ниркового плазматому.
- Б. Зниження клубочкової фільтрації.
- В. Підвищення клубочкової фільтрації.

- Г. Збільшення канальцевої реабсорбції.
- Д. Зменшення канальцевої реабсорбції.

4. Визначте основні напрямки лікування:

- А. Ангіопротектори.
- Б. Сульфаніламід, бетаблокатори.
- В. Адекватна інсулінотерапія, сечогінні.
- Г. Сульфаніламід, антагоністи кальцію.
- Д. Адекватна інсулінотерапія, інгібітори АПФ, ангіопротектори.

5. Визначте головний синдром у даного хворого:

- А. Поліурічний.
- Б. Гіперглікемічний.
- В. Гіпертензивний.

- Г. Набряковий.
- Д. Сечовий.

Правильні відповіді: 1-В, 2-Г, 3-В, 4-Д, 5 –Б.

Технологічна карта проведення заняття

	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 хронічними ускладненнями ЦД	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 25. Ведення хворого з метаболічним синдромом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Метаболічний синдром (МС), що передбачає поєднання артеріальної гіпертензії (АГ), дисліпідемії, ожиріння, порушеної толерантності до глюкози або цукрового діабету (ЦД), у даний час привертає особливу увагу як кардіологів, так і ендокринологів. С. Spencer зі співавторами була висунута концепція менопаузального метаболічного синдрому, в основі якого лежить дефіцит естрогенів. Інсулінорезистентність, яка виникає внаслідок надмірного накопичення жирової тканини, служить сполучною ланкою між ожирінням, порушенням толерантності до глюкози, АГ і дисліпідемією. Результати багатьох досліджень показали, що гіперінсулінемія й ожиріння є факторами несприятливого прогнозу розвитку АГ, ЦД 2-го типу, атеросклерозу, ІХС і значно поширені серед населення, досягаючи в окремих популяціях 5-25 %. В індустріально розвинених країнах серед населення вікової категорії понад 30 років поширеність метаболічного синдрому становить приблизно 10-20 %.

Метаболічний синдром названо пандемією XXI століття. Він сприяє розвитку серцево-судинних ускладнень, зокрема інфаркту міокарду та інсульту, які, за оцінками ВООЗ, займають перше місце серед причин смертності в розвинених країнах. Таким чином, стан проблеми обумовлює необхідність вирішення питань раннього виявлення, патогенетичної терапії, профілактики розвитку соматичних і гормональних порушень, ускладнень у хворих із синдромом Х.

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз і визначати тактику ведення пацієнта з метаболічним синдромом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві захворюванням, перебіг яких супроводжується МС.
2. Скласти програму обстеження пацієнта з МС.
3. Проводити диференціальну діагностику МС.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності коморбідних захворювань, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при МС.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим ендокринним АГ. Оцінювати морфологічні зміни, властиві різним ендокринним АГ.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для лікування МС, використовувати принципи профілактики, фізіотерапевтичні та дієтичні методи лікування.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Хворий П., 40 років, зріст – 165 см, маса тіла – 170 кг, розподіл жирової тканини рівномірний. Визначте ступінь ожиріння у даного хворого.

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

2. Метаболічний синдром охоплює все, крім:

- | | |
|------------------------------|--|
| А. Артеріальної гіпертензії. | Г. Ожиріння |
| Б. Гіпертермії. | Д. Порушеної толерантності до глюкози. |
| В. Дисліпідемії. | |

3. До складу метаболічного синдрому Х входить все, крім:

- А. Дисліпідемії (гіпертригліцеридемія, низький рівень ліпопротеїдів високої щільності).
- Б. Артеріальної гіпертензії.
- В. Інсулінорезистентності.
- Г. Надмірної маси тіла (абдомінальне ожиріння).

Д. Схильності до кровотеч.

Е. Порушення толерантності до глюкози.

4. Критерієм діагностики надмірної ваги тіла є:

А. ІМТ = 20-24,9 кг/м².

Б. ІМТ = 25-29,9 кг/м².

В. ІМТ = 30-34,9 кг/м².

Г. ІМТ = 35-39,9 кг/м².

Д. ІМТ > 40,0 кг/м².

5. Критерієм діагностики третього ступеню ожиріння є:

А. ІМТ = 20-24,9 кг/м².

Б. ІМТ = 25-29,9 кг/м².

В. ІМТ = 30-34,9 кг/м².

Г. ІМТ = 35-39,9 кг/м².

Д. ІМТ > 40,0 кг/м².

Відповіді до завдань: 1-Г; 2-Б; 3-Д; 4-Б; 5-Д.

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.

6. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у двох частинах / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. Л. Н. Приступи – Суми : Сумський державний університет, 2017. – Ч. 1 (кардіологія, ендокринологія та ревматологія) – 217 с.

7. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.]; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. – 5-те вид, оновл. та доповн. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 536 с.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.

9. 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.

10. Тактика ведення хворих на цукровий діабет. Посібник в таблицях / Власенко М.В., Маньковський Б.М. – «СахарОК». – 2018. – 126с.

11. 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.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2012 року № 1118 Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги "Цукровий діабет 2 типу" Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1118282-12#Text>

2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 N 417. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Додаток 13. Скринінг на гестаційний діабет. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11>

3. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.12.2014 Київ № 1021 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 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

4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. Режим доступу: <https://doi.org/10.2337/dc21-Sint>

5. Рекомендації по лікуванню артеріальної гіпертензії ESH/ESC 2018. <http://ukrcardio.org/novi-rekomendatsiyi-vid-yevropejskogo-tovarystva-kardiologiv/>

6. 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., Люшина Г.Я., Кудла І.Л., Чулаєвська Н.М., Шкреба А.О., Штонда Ю.Е. Режим доступу: https://strazhesko.org.ua/upload/rekomendacii_ok.pdf

7. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). Francois Mach, Colin Baigent, Alberico L. Catapano, Konstantinos C. Koskinas, Manuela Casula, Lina Badimon, M. John Chapman, Guy G. De Backer, Olov Wiklund. European Heart Journal. – 2020;41;111-188. Режим доступу: <https://www.escardio.org/static-file/Escardio/Guidelines/publications/DYSLIPguidelines-dyslipidemias-FT.pdf>

8. Відкритий освітній ресурс OCW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

9. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

10. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення МС.
2. Ключові ланки патогенезу МС.
3. Критерії діагностики МС.
4. Етіологія та патогенез різних типів ожиріння.
5. Визначення ступенів ожиріння.
6. Класифікація ожиріння.
7. Захворювання і синдроми, що супроводжуються ожирінням.
8. Клінічні особливості ожиріння ендокринного генезу.

9. Клініка гіпоталамічного ожиріння.
10. Алгоритм діагностики аліментарно-конституційного ожиріння.
11. Схема диференціальної діагностики різних форм ожиріння.
12. Схема розвантажувальної дієти при ожирінні.
13. Медикаментозне лікування ожиріння.
14. Тактика ведення пацієнта із МС.
15. Лікування складових метаболічного синдрому: АГ, ожиріння, дисліпідемії, порушення толерантності до вуглеводів або ЦД.
16. Антигіпертензивна терапія при МС.
17. Ліпідознижуючі препарати при МС.
18. Пероральні цукрознижуючі препарати та інсулінотерапія при МС.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий С., 39 років, скаржиться на головний біль, підвищену пітливість, періодичне серцебиття, підвищення АТ, різке збільшення маси тіла (70 кг за 2 роки), зниження статевої функції. Вважає себе хворим 2 роки після перенесеного грипу. У родині осіб з ожирінням немає.

Об'єктивні дані. Зріст – 165 см, маса тіла – 170 кг, розподіл жирової тканини рівномірний. На стегнах, животі – численні тонкі стрії, шкіра підвищеної вологості. Ліва межа серця зміщена на 2 см назовні від середньоключичної лінії. І тон над верхівкою серця послаблений, акцент II тону над аортою. АТ – 190/100 мм рт. ст. на лівій руці і 160/90 мм рт.ст. – на правій. Живіт збільшений за рахунок жирової клітковини, не болючий. Нижній край печінки визначається біля краю реберної дуги. Вторинні статеві ознаки збережені. Щитоподібна залоза не збільшена.

Дані додаткових досліджень. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний – 22,4 мкмоль/л, загальний холестерин – 8,2 ммоль/л, ліпіди – 8 г/л, креатинін – 0,118 мкмоль/л. Глюкозотолерантний тест: вміст глюкози в капілярній крові – 7,1 ммоль/л, через 2 год після приймання глюкози з розрахунку 1 г/кг маси її концентрація в крові становила 9 ммоль/л. Рентгенографія черепа: розміри турецького сідла: сагітальний – 11 мм, вертикальний – 9 мм. Проба з введенням люліберину – секреція пролактину не змінилася.

1. Визначте провідний синдром у даного хворого:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| А. Інтоксикаційний. | Г. Серцево-судинних розладів. |
| Б. Нервово-психічних розладів. | Д. Статевих розладів. |
| В. Ожиріння. | |

2. Дайте оцінку біохімічних показників крові:

- | | |
|-------------------------|------------------------------------|
| А. Гіпербілірубінемія. | Г. Гіперкреатинінемія. |
| Б. Гіперліпідемія. | Д. Нормальні біохімічні показники. |
| В. Гіперхолестеринемія. | |

3. Дайте оцінку глюкозотолерантного тесту:

- А. У межах норми.
- Б. Порушена толерантність до глюкози.
- В. Явний ЦД.
- Г. Необхідно провести глюкозопреднізолонний тест.

4. Дайте оцінку розмірів турецького сідла:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| А. Розміри в нормі. | Г. Збільшений вертикальний розмір. |
| Б. Розміри збільшені. | Д. Розміри зменшені. |
| В. Збільшений сагітальний розмір. | |

5. Визначте ступінь ожиріння у даного хворого.

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

Правильні відповіді до завдання 1: 1-В, 2-В, 3-Б, 4-А, 5-Г.

Завдання 2

Хворий переніс інфаркт міокарда з зубцем Q. Індекс маси тіла 32 кг/м². АТ – 150/90 мм рт. ст. Цукор крові – 5,6 ммоль/л, загальний ХС – 4,9 ммоль/л, сечова кислота –

0,211 ммоль/л. Який з наявних у хворого факторів ризику першочергово потребує усунення в процесі проведення вторинної профілактики?

- А. Гіперурікемія. Г. Гіперхолестеринемія.
 Б. Артеріальна гіпертензія. Д. Ожиріння.
 В. Гіперглікемія.

Завдання 3

При медичному огляді чоловіків-водіїв у 10% осіб виявлене перевищення оптимальної маси тіла на 65% (ІМТ – 39,3 кг/м² маси тіла). Який енергетичний статус у осіб?

- А. Ожиріння 4-го ступеня.
 Б. Нормальний енергетичний статус (адекватне харчування).
 В. Ожиріння 1-го ступеня.
 Г. Ожиріння 3-го ступеня.
 Д. Ожиріння 2-го ступеня.

Завдання 4

Хвора К., 42 років. Має зріст 162 см, масу тіла 87 кг, ІМТ = 33, кг/м². Загальний стан задовільний. Тони серця глухі, при аскультації шуми не прослуховуються. Частота серцевих скорочень 72/хв. В легенях дихання везикулярне. Нижній край печінки виступає на 1,5 – 2 см з-під н/краю правого підребер'я. Набряків не спостерігається. Звернулась на консультацію до ендокринолога з метою визначення ожиріння, його ступеню, засобів лікування. Артеріальний тиск: справа – 140/90 мм рт.ст., зліва – 145/85 мм рт.ст. Визначте тип ожиріння та його ступінь?

- А. Ожиріння 1-го ступеня. Г. Ожиріння 3-го ступеня.
 Б. Ожиріння 2-го ступеня. Д. Надмірна вага.

Завдання 5

При огляді пацієнтки 64-річного віку лікар діагностував ожиріння (індекс маси тіла 36 кг/м², об'єм талії 118 см), артеріальну гіпертензію (170/105 мм рт. ст), порушення толерантності до вуглеводів. Вміст загального холестерину крові сягає 6,7 ммоль/л. Визначити діагноз хворої.

- А. Ожиріння 1-го ступеня.
 Б. Ожиріння 3-го ступеня.
 Г. Надмірна вага.
 Д. Метаболічний синдром.

Правильні відповіді: 2. – Д, 3. – Г, 4. – А, 5. – Д.

Технологічна карта проведення заняття

	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 метаболічним синдромом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 26. Ведення хворого з синдромом зобу.

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) частіше виникають у жінок і є доволі поширеними (близько 5 % населення). Найбільш поширеною причиною збільшення ЩЗ (зобу) у всьому світі є дефіцит йоду. Зоб можна класифікувати в залежності від його морфології, функції. Симптоми залежать від етіології і часто відсутні. Однак пацієнти можуть мати гіпертиреоз або гіпотиреоз. Великий зоб також може викликати симптоми обструкції через

стискання трахеї і / або стравоходу. Велика різноманітність клінічних симптомів, атипові прояви визначають певні труднощі в діагностиці і диференціальній діагностиці.

Хронічний аутоімунний тиреоїдит (хвороба Хашимото) – це безболісне запалення ЩЗ, пов'язане з антитілами до тиреопероксидази і, дуже часто, до тиреоглобуліну, а також з лімфоцитарними інфільтратами в ЩЗ, в результаті чого повільно розвивається гіпотиреоз.

Нетоксичний вузловий зоб – захворювання ЩЗ, при якому переважають вогнищеві зміни її структури, найчастіше в результаті гіперплазії, але також дистрофічних змін або фіброзу, без порушення функції ЩЗ; розвивається в результаті спільного впливу дефіциту йоду (спочатку як простий зоб), спадкової схильності, впливу струмогенних сполук, експозиції до іонізуючого випромінювання, тиреоїдиту в анамнезі та ін. Вузловий токсичний зоб (з гіпертиреозом) – це захворювання, де основою для розвитку гіпертиреозу є вузлова гіперплазія ЩЗ, при відсутності аутоімунного фону. Дифузний нетоксичний зоб – дифузне збільшення ЩЗ, що виникає внаслідок різних чинників (харчових, природних, штучних), без порушення функції. За даними ВООЗ, біля 2 млрд. осіб мешкають у ендемічних регіонах і мають ризик розвитку йододефіцитних захворювань. Внаслідок йодної недостатності розвивається збільшення ЩЗ. Хвороба Грейвса (дифузний токсичний зоб) — аутоімунне захворювання, при якому аутоантигеном є рецептор до ТТГ. Його активація антитілами призводить до збільшення секреції гормонів щитоподібної залози і появи симптомів гіпертиреозу, стимулює ріст ЩЗ і розвиток її системи кровопостачання. Запуск механізмів клітинної відповіді проти даного антигену, що наявний у фібробластах очниць і шкіри призводить до розвитку симптомів захворювання поза ЩЗ (тиреоїдна офтальмопатія, злякисний екзофтальм). Фібриляція передсердь виникає приблизно в 10% пацієнтів з тиреотоксикозом. Частота цього ускладнення зростає з віком. Майже в половині всіх чоловіків віком понад 60 років які страждають на тиреотоксикоз, діагностують фібриляцію передсердь.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих з синдромом зобу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється синдромом зобу.
2. Скласти програму обстеження хворого на синдром зобу.
3. Проводити диференціальну діагностику захворювань, ускладнених синдромом зобу.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, характерні для розвитку синдрому зобу.
4. Тракувати основні й побічні ефекти препаратів, що застосовуються в лікуванні захворювань з синдромом зобу. Використовувати дієтичні методи при синдромі зобу.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Діяльність щитоподібної залози не регулюється:

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| А. Гіпофізом | Г. Наднирковою системою |
| Б. Корою головного мозку | Д. Гіпоталамусом |
| В. Епіфізом | |

2. Гормональну активність мають:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| А. Тільки вільний Т4 | Г. Зв'язані Т3 та Т4 |
| Б. Тільки вільний Т3 | Д. Вільні Т3 та Т4 |
| В. Кальцитонін | |

3. Для субклінічного гіпотиреозу характерно:

- А. Нормальний рівень тиреоїдних гормонів, збільшення рівню ТТГ при відсутності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

Б. Дефіцит тиреоїдних гормонів при збільшені рівню ТТГ та наявності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

В. Збільшення кількості тиреоїдних гормонів при зниженні рівню ТТГ та відсутності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

Г. Нормальний рівень тиреоїдних гормонів, нормальний рівень ТТГ при відсутності клінічних ознак порушення функціонування ЩЗ

4. Серед патологій щитоподібної залози найчастіше трапляється:

А. Аутоімунний тиреоїдит

Г. Вузлові форми зобу

Б. Дифузний нетоксичний зоб

Д. Дифузний токсичний зоб

В. Гіпотиреоз

5. Критеріями діагнозу аутоімунного тиреоїдиту не є:

А. Клінічні прояви (ЩЗ збільшена, ущільнена, вузлувата, не болюча, затrudнення ковтання, слабкість, стомлюваність)

Б. Дані лабораторних досліджень (у крові лімфоцитоз, прискорена ШОЕ, антитіла до ТГ, МА, підвищення рівня IgG, ЦИК, рівень Т3, Т4, ТТГ залежить від функціонального стану ЩЗ)

В. Дані УЗД ЩЗ (атрофія ЩЗ при атрофічному варіанті, неоднорідність або зниження ехогенності тканини, гіпоехогенні ділянки, лінійні ехопозитивні структури, мікрокальцинати)

Г. Дані ТАБ (лімфоїдні плазматичні клітини, макрофаги, еозинофільні клітини Гюртля – Ашкеназі)

Д. Рівень глікованого гемоглобіну (Hb1A) більше 7%

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

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.

6. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у двох частинах / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба та ін.; за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. Л. Н. Приступи – Суми : Сумський державний університет, 2017. – Ч. 1 (кардіологія, ендокринологія та ревматологія) – 217 с.

7. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.]; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. – 5-те вид, оновл. та доповн. – Вінниця : Нова Книга, 2020. – 536 с.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
9. 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.
10. Тактика ведення хворих на цукровий діабет. Посібник в таблицях / Власенко М.В., Маньковський Б.М. – «СахарОК». – 2018. – 126с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 21.12.2012 року № 1118 Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги "Цукровий діабет 2 типу" Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1118282-12#Text>
2. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 N 417. Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні. Додаток 13. Скринінг на гестаційний діабет. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0417282-11>
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 29.12.2014 Київ № 1021 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при цукровому діабеті 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
4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2021. Режим доступу: <https://doi.org/10.2337/dc21-Sint>
5. Сучасні погляди на діагностику та лікування гіпертиреозу та інших форм тиреотоксикозу: огляд останніх рекомендацій Американської тиреоїдної асоціації (2016) / М.С. Черенько. Режим доступу: <http://jcees.endocenter.kiev.ua/article/view/87324/82906>
6. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
7. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>
8. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Причини збільшення ЩЗ.
2. Алгоритм ведення хворих з вузловим зобом.
3. Покази до біопсії (ТАБП).
4. Ведення хворих з гіпотиреозом.
5. Ведення хворих з гіпертиреозом.
6. Діагностичні критерії підгострого тиреоїдиту.
7. Диференціальна діагностика за підозри на первинний гіпотиреоз.
8. Порушення функції ЩЗ, що мають безсимптомний характер (субклінічний тиреотоксикоз, субклінічний гіпотиреоз, нетиреоїдне захворювання).
9. Диференціальний діагноз хвороби Грейвса.
10. Йод-індукована дисфункція ЩЗ.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 32 р., скаржиться на виражену слабкість, схуднення, серцебиття, тремор кінцівок та всього тіла, пітливість. Об'єктивно: зниженої ваги, шкіра волога, тепла. Щитоподібна залоза

збільшена до III ст., еластична, безболісна. Пульс - 108/хв., тони серця посилені, АТ - 160/55 мм рт. ст. Попередній діагноз?

- А. Хронічний фіброзний тиреоїдит
- Б. Дифузний еутиреоїдний зоб
- В. Хронічний автоімунний тиреоїдит
- Г. Дифузний токсичний зоб
- Д. Підгострий тиреоїдит

Завдання 2

Хвора 42 років, скаржиться на емоційну лабільність, тахікардію, пітливість. Пальпаторно відмічається збільшення розмірів щитоподібної залози. При скануванні з ^{99m}Tc -пертехнетатом: щитоподібна залоза звичайної форми, збільшена, розподіл радіофармпрепарату рівномірний. При радіоімунологічному визначенні гормонів щитоподібної залози: вміст вільного тироксину, трийодтироніну збільшений, тиреотропний гормон - знижений. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Дифузний зоб, гіпотиреоз
- Б. Дифузний зоб, еутиреоз
- В. Хронічний автоімунний тиреоїдит
- Г. Дифузний токсичний зоб, тиреотоксикоз
- Д. Хронічний фіброзний тиреоїдит

Завдання 3

У жінки 25-ти років під час профогляду виявлено збільшення щитоподібної залози. Постійно проживає у Львівській області. З боку внутрішніх органів відхилень не зафіксовано. Щитоподібна залоза дифузно збільшена до II ст. м'яко-еластична, гладенька, не болить при пальпації. Рівень тиреоїдних гормонів у межах норми. УЗД: щитоподібна залоза збільшена, ехогенність не змінена. Вкажіть найбільш імовірний діагноз:

- А. Нетоксичний дифузний еутиреоїдний зоб II ст.
- Б. Автоімунний тиреоїдит без порушення функції щитоподібної залози
- В. Ендемічний дифузний еутиреоїдний зоб II ст.
- Г. Вузловий зоб
- Д. Хронічний тиреоїдит.

Завдання 4

Жінка 56 років, протягом кількох тижнів лікується з приводу бактеріального ендокардиту. Температура тіла нормалізувалась, зникла анемія. Однак за останній тиждень посилилася слабкість, серцебиття, з'явився біль в ділянці серця, на ЕКГ фібриляція передсердь. АТ- 160/60 мм рт. ст. Щитоподібні залоза збільшена відповідно III ступеня, в правій частці - вузол 3x4 см. Яка найбільш імовірна причина виникнення фібриляції передсердь?

- А. Атеросклероз коронарних артерій;
- Б. Інфекційний міокардит
- В. Гіперпродукція тиреоїдних гормонів
- Г. Гіперпродукція тиреотропіну
- Д. Підвищений рівень катехоламінів

Завдання 5

Хвора 4 роки тому переїхала жити у місцевість, ендемічну за зобом. Останній рік помітила збільшення щитоподібної залози. Під час обстеження виявлений дифузний зоб III ступня, еутиреоїдний стан. Що призначити для змінення розмірів залози?

- А. Тиреостатики – похідні імідазолу.
- Б. Препарати йоду.
- В. Тироксин.
- Г. Літію карбонат.
- Д. Глюкокортикоїди

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

Технологічна карта проведення заняття

	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 синдромом зобу	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 27. Ведення хворого з сечовим синдромом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Нирки, як мало який орган, при первинному ушкодженні є також органом-мішенню у разі патологічних станів інших органів і систем, що обумовлює значущість нефрології як своєрідної інтегруючої медичної спеціальності. Ці ураження можуть бути імуніоопосередкованої, інфекційної, обмінної, токсичної, гемоциркуляторної природи, можуть мати характер ускладнення, вторинного ураження. Часто ураження нирок на тлі патологічних станів інших органів спричиняється токсичною дією ліків, що застосовують у лікуванні первинного (основного) захворювання. Складність діагностики, диференціальної діагностики хвороб нирок обумовлена безсимптомністю їх перебігу. Тому виявлення їх потребує запрограмованої з боку лікаря активності, належної нефрологічної грамотності лікарів різних спеціальностей.

Сечовий синдром – наявність ізольованого або в різних комбінаціях протеїнурії, еритроцитурії, лейкоцитурії та циліндрурії. Сечовий синдром часто є першим, а інколи і єдиним клініко-лабораторним проявом ураження нирок. Протеїнурія як важливий симптом захворювання нирок і критерій сечового синдрому визначається лише після заперечення функціональних протеїнурій, до яких належить ортостатична протеїнурія, протеїнурія напруження, гарячкова. Таким чином, клінічне значення протеїнурії полягає у своєчасному її виявленні та адекватному лікуванні.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого із сечовим синдромом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється сечовим синдромом.
2. Скласти програму обстеження хворого з сечовим синдромом.
3. Проводити диференціальну діагностику захворювань, ускладнених сечовим синдромом.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, характерні для розвитку сечового синдрому.
4. Тракувати основні й побічні ефекти препаратів, що застосовуються в лікуванні захворювань з сечовим синдромом. Використовувати дієтичні методи при сечовому синдромі.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Найчастішими серед перелічених синдромів при патології нирок є:

- | | |
|--------------------|----------------------------|
| А. Нефротичний. | Г. Ниркової недостатності. |
| Б. Сечовий. | Д. Канальцевої дисфункції. |
| В. Гіпертензивний. | |

2. Для сечового синдрому характерним є все, крім:

- А. Протеїнурії менше 3,5 г на добу.
- Б. Еритроцитурії (більше 2×10^3 /мл сечі у пробі Нечипоренко).
- В. Лейкоцитурії (більше 4×10^3 /мл сечі у пробі Нечипоренко).
- Г. Протеїнурія більше 3,5 г на добу.
- Д. Циліндрурії.

3. Ізольований сечовий синдром включає:

- А. Протеїнурію, гематурію, помірну лейкоцитурію.
- Б. Набряки, гематурію, циліндрурію.
- В. Гіпертензію, гематурію, протеїнурію.
- Г. Набряки, протеїнурію, циліндрурію.
- Д. Гематурію, циліндрурію, протеїнурію.

4. Сечовий синдром із переважанням лейкоцитурії характерний для:

- А. Діабетичної нефропатії.
- Б. Гіпертензивної нефропатії.
- В. Гломерулонефриту.
- Г. Пієлонефриту.

5. Сечовий синдром часто спостерігається у хворих, що вживали тривалий час нестероїдні протизапальні засоби, сульфаніламід, були в контакті з отруйними речовинами, вживали неякісні алкогольні напої і, може, дебютувати гострою нирковою недостатністю. У даному випадку перш за все може розвиватися:

- А. Гострий пієлонефрит.
- Б. Інтерстиціальний нефрит.
- В. Швидкопрогресуючий гломерулонефрит.
- Г. Фібропластичний нефрит.
- Д. Мезангіокапілярний нефрит.

6. Лікування ізольованого сечового синдрому потребує призначення:

- А. Глюкокортикостероїдів.
- Б. Нативної плазми.
- В. Гепарину.
- Г. Цитостатиків.

7. Який із наведених сечових синдромів є найбільш характерним для діабетичної нефропатії:

- А. Зниження густини сечі, незначна протеїнурія, бактеріурія, лейкоцитурія.
- Б. Значна протеїнурія, циліндрурія, «порожній» сечовий осад.
- В. Незначна протеїнурія, лейкоцитурія, гнійний осад.
- Г. Незначна протеїнурія, лейкоцитурія, еритроцитурія, оксалати у великій кількості.

Відповіді на контрольні питання: 1. – Б 2. – Г 3. – Д 4. – Г 5. – Б 6. – В 7. – Б

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. Нефрологія : нац. підруч. / Л. А. Пиріг [та ін.] ; ред.: Л. А. Пиріг, Д. Д. Іванов ; Нац. МА післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Донецьк : Заславський О. Ю., 2014. — 316 с.

6. Internal medicine. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnitsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

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

8. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Протокол надання медичної допомоги хворим на гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.

2. Протокол надання медичної допомоги хворим з нефротичним синдромом (НС). Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1657>.

3. Протокол надання медичної допомоги хворим на швидкопрогресуючий гломерулонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1659>.

4. Протокол надання медичної допомоги хворим на пієлонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1656>.

5. Протокол надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1660>.

6. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

7. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

8. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Дати визначення поняття «сечовий синдром».
2. Характеристика сечового синдрому при пієлонефриті.
3. Характеристика сечового синдрому при гломерулонефриті.
4. Для яких захворювань нирок характерна макрогематурія?
5. Проведіть диференціальний діагноз при гематурії, лейкоцитурії та протеїнурії
6. Для яких захворювань нирок характерна селективна, неселективна протеїнурія?
7. Які особливості сечового синдрому при мієломній хворобі?
8. Роль лабораторних методів обстеження для уточнення діагнозу при сечовому синдромі (загальні та біохімічні аналізи, аналізи сечі за Нечипоренко, Зимницьким та ін.).
9. Роль інструментальних методів діагностики для уточнення діагнозу при сечовому синдромі (УЗД, рентгенографія, ЕКГ та ін.).

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий К., 18 років, скаржиться на загальну слабкість, тупі болі в поперековій ділянці. З анамнезу відомо, що два тижні тому переніс ангіну. АТ - 135/85 мм рт.ст. Загальний аналіз сечі: білок - 1,65 г/л; еритроцити - 10-15 в п/з; циліндри гіалінові - 8-10 у п/з. БАК: креатинін - 0,09 ммоль/л; сечовина -5,3 ммоль/л. Яким синдромом проявилось основне захворювання:

А. Сечовим.

Г. Гіпертензивним.

Б. Нефротичним.

Д. Астеновегетативним.

В. Азотемічним.

Завдання 2

Фермер, 24 р. переніс ангіну. Через 2 тижні зранку помітив набряки під очима, з'явилася $t = 37,7^{\circ}\text{C}$, слабкість, ниючі болі в попереку. АТ 130/80. Креатинін крові 90 мкмоль/л, сечовина 6,8 ммоль/л. ЗАС: питома вага- 1026, білок - 1,66 г/л, ер.- 25-30 у п/з, циліндри: зернисті - 2-3 у п/з, гіалінові- 4 - 5 в п/з, добовий діурез - 0,5 л. Попередній діагноз.

А. Гострий гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Б. Гострий гломерулонефрит з ізольованим сечовим синдромом.

В. Хронічний гломерулонефрит, період загострення.

Г. Гострий пієлонефрит.

Д. Хр. пієлонефрит, період загострення.

Завдання 3

Хворий К., 30 років, скаржиться на ниючий біль в попереку, набряки, розлади сечовипускання, що періодично турбують впродовж останніх 2 років. АТ – 170/110 мм рт.ст. Білок сечі – 2,2 г/л, л –1-2 у полі зору, е – 15-20 у полі зору. На очному дні звужені артерії. Який діагноз є найбільш ймовірним?

А. Гострий гломерулонефрит, гіпертензією.

Б. Гострий гломерулонефрит, сечовий синдром.

В. Хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром.

Г. Хронічний пієлонефрит, загострення, симптоматична гіпертензія.

Д. Хронічний гломерулонефрит, сечовий синдром, гіпертензивна стадія.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – Б 3. – Д

Технологічна карта проведення заняття

	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 сечовим синдромом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 28. Ведення пацієнта з нефротичним синдромом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Нефротичний синдром (НС) – це симптомокомплекс, що характеризується: високою протеїнурією (3,5 г за добу і більше), гіпопротеїнемією (менше ніж 60 г/л), диспротеїнемією, гіперліпідемією та набряками. Відсутність 1-2 з наведених ознак кваліфікується як неповний, або редукований НС. Єдиною обов'язковою ознакою є протеїнурія. НС спостерігається у 19-50% осіб з захворюваннями нирок. У дітей він спостерігається вдвічі частіше, ніж у дорослих. Найчастіше НС розвивається у хворих на гломерулонефрит — гострий, підгострий, злоякісний (швидкопрогресуючий) і хронічний. А це в подальшому впливає на зниження працездатності людини і погіршення стану здоров'я. НС поліетіологічний, але спільні

риси механізмів патогенезу і клінічних проявів є підставою для його спеціального розгляду, а також для отримання об'єктивних знань про це захворювання (воно тягне за собою ускладнення: порушення гомеостазу, гіповолемічний колапс із розвитком гострої судинної недостатності, приєднання різних інфекцій внаслідок втрати імуноглобулінів) самим лікарем для подальшого правильного діагностування, а отже, й лікування. Частою причиною НС є системні захворювання з ураженнями нирок типу гломерулонефриту (системний червоний вовчак, геморагічний васкуліт, системна склеродермія, вузликівий періартеріт, синдром Гудпасчера, гранулематоз Вегенера тощо) або амілоїдозу (періодична хвороба). Патогенез НС до кінця не з'ясований, але існує загально визнаний погляд на цей синдром як наслідок імунзапальної реакції високого ступеня активності. Найпоширенішою причиною нефротичного синдрому є діабетична нефропатія, частота якої складає принаймні 50 випадків на мільйон населення. У 10-40% хворих (навіть до 50% при нефротичному синдромі внаслідок мембранного ГН) відбувається тромбоз. Тромбоз ниркової вени може проявлятися тільки збільшенням протеїнурії. Гострий тромбоз - протікає з симптомами інфаркту нирки (біль у ділянці нирок, швидке погіршення функції нирок, раптова поява гематурії).

Загальна мета – уміти ставити попередній діагноз, проводити диференціальну діагностику і визначати тактику ведення хворих з нефротичним синдромом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується нефротичним синдромом.
2. Скласти програму обстеження хворого з нефротичним синдромом.
3. Проводити диференціальну діагностику захворювань з нефротичним синдромом.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворорого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх хвороб та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень хворих з нефротичним синдромом.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, які могли спричинити виникнення чи сприяли виникненню нефротичного синдрому.
4. Трактувати основні і побічні ефекти препаратів, що застосовуються в лікуванні захворювань з нефротичним синдромом, розробити профілактичні заходи. Використовувати дієтичні методи при нефротичному синдромі.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Яка з наведених ознак є головною у формуванні нефротичного синдрому?

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| А. набряки. | В. Гіперхолестеринемія. |
| Б. Масивна протеїнурія. | Г. Гіпопротеїнемія. |

2. Назвіть лабораторний показник, який свідчить про тяжкість перебігу нефротичного синдрому:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| А. Селективна протеїнурія. | В. Активні лейкоцити в сечі. |
| Б. Неселективна протеїнурія. | Г. Гематурія. |

3. Назвіть найчастішу (з наведених) причин вторинного нефротичного синдрому:

- | | |
|----------------------------|---------------------------|
| А. Мієломна хвороба. | В. Амілоїдоз. |
| Б. Інфекційний ендокардит. | Г. Геморагічний васкуліт. |

4. Які фактори призводять до розвитку набряків при нефротичному синдромі?

- | | |
|--|------------------------|
| А. Гіперальдостеронізм. | Г. Все з наведеного. |
| Б. Гіпо- та диспротеїнемія. | Д. Жодне з наведеного. |
| В. Зниження продукції білка в печінці. | |

5. Яке ускладнення є типовим для нефротичного синдрому?

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| А. Ішемічний інсульт. | В. Лівошлуночкова недостатність. |
| Б. Гіповолемічний шок. | Г. Флеботромбоз. |

6. Що є головнішим у розвитку симптомокомплексу, який називається нефротичним синдромом?

А. Велика (масивна) протеїнурія.

В. Набряки.

Б. Гіпо- та диспротеїнемія.

Г. Гіперліпідемія.

7. Чи характерне для нефротичного синдрому порушення метаболізму ліпідів?

А. Так.

Б. Ні.

