



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

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни **«Внутрішня медицина»**
(модуль 4 *«Невідкладні стани в клініці 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 4 «Невідкладні стани в клініці внутрішньої медицини») / укладачі: Л. Н. Приступа, І. О. Дудченко, В. І. Гула. – Суми : Сумський державний університет, 2023. – 72 с.

Кафедра внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини НН МІ СумДУ

Тема 1. Лікування хворого на гіпертонічну хворобу

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Гіпертензивний криз – це раптове виражене підвищення артеріального тиску від нормального або підвищеного його вихідного рівня, що супроводжується не тільки інтермітуючими нейровегетативними розладами, але й серйозними, часом органічними змінами, і насамперед в центральній нервовій системі, серці і великих судинах. Ускладнений гіпертензивний криз загрозовий для життя, діагностують при таких станах: інсульт (геморагічний чи ішемічний), субарахноїдальний крововилив, гостра гіпертензивна енцефалопатія, розшаровуюча аневризма, лівошлуночкова недостатність, набряк легень, гострий інфаркт міокарду, еклампсія, пароксизмальні тахіаритмії, кровотеча, крововиливи в сітківку ока, набряк диска зорового нерва, гостра ниркова недостатність. Гостра серцева недостатність (ГСН) – це клінічний синдром швидкого наростання симптомів і скарг, характерних для порушення роботи серця, в першу чергу його насосної функції. У пацієнтів з ГСН частіше може розвиватися один із нижче наведених станів: а) гостра декомпенсована СН (de novo або декомпенсація ХСН) з характерними скаргами і симптомами ГСН, що є помірною і не відповідає критеріям кардіогенного шоку, набряку легень або гіпертензивного кризу; б) гіпертензивна ГСН: скарги і симптоми поєднуються з високим артеріальним тиском з відносно збереженою функцією лівого шлуночка. Рентгенологічно немає набряку легень; в) набряк легень (доведено при рентгенографії ОГК), що поєднується з тяжким порушенням дихання, ортопноє і хрипами в легенях, при сатурації O_2 до лікування $< 90\%$. Саме ці три стани можливі у окремих категорій хворих при ускладненому гіпертензивному кризі.

Гостра серцева недостатність лівого типу пов'язана з захворюваннями, які супро-воджуються підвищеним навантаженням на ліві відділи серця. Причини набряку легень: лівопередсердна СН обумовлена: - мітральним стенозом, - кулястим тромбом в лівому передсерді, - наявністю пухлини (міксому). Лівошлуночкова СН може виникнути при комбінованому мітральному пороці, аортальному пороці (недостатність і стеноз), АГ (під час гіпертензивного кризу), коронарного атеросклерозу, інфаркті міокарда (частіше передньобочкової локалізації з ураженням сосочкових м'язів), міокардиті, міокардіотичному кардіосклерозі, дилатаційної кардіоміопатії, значних фізичних та психоемоційних навантаженнях. При захворюваннях легень серцева астма і набряк легень можуть бути наслідком збільшеної проникності капілярів при вірусних та бактеріальних пневмоніях, тромбоемболії гілок легеневої артерії, асфіксії, травми грудної клітини, отруєннях. При нирковій недостатності - набряк легень обумовлений: затримкою метаболітів азотистого обміну, зниженням колоїдно-осмотичного тиску крові на тлі гіпоальбумінемії, збільшенням об'єму циркулюючої крові, артеріальною гіпертензією, токсичним ураженням міокарда, важким токсикозом вагітних. Хвороби і травми головного мозку (інсульти, струси мозку, епілептичний статус), аспірація блювотних мас. Після інфузії надлишкової кількості рідини. Після вилучення великої кількості ($> 1,5$ л) ексудату з плевральної порожнини. Анафілактичний шок. Септичний шок. Аневризма лівого шлуночка і великий постінфарктний кардіосклероз. Суправентрікулярна тахікардія з високою ЧСС, особливо на тлі органічного ураження міокарда. Шлуночкові тахікардії. За патогенезом розрізняють дві форми набряку легень. Перша форма - із збільшенням ударного об'єму серця, прискореним кровотоком, підвищенням АТ у великому і малому колах кровообігу. Виникає при артеріальній гіпертензії, серцевій недостатності в поєднанні з гіпертензією, недостатності аортального клапану, судинній патології мозку. Друга форма - із зменшенням ударного об'єму, нормальним або зниженим АТ, підвищеним тиском в легеневій артерії. Виникає при обширному інфаркті міокарда, важкому мітральному або аортальному стенозах, пневмонії, гострому міокардиті.

Загальна мета – уміти обґрунтувати діагноз ускладненого гіпертонічного кризу, проводити диференціальну діагностику і визначати тактику ведення хворих з серцевою астмою і набряком легень.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється серцевою астмою та набряком легень. Визначити ознаки ускладненого гіпертензивного кризу.

2. Скласти програму обстеження хворого з серцевою астмою та набряком легень, ускладненим гіпертензивним кризом.
3. Провести диференціальну діагностику вказаних невідкладних станів.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику невідкладного лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб та ускладнень.

Студенти повинні вміти

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих.
2. Інтерпретувати дані основних лабора-торних і інструментальних досліджень при серцевій астмі та набряку легень, гіпертензивному кризі залежно від симптоматики ускладнень.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, які могли спричинити серцеву астму та набряк легень, ускладнення перебігу артеріальної гіпертензії.
4. Тракувати прямі та побічні ефекти основних препаратів для лікування серцевої астми та набряку легень, ускладненого гіпертензивного кризу. Обґрунтувати тактику невідкладної допомоги, механізм дії призначених лікарських препаратів.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. З яких наведених засобів слід починати лікування набряку легень у хворого 65 років з хронічною ішемічною хворобою серця (пульс - 92 за хв., ритмічний; АТ-160/90 мм рт.ст.)?

- | | |
|---|---------------------------------|
| А. Седуксен (реланіум) внутрішньовенно. | Г. Преднізолон внутрішньовенно. |
| Б. Ізопротеренол (ізадрин) під язик. | Д. Лазикс внутрішньовенно. |
| В. Морфін внутрішньовенно. | |

2. З яких з наведених засобів найбільш доцільно починати лікування набряку легень у хворого 30 років із стенозом лівого передсердно-шлуночкового отвору (пульс - 96 за хв., ритм правильний, АТ - 120/90 мм рт.ст.)?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| А. Строфантин внутрішньовенно. | Г. Лазикс внутрішньовенно. |
| Б. Преднізолон внутрішньовенно. | Д. Манніт внутрішньовенно краплями. |
| В. Морфін внутрішньовенно. | |

3. Який з наведених препаратів зменшує венозний притік до серця?

- | | |
|---------------|-------------------|
| А. Корглікон. | Г. Нітрогліцерин. |
| Б. Мезатон. | Д. Преднізолон. |
| В. Еуфілін. | |

4. Для лікування набряку легень застосовують усі наведені препарати, крім:

- | | |
|------------------|----------------|
| А. Морфіну. | Г. Фуросеміду. |
| Б. Еуфіліну. | Д. Пентаміну. |
| В. Пропранололу. | |

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

- | | |
|-----------------------------|----------------|
| А. Нікардипіну гідрохлорид. | Г. Гідралазин. |
| Б. Верапаміл. | Д. Клонідин. |
| В. Нітрогліцерин. | |

6. При гіпертензивному кризі на фоні субарахноїдального крововиливу засобом вибору є:

- | | |
|------------------------|---------------|
| А. Нітропрусид натрію. | Г. Пропранол. |
| Б. Нітрогліцерин. | Д. Есмолол. |
| В. Німодипін. | |

7. При гіпертензивному кризі у хворого з серцевою недостатністю не можна застосувати препарати, крім:

- | | |
|------------------------------|------------------|
| А. Нікардипіну гідро хлорид. | Г. Пропранолону. |
| Б. Верапамілу. | Д. Фуросеміду. |
| В. Лабеталолу. | |

8. При гіпертензивному кризі і розширюючій аневризмі аорти засобом вибору є:

- | | |
|------------------------------|----------------|
| А. Клонідин. | Г. Верапаміл. |
| Б. Триметафан. | Д. Гідралазин. |
| В. Есмолол (або метопролол). | |

9. При гіпертензивному кризі, що проходить з судомами, при еклампсії вагітних засобом вибору є:

- А. Пентамін. Г. Верапаміл.
Б. Магнію сульфат. Д. Еналаприлат.
В. Нітрогліцерин.

10. При симптоадреналовому кризі засобами вибору є:

- А. Верапаміл. Г. α-блокатори (піроксан).
Б. Пропранолол. Д. Клонідин.
В. Седуксен.

Відповіді на контрольні питання:

1. – В, Д 2. – В, Г 3. – Г 4. – В 5. – В 6. – В 7. – Д 8. – В 9. – Б 10. – Б, В, 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 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 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>

3. Рекомендації по лікуванні артеріальної гіпертензії ESH/ESC 2018. Режим доступу: <http://ukrcardio.org/novi-rekomendatsiyi-vid-yevropejskogo-tovarystva-kardiologiv/>

4. 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>

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

6. 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>

7. 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

8. Відкритий освітній ресурс ОСВ 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. Критерії ускладненого гіпертонічного кризу.
2. Клінічні особливості перебігу.
3. Тактика ведення хворого з ускладненим гіпертонічним кризом. Алгоритм невідкладної допомоги.
4. Профілактика ускладненого перебігу артеріальних гіпертензій.
5. Диференціальний підхід до призначення препаратів невідкладної допомоги.
6. Особливості лікування гіпертонічного кризу, ускладненого гострою коронарною недостатністю.
7. Терапевтичний підхід до надання невідкладної допомоги хворим з розшаровуючою аневризмою аорти.
8. Медикаментозна тактика у хворих з гіпертонічним кризом, що ускладнився ішемічним ураженням головного мозку та субарахноїдальним крововиливом.
9. Особливості купірування гіпертонічного кризу в осіб похилого віку.
10. Етіопатогенетичні чинники набряку легень.
11. Ступені тяжкості набряку легень.
12. Клінічна симптоматика серцевої астми.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У жінки 67 років, що страждає на гіпертонічну хворобу, вночі раптово з'явилися головний біль, задишка, що швидко перейшла в ядуху. Об'єктивно: бліда, на лобі краплини поту, АТ – 210/140 мм рт. ст., ЧСС – 120 уд./хв., над легеньми поодинокі сухі хрипи, в нижніх ділянках – вологі хрипи. Гомілки пастозні. Яка невідкладна допомога найбільш доцільна у даному випадку?

- А. Нітрогліцерин в/в + фуросемід в/в.
- Б. Еналаприл в/в + фуросемід в/в.
- В. Строфантин в/в + нітрогліцерин в/в.
- Г. Лабеталол в/в + фуросемід в/в.
- Д. Нітрогліцерин в/в + капотен.

Завдання 2

Хворий 58 років скаржиться на головний біль в ділянці потилиці, нудоту, задишку, мерехтіння «метеликів перед очима», що виникли після фізичного навантаження. Збуджений. Обличчя гіперимоване. Шкіра бліда. Тони серця ритмічні, акцент II тону над аортою. АТ 240/120 мм рт. ст. ЧСС 92 уд./хв. В нижніх відділах легень - дрібнопухирчасті вологі хрипи. Печінка не збільшена. На ЕКГ ознаки гіпертрофії та перенавантаження лівого шлуночка. Ваш діагноз:

- А. Гострий інфаркт міокарду. набряк легенів.
- Б. Ускладнений гіпертонічний криз. набряк легенів.
- В. Загострення бронхіальної астми.
- Г. Неускладнений гіпертонічний криз.
- Д. Негоспітальна пневмонія.

Завдання 3

У хворої Ж. 50 років, яка упродовж 8 років, страждає на артеріальну гіпертензію (АТ 178/108 мм рт. ст.), раптово АТ підвищився до 220/140 мм рт. ст., після чого з'явився сильний біль за грудиною, який тривав 3 год. На ЕКГ: ритм синусовий, правильний, відхилення електричної осі вліво, у відведеннях V4-V6 підйом сегмента ST на 12 мм над ізолінією. Рівень серцевого тропоніна 1-1,2 нг/мл. Як розцінити підвищення АТ у цієї хворої?

- А. Підвищення АТ від підвищеного рівня.
- Б. Неускладнений гіпертензивний криз.
- В. Ускладнений гіпертензивний криз.
- Г. Підвищення АТ від нормального рівня.
- Д. Злоякісна фаза артеріальної гіпертензії.

Завдання 4

Хвора 56 років, яка страждає на гіпертонічну хворобу протягом 11 років, була доставлена в стаціонар із скаргами на головний біль, запаморочення, нудоту, одноразове блювання їжею. При огляді загальмованість, мова незрозуміла, тремор пальців рук, кисті рук і стопи пастозні, АТ 236/144 мм рт.ст. Найбільш обґрунтованим є висновок:

- А. У хворої гіпертензивний криз з енцефалопатією, що потребує негайного лікування.
- Б. До початку лікувальних заходів треба провести ретельне інструментальне та лабораторне обстеження.
- В. Причиною тяжкого стану хворої є харчове отруєння.
- Г. Такий стан може розвинути лише за рахунок підвищення діастолічного АТ вище 140 мм рт.ст.
- Д. Стеноз ниркової артерії викликав раптове погіршення стану хворої.

Завдання 5

У хворого 55 років, під час гіпертонічного кризу (АТ – 244/140 мм рт.ст.) з'явилися скарги на стискуючий біль за грудиною, відчуття нестачі повітря. На ЕКГ патологічний зубець Q та монофазна крива у відведеннях V3-V6. Протягом якого часу потрібно знижувати тиск у хворого на 20-25%?

- А. Протягом 6 год.
- Б. Протягом 24 год.
- В. Протягом 3 год.
- Г. Протягом 1 год.
- Д. Протягом 12 год.

Завдання 6

Хворий 60 років 2 роки тому переніс інфаркт міокарду, скаржиться на напади ядухи вночі. Об'єктивно: стан хворого тяжкий, ортопноє. Акроціаноз. Пульс – 120 за 1 хв. АТ – 100/60 мм рт.

ст. ЧД – 36 за 1 хв., ритмічне. I тон на верхівці ослаблений, ритм галопу, акцент II тону над легеневою артерією. Над легеньками в нижніх відділах послаблене дихання (вологі хрипи?), крепітація. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Б. Гостре легеневе серце.
- В. Напад бронхіальної астми.
- Г. Кардіогенний шок.
- Д. Напад серцевої астми.

Завдання 7

Хвора скаржиться на напади нестачі повітря в нічний час, які супроводжуються кашлем з кровохарканням. Протягом 10 років хворіє на ревматизм. Об'єктивно: виражений ціаноз слизової губ, кінчика носа. Пульс аритмічний, 116 на хв. АТ - 140/95 мм рт. ст. Над верхівкою I тон хлопаючий, діастолічний шум, акцент II тону над легеневою артерією. Вкажіть, яке ускладнення розвивається у даної хворої?

- А. Серцева астма.
- Б. Недостатність лівого передсердя.
- В. Артеріальна гіпертензія.
- Г. Бронхіальна астма.
- Д. Правошлуночкова недостатність.

Завдання 8

Хворий 65 років, з хронічною ішемічною хворобою серця, набряком легень (пульс - 92 за хв., ритмічний; АТ - 160/90 мм рт.ст.).

1. З яких із наведених засобів слід починати лікування набряку легень?

- А. Морфін внутрішньовенно.
- Б. Лазікс внутрішньовенно.
- В. Строфантин внутрішньовенно
- Г. Натрію гідрокарбонат 200,0 внутрішньовенно краплинно.
- Д. Нітрогліцерин під язик.

2. Позитивний ефект нітрогліцерину у хворих з набряком легень головним чином зумовлений:

- А. Підвищенням скорочувальної функції міокарда.
- Б. Збільшенням діурезу та зменшенням об'єму циркулюючої крові.
- В. Зменшенням венозного притоку крові до серця.
- Г. Розширенням коронарних артерій.

Завдання 9

Чоловік 58 років знаходився в блоці інтенсивної терапії в зв'язку з гострим інфарктом міокарда. Об'єктивно: АТ - 150/100 мм рт. ст., ЧСС 100/хв. Через 3 дні поскаржився на напад задухи. Об'єктивно: АТ 100/65 мм рт. ст., ЧСС 120 /хв, ЧД - 32/ хв. В нижніх відділах легень з'явилися вологі незвучні хрипи, на верхівці став вислуховуватися ритм галопу, систолічний шум. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Розрив міокарда.
- Б. Набряк легень
- В. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Г. Кардіогенний шок.
- Д. Гострий перикардит.
- Е. Діабетичний гломерулосклероз.

Завдання 10

Черговий лікар інфарктного відділення під час вечірнього обходу звернув увагу на хворого Г. 55 років, який 5 днів перебував у відділенні з приводу гострого "циркулярного" інфаркту міокарда. У нього з'явилися задишка, вологі хрипи в легенях (менше 50 % площі грудної клітки), тахікардія, протодіастолічний ритм галопу. Лікар зрозумів, що у хворого Г. починається альвеолярний набряк легень. Який з наведених нижче принципів невідкладної допомоги повинен використати лікар у цій ситуації?

- А. Антиангіальну терапію.
- Б. Системний тромболіз.
- В. Інфузію колоїдних розчинів.
- Г. Підвищення центрального венозного тиску.
- Д. Зменшення венозного повернення.

Правильні відповіді:

1. – А,Б 2. – Б 3. – В 4. – А 5. – Г 6. – Д 7. – А 8.1 – А,Б,Д 8.2 – В 9. – Б 10. – Д

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

Тема 2. Курація хворого з гострим коронарним синдромом (нестабільною стенокардією та неускладненим інфарктом міокарду)

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Швидке формуванням так званої «ускладненої» атеросклеротичної бляшки з порушенням цілісності її фіброзної оболонки і утворенням на місці пошкодження тромбу, що розташовується пристінково чи обтурує просвіт судини і призводить до загострення ішемічної хвороби серця (ІХС). Залежно від швидкості формування і розмірів тромбу, термінів його існування в просвіті судини, ступеня обмеження коронарного кровоплину, ступеня розвитку колатерального кровотоку та інших факторів, клінічне загострення ІХС проявляється: нестабільною стенокардією, розвитком інфаркту міокарда з зубцем Q і без зубця Q, раптовою серцевою смертю. Таким чином, в основу всіх вищевказаних клінічних проявів загострення ІХС покладено єдиний патоморфологічний механізм гострого порушення коронарної недостатності, в зв'язку з чим в останні роки різноманітні клінічні ознаки загострення ІХС об'єднані одним поняттям «гострий коронарний синдром» (ГКС), що є попереднім діагнозом перших 3-х днів.

Дані міжнародних реєстрів, в яких брали участь і центри з України, свідчать, що ГКС без елевації сегмента ST спостерігаються частіше, ніж з елевацією сегмента ST, а щорічна кількість випадків захворювання становить приблизно 3 випадки на 1000 населення. Госпітальна летальність пацієнтів з ІМ з елевацією сегмента ST вища, ніж у пацієнтів без елевації сегмента ST (7% проти 3-5% відповідно), однак через 6 місяців вірогідність смерті від серцево-судинних причин вирівнюється в обох категоріях пацієнтів і становить відповідно 12% і 13%. При тривалому спостереженні виявилось, що через 4 роки смертність у пацієнтів з ГКС без елевації сегмента ST була удвічі вищою, ніж у пацієнтів з ГКС з елевацією сегмента ST, що відповідає тезі, як «незавершена коронарна подія при не Q-ІМ».

Загальна мета – уміти обґрунтувати попередній діагноз, проводити диференціальну діагностику і визначати тактику ведення хворого з гострим коронарним синдромом (ГКС).

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується гострим коронарним синдромом.
2. Скласти програму обстеження хворого з ГКС.
3. Провести диференціальну діагностику ГКС з кардіалгіями некоронарогенного походження.
4. Поставити попередній діагноз
5. Визначити тактику невідкладної допомоги і профілактичних, реабілітаційних заходів щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих з ГКС.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних і інструментальних досліджень (ЕКГ-моніторинг, Ехо-КС, Рё-графія ОГК та ін.).
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки гострого коронарного синдрому.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів, що застосовуються для лікування ГКС. Показання до призначення медикаментозного лікування. Визначати прогноз.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Які клінічні стани включає в себе термін «гострий коронарний синдром»?

- А. Інфаркт міокарда із підйомом сегмента ST.
- Б. Інфаркт міокарда без підйома сегмента ST.
- В. Нестабільну стенокардію.
- Г. Всі разом названі.

2. Провідним механізмом розвитку гострих коронарних синдромів є:

- А. Інтерстиціальний фіброз міокарда.
- Б. Дифузний кардіосклероз.
- В. Стабільна атеросклеротична бляшка.
- Г. Атеротромбоз, нестабільна атеросклеротична бляшка.

3. Найбільш чутливими та специфічними маркерами некрозу кардіоміоцитів є:

- А. Міоглобін.
- Б. Креатинфосфокіназа.
- В. Тропоніни.
- Г. АсАТ, АлАТ, ЛДГ.

4. Перкутанні коронарні втручання для пацієнтів із стійкою елевацією сегмента ST повинні бути виконані:

- А. У перші 120 хвилин розвитку симптомів.
- Б. Після оцінки за шкалою GRACE.
- В. Обов'язково після тромболізу.
- Г. Після стабілізації стану, до виписки із стаціонару.

5. Найбільш високим рівнем доказу ранньої користі зменшення ішемії при нестабільній стенокардії та інфаркту міокарда без постійної елевації сегмента ST є:

- А. Нітрати.
- Б. Антагоністи кальцію.
- В. Гепарин.
- Г. Бета-адреноблокатори.
- Д. Аспірин.

6. Подвійна антитромбоцитарна терапія для хворих на гострий коронарний синдром включає в себе:

- А. Аспірин і гепарин.
- Б. Аспірин і тікагрелор.
- В. Аспірин і тенектелаза.
- Г. Аспірин і варфарин.
- Д. Гепарин і клопідогрель.

7. У хворого 47 років, доставленого в клініку з гострим коронарним синдромом, настало зупинення кровообігу. Що може бути найбільш частим етіологічним фактором у даній ситуації?

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

8. Нестабільною слід вважати атеросклеротичну бляшку:

- А. «Молоду», багату на ліпіди.
- Б. Фіброзну, ексцентричну.
- В. Фіброзну, концентричну.
- Г. Із щільною покришкою.
- Д. З кальцинатами.

9. Найбільш потужним вазоконстриктором є:

- А. Ендотелійрелаксуючий фактор.
- Б. Простациклін.
- В. Ендотелін 1.
- Г. Ангіотензин I.
- Д. Ангіотензин II.

10. Тканинний активатор плазміногену у крові (N=5 мг/мл) циркулює у комплексі (95%) із:

- А. Антитромбіном III.
- Б. Тромбіном.
- В. Протромбіном.
- Г. Інгібітором активатора плазміногену ІАП-1.
- Д. Ендотеліном-1.

