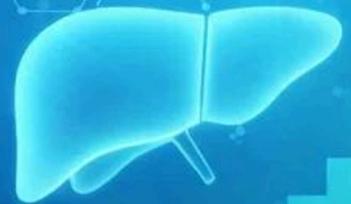


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ
О.О. БОГОМОЛЬЦЯ



ПРАКТИКУМ



для самостійної роботи студентів 4 курсу
до практичних занять
з дисципліни

Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія,
пульмонологія, кардіологія, ревматологія,
нефрологія), в тому числі ендокринологія, фтизіатрія,
невідкладні стани в неврології, виробнича лікарська
практика (професійне навчання) внутрішні хвороби



Освітній рівень другий (магістерський)

Галузь знань 22 Охорона здоров'я

Спеціальність І2 Медицина

Освітня програма ОПП Медицина



КИЇВ – 2025

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

ПРАКТИКУМ

для самостійної роботи студентів 4 курсу

до практичних занять

з дисципліни

**Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія,
кардіологія, ревматологія, нефрологія), в тому числі ендокринологія,
фтизіатрія, невідкладні стани в неврології, виробнича лікарська
практика (професійне навчання) внутрішні хвороби**

Освітній рівень другий (магістерський)

Галузь знань 22 Охорона здоров'я

Спеціальність І2 Медицина

Освітня програма ОПІ Медицина

Розглянуто та затверджено на засіданні ЦМК з терапевтичних дисциплін
протокол № 1 від «10» лютого 2025 р.

Голова ЦМК з терапевтичних дисциплін

професор, д.мед.н. _____ Яременко О.Б.

Київ 2025

УДК 616.1/.8(076)

Складено:

Від кафедри внутрішньої медицини №1: проф., д.мед.н. Шипулін В.П., проф., д.мед.н., Чернявський В.В., доц., к.мед.н. Гвоздецька Л.С., доц., к.мед.н. Ліневська К.Ю., доц., к.мед.н. Нечипуренко Т.Б., доц., к.мед.н. Тіщенко В.В., доц., к.мед.н. Купчик Л.М., доц., к.мед.н. Парунян Л.М., доц., к.мед.н. Міхньова Н.Н., доц., к.мед.н. Решотько Д.О., доц., PhD Оніщук Л., доц., PhD Неверовський А.В., доц., PhD Байло А.Є., доц., PhD Павловський Л.Л., ас. PhD Дідик О.К., ас. Акімов А.А., ас. Товстига В.А.

Від кафедри внутрішньої медицини №3: проф., д.мед.н. Яременко О.Б., проф., д.мед.н. Бурмак Ю.Г., проф., д.мед.н. Дудка П.Ф., доц., к.мед.н. Бондаренко Ю.М., доц., к.мед.н. Добрянський Д.В., доц., д.мед.н. Загородний М.І., доц., к.мед.н. Микитенко Г.М., доц., к.мед.н. Скрипниченко С.В., доц., к.мед.н. Смирнова О.В., доц., к.мед.н. Федьков Д.Л., ас., к.мед.н. Вознюк В.В., ас., к.мед.н. Волкова Г.В., ас. Дорохова А.О., ас., к.мед.н. Дубовенко З.О., ас., PhD Коляденко Д.І., ас. Корольова Р.В., ас., к.мед.н. Петелицька Л.Б., ас., к.мед.н. Сисецький А.П., ас., к.мед.н. Соколова Л.І., ас., к.мед.н. Тарченко І.П.

Рецензенти: - проф., д.мед.н. Сірчак Є. С.– завідувачка кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Ужгородського національного університета

- проф., д.мед.н. Норейко С. Б. – проф. кафедри фтизіатрії та пульмонології НМУ імені О.О.Богомольця

Практикум для самостійної роботи студентів 4 курсу до практичних занять з дисципліни «Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія, кардіологія, ревматологія, нефрологія), в тому числі ендокринологія, фтизіатрія, невідкладні стани в неврології, виробнича лікарська практика (професійне навчання) внутрішні хвороби». – Київ, 2025.

Рекомендовано Вченою радою Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (протокол № 7 від 25.12.2025 р.)

ВСТУП

Одним із ефективних засобів організації самостійної роботи студентів з тем дисципліни, які відведені на самостійне опрацювання є робота студента з практикумом, який має в своєму складі робочий зошит. Роботу над робочим зошитом слід починати з ознайомлення ключових питань з теми. На наступному етапі необхідно познайомитися з переліком джерел, в яких студент може знайти відповіді на поставлені питання. Для більш поглибленого вивчення даної проблеми студент може звернутися на професійні сайти.

Ознайомившись з теорією, студенту необхідно оцінити ступінь засвоєння матеріалу. У цьому зв'язку він вирішує запропоновані завдання, тестові запитання з теми. Особливу увагу при підготовці до заняття студент повинен звернути на необхідний мінімум тих практичних навичок, якими йому необхідно оволодіти. У відповідних розділах підручників, посібників, він повинен почерпнути ті відомості, які йому потрібні для оволодіння практичними навичками.

Організація самостійної роботи з використанням робочого зошита, здійснюється наступним чином: викладач надає робочий зошит студенту або на електронних носіях (на кафедральному сайті), або в друкованому вигляді, далі студенти виконують завдання в позааудиторний час, після чого викладач їх перевіряє та оцінює на початковому етапі практичного заняття.

Критерії оцінки завдань робочого зошита

Кожне завдання вимагає окремого підходу при оцінці якості його виконання зі своїми критеріями. І тим не менш, при 5-бальній оцінці кожного виду завдань слід дотримуватися загальнодидактичних критеріїв, а саме:

Оцінка «5» ставиться, якщо студент:

1. Виконав роботу без помилок і недоліків.
2. Допустив не більше одного недоліку.

Оцінка «4» ставиться, якщо студент виконав роботу повністю, але допустив в ній:

1. Не більше однієї негрубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох недоліків.

Оцінка «3» ставиться, якщо студент правильно виконав не менше половини роботи або допустив:

1. Не більше двох грубих помилок або не більше однієї грубої і однієї негрубої помилки і одного недоліку;
2. Не більше двох-трьох негрубих помилок або однієї негрубої помилки і трьох недоліків;
3. За відсутності помилок, але за наявності чотирьох-п'яти недоліків.

Оцінка «2» ставиться, якщо студент:

1. Допустив число помилок (недоліків) перевищує норму, при якій може бути виставлена оцінка «3».
2. Якщо правильно виконав менше половини роботи .
3. Не приступив до виконання роботи.

Правильно виконав не більше 10% всіх завдань.

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 1. «Ожиріння та його наслідки»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів основам ведення пацієнтів з ожирінням та його ускладненнями, включаючи складання програми обстеження, лікування та профілактики на основі даних доказової медицини.

Студент повинен знати:

1. Визначення термінів «ожиріння» і «надлишкова вага» та їх клінічне значення.
2. Етіологічні чинники, включаючи лікарські засоби, що сприяють набору надлишкової ваги та їх альтернативні замінники (за наявності таких).
3. Класифікацію ожиріння, зокрема в залежності від значення індексу маси тіла (ІМТ).
4. Основні клінічні прояви ожиріння та його можливі ускладнення.
5. Особливості збору анамнезу, контролю основних антропометричних показників
6. Програму лабораторних та інструментальних обстежень з метою визначення ускладнень, супутньої патології, оцінки серцево-судинного ризику та діагностичне значення отриманих даних.
7. Основні методи та стратегії лікування ожиріння
8. Ризики, асоційовані зі зниженням маси тіла
9. Критерії вибору найбільш оптимального варіанту лікування.
10. Основи дієтотерапії та дієтопрофілактики надлишкової ваги та ожиріння.
11. Продукти для спеціального дієтичного харчування
12. Лікарські засоби для зниження ваги з доказаною ефективністю.
13. Можливості бариатричної хірургії.
14. Основи профілактики ожиріння.
15. Оцінку працездатності хворих з ожирінням.

Студент повинен вміти:

1. Вимірювати основні антропометричні показники (вагу, зріст, об'єми, товщину жирової складки)
2. За допомогою отриманих даних розраховувати індекс маси тіла (індекс Кетле), встановлювати конституціональний тип ожиріння та критерії метаболічного синдрому

3. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів з ожирінням
4. Скласти план обстеження та інтерпретувати отримані дані
5. Проінструктувати хворого стосовно модифікації способу життя, фізичної активності
6. Вибирати тактику лікування
7. Скласти персоніфіковану програму лікування з урахуванням етіології ожиріння, ІМТ, супутніх захворювань тощо
8. Навчити хворого вести щоденник харчування, аналізувати отриману за його допомогою інформацію та давати відповідні рекомендації щодо корекції дієти
9. Навчити хворого елементам самоконтролю
10. Визначати працездатність при різних ступенях важкості ожиріння, включаючи морбідне.
11. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Ожиріння	це хронічне захворювання, що розвивається внаслідок складних хронічних порушень жирового обміну з надлишковим накопиченням жиру в різних частинах тіла (осередкове або дифузне), яке супроводжується збільшенням маси тіла і наступним розвитком різних ускладнень

Надлишкова вага	Надмірне накопичення жиру, яке може привести до порушення здоров'я
Морбідне ожиріння	Перевищення ваги на 50% і більше від того, що вважається нормальним для віку, статі і конституції даної людини. Термін вказує на однозначно хворобливий характер ожиріння.
Індекс маси тіла (ІМТ)	Вага в кілограмах, поділена на квадрат зросту у метрах (кг / м ²)
Баріатрія	Розділ медицини, який займається лікуванням ожиріння. Передусім мають на увазі хірургію ожиріння.

Література:

Основна:

1. *Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 83 с.*
2. *Ендокринологія: підручник (Ю.І. Комісаренко, Г.П. Михальчишин, П.М. Боднар та ін.) За ред. професора Ю.І. Комісаренко, - Вид. 5, перероб. та доп. – Вінниця: Нова Книга, 2020. – 108 с.*
3. *Наказ МОЗ України від 3 березня 2023 року № 427 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Ожиріння у дорослих».*
4. *Менеджмент пацієнтів з ожирінням: рекомендації Європейського товариства ендокринології (European Society of Endocrinology — ESE) 2020 укр. мед. часопис, 1 (135), Т. 1 – I/II 2020 <https://www.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2020/01/ZIR.pdf?upload=>*

5. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obesity: identification, assessment and management 2022

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identification-assessment-and-management-pdf-35109821097925>

Додаткова:

1. Darnahal S, Rezaee R, Zakerabasali S. Development and evaluation of a shared decision-making system for choosing the type of bariatric surgery. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2024 Dec 18;24(1).

2. Salminen P, Kow L, Aminian A, Kaplan LM, Nimeri A, Prager G, Behrens E, White KP, Shikora S; IFSO Experts Panel. IFSO Consensus on Definitions and Clinical Practice Guidelines for Obesity Management-an International Delphi Study. *Obes Surg.* 2024 Jan;34(1):30-42. doi: 10.1007/s11695-023-06913-8. Epub 2023 Nov 24.

3. Mayoral LP, Andrade GM, Mayoral EP, Huerta TH, Canseco SP, Rodal Canales FJ, Cabrera-Fuentes HA, Cruz MM, Pérez Santiago AD, Alpuche JJ, Zenteno E, Ruíz HM, Cruz RM, Jeronimo JH, Perez-Campos E. Obesity subtypes, related biomarkers & heterogeneity. *Indian J Med Res.* 2020 Jan;151(1):11-21.

4. Emmerich SD, Fryar CD, Stierman B, Ogden CL. Obesity and severe obesity prevalence in adults: United States, August 2021–August 2023. *NCHS Data Brief, no 508.* Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics. 2024.

5. Gravina, D.; Keeler, J.L.; Akkese, M.N.; Bektas, S.; Fina, P.; Tweed, C.; Willmund, G.-D.; Treasure, J.; Himmerich, H. Randomized Controlled Trials to Treat Obesity in Military Populations: A Systematic Review and Meta Analysis. *Nutrients* 2023, 15, 477

Завдання для самостійного опрацювання теми

(потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1.

Заповніть таблицю характеристики показників ІМТ (кг/м²)

ІМТ (індекс маси тіла)	Характеристика
------------------------	----------------

<18,5	Недостатня маса тіла

Завдання 2.

Заповніть таблицю основних проявів метаболічного синдрому:

Ознака	Характеристика (показники)
Абдомінальний тип ожиріння	Об'єм талії: Чол.: Жін.:

Завдання 3.

Заповніть таблицю обов'язкових пунктів при збиранні анамнезу у хворого на ожиріння:

№п/п	Пункт	Мета з'ясування
1.	Повний анамнез харчування	Порушення режиму харчування, переїдання, тощо.
2.		

3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		

Завдання 4.

Перерахуйте основні напрямки корекції зайвої ваги:

1. Дієтотерапія_____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 5.

Перерахуйте лікарські засоби для зниження надлишкової маси тіла з доведеною клінічною ефективністю:

1. Орлістат_____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 6.

Перерахуйте найбільш поширені види хірургічного лікування ожиріння (баріатричної хірургії)

1. Встановлення внутрішньошлункового балону_____
2. _____

3. _____

4. _____

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з наведених препаратів є блокатором панкреатичної ліпази?

- A. Метформін
- B. Лоркасерин
- C. Орлістат
- D. Топірамаат
- E. Лвокарнітин

2. Найбільш часте ускладнення нераціонального зниження надлишкової ваги:

- A. панкреатит
- B. холецистит
- C. холелітіаз
- D. порушення толерантності до вуглеводів
- E. сечосольовий діатез

3. Критерій морбідного ожиріння за показником ІМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$):

- A. > 30
- B. > 35
- C. > 40
- D. > 45
- E. > 50

4. При зменшенні енергетичної цінності раціону на 500-1000Ккал/добу людина в середньому буде втрачати кг/тиждень:

- A. 0,2-0,3
- B. 0,5-1
- C. 0,7-1,5

Д. 3-4

Е. 1-1,5

5 За яких додаткових умов найбільш доцільно призначати бупропіон з метою впливу на зайву вагу:

- А. Відмова від куріння
- В. Метаболічний синдром
- С. У чоловіків
- Д. При спадковій формі ожиріння
- Е. При підвищеному артеріальному тиску

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею) або визначенням тактики оперативного втручання.

Скарги: на надмірну масу тіла, виражену слабкість, набряки ніг, біль в суглобах, кашкоподібні випорожнення, відмічає компульсивні переїдання, тривалий стрес в житті.

Вік 45 років , професія священник

Зріст 182 см , вага 157 кг

Anamnesis morbi: Почав стрімко набирати вагу останні 2,5 роки, коли змінив місце проживання; відмічав посилення апетиту, компульсивні переїдання, а саме зловживання кондитерськими виробами, при відсутності світла вживання хот дог, бутерброди в необмеженій кількості з ковбасою, маслом та сиром. Раніше з приводу зайвої ваги до лікаря не звертався.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь не вживає. Весна-осінь рухова активність 10 км щодня. Оперативні втручання: холецистектомія 2 роки тому. Препаратів, біологічно активних добавок не приймає.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Гіперстенічної тіло будови. Шкіра суха, пастозність гомілок. Язик вологий, обкладений незначним біло-жовтим нальотом, живіт симетричний, здутий, збільшений за рахунок ПЖК. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінку неможливо пропальпувати із –за збільшеного в об'ємі живота, перистальтика вислуховується задовільно. З боку інших органів і систем без патологічних ознак. АТ 138/ 89 мм.рт. ст, ЧСС=Пульс 88/хв, задовільних власт.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. – $5,58 \times 10^{12}/л$; Нв. 163 - г/л; МСV- 84,6 мкм; лейкоц. – $8,12 \times 10^9/л$; сегм.65,8%, пал. 7,5%, еоз-1,7%, базоф.-0,6%, лімф.- 24,4%, мон. - 7,3%, тромбоц. – $210 \times 10^9/л$; ШОЕ - 3 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 64,9 г/л, білір.заг. – 8,4 ммоль/л; прям – 3,4 моль/л, АлАТ - 33 Од/л; АсАТ - 24 Од/л; ГГТ – 104 Од/л; ЛФ – 99 Од/л; креатинін – 88 мкмоль/л; сечовина - 5,3 ммоль/л; сечова кислота 357, кальцій іонізований 1,32, холестерин загальний – 5,61 ммоль/л, ЛПНЩ -3,42 ммоль/л, ЛПВЩ - 1,98 ммоль/л, ІА – 1,83, В12 – 293 пг/мл, феритин 198 нг/мл, гомоцистеїн 11,6 мкмоль/л, вітамін Д – 12,1 нмоль/л, ТТГ – 2,54 мо/мл, інсулін 23,6 мкмоль/л; глюкоза – 4,9 ммоль/л, індекс Хома 5,05; глікований гемоглобін – 5,69%.

Загальний аналіз сечі: відхилень від норми не виявлено. У копрограмі велика кількість нейтрального жиру, неперетравленої клітковини, позаклітинного крохмалю, рН знижена.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: уз – ознаки дифузних змін печінки, що відповідають стеатозу печінки, дифузно-вогнищева форма, ехогеність значно підвищена, гепатомегалія, структура неоднорідна; діаметр ворітної вени 12 мм; судинний малюнок збіднений, холедох 5 мм; дифузні зміни підшлункової залози що відповідають ознакам ліпоматозу; селезінка не збільшена.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування, в тому числі рекомендації з харчування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

Завдання 1. Наведіть найбільш поширені етіологічні причини ожиріння та приклади до них:

Етіологічна група	Приклади
Ятрогенні причини	Лікарські засоби, оперативні втручання на гіпоталамусі

--	--

Завдання 2. Заповніть таблицю лікарських засобів, що можуть призводити до набору ваги:

Група	Препарати, які асоціюються за набором ваги
Стероїдні гормони	Глюкокортикоїди, мегестрола ацетат

Завдання 3. Заповніть таблицю лабораторних обстежень (аналізів крові), які рекомендовані при первинному зверненні пацієнта з ожирінням:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Ліпидограма	Оцінка ризику наявності атерогенної дисліпідемії
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Завдання 4. Перерахуйте за яких умов необхідно проводити швидке зниження ваги з урахування значення ІМТ > 30 кг/м²:

1. Вік до 40 років
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 5. Перерахуйте показання до хірургічного лікування ожиріння:

1. ІМТ >40 кг/м² _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 6.

Заповніть таблицю фармакотерапії ожиріння :

Препарат	Спосіб введення, доза	Побічні ефекти
Фентермін	Per os 15,30 або 37,5 мг/добу	Сухість в роті, запаморочення, безсоння, підвищення АТ, тахікардія

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Яка ефективність ізольованої дієтотерапії ожиріння у % до вихідної маси тіла?

- A. до 5 %
- B. до 10 %
- C. до 15 %
- D. до 25 %
- E. до 35 %

2. Назвіть показник (індекс) відношення окружності талії до окружності стегон, що свідчить про абдомінальне ожиріння у жінок ?

- A. $> 0,5$
- B. $> 0,75$
- C. $> 0,85$
- D. $> 1,0$
- E. $> 1,5$

3. Назвіть показник (індекс) відношення окружності талії до окружності стегон, що свідчить про абдомінальне ожиріння у чоловіків ?

- A. $> 0,5$
- B. $> 0,75$
- C. $> 0,85$
- D. $> 1,0$
- E. $> 1,5$

4. Чому дорівнює енергетична цінність білку (Ккал/г)?

- A. 2
- B. 4
- C. 6

- D. 9
- E. 12

5. Чому дорівнює енергетична цінність жиру (Ккал/г)?

- A. 2
- B. 4
- C. 6
- D. 9
- E. 12

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: на недостатню масу тіла, слабкість, жовтушність шкірних покривів, інколи свербіж шкіри, поганий сон, часто відрижка повітрям після їжі, відчуття переповнення в верхній частині живота після кожного прийому їжі та відчуття нудоти, стілець нерегулярний.

Вік 28 років, професія ІТ

Зріст 178 см, вага 61 кг

Anamnesis morbi: при профілактичних оглядах завжди спостерігається підвищення білірубіну, недостатня маса тіла тривалий час, займається в спортзалі, приймає харчові добавки у вигляді протеїну та креатину за

рекомендацією тренера, але ефекту немає, останні три місяці посилюлися вищеперелічені скарги. До лікарів не звертався.

Anamnesis vitae: Палить айкос 1 п/день. В батька встановлений синдром Жильбера. В мами проблеми зі шлунком впродовж багатьох років.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан відносно задовільний. Астенік. Шкіра волога з жовтушним відтінком. Склери іктеричні. Язик вологий, обкладений незначним біло-жовтим нальотом, живіт симетричний, не здутий. Щитовидна залоза не збільшена. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка, селезінка пальпаторно не збільшені; незначна болючість в пілородуоденальній ділянці; перистальтика вислуховується задовільно. З боку інших органів і систем без патологічних змін.

Результати додаткових методів досліджень:

Результат оцінки за опитувальником PEI-Q – не вистачає більшої кількості відповідей.

В аналізі крові: ер. – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нв. 135 - г/л; MCV- 86,6 мкм; лейкоц. – $4,2 \times 10^9/л$; сегм.42%, пал.3%, еоз-3%, базоф.-0%, лімф.- 44%, моноцит.-8%, тромбоц. – $198 \times 10^9/л$; ШОЕ - 6 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 73,9 г/л, білір.заг. – 38,4 ммоль/л; прям – 5,4 моль/л, АлАТ - 28 Од/л; АсАТ - 20 Од/л; ГГТ – 45 Од/л; ЛФ – 104 Од/л; креатинін – 57 мкмоль/л; сечовина - 4,3 мкмоль/л; сечова кислота 252, кальцій іонізований 1,32, холестерин загальний – 4,61 ммоль/л, ЛПНЩ -2,32 ммоль/л, ЛПВЩ - 1,50 ммоль/л, ІА – 2,83, В12 – 496 пг/мл, феритин 58 нг/мл, гомоцистеїн 4,6 мкмоль/л, вітамін Д – 30,3 нмоль/л, ТТГ – 1,24 мо/мл, інсулін 8 мкмоль/л; глюкоза – 5,04 ммоль/л, індекс Хома 2,05; глікований гемоглобін – 5,0%.

Загальний аналіз сечі: відхилень від норми не виявлено. У копрограмі в помірній кількості нейтральний жир, в великій кількості жирні кислоти (мила), значна кількість перетравленої і неперетравленої клітковини.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини з жовчогінним сніданком: уз – ознаки фізіологічної перетинки в нижній частині жовчного міхура, гіпотонічного жовчного міхура.

Гастроскопія з проведенням швидкого уреазного тесту: ендоскопічні ознаки дуоденогастрального рефлюксу, уреазний тест «+++».

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування в тому числі рекомендації з харчування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3.**Завдання 1.** Заповніть таблицю класифікації ожиріння за ступенем важкості:

Ступень	Надлишок маси тіла (%)
I	10 - 30
II	
III	

IV	
----	--

Завдання 2. Вкажіть значення коефіцієнту фізичної активності (КФА) в залежності від інтенсивності праці:

Група	Представники	Показник
I	Робітники переважно розумової праці	1,4
II		
III		
IV		
V		

Завдання 3. Перерахуйте з чого складаються добові енерготрати:

1. Основний обмін _____
2. _____
3. _____

Завдання 4. Вкажіть критерії, що підвищують прогноз ефективності програми по зниженню ваги:

1. Втрата не менше 2 кг за перші 4 тижні
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 5. За яких умов при визначенні ожиріння не слід спиратись на показники ІМТ:

1. У спортсменів _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____

Завдання 6. Перерахуйте можливі ураження при ожирінні з боку шлунково-кишкового тракту:

1. Гастроезофагальна рефлюксна хвороба
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. На скільки збільшується тривалість життя при втраті 10 зайвих кг (в роках)?

- A. 1 рік
- B. 2 роки
- C. 3 роки
- D. 5 років
- E. 10 років

2. Чому дорівнює енергетична цінність вуглеводів (Ккал/г)?

- A. 2
- B. 4
- C. 6
- D. 9
- E. 12

3. Який дихальний тест використовується для вивчення енергетичного статусу пацієнта?

- A. ^{13}C -уреазний
- B. ^{13}C -метацетиновий
- C. ^{13}C -октаноевий

Д. ^{13}C -бікарбонатний

Е. водневий

4. Який варіант дієти найбільш доцільно використовувати для зниження ваги за умови порушення толерантності до вуглеводів:

А. Низькожирова

В. Високобілкова

С. З низьким глікемічним індексом

Д. Дієта Кареля

Е. Дієта Орніша

5. Який показник ІМТ ($\text{кг}/\text{м}^2$) відповідає 2 ступеню ожиріння:

А. 18,5-25

В. 25-30

С. 30-35

Д. 35-40

Е. 40-45

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: на надмірну масу тіла, роздратованість, відчуття відсутності насичення після їжі, підвищення апетиту особливо вночі.

16. Вік 31 років, професія вчителька

Зріст 164 см, вага 97 кг

Anamnesis morbi: зазначає, що впродовж 10 місяців після декретної відпустки почала помічати відсутність насичення після їжі, вночі прокидається від почуття голоду. В період вагітності набрала 10 кг.

Anamnesis vitae: Шкідливих звичок немає. Операції не проводилися. В батьків метаболічній порушень не відмічає. Менструальний цикл регулярний. Самостійно приймає вітамін Д 4000 ОД.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Гіперстенік, відмічається переважне збільшення підшкірно-жирової клітковини в ділянці стегон, рук, під лопатками. Шкіра волога. Язик вологий, не обкладений. Живіт симетричний, не здутий. Щитовидна залоза не збільшена. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка, селезінка пальпаторно не збільшені; перистальтика вислуховується задовільно. З боку інших органів і систем без патологічних змін.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нв. 119 - г/л; MCV- 85,6 мкм; лейкоц. – $4,2 \times 10^9/л$; сегм.54%, пал.2%, еоз-2%, баз.-0%, лімф.-36%, моноцит.-6%, тромбоц. – $198 \times 10^9/л$; ШОЕ - 20 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 65,9 г/л, білір.заг. – 13,4 ммоль/л; пряма – 3,4 моль/л, АлАТ - 16 Од/л; АсАТ - 13 Од/л; ГГТ – 35 Од/л; ЛФ – 44 Од/л; креатинін – 78 мкмоль/л; сечовина - 6,9 мкмоль/л; сечова кислота 352, холестерин загальний – 5,8 ммоль/л, ЛПНЩ -3,52 ммоль/л, ЛПВЩ - 1,30 ммоль/л, ІА – 2,33, В12 – 344 пг/мл, феритин 8 нг/мл, гомоцистеїн 10,6 мкмоль/л, вітамін Д – 90,3 нмоль/л, ТТГ – 5,24 мо/мл, інсулін 18 мкмоль/л; глюкоза – 5,74 ммоль/л, індекс Хома 4,05; глікований гемоглобін – 5,5%, магній - 0,69 ммоль/л, лептин – 23,08 нг/мл, кортизол в слині (ранок) – 68 нмоль/л.

Загальний аналіз сечі: відхилень від норми не виявлено. Копрограма: без особливостей. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та позаочеревинного простору: УЗ ознак патології з боку досліджуваних органів не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування в тому числі рекомендації з харчування

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 2. «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів проводити детальне розпитування пацієнтів, розпізнавати симптоми та синдроми при гастроезофагеальній рефлексній хворобі (ГЕРХ); ознайомити студентів із методами обстеження, які використовують при ГЕРХ, показаннями до їх застосування, методикою використання та діагностичною цінністю кожного метода ; навчити студентів трактувати результати отриманих досліджень; призначати лікування в залежності від конкретної клінічної ситуації та з урахуванням принципів доказової медицини.

Студент повинен знати:

1. Анатомію стравоходу, фізіологію секреції соляної кислоти парієтальними клітинами шлунка, основні шляхи стимуляції та методи фармакологічної блокади секреції соляної кислоти.
2. Етіологію, патогенез ГЕРХ, класифікацію клінічні прояви, ускладнення, методи діагностики.
3. Принципи немедикаментозного та медикаментозного лікування різних форм ГЕРХ.
4. Класифікацію антисекреторних, антацидних та прокінетичних препаратів.
5. Порівняльну характеристику груп препаратів в залежності від фармакокінетичних та фармакодинамічних властивостей препаратів, їх побічної дії.
6. Загальні принципи ендоскопічного та хірургічного лікування ГЕРХ та стравоходу Баретта.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів на ГЕРХ, оцінювати чинники ризику виникнення ускладнень з боку стравоходу у конкретного пацієнта.

2. Визначати ступені езофагіту за Лос-Анджелеською класифікацією, виходячи з даних отриманих при проведенні відеоезофагогастроуденоскопії.

3. Трактувати дані 24-годинного стравохідного рН-моніторингу, хромоендоскопії, біопсії, рентгенографії стравоходу.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
ГЕРХ	Хронічне захворювання, яке обумовлене ретроградним закидом шлункового вмісту в стравохід та/або екстраезофагеально, що призводить до симптомів, які погіршують якість життя пацієнтів, незалежно від того чи супроводжуються вони ураженням стінки стравоходу або ні.
Печія	Відчуття печіння в епігастральній ділянці та за грудиною, яке розповсюджується у напрямку шиї. Вона виникає внаслідок тривалого контакту кислого шлункового вмісту (рН < 4) зі слизовою оболонкою стравоходу.
Стравохід Баретта	Ускладнення тривалої ГЕРХ, яке виникає внаслідок ушкоджуючих факторів (кислота, жовч) на слизову оболонку стравоходу та проліферації її підслизових залоз. При цьому нормальний плоский лускатий епітелій, який вистилає дистальний відділ стравоходу, піддається метаплазії в циліндричний залозистий епітелій кишкового типу.
Дисфагія	Порушення ковтання, яке супроводжується відчуттям наявності перешкоди нормальному проходженню їжі під час проковтування.

Ахалазія стравохіда	Порушення моторики стравоходу невизначеної етіології, яке зазвичай виникає у осіб середнього віку.
---------------------	--

Література

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 1 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 258 с.
3. Davidson’s Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.
4. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
5. <https://www.dec.gov.ua/mtd/gastroezofagealna-reflyuksna-hvoroba/>

Додаткова:

1. 2021 Current Medical Diagnosis & Treatmant 60th Anniversary edition by McGraw Hill, edited by Maxine A.Paradakis, Stephen J.McPhee, associated editor Michael W.Rabow
2. 20th Edition Harrison’s Principles of Internal Medicine 2018 by McGraw-Hill Education, edited by Jameson Fauci, Kasper Hauser, Longo Loscalzo.
3. <https://www.ueg.eu/education/document/eaes-recommendations-for-the-management-of-gastroesophageal-reflux-disease/144426/>
4. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/gastroesophageal-reflux-disease>
5. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3067>

6. https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2017/07000/ACG_and_CAG_Clinical_Guideline_Management_of.6.aspx
7. <https://www.esge.com/endoscopic-management-of-barretts-esophagus-european-society-of-gastrointestinal-endoscopy-position-statement/>
8. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, Greer KB et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol. 2022;117(1):27-56. doi:10.14309/ajg.0000000000001538

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Заповнить таблицю класифікації проявів ГЕРХ

Стравохідні симптоми		Позастравохідні симптоми	
Симптоматичні	Синдроми з ушкодженням стравоходу	Встановлений зв'язок	Припустимий зв'язок

Завдання 2. Фактори, які впливають на тонус нижнього стравохідного сфінктера. Заповнить таблицю:

Підвищують тиск	Знижують тиск

--	--

Завдання 3. Перерахуйте критерії фізіологічного гастроєзофагеального рефлексу:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Завдання 4. Зазначте основні форми ГЕРХ:

- 1.
- 2.

Завдання 5. Добовий рН-моніторинг шлунка та стравохіду дозволяє:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Завдання 6. Заповнить таблицю порівняльної характеристики Н2-гістаміноблокаторів та інгібіторів протонної помпи (ІПП)

Н2-гістаміноблокатори	ІПП

Тестові запитання

1. Для якого захворювання характерний гіпертонус нижнього стравохідного сфінктеру?

- А. Склеродермія;
- Б. Ахалазія кардії;

В. Хронічний рефлюкс-езофагіт;

Г. Діафрагмальна кила;

Д. Стравохід Баретта.

2. До симптомів «червоних прапорців», на підставі яких можливо запідозрити у пацієнта злякисне новоутворення стравоходу відносять всі, окрім:

А. Дисфагія;

Б. Присмак гіркоти у роті;

В. Блювота;

Г. Анемія;

Д. Зменшення маси тіла.

3. Визначення при рентгенологічному дослідженні відсутності перистальтики в дистальному відділі стравоходу при наявності нормальної моторики в проксимальному відділі характерно для:

А. Ахалазії стравоходу;

Б. Склеродермії;

В. Дифузного спазму стравоходу;

Г. Езофагіту.

4. Назвіть основні ускладнення ГЕРХ:

А. Виникнення пептичних стриктур стравоходу;

Б. Розвиток кровотеч з ерозій та виразок стравоходу;

В. Формування стравоходу Баретта;

Г. Виникнення кили стравохідного отвору діафрагми;

Д. Виникнення недостатності кардії.

5. Які середні терміни загоєння ерозій стравоходу при ГЕРХ:

А. Терміни загоєння можуть бути індивідуальними;

Б. 2 тижні;

В. 4 тижні;

Г. 6 тижнів;

Д. 8-12 тижнів.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу відчуття печіння за грудиною, що провокується алкоголем, жирною їжею, солодощами, переїданням через 40-60 хвилин після їжі 2-3 рази на тиждень.

Вік __22 років __, професія __студент

Зріст __175 см __, вага __94 __

Anamnesis morbi: Печія турбує близько 1 року. Іноді турбує метеоризм та відчуття важкості в шлунка. Симптоми пов'язує зі вживанням жирної їжі та алкоголю. Не дотримується принципів здорового харчування, веде малорухливий спосіб життя. Для полегшення стану час від часу вживає фосфалюгель.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь вживає регулярно до 2-3 разів на тиждень для «розвантаження». Хронічних хвороб немає. Ліки постійно не вживає. Операцій та травм не було. Алергію заперечує. Сімейний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Гіперстенічної тілобудови. Шкірні покриви звичайного кольору, чисті, без рубців та висипань, теплі, помірної вологості, еластичності, із збереженим тургором. Набряки відсутні. АТ 120/80 мм.рт.ст., ЧСС=80/хв., ЧД=16/хв. При аускультатії тони серця звучні, ритмічні, без шумів. Дихання везикулярне, хрипи відсутні.

Язик вологий, рожевий, поверхня без патології. При огляді живіт округлої форми, симетричний, шкіра живота рожева, волога, ділянки висипань, венозної сітки, рубці, пігментація відсутні, приймає участь в акті дихання. При пальпації живіт м'який, безболісний, дещо здутий. Аускультативно вислуховується перистальтика кишечника. При пальпації печінка та селезінка не пальпуються.

Результати додаткових методів досліджень:

- В аналізі крові: ер. – $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. 158 - г/л; MCV- 91мкм³; лейк. – $7,2 \times 10^9/\text{л}$; сегм.45, пал. 13, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 25, моноцит.-4, тромбоц. - $193 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 5 мм/год.
- Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 80,9 г/л, альбумін - 49,1 г/л; білір.заг. - 16,8 ммоль/л; АлАТ - 35,1 Од/л; АсАТ - 27,2 Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 75 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л;
- Загальний аналіз сечі без патології. Копрограма без патології.
- ФГДС: Стравохід вільно прохідний у всіх відділах, слизова в дистальному відділі стравоходу помірно гіперемована. Z-лінія на рівні 41см. Нижній стравохідний сфінктер змикається не повністю. При огляді в ретрофлексії кардіальна складка II ст за Хілом. Шлунок звичайної форми та розмірів, вільно розправляється повітрям, натще

містить помірну кількість секреторної рідини. Слизова шлунка незначно гіперемована. Складки шлунка збережені. Пілорус округлої форми, перистальтує. Цибулина ДПК не деформована, слизова блідо-рожева. Зацибулинні відділи без особливостей. В просвіті ДПК незмінена жовч.

- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка збільшена за рахунок правої частки, передньо - задній розмір правої частки 140 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, високої ехогенності. Ворітна вена $d = 10$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 7,0 x 3,8 см, стінки до 0,2 см, контур чіткий. Підшлункова залоза візуалізується повністю, розміри 25x17x20 мм, підвищенна ехогенність, контур чіткий, рівний, структура однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 6 мм.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

Завдання 1. Визначити основні патогенетичні механізми розвитку ГЕРХ:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Завдання 2. Заповнить таблицю атипових клінічних симптоми ГЕРХ

Стравохідні	Нестравохідні

Завдання 3. Симптоми «червоних прапорців», які вимагають обов'язкового проведення ендоскопії

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Завдання 4. Визначити основні методи діагностики ГЕРХ

Фармакологічні тести	Інструментальні методи

Завдання 5. Перерахуйте основні препарати групи інгібіторів протонної помпи та їх дози

Препарат	Доза

Завдання 6. Показання для проведення ендоскопії стравоходу при ГЕРХ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Тестові запитання.

1. Основним симптомом ГЕРХ є:

- А. Відрижка повітрям;
- Б. Печія;
- В. Одинофагія;
- Г. Слиноотеча;
- Д. Хронічний кашель вночі.

2. До препаратів, які зменшують шлунково-стравохідний індекс, не відносять:

- А. Мотіліум;
- Б. Ганатон;
- В. Метоклопрамід;
- Г. Папаверін;
- Д. Гевіскон.

3. Які особливості болю у грудної клітини характерні для ГЕРХ:

- А. Виникають в горизонтальному положенні та при нахилах тулуба;
- Б. Виникають при ходьбі;
- В. Пов'язані з прийомом їжі;

Г. Купуються антацидами;

Д. Купуються спазмолітиками.

4. Який метод є найбільш інформативним в діагностиці ендоскопічно негативної ГЕРХ:

А. Рентгенологічне дослідження стравоходу;

Б. Езофаготономанометрія;

В. Добовий моніторинг внутристравохідного рН;

Г. Сцинтиграфія стравоходу;

Д. Ендоскопічна ультрасонографія.

5. На якому рівні розташований перший із сфінкторів стравоходу:

А. В місці переходу глотки у стравохід;

Б. На рівні аортального звуження;

В. На рівні бронхіального звуження;

Г. На рівні діафрагмального звуження.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи

амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу відчуття печіння та дискомфорту за грудиною після їжі та фізичних навантажень кожен день. Також турбує вздуття після вживання сирих овочів та фруктів (в особливості капусти, яблук) та відрижка кислим після їжі.

Вік __45 років __, професія __фітнес-тренер

Зріст __180 см __, вага __75__

Anamnesis morbi: Скарги турбують близько 8 місяців. Симптоми пов'язує з курінням, стресом, фізичними навантаженнями. Дотримується принципів здорового харчування, не переїдає, веде активний спосіб життя. Приймає білкові та вітамінні добавки.

Anamnesis vitae: Палить до 1 пачки сигарет на день. Не вживає алкоголь. Хронічних хвороб немає. Ліки постійно не вживає. Операцій не було, перелом правої гомілки в підлітковому віці. Алергію заперечує. Сімейний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Нормостенічної тілобудови. Шкірні покриви звичайного кольору, чисті, без рубців та висипань, теплі, помірної вологості, еластичності, із збереженим тургором. Набряки відсутні. АТ 110/70 мм.рт.ст., ЧСС=65/хв., ЧД=16/хв. При аускультатії тони серця звучні, ритмічні, без шумів. Дихання везикулярне, хрипи відсутні. Язик вологий, рожевий, поверхня без патології. При огляді живіт овальної форми, симетричний, шкіра живота рожева, волога, ділянки висипань, венозної сітки, рубці, пігментація відсутні, приймає участь в акті дихання. При пальпації живіт м'який, безболісний, дещо здутий. Аускультативно вислуховується перистальтика кишечника. При пальпації печінка та селезінка не пальпуються.