8. Головна клінічна і лабораторна ознака нефротичного синдрому це протеїнурія, що обумовлена:

А. Дистрофією епітелію дистальних каналців.

Б. Різким підвищенням проникності мембран клубочків.

В. Зниженням реабсорбції в петлі Генле.

Г. Підвищенням секреції.

9. У патогенезі нефротичного синдрому головним є:

А. Ураження каналців ендogenous токсинами.

Б. Запалення інтерстиція нирки, що викликано інфекційними агентами.

В. Ураження клубочків імунними комплексами та антитілами до базальної мембрани.

Г. Усе наведене вище.

Д. Жодне з наведеного.

Відповіді на контрольні питання: 1. – Б 2. – Б 3. – В 4. – Г 5. – Б 6. – А 7. – А 8. – Б 9. – В

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. Нефрологія : нац. підруч. / Л. А. Пиріг [та ін.] ; ред.: Л. А. Пиріг, Д. Д. Іванов ; Нац. МА післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Донецьк : Заславський О. Ю., 2014. — 316 с.

6. Internal medicine. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

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

8. 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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Протокол надання медичної допомоги хворим на гострий та хронічний гломерулонефрит з сечовим та нефритичним синдромом. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1661>.

2. Протокол надання медичної допомоги хворим з нефротичним синдромом (НС). Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1657>.

3. Протокол надання медичної допомоги хворим на швидкопрогресуючий гломерулонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1659>.

4. Протокол надання медичної допомоги хворим на пієлонефрит. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1656>.

5. Протокол надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1660>.

6. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

7. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

8. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Нефротичний синдром. Визначення. Які його основні клініко-лабораторні показники?
2. Які варіанти перебігу нефротичного синдрому?
3. Які патогенетичні механізми виникнення нефротичного синдрому?
4. Етіологічні фактори розвитку нефротичного синдрому.
5. Екстрауренальні порушення метаболізму при нефротичному синдромі.
6. Зовнішні ознаки нефротичного синдрому, механізми, що їх обумовлюють.
7. Ускладнення, що виникають при нефротичному синдромі?
8. Які екстрауренальні захворювання можуть бути першопричиною виникнення нефротичного синдрому?
9. Принципи лікування хворих із нефротичним синдромом.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У хворого спостерігаються набряки під очима, стоп протягом останнього тижня. Об'єктивно: АТ-100/60 мм рт.ст., Ps-110 за хв., ЧДР-28 за хв. Збільшення живота з позитивним симптомом хвилі. Концентрація креатиніну у сироватці крові 0,45 мкмоль/л, альбуміну - 14 г/л, холестерину - 11,8 ммоль/л. У сечі білок + + + +, еритроцити не виявлені. Найбільш вірогідний діагноз:

А. Нефротичний синдром унаслідок фокального та сегментарного гломеруло-склерозу.

Б. Гострий постстрептококовий гломерулонефрит.

В. Хвороба Шенлейна-Геноха з нефритом.

Г. Гемолітико-уремічний синдром.

Д. Нефротичний синдром з мінімальними змінами.

Завдання 2

У жінки 46 років з'явилися набряки гомілок, обличчя, підвищився тиск до 160/100 мм рт.ст., Ps- 54 за хв., добова втрата білка з сечею - 4г. Яка терапія є патогенетичною у даному випадку?

- А. Кортикостероїди.
- Б. Сечогінні.
- В. Антагоністи кальцію.

- Г. НСПЗ.
- Д. Антибіотики.

Завдання 3

Чоловік 40 років протягом останніх 10 років після перелому великогомілкової кістки хворів на хронічний остеомієліт. Три роки тому з'явився нефротичний синдром. Смерть настала від уремії. Під час розтину: нирки щільні, білі, з рубцями у кірковому шарі, на розрізі з сальним блиском. Розвитком якої патології це зумовлено?

- А. Хронічним гломерулонефритом.
- Б. Вторинним амілоїдозом.
- В. Первинним амілоїдозом.
- Г. Ідіопатичним амілоїдозом.
- Д. Хронічним пієлонефритом.

Завдання 4

Хлопець, 17 років, перебуває на лікуванні протягом місяця. При госпіталізації спостерігаються виражені набряки, протеїнурія – 7,1 г/л, білок у добовій сечі – 42 г/л. У біохімічному аналізі крові утримується гіпопротеїнемія – 43,2 г/л, гіперхолестеринемія – 9,2 ммоль/л. Який із названих варіантів гломерулонефриту найімовірніше має місце у хворого?

- А. Нефротичний.
- Б. Гематуричний.
- В. Нефритичний.
- Г. Ізольований.
- Д. Змішаний.

Правильні відповіді: 1. – Д 2. – А 3. – Б 4. – А

Технологічна карта проведення заняття

	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 нефротичним синдромом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 29. Ведення хворого з хронічною хворобою нирок.

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Хронічна хвороба нирок (ХХН) – це захворювання, яке характеризується тривалими (не менше 3 місяців) структурними та/або функціональними нирковими змінами за даними клінічних, лабораторних, інструментальних, морфологічних досліджень, які водночас дають підставу для виключення гострого характеру патологічного процесу в нирках.

Критеріями визначення ХХН є: 1) ураження нирок тривалістю більше 3 місяців, проявами якого є структурні або функціональні порушення органа з наявністю/відсутністю зменшення швидкості клубочкової фільтрації (ШКФ). Ураження маніфестує патоморфологічними змінами ниркової тканини або змінами в крові чи сечі; 2) ШКФ < 60 мл/хв/1,73 м² тривалістю 3 місяці й більше за відсутності інших ознак ураження нирок.

Поширеність ХХН серед дорослих досить висока: 14,3% у загальній популяції, 36,1% — у групах високого ризику (АГ, ЦД, серцево-судинні захворювання (ССЗ)). Тобто осіб віком >60 років навіть за відсутності якихось маніфестних захворювань відносять до групи високого ризику. ХХН становить велику проблему в усьому світі. Так, за даними статистики: у США витрати на лікування пацієнтів із ХХН можуть перевищити 48 млрд дол. США на рік; економіка Китаю в наступні 10 років втратить 558 млрд дол. у зв'язку зі смертністю та інвалідністю, пов'язаними із серцевою та нирковою недостатністю; у Великобританії витрати на лікування пацієнтів із ХХН перевищують такі на лікування при раку молочної залози, легені, товстого кишечника та шкіри разом узятих; в Австралії затрати на лікування всіх існуючих та нових

випадків ниркової недостатності до 2020 р. становитимуть 12 млрд дол. В Україні пацієнтів із ХНН у 6–7 разів більше, ніж хворих на ЦД. Така сама ситуація спостерігається і в інших країнах світу.

Загальна мета – **уміти** поставити попередній діагноз захворювання з розвитком ХНН і визначити тактику ведення хворих.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Визначити причину розвитку ХНН.
2. Скласти програму обстеження хворого на ХНН.
3. Проводити диференціальну діагностику станів, що призвели до розвитку ХНН.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві ХНН.
4. Трактувати доцільність, прямі і побічні дії препаратів, для лікування ХНН. Визначити принципи профілактики, дієтичні методи корекції.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Які виділяють стадії ХНН?

- А. Початкова. В. Термінальна.
Б. Виражена. Г. Все правильно.

2. Що характерно для першого періоду термінальної стадії ХНН?

- А. Водовидільна функція нирок збережена, кліренс 10-15 мл/хв, азотемія 71-107 ммоль/л, помірний ацидоз, водно-електролітні порушення відсутні.
Б. Олігоанурія, диселектролітемія, гіперазотемія, ацидоз. Зворотні зміни з боку серцево-судинної системи, артеріальна гіпертензія, НК 2А ст.
В. Ще більш тяжка серцева недостатність з порушенням кровообігу в великому і малому колах, НК 2Б ст.
Г. Тяжка уремія, гіперазотемія (285 ммоль/л і вище), диселектролітемія, декомпенсований ацидоз, некомпенсована серцева недостатність, анасарка, тяжка дистрофія печінки та інших органів.

3. Що характерно для третього періоду термінальної стадії ХНН?

- А. Видільна функція нирок збережена, кліренс 10-15 мл/хв, азотемія 71-107 ммоль/л, помірний ацидоз, водно-електролітні порушення відсутні.
Б. Олігоанурія, диселектролітемія, гіперазотемія, ацидоз. Зворотні зміни з боку серцево-судинної системи, артеріальна гіпертензія, НК 2А ст.
В. Ще більш тяжка серцева недостатність з порушенням кровообігу в великому і малому колах, НК 2Б ст.
Г. Тяжка уремія, гіперазотемія (285 ммоль/л і вище), диселектролітемія, декомпенсований ацидоз, некомпенсована серцева недостатність, анасарка, тяжка дистрофія печінки та інших органів.

4. Яке ускладнення амілоїдозу може призвести до швидкого прогресування хронічної ниркової недостатності на будь-якій клінічній стадії захворювання?

- А. Загострення основного захворювання. Г. Значні електролітні порушення.
Б. Приєднання інтеркурентної інфекції. Д. Усі вищеназвані.
В. Тромбоз ниркових вен.

5. Показаннями до проведення гемодіалізу при ХНН є:

- А. Клубочкова фільтрація менше 5 мл/хв.
Б. Стабільне зниження добового діурезу нижче 100 мл.
В. Гіперкреатинінемія до 1100-1300 мкмоль.
Г. Симптоми перикардиту, енцефалопатії, нейропатії.
Д. Усі перелічені.

6. Який симптом є раннім при хронічній нирковій недостатності?

- А. Підвищення артеріального тиску. Г. Поліурія.
Б. Гіпостенурія. Д. Анемія.
В. набряки.

7. Найчастішою причиною хронічної ниркової недостатності є:

- А. Хронічний пієлонефрит. Г. Діабетичний нефросклероз.
Б. Хронічний гломерулонефрит. Д. Серцева недостатність.
В. Полікістоз нирок.

8. Антибіотиками вибору за наявності хронічної ниркової недостатності є:

- А. Синтетичні та напівсинтетичні пеніциліни. Г. Левоміцетин.
Б. Макроліди. Д. Цефалоспорини.
В. Аміноглікозиди.

9. Екскреторна урографія протипоказана у разі:

- А. Хронічної ниркової недостатності I стадії. Г. Туберкульозу нирки.
Б. Хронічної ниркової недостатності III стадії. Д. Гіпернефроми.
В. Гіпертонічної хвороби.

10. Морфологічним субстратом хронічної ниркової недостатності є:

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

11. Найточніше віддзеркалює ступінь хронічної ниркової недостатності підвищення у сироватці крові рівня:

- А. Сечовини. Г. Калію.
Б. Залишкового азоту. Д. Сечової кислоти.
В. Креатиніну.

12. Хронічна ниркова недостатність є наслідком:

- А. Ізольованого ураження каналців.
Б. Ізольованого ураження клубочків.
В. Ізольованого ураження збірних трубочок.
Г. Ураження всього нефрона.
Д. Ізольованого ураження приносячої артеріоли.

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

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. Нефрологія : нац. підруч. / Л. А. Пиріг [та ін.] ; ред.: Л. А. Пиріг, Д. Д. Іванов ; Нац. МА післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. – Донецьк : Заславський О. Ю., 2014. — 316 с.
6. Internal medicine. Внутрішня медицина : textbook. Р. 2 : Pulmonology. Gastroenterology. Nephrology. Diseases of the internal organs in countries with hot climate / К. М. Amosova, О. Ya. Babak, I. P. Katerenchuk et al. ; eds. : М. А. Stanislavchuk, V. K. Sierkova. – Vinnytsya : Nova Knyha, 2019. – 360 p.

7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.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.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.

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. 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>.

2. Протокол надання медичної допомоги хворим з хронічною нирковою недостатністю. Режим доступу: <http://medstandart.net/browse/1660>.

3. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

4. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

5. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Дати визначення ХНН.
2. Причини розвитку ХНН.
3. Основні ланцюги патогенезу ХНН.
4. Класифікація ХНН за ступенями порушення функції нирок.
5. Клініко-діагностичні критерії ХНН.
6. Охарактеризувати зміни з боку внутрішніх органів при ХНН залежно від еволютивної стадії.
7. Тактика ведення хворих (дієтичні та лікувальні заходи) на ХНН.
8. Лікування гіпертензивного синдрому.
9. Лікування анемії, інфекційних ускладнень.
10. Показання та протипоказання до гемодіалізу, перитонеального діалізу.
11. Показання та протипоказання до трансплантації нирок.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Пацієнт С., 45 років, скаржиться на набряки обличчя, свербіж шкіри, дратівливість, втомлюваність, блювання натщесерце, періодичні проноси, головний біль, запаморочення, зниження гостроти зору. Із анамнезу встановлено, що у 10-річному віці лікувався стаціонарно з приводу захворювання нирок. Після виписування зі стаціонару на диспансерному обліку не перебував і не лікувався, почував себе задовільно. Протягом 15 років спостерігалось підвищення АТ, не лікувався. Погіршився стан протягом останніх 6 місяців, коли з'явилися свербіж шкіри, безсоння, набряки на обличчі вранці, періодичні проноси. В анамнезі - тяжка форма вірусного гепатиту.

Об'єктивні дані. Загальний стан середньої тяжкості, пастозність обличчя. Шкіра бліда, зі слідами розчухів. Пульс - 102 за 1 хв, аритмічний, АТ- I 220 і 140 мм рт.ст. Ліва межа серця знаходиться на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії, діяльність серця аритмічна, ЧСС - 108 за 1 хв, I тон над верхівкою серця послаблений, акцент II тону над аортою. У легенях - поодинокі беззвучні хрипи у нижніх відділах. Живіт м'який, при пальпації неболючий. Нижній край печінки пальпується на 2 см нижче краю правої реберної дуги, помірно болючий при пальпації. Симптом постукування у поперековій ділянці негативний, пастозність гомілок.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити - $2,9 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін - 80 г/л, КП - 0,8, лейкоцити - $5,2 \cdot 10^9/л$, еозинофіли - 2%, паличкоядерні нейтрофіли - 4%, сегментоядерні нейтрофіли - 68%, лімфоцити - 24%, моноцити - 2%, ШОЕ - 24 мм/год. Загальний аналіз сечі: прозора, реакція слабокисла, відносна густина - 1,009, білок - 1,47 г/л, еритроцити свіжі та вилужені - 15-20, лейкоцити - 4-6, циліндри гіалінові та зернисті - поодинокі в полі зору. Біохімічний аналіз крові: цукор - 4,2 ммоль/л, білірубін - 16,93 мкмоль/л, загальний білок - 64 г/л, сечовина - 35,5 ммоль/л, креатинін - 0,720 ммоль/л, кальцій - 1,94 ммоль/л, калій - 6,25 ммоль/л, магній - 1,51 ммоль/л, натрій - 144 ммоль/л, АсАТ - 0,390 мкмоль/л, АлАТ - 0,440 мкмоль/л.

Проба за Зимницьким: денний діурез - 850 мл, нічний - 1240 мл, коливання відносної густини сечі - 1,003-1,007. Проба за Ребергом-Тарєєвим: хвилинний діурез - 0,8 мл/хв, клубочкова фільтрація - 34 мл/хв, канальцева реабсорбція - 96,5%.

1. Визначте провідні клінічні синдроми:

- А. Синдроми ураження шлунково-кишкового тракту й ендогенної інтоксикації.
- Б. Синдроми аритмії й ураження центральної нервової системи.
- В. Синдроми гіпертензивного серця й ендогенної інтоксикації.
- Г. Синдром ураження печінки і набряковий синдром.
- Д. Синдроми ураження центральної нервової системи і шлунково-кишкового тракту.

2. Дайте оцінку загальних аналізів крові та сечі:

- А. Лейкопенія, лімфоцитоз, протеїнурія, макрогематурія, циліндрурія.
- Б. Лейкоцитоз, збільшення ШОЕ, протеїнурія, лейкоцитурія, макрогематурія, циліндрурія.
- В. Гіпохромна анемія, збільшення ШОЕ, протеїнурія, мікрогематурія, циліндрурія.
- Г. Лімфоцитоз, гіпохромна анемія, збільшення ШОЕ, протеїнурія, лейкоцитурія, циліндрурія.
- Д. Лімфоцитопенія, моноцитоз, збільшення ШОЕ, лейкоцитурія, протеїнурія, мікрогематурія.

3. Оцініть стан електролітного обміну за результатами біохімічного дослідження крові.

- А. Гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпомагніємія.
- Б. Гіпокаліємія, гіпокальціємія, гіпермагніємія.
- В. Гіперкаліємія, гіперкальціємія, гіпермагніємія.
- Г. Гіперкаліємія, гіпокальціємія, гіпермагніємія.
- Д. Гіпернатріємія, гіперкальціємія, гіпермагніємія.

4. Оцініть результати проби за Зимницьким:

- А. Гіпостенурія.
- Б. Ніктурія, гіпостенурія.
- В. Ізостенурія.
- Г. Гіпо-, ізостенурія.
- Д. Гіпо-, ізостенурія, ніктурія.

5. Інтерпретуйте результати проби за Ребергом-Тарєєвим:

- А. Зниження хвилинного діурезу і канальцевої реабсорбції.
- Б. Збільшення клубочкової фільтрації і зниження канальцевої реабсорбції.
- В. Зниження клубочкової фільтрації і збільшення канальцевої реабсорбції.

Г. Збільшення всіх показників.

Д. Зниження всіх показників.

6. Визначте функціональний стан нирок:

А. Функція нирок не порушена.

Б. Порушена концентраційна функція нирок.

В. Хронічна ниркова недостатність.

Г. Порушена азотовидільна функція нирок.

Д. Порушена фільтраційна функція нирок.