Відповіді до завдань:

1. – Г 2. – Г 3. – С 4. – А 5. – Г 6. – Б 7. – А 8. – А 9. – Г 10. – 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. Acute coronary syndrome : study guide / O. S. Pogorielova. – Sumy : Sumy State University, 2021. – 73 p.
7. Internal Medicine: in 2 books. Book 1. Diseases of the Cardiovascular and Respiratory Systems: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
8. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ О.Ya. Babak, О.М. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by О.Ya. Babak, О.М. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
9. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с.

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. 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 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>
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. Наказ від 03.03.2016 Київ №164 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром без елевації ST». Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_164_GKSbezST/2016_64_YKPMG_GKSbezST.pdf

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

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

6. Відкритий освітній ресурс OCW 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. Визначення поняття «гострий коронарний синдром».
2. Критерії верифікації діагнозу.
3. Невідкладна допомога на догоспітальному та госпітальному етапах хворим з інфарктом міокарда без елевації сегмента ST та його елевацією, у хворих з нестабільною стенокардією.
4. Етапи невідкладної допомоги хворим з раптовою серцевою смертю.
5. Інвазивна стратегія лікування (показання до перкутанних коронарних втручань, протипокази, можливі ускладнення).
6. Показання та протипоказання до тромболітичної терапії. Схеми призначення тромболітичних засобів.
7. Прогноз, первинна, вторинна профілактика та реабілітаційні заходи.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Задача № 1

Пацієнт П., 56 років був госпіталізований швидкою допомогою в зв'язку з затяжним нападом за груднинного болю. О 6 год ранку у пацієнта вперше в житті розвився напад інтенсивного болю за грудниною, без іррадіації, що супроводжувався вираженою слабкістю, нудотою, запамороченням і відчуттям страху смерті. Самостійно прийняв дві таблетки валідолу, без ефекту. До моменту приїзду бригади ШМД больовий напад тривав 40 хвилин. На догоспітальному етапі напад частково був усунутий наркотичними анальгетиками. Загальна тривалість часу з моменту початку нападу до надходження до відділення інтенсивної терапії – 3 години.

Пацієнт курить по 20 сигарет на день протягом 40 років. Останні 10 років страждає на артеріальну гіпертензію з максимальним підвищенням АТ до 190/110 мм.рт.ст., регулярно антигіпертензивні препарати не приймає, при підйомах АТ, що відчуває суб'єктивно, приймає каптоприл. Батько та мати хворого померли в похилому віці від інфаркту міокарда, брат три роки тому в віці 50 років переніс інфаркт міокарда.

При огляді стан тяжкий. Температура тіла 36,2 °С, шкірні покриви бліді, вологі. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, набряки відсутні. Пацієнт підвищеного харчування, ІМТ – 31,9 кг/м². Частота дихання – 26 за хвилину, в легенях дихання везикулярне, проводиться в усі відділи, хрипи відсутні. Тони серця приглушені, ритмічні, акцент другого тону над проекцією аорти, короткий м'який систолічний шум на верхівці серця. ЧСС – 52 за хвилину. АТ – 100/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, доступний для пальпації в усіх відділах, печінка, селезінка не збільшені. Перистальтика вислуховується. Дизуричні розлади відсутні.

В ЗАК: гемоглобін – 152 г/л, еритроцити – $5,1 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 35%, лейкоцити – $11,1 \cdot 10^9/л$ (п/я – 2%, с/я – 72%), лімфоцити – 18%, еозинофіли – 2%, моноцити – 6%, ШОЕ – 12 мм/год.

В БАК: глюкоза – 5,0 ммоль/л, креатинін – 97 мкмоль/л, АсАТ -49 Од/л, АлАТ – 38 Од/л, загальний холестерин 6,7 ммоль/л, ЛПНЩ - 4,0 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,0 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л.

На ЕКГ: синусова брадикардія, ЧСС – 50 за хвилину, відхилення ЕОС вліво, елевація сегмента ST у відведеннях II, III, aVF на 1,5 мм, амплітудні критерії гіпертрофії лівого шлуночка.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Проведіть подальший діагностичний пошук.
- 2) Сформулюйте попередній діагноз.
- 3) Зазначте роль коронароангіографії в даній клінічній ситуації.
- 4) Сформулюйте клінічний діагноз та вкажіть діагностичні критерії.
- 5) Призначте лікування та обґрунтуйте його.

Задача № 2

Пацієнтка В., 67 років, госпіталізована швидкою допомогою в зв'язку з затяжним нападом за грудничного болю. Протягом останніх п'яти років страждає на стенокардіє напруги, що відповідає ФК II (за класифікацією CCS). Постійно приймає атенолол (50 мг/добу), аспірин (100 мг/добу), при виникненні нападу стенокардії використовує нітрогліцерин у вигляді спрею. Напередодні ввечері після психоемоційного стресу розвився затяжний напад стенокардії, для усунення якого пацієнтка додатково застосувала чотири інгаляції нітроспрею. Аналогічний напад виник близько 3 години ранку. Інгаляції нітроспрею були практично неефективними, жінка викликала швидку допомогу. З анамнезу – протягом 10 років артеріальна гіпертонія, кризового перебігу. Сімейний анамнез не обтяжений.

При **огляді**: стан середньої тяжкості. Температура тіла 36,8°C, шкірні покриви бліді, вологі, пацієнтка тривожна. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, набряки відсутні. ЧД – 20 за хвилину, в легенях дихання везикулярне, проводиться у всі відділи, хрипи відсутні. Тони серця приглушені, ритмічні, акцент другого тону над проекцією аорти, шуми відсутні. ЧСС – 84 за хвилину. АТ – 190/110 мм.рт.ст. Живіт м'який, доступний для пальпації в усіх відділах, печінка, селезінка не збільшені. Перистальтика вислуховується. Дизуричні розлади відсутні.

В **ЗАК**: гемоглобін – 134 г/л, еритроцити – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит – 37%, лейкоцити – $6,6 \cdot 10^9/л$ (п/я – 1%, с/я – 67%), лімфоцити – 25%, еозинофіли – 2%, моноцити – 5%, ШОЕ – 10 мм/год.

В **БАК**: глюкоза – 4,3 ммоль/л, креатинін – 100 мкмоль/л, загальний холестерин 5,8 ммоль/л, ЛПНЩ 3,2 ммоль/л, ТГ – 1,3 ммоль/л.

ЕКГ: Синусова тахікардія (чсс 96/хв), підйом сегменту ST V1-V4. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

1. Проведіть подальший діагностичний пошук, складіть план проведення додаткових досліджень.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Зазначте роль коронароангіографії в даній клінічній ситуації.
4. Сформулюйте клінічний діагноз та вкажіть діагностичні критерії.
5. Призначте лікування та обґрунтуйте його.

Задача № 3

Хворий Д., 66 років, самостійно звернувся в клініку через 4 години після появи інтенсивного пекучого болю за грудиною. Біль такого характеру з'явився вперше, без видимої причини, супроводжувався відчуттям оніміння лівої руки та іррадіацією під ліву лопатку, загальною слабкістю, пітливістю. В анамнезі ІХС та АГ близько 10 років. Об'єктивно стан пацієнта розцінювався як тяжкий. Аускультативно дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються, ЧДР-18 за хв. Тони серця ослаблені, ритмічні. Пульс 90/хв. АТ 170/100 мм.рт.ст. Живіт звичайних розмірів, м'який, неболючий. Печінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Периферичні набряки відсутні.

На **ЕКГ** (при поступленні): ритм синусовий, правильний, патологічний зубець Q та елевація сегмента ST у відведеннях II-III, AVF до 5 мм., реципрокна депресія сегмента ST у відведеннях I, AVL V2-V6. Через 4 год. 20 хв. Від моменту появи ангінозного болю, пацієнту проведено тромболізіс стрептокіназою 1,5 млн ОД у вигляді внутрішньовенної інфузії, впродовж 60 хв.

Було усунено больовий синдром і отримано позитивну динаміку ЕКГ – зменшення елевації ST > 50%, формування негативного коронарного зубця T у відведеннях II, III, AVF, V5-V6.

Лабораторні зміни свідчать про гіперферментемію (КФК 2768,4 од/л, КФК-МВ-330,5 од/л, ЛДГ 896 од/л з поступовим зменшенням у динаміці), лейкоцитоз $12,8 \cdot 10^9/л$, зрушення вліво нейтрофільозу. За даними ЕхоКГ були виявлені зміни скоротливої здатності певної ділянки міокарду та зниження систолічної його функції, згідно ФВ, що складає 40%.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Як сформулювати остаточний діагноз?
- 2) Яка локалізація некротичного ураження міокарду?
- 3) Про яку ступінь підвищення кардіоспецифічних ферментів можна зробити висновок?
- 4) Які ділянки міокарду за даними ЕхоКГ були вражені і якою термінологією вони описуються?
- 5) В якій фармакологічній групі засобів має потребу пацієнт згідно суттєвої систолічної дисфункції лівого шлуночка?

Задача № 4

Хворий С., 67 років, раптово відчув стискуючий біль за грудиною, пітливість, відчуття оніміння рук, загальну слабкість, що виникли під час фізичного навантаження. За медичною допомогою не звертався, прийняв самостійно диклофенак, молсидомін – без суттєвого ефекту. Викликав швидку медичну допомогу, лікарем якої діагностовано гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST. На ЕКГ встановлено хвилю Парді у відведеннях II, III, AVF на 6 мм, депресію ST у I, AVL V1-V6 (реципрокні зміни). Прийнято рішення про проведення до госпітального тромболізу тенектеплазою. Препарат введено через 30 хв. від початку ангінозного нападу. Після ТЛТ регресував ангінозний біль, відзначено позитивну динаміку на ЕКГ, у вказаних відведеннях зменшилась елевація ST > 50%, зменшилась і відповідно депресія ST у I, AVL V1-V3. Доставлений в стаціонарне відділення міської лікарні через 2 год. після появи описаних скарг. При поступленні ангінозний біль не турбував, збереглась загальна слабкість. АТ 140/80 мм.рт.ст., пульс – 68/хв. Тони серця ослаблені, ритмічні. Над легеньми дихання везикулярне, хрипів немає, ЧДР-18 за хв. Печінка не збільшена. Периферичні набряки відсутні. За лабораторними даними лейкоцитоз $13,1 \cdot 10^9$ /л, підвищення кардіомаркерів відповідає значенням: КФК 329,9 од/л, КФК-МВ-32,8 од/л

На ЕКГ в надану дату після ТЛТ відзначено позитивну динаміку у вигляді наближення ST у II, III, AVF V4-V6 до ізолінії: формування негативних зубців T II, III, AVF, формування комплексу rSr III, AVF. За даними ЕхоКГ фракція викиду лівого шлуночка складає 47%.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Як сформулювати остаточний клінічний діагноз?
- 2) Якою є стандартна доза тенектеплази і як змінюється її введення при тромболізісі хворих інфарктом міокарду?
- 3) Якій стадії інфаркту міокарда відповідає ЕКГ картина в 1 добу після ТЛТ?
- 4) Чи має потребу пацієнт згідно даних ЕхоКГ в сучасних (назвати) антагоністах альдостерону?
- 5) Яка очікувана вірогідність смерті у такої категорії хворих через 6 місяців?

Задача № 5

У хворого Д., 35 років розвинувся інтенсивний напад болю за грудиною, у ділянці серця, що віддавав у ліве плече, з'явився холодний липкий піт. Дві таблетки нітрогліцерину, прийняті сублінгвально, болю не зменшили. Оглянутий бригадою ШМД через 30 хв. від початку болю, запідозрений інфаркт міокарду, На ЕКГ – ознаки гострої фази, із змінами в I, AVL V4-V6, комплексами типу «QS» і елевацією сегмента ST до 5-6мм, з реципрокними змінами задньої локалізації.

При огляді ЧСС – 100 уд/хв., АТ - 160/90 мм.рт.ст. В легенях та органах черевної порожнини без змін. Доставлений у відділення інтенсивної терапії ЦРЛ. Під час госпіталізації зберігався дискомфорт за грудиною і біль помірної інтенсивності стискуючого характеру, що іррадіював у ліву руку по латеральній поверхні та в нижню щелепу. Загальний стан задовільний, зріст 177 см, маса тіла – 102 кг, ІМТ - 32,6, АТ - 140/80 мм.рт.ст., ЧСС – 77 уд/хв.. Стан органів і систем без особливостей. Бригадою кардіолога і анестезіолога з обласного центру був оглянутий пацієнт і було прийнято рішення щодо проведення тромболізу препаратом стрептокінази (фармакіназа, фармак). З моменту болю пройшло 6 годин. Схема введення стандартна. В динаміці отримані ознаки успішної реканалізації артерії, швидке зниження сегмента ST > 50%. Через 1 годину після ТЛТ пацієнт був доставлений в обласний кардіодиспансер в інфарктне відділення. В подальшому рецидиву болю не було, була досягнута швидка позитивна динаміка ЕКГ і зниження біомаркерів до норми.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Сформулювати кінцевий діагноз.
- 2) Як називається форма ІМ?
- 3) В чому сутність реципрокних змін при інфарктах?

4) В чому сутність стандартної ТЛТ стрептокіназою?

5) Сформулювати програму неускладненого перебігу Q-інфаркту міокарда в стаціонарі.

Задача № 6

Пацієнт С., 51 року був доставлений бригадою ШМД в обласний кардіодиспансер з приводу стискаючого гострого інтенсивного болю в грудній клітці, що розпочався 30 хв. тому. На догоспітальному етапі було зроблено ЕКГ, на якій мали місце ознаки Q-позитивного базального передньо-бокового інфаркту міокарду лівого шлуночка. Зроблено ургентну коронарорентрикулоангіографію, де виявлено стеноз проксимальної частини ПМШГ ЛКА-55%, стеноз середньої частини цієї ж гілки ЛКА-70%, субоклюзію проксимальної частини діагональної гілки ЛКА-95%. З анамнезу встановлено, що протягом близько 20 років хворіє на артеріальну гіпертензію і цукровий діабет 1 типу, важкою формою. Медиками ШМД зроблено пацієнту ін'єкцію арікстри підшкірно, введено промедол і дано перорально навантажувальні дози ацетилсаліцилової кислоти і клопідогрелю. При дослідженні крові глікемічний профіль у стаціонарі такий: глюкоза натще – 8,3 ммоль/л, 11:00-11,9 ммоль/л; 15:00-16,8 ммоль/л; 19:00 – 14,8 ммоль/л; 21:00-10,3 ммоль/л.

Дані ліпідограми: холестерин загальний – 4,56 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 2,96 ммоль/л, ЛПДНЩ – 0,45 ммоль/л, індекс атерогенності – 3,0, тригліцериди – 0,99 ммоль/л.

Маркери некрозу: КФК – 328,7 ОД/л, МВ-КФВ – 37,8 ОД/л.

Коагулограма: фібриноген плазми – 107,9", фібринолітична активність – 210", АЧТЧ – 32,1", тромбіновий час – 15,4'. Клінічні аналізи крові та сечі без відхилень.

В цей же день проведено стентування ПМШГ ЛКА-1 і діагональної гілки-1.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Сформулювати кінцевий діагноз згідно класифікації.
- 2) Сформулювати програму лікування на амбулаторному етапі. Окреслити медикаментозні і реабілітаційні заходи.
- 3) Назвати групи фармакологічних засобів, які мають доказову базу стосовно уповільнення прогресування атеросклерозу.
- 4) Який ЕКГ- критерій свідчить про реканалізацію інфаркт-залежної коронарної артерії після проведення тромболізу?
- 5) До якого рівня треба знижувати ЛПНЩ при лікуванні статинами в даного хворого, враховуючи 4 ступінь серцево-судинного ризику?

Задача № 7

Пацієнтка Н., 50 років доставлена в обласний кардіологічний диспансер з приводу больового синдрому в грудній клітці, що виник раптово і потребував використання засобів фармакологічного знеболення. На зареєстрованій ЕКГ в момент поступлення – ритм синусовий, регулярний, порушення процесів реполяризації передньо-базальних відділів лівого шлуночка. Зроблено ургентну коронарорентрикулографію на якій гемодинамічно значимих стенозів не виявлено. Дослідження маркерів некрозу кардіоміоцитів показало їх підвищення, так КФК – 293,4 ОД/л, МВ-КФК – 65,7 ОД/л

Ліпідний профіль крові склав: загальний холестерин – 5,29 ммоль/л, ЛПВЩ – 1,14 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,90 ммоль/л, ЛПДНЩ – 0,25 ммоль/л, тригліцериди – 0,56 ммоль/л.

В клінічному аналізі сечі мікроальбумінурія – 0,016 г/л, в біохімічному аналізі крові підвищений рівень креатиніну – 159,5 мкмоль/л; дані коагулограми свідчать про певні зміни, так рівень фібриногену – 1,7 г/л, фібринолітична активність – 165", рекальцифікація плазми – 125,8", тромботест 4 ст.

Дані ЕхоКГ – зон гіпо і акінезії не виявлено. Розміри камер серця, стан клапанного апарату і скоротливої здатності без патології. Присутня хибна хорда в порожнині лівого шлуночка.

Моніторинг АТ свідчить про артеріальну гіпертензію м'якого перебігу.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Сформулювати заключний клінічний діагноз.
- 2) Описати основні аспекти серцево-судинного континууму у даної хворої.
- 3) Скласти програму амбулаторного лікування.
- 4) Сформулювати можливий механізм гострого коронарного синдрому в описаній задачі.

Задача № 8

Пацієнт Х., 44 років, доставлений в кардіологічне відділення зі скаргами на тривалий інтенсивний біль за грудиною. Вживання нітрогліцерину не поліпшило стан. Захворів гостро, один день тому, після фізичного навантаження. При об'єктивному огляді загальний стан середньої важкості. Пульс – 92 уд/хв., ритмічний. АТ – 140/70 мм.рт.ст. При обстеженні легень та органів черевної порожнини змін не виявлено. набряки на ногах відсутні.

В клінічному аналізі крові змін не виявлено. В біохімічному аналізі зміни в таких показниках: АсАТ-1,35 мкмоль/л, АлАТ-0,92 мкмоль/л, КФК-2,8 мк/моль/л.

В коагулограмі – протромбіновий індекс – 102%, фібриноген – 6,3 г/л, фібриноген В(++). На ЕКГ при госпіталізації – елевація ST у I, AVL, V1-V4 і помірною інверсією Т у вказаних відведеннях. Реципрокна депресія сегмента ST у відведеннях II, III, AVF.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Сформулювати попередні діагнози.
- 2) Який метод є вирішальним для встановлення заключного діагнозу.
- 3) Визначте провідний фактор патогенезу у хворого.
- 4) Про що свідчать дані лабораторних досліджень.

Задача № 9

Пацієнт Н., 52 років, був прийнятий в кардіологічне відділення зі скаргами на інтенсивний тиснучий біль за грудиною з іррадіацією в ліве плече, який тривав протягом 2 годин. При огляді стан важкий, пульс 120 уд/хв., ритмічний. І тон над верхівкою серця послаблений. АТ – 120/70 мм.рт.ст. При обстеженні легень, органів черевної порожнини змін не виявлено. набряки на ногах відсутні. В загальному аналізі крові незначні відхилення – лейкоцити – $9,3 \cdot 10^9$ /л (п/я нейтрофіли 8%), ШОЕ - 14 мм/год. В біохімічному аналізі – холестерин – 6,2 ммоль/л, КФК – 2,4 мкмоль/л, АсАТ – 1,25 мкмоль/л, АлАТ – 1,1 мкмоль/л. В коагулограмі протромбіновий індекс 95%, фібриноген – 4,8 г/л, фібриноген В (++) . На ЕКГ при госпіталізації: QS-комплекси III, AVF з елевацією ST, в III rS з хвилею Парді. Реципрокна депресія ST у I, AVL V2-V5.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Про що свідчать зміни на ЕКГ.
- 2) Дайте оцінку результатів лабораторних досліджень.
- 3) Сформулюйте діагноз.
- 4) Вказати, що може уповільнити динаміку ЕКГ при інфаркті.

Задача № 10

Пацієнт М., 62 років, інвалід III групи, доставлений у кардіологічне відділення зі скаргами на часті напади пекучого загрудинного болю, які виникли 2 дні тому переніс інфаркт міокарда, до останнього часу počував себе задовільно. При об'єктивному обстеженні стан середньої важкості. Акроціаноз, пульс 68 уд/хв., ритмічний, АТ – 160/100 мм.рт.ст. І тон над верхівкою серця ослаблений. ЧД – 22 за 1хв. Над легеньми жорстке дихання. Живіт м'який, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. набряки відсутні.

В клінічному аналізі крові – лейкоцитоз – $9,2 \cdot 10^9$ /л (п/я нейтрофіли – 8%), ШОЕ - 12 мм/год, в іншому норма. В біохімічному аналізі крові АсАТ-1,0 мкмоль/л, АлАТ - 0,92 мкмоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л. Коагулограма: протромбіновий індекс – 104%, фібриноген 5,2 г/л, фібриноген В (+++). На ЕКГ при поступленні – інверсія Т в I, II, III, AVR, AVL.

Дайте письмові відповіді на наступні питання:

- 1) Сформулюйте діагноз.
- 2) Дайте оцінку результатів лабораторних досліджень.
- 3) В які терміни при повторному інфаркті міокарда виникають відповідні клінічні і лабораторно-інструментальні зміни?
- 4) З якими захворюваннями необхідно проводити диференційний діагноз в даній ситуації?

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

Тема 3. Лікування хворого з ускладненням інфаркта міокарда

Кількість годин - 2.

Актуальність теми.

Екстремальні стани є найважливішою медичною проблемою, оскільки саме на них припадає більша частина безпосередніх причин смерті. Висока смертність від інфаркту міокарда осіб працездатного віку ставить в ряд актуальних проблем ранню діагностику, оцінку ускладненого перебігу і подальшого прогнозу. Інфаркт міокарда (ІМ) - це некроз ділянки серцевого м'язу, який зумовлений ішемією, що виникає гостро як наслідок невідповідності коронарного кровотоку потребам міокарда. Безпосередньою причиною розвитку ІМ є оклюзія коронарної артерії або різке зниження притоку крові до нього внаслідок: дестабілізації атероматозної бляшки, крововиливу в ній, коронаротромбозу та спазму коронарних артерій.

Термін «ІМ з зубцем Q» та «ІМ без зубця Q» краще відображають наслідки тромбозу коронарних артерій, ніж широко розповсюджені терміни «трансмуральний ІМ» і «нетрансмуральний ІМ». Перебіг гострого ІМ зумовлений високим ризиком різних ускладнень, які умовно можна розділити на: обумовлені порушенням насосної функції, порушенням ритму і провідності, механічними ускладненнями (розривами), зумовлені пролонгованим у часі порушенням коронарного кровоплину і тромботичними ускладненнями. В узагальненому варіанті названі ускладнення спонукають розвитку гострої серцевої недостатності (ГСН), ступінь тяжкості якої і невідкладні лікувальні заходи здійснюють вплив на кінцеві результати даної проблеми. ГСН залежить в своїх проявах від розмірів ІМ, наявності або відсутності високих градацій порушень ритму і провідності, ступеня мітральної регургітації або недостатності міжшлуночкової перетинки, попереднього стану міокарду, рефлексорних і гуморальних впливів.