Результати додаткових методів досліджень:

- В аналізі крові: ер. – $5,5 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. 166 - г/л; MCV- 85мкм³; лейк. – $5,4 \times 10^9/\text{л}$; сегм.45, пал. 13, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 25, моноцит.-4, тромбоц. - $193 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 3 мм/год.
- Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 79 г/л, альбумін - 50 г/л; білірубін заг. - 16,8 ммоль/л; АЛАТ - 32 Од/л; АсАТ – 26 Од/л; ГГТ - 56 Од/л; ЛФ – 80 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л;
- Загальний аналіз сечі без патології. Копрограма без патології.
- ФГДС: Стравохід вільно прохідний у всіх відділах, слизова всіх відділах без особливостей . Z-лінія на рівні 41см. В н/3 стравоходу лінійна ерозія до 4 см, з вираженим набряком та гіперплазією слизової кардії. Нижній стравохідний сфінктер змикається не повністю. При огляді в ретрофлексії кардіальна складка II ст за Хілом. Шлунок звичайної форми та розмірів, вільно розправляється повітрям, натще містить помірну кількість секреторної рідини. Слизова шлунка помірно гіперемована. Складки шлунка збережені. Пілорус округлої форми, перистальтує. Цибулина ДПК не деформована, слизова гіперемована. Зацибулинні відділи без особливостей. В просвіті ДПК незмінена жовч.
- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка не збільшена, передньо - задній розмір правої частки 125 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, помірної ехогенності. Ворітна вена $d = 8$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 7,0 x 4 см, стінки до 0,2 см, контур чіткий. Підшлункова залоза візуалізується повністю, розміри 21x16x12 мм, помірна ехогенність, контур чіткий, рівний, структура однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 5 мм.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3

Завдання 1. Заповнить таблицю ендоскопічної класифікації рефлюкс-езофагіта (Лос-Анжелес, 1998)

Ступень	Характеристика
A	
B	
C	
D	

Завдання 2. Перерахувати основні причини та механізми розвитку ГЕРБ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.

Завдання 3. Заповнить таблицю клінічних відмінностей між неерозивною та ерозивною формою ГЕРХ

Завдання 4. Назвіть основні ускладнення ГЕРХ

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Завдання 5. Заповнить таблицю методів діагностики ГЕРХ

Неінвазивні методи	Інвазивні методи

Завдання 6. Заповнить таблицю основних методів лікування ГЕРХ

Немедикаментозні	Медикаментозні	Хірургічні/ендоскопічні

Тестові запитання

1. До нестравохідних проявів ГЕРХ відносять
 - А. Пароксизмальне нічне апное
 - Б. Біль у грудній клітці некоронарогенного утворення
 - В. Ерозії зубної емалі
 - Г. Бронхіальну астму

Д. Все перераховане.

2. Який з перерахованих препаратів відносять до ізомерів блокаторів протонної помпи

А. Фамотидін

Б. Езомепразол

В. Лансопразол

Г. Рабепразол

Д. Пантопразол

3. Ускладненням ГЕРХ є все, окрім

А. Стравохід Баретта

Б. Аденокарцинома стравоходу

В. Пептична виразка стравоходу

Г. Стрикттури стравоходу

Д. Кила стравохідного отвору діафрагми.

4. Чи можливо вважати ендоскопічне дослідження стравоходу «золотим стандартом» діагностики неерозивної форми рефлексної хвороби

А. Да

Б. Ні

5. З якою метою виконують добовий моніторинг внутрішньо стравохідного рН

А. Для діагностики ГЕРХ

Б. Для діагностики стравоходу Баретта

В. Для визначення ефективності антисекреторних препаратів

Г. Для визначення оптимальної дози антисекреторних препаратів.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

а. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

- b. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- c. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- d. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- e. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- f. Скласти план додаткових обстежень.
- g. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу відчуття печіння та відрижки кислим після їжі, що турбує кожен день. Також скаржиться на вздуття, закрепи (стул 2-3 рази на тиждень).

Вік __55 років __, професія __менеджер з продаж

Зріст __168 см __, вага __84 __

Anamnesis morbi: Скарги турбують більше 8 років. 10 років тому виставлений діагноз «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба». Періодично вживає омепразол, антациди, анальгетики. Вважає, що печія провокується алкоголем, переїданням, жирною їжею, газованими напоями.

Anamnesis vitae: Палить до 1 пачки сигарет на день. Вживає алкоголь до 2-3 разів на тиждень. В анамнезі ГЕРХ, хронічний гастродуоденіт, дегенеративно-дистрофічні зміни поперекового відділу хребта. Ліки постійно не вживає. Операцій та травм не було. Алергію заперечує. Сімейний анамнез обтяжений (у батька була виразкова хвороба)

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Нормостенічної тілобудови. Шкірні покриви звичайного кольору, чисті, без рубців та висипань, теплі, помірної вологості, еластичності, із збереженим тургором. Набряки відсутні. АТ 130/80 мм.рт.ст., ЧСС=78/хв., ЧД=18/хв. При аускультативній тонації серця звучні, ритмічні, без шумів. Дихання везикулярне, хрипи відсутні.

Язик вологий, рожевий, поверхня без патології. При огляді живіт овальної форми, симетричний, шкіра живота рожева, волога, ділянки висипань, венозної сітки, рубці, пігментація відсутні, приймає участь в акті дихання. При пальпації живіт м'який, безболісний. Аускультативно вислуховується перистальтика кишечника. При пальпації печінка та селезінка не пальпуються.

Результати додаткових методів досліджень:

- В аналізі крові: ер. – $5,2 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. 145 - г/л; MCV- 85мкм³; лейкоц. – $5,4 \times 10^9/\text{л}$; сегм.45, пал. 13, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 25, моноцит.-4, тромбоц. - $193 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 5 мм/год.
- Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 79 г/л, альбумін - 50 г/л; білірубін заг. - 16,8 ммоль/л; АЛАТ - 32 Од/л; АсАТ – 26 Од/л; ГГТ - 56 Од/л; ЛФ – 80 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л;
- Загальний аналіз сечі без патології. Копрограма без патології.
- ФГДС: Стравохід вільно прохідний у всіх відділах, слизова у с-н/3 з множинними ерозіями з нашаруванням фібрину. Z-лінія не чітка, на рівні 37 см, хіатус- 43 см. В н/3 стравохід вистелений циліндричним епітелієм з формуванням циркулярного сегменту до 8 см та язиками метаплазії з проксимальним краєм до 11 см від зубчастої лінії. Нижній стравохідний сфінктер не змикається. При огляді в ретрофлексії кардіальна складка III ст за Хілом. Шлунок звичайної форми та розмірів, вільно розправляється повітрям, натще містить помірну кількість секреторної рідини. Слизова шлунка помірно гіперемована. Складки шлунка збережені. Пілорус округлої форми, перистальтує. Цибулина ДПК не деформована, слизова

гіперемована з ерозіями. Зацібулинні відділи без особливостей. В просвіті ДПК незмінена жовч

- Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка не збільшена, передньо - задній розмір правої частки 135 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, помірної ехогенності. Ворітна вена $d = 8$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 7,0 x 4 см, стінки до 0,2 см, контур чіткий. Підшлункова залоза візуалізується повністю, розміри 21x16x12 мм, помірна ехогенність, контур нерівний, структура неоднорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 5 мм.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 3. «Диспепсія. Хронічний гастрит»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів встановлювати діагноз недосліджена, функціональна диспепсія та гастрит, визначати діагностичну тактику при симптомах диспепсії, навчити складати програму лікування та профілактики даної патології на основі даних доказової медицини.

Студент повинен знати:

1. Визначення термінів «Диспепсія», «функціональна диспепсія» і «гастрит» та їх клінічне значення.
2. Етіологічні чинники та теорії патогенезу.
3. Різницю між поняттям діагнозу та синдрому диспепсії.
4. Складові синдрому малих ознак раку шлунка.
5. Стратегії ведення пацієнтів з синдромом диспепсії
6. Визначення, класифікацію, етіологію, клініку, діагностику та лікування гастритів.
7. Каскад P. Correa.
8. Показання до ерадикації *H. pylori* та схеми ерадикаційної терапії.

Студент повинен вміти:

1. Користуватися клінічною термінологією відносно диспепсії та гастриту.
2. Складати план обстеження для пацієнтів з диспепсією.
3. Оцінювати результати лабораторного та інструментального обстеження.
4. Проводити диференційну діагностику при даній патології.
5. Формулювати кінцевий діагноз.
6. Призначати лікування.
7. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Диспепсія	Будь-які верхньоабдомінальні або ретростернальні болі / дискомфорт, печія, нудота, блювання або інші прояви, які вказують на зацікавленість верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, чітко не пов'язані з фізичним навантаженням та існуючими захворюваннями, тривалістю не менш 4 тижнів
	Хронічний або повторно виникаючий біль або дискомфорт, які знаходяться по центру верхньої абдомінальної області
Функціональна диспепсія	Це комплекс функціональних розладів, що триває більше 3-х місяців упродовж 12 місяців та включає в себе симптоми диспепсії, не пов'язані з порушенням функції травного тракту, при якому у процесі ретельного обстеження пацієнта не вдається виявити якихось інших органічних причин диспепсії.
Хронічні гастрити	Група хронічних захворювань, які характеризуються запальними та дистрофічними процесами в слизовій оболонці шлунка, з порушенням її регенерації та розвитком атрофії

Література

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник/ Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с
2. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей». Наказ МОЗ України від 25.08.2023 року №1514.
3. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
4. Клінічна та лабораторна діагностика: підручник: у 2-х томах/за ред. В.Д. Бабаджана, Л.В. Кузнецової, П.Г. Кравчуна, А.І. Курченко 2-е видання; переробл. і доповн. Київ,-МЕДПРИНТ, 2022. – 752 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 2 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 778 с.
3. Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою». Наказ МОЗ України від 23.08.2023 року №1513.
4. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut 2022;0:1–39. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745
5. <https://www.ueg.eu/education/document/management-of-helicobacter-pylori-infection-the-maastricht-v-florence-consensus-report/148511/>
6. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3080>

Додаткова:

1. Davidson’s Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p

2. внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.
3. Harrison’s Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 p.
4. Клінічний огляд за Маклаудом: 15-е видання / Анна Р. Довер, Дж. Аластер Іннес, Карен Фейргерст. К.: ВСВ «Медицина», 2024. – 470 с
5. Практикум із внутрішньої медицини: Терапія: навчальний посібник / О.С. Стасишин, Р.В. Задорожний, В.О. Сінюгіна та ін. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2021.- 136 с
6. [British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia](#) (7 July, 2022)
7. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report GUT 8 August, 2022
8. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/helicobacter-pylori>
9. <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/13-dyspepsia>

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Заповніть таблицю клінічної класифікації диспепсії та дайте визначення

Категорії	Визначення
1..... диспепсія	
2. Функціональна Субтипи:	

А)	
Б) Епігастралгічний	

Завдання 2. Перерахуйте основні патофізіологічні механізми розвитку ФД:

7. Психосоціальні фактори _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю основних діагностичних методів, що використовуються при недослідженій диспепсії:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Загальний аналіз крові	Виключення супутніх захворювань
2.		
3.		
4.		
5.		
6.	ЕГДС з біопсією	Виключення патології слизової шлунка
7.		
8.		
9.		

Завдання 4. Перерахуйте з якими хворобами потрібно проводити диференційну діагностику диспепсії:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

Завдання 5. Заповніть таблицю. Основні групи кислотознижуючих препаратів та їх представники (мінімум 3 представника):

Групи	Представники
Інгібітори протонної помпи	

Завдання 6. Заповніть таблицю ерадикаційної терапії при інфікуванні *H. pylori*

Терапія 1 лінії для регіонів з низькою кларитроміцин - резистентністю	
Стандартна потрійна терапія	
Терапія 1 лінії для регіонів з високою кларитроміцин- резистентністю	
Супутня (паралельна) терапія	
Послідовна терапія	

Квадротерапія на основі вісмуту	
------------------------------------	--

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Хворий В., 51 року скаржиться на відрижку, зригування шлунковим містом, печію, яка посилюється при нахилі тулуба або у горизонтальному положенні, а також за грудинні болі. 5 років тому діагностовано жовчо-кам'яна хвороба, 4 роки тому - з'явилися зригування, відчуття кислого в роті, яке посилювалося при нахилах. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Живіт м'який, чутливий у зоні проекції жовчного міхура. Печінка, селезінка – фізіологічна норма. Який Ваш попередній діагноз?

- А) Грижа стравохідного отвору діафрагми
- В) Хронічний гастрит С
- С) Хронічний панкреатит
- Д) Виразкова хвороба шлунка
- Е) Дискінезія жовчовивідної системи

2. Чоловік 21 року скаржиться на періодичний ниючий біль в надчерев'ї. При обстеженні виявлено хронічний гастрит з підвищеною кислотоутворюючою функцією. Проведене лікування. Який препарат доцільно використовувати для первинної профілактики виразкової хвороби?

- А) Фамотидін.
- В) Церукал.
- С) Вікалін.
- Д) Маалокс.
- Е) Гастрофарм.

3. Хворий 52 років, протягом півроку відзначає слабкість, швидку стомлюваність, відразу до м'ясної їжі, схуднення. Об-но: Блідий, в підключичній області зліва пальпується лімфовузол. Резистентність черевної

стілки в епігастрії. В аналізі крові анемія, в шлунковому вмісті виявлена молочна кислота. Представлена клінічна картина характерна для:

- А) Рака шлунка
- В) В12-Дефіцитної анемії
- С) Залізодефіцитної анемії
- Д) Хронічного атрофічного гастриту
- Е) Лімфогранулематозу

4. Хворий 3., 35 років, скаржиться на давлячий біль в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відмічена помірна болісність у пілородуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?

- А) Виявлення хеликобактерної інфекції в слизовій шлунка
- В) Виявлення аутоантитіл до парієтальної клітини.
- С) Визначення рівня гастрину крові.
- Д) Дослідження шлункової секреції.
- Е) Дослідження моторної функції шлунка

5. Хворий скаржиться на важкість та розпирання в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, схильність до проносів. В аналізі шлункового вмісту вільна хлористоводнева кислота відсутня в усіх порціях. ФГДС: вогнищеве витончення слизової оболонки, колір блідий, багато слизу. Який діагноз є найбільш ймовірним у даного хворого?

- А) Хронічний гастрит тип А
- В) Хронічний гастрит тип В.
- С) Хронічний гастрит тип С.
- Д) Виразкова хвороба шлунка
- Е) Функціональна диспепсія.

Протокол клінічного розбору хворого. Вариант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги:

Пацієнт, чоловік 45 років, скаржиться на:

Постійний ниючий біль в епігастральній ділянці, який посилюється після їжі. Відчуття важкості та здуття живота після кожного прийому їжі, часту відрижку кислим, періодичну нудоту, особливо вранці, загальну слабкість та зниження апетиту.

Anamnesis morbi: Симптоми з'явилися близько 3 місяців тому після сильного стресу на роботі. Спочатку дискомфорт був періодичним, однак згодом став майже постійним. Пацієнт намагався лікуватися самостійно за допомогою антацидів (маалокс, альмагель), що давали лише тимчасовий ефект. Останнім часом: з'явилася печія та порушення сну через біль у животі.

Anamnesis vitae:

Харчові звички: нерегулярне харчування, часте вживання фастфуду, кави (4–5 чашок на день).

Шкідливі звички: куріння (1 пачка цигарок на день протягом 20 років), алкоголь зрідка.

Супутні захворювання: артеріальна гіпертензія.

Сімейний анамнез: у батька була виразкова хвороба шлунка.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан: задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, помірно сухі. Живіт м'який, приймає участь в акті дихання, болючий у ділянці

епігастрію. Напруження м'язів передньої черевної стінки відсутнє. Інші відділи живота без патологій. Інші системи: без видимих відхилень.

Результати додаткових методів досліджень:

Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові:

Гемоглобін – 130 г/л (норма 120–160 г/л). Лейкоцити – 6.2×10^9 /л (норма $4-9 \times 10^9$ /л). ШОЕ – 12 мм/год (норма до 15 мм/год).

Біохімічний аналіз крові: АЛТ, АСТ – у межах норми. Загальний білірубін – 14 мкмоль/л (норма 3.4–20.5 мкмоль/л).

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

Завдання 1. Заповніть таблицю модифікованої Сіднейської класифікації гастритів

Тип гастриту, синоніми	Етіологія
1.	
2.	
3. Особливі форми <ul style="list-style-type: none">• Хімічний (рефлюкс- гастрит, тип C)• _____• _____• _____• Еозинофільний• _____	

Завдання 2. Перерахуйте основні порушення моторики ШКТ при ФД

1. Уповільнення розслаблення шлунку _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю допоміжних діагностичних методів, що використовуються при недослідженій диспепсії:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	¹³ C- сечовинний дихальний тест	Визначення наявності <i>H. Pylori</i>
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Завдання 4. Перерахуйте симптоми «червоних прапорів»

1. Немотивована прогресуюча втрата маси тіла

2. _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Завдання 5. Заповніть основні стратегії медикаментозного лікування

ФД:

Перша лінія лікування:

1. _____

2. _____

3. Терапія прокінетиками (_____)

Друга лінія лікування:

1. Терапія антидепресантами _____

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. Фітотерапія _____

Завдання 6. Заповніть таблицю терапії «порятунку» при ерадикації інфекції *H. Pylori*:

Терапія «порятунку»	
	ППП 1 доза 2 рази на добу

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Хворий П., 57 р. Скарги на відчуття важкості, розпирання, ниючий біль в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, відсутність апетиту, схильність до проносів, загальну слабкість. Об-но: живіт м'який, болючий в епігастрії. Кал рідкий, без домішок. ЕФГДС: слизова оболонка шлунка бліда, з ділянками гіперемії, стоншена. Морфологічно: лімфоцитарна інфільтрація з формуванням фолікулів, атрофія слизової оболонки дна шлунка. Найбільш ймовірний діагноз?

- A) Хронічний гастрит типу А
- B) Хронічний гастрит типу В

С)Хронічний гастрит типу С

Д)Рак шлунка

Е)Хвороба Менетріє

2. Хворий З., 35 років, скаржиться на давлячий біль в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відмічена помірна болісність у пілородуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?

А)Виявлення хеликобактерної інфекції в слизовій шлунка

В)Виявлення аутоантитіл до парієтальної клітини.

С)Визначення рівня гастрину крові.

Д)Дослідження шлункової секреції.

Е)Дослідження моторної функції шлунка

3. Хворий скаржиться на важкість та розпирання в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, схильність до проносів. В аналізі шлункового вмісту вільна хлористоводнева кислота відсутня в усіх порціях. ФГДС: вогнищеве витончення слизової оболонки, колір блідий, багато слизу. Який діагноз є найбільш ймовірним у даного хворого?

А)Хронічний гастрит тип А

В)Хронічний гастрит тип В.

С)Хронічний гастрит тип С.

Д)Виразкова хвороба шлунка.

Е)Функціональна диспепсія.

4.Хворий В., 51 року скаржиться на відрижку, зригування шлунковим умістом, печію, яка посилюється при нахилі тулуба або у горизонтальному положенні, а також за грудиною болі. 5 років тому діагнована жовчо-кам'яна хвороба, 4 роки тому - з'явилися зригування, відчуття кислого в роті, яке посилювалося при нахилах. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Живот м'який,

чутливий у зоні проекції жовчного міхура. Печінка, селезінка – фізіологічна норма. Який Ваш попередній діагноз ?

- А) Кила стравохідного отвору діафрагми
- В) Хронічний гастрит С
- С) Хронічний панкреатит
- Д) Виразкова хвороба шлунка
- Е) Дискінезія жовчовивідної системи

5. Хворий 60 років скаржиться на загальну слабкість, схуднення на 4 кг за 3 міс., Дискомфорт в епігастрії без чіткого зв'язку з прийомом їжі. Описані скарги турбують протягом 3х місяців. При ФГДС - виразка без чітких контурів до 3 см по великій кривизні в антральному відділі на тлі хелікобактерного гастриту. Гістологічне дослідження гастробіоптатов виявило аденокарциному. Проведено комбіноване лікування (резекція шлунку + хіміотерапія). Ваші рекомендації з профілактики рецидиву пухлини?

- А) Ерадикація хелікобактерної інфекції.
- В) Антиоксидантна терапія.
- С) Повторний курс хіміотерапії через 1 рік.
- Д) Уникати іонізуючого випромінювання.
- Е) Уникати інсоляції.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2

- a. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- b. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- c. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- d. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- e. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- f. Скласти план додаткових обстежень.

g. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги:

Пацієнтка, 42 роки, скаржиться на: на біль ниючого характеру, який посилюється після їжі, почуття переповнення в надчеревній ділянці, відрижку після прийому їжі, нудоту, блювоту, поганий апетит, пронос, здуття живота.

Постійний ниючий біль в епігастральній ділянці,.

Anamnesis morbi: Симптоми турбують протягом 2 років

Anamnesis vitae:

Харчові звички: нерегулярне харчування, часте вживання фастфуду, кави (4–5 чашок на день).

Шкідливі звички: заперечує

Супутні захворювання: артеріальна гіпертензія.

Сімейний анамнез: дід помер від раку шлунка.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан: задовільний, зниженого харчування. Шкірні покриви звичайного кольору, помірно сухі, тургор шкіри знижений, язик обкладений, відзначається болючість в епігастрії. Напруження м'язів передньої черевної стінки відсутнє. Інші відділи живота без патологій. Інші системи: без видимих відхилень.

Результати додаткових методів досліджень:

Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові:

Гемоглобін – 110 г/л (норма 120–160 г/л). Лейкоцити – 6.2×10^9 /л (норма $4-9 \times 10^9$ /л). ШОЕ – 8 мм/год (норма до 15 мм/год).

Біохімічний аналіз крові: АЛТ, АСТ – у межах норми. Загальний білірубін – 14 мкмоль/л (норма 3.4–20.5 мкмоль/л).

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3.

Завдання 1. Заповніть таблицю клінічної класифікації диспепсії та дайте визначення

Категорії	Визначення
1..... диспепсія	

2. Функціональна Субтипи:	
А) Постпрандіальний дистрес-синдром	
Б) Дисмоторний	

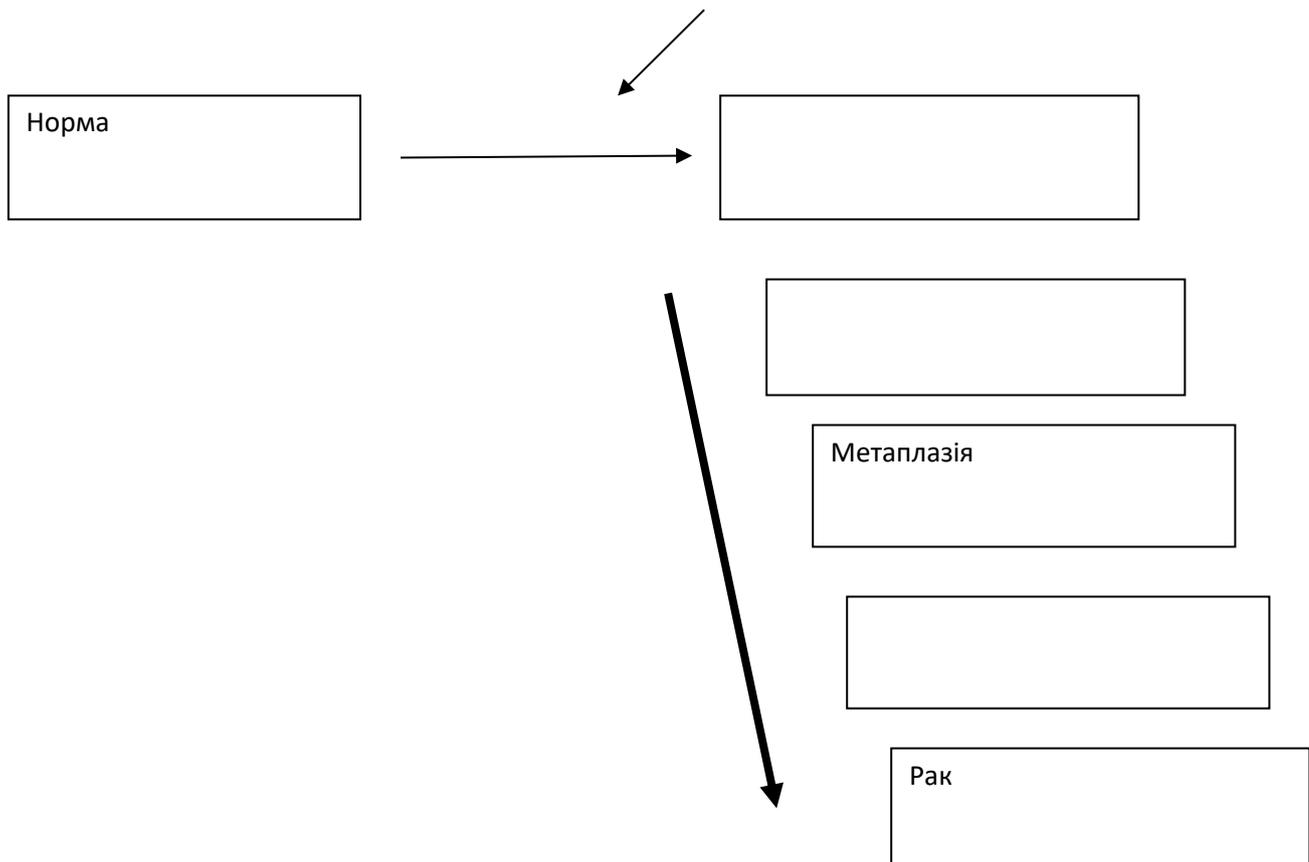
Завдання 2. Перерахуйте основні симптоми диспепсії:

1. Абдомінальний біль або дискомфорт в епігастрії по серединній лінії
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю діагностичних методів, що використовуються при гастритах:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Загальний аналіз крові	Виключення супутніх захворювань
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Завдання 4. Заповніть схему каскада P. Correa – послідовного розвитку аденокарциноми шлунка:



Завдання 5. Заповніть пробіли.

ІПП необхідно скасувати, принаймні за _____, до тестування *H. pylori*.
 антибіотики і препарати вісмуту потрібно скасувати, принаймні за _____,
 до тестування.

Завдання 6. Заповніть таблицю ерадикаційної терапії при інфікуванні *H. pylori*

Терапія 1 лінії	
Стандартна потрійна терапія	
Квадротерапія на основі вісмуту	

Терапія 2 лінії	
Потрійна терапія з левофлорсаціном	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1.Хворий 52 років, протягом півроку відзначає слабкість, швидку стомлюваність, відраза до м'ясної їжі, схуднення. Об-но: Блідий, в підключичної області зліва пальпується лімфовузол. Резистентність черевної стінки в епігастрії. В аналізі крові анемія, в шлунковому вмісті виявлена молочна кислота. Представлена клінічна картина характерна для:

- А) Рак шлунка
- В) В12-Дефіцитна анемія
- С) Залізодефіцитна анемія
- Д) Хронічний атрофічний гастрит
- Е) Лімфогранулематоз

2.Хворий З., 35 років, скаржиться на давлячий біль в епігастрії через 1 годину після прийому їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відмічена помірна болісність у пілородуоденальній зоні. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження уточнить природу захворювання?

- А)Виявлення хеликобактерної інфекції у слизовій оболонці шлунка
- В)Виявлення аутоантитіл до парієтальної клітини.
- С)Визначення рівня гастрину крові.
- Д)Дослідження шлункової секреції.
- Е)Дослідження моторної функції шлунка

3.Чоловік 21 року скаржиться на періодичний ниючий біль в надчерев'ї. При обстеженні виявлено хронічний гастрит з підвищеною кислотоутворюючою

функцією. Проведене лікування. Який препарат доцільно використовувати для первинної профілактики виразкової хвороби?

А)Фамотідін.

В)Церукал.

С)Вікалін.

Д)Маалокс.

Е)Гастрофарм

4. Хворий 60 років скаржиться на загальну слабкість, схуднення на 4 кг за 3 міс., Дискомфорт в епігастрії без чіткого зв'язку з прийомом їжі. Описані скарги турбують протягом 3х місяців. При ФГДС - виразка без чітких контурів до 3 см по великій кривизні в антральному відділі на тлі хелікобактерного гастриту. Гістологічне дослідження гастробіоптатов виявило аденокарциному. Проведено комбіноване лікування (резекція шлунка + хіміотерапія). Ваші рекомендації з профілактики рецидиву пухлини?

А)Ерадикація хелікобактерної інфекції.

В)Антиоксидантна терапія.

С)повторний курс хіміотерапії через 1 рік.

Д)уникати іонізуючого випромінювання.

Е)уникати інсоляції.

5. Хв. П., 57 р. Скарги на відчуття важкості, розпирання, ниючий біль в епігастрії після вживання їжі, відрижку повітрям, відсутність апетиту, схильність до проносів, загальну слабкість. Об-но: живіт м'який, болючий в епігастрії. Кал рідкий, без домішок. ЕФГДС: слизова оболонка шлунка бліда, з ділянками гіперемії, стоншена. Морфологічно: лімфоцитарна інфільтрація з формуванням фолікулів, атрофія слизової оболонки дна шлунка. Найбільш ймовірний діагноз?

А)Хронічний гастрит типу А

В)Хронічний гастрит типу В

С)Хронічний гастрит типу С

Д)Рак шлунка

Е)Хвороба Менетріє

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3

- 1.Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- 2.З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- 3.Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- 4.Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- 5.Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- 6.Скласти план додаткових обстежень.
- 7.Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги:

Хворий 65 років, скаржиться на: на тяжкість в епігастрії після прийому їжі, поганий апетит, нудоту, пронос.

Anamnesis morbi: Симптоми турбують протягом 8 років

Anamnesis vitae:

Харчові звички: нерегулярне харчування, часте вживання фастфуду, кави (4–5 чашок на день).

Шкідливі звички: заперечує

Супутні захворювання: артеріальна гіпертензія.

Сімейний анамнез: дід помер від раку шлунка.

Результати фізикального обстеження хворого:

Пульс 60 уд/хв, задовільних властивостей. Діяльність серця ритмічна, тони збережені. Дихання везикулярне. Хворий трохи зниженого харчування.

Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Нижня межа шлунка на рівні пупка.

Печінка не пальпується. Відділи товстого кишечника без патологічних змін

Результати додаткових методів досліджень:

Лабораторні дослідження:

Загальний аналіз крові:

Гемоглобін – 120 г/л. Лейкоцити – 7.2×10^9 /л. ШОЕ – 8 мм/год (норма до 15 мм/год).

Біохімічний аналіз крові: АЛТ, АСТ – у межах норми. Загальний білірубін – 14 мкмоль/л.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 4. «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів вмінню збирати скарги, анамнез та проведенню фізикального обстеження у хворих на пептичну виразку шлунка та ДПК.

Ознайомити студентів з методами обстежень, які застосовуються для діагностики пептичної виразки, показаннями до їх використання, методикою виконання, діагностичною цінністю кожного з них.

Навчити студентів самостійно трактувати результати проведених обстежень, формулювати діагноз та вміти проводити і аналізувати диференційний діагноз.

Навчити студентів складати алгоритм лікування конкретного хворого на пептичну виразку шлунка або ДПК із урахуванням клінічних особливостей перебігу в конкретній клінічній ситуації та з урахуванням принципів доказової медицини.

Студент повинен знати:

1. Визначення ПВ, класифікації.
2. Етіологію та патогенез ПВ.
3. Діагностичне значення даних анамнезу, клінічного, інструментального та лабораторного обстеження для визначення причини ПВ, виключення ускладнень та попередження рецидивування виразок.
4. Обов'язковий мінімум додаткового (лабораторного та інструментального) обстеження хворих на ПВ.
5. Прогноз та працездатність хворих на ПВ.
6. Принципи немедикаментозного та медикаментозного лікування хворих на ПВ, у тому числі, пацієнтів із ускладненими ПВ.
7. Обґрунтування вибору схеми лікування вперше виявленої ПВ, асоційованої з Нр (терапія «першої лінії»), принципи призначення «другої» і «третьої» ліній антихелікобактерної терапії.

8. Надання рекомендацій з метою підвищення ефективності і безпеки комплексної фармакотерапії ПВ, асоційованої з Нр, які відповідають принципам доказової медицини.
9. Препарати, які призначаються для лікування ПВ не асоційованих з інфекцією *Helicobacter pylori* (Нр), показання та протипоказання до їх призначення, тривалість і особливості курсу фармакотерапії в залежності від локалізації виразки.
10. Підходи до попередження виникнення виразок при безальтернативному застосуванні ульцерогенних лікарських засобів, особливості взаємодії фармакологічних препаратів.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих на ПВ.
2. Ставити попередній діагноз при ПВ, виявляти ознаки можливих ускладнень захворювання.
3. Складати план обстеження хворого з ПВ, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних методів обстеження з метою диференціальної діагностики ПВ та інших захворювань із подібними особливостями диспептичного синдрому.
4. Оцінювати результати основних інструментальних і лабораторних методів діагностики.
5. На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз при ПВ.
6. Визначати прогноз хворих на ПВ.
7. Призначати лікування з урахуванням етіології, локалізації ПВ, супутніх захворювань; запропонувати лікувальну стратегію, спрямовану на попередження виникнення ПВ при застосуванні ульцерогенних лікарських засобів.
8. Надавати рекомендації щодо проведення досліджень для встановлення ефективності лікування ПВ.

9. Визначати працездатність хворих на ПВ.

10. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми «Ведення хворого з пептичною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки»

Термін	Визначення
Фактори ризику	Фактори, які можуть суттєво підвищити ризик виникнення захворювання
Пептична виразка шлунка/дванадцятипалої кишки	Ушкодження епітелію слизової оболонки шлунка/дванадцятипалої кишки, що розповсюджується у м'язову пластинку слизової оболонки та у більш глибокі шари стінки органів
Ерозія шлунка/дванадцятипалої кишки	Поверхневий дефект епітелію слизової оболонки шлунка/дванадцятипалої кишки, який не виходить за її межі
Ускладнення	це несприятливий результат захворювання, стану здоров'я або лікування, який може негативно вплинути на прогноз або результат захворювання
Н.pylori-асоційована пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки	Вперше виявлена або рецидивуюча пептична виразка шлунка/дванадцятипалої кишки у пацієнтів із наявною активною інфекцією Н.pylori
Антихелікобактерна терапія	Комплексна фармакотерапія із включенням інгібіторів протонної помпи і антибактеріальних препаратів, спрямована на ерадикацію Н.pylori

Література:

Рекомендована література

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник/ Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. –2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с
2. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей». Наказ МОЗ України від 25.08.2023 року №1514.
3. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
4. Клінічна та лабораторна діагностика: підручник: у 2-х томах/за ред. В.Д. Бабаджана, Л.В. Кузнецової, П.Г. Кравчуна, А.І. Курченко 2-е видання; переробл. і доповн. Київ,-МЕДПРИНТ, 2022. – 752 с.
5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 2 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 778 с.
6. Стандарт медичної допомоги «Раціональне застосування антибактеріальних і антифунгальних препаратів з лікувальною та профілактичною метою». Наказ МОЗ України від 23.08.2023 року №1513.
7. Malfertheiner P, Megraud F, O’Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. Gut 2022;0:1–39. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745
8. <https://www.dec.gov.ua/mtd/peptychna-vyrazka-shlunka-ta-dvanadczyatypaloyi-kyshky/>
9. <https://www.ueg.eu/education/document/management-of-helicobacter-pylori-infection-the-maastricht-v-florence-consensus-report/148511/>

Додаткова:

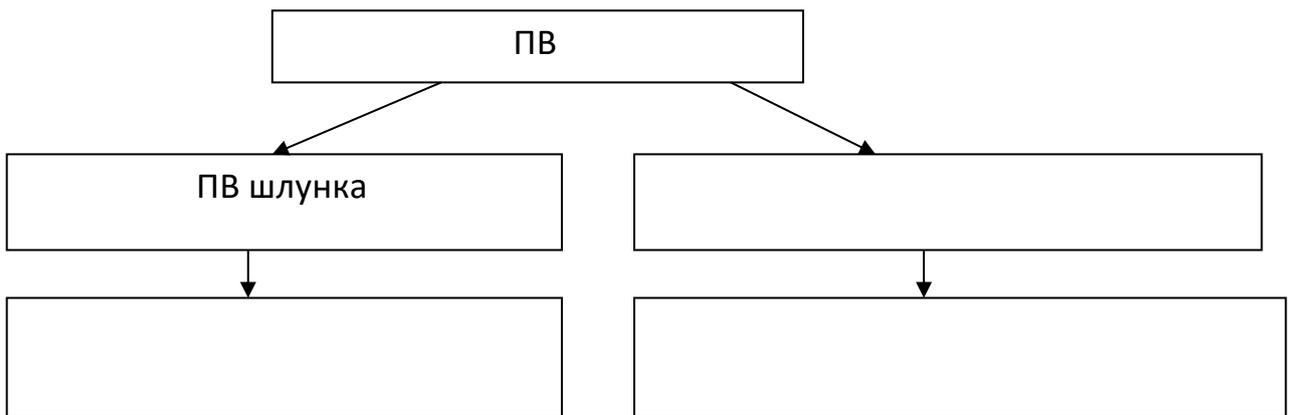
1. Davidson’s Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p
2. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.
3. Harrison’s Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 p.

4. Клінічний огляд за Маклаудом: 15-е видання / Анна Р. Довер, Дж. Аластер Іннес, Карен Фейргерст. К.: ВСВ «Медицина», 2024. – 470 с
5. Практикум із внутрішньої медицини: Терапія: навчальний посібник / О.С. Стасишин, Р.В. Задорожний, В.О. Сінюгіна та ін. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2021.- 136 с

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1

Завдання 1. Допишіть класифікацію ПВ у залежності від локалізації та наявності інфекції *Helicobacter pylori*:

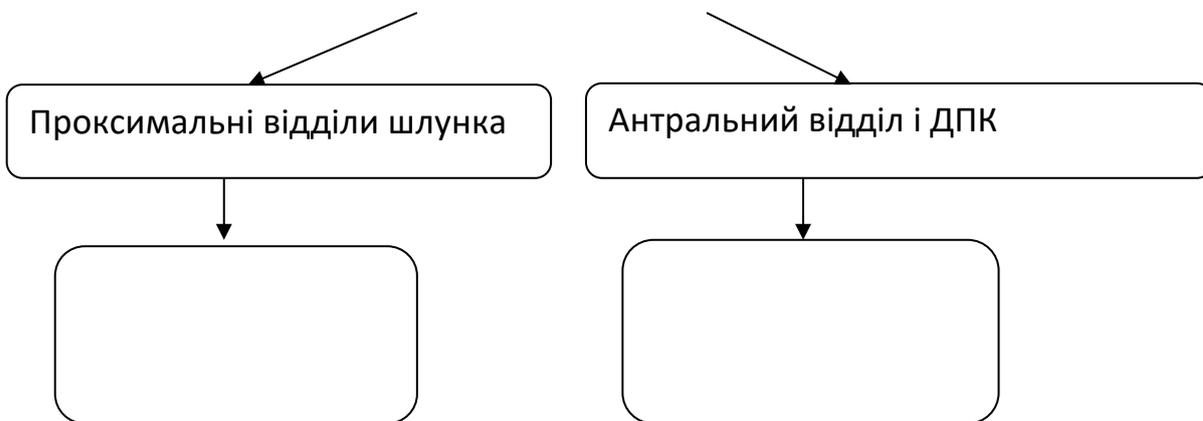


Завдання 2. Заповніть таблицю найважливіших етіологічних факторів ризику, які викликають захворювання на пептичну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки:

Основні фактори ризику	
1.	Спадкова схильність
2.	
3.	
4.	
5.	