7. Встановіть найбільш імовірний діагноз:

А. Гіпертонічна хвороба.

Б. Амілоїдоз нирок.

В. Хронічний гломерулонефрит.

Г. Хронічний активний гепатит.

Д. Хронічний пієлонефрит.

8. Визначте основні принципи лікування пацієнта:

А. Дієта з високим вмістом білка, гіпотензивні засоби, серцеві глікозиди, ентеросорбенти, препарати заліза, кальцію, бікарбонат натрію.

Б. Дієта з низьким вмістом білка, гіпотензивні засоби, периферійні вазодилататори, петлеві діуретики, ентеросорбенти, препарати кальцію, заліза, бікарбонат натрію.

В. Стіл № 15, серцеві глікозиди, препарати калію, гіпотензивні засоби, ентеросорбенти, петлеві діуретики, препарати заліза, бікарбонат натрію.

Г. Стіл № 15, калійзберігаючі діуретики, гіпотензивні засоби, периферійні вазодилататори, ентеросорбенти, препарати кальцію, заліза, бікарбонат натрію.

Д. Стіл № 15, гіпотензивні засоби, тiazидні діуретики, нітрати, ентеросорбенти, препарати кальцію, заліза, переливання крові.

Правильні відповіді до завдання 1: 1. – В 2. – В 3. – Г 4. – Д 5. – Д 6. – В 7. – В 8. - Б

Завдання 2

Хворий 69 років скаржиться на головний біль, нудоту, сухість у роті, спрагу. Об'єктивно: шкіра бліда, АТ 210/130 мм рт.ст., симптом Пастернацького позитивний зліва. Аналіз крові: ер. $2,4 \times 10^{12}/л$; л. $10,5 \times 10^9/л$; ШОЕ 24 мм/год; креатинін крові 0,47 ммоль/л. ШКФ 60 мл/хв.. Аналіз сечі: відносна густина 1008; білок 1,65 г/л; л. 30-40 у полі зору; циліндри гіалінові 5-6 у полі зору. Установіть діагноз:

А. Хронічний гломерулонефрит, ХХН I стадії.

Б. Хронічний пієлонефрит, ХХН III стадії.

В. Хронічний пієлонефрит, ХХН II стадії.

Г. Амілоїдоз нирок, ХХН III стадії.

Д. Хронічний гломерулонефрит, ХХН II стадії.

Завдання 3

Хворий 46 років скаржиться на підвищену втомлюваність, періодичний головний біль, загальну слабкість. Об'єктивно: пульс 88 за 1 хв, АТ 140/80 мм рт.ст., набряки на гомілках. Аналіз крові: креатинін 0,3 мкмоль/л; сечовина 9,0 ммоль/л; клубочкова фільтрація 50 мл/хв. Яке захворювання можна запідозрити?

А. ХСН III стадії.

В. ХХН I стадії.

Д. ХХН III стадії.

Б. ХСН IIБ стадії.

Г. ХХН II стадії.

Завдання 4

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

А. Програмного гемодіалізу

Г. Гіпонатрієвої і гіпокалієвої дієти.

Б. Дієти зі зменшенням кількості білка.

Д. Антигіпертензивної терапії.

В. Сечогінної терапії.

Завдання 5

У хворого із прогресивним нефритом і хронічною нирковою недостатністю з'явилася легенева кровотеча. Найбільш імовірний діагноз?

А. Набряк легень.

Б. Системний червоний вовчак із ураженням легень.

В. Бронхоектази та амілоїдоз нирок.

Г. Синдром Гудпасчера.

Д. Інфаркт легені.

Правильні відповіді: 2. – В 3. – В 4. – А 5. – Г

Технологічна карта проведення заняття

	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 хронічною хворобою нирок	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 30. Ведення пацієнта з анемією

Кількість годин – 4.

Актуальність теми. Дефіцит заліза – найбільш поширений і розповсюджений вид нестачі поживних речовин навіть на території розвинених країн, що вражає близько 2 млрд людей в усьому світі. Дефіцит заліза з або без супутньої ЗДА пов'язаний з хронічними захворюваннями, такими як рак (43% серед різних пухлин), запальні захворювання кишечника (45%), хронічна серцева недостатність (43-100%) та інші запальні хронічні захворювання.

Мегалобластні анемії – це група анемії, що розвиваються в результаті порушення синтезу ДНК та РНК. Розвиток захворюваності припадає переважно на вік 60-70 років. У віці 30-40 років захворювання трапляється з частотою 1 випадок на 5000 чоловік, у віці 60-70 років – 1 на 200 чоловік. Серед населення країн Європи частота В12-дефіцитної анемії складає 0,1 %, а серед людей похилого віку – 1 %. Клінічна картина характеризується ураженням трьох систем: травної, кровотворної, нервової.

Поширеність анемії у здорових людей залежить від концентрації Нb, яка вибрана для нижньої межі нормальних значень. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) вибрала 12,5 г/дл як для дорослих чоловіків, так і для жінок, у США 13,5 г / дл для чоловіків та 12,5 г / дл для жінок. Використовуючи ці значення, приблизно 4% чоловіків та 8% жінок мають значення нижчі за вказані. Ця різниця значно більша у дітородний вік через вагітність та менструацію.

У країнах, що розвиваються поширеність анемії в 2–5 разів більша, ніж у США. Хоча географічні захворювання, такі як серповидноклітинна анемія, таласемія, малярія, анкилостомоз та хронічні інфекції є відповідальними за частку збільшення анемії серед населення, харчові фактори, що пов'язані з дефіцитом заліза та фолієвої кислоти відіграють головну роль у збільшенні поширеність анемії. Популяції з невеликим вмістом м'яса в раціоні мають високу частоту розвитку залізодефіцитної анемії, оскільки гемове залізо краще засвоюється з їжею, ніж неорганічне залізо. За даними багатьох досліджень, навіть легка анемія незалежно пов'язана зі збільшенням смертності та тривалості перебування у лікарні.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з анемією.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві захворюванням, перебіг яких супроводжується дефіцитом заліза, ціанокобаламіну, фолієвої кислоти.
2. Скласти програму обстеження хворого на анемію.
3. Проводити диференціальну діагностику анемії різної етіології.
4. Поставити попередній діагноз.

11. Залізодефіцитна анемія є:

- А. Нормохромною, нормоцитарною, нормо регенераторною.
- Б. Гіперхромною, макроцитарною, нормрегенераторною.
- В. Гіпохромною, мікроцитарною, гіперрегенераторною.
- Г. Гіпохромною, макроцитарною, норморегенераторною.
- Д. Гіпохромною, мікроцитарною, гіпорегенераторною.

12. Причинами виникнення В12–дефіцитної анемії є наступні, крім:

- А. Аліментарна недостатність.
- Б. Атрофічний гастрит, антитіла до парієтальних клітин та внутрішнього фактора Кастла.
- В. Резекція клубової кишки, хронічний панкреатит, гепатит, цироз.
- Г. Дизбактеріоз, інвазія широким ціп'яком.
- Д. Крововтрата.

13. Кістковий мозок при В12–дефіцитній анемії набуває синього забарвлення у зв'язку із:

- А. Збільшенням вмісту оксифільних нормоцитів.
- Б. Збільшенням вмісту базофільних та поліхроматофільних нормоцитів.
- В. Збільшенням вмісту еритробластів.
- Г. Зменшенням вмісту базофільних нормоцитів.
- Д. Збільшенням вмісту кістково-мозкових ретикулоцитів.

14. Для фолієво–дефіцитної анемії характерно все, крім:

- А. Відсутність неврологічних та гастроінтестинальних розладів.
- Б. Підвищення вмісту гомоцистеїну в крові.
- В. Підвищена екскреція метилмалонової кислоти з сечею.
- Г. Переважне виникнення у вагітних, осіб, які зловживають алкоголем та приймають протисудомні препарати.
- Д. Порушення синтезу ДНК в клітинах кісткового мозку.

15. Анемія, що не призводить до панцитопенії:

- А. Залізодефіцитна анемія.
- Б. Фолієводефіцитна анемія.
- В. Апластична анемія.
- Г. В12 – дефіцитну анемія.

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

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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.
7. 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. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Prystupa_hematolohiia.pdf

8. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. – 1st ed. – University of Alberta, 2018. – 302 p. – URL: <https://openeducationalberta.ca/mlsci/>

9. Vynnychenko, L. B. Internal Medicine: Hematology: study guide / L. B. Vynnychenko, L. N. Prystupa, O. M. Chernatska ; under the editorship of V.F. Orlovsky, N.V. Demikhova. – Sumy : Sumy State University, 2019. – 136 p. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Vynnychenko_Hematology.pdf

Додаткова 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 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.

4. 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.

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

6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.

9. Тестові завдання "Крок-2" з гематології: збірник тестових завдань з дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів 6-го курсу медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / Доценко С. Я., Самура Б.Б., Чорна І. В. [та ін.]. – Запоріжжя, 2021. – 69 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Залізодефіцитна анемія». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151102_0709.html

2. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

3. Відкритий освітній ресурс Ependium. Режим доступу: <https://ependium.com/ua/>

4. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Класифікація анемій.
2. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з залізодефіцитною анемією.
3. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з анемією хронічного запалення.
4. Диференціальний діагноз мікроцитарних анемій.
5. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з В12 дефіцитних анемій.
6. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з фолієво дефіцитних анемій.
7. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з спадковими гемолітичними анеміями.
8. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з набутими гемолітичними анеміями.
9. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з апластичною анемією.
10. Диференціальний діагноз нормоцитарних анемій.

Вирішіть декілька завдань-моделей Завдання 1

Хворий скаржиться на слабкість, відсутність апетиту, болі і печіння в язичку, оніміння дистальних відділів кінцівок, поноси. Об'єктивно: шкіра бліда з лимонно-жовтим відтінком, обличчя одутле з темною пігментацією у вигляді "метелика", на язичку яскраво-червоні ділянки. Печінка на 3 см нижче краю реберної дуги, м'яка. В аналізі крові: НЬ - 90г/л, Ер - $2,2 \times 10^{12}$ /л, КП - 1,2; Л - $3,8 \times 10^9$ /л, Тр - $180,0 \times 10^9$ /л; е - 0 %; п/я - 1 %; с/я - 58 %; л - 38 %; м - 3 %; макроцитоз. ШОЕ - 28 мм/год. Якому діагнозу відповідає дана клінічна картина?

- А. Залізодефіцитна анемія.
- Б. В12-дефіцитна анемія.
- В. Апластична анемія.

- Г. Гострий еритромієлоз.
- Д. Хронічна наднирникова недостатність.

Завдання 2

Жінка 39 років, протягом 4-х місяців відмічає слабкість, запаморочення, задишку, м'язову слабкість, бажання їсти крейду. В анамнезі: фіброміома матки, маткові кровотечі. В аналізі крові: НЬ - 80г/л, Ер - $3,3 \times 10^{12}$ /л, КП - 0,7, ШЗЕ - 28 мм/год., анізоцитоз, пойкилоцитоз, сироваткове залізо - 5,3 мкмоль/л. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Залізодефіцитна анемія.
- Б. Гемолітична анемія.
- В. В12-дефіцитна анемія.

- Г. Гіпопластична анемія.
- Д. Таласемія.

Завдання 3

Хворий на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки звернувся зі скаргами на слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні, бажання їсти крейду. Об'єктивно: блідий, трофічні зміни шкіри. В аналізі крові: НЬ - 90 г/л; Ер - $3,3 \times 10^{12}$ /л; КП - 0,75, ретикулоцити - 0,6 %, залізо сироватки крові - 5,6 мкмоль/л. Яке ускладнення розвинулося у хворого?

- А. Апластична анемія.
- Б. Гемолітична анемія.
- В. Еритремія.

- Г. Залізодефіцитна анемія.
- Д. В12-фолієводефіцитна анемія.

Завдання 4

Хвора 64-х років скаржиться на загальну слабкість, шум у голові, захриплість голосу. Об'єктивно: блідість з жовтяничним відтінком, язик червоний зі згладженими сосочками, асиметрія тактильної і больової чутливості. Пульс - 120/хв., артеріальний тиск - 80/50 мм рт.ст. Пальпується селезінка. У крові: НЬ-58 г/л, еритроцити - $1,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити - $2,8 \times 10^9$ /л, тромбоцити - 140×10^9 /л, швидкість осідання еритроцитів - 17 мм/год, анізоцитоз, пойкилоцитоз - виражені (++)). Яке дослідження буде вирішальним у з'ясуванні генезу анемії?

- А. Непряма проба Кумбса.
- Б. Пряма проба Кумбса.
- В. Фіброгастроскопія.

- Г. Люмбальна пункція.
- Д. Стернальна пункція.

Завдання 5

38-річна жінка, яка страждає на менорагії, скаржиться на мерехтіння "мушок" перед очима, запаморочення, сухість шкіри, ламкість нігтів, випадіння волосся. При обстеженні: блідість шкіри та слизових оболонок. Пульс - 100/хв., ритмічний. Печінка та селезінка не збільшені. НЬ - 90 г/л, Ер - $3,3 \times 10^{12}$ /л, КП - 0,7, ретикулоцити - 0,8 %, Л - $4,8 \times 10^9$ /л, е - 2 %, п/я - 3 %, с/я - 62 %, л - 25 %, м - 10 %, гіпохромія еритроцитів, мікроцитоз, сироваткове залізо - 4,2 мкмоль/л. Який діагноз є найбільш імовірним?

- А. Гіпопластична анемія.
- Б. Сидероахрестична анемія.
- В. В12-дефіцитна анемія.

- Г. Таласемія.
- Д. Залізодефіцитна анемія.

Завдання 6

Пацієнтка 40-ка років хворіє на фіброміому матки. Протягом останніх 10 років зазначає тривалі рясні менструації. Скарги на слабкість, серцебиття, задишку під час фізичного навантаження, зниження працездатності. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, спостерігаються ламкість нігтів, зниження сили м'язів, атрофія сосочків язика. Частота серцевих скорочень - 96/хв. Систолічний шум на верхівці серця. Еритроцити - $2,6 \times 10^{12}$ /л, НЬ- 70 г/л, КП- 0,7, ретикулоцити - 1,2, лейкоцити - $4,6 \times 10^9$ /л, тромбоцити - 170×10^9 /л. Яке захворювання може бути у пацієнтки?

- А. Фолієводефіцитна анемія.

- Г. Набута гемолітична анемія.

- Б. Хронічна постгеморагічна анемія.
В. Природжена гемолітична анемія.

Д. Таласемія.

Завдання 7

Жінка 54 років, скаржиться на слабкість, втомлюваність, серцебиття при ході, задишку. Об'єктивно: хитка хода, шкіра бліда. Пульс - 105 на хв., систолічний шум на верхівці. Язик яскраво-червоний, печінка +3 см. В аналізі крові: НЬ - 81 г/л; Ер - $1,8 \times 10^{12}/л$; КП - 1,3; Л - $3,2 \times 10^9/л$, макроцитоз, Тр - $140,0 \times 10^9/л$; полісегментоядерні нейтрофіли. Загальний білірубін - 47,6 мкмоль/л, переважно за рахунок непрямого. Яка патологія обумовлює дану клінічну картину?

- А. В 12-фолієводефіцитна анемія. Г. Гемолітична анемія.
Б. Гіпопластична анемія. Д. Метапластична анемія.
В. Залізодефіцитна анемія.

Завдання 8

У хворої 45-ти років з мегалобластною анемією при ендоскопічному дослідженні з біопсією слизової оболонки шлунка виявлені атрофічні ділянки дифузного характеру в фундальній частині шлунка. Який провідний механізм розвитку даного захворювання?

- А. Н. рylori - інфекція.
Б. Променеве ураження.
В. Хімічне ураження.
Г. Аутоімунний (антитіла до обкладочних клітин).
Д. Застосування НПЗП.

Завдання 9

Хвора 22-х років, зниженого харчування, вегетаріанка, звернулася до поліклініки зі скаргами на спотворення нюху, смаку, "заїди" у кутах роти. Об'єктивно: виражена голубизна склер. Був встановлений діагноз: залізодефіцитна анемія. Який клінічний синдром має перевагу?

- А. Сидеропенічний. Г. Гемолітичний.
Б. Анемічний. Д. Мієлодиспластичний.
В. Гемологічний.

Завдання 10

Жінка 60-ти років скаржиться на загальну слабкість, почуття тягаря, тиснення, переповнення в епігастрії, нудоту, відрижку після їжі. Хворіє біля 15-ти років. Об'єктивно: температура - $36,4^{\circ}C$, ЧД - 20/хв, Рс - 88/хв, АТ - 115/75 мм рт.ст. Шкіра та слизові бліді. У крові: ер - $2,0 \times 10^{12}/л$, НЬ - 100 г/л. Виявлені антитіла до обкладочних клітин шлунка. Яка найбільш імовірна причина розвитку анемічного синдрому в даної хворої?

- А. Продукція антитіл до внутрішнього фактору.
Б. Порушення синтезу гемоглобіну.
В. Порушення синтезу еритропоетину.
Г. Порушення всмоктування заліза.
Д. Підвищена витрата заліза.

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

Технологічна карта проведення заняття

	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 анемією	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 31. Ведення хворого з лейкемоїдною реакцією та лейкемією

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Лейкемія (від грец. *λευκός* - білий) – злоякісне захворювання системи крові, яке характеризується переважанням процесів розмноження клітин кісткового мозку, а іноді появою патологічних вогнищ кровотворення у інших органах. Причиною лейкемії, як правило, являється хромосомна аберація. Захворюваність на всі види лейкемії складає приблизно 13 випадків на 100 000 населення на рік, чоловіки хворіють частіше.