Кардіогенний шок (КШ) є крайнім ступенем важкості ГСН і може бути не тільки ускладненням обширних передніх Q-ІМ, але і інших причин. КШ виникає при вираженому зменшенні серцевого викиду в результаті первинного ураження серця і різкого зниження здатності шлуночків. КШ може бути наслідком гострого міокардиту, певних видів аритмій, гострої перфорації клапанів, швидкого накопичення рідини при ексудативному перикардиті. Одним з видів КШ є обструктивний шок, при якому має місце перепона для кровотоку в серці або великих легеневих артеріальних судинах. Це спостерігається при масивній легеневій емболії або великому тромбі лівого передсердя, який закриває отвір мітрального клапана. Виражене порушення наповнення шлуночків, яке спостерігається при тампонаді серця кров'ю (при розриві серця) або запальною рідиною (ексудативний перикардит), призводить до значного зменшення серцевого викиду.

1. Порушення ритму і провідності при ІМ пов'язане з появою зон некрозу пошкоджень і ішемії з їх різними електрофізіологічними характеристиками. Має значення також нейрогуморальна гіперкатехолемія і гіперфункція інтактних ділянок міокарду в умовах їх стану (кардіосклероз і/або гіпертрофія). Найбільш частими аритміями є шлуночкові екстрасистоли різних класів важкості, тахікардії як шлуночкові, так і надшлуночкові, в тому числі і фатальні – фібриляція і миготіння шлуночків. Різноманітні блокади серця нерідко супроводжують ускладнений перебіг ІМ.

2. Постінфактна стенокардія (ПС) - це наявність ангінозних нападів і транзиторних ішемічних змін на ЕКГ в «підгострий» період ІМ. ПС – є наслідком нестійкості коронарного кровоплину при посиленому, зазвичай, трьохсудинному коронаросклерозі з наявністю нестабільних бляшок. ПС пов'язана з підвищеним ризиком рецидиву ІМ і раптової смерті. Це ускладнення частіше реєструється при Q-негативному ІМ. ПС- є прямим показом для КАГ і наступної ангіопластики або стентування.

3. Затяжний перебіг, рецидиви і поширення некрозу. Поява свіжих некротизованих вогнищ після 2-3 доби від початку захворювання є проявом затяжного перебігу, що зумовлено відмиранням уражених ділянок в зоні первинного некрозу з поширенням на перинфарктну і ішемічну зону міокарду. Причинами рецидиву ІМ або його поширення є реоклюзія внаслідок артеріотромбозу.

4. Перикардит є проявом неспецифічного запалення перикарду відповідь на некроз субміокардіальних шарів міокарду при трансмуральному ІМ. Частіше виникає в 2-5 добу, є фіброзним або серозно-фіброзним і є локальним (80%).

5. Внутрішньоплуночковий тромб і системна емболія. Наслідком і джерелом їх є пристінкові тромби в порожнині лівого шлуночка, які на 5-7 добу знаходять у 50% хворих. Це буває переважно при Q-ІМ передньої і верхівкової області лівого шлуночка з акінезом цих сегментів.

6. Механічні ускладнення: розриви серця і мітральна регургітація. Розриви відмічаються на 5-7 добу ІМ і є причиною смерті 10-20%. Розриву підлягає зазвичай вільна стінка лівого шлуночка на межі некротичного і життєздатного міокарду внаслідок утворення розшаровуючої гематоми з розривом гострого гемоперикардиту і тампонади.

Пізні ускладнення: тромбоз вен і тромбоемболія легеневої артерії. Утворення тромбів в глибоких венах гомілок починається з 1-го дня хвороби, трапляється в 10%.

Постінфарктиний синдром Дресслера буває рідко (1-4%) і включає перикардит, плеврит, пневмонію.

Інші ускладнення ІМ. Синдром передньої грудної стінки, синдром плеча, ускладнення шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи і психічні порушення.

Загальна мета – вміти поставити попередній діагноз, провести диференціальну діагностику і визначити тактику ведення хворих із інфарктом міокарда та його ускладненням.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється кардіогенним шоком та ІМ. Виділити інші ускладнення ІМ.

2. Скласти програму обстеження хворого.

3. Провести диференціальну діагностику невідкладного стану.

4. Поставити попередній діагноз

5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих з кардіогенним шоком та іншими ускладненнями інфаркту міокарду.

2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при кардіогенному шоку та інших ускладненнях ІМ.

3. Виявити в анамнезі та об'єктивних даних ознаки ІМ, ускладненого кардіогенним шоком та іншими ускладненнями.

4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних антиаритмічних препаратів. Обґрунтовувати тактику невідкладної допомоги, механізм дії призначених лікарських препаратів та механічних пристроїв при різних ускладненнях ІМ. Визначити прогноз в окремих ситуаціях.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Згідно Універсальної класифікації інфаркту міокарда Тип II – це:

А. Раптова серцева смерть.

Б. Спонтанний інфаркт міокарда, який розвинувся внаслідок первинної коронарної події (розрив, виразкування ерозії або розшарування атеросклеротичної бляшки).

В. Той, що розвинувся вторинно внаслідок ішемічного дисбалансу між потребою в кисні та його доставкою.

Г. Інфаркт міокарда, що пов'язаний із аорто-коронарним шунтуванням.

Д. Інфаркт міокарда, що пов'язаний із інвазивними втручаннями.

2. Рецидивуючим згідно класифікації називають інфаркт міокарда:

- А. Який діагностується при відсутності анамнестичних та інструментальних ознак перенесеного у минулому ІМ.
- Б. При якому є достовірні ознаки нового вогнища некрозу, що формується у басейні інших КА у терміни, що перевищують 28 днів із моменту попереднього ІМ
- В. При якому наявні клініко-лабораторні та інструментальні ознаки формування нових вогнищ некрозу у терміни 72 год – 28 діб після розвитку ІМ.

3. Причиною підвищення рівню тропонінів, крім гострого інфаркту міокарда може бути:

- А. Травма серця
- Б. Застійна серцева недостатність
- В. Ниркова недостатність
- Г. Розшаровуюча аневризма аорти
- Д. Все вище перераховане.

4. ЕКГ ознакою гострої тривалої оклюзії коронарної артерії є:

- А. Наявність у ≥ 2 суміжних відведеннях підйому сегмента $ST \geq 2,5$ мм у чоловіків < 40 років, $ST \geq 2$ мм у чоловіків ≥ 40 років, або $\geq 1,5$ мм у жінок у відведеннях з V2-V3 і/або ≥ 1 мм в інших відведеннях.
- Б. Наявність у ≥ 2 суміжних відведеннях підйому сегмента $ST \geq 4$ мм у чоловіків < 40 років, $ST \geq 3$ мм у чоловіків ≥ 40 років, або ≥ 4 мм у жінок у відведеннях з V2-V3 і/або ≥ 2 мм в інших відведеннях.
- В. Поява графіки SI Q3 T3.
- Г. Наявність у ≥ 2 суміжних відведеннях депресії сегмента $ST \geq 2$ мм у чоловіків < 40 років, $ST \geq 2,5$ мм у чоловіків ≥ 40 років, або $\geq 2,5$ мм у жінок у відведеннях з V2-V3 і/або $\geq 1,5$ мм в інших відведеннях.

5. При оклюзії передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії в яких ЕКГ-відведеннях буде реєструватися елевація сегменту ST:

- А. II, III, AVF.
- Б. V1-4.
- В. V3-6.
- Г. I, AVL, V5-V6
- Д. У правих грудних відведеннях.

6. Які порушення ритму, провідності часто виникають при оклюзії правої коронарної артерії:

- А. Синусова тахікардія.
- Б. Синусова брадикардія.
- В. Шлуночкова екстрасистолія.
- Г. Фібриляція передсердь.
- Д. Синусова брадикардія, АВ-блокади.

7. Хворий А., 60 років, госпіталізований зі скаргами на серцевий біль та задишку, які виникли раптово після значного фізичного перенавантаження. На ЕКГ зафіксовано елевацію сегмента ST в II, III, aVF відведеннях. Підвищення КФК- МВ майже вдвічі відносно норми. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Гострий задній інфаркт міокарду.
- Б. Гострий передній інфаркт міокарду.
- В. Стенокардія напруги.
- Г. Гострий перикардит.
- Д. Розшаровуюча аневризма аорт.

8. При лікуванні кардіогенного шоку використовують:

- А. Обзідан.
- Б. Мезатон.
- В. Дофамін.
- Г. Гідрокортизон.
- Д. Верапаміл.
- Е. Строфантин.

9. Кардіогенний шок, як правило, розвивається:

- А. У перші години ІМ.
- Б. Протягом 1-2 діб з початку ІМ.
- В. Протягом 2-3 тижнів з початку ІМ.
- Г. Через віддалений проміжок часу після ІМ

10. У хворого О, 60 років, який був госпіталізований у кардіологічне відділення лікарні з діагнозом ІХС: гострий Q- ІМ нижньої стінки лівого шлуночка, на 4 день захворювання раптово при вставанні з ліжка з'явилась важка дихальна недостатність, в нижніх відділах легень вологі дрібноміхурцеві хрипи, артеріальна гіпотензія на верхівці серця – грубий

пансистоличний шум. ЕхоКГ: тремтіння задньої стулки мітрального клапана, її систолічне пролабування в ліве передсердя, трансмітральний потік - +++. Ваш діагноз:

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| А. Гостра аневризма лівого шлуночка | Г. Розрив папілярного м'яза |
| Б. Зовнішній розрив міокарда | Д. Тромбоперикардит |
| В. Інфаркт правого шлуночка | |

Правильні відповіді: 1. – В 2. – В 3. – Д 4. – А 5. – В 6. – Е 7. – А 8. – В 9. – А 10. – 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. Sedyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. 2019р. вид-во «Медицина» - 664с.
7. Internal Medicine: Critical Care: textbook (III-IV a.l.)/ O.Ya. Babak, O.M. Bilovol, N.M. Zhelezniakova et al.; edited by O.Ya. Babak, O.M. Bilovol. – К.: Медицина, 2018. – 368с.
8. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч.1. Кардіологія, ендокринологія та ревматологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 217 с.

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. 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 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>

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. Наказ від 03.03.2016 Київ № 164 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром без елевації ST»

4. Наказ МОЗ від 02.07.2014 № 455 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром з елевації ST»

5. Рекомендації ESC з реваскуляризації міокарда 2018.

6. Відкритий освітній ресурс OCW 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. Визначення поняття інфаркту міокарда.
2. Етіологія та патогенез інфаркту міокарда.
3. Класифікація інфаркту міокарда. Поняття MINOCA.
4. Особливості клінічного перебігу різних форм.
5. Лабораторно-інструментальні критерії інфаркту міокарда.
6. Виділити провідний синдром, провести диференціальну діагностику больового синдрому в лівій половині грудної клітки.
7. ЕКГ-ознаки інфаркту міокарда.
8. Застосування шкали GRACE у хворих на інфаркт міокарда.
9. Лікування на догоспітальному та госпітальному етапах.
10. Особливості інвазивної стратегії лікування при гострому коронарному синдромі із підйомом сегменту ST і без підйома сегмента ST.
11. Показання та протипоказання до тромболізу.
12. Ускладнення інфаркту міокарда.
13. Визначити тривалість подвійної антитромбоцитарної терапії, прогноз захворювання.
14. Визначення поняття «кардіогенний шок», його етіологію та патогенез, стадії і форми.
15. Клініка постінфарктної стенокардії, затяжного перебігу ІМ, тромбоемболічних ускладнень.
16. Невідкладна допомога при кардіогенному шоку на догоспітальному та госпітальному етапах.
17. Розглянути дані коронарографії та ЕКГ хворих із гострим інфарктом міокарда. Визначити локалізацію ураження, інвазивну тактику ведення хворих.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Задача 1

Хворий із гострим коронарним синдромом, який був доставлений у катеризаційну рентген-операційну через 1 годину після реєстрації ЕКГ (підйом сегмента ST у V1-V5). Комбінований тропоніновий тест: міоглобін – позитивний, МВ-КФК – позитивний, тропонін Т – негативний.

Питання:

1. Про ураження яких коронарних судин можемо думати?
2. Поясніть результати тропонінового тесту.
3. Яка подальша тактика ведення цього пацієнта?

Задача 2

Хворий 66 років. Більше 15 років хворіє на цукровий діабет 2 типу вторинно інсулінозалежний. Викликав швидку допомогу з приводу головних болей на фоні високого АТ (210/110). Тиск в домашніх умовах знизити не вдавалося, прийняв каптоприл, анаприлін, корвалол. На зареєстрованій ЕКГ: ритм синусовий, правильний, частота серцевих скорочень 58/хв. Зубці Q у відведеннях I, II, AVF, V5-6. Сегмент ST над ізолінією у цих відведеннях. Тропоніновий тест позитивний.

Питання:

1. Яка подальша тактика лікаря ШМД, лікаря відділення інтенсивної терапії?

2. Підчас проведення коронарографії цього пацієнта виявлена оклюзія передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії 90%, оклюзія правої коронарної артерії 90%.

3. Чи корелюють дані коронарографії, ЕКГ і клінічна картина?

4. Яка тактика інвазивного кардіолога в даній клінічній ситуації?

5. Яка медикаментозна тактика?

Завдання 3

У хворого 54 років на 3 день повторного інфаркту міокарда несподівано погіршився стан з непритомністю, зупинкою серцевої діяльності та дихання, АТ 40/0 мм рт. ст. На ЕКГ: часті нерегулярні хвилі, відмінні за формою та амплітудою. Завдяки терміново проведеним реанімаційним заходам серцева діяльність відновлена. З метою попередження розвитку ускладнення необхідно залучити в терапію:

А. Дефібриляцію.

Г. Лідокаїн.

Б. Новокаїнамід.

Д. Кордарон.

В. Етацизін.

Завдання 4

Хворий 54 років, госпіталізований до кардіореанімаційного відділення з діагнозом інфаркт міокарда з зубцем Q. Через добу перебування в стаціонарі стан хворого значно погіршився. Скаржить на задуху. При огляді: шкіра бліда, волога, холодна на дотик. Дихання везикулярне, послаблене, за частотою 36 за 1 хв., пульс 110 за 1 хв, ритмічний, тони серця глухі, ритм галопу, АТ – 80/40 мм рт.ст., сечевиділення 10 мл за 1 год. Яке ускладнення інфаркту міокарда з зубцем Q виникло у хворого у данному випадку?

А. Кардіогенний шок.

Г. Гостра аневризма серця.

Б. Серцева астма.

Д. Синдром Дреслера.

В. набряк легенів.

Задача № 5

Хворий А, 75 років о 12 год дня відчув пекучий біль за грудиною з ірадіацією в ліве плече. Після сублінгвального прийому 4 таблеток нітрогліцерину суттєвого поліпшення не відчув, тому викликав швидку допомогу, яка прибула на виклик о 13 год 10хв. На момент прибуття бригади ШМД стан хворого був важким, нестабільним: свідомість – помірне оглушення, положення активне (у межах ліжка), шкіра бліда, волога, акроціаноз, слизові оболонки ціанотичні, тони серця ритмічні, глухі, шуму патологічного немає, пульс ритмічний, ниткоподібний, дихання жорстке, хрипів немає. Частота пульсу - 56 ударів/хв., АТ- 70/50 мм рт.ст., ЧД- 22/хв.. Виконано ЕКГ на якій на тлі помірно зниженого вольтажу ритм синусів,регулярна елевація ST III, QS ,V1-2. 10 років тому перерніс передньо-перертинково-верхівковий інфаркт міокарду. Встановлено діагноз гострого повторного інфаркту міокарда з елевацією ST. В палаті інтенсивної терапії призначене стартове лікування: інгаляція зволоженого кисню, ацетилсаліцилова кислота 0,25, встановлений венозний доступ, розпочали моніторинг серцевого ритму із застосування дефібрилятора монітора з готовністю до негайної фібриляції. Було прийнято рішення про проведення ТЛТ стрептокінази , яку розпочали о 14.30 (через 2 години після гострого інфаркту). У динаміці чітко видно ознаки успішної реканалізації: швидке зниження сегменту ST на 50% у II, III, AVF. Больовий синдром ліквідовано повністю в/в інфузією розчину дофаміну 4%-5,0 у 200,0 0,9% розчину NaCl. У крові помірна гіпхолестеринемія, КФК 2525 од/л при госпіталізації, далі в динаміці – 1252 од/л, 153, 68од/л. МВ – КФК – 140 од/л під час госпіталізації, далі в динаміці - 38,23., ЛДГ – 1352 при госпіталізації, далі – 768, 242. На ЕхоКГ через 7 днів від початку хвороби розміри порожнин серця в нормі, потовщення міокарда лівого шлуночку (задня стінка 11,7 мм). По задній стінці гіпокінезія. ФВ – 50% . Виписаний в задовільному стані

Питання

1. Сформулювати остаточний діагноз

2. Яке ускладнення інфаркту мало місце?

3. Про що свідчить рівні маркерів при поступленні?

4. Скласти програму амбулаторного лікування.

Задача № 6

Пацієнт Г., 60 років, поступив в інфарктне відділення кардіодиспансеру з приводу Q-позитивного переднього поширеного інфаркту міокарду лівого шлуночка. Зроблено ургентну коронарографію, де виявлено субоклюзію передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії в середній частині 99%, там же встановлено стент та проведено системний тромболізіс теноктеплазою (мета лізе) в день надходження до лікарні. Через 2 дні після описаних подій мала місце фібриляція шлуночків з відновленням синусового ритму через фібриляцією. З анамнезу встановлено, що тривалий час хворів супутньою артеріальною гіпертензією. Маркери некрозу міокарда позитивні. Біохімічні показники крові в межах норми.

Питання

1. Сформулюйте кінцевий діагноз, включно і наявні ускладнення.
2. Скласти програму амбулаторного лікування.
3. Як знизити ймовірність раптової серцевої смерті?

Задача № 7

Черговий лікар інфарктного відділення під час вечірнього обходу звернув увагу на хворого Г. 55 років, який 5 днів перебував у відділенні з приводу гострого «циркулярного» інфаркту міокарду. У нього з'явилась задишка, вологі хрипи у легенях (<50% площі грудної клітки), протодіастолічний ритм галопу, тахікардія. Лікар константував альвеолярний набряк легенів. Які з наведених нижче принципів невідкладної допомоги повинен використати лікар у цій ситуації?

- А. Антиангінальна терапія
Б. Системний тромболізіс
В. Інфузія колоїдних розчинів
Г. Підвищення центрального венозного тиску
Д. Зменшення венозного повернення.

Задача № 8

Хворий Г 52 роки, скаржиться на біль у лівій половині грудної клітки з іррадіацією у ліву половину шиї, IV-V пальці лівої кисті, який виник почався 2 дні тому. Біль з'являється і триває 1-20 хв і вщухає після приймання 1-2 табл нітрогліцерину. Температура тіла 37,8С, при аускультатії серця – шум тертя перикарду. На ЕКГ – ритм синусовий, у V4- V5 елевация сегмента ST. У крові: АСАт – 3,2 ммоль/л. Хворіє 3 дні. Найбільш імовірний діагноз:

- А. Медіастиніт
Б. Сухий перикардит
В. Гостра плевропневмонія
Г. Епістенокардитичний перикардит
Д. Синдром Золінгера – Елісона.

Задача № 9

Хворий 60 років, що переніс інфаркт міокарда, ускладнений хронічно. Аневризмою лівого шлуночка, скаржиться на напади задухи, кашлю з виділенням пінистого, рожевого кольору харкотиння. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, покриті холодним шипким потом, слизові ціанотичні, в легенях – вологі хрипи, тони серця різко ослаблені, акцент II тону на легеневій артерії, ЧСС- 120 уд/хв. З якою метою даному випадку доцільно застосувати наркотичні анальгетики?

- А. Зменшення об'єму циркулюючої крові
Б. Підвищення скоротливості міокарда
В. Зменшення проникності альвеолярно- капілярних мембран
Г. Зменшення тиску в малому колі кровообігу
Д. Нормалізація кислотно- лужної рівноваги.

Правильні відповіді : 3. – А, 4. – А, 8. – Д, 9. – Г.

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	45	Історії хвор.		Палата, навч. кімн.
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

3. Препаратом першого вибору при пароксизмі суправентрикулярної тахікардії є:

- А. АТФ. В. Новокаїнамід.
Б. Верапаміл. Г. Обзидан.

4. Препаратом першого вибору при пароксизмі шлуночкової тахікардії є:

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

5. При купіруванні пароксизму шлуночкової тахікардії у хворих на органічні захворювання серця протипоказано введення:

- А. Новокаїнаміду. В. Дизопірамід.
Б. Верапамілу. Г. Кордарону.

6. Найбільш виражений негативний ізотропний ефект мають:

- А. Новокаїнамід. В. Кордарон.
Б. Дизопірамід. Г. Етацизин.

7. Інтервал QT збільшується при терапії ААЗ:

- А. ІВ-групи. Б. ІС-групи. В. ІІІ класу. Г. ІV класу.

8. Амідарон викликає:

- А. Збільшення тривалості QT.
Б. Збільшення ширини QRS.
В. Збільшення тривалості QT і ширини QRS.
Г. Збільшення тривалості QT і зменшення тривалості QRS.

9. При передсердній екстрасистолії найбільш ефективний:

- А. Анаприлін. В. Дигоксин.
Б. Верапаміл. Г. Етацизин.

10. З метою купірування пароксизму фібриляції передсердь у хворих з синдромом WPW показане введення:

- А. Пропранололу. В. Дигоксину.
Б. Верапамілу. Г. Новокаїнаміду.

Відповіді до завдань:

1. – Б 2. – Г 3. – А 4. – В 5. – В 6. – Б 7. – В 8. – В 9. – Б 10. – 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 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. – 193 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. 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
2. Фибрилляция предсердий: рекомендации 2019 года. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/139210/fibrillyatsiya-predserdij-rekomendatsii-2019-goda>
3. Наказ МОЗ України від 15.06.2016 № 597 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги «Фібриляція передсердь». Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_597_fibrilPreds/2016_597_YKPMDFibrPreds.pdf
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. Класифікація пароксизмальних порушень ритму та провідності.
2. Існуючий алгоритм діагностики пароксизмальних порушень ритму та провідності.
3. Складання плану обстеження.
4. Роль інструментальних та лабораторних методів обстеження.
5. Тактика ведення хворих із пароксизмальним порушенням ритму та провідності.
6. Диференціальна діагностика.
7. Антиаритмічні препарати, класифікація, основні представники.
8. Медикаментозні та немедикаментозні методи лікування.
9. Електроімпульсна терапія.
10. Існуючі стандарти первинної і вторинної профілактики, прогноз працездатності.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Пацієнт 72 років, з інфарктом міокарда в анамнезі без зубця Q, скаржиться на серцебиття, задуху при помірному фізичному навантаженні. Об'єктивно: ритм серцевої діяльності

неправильний, ЧСС -96/хв., тони серця ослаблені, систолічний шум над аортою, ЧД - 16/хв. На АКГ: відсутність зубців Р в усіх відведеннях, різні інтервали R-R, хвилі f найкраще виражені у V₁. Про яке порушення ритму серцевої діяльності слід думати?

- А. Фібриляцію передсердь.
- Б. Шлуночкову екстрасистолію.
- В. Передсердну екстрасистолію.
- Г. Атріовентрикулярну блокаду.
- Д. Неповну блокаду правої ніжки пучка Гісса.