Завдання 3. Заповніть схему, яка демонструє особливості кислотоутворюючої функції (КУФШ) шлунка при різних локалізаціях ПВ:





Завдання 4. Заповніть таблицю диференційної діагностики диспепсичного синдрому при захворюваннях верхньої частини травного каналу:

Клінічні та лабораторні дані				Діагностика	
Нозологія	Анамнез	Скарги	Фізикальні дані	Основні методи	Додаткові/ підтверджуючі тести
ГЕРХ					
Хронічний гастрит					
ПВ шлунка та ДПК					
Хронічний панкреатит					

Завдання 5. Заповніть таблицю із основними ускладненнями ПВ та їх клінічними проявами:

Ускладнення					

Клінічні прояви					
------------------------	--	--	--	--	--

Завдання 6. Заповніть таблицю. Комплексна антихелікобактерна терапія при вперше виявленій ПВ шлунка та ДПК

Препарат для зменшення шлункової секреції	
Антибактеріальний препарат	
Антибактеріальний препарат	
Додаткові лікарські засоби	

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. ПВ шлунка або ДПК може виникнути при прийомі:

- A. Офлоксацину
- B. Ібупрофену
- C. Омепразолу
- D. Вісмуту субцитрату
- E. Панкреатину

2. Провідною скаргою хворих на ПВ є:

- A. Печія
- B. Біль у правому підребр'ї після вживання смаженої жирної їжі
- C. Біль в епігастрії натще або після прийому їжі
- D. Блювання
- E. Відрижка з кислим присмаком

3. Основний метод діагностики ПВ шлунка та ДПК:

- A. Рентген шлунка та ДПК
- B. Відеоезофагогастроуденоскопія (ВЕГДС)
- C. Відеоезофагогастроуденоскопія з біопсією і морфологією
- D. МРТ
- E. рН-метрія шлункового вмісту

4. Оптимальна тривалість антихелікобактерної терапії «першої лінії»:

- A. 3-5 днів
- B. 5-7 днів
- C. 7 днів
- D. 10-14 днів
- E. 28 днів

5. Найпотужніший засіб пригнічення шлункової секреції:

- A. H₂ - гістаміноблокатор
- B. Холінолітик
- C. Вісмута субцитрат
- D. Метоклопрамід
- E. Інгібітор протонної помпи

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5.Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.

6.Скласти план додаткових обстежень.

7.Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хворий М. пред'являє скарги на ниючі, голодні болі вночі в епігастральній ділянці, які проходять після їжі; нудоту і блювання шлунковим вмістом, що виникає на висоті болі і приносить полегшення; зниження апетиту, запори.

Вік __35 років __, професія __ економіст __

Зріст __177 см __, вага __65 кг

Anamnesis morbi: протягом багатьох років страждає на хронічний гастрит, турбували біль в епігастрії після прийому гострої та смаженої їжі, печія. Вперше вищезгадані скарги виникли близько 6 місяців тому, але болі швидко купувалися прийомом альмагелю. Відмічає погіршення самопочуття близько тижня, відновилися нічні голодні болі без іррадіації, приєдналося блювання на висоті болю з'їденою їжею. Самостійно приймав нош-пу, альмагель без ефекту.

Anamnesis vitae: Перенесені захворювання: дитячі інфекції, апендектомія в дитинстві. Харчується нерегулярно, часто вживає алкоголь у великій кількості. Не палить. Спадковість: у батька – пептична виразка шлунка. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

загальний стан середнього ступеня тяжкості, свідомість ясна. Астенік зниженого харчування. Шкіра та видимі слизові бліді, чисті, помірно вологі. набряків немає. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс задовільного

наповнення та напруги, 73 уд/хв. АТ 125/85 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом, на бічних поверхнях язика відбитки зубів, сосочки згладжені. Живіт симетричний, обидві половини однаково беруть участь у акті дихання. При поверхневій пальпації живіт м'який, болісний в епігастральній ділянці, симптом Щоткіна-Блюмберга негативний, симптом Менделя позитивний. При глибокій пальпації визначаються всі відділи товстого кишечника, нормальних розмірів, безболісні, еластичні, визначається болючість у пілородуоденальній ділянці. Розміри печінки по Курлову 8-8-7 см. Селезінка не збільшена. Підшлункова залоза пальпаторно не визначається, область пальпації безболісна. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

ЗАК: Нв-131 г/л, ер. - 4,3 x 10¹²/л, лейкоц. - 6,4 x 10⁹ /л, е - 2%, п / я - 2%, с / я - 57%, л - 31%, м - 8%, ШОЕ - 11 мм / год.

ЗАС: відн. щільність – 1,017, епітелій – 2-3 у п.з.; білок, ер., циліндри, солі не визначаються.

Біохімічне дослідження крові: глюкоза – 4,4 ммоль/л, фібриноген – 2,8 г/л, загальний білок – 69 г/л, альбуміни – 52%, глобуліни – 48%: α1 – 3%, α2 – 13%, β – 16%, γ – 16%, білірубін – 9,8 ммоль/л.

ЕГДС – стравохід прохідний, слизова оболонка без змін, кардіальний відділ замикається. Шлунок без особливостей форми та розмірів. Слизова оболонка гіперемована, складки без особливостей форми та розмірів. Цибулина дванадцятипалої кишки без особливостей форми та розмірів, слизова оболонка гіперемована, визначається виразковий дефект 1,1x1,5 см в діаметрі. Дно прикрите фібрином. При швидкому уреазному тесті виявлено Н. Рурогі +++.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

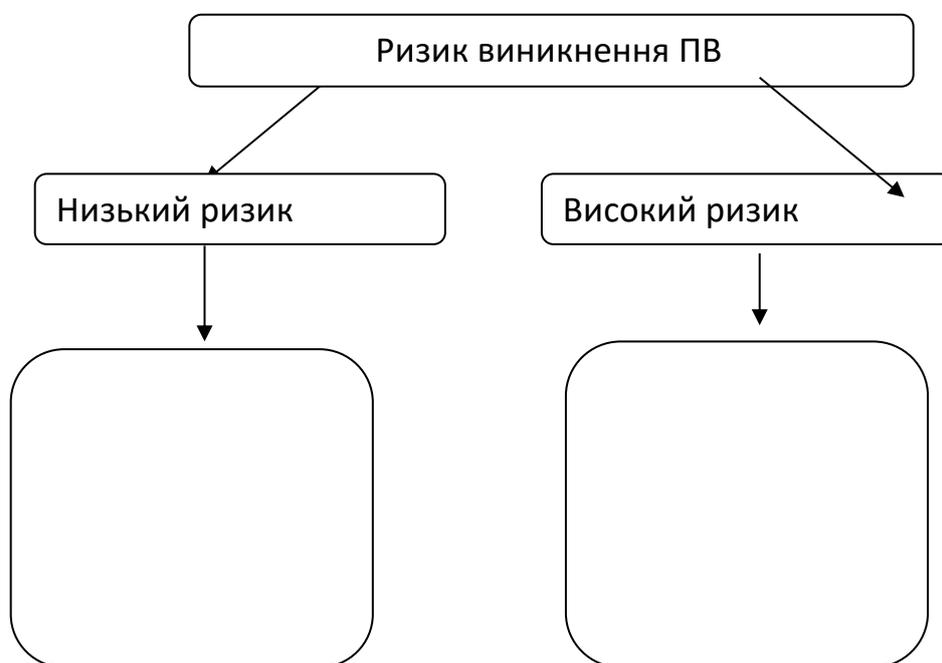
Варіант 2

Завдання 1. Заповніть таблицю, розташувавши наступні нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) від НПЗЗ, який найрідше викликає виникнення

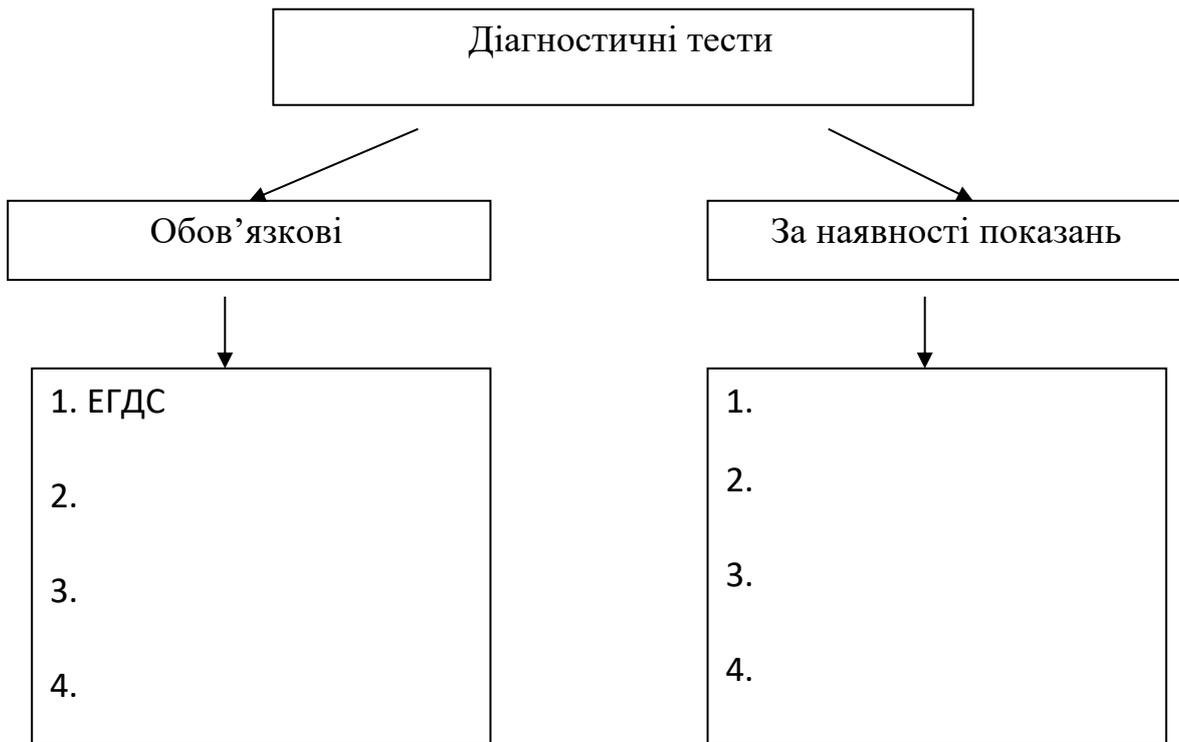
ПВ (1) до НПЗЗ з найпотужнішим ульцерогенним ефектом (5): ібупрофен, німесулід, целекоксіб, мелоксикам, ацетилсаліцилова кислота:

Потенціал ульцерогенних НПЗЗ	
1	
2	
3	
4	
5	

Завдання 2. Заповніть схему груп порівняння пацієнтів з високим і низьким ризиком виникнення ПВ:



Завдання 3. Діагностичні тести при ПВ (допишіть необхідне):



Завдання 4. Клініко-діагностичні ознаки шлунково-кишкової кровотечі – ускладнення ПВ:

Клінічні та лабораторні дані				Діагностика	
Скарги	Анамнез	Фізикальне обстеження	Лабораторні дані	Основні методи	Додаткові методи

Завдання 5. Заповніть таблицю.

Ускладнення пептичної виразки шлунка/дванадцятипалої кишки

Завдання 6. Заповніть таблицю. Комплексна антихелікобактерна терапія «другої лінії» при ПВ шлунка та ДПК

Препарат для зменшення шлункової секреції	
Антибактеріальний препарат	
Антибактеріальний препарат	
Додаткові лікарські засоби	

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який мікроорганізм найчастіше виявляється у пацієнтів с ПВ?
 - A. *Campylobacter pylori*
 - B. *Escherichia coli*
 - C. *Helicobacter bilis*
 - D. *Helicobacter pylori*
 - E. *Klebsiella oxitoca*
2. Проксимальна ПВ шлунка частіше виникає при наступному стані кислотоутворюючої функції шлунка (КУФШ):
 - A. Збільшеній КУФШ
 - B. Зменшеній КУФШ
 - C. Нормальній КУФШ
 - D. Зменшеній або нормальній КУФШ
3. До методів діагностики Нр відносять:
 - A. рН-метрію
 - B. Водневий дихальний тест
 - C. Копрограму
 - D. ¹³C-сечовинний дихальний тест

Е. Дуоденальне зондування

4. До інгібіторів протонної помпи відносять:

- А. Кетоконазол
- В. Пантопразол
- С. Вісмуту субцитрат
- Д. Фамотидин
- Е. Гастроцепін

5. Який з наведених пробіотиків достовірно збільшує ефективність антихелікобактерної терапії?

- А. *Saccharomyces boulardii*
- В. *Bifidobacterium animalis*
- С. *Bifidobacterium infantis*
- Д. *Lactobacillus acidophilus*
- Е. *Lactobacillus rhamnosus*

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний;

ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Пацієнт Б. скаржиться на раптову різку слабкість, запаморочення, шум у вухах. Напередодні ввечері відзначав короткочасний біль в епігастрії та дворазовий чорний неоформлений стілець. З анамнезу:

Вік __55 років __, професія_ машиніст екскаватора.

Зріст __181 см __, вага __62 кг

Anamnesis morbi: протягом місяця турбував біль у попереку, через що звертався до невролога та отримав діагноз «поперековий остеохондроз». Регулярно приймає ібупрофен (1-2 таблетки на добу) для зняття болю. Стан значно погіршився ввечері перед госпіталізацією, коли з'явилися сильна слабкість і темні випорожнення.

Anamnesis vitae: переніс дитячі інфекційні захворювання, страждає на хронічний бронхіт курця. Харчується нерегулярно, часто всухом'ятку, зловживає алкоголем. Курить 20 років (1 пачка цигарок на день). У батька – гіпертонічна хвороба. Алергічних реакцій не зазначено.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан: середньої тяжкості, свідомість ясна, положення активне. Конституція: гіперстенік, підвищене харчування. Шкіра та слизові: бліді, чисті, холодний піт. Набряки відсутні. Лімфовузли: периферичні не збільшені. Дихальна система: жорстке дихання над усіма відділами, хрипів немає, частота дихання – 22 за хвилину. Серцево-судинна система: пульс слабого наповнення, 124 уд/хв; артеріальний тиск – 90/60 мм рт. ст.

Шлунково-кишковий тракт: язик сухий, обкладений білим нальотом. Живіт симетричний, обидві половини однаково беруть участь у диханні.

Результати додаткових методів досліджень:

1. ЗАК: Нв-91 г/л, ер. - 2,9 x 10¹²/л, гематокрит – 24, лейкоц. - 6,0 x 10⁹ /л, е - 1%, п / я - 1%, с / я - 62%, л - 29%, м - 7%, ШОЕ - 21 мм / год.

2. ЗАС: відносна щільність – 1,016, епітелій – 1-4 у п.з., білок, ер., циліндри, солі не визначаються.

3. Біохімічний аналіз крові: глюкоза – 4,4 ммоль/л, фібриноген – 2,6 г/л, загальний білок – 69 г/л, альбуміни – 52%, глобуліни – 48%, білірубін – 13,8 ммоль/л.

4. ЕГДС – стравохід вільно прохідний, слизова оболонка не змінена, кардіальний сфінктер замикається. Шлунок звичайних форми та розмірів. Через велику кількість темної крові в шлунка оглянути слизову оболонку та встановити джерело кровотечі не вдалося. Встановлено, що кров надходить у шлунок із дванадцятипалої кишки.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

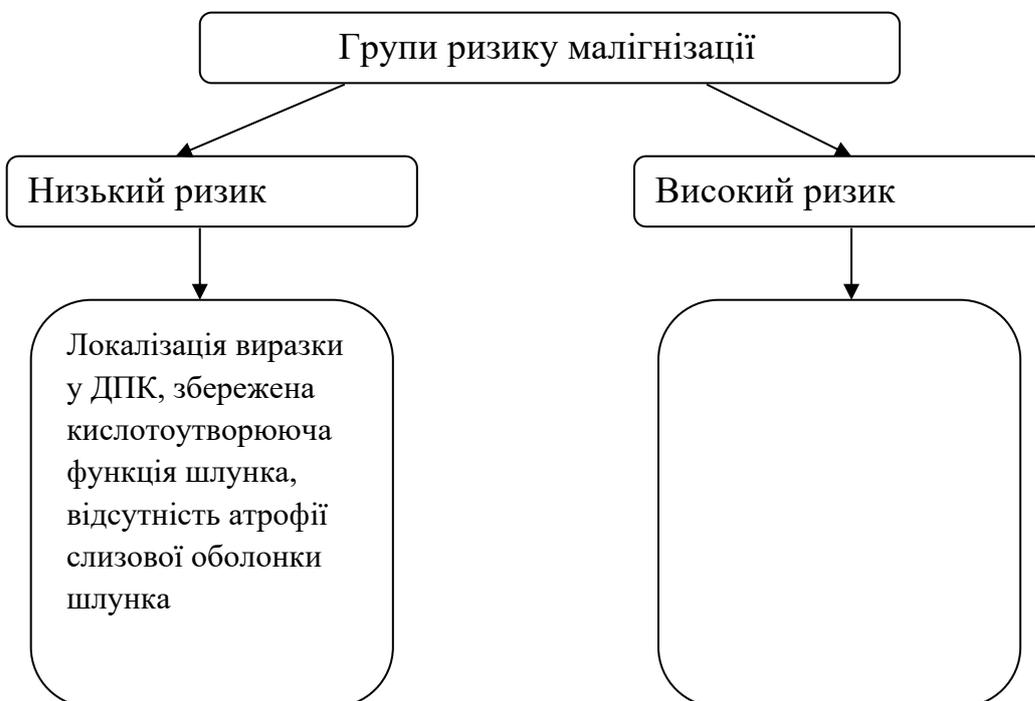
3. Медикаментозне лікування

Варіант 3

Завдання 1. Заповніть таблицю, перерахувавши методи діагностики інфекції *Helicobacter pylori*:

Методи діагностики інфекції <i>Helicobacter pylori</i> :	
1.	Швидкий уреазний тест
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Завдання 2. Оцінка ризику малігнізації ПВ шлунка і ДПК:



Завдання 3.

Диференційна діагностика ПВ від станів, які маніфестують синдромом шлункової диспепсії (допишіть необхідне):



Завдання 4. Заповніть таблицю із антибактеріальними препаратами для ерадикації Нр із зазначенням доз:

Антибактеріальний препарат, доза для ерадикації Нр
1) Амоксицилін, 2000 мг (1000 мг двічі на день)

Завдання 5. Як виконується контроль ефективності лікування ПВ шлунка та ДПК (допишіть необхідне)

Контроль ефективності лікування ПВ шлунка	Контроль ефективності лікування ПВ ДПК
1) ЕГДС	1)

2)	2)
3)	3)
4)	

Завдання 6. Перерахуйте можливості визначення чутливості/резистентності Нр до антибактеріальних препаратів:

Методи встановлення чутливості/резистентності Нр до антибактеріальних препаратів	
Анамнестичні дані	
Лабораторні і інструментальні дослідження	

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

- До схем «першої лінії» антихелікобактерної терапії належить:
 - ІПП+субцитрат вісмута+метронідазол
 - ІПП+метронідазол+амоксицилін з клавулановою кислотою
 - ІПП+кларитроміцин+амоксицилін
 - Субцитрат вісмута+метронідазол+кларитроміцин
 - ІПП+офлоксацин+метронідазол
- Методом контролю ефективності антихелікобактерної терапії є:
 - Серологічне дослідження для визначення антитіл IgG до Нр
 - ^{13}C – Сечовинний дихальний тест

- C. Водневий дихальний тест
 - D. Швидкий уреазний тест
 - E. Бактеріальний посів дуоденального вмісту
3. До ускладнень ПВ відносять:
- A. ГЕРХ
 - B. Малігнізацію
 - C. Хронічний панкреатит
 - D. Аспіраційну пневмонію
 - E. Хворобу Крона
4. Найчастіша локалізація ПВ у ДПК:
- A. Висхідний відділ
 - B. Горизонтальний відділ
 - C. Ретробульбарно
 - D. Цибулина
 - E. Низхідний відділ
5. Найчастіша причина неефективності антихелікобактерної терапії:
- A. Резистентність бактерій до антибактеріальних препаратів
 - B. Застосування омепразолу
 - C. Група крові пацієнта 0 (I)
 - D. Супутній хронічний панкреатит
 - E. Супутній вірусний гепатит

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хвора А. звернулася до лікаря зі скаргами на тиснучі болі в епігастральній ділянці, які виникають через 1,5-2 години після їжі, часто вночі, проходять після прийому їжі через 10-15 хвилин, супроводжуються підвищеним слиновиділенням; періодичну печію, кислий смак у роті, відрижку кислим, блювання на висоті болю, що приносить полегшення. Стілець один раз на два – три дні, оформлений, коричневого кольору, без патологічних домішок.

Вік __25 років __, професія _ студентка економічного коледжу.

Зріст _156 см __, вага __52 кг

Anamnesis morbi: Вважає себе хворою близько 3 років, коли вперше під час складання іспитів з'явилися болі в епігастрії в нічний час, печія після прийому їжі. За медичною допомогою не зверталася, печію знімала прийомом соди. З цього часу навесні та восени подібні загострення не спостерігались, не лікувалася. Близько року тому приєдналися підвищене слиновиділення, кислий смак у роті, відрижка кислим, періодичне блювання. 3 дні тому, після вживання алкоголю відновився біль, печія, кислий смак у роті. Приймала соду, спазмолітики - без ефекту. Сьогодні приєдналося блювання. Дівчина викликала швидку допомогу, доставлена до приймального відділення.

Anamnesis vitae: Перенесені захворювання: дитячі інфекції, ГРВІ.

Прийом їжі не регулярний. Шкідливі звички не відмічає. Спадковість: мати здорова, у батька зі слів пацієнтки – пептична виразка шлунка. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого: загальний стан задовільний, свідомість ясна. Шкірні покриви звичайного кольору, нормальної вологості, чисті. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно, рівномірно розподілена. ІМТ - 21,4 кг/м². Набряків немає. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс ритмічний, 68 уд/хв, задовільних характеристик. АТ 115/80 мм рт.ст. Язик вологий, чистий, сосочковий шар добре виражений. Живіт правильної форми, обидві половини однаково беруть участь у акті дихання; при пальпації м'який, болісний в епігастрії, перитонеальні симптоми негативні. Симптом флюктуації негативний. Аускультативно - шуми перистальтики. При глибокій пальпації визначається болючість у пілоро-дуоденальній ділянці, пальпуються всі відділи товстого кишечника, безболісні. Збоку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

1. Загальний аналіз крові: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нь – 131 г/л., ШОЕ – 9 мм/год, тромбоцити – $290 \times 10^9/л$, лейкоцити – $5,2 \times 10^9/л$: е-3%, п-4%, с-51%, лімф-32%, м-10%.

2. Загальний аналіз сечі: світло-жовта, прозора, рН кисла, питома вага 1018; білок, цукор – н/в, лейкоцити – 1-3 в п/з, епітелій – 2-4 у полі зору, еритроцити, циліндри – н/в, солі – невелика кількість.

3. Біохімічне дослідження крові: АСТ – 0,18 ммоль/л, АЛТ – 0,20 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, білірубін загальний – 18,3 мкмоль/л, прямий – 3,3 мкмоль/л., непрямий – 15,0 мкмоль/л, креатинін – 65 мкмоль/л, загальний білок – 75 г/л, альбуміни – 54%, глобуліни – 46%. глюкоза – 4,4 ммоль/л, фібриноген – 2,2 г/л, протромбіновий індекс – 90%.

4. ЕГДС: Шлунок звичайної форми та розмірів, слизова оболонка без особливостей. Слизова ДПК гіперемована, визначається виразковий дефект 1,0 см в діаметрі. Дно прикрите фібрином.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

— -

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 5. «Целіакія та інші ентеропатії»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів проводити детальне розпитування пацієнтів, розпізнавати симптоми та синдроми ураження тонкої кишки, складати програму обстеження хворих із ураженнями тонкої кишки, діагностувати целіакію та інші ентеропатії, призначати лікування означеної патології на основі даних сучасної медицини з урахуванням принципів доказової медицини.

Студент повинен знати:

1.Визначення понять: «целіакія», «мальабсорбція», «лактазна недостатність», «синдром надмірного бактеріального росту» (СНБР) та їх клінічне значення.

2.Етіологічні та патогенетичні чинники розвитку ентеропатій, теорії патогенезу целіакії, СНБР, лактазної недостатності.

3.Класифікацію целіакії, типові та атипові варіанти перебігу, групи ризику та асоційовані з целіакією захворювання.

4.Основні клінічні прояви целіакії, мальабсорбції вуглеводів, СНБР та її ускладнень.

5.Програму лабораторних та інструментальних обстежень з метою виключення целіакії та інших ентеропатій.

6.Підходи до лікування ентеропатій та лікувальні дієти при ентеропатіях.

7.Показання до медикаментозного лікування целиакії та інших ентеропатій; медикаментозні підходи до лікування СНБР у тонкій кишці.

8.Оцінку працездатності хворих на класичну целиакію.

9.Ускладнення не лікованої целиакії.

Студент повинен вміти:

1.Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих на ентеропатії, знати симптоми ураження тонкої кишки.

2.Виконувати пальпацію, перкусію живота та інтерпретувати отримані результати.

3.Складати план обстеження хворих на ентеропатії.

4.На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження діагностувати целиакію та інші ентеропатії.

5.Проводити диференційну діагностику ентеропатій з іншими захворюваннями ШКТ (хронічним панкреатитом, синдромом подразненої кишки), що супроводжуються подібною клінічною симптоматикою; знати ускладнення целиакії та заходи щодо їх попередження.

6.Призначати лікування - дієтотерапію та обґрунтоване медикаментозне лікування.

7.Визначати працездатність при класичній целиакії.

8.Інтерпретувати результати водневих дихальних тестів.

9.Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми:

Термін	Визначення
Целиакія	Генетично обумовлене захворювання, яке уражує слизову оболонку тонкої кишки, призводить до її атрофії та має велику кількість позакишкових проявів та асоційованих захворювань
Лактазна недостатність первинна	Вроджене несприйняття молочного цукру

Лактазна недостатність вторинна	Несприйняття молочного цукру, яке виникає протягом життя
Синдром надмірного бактеріального росту у тонкій кишці	Це надмірне (10^4 - 10^6 та вище) збільшення кількості та порушення якісного складу кишкової мікрофлори верхніх відділів тонкої кишки
Діарея	Часті випорожнення кишківника (частіше трьох разі на добу) зі змінами характеру стільця (від кашкоподібного до водянистого), стійким збільшенням водного компоненту фекалій та підвищенням об'єму фекалій до 200 мл/г на добу.
Хронічна діарея	Діарея з перебігом, тривалість якого перевищує 3 місяці

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 1 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В. Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 258 с.
3. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th edition, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.
4. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
5. Rubio-Tapia, A., Hill, I. D., Semrad, C., Kelly, C. P., Greer, K. B., Limketkai, B. N., & Lebowitz, B. (2023). American College of Gastroenterology Guidelines Update: Diagnosis and Management of Celiac Disease. The American journal of gastroenterology, 118(1), 59–76. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002075>

Додаткова:

1. European Society for the Study of Celiac Disease (ESsCD) guideline for celiac disease and other gluten-related disorders. United European Gastroenterol J. 2019;7:583–613. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6545713/>
2. AGA Clinical Practice Update on Diagnosis and Monitoring of Celiac Disease- Changing Utility of Serology and Histologic Measures: Expert Review. Gastroenterology 2019; 156:885. <https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-celiac-disease-in-adults/abstract/3>

3. Current Medical Diagnosis & Treatment 60th Anniversary edition by McGraw Hill, edited by Maxine A. Paradakis, Stephen J. McPhee, associated editor Michael W. Rabow 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8793016/>
4. Davidson's Principles and Practice of Medicine 23th Edition, 2018 Elsevier, edited by Stuart H Ralston, Ian D Penman, Mark WJ Strachan, Richard P Hobson.
5. 20th Edition Harrison's Principles of Internal Medicine 2018 by McGraw-Hill Education, edited by Jameson Fauci, Kasper Hauser, Longo Loscalzo. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/ceeliac-disease>

**Завдання для самостійного опрацювання теми
Варіант 1.**

Завдання 1.

Зробіть таблицю, де будуть вказані основні форми целиакії, асоційовані захворювання та групи ризику

Клінічні форми целиакії	Асоційовані з целиакією захворювання	Групи ризику
1. Класична	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
	4.	4.
	5.	5.

Завдання 2.

Заповніть таблицю основних клінічних проявів класичної целиакії

1.	Діарея
2.	
3.	
4.	
5.	

Завдання 3.

Заповніть таблицю, основних методів діагностики патології тонкої кишки, мету кожного дослідження та очікувані результати кожного методу:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження, очікуваний результат дослідження

1.	Ентероскопія	Візуалізація тонкої кишки на усьому її протязі; стан слизової оболонки тонкої кишки,
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Завдання 4. Перерахуйте основні підходи щодо дієтичного лікування та корекції проявів відомих ентеропатій:

12.Целіакія - _____

13.Лактазна недостатність - _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

Завдання 5. Заповніть таблицю медикаментозного лікування пацієнтів з лактазною недостатністю, СНБР у тонкій кишці.

Препарат	Препарат	Показання
Лактазна недостатність		
СНБР		

Завдання 6. Заповніть таблицю диференційної діагностики хронічної діареї при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози (ЗНПЗ) та лактазній недостатності.

ЗНПЗ	Лактазна недостатність.

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Основними причинами целиакії є все, окрім:
 - А. харчове несприйняття пшениці
 - В. Харчове несприйняття жита
 - С. Харчове несприйняття рису
 - В. Харчове несприйняття вівса
 - Д. Харчове несприйняття кус-кусу
 - Е. Харчове несприйняття ячменю
2. Причиною мальабсорбції не може бути:
 - А. Целиакія
 - В. Хронічний панкреатит
 - С. Лактазна недостатність
 - Д. Хронічний коліт
 - Е. Синдром короткої кишки
3. Лабораторним проявом мальабсорбції не може бути:
 - А. гіпоальбумінемія
 - В. гіпопротеїнемія
 - С. гіпонатріємія
 - Д. гіпостеркобілінемія
 - Е. гіпокальціємія
4. Хронічна діарея - це діарея, яка триває:
 - А. 3 тижні
 - В. 1 місяць
 - С. 2 місяці
 - Д. 3 місяці
 - Е. 6 місяців
5. Нічна діарея не буває проявом:
 - А. Целиакії
 - В. СНБР
 - С. Хронічного панкреатиту
 - Д. Сидрому подразненої кишки
 - Е. Автоімунної ентеропатії

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 35 років, звернулася на консультацію в клініку зі скаргами на хронічну діарею (3-4 рази на день протягом останніх 6 місяців), здуття живота, втрату ваги (8 кг за півроку), постійну загальну слабкість і втому, часті судороги у литкових м'язах, підвищену ламкість нігтів та випадіння волосся. Також пацієнтка зазначає про періодичні ниючі болі в животі після прийому їжі та відчуття дискомфорту. **З анамнезу захворювання** вищезазначені скарги почали турбувати ще з дитинства, але останнім часом близько року тому дуже виражено після перенесеної кишкової інфекції. Покращення загального стану після самолікування пробіотиками, сорбентами, лоперамідом не було. **З анамнезу життя:** хронічні захворювання: немає. Алергії: відсутні. Соціальний статус: працює в офісі, веде малорухливий спосіб життя.

Результати фізикального обстеження хворого: Загальний стан середнього ступеня важкості. Температура тіла: 36,7°C. Астенічної тілобудови. Індекс маси тіла – 17,2 кг/м². Шкірні покриви: бліді, сухі, спостерігаються ознаки гіперкератозу на ліктях. Видимі слизові оболонки: бліді, без ерозій. Волосся: тьмяне, ламке. Нігті: ламкі, поперечна смугастість.

Травна система. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Огляд живота: Форма: помірно роздутий, симетричний. Пальпація: болючість в епігастральній ділянці та навколо пупка, мезогастрії. Печінка: не збільшена. Селезінка: не пальпується. Перкусія: вільна рідина не визначається.

Симптоми подразненої очеревини відсутні. Випорожнення рідкі, не сформовані, пінисті без патологічних домішок.

Серцево-судинна система. Аускультация серця: тони серця звучні, ритмічні.

Ps: 88 уд./хв. АТ: 100/70 мм рт. ст.

Дихальна система. Аускультация легень: дихання везикулярне, хрипів немає.

З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові:

Гемоглобін: 92 г/л (норма 120–160 г/л).

Еритроцити: $3,4 \times 10^6$ /мкл (норма $3,8-5,1 \times 10^6$ /мкл).

Гематокрит: 28% (норма 35–45%).

МСV (середній об'єм еритроцита): 72 фл (норма 80–100 фл).

МСН (середній вміст Нв в еритроциті): 24 пг (норма 27–34 пг).

МСНС (середня концентрація Нв в еритроцитах): 300 г/л (норма 310–360 г/л).

Лейкоцити: $6,2 \times 10^3$ /мкл (норма $4,0-9,0 \times 10^3$ /мкл).

Тромбоцити: 180×10^3 /мкл (норма $150-400 \times 10^3$ /мкл).

ШОЕ: 22 мм/год

Біохімічний аналіз крові:

Загальний білок: 56 г/л

Альбумін: 32 г/л

С-реактивний білок: 12 мг/л

АЛТ: 32 Од/л

АСТ: 28 Од/л

Лужна фосфатаза: 190 Од/л

Загальний білірубін: 14,7 мкмоль/л

Залізо: 7 мкмоль/л

Феритин: 10 мкг/л

Відеоезофагогастроуденоскопія:

Заключення: Еритематозна гастропатія. Атрофія слизової оболонки 12-палої кишки.

Біопсія слизової оболонки 12-палої кишки: виражена атрофія ворсинок (III стадія за Маршем).

Рентгенографія органів грудної клітки:

Заключення: Вогнищево-інфільтративних змін не виявлено.

УЗД ОЧП та нирок:

Заключення: Патологічних структурних змін не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

Завдання 1. Заповніть таблицю клінічних проявів основних ентеропатій, не пов'язаних із несприйняттям глютену:

Ентеропатія	Клінічні прояви
Лактазна недостатність	Здуття,
Порушення всмоктування сорбітолу	

Завдання 2. Заповніть таблицю лікувальних підходів при порушеннях всмоктування вуглеводів:

Вид порушення	Принципи та підходи до лікування
Лактазна недостатність	
Порушення всмоктування фруктози	

Завдання 3. Заповніть таблицю показань до застосування водневих дихальних тестів:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Лактозний дихальний тест	Діагностика лактазної недостатності
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Перерахуйте продукти харчування, які є джерелом глютену :

1. _____

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 5. Допишіть, які ускладнення притаманні целиакії:

1. Лімфома _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 6. Перерахуйте лабораторні та клінічні прояви та наслідки порушення всмоктування кальцію:

1. Гіперкальціємія
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який прояв не відображує порушення всмоктування білків при класичній целиакії?

- A. асцит
- B. периферичні набряки
- C. гіпоальбумінемія
- D. гіперальдостеронізм
- E. гіпопротеїнемія

2. Що не притаманне для перебігу діареї при глютенівій ентеропатії?

- A. не пов'язана з нервовим перенапруженням
- B. виникає вночі
- C. може досягати десятків разів на добу

- D. веде до стійкої непрацездатності
- E. стан хворого покращується на спеціальній дієті

3. Відеокапсульна ентроскопія має наступні переваги, окрім:

- A. візуалізує тонку кишку на усьому її протязі
- B. є беззондовим методом обстеження
- C. легко переноситься пацієнтами
- D. дозволяє відбирати біоптати слизової оболонки тонкої кишки
- E. діагностує джерела прихованих тонкокишкових кровотеч

4. Водневі дихальні тести дозволяють діагностувати все окрім?

- A. целіакії
- B. лактазної недостатності
- C. дисахаридної недостатності
- D. мальабсорбції сорбітолу
- E. СНБР

5. Джерелом водню у кишечнику людини є:

- A. Процеси бродіння
- B. Процеси гниття
- C. Кишкові гази
- D. Ендогенна мікрофлора
- E. Неперетравлення їжі у ШКТ

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2.3 наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням

немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 32 років, звернулася на консультацію в клініку зі скаргами на періодичні болі в животі, нудоту, здуття живота, важкість у животі, діарею переважно після вживання молочних продуктів (молока, сиру, йогуртів). **З анамнезу захворювання** вищезазначені скарги почали турбувати протягом останніх 6 років. **З анамнезу життя:** хронічні захворювання: немає. Алергії: відсутні. Соціальний статус: не працює.

Результати фізикального обстеження хворого: Загальний стан відносно задовільний. Температура тіла: 36,5°C. Астенічної тілобудови. Індекс маси тіла – 22,7 кг/м². Шкірні покриви: звичайного кольору, без висипання. Видимі слизові оболонки: блідо-рожеві, без висипання.

Травна система. Язик вологий, без нальоту. Огляд живота: Форма: помірно роздутий, симетричний. Пальпація: болючість в епігастральній ділянці та навколо пупка, мезогастрії. Печінка: не збільшена. Селезінка: не пальпується.

Перкусія: вільна рідина не визначається. Симптоми подразненої очеревини відсутні. Випорожнення рідкі, не сформовані, пінисті з домішками слизу.

Серцево-судинна система. Аускультация серця: тони серця звучні, ритмічні.

Ps: 78 уд./хв. АТ: 110/60 мм рт. ст.

Дихальна система. Аускультация легень: дихання везикулярне, хрипів немає.

З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові:

Гемоглобін: 130 г/л

Еритроцити: $4,5 \times 10^9$ /л

Лейкоцити: $6,8 \times 10^9$ /л

Тромбоцити: 250×10^9 /л

ШОЕ: 8 мм/год

Біохімічний аналіз крові:

Загальний білок: 68 г/л

Альбумін: 37 г/л

С-реактивний білок: 1 мг/л

АЛТ: 29 Од/л

АСТ: 20 Од/л

Лужна фосфатаза: 190 Од/л

Загальний білірубін: 15,6 мкмоль/л

Залізо: 7 мкмоль/л

Феритин: 10 мкг/л

Відеоезофагогастроуденоскопія:

Заключення: Еритематозна гастропатія.

Рентгенографія органів грудної клітки:

Заклучення: Вогнищево-інфільтративних змін не виявлено.

УЗД ОЧП та нирок:

Заклучення: Патологічних структурних змін не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3.

Завдання 1. Заповніть таблицю показань та особливостей проведення водневих дихальних тестів при ентеропатіях :

Назва водневого дихального тесту	Субстрат, з яким виконується тест	Показання до використання, інтерпретація тесту
Лактозний	Лактоза	Діагностика ...

Завдання 2. Заповніть таблицю основних позакишкових проявів целиакії з інтерпретацією патофізіологічних причин їх формування:

Клінічний прояв	Інтерпретація причин
Залізодефіцитна анемія	Порушення всмоктування ...

Завдання 3. Заповніть таблицю обов'язкових обстежень хворому з підозрою на целиакію:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Серологічний аналіз крові в визначенням: - Антитіл до ... - Антитіл до ...	Наявність специфічної імунної відповіді...

2.	Генотипування визначенням показників:	3	
3.			

Завдання 4. Перерахуйте злакові – основні джерела глютену:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Завдання 5. Перерахуйте критерії ефективності лікування целиакії:

1. нормалізація стільця_____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 6. Напишіть сучасні препарати, які рекомендовані для лікування СНБР у тонкій кишці:

- 1.
- 2.
- 3.

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з наведених злакових можна безпечно споживати хворим на целиакію?

- A. пшениця
- B. жито
- C. ячмінь
- D. кукурудза
- E. овес

2. Нелікована целиакія є причиною наступних ускладнень, окрім :
- A. Т-клітинна лімфома
 - B. залізодефіцитна анемія
 - C. рефрактерна целиакія
 - D. мелена
 - E. полінейропатія
- 3 Який з перерахованих препаратів відноситься до препаратів першої лінії в лікуванні СНБР у тонкій кишці?
- A. амоксицилін
 - B. тетрациклін
 - C. ріфаксимін
 - D. метронідазол
 - E. циклоспорин
4. До найбільш частих джерел прихованого глютену належить все, окрім:
- A. ковбаса
 - B. цільне молоко, кефір, сметана
 - C. шоколадні цукерки
 - D. готові соуси
 - E. сардельки
5. Класична целиакія виявляється :
- A. у всіх хворих із діагностовано целиакією
 - B. у половини хворих із діагностовано целиакією
 - C. менш, ніж у чверті хворих із діагностовано целиакією
 - D. у хворих з позакишковими проявами
 - E. усі відповіді вірні

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 39 років, звернулася на консультацію в клініку зі скаргами на ниючий біль в животі, діарею з домішками слизу 2-3 рази на день, виражене здуття живота, втрату ваги (4 кг за півроку), знижений апетит, загальну слабкість, шкірні висипання у вигляді кропивниці та свербіж. **З анамнезу захворювання** вищезазначені скарги почали турбувати близько 3 років. **З анамнезу життя:** хронічні захворювання: бронхіальна астма. Алергія на пилок і харчові продукти (горіхи, молочні продукти). Соціальний статус: працює в садочку вихователем. Постійний прийом препаратів: періодично антигістамінні.