Лейкемії поділяють на гострі і хронічні залежно від того, що є субстратом пухлинного росту і наскільки лейкозні клітини зберегли здатність диференціюватися до зрілих. Гострою лімфоїдною лейкемією хворіють переважно діти і молоді дорослі, у той час як гострою і хронічною мієлоїдною лейкемією – люди старшого віку. Гострі лейкемії складають приблизно 1/3 від гемобластозів. Показник захворюваності у Європі коливається від 3 до 5 випадків на 100 000 населення. При цьому відмічається два піка захворюваності: у віці 3-4 і 60-69 років.

При гострій лейкемії основним субстратом пухлин є областні клітини (II, III, IV) класів гемопоезу, що втратили здатність до дозрівання, при хронічній - дозріваючі незрілі клітини, оскільки основна маса лейкозних клітин диференціюється до зрілих форм. За морфологічними і цитохімічними особливостями розрізняють мієло-, лімфо-, моно-, мегакаріобластні гострі лейкемії, еритромієлоз і недиференційовані форми (походять з клітин II і III класів кровотворення, які морфологічно не ідентифікуються). Хронічні лейкемії поділяють на мієло-, лімфолейкемію, моноцитарний, мегакаріоцитарний, хронічний еритромієлоз.

Середній вік при постановці діагнозу гостра лімфобластна лейкемія (ГЛЛ) становить 17 років. У дорослих ГЛЛ зустрічається рідше, ніж гостра мієлоїдна лейкемія (ГМЛ), 5-річна виживаність становить 68,6%. Поширеність ГМЛ зростає з віком і середній вік початку захворювання становить приблизно 70 років. Захворюваність на хронічну лімфоцитарну лейкемію (ХЛЛ) невідома. ХЛЛ надзвичайно рідко трапляється в азіатських країнах (в Китаї, Японії), де, за оцінками, вона складає лише 10% усіх лейкемії. Частота ХЛЛ є більшою серед білих, ніж у чорношкірих. Співвідношенні чоловіків та жінок 1,7: 1. Середній вік захворювання - 72 роки. На хронічну мієлоїдну лейкемію (ХМЛ) припадає 20% усіх лейкемії, що вражають дорослих. Лейкемоїдні реакції – це патологічні реактивні стани кровотворення, при яких картина крові подібна до змін крові при лейкеміях та інших системних захворюваннях пухлинної природи.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з лейкемією та лейкемоїдною реакцією.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві лейкеміям та лейкемоїдним реакціям.
2. Скласти програму обстеження хворого з підозрою на лейкемію.
3. Проводити диференціальну діагностику лейкемії та лейкемоїдних реакцій.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при лейкеміях.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим гемобластозам.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів, що використовуються в гематологічній практиці при лікуванні лейкемії.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. При першій стадії хронічної лімфолейкемії цитостатична терапія проводиться:

- А. Циклофосфаном.
- Б. Вінкристином.
- В. Преднізолоном.

Г. Цитостатики не застосовуються на цій стадії.

2. Для лейкемоїдних реакцій характерно все, крім:

- А. Кістковий мозок не вражений.
- Б. Зворотній розвиток при ліквідації етіологічного фактору.
- В. Не потребує цитостатичної терапії.
- Г. Злоякісний перебіг.

3. Етіологічними факторами виникнення гемобластозів є:

- А. Іонізуюче випромінювання, хімічні мутагени, віруси, генетичні чинники.
- Б. Хімічні, фізичні та біологічні мутагени.
- В. Харчові отруєння, вроджені аномалії.
- Г. Віруси, бактерії та гриби.

4. Виберіть послідовність терапії гострих лейкемій:

- А. Індукція, консолідація, підтримуюча терапія.
- Б. Консолідація, підтримуюча терапія, індукція.
- В. Підтримуюча терапія, індукція, консолідація.
- Г. Індукція, підтримуюча терапія, консолідація.

5. Частими ускладненнями хронічної лімфолейкемії є:

- А. Парези.
- Б. Бактеріальні інфекції.
- В. Гемартрози.
- Г. Паралічі.

6. В мієлограмі хворих на хронічну лімфолейкемію спостерігається:

- А. Мієлограма без змін.
- Б. Бластна інфільтрація.
- В. Гіперплазія зрілих лімфоцитів.
- Г. Гіперплазія всіх ростків.

7. При якому виді лейкемії виявляють клітини Боткіна-Гумпрехта:

- А. Хронічна мієлолейкемія.
- Б. Хронічна лімфолейкемія.
- В. Еритремія.
- Г. Гостра лейкемія.

8. До яких захворювань відносять лейкемоїдні реакції?

- А. Гемобластозів.
- Б. Лімфом.
- В. Інфекційно-запальних.
- Г. До функціональних станів кровотворного апарату.
- Д. Алергозів.

9. Яка лейкемоїдна реакція спостерігається при лікуванні кортикостероїдними гормонами?

- А. Лейкемоїдна реакція лімфоцитарного типу.
- Б. Не спостерігається.
- В. Нейтрофільна реакція з незначним помолодшанням.
- Г. Нейтрофільоз, зсув до метамієлоцитів.

10. Який тип лейкемоїдної реакції при інфаркті міокарда трапляється найчастіше?

- А. Лімфоцитарний.
- Б. Моноцитарний.
- В. Мієлоїдний.
- Г. Нейтрофільна лейкемоїдна реакція.
- Д. Псевдобластна реакція.

11. Яка найчастіша лейкемоїдна реакція трапляється при пароксизмальній тахікардії?

- А. Лімфоцитарно-моноцитарна.
- Б. Еозинофільний тип.
- В. Лейкоцитоз з нейтрофільозом.
- Г. Лейкопенія, еозинофілія.

12. Яка картина крові спостерігається при лейкемоїдній реакції еозинофільного типу?

- А. Лейкоцитоз з еозинофілією.
- Б. Підвищений відсоток еозинофілів.
- В. Анеозинофілія.
- Г. Лейкоцитоз, еозинофілія, бластемія.

13. Основними критеріями для діагностики гострої лейкемії є:

- А. Лейкоцитоз.
- Б. Анемія, нейтрофільоз.
- В. Бластемія, нейтрофільоз.
- Г. Наявність більше 20% бластів у кістковому мозку.
- Д. Тромбоцитопенія.

14. Яка основна ознака алейкемічної форми гострої лейкемії?

- А. Нейтрофіліоз.
- Б. Анемія, тромбоцитопенія.
- В. Міелоцити, метаміелоцити.
- Г. Еозинофілія.
- Д. Відсутність бластів в периферичній крові, лімфоцитоз.

15. При якій формі гострої лейкемії найчастіше трапляється збільшення лімфовузлів та селезінки?

- А. Мієлобластному.
- Б. Промієлоцитарному.
- В. Межобластному.
- Г. Лімфобластному.
- Д. Еритромієлозі.

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

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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.
7. 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. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Prystupa_hematolohiia.pdf
8. Vynnychenko, L. B. Internal Medicine: Hematology: study guide / L. B. Vynnychenko, L. N. Prystupa, O. M. Chernatska ; under the editorship of V.F. Orlovsky, N.V. Demikhova. – Sumy : Sumy State University, 2019. – 136 p. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Vynnychenko_Hematology.pdf
9. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. – 1st ed. – University of Alberta, 2018. – 302 p. – URL: <https://openeducationalberta.ca/mlsci/>

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 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. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

8. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

9. Тестові завдання "Крок-2" з гематології: збірник тестових завдань з дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів 6-го курсу медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / Доценко С. Я., Самура Б.Б., Чорна І. В. [та ін.]. – Запоріжжя, 2021. – 69 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України від 12.05.2016 № 439 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Хронічний лімфоїдний лейкоз». Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_439_HLL/2016_439_YKPMO_HLL.pdf

2. Відкритий освітній ресурс ОСВ СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

3. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

4. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення, основні причини лейкоїдних та лейкоїдних реакцій.
2. Класифікація гемобластозів та лейкоїдних реакцій.
3. Особливості клініки, діагностики лейкоїдних реакцій та лейкоїдних.
4. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з ГЛЛ.
5. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з ГМЛ.
6. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з ХЛЛ.
7. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з ХМЛ.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 20 років госпіталізований в тяжкому стані. Скаржиться на біль у горлі, кровотечі з ясен, підвищення температури до 38,5°C, слабкість, біль у кістках. В аналізі крові: НЬ - 56 г/л, Ер - $2,2 \times 10^{12}/л$, Л - $16,0 \times 10^9/л$, бластні клітини - 50 %, п/я - 2 %, с/я - 28 %, л - 12 %, м - 8 %, КП - 0,8, ретикулоцити - 0,1 %, Тр - $76,0 \times 10^9/л$, ШОЕ - 38 мм/год. Яке захворювання розвинулось у хворого?

А. Хронічна лімфолейкемія.

Г. Гостра лейкоїдність.

Б. Гіпопластична анемія.

Д. Агранулоцитоз.

В. Лейкоїдна реакція.

Завдання 2

Хвора Н., 53 років, скаржиться на слабкість, відсутність апетиту, зниження ваги. Об'єктивно: збільшення лімфовузлів шиї, печінки. В аналізі крові: НЬ – 110 г/л, Ер - $3,8 \times 10^{12}/л$, Л - $60,0 \times 10^9/л$, ШОЕ - 12 мм/год., баз - 0 %, е - 1 %, п/я - 2 %, с/я - 15 %, л - 80 %, м - 2 %, тині Боткіна - Гумпрехта. Який діагноз найбільш вірогідно має місце у хворої?

А. Лімфома Ходжкіна.

Г. Хронічна мієлолейкемія.

Б. Гостра лейкоїдність.

Д. Туберкульоз лімфовузлів.

В. Хронічна лімфолейкемія.

Завдання 3

Хвора 49 років, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, загальну слабкість, швидку втомлюваність, схуднення. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки помірно бліді, чисті, периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс - 92/хв., ритмічний. Печінка +4 см, безболісна, щільна, нижній край селезінки +7 см. В аналізі крові: НЬ - 90 г/л, Ер - $3,0 \times 10^{12}/л$, КП - 0,9, Л - $140,0 \times 10^9/л$, промієлоцити - 10 %, мієлоцити - 13 %, юні - 11 %, п/я - 28 %, с/я - 22 %, е - 5 %, баз - 4 %, л - 4 %, м - 3 %, Тр - $345,0 \times 10^9/л$. ШОЕ - 38 мм/год. Яка патологія найбільш вірогідно зумовлює таку картину?

А. Лейкоїдна реакція.

Г. Цироз печінки.

- Б. Хронічна мієлолейкемія.
- В. Синдром Бадда – Кіарі.

Д. Хронічна лімфолейкемія.

Завдання 4

При обстеженні хворого 64 років у нього виявлено збільшення шийних, пахвових і пахвинних лімфовузлів, печінка на 3 см нижче реберної дуги, збільшена селезінка. В аналізі крові: Ер - $3,7 \times 10^{12}/л$, НЬ - 120 г/л, Л - $30,0 \times 10^9/л$, е-2%, п/я- 1%, с/я-13%, л - 80 %, м - 4 %, ШОЕ - 20 мм/год. Який попередній діагноз можна поставити хворому?

- А. Хронічна лімфолейкемія.
- Б. Рак печінки.
- В. Цироз печінки.

- Г. Туберкульозний лімфаденіт.
- Д. Лімфома Ходжкіна.

Завдання 5

Чоловік 23 років, захворів гостро, протягом тижня температура була 39-40°C, слабкість, пітливість, запаморочення, носові та ясенні кровотечі, крововиливи на шкірі тулуба. В аналізі крові: НЬ - 72 г/л, Ер - $2,3 \times 10^{12}/л$, Л - $7,6 \times 10^9/л$, бластні клітини - 86 %, с/я - 5 %, л - 9 %, ШОЕ - 23 мм/год. Який з діагнозів найбільш імовірний?

- А. Геморагічний васкуліт.
- Б. Сепсис.
- В. Агранулоцитоз.

- Г. Гостра лейкемія.
- Д. Кандидоз ротової порожнини.

Завдання 6

Хвора 18-ти років звернулася до лікаря у зв'язку з вираженою слабкістю, лихоманкою, прогресивним схудненням, запамороченням. Об'єктивно: при зрості 165 см, вага - 40 кг, шкіра бліда з жовтуватим відтінком, суха, лущиться. В крові: еритроцити - $1,8 \times 10^{12}/л$, НЬ - 85 г/л, лейкоцити - $500 \times 10^9/л$, формула: мієлобласти - 78 %, нейтр.- 15 %, лімф.- 7 %. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Хронічна лімфоцитарна лейкемія.
- Б. Сепсис.
- В. Гостра лімфобластна лейкемія.

- Г. Гостра мієлобластна лейкемія.
- Д. Леймоїдна реакція.

Завдання 7

У хворого на профогляді виявлено збільшення селезінки, підтверджене УЗД. При обстеженні в аналізі крові: еритроцити $4,5 \times 10^{12}$, Нв - 121 г/л, тромбоцити - $389 \times 10^9/л$, лейкоцити $53 \times 10^9/л$, базофіли - 4 %, еозинофіли - 6 %, мієлобласти - 1 %, промієлоцити - 12 %, мієлоцити - 13 %, юні - 11 %, паличкоядерні - 23 %, сегментоядерні - 21 %, лімфоцити - 8 %, моноцити - 1 %. Яке захворювання слід запідозрити?

- А. Хронічний мієлолейкоз.
- Б. Інфаркт селезінки.
- В. Хронічний лімфолейкоз.

- Г. Рефлекторна спленомегалія.
- Д. Гострий гепатит.

Завдання 8

У хворого виявлене системне збільшення лімфовузлів, гепатолієнальний синдром. В аналізі крові: ер - $2,4 \times 10^{12}/л$, Нв - 58 г/л, КП - 0,8, ретикулоцити - 1%, лейкоцити - $156 \times 10^9/л$, лімфоцити - 87 %, паличкоядерні - 1 %, сегментоядерні - 7 %, моноцити - 5 %, тромбоцити $145 \times 10^9/л$, ШОЕ - 55 мм/год. Яке захворювання можна запідозрити по клініко-лабораторним показникам?

- А. Хронічна мієлолейкемія.
- Б. Апластична анемія.
- В. Хронічна лімфолейкемія.

- Г. Агранулоцитоз.
- Д. В12 дефіцитна анемія.

Завдання 9

У пацієнта на тлі "ангіни" з'явився біль в трубчатих кістках. При обстеженні виявлене генералізоване збільшення лімфовузлів, гепато-лієнальний синдром, стерналгія. В ан. крові: ер $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв - 87 г/л, тромбоцити $45 \times 10^9/л$, лейкоцити - $13 \times 10^9/л$, бласти 87 %, паличкоядерні 1 %, сегментоядерні 7 %, лімфоцити 5 %, ШОЕ - 55 мм/год. Ваш діагноз?

- А. Гостра лейкемія.
- Б. Еритремія.
- В. Хронічна лімфоцитарна лейкемія.

- Г. Хронічно мієлоїдна лейкемія.
- Д. Мієломна хвороба.

Завдання 10

У хворого виявлене системне збільшення лімфовузлів, гепатолієнальний синдром. В аналізі крові: ер - $2,4 \times 10^{12}/л$, Нв - 58 г/л, КП - 0,8, ретикулоцити - 1%, лейкоцити - $156 \times 10^9/л$, лімфоцити - 87 %, паличкоядерні - 1 %, сегментоядерні - 7 %, моноцити - 5 %, тромбоцити $145 \times 10^9/л$, ШОЕ - 55 мм/год. Яка стадія хронічної ліфоцитарної лейкемії?

А. I стадія

Г. IV стадія

Б. II стадія

Д. 0 стадія

В. III стадія

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

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Час, хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих з лейкеміями	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Підведення підсумків	25	Контрольні завдання		Навчальна кімната

Тема 32. Ведення хворого з геморагічним синдромом

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Системні васкуліти (СВ) – це група патологічних станів, при яких уражаються судини організму. Найявні ознаки запалення стінки судин (в основному інтими), утворення тромбів, вторинної оклюзії, порушення кровотоку, а також відбуваються вторинні зміни в органах і системах, клінічні прояви яких залежать від локалізації та калібру уражених судин. СВ характеризуються запальноклітинною інфільтрацією та некрозом судинної стінки, що призводить до порушення кровотоку та інколи цілості судин. СВ притаманний рецидивний перебіг зі схильністю до загострень, причому симптоми залежать від калібру та локалізації уражених судин. СВ спостерігається рідко – 43 випадки на 1 млн населення. Однак тяжкість цих захворювань у клінічній практиці часто недооцінюється. Відома тільки дія інфекційних агентів, гіперчутли-вість до антибіотиків, антивірусних, протитуберкульозних засобів та імуногенетична схильність. СВ належать до найтяжчих форм хронічної патології людини, їхніми ускладненнями є ниркова недостатність, легеневі кровотечі, коронарит (інфаркт міокарда), некроз шкіри, гангрена кінцівок, неврологічні порушення. Дворічна виживаність нелікованих хворих на системні васкуліти не перевищує 10%. На тлі застосування глюкокортикоїдів і цитостатиків 5-річна виживаність при системних некротичних васкулітах коливається в межах 60-80%, при хворобі Такаюсу – 80-90%, найвищою вона є для васкуліту Шенляйна-Геноха та гігантоклітинного артериту – 95-100%. Для всіх СВ первинна профілактика не розроблена, а вторинна полягає в запобіганні загостренням і ускладненням шляхом моніторингу активності хвороби і проведення довготривалої адекватної терапії. Оскільки причини виникнення СВ до кінця не з'ясовані, то їх вивчення на сьогодні актуальне і є запорукою успіху в етіологічному лікуванні хворих.