Завдання 2

У хворої 72 років із гострим Q-інфарктом міокарда передньобочкової стінки лівого шлуночка виникла фібриляція передсердь з прискореним проведенням імпульсів на шлуночки (175-210/хв.), АТ 160/90 мм рт.ст. Засобом вибору в даній ситуації є:

- А. Преднізолон – 120 мг в/в, струменево.
- Б. Кордіамін – 4 мл в/в, струменево.
- В. Добутамін – 250 мг в/в, краплинно.
- Г. Аміодарон – 450 мг в/в, краплинно.
- Д. Ізопротеренол – в/в, краплинно з розрахунку 0,5 мкг/кг – 1 хв.

Завдання 3

У хворого 75 р. із гострим не-Q-інфарктом міокарда нижньоперетинкової ділянки лівого шлуночка через 3 години з моменту госпіталізації з'явилися повторні епізоди арешту синусового вузла. АТ - 130/80 мм рт.ст., ЧСС - 60/хв. Ваша тактика в цій ситуації?

- А. Лідокаїн – інтравенозна інфузія до 1000 мг/добу.
- Б. Строфантин 0,05% 1 мл в/в + кальцію хлорид 10% в/в.
- В. Ургентна імплантація штучного водія ритму серця.
- Г. Кардіоверсія.
- Д. Тимчасова стимуляція в режимі "of demand".

Завдання 4

У хворого 70 р. із діагнозом гострого QS-інфаркту міокарда передньої стінки лівого шлуночка на фоні больового синдрому виникла пароксизмальна надшлуночкова тахікардія (ЧСС - 180/хв., ритм правильний, АТ - 100/60 мм рт. ст.). До яких засобів не слід вдаватися у такому випадку?

- А. В/в повільно 10 мг верапамілу.
- Б. В/в струменево 1 мг дигоксину.
- В. В/в струменево 6 мл АТФ.
- Г. В/в струменево 2 мл 0,1% розчину атропіну.
- Д. В/в 0,5 мл 1% розчину мезатону.

Завдання 5

У хворого 46 р. часті епізоди Морганьї-Адамса-Стокса. ЧСС - 30/хв., АТ - 190/60 мм рт.ст. На ЕКГ: хвилі f, деформовані QRS із однаковим інтервалом R-R (20 мм). Яке порушення провідності є у даного хворого?

- А. Синусова брадикардія.
- Б. Синдром Фредеріка.
- В. AV-блокада I ступеня.
- Г. Повна поперечна блокада з синусовим ритмом.
- Д. Біфасцикулярна блокада лівої ніжки пучка Гісса.

Завдання № 6

Основним показанням для застосування тимчасової ендокардіальної електрокардіостимуляції у хворих з синоаурикулярною блокадою II - III ступеня є:

- А. Виражена брадикардія
- Б. Запаморочення
- В. Синдром Морганьї-Адамса-Стокса
- Г. Стійкі кардіалгії
- Д. Все разом назване

Завдання № 7

Найсуттєвішим показанням для встановлення постійної електрокардіостимуляції є:

- А. Не частий ритм шлуночків (< 40 за 1 хв.), що піддається медикаментозній стимуляції
- Б. Напади Морганьї-Адамса-Стокса, або стійке запаморочення
- В. Розвиток хронічної серцевої недостатності
- Г. Розвиток артеріальної гіпертензії
- Д. Все разом назване

Завдання № 8

Для лікування внутрішньо-шлуночкових блокад першочерговим є:

- А. Імплантація кардіостимулятора
- Б. Призначення бета-стимуляторів
- В. Призначення холінолітиків
- Г. Терапія основного захворювання
- Д. Все разом

Завдання № 9

Хворий С. 55 років, госпіталізований у кардіологічне відділення зі скаргами на різку слабкість, запаморочення, задишку у спокої, серцебиття. Захворів гостро, 2 години тому. Із анамнезу відомо, що 6 місяців тому переніс інфаркт міокарду. При огляді, шкіра бліда, стан важкий, акроціаноз. Пульс 160 уд./хв., ритмічний, ниткоподібний. АТ 60/40 мм.рт.ст. На ЕКГ – синусоїда, QRS > 0,12 сек. Зубець Р не ідентифікується. Поставлено діагноз пароксизму шлуночкової тахікардії на тлі постінфарктного кардіосклерозу з розвитком кардіогенного шоку. Який метод лікування в даному випадку буде першочерговим?

- А. В/в введення аміодарону
- Б. В/в введення лідокаїну
- В. В/в введення новокаїну
- Г. Електроімпульсна терапія зі знеболенням
- Д. Електроімпульсна терапія без знеболення

Завдання № 10

Хвора Д., 25 років, була прийнята в кардіологічне відділення зі скаргами на слабкість, часте і надмірне сечовипускання, напад серцебиття. Захворіла раптово, 2 години тому. Захворювання почалося з нападу серцебиття. Раніше не хворіла. При огляді пульс 150 уд./хв., ритмічний, АТ – 120/80 мм.рт.ст.. На ЕКГ ритм правильний з частотою 150 уд./хв., QRS = 0,09 сек., не деформований. Який алгоритм невідкладної допомоги є в даному випадку стартовим?

- А. В/в струменеве введення аденозину
- Б. В/в струменеве введення верапамілу
- В. Вагусні рефлекторні проби
- Г. В/в струменеве введення дигоксину
- Д. Електроімпульсна терапія

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

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

Тема 5. Лікування хворого на тромбоемболію легеневої артерії Тактика лікування при раптовій серцевій смерті

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА) разом зі своїм попередником — тромбозом глибоких вен - є третім за частотою кардіоваскулярним захворюванням після гострих ішемічних синдромів та інсультів і являє собою найважливішу проблему охорони здоров'я розвинутих країн. У хірургічному стаціонарі ТЕЛА займає особливе місце, оскільки стає причиною смерті від 3 до 15% пацієнтів, які помирають у лікарнях і, на жаль, її частота на аутопсії серед госпіталізованих пацієнтів не змінилася останніми десятиріччями. Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці, лікуванні і профілактиці ТЕЛА, летальність при цьому захворюванні залишається надзвичайно високою. Частота ТЕЛА в Україні становить близько 100 тис. випадків щорічно з рівнем летальності 20-25%, а у 40-70% пацієнтів не діагностуються навіть масивні

емболічні ураження легеневої артерії. Основним причинами цього є неспецифічність і різноманітність клінічних проявів захворювання, що ускладнює діагностику, сприяє рецидивному перебігу і хронізації процесу з формуванням постемболічної легеневої гіпертензії та хронічного легеневого серця. Незважаючи на безумовні досягнення у лікуванні серцевих захворювань, розроблення нових досконалих технологій діагностики та лікування, проблема раптової серцевої смерті (РСС) навіть у розвинених країнах дотепер залишається невирішеною. Близько 13 % випадків смерті від усіх причин виникають раптово, а 88% з них зумовлені РСС. У розвинених країнах щороку раптово та несподівано помирає 1 із 1000 дорослих осіб. І хоча виникнення РСС не завжди пов'язане з наявністю стійкого аритмогенного субстрату, основним маркером при стратифікації ризику РСС та потенційною мішенню для терапевтичних втручань насамперед є шлуночкові порушення ритму.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих з ТЕЛА і раптовою серцевою смертю.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється ТЕЛА та РСС.
2. Скласти програму обстеження хворого.
3. Провести диференціальну діагностику ознак ТЕЛА та РСС.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при ТЕЛА та РСС.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки характерні для ТЕЛА та РСС.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для лікування ТЕЛА. Обґрунтовувати тактику невідкладної допомоги, механізм дії призначених лікарських препаратів.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Найпоширенішими захворюваннями й патологічними станами, які можуть призводити до настання РСС, є:

- А. Ішемічна хвороба серця і кардіоміопатії.
- Б. Серцева недостатність та серцеві вади.
- В. Аритмії та блокади серця.
- Г. Синдром подовження інтервалу QT та електролітні розлади.
- Д. Все перелічене.

2. При раптовій смерті за межами стаціонару шанс вижити не перевищує 10%. Тому велике значення має її первинна профілактика. Призначення якого препарату з наведених класів найбільш ефективно в зниженні ризику раптової смерті у хворого з серцевою недостатністю?

- А. Бета-блокатори.
- Б. Серцеві глікозиди.
- В. Нітрати.
- Г. Антагоністи Са.
- Д. Сечогінні.

3. Гемодинамічними наслідками ТЕЛА є:

- А. Гостра дихальна недостатність.
- Б. Артеріальна гіпоксемія.
- В. Легенева артеріальна гіпертензія.
- Г. Гостра правшлуночкова недостатність.
- Д. Всі перелічені.

4. Клінічна картина ТЕЛА визначається:

- А. Ступенем гемодинамічних розладів.
- Б. Локалізацією тромбоембола.
- В. Рівнем легеневої гіпертензії.
- Г. Об'ємом емболізації легенево-судинного русла.
- Д. Усім вищенаведеним.

5. Об'єктивним критерієм гострого легеневого серця є:

- А. Патологічний III тон (правшлуночковий протодіастолічний ритм галопу) і парадоксальний пульс.

- Б. Зміщення правої межі відносної серцевої тупості.
- В. Тахікардія.
- Г. Гіпотензія.
- Д. Абдомінально-югулярний рефлекс.

6. Найбільш частою «маскою» немасивності ТЕЛА серед переліченого є:

- А. Поява і/або прогресування серцевої недостатності, резистентної до терапії.
- Б. Повторні пневмонії незрозумілої етіології, частково з перебігом плевропневмонії.
- В. Швидкозмінні (2-3 доби) сухі плеврити.
- Г. Ексудативні плеврити, в тому числі геморагічні.
- Д. «Безпричинна» лихоманка, що не піддається антибактеріальній терапії.

7. Які ЕКГ-ознаки гострого легеневого серця при масивній ТЕЛА є правильними?

- А. Раптове поглиблення Q_{III} і S_I.
- Б. Елевація RS-T III, aVF, V₁₋₂ і дискордантна депресія RS-T, I, AVL, V₅₋₆.
- В. Поява інверсії T III, aVF, V₁₋₂.
- Г. Повна або не повна блокада правої ніжки пучка Гісса.
- Д. Всі перелічені.

8. Загальна тривалість гепаринотерапії повинна бути не меншою:

- А. 5-7 днів.
- Б. 7-10 днів.
- В. 10-15 днів.
- Г. 15-20 днів.
- Д. 20-25 днів.

9. Показаннями до тромболітичної терапії при ТЕЛА є всі, крім:

- А. Шоку.
- Б. Поєднання з Q-інфарктом міокарда.
- В. Високої легеневої гіпертензії.
- Г. Гострої правошлуночкової недостатності.
- Д. ТЕЛА дрібних розгалужень.

10. Який з перелічених симптомів при масивній і субмасивній ТЕЛА є найменш постійним?

- А. Гіпотензія, колапс.
- Б. Церебральні розлади (запаморочення, зомління, збудження).
- В. Кровохаркання.
- Г. Гастроентерологічні розлади (болі в правому підребер'ї, стійка гикавка та ін.) Д. Усі наведені.

Відповіді до завдань: 1 - Д; 2 - А; 3 - Г; 4 - Д; 5 - А; 6 - Б; 7 - Б; 8 - Б; 9 - Д; 10 - 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 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. – 193 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. 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

2. Тромбоемболія легеневої артерії. Клінічна настанова, заснована на доказах/мультидисциплінарної робочої групи з опрацюванням медико – технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. – Київ, 2016. Режим доступу : <https://www.dec.gov.ua/mtd/tromboemboliya-legenevoyi-arteriyi/>

3. Рекомендации ESC по лечению пациентов с желудочковыми нарушениями ритма и профилактике внезапной сердечной смерти 2015. Режим доступу: <https://russjcardiol.elpub.ru/jour/article/view/864>

4. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/rekom_ostr_hron_nedost_2016.pdf

5. Рекомендации ESC по диагностике и ведению пациентов с острой эмболией системы лёгочной артерии 2014. Режим доступу: https://scardio.ru/content/Guidelines/Recom%20embolia%208_rkj_15.pdf

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. Визначення ТЕЛА.
2. Етіопатогенетичні чинники ТЕЛА.
3. Діагностичні критерії ТЕЛА.
4. Перебіг та ускладнення ТЕЛА.
5. Програма обстеження хворих.
6. Лікування ТЕЛА. Прогноз.

7. Клінічні та лабораторні критерії раптової серцевої смерті.
8. Роль інструментальних методів дослідження РСС.
9. Етапи невідкладної допомоги при РСС.

Вирішить декілька завдань-моделей

Завдання 1

У реанімаційне відділення прийнятий хворий 66 років: свідомість відсутня, пульс на сонних артеріях не визначається, дихання при аускультатії легень не вислуховується, зіниці розширені й не реагують на світло, шкірні покриви бліді. На ЕКГ реєструється великохвильова фібриляція шлуночків. Ваша першочергова дія?

- А. Електрична дефібриляція.
- Б. Виконати зовнішній масаж серця.
- В. Поєднати ШВЛ із зовнішнім масажем серця.
- Г. Внутрішньовенне введення адреналіну.
- Д. Внутрішньовенне введення атропіну.

Завдання 2

У хворого 63 років на 20-й день від початку інфаркту міокарда раптово з'явився різкий біль у лівій половині грудної клітки, виник напад ядухи. *Об'єктивно*: хворий збуджений, шкіра і слизові бліді, ціаноз. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Пульс - 120/хв., АТ-100/70 мм рт.ст. Тони серця ослаблені, акцент 2-го тону над легеневою артерією. Над легеньми - ослаблене дихання зліва. На ЕКГ: у динаміці - поворот електричної осі серця вправо. Вкажіть найбільш імовірнішу причину погіршення стану хворого.

- А. Рецидив інфаркту.
- Б. Синдром Дреслера.
- В. Пневмонія.
- Г. Ексудативний плеврит.
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії.

Завдання 3

Хворий 62 років 2 роки тому переніс інфаркт міокарда. Госпіталізований до клініки зі скаргами на задишку в спокої, болі в ділянці серця стискального характеру, інтенсивні болі в правій половині грудної клітки. *Об'єктивно*: загальний стан тяжкий, ядуха, загальний ціаноз, шкіра вкрита холодним липким потом. Пульс-92/хв., ритмічний, малий. АТ- 80/40 мм рт.ст. Діяльність серця ритмічна, звучність тонів знижена. Над легеньми - різко ослаблене везикулярне дихання в нижніх відділах. На ЕКГ - відхилення електричної осі серця вправо. Який імовірний діагноз?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Б. Повторний інфаркт міокарда.
- В. Розшарування аорти.
- Г. Пневмонія.
- Д. Перикардит.

Завдання 4

У хворої М. 60 років із тахісистолічною формою миготливої аритмії під час прибирання квартири раптово з'явився гострий біль у лівій половині грудної клітки, який супроводжувався задишкою, посинінням верхньої половини тулуба. При аускультатії в II міжребер'ї зліва — шум Грехема-Стіла. ЕКГ: синдром Mc Gin White. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз:

- А. Гострий Q-інфаркт міокарда.
- Б. Розшаровуюча аневризма аорти.
- В. Рефлюкс-езофагіт.
- Г. Тромбоемболія лівої легеневої артерії.
- Д. Напад бронхіальної астми.

Завдання 5

У хворого Н. 69 років, який був госпіталізований у відділення інтенсивної терапії, такий діагноз: ІХС. Нестабільна стенокардія ІВ-класу (прогресуюча стенокардія – дестабілітація на 5-й день). Кардіосклероз (дифузний); миготлива аритмія, тахісистолічна форма; ХЗСН ІА стадія, систолічний варіант, ІІІ ФК, раптово з'явилися сильний біль у лівій половині грудної клітки, серцебиття, протодіастолічний шум Грехема-Стіла, на ЕКГ – глибокі зубці S – у I, aVL та Q –у ІІІ та aVF-відведеннях, R=S – у V4. Яка, на Ваш погляд, причина погіршення стану хворого Н.?

- А. Рецидив інфаркту міокарда.
- Б. Stunning syndrome.
- В. Синдром експансії інфаркту міокарда.
- Г. Феномен ремоделювання міокарда лівого шлуночка.

Д. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.

Тема 6. Курація хворого з невідкладними станами у ревматології.

Кількість годин – 2.

Актуальність теми.

Найчастіше невідкладні стани відзначають в ревматології при певних системних захворюваннях сполучної тканини (системному червоному вовчаку, антифосфоліпідному синдромі, дермато- і поліміозиті; системних васкулітах; тощо). Такі стани виникають при тяжкому перебігу та в термінальній стадії захворювань. У клінічній практиці сьогодні для лікування запальних ревматичних захворювань і проведення інтенсивної терапії найбільш тяжких поліорганних проявів цих хвороб використовують декілька взаємодоповнюючих підходів: високі дози (пульс терапія) глюкокортикостероїдів, болюсне введення цитостатичних препаратів (частіше циклофосфаміду, рідше – метотрексату), різні методи екстракорпорального очищення крові, внутрішньовенне введення імуноглобуліну. Пульс-терапія в ревматології може проводитися глюкокортикоїдами (ГК) (>250 мг/добу) та циклофосфамідом для досягнення швидкого терапевтичного ефекту та зменшення ймовірності розвитку побічних ефектів. КС призводять до зниження експресії генів прозапальних цитокінів ІЛ-1, ІЛ-6, фактора некрозу пухлини- α , знижують активність нейтрофілів та моноцитів і, відповідно, знижують інтенсивність запального процесу пригнічуючи продукцію прозапальних простагландинів і лейкотрієнів. Циклофосфамід сприяє швидкому зниженню дози преднізолону, зменшенню запальної активності, протеїнурії, рівня креатиніну й ремісії нефротичного синдрому. З метою видалення з крові пацієнта білкових та ліпідних комплексів, парепротейнів, аутоантитіл, циркулюючих імунних комплексів, факторів згортання крові, біологічно активних амінів, цитокінів й навіть мікроорганізмів використовують екстракорпоральні методи очищення крові, такі як гемосорбція, плазмаферез, подвійна фільтрація плазми, кріофільтрація та лімфоцитозферез. Внутрішньовенне введення імуноглобуліну застосовують при лікуванні вовчакового нефриту, катастрофічного антифосфоліпідного синдрому, вузликowego поліартеріїту та мікроскопічного поліангіїту, доза якого зазвичай складає 0,4 г/кг протягом 5 діб. Своєчасне призначення необхідного лікування може відігравати вирішальну роль у прогнозі життя пацієнта.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з невідкладними станами у ревматології.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити основні причини виникнення невідкладних станів у ревматології.
2. Скласти програму обстеження хворих.
3. Провести диференціальну діагностику станів у ревматології, які потребують проведення пульс-терапії, екстракорпорального очищення крові або введення імуноглобулінів.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику надання невідкладної допомоги та подальшого лікування хворих з системним червоним вовчаком, антифосфоліпідним синдромом, дермато- і поліміозитом; системним васкулітом, тощо.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження хворих із системним червоним вовчаком, антифосфоліпідним синдромом, дермато- і поліміозитом; системним васкулітом, тощо.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, притаманні тяжкому перебігу або термінальній стадії системного червоного вовчаку, антифосфоліпідного синдрому, дермато- і поліміозиту; системному васкуліту, тощо.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для надання невідкладної допомоги при невідкладних станах у ревматологічних пацієнтів.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Пульс-терапія не може проводитися:

А. Метилпреднізолоном

Г. Циклофосфамідом

Б. Аспірином

Д. Гідрокортизоном

В. Метотрексатом

2. Пульс-терапія метилпреднізолоном проводиться протягом:

А. 3 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 10–15 хвилин

Б. 3 днів із розрахунку 0,5–1,0 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 30–45 хвилин

В. 3 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 30–45 хвилин

Г. 7 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 3–4 годин

Д. 10 днів із розрахунку 15–20 мг/кг маси тіла шляхом внутрішньовенного краплинного введення впродовж 30–45 хвилин

3. До ускладнень пульс-терапії не відносять:

А. Гіперемію обличчя

Г. Вірусні гепатити

Б. Артрити великих суглобів

Д. Тахікардія

В. Респіраторні інфекційні захворювання

4. До небажаних явищ плазмаферезу не відносять:

А. Втрата альбуміну, гормонів, солей та мінералів

Г. Оніміння кінцівок

Б. Розвиток алергічних реакцій

Д. Інсульт

В. Нудота та головокружіння

5. Який з генно-інженерних біологічних препаратів призначається при неефективності глюкокортикоїдів в поєднанні з циклофосфамідом і/або іншими імунодепресантами?

А. Абатацепт

Г. Ритуксимаб

Б. Адаліумаб

Д. Тоцилізумаб

В. Інфліксимаб

6. При вивченні ефективності традиційних базових засобів при лікуванні хворих з ревматоїдним артритом і їх порівнянні з біологічними агентами (інфліксимаб) до найбільш вагомих переваг останніх було виявлено:

А. Зменшує достовірно активність процесу.

Б. Скорочує терміни активності процесу.

В. Попереджає деструкцію суглоба і має стійку ремісію.

Г. Дозволяє відмінити глюкокортикоїди.

Д. Зменшує вісцеральні прояви захворювання.

7. Для системного червоного вовчака характерними є наступні кризи, крім:

А. Аутоімунний.

В. Кардіальний.

Б. Церебральний.

Г. Гематологічний

8. Найбільш частою формою ураження нирок при ревматоїдному артриті є:

А. Гломерулонефрит мембранозний.

Б. Гломерулонефрит мембранозно-проліферативний.

В. Гломерулонефрит хронічний, інтерстиціальний.

Г. Амілоїдоз.

Д. Нефроангіосклероз

9. Показаннями до введення блокаторів ФНП-α є:

А. Недостатній ефект системного базового лікування протягом 6 міс.

Б. Непереносимість базисного лікування.

В. Високий рівень ревматоїдного фактору, антицитрулінових антитіл в крові.

Г. Висока активність захворювання.

Д. Рання деструкція суглобів.

Е. Все вище наведене

10. Основною перевагою біологічних агентів порівняно з базисним лікуванням у хворих з ревматоїдним артритом є:

А. Позиттєве зменшення активності захворювання.

- Б. Попередження проведення пульс-терапії
В. Попередження деструкції суглоба та стійка ремісія.
Г. Гарантія відмови від глюкокортикоїдів.
Д. Зменшення вісцеральних проявів захворювання.