Результати фізикального обстеження хворого: Загальний стан середнього ступеня важкості. Температура тіла: 36,7°C. Астенічної тілобудови. Індекс маси тіла – 20,2 кг/м². Шкірні покриви: звичайного кольору з висипанням у вигляді кропивниці. Видимі слизові оболонки: блідо-рожеві, без висипання.

Травна система. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Огляд живота: Форма: помірно роздутий, симетричний. Пальпація: болючість в епігастральній ділянці та навколо пупка, мезогастрії. Печінка: не збільшена. Селезінка: не пальпується. Перкусія: вільна рідина не визначається. Симптоми подразненої очеревини відсутні. Випорожнення рідкі, не сформовані, пінисті без патологічних домішок.

Серцево-судинна система. Аускультация серця: тони серця звучні, ритмічні. Ps: 68 уд./хв. АТ: 120/80 мм рт. ст.

Дихальна система. Аускультация легень: дихання везикулярне, хрипів немає. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові:

Гемоглобін: 125 г/л

Еритроцити: $3,8 \times 10^9$ /л

Лейкоцити: $4,9 \times 10^9$ /л

Тромбоцити: 225×10^9 /л

Еозинофіли: 12 %

ШОЕ: 4 мм/год

Біохімічний аналіз крові:

Загальний білок: 64 г/л

Альбумін: 39 г/л

С-реактивний білок: 2 мг/л

АЛТ: 33 Од/л

АСТ: 28 Од/л

Лужна фосфатаза: 182 Од/л

Загальний білірубін: 16,6 мкмоль/л

Імуноглобулін Е (IgE) – 800 МО/мл

Відеоезофагогастродуоденоскопія:

Заключення: Еритематозна гастродуоденопатія.

Біопсія слизової оболонки 12-палої кишки: Виражена еозинофільна інфільтрація. Відсутність атрофії ворсинок.

УЗД ОЧП та нирок:

Заклучення: Патологічних структурних змін не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 6. «Запальні захворювання кишечника. Синдром подразненої кишки»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів розпізнавати основні симптоми й синдроми при захворюваннях товстої кишки; ознайомити студентів з методами дослідження при захворюваннях товстої кишки, показаннями до їхнього застосування, методикою виконання діагностичною цінністю кожного з них; навчити самостійно трактувати результати проведених досліджень та призначати диференційоване лікування при синдромі подразненої кишки (СПК) і неспецифічних колітах (НК).

Студент повинен знати:

1. Визначення СПК згідно Римським критеріям діагностики.
2. Патогенез, класифікацію, клінічні прояви різних варіантів СПК.
3. Методи діагностики, критерії та критерії виключення діагнозу СПК.
4. Лікування різних форм СПК, класифікацію послаблюючих та антидіарейних засобів.
5. Визначення, етіологію та патогенез, класифікацію, методи діагностики виразкового коліту (ВК) та хвороби Крона (ХК). Особливості

клінічного перебігу ЗЗК залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу. Критерії діагностики.

6. Підходи до лікування ЗЗК, ускладнення ЗЗК.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів з симптомами ураження кишківника.
2. Скласти план обстеження хворих на СПК та ЗЗК.
3. Трактувати та інтерпретувати отримані дані рентгенологічного і ендоскопічного дослідження кишківника.
4. На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження діагностувати та проводити диференційну діагностику СПК, ВК і ХК, формулювати та обґрунтовувати діагноз.
5. Скласти план лікування хворих на СПК та ЗЗК.
6. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Запальні захворювання кишечника (ЗЗК)	Група хронічних захворювань, що спричиняють запалення шлунково-кишкового тракту.
Синдром подразненої кишки	Комплекс функціональних розладів кишківника, який продовжується більш ніж 3 місяці на протязі останніх 6 місяців та включає в себе абдомінальний біль або дискомфорт в животі, які знаходяться у взаємозв'язку з актом дефекації або зі змінами кишкового стільця (запор та / або діарея, змішані варіант), при якому в процесі ретельного дослідження пацієнта не вдається

	виявити жодних органічних причин дисфункції кишківника.
Діарея	Стан, при якому пацієнт виділяє кал надто рідкої консистенції (рідкий або напів рідкий) зі збільшеною частотою випорожнень (>3/добу).
Закреп	Занадто мала частота випорожнень (≤ 2 /тиж.; важкий закреп - ≤ 2 випорожнень на місяць) або тверді випорожнення, що виділяються з зусиллям, часто з відчуттям неповного випорожнення кишечника.
Виразковий коліт	Ідіопатичне хронічне запальне захворювання товстої кишки, що переважно вражає пряму кишку та характеризується тривалим запаленням і виразкуванням слизової і підслизової оболонок кишки, з можливими системними та позакишковими проявами та ускладненнями.
Хвороба Крона	Хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується трансмуральним, гранулематозним запаленням з сегментарним ураженням різних відділів шлунково-кишкового тракту, з можливими системними та позакишковими проявами та ускладненнями.

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 1 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 258 с.
3. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.
4. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)». Наказ МОЗ України від 6.10.2023 року №1742.
6. Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 p.
7. <https://www.dec.gov.ua/mtd/zapalni-zahvoryuvannya-kyshechnyka/>

Додаткова:

1. Patel N, Shackelford K. Irritable Bowel Syndrome. 2022 Jul 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30521231.
2. Davidsons Principles and Practice of medicine 24ed 2022
3. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. – Medicine, 2020. – 464 p.
4. Clinical Practice in the Prevention, Diagnosis and Treatment of Vitamin D Deficiency: A Central and Eastern European Expert Consensus Statement. Nutrients. 2022; 2;14(7):1483. <https://doi.org/10.3390/nu14071483>

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Ознаки легкого ступеня тяжкості ВК:

1.	Діарея	Менше 4 разів на добу
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 2. Кишкові ускладнення ВК :

Токсична дилатація кишки

Завдання 3. Ендоскопічні ознаки форми середньої тяжкості ВК:

1. «Зерниста» слизова оболонка _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 4. Характерними симптомами ХК являються:

6. Хронічна діарея (іноді нічна) _____
7. _____
8. _____

9. _____
10. _____
11. _____

Завдання 5. Симптоми «червоних прапорів» зі скарг та анамнезу, що виключають діагноз СПК:

1. Немотивована втрата маси тіла _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 6. Лікування СПК з переважанням закрепу:

Перша лінія:

1. Дієта зі збільшенням харчової клітковини (фрукти, овочі)

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Друга лінія:

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги

Жінка, 34 роки, звернулася зі скаргами на біль у лівій половині живота, часті (до 12 разів на добу) рідкі випорожнення з домішками крові та слизу, загальну слабкість, підвищення температури тіла до 37,8°C.

Вік: 34 роки

Професія: менеджер з продажів

Зріст: 165 см

Вага: 58 кг

Anamnesis morbi

Погіршення стану почалося 3 тижні тому з появи діареї. Протягом останнього тижня з'явилися домішки крові у випорожненнях і біль у животі. Зв'язує загострення із сильним стресом. Вважає себе хворою близько року, коли вперше з'явилися симптоми. Лікувалася самостійно дієтою, ефект був тимчасовий.

Anamnesis vitae

Не палить. Алкоголь вживає рідко. У раціоні переважають вуглеводи. Родинний анамнез обтяжений — у матері діагностований виразковий коліт.

Результати фізикального обстеження хворого

Загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної статури. Шкіра бліда, суха. Живіт м'який, болючий при пальпації в лівій клубовій ділянці. Печінка та селезінка не збільшені.

Результати додаткових методів досліджень

- **Аналіз крові:**
 - Ер. — $3,8 \times 10^{12}/л$
 - Нв — 101 г/л
 - Лейк. — $15,2 \times 10^9/л$

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

—

—

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який симптом найчастіше зустрічається при виразковому коліті?

- A. Лихоманка
- B. Артралгії
- C. Діарея з кров'ю
- D. Анорексія
- E. Анемія

2. Для якого захворювання кишечника раннім рентгенологічним симптомом є "зерниста" слизова оболонка?

- A. Хвороби Крона
- B. Раку товстої кишки
- C. Виразкового коліту
- D. Хвороби Уіпла
- E. Множинного поліпозу товстої кишки

3. Група препаратів патогенетичної терапії виразкового коліту:

- A. Препарати 5- аміносаліцилової кислоти
- B. Цитостатики
- C. Гемотрансфузії та білкові препарати
- D. Вітаміни
- E. Пробіотики

4. Патогенетичне лікування при хворобі Крона:

- А. Месалазин
- В. Домперидон
- С. Викасол
- Д. Линекс
- Е. Креон

5. Основою діагностики синдрому подразненого товстого кишечника є такі ознаки :

- А. Тенезми
- В. Схуднення
- С Абдомінальний біль/дискомфорт в животі, які знаходяться у взаємозв'язку з актом дефекації
- Д. Кров у випорожненнях
- Е. Лихоманка

Варіант 2.

Завдання 1.

Ознаки середнього ступеня тяжкості ВК:

1.	Діарея	Від 4 до 6 разів на добу
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 2.

Позакишкові прояви ВК :

Шкіра і слизові оболонки: вузлувата еритема,

Завдання 3.

Ендоскопічні ознаки важкої форми ВК:

1. Інтенсивне некротизуюче запалення _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 4.

Перерахуйте препарати патогенетичної терапії ХК:

1. Глюкокортикоїди - топічні,
2. _____
3. _____
4. _____

Завдання 5.

Лабораторні дослідження при підозрі на ЗЗК :

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. Фекальний кальпротектин _____

Завдання 6.

Лікування СПК з переважанням діареї:

Перша лінія:

1. Дієта _____ зі _____ зменшенням _____ харчової клітковини _____

2. _____

Друга лінія:

1. _____

2. _____

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням

немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги

Чоловік, 27 років, звернувся зі скаргами на частий (до 6 разів на добу) рідкий стілець із домішками крові та слизу, періодичний біль у правій нижній частині живота, зниження ваги на 7 кг за останні два місяці, загальну слабкість, лихоманку до 38,5°C.

Вік: 27 років

Професія: інженер

Зріст: 175 см

Вага: 63 кг

Anamnesis morbi

Симптоми почалися близько 4 місяців тому з періодичної діареї, яку пов'язує зі стресом та нерегулярним харчуванням. Останні 2 тижні стан погіршився, з'явилися сильні болі в животі, підвищення температури та виражена слабкість. Раніше подібних симптомів не спостерігалось.

Anamnesis vitae

Не палить. Алкоголь вживає рідко. Харчування нерегулярне. Хронічні захворювання у родині: мати страждала від виразкового коліту.

Результати фізикального обстеження хворого

Загальний стан середньої тяжкості. Астенічної статури. Шкіра бліда. Живіт м'який, болючий при пальпації в правій клубовій ділянці. Симптоми подразнення очеревини відсутні. Печінка та селезінка не збільшені.

Результати додаткових методів дослідження

- **Аналіз крові:**
 - Ер. — $4,1 \times 10^{12}/л$
 - Нв — 112 г/л
 - Лейк. — $14,8 \times 10^9/л$
 - ШОЕ — 40 мм/год
- **Біохімічний аналіз крові:**
 - Альбумін — 38 г/л
 - С-реактивний білок — 28 мг/л
- **Колоноскопія:** сегментарні ураження слизової оболонки з виразками, ділянки нормальної слизової між ураженнями («кам'яна бруківка»).
- **Біопсія:** гранулематозне запалення без ознак казеозного некрозу.
- **УЗД черевної порожнини:** потовщення стінки термінального відділу клубової кишки до 7 мм, регіонарний лімфаденіт.

Попередній діагноз:

1. При виразковому коліті кал має вигляд:

A. Пінистого

B. Овечого

C. Малинового желе

D. Профузної кровотечі з дистальних відділів кишечника

E. Діареї з кров'ю, слизом, іноді гноєм

2. Який фактор відіграє основну роль у виникненні виразкового коліту?

A. Кишкові інфекції

B. Хронічний ентероколіт

C. Авітаміоз

D. Імунологічні порушення

E. Нефрогенний фактор

3. Одним з основних препаратів при лікуванні виразкового коліту є:

A. Месалазин

B. Діазолін

C. Діклофенак

D. Аспірин

E. Кризанол

4. Клінічні симптоми при хворобі Крона:

A. Ядуха

B. Збільшення маси тіла

C. Діарея

Д. Гіпотермія

Е. Гіпертензія

5. Болі у животі, що зумовлені синдромом подразнення товстої кишки, пов'язані, як правило:

А. З погодою

В. З фізичним навантаженням

С. З курінням

Д. З дефекацією

Е. З нічним часом доби

Варіант 3.

Завдання 1.

Ознаки важкого ступеня тяжкості ВК:

1.	Діарея	Більше 6 разів на добу з макроскопічно видимою кров'ю
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 2.

Характерні симптоми ВК :

Діарея з домішками крові та слизу

Завдання 3.

Ендоскопічні ознаки легкої форми ВК:

1. Дифузна гіперемія _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 4.

Ускладнення ЖК:

1. Кишкова непрохідність _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 5.

Лабораторні показники-симптоми «червоних прапорів», що виключають діагноз СПК:

1. Кров у калі _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 6.

Лікування змішаного варіанту СПК:

Перша лінія:

Спазмолітичні агенти (пінаверію бромід,)

Друга лінія:

1. _____

2. _____

3. _____

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги

Жінка, 29 років, звернулася зі скаргами на періодичний спастичний біль у животі, часті рідкі випорожнення (3–5 разів на день) з домішками слизу, здуття живота, відчуття неповного випорожнення після дефекації. Біль зменшується після дефекації та відходження газів.

Вік: 29 років

Професія: бухгалтер

Зріст: 165 см

Вага: 60 кг

Anamnesis morbi

Перші симптоми з'явилися близько двох років тому. Погіршення стану спостерігалось протягом останнього місяця, що пацієнтка пов'язує з підвищеним рівнем стресу на роботі. Зауважує чергування діареї та періодів запорів. Апетит не порушений, втрати ваги немає.

Anamnesis vitae

Не палить. Алкоголь вживає рідко. Харчується нерегулярно, зловживає кавою. В анамнезі емоційна лабільність. Хронічні захворювання у родині відсутні.

Результати фізикального обстеження хворого

Загальний стан задовільний. Астенічна статура. Шкіра звичайного кольору. Живіт м'який, болючий при пальпації в нижніх відділах, особливо в лівій клубовій ділянці. Печінка та селезінка не збільшені.

Результати додаткових методів дослідження

- **Аналіз крові:** без патологічних змін.
- **Біохімічний аналіз крові:** показники в межах норми.
- **Загальний аналіз калу (копрограма):** не виявлено патологічних змін.
- **Тест на фекальний кальпротектин:** у межах норми.
- **Колonosкопія:** структурних змін не виявлено.

Попередній діагноз:

—

—

—

—

Обґрунтування діагнозу:

—

—

—

—

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

—

—

—

—

—

—

—

—

—

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Кал має вигляд "овечого" при?

- A. Псевдомембранозному коліті
- B. Хворобі Крона
- C. Виразковому коліті
- D. Синдромі подразненого кишечника
- E. Виразковій хворобі

2. Провідну роль у розвитку виразкового коліту відіграють:

- A. Інфекційні фактори
- B. Вірулентність анаеробних бактерій

- C. Сенсibiliзація слизової оболонки до бактеріальних токсинів
 - D. Денатурація кишкового слизу
 - E. Порушення імунних реакцій
3. При хворобі Крона на початку захворювання найчастіше уражається:
- A. Термінальний відділ товстої кишки
 - B. Сліпа кишка
 - C. Шлунок
 - D. Термінальний відділ здухвинної кишки (термінальний ілеїт)
 - E. Ротова порожнина
4. Системні прояви виразкового коліту:
- A. Абдомінальний біль
 - B. Кров у випорожненні
 - C. Артрити
 - D. Тенезми
 - E. Метеоризм
5. Найбільш ефективними препаратами при лікуванні виразкового коліту є:
- A. Біологічні агенти
 - B. Месалазин
 - C. Пробіотики
 - D. Спазмолітики
 - E. Антибіотики

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 7. «Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні порушення біліарного тракту»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів розпізнавати основні симптоми й синдроми при жовчнокам'яній хворобі (ЖКХ) та інших біліарних порушеннях; ознайомити студентів з методами дослідження, які використовуються при діагностиці ЖКХ та інших захворюваннях жовчовивідних шляхів (ЖВШ), показаннями до їхнього застосування, методикою виконання, діагностичною цінністю кожного з них; навчити самостійно трактувати результати проведених досліджень та призначати диференційоване лікування при захворюваннях жовчовивідних шляхів.

Студент повинен знати:

7. Визначення терміну «ЖКХ», чинники ризику, класифікацію, клінічні симптоми ЖКХ та їх клінічне значення, можливі ускладнення, методи діагностики та лікування захворювання.

8. Визначення терміну «хронічний холецистит (ХХ)», чинники ризику, значення інфекції, порушень моторики та дисхолії у розвитку ХХ, класифікацію, клінічні симптоми ХХ та їх клінічне значення, методи діагностики та лікування захворювання.

9. Визначення терміну «функціональні біліарні порушення», чинники ризику, класифікацію, їх клінічні симптоми, методи діагностики та лікування.

10. Обґрунтування вибору та технології застосування препаратів етіотропної, патогенетичної терапії.

Студент повинен вміти:

12. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів на жовчнокам'яну хворобу, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення.

13. Трактувати та інтерпретувати отримані дані загального та біохімічного аналізу крові.

14. Трактувати та інтерпретувати отримані дані мікробіологічного та біохімічного дослідження жовчі.

15. Трактувати та інтерпретувати дані оглядової рентгенографії черевної порожнини щодо оцінки ступеня вапнування жовчних конкрементів.

16. Трактувати та інтерпретувати дані сонографічного дослідження печінки, жовчних протоків та жовчного міхура (ЖМ).

17. На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження діагностувати жовчнокам'яну хворобу, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення та на основі цього вміти проводити диференційну діагностику, формулювати та обґрунтовувати діагноз.

18. Скласти план лікування (не медикаментозного та медикаментозного), оцінювати відповідність конкретного пацієнта критеріям успішної пероральної літолітичної терапії та призначати схему її проведення.

19. Проводити первинну та вторинну профілактику жовчнокам'яної хвороби, хронічного холециститу та функціональних біліарних порушень.

20. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Жовчнокам'яна хвороба	Захворювання гепатобіліарної системи, обумовлене порушенням обміну холестерину та/або жовчних кислот, яке характеризується утворенням конкрементів у жовчному міхурі і (або) жовчних протоках.
Хронічний холецистит	Захворювання обумовлене запаленням жовчного міхура переважно бактеріального походження, яке виникає при дискінезіях жовчовивідних шляхів, за наявності конкрементів жовчного міхура і без них, паразитарних інвазіях.
Функціональні порушення біліарного тракту	Комплекс клінічних симптомів, які розвиваються внаслідок моторно-тонічної дисфункції жовчного міхура і (або) сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів.
Дисфункція жовчного міхура	Порушення скоротливої функції жовчного міхура, яке виявляється болем біліарного типу.
Дисфункція сфінктера Одді	Функціональний біліарний розлад, обумовлений порушення його скоротливої функції, яке заважає нормальному відтоку жовчі і панкреатичного секрету у

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 1 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 258 с.
3. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
4. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3109>
5. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.I.1.16>.
6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 2 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 778 с.
7. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.
8. Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 p.

Додаткова:

1. Клінічний огляд за Маклаудом: 15-е видання / Анна Р. Довер, Дж. Аластер Іннес, Карен Фейргерст. К.: ВСВ «Медицина», 2024. – 470 с. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.
2. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.
3. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. – Medicine, 2020. – 464 p.

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1.

Перерахуйте стадії розвитку ЖКХ:

1. Фізико-хімічна _____
2. _____
-
3. _____
-

Завдання 2.

Заповніть таблицю основних міхурових симптомів:

Симптом	Ознаки ураження органів/систем
Симптом Ортнера	Болючість при постукуванні по краю правої ребрової дуги

Завдання 3.

Перерахуйте показання до медикаментозного літолізу:

1. Холестеринові конкременти (1-5 рентгеннегативні конкременти в тілі, що легко зміщуються і спливають при зміні положення, розміром 1,5-2 см)
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 4.

Перерахуйте ускладнення ЖКХ:

1. Гострий холецистит

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

Завдання 5.

Назвіть інструментальні обстеження для виявлення діагностичних ознак біліарних дискінезій:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Вид жовтяниці при жовчокам'яній хворобі:
 - A. Паренхіматозна
 - B. Механічна
 - C. Аутоімунна
 - D. Надпечінкова

Е. Функціональна

2. Діагноз дискінезії жовчовивідних шляхів ставиться у такому випадку:
- А. Порушення моторно-евакуаторної функції жовчного міхура і жовчних шляхів без анатомічного порушення і запалення в них
 - В. При наявності синдрому диспепсії
 - С. Порушення моторно-евакуаторної функції жовчних шляхів при наявності анатомічного порушення і запалення в них
 - Д. При наявності неврозів та гормональних розладів
 - Е. За рахунок вісцero-вісцеральних рефлексів при захворюваннях шлунково-кишкового тракту
3. Клінічна ознака, найбільш характерна для хронічного холециститу:
- А. Болі в правому підребер'ї
 - В. Відрижка
 - С. Здуття живота
 - Д. Закреп
 - Е. Печія
4. Симптом, що свідчить про приєднання холангіту до хронічного холециститу:
- А. Блювота
 - В. Слиноточа
 - С. Гектична температура з ознобом
 - Д. Слабкість, роздратованість
 - Е. Болі в епігастральній ділянці та точці проекції жовчного міхура
5. Групи препаратів, які призначають з метою нормалізації моторно-евакуаторної функції жовчовивідних шляхів та усунення спазму сфінктера Одді при хронічному холециститі:
- А. Ферменти
 - В. Антациди
 - С. Селективні антагоністи Са
 - Д. Блокатори H₂-гістамінових рецепторів
 - Е. Блокатори протонної помпи

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 40 років звернулась з приводу періодичного болю у правому верхньому квадранті живота, який триває 1-2 години. Біль не посилюється під час або після прийому їжі.

Вік 56 років, зріст 165 см, вага 85 кг

Anamnesis morbi:

Поява больового синдрому спостерігається протягом останніх трьох місяців. Схожі болі були пацієнтки два роки тому з приводу чого була проведена холецистектомія. Останній напад болю був два дні тому

Anamnesis vitae: В анамнезі цукровий діабет 2-типу з приводу чого приймає метформін, також пацієнтка страждає на гіпертонічну хворобу.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Нормостенічної тіло будови. Шкіра блідо-рожевого кольору. Язик сухий, обкладений біло-жовтим нальотом, живіт симетричний, здутий, при пальпації чутливий в правому підребер'ї в точці Кера. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. - $4,2 \times 10^{12}/л$; Нв. 135 - г/л; лейкоц. - $7,6 \times 10^9/л$; сегм-55, пал.-3, еоз.-1, базоф.-1, лімф.- 35, моноцит.-5, тромбоц. - $253 \times 10^9/л$; ШОЕ - 15 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. – 70,0 г/л, альбумін – 45,0 г/л; білір.заг. - 45,8 ммоль/л; АлАТ - 87,1 Од/л; АсАТ - 65, Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 75 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л; Од/л; глюкоза - 7,0 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,5%.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка збільшена, передньо - задній розмір правої частки 160 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, підвищеної ехогенності. Ворітна вена $d = 8$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур видалений. Загальна жовчна протока розширена 15 мм. Підшлункова залоза, візуалізується повністю, розміри 25x17x20 мм, підвищенна ехогенність, контур хвилястий, структура однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 6 мм.

Попередній діагноз: _____

Обґрунтування

діагнозу: _____

План

обстеження: _____

Лікування:

1.Режим

2.Немедикаментозне

лікування _____

3. Медикаментозне лікування _____

Варіант 2.

Завдання 1.

Класифікація ЖКХ за клінічним перебігом:

1. Безсимптомні конкременти ЖМ

2. _____

—

3. _____

—

Завдання 2.

Заповніть таблицю етіологічних та патогенетичних розбіжностей трьох типів жовчних конкрементів:

Холестеринові конкременти		
Порушення обміну речовин		
Перенасичення жовчі холестерином		

Завдання 3.

Назвіть варіанти лікування ЖКХ:

1. Пероральна літолітична терапія

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Завдання 4.

Перерахуйте додаткові обстеження при хронічному холециститі:

1. Загальний аналіз крові

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Завдання 5.

Заповніть таблицю критеріїв типів біліарної дисфункції сфінктера Одді:

1 тип	2 тип	3 тип
Напад болю біліарного типу у поєднанні з 3 наступними ознаками:		

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Механізми розвитку ЖКХ?

А. Запальний

В. Обмінний

С. Дегенеративний

Д. Травматичний

Е. Спадковий аутосомно-домінантний

2. Симптом Мерфі – це:

А. Болючість при постукуванні по краю правої ребрової дуги

В. Поява або посилення болю при постукуванні на висоті вдиху в точці жовчного міхура

С. Болючість при натисканні між ніжками правого грудинно-ключично-соскоподібного м'яза

Д. Посилення болю при пальпації в правому підребер'ї під час глибокого вдиху

Е. Пальпація збільшеного жовчного міхура у вигляді гладкого болючого утворення

3. Найбільш інформативний та безпечний метод для підтвердження дискінезії жовчних шляхів:

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Лапароскопія
- C. Холецистографія
- D. Фракційне дуоденальне зондування
- E. Діагностична лапаротомія

4. Скільки триває фаза закритого сфінктера Одді при фракційному дуоденальному зондуванні?

- A. 2-6 хвилин
- B. 10-15 хвилин
- C. 20 хвилин
- D. 30-40 хвилин
- E. 60 хвилин

5. Які з наведених використовуються з метою терапевтичного літолізу?

- A. Налідіксова кислота
- B. Урсодезодезоксихолева кислота
- C. Ферменти
- D. 5-аміносаліцилова кислота
- E. Ацетилсаліцилова кислота

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

- b. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- c. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- d. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- e. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- f. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- g. Скласти план додаткових обстежень.
- h. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний

чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 72 років звернулась з приводу постійного болю у правому верхньому квадранті живота, який іррадіює в спину, нудоти та підвищення температури до 38⁰С.

Anamnesis morbi:

Зі слів пацієнтки дані симптоми з'явилися два дні тому після вживання великої кількості жирної їжі. Схожі симптоми спостерігалися кілька місяців тому, проте тривалість болю була кілька годин.

Anamnesis vitae: В анамнезі цукровий діабет 2-типу також пацієнтка страждає на гіпертонічну хворобу та має хронічну хворобу нирок.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої важкості. Шкіра блідо-рожевого кольору. Язик сухий, обкладений біло-жовтим нальотом, живіт симетричний, здутий, при пальпації болісний в точці Кера, також спостерігається позитивний симптом Мерфі та Ортнера справа. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. Збоку інших органів і систем без патологічних ознак. Температура тіла 38,1⁰С.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. - $3,2 \times 10^{12}/л$; Нв. 115 - г/л; лейкоц. - $15,6 \times 10^9/л$; сегм.75, пал. 15, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 10, моноцит.-5, тромбоц. - $253 \times 10^9/л$; ШОЕ – 45 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. – 70,0 г/л, альбумін – 45,0 г/л; білір.заг. - 32,8 ммоль/л; АлАТ - 60,1 Од/л; АсАТ - 50, Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 140 Од/л; креатинін - 150 мкмоль/л; сечовина - 9,7 мкмоль/л; глюкоза - 9,0 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,5%

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка збільшена, передньо - задній розмір правої частки 165 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, підвищеної ехогенності. Ворітна вена $d = 8$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур збільшений - 110 мм x 50 мм (норма до 80 мм x 30 мм), стінка потовщена 6,8, візуалізується вільна рідина біля стінки жовчного міхура. Холедох не розширений – до 5,5 мм. Підшлункова залоза, візуалізується повністю, розміри 24x8x15 мм, підвищенна ехогенність, контур хвилястий, структура однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 4 мм.

Попередній діагноз: _____

Обґрунтування

діагнозу: _____

План

обстеження: _____

Лікування:

1.Режим

—

2.Немедикаментозне

лікування _____

—

3.Медикаментозне

лікування _____

Варіант 3.

Завдання 1.

Класифікація ЖКХ за розмірами конкрементів:

1. Мікроліти (1-2 мм)

2. _____

—

3. _____

—

4. _____

—

Завдання 2.

Перерахуйте клінічні ознаки жовчної коліки:

1. Сильні болі тривалістю від 15хвилин до 5 годин

2. _____

—

3. _____

—

4. _____

—

5. _____

—

Завдання 3.

Назвіть показання до оперативного лікування ЖКХ:

1. Часто рецидивуючі жовчні коліки

2. _____

—

3. _____

—

4. _____

—

5. _____

—

6. _____

—

Завдання 4.

Назвіть ультразвукові критерії запалення в ЖМ:

1. Наявність тіні від стінок ЖМ

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Завдання5.

Характерні ознаки функціональних розладів моторики ЖМ і ЖВШ:

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Фактори ризику ЖКХ?

- A. Тютюнопаління
- B. Споживання великої кількості солі
- C. Спадкова схильність
- D. Вживання наркотичних засобів
- E. Забруднення навколишнього середовища

2. Який з наведених симптомів вказує на патологію жовчного міхура:

- A. Кушелєвського
- B. Шепельмана -Дегіо
- C. Менделя
- D. Кера
- E. Штельвага

3. Найбільш інформативний та безпечний метод для підтвердження хронічного холециститу:

- A. Рентгенологічне дослідження
- B. Лапароскопія
- C. Холецистографія
- D. Ультразвукова діагностика
- E. Діагностична лапаротомія

4. Який з перерахованих препаратів відноситься до літолітичних?

- A. Мефенамова кислота
- B. Нікотінова кислота
- C. Урсодезодезоксихолева кислота
- D. 5-аміносаліцилова кислота
- E. Ацетилсаліцилова кислота

5. Стан, для якого характерне виникнення болю при 5-моментному дуоденальному зондуванні:

- A. Аномалії розвитку жовчних шляхів
- B. Генералізованого звуження артерій сітківки
- C. Гіпотонічно-гіпокінетична дискінезія
- D. Поліпоз жовчного міхура
- E. Гіпертонічно-гіперкінетична дискінезія

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 50 років звернулась з приводу болю у правому верхньому квандранті живота.

Anamnesis morbi:

Зі слів пацієнтки болі виникають раптово після вживання їжі і тривають кілька годин та самотійно проходять. З приводу даного болю періодично звертається до гастроентеролога. Під час епізодів болю незначно підвищується активність АЛТ та АСТ.

Anamnesis vitae: В анамнезі холецистектомія 1 рік тому.

Загальний стан задовільний. Живіт симетричний, при пальпації болісний в точці Кера. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка

не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. Збоку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. - $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв. 127 - г/л; лейкоц. - $5,6 \times 10^9/л$; сегм.45, пал. 2, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 30, моноцит.-5, тромбоц. - $253 \times 10^9/л$; ШОЕ – 8 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. – 71,0 г/л, альбумін – 45,0 г/л; білір.заг. - 15,8 ммоль/л; АлАТ - 65,1 Од/л; АсАТ - 50, Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 110 Од/л; креатинін - 70 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л; глюкоза - 5,1 ммоль/л.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка не збільшена, передньо - задній розмір правої частки 135 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, нормальної ехогенності. Ворітна вена $d = 8$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур не розширений. Холедох розширений – до 13 мм. МРХПГ: розширення холедоха до 14 мм, без ознак холедохолітіазу. Підшлункова залоза, візуалізується повністю, розміри 21x9x18 мм, нормальної ехогенність, контур хвилястий, структура однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 4 мм.

Попередній діагноз: _____

Обґрунтування

діагнозу: _____

План

обстеження: _____

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування _____

—

3. Медикаментозне лікування _____

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 8. «Хронічний гепатит»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів виявляти основні симптоми та синдроми при хронічних гепатитах (ХГ), ознайомити студентів з методами дослідження при ХГ, показанням до їхнього застосування; самостійно складати програму обстеження і трактувати результати проведених досліджень, складати план лікування на основі даних доказової медицини.

Студент повинен знати:

1. Визначення терміну «ХГ»
2. Етіологічні чинники та патогенез ХГ.
3. Класифікацію ХГ
4. Основні клінічні та лабораторні синдроми при захворюваннях печінки

5. Програму лабораторних та інструментальних обстежень для встановлення етіологічного чиннику та ступеня активності процесу.
6. Найбільш часті ускладнення ХГ
7. Лікувальну програму при ХГ і найбільш частих його ускладненнях відповідно до даних доказової медицини.

Студент повинен вміти:

1. Користуватись клінічною термінологією відносно ХГ.
2. Виділяти клінічні синдроми при ХГ.
3. Встановити обстеження хворого із ХГ.
4. Оцінювати результати лабораторного і інструментального обстеження таких хворих.
5. Проводити диференційну діагностику ХГ.
6. Формулювати остаточний діагноз.
7. Розробляти тактику планового лікування, диференційовано призначити лікарські засоби в залежності від етіології, активності процесу, стадії захворювання.
8. Прогнозувати перебіг, перспективи життя і працездатності хворих із ХГ.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
ХГ	Хронічний поліетіологічний запально-деструктивний процес у печінці з помірним фіброзом та збереженням її часткової структури, який триває більш ніж 6 міс.
Аутоімунний гепатит (АІГ)	Прогресуюче запальне захворювання печінки невстановленої етіології, що протікає з гіперпродукцією гуморальної ланки імунітету з

	наявністю гіпергамаглобулінемії та аутоантитіл, що відповідає за імуносупресивну терапію.
Медикаментозно-індуковане ураження печінки	Дифузне запальне захворювання печінки в результаті токсичної дії препаратів на печінку з наявністю різного ступеня виразності фіброзу і переважно зі збереженою часточковою структурою печінки, що протікає без ознак поліпшення протягом більш ніж 6 місяців
Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ)	Поліетіологічний, дифузний, запальний та дисметаболічний процес, який триває більше 6 місяців та супроводжується гістіолімфолейкоцитарною інфільтрацією печінкових часток, гіперплазією перисинусоїдальних зірчастих клітин, жировою дистрофією гепатоцитів та фіброзом зі збереженням архітектоніки печінки
Стеатотична хвороба печінки, асоційована з метаболічною дисфункцією (МАСХП)	це захворювання, що характеризується накопиченням жиру в печінці (стеатоз) у пацієнтів із метаболічними порушеннями (ожирінням, інсулінорезистентністю, цукровим діабетом 2 типу чи дисліпідемією) за відсутності інших причин.
Печінково-клітинна недостатність	Порушення однієї або багатьох функцій печінки, що виникають внаслідок гострого або хронічного пошкодження її паренхіми.

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 584 с.
3. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
4. Стандарти медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дорослих». Наказ МОЗ України від 15 січня 2021 року № 49.
5. Стандарти медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих». Наказ МОЗ України від 15 січня 2021 року № 49.
6. <https://www.dec.gov.ua/mtd/virusnyj-gepatyt-v/>
7. <https://www.dec.gov.ua/mtd/virusnyj-gepatyt-s/>
8. <https://www.aasld.org/practice-guidelines/clinical-assessment-and-management-metabolic-dysfunction-associated-steatotic>

Додаткова:

1. 2021 Current Medical Diagnosis & Treatment 60th Anniversary edition by McGraw Hill, edited by Maxine A. Paradakis, Stephen J. McPhee, associated editor Michael W. Rabow
2. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. – Medicine, 2020. – 464 p.
3. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 1: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 408 p.
4. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A.

Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.

5. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/28274-dn_51_15_01_2021_dod.pdf
6. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/28271-dn_49_15_01_2021_dod.pdf
7. <https://www.dec.gov.ua/mtd/alkogolnyj-gepatyt/>
8. <https://www.dec.gov.ua/mtd/autoimunnyj-gepatyt/>
9. <https://www.aasld.org/practice-guidelines/chronic-hepatitis-b>
10. <https://www.aasld.org/practice-guidelines/hepatitis-c>
11. [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(24\)00329-5/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(24)00329-5/fulltext)
12. <https://www.aasld.org/practice-guidelines/clinical-assessment-and-management-metabolic-dysfunction-associated-steatotic>

<https://www.aasld.org/practice-guidelines/diagnosis-and-treatment-wilson-disease>

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1.

Заповніть таблицю стадій хронічної інфекції вірусного гепатиту В:

	HBsAg	HBeAg	Anti-HBe	Вірусне навантаження	АЛТ	Гістологія
НBeAg-позитивна хронічна HBV-інфекція (Імунотолерантна фаза)	+	+	-	+++	Норма/ Низький	Норма/ мінімальні некротично-запальні зміни

НВеАg-позитивний хронічний гепатит В (Імунореактивна фаза)						
НВеАg-негативна хронічна НВV- інфекція (Фаза неактивного носіїства, або іммунного контролю)						
НВеАg-негативний хронічний гепатит В (Фаза уникнення іммунної відповіді)						
НВsАg-негативна фаза (Фаза реактивації)						

Завдання 2.

Вкажіть основні характеристики окремих клінічних синдромів при ХГ

Клінічний синдром	Ознаки
Астеновегетативний	
Диспептичний	

Геморагічний	Кровотечі з носа, ясен, підшкірні крововиливи, менорагії, кривава блювота, мелена

Завдання 3.

Напишіть зміни, що найбільш вірогідно будуть спостерігатися у результатах лабораторних та інструментальних методів дослідження у хворих на ХГ

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Загальний аналіз крові	Анемія, лімфопенія, збільшення ШОЕ, можливий розвиток лейкопенії
2.	Загальний аналіз сечі	
3.	Загальний білок сироватки і його фракції	
4.	Залізо і трансферин крові	
5.	УЗД органів черевної порожнини	
6.	Гістоморфологічне дослідження біоптату печінки	

Завдання 4.

Дайте коротку характеристику наступним ускладненням ХГ

Ускладнення	
Цироз печінки	Кінцева стадія розвитку хронічного гепатиту, що характеризується значним зменшенням кількості клітин печінки, різко вираженою фіброзною реакцією, перебудовою структури паренхіми і судинної мережі печінки з розвитком портальної гіпертензії та утворенням структурно-аномальних регенераторних вузлів.
Печінкова енцефалопатія	
Гепаторенальний синдром	
Гепатоцелюлярна карцинома	

--	--

Завдання 5.

Заповніть таблицю. Схеми лікування АІГ:

Схема 1	Схема 2	Схема 3	Схема 4
<p>Преднізолон 1 - 1,5 мг/кг/добу протягом 2 місяців з поступовим зниженням добової дози по 5 мг кожні 2-3 тижні до 20 - 25 мг. Надалі зниження проводять по 2,5 мг через 2-3 тижні до 15 мг на добу, далі - по 1,25 мг до 10 -12,5 мг/добу.</p>			

Завдання 6.

Перерахуйте препарати для лікування хронічного вірусного гепатиту В

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Тестові запитання.

Виберіть правильну відповідь:

1. Який протівірусний препарат використовується для лікування ВГВ:

- А. Ацикловір
- В. Тенофовір
- С. Софосбувір
- Д. Аміксин
- Е. Зидовудин

2. Які біохімічні синдроми характерні для хронічного гепатиту?

- А. Синдром цитолізу та печінкової гіперазотемії
- В. Синдром недостатності синтетичної функції печінки та цитолізу
- С. Синдром холестазу та імунного запалення
- Д. Всі перераховані
- Е. Жоден з перерахованих

3. Що характерно для симптому “малої печінкової недостатності”?