Загальна мета – уміти проводити диференціальну діагностику геморагічного синдрому при СВ, визначати тактику ведення хворого.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується геморагічним синдромом.
2. Скласти план обстеження.
3. Проводити диференціальну діагностику васкулітів.

4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику ведення хворого з урахуванням етіопатогенетичних чинників геморагічних проявів.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих з геморагічним синдромом.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки ревматичних захворювань.
4. Тракувати прямі і побічні дії базисних та симптомомодулюючих препаратів. Використовувати фізіотерапевтичні методи та дієтичні рекомендації в лікуванні хворих з ревматичними захворюваннями, що супроводжуються геморагічним синдромом.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. До системних васкулітів відносять всі нижчеперелічені хвороби, крім:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------|
| А. Неспецифічного аорто артеріїту. | Г. Періодичної хвороби. |
| Б. Геморагічного васкуліту. | Д. Синдрому Бехчета. |
| В. Синдрому Гудпасчера. | |

2. Основним представником системних васкулітів є:

- | | |
|------------------------------|--|
| А. Облітеруючий тромбангіт. | Г. Гігантсклітинний темпоральний артеріїт. |
| Б. Вузликаний полі артеріїт. | Д. Гранулематоз Вегенера. |
| В. Змішана кріоглобулінемія. | |

3. Ураження серцево-судинної системи при вузликовому періартеріїті може охоплювати:

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| А. Артеріальну гіпертензію. | Г. Міокардит. |
| Б. Коронарну недостатність. | Д. Все перелічене. |
| В. Перикардит. | |

4. При вузликовому періартеріїті спостерігаються такі ознаки, крім:

- А. Сегментарного або вогнищового ураження судин.
- Б. Залучення в процес дрібних та середніх судин.
- В. Еозинофілії.
- Г. Одна і та сама стадія патологічного процесу у всіх уражених судинах.
- Д. Ушкодження судин, що живлять стінку великих судин.

5. Гемолітична анемія з позитивною реакцією Кумбса може спостерігатися при:

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| А. Тромбоцитопенічній пурпурі. | Г. Вузликовому періартеріїті. |
| Б. Системній склеродермії. | Д. Дерматоміозиті. |
| В. Системному червоному вовчаку. | |

6. Для геморагічного васкуліту типовим є ураження:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| А. Артерії середнього калібру. | Г. Артеріол, капілярів, венул. |
| Б. Аорти та її гілок. | Д. Судин еластичного типу. |
| В. Вен. | |

7. Назвіть ознаку, яка найчастіше спостерігається при геморагічному васкуліті:

- | | |
|--------------------|---------------------|
| А. Лихоманка. | Г. Ураження легень. |
| Б. Артрит. | Д. Пурпура. |
| В. Ураження нирок. | |

8. Всі перелічені критерії мають діагностичне значення при неспецифічному аортоартеріїті (хвороба Такаясу), крім:

- | | |
|--|--------------------------------|
| А. Пережованої кульгавості. | Г. Розвитку інфаркту міокарда. |
| Б. Послаблення пульсу на плечовій артерії. | Д. Рецидивної виразки шлунка. |
| В. Ураження ЦНС. | |

9. Характерними лабораторними змінами при системних некротизивних васкулітах є:

- А. Лейкоцитоз.
- Б. Лейкопенія.
- В. Виявлення антитіл до мієлопероксидази.
- Г. Виявлення антитіл до циклічного цитрулінованого пептиду.

Д. Виявлення антитіл до протеїнази-3.

Відповіді на контрольні питання: 1. – Г 2. – Б 3. – Д 4. – В 5. – А 6. – Г 7. – Д 8.–Д 9.–А,В,Д

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. 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.

6. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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. Національний підручник з ревматології /За ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К.: МОРІОН, 2013. – 672с.

Додаткова 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. 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.

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

4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.

5. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.3 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова та ін. — пер. 23-го англ. вид. — Київ : Медицина, 2021. — 642 с.

6. Skills in Rheumatology [Електронний ресурс] / ed.: Н. Almoallim, М. Cheikh. — Singapore : Springer, 2021. — 566 p. — URL: <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/46098>

7. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. — К. : Медицина, 2019. — 1008 с.

8. USMLE Step 2 CK: Internal Medicine: Lecture Notes / Editors J.J. Lieber, F.P. Noto. — New York : Kaplan, 2019. — 503 p.

9. Кондратюк В. Є. Внутрішня медицина: ревматологія: навч. посіб. Змістовний модуль 2 : Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб та сполучної тканини / В. Є. Кондратюк, М. Б. Джус. — К. : Медицина, 2017. — 272 с.

10. Свінціцький, А. С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. — К. : Медкнига, 2017. — 372 с.

11. В.І. Кривенко, О.П. Федорова, С.П. Пахомова та ін. Системні васкуліти в практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини: Навчальний посібник. – Запоріжжя, 2018. – 91с.

12. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах: 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.

13. Давіденко К. АНЦА-васкуліти, синдром Гудпасчера: діагностика та лікування /Український медичний часопис. 2019. - № 5(2) (133).

Рекомендації, настанови та накази

1. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

2. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

3. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Дайте визначення поняття «системні васкуліти». Назвіть основні причини їх виникнення.
2. Який патофізіологічний процес лежить в основі виникнення системних васкулітів?
3. Класифікація системних васкулітів.
4. Які основні показники лабораторної активності при системних васкулітах (геморагічний васкуліт, вузликовий поліартеріт, артеріт Такаюсу, гранулематоз Вегенера, хвороба Чарджа-Стросса, мікроскопічний поліангіїт, облітеруючий тромбангіїт)?
5. Які зміни виявляють при ангіографії, біопсії, КТ у хворих на системні васкуліти?
6. Роль антинуклеарних циркулюючих антитіл (АНЦА) у розвитку деяких СВ?
7. Особливості ураження шкіри при різних СВ.
8. Диференціальна діагностика СВ (діагностичні критерії для диференціальної діагностики між різними видами васкулітів). Диференціальна діагностика із іншими захворюваннями.
9. Особливості лікування СВ.
10. Індукційна, підтримуюча, ескалаційна терапія при вузликовому поліартеріїті.
11. При яких СВ доведена ефективність біологічної терапії? Особливості застосування біологічних препаратів.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий М., 18 років, за місяць до госпіталізації переніс ГРВІ, лікувався амбулаторно анальгіном, парацетамолом, бісептолом. На фоні приймання ліків відзначив біль і набряк колінних суглобів, геморагічні висипання на шкірі гомілок. Після відміни ліків і приймання антигістамінних препаратів біль у суглобах і висипання зникли. Через 3 тижні у зв'язку із виникненням субфібрилітету самостійно відновив приймання бісептолу. Стан різко погіршився: температура тіла підвищилася до 38,8° С, з'явилися геморагічні висипання на гомілках, стегнах, сідницях, різко посилювався головний біль. З підозрою на менінгіт госпіталізований в інфекційне відділення. Через 2 дні приєдналися переймоподібний біль у животі й понос із домішками крові. Одноразово було блювання кольору «кавової гущі».

При огляді: стан вкрай тяжкий, температура тіла 38°С. Хворий різко блідий, виснажений. На шкірі розгинальних поверхонь гомілок і стоп множинні зливні геморагічні висипання. Колінні й гомілковостопні суглоби дефігуровані, рухи в них різко болючі. Пульс ритмічний, слабкого наповнення - 110 уд/хв. Перкуторний звук ясний легеневий, дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДД - 24 за хв. Межі відносної серцевої тупості в межах норми. Тони серця звучні, ритмічні, ЧСС - 110 за хв. АТ - 100/60 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт втягнутий, при поверхневій пальпації різко болючий. Стул 3-4 рази на добу із домішками крові. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків.

Результати додаткового обстеження: Загальний аналіз крові: ШОЕ - 54 мм/год, ер. - $1,2 \times 10^{12}$ /л, Нв - 70 г/л, к.п. - 0,62, лейкоц. - $27,3 \times 10^9$ /л, б - 0%, ер - 7%, п/я - 18%, с/я - 63%, лімф. - 10%, мон. - 2%. Загальний аналіз сечі: питома вага - 1015, білок - 0,9 г/л, лейкоц. - 1-2-3 у п/з, ер. - 50-60 у п/з. Глікемія: 4,07 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові: АСТ - 5,0 од/л, сечова кислота - 0,29 ммоль/л, ревматоїдний фактор - 0, СРБ - 2, ДФА - 250 од. УЗД внутрішніх органів: печінка не збільшена, ехооднорідна, судини й протоки не розширені, жовчний міхур вільний, перегин у пришийній

частині, стінка не потовщена, підшлункова залоза ехооднорідна, контур рівний, протока не розширена, нирки розташовані типово, рухливі, ЧЛК розширені, паренхіма збережена. Аналіз калу - реакція Грегерсена різко позитивна.

Питання:

1. Встановити попередній діагноз.
2. Накреслити план додаткового обстеження.
3. Провести диференціальний діагноз.
4. Визначити тактику лікування.

Відповіді:

1. Попередній діагноз: геморагічний васкуліт із шкірно-геморагічним, суглобовим, нирковим і абдомінальним синдромами. Ускладнення: шлунково-кишкова кровотеча.

2. План додаткового обстеження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, ЕКГ, час кровотечі, швидкість згортання крові, кількість тромбоцитів, консультація окуліста – очне дно, біомікроскопія кон'юнктиви, фіброгастродуоденоскопія, дослідження калових мас, консультація невропатолога.

3. Менінгіт, тромбоцитопенічна пурпура, реактивний артрит, прободна виразка шлунка або 12-палої кишки, гломерулонефрит.

4. Тактика лікування: цитостатики, глюкокортикоїди, дезагреганти.

Завдання 2

Жінка 22 років скаржиться на підвищення температури до 38,2°C, болі у великих суглобах та м'язах, прозідне зниження гостроти зору протягом 3 місяців. Об'єктивно: АТ на правій руці 130/80 мм рт.ст., на лівій - 80/60 мм рт.ст., на правій сонній артерії вислуховується грубий шум. У крові: ШОЕ – 42 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| А. Дерматоміозит. | Г. Системний червоний вовчак. |
| Б. Неспецифічний аортоартеріт. | Д. Вузликосий періартеріт. |
| В. Інфекційний ендокардит. | |

Відповідь: Б

Завдання 3

У хворої 32 років не визначається пульс на артеріях верхніх кінцівок, вислуховується шум над обома підключичними артеріями. На нижніх кінцівках АТ – 180/100 мм рт. ст. ШОЕ – 36 мм/год; СРП – 42 мг/л. Який діагноз є найімовірнішим:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|
| А. Хвороба Шарпа. | Г. Коарктація аорти. |
| Б. Хвороба Такаюсу. | Д. Антифосфоліпідний синдром. |
| В. Розшаровувальна аневризма аорти. | |

Відповідь: Б

Технологічна карта проведення заняття

	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 геморагічним синдромом	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 33. Ведення хворого з поліцитемією

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. Справжня поліцитемія (СП) це мієлопроліферативне новоутворення, яке характеризується значним підвищенням кількості еритроцитів і часто супроводжується збільшенням продукції лейкоцитів та тромбоцитів крові. Причини справжньої поліцитемії не відомі, проте доведено клонове походження захворювання. Основний субстрат пухлини — зрілі еритроцити, але при гіперплазії всіх трьох ростків кровотворення може бути підвищений вміст гранулоцитів та тромбоцитів. Доведено, що при еритремії рівень еритропоєтину в сироватці крові знижений на відміну від вторинних еритроцитозів, спричинених гіпоксією та деякими пухлинами. Було показано, що утворення еритроцитарних колоній в культурі кісткового мозку при справжній поліцитемії відбувається без додавання еритропоєтину. В зв'язку із останнім висунуто припущення, що при справжній поліцитемії еритроцитоз не регулюється звичайними фізіологічними механізмами і є автономним. Доведено наявність двох популяцій еритроцитарних колонієутворювальних клітин — одна із них являє собою нормальні еритроїдні клітини-попередники, інша є аномальною має клонове походження. Саме остання популяція клітин зумовлює розвиток захворювання і гіперчутлива навіть до незначних доз еритропоєтину. При симптоматичних еритроцитозах цей феномен спостерігається досить рідко.

Отже, основним патогенетичним фактором справжньої поліцитемії є гіперчутливість стовбурової кровотворної клітини до еритропоєтину і, можливо, до інших гемопоетичних факторів, що призводить в подальшому до інтенсивної проліферації усіх трьох ростків кровотворення. Симптоми залежать від запущеності захворювання, кількості формених елементів крові, збільшення об'єму циркулюючої крові, а також тромбоемболічних та геморагічних ускладнень. У багатьох хворих СП діагностують випадково під час дослідження загального аналізу крові. Трапляється у 0,6-1,6 осіб на мільйон населення. Пік захворюваності припадає на вік 50-70 років, однак може траплятися у всіх вікових груп, включаючи підлітковий вік та дитинство, хоча і рідко. Ускладнення, такі як кровотечі, спостерігаються приблизно у 1% пацієнтів з СП і спостерігаються у вигляді носових кровотеч, кровотеч з ясен, екхімозів та шлунково-кишкових кровотеч. Тромботичні ускладнення (1%) включають венозний тромбоз або тромбоемболію та підвищену поширеність інсульту та інших артеріальних тромбозів.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з поліцитемією.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві поліцитемії.
2. Скласти програму обстеження хворого з підозрою на поліцитемію.
3. Проводити диференціальну діагностику поліцитемії.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при поліцитемії.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим гемобластозам.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів, що використовуються в гематологічній практиці при лікуванні поліцитемії.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Клінічними ознаками істинної поліцитемії є всі перераховані, крім:

- А. Почервоніння шкірних покривів, свербіння шкіри.
- Б. Збільшення селезінки, артеріальної гіпертонії.

В. Слабкість, збільшення печінки і селезінки.

Г. Збільшення печінки, лімфатичних вузлів.

2. Тактика терапії пацієнтів з істинною поліцитемією залежить від?

А. Статі пацієнта.

Б. Ризику розвитку ускладнень.

В. Наявності високих показників гематокриту.

Г. Маса тіла пацієнта.

3. Показання до призначення хіміотерапії при істинній поліцитемії все, крім?

А. Вік пацієнта старше 60 років.

В. Рівень гематокриту вище 55%.

Б. Наявність тромбозів в анамнезі.

Г. Виражена спленомегаля.

4. Які є показання до кровопускань при істинній поліцитемії?

А. Виражена спленомегаля.

Б. Лейкоцитоз, гіпертромбоцитоз.

В. Доброякісний перебіг, еритроцитемічний варіант, діторідний вік.

Г. Тромбози судин.

5. Які є протипоказання до кровопускань при еритремії?

А. Гіперспленізм.

В. Шкірне свербіння, плетора.

Б. Тромбози судин в гострій стадії.

Г. Дефіцит заліза.

6. Етапи обстеження пацієнта для виключення вторинної поліцитемії все, крім?

А. УЗД щитоподібної залози.

В. Пульсоксиметрія.

Б. Визначення рівня еритропоєтину в крові.

Г. Визначення спленомегалії.

7. Цитостатичні препарати, що застосовують для лікування істинної поліцитемії все, крім?

А. Алопуринол.

В. Інтерферон.

Б. Гідроксисечовина.

Г. Бусульфан.

8. Тактика лікування хворого на істинну поліцитемію із гупи низького ризику все, крім:

А. Аспірин.

В. Цитостатична терапія.

Б. Флеботомія.

Г. Лікування серцево-судинної патології.

9. Тактика лікування хворого на істинну поліцитемію із гупи високого ризику все, крім:

А. Аспірин.

В. Цитостатична терапія.

Б. Фізіотерапія.

Г. Лікування серцево-судинної патології.

10. Причини вторинної поліцитемії все, крім:

А. Бронхіальна астма.

В. Вроджені вади серця.

Б. Рак нири.

Г. Ентероколіт.

Відповіді на контрольні питання:

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

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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.
7. 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. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Prystupa_hematolohiia.pdf
8. Vynnychenko, L. B. Internal Medicine: Hematology: study guide / L. B. Vynnychenko, L. N. Prystupa, O. M. Chernatska ; under the editorship of V.F. Orlovsky, N.V. Demikhova. – Sumy : Sumy State University, 2019. – 136 p. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Vynnychenko_Hematology.pdf
9. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. – 1st ed. – University of Alberta, 2018. – 302 p. – URL: <https://openeducationalberta.ca/mlsci/>

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
9. Тестові завдання "Крок-2" з гематології: збірник тестових завдань з дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів 6-го курсу медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / Доценко С. Я., Самура Б.Б., Чорна І. В. [та ін.]. – Запоріжжя, 2021. – 69 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України від 29.07.2016 № 797 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Первинний, постполіцитемічний, посттромбоцитемічний мієлофіброз». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0797282-16>
2. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
3. Відкритий освітній ресурс Ependium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>
4. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення терміну «поліцитемія».
2. Які існують форми поліцитемії?
3. Основні клінічні прояви істинної поліцитемії.
4. Діагностичні критерії істинної поліцитемії.
5. Диференційна діагностика істинної поліцитемії з вторинною поліцитемією.
6. Диференційна діагностика істинної поліцитемії з хронічною мієлолейкемією, есенціальною тромбоцитемією, остеомієлофіброзом.