Відповіді до завдань: 1. – Б 2. – А 3. – Г 4. – Д 5. – Г 6. – В 7. – В 8. – Г 9. – Е 10. – 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. 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.
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. Ревматологія: навчальний посібник / В.Г. Псарьова, Н.М. Кириченко, О.С. Погорелова та ін.; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи, доц. Г.А. Фадєєвої. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 235с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. - 448 с.
2. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / А. В. Єпішин, Н. А. Хабарова, П. Я. Шерстюк [та ін.]; за заг. ред. А. В. Єпішина. – 2-ге вид., без змін. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2016. - 380 с.
3. Перша долікарська допомога: навч. посіб. / О. М. Кіт, О. Л. Ковальчук, І. С. Вардинець, А. О. Боб ; за заг. ред.: М. І. Шведа, Н. В. Пасечко. - 2-ге вид., без змін. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 336 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навч. посіб. / А. С. Свінціцький, О. О. Абрагамович, П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. А.С. Свінціцького. - К. : Медицина, 2014. - 1272 с.
5. Сімейна медицина: підручник у 3-х кн. Кн. 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К. : Медицина, 2016. - 456 с.
6. Екстрена та невідкладна медична допомога [Текст] : навч. посіб. / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с.
7. Клініко-діагностичне значення імунологічних тестів при ревматичних хворобах [Текст] : навч. посіб. / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова [та ін.] ; за ред.: В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. - К. : Рябоконь О. В., 2017. - 105 с.
8. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
9. 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.
10. Внутрішня медицина : підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель та ін. — Вінниця : Нова Книга, 2015. — 328 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Відкритий освітній ресурс OCW СумДУ. Режим доступу: <https://elearning.sumdu.edu.ua/works/3534/nodes/656216>
2. Відкритий освітній ресурс Empendium. Режим доступу: <https://empendium.com/ua/>

Основні теоретичні питання теми

1. Показання та принципи надання невідкладної допомоги у ревматології.
2. Пульс-терапія ГК та цитостатиками у пацієнтів з системними захворюваннями сполучної тканини та системними васкулітами.
3. Показання та методи екстракорпорального очищення крові.
4. Показання та методика внутрішньовенного введення імуноглобулінів.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

21-річна дівчина протягом року хворіє на системний червоний вовчак. Після перенесеного грипу стан різко погіршився. З'явилися стійка гіпертермія, задишка, тахікардія, протеїнурія нефротичного рівня, мікрогематурія, АГ. Який препарат є препаратом вибору у даної пацієнтки?

- А. 6-меркаптопурин
Б. Циклофосфан
В. Тіофосфамід
Г. Метотрексат
Д. Хлорбутін

Завдання 2

Хвора Р., 21 року, скаржиться на лихоманку, сильний головний біль, поліартралгії, серцебиття, задишку, набряки на обличчі та ногах. При огляді: шкірний покрив жовтяничний, на щоках і перенісці – еритема у вигляді “метелика”, тахікардія, систолічний шум над верхівкою, АТ – 150/100 мм рт. ст. В крові: анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, ШЗЕ – 60 мм/год. В сечі: протеїнурія – 6,3 г/л, мікрогематурія. Найнесприятливішим у прогностичному відношенні серед клінічних проявів при цьому стані є:

- А. Ексудативний плеврит
Б. Ендокардит Лібмана – Сакса
В. Гематологічний криз
Г. Нефрит.
Д. Ураження нервової системи

Відповіді: 1. - Б 2. - В

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

Тема 7. Курація хворого з гострим болем у спині (БС)

Кількість годин - 1.

Актуальність теми.

Найчастішою причиною болей у спині (БС) є дорсалгії, приблизно 95-97 % випадків, та лише у 3-5 % пацієнтів причинами є більш серйозні захворювання, зокрема переломи хребців і ребер, онкологічні або запальні ураження тканин спини, захворювання серця, легенів, нирок, шлунково-кишкового тракту, судин або пухлинні ураження спинного мозку, а також ревматологічні захворювання. Основною причиною дорсалгій є невідповідність між навантаженням на м'язово-скелетні структури та їх готовністю до роботи, що веде до гострої дисфункції, травматизації або декомпенсації вже наявних дистрофічних змін різних структур опорно-рухового апарата з

формуванням джерел болю. Використання терміну «остеохондроз хребта», як синоніма терміну «дорсалгії» є недоречним та відноситься тільки до хвороби Шейермана-Мау (безболісне вроджене зниження висоти середньогрудних хребців у молодих і дорослих людей).

Найбільш часто БС локалізується у нижній частині спини, через те, що саме ця ділянка піддається основним навантаженням. Близько 60 – 80 % осіб працездатного населення страждає від болю в попереково-крижовій ділянці, що зумовлює актуальність розробки новітніх методів діагностики та консервативного лікування БС.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з гострим болем в спині.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити хвороби, яким властивий біль у спині.
2. Скласти програму обстеження хворого з болем у спині.
3. Провести диференціальну діагностику захворювань, що супроводжуються болем у спині.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування хворих залежно від локалізації та типу ураження.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих з гострим болем у спині.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, властиві болю в спині залежно від причини його виникнення.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти основних препаратів, що застосовуються для лікування болю в спині, володіти принципами профілактики, а також знати покази, протипоказання та види фізіотерапевтичних та фармакологічних методів лікування.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. У хворого 40 років спостерігається біль в ділянці крижово-здухвинного суглоба з довготривалим рецидивним моноартритом великого суглоба осьового скелета. Про яку хворобу це свідчить?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------|
| А. Хвороба Бехтерева. | Г. Хвороба Лайма. |
| Б. Попереково-крижовий остеохондроз. | Д. Псоріатичний артрит. |
| В. Ревматоїдний артрит. | |

2. Хворий, 58 років, скаржиться на загальну слабкість, втрату 10 кг маси тіла за 1,5 місяця, прогресуючий тупий біль у попереку, підвищення АТ 220/160 мм рт.ст., субфебрильну температуру. При огляді у правому підребер'ї пальпується утвір з горбистою поверхнею та незначною рухомістю, розширення вен сім'яного канатика та мошонки. В аналізі крові: анемія, високе ШОЕ. В сечі: питома вага 1020, білок – 0,99 г/л, ер. – на все поле зору, л – 4-6 у п/з. Ваш попередній діагноз?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| А. Нефроптоз | Г. Сечокам'яна хвороба |
| Б. Пухлина нирки | Д. Гострий гломерулонефрит |
| В. Туберкульоз нирки | |

3. У чоловіка 59-ти років раптово з'явилися біль у попереку праворуч та макрогематурія, Подібне явище було декілька тижнів тому. Об'-но: t° - 37,7, Ps - 88/хв., АТ - 140/80 мм рт.ст. З боку легень та серця змін не виявлено. Живіт м'який, безболісний. Печінка + 1 см. Набряків нижніх кінцівок немає. Варикозне розширення вен сім'яного канатика праворуч. У крові: анемія, прискорення ШОЕ, гіпопротеїнемія. У сечі протеїнурія, еритроцитурія. Який найбільш вірогідний діагноз?

- | | |
|------------------------------|------------------------|
| А. Пухлина нирки | Г. Хронічний гепатит |
| Б. Туберкульоз нирок | Д. Сечокам'яна хвороба |
| В. Хронічний гломерулонефрит | |

4. Пацієнт К., 38 років, звернувся до проктолога зі скаргами на біль ділянці куприка, який виникає після тривалого сидіння, знеболюючі препарати малоефективні, біль турбує хворого останні 2 місяці. Під час ретельного розпитування вдалося встановити, що пацієнт зазнав

травму куприка 10 років тому під час гри у футбол. Під час пальцевого дослідження хворий відзначає болючість в ділянці куприка. Яке дослідження необхідно провести?

- А. Ректороманоскопія
- Б. Іригографія
- В. УСГ
- Г. Колоноскопія
- Д. Рентгенографія крижової кістки та куприка

5. Хворого 43 років доставлено в клініку з приводу болю в лівій половині поперекової ділянки, який з'явився після падіння з висоти 2 м. Після травми, під час дворазового сечовипускання помітив наявність макрогематурії. Стан середнього ступеня важкості. АТ та пульс в нормі. Зі сторони органів грудної клітки та черевної порожнини патологічних змін не знайдено. Має місце невелика болюча припухлість в лівій поперековій ділянці. Який попередній діагноз?

- А. Сечокам'яна хвороба
- Б. Пухлина нирки
- В. Гострий пієлонефрит
- Г. Туберкульоз нирок
- Д. Закрите пошкодження нирки

6. Хвора А., 50 років звернулася із скаргами на підвищення температури до 37,8°C, жовтушне забарвлення шкіри, яке вона помітила два дні тому. Протягом двох років відмічає виникнення болю у правому підребер'ї з іррадіацією у поперек при прийманні гострої або смаженої їжі. Не обстежувалась. П'ять днів тому після вживання такої їжі виник подібний біль. Після прийому но-шпи біль вщух, але в подальшому виникли означені скарги. При об'єктивному дослідженні: шкіра та склери жовтого забарвлення, язик вологий, з коричневим нальотом, аускультативно в легенях везикулярне дихання; пульс 90 уд./хв. АТ 140/90 мм рт. ст.; живіт м'який, помірно болісний у правому підребер'ї, ознак подразнення очеревини немає, пальпується дещо збільшена печінка. Лабораторні дані: загальний аналіз крові гемоглобін 122 г/л, лейкоцитів $12.2 \cdot 10^9$ /л, загальний білірубін 110 мкмоль/л, 75 мкмоль/л - прямий. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

- А. Загострення хронічного гепатиту
- Б. Гострий холецистит, ускладнений механічною жовтяницею
- В. Гострий панкреатит
- Г. Інфекційний гепатит
- Д. Цироз печінки

7. Чоловіка 32-х років протягом останнього року турбують болі у крижовій ділянці хребта та кульшових суглобах, біль та скутість при рухах у поперековому відділі хребта. ШОЕ 56 мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двобічного сакроілеїту. Хворий є носієм HLA B27, який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Коксартроз
- Б. Ревматоїдний артрит
- В. Анкілозуючий спондилоартрит
- Г. Хвороба Рейтера
- Д. Спондиліоз

8. Хворий Т., 27 р. скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії та спині, багаторазову блювоту, яка не приносить полегшення, виражену загальну слабкість. Об-но: загальний стан важкий, шкіра та видимі слизові бліді з поодинокими фіолетовими плямами. Пульс - 100 уд./хв., АТ - 100/60 мм рт.ст. При пальпації живота визначається ригідність черевної стінки та різка болючість у епігастральній ділянці в зоні Шоффара та у лівому реберно-хребетному куті. Пульсація аорти в епігастральній ділянці не визначається. Ваш діагноз ?

- А. Гострий деструктивний апендицит
- Б. Гострий деструктивний холецистит
- В. Розшаровуюча аневризма аорти
- Г. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки
- Д. Гострий деструктивний панкреатит

9. Впродовж 4-х тижнів хворий 60 р. відчуває тупий біль у лівій частині спини, на рівні грудного відділу хребта. Пацієнт відчував слабкість, задишку та сухий кашель, зазначав $t - 37,5^\circ\text{C}$. Після забою грудної клітки біль різко посилюється, підвищилась t до 39°C . На місці забою набряк підшкірної клітковини. Ro: виявлено потовщення плеври з наявністю рідини

в плевральній порожнині, в осаді пунктату еритроцити, лейкоцити. Яке захворювання найбільш ймовірне?

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| А. Ексудативний плеврит | Г. Емпієма плеври |
| Б. Посттравматичний плеврит | Д. Рак плеври |
| В. Парапневмонічний плеврит | |

10. Молода жінка поступила зі скаргами на біль у спині (поперекова ділянка), клубовій ділянці, який віддає у праву статеву губу. Підвищення температури до 37,6°C. Під час пальпації позитивні симптоми Кохера-Волковича, Ровзінга, Сітковського. Досліджена гінекологом – патології жіночих органів не виявлено. Ваш діагноз?

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| А. Позаматкова вагітність | Г. Гостре запалення жовчного міхура |
| Б. Правобічна ниркова коліка | Д. Запалення червоподібного паростка |
| В. Дивертикул Меккеля | |

Відповіді до завдань: 1. - А 2. - Б 3. - А 4. - Д 5. - Д 6. - Б 7. - В 8. - В 9. - В 10. - Б

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

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 1 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Київ: ВСВ «Медицина», 2021. – 258 с.

9. 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.

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.

Рекомендації, настанови та накази

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів. Н-з № 437, 384, 34 / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2015. – 496с.

2. Відкритий освітній ресурс OCW 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. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при захворюваннях серця та аорти.
2. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при захворюваннях органів дихання.
3. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при захворюваннях шлунково-кишкового тракту.
4. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при захворюваннях нирок та сечовивідних шляхів.
5. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при захворюваннях малого тазу.
6. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при м'язово-скелетних ураженнях.
7. Диференціальна діагностика гострих болів у спині при захворюваннях периферичної нервової системи.

8. Диференціальна діагностика хронічних болів у спині та грудній клітці (при аневризмі аорти, раку легень або бронхів, хронічній цервікалгії, цервікобрахіалгії, торакалгії, люмбагії, люмбоішалгії, метастатичному або первинному пухлинному ураженні хребців та ребер, костеохондриті, синдромі Тітце та ін.)

9. Ведення пацієнтів із гострим та хронічним болем у спині.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Чоловік 33 років звернувся зі скаргами на болі та скутість в шийному, грудному та поперековому відділах хребта, болі в сідницях. При об'єктивному обстеженні спостерігається кіфоз шийного відділу хребта, паравертебральне напруження м'язів. Периферичні суглоби не змінені. Загальний аналіз крові: гемоглобін 160 г/л, лейкоцити 6×10^9 /л, ШОЕ 38 мм/год. Загальний аналіз сечі без змін. На оглядовій рентгенограмі суглобові щілини хребців звужені, ерозовані. Виберіть препарат для довготривалого приймання даному пацієнту:

А. Преднізолон.

В. Тетрациклін.

Б. Індометацин.

Г. Алопуринол.

Завдання 2

Хворий 40 років. Хворіє близько 8 років. Скаржиться на біль в поперековому відділі хребта, більше зранку, в шийному і грудному відділах, особливо при кашлі, біль в кульшовому і колінному суглобах більше справа. Об'єктивно: тулуб фіксований в положенні нахилу вперед з опущеною вниз головою, атрофія сідничних м'язів. Рентгенографія хребта: остеопороз хребців, заостеніння повздожніх зв'язок. Який з діагнозів є найбільш вірогідним?

А. Анкілозивний спондилоартрит.

Г. Спондилоартропатія на фоні хвороби Рейтера.

Б. Туберкульозний спондиліт.

Д. Поширений остеохондроз хребта.

В. Псоріатична спондилоартропатія.

Завдання 3

Чоловіка 32 років протягом останнього року турбують болі в крижах та кульшових суглобах, болючість та скутість при рухах в поперековому відділі хребта. ШОЕ 56 мм/год. Рентгенологічно виявлено ознаки двостороннього сакроілеїту. Хворий є носієм антигену HLA-B27. Який діагноз є найбільш імовірним?

А. Спондиліоз.

Г. Хвороба Рейтера.

Б. Коксартроз.
В. Ревматоїдний артрит.

Д. Анкілозивний спондилоартрит.

Завдання 4

Хворий 47 років, протягом 10 років лікувався у невропатолога з приводу остеохондрозу хребта з корінцевим синдромом. Останні 2 роки лікування проходило без клінічного ефекту. Лікар відзначив підвищення ШОЕ та С-реактивного білка, зникнення фізіологічного лордозу. Була запідозрена хвороба Бехтерева. Яке дослідження допоможе підтвердити діагноз?

- А. Рентгенографія ілеосакральних сполучень. Г. Пункція кісткового мозку.
Б. Визначення HLA-B27 антигену. Д. Визначення ревматоїдного фактора.
В. Визначення рівня ЦіК в крові.

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

Завдання 5

Хворий 23 років, бухгалтер, прийнятий у терапевтичне відділення зі скаргами на помірні постійні болі й відчуття скутості в грудному й поперековому відділах хребта. Болі підсилюються зазвичай після тривалого перебування в одному положенні (сидячи), а останнім часом стали турбувати й по ночах, у зв'язку із чим змушений вставати з ліжка й рухатися. Періодично температура тіла підвищується до 37,2-37,5°C. Уперше болі з'явилися 5 років тому після купання у морі. Лікувався амбулаторно анальгіном із короткочасним поліпшенням стану. У зв'язку із прогресуванням захворювання (поширенням болю на грудний відділ хребта) направлений у стаціонар. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Невелика сутулість, хода трохи скована. Видимі зміни хребта не виявлені. При нахилі вперед хворий не дотягується до підлоги кінчиками пальців. Пальпаторно відзначається напруження м'язів спини, хворобливість паравертебральних точок у поперековому відділі й у крижово-здухвинних зчленуваннях. Позитивні симптоми Отта й Шоберга. Аналіз крові: л-4,2×10⁹/л, ШОЕ-38 мм/год, СРБ/+++, фібриноген-5г/л. Рентгенограма кісток таза: суглобові поверхні крижово-здухвинних зчленувань нерівні, нечіткі, з ділянками остеохондрозу, їх щілини нерівномірно звужені.

1. Ваш діагноз.
2. Тактика ведення хворого.

Правильні відповіді

1. Анкілозивний спондилоартрит, центральна форма, акт. II ст.
2. НПЗП, БПЗП, санаторно-курортне лікування після стихання запального процесу.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	10	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	20	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	10	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 8. Курація хворого з тяжким загостренням бронхіальної астми. Гострі алергічні реакції.

Кількість годин – 4.

Актуальність теми.

ВООЗ оголосила алергію хворобою XXI століття, яка за поширеністю займає четверте місце в світі, поступаючись серцево-судинним захворюванням, новоутворенням і травмам. У практичній діяльності з гострими алергічними захворюваннями стикаються лікарі різних спеціальностей. Від швидкості, чіткості й правильності невідкладної допомоги нерідко залежить життя пацієнта, тому

що ці стани характеризуються непередбачуваним перебігом та ризиком розвитку станів, загрозливих для життя, таких як тяжке загострення бронхіальної астми (БА), генералізована кропивниця, набряк Квінке та анафілактичний шок.

До 2003 року клінічні симптоми, що відповідали тяжкому загостренню БА, визначались терміном "астматичний стан". Однак, в сучасному трактуванні тяжкості загострень БА виключений термін "астматичний стан". На зміну йому був запроваджений термін "тяжке загострення астми та загроза зупинки дихання" або "гостра важка астма" чи "життєзагрожуюча астма" та інші терміни, які також за клінічними ознаками та підходами до терапії відповідають тяжкому загостренню БА.

Анафілактичний шок – це загрозливий для життя, гострий прояв сенсibiliзації. Частіше розвивається у відповідь на парентеральне введення лікарських препаратів. Летальність становить 10 – 20 %. Характеризується швидким розвитком – через декілька секунд чи хвилин після контакту з алергеном. Блискавичний перебіг анафілактичного шоку часто закінчується летально. Набряк Квінке – це стан, при якому внаслідок взаємодії з алергеном, виникає обмежений набряк шкіри та підшкірно-жирової клітковини. Частіше виникає у дорослих. Кожний двадцятий випадок ускладнюється таким небезпечним для життя станом, як набряк гортані, що, в свою чергу, призводить до асфіксії та смерті.

Отже, враховуючи частоту виникнення, блискавичний перебіг та високу летальність від вищезазначених станів, знання діагностичних критеріїв, лікування та надання невідкладної допомоги є важливим у практиці будь-якого лікаря.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення пацієнта з важким загостренням бронхіальної астми, генералізованою кропивницею, набряком Квінке, анафілактичним шоком.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити основні причини виникнення тяжкого загострення БА та гострих алергічних реакцій.
2. Скласти програму обстеження хворих.
3. Провести диференціальну діагностику загострення БА тяжкого та середнього ступенів, а також різних варіантів гострих алергічних реакцій.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику надання невідкладної допомоги та подальшого лікування хворих з важким загостренням БА, генералізованою кропивницею, набряком Квінке, анафілактичним шоком.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне обстеження хворих з важким загостренням БА, генералізованою кропивницею, набряком Квінке, анафілактичним шоком.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, притаманні тяжкому загостренню БА, генералізованій кропивниці, набряку Квінке, анафілактичному шоку.
4. Трактувати прямі і побічні ефекти основних препаратів для надання невідкладної допомоги при тяжкому загостренню БА, генералізованій кропивниці, набряку Квінке, анафілактичному шоку.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Що таке «мала пульс-терапія», що застосовується при порушеннях гемодинаміки при анафілактичному шоці?

- A. 90-120 мг преднізолону в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Б. 5 мг преднізолону на кг ваги у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- В. 8-16 мг преднізолону в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Г. 125-250 мг преднізолону в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
- Д. 500 мг преднізолону в/в у 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію + 5000 од. гепарину.

2. Яку дозу преднізолону потрібно ввести при проведенні невідкладної допомоги при типовому варіанті анафілактичного шоку?

- A. 90-120 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

- Б. 0,5 мг на кг ваги у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
В. 8-16 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
Г. 125-250 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
Д. 500 мг в/в у 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

3. Яку дозу дексаметазону потрібно ввести при проведенні невідкладної допомоги при типовому варіанті анафілактичного шоку?

- А. 90-120 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
Б. 5 мг на кг ваги у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
В. 8- 16 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
Г. 125-250 мг в/в у 20,0 мл 0,9% розчину хлориду натрію.
Д. 500 мг в/в у 100 мл 0,9% розчину хлориду натрію.

4. Яка частина разової терапевтичної дози препарату дається хворому при проведенні пероральної алергологічної проби?

- А. 1/8. Г. 1/4
Б. 1/16. Д. 2 терапевтичні дози.
В. 1/2.

Відповіді до завдань: 1. – Д 2. – А 3. – В 4. – Г

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

7. 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. 2 (пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія) – 219 с.

8. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Київ: ВСВ «Медицина», 2021. – 778 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

Рекомендації, настанови та накази

1. Бронхіальна астма: адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / Нац. ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, МОЗ України, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, Асоц. пульмонологів України; уклад.: Ю. І. Фещенко, Л.О. Яшина, Д. М. Бойко [та ін.]. - Вид. офіц. - Київ : НАМН України, 2020. - 128 с. Режим доступу: <http://amnu.gov.ua/wp-content/uploads/2020/files/05-2020/END-NASTANOVA.pdf>

2. Наказ МОЗ України від 30.12.2015 № 916 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при медикаментозній алергії, включаючи анафілаксію".

Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151230_0916.html

3. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Бронхіальна астма». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0868282-13>

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. Виявлення пацієнтів з ризиком смерті, пов'язаної з БА. Діагностика загострень. Оцінка ступеня тяжкості загострення.

2. Самоведення при загостренні БА та оцінка відповіді на терапію.

3. Лікування загострень БА в загальній лікарській практиці.

4. Лікування загострень БА у відділенні невідкладної допомоги.

5. Критерії для госпіталізації або для виписки з відділення невідкладної допомоги пацієнта з важким загостренням БА.

6. Ведення пацієнта з генералізованою кропивницею та набряком Квінке.

7. Ведення пацієнта з анафілактичним шоком.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У хворого 24 років після приймання диклофенаку з приводу головного болю виник напад ядухи з малопродуктивним кашлем і шкірна сверблячка. В анамнезі - кропивниця. Об'єктивно - набряклість обличчя, здуття шийних вен, сидить, спираючи руками об стілець, чути стридорозне дихання. Ваш діагностичний висновок?

А. Бронхіальна астма.

Г. Серцева астма.

Б. набряк Квінке.

Д. Аспірація таблетки диклофенаку.

В. Істерична астма.

Завдання 2

Хвора С. 46 років лікувалася в терапевтичному відділенні із приводу правобічної нижньодольової пневмонії. Планова антибактеріальна терапія - амоксиклавом. Через 40 хв після внутрішньом'язевого введення чергової дози, хвора відчула запаморочення, шум у вухах, неприємні відчуття за грудиною. АТ 60/40 мм рт. ст., пульс - 120 за 1 хв, ритмічний. При аускультатії легенів на всьому протязі спастичні хрипи. Температура 38,5⁰С. Із чим пов'язане погіршення стану?