А. Безсоння, сверблячка шкіри, набряки

В. Сонливість, збільшення печінки, лейкоцитоз

С. Сонливість, минуща жовтяниця, підвищена кровоточивість

Д. Безсоння, асцит, “печінкові знаки”

Е. Асцит, портальна гіпертензія, судинні “зірочки”

4. Які діагностичні критерії підтверджують аутоімунний гепатит?

А. Холестаза, ефект при призначенні холеретиків

В. Гіпергаммаглобулінемія, прискорення ШОЕ, ефект від прийому глюкокортикоїдів

С. Збільшення печінки, підвищення трансаміназ і лужної фосфатази в крові

Д. Збільшення печінки, підвищення вмісту білірубіна, ефективність гепатопротекторів

Е. Ефективність від призначення протівірусних засобів, вітамінотерапії

5. Назвіть препарат, що на сьогодні застосовується в схемах лікування хронічного вірусного гепатиту С без цирозу печінки:

А. Ентекавір

В. Тенофовір

С. Софосбувір

Д. Пегельований інтерферон

Е. Рибавірин

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся зі скаргами на постійну слабкість, швидку втомлюваність, тяжкість у правому підребер'ї, що посилюється після фізичних навантажень, зниження апетиту та періодичні нудоти. Відмічає свербіж шкіри.

Вік: 42 роки, **професія:** водій-міжнародник.

Зріст: 175 см, **вага:** 68 кг.

Anamnesis morbi: Симптоми з'явилися близько 8 місяців тому, коли помітив підвищену стомлюваність. Останні 2 місяці відчуває погіршення: тяжкість у правому підребер'ї стала постійною, з'явився свербіж шкіри. Вважає, що хвороба пов'язана з хірургічним втручанням 5 років тому (переливання крові після ДТП). Лікування не проводив, до лікаря звернувся вперше.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь вживає рідко. Переніс хірургічне втручання (лапаротомія). Контакт із гепатотоксичними речовинами або інфікованими пацієнтами заперечує.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан: середньої тяжкості. Нормостенічної статури.

Шкірні покриви: помірно жовтушні, помітні судинні "зірочки" на грудній клітці.

Язик: вологий, із тонким білим нальотом.

Живіт: м'який, помірно збільшений у розмірах. Печінка пальпується на 3 см нижче краю реберної дуги, помірно болюча. Селезінка не пальпується. Асцити немає. Відділи товстої кишки без особливостей.

Зі сторони інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові:

Ер. – $4,3 \times 10^{12}/\text{л}$, Нь – 125 г/л, Нt – 38%;

Лейк. – $5,2 \times 10^9/\text{л}$, сегм. – 58%, лімф. – 33%, моноц. – 6%;

Тромбоц. – $185 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ – 15 мм/год.

Біохімічний аналіз крові:

Загальний білок – 70 г/л; альбумін – 38 г/л; загальний білірубін – 26,4 ммоль/л (прямий – 18,1 ммоль/л); АЛАТ – 95 Од/л, АсАТ – 80 Од/л; ГГТ – 75 Од/л; ЛФ – 120 Од/л; Креатинін – 88 мкмоль/л; сечова кислота – 330 мкмоль/л; С-реактивний білок – 4 мг/л.

Загальний аналіз сечі: Колір темно-жовтий, прозорість збережена. Питома вага – 1025. Реакція (рН) – кисла (5,5). Білок – відсутній. Глюкоза – відсутня.

Білірубін – присутній (сліди). Уробілін ++. Лейкоцити – 1-2 у полі зору. Еритроцити – поодинокі, незмінені. Епітелій – поодинокий плоский. Циліндри, солі – відсутні.

Ультразвукове дослідження:

Печінка помірно збільшена: права частка – 160 мм, ліва – 90 мм. Контури рівні, капсула без патологічних змін. Паренхіма неоднорідна, підвищеної ехогенності, з окремими дрібними гіперехогенними ділянками (можливі прояви фіброзу). Ворітна вена – 11 мм, кровотік у нормі. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур звичайної форми та розмірів ($9,5 \times 3,8$ см), стінки до 0,3 см, вміст однорідний. Селезінка не збільшена (110×45 мм), ехоструктура однорідна. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

—

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

Завдання 1.

Заповніть таблицю маркерів вірусу гепатиту В.

	HbsAg	Анти-HBs	Анти-HBc IgM	Анти-HBc IgG
Інкубаційний період	+	-	+	-
Гострий гепатит В Активна фаза Початок реконвалесценції				
Реконвалесценція 3-6 міс 6-9 міс				
Післяінфекційний імунітет				
Вакцинація				
Хронічна інфекція/гепатит В персистенція				
Хронічна інфекція/гепатит В загострення				

Завдання 2.

Вкажіть основні характеристики окремих клінічних синдромів при ХГ

Клінічний синдром	Ознаки
Диспептичний	
Холестатичний	
Набряково-асцитичний	Затримка рідини, збільшення об'єму живота, набряки ніг

Завдання 3.

Напишіть зміни, що найбільш вірогідно будуть спостерігатися у результатах лабораторних та інструментальних методів дослідження у хворих на ХГ

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Загальний аналіз сечі	Без суттєвих змін, у випадку високої активності процесу можлива протеїнурія, мікрогематурія
2.	Білірубін та його фракції	
3.	Печінкові ферменти (АЛТ, АСТ, ЛДГ, ЛФ, ГГТ)	

4.	Коагулограма	
5.	Церулоплазмін у сироватці крові	
6.	Гістоморфологічне дослідження біоптату печінки	

Завдання 4.

Заповніть таблицю класифікації ХГ за вираженістю та розповсюдженістю фіброзу

Стадія	Характеристика фіброзу	Критерії
F0	Відсутність фіброзу	Нормальна сполучна тканина

Завдання 5.

До ускладнень інтерферонотерапії при хронічному вірусному гепатиті В відносяться:

Ранні:

1. Грипоподібна симптоматика

2. _____
3. _____
4. _____

Пізні

5. Імпотенція _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Завдання 6.

Напишіть схеми лікування хронічного вірусного гепатиту С без цирозу печінки залежно від генотипу

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Критерії ефективності лікування

1. _____
2. _____
3. _____

Тестові запитання.

Виберіть правильну відповідь:

1. Які з лікарських препаратів з найбільшою частотою можуть сприяти розвитку медикаментозно-індукованого ураження печінки?

- А. Антибіотики групи пеніцилінів
- В. Нестероїдні протизапальні препарати
- С. Туберкулостатичні препарати, контрацептиви
- Д. Серцеві глікозиди
- Е. Антагоністи кальцію, бета-блокатори

2. Який клінічний синдром найбільш характерний для хронічних гепатитів?

- А. Больовий
- В. Суглобовий
- С. Лихоманка
- Д. Астено-невротичний
- Е. Енцефалопатичний

3. Які зміни в печінці викликає реплікація вірусу у хворих хронічним гепатитом?

- А. Пряма цитотоксична дія
- В. Поразка печінкових ходів
- С. Імунні порушення з розвитком васкулітів
- Д. Ураження нервової системи печінки
- Е. Стаз жовчі

4. Які біохімічні зміни характерні для синдрому цитолізу?

А. Підвищення лужної фосфатази, зниження загального білка та холестерина

В. Зниження вмісту заліза та протромбіна, підвищення холестерина

С. Підвищення АСТ, АЛТ, ЛДГ

Д. Підвищення лужної фосфатази, протромбіна, білірубіна

Е. Зниження протромбіна та трансаміназ, підвищення білірубіна

5. Що є вирішальним фактором у постановці діагнозу хронічного гепатиту:

А. Вірусний гепатит у анамнезі

В. Дані гістологічного дослідження печінки

С. Наявність у сироватці крові HBS-антигену

Д. Жовтяниця, періодичні болі у правому підребер'ї, субфебрилітет

Е. Виявлення у крові α -фетопротеїну

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням

немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка звернулася зі скаргами на постійну слабкість, підвищену втомлюваність, тяжкість у правому підребер'ї, періодичну нудоту, зменшення апетиту, жовтушність склер та шкіри. Відзначає свербіж шкіри, темний колір сечі та знебарвлення калу протягом останнього місяця.

Вік: 36 років, **професія:** бухгалтер.

Зріст: 165 см, **вага:** 72 кг.

Anamnesis morbi: Зазначає, що симптоми слабкості та втомлюваності з'явилися близько 6 місяців тому, з часом додалися тяжкість у правому підребер'ї та свербіж шкіри. Жовтушність склер і шкіри з'явилася 3 тижні тому. Лікування не проводила, до лікаря звернулася вперше. Підозрює, що стан міг бути пов'язаний із перенесеною вірусною інфекцією 8 місяців тому.

Anamnesis vitae: Не палить, алкоголь не вживає. Хронічних захворювань не відзначала. В анамнезі два пологи без ускладнень. Перенесла вірусну інфекцію 8 місяців тому (ГРВІ). Сімейний анамнез обтяжений: у матері – ревматоїдний артрит.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан: середньої тяжкості.

Шкірні покриви: жовтушні, помітні судинні "зірочки" на передній поверхні грудної клітки, незначна екскоріація через свербіж.

Склери: жовтушність.

Язик: вологий, із білим нальотом.

Живіт: м'який, помірно болючий у правому підребер'ї. Печінка пальпується на 3 см нижче краю реберної дуги, помірно болюча. Селезінка не пальпується. Асцити немає.

Зі сторони інших органів і систем: патологічних змін не виявлено.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові:

Ер. – $4,2 \times 10^{12}/л$, Нь – 118 г/л, Нт – 37%;

Лейк. – $5,0 \times 10^9/л$, сегм. – 58%, лімф. – 32%, моноц. – 7%;

Тромбоц. – 155×10^9 /л; ШОЕ – 25 мм/год.

Біохімічний аналіз крові:

Загальний білок – 63 г/л; альбумін – 35 г/л; Загальний білірубін – 38,2 ммоль/л (прямий – 25,7 ммоль/л); АлАТ – 125 Од/л, АсАТ – 140 Од/л; ГГТ – 85 Од/л; ЛФ – 145 Од/л; Креатинін – 84 мкмоль/л; сечова кислота – 290 мкмоль/л; С-реактивний білок – 8 мг/л.

Загальний аналіз сечі: Колір темно-жовтий, прозорість збережена. Питома вага – 1030, рН – кисла (5.0). Білок – відсутній. Глюкоза – відсутня. Білірубін ++. Уробілін +++. Лейкоцити – 1-2 у полі зору. Еритроцити – поодинокі, незмінні.

Ультразвукове дослідження:

Печінка збільшена: права частка – 155 мм, ліва – 90 мм. Контури рівні, капсула без змін. Паренхіма неоднорідна, підвищеної ехогенності, з дрібними гіперехогенними зонами (ймовірно, початкові ознаки фіброзу). Ворітна вена – 12 мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур звичайної форми (9,2×4,0 см), стінки – 0,3 см. Селезінка не збільшена (110×50 мм). Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

— -

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3.

Завдання 1.

Заповніть таблицю маркерів аутоімунного вірусного гепатиту в залежності від типу захворювання, розшифруйте аббревіатури.

Тип 1	Тип 2	Тип 3
анти - SMA,		

ANA (антинуклеарні антитіла)		
------------------------------	--	--

Завдання 2.

Вкажіть основні характеристики окремих клінічних синдромів при ХГ

Клінічний синдром	Ознаки
Холестатичний	
Мезенхімально-запальний	
Енцефалопатичний	Зниження пам'яті, сонливість, періоди дезорієнтації, в часі та просторі, неадекватна поведінка

Завдання 3.

Заповніть таблицю біохімічних критеріїв активності хронічного гепатиту

Ступінь активності	Рівень АЛТ у крові
Неактивний ХГ	Норма

Завдання 4.

Перерахуйте аспекти лікування неалкогольної жирової хвороби печінки:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Завдання 5.

Напишіть орієнтовну схему лікування алкогольного гепатиту залежно від значень шкали Меддрей:

Завдання 6.

Заповніть таблицю стадій хронічної інфекції вірусного гепатиту В:

	HBsAg	HBeAg	Anti-HBe	Вірусне навантаження	АЛТ	Гістологія
HBeAg-позитивна хронічна HBV-інфекція (Імунотолерантна фаза)	+	+	-	+++	Норма/ Низький	Норма/ мінімальні некротично-запальні зміни
HBeAg-позитивний хронічний гепатит В (Імунореактивна фаза)						
HBeAg-негативна хронічна HBV-інфекція (Фаза неактивного носійства, або імунного контролю)						
HBeAg-негативний хронічний гепатит В (Фаза уникнення імунної відповіді)						
HBsAg-негативна фаза (Фаза реактивації)						

Тестові запитання.

Виберіть правильну відповідь:

1. Які позапечінкові ураження найбільше часто спостерігаються при хронічному гепатиті?

- А. Ураження серця
- В. Іридоцикліти
- С. Поліартрит, міозит
- Д. Дерматити
- Е. Нефротичний синдром

2. Які групи лікарських засобів використовують при лікуванні хронічного аутоімунного гепатиту?

- А. Гепатопротектори, холеретики
- В. Спазмолітики, холекінетики
- С. Глюкокортикоїди, імунодрепресанти
- Д. Протівірусні препарати, блокатори H₂-гістамінових рецепторів
- Е. В'язкі, препарати, що обволікають, вітаміни

3. Що є вирішальним фактором у постановці діагнозу хронічного гепатиту:

- А. Вірусний гепатит у анамнезі
- В. Дані гістологічного дослідження печінки
- С. Наявність у сироватці крові HBS-антигену
- Д. Жовтяниця, періодичні болі у правому підребер'ї, субфебрилітет
- Е. Виявлення у крові α -фетопротеїну

.

4. Лабораторний синдром недостатності гепатоцитів характеризується наступними показниками, крім одного:

- А. Гіпоамбулінемія
- Б. Гіпокаліємія
- С. Гіпопротромінемія
- Д. Гіпохолестерінемія

5. Які механізми набряково-асцитичного синдрому у хворих на хронічний гепатит?

- А. Недостатність функції нирок
- Б. Зниження онкотичного тиску плазми
- С. Недостатність кровообігу
- Д. Недостатність функції печінки
- Е. Недостатність наднирників

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням

немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік звернувся зі скаргами на постійну слабкість, інколи тяжкість у правому підребер'ї, періодичне здуття живота, особливо після вживання жирної їжі, та свербіж. Відзначає зниження працездатності та збільшення ваги на 10 кг за останні 6 місяців.

Вік: 48 років, **професія:** менеджер з продажу.

Зріст: 175 см, **вага:** 95 кг.

Anamnesis morbi: Симптоми з'явилися близько року тому, поступово прогресували. Спочатку це було легке відчуття дискомфорту в правому підребер'ї після прийому їжі, яке зараз стало майже постійним. Зауважує періодичні нудоти без блювання. Вважає, що стан пов'язаний із нерегулярним харчуванням та частим вживанням фастфуду. До лікаря звернувся вперше.

Anamnesis vitae: Палить (15 років, по 10 сигарет на день). Алкоголь вживає рідко, епізодично. В анамнезі ожиріння протягом 10 років. Сімейний анамнез: у матері цукровий діабет 2 типу.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан: задовільний.

Шкірні покриви: бліді, без висипань.

Живіт: м'який, помірно болючий у правому підребер'ї. Печінка пальпується на 3 см нижче краю реберної дуги, безболісна. Селезінка не пальпується. Асцити немає. Відділи товстої кишки без особливостей.

ІМТ: 31 кг/м².

Артеріальний тиск: 135/88 мм рт. ст.

Зі сторони інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові:

Ер. – $4,7 \times 10^{12}/л$, Нв – 150 г/л, Нт – 45%;

Лейк. – $6,0 \times 10^9$ /л, сегм. – 55%, лімф. – 38%;

Тромбоц. – 380×10^9 /л; ШОЕ – 12 мм/год.

Біохімічний аналіз крові:

Загальний білок – 68 г/л; альбумін – 40 г/л; Загальний білірубін – 14,5 ммоль/л (прямий – 4,2 ммоль/л); АЛАТ – 68 Од/л, АсАТ – 62 Од/л;

ГГТ – 95 Од/л; ЛФ – 105 Од/л; Глюкоза – 6,5 ммоль/л;

Тригліцериди – 2,1 ммоль/л; загальний холестерин – 5,8 ммоль/л; ЛПНЩ – 3,6 ммоль/л; ЛПВЩ – 0,9 ммоль/л.

Ультразвукове дослідження:

Печінка збільшена: права частка – 165 мм, ліва – 95 мм. Контури рівні, капсула без змін. Паренхіма підвищеної ехогенності, структура однорідна (ознаки стеатозу). Ворітна вена – 12 мм, кровотік у нормі.

Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур звичайної форми (9,0×4,0 см), стінки – 0,3 см. Селезінка не збільшена (110×50 мм). Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 9. «Цироз печінки»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів розпізнавати основні симптоми й синдроми при цирозах печінки; ознайомити студентів з методами дослідження, які використовуються для діагностики цирозів печінки, показаннями до їхнього застосування, методикою виконання, діагностичною цінністю кожного з них; навчити самостійно трактувати результати проведених досліджень та призначати диференційоване лікування.

Студент повинен знати:

- 1 Визначення терміну «цироз печінки», чинники ризику.
- 2 Класифікацію, клінічні симптоми та лабораторні синдроми, їх клінічне значення.
- 3 Найбільш часті ускладнення, методи діагностики та лікування.
- 4 Обґрунтування вибору та технології застосування препаратів етіотропної, патогенетичної терапії.
- 5 захворювання, з якими необхідно проводити диференційну діагностику.
- 6 Лікувальну програму при цирозі печінки і найбільш частих його ускладненнях.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів на цироз печінки.
2. Виділяти клінічні синдроми при цирозі печінки.
3. Трактувати та інтерпретувати дані сонографічного дослідження печінки, жовчних протоків та жовчного міхура.
4. Складати план обстеження для хворого цирозом печінки.
5. Трактувати та інтерпретувати отримані дані загального та біохімічного аналізу крові.
6. Розробляти тактику планового лікування хворого на цироз печінки.
7. Визначати показання до хірургічного лікування.
8. Визначати прогноз та перспективу щодо життя та працездатності хворих із цирозом печінки.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Цироз печінки	Хронічне дифузне захворювання печінки, що характеризується дифузним розростанням у ній сполучної тканини, порушенням її нормальної

	дольової архітектоніки внаслідок фіброзу та утворенням структурно-аномальних вузлів регенерації, що зумовлюють розвиток функціональної недостатності печінки та портальної гіпертензії.
Портальна гіпертензія	Синдром підвищеного тиску в системі ворітної вени (в нормі 7-10 мм рт.ст.) з порушенням кровотоку, формуванням порто-системних колатеральних анастомозів, що супроводжується спленомегалією, варикозним розширенням вен стравоходу, асцитом.
Гіперспленізм	Зміни в загальному аналізі крові у вигляді лейкопенії, тромбоцитопенії та анемії у хворих із захворюваннями печінки, що проявляються гепатоспленомегалією
Асцит	Накопичення у черевній порожнині вільної рідини не менше 1000 мл.
Гепатоцелюлярна недостатність	Порушення дезінтоксикаційної, білково-синтетичної та інших функцій печінки, коли порушується інактивація, зв'язування, знежирення та виведення хімічних сполук з розвитком печінкової енцефалопатії

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 1 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 258 с.
3. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.
4. Свінціцький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.

Додаткова:

1. EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. <https://easl.eu/publication/management-of-ascites-spontaneous-bacterial-peritonitis-and-hepatorenal-syndrome-in-cirrhosis/>
2. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of hepatic encephalopathy 2022. <https://easl.eu/publication/easl-clinical-practice-guidelines-on-the-management-of-hepatic-encephalopathy/>
3. EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis 2018. <https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/decompensated-cirrhosis-English-report.pdf>
4. Portal Hypertensive Bleeding in Cirrhosis: Risk Stratification, Diagnosis, and Management: Practice Guidance by the American Association for the Study of Liver Diseases. https://www.aasld.org/sites/default/files/2022-04/Garcia-Tsao_et_al-2017-Hepatology.pdf

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1.

Заповніть таблицю «Етіологічні фактори розвитку цирозу печінки»

Етіологічний чинник	Характеристика
Вірусний	Вірус гепатиту В, С, D, цитомегаловірус, вірус Епштейна-Барр, інші вірусні, мікст-інфекції)

Токсичний (алкогольний, лікарський, хронічна інтоксикація гепатотропними отрутами)	

Завдання 2.

Заповніть таблицю основних синдромів та клінічних ознак ураження органів/систем при цирозі печінки:

Синдром	Клінічні ознаки
Астенічний/астеновегетативний	слабкість, зниження працездатності, підвищена стомлюваність, подразливість, пригнічення настрою

Завдання 3.

Заповніть таблицю обов'язкових лабораторних обстежень хворого на ЦП:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Загальний аналіз крові	Для визначення концентрації гемоглобіну, кількості лейкоцитів, тромбоцитів, ретикулоцитів. При цьому виявляється анемія при синдромі гіперспленізму – панцитопенія, підвищення ШОЕ, лейкоцитоз – в період загострення і лейкопенія в період компенсації
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Завдання 4.

Перерахуйте основні напрямки немедикаментозної терапії ЦП:

1. Відмова від алкоголю _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____

6. _____

Завдання 5.

Заповніть таблицю. Диференційна діагностика первинного біліарного цирозу печінки та активного гепатиту з холестатичним синдромом

Ознаки	Первинний біліарний цироз печінки	Гепатит з холестатичним синдромом
Вміст імуноглобулінів в сироватці крові		
Визначення вмісту у сироватці крові антимітохондріальних антитіл у високому титрі		
Високий рівень у крові аланінової амінотрансферази		
Пункційна біопсія печінки		
Синдром портальної гіпертензії		
Дані ендоскопічної ретроградної холангіо-панкреатографії		

Завдання 6.

Заповніть таблицю лікування пацієнтів з ЦП залежно від провідного синдрому:

Синдром	Лікувальний захід	Дози, шляхи введення та тривалість
Асцит		
Портальна гіпертензія		
Печінкова енцефалопатія		

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. У поняття "гіперспленізм" не входить:

- А. Анемія
- Б. Лейкопенія
- В. Нейтропенія
- Г. Тромбоцитопенія
- Д. Значне збільшення розмірів селезінки

2. Ранньою (маніфестуючою) ознакою первинного біліарного цирозу печінки, як правило, є

- А. Асцит
- Б. Сверблячка шкіри

В. Варикозне розширення вен

Г. Жовтяниця

Д. Спленомегалія

3. Назвіть основний патогенетичний процес при цирозі печінки:

А. Заміщення часточок псевдочасточками

Б. Обтурація жовчних протоків

В. Застій крові у внутрішньочасточкових печінкових венах

Г. Застій лімфи у печінкових часточках

Д. Запалення печінкових часточок

4. Коли спостерігається симптом флюктуації у черевній порожнині?

А. При метеоризмі

Б. При асциті

В. При ожирінні

Г. При набряку передньої черевної стінки

Д. При пілоростенозі

5. Якими є особливості кінцівок при цирозах печінки ?

А. Акроціаноз

Б. Гіперемія долоней, підшв

В. Поперекова покресленість нігтів

Г. Набряки, деформація суглобів

Д. Мармурова шкіра

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу відчуття розпирання в животі, збільшенні його в розмірах, «зменшення біцепсів», загальної слабкості.

Вік __ 49 років __, професія __ фінансовий директор __

Зріст __ 170 см __, вага __ 76 кг __

Anamnesis morbi: Протягом останнього місяця почав відмічати поступове збільшення в розмірах живота, що спочатку почала відмічати дружина. Тиждень тому відмітив відчуття розпирання в животі, загальну слабкість.

Anamnesis vitae: Палить електронні сигарети. Алкоголь вживає «як всі». При детальному розпитуванні не хоче відповідати на питання про вживання алкоголю зі словами: «Я не алкоголік, скільки можна про це питати!».

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної тілобудови, зменшення м'язового об'єму верхніх кінцівок. Склери субіктеричні; шкіра суха, субіктерична, візуалізуються поодинокі телеангіоектазії. Язик сухий, не обкладений, живіт симетричний, збільшений у розмірах, пупок не випинає, позитивні симптоми флюктуації. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, товсту кишку

пропальпувати не вдається. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. - $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. 131 - г/л; MCV- 102 мкм³; лейк. - $8,4 \times 10^9/\text{л}$; сегм.67, пал. 5, еоз-2, базоф.-1, лімф.- 21, моноцит.-4, тромбоц. - $116 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 23 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 66,0 г/л, альбумін - 33,0 г/л; білір.заг. - 42,8 ммоль/л; АлАТ - 55 Од/л; АсАТ - 89 Од/л; ГГТ - 650 Од/л; ЛФ – 98 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л;

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка збільшена, передньо-задній розмір правої частки 169 мм, поверхня не рівна, тканина не однорідна, підвищеної ехогенності. Ворітна вена $d = 13$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 10,0 x 4,4 см, стінки до 4 мм, контур чіткий. Підшлункова залоза, візуалізується повністю, розміри 25x17x20 мм, підвищення ехогенність, контур хвилястий, структура не однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Селезінка 150 x 61 мм. Діаметр селезінкової вени 9 мм. Візуалізується вільна рідина в черевній порожнині.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

Завдання 1.

Заповніть таблицю стадій печінкової енцефалопатії при ЦП:

Стадія	Характерні ознаки
Латентна	

I	
II	
III	
IV	

Завдання 2.

Заповніть таблицю класифікації ЦП за Чайлд-П`ю:

Ознаки	Групи		
	А	В	С
Білірубін, мг %	Менше 2		
Протромбіновий Індекс, %			

Завдання 3.

Перерахуйте неінвазивні методи оцінки фіброзу та цирозу печінки:

- 1.
- 2.

3.

Завдання 4.

Перерахуйте основні показання для проведення лапароцентезу:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 5.

Допишіть ускладнення, що трапляються при прогресуванні ЦП:

1. Гострі кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____

Завдання 6.

Заповніть таблицю медикаментозної терапії при ЦП:

Вид лікування	Препарати, дози та спосіб їх застосування
Етіологічне лікування	
Нормалізація процесів травлення і всмоктування	
Лікування набряково-асцитичного синдрому	
Лікування печінкової енцефалопатії	
Лікування кровотеч із варикозно-розширених вен стравоходу і шлунка	

Тестові запитання:

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Для цирозу печінки не характерно:

- А. Порушення структури печінки
- Б. Розростання фіброзної тканини
- В. Вузлова регенерація гепатоцитів
- Г. Відкладення кальцію у вогнищах запалення
- Д. Перебудова судинної сітки печінки

2. Вторинний біліарний цироз печінки можуть викликати :

- А. Пухлини печінки, підшлункової залози
- Б. Жовчнокам'яна хвороба
- В. Усе перераховане
- Г. Хронічний псевдопухлинний панкреатит
- Д. Нічого з перерахованого

3. Назвіть ознаки, що не є характерними для портальної гіпертензії:

- А. Кровотеча з варикозно розширених вен
- Б. Асцит
- В. Гарячковий синдром
- Г. Розвиток коллатералей
- Д. Спленомегалія

4. Виявлення діагностичної тріади "телеангіоектазії + щільна з фестончатим краєм печінка + помірна спленомегалія" з високим ступенем імовірності свідчить про наявність у хворого:

- А. Хронічного персистуючого гепатиту
- Б. Хронічного гепатит
- В. Цирозу печінки
- Г. Жовчнокам'яної хвороби та хронічного панкреатиту
- Д. Хронічний холецистит

5. Провідним клінічним синдромом післянекротичного цирозу печінки є :

- А. Синдром печінково-клітинної недостатності
- Б. Астено-невротичний синдром
- В. Синдром портальної гіпертензії
- Г. Мезенхімально-запальний синдром
- Д. Синдром жовтяниці та холестазу

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка, звернулась з приводу пожовтіння очей та шкіри, загальної слабкості, зуду шкіри.

Вік __ 39 років __, професія __ домогосподарка __

Зріст __ 159 см __, вага __ 51 кг __

Anamnesis morbi: Декілька місяців тому почала відмічати зуд шкіри на ногах, пов'язувала з алергією. Декілька тижнів тому чоловік звернув увагу на пожовтіння очей.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь: бокал вина раз в 2-3 тижні, «не п'ю багато, бо мігрені». Має 2-х дітей, остання вагітність 3 роки тому. Медикаменти: ібупрофен 400 мг 1 раз в 7-10 діб, коли болить голова.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної тілобудови. Склери іктеричні; шкіра суха, іктерична, візуалізуються розчухи на шкірі нижніх кінцівок. Язик сухий, не обкладений, живіт симетричний, не збільшений у розмірах. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не виступає з-під краю реберної дуги. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. - $3,5 \times 10^{12}/л$; Нв. 116 - г/л; MCV- 81 мкм³; лейкоц. - $4,4 \times 10^9/л$; сегм.70, пал. 4, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 20, моноцит.-4, тромбоц. - $90 \times 10^9/л$; ШОЕ - 53 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 67,0 г/л, альбумін - 37,0 г/л; білір.заг. - 78,8 ммоль/л; АЛАТ - 37 Од/л; АсАТ - 39 Од/л; ГГТ - 650 Од/л; ЛФ – 590 Од/л; креатинін - 65 мкмоль/л; сечовина - 6,7 мкмоль/л;

HbsAg – негативний; Анти-Hbs позитивні; Анти-HCV негативні.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка не збільшена, передньо-задній розмір правої частки 149 мм, поверхня не рівна, тканина не однорідна, звичайної ехогенності. Ворітна вена d = 12 мм. Візуалізується лімфатичний вузол в ділянці воріт печінки. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 9,0 x 3,4 см, стінки до 4 мм, контур чіткий. Підшлункова залоза, візуалізується повністю, розміри 20x18x21 мм, звичайна ехогенність, контур рівний, структура однорідна. Вірсунгова протока не розширена. Селезінка 147 x 55 мм. Діаметр селезінкової вени 7 мм.

Зсувно-хвильова еластографія печінки: середня жорсткість паренхіми печінки складає 15,5 кПа.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

_____ -

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3.

Завдання 1.

Заповніть таблицю класифікації ЦП за морфологічною структурою:

Морфологічна форма	Характерна ознака
Великовузловий(макронодулярний,постнекротичний)	характеризується утворенням вузлів різної величини, більше 3мм в діаметрі. Деякі вузли досягають 5 см. Розміри печінки можуть бути нормальними, різко збільшеними і зменшеними Початковими клінічними проявами великовузлового цирозу печінки найчастіше є диспепсичний синдром,

	астенізація, біль або відчуття важкості у верхній половині живота. При огляді виявляється збільшення печінки з ущільненням і деформацією її поверхні, край печінки загострений.

Завдання 2.

Заповніть таблицю класифікації ЦП за Чайлд-П`ю:

Ознаки	Групи		
	А	В	С
Білірубін,мг %	Менше 2		
Протромбіновий Індекс, %			

--	--	--	--

Завдання 3.

Заповніть таблицю обов'язкових інструментальних обстежень хворому на ЦП:

№ п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Ультразвукове дослідження печінки	Дозволяє виявити гепатомегалію, гіперехогенність, вузлики регенерації підвищеної щільності. Неоднорідність паренхіми печінки, виявлення вузлів регенерації підвищеної щільності менше 2 см в діаметрі, неправильність контурів печінки за рахунок вузлів регенерації характерні для макронодулярного цирозу. При термінальній стадії цирозу печінка значно зменшена в розмірах, також виявляється збільшення селезінки
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Завдання 4.

Перерахуйте основні ознаки наведених нижче захворювань, що дозволяють їх диференціювати з цирозом печінки:

Захворювання	Диференційна ознака
Первинний рак печінки	Для первинного раку печінки характерний досить швидкий розвиток захворювання, прогресивний перебіг, виснаження, лихоманка, больовий синдром, швидке збільшення печінки, що має нерівну поверхню і "кам'янисту" густину. Розміри селезінки не змінені. У периферійній крові визначають анемію, лейкоцитоз, значне збільшення ШОЕ. Важливе значення має реакція Абелева—Татарінова на наявність сироваткових α -фетопроतेїнів. Дані УЗД, КТі прицільної біопсії печінки дозволяють правильно встановити діагноз. У разі підозри на холангіому проводять ангіографію
Аутоімунний гепатит	
Первинний склерозуючий холангіт	
Амілоїдоз печінки	
Первинний біліарний цироз	
Ехінококоз печінки	
Гемахроматоз	
Макроглобулінемія Вальденстема	

Хвороба Вільсона-Коновалова	
Сублейкемічний лейкоз	

Завдання 5.

Заповніть таблицю ступенів важкості печінкової енцефалопатії:

Ступінь важкості	Особливості психічного статусу	Моторні розлади	Інструментальні показники
0(субклінічна)	Можливі порушення при виконанні звичайної роботи	Порушення при виконанні стандартизованих психомоторних тестів	Збільшення діаметру ворітної(більше 13мм)та селезінкової вен(більше 9мм); початкове ВРВС,варикозно розширені гемороїд. вени
I			
II			
III			
IV			

Завдання 6.

Заповніть таблицю лікування синдромів та ускладнень ЦП:

Синдром, ускладнення	Препарат, спосіб введення, доза	З якою метою
----------------------	---------------------------------	--------------

Печінкова енцефалопатія	Лактулоза, перорально 30-120 мл на добу та у вигляді очисних клізм- 2 р/добу	Пригнічення процесів бродиння у товстій кишці та швидка евакуація її вмісту сприяють зменшенню всмоктування токсичних речовин, знешкоджує аміак у кислому середовищі
Портальна гіпертензія		
Печінково-клітинна недостатність		
Геморагічний синдром		
Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу і шлунка		
Холестатичний синдром		
Набряково-асцитичний синдром		
Синдром гіперспленізму		

Тестові запитання.

1. Цироз печінки найбільш часто є наслідком:

А. Порушення обміну заліза (гемохроматоз).

Б. Вірусного гепатиту.

В. Тривалого холестазу.

Г. Недостатності кровообігу.

Д. Синдрому недостатності всмоктування.

2. Яка причина смерті при цирозі печінки є найбільш частою?

А. Масивна кровотеча з розширених вен стравоходу.

Б. Печінкова кома.

В. Гіпокаліємія.

Г. Пневмонія.

Д. Важка анемія.

3. Виснаження при цирозі печінки зумовлено переліченими факторами, крім одного. Назвіть якого?

А. Порушенням травлення їжі.

Б. Порушенням засвоєння їжі.

В. Посиленим розпадом білків.

Г. Дієнцефальними розладами.

Д. Зниженням синтезу білка.

4. Яке ускладнення цирозу печінки найбільш часто провокує печінкову кому?

А. Пневмонія.

Б. Тромбо з портальної вени.

В. Масивна стравохідно-шлункова кровотеча.

Г. Гіпокаліємія.

Д. Артеріальна гіпотонія.

5. Для портальної гіпертензії характерні всі перелічені симптоми, крім:

А. Варикозного розширення вен стравоходу

Б. Варикозного розширення підшкірних вен живота.

В. Збільшення селезінки.

Г. Асцити.

Д. Підвищення центрального венозного тиску.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка, звернулась зі скаргами на виражену загальну слабкість, головокружіння, відчуття нудоти.

Вік __ 59 років __, професія __ медсестра __

Зріст __ 152 см __, вага __ 81 кг __

Anamnesis morbi: Вчора ввечері почала відчувати «знедужання», нудоту, був 2-разовий епізод блювоти «темними масами». Пацієнтка подумала, що отруїлась, випила біле вугілля і метоколопрамід, після чого стало незначно краще. Сьогодні вирішила звернутись до лікаря, бо нудота продовжилась, виникла виражена загальна слабкість

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь: не вживає взагалі. Медикаменти: L-тироксин 75 мг через аутоімунний тиреоїдит; валсартан та гідрохлортіазид через АГ.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Гіперстенічної тілобудови. Склери субіктеричні; шкіра бліда, візуалізуються поодинокі телеангіоектазії. Язик сухий, обкладений біло-жовтим нальотом, живіт симетричний, збільшений у розмірах за рахунок ймовірно підшкірної клітковини. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. При пальцевому ректальному огляді – на рукавичці залишки стулу чорного кольору.

З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

В аналізі крові: ер. - $3,2 \times 10^{12}/л$; Нв. 88 - г/л; MCV- 80 мкм³; лейкоц. - $9,4 \times 10^9/л$; сегм.62, пал. 6, еоз-2, базоф.-1, лімф.- 22, моноцит.-7, тромбоц. – $113 \times 10^9/л$; ШОЕ - 53 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 64,0 г/л, альбумін - 31,0 г/л; білір.заг. - 39,8 ммоль/л; АлАТ - 76 Од/л; АсАТ - 45 Од/л; ГГТ - 40 Од/л; ЛФ – 98 Од/л; креатинін - 95 мкмоль/л; сечовина - 7,5 мкмоль/л;

HbsAg – негативний; Анти-Hbs позитивні; Анти-НСV позитивні.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка збільшена, передньо-задній розмір правої частки 157 мм, поверхня не рівна, тканина не однорідна, підвищеної ехогенності. Ворітна вена $d = 14$ мм. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур не візуалізується (видалений). Підшлункова залоза, візуалізується частково через метеоризм, розміри 26x20 мм, підвищена ехогенність, контур рівний, структура однорідна. Вірсунгова протока не розширена. Селезінка 157 x 57 мм. Діаметр селезінкової вени 10 мм. Візуалізується незначна кількість рідини в черевній порожнині.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

—

3. Медикаментозне лікування

Змістовий модуль 1: «Гастроентерологія»

Тема 10. «Хронічний панкреатит»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів проводити детальне розпитування пацієнтів, розпізнавати симптоми та синдроми при хронічних панкреатитах (ХП); ознайомити студентів із методами обстеження, які використовують при ХП, показаннями до їх застосування, методикою використання та діагностичною цінністю кожного методу; навчити студентів трактувати результати отриманих досліджень; призначати лікування в залежності від ступеня зовнішньо-секреторної недостатності підшлункової залози (ПЗ), а також з урахуванням принципів доказової медицини та персоніфікованих підходів.

Студент повинен знати:

1. Анатомію та фізіологію ПЗ.
2. Етіологію, патогенез ХП.
3. Класифікацію ХП, методи визначення ступеня зовнішньосекреторної недостатності ПЗ.
4. Клінічні прояви в залежності від форми ХП та ступеня зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози, ускладнення, методи діагностики ХП.
5. Принципи медикаментозного лікування різних форм ХП.
6. Призначення замісної ферментної терапії в залежності від ступеня зовнішньосекреторної недостатності ПЗ.

7. Профілактику ХП та його ускладнень.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів на ХП, оцінювати чинники ризику виникнення ускладнень з боку ПЗ у конкретного пацієнта.
2. Визначати ступені зовнішньосекреторної недостатності ПЗ, оцінюючи результати даних панкреатичних тестів.
3. Виділяти клінічні синдроми при ХП.
4. Проводити диференціальну діагностику ХП з іншими захворюваннями.
5. Формулювати план лікування ХП та проводити корекцію зовнішньосекреторної недостатності ПЗ за допомогою замісної ферментної терапії в залежності від її ступеня.

Основні терміни.

Термін	Визначення
Хронічний панкреатит (ХП)	Прогресуючий запально-дегенеративно-склеротичний процес з фіброзно-кістозною перебудовою екзо- та ендокринного апарату ПЗ, кінцевим етапом якого є атрофія тканини ПЗ та островців Лангерганса, що супроводжується розвитком зовнішньо- та внутрішньосекреторної недостатності ПЗ.
Зовнішньосекреторна недостатність ПЗ	Розвиток синдромів мальабсорбції та мальдигестії, що розвинулися на тлі недостатньої секреції протеолітичних, ліполітичних та амілолітичних ферментів ПЗ.
Мальдигестія	Синдром недостатності порожнинного травлення, який проявляється кашкоподібними випороженнями внаслідок недостатньої секреції протеолітичних, ліполітичних та амілолітичних ферментів ПЗ.
Мальабсорбція	Синдром, який поєднує симптоми, що включають діарею, втрату маси тіла, білкову недостатність і ознаки

	гіповітамінозу внаслідок порушеного всмоктування у тонкій кишці.
Ліентерея	Макроскопічно видимі залишки неперетравленої їжі в калі.
Стеаторея	Виділення надмірної кількості нейтрального жиру з калом (більше 5 г за добу).