7. Лікування істинної поліцитемії. Показання, протипоказання, ускладнення гемоекспфузії.
8. Профілактика захворювання, прогноз.
9. Експертиза працездатності, медико-соціальна експертиза.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 60 років скаржиться на задишку. Впродовж багатьох років хворіє на хронічний бронхіт. Об'єктивно: виражений дифузний ціаноз. Ожиріння. АТ 180/110 мм рт. ст. В легенях - розсіяні сухі хрипи. Пальпуються збільшені печінка та селезінка. НЬ - 180 г/л, Ер - $6,6 \times 10^{12}/л$, Л - $12,0 \times 10^9/л$, Тр - $529,0 \times 10^9/л$, ШОЕ - 2 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Хронічна мієлолейкемія. Хронічний бронхіт.
- Б. Гіпертонічна хвороба. Симптоматичний еритроцитоз.
- В. Хронічний бронхіт. Симптоматичний еритроцитоз.
- Г. Синдром Піквіка. Симптоматичний еритроцитоз.
- Д. Істина поліцитемія. Хронічний бронхіт.

Завдання 2

Чоловік 63 років відмічає на протязі кількох років головний біль, свербіння шкіри після купання у горячій воді, слабкість. Важкість у тілі. Об-но: гіперемія шкіри, АТ - 185/95 мм.рт ст., спленомегалія. В периферичній крові – еритроцитів $6.0 \times 10^{12}/л$, лейкоцитів - $12 \times 10^9/л$, тромбоцитоз. Який з діагнозів найбільш вірогідний?

- А. Істина поліцитемія.
- Б. Гіпертонічна хвороба.
- В. Хронічна мієлолейкемія.
- Г. Тромбофлебітична спленомегалія.
- Д. Лімфома Ходжкіна.

Завдання 3

Хвора 52 років звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, болісне свербіння шкіри після умивання, миття у ванній, тяжкість у голові. Об'єктивно: шкірні покриви обличчя, шиї, кінцівок гіперемійовані. АТ- 180/100 мм рт.ст. Селезінка на 4 см нижче краю реберної дуги. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Гіпертонічна хвороба.
- Б. Поліцитемія.
- В. Дерматоміозит.
- Г. Алергічний дерматит.
- Д. Системна склеродермія.

Завдання 4

Хвора 52 років звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, болісне свербіння шкіри після умивання, миття у ванній, тяжкість у голові. Об'єктивно: шкірні покриви обличчя, шиї, кінцівок гіперемійовані. АТ- 180/100 мм рт.ст. Селезінка на 4 см нижче краю реберної дуги. Яке обстеження необхідно зробити в першу чергу?

- А. Клінічний аналіз крові.
- Б. Клінічний аналіз сечі.
- В. ЕКГ.
- Г. Дерматологічний соскоб.
- Д. Біохімічний аналіз крові.

Завдання 5

Чоловік 63 років відмічає на протязі кількох років головний біль, свербіння шкіри після купання у горячій воді, слабкість. Важкість у тілі. Об-но: гіперемія шкіри, АТ - 185/95 мм.рт ст., спленомегалія. В периферичній крові – еритроцитів $6.0 \times 10^{12}/л$, лейкоцитів - $12 \times 10^9/л$, тромбоцитоз. Яке до обстеження необхідно зробити для уточнення діагнозу?

- А. Визначення JAK2 мутації.
- Б. УЗД щитоподібної залози.
- В. Клінічний аналіз сечі.
- Г. Біохімічний аналіз крові.
- Д. Дерматологічний соскоб.

Правильні відповіді: 1. – Д 2. – А 3. – Б 4. – А 5. – А

Технологічна карта проведення заняття

	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 поліцитемією	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 34. Ведення пацієнта з пурпурою

Кількість годин - 2.

Актуальність теми. Геморагічні діатези (ГД) - це група захворювань, що характеризується підвищеною кровоточивістю. Виділяють ГД, обумовлені патологією судинної стінки – геморагічні телеангієктазії (хвороба Ранд-Ослера), васкуліти (геморагічний васкуліт Шенлейна-Геноха, мікроскопічний поліангіїт, есенціальний кріоглобулінемічний васкуліт); патологією тромбоцитарної ланки гемостазу - тромбоцитопенії (тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа)) і тромбоцитопатії (хвороба Глянцмана); дефіцитом плазмового фактора згортання (гемофілія, хвороба фон Віллебранда).

Пурпура - це дрібноплямисті капілярні крововиливи в шкіру, під шкіру або в слизові оболонки. Поодинокі крововиливи можуть бути крапками (петехії), рідше стрічкоподібними (вібекс), дрібно- (екхімози) або крупноплямистими (синці). Пурпура - це неспецифічний симптом, виявляється при ряді захворювань, але має в своїй основі загальні механізми розвитку. Найчастіше пурпура спостерігається на нижніх кінцівках. Пурпура частіше трапляється в поєднанні з тромбоцитопенією, тому визначення числа тромбоцитів є першим діагностичним заходом при цьому синдромі. Залежно від результатів дослідження всі пурпура прийнято розділяти на тромбоцитопенічні і судинні (нетромбоцитопенічні). Тромбоцитопенічна пурпура - найпоширеніше захворювання з групи геморагічних діатезів. Частота виявлення нових випадків становить від 10 до 125 на 1 млн населення в рік.

Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП), синоніми: аутоімунна тромбоцитопенія, первинна імунна тромбоцитопенічна пурпура, хвороба Верльгофа - захворювання, що характеризується схильністю до кровоточивості, зумовленої тромбоцитопенією (зниженням вмісту тромбоцитів у крові до $150 \times 10^9/\text{л}$) при нормальній або збільшеній кількості мегакаріоцитів в червоному кістковому мозку.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з пурпурою.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується пурпурою.
2. Скласти програму обстеження хворого з пурпурою.
3. Провести диференціальну діагностику пурпури з іншими геморагічними станами.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при геморагічних станах.

3. Виявляти в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим хворобам, що проявляються пурпурою.

4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для лікування пурпури.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Для ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури характерно все, крім:

- А. Кровотечі із слизових оболонок.
- Б. Петехій.
- В. Зменшення кількості тромбоцитів в крові.
- Г. Гематомного типу кровоточивості.

2. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура частіше виникає у:

- А. Чоловіків.
- Б. Жінок.
- В. Стать не має значення.
- Г. Чоловіків після 60 років.

3. Для лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури доцільно використовувати все, крім:

- А. Глюкокортикоїди.
- Б. Цитостатики.
- В. Імуноглобулін G.
- Г. Кріопрціоцитат.

4. Які зміни в периферичній крові найбільш характерні для хвороби Верльгофа?

- А. Панцитопенія.
- Б. Лейкоцитоз.
- В. Підвищення ШОЕ.
- Г. Поліцитемія.
- Д. Тромбоцитопенія.

5. Препаратом першої лінії для лікування хвороби Верльгофа є:

- А. Преднізолон.
- Б. Тромбоконтрат.
- В. Свіжозаморожена плазма.
- Г. Антибіотики.
- Д. Ангіопротектори.

6. Найчастіше локалізація висипу при геморагічному васкуліті знаходиться на шкірі:

- А. Тулуба.
- Б. Верхніх кінцівок.
- В. Спини.
- Г. Нижніх кінцівок.

7. Який характер геморагічного висипу на шкірі при хворобі Шенлейн-Геноха?

- А. Асиметричний.
- Б. Частково симетричний.
- В. Зливний.
- Г. Плямистий.
- Д. Симетричний.

8. Основним лабораторним діагностичним методом при аутоімунній тромбоцитопенічній пурпурі є:

- А. Пряма проба Кумбса.
- Б. Реакція тромбоаглютинації.
- В. Пряма реакція Штеффена.
- Г. Непряма проба Кумбса.

9. Яка форма імунної тромбоцитопенії найчастіше трапляється в клінічній практиці:

- А. Аутоімунна.
- Б. Гетероімунна.
- В. Трансімунна.
- Г. Аллоімунна.

10. Які клінічні форми прояву геморагічного синдрому ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури:

- А. Крововиливи в колінні суглоби.
- Б. Кровотечі з ясен.
- В. Крововиливи в ліктьові суглоби.
- Г. Шкірні крововиливи.

11. Приймання яких медикаментозних препаратів не призводить до розвитку тромбоцитопенії:

- А. Гепарин.
- Б. Препарати заліза.
- В. НПЗП.
- Г. Варфарин.

12. Яка початкова доза преднізолону для лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури?

- А. 1 мг/кг.
- Б. 4 мг/кг.
- В. 0,1 мг/кг.
- Г. 0,4 мг/кг.

13. Який метод лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури застосовують при неефективності глюкокортикоїдів:

- А. Амінопронова кислота.
- Б. Гемотрансфузії.
- В. Спленектомія.
- Г. Варфарин.

7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.

8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.

9. Тестові завдання "Крок-2" з гематології: збірник тестових завдань з дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів 6-го курсу медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / Доценко С. Я., Самура Б.Б., Чорна І. В. [та ін.]. – Запоріжжя, 2021. – 69 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Клінічна настанова, заснована на доказах: Гемофілія. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/kn_gemof.pdf

2. Клінічна настанова, заснована на доказах: Хвороба Віллебранда, 2016. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/kn_vill.pdf

3. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>

4. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

5. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення поняття пурпура.
2. Етіологія і патогенез геморагічних захворювань.
3. Класифікація геморагічних діатезів.
4. Диференційний діагноз тромбоцитопенічної та нетромбоцитопенічної пурпури.
5. Вказати теорії, які пояснюють етіологію і патогенез хвороби Верльгофа.
6. Характеристика геморагічної висипки при хворобі Верльгофа.
7. Клініко-лабораторна діагностика хвороби Верльгофа.
8. Принципи лікування хвороби Верльгофа.
9. Дати визначення геморагічного васкуліту.
10. Етіологія і патогенез геморагічного васкуліту.
11. Назвати клінічні форми геморагічного васкуліту.
12. Перерахувати симптоми шкірно-суглобової форми геморагічного васкуліту.
13. Вказати симптоми абдомінального, ниркового синдромів при геморагічному васкуліті та чим вони обумовлені?
14. Диференційний діагноз геморагічного васкуліту.
15. Лабораторна діагностика геморагічного васкуліту.
16. Принципи лікування геморагічного васкуліту.
17. Рекомендації щодо диспансерного нагляду хворих з геморагічним васкулітом, тромбоцитопенічною пурпурою.
18. Первинна та вторинна профілактика.
19. Прогноз та працездатність.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хвора 28 років, звернулася до дільничного терапевта зі скаргами на слабкість, запаморочення, носові кровотечі, крововиливи на тулубі. Хворіє 4 місяці. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. В ділянці живота та спини крововиливи розміром 1-2 см різного кольору, неболочі. Периферичні лімфовузли не збільшені, з боку серця та легень патології не виявлено. Гепато- та спленомегалії немає. В аналізі крові: НЬ – 80 г/л, Ер - $2,4 \times 10^{12}$ /л, КП -0,8, рет. – 3 %, залізо сироватки -14,01 мкмоль/л, Л - $4,2 \times 10^9$ /л, е - 2, баз - 0, п/я - 7 %, с/я – 40 %, м - 6 %, л - 45%, Тр - $47,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ -27 мм/год. Ваш попередній діагноз?

А. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура.

Г. Хронічна лімфолейкемія.

Б. Гемолітична анемія.

Д. Апластична анемія.

В. Хронічна залізодефіцитна анемія.

Завдання 2

Студент 23 років, скаржиться на болі в колінних суглобах, геморагічні висипання на шкірі ніг, підвищення температури тіла. Занедужав 2 дні тому. За 10 днів до цього переніс ангіну. Об'єктивно: Т - 37,8 °С, ЧСС - 82/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Тони серця звичайної звучності, шумів немає. Невелика припухлість колінних суглобів, геморагічні висипання на гомілках. В аналізі крові: Л - $8,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ-22 мм/год., Тр - $150,0 \times 10^9$ /л. Протромбіновий індекс - 90 %. В аналізі сечі по Нечипоренко: Л - $2,0 \times 10^6$ /л, Ер - $5,0 \times 10^6$ /л. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Хвороба Верльгофа.
- Б. Геморагічний васкуліт.
- В. Ревматичний васкуліт.
- Г. Системний червоний вовчак.
- Д. Вузликосий периартеріїт.

Завдання 3

Хвора А., 20 років, доставлена в стаціонар із приводу ямкової кровотечі після екстракції зуба. В аналізі крові: Ер - $2,80 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 80г/л, Л - $4,0 \times 10^9$ /л, е - 2 %, п/я - 3 %, с/я - 62 %, л - 28%, м - 5%; Тр - $24,0 \times 10^9$ /л; ШОЕ - 25 мм/год. Яке захворювання можна припустити у хворої?

- А. Апластична анемія.
- Б. Гостра лейкемія.
- В. Гемофілія В.
- Г. Агранулоцитоз.
- Д. Тромбоцитопенічна пурпура.

Завдання 4

У 63 річної жінки має місце геморагічна висипка на гомілках, болі у великих суглобах та животі, закрепи. В аналізі крові: Тр - $180,0 \times 10^9$ /л, Л - $9,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 52 мм/год. В аналізі сечі: білок - 0,33 г/л, Ер - 60-80 в п/з. Найбільш імовірний діагноз?

- А. Артропатія на фоні виразкового коліту.
- Б. Поліморфна ексудативна еритема.
- В. Пухлина нирки.
- Г. Геморагічний васкуліт.
- Д. Інфекційний артрит.

Завдання 5

Жінка 42 років, скаржиться на появу синців на ногах, тривалі менорагії, загальну слабкість, шум у голові. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, багато дрібноточкових і плямистих геморагій на ногах і тулубі. Тахіпноє, тахікардія. Систолічний шум на всіх аускультативних точках. АТ - 75/50 мм рт. ст. В аналізі крові: Ер - $1,9 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 60 г/л, КП - 0,9, Л - $6,5 \times 10^9$ /л, Тр - $20,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 12мм/год. Тривалість кровотечі за Дюке - 12 хв. У кістковому мозку – підвищена кількість молодих незрілих форм мегакаріоцитів без ознак від шнурування тромбоцитів. Інші показники в нормі. Якому захворюванню відповідають дані клініко-лабораторні ознаки?

- А. Гостра мегакаріобластна лейкемія.
- Б. Гемофілія А.
- В. Аутоімунна тромбоцитопенічна пурпура.
- Г. Хвороба Віллебранда.
- Д. Гемофілія В.

Завдання 6

Жінка 40 років, постуила в клініку зі скаргами на носові та маткові кровотечі, наявність синців на шкірі, геморагічну висипку на слизових оболонках. 2 тижні тому перехворіла на вірусну інфекцію. Стан хворої важкий, на шкірі тулуба та кінцівок - синці. Змін з боку внутрішніх органів не виявлено. В аналізі крові: Ер - $2,6 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 70 г/л, тромбоцити - $25,0 \times 10^9$ /л, Л - $6,8 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарна формула без змін. ШОЕ - 30 мм/год. Час кровотечі за Дюке - 13 хв. Хворій необхідно призначити:

- А. Препарати вітаміну К.
- Б. Трансфузії еритроцитарної маси.
- В. Пересадку кісткового мозку.
- Г. Антигемофільний імуноглобулін.
- Д. Глюкокортикоїди.

Завдання 7

Хвора 40 років госпіталізована в гематологічне відділення з матковою кровотечею. Об'єктивно: шкіра бліда з поверховими крововиливами в ділянці тулуба і кінцівок. Аналіз крові: ер. – $2,6 \times 10^{12}$ /л; Нь - 80г/л; лейкоц. - $4,2 \times 10^9$ /л; е. - 3%, п. - 8%, с. - 56%; л – 29%, м -9%, тромбоцити – 50×10^9 /л. Визначте тип кровоточивості у даної хворої:

- А. Петехіально-плямистий.
- Б. Гематомний.
- В. Змішаний (синцево-гематомний).
- Г. Васкулітно-пурпурний.
- Д. Ангіоматозний.

Завдання 8

Жінка 58-ми років скаржиться на безпричинну появу синців, слабкість, кровоточивість ясен, запаморочення. Об'єктивно: слизові оболонки та шкірні покриви бліді, з численними крововиливами різної давнини. Лімфатичні вузли не збільшені. Пульс - 100/хв., артеріальний тиск - 110/70 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. У крові: еритроцити - $3,01 \times 10^{12}/л$, НЬ - 92 г/л, КП - 0,9, анізоцитоз, пойкилоцитоз, лейкоцити - $10 \times 10^9/л$, е.- 2%, п.- 12%, с.- 68%, л.- 11%, м.- 7%, швидкість осідання еритроцитів - 12 мм/год. Додаткове визначення якого лабораторного показника найбільш доцільне для встановлення діагнозу?

А. Тромбоцити.

Г. Осмотична резистентність еритроцитів.

Б. Ретикулоцити.

Д. Фібриноген.

В. Час згортання крові.

Завдання 9

Чоловіка 20-ти років доставлено до лікарні з кровотечею після екстракції зуба, що триває упродовж 4-х годин. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, правий колінний суглоб деформований, рухи в ньому обмежені. У крові: ер.- $3,2 \times 10^{12}/л$, НЬ - 98 г/л, КП - 0,92, лейкоц.- $7,4 \times 10^9/л$, тромб.- $240 \times 10^9/л$, ШОЕ - 11 мм/год. Час кровотечі за Дьюком - 3 хвилини, час згортання крові за Лі-Уайтом - 20 хвилин. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Хвороба Верльгофа.

Г. Хвороба Рандю-Ослера.

Б. Геморагічний васкуліт.

Д. Синдром ДВЗ.

В. Гемофілія.

Завдання 10

Хвора 37-ми років, хімік-технолог. Турбує поява синців на животі, стегнах, гомілках після невеликих травм або без причини. Під час огляду виявлені численні дрібні та дещо більші синці, які місцями зливаються (від 1x1 до 4x5 см) інших змін немає. Менструація триває до 7 днів. Селезінка не пальпується. В крові: НЬ - 92 г/л, лейкоцити - $7,2 \times 10^9/л$, тромбоцити - $6 \times 10^9/л$, швидкість осідання еритроцитів - 33 мм/год. Який патогенез даного захворювання?