А. Анафілактичний шок.

Г. Тромбоемболія легеневої артерії.

Б. Інфекційно-токсичний шок.

Д. Інфекційний шок.

В. Колапс.

Завдання 3

У хворі після введення протиправцевої сироватки через декілька хвилин з'явилась різка

кволість, запаморочення, серцебиття, задишка. Пізніше втратила свідомість Об-но: виражені блідість шкіри та слизових, пітливість, Ps 110 за 1 хв., АТ 60/40 мм рт. ст. Яка причина погіршення стану хворої?

- А. Астматичний статус.
- Б. Больовий шок.
- В. Анафілактичний шок.

- Г. Геморагічний шок.
- Д. набряк Квінке.

Завдання 4

Хворий 44 років звернувся у приймальне відділення зі скаргами на часті напади ядухи, нападаподібний кашель. Неодноразово застосовував сальбутамол, але без ефекту. З анамнезу відомо, що два тижні не приймає базисну терапію (інгаляційні ГК та β_2 -агоністи тривалої дії). Об'єктивно: сидить, спираючись на стіл. Ціаноз обличчя, слабкі дихальні зусилля. Аускультативно: множинні сухі свистячі хрипи, значно подовжений видих. Тони серця приглушені, АТ – 80/40 мм рт. ст., ЧСС – 55 за хв., SpO₂ – 90 %, ЧД – 28 за хв. Попередній діагноз?

- А. Важке загострення бронхіальної астми
- Б. Легке загострення бронхіальної астми
- В. Загострення хронічного обструктивного захворювання легень
- Г. Аспірація стороннім тілом
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії

Завдання 5

Пацієнтка 54 років госпіталізована в пульмонологічне відділення з діагнозом правобічна нижньодольова пневмонія. Через 40 хвилин після початку введення антибіотиків пеніцилінового ряду у жінки виникли скарги на набряк обличчя та шиї, осиплість голосу, нежить, утруднення дихання. Основні ознаки життєдіяльності: АТ – 125/85 мм рт. ст., ЧСС – 88 за хв., ЧД – 20 за хв. Ваш діагноз?

- А. Алергічний риніт
- Б. Анафілактичний шок
- В. Констриктивний бронхіоліт
- Г. Локалізована кропивниця
- Д. набряк Квінке

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

Завдання 6

У приймальне відділення обласної лікарні доставлений хворий. Із слів супроводжуючого потерпілий був на ринку, де його вкусила оса. Об'єктивно: набряк вій, губ несиметричний, при натисканні ямки не спостерігається; набряк слизової носоглотки, гортані. Шкіра бліда із ціанотичним відтінком, осиплість голосу.

1. Який невідкладний стан у хворого?
2. Яка невідкладна допомога?

Правильні відповіді

1. набряк гортані.
2. Внутрішньовенно: адреналін 0,1% 0,5-1 мл, преднізолон 60-90 мг кожні 90 хвилин, супрастин 2% - 2 мл, за відсутності алергії до сульфаніламідів – лазикс 40-80 мг. При асфіксії - трахеостомія із відсмоктуванням слизу із дихальних шляхів.

Завдання 7

Хвора 39 р., скаржиться на напади транзиторного обмеженого набряку тканин шкіри, підшкірної клітковини і слизових оболонок, що виникають після вживання антибіотиків і окремих вітамінів. При об'єктивному обстеженні наявність набряків на обличчі (переважно губах, щоках, біля очей), що виступають над поверхнею тіла, еластичної консистенції. Шкіра в місцях набряку напружена, ямка при натисканні не утворюється, колір не змінюється, тривалість набряку 1-2 іноді 3 дні. АТ 90 і 70 мм рт. ст., ЧСС-94 в 1 хв. Над легеньми везикулярне дихання.

1. Який невідкладний стан у хворого?
2. Яка необхідна невідкладна допомога?

Правильні відповіді:

1. Ангіоневротичний набряк Квінке.
2. Адреналін 0,1% 0,5 мл п/ш із димедролом 1% 1,0 в/м; преднізолон 30-60 мг в/м; фуросемід 2-4 мл в/в. Гарячі ножні ванни

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

Тема 9. Курація хворого з невідкладними станами при цукровому діабеті.

Кількість годин – 4.

Актуальність теми.

Серед невідкладних станів у хворих на цукровий діабет (ЦД) найчастіше виникають діабетична кетоацидотична та гіпоглікемічна коми. Значно рідше трапляються гіперосмолярна та лактацидемична коми. Практика доводить, що ці коми в чистому вигляді бувають не так часто, за винятком гіпоглікемічної. У більшості випадків елементи гіперосмолярного синдрому та лактацидозу тією чи іншою мірою відзначаються при декомпенсації цукрового діабету або при виникненні кетоацидотичної коми. Тобто клініцистові здебільшого доводиться мати справу зі змішаними станами, що певною мірою ускладнює їх діагностику і потребує своєчасних відповідних коректив при визначенні тактики лікування.

У минулому кетоацидотична кома була фатальним ускладненням, що неминуче призводить до загибелі хворого. У цей час, незважаючи на значні досягнення в лікуванні діабету та наявність високоякісних препаратів інсуліну, діабетична кетоацидотична кома залишається досить частою причиною летальних випадків серед хворих на ЦД. Згідно зі статистичними даними, навіть у спеціалізованих відділеннях летальність, пов'язана з кетоацидотичною комою, становить 7-19 %. Слід зазначити, що кетоацидоз не вважається ускладненням, характерним лише для цукрового діабету, він може виникати також при інших клінічних ситуаціях: алкогольної інтоксикації, лікуванні великими дозами кортико-стероїдів, станах, що супроводжуються невпинною блювотою, недостатності СоА-тран-сфери, при тяжкій формі тиреотоксикозу.

Гіпоглікемічні стани є важким ускладненням цілого ряду захворювань різної етіології і патогенезу. Це обумовлено насамперед високою чутливістю центральної нервової системи до зниження глюкози, тому що остання є єдиним джерелом енергії для нервових клітин, що не мають запасів глікогену. У зв'язку з цим, при тривалих гіпоглікеміях, що часто виникають, спостерігаються значні порушення функції нервових клітин, аж до появи незворотних змін у них. Швидкість і своєчасність надання допомоги хворим у коматозному стані багато в чому визначає прогноз. Гіпоглікемічна кома займає третє місце (5,4%) у структурі ком на догоспітальному етапі, а діабетична (3%) - п'яте.

Своєчасне встановлення типу невідкладного стану та надання кваліфікованої медичної допомоги супроводжується сприятливими клінічними результатами, а також зменшенням економічних витрат.

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

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити синдроми, властиві захворюванням, перебіг яких супроводжується кетоацидозом.
2. Скласти програму обстеження хворого з діабетичними комами.
3. Провести диференціальну діагностику кетоацидозу 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 та інструментальних досліджень при діабетичних комах.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, властиві кетоацидозу.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти препаратів для лікування діабетичних ком, використовувати принципи профілактики.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Критеріями гіперглікемічної гіперкетонімічної коми є всі, крім:

- А. Поступового сповільнення наростання симптомів сонливості, загальмованості до втрати свідомості.
- Б. Сухої шкіри і слизових.
- В. Гіпотонії м'язів.
- Г. Гіперглікемії $> 18-20$ ммоль/л, кетонемії, кетонурії.
- Д. Брадикардії.

2. Клінічними варіантами гіперглікемічної гіперкетонімічної коми є всі, крім:

- А. Серцево-судинного, або колаптоїдного. Г. Енцефалопатичного.
- Б. Абдомінального. Д. Пульмонального.
- В. Ниркового.

3. Лікування кетоацидотичної прекоми-коми включає все, крім:

- А. Регідrataції від 3 до 6 л інфузії фізіологічного розчину і гіпотонічного розчину.
- Б. Інсулінотерапії нейтральним інсуліном короткої дії.
- В. Інфузії ізотонічного розчину глюкози і хлориду калію.
- Г. Антибіотиків за наявності активної інфекції.
- Д. 8,4% розчину бікарбонату натрію.

4. При якій комі виникає запах гнилих фруктів від хворого, його сечі та блювотних мас?

- А. Гіперкетонімічній. Б. Гіперосмолярній. В. Гіпоглікемічній.

5. Яка причина розвитку гіперглікемічної коми?

- А. Надмірне введення інсуліну.
- Б. Недостатній калораж добового харчового раціону.
- В. Великі дози діуретиків.
- Г. Зневоднення в результаті проносу.
- Д. Недостатня кількість інсуліну або раптове припинення його введення.

Відповіді до завдань: 1. – Д 2. – Д 3. – Д 4. – А 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 2. Розділи 9-24: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 584с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: 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.

5. Ендокринологія : підручник / П. М. Боднар, Г. П. Михальчишин, Ю. І. Комісаренко [та ін.]; за ред. П. М. Боднара. - 4-ге вид., оновл. та доп. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 456 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

7. Тактика ведення хворих на цукровий діабет. Посібник в таблицях / Власенко М.В., Маньковський Б.М. – «СахарОК». – 2018. – 126с.

Рекомендації, настанови та накази

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

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

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

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/>

Основні теоретичні питання теми

1. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з гіпоглікемічною комою.
2. Ускладнення й наслідки важкої гіпоглікемії.
3. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з кетоацидотичною комою.
4. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з гіперглікемічною гіперосмолярною некетоацидотичною комою.
5. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з лактатацидемічною комою.
6. Диференціальна діагностика різних варіантів коми при цукровому діабеті.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хвора страждає тяжкою формою цукрового діабету. Після операції кесаревого розтину втратила свідомість, дихання Кусмауля, шкіра бліда, гіпотермія, гіпотонія, запах ацетону з рота, анурія, цукор крові – 19 ммоль/л, осмолярність плазми – 320 мосмоль/л. Яка причина погіршення стану хворої?

А. Напад еклампсії.

Г. Емболія навколоплідними водами.

Б. Кетоацидотична кома.

Д. Повітряна емболія.

В. Гостре порушення мозкового кровообігу.

Завдання 2

Вісімнадцятирічна жінка протягом 5 років хворіє на цукровий діабет. Отримує 36 ОД інсуліну

на добу. Під час пневмонії стан різко погіршився: значно посилилась спрага, з'явився біль в животі, нудота, блювання, сонливість. Хвора відмовилась ввечері від їжі, не отримала чергову вечірню порцію інсуліну, а вранці втратила свідомість. Об'єктивно: без свідомості, шкіра суха, тургор знижений. Язик сухий, дихання шумне та глибоке, різкий запах ацетону з рота. Температура тіла – 36,6⁰С, пульс – 100/хв, АТ - 90/50 мм рт. ст. В сечі – різко позитивна реакція на ацетон. Глюкоза крові – 33 ммоль/л. Який попередній діагноз?

- А. Лактацидемічна кома. Г. Печінкова кома.
 Б. Гіперосмолярна кома. Д. Мозкова кома.
 В. Кетоацидотична кома.

Завдання 3

Хвора Е., 15 років, хворіє цукровим діабетом І типу протягом 3 років. На другому тижні позалікарняної пневмонії виникли нудота, блювання. Увечері втратила свідомість і була госпіталізована. Шкіра суха, бліда. Дихання шумне, язик сухий з нальотом коричневого кольору. Пульс – 120/хв, АТ - 80/45 мм рт. ст. На пальпацію живота не реагує. Печінка +3 см. Реакція на ацетон різко позитивна, глюкоза крові – 28 ммоль/л. Попередній діагноз?

- А. Діабетична кетоацидотична кома. Г. Печінкова кома.
 Б. Гіперосмолярна кома. Д. Лактацидемічна кома.
 В. Інфекційно-токсичний шок.

Завдання 4

Жінка 72 років, хворіє на ЦД 2 типу протягом останніх 25 років. Протягом останнього тижня знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу негоспітальної пневмонії, протягом цього періоду відмічала наростання спраги, задишку, поліурію та слабкість у м'язах. На даний момент стан погіршився: свідомість сплутана, язик сухий, запах ацетону відсутній, відмічається гіпотонус м'язів. Тони серця приглушені, АТ – 100/60 мм рт. ст, пульс – 101/хв. Рівень глюкози в крові – 45 ммоль/л, рН крові – 7,4, осмолярність крові – 330 мосмоль/л, кетонів тіла в крові та сечі не виявлено. Визначте стан хворого.

- А. Гіперосмолярний некетоацидотичний стан Г. Молочнокислий ацидоз
 Б. Гіпоглікемія Д. Газовий алкалоз
 В. Діабетичний кетоацидоз

Завдання 5

Хворий Л. 38 років, страждає на ЦД 2 типу протягом останніх 5 років, приймав гліклазид 80 мг 1 рази на добу, ІМТ 25 кг/м², глюкоза крові – 8,0 ммоль/л. Самостійно вирішив збільшити дозу гліклазиду до 80 мг 2 рази на добу. Після чого раптово відчув сильне відчуття голоду, головний біль та нудоту. Шкіра бліда, холодна та волога, пульс – 98/хв. Яку невідкладну допомогу треба надати хворому?

- А. Внутрішньовенна інфузія К+
 Б. Внутрішньовенна інфузія інсуліну короткої дії
 В. Пероральний прийом сорбентів
 Г. Пероральний прийом солодких напоїв
 Д. Внутрішньовенне введення бікарбонату Na

Відповіді: 1. – Б 2. – В 3. – А 4. – А 5. – 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	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 10. Курація хворого з синкопальними станами

Кількість годин – 4.

Актуальність теми. Синкопальний стан (синкопе) – це транзиторна втрата свідомості (ТВС) внаслідок загальної мозкової гіперперфузії (яка, зазвичай, виникає сама по собі в результаті зниження артеріального тиску (АТ) вздовж певного проміжку часу); характеризується стрімкою маніфестацією, короткотривалістю, спонтанним та повним відновленням.

Диференціювання синкопе і станів, відмінних від синкопального, зі справжньою чи удаваною втратою свідомості (ВС), можливе у більшості випадків за умови ретельного клінічного обстеження (у т. ч. збору анамнезу), проте, іноді може бути досить складним.

Необхідно запитати:

- Чи була ВС повною?
- Чи була ВС транзиторною, виникла стрімко і тривала недовго?
- Чи відновлення свідомості було спонтанним, повним і без наслідків?
- Чи втратив пацієнт постуральний тонус?

Якщо відповіді на ці запитання є ствердні, то епізод, з високою ймовірністю, і синкопальним станом. Якщо відповідь на одне чи більше запитань негативна – слід виключити інші форми ВС для визначення подальшої лікувальної тактики.

Загальна мета – уміти обґрунтувати діагноз ТВС, проводити диференціальну діагностику і визначати тактику ведення хворих з даною симптоматикою.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється ТВС. Визначити ознаки ТВС.
2. Скласти програму обстеження з ТВС.
3. Провести диференціальну діагностику вказаних невідкладних станів.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику невідкладного лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супутніх хвороб та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивне дослідження хворих.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при ТВС.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, які могли спричинити ТВС.
4. Трактувати прямі і побічні ефекти основних медикаментозних засобів та немедика-ментозних заходів, а також сучасних технологій при наданні допомоги при ТВС.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь.

1. Продромальний період існує для окремих синкопальних станів і проявляється:

- А. Відчуттям легкості в голові.
- Б. Нудотою
- В. Пітливістю і загальною слабкістю.
- Г. Візуальними ефектами про наближення запаморочення.
- Д. Все вище перераховане.

2. Повна втрата свідомості при рефлекторному запамороченні, що відповідає класичному (типовому) перебігу синкопе складає:

- А. До 20 секунд.
- Б. До 30 секунд.
- В. До 1 хвилини.
- Г. До 2-3 хвилин.
- Д. більше 3 хвилин.

3. Затяжний синкопальний стан свідчить про втрату свідомості, викликану іншими причинами, що є складним процесом діагностики. В часовому вимірі такі ситуації ТВС тривають:

- А. 2-3 хвилини.
- Б. 3-4 хвилини.
- В. 4-5 хвилин.
- Г. Більше 5 хвилин.
- Д. Все вище згадане.

4. До рефлекторних (неврогенних) синкопе відносяться всі, крім одного невірному:

- А. Вазовагальні (страх, біль, фобія крові, мед. маніпуляцій).
- Б. Ситуаційні (чихання, кашель, стимуляція ШКТ, постпрандіальні)
- В. Подразнення каротидного синусу.
- Г. Атипові.
- Д. Первинна або вторинна вегетативна недостатність.

5. До синкопе внаслідок ортостатичної гіпотензії відносяться:

- А. Ортостатична гіпотензія, спровокована хімічними речовинами.
- Б. Ортостатична гіпотензія внаслідок дефіциту об'єму циркулюючої крові.
- В. Ортостатична гіпотензія спровокована медикаментами.
- Г. Ортостатична гіпотензія внаслідок враження головного та спинного мозку.
- Д. Все вище згадане.

6. До кардіальних синкопе не відноситься:

- А. Різноманітні браді і тахіаритмії.
- Б. Пароксизмальні тахікардії.
- В. Різна структурна патологія серця (клапанні вади, гострий коронарний синдром, гіпертрофічна кардіоміопатія, пухлини серця).
- Г. Емболії малого кола кровообігу.
- Д. Вказаної відповіді не наведено.

7. Масаж каротидного синусу є показаним провокаційним тестом одній з категорій хворих:

- А. Віком понад 40 років із синкопе невідомої етіології після первинної оцінки стану.
- Б. Пацієнтам, що перенесли інфаркт міокарда продовж останніх 3-х місяців.
- В. Пацієнтам, що перенесли транзиторну ішемічну атаку або інсульт упродовж останніх 3-х місяців.
- Г. Пацієнти в якій вислуховуються каротидні шуми.
- Д. Вказаної відповіді не наведено.

8. Масаж каротидного синусу є діагностично значущим критерієм, якщо синкопальний стан відтворюється разом з асистолією тривалістю:

- А. ≥ 3 секунди.
- Б. Падіння артеріального тиску систолічного > 40 мм.рт.ст.
- В. > 6 секунд, і/або падінням САТ > 50 мм.рт.ст.
- Г. ≥ 10 секунд, і/або падінням САТ > 50 мм.рт.ст.
- Д. Падінням САТ ≥ 50 мм.рт.ст.

9. Діагностичними критеріями ортостатичної гіпотензії з виконанням тесту активного стояння є:

- А. Симптомне зниження САТ, порівняно з вихідним значенням, на ≥ 20 мм.рт.ст.
- Б. Симптомне значення діастолічного АТ ≥ 10 мм.рт.ст.
- В. Симптомне зниження САТ < 90 мм.рт.ст.
- Г. Всі перші 3 відповіді вірні.
- Д. Запропонованої вірної відповіді не вказано.

10. Лікування аритмогенного синкопального стану впровадженням кардіостимуляції показане всім, крім одного:

- А. При дисфункції синусового вузла, що найбільш ймовірно пов'язане із його зупинкою
- Б. При дисфункції синусового вузла і синкопе та порушенням коригованого часу відновлення синусового вузла.
- В. При синкопе та АВ-блокаді 2 ступеня типу Мобіц II та III ступеня.
- Г. При всіх 3-х попередніх ситуаціях (А, Б, В).
- Д. При синкопе нез'ясованого генезу без даних про будь яке порушення провідності.

Відповіді на контрольні питання: 1.-Д; 2.-А; 3.-Д; 4.-Д; 5.-Д; 6.-Д; 7-А; 8.-В; 9.-Г; 10.-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. 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. 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 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. Обморок. Рекомендация 2018 года по диагностике и лечению. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/127333/obmorok-rekomendatsii-2018-goda-po-diagnostike-i-lecheniyu>
2. 2018. Guidelines for Diagnosis/Management of Syncope ESC Clinical Practice Guidelines. (Руководство по диагностике/лечению обмороков 2018 г. Руководство по клинической практике ESC)
3. 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
4. Відкритий освітній ресурс OCW 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. Критерії синкопального стану, що асоціюється з порушенням ритму та провідності.

2. Критерії синкопального стану, що асоціюється з серцево-судинними захворюваннями.
3. Критерії синкопального стану, асоційованою з ортостатичною гіпотензією.
4. Критерії неврогенних синкопе.
5. Технічні (інструментальні) засоби верифікації синкопе.
6. Диференційна діагностика синкопальних станів. Ознаки судомного синдрому при епілепсії, транзиторне головокружіння при ТІА, гіпервентиляція при синдромі панічних атак, імітоване запаморочення при істерії, гіпоглікемічні стани і запаморочення і коми при діабеті.
7. Лікування рефлекторного синкопального стану.
8. Лікування ортостатичної гіпотензії.
9. Лікування аритмогенного синкопального стану. Місце кардіостимуляції, катетерної абляції, антиаритмічної терапії імплантованих кардіовекторів-дефібриляторів.
10. Сутність виконання маневрів для попередження синкопе (горизонтальне положення, прийоми з фізичним протиском, подавлення кашлю, чихання, тілт-тренінгу).
11. Місце фармакологічних засобів, в лікуванні синкопе.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У пацієнта цукровий діабет 2 тип, яким пацієнт хворіє біля 20 років, з'явилися синкопальні стани під час переходу з горизонтального в вертикальне положення і при цьому є документовані дані про ортостатичну гіпотензію. Діуретичну і вазодилатуючу терапію не здійснює. Рівні глікемії свідчать про компенсований перебіг діабету. В чому патогенетична сутність вказаних проявів синкопе?

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------------|
| А. Дефіцит ОЦК | Г. Медикаментозно зумовлена |
| Б. Первинна вегетативна недостатність | Д. Все вище згадане |
| В. Вторинна вегетативна недостатність | |

Завдання 2

Пацієнт підліткового віку при заборі крові в маніпуляційному кабінеті різко зблід, втратив свідомість на 15 секунд, що супроводжувалось рясним потовиділенням. Який механізм синкопе в даному випадку?

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| А. Неврогенний, вазовагальний | Г. Атиповий з невизначеним тригером |
| Б. Неврогенний, ситуаційний | Д. Правильна відповідь не вказана |
| В. Рефлекторний, постпрандіальний | |

Завдання 3

Пацієнт 60 років, страждає хронічним колітом, що проявляється закрепами і утрудненим випорожненням кишечника. Останній раз при значному натужу у ванні втратив свідомість. Який механізм синкопе?

- | | |
|---|-----------------|
| А. Неврогенний, вазовагальний | Г. Атиповий |
| Б. Неврогенний, ситуаційний | Д. Комбінований |
| В. Через подразнення каротидного синусу | |

Завдання 4

У пацієнта 70 років зареєстровано епізод синкопе на тлі брадикардії 34 в 1хв. При реєстрації ЕКГ верифікована повна атріовентрикулярна блокада. Який метод лікування найбільш дієво-оптимальний в даній ситуації?

- А. Введення атропіну 1,0 г/підшкірно.
- Б. Введення β-адреностимуляторів в/венно.
- В. Прийом препаратів беладонни.
- Г. Малочасова ЕКС з плановим імплантуванням постійної 2-х камерної ЕКС.
- Д. Оперативне лікування на АВ-вузлі.