Література:

Основна:

1. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 с.
2. Свінцицький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини / Медицина, 2019. – 1008 с.
3. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Хронічний панкреатит». Наказ МОЗ України від 04.07.2023 року № 1204 <https://www.dec.gov.ua/mtd/hronichnyj-pankreatyt/>
4. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.II.5.2.>
5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5349368/>
6. https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2020/03000/acg_clinical_guideline_chronic_pancreatitis.9.aspx
7. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 2 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2020. – 778 с.
8. Davidson's Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 p.

Додаткова:

1. Клінічний огляд за Маклаудом: 15-е видання / Анна Р. Довер, Дж. Аластер Іннес, Карен Фейргерст. К.: ВСВ «Медицина», 2024. – 470 с. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.
2. Harrison's Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 p.

3. Внутрішня медицина = Internal medicine: Part 2: textbook for English-speaking students of higher medical schools / edited by Professor M.A. Stanislavchuk and professor V.K. Sierkova. – Vinnytsya: Nova Knyha, 2019. – 360 p.
4. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al. – Medicine, 2020. – 464 p.

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

1. Назвіть типи хронічних панкреатитів за клінічними ознаками:

Клінічний варіант	Варіанти протікання:
А. Больовий	З рецидивуючим болем чи з постійним болем.
Б.	
В.	
Г.	

2. Заповніть таблицю основних симптомів та клінічних ознак синдрому мальабсорбції

Симптом	Ознака
Діарея	Ненормально прискорене спорожнення кишківника (частіше 4 разів на добу) зі зміною характеру стільця (від кашкоподібного до рідкого) зі стійким підвищенням вмісту рідини в фекаліях з 60-75% до 85-90% або збільшення їх маси більш 200г на добу

3. Заповніть таблицю обов'язкових лабораторних обстежень хворого на ХП:

Метод обстеження	Мета обстеження

Амілаза сироватки крові	Синдром відхилення ферментів у кров

4. Назвіть основні клінічні ознаки болю при хронічному панкреатиті:

Ознака	Характеристика
Локалізація	
Іррадіація	
Тривалість	
Інтенсивність	
Зв'язок з прийомом їжі	
Чим провокуються	
Чим купуються	

5. Опишіть ступені зовнішньо секреторної недостатності ПЗ (ЗНПЗ) за рівнем фекальної еластази 1:

Ступінь ЗНПЗ	Рівень фекальної еластази 1
Легкий	200-100 мкг/г

6. Перерахуйте захворювання, при яких показана замісна ферментна терапія:

1. Цукровий діабет I, II та III типів. _____
2. _____
3. _____

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Назвіть етіологічні причини первинних гіперферментних ХП:

- А. Надмірне споживання солодощами.
- Б. Схильність підсолювати їжу.
- В. Зловживання алкоголем
- Г. Споживання овочів і фруктів.
- Д. Відмова від виробів із борошна.

2. Який, на Вашу думку, найбільш важливий метод обстеження для виявлення ХП в стадії загострення?

- А. Загальний аналіз крові.
- Б. ФЕГДС.
- В. ВідеокOLONоскопія
- Г. Феномен «відхилення ферментів в кров»
- Д. Глікозильований гемоглобін.

3. Назвіть один з основних напрямків лікування ХП в стадії загострення:

- А. Вітамінотерапія
- Б. Спазмолітична терапія (поліпшення відтоку секрету ПЗ)
- В. Призначення препаратів заліза
- Г. Хірургічне лікування (папілосфінктеротомія)
- Д. Противірусна терапія.

4. Назвіть групи препаратів та їх представників для гальмування зовнішньої секреції ПЗ:

- А. Інгібітори протонної помпи: омепразол, пантопразол;
- Б. Ферментні препарати: панкреатин
- В. Нестероїдні протизапальні: парацетамол, ібупрофен
- Г. Спазмолітики: мебеверин, папаверин
- Д. Вітамінотерапія: токоферол, ретинол.

5. Назвіть метод дослідження для визначення структурних змін паренхіми ПЗ при ХП:
- А. Іригографія
 - Б. Доплерівське сканування
 - В. Ректороманоскопія
 - Г. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини
 - Д. Ендосонографія ПЗ.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу переймоподібних, інтенсивних болей в епігастрії, з іррадіацією в поперекову ділянку, нудоту, одноразову блювоту жовцю, яка не принесла полегшення, кашкоподібні випорожнення.

Вік __45 років __, професія __криза-менеджер__

Зріст __180 см __, вага __67__

Anamnesis morbi: Погіршення стану почалось 10 годин тому, пов'язує зі вживанням жирної їжі та алкоголю. Вважає себе хворим близько півроку, коли останнім часом з'явилося здуття живота та іноді короткострокові болі в животі. Відмічає втрату ваги до 5 кг. Раніше з цього приводу не звертався.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь вживає регулярно до 3-4 разів на тиждень для «розвантаження».

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної тіло будови. Шкіра суха, злегка жовтушна. Язик сухий, обкладений біло-жовтим нальотом, живіт симетричний, здутий, при пальпації різко болючий в епігастральній ділянці, зоні Шоффара, точці Дежардена. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. Збоку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Результат оцінки за опитувальником PEI-Q – не вистачає більшої кількості відповідей.

В аналізі крові: ер. - $4,9 \times 10^{12}/л$; Нв. 168 - г/л; MCV- 91мкм^3 ; лейк. - $11,4 \times 10^9/л$; сегм.55, пал. 13, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 25, моноцит.-4, тромбоц. - $193 \times 10^9/л$; ШОЕ - 28 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 80,9 г/л, альбумін - 49,1 г/л; білір.заг. - 18,8 ммоль/л; АлАТ - 35,1 Од/л; АсАТ - 27,2 Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 75 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 мкмоль/л; альфа-амілаза - 360 Од/л; глюкоза - 5,01 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,1%

Загальний аналіз сечі без патології. Альфа-амілаза сечі – 550 Од/л.

У калі - в кале - креато-, стеато, амилорея.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка не збільшена, передньо - задній розмір правої частки 150 мм, поверхня рівна, тканина однорідна, звичайної ехогенності. Ворітна вена $d = 10$ мм.

Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 10,0 x 4,4 см, стінки до 0,7-0,8 см, контур чіткий. Підшлункова залоза, візуалізується повністю, розміри 25x17x20 мм, підвищенна ехогенність, контур хвилястий, структура однорідна. Вірсунговий протік не розширений. Діаметр селезінкової вени 6 мм.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

— -

3. Медикаментозне лікування

Варіант 2.

1. Назвіть типи хронічних панкреатитів за морфологічними ознаками:

Морфологічний тип:
А. Кальцифікуючий
Б.
В.
Г.

2. Заповніть таблицю основних симптомів та клінічних ознак синдрому мальабсорбції

Симптом	Ознака
Трофологічні порушення	Втрата маси тіла

3. Заповніть таблицю обов'язкових лабораторних обстежень хворого на ХП:

Метод обстеження	Мета обстеження
Преальбумін	Визначення трофологічного статусу

4. Які основні синдроми при ХП?

Синдром	Характеристика
Больовий	
Диспептичний	
Синдром мальдигестії	
Ендокринні порушення	

5. Проведіть диференційну діагностику гіпоферментного та гіперферментного ХП:

Характеристика	Гіперферментний ХП	Гіпоферментний ХП
Біль		
Прояви ЗНПЗ		

Тривалість захворювання		
Огляд		
Активність ферментів ПЗ		
Додаткові обстеження		
Вплив на вуглеводний обмін		

6. Назвіть дози ферментних препаратів в залежності від тяжкості гіпоферментного ХП:

Ступінь важкості	Доза ферментів (ОД по ліпазі)
Легкий	
Середній	
Важкий	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Назвіть етіологічну причину вторинних гіперферментних ХП:

- А. Пептичні виразки;
- Б. Диспепсія
- В. Синдром подразненої кишки
- Г. Виразковий коліт
- Д. Депресія.

2. Назвіть один з основних напрямків лікування ХП із зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ:

- А. Препарати 5-аміносаліцилової кислоти
- Б. Антибактеріальна терапія

- В. Гіпотензивні препарати
- Г. Дезінтоксикаційна терапія
- Д. Замісна ферментна терапія.

3. При ураженні тіла ПЗ найбільш імовірна локалізація болю:

- А. В лівому підребер'ї
- Б. В епігастрії
- В. В правому підребер'ї
- Г. В здухвинних ділянках
- Д. В ділянці попереку.

4. Назвіть один з основних напрямків лікування ХП в стадії загострення:

- А. Вітамінотерапія
- Б. Знеболювальна терапія
- В. Призначення препаратів заліза
- Г. Хірургічне лікування (папілосфінктеротомія)
- Д. Протівірусна терапія.

5. Назвіть метод визначення ступеня зовнішньосекреторної недостатності ПЗ:

- А. Визначення рівня трипсину сироватки крові
- Б. Копрологічне дослідження
- В. Визначення рівня фекальної еластази 1.
- Г. Антигліадінові антитіла
- Д. Кал на приховану кров.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка звернулась з приводу нападу болю в епігастрії, з ірадіацією в спину, повторну блювоту шлунковим вмістом. Інтенсивність болю 6-7 балів. Біль з'явився 4 години потому, після обільного прийому їжі. Вік __ 42 роки __, професія __ домогосподарка __
Зріст __ 162 см __, вага __ 68 __

Anamnesis morbi: Біль з'явився 12 годин потому, після обільного прийому їжі. 3 роки тому – лапароскопічна холецистектомія.

Anamnesis vitae: Шкідливих звичок немає. Жодних медикаментів не приймає. Вага останнім часом стабільна.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Нормостенічної тілобудови. Язик вологий, чистий, живіт при пальпації помірно здутий, болючий в епігастральній ділянці та в точках проекції голівки та тіла підшлункової залози, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. З боку інших органів і систем патологічних ознак не виявлено.

Результати додаткових методів досліджень:

Результат оцінки за опитувальником PEI-Q – 0,5.

В аналізі крові: ер. – 3,8,0x10¹²/л; Нв. 128 - г/л; MCV- 82 мкм³; лейк. - 10,3x10⁹/л; сегм.51, пал. 10, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 32, моноцит.-5, тромбоц. - 200x10⁹/л; ШОЕ - 25 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 69 г/л, альбумін - 42 г/л; білір.заг. - 16 ммоль/л; АлАТ - 37 Од/л; АсАТ - 28 Од/л; ГГТ - 32 Од/л; ЛФ – 95

Од/л; креатинін - 79 мкмоль/л; сечовина - 5,3 мкмоль/л; альфа-амілаза - 154 Од/л; глюкоза - 5,5 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,4%

Загальний аналіз сечі без патології. Альфа-амілаза сечі – 500 Од/л.

У калі - в кале - креато-, стеато, амило-, лієнторея.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка не збільшена права доля 139 мм, ліва доля 56 мм, край лівої долі закруглений. Контур печінки рівний. Паренхіма незначно рівномірно підвищеної ехогенності, вогнищеві зміни не виявлені. Ворітна вена не розширена (діам. 10 мм). Жовчний міхур видалений. Холедох на рівні воріт печінки діам. 4 мм. Підшлункова залоза звичайної форми, контур чіткий, рівний, не збільшена, товщиною на рівні голівки 18 мм, тіла 20 мм, хвоста 18 мм, паренхіма підвищеної ехогенності, структура дифузно гетероехогенна. Головна панкреатична протока не розширена.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування

Варіант 3.

1. Назвіть класифікацію хронічних панкреатитів за функціональними ознаками:

А.За патогенетично-функціональним варіантом:	1. Гіперферментий;
	2. Гіпоферментний.
Б. За ступенем порушення функції ПЗ:	

--	--

2. Заповніть таблицю основних симптомів та клінічних ознак синдрому мальабсорбції

Симптом	Ознака
Полігіповітаміноз	Сухість шкіри, ламкість волосся, нігтів, анемія

3. Заповніть таблицю обов'язкових лабораторних обстежень хворого на ХП:

Метод обстеження	Мета обстеження
Фекальна еластаза 1	Визначення ступеня зовнішньосекреторної недостатності ПЗ

4. Проведіть диференційну діагностику ХП та наступних захворювань:

Захворювання	Основні діагностичні характеристики:
Рак ПЗ	
Пептична виразка шлунка	
Хр. холецистит	
СПК	
Інфаркт міокарда	
Целіакія	

5. Перерахуйте ускладнення хронічних панкреатитів.

Ранні:

-

-

-

-

-

-

Пізнi:

-

-

-

-

6. Перерахуйте неінвазивні тести визначення зовнішньосекреторної недостатності ПЗ:

Метод дослідження	Субстрат, що досліджується
^{13}C -тригліцеридний дихальних тест	Повітря, що видихається

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Назвіть етіологічну причину гіпоферментних ХП:

А. Постійні загострення гіперферментних ХП;

Б. Пептична виразка

В. СПК

Г. Диспепсія

Д. Целіакія.

2. Назвіть один з основних напрямків лікування ХП із зовнішньосекреторною недостатністю ПЗ:

А. Вітамінотерапія

- Б. Замісна ферментна терапія
- В. Знеболювальна терапія
- Г. Протівірусна терапія
- Д. Хірургічне лікування

3. Оптимальний неінвазійний метод діагностики і диференціальної діагностики хронічного панкреатиту:

- А. Комп'ютерна томографія
- Б. Оглядова рентгенографія
- В. ЕРХПГ
- Г. Доплерівське сканування
- Д. УЗД

4. Який, на Вашу думку, найбільш важливий метод обстеження для виявлення ХП в стадії загострення?

- А. Загальний аналіз крові.
- Б. ФЕГДС.
- В. ВідеокOLONоскопія
- Г. Ендо-УЗД ПЗ
- Д. Глікозильований гемоглобін.

5. З метою проведення замісної ферментної терапії необхідне застосування:

- А. Інгібітори протонної помпи (ланзопразол)
- Б. Вітамінотерапія (токоферол)
- В. Спазмолітична терапія (дротаверин)
- Г. Поліферментні препарати (панкреатин)
- Д. Знеболювальна терапія (парацетамол).

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік звернувся з приводу кашкоподібних випорожнень 2-3 рази на добу, смердючого, сіруватого кольору із залишками неперетравленої їжі. Відмічає схуднення на 5кг за останні 3 місяці, але не хвилюється, а радіє, що знизив вагу без дієт.

Вік __ 67 років __, професія __ пенсіонер(раніше працював держслужбовцем) __

Зріст __ 172 см __, вага __ 79 __

Anamnesis morbi: Помитив зміну характеру випорожнень в останні 4 місяці. Хворіє на «стенокардію».

Anamnesis vitae: Шкідливих звичок немає.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Нормостенічної тілобудови. Язик вологий, чистий, живіт при пальпації помірно здутий, безболісний, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. З боку інших органів і систем діагностично значущих відхилень не виявлено.

Результати додаткових методів досліджень:

Результат оцінки за опитувальником PEI-Q – 1,6.

В аналізі крові: ер. – $4,0,0 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. 130 - г/л; MCV- 85 мкм^3 ; лейкоц. - $6,5 \times 10^9/\text{л}$; сегм.60, пал. 4, еоз-1, базоф.-1, лімф.- 28, моноцит.-6, тромбоц. - $359 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 2 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 64,8 г/л, альбумін - 39 г/л; білір.заг. - 17 ммоль/л; АЛАТ - 39 Од/л; АсАТ - 17 Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 75 Од/л; креатинін - 82 мкмоль/л; сечовина – 6,2 мкмоль/л; альфа-амілаза - 101 Од/л; глюкоза – 6,9 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,5%

Загальний аналіз сечі без патології. Альфа-амілаза сечі – 205 Од/л.

У калі - в калі - креато-, стеато, амило-, лієнторея.

Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: Печінка розташована типпово, не збільшена, контур рівний и чіткий. Структура - однорідна на всьому протязі. Текстура дрібнозерниста, вогнищеві зміни не виявлені. Ворітна вена не розширена - 11 мм (норма до 12 мм). Жовчний міхур не збільшений - 59 мм x 21 мм (норма до 80 мм x 30 мм), стінка не потовшена. Холедох не розширений – до 1,5 мм (норма до 4-5мм).

Підшлункова залоза визуалізується в ділянці головки – 17 мм и тіла – 10 мм – хвіст 13 мм. «Капсула» помірно ущільнена. Контури нечіткі, доволі рівні.

Структура на видимому протязі дрібнозерниста, підвищеної ехогенності.

Вирсунгов проток не визуалізується.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

«ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ»

Тема. «Анемії»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів вмінню збирати скарги, анамнез та проведенню фізикального обстеження при анеміях, ознайомити студентів з додатковими методами дослідження, які використовуються для діагностики анемій, показаннями до їх використання, діагностичною цінністю кожного з них; навчити студентів самостійно трактувати результати загального аналізу крові при різних варіантах анемій; навчити студентів вірно обирати схему лікування та підтримуючої терапії при анеміях; навчати студентів обґрунтувати та формулювати діагноз у хворих з анеміями; навчити студентів вірно обирати схему лікування та підтримуючої терапії залежно від нозології та конкретної клінічної ситуації.

Студент повинен знати:

1. Етіопатогенез та класифікацію різних варіантів анемій.
2. Клінічний перебіг основних нозологій.
3. Основні методи діагностики та диференційної діагностики анемій.
4. Основні принципи лікування та профілактики цих захворювань.

Студент повинен вміти:

1. Зібрати анамнез та провести фізикальне обстеження у хворих на залізодефіцитну анемію (ЗДА), B_{12} (фолієво)-ДА, апластичну анемію (АА) та гемолітичну анемію.
2. Призначити необхідне лабораторне та інструментальне обстеження хворому на анемію, що складається з наступних етапів:
 - виявити дефіцит заліза, вітаміну B_{12} або фолієвої кислоти;
 - з'ясувати причину, що призвела до цього, вміти інтерпретувати отримані дані.
3. Провести диференційну діагностику між основними видами анемій.
4. Призначити лікування, проводити вторинну профілактику.
5. Надати невідкладну допомогу при анемічній комі, профузних кровотечах.

Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Анемія	Патологічний стан, який характеризується зменшенням кількості гемоглобіну і/або еритроцитів в одиниці об'єму крові нижче нормального для певного віку і статі та розвитком гіпоксії тканин організму.
Залізодефіцитна анемія	Широко поширені захворювання, що ґрунтуються на порушенні синтезу гемоглобіну через дефіцит заліза внаслідок від'ємного балансу цього мікроелемента в

	організмі протягом тривалого часу та характеризуються порушенням синтезу гему.
Мегалобластна анемія	Група анемій, спричинених порушенням синтезу ДНК та РНК у клітинах, внаслідок чого порушується їх поділ та з'являється у кістковому мозку, велика кількість мегалобластів.
Апластична анемія	Гетерогенне захворювання, що характеризується глибоким пригніченням кістково-мозкового кровотворення та панцитопенією, що зумовлюють її основні прояви.
Гемолітична анемія	Велика група анемій, що характеризуються зменшенням середньої тривалості життя еритроцитів, що зумовлено їх посиленням руйнування та накопиченням у крові продуктів розпаду еритроцитів - білірубіну або вільного гемоглобіну, а також появою гемосидерину в сечі.
Анемія Міньковського-Шоффара	Аутосомно-домінантне захворювання, спричинене дефектом білків мембрани еритроцитів, внаслідок чого порушується її проникність

Література:

1. Бульда В.І., Радіонова І.О., Дзедман Н.А. Гематологічні захворювання в клінічній практиці. – К.: Видавничий дім Медкнига, 2023. – с.32-85.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділ 8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. — 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022.-680с.
3. Клінічна лабораторна діагностика: підручник/ за ред.проф. Л.Є. Лаповець. - 2-е видання. К.: ВСВ "Медицина", 2021. – 504 с.
4. Радіонова І.О., Губська О.Ю. Загальні та окремі питання анемічного синдрому в клінічній практиці лікаря-інтерна. К.: Медицина, 2020:70.
5. Clinical hematology: theory and procedures. Enhanced Edition/ Mary Louise Turgeon. – Jones and Bartlett Publishers, 2020. – 758 p.
6. Davidson's Principles and Practice of Medicine 24rd Edition. Editors: Jan Penman, Stuart Ralston, Mark Strachan, Richard Hobson. Elsevier. - 2023. – 1357 p.

Завдання для самостійного опрацювання теми
(потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації анемії за ступенем тяжкості:

Ступінь тяжкості	Рівень гемоглобіну
Легка	110 – 90 г/л

Завдання 2. Перерахуйте основні причини ЗДА:

1. Хронічні крововтрати: хронічні кровотечі з травного тракту (виразкова хвороба, пухлина, ерозії, рефлекс-езофагіт, НВК, хвороба Крона, дивертикули, геморой та тріщини прямої кишки, глистяні інвазії), гіперполіменорея, мено- та метрорагії, пухлини матки, пологи, аборти, кровотечі з носу та ясен, гематурія, кровопускання, гемодіаліз, донорство, кровотечі при геморагічних діатезах.

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 3. Приведіть клінічні прояви анемічного синдрому:

1. Серцебиття
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Завдання 4. Перерахуйте найбільш специфічні клінічні ознаки ЗДА:

1. Pica chlorotica (спотворення смаку)
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Завдання 5. Заповніть таблицю лабораторних діагностичних критеріїв ЗДА:

№	Метод обстеження	Лабораторні зміни
1.	Загальний аналіз крові	Зниження гемоглобіну, гіпохромія (зменшення колірного показника, МСН,

		МСНС), мікроцитоз у поєднанні з анізоцитозом та поїкілоцитозом (зменшення середнього діаметру еритроцитів та MCV), ретикулоцити в межах норми.
2.		
3.		
4.		

Завдання 6. Заповніть таблицю основних лікарських пероральних препаратів заліза:

Препарат	Складові компоненти	Кількість Fe, мг	Лікарська форма	Добова доза
Фенюльс	Аскорбінова кислота, нікотинамід, кальцій, вітаміни групи В	150	Капсули	1-2 капс.

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Тяжка анемія – це зниження Нв нижче:

- A. 96 г/л
- B. 86 г/л
- C. 76 г/л
- D. 66 г/л
- E. 56 г/л

2. Найбільш частою причиною розвитку ЗДА є:

- A. Порушення всмоктування Fe в кишківнику.
- B. Підвищення потреби в Fe.

- C. Хронічні крововтрати.
- D. Порушення транспорту Fe.
- E. Аліментарна недостатність.

3. Нижня межа норми сироваткового заліза у чоловіків складає:

- A. 20 мкмоль\л
- B. 15 мкмоль\л
- C. 13 мкмоль\л
- D. 10 мкмоль\л
- E. 6 мкмоль\л

4. Назвіть найбільш специфічний синдром притаманний ЗДА:

- A. Анемічний
- B. Гемолітичний
- C. Циркуляторно-гіпоксичний
- D. Сидеропенічний
- E. Інфекційно-токсичний

5. Який з перерахованих препаратів використовується в лікуванні ЗДА?

- A. Кораксан
- B. Небіволон
- C. Розувастатин
- D. Преднізолон
- E. Іреліт

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 49 років, професія вчитель, звернулася до сімейного лікаря з приводу підвищеної втомлюваності, утрудненого ковтання твердої

їжі, спотворення смаку, запаморочення, задишки та серцебиття при фізичних навантаженнях.

Anamnesis morbi: Погіршення стану відбувалося поступово, пов'язує з перевантаженням на роботі. Вважає себе хворою близько 5 років, останнім часом з'явилися утруднене ковтання сухої їжі та серцебиття при фізичних навантаженнях. Раніше з цього приводу не зверталася.

Anamnesis vitae: Палить (до пачки протягом доби). Алкоголь вживає рідко. Було 3 вагітності, 2 нормальних пологів. Менструації регулярні, тривають протягом 6-7 днів при циклі 25 днів, виділення крові із згустками триває 2 доби.

Результати фізикального обстеження хворої:

Загальний стан задовільний. Зріст 170 см, вага 86 кг. Нормостенічної тілобудови. Шкіра суха, бліда. Відмічається ламкість та шаруватість нігтів, вони мають увігнуту ложкоподібну форму (койлоніхії). Спостерігається симптом «блакитних» склер. PS ритмічний, 92 ударів за 1 хвилину. АТ – 110/70 мм рт.ст. Тони серця правильні, ослаблені, вислуховується систолічний шум над верхівкою та легеневою артерією, ч.с.с. 92 удара за 1 хвилину. З боку інших органів та систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів дослідження:

Загальний аналіз крові: ер.- $3,4 \times 10^{12}/л$; Нв-75г/л; МСН-22п/г; МСНС-28г/дл; МCV-70мкм³; колірний показник-0,80; ретикулоцити-7:1000; лейкоц.- $4,6 \times 10^9/л$; сегм.-66%; пал.-3%, еоз-1%; базоф.-1%; лімф.-25%; моноцит.-4%; тромбоц.- $290 \times 10^9/л$; ШОЕ-20мм/год. Особливості морфологічної картини еритроцитів: мікроцитоз з анізоцитозом, пойкилоцитоз, гіпохромія еритроцитів.

Біохімічний аналіз крові: білок заг.-80,9г/л, альбумін-45,2г/л; білір.заг.-18,8мкмоль/л; АлАТ-35,1Од/л; АсАТ-27,2 Од/л; креатинін-85мкмоль/л; сечовина-6,2ммоль/л; глюкоза-4,8ммоль/л; глікований гемоглобін-6,0%; залізо сироватки-10мкмоль/л; загальна залізовв'язуюча здатність сироватки (333С)-94мкмоль/л; насичення трансферину залізом-12%; феритин сироватки-13мкг/л.

Загальний аналіз сечі без патології.

У калі без патології.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

Варіант 2.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації анемії за розмірами еритроцитів

Анемія	MCV (мкм ³)	Середній діаметр еритроцита (мкм)	Захворювання, стани
Нормоцитарна	80-95	6,8-8,5	Гемолітичні та апластичні анемії, гостра крововтрата, анемії при хронічних захворюваннях

Завдання 2. Перерахуйте основні причини розвитку В₁₂ – дефіцитної анемії:

1. Недостатнє надходження вітаміну В₁₂ в організм (вегетаріанство, алкоголізм, тривале парентеральне харчування).

2. _____

3. _____

4. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю клінічних проявів (основних симптомів та синдромів) мегалобластних анемії.

Ураження основних систем, синдром	Симптоми
Ураження травного тракту	Втрата апетиту, відраза до м'ясної їжі, пощипування та біль кінчика язика, відрижка, нудота, діарея, атрофічний глосит з «лакованим» язиком, тріщини та заїди у кутах рота, нерідко збільшується печінка.

Завдання 4. Перерахуйте клінічні прояви фунікулярного мієлозу:

1. Нижній спастичний парапарез

2. _____

3. _____

4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Завдання 5. Заповніть таблицю додаткових обстежень для діагностики мегалобластних анемії

Методи обстеження	Отримані зміни
Загальний аналіз крові: Еритроцити	Гіперхромна (високий кольоровий показник) та макроцитарна (макроовалоцити та мегалоцити) анемія; зниження гемоглобіну та еритроцитів; анізоцитоз та пойкилоцитоз; в цитоплазмі еритроцитів трапляються тільця Жоллі та кільця Кебота; ретикулоцитопенія, рідко зустрічаються мегалобласти.
Лейкоцити	
Тромбоцити	

Завдання 6. Запишіть особливості лікування В₁₂-дефіцитної анемії:

1. Терапію В₁₂-дефіцитної анемії розпочинають після проведення аспіраційної біопсії кісткового мозку.
2. При встановленні конкретної причини гіповітамінозу, проводити етіотропне лікування (_____)
3. Основою патогенетичного лікування В₁₂-дефіцитної анемії є в/м введення-
_____ на початку лікування призначають
_____, а потім дозу

4. Першою ознакою ремісії є _____

5. У випадку анемії тяжкого ступеня або за наявності фунікулярного мієлозу призначають _____

6. Показанням до трансфузії еритроцитарної маси є _____

7. Профілактичне лікування V_{12} -дефіцитної анемії здійснюють _____

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Для легкої анемії характерний рівень Нв?

- A. 50-70 г/л
- B. 70-90 г/л
- C. 90-110 г/л
- D. 110-120 г/л
- E. 120-130 г/л

2. Який колір шкіри найбільш характерний для мегалобластної анемії:

- A. Блідий
- B. Жовтий
- C. Ціанотичний
- D. Блідий з лимонно-жовтим відтінком
- E. Блідий з алебастровим відтінком

3. Який з перерахованих препаратів є препаратом вибору у хворих на мегалобластну анемію:

- A. Піридоксин
- B. Дексаметазон
- C. Хеферол
- D. Циклофосфан
- E. Ціанокобаламін

4. Нормальний вміст вітаміну V_{12} у сироватці становить:

- A. 100-200 пг/мл
- B. 200-1000 пг/мл
- C. 1000-2000 пг/мл
- D. 2000-3000 пг/мл
- E. 3000-4000 пг/мл

5. Доза вітаміну В₁₂ для лікування мегалобластної анемії:
- F. 100-200 мкг/добу
 - G. 200-400 мкг/добу
 - H. 500-1000 мкг/добу
 - I. 1000-2000 мкг/добу
 - J. 2000-3000 мкг/добу

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка 58 років, професія - домогосподарка, звернулася до лікаря з приводу загальної слабкості, відрази до м'ясої їжі, парестезій в пальцях верхніх та нижніх кінцівок, похолодання кінцівок, підвищення температури тіла до 37,6°C.

Anamnesis morbi: Захворювання розпочиналося поступово, пов'язує з перевантаженням домашньою роботою. Вважає себе хворою близько 3 років, останнім часом підвищилася температура та з'явилася емоційна неврівноваженість.

Anamnesis vitae: Палить (пів пачки протягом доби). Періодично вживає алкоголь (зі слів хворої не зловживає). Протягом декількох років приймала триамтерен. Вага останнім часом стабільна.

Результати фізикального обстеження хворої:

Загальний стан задовільний. Зріст 172 см, вага 87 кг. Нормостенічної тілобудови. Шкіра бліда з лимонно-жовтим відтінком, субіктеричність склер, одутле обличчя. Відмічається болісність груднини при постукуванні (стерналгія). PS ритмічний, 88 ударів за 1 хвилину. АТ – 115/65 мм рт.ст. Тони серця правильні, ослаблені, вислуховується систолічний шум над верхівкою та легеневою артерією. Язик яскраво-червоного кольору, лакований з наявністю тріщин по краям. Печінка на 2 см виступає з під краю реберної дуги. Хворій складно виконати пробу Геберга, визначається позитивний

Завдання 2. Запишіть етіологічні чинники апластичних анемії:

Спадкові:

1. Сімейна апластична анемія.

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Набуті:

1. Інфекційні (віруси)

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю клінічних синдромів при АА:

Синдром	Клінічні прояви
Анемічний	Серцебиття, задишка, тахікардія, запаморочення, мерехтіння мушок перед очима, загальна слабкість, блідість шкіри, систолічний шум над серцем

Завдання 4. Запишіть класифікацію гемолітичних анемії:

Спадкові гемолітичні анемії:

1. Обумовлені порушенням мембрани еритроцитів: хвороба Мінковського-Шоффара, спадковий еліпсоцитоз, стоматоцитоз, піропойкілоцитоз, обумовлені спадковою відсутністю Rh-антигенів, обумовлені порушенням структури ліпідів.

2. _____

3. _____

4. _____

Набуті гемолітичні анемії:

1. Обумовлені дією антитіл (імунні): ізоімунні (гемолітична хвороба плода та новонароджених), аутоімунні.

2. _____

3. _____
4. _____

Завдання 5. Перерахуйте гематологічні ознаки АА:

В гемограмі:

1. Нормохромна анемія
2. Ретикулоцитопенія
3. Тромбоцитопенія
4. Лейкопенія за рахунок гранулоцитопенії та відносний лімфоцитом
5. Підвищення ШОЕ

В мієлограмі:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

В гістологічних препаратах трепанобіоптатів:

1. _____
2. _____

Завдання 6. Запишіть діагностичні критерії АА:

1. Концентрація Нв менше ніж 100г/л, або гематокрит нижче 30%.

2. _____
3. _____

Діагноз вважають достовірним за наявності _____ із трьох названих критеріїв у поєднанні з _____ за відсутності бластів в периферичній крові та кістковому мозку.

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. За міжнародними критеріям ступеня тяжкості АА вважається важкою при слідкуючій нейтропенії:

A. $< 2,5 \times 10^9/\text{л}$

B. $< 2,0 \times 10^9/\text{л}$

C. $< 1,5 \times 10^9/\text{л}$

D. $< 1,0 \times 10^9/\text{л}$

E. $< 0,5 \times 10^9/\text{л}$

2. Який тип кровоточивості притаманний АА?

A. Васкулітно-пурпурний

B. Гематомний

C. Ангіоматозний

D. Петехіально-плямистий

E. Змішаний

3. Тактика лікування при спадковому мікросфероцитозі:

- A. Призначення циклоспорину А
- B. Призначення кортикостероїдів
- C. Спленектомія
- D. Трансплантація кісткового мозку
- E. Призначення метотрексату

4. Які великі дози антилімфоцитарного глобуліну використовуються для лікування АА?

- A. 50-60мг/кг 3-5 днів
- B. 30-40мг/кг 5-7 днів
- C. 10-30мг/кг 4-6 днів
- D. 5-10мг/кг 8-10 днів
- E. 1-5мг/кг 4-9 днів

5. Який з наведених препаратів є цитостатиком?

- A. Гідрохлортіазид
- B. Циклофосфамід
- C. Тотема
- D. Метилдопа
- E. Метилпреднізолон

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік 36 років, професія - будівельник, звернулася до сімейного лікаря з приводу наростаючої загальної слабкості, запаморочення, появи серцебиття при ходьбі, підвищення температури тіла до 37,5°C.

Anamnesis morbi: Погіршення стану відбувалося поступово. Вважає себе хворим близько 2 років, останнім часом з'явилися болі у горлі та носові кровотечі.

Anamnesis vitae: Шкідливих звичок немає. Протягом останніх 5 років контактує з аніліновим барвником. Став – 27 – схильним до респіраторних захворювань.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан задовільний. Зріст 180 см, вага 82 кг. Нормостенічної тілобудови. Шкірні покриви бліді, наявні петехії. Зів та мигдалики гіперемовані, останні – збільшені. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. PS ритмічний, 94 удара за 1 хвилину. АТ – 110/60 мм рт.ст. Тони серця правильні, ослаблені, вислуховується систолічний шум над верхівкою та основою серця. Печінка та селезінка не збільшені. З боку інших органів та систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів дослідження:

Загальний аналіз крові: ер.- $1,9 \times 10^{12}/л$; Нв-50г/л; колірний показник-1,0; MCV-85мкм³; Ht-29%; ретикулоцити-1:1000; лейк.- $2,0 \times 10^9/л$; нейтр.- $0,9 \times 10^9/л$; сегм.-32%; пал.-1%; еоз-1%; базоф.-1%; лімф.-58%; моноцит.-7%; тромбоц.- $45 \times 10^9/л$; ШОЕ-42мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг.-76,2г/л, альбумін-41г/л; білір.заг.-17,5мкмоль/; АлАТ-38 Од/л; АсАТ-22 Од/л; креатинін-80 мкмоль/л; сечовина-6,7ммоль/л; глюкоза-5,5ммоль/л; глікований гемоглобін-6,1%; залізо сироватки-25мкмоль/л

Загальний аналіз сечі – без патології

У калі - без патології

Стернальна пункція з дослідженням кісткового мозку: у мієлограмі виявлено пригнічення всіх паростків гемопоеза, зменшена кількість міелокаріоцитів, підвищений відносний вміст лімфоцитів та плазматичних клітин, в пункт аті виявлено значну кількість жирових клітин.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

Тема «Гемофілії та тромбоцитопенічна пурпура»

Мета (навчальні цілі): ознайомити студентів із клінічними проявами гемофілій (*A*, *B* та *C*) та тромбоцитопеній, диференціальним діагнозом, методами лікування і профілактики, проведенням реабілітації та експертизи втрати працездатності; навчити студентів проводити грамотне розпитування пацієнтів з деталізацією скарг, виявляти основні симптоми при геморагічних захворюваннях; ознайомити студентів з лабораторними методами дослідження, необхідними для встановлення діагнозу гемофілії *A*, гемофілії

B, гемофілії *C* та ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури (ІТП); навчити студентів самостійно трактувати показники коагулограм при гемофілії та тромбоцитопенії; навчити студентів правильно визначати схему лікування гемофілій та тромбоцитопеній з урахуванням доказової бази.

Студент повинен знати:

1. Етіологію і патогенез гемофілії *A*, *B* та *C*.
2. Клінічну симптоматику гемофілій.
3. Основні методи діагностики та диференціальної діагностики гемофілій.
4. Основні принципи та методи лікування різних типів гемофілій.
5. Етіологію, клініку, лабораторну діагностику, диференціальну діагностику тромбоцитопеній.
6. Основні принципи лікування та профілактики тромбоцитопеній.

Студент повинен вміти:

1. Обґрунтувати діагноз гемофілії та тромбоцитопенії з урахуванням клінічної симптоматики та лабораторно-інструментальної діагностики.
2. При проведенні диференціальної діагностики визначити характерні ознаки для кожної нозологічної одиниці.
3. Оформити історію хвороби та листок призначення лікування.
4. При проведенні мікроскопії мазка крові та дослідженні мієлограми виявити характерні ознаки тромбоцитопенії.
5. Продемонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні медичні терміни, що зустрічаються в робочому зошиті

Термін	Визначення
Тромбоцитопенія	Гематологічний симптом, що характеризується зниженням в периферичній крові кількості тромбоцитів - нижче норми.
Аномалія Мея–Хеггліна	Характерна тріада симптомів: тромбоцитопенія, гігантських розмірів тромбоцити, базофільні веретеноподібні включення в лейкоцитах (тільця Деле). Успадковується за аутосомно-домінантним типом.
Синдром Віскотта–Олдрича	Імунодефіцитне захворювання, успадковується за рецесивним, зчепленим з X-хромосомою типом, виявляється у перші місяці життя дитини. Характерна тріада симптомів: тромбоцитопенія, екзематозна висипка на шкірі та схильність до інфекційних захворювань.
Коагулопатії	Геморагічні синдроми, зумовлені порушеннями в системі зсідання крові.

Гемофілія	Спадкове захворювання, зумовлене дефіцитом або молекулярними аномаліями одного з прокоагулянтів, які беруть участь в активації зсідання крові «по внутрішньому механізму». <i>Гемофілія А</i> — спадкова коагулопатія, зумовлена дефіцитом або молекулярною аномалією VIII фактора зсідання крові. <i>Гемофілія В</i> — спадкова коагулопатія, зумовлена дефіцитом або молекулярними аномаліями IX фактора зсідання крові (фактора Крістмаса). Геморагічний діатез, зумовлений дефіцитом XI фактора зсідання крові, в літературі відомий під назвами <i>гемофілія С</i> , або <i>хвороба Розенталя</i> .
-----------	--

Література:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділ 8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. — 2-е видання. К.: ВСВ "Медицина", 2022. - 680с.

2. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al.- Kyiv: AUS Medicine Publishing, 2020. – 464 p.+64 p. color insert.

3. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 3 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона –К.: ВСВ "Медицина"- 2021.- 642 с.

4. Клінічна лабораторна діагностика: підручник/ за ред. проф. Л.Є. Лаповець. - 2-е видання. К.: ВСВ "Медицина", 2021. – 504 с.

5. Clinical hematology: theory and procedures. Enhanced Edition/ Mary Louise Turgeon. – Jones and Bartlett Publishers,2020.- 758 p.