А. Зниження рівня антигемофільного глобуліну.

Б. Зниження рівня протромбіну крові.

В. Зниження рівня фібриногену.

Г. Скорочення тривалості життя тромбоцитів.

Д. Підвищення фібринолітичної активності.

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

Технологічна карта проведення заняття

	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 тромбоцитопенічною пурпурою	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 35. Ведення пацієнта з лімфоаденопатією

Кількість годин: 2.

Актуальність теми.

Збільшення лімфатичних вузлів (локальне, регіональне, генералізоване), яке може спостерігатись при бактеріальних, вірусних, алергічних, пухлинних та інших захворюваннях, прийнято визначати терміном лімфаденопатія (ЛА). Лімфоїдна тканина дорослої людини складає 1% маси тіла, кількість лімфовузлів варіює від 500 до 700, а їх величина коливається в межах від

0,3 до 15 мм в довжину. Лімфовузли виконують бар'єрно-фільтраційну функцію, в них затримуються і знешкоджуються чужорідні елементи, бактерії, віруси, пухлинні клітини і т.ін., що надходять з потоком лімфи.

Основним симптомом лімфаденопатії є збільшення лімфатичних вузлів, яке може бути локалізованим або генералізованим. Додатковими симптомами можуть бути: нічна пітливість, втрата ваги, супутнє тривале підвищення температури тіла, часті рецидивуючі інфекції верхніх дихальних шляхів, патологічні зміни на рентгенограмі легенів, гепатомегалія, спленомегалія. У пацієнтів, які звертаються до первинної ланки медичної допомоги, частота локалізованих та генералізованих уражень лімфатичних вузлів буде порівняно постійна: 75% локалізованих лімфаденопатій, 25% генералізованих. У 1% хворих лімфаденопатією в подальшому виявляється злоякісне захворювання.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з лімфаденопатією.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати

1. Виділити синдроми, властиві захворюванням, перебіг яких супроводжується лімфаденопатією.
2. Скласти програму обстеження хворого із збільшеними лімфатичними вузлами, з підозрою на злоякісні лімфоми.
3. Проводити диференціальну діагностику лімфаденопатії.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб, ускладнень.

Студенти повинні вміти

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при лімфаденопатії.
3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки, властиві тим чи іншим лімфаденопатіям.
4. Трактувати прямі і побічні ефекти основних цитостатичних препаратів, глюкокортикостероїдів та симптоматичних засобів, що використовуються при лікуванні лімфаденопатій.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. При лимфосаркомі шкіри оптимальним лікуванням є:

- A. Високодозна поліхіміотерапія.
- B. Поліхіміотерапія низькими дозами.
- C. Монотерапія преднізолоном.
- D. Близькофокусне рентгеновське опромінення.
- E. Опромінення електронним пучком в дозі 40 Гр на вогнище.

2. Для підтвердження діагнозу лімфоми Ходжкіна необхідно провести:

- A. Бронхоскопію.
- B. Трепанобіопсію.
- C. Стерильну пункцію.
- D. Біопсію лімфовузла.

3. Необхідними дослідженнями для діагностики лімфоми Ходжкіна є:

- A. Лабораторні методи (гемограма, біохімічні дослідження).
- B. Цитологія і гістологія лімфовузла.
- C. Радіосцинтиграфія.
- D. Лімфографія.
- E. Комп'ютерна і МР-томографія.

4. При лімфомі Ходжкіна здійснюють променеву дію:

- A. На всі лимфовузли, в тому числі і на незмінені макроскопічно.
- B. Тільки на збільшені лимфовузли.
- C. Тільки на зони біопсії лимфовузлів.
- D. Тільки на середостіння.
- E. Тільки на печінку і селезінку.

5. Кількість необхідних курсів поліхіміотерапії при лімфомі Ходжкіна визначається:

- А. Стадією дисемінації процесу.
- Б. Віком та статтю хворого.
- В. Рівнем лейкоцитів крові.
- Г. Рівнем еритроцитів крові.
- Д. Гістологічним варіантом.

6. Неходжкінські лімфоми бувають всі, крім:

- А. Фолікулярної.
- Б. Дифузної.
- В. Резорбтивної.
- Г. Лімфобласної.

7. Ураження середостіння найбільш характерне для:

- А. Неходжкінських лімфом.
- Б. Лімфоми Ходжкіна.
- В. MALT-лімфоми.
- Г. Периферичних Т-клітинних лімфом.

8. Показаннями до проведення біопсії лімфатичного вузла є всі, крім:

- А. Розмір лімфовузла більше 1 см.
- Б. Збільшення декількох груп лімфатичних вузлів.
- В. Посилання хворого про поступове збільшення лімфовузла.
- Г. Розмір лімфовузла більше 5 мм.

9. Морфологічними варіантами лімфоми Ходжкіна є всі, крім:

- А. Лімфоїдної переваги.
- Б. Нодулярного склерозу.
- В. Лейкоцитарного виснаження.
- Г. Змішано-клітинного варіанту.

10. IV стадія лімфоми Ходжкіна характеризується:

- А. Ураженням декількох суміжних груп лімфатичних вузлів по одну сторону діафрагми.
- Б. Ураженням однієї групи лімфатичних вузлів або інших органів лімфатичної системи.
- В. Дисемінованим ураженням одного або декількох екстранодальних органів з ураженням нерегіонарних лімфатичних вузлів.
- Г. Ураженням лімфатичних вузлів або лімфатичних органів по обидві сторони діафрагми.

11. III Б стадія неходжкінських лімфом характеризується:

- А. Ураженням двох і більше груп лімфатичних вузлів або шлунка і кишечника та наявності симптомів інтоксикації.
- Б. Ураженням однієї групи лімфатичних вузлів чи органів лімфатичної системи.
- В. Ураженням двох і більше груп лімфатичних вузлів або шлунка і кишечника.
- Г. Ураженням лімфатичних вузлів або лімфатичних органів по обидві сторони діафрагми.

12. Які зміни лейкограми спостерігаються в пізніх стадіях лімфоми Ходжкіна?

- А. Нейтропенія.
- Б. Нейтрофіліоз.
- В. Лімфоцитоз.
- Г. Лімфопенія.

13. Який метод діагностики використовують для визначення стадії лімфоми?

- А. Рентгенографія ОГК.
- Б. УЗД органів черевної порожнини.
- В. МРТ.
- Г. ПЕТ-КТ.

14. До В-симптомів інтоксикації відносять все, крім:

- А. Підвищення температури тіла без інфекційної патології.
- Б. Нічне спітніння.
- В. Схуднення більше ніж на 10% за останні 6 місяців.
- Г. Збільшення лімфатичних вузлів.

15. Які зміни лейкограми спостерігаються при хронічній лімфоцитарній лейкемії?

- А. Дизеритропоез.
- Б. Нейтрофіліоз.
- В. Лімфоцитоз.
- Г. Лімфопенія.

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

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. 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.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. 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.
7. 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. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Prystupa_hematolohiia.pdf
8. Vynnychenko, L. B. Internal Medicine: Hematology: study guide / L. B. Vynnychenko, L. N. Prystupa, O. M. Chernatska ; under the editorship of V.F. Orlovsky, N.V. Demikhova. – Sumy : Sumy State University, 2019. – 136 p. – URL: http://libserver.ssu.localnet:8080/library/docs/rio/2019/Vynnychenko_Hematology.pdf
9. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. – 1st ed. – University of Alberta, 2018. – 302 p. – URL: <https://openeducationalberta.ca/mlsci/>

Додаткова 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 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.
4. 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.
5. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
6. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю. М. Мостового. – 28-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2021. – 792 с.
7. Медицина за Девідсоном. Принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.2 / С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: К. Юрко, В. Москалюк, Л. Мороз та ін. – пер. 23-го англ. вид. – Київ : Медицина, 2021. – 778 с.
8. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: навч. посіб. / А. С. Свінціцький. – К. : Медицина, 2019. – 1008 с.
9. Тестові завдання "Крок-2" з гематології: збірник тестових завдань з дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів 6-го курсу медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / Доценко С. Я., Самура Б.Б., Чорна І. В. [та ін.]. – Запоріжжя, 2021. – 69 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 866 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна. Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_866_ukpmd_limfomy.pdf
2. Відкритий освітній ресурс ОСW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
3. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>
4. Відкритий освітній ресурс Компендіум. Режим доступу: <https://compendium.com.ua/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при туберкульозі.
2. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при саркоїдозі.
3. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при метастазах злоякісних пухлин.
4. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при саркоїдозі.
5. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при метастазах злоякісних пухлин, хронічній лімфолейкемії.
6. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при лімфомі Ходжкіна.
7. Діагностичні критерії та ведення пацієнтів з лімфаденопатією при неходжкінських лімфомах.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий, 24 років, звернувся до лікаря виявивши в себе збільшені підщелепні лімфовузли. При подальшому обстеженні лікарем виявлені збільшені підпахвові та пахові лімфатичні вузли. На рентгенограмі органів грудної клітки – збільшені лімфовузли середостіння. В аналізі крові: еритроцити $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 100 г/л, кольоровий показник – 0,88, тромбоцити – $190 \times 10^9/л$, лейкоцити – $7,5 \times 10^9/л$, еозинофіли – 8%, паличкоядерні – 2%, сегментоядерні – 67%, лімфоцити – 23%, ШОЕ – 22 мм/год. Яке дослідження показане для верифікації причини лімфаденопатії?

- А. Відкрита біопсія лімфатичних вузлів.
- Б. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини.
- В. Томографія середостіння.
- Г. Пункційна біопсія лімфатичних вузлів.
- Д. Стернальна пункція.

Завдання 2

Хворий 31 рік, звернувся до лікаря зі скаргами на збільшення лімфовузлів зліва над ключицею. Біль в грудях та животі, нічні свербіння шкіри. Хворіє протягом року. Підчас об'єктивного обстеження пальпуються збільшені неболючі лімфовузли зліва і в надключичній ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: гемоглобін - 70 г/л, лейкоцити - $19,6 \times 10^9/л$, еозинофіли- 1%, п.-8%, с.-83%, лімф.-2%, мон.-6%, ШОЕ-55 мм/год, тромбоцити $58 \times 10^9/л$. На Rh-графії грудної клітки у верхівці правої легені визначається інфільтрат, який контрастує з легеневою тканиною. Які дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

- А. Аналіз сечі на білок Бенс-Джонса.
- Б. Трепанобіопсію.
- В. Стернальну пункцію.
- Г. Біопсію лімфовузла.
- Д. Рентгенограму легень.

Завдання 3

Жінка 28 років, скаржить на слабкість, періодичне підвищення температури тіла до $39,0^{\circ}C$, пітливість, більше у нічний час, схуднення. Об'єктивно: шкіра та слизові бліді, пальпуються шийні, надключичні та пахові лімфатичні вузли розміром до 1,5-2 см, не зв'язані з оточуючими тканинами, щільні, неболючі. З боку внутрішніх органів змін немає. В аналізі крові: Ер - $3,0 \times 10^{12}/л$, НЬ - 90 г/л, КП- 0,8, Л - $13,0 \times 10^9/л$, е - 3 %, п/я - 9 %, с/я - 78 %, л - 7 %, м - 3 %, ШОЕ – 48 мм/год. З'явилася підозра на лімфому Ходжкіна, призначена біопсія лімфовузла. Наявність яких змін вірогідна при його дослідженні?

- А. Проліферація пролімфоцитів та лімфобластів.
- Б. Проліферація лімфоцитів, лімфобластів.
- В. Клітини Березовського – Штернберга.
- Г. Проліферація пролімфоцитів та лімфоцитів.
- Д. Проліферація лімфоцитів та плазмодидів.

Завдання 4

Хворий К., 24 роки, 2 місяці тому назад помітив збільшений лімфовузол на шиї зліва, потім з'явилася слабкість, пітливість, свербіж шкіри, підвищення Т до $39^{\circ}C$. Застосування сульфадимезину і оксациліну ефекту не дало. При огляді шкіра нормального кольору, зліва на боковій поверхні шиї два лімфовузла діаметром 1,5 і 2 см, середньої щільності, не болючі. Зі

сторони внутрішніх органів змін не виявлено. Ан. крові: ер.- $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-132 г/л, КП-0,9, Л- $9,6 \times 10^9/\text{л}$, е-5%, п-8%, с-73%, л-10%, м-4%, ШОЕ-32 мм/год. Ваш діагноз?

А. Лімфома Ходжкіна II Б.

Г. Лімфосаркома.

Б. Хронічна лімфолейкемія.

Д. Міеломна хвороба.

В. Інфекційний мононуклеоз.

Завдання 5

Хворий Н., 18 років, скаржиться на слабкість, пітливість, періодичне підвищення Т до 39°C , схуднення. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок. На шії зліва пальпуються два лімфовузла діаметром 2,0 см, малорухомі, не спаяні з навколишніми тканинами. Тони серця послаблені, ритмічні. Пульс 118 на 1 хв. Дихання жорстке, хрипи не прослуховуються. Печінка, селезінка не збільшені. При флюорографії знайдено збільшення лімфовузлів коренів легень. Ан. крові: ер.- $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб-114 г/л, КП-1, Л- $11,4 \times 10^9/\text{л}$, е-7%, п-10%, с-71%, л-7%, м-5%, ШОЕ-41 мм/год. Діагностовано лімфому Ходжкіна II Б ст., синдром пухлинної інтоксикації. Ваша тактика лікування?

А. Променева терапія.

Г. Плазмаферез.

Б. Поліхіміотерапія і променева терапія.

Д. Гормонотерапія, цитостатики.

В. Гемотрансфузія.

Завдання 6

Хвора 21-го року без постійного місця проживання скаржиться на послаблення випорожнень впродовж 2-х місяців, втрату ваги на 13 кг, слабкість, постійну субфебрильну температуру, рецидивуючий герпес. На губах герпетичні висипання, генералізована лімфаденопатія, збільшення печінки до 2 см. У крові: еритроцити - $4,4 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб- 115 мг/л, швидкість осідання еритроцитів - 15 мм/год, лейкоцити - $10,0 \times 10^9/\text{л}$, е.- 2%, п.- 6%, с.- 61%, л.-17%, м.- 3%. Атипові мононуклеари - 6%. Який найбільш імовірний діагноз?

А. ВІЛ-інфекція.

Г. Лімфома Ходжкіна.

Б. Кишковий амебіаз.

Д. Сепсис.

В. Інфекційний мононуклеоз.

Завдання 7

Хворий 46-ти років скаржиться на свербіння шкіри, пітливість, особливо вночі, підвищення температури до $38,6^{\circ}\text{C}$. Об'єктивно: на шкірі грудей сліди розчухів, надключичні лімфовузли збільшені до 3 см, зі шкірою не спаяні. Який метод дослідження є найбільш доцільним?

А. Загальний аналіз крові.

Б. Оглядова рентгенографія грудної порожнини.

В. Імунограма.

Г. Біопсія збільшеного лімфовузла.

Д. Білки крові та білкові фракції.

Завдання 8

Хворий 48-ми років скаржиться на кволість, пітливість, інтенсивне свербіння шкіри, хвилеподібну лихоманку, збільшення шийних і надключичних лімфовузлів. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових, шийні лімфовузли - рухомі, щільно-еластичні, розміром до 3 см, не болючі, не спаяні зі шкірою. У крові: еритроцити - $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб- 100 г/л, лейкоцити - $14 \times 10^9/\text{л}$, еоз.- 6%, баз.- 3%, пал.- 11%, сегм.- 69%, лімф.- 7%, мон.- 4%, тромбоцити - $280 \times 10^9/\text{л}$, швидкість осідання еритроцитів - 37 мм/год. Які морфологічні ознаки може бути знайдено при біопсії лімфовузла?

А. Плазмоцити.

Г. Клітини Боткіна-Гумпрехта.

Б. Тільця Гейнца.

Д. Тільця Маллорі.

В. Клітини Березевського-Штернберга.

Завдання 9

Хворий 62-х років випадково намацав у себе в лівій підключичній ямці щільний, розміром трохи більший за горошину, рухливий, не спаяний зі шкірою вузлик. При розпитуванні з'ясувалося, що за останні 6 місяців він схуд на 12 кг. Зазначає слабкість, зменшення працездатності, зниження апетиту. Яке дослідження є першочерговим для встановлення діагнозу?

А. ЕФГДС.

Б. Пункція лімфатичного вузла.

- В. Стернальна пункція.
 Г. Рентгенографія органів грудної клітки.
 Д. УЗД органів черевної порожнини.

Завдання 10

Хвору 62-х років госпіталізовано зі скаргами на збільшення шийних, надключичних та підпахвинних лімфовузлів, загальну слабкість, підвищену пітливість, суб-фебрильну температуру протягом останніх 3-х місяців. В крові: лейкоцити - $64 \times 10^9/\text{л}$, у формулі - лімфоцити 72%. Який метод дослідження доцільно використати для уточнення діагнозу?

- А. Лімфографія. Г. Рентгенологічне дослідження.
 Б. Мієлограма. Д. Термографія.
 В. Лімфосцинтиграфія.

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

Технологічна карта проведення заняття

	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 лімфоаденопатіями	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»
(модуль 3 «Сучасна практика внутрішньої медицини»)
для студентів спеціальності 228 «Педіатрія»
денної форми навчання

Відповідальний за випуск Л. Н. Приступа
Редактор І.О. Дудченко
Комп'ютерне верстання О. В. Овчарової

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 20,46. Обл.-вид. арк. 19,82.

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