Завдання 5

У пацієнта 36 років діагностовано шум мітральної серцевої вади. При зборі анамнезу встановлено протягом останнього року появу епізодів синкопе. Ставиться питання про дообстеження та оперативного лікування вади. Яка патологія ймовірно буде встановлена?

- А. Мітральний стеноз.
- Б. Мітральна недостатність.

- В. Комбінована мітральна вада серця з перевагою стенозу.
- Г. Міксома лівого передсердя.
- Д. Хибна хорда лівого шлуночка.

Завдання 6

У хворого 32 років, що знаходиться на обліку у кардіодиспансері діагностовано структурну патологію серця, що проявляється синкопальними станами і серцевою недостатністю. В сімейному анамнезі є подібні прояви у старшого і меншого брата. Який ймовірніше діагноз буде підтверджено при дообстеженні?

- А. Гіпертрофічна кардіоміопатія.
- Б. Дилатаційна кардіоміопатія.
- В. Рестриктивна кардіоміопатія.
- Г. Аритмогенна кардіоміопатія.
- Д. Міксома лівого передсердя.

Завдання 7

У пацієнта 68 років, що тривалий час страждає на артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця з атеросклерозом коронарних судин, підтвердженим при проведенні коронароангіографії, в один із днів наступила втрата свідомості, якій передували інтенсивні болі в грудній клітці, змарнілість обличчя. При ехокардіоскопії підтверджено серйозне структурне захворювання серця. Який діагноз може пояснити описані симптоми?

- А. Гострий Q-інфаркт міокарду.
- Б. Гострий не Q-інфаркт міокарду.
- В. Гіпертрофічна кардіоміопатія.
- Г. Серцева аортальна вада.
- Д. Розшаровуюча аневризма аорти.

Завдання 8

У хворого 70 років, що тривалий час страждає церебральним атеросклерозом, артеріальною гіпертензією з'явилися епізоди синкопе на тлі дисциркулярної енцефалопатії, явно не пов'язаної з медикаментозним лікуванням. Який метод обстеження допоможе верифікувати цю проблему?

- А. Електроенцефалографія.
- Б. Рентгенографія черепа з верифікацією турецького сідла.
- В. Ехоенцефалографія.
- Г. КТ головного мозку.
- Д. МРТ головного мозку.

Завдання 9

У хворого 50 років, діагностовано рефлексорні синкопальні стани. В анамнезі схильність до надлишкової маси тіла. Клінічно значимої ІХС не встановлено. Приймає β-блокатори в середніх дозах по рекомендації знайомого, якому вони суттєво допомагали. Дайте пораду стосовно наступного прийому цих засобів.

- А. β-блокатори не показані.
- Б. Дозу їх регулювати по частоті пульсу.
- В. Вживати в максимально значимих дозах.
- Г. Вживати в мінімальних дозах.
- Д. Їх приймання чи відміна не принципові.

Завдання 10

У пацієнта 40 років діагностовано ортостатичну гіпотензію. Яке місце в лікуванні віднести стосовно мідодрину і флудрокортизону?

- А. Вони втратили своє значення.
- Б. Вони є обов'язковими в лікуванні.
- В. Їх слід призначати як додаткову терапію за потреби.
- Г. Вони є проти показовими на даний момент вивчення синкопе.
- Д. Питання застосування не знайшло свого місця в останніх рекомендаціях.

Правильні відповіді: 1. - В; 2. - Б; 3. - Б; 4. - Г; 5. - Г; 6. - А; 7. - Д; 8. - Г; 9. - А; 10. - 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	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 11. Лікування хворого з гострою наднирковою недостатністю, тиреотоксичним кризом, мікседемною комою

Кількість годин – 4.

Актуальність теми.

Невідкладні стани в тиреодології відображають тиреотоксичний криз, гіпотиреїдну кому. При патології наднирників спостерігається Аддісоновий криз або гіпоадrenalовий криз, феохромоцитома. Гостра надниркова недостатність (Аддісоновий криз, гіпоадrenalовий криз) є потенційно смертельним захворюванням, що виникає через нестачу гормону наднирників кортизолу. Досить часто цей стан є невловимим діагнозом, який при неефективному або несвоєчасному лікуванні може призвести до важких наслідків і смерті.

Тиреотоксичний криз являє собою гострий, небезпечний для життя гіперметаболічний стан, викликаний надмірним викидом тиреоїдних гормонів у людей з тиреотоксикозом. Оскільки тиреоїдний штурм майже завжди призводить до летального результату, якщо його не лікувати, швидка діагностика, в основному клінічна, і агресивне лікування мають вирішальне значення у прогнозі пацієнта.

Мікседема – це термін, який зазвичай використовується для зазначення важкого гіпотиреозу. Гіпотиреїдна кома є рідкісним, але небезпечним для життя клінічним станом, що представляє собою важкий гіпотиреоз з фізіологічною декомпенсацією. Стан зазвичай виникає у пацієнтів з тривалим недіагностичним гіпотиреозом, а також частіше є спровокованим інфекційними, цереброваскулярними захворюванням, серцевою недостатністю, травмою або медичними препаратами.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз, провести диференціальну діагностику і визначити тактику ведення хворих із наднирковою недостатністю, тиреотоксичним кризом, гіпотиреїдною комою.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується наднирковою недостатністю, тиреотоксичним кризом, гіпотиреїдною комою.
2. Скласти програму обстеження хворого з наднирковою недостатністю, тиреотоксичним кризом, гіпотиреїдною комою.
3. Провести диференціальну діагностику станів, що призвели до розвитку надниркової недостатності, тиреотоксичного кризу, гіпотиреїдної коми.
4. Поставити попередній діагноз.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при наднирковій недостатності, тиреотоксичному кризі, гіпотиреїдній комі.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, властиві захворюванням, що супроводжуються розвитком надниркової недостатності, тиреотоксичним кризом, гіпотиреїдною комою.
4. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з наднирковою недостатністю, тиреотоксичним кризом, гіпотиреїдною комою.

5. Трактувати основні і побічні дії препаратів, що застосовуються для лікування наднирниковій недостатності, тиреотоксичного кризу, гіпотиреодній комі.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Усі твердження щодо тиреотоксичного кризу є вірними, за винятком наступного:

- А. Хірургічне втручання та інфекції можуть спровокувати тиреотоксичний криз
- Б. Розвиток кризу пов'язано з раптовим різким підйомом рівня тиреоїдних гормонів в крові
- В. При тиреотоксичному кризі ефективно призначення радіоактивного йоду
- Г. У лікуванні кризу доцільне використання бета-блокаторів
- Д. У терапії кризу доцільне застосування препаратів неорганічного йоду

2. Причиною розвитку тиреотоксикозу при яєчникової струмі є:

- А. Підвищена секреція тиреоїдних гормонів у відповідь на плацентарний β -хоріонічний гонадотропін людини
- Б. Ектопічна секреція тиреоїдних гормонів тканиною пухлини
- В. Ектопічна секреція тиреотропіну тканиною пухлини

3. Основні клінічні прояви тиреотоксичного кризу:

- А. Сухість шкірних покривів, запори
- Б. Мерзлякуватість, зниження артеріального тиску
- В. Прискорене серцебиття, аритмії, підвищення температури до 40-41С, збудження
- Г. Брадикардія, зниження артеріального тиску

4. Лікувальна тактика при тиреотоксичному кризі:

- А. Призначення тиреостатичних препаратів і глюкокортикоїдів
- Б. Регідrataція і інсулінотерапія
- В. Призначення петльових діуретиків
- Г. Внутрішньовенне введення левотироксину натрію.

5. Негормональні лабораторні ознаки гострої надниркової недостатності:

- А. Лейкопенія, гіперглікемія, гіпокаліємія
- Б. Гіперкаліємія, гіпоглікемія, підвищення рівня креатиніну
- В. Лейкоцитоз, гіпокаліємія, гіпернатріємія
- Г. Анемія, лейкопенія, гіпохлоремія, гіпонатріємія, гіперглікемія

6. Причини гострої надниркової недостатності:

- А. Крововиливи в наднирники
- Б. Аутоімунний процес
- В. Аденома наднирників
- Г. Тривалий прийом гіпотензивних препаратів

7. Лікувальна тактика при розвитку гострої надниркової недостатності:

- А. Призначення дексаметазону
- Б. Призначення гідрокортизону
- В. Призначення адреналіну та метилпреднізолону
- Г. Призначення адреналіну

Відповіді: 1. - В 2. - Б 3. - В 4. - А 5. - Б 6. - А 7. - 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 2. Розділи 9-24: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 584с.

4. Ендокринологія : підручник / П. М. Боднар, Г. П. Михальчишин, Ю. І. Комісаренко [та ін.]; за ред. П. М. Боднара. - 4-ге вид., оновл. та доп. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 456 с.

5. 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.

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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 792 с.

7. Тактика ведення хворих на цукровий діабет. Посібник в таблицях / Власенко М.В., Маньковський Б.М. – «СахарОК». – 2018. – 126с.

8. Стюарт Г. Р. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 1 / за ред. Стюарта Г. Р., Яна Д. П., Марка В.Дж. С., Річарда П. Г. – Київ: ВСВ «Медицина», 2021. – 258 с.

Рекомендації, настанови та накази

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

2. 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>

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

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/>

Основні теоретичні питання теми

1. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з гострою наднирковою недостатністю.
2. Особливості клінічних проявів синдрому Уотерхауса-Фрідеріксена.
3. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з тиреотоксичним кризом.
4. Діагностичні критерії та ведення пацієнта з гіпотиреоїдною комою.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

У пацієнта з хворобою Аддісона після грипу з'явилися адинамія, депресія, нудота, блювання, пронос, гіпоглікемія. АТ – 75/50 мм рт.ст. В крові: зниження рівню кортикостерону, кортизолу, 13- ОКС, 17- ОКС. Який стан розвинувся у хворого?

А. Цукровий діабет

Г. Колапс

Б. Гострий гастрит

Д. Гострий ентероколіт

В. Гостра надниркова недостатність

Завдання 2

У хворого 26 років з післяопераційним гіпотиреозом, який отримував тироксин 2 рази на день, з'явилися тахікардія, пітливість, роздратованість, порушення сну. Визначте тактику подальшого лікування.

- А. Призначити бета- адреноблокатори
Б. Призначити седативні препарати
В. Збільшити дозу тироксину
Г. Додати до лікування мерказоліл
Д. Зменшити дозу тироксину

Завдання 3

Хвора К., 52 роки, скаржиться на збільшення маси тіла, слабкість, закріп, погіршення пам'яті. Вказані симптоми повільно наростали протягом останніх 1,5 року. Об'єктивно: сухість шкіри, помірний набряк обличчя та кінцівок, межі серця розширені, тони приглушені, пульс 66/хв. АТ - 110/70 мм рт.ст. ЩЗ не пальпується. Методом ІФА виявлені антитіла до тиреоглобуліну (+) та мікросомального антигену (+++); рівень ТТГ – 15,2 мО/л. УЗД: залоза зменшених розмірів, неоднорідної структури. Встановіть діагноз.

- А. Аутоімунний тиреоїдит без порушення функції
Б. Дифузний токсичний зоб
В. Аутоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз
Г. Ендемічний зоб
Д. Підгострий тиреоїдит

Завдання 4

Хвору М. 36 років декілька місяців тому почали турбувати постійне серцебиття, задишка, перебої у роботі серця. Об'єктивно: тремор витягнутих рук, шкіра темна, волога. З боку серця – миготлива аритмія, тони звучні, систолічний шум в роботі серця, АТ - 120/60 мм рт.ст. Печінка збільшена, набряки гомілок. Щитовидна залоза II ст. еластичної консистенції, рухома, безболісна. Яка патологія серця у даному випадку?

- А. Дилатаційна кардіоміопатія
Б. Кардіофіброз
В. Бактеріальний ендокардит
Г. Мітральна вада серця
Д. Тиреотоксична міокардіодистрофія

Відповіді: 1. - В 2. - Д 3. - В 4. - Д

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

Тема 12. Курація хворого з гострим тромбозом

Кількість годин - 2.

Актуальність теми. Тромботична тромбоцитопенічна пурпура – це рідкісна і небезпечна для життя тромботична мікроангіопатія, що характеризується мікроангіопатичною гемолітичною анемією, важкою тромбоцитопенією та ішемією органів, пов'язаною з дисемінованим тромбозом мікросудин багатих тромбоцитами.

Тромбоз - це прижиттєве згортання крові в просвіті кровоносної судини. Розвиток тромбозу веде до порушення кровообігу в тканинах, викликаючи такі захворювання, як інфаркт міокарда, ішемічний інсульт, тромбофлебіт і інші, а також сприяє обваженню будь-якого захворювання. В основі тромбозу лежить пошкодження стінки кровоносних судин, зміна функціонального стану кровоносної системи та уповільнення кровотоку. Пошкодження стінки кровоносної судини може бути структурним (в результаті травми, інфекції або отруєння) або функціональним, що виникли,

наприклад, в результаті стресу. Зміна функціонального стану кровоносної системи може настати в результаті порушення згортання крові під впливом тих чи інших факторів. Спазм артерій та розширення вен може викликати порушення кровотоку і застій крові - це також сприяє підвищеному тромбоутворенню. Зазначені стани є доволі частими у рутинній практиці лікаря будь-якої спеціальності, що диктує потребу детального вивчення діагностичних критеріїв та принципів ведення таких пацієнтів.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого з пурпурою та гострим тромбозом.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити основні синдроми характерні для геморагічного синдрому та гострого тромбозу.
2. Скласти програму обстеження хворого з геморагічними проявами та гострим тромбозом.
3. Провести диференціальну діагностику причини кровотечі, тромбозу.
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.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних діагностичні ознаки захворювання, що призвело до кровотечі чи гострого тромбозу.
4. Тракувати прямі і побічні ефекти препаратів для лікування кровотеч, використовувати принципи профілактики. Консервативне лікування гострого тромбозу, показання для тромболітичної терапії.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Основним лабораторним діагностичним методом при аутоімунній тромбоцитопенічній пурпурі є:

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| А. Пряма проба Кумбса. | В. Пряма реакція Штеффена. |
| Б. Реакція тромбоаглютинації. | Г. Непряма проба Кумбса. |

2. Яка форма імунної тромбоцитопенії найчастіше трапляється в клінічній практиці:

- | | |
|------------------|-----------------|
| А. Аутоімунна. | В. Трансімунна. |
| Б. Гетероімунна. | Г. Аллоімунна. |

3. Основний діагностичний принцип ідіопатичної (аутоімунної) тромбоцитопенічної пурпури - це:

- А. Виявлення аутоантитіл в сироватці крові.
- Б. Ідентифікація аутоантитіл на поверхні тромбоцитів крові.
- В. Ідентифікація антигенів на поверхні тромбоцитів крові.
- Г. Виявлення антигенів в сироватці крові.

4. Які клінічні форми прояву геморагічного синдрому ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури:

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| А. Крововиливи в колінні суглоби. | В. Крововиливи в ліктьові суглоби. |
| Б. Кровотечі з ясен. | Г. Шкірні крововиливи. |

5. Найчастіше локалізація висипу при геморагічному васкуліті знаходиться на шкірі:

- | | |
|----------------------|---------------------|
| А. Тулуба. | В. Спини. |
| Б. Верхніх кінцівок. | Г. Нижніх кінцівок. |

6. Які методи визначення функціонального стану тромбоцитів?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| А. Час рекальцифікації. | Г. Реакція агрегації. |
| Б. Реакція адгезії. | Д. Все перераховане. |
| В. Час згортання. | Е. Все перераховане крім п.А. |

7. Який характер геморагічного висипу на шкірі при хворобі Шенлейн-Геноха?

- | | |
|--------------------------|---------------|
| А. Асиметричний. | Г. Плямистий. |
| Б. Частково симетричний. | Д. Зливний. |
| В. Симетричний. | |

8. Які патологічні зміни є в наступній гемограмі: Нв -130 г/л, еритроцити - $4,2 \times 10^{12}/л$, КП - 0,93, ретикулоцити - 5%, тромбоцити - $50 \times 10^9/л$, лейкоцити - $5,6 \times 10^9/л$, паличкоядерні - 3,5%, сегментоядерні - 60%, еозинофіли - 0,5%, лімфоцити - 25%, моноцити - 11%, ШОЕ - 5 мм/г?

А. Анемія.

Г. Лейкоцитоз.

Б. Еозинофілія.

Д. Тромбоцитопенія.

В. Немає змін.

9. У хворого з ознаками геморагічного діатезу виявлено: Нв - 120 г/л, л. - $9 \times 10^9/л$, тр. - $150 \times 10^9/л$, час згортання крові по Лі-Уайту - 8 хв., час кровотечі по Д'юку - 6 хв., АЧГЧ - 50 сек.

Такі дані лабораторних досліджень характерні для:

А. Для хвороби Вілебранда.

В. Для хвороби Верльгофа.

Б. Для тромбастенії Глянцмана.

Г. Для гемодилуційної коагулопатії.

10. Які методи дослідження резистентності судинної стінки?

А. Проба «джгута».

В. Проба «щипка».

Б. Проба з P32.

Г. Проба з J131.

11. Які методи дослідження проникності судинної стінки?

А. Проба «джгута».

В. Проба «щипка».

Б. Проба з P32.

Г. Проба з J131.

12. Які методи експрес-діагностики тромбозу і ДВЗ-синдрому?

А. Час згортання крові.

В. Етаноловий тест.

Б. Час рекальцифікації.

Г. Протромбіновий час.

Відповіді до завдань: 1. – В 2. – А 3. – Б 4. – Г 5. – Г 6. – Е 7. – В 8. – Д 9. – В 10. – А 11. – В 12. – 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: gematology: study guide / L. V. Vynnychenko, L. N. Prystupa, O.M. Chernatska; under the editorship of V. F. Orlovskiyi, N.V. Demikhova. – Sumy: Sumy State University, 2019. –136 p.

6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 3 / за ред. С. Г. Ралстона, Я. Д. Пенмана, М. В. Дж. Стрекена, Р. П. Гобсона. – Київ: ВСВ «Медицина», 2021. – 642 с.

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

8. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: 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. 2 (пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія) – 219 с.

Додаткова література

1. Методи дослідження в гематології: навчальний посібник / І.О. Дудченко, Г.А. Фадєєва В.В. Качковська, О.В. Орловський; за заг. ред. проф. Л.Н. Приступи. – Суми: Сумський державний університет, 2019. – 55с.

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

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

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

7. 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.

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/>

Основні теоретичні питання теми:

1. Діагностичні критерії тромботичної тромбоцитопенічної пурпури.
2. Ведення пацієнта з тромботичною тромбоцитопенічною пурпурою.
3. Діагностичні критерії ДВЗ синдрому.
4. Ведення пацієнта з ДВЗ синдромом.
5. Діагностичні критерії тромбозу мезентеріальних судин.
6. Ведення пацієнта з тромбозом мезентеріальних судин.
7. Діагностичні критерії тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок.
8. Ведення пацієнта з тромбозом глибоких вен нижніх кінцівок.
9. Діагностичні критерії тромбозу верхньої порожнистої вени.
10. Ведення пацієнтів із тромбозом верхньої порожнистої вени.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Дівчинка 15 років госпіталізована з приводу значної носової кровотечі. Два тижні тому використовувала левоміцетин для лікування розладу травлення. Об'єктивно: на шкірі елементи геморагічної висипки різного розміру та забарвлення. Який діагноз найбільш вірогідний?

А. Хвороба Віллебранда.

Г. Гострий лейкоз.

Б. Геморагічний васкуліт.

Д. Тромбоцитопенія.

В. Гемофілія.

Завдання 2

У хворої 27 років скарги на: кровотечі з ясен, носові кровотечі, множинні синці на шкірі передньої поверхні тулуба і кінцівок, різка загальна слабкість. Ан. крові: Нв - 64 г/л, ретикулоцити - 16%, еритроцити - $2,5 \times 10^{12}/л$, тромбоцити - $30 \times 10^9/л$, ШОЕ-25 мм/год. Що є найбільш ефективним в лікуванні даної патології?

А. Цитостатики.

Г. Спленектомія.

Б. Кортикостероїди.

Д. Вітаміни.

В. Переливання крові.

Завдання 3

Хвора В., 16 років, поступила зі скаргами на носову кровотечу, геморагічну висипку у вигляді петехій та плям на шкірі кінцівок і передній поверхні тулуба. В анамнезі: 2 тижні тому було зроблено щеплення. В аналізі крові: Ер - $4,0 \times 10^{12}/л$, Л - $6,7 \times 10^9/л$, Тр - $30,0 \times 10^9/л$, е - 2 %, п/я - 4 %, с/я - 54 %, л - 32 %, м - 8 %. ШОЕ -12 мм/год. Ваш попередній діагноз?

А. Геморагічний васкуліт.

Г. Хвороба Рандю-Ослера.

Б. Гострий лейкоз.

Д. Лейкемоїдна реакція.

В. Аутоімунна тромбоцитопенічна пурпура.

Завдання 4

Хвора 37 років, відмічає часті носові кровотечі та метрорагії, періодично появу синців на шкірі. 10 днів тому після значної носової кровотечі підсилилась слабкість, запаморочення, серцебиття.

Шкіра бліда, на шкірі передньої поверхні тулуба, ніг і рук множинні петехіальні ге-морагії та поодинокі екхімози. В аналізі крові: Нб - 100 г/л, Ер - $3,0 \times 10^9$ /л, КП-1,0; Л- $5,3 \times 10^9$ /л, Тр - $10,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 15 мм/год. Який попередній діагноз можна поставити?

- А. Апластична анемія.
- Б. Гемофілія.
- В. Геморагічний васкуліт.
- Г. Залізодефіцитна анемія.
- Д. Хвороба Верльгофа.

Завдання 5

Хвора скаржиться на слабкість, запаморочення, появу синців на шкірі, носові кровотечі, схуднення. Хворіє 3 місяці. При огляді: загальний стан середньої тяжкості, зниженого харчування, шкіра бліда з наявністю на передній поверхні рук, ніг та тулуба різної давності множинних синців діаметром від 0,2 до 3,0 см. Який тип кровоточивості має місце у хворої?

- А. Петехіально-плямистий.
- Б. Гематомний.
- В. Змішаний.
- Г. Васкулітно-пурпурний.
- Д. Ангіоматозний.

Завдання 6

Хвора 28 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, носові кровотечі, крововиливи на тулубі. Хворіє 4 місяці. Об'єктивно: у ділянці стегон, черева, спини крововиливи розміром 1-2 см, різного кольору, безболісні. Периферичні лімфовузли, печінка та селезінка не збільшені. В аналізі крові: Нб - 80 г/л, Ер - $2,4 \times 10^{12}$ /л, КП - 0,88, Л - $4,2 \times 10^9$ /л, е - 2 %, п/я - 7 %, с/я - 40 %, л - 45 %, м - 6 %, Тр - $17,0 \times 10^9$ /л. ШОЕ - 21 мм/год. Який діагноз можна запідозрити у хворої?

- А. Гемолітична анемія.
- Б. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура.
- В. Хронічна залізодефіцитна анемія.
- Г. Хронічний лімфолейкоз.
- Д. Гіпопластична анемія.