Варіант 1.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації геморагічних діатезів, враховуючи генез кровоточивості:

Порушення в системі гемостазу	Тип кровоточивості на шкірі	Приклади захворювань
Коагулопатії	Гематомний	Гемофілії А та В
Тромбоцитопенії	Мікроциркуляторний (петехіально-плямистий)	
Тромбоцитопатії		

Завдання 2. Заповніть таблицю причин тромбоцитопеній, зумовлених зниженням продукції тромбоцитів:

Пригнічення кровотворення	Вибіркове пригнічення мегакаріоцитоза	Спадкові тромбоцитопенії
- лейкози; - мієлодиспластичні синдроми; - множинна мієлома; - - -	- медикаментозні засоби; - алкоголь; - -	- тромбоцитодистрофія Бернара-Сульє; - синдром Віскотта-Олдрича - -

Завдання 3. Заповніть таблицю ступеню тяжкості тромбоцитопенії:

Ступінь	Кількість тромбоцитів	Вірогідність кровотечі
Легкий	$50 - 140 \times 10^9/\text{л}$	Низька
Середній	$25 - 50 \times 10^9/\text{л}$	
Важкий		
Дуже важкий		

Завдання 4. Перерахуйте характерні прояви геморагічного синдрому при тромбоцитопенії:

1. Розсіяні петехії і екхімози, які виникають спонтанно і особливо після травм.

2. Дифузне просочування крові через операційні шви,

3. _____
_____.

Завдання 5. Перерахуйте лабораторні тести для проведення діагностики тромбоцитопенії:

1. Кількість тромбоцитів у циркулюючій крові.

2. Час кровотечі за Дюке.

3. _____

4. _____

Завдання 6. Заповніть таблицю орієнтовної диференціальної діагностики тромбоцитопеній:

Критерії	Пригнічення утворення тромбоцитів	Надмірна активація тромбоцитів	Надмірне руйнування тромбоцитів
Характер тромбоцитопенії	Вторинний	Вторинний	Первинний
Кількість мегакаріоцитів у кістковому мозку	Значне пониження		Значне підвищення
Коагуляційний гемостаз			
Антитіла до тромбоцитів			

Тестові запитання

Виберіть одну вірну відповідь:

1. Який тип кровоточивості спостерігається при ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі?

- A. Гематомний
- B. Петехіально-плямистий
- C. Ангіоматозний
- D. Васкулітно-пурпурний
- E. Змішаний

2. Яке лікування потрібно призначити пацієнту з гемофілією А?

- A. Вікасол
- B. Тромбоконтрат
- C. Кріопреципітат
- D. Амінокапронову кислоту
- E. Дицинон

3. Який діагноз найбільш ймовірний, якщо в коагулограмі АЧТЧ дорівнює 89с:

- A. Геморагічний васкуліт
- B. Хвороба Верльгофа
- C. Тромбоцитопатія
- D. Гіпопластична анемія
- E. Гемофілія

4. Вміст тромбоцитів у крові складає $47 \times 10^9/\text{л}$, всі інші показники в межах норми. Який найімовірніший діагноз?

- A. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
- B. Гемолітична анемія
- C. Хронічна залізодефіцитна анемія
- D. Гемофілія
- E. Геморагічний васкуліт

5. У підлітка, який хворіє на гемофілію В, гемартроз колінного суглоба. Що необхідно призначити хворому в першу чергу :

- A. Відмиті тромбоцити
- B. Свіжозаморожену плазму
- C. Суху плазму
- D. Альбумін
- E. Амінокапронову кислоту

Протокол клінічного розбору хворого.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Пацієнтка звернулась з приводу появи геморагічної висипки петехіально-синячкового типу в ділянці нижніх кінцівок та тулуба, яка виникає спонтанно і після незначних травм, головного болю та кволості.

Вік – 28 років, зріст – 160 см., вага – 52 кг.

Anamnesis morbi: Вперше геморагічна висипка появилась 2 місяці тому після незначної травми. В подальшому інтенсивність геморагічних

проявів посилювалась та набула генералізованого характеру. Крововиливи у вигляді екхімозів переважали на нижніх кінцівках та передній поверхні тулуба.

Anamnesis vitae: Вісім років тому перенесла вірусний гепатит В. Часто хворіла на ГРВІ. Шкідливих звичок немає. П'ятирічний син здоровий.

Результати фізикального обстеження хворої:

Загальний стан середньої тяжкості. Слизові оболонки та шкірні покриви бліді. В ділянці передньої стінки грудної клітки, живота, верхніх та нижніх кінцівок множинні петехіальні геморагії та поодинокі екхімози розміром 1-2 см різного забарвлення. Периферичні лімфовузли не збільшені. Тони серця ритмічні, помірне послаблення звучності першого тону над верхівкою. ЧСС 90/хв., АТ – 100/60 мм.рт.ст. Над легеньми везикулярне дихання. Печінка і селезінка не пальпуються.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: ер. – $3,4 \times 10^{12}/л$; Нв – 100 г/л; MCV – 70 мкм³; ретикул. – 3%, лейкоц. – $5,8 \times 10^9/л$, еоз. – 6%, пал. – 5%, сегм. – 58%, лімф. – 23%, моноцит. – 8%, тромбоц. – $10 \times 10^9/л$, ШОЕ – 22 мл/год.

Мієлограма: гіперплазія мегакаріоцитарного паростку (збільшення кількості та розміру мегакаріоцитів).

Коагулограма: час кровотечі (за методом Дюке) – 12хв., протромбіновий час (за методом Квіка) – 15 сек., міжнародне нормалізоване відношення (МНВ) -1,18, активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ) – 35,5 сек., активований час рекальцифікації (АЧР) – 150 сек., тромбіновий час (ТЧ) – 21 сек., фібриноген – 2,7 г.

Біохімічний аналіз крові: заг. білок – 69 г/л, альбумін – 42 г/л, заг. білірубін – 24 мкмоль/л, АЛАТ – 39 Од/л, АсАТ – 39 Од/л, ГГТ – 32 Од/л, ЛФ – 98 Од/л, креатинін – 91 мкмоль/л, сечовина – 8,2 ммоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, глікований гемоглобін – 5,8%.

УЗД органів черевної порожнини: Печінка збільшена в розмірі: права доля – 160 мм, ліва – 92 мм, край лівої долі закруглений. Паренхіма підвищеної ехогенності. Ворітна вена не розширена (діам. 9мм). Стінки жовчного міхура потовщені, конкрементів не виявлено. Підшлункова залоза звичайної форми, контур чіткий, рівний, не збільшений, паренхіма підвищеної ехогенності.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латинецею)

Варіант 2.

Завдання 1. Заповніть таблицю причин різних типів гемофілій:

Тип гемофілії	Причина	Частота
Гемофілія А	Дефіцит VIII фактору коагуляції крові (антигемофільного глобуліну)	70 – 80%
Гемофілія В (хвороба Крістмаса)		
Гемофілія С		

Завдання 2. Заповніть таблицю найчастіших причин кровотеч різної локалізації:

Локалізація	Причини
Шкіра (петехії, пурпури, екхімози)	Тромбоцитопенії та тромбоцитопатії.
Підшкірні та внутрішньом'язові гематоми Порожнина плеври	

Завдання 3. Заповніть таблицю зв'язку рівня VIII фактора в плазмі крові з тяжкістю порушення гемостазу:

Рівень VIII фактора , %	Гемостаз
50-100	нормальний
20-50	тенденція до кровотеч при великих травмах
5-20	
1-5	
0	

Завдання 4. Залежно від патогенезу тромбоцитопенії поділяють на:

1. Тромбоцитопенії, обумовлені порушенням продукції тромбоцитів у кістковому мозку (гіпопродукційні форми);
2. _____;
3. _____.

Завдання 5. Перерахуйте типи кровоточивості на шкірі:

1. Мікροциркуляторний (петехіально-екхіматозний);
2. _____;
3. _____;
4. _____;
5. _____.

Завдання 6. Заповніть таблицю диференціальної діагностики коагулопатій:

Коагулопатія	Протромбіновий час	Активованний частковий тромбoplastинний час (АЧТЧ)	Кількість тромбоцитів	Час кровотечі
Гемофілія А	N	Подовжений	N	Подовжений
Хвороба Віллебранда	N	Подовжений	N	Подовжений
ДВЗ-синдром			Зменшена або N	
Імунна тромбоцитопенія	N			
Захворювання печінки		Подовжений		

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який тип кровоточивості при гемофілії?

- A. Змішаний (синцево-гематомний)
- B. Петехіально-плямистий
- C. Васкулітно-пурпурний
- D. Ангіоматозний
- E. Гематомний

2. При якій кількості тромбоцитів стверджують про тромбоцитопенію?

- A. $\leq 149 \times 10^9/\text{л}$
- B. $\leq 180 \times 10^9/\text{л}$
- C. $\leq 160 \times 10^9/\text{л}$
- D. $\leq 150 \times 10^9/\text{л}$
- E. $\leq 50 \times 10^9/\text{л}$

3. Яке патогенетичне лікування найбільш ефективно при ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі?

- A. Кріопреципітат
- B. Амінокапронова кислота
- C. Свіжозаморожена плазма

- D. Спленектомія
- E. Реополіглокін

4. У кістко-мозковому пунктаті підвищений вміст мегакаріоцитів. Про яку патологію можна думати ?

- A. Хронічний гепатит
- B. Хронічний лімфолейкоз
- C. Апластична анемія
- D. Гострий лейкоз
- E. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

5. Хворий на гемофілію А госпіталізований у зв'язку з появою мелени. Оберіть необхідну добову дозу для введення кріопреципітату:

- K. 100-150 Од на 1 кг маси тіла
- L. 1 -2 Од на 1 кг маси тіла
- M. 5-10 Од на 1 кг маси тіла
- N. 10-15 Од на 1 кг маси тіла
- O. 60-100 Од на 1 кг маси тіла

Протокол клінічного розбору хворого.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Юнак звернувся з приводу інтенсивного болю та припухлості в колінних суглобах, що виникли після незначної травми, а також запаморочення та серцебиття.

Вік 18 років, зріст 165 см, вага 55 кг.

Anamnesis morbi: Зі слів матері, у 7-місячному віці спостерігались рясні носові кровотечі. В 5-річному віці часто скаржився на болі у великих суглобах верхніх та нижніх кінцівок, які появлялись після перенесених незначних травм. Часто виявлялись на тілі дитини підшкірні гематоми.

Anamnesis vitae: дитина від третіх фізіологічних пологів. Старший брат і сестра здорові. Дядько по материнській лінії хворів на гемофілію А.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан пацієнта середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді. Крововиливи під шкіру переважно у верхній половині тулуба. Правий та лівий колінні суглоби збільшені в об'ємі, гіперемія та підвищення температури шкіри над суглобами, визначається флюктуація. Лімфатичні вузли не збільшені. ЧСС 90/хв. Тони серця звучні. АТ 90/60 мм.рт.ст. Печінка та селезінка не пальпуються.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: ер. – $3,2 \times 10^{12}/л$; Нв. – 105 г/л; MCV – 72 мкм³; лейк. – $6,8 \times 10^9/л$; сегм. – 60%, пал. – 6%, еоз. – 4%, базоф. – 1%, лімф. – 21%, моноцит. – 8%, тромбоц. – $189 \times 10^9/л$.; ШОЕ – 14 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: заг. білок – 67г/л, альбумін – 41г/л, заг. білір. – 18 мкмоль/л, АлАТ – 32 Од/л, АсАТ- 27 Од/л, ГГТ-31 Од/л, ЛФ – 92 Од/л, креатинін – 77 мкмоль/л, сечовина – 8,3 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, глікований гемоглобін – 5,9%.

Коагулограма: час зсідання крові (за методом Лі-Уайта) – 14 хв. , час кровотечі (за методом Дюке) – 12 хв., активований частковий тромбопластиновий час (АЧТЧ) – 122 сек., рівень VIII фактору коагуляції крові (F VIII) – 2%.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латинецею)

Варіант 3.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації геморагічних діатезів:

Геморагічні діатези	Захворювання
Вазопатії	- спадкові хвороби; - васкуліти; - _____; - _____;
Тромбоцитопенії, тромбоцитопатії	- апластична анемія; - тромбастенія Гланцмана; - _____; - _____;
Коагулопатії	- гемофілія А; - хвороба фон Віллебранда; - _____; - _____.

Завдання 2. Заповніть таблицю основних захворювань/станів, що супроводжуються тромбоцитопенією:

Варіанти тромбоцитопеній	Захворювання/стани
Пригнічення утворення тромбоцитів	- гіпопластичні і апластичні анемії - синдром Фанконі з гіпоплазією мегакаріоцитарного паростка; - пароксизмальна нічна гемоглобінурія – хвороба Маркіафави-Мікелі;

	<ul style="list-style-type: none"> - інфільтрація кісткового мозку злоякісними клітинами (лейкоз, лімфома, мієлофіброз та ін.); - _____; - _____; - _____.
Надмірне руйнування тромбоцитів	<ul style="list-style-type: none"> - ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура – хвороба Верльгофа; - синдром Еванса; - симптоматична тромбоцитопенія; - _____; - _____.
Надмірна активація тромбоцитів	<ul style="list-style-type: none"> - тромботична тромбоцитопенічна пурпура; - ДВЗ-синдром; - _____; - _____.

Завдання 3. Наведіть основні групи препаратів, що можуть бути причиною ІТП:

- антибіотики (пеніциліни, цефалоспорини, еритроміцин, тетрациклін, хлорамфенікол, рифампіцин, ПАСК та ін.);
- сульфаніламід;
- НПЗП (аспирин, індометацин, бутадіон);
- антикоагулянти (гепарин);
- _____;
- _____;
- _____;
- _____.

Завдання 4. Перерахуйте фактори, які беруть участь у патогенезі кровоточивості:

- 1) тромбоцитарна ланка гемостазу;
- 2) плазмова ланка гемостазу – _____;
- 3) _____;
- 4) _____.

Завдання 5. Виділяють наступні групи кровоточивості відповідно до порушень в системі гемостазу:

1. Порушення в мегакаріоцитарно-тромбоцитарній системі:
 - тромбоцитопенії (зменшення кількості тромбоцитів);
 - тромбоцитопатії (_____);
2. _____;
3. _____.

4. _____;

5. Синдром дисемінованого внутрішньосудинного зсідання (ДВЗ-синдром), для якого характерним є порушення в декількох ланках гемостазу (тромбоцитопенія, коагулопатія та ін.).

Завдання 6. Варіанти лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури:

1) Курсове лікування ІТП – призначення глюкокортикоїдів, початкова доза преднізолону становить 1 – 1,5 мг/кг маси тіла. За відсутності ефекту _____;

2) Призначення циклоспорину А в дозі _____;

3) _____;

4) _____.

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Про яке захворювання можна думати, якщо клінічно спостерігається симетрична висипка на шкірі гомілок, яка не змінюється при натискуванні, не свербить, турбує біль тільки у колінних суглобах?

- A. Тромбоцитопенія
- B. Гемофілія
- C. Геморагічний васкуліт
- D. Ревматоїдний артрит
- E. Системний червоний вовчак

2. У підлітка 15 років в дитинстві спостерігалась кефалогематома. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Хвороба Шенляйна-Геноха
- B. Хвороба Рандю-Ослера
- C. Тромбоцитопенічна пурпура
- D. ДВЗ-синдром
- E. Гемофілія

3. Яке патогенетичне лікування призначається при ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі?

- A. Циклофосфан
- B. Курантіл
- C. Пентоксифілін
- D. Глюкокортикостероїди
- E. Препарати заліза

4. У пацієнтки менорагії і кровоточивість ясен, число тромбоцитів – $30 \times 10^9/\text{л}$, час кровотечі за Дюке – 14 хв. Який діагноз є найбільш ймовірним у даному випадку?

- А. Гемофілія А
- В. Хвороба Верльгофа
- С. Геморагічний васкуліт
- Д. Хвороба Віллебранда
- Е. Хвороба Рандю-Ослера

5. Пацієнт, вік - 20 років, хворіє на гемофілію А та ерозивний гастрит. Призначення якого з наведених нижче лікувальних засобів є першочерговим у випадку госпіталізації?

- А. Кріопреципітату
- В. Пантопразолу
- С. Еритроцитарної маси
- Д. Преднізолону
- Е. Епсилон-амінокапронової кислоти

Протокол клінічного розбору хворого.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Пацієнтка звернулась з приводу появи спонтанних гематом на тілі, запаморочення та серцебиття.

Вік – 37 років, зріст – 169 см., вага – 67 кг.

Anamnesis morbi: Самостійні перші пологи у 37-річному віці. У ранньому післяпологовому періоді спостерігались метрорагії. Проводилась терапія транексамовою і амінокапроновою кислотами, а також свіжозамороженою плазмою. Спостерігався нетривалий позитивний клінічний ефект. Після перенесеної напередодні вірусної інфекції почали з'являтися підшкірні гематоми та посилились метрорагії.

Anamnesis vitae: Перенесених захворювань в минулому не відмічала. Під час вагітності перенесла вірусне захворювання. Молодші її брат та сестра здорові.

Результати фізикального обстеження хворої:

Загальний стан пацієнтки середньої тяжкості. Шкіра та слизові оболонки бліді. На верхніх кінцівках та в ділянці живота численні крововиливи за гематомним типом. Лімфатичні вузли не збільшені. Суглоби не змінені. Тони серця звучні, ритмічні. ЧСС 90/хв., АТ – 110/70 мм.рт.ст. Над легеньми везикулярне дихання. Печінка та селезінка не пальпуються.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: ер. – $2,4 \times 10^{12}/л$; Нв - 69 г/л; MCV – 74 мкм³; лейк. – $8,2 \times 10^9/л$; сегм. – 62%, пал. – 4%, еоз. – 8%, базоф. – 1%, моноцит. – 6%, лімф. – 19%, тромбоц. - $220 \times 10^9/л$.; ШОЕ – 25 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: заг. білок – 65 г/л, альбумін – 36 г/л, білір. заг. – 18 мкмоль/л, АЛАТ – 29 Од/л, АсАТ – 32 Од/л, ГГТ – 28 Од/л, ЛФ – 88 Од/л, креатинін – 105 мкмоль/л, сечовина – 8,6 ммоль/л, глюкоза – 4,9 ммоль/л, глікований гемоглобін – 5,5%.

Коагулограма: час кровотечі (за методом Дюке) – 14 хв., активований частковий тромбопластиновий час (АТЧТ) – 118 сек., рівень VIII фактору коагуляції крові (FVIII) – 0,2%, інгібітор VIII фактору коагуляції крові – 376,32 БО/мл.

При проведенні КТ грудної клітки, черевної порожнини та органів малого тазу патології не виявлено.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План обстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латинецею)

Тема “Гострі лейкемії”

Мета (навчальні цілі). Навчити студентів правильно зібрати анамнез у пацієнтів із різними формами лейкемії. Ознайомити студентів з методами дослідження кісткового мозку та показаннями для їх використання. Навчити студентів самостійно інтерпретувати результати загального аналізу крові та мієлограми. Навчити студентів вірно призначати необхідну схему лікування при різних лейкеміях.

Студент повинен знати:

1. Визначення поняття гострої лейкемії.
2. Класифікацію гострих лейкемії (ВООЗ та FAB).
3. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Основні сучасні теорії етіології гострих лейкемії, теорію пухлинної прогресії при гострих лейкеміях (А.І. Воробйов).
4. Клінічні прояви гострих лейкемії. Основні клініко-гематологічні синдроми, притаманні гострим лейкеміям (анемічний, геморагічний, виразково-некротичний, мієлопроліферативний, лімфопроліферативний та ін.). Ускладнення гострих лейкемії.
5. Критерії діагнозу гострих лейкемії. Формулювання розгорнутих клінічних діагнозів гострої лейкемії. Алгоритми диференційної діагностики гострих лейкемії. Основні захворювання, з якими необхідно провести диференційну діагностику лейкемії: інфекційний мононуклеоз, апластична анемія, сепсис, агранулоцитоз, гепатолієнальний синдром, лімфаденопатія та ін. Диференційну діагностику гострих лейкемії та бластного кризу.

6. Методи лабораторної діагностики гострих лейкемій. Інтерпретацію змін в загальному аналізі крові та мієлограмі при різних типах гострих лейкемій, а також цитохімічні маркери їх основних варіантів.

7. Особливості та принципи лікування гострих лейкемій: призначення хіміотерапії, симптоматичної терапії, використання імунної терапії та трансплантації кісткового мозку.

8. Первинну та вторинну профілактику гострих лейкемій та їх ускладнень.

9. Прогноз та працездатність при гострих лейкеміях.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування (збір скарг). Зібрати анамнез у хворих гострими лейкеміями.

2. Проводити об'єктивне обстеження хворих з гострими лейкеміями, виділити основні симптоми та синдроми захворювання.

3. Встановлювати клінічний діагноз гострої лейкемії, проводити їх диференційний діагноз.

4. Призначити план обстеження хворого та аналізувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.

5. Оцінити загальний аналіз крові та мієлограму у нормі та при гострих лейкеміях.

6. Знати медикаментозні препарати (цитостатики, симптоматичні засоби та ін.), що використовуються для лікування хворих з гострою лейкемією. Призначити адекватне індивідуальне немедикаментозне та медикаментозне лікування гострої лейкемії. Виписати необхідні рецепти.

7. Проводити переливання еритроцитарної та тромбоцитарної маси, плазми крові. Виконувати ексфузію крові. Здійснювати медичні маніпуляції у пацієнтів з гострою лейкемією.

8. Оцінити індивідуальний прогноз та працездатність при гострій лейкемії. Проводити первинну та вторинну профілактику гострих лейкемій та їх ускладнень.

9. Детально вести медичну документацію, зокрема щоденники.

10. Володіти морально-деонтологічними принципами медичного фахівця при курації хворих з гострими лейкеміями та принципами фахової субординації у її процесі.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Лейкоз	Гемобластоз, що первинно виникає в червоному кістковому мозку.
Гострий лейкоз	Пухлина з бластів (перші 4 класи кровотворення). Гострий лейкоз ніколи не переходить в хронічний. Пухлини назавжди втратили здатність до диференціації.
Лейкеміди	Лейкемічна інфільтрація шкіри у вигляді червонувато-синіх, світло-коричневих або кольору шкіри утворень,

	що можуть виступати над поверхнею або бути на рівні шкіри. Біль у трубчастих кістках. Гіперплазія ясен.
Клініко-гематологічна ремісія	Поняття, що включає відсутність клініки, нормалізацію показників загального аналізу крові, нормалізацію картини кісткового мозку, відсутність мутантних клітин в пунктаті кісткового мозку.
Лейкемоїдні реакції	Зміни в крові і органах кровотворення, що нагадують лейкоз і інші пухлини кровотворної системи, але завжди мають реактивний характер і не трансформуються в ту пухлину, на яку вони схожі.

Рекомендована література

Основна

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах.: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. — 2-е видання, 2022.
2. Internal Medicine: in 2 books. Book 2. Diseases of the Digestive System, Kidney, Rheumatic and Hematological Diseases: textbook / N.M. Seredyuk, I.P. Vakaliuk, R.I. Yatsyshyn et al., 2020
3. Практикум із внутрішньої медицини: Терапія: навчальний посібник / О.С. Сташишин, Р.В. Задорожний, В.О. Сінюгіна та ін. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2021.- 136 С.
4. Внутрішні хвороби. У 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В.Глушко, С.В.Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 680 С.
5. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В.Глушка. – 2-е видання. К.: ВСВ «Медицина», 2022. – 584 С.
6. Клінічна та лабораторна діагностика: підручник: у 2-х томах/за ред. В.Д. Бабаджана, Л.В. Кузнецової, П.Г. Кравчуна, А.І. Курченко 2-е видання; переробл. і доповн. Київ,-МЕДПРИНТ, 2022. – 752 С.
7. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: у 3-х томах: посібник: пер. 23-го англ. вид. у 3-х т.: том 3 /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2021. – 642 с.
8. Стандарт медичної допомоги «Гострий мієлоїдний лейкоз». Наказ МОЗ України від 30.10.2023 року № 1873.
9. Davidson’s Principles and Practice of Medicine. 24th editionm, Editors: Ian D Penman, Stuart H. Ralston, Mark W J Strachan, Richard Hobson. Elsevier, 2023, 1428 P.
10. Harrison’s Principles of Internal Medicine. Vol. 1 / 21th Edition, Editors: Loscalzo Fauci, Kasper Hauzer, Longo Jameson et al. // Mc Graw Hill, 2022, 5156 P.

Завдання для самостійного опрацювання теми (потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації гострих лімфобластних лейкозів та їх морфоцитохімічних особливостей:

Морфоцитохімічна форма лейкозу	Варіант гострих лейкозів за FAB класифікацією	Основні цитохімічні показники
Лімфобластний у дітей	L1– лімфобласти маленького розміру	PAS-реакція позитивна

Завдання 2. Заповніть таблицю основних клінічних симптомів гострої постгеморагічної анемії залежно від величини крововтрати:

Крововтрата	Клінічні ознаки
10% - 500 мл	Симптоми відсутні

Завдання 3. Заповніть таблицю основних методів діагностики ГЛ:

№п/п	Метод обстеження	Лабораторні зміни

1.	Загальний аналіз крові	Нормохромна (рідше гіперхромна) анемія, тромбоцитопенія, частіше лейкоцитоз, поява великої кількості бластів і лейкемічний “провал”.
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Завдання 4. Перерахуйте теорії походження лейкозів:

1. Вірусна – наявність латентних лейкозогенних вірусів в організмі.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

Завдання 5. Заповніть таблицю етапів лікування хворих на ГЛ:

Етап лікування	Що означає цей етап
Індукція ремісії	Редукція пулу лейкозних клітин до рівня, коли їх не виявляють при дослідженні кісткового мозку.

Завдання 6. Заповніть таблицю основних синдромів при гострому лейкозі:

Синдром	Клінічні прояви	
Геморагічний	Носові кровотечі, кровотечі з ясен, маткові, ниркові та ін.	

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який із вказаних препаратів доцільно призначити для лікування гострого лімфобластного лейкозу?

- A. Іміфос
- B. Гідроксисечовину
- C. Хеферол
- D. Вінкрестин
- E. Лейкеран

2. Компоненти схеми лікування гострого мієлобластного лейкозу “7+5” :

- A. Вінкрестин + преднізолон
- B. Доксорубіцин + цитозар
- C. Преднізолон + аспаркам
- D. Пуринетол + метотрексат
- E. Лейкеран + преднізолон

3. Межа бластних клітин у кістковому мозку при повній ремісії:

- A. 50%
- B. 30%
- C. 20%
- D. 15%
- E. 5%

4. Вміст тромбоцитів у крові при повній ремісії:

- A. $>50 \times 10^9 / \text{л}$
- B. $>100 \times 10^9 / \text{л}$

- С.>150x10⁹/л
- Д.>300x10⁹/л
- Е.>400x10⁹/л

5. Як розраховується доза препаратів при призначенні ПХТ для лікування гострого лейкозу:

- А. На кг маси
- В. На довжину тіла
- С. На вік хворого
- Д. На м² площі
- Е. За тривалістю хвороби

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Пацієнтка С., 64 років, поступила в терапевтичне відділення з приводу задишки, загальної слабкості, набряку лівої гомілки.

Погіршення стану відмічає 12 годин тому. Вважає себе хворою на протязі тижня, коли з'явилися і поступово почала наростати задишка, слабкість і в'ялість. Згодом виник асиметричний набряк лівої гомілки.

Загальний стан тяжкий. Шкіра волога, бліда. Гіперемія та набряк лівої гомілки, болючість при рухах. У верхній долі лівої легені ослаблене дихання, вислуховуються вологі дрібнопухирцеві хрипи.

Шкідливі звички відсутні. 10 років працювала на капролактамовому виробництві.

Проведено УЗД вен нижніх кінцівок. Виявлений неокклюзивний тромбоз глибокої підколінної вени із флотацією проксимальної частини тромба (довжина 3,1–3,5 см, рухливість незначна).

Коагулограма – помірна гіпокоагуляція.

Загальний аналіз крові: лейкоцити - 44×10^9 /л, бласти - 74 %, гемоглобін - 115 г/л, тромбоцити – 120×10^9 /л. У мієлограмі 84,8 % бластів. При цитохімічному дослідженні глікоген позитивний у 83 % клітин, ліпіди - у 5 % клітин.

Результати імунофенотипування кісткового мозку: 89 % бластних клітин мали імунофенотип зрілоклітинного варіанту ОЛЛ (ОЛЛ В-IV),-

Методом ПЛР встановлена відносна експресія химерного гену BCR-ABL mbcg p190, що складала 1,6 %. Методом стандартного цитогенетичного дослідження визначений каріотип бластів 46, XX, t(2;14)(p12;q32), t(9;22)(q34; q11).

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 2.

Завдання 1. Заповніть таблицю клінічної класифікації залізодефіцитних анемій:

№ п\п	Стадія	
1.	Доклінічна стадія	1.1. Прелатентний дефіцит заліза
		1.2. Латентний дефіцит заліза
2.		
3.		

Завдання 2. Заповніть таблицю основних симптомів та клінічних ознак синдромів при гострому лейкозі:

Синдром	Ознаки ураження органів/систем
Анемічний	Запаморочення, головний біль, слабкість, задишка, серцебиття, іноді – миготіння “мушок” перед очима.

--	--

Завдання 3. Заповніть таблицю лабораторних обстежень для діагностики гострих лейкозів:

№п/п	Метод обстеження	Результат
1.	Аналіз крові	Нормохромна анемія, нормо- або гіперрегенераторна, тромбоцитопенія, лейкоцитоз. Бластемія (>30% бластів) та лейкоцитарний провал
2.	Мієлограма	
3.	Цитохімічні дослідження	
4.	Імунофенотипування	
5.	Цитогенетичні дослідження	

Завдання 4. Запишіть критерії повної ремісії при гострому лімфобластному лейкозі:

1. Відсутність симптомів інтоксикації.
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 5. Запишіть клінічні особливості гострого лімфобластного лейкозу:

1. Лімфаденопатія, спленомегалія,.... _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. _____
 7. _____
 8. _____
 9. _____

Завдання 6. Заповніть таблицю класифікації гострих нелімфобластних лейкозів та їх морфоцитохімічних особливостей:

Морфоцитохімічна форма	Варіант гострого лейкозу за FAB класифікацією	Основні цитохімічні показники
Недиференційований	M0	Усі реакції негативні

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з перерахованих препаратів відноситься до препаратів для лікування гострого мієлобластного лейкозу?

- A. Гідроксисечовина
- B. Цитозар
- C. Циклофосфан
- D. Сандімун
- E. Лейкеран

2. Яка кількість лейкоцитів у крові характерна для повної ремісії?

- A. $> 0,5 \times 10^9 / \text{л}$
- B. $> 1,5 \times 10^9 / \text{л}$
- C. $> 10,5 \times 10^9 / \text{л}$
- D. $> 5,5 \times 10^9 / \text{л}$
- E. $> 15,5 \times 10^9 / \text{л}$

3. Який тип кровоточивості характерний для гострого лейкозу?

- A. Васкулітно-пурпурний
- B. Ангіоматозний

- C. Плямисто-петехіальний
- D. Змішаний
- E. Гематомний

4. Який з перерахованих препаратів є препаратом вибору у хворих з гострим мієлобластним лейкозом?

- A. Дексаметазон
- B. Гідрохлортіазид
- C. Доксорубіцин
- D. Лейкеран
- E. Ціанкобаламін

5. Тактика лікування гострого лейкозу:

- P. Призначення високих доз хіміопрепаратів
- Q. Призначення іммуноглобуліну
- R. Пересадка кісткового мозку
- S. Спленектомія
- T. Холецистектомія

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Хворий В., 25 років, доставлений у ЛОР відділення з приводу інтенсивної повторної носової кровотечі.

Захворів 2 тижні назад, коли став відмічати появу дрібного геморагічного висипання по усьому тілу, підвищення температури до 37,2°-37,4° C, неодноразові носові кровотечі, які завершувались самостійно. За медичною допомогою не звертався.

Загальний стан середньої тяжкості. При огляді шкіра бліда, із дрібноточковими геморагічними висипами. Пальпуються збільшені

неболючі, еластичні лімфозалоци усіх груп. В легенях дихання везикулярне, хрипи відсутні. Серцеві тони приглушені, ритм правильний. ЧСС 98 в 1 хвилину. АТ 105/60 мм рт.ст. Живіт м'який, неболючий. Печінка не збільшена. Селезінка на 2 см виступає з-під краю реберної дуги.

Загальний аналіз крові: еритроцити - 3.1×10^{12} /л, гемоглобін - 80 г/л, колірний показник - 0,79, ретикулоцити - 0.5 %, тромбоцити - 200×10^9 /л, лейкоцити - $3,5 \times 10^9$ /л: паличкоядерні - 1%, сегментоядерні - 25%; лімфоцити - 4%. Бластні клітини - 70%. ШОЕ - 50 мм /год. При гістохімічному дослідженні у бластних клітинах визначений глікоген.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 3.

Завдання 1.

Заповніть таблицю клінічної класифікації залізодефіцитної анемії:

№ п\п	Стадія	
1.	Доклінічна стадія	1.1. Прелатентний дефіцит заліза
		1.2. Латентний дефіцит заліза
2.		
3.		

Завдання 2. Заповніть таблицю основних ознак та симптомів внутрішньоклітинного та внутрішньосудинного гемолізу

Внутрішньоклітинний гемоліз	Внутрішньосудинний гемоліз
Нормохромна анемія, збільшена кількість ретикулоцитів у крові	Наявність вільного гемоглобіну у крові

--	--

Завдання 3. Заповніть таблицю обов'язкових обстежень хворого з гострим лейкозом:

№п/п	Метод обстеження	Результат обстеження
1.	Загальний аналіз крові	Нормохромна анемія, ретикулоцитопенія, тромбоцитопенія, лейкоцитоз, високий бластоз та "лейкемічний провал"
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Завдання 4. Запишіть клінічні особливості гострого нелімфобластного лейкозу:

1. Інфільтрація бластами шкіри, гіпертрофія ясен ...

2. _____

3. _____

4. _____

Завдання 5. Запишіть критерії ремісії гострих нелімфобластних лейкозів:

1. Відсутність симптомів інтоксикації.

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Завдання 6. Заповніть таблицю основних хіміопрепаратів, що використовуються в лікуванні гострих лейкозів:

Група препаратів	Назва препаратів	Механізм їх дії
------------------	------------------	-----------------

Антиметаболіти	Пуринетол, тіогуанін, метотрексат, цитозар	Антагоністи метаболітів попередників нуклеїнових кислот —

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з наведених препаратів є глюкокортикоїдом?

- A. Дексаметазон
- B. L-аргінін
- C. Гідралазин
- D. Гідрохлортіазид
- E. Екворал

2. Препарати, що входять до схеми лікування ГМЛ “5 + 2”:

- A. Циклофосфан + преднізолон
- B. Вінкрестін + метотрексат + лейковорин
- C. Лейкеран + преднізолон
- D. Дексаметазон + вепезид
- E. Цитозар + рубоміцин

3. Який з перерахованих ферментних препаратів використовується в лікуванні гострого лімфобластного лейкозу?

- A. Панкреатин
- B. L - лізин
- C. L - аспарагіназа
- D. Ензістал
- E. Мезим – форте

4. До побічних дій цитостатичних препаратів відносять:

- A. Гіпокаліємія
- B. Порушення функції нирок, печінки
- C. Гіперглікемія, кетоацидоз

Д. Гіпоплазія кісткового мозку

Е. Порушення функції головного мозку

5. Гемотрансфузії при гострих лейкозах проводяться при показниках гемоглобіну:

А. 90 г\л

В. 80 г\л

С. 50 г\л

Д. 120 г\л

Е. 100 г\л

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Хвора М., 18 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищену стомлюваність, пітливість у нічний час, болі у нижніх кінцівках.

Хворіє близько одного місяця. Відмічає періодичні носові кровотечі. Тиждень тому було підвищення температури тіла до 39°C. Шкідливі звички відсутні.

Загальний стан середньої тяжкості. При огляді шкіра бліда, суха. Язик сухий, вкритий жовтуватим нальотом. Визначається болючість при перкусії грудини. Пальпуються неболючі шийні та пахові лімфовузли, близько 1 см у діаметрі. Серцеві тони приглушені. АТ – 105/65 мм рт ст., ЧСС, пульс – 112 в 1 хвилину, ритмічний. Живіт м'який, помірно болючий в епігастрії.

Загальний аналіз крові: еритроцити – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 98 г/л, колірний показник - 0,95, тромбоцити - $118 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцити - $9,2 \times 10^9/\text{л}$: еозинофіли - 0%, базофіли - 0%, нейтрофіли - 46%, моноцити - 4%; лімфоцити - 18%, бластні клітини - 22%. ШОЕ - 32 мм/год.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Тема 4. «Хронічні лейкоемії»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів грамотно зібрати анамнез у пацієнтів із різними формами лейкоемії; ознайомити студентів з методами дослідження кісткового мозку, показаннями для їх використання, методикою проведення; навчити студентів самостійно трактувати результати загального аналізу крові та мієлограми; навчити студентів вірно призначати необхідну схему лікування при різних лейкоеміях.

Студент повинен знати:

10. Вивчити визначення поняття лейкоемії.
11. Вивчити класифікацію лейкоемії. Засвоїти класифікацію хронічних лейкоемій.
12. Вивчити етіологію і патогенез лейкоемій. Засвоїти основні сучасні теорії етіології лейкоемій, теорію пухлинної прогресії при лейкоеміях [A.I. Воробйов].
13. Вивчити клініку лейкоемій. Звернути увагу на основні синдроми, притаманні лейкоеміям (анемічний, геморагічний, виразково-некротичний, мієлопроліферативний, лімфопроліферативний, тощо).
14. Вивчити методи лабораторної діагностики лейкоемій. Засвоїти зміни в аналізі крові та мієлограммі при різних видах лейкоемій, а також цитохімічні маркери основних варіантів хронічних лейкоемій.
15. Навчитися проводити диференційну діагностику лейкоемій. Запам'ятати основні захворювання, з якими треба провести диференційну діагностику лейкоемій: інфекційний мононуклеоз, апластична анемія, сепсис, агранулоцитоз, гепатолієнальний синдром, лімфаденопатія, тощо. Навчитися проводити диференційну діагностику між гострою лейкоемією та бластним кризом при хронічних лейкоеміях. Навчитися формулювати розгорнуті клінічні діагнози хронічної мієлоїдної лейкоемії, хронічної лімфатичної лейкоемії.
16. Засвоїти принципи лікування лейкоемій: призначення хіміотерапії, симптоматичної терапії, застосування імунної терапії, трансплантації кісткового мозку.
17. Засвоїти особливості лікування хронічних лейкоемій.

Студент повинен вміти:

11. Зібрати анамнез у хворих на хронічні лейкоемії.
12. Провести фізичне обстеження хворих на лейкоемії, виділити основні синдроми захворювання.
13. Вміти оцінити загальний аналіз крові й мієлограму в нормі і при гострих та хронічних лейкоеміях.

14. Знати медикаментозні препарати (цитостатики й симптоматичні засоби), що призначаються для лікування хворих на хронічну лейкемію, вміти виписати рецепти.

15. Вміти здійснювати переливання еритроцитарної та тромбоцитарної маси, плазми.

16. Вміти здійснювати ексфузію крові.

Основні терміни теми:

Гемобластоз	пухлини, що виникають із клітин кровотворної тканини
Лейкемія	захворювання, зумовлене пухлинами, що розвиваються з клітин кровотворної тканини, уражають кістковий мозок і характеризується заміщенням нормального кістковомозкового кровотворення клональними проліфератами, які складаються з менш диференційованих і функціонально неактивних клітин
Хронічний мієлоїдний лейкоз	мієлопроліферативний процес, що виникає внаслідок лейкемічної трансформації ранніх клітин-попередників мієлопоезу, що диференціюються до зрілих форм
Істинна поліцитемія	мієлопроліферативне захворювання, яке становить пухлину кровотворної тканини з порушенням кровотворення на рівні клітин-попередників мієлопоезу і характеризується переважно збільшенням маси еритроцитів, одночасним збільшенням кількості лейкоцитів і тромбоцитів
Хронічний лімфолейкоз	пухлина, субстратом якої є переважно зрілі лімфоїдні елементи, що в 95% випадків мають В-клітинне походження і тільки в 5% випадків мають Т-клітинний фенотип
Мієломна хвороба	лімфопрولیферативне захворювання, морфологічним субстратом якого є плазматичні клітини, що продукують моноклональний імуноглобулін

Література:

1. Наказ МОЗ України від 09.09.2022 № 1635. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Хронічний лімфоїдний лейкоз».
2. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 711. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Хронічний міелоїдний лейкоз».
3. Хиць А. Хронічний лімфолейкоз: клінічні рекомендації. ESMO 2020 р. Редакція журналу «Український медичний часопис». 05.05.2021р.
4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Chronic Myelogenous Leukemia. Version 1.2023.
5. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Chronic Myelogenous Leukemia. Version 2.2023.
6. Chronic lymphocytic leukemia: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up 2023.