Завдання 7

Жінка 58 років, скаржиться на безпричинну появу синців на шкірі, слабкість, кровоточивість ясен, запаморочення. Об'єктивно: слизові оболонки та шкірні покриви бліді, з численними крововиливами різної давності. Лімфатичні вузли не збільшені. Пульс - 100/хв. АТ - 110/70 мм рт. ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. В аналізі крові: Ер - $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нб - 92 г/л, КП - 0,9, анізоцитоз, пойкилоцитоз, Л - $10,0 \times 10^9$ /л, е - 2 %, п/я-12%, с/я-68%, л-11%, м-7%, ШОЕ - 12 мм/год. Який лабораторний показник з наведених доцільно визначити для уточнення діагнозу?

- А. Осмотичну резистентність еритроцитів.
- Б. Вміст ретикулоцитів.
- В. Час згортання крові.
- Г. Вміст тромбоцитів.
- Д. Фібриноген.

Завдання 8

Жінка 72 років, хворіє на ЦД 2 типу протягом останніх 25 років. Протягом останнього тижня знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу негоспітальної пневмонії, протягом цього періоду відмічала наростання спраги, задишку, поліурію та слабкість у м'язах. На даний момент стан погіршився: свідомість сплутана, язик сухий, запах ацетону відсутній, відмічається гіпотонус м'язів. Тони серця приглушені, АТ - 100/60 мм рт. ст, пульс - 101/хв. Рівень глюкози в крові - 45 ммоль/л, рН крові - 7,4, осмолярність крові - 330 мосмоль/л, кетонові тіла в крові та сечі не виявлено. Визначте стан хворої.

- А. Гострий мезентеріальний тромбоз.
- Б. Пенетрація виразки дванадцятипалої кишки.
- В. Хронічна дуоденальна непрохідність.
- Г. Перфорація виразки дванадцятипалої кишки.
- Д. Злоякісне новоутворення кишечника

Правильні відповіді:

1. - Д 2. - Г 3. - В 4. - Д 5. - А 6. - Б 7. - Г 8. - 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	10	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	50	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Тема 13. Лікування хворого з гострим болем у животі

Кількість годин - 4.

Актуальність теми. Актуальність обговорення проблеми тактики і стратегії поведінки лікаря за наявності у пацієнта гострого абдомінального болю (ГАБ) не викликає сумніву. Це обумовлено тим, що ГАБ - одна з найчастіших підстав для екстреної госпіталізації. Так, у США зі скаргами на гострий біль в животі звертаються 5-10 млн чоловік щорічно. При цьому в 40% випадків під час нападу виявляється синдром гострого живота (СГЖ). У 25% хворих при динамічному спостереженні протягом декількох годин біль зникає. Це хворі з «функціональним болем» або «неспецифічним абдомінальним болем - НСАБ» (NSAP - non-specific abdominal pain). У ряді випадків тільки чітка послідовність дій дозволяє уникнути розвитку у пацієнта тяжких ускладнень. Знання алгоритмів курації хворих із ГАБ на різних етапах медичної допомоги є обов'язковим для будь-якого клініциста. Кожен лікар повинен мати чіткі, аргументовані відповіді на питання: яка послідовність дій за наявності у пацієнта гострого абдомінального болювого синдрому, які діагностичні і лікувальні заходи необхідно проводити при виникненні даної ситуації в амбулаторії сімейного лікаря, поліклініці, терапевтичному стаціонарі. У цілях безпеки пацієнтів і запобігання розвитку тяжких ускладнень хворі з ГАБ підлягають екстреній госпіталізації.

Диференціальний діагноз на догоспітальному етапі утруднений нечіткістю симптомів у ранні терміни захворювання, дефіцитом часу для вирішення діагностичного завдання, практичною нездійсненністю лабораторної та інструментальної діагностики (за винятком ЕКГ), нерідко недостатнім клінічним досвідом лікарів догоспітальної служби і відсутністю консультації фахівців. Тому тільки в стаціонарі проводиться необхідне і адекватне обстеження з проведенням диференціальної діагностики.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих із гострим абдомінальним болем.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється гострим абдомінальним болем.
2. Скласти програму обстеження хворого з гострим абдомінальним болем.
3. Провести диференціальну діагностику гострого болю в животі різної етіології.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб та ускладнень.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при болю в животі.
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, властиві гострому абдомінальному болю.
4. Тракувати основні і побічні дії препаратів, що застосовуються для лікування гострого абдомінального болю.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Охарактеризуйте найбільш типовий біль при гострому панкреатиті:

- А. Гострий біль у правому підреб'ї, з ірадіацією в ділянку шиї.
- Б. Зростаючий біль в епігастрії з ірадіацією ліворуч, в спину, поперек.
- В. Гострий біль у припулковій ділянці, переймоподібний.
- Г. Гострий біль у лівій половині живота.
- Д. Біль у надлобковій ділянці.

2. Хвора 38 років скаржиться на біль у правому підреб'ї, нудоту, блювання. Об'єктивно: шкірні покриви чисті, PS 88/хв, АТ 120/70 мм рт. ст. Живіт обмежено бере участь в акті дихання, болісний та напружений у правому підреб'ї. Симптом Ортнера (+). Симптом Блюмберга (+). Яке захворювання у хворой?

- А. Гострий холецистит.
- В. Гострий панкреатит.
- С. Гострий апендицит.
- Д. Гостра кишкова непрохідність.
- Е. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки.

3. Патогномонічним симптомом неускладненої ЖКХ є напад міліарної (жовчної) коліки, який майже у більшості хворих супроводжується транзиторними підвищеннями активності всього, крім:

- А. АЛАТ і АСАТ.
- Б. Лужної фосфатази.
- В. γ -глутамілтрансферази.
- Г. Білірубину.
- Д. Загального білка.

4. Тривалість курсової пероральної літолітичної терапії становить:

- А. 8-10 днів.
- Б. 12-14 днів.
- В. 16-18 днів.
- Г. 18-20 днів.
- Д. 18-24 днів.

Відповіді до завдань: 1-Б; 2-А; 3-Д; 4-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. 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. 2 (пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія) – 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. – 24-е вид., змін. та доповн. – Київ : Центр ДЗК, 2018. – 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 ОСВ 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. Класифікація гострого абдомінального болю.
2. Існуючий алгоритм діагностики гострого абдомінального болю.
3. Складання плану обстеження.
4. Роль рентгенологічних, інструментальних та лабораторних методів обстеження (рентгенографія, КТ, загальні та біохімічні аналізи.).
5. Тактика ведення хворого з гострим абдомінальним болем.
6. Диференціальна діагностика.
7. Медикаментозні та немедикаментозні методи лікування.
8. Існуючі стандарти первинної і вторинної профілактики, прогноз працездатності.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хвора А., 49 років, скаржиться на гострий біль у правому підребр'ї, який виник через 2 години після вечері, нудоту, жовчну блювоту. Хворіє 18 годин. Хвора неспокійна, метушиться в ліжку. Пульс 98 за 1 хв, язик обкладений білими нашаруваннями, вологий. Температура тіла 38,2° С. При огляді - права половина відстає в акті дихання, пальпаторно в правому підребр'ї напруження м'язів, болючість. Позитивні френікус-симптом та Грекова-Ортнера. Симптоми подразнення очеревини негативні. Ваш діагноз?

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| А. Гострий холецистит. | Г. Гострий апендицит. |
| Б. Гострий панкреатит. | Д. Кишкова непрохідність. |
| В. Гострий перитоніт. | |

Завдання 2

Хворий В., 18 років. Скаржиться на гострий оперізувальний біль, жовчну блювоту. Об'єктивно: живіт роздутий, позитивний симптом Воскресенського. Температура тіла - 37,8°С. У крові: лімфоцитом, ШОЕ - 36 мм/год. Ваш діагноз:

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------|
| А. Харчова токсикоінфекція. | Г. Гострий панкреатит. |
| Б. Гострий холецистит. | Д. Гострий холецистопанкреатит. |
| В. Гострий гастрит. | |

Завдання 3

Хворий скаржиться на біль в епігастральній ділянці, нудоту, слабкість, запаморочення, блювання, відчуття переповнення в шлунку. З анамнезу відомо, що напередодні був у кафе. Шкіра бліда, язик обкладено сіро - білим нальотом, відмічається збільшене слиновиділення. При пальпації відчуття болю в епігастральній області. Пульс - 100/хв, АТ - 100/60 мм рт.ст. Ваш попередній діагноз:

- А. Виразкова хвороба шлунка. Г. Хронічний гастрит.
Б. Гострий гастрит. Д. Гострий панкреатит.
В. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

Завдання 4

Жінка 29 років, скаржиться на постійний ниючий біль, відчуття тяжкості у правому підребер'ї, іноді гострий біль з іррадіацією в спину, нудоту, гіркоту у роті, печію, яка посилюється ближче до вечора. Ці скарги з'явилися з 28-го тижня вагітності. При огляді - болючість при пальпуванні в епігастрії та правому підребер'ї, особливо в проекції жовчного міхура. Раніше холецистографія не виявляла тіні міхура. Ваш діагноз:

- А. Гострий панкреатит. Г. Гострий гастрит.
Б. Жовчнокам'яна хвороба. Д. Виразкова хвороба шлунка.
В. Дискінезія жовчних шляхів.

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

Завдання 5

Хворий скаржиться на часту блювоту з домішками їжі, жовчі, оперізувальний біль у верхній половині живота, підвищену температуру тіла. Зловживав алкоголем. Схуд на 5 кг за місяць. Стан хворого тяжкий, свідомість частково збережена, зорові галюцинації. Пульс - 130/хв, ритмічний, слабкого наповнення, АТ- 85/60 мм рт.ст. Тони серця ослаблені, ЧД - 24/хв., живіт із м'язовим дефансом в епігастрії, позитивні симптоми Мейо-Робсона, Вознесенського.

1. Ваш діагноз?

- А. Виразкова хвороба шлунка. Г. Гострий панкреатит.
Б. Гострий холецистит. Д. Виразкова хвороба ДДЖ.
В. Гострий гастрит.

2. До ранніх ускладнень відносять всі, крім одного, що належить до пізніх:

- А. Шоку, гострої ниркової і печінкової недостатності.
Б. Плевропульмональної (лівобічний плеврит, ателектаз нижньої частки).
В. Панкреатогенного гепатиту і паранефриту, медіастиніту, перитоніту.
Г. Гіпоглікемічних кризів, гіперглікемії.
Д. ДВС - синдрому, динамічної кишкової непрохідності.

3. До пізніх ускладнень відносять всі, крім:

- А. Механічної жовтяниці. Г. Псевдокісти підшлункової залози.
Б. Гнійно-запальних ускладнень. Д. Нориці підшлункової залози.
В. Портальної гіпертензії.

Правильні відповіді: 1-Г; 2-Г; 3-Б.

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

Тема 14. Лікування хворого з гострим пошкодженням нирок

Кількість годин - 1.

Актуальність теми. Термін, що застосовується у новітніх класифікаціях – **гостре пошкодження нирок (ГПН)**, гостра ниркова недостатність – це застарілий термін, який зараз застосовується у випадку гострого пошкодження нирок III ст. або за необхідності проведення гострої діалітичної терапії (незалежно від ступеня ГПН).

ГПН визначається швидким збільшенням сироваткового креатиніну, зниженням діурезу або і тим, і іншим. ГПН трапляється приблизно у 10 – 15 % пацієнтів, госпіталізованих до лікарні, у той час як у відділеннях інтенсивної – більш ніж у 50 % пацієнтів. Дисфункція або пошкодження нирок може відбуватися протягом більш тривалого періоду або слідувати за ГПН. ГПН – це не поодинокі захворювання, а скоріше набір таких різноманітних синдромів, як сепсис, кардіоренальний синдром і обструкція сечовивідних шляхів. Підхід до пацієнта з гострою нирковою недостатністю залежить від клінічного контексту, а також може варіюватися в залежності від наявності ресурсів.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз, провести диференціальну діагностику і визначити тактику ведення хворих із ГПН.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

1. Виділити захворювання, перебіг яких супроводжується ГПН.
2. Скласти програму обстеження хворого з ГПН.
3. Провести диференціальну діагностику станів, що призвели до розвитку ГПН.
4. Поставити попередній діагноз.
5. Визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням стадії розвитку ГПН.

Студенти повинні вміти:

1. Збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження.
2. Інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при ГПН
3. Виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, властиві захворюванням, що супроводжуються розвитком ГПН.
4. Тракувати основні і побічні дії препаратів, що застосовуються для лікування ГПН.

Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

1. Для якого клінічного періоду ГПН характерними є наростання азотемії, диспепсичних розладів, позаклітинна гіпергідратація з набряками?

- | | |
|--|--------------------------|
| А. Періоду відновлення діурезу. | Г. Періоду видужування. |
| Б. Олігоанурічного періоду. | Д. Для всіх перелічених. |
| В. Періоду початкової дії етіологічного фактора. | |

2. Основною причиною ГПН із збереженим діурезом і нормальними розмірами нирок є:

- | | |
|---|--|
| А. Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит. | Г. Мезангіокапілярний нефрит. |
| Б. Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит. | Д. Ідіопатичний інтерстиціальний нефрит. |
| В. Фібропластичний нефрит. | |

3. Найбільш частими причинами ГПН є всі, крім:

- | | |
|------------------|-------------------|
| А. Преренальних. | В. Постренальних. |
| Б. Ренальних. | Г. Параренальних. |

4. До олігуричної фази ГПН відносять стани, при яких добовий діурез відповідно становить:

- | | |
|--------------|--------------|
| А. < 500 мл. | Г. < 200 мл. |
| Б. < 400 мл. | Д. < 100 мл. |
| В. < 300 мл. | |

5. До поліуричної фази ГПН відносять стани, при яких добовий діурез відповідно становить:

- | | |
|-----------|-----------|
| А. 1-2 л. | Г. 2-5 л. |
|-----------|-----------|

Б. 2-3 л.

Д. > 5 л.

В. 2-4 л.

6. Невідкладною допомогою при ГПН є:

А. Ліквідація причинного фактора.

Б. Ліквідація артеріальної гіпотензії, боротьба з шоком.

В. Корекція гіперкаліємії і метаболічного ацидозу.

Г. Симптоматична терапія, а за її відсутності перитонеальний діаліз, гемодіаліз, гемосорбція, лімфосорбція.

Д. Всі перелічені заходи.

Відповіді до завдань: 1. – Б 2. - А 3. - Г 4. - А 5. - В 6. - Д

Список рекомендованої літератури:

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.]; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с. - 82-55.

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

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

4. Вибрані питання нефрології: навчальний посібник /за ред. Є.М. Нейка. – Івано-Франківськ: СІМІК, 2011. – 415с.

5. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. : Ю. М. Мостового. – 14-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : Державна картографічна фабрика, 2012. – 575 с.

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

7. Внутрішня медицина: нефрологія: навч. посіб. /В.Ф. Орловський, Л.Н. Приступа, О.В. Орловський. – Суми: СумДУ, 2010. – 191 с.

8. Руководство по нефрологии /под ред. А.И. Дядыка, Е.А. Дядык. – К.: Четверта хвиля, 2011. – 598с.

9. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів. Н-з № 437, 384, 34 / МОЗ України. – К.: МНІАЦ, 2015. – 496с.

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

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

12. Наказ від 11.02.2016 Київ № 89 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги пацієнтам з хронічною хворобою нирок V стадії із застосуванням гемодіалізу або перитонеального діалізу. Режим доступу: <https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ25736>

13. Відкритий освітній ресурс ОСW 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. Діагностичні критерії та причини виникнення преренального ГПН

2. Діагностичні критерії та причини виникнення ренального ГПН.

3. Діагностичні критерії та причини виникнення постренального ГПН.

4. ГПН у хворих похилого віку.

5. Ведення пацієнта з ГПН, покази до гемодіалізу.

6. Профілактика виникнення ГПН та можливі ускладнення його лікування.

Вирішіть декілька завдань-моделей

Завдання 1

Хворий 35 років четверту добу знаходиться у ВРІТ після перенесеної кровотечі і геморагічного шоку. Добовий діурез 50мл. Другу добу відзначає блювання, неадекватно визначає свій стан. ЦВТ - 159 мм вод.ст., при аускультатії в легенях останні 3 години відзначаються поодинокі вологі хрипи. ЧД - 32 за хв., в аналізах крові: залишковий азот - 82 ммоль/л, К - 7,1 ммоль/л, СІ - 78 ммоль/л, Na - 130 ммоль/л, Ht - 0,32, Hb - 100г/л, креатинін крові - 0,9 ммоль/л. Яке ускладнення найбільш імовірно розвинулось у хворого?

А. Гостре пошкодження нирок.

Г. Дегідратація у зв'язку з гіповолемією.

Б. Гостра серцева недостатність.

Д. Постгіпоксична енцефалопатія.

В. Гіпостатична пневмонія.

Завдання 2

Хворому К., група крові А (II) Rh+, з гострою крововтратою (Ер. – 2,2 Т/л, Нв – 55 г/л) помилково проведено трансфузію донорської еритромаси АВ (IV) Rh+. Через годину з'явилися відчуття тривоги, біль у попереку, животі. Пульс – 134 за хв., АТ – 100/65 мм рт.ст., температура тіла – 38,6⁰С. При катетеризації сечового міхура отримано 12 мл/год сечі темно-коричневого кольору. Яке ускладнення виникло у хворого?

А. Кардіальний шок.

Г. Цитратна інтоксикація.

Б. Гостре пошкодження нирок.

Д. Інфекційно-токсичний шок

В. Алергічна реакція на донорську еритромасу

Завдання 3

У хворого з тяжким перебігом пневмонії з'явилися болі в попереку, нудота, виражена загальна слабкість, головна біль. При загальному огляді: шкіра бліда, набряки нижніх кінцівок. Артеріальний тиск 80/40 мм рт.ст. Добовий діурез – 100,0 мл. Питома щільність сечі 1008. Відзначається протеїнурія, еритроцитурія, гіалінові та зернисті циліндри. В крові підвищений рівень креатиніну та сечовини. Який діагноз у хворого?

А. Сечокам'яна хвороба.

Г. Гостре пошкодження нирок.

Б. Гострий пієлонефрит.

Д. Нефротичний синдром.

В. Гострий гломерулонефрит.

Завдання 4

Хворий 22 років скаржиться на головний біль, сухість у роті, нудоту, блювання, проноси. В анамнезі – гостра респіраторна інфекція, яка розвинулася 5 днів тому. Об-но: адинамічний, шкіра, слизові сухі, задишка, гіпотонія, тони серця ослаблені, виразки слизової, пальпація нирок болюча. Гемограма: анемія, лейкоцитоз. Гіпермагніємія, гіперкаліємія, гіпохлоремія, гіпокальціємія, гіпонатріємія, сечовина –23 ммоль/л, креатинін – 482 мкмоль/л. В сечі – колір – темно-іржавий, підвищена щільність, протеїнурія, гематурія, лейкоцитурія. Яка найбільш вірогідна причина стану хворого?

А. Гострий гломерулонефрит.

Г. Гострий пієлонефрит.

Б. Харчове отруєння.

Д. Хронічний гломерулонефрит.

В. Гостре пошкодження нирок.

Завдання 5

Жінці 50 років, яка хворіє на хронічний пієлонефрит, у період загострення була призначена комбінація антибактеріальних препаратів - гентаміцин (по 80 мг 3 рази на добу) та бісептол (960 мг 2 рази на добу). До розвитку якого ускладнення може призвести така комбінація препаратів?

А. Гострого пошкодження нирок.

Б. Гломерулосклерозу.

В. Хронічної ниркової недостатності.

Г. Така комбінація препаратів оптимальна і цілком безпечна.

Завдання 6

У приймальне відділення лікарні доставлений чоловік, потерпілий півгодини тому в автокатастрофі без ознак кровотечі. Хворий у тяжкому стані, блідий. АТ - 80/20 мм рт.ст. Через 12 годин хворий виділив 150 мл сечі. У даному випадку гостра ниркова недостатність обумовлена:

А. Гострим гломерулонефритом. Г. Зниженням системного артеріального тиску.
 Б. Сечокам'яною хворобою. Д. Дегідратацією.
 В. Інфекційно-токсичним шоком.

Завдання 7

Чоловік, 55 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на тупий давлячий біль у поперековій ділянці протягом доби, значну слабкість, втому, сонливість, втрату апетиту, нудоту. Зі слів хворого, подібні симптоми з'явилися вперше. Пацієнт приймав мелоксикам 15 мг/добу з приводу зубного болю попередні три дні. Об'єктивно: температура – 37,9 °С, пульс – 78 уд/хв., артеріальний тиск – 127/80 мм рт. ст., живіт при пальпації м'який, безболісний, печінка – у края реберної дуги, симптом Пастернацького позитивний з обох боків. У клінічному аналізі крові: лейкоцитоз, підвищення ШОЕ. Біохімічний аналіз крові: Na⁺ – 137 ммоль/л, K⁺ – 6,2 ммоль/л, сечовина – 10 ммоль/л, креатинін – 200 мкмоль/л. Швидкість клубочкової фільтрації – 34 мл/хв/1,73 м² за формулою СКД-ЕРІ, фракційне виділення натрію з сечею – 2,1 %, протеїнурія – 2 г/добу, діурез – 500 мл/добу. За даними УЗД виявлене збільшення розмірів нирок з підвищеною ехогенністю кіркового шару. Який діагноз у цього пацієнта?

- А. Ренальне гостре ураження нирок
 Б. Постренальне гостре ураження нирок
 В. Преренальне гостре ураження нирок
 Г. Хронічна хвороба нирок
 Д. Полікістоз нирок

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

Завдання 8

Чоловік 48 років, із комбінованою мітральною вадою з переважанням стенозу почав відчувати напади перебоїв у роботі серця, з'явилася задишка. Через 3 дні раптово, після вставання з ліжка, виник гострий біль у поперековій ділянці, який супроводжувався появою сечі червонуватого кольору. Загальний стан погіршився. Під час огляду скарги на головний біль, анорексію, нудоту, блювання, діарею, задишку. *Об-но:* загальний стан тяжкий, свідомість сплутана, положення у ліжка пасивне. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, сухі. Язик сухий, вкритий білим нашаруванням. У легенях патології не виявлено, ЧД - 36 за хвилину. АТ-90/60 мм рт.ст.

Дані додаткових досліджень: Ан. сечі: добовий діурез 400 мл, сеча темного кольору, відносна густина - 1003, натрій - 40 ммоль/л. Ан. крові: сечовина 32 ммоль/л, креатинін - 0,7 ммоль/л, натрій -4,5 ммоль/л.

1. Назвіть найбільш імовірний діагноз?

- А. Гостра ниркова недостатність. В. Гострий гломерулонефрит.
 Б. Хронічна ниркова недостатність. Г. Гострий пієлонефрит.

2. Яка першочергова тактика лікаря?

- А. Антибактеріальна терапія. В. Гемодіаліз.
 Б. Тромболітична терапія. Г. Інфузійна терапія.

Правильні відповіді: 1. – А 2. – В

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви- лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад- нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	10	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	20	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната

3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	10	Контрольні питання		Навчальна кімната
---	--	----	-----------------------	--	-------------------

Електронне навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»
(модуль 4 «*Невідкладні стани в клініці 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. 8,37. Обл.-вид. арк. 9,82.

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