Варіант 1.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації хронічних мієлопроліферативних захворювань (ХМПЗ):

Скорочена назва	Варіант ХМПЗ за FAB класифікацією
ХМЛ	Хронічний міелоїдний лейкоз

Завдання 2. Заповніть таблицю основних клінічних симптомів хронічного лімфолейкозу (ХЛЛ) в залежності від періодів захворювання.

Період захворювання	Клінічні ознаки

Початковий	Загальна слабкість, пітливість, безболізне збільшення лімфатичних вузлів
Період виразних клінічних проявів	
Термінальний період	

Завдання 3. Заповніть таблицю основних методів діагностики ХЛЛ:

№п/п	Метод обстеження	Лабораторні зміни
1.	Загальний аналіз крові	Лейкоцитоз до $50 \times 10^9/\text{л}$, Лімфоцитоз 60-80%, клітини Боткіна-Гумбрехта, тромбоцитопенія, збільшення ШОЕ.
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

Завдання 4. Перерахуйте теорії походження лейкозів:

1. Вірусна – наявність латентних лейкозогенних вірусів в організмі;
2.
3.
4.

Завдання 5. Стадії перебігу істинної поліцитемії:

Стадія перебігу	Характеристика
I – початкова	Безсимптомний перебіг. Спостерігають незначну гіперемію шкіри та слизових, підвищення гемоглобіну та еритроцитів, лейкоцити та тромбоцити – норма

Завдання 6. Заповніть таблицю критеріїв повної ремісії при ХЛЛ:

Метод обстеження	Клінічні прояви	Метод обстеження	Клінічні прояви
Інструментальні дослідження:	Відсутність лімфаденопатії, гепатоспленомегалії		

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з наведених препаратів доцільно призначити для лікування хронічного мієлоцитарного лейкозу?

- A. Іміфос
- B. Гідроксисечовина
- C. Хеферол
- D. Вінкристин
- E. Лейкеран

2. Компонентами схеми лікування ХЛЛ COP є :

- A. Вінкристин+циклофосфан+преднізолон
- B. Доксорубіцин+цитозар+преднізолон
- C. Преднізолон+аспаркам+глюконат кальцію
- D. Пуринетол+метотрексат+дексаметазон

Е. Лейкеран+преднізолон+цитозар

3. Критерії повної ремісії при ХМЛ:

- А. Лейкоцити $<50 \times 10^9$ /л, нормалізація формули, стійка спленомегалія
- В. Лейкоцити $<30 \times 10^9$ /л, нормалізація формули, спленомегалія персистує
- С. Лейкоцити $<20 \times 10^9$ /л, нормалізація формули, відсутність спленомегалії
- D. Лейкоцити $<15 \times 10^9$ /л, нормалізація формули, спленомегалія персистує
- Е. Лейкоцити $<9 \times 10^9$ /л, нормалізація формули, відсутність спленомегалії

4. Вміст тромбоцитів у крові при повній ремісії при ХЛЛ:

- А. $> 50 \times 10^9$ /л
- В. $> 100 \times 10^9$ /л
- С. $> 150 \times 10^9$ /л
- D. $> 300 \times 10^9$ /л
- Е. $> 400 \times 10^9$ /л

5. Як розраховується доза препаратів при призначенні хіміотерапії для лікування хронічного лімфолейкоза (ХЛЛ):

- А. На кг маси
- В. На довжину тіла
- С. На вік хворого
- D. На m^2 площі
- Е. На рівень креатиніну

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напівліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Пацієнтка 63 років яка знаходиться в терапевтичному стаціонарі скаржить на виражену слабкість, зниження працездатності, значну

пітливість, особливо в ночі, схуднення, підвищення температури тіла до 38°C, збільшення шийних лімфовузлів, висипи на шкірі.

Професія – педагог, ріст – 167 см, вага – 86 кг.

Anamnesis morbi. Протягом останніх 3-х місяців відмічає погіршення загального стану: періодична нудота, відрижка, непереносимість прийому окремих продуктів (м'яса), різке зниження працездатності, з'явилась нічна пітливість. В останній місяць помітила збільшення шийних лімфатичних вузлів – безболісні, рухомі, величиною до 2 см.

Anamnesis vite. Не палить. Алкоголь не вживає. Серед хвороб відмічає часті загострення респіраторних вірусних інфекцій, калькульозний холецистит. Смерть батька хворої пов'язана з злоякісною пухлиною шлунка.

Результати фізикального обстеження хворої.

Загальний стан середньої тяжкості. Гіперстенічної статури. Шкіра суха з блідим відтінком, злегка жовтувата.

Ps– 72 уд. за 1 хв., ритмічний. Тони серця глухі. АТ – 145/90 мм рт/ст.

Перкусія легень – справа від кута лопатки і донизу, притуплення перкуторного звуку. В легенях жорстке дихання. справа в нижніх відділах легень прослуховується крепітація.

Живіт симетричний, здутий, при пальпації болісний в епігастральній ділянці в зоні Шофара. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка +2см, селезінка +2 см. Відрізки товстої кишки без особливостей.

Загальний аналіз крові:

Ер – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 108 г/л, Лейк. – $47 \times 10^9/л$, еоз – 1%, пал – 1%, сегм – 25%, м – 2%, лімф – 71%, тром – $170 \times 10^9/л$, ШОЕ-22 мм/год. В крові велика кількість клітин Боткіна-Гумбрехта.

Білок заг. – 74 г/л, Альбуміни – 46%, білір.заг – 19,2 мкмоль/л, АЛАТ – 36 Од/л, АсАТ – 35 Од/л, ГТТ – 34 Од/л, ЛФ – 107 Од/л, креатинін – 102 мкмоль/л, сечовина-6 ммоль/л, альфа-амілаза-108 Од/л, глюкоза-8,2 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,7ммоль/л.

Загальний аналіз сечі: білок – 0,4 г/л, ер – 2, л – 12-14; солі урати, альфа-амілаза сечі – 448 Од/л; в калі – креаторея.

УЗД органів черевної порожнини.

Печінка збільшена + 2 см, передньо – розмір правої частини – 157 см, поверхня рівна, тканина неоднорідна підвищеної ехогенності. Воротна вена d – 9 см. Внутрішньопечінкові жовчні протоки не розширені. Жовчний міхур 8,0 x 3,9 см. Стінки 0,5 x 0,6 см, контури не чіткі. Підшлункова залоза – візуалізується повністю, розміри 23 x 15 x 19 см, підвищеної ехогенності, структура неоднорідна. Вірсунговий протік не розширений. Селезінка – дифузно гіпоехогенна. Діаметр селезінкової вени – 6 см.

Попередній діагноз:

—

—

Обґрунтування діагнозу:

—

—

—

—

—

—

—

—

План дообстеження:

—

—

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

—

—

—

—

—

Варіант 2

Завдання 1. Заповніть таблицю основних клінічних синдромів при хронічному мієлоцитарному лейкозі:

№ п\п	Стадії	Синдроми
1	Початковий період	Прогресування астеничного синдрому
2		.
3		
4		

Завдання 2. Заповніть таблицю основних симптомів та клінічних ознак синдромів в період розгорнутих клінічних проявів при ХМЛ:

Синдром	Ознаки ураження органів/систем
Анемічний	Запаморочення, головний біль, слабкість, задишка, серцебиття, іноді – миготіння «мушок» перед очима
Геморагічний	
Імунної недостатності	
Інтоксикаційний	
Екстрамедулярної метаплазії	

Завдання 3. Заповніть таблицю клінічних ознак хронічного мієлолейкозу в залежності від клінічних періодів захворювання:

Стадія	Клінічні ознаки
Початковий період	Загальна слабкість, зниження працездатності, неінтенсивні болі в

	лівому підребер'ї, незначне збільшення селезінки.
Розгорнутий період	
Термінальний період	

Завдання 4. Критерії діагностики хронічної стадії ХМЛ:

1. В крові: лейкоцитоз $> 30 \text{ Г}^{\wedge}\text{л}$ зі зрушенням у лейкограмі;
2.
3.

Завдання 5. Класифікація хронічного лімфолейкозу за особливостями клінічних симптомів:

1. Типовий варіант;
2.
3.

Завдання 6. Як змінюється картина крові у хворих з ХМЛ в залежності від періодів захворювання.

Періоди захворювання	Картина крові
Початковий період	Лейкоцитоз до $15-20 \times 10^9/\text{л}$, зсув лейкоцитарної формули крові в ліво з появою мієлоцитів, збільшення кількості базофілів і еозинофілів (базофільно-еозинофільна асоціація).
Розгорнутий період	
Термінальний період	

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з перерахованих препаратів відноситься до препаратів для лікування хронічного мієлолейкоза (ХМЛ)?

- A. Іматиніб (глівек)
- B. Цитозар
- C. Циклофосфан
- D. Сандіmun
- E. Лейкеран

2. Яка кількість клітин мієлоцитарного ряду у хворих з ХМЛ в розгорнутий період захворювання?

- A. Нейтрофільні мієлоцити 5-15%
- B. Нейтрофільні мієлоцити 20-30%
- C. Нейтрофільні мієлоцити 40-50%
- D. Нейтрофільні мієлоцити 50-55%
- E. Нейтрофільні мієлоцити 55-60%

3. Який тип кровоточивості характерний для ХМЛ?

- A. Васкулітно-пурпурний
- B. Ангіоматозний
- C. Плямисто-петехіальний
- D. Змішаний
- E. Гематомний

4. Який з перерахованих препаратів є препаратом вибору у хворих на ХМЛ?

- A. Іматиніб
- B. Дексаметазон
- C. Ціанкобаламін
- D. Гідроксисечовина
- E. Вінкристин

5. Тактика лікування при еритремичній стадії поліцитемії:

- A. Призначення високих доз хіміопрепаратів
- B. Призначення імуноглобуліну
- C. Пересадка кісткового мозку
- D. Ексфузія крові
- E. Трансфузія крові

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напівліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Чоловік 58 років звернувся до сімейного лікаря з приводу болю в епігастрії, з іррадіацією в поперекову ділянку, нудоту, слабкість, t^0 37,8⁰C, схуднення, періодичну блювоту жовцю, яка не принесла полегшення.

Ліквідатор ЧАЕС. Зріст – 176 см, вага – 67 кг.

Anamnesis morbi. Погіршення стану здоров'я помітив на протязі останніх 2-х місяців, причину якого встановити не може. Спочатку з'явилося здуття живота з періодичними болями в епігастральній ділянці живота. З часом появилось блювання жовцю, яка не приносила полегшення. За 1 місяць втрата маси тіла склала 6 кг. За медичною допомогою до лікарів не звертався.

Anamnesis vitac. Не палить, алкоголь вживає помірно. Хворіє хронічним панкреатитом. Батько хворого помер від злоякісної пухлини шлунка.

Загальний стан хворого середньої тяжкості. Нормостенічної тулубоводи. Шкіра суха, злегка жовтувата. Язик сухий, обкладений біло-жовтим нальотом.

Ps – 92 уд. за 1 хв, аритмічний. Тони серця приглушені, неправильні. АТ – 165/90 мм рт/ст. Перкусія легень – притуплення перкуторного звуку зліва.

В легенях ослаблене везикулярне дихання, шум тертя плеври зліва в нижніх відділах легень.

Живіт симетричний, здутий, при пальпації болючий в епігастральній ділянці в проекції підшлункової залози. Симптоми подразнення очеревинивідсутні. Печінка + 2 см, селезінка + 4 см. Відрізки товстої кишки без особливостей.

Загальний аналіз крові: Ер – 3,8 x 10¹²/л, Нь – 112 г/л, Лейк. – 65 x 10⁹/л, баз – 6,5%, еоз – 9%, промієлоцити – 2%, мієлоцити – 24%, метамієлоцити – 21%, палочкоядерні – 15,5%, сегментоядерні – 14%, лімфоцити – 9%, тромбоцити-160x10⁹/л, ШОЕ – 20 мм/год.

Білок заг. – 76 г/л, Альбуміни - 47,2%, білір. заг - 18,5 мкмоль/л, АлАТ - 40 Од/л, АсАТ - 48,5 Од/л, ГГТ - 51 Од/л, ЛФ - 134 Од/л, креатинін – 117 мкмоль/л, сечовина-5,7 ммоль/л, альфа-амілаза-110 Од/л, глюкоза-5,2 ммоль/л, глікований гемоглобін – 6,1ммоль/л.

Загальний аналіз сечі без патології: білок- 0,4 г/л, ер-2,л-12-14; солі урати, альфа-амілаза сечі – 560 Од/л; у калі – стеаторея.

Завдання 3. Заповніть таблицю обов'язкових обстежень хворого на хронічний лімфолейкоз (ХЛЛ):

№п/п	Метод обстеження	Результат обстеження
1.	Загальний аналіз крові	Лейкоцитоз за рахунок лімфоцитів (60-90%) із клітинами лейколізу (клітини Боткіна-Гумпрехта), анемія
2.	Кістковий мозок	
3.	Біопсія лімфатичного вузла	
4.	Рентгенографія органів грудної клітини	
5.	Сканування, УЗД	
6.	Імунофенотипування	

Завдання 4. Критерії діагностики перехідної стадії ХМЛ:

1. Зростання кількості лейкоцитів, незважаючи на лікування
2.
3.

Завдання 5. Критерії клініко-гематологічної ремісії при ХМЛ:

1. Повна нормалізація фізикальних показників
2.
3.

Завдання 6. Заповніть таблицю основних хіміопрепаратів, що використовуються в лікуванні бластних кризів хронічних лейкозів:

Група препаратів	Назва препаратів	Механізм їх дії
Антиметаболіти	Пуринетол, тіогуанін, метотрексат, цитозар	Антагоністи метаболітів-попередників нуклеїнових кислот
Антимітотичні засоби		
Алкілюючі сполуки		
Протипухлинні антибіотики-антрацикліни		
Ферментні препарати		
Епіподофілотоксини		
Антракіноїди		
Похідні нітросесечовини		

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з наведених препаратів є глюкокортикоїдом?
 - A. Преднізолон
 - B. L-аргінін
 - C. Гідралазин
 - D. Гідрохлортіазид
 - E. Екворал

2. Препарати, що входять до схеми «5 + 2», лікування бластного кризу:
 - A. Циклофосфан+преднізолон
 - B. Вінкрістин+метотрексат+лейковорин
 - C. Лейкеран+преднізолон
 - D. Дексаметазон+вепезид
 - E. Цитозар+рубоміцин

3. Який з перерахованих хіміопрепаратів використовується в лікуванні істинної поліцитемії (ІП)?
 - A. Вінкрістин
 - B. Циклофосфамід
 - C. Гідроксисечовина
 - D. Метотрексат
 - E. Цитозар

4. До побічних дій цитостатичних препаратів відносять:
 - A. Гіпокаліємія
 - B. Порушення функції нирок, печінки
 - C. Гіперглікемія, кетоацидоз
 - D. Гіпоплазія кісткового мозку
 - E. Порушення функції головного мозку

5. Гемотрансфузії при хронічних лейкозах проводяться при показниках Нв:
 - A. <90 г\л
 - B. <80 г\л
 - C. <50 г\л
 - D. <120 г\л
 - E. <100 г\л

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Чоловік 62 років доставлений бригадою екстреною медичної допомоги в клінічну лікарню. Хворий скаржиться на різке здуття живота, тупі болі в епігастральній області живота, нудоту, блювання, яке не покращує стан хворого, різку слабкість, пітливість, втрату маси тіла, t^0 37,8 $^{\circ}$ C.

Професія – сантехнік. Зріст – 176 см, вага – 90 кг.

Anamnesis morbi. Хворіє останні 3 місяці. Спочатку скаржився на поганий апетит, періодичну нудоту після прийому м'ясної їжі. Пізніше з'явилась періодичне блювання, яке не покращувало стан хворого. Тяжкість в епігастральній ділянці живота і оніміння в кінцівках рук з'явилися останні дні. В вечірні часи відмічає підвищення t^0 тіла до 38 $^{\circ}$ C з характерною нічною пітливістю.

Anamnesis vite. Палить, алкоголь вживає періодично. Серед хвороб відмічає хронічний ерозивний гастрит, хронічний гемороїд. З сімейного анамнезу вияснилось, що брат батька помер від лейкемії молодому віці.

Результати фізикального обстеження хворого. Загальний стан хворого середньої тяжкості. Нормостенічної тілобудови. Шкіра суха з блідим відтінком.

Ps– 84 уд за 1 хв., аритмічний. Тони серця приглушені, неправильні. АТ – 160/90 мм рт/ст. Акцент II тону на аорті. Перкусія легень - притуплення перкуторного тону справа від VII ребра донизу.

В легенях везикулярне дихання, в нижніх відділах легень дихання послаблене, більше справа.

Живіт симетричний, здутий, при пальпації болісний в правій епігастральній ділянці, більше в зоні Шофара. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка +3см, селезінка +2 см. Відрізки товстої кишки без особливостей.

Загальний аналіз крові: Ер – 3,4x10¹²/л, Нб – 114 г/л, Лейк. - 32x10⁹/л, еоз- 1%, палочкоядерні – 2%, сегментоядерні – 33%, мон-3, лімф.-61%, тромбоцити-150x10⁹/л, ШОЕ-24 мм/год.

Білок заг.-72г/л, Альбуміни-45%, білір.заг-21 мкмоль/л, АлАТ-37 Од/л, АсАТ-34 Од/л, ГТТ-51 Од/л, ЛФ-114 Од/л, креатинін-108 мкмоль/л,

3. Класифікацію ХОЗЛ, зокрема спірометричну класифікацію тяжкості ХОЗЛ за ступенем обструкції бронхів та поділ за клінічними групами.
4. Основні клінічні прояви ХОЗЛ.
5. Фізикальні ознаки стабільного перебігу ХОЗЛ, особливості під час загострення.
6. Лабораторну та інструментальну діагностику з метою встановлення діагнозу ХОЗЛ та діагностичне значення відповідних методів обстеження.
7. Критерії диференційної діагностики.
8. Алгоритм вибору фармакологічного засобу для лікування хворого зі стабільним перебігом ХОЗЛ.
9. Лікування загострень у хворих на ХОЗЛ.
10. Первинну та вторинну профілактику ХОЗЛ.
11. Оцінку працездатності у хворих на ХОЗЛ.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів з ХОЗЛ.
2. Складати план обстеження хворих на ХОЗЛ, проводити диференційну діагностику з іншою патологією бронхо-легеневої системи, оцінювати ризики несприятливих подій у майбутньому.
3. Інтерпретувати дані спірометричного дослідження.
4. На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження діагностувати ХОЗЛ, оцінювати ризики несприятливих подій у майбутньому, оцінювати ступень легеневої недостатності у хворих на ХОЗЛ. На основі цього вміти формулювати та обґрунтовувати діагноз у хворих на ХОЗЛ.
5. Призначати лікування (немедикаментозне та медикаментозне) з доведеною ефективністю з урахуванням клінічної групи до якої відноситься хворий на ХОЗЛ, проводити первинну і вторинну профілактику ХОЗЛ.
6. Діагностувати та призначати лікування хворим із загостренням ХОЗЛ.
7. Визначати працездатність при ХОЗЛ.
8. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми

Термін	Визначення
--------	------------

ХОЗЛ (GOLD, 2024)	це гетерогенний стан легень, що характеризується хронічними респіраторними симптомами (задишка, кашель, виділення мокротиння та (або) загострення) внаслідок патологічних змін дихальних шляхів (бронхіт, бронхіоліт) та (або) альвеол (емфізема), які спричиняють персистуючу, часто прогресуючу обструкцію повітряного потоку
Бронхообструктивний синдром	це патологічний стан, зумовлений порушенням бронхіальної прохідності з подальшим збільшенням опору потоку повітря при вентиляції, який пацієнт відчуває як задишку, що здебільшого має експіраторний характер
Емфізема легень	стійке патологічне розширення повітряних просторів, розташованих дистальніше термінальних бронхіол, яке супроводжується деструктивними змінами міжальвеолярних перетинок
Спірометрія	методика оцінки функції зовнішнього дихання, зокрема визначення фізіологічних об'ємів легень та швидкості повітряного потоку.

Література:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень». https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/09/ukpmd_1610_hozl.pdf
2. Клінічна настанова «Хронічне обструктивне захворювання легень» https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/09/kn_2024_hozl-1.pdf

3. Дзюблик О.Я., Дзюблик Я.О. СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ХОЗЛ: НА ЩО ЗВЕРНУТИ УВАГУ? Український пульмонологічний журнал. 2024, № 1 С. 18 – 23. <http://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/upj/24/pdf24-1/18.pdf>.

4. Celli B, Fabbri L, Criner G, et al. Definition and Nomenclature of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Time for its Revision. Am J Respir Crit Care Med 2022.

5. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. Lancet Respir Med. 2024;12(1):15–16. doi:10.1016/S2213-2600(23)00461-7.

6. GOLD. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD: report 2024. Available at: <https://goldcopd.org>.

7. World Health Organization. World Health Organization (WHO) Website [accessed Oct 2024]. [https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)).

Завдання для самостійного опрацювання теми

(потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації перебігу ХОЗЛ за вираженістю бронхообструкції (GOLD):

Ступінь	ОФВ ₁ /ФЖЕЛ	ОФВ ₁
I (легка бронхообструкція), GOLD I	<70%	>80%

Завдання 2. Перерахуйте основні скарги у пацієнтів з ХОЗЛ:

1. Утруднене дихання (важко видихати повітря)

2. _____

3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю інструментальних обстежень хворого з підозрою на ХОЗЛ:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Постбронходилатаційна спірометрія	Встановлення діагнозу ХОЗЛ, визначення оборотності і оцінка ступеня тяжкості бронхообструкції
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Перерахуйте основні напрямки немедикаментозної терапії ХОЗЛ:

1. Відмова від паління
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 5. Заповніть таблицю: фармакологічні препарати, які застосовують для базисного лікування у хворих на ХОЗЛ:

β_2 -агоніст короткої дії	<i>фенотерол, сальбутамол</i>
---------------------------------	-------------------------------

β_2 -агоніст тривалої дії	
Холінолітик короткої дії	
Холінолітик тривалої дії	
Інгаляційний ГКС	
Інгібітор фосфодіестерази-4	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Провідний симптом прогресування ХОЗЛ є:

- A. Кашель
- B. Виділення мокроти
- C. Біль в грудній клітці
- D. Задишка
- E. Лихоманка

2. У хворого постбронходилатаційне співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ становить 62%) Про що це свідчить?

- A. Зниження резервного об'єму вдиху
- B. Порухення бронхіальної прохідності
- C. Зниження життєвої ємності легень
- D. Зниження резервного об'єму видиху
- E. Норма

3. Яке значення ОФВ₁ по GOLD класифікації ХОЗЛ відповідає III ступеню бронхоострукції:

- A. Більше 80%

- В. Більше 50%, але менше 80%
- С. Менше 30%
- Д. Більше 30%, але менше 50%
- Е. Менше 15%

4. Визначте ризики та вираженість симптомів у хворого на ХОЗЛ, що належить до клінічної групи В:

- А. Низький ризик несприятливих подій, невелика кількість симптомів
- В. Високий ризик несприятливих подій, невелика кількість симптомів
- С. Помірний ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів
- Д. Низький ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів
- Е. Високий ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів

5. Який з наведених препаратів є β_2 -агоністом короткої дії

- А. Іпратропія бромід
- В. Фенотерол
- С. Тіотропія бромід.
- Д. Флутіказон
- Е. Сальметерол

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка звернувся до лікаря з приводу постійної задишки вдень, яка посилюється при фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель переважно вранці.

Вік - 62 роки, пенсіонер.

Зріст - 165 см, вага - 78 кг.

Anamnesis morbi: перші симптоми з'явилися приблизно 10 років тому, після перенесеної пневмонії. Погіршення стану почалось півтора роки тому, коли після перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19, задишка стала більш вираженою і частою. Раніше з цього приводу зверталась до сімейного лікаря 2 рази на рік, лікувала хронічний бронхіт муколітичними засобами, при загостренні антибактеріальними засобами, при сильній задишці не часто застосовує сальбутамол 1-2 вдихи.

Anamnesis vitae: Палить близько 30 років по 1 пачці в день. Алкоголь не вживає.

Загальний стан середньої тяжкості.

Результати фізикального обстеження хворої. Аускультация легень: на фоні везикулярного дихання з подовженим видихом вислуховуються дифузні сухі свистячі хрипи з обох боків. Перкусія легень: перкуторний тон має тимпанічний відтінок. Аускультация серця - ритм синусовий, регулярний, ЧСС 86 уд./хв. Патологічних шумів не виявлено. АТ 130/80 мм рт. ст.

Обстеження інших органів та систем – без особливостей.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $5,2 \times 10^{12}$ /л; Нв. - 144 г/л; лейкоц. - $8,2 \times 10^9$ /л; сегм. - 54%, пал. - 0%, еоз. - 9%, базоф. - 3%, лімф. - 28%, моноцит. - 6%, тромбоц. - 190×10^9 /л; ШОЕ - 14 мм/год.

Рентгенографія ОГК: Легені без інфільтративних змін, корені легень ущільнені, тяжисті, тінь серця без особливостей.

Спірометрія: ОФВ1- 61%, ФЖЄЛ- 88%, ОФВ1/ФЖЄЛ- 0,65. Приріст ОФВ1 після бронходилатаційної проби - 9%.

Попередній діагноз:

—

—

Обґрунтування діагнозу:

—

—

—

—

—

—

—

—

План дообстеження:

—

—

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

—

—

—

—

—

-

-

Варіант 2.

Завдання 1. Визначте ризики несприятливих подій та вираженість клінічних симптомів у хворих на ХОЗЛ відповідно до груп:

Групи пацієнтів	Ризик, вираженість симптомів
Група А	Низький ризик несприятливих подій у майбутньому, невелика кількість симптомів
Група В	
Група Е	

Завдання 2. Заповніть таблицю лабораторних та інструментальних обстежень, котрі рекомендовані для обстеження хворих на ХОЗЛ:

№п/п	Метод обстеження	Очікувані зміни при ХОЗЛ
1.	Загальний аналіз крові	Можливий компенсаторний еритроцитоз, збільшення гемоглобіну, в період загострення – запальні зміни
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 3. Перерахуйте групи бронхолітиків, які застосовують для лікування хворих на ХОЗЛ та наведіть приклади препаратів:

1. β_2 -агоніст короткої дії - сальбутамол,
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 4. Допишіть з якими нозологіями та за якими основними критеріями проводять диференційну діагностику ХОЗЛ:

1. Бронхіальна астма – переважно алергологічний анамнез, напади утрудненого дихання, характерні нічні симптоми, варіабельність ОФВ₁, зворотність бронхіальної обструкції, еозинофілія крові та харкотиння, ефективні глюкокортикоїди.

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Завдання 5. Заповніть таблицю по фармакологічним засобам, які застосовують для лікування ХОЗЛ з урахуванням клінічної групи:

Групи пацієнтів	Препарати
Група А	
Група В	
Група Е	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. У хворого постбронходилатаційне співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ становить 75%) Про що це свідчить?

- А. Зниження резервного об'єму вдиху
- В. Порухення бронхіальної прохідності
- С. Зниження життєвої ємності легень
- Д. Зниження резервного об'єму видиху
- Е. Норма

2. Яке значення ОФВ₁ по GOLD класифікації ХОЗЛ відповідає IV ступеню бронхообструкції:

- А. Більше 80%
- В. Більше 50%, але менше 80%
- С. Менше 30%
- Д. Більше 30%, але менше 50%
- Е. Менше 15%

3. Визначте ризики та вираженість симптомів у хворого на ХОЗЛ, що належить до клінічної групи Е:

- А. Низький ризик несприятливих подій, невелика кількість симптомів
- В. Невелика кількість симптомів
- С. Помірний ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів
- Д. Низький ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів
- Е. Високий ризик несприятливих подій

4. Показання до призначення інгаляційних глюкокортикостероїдів при ХОЗЛ?

- A. Важка бронхообструкція
- B. Відсутність загострень в анамнезі
- C. Наявність супутньої бронхіальної астми
- D. Велика кількість симптомів
- E. Формування легеневого серця

5. Який з наведених препаратів є холінолітиком пролонгованої дії

- A. Тіотропія бромід
- B. Фенотерол
- C. Іпратропія бромід
- D. Флутіказон
- E. Сальметерол

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хворий звернувся до лікаря з приводу постійної задишки, яка посилюється при незначному фізичному навантаженні, продуктивний кашель, з мокротою яка важко відділяється близько 150 мл. на добу, темно – жовтого забарвлення, підвищену температуру тіла до 38⁰ С.

Вік - 72 роки, пенсіонер.

Зріст - 173 см, вага - 88 кг.

Anamnesis morbi: задишка і кашель з'явилися приблизно 7 років тому, 2-3 рази на рік хворіє на ГРВІ. Різке погіршення стану почалось два дні тому, коли після переохолодження, суттєво підсилилась задишка, а кашель став продуктивним. При високій температурі приймає парацетамол.

Anamnesis vitae: Палить близько 40 років по 1 пачці в день. Алкоголь не зловживає.

Загальний стан важкий.

Результати фізикального обстеження хворого:

Аускультация легень: на фоні бронховезикулярного дихання з подовженим видихом, вислуховуються дифузні сухі свистячі хрипи з обох боків, середньо- і великопухирчасті мігруючі вологі хрипи. Перкусія легень: перкуторний тон має тимпанічний відтінок. Аускультация серця – ритм синусовий, регулярний, ЧСС 106 уд./хв. Патологічних шумів не виявлено. АТ 130/85 мм рт. ст. Обстеження інших органів та систем – без особливостей.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,9 \times 10^{12}$ /л; Нв. - 148 г/л; лейкоц. - $13,2 \times 10^9$ /л; сегм. - 55%, пал. - 6%, еоз. - 2%, базоф. - 2%, лімф. - 28%, моноцит. - 7%, тромбоц. - 195×10^9 /л; ШОЕ - 17 мм/год.

Рентгенографія ОГК: Легені без інфільтративних змін, підвищення прозорості легень, опущенні і згладжені куполи діафрагми, корені легень ущільнені, тяжисті, підсилений легеневий малюнок, тінь серця без особливостей.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

Варіант 3.

Завдання 1. Перерахуйте основні фізикальні ознаки ХОЗЛ:

1. Сухі свистячі та дзижчачі хрипи
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 2. Перерахуйте рентгенологічні ознаки ХОЗЛ:

1. Зниження рухливості діафрагми і низьке її розташування
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю інструментальних обстежень хворого з підозрою на ХОЗЛ:

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Постбронходилатаційна спірометрія	Встановлення діагнозу ХОЗЛ, визначення оборотності і оцінка ступеня тяжкості бронхообструкції
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Заповніть таблицю побічних дій основних фармакологічних засобів, що застосовують для лікування хворих на ХОЗЛ:

Група фармакологічних засобів	Основні побічні дії
β_2 -агоністи	Тахікардія, головний біль, тремор

Завдання 5. Вкажіть заходи первинної профілактики ХОЗЛ:

1. Проведення скринінгових опитувань на наявність хронічного кашлю, виділення харкотиння, задишки

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом

із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хворий звернувся до лікаря з приводу задишки, яка турбує при значному фізичному навантаженні, сухий кашель.

Вік - 49 років, військовослужбовець.

Зріст - 177 см, вага - 92 кг.

Anamnesis morbi: задишка і кашель з'явилися приблизно 2 роки тому.

Погіршення стану почалося близько місяця тому, коли після ГРВІ, суттєво підсилилась задишка.

Anamnesis vitae: Палить близько 20 років по 1,5 пачці в день. Алкоголь не зловживає.

Загальний стан відносно задовільний.

Результати фізикального обстеження хворого:

Аускультация легень: на фоні везикулярного дихання, вислуховуються одиночні сухі свистячі хрипи з обох боків. Перкусія легень: звук ясний легеневий. Аускультация серця – ритм синусовий, регулярний, ЧСС 76 уд./хв. Патологічних шумів не виявлено. АТ 130/80 мм рт. ст. Обстеження інших органів та систем – без особливостей.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $5,1 \times 10^{12}$ /л; Нв. - 144 г/л; лейкоц. - $6,2 \times 10^9$ /л; сегм. - 57%, пал. - 1%, еоз. - 5%, базоф. - 1%, лімф. - 28%, моноцит. - 8%, тромбоц. - 195×10^9 /л; ШОЕ - 7 мм/год.

Рентгенографія ОГК: Легені без інфільтративних змін, корені легень ущільнені, тяжисті, тінь серця без особливостей.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

1. Яке значення ОФВ₁ по GOLD класифікації ХОЗЛ відповідає I ступеню бронхообструкції:

- A. Більше 80%
- B. Більше 50%, але менше 80%
- C. Менше 30%
- D. Більше 30%, але менше 50%
- E. Менше 15%

2. Визначте ризики та вираженість симптомів у хворого на ХОЗЛ, що належить до клінічної групи A:

- A. Низький ризик несприятливих подій, невелика кількість симптомів
- B. Високий ризик несприятливих подій, невелика кількість симптомів
- C. Помірний ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів
- D. Низький ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів
- E. Високий ризик несприятливих подій, велика кількість симптомів

3. Метод діагностики обов'язковий для встановлення діагнозу ХОЗЛ:

- A. Пікфлуометрія
- B. Рентгенграфія ОГК
- C. КТ ОГК
- D. Постбронходилятаційна спірометрія
- E. Бронхоскопія

4. Який з наведених препаратів є β_2 -агоністом тривалої дії:

- A. Іпратропія бромід
- B. Фенотерол

С. Тіотропія бромід

Д. Адреналін

Е. Сальметерол

5. Показання до призначення інгаляційних глюкокортикостероїдів при ХОЗЛ?

А. Важка бронхообструкція

В. Відсутність загострень в анамнезі

С. Наявність задишки

Д. Наявність еозинофілії крові

Е. Формування легеневого серця

Тема. «Бронхіальна астма»

Мета (навчальні цілі): визначення. Етіологія, особливості патогенезу. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Невідкладна допомога при важкому загостренні бронхіальної астми. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Студент повинен знати:

1. Визначення терміну «БА». Оцінку факторів ризику БА.
2. Етіологічні чинники (зовнішні, внутрішні), теорії патогенезу та патофізіологію БА.
3. Класифікацію БА, зокрема, за ступенем тяжкості.
4. Основні клінічні прояви БА та її ускладнення.
5. Програму лабораторно-інструментального обстеження пацієнта з метою встановлення діагнозу БА та діагностичне значення даних відповідних методів обстеження.
6. Критерії диференційної діагностики з іншою патологією бронхо-легеневої системи.
7. Медикаментозне та немедикаментозне лікування відповідно до даних доказової медицини.
8. Невідкладну допомогу при нападі бронхіальної астми відповідно до ступеню тяжкості.
9. Алгоритми первинної та вторинної профілактики БА.
10. Оцінку працездатності хворих на БА.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів з БА.
2. Скласти план обстеження хворих на БА, проводити диференційну діагностику з іншою патологією бронхолегеневої системи, оцінювати ризики несприятливих подій у майбутньому, виявляти ускладнення.
3. На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження діагностувати БА, оцінювати ступінь тяжкості БА. На основі цього вміти формулювати та обґрунтовувати діагноз при БА.
4. Проводити спірометрію та бронходилатаційну пробу.
5. Інтерпретувати дані спірометричного дослідження.
6. Проводити пікфлоуметрію для виявлення добової варіабельності ПОШвид.
7. Призначати лікування (немедикаментозне та медикаментозне), проводити первинну та вторинну профілактику з використанням методів з доведеною ефективністю.

8. Визначати працездатність при БА.
9. Надавати невідкладну допомогу при нападі бронхіальної астми різного ступеню тяжкості.
10. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми (5-6)

Термін	Визначення
Бронхіальна астма	хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, що характеризується гіперреактивністю бронхів (спазм і набряк слизової оболонки) їх зворотною обструкцією з клінічними проявами повторюваних епізодів свистячих хрипів, задишки, відчуття стиснення в грудях і кашлю, особливо вночі або вранці.
Легенева недостатність	Це невідповідність функціональної здатності легень забезпечити нормальний газовий склад артеріальної крові в стані спокою і/або при помірних фізичних навантаженнях відповідно до потреб організму.
Загострення бронхіальної астми	це гостре або підгостре погіршення симптомів (задишки, кашлю, свистячого дихання або скутості в грудній клітці) та легеневої функції, які відрізняються від звичайного стану пацієнта та потребують змін у лікуванні.

Література:

1. Адаптована клінічна настанова заснована на доказах «Бронхіальна астма» / Ю.І. Феценко, Д.М. Бойко, В.К. Гаврисюк та ін. Видання офіційне – Київ – Національна академія медичних наук України, 2020. – 128 с. Посилання для скачування: <http://amnu.gov.ua/wp-content/uploads/2020/files/05-2020/END-NASTANOVA.pdf>
2. Бронхіальна астма. Клінічна настанова, заснована на доказах / Л.В. Беш, Т.О.Крючко, Л.Ф. Матюха та ін. -Київ- Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2021- 146с. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/2021_09_14_kn_ba.pdf

3. 2024 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Available from: <https://ginasthma.org/2024-report/>

4. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 2-Volume Set 7th Edition Elsevier; May 31 2021-2242 p. ISBN 0323655874:

Завдання для самостійного опрацювання теми

(потрібно відповісти письмово)

Варіант 1.

Завдання 1. Вкажіть класифікацію БА відповідно до етіологічних чинників

1. Алергічна

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Завдання 2. Заповніть таблицю ступенів тяжкості БА

Ступінь	ОФВ ₁	Частота проявів симптомів БА
I	>80%	
II		
III		
IV		

Завдання 3. Заповніть таблицю. Диференційна діагностика БА та ХОЗЛ

Бронхіальна астма	ХОЗЛ
В анамнезі алергічні захворювання, спадковий фактор.	В анамнезі захворювання тривале тютюнопаління, проживання у місцях із забрудненим повітрям.

Завдання 4. Заповніть таблицю обов'язкових лабораторних та інструментальних обстежень хворого на БА:

№п/п	Метод обстеження	Характерні зміни
1.	Загальний аналіз крові	Еозинофілія
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Завдання 5. Перерахуйте основні напрямки медикаментозної терапії БА:

1. Призначення ІКС в якості основної (підтримуючої) терапії.

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 6. Заповніть таблицю. Препарати, які застосовують для лікування БА:

Група	Приклад
β_2 -агоністи короткої дії	Сальбутамол
β_2 -агоністи тривалої дії	
Інгаляційні глюкокортикоїди	
Метилксантини тривалої дії	
Системні глюкокортикоїди	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з наведених препаратів використовується для бронходилатаційної проби?

- A. Сальбутамол
- B. Амброксол
- C. Ацетилцистеїн
- D. Глауцин
- E. Ксилометазолін

2. Який симптом найбільш характерний для неінфекційного загострення БА?

- А. Посилення задишки, що важко купується ІКС чи бронходилататорами.
- В. Збільшення маси тіла
- С. Збільшення АТ
- Д. Біль у суглобах
- Е. Нестримне блювання

3. Основний препарат для лікування неінфекційного загострення БА:

- А. Флютиказону пропіонат
- В. Дексаметазон
- С. Будесонід
- Д. Теофілін
- Е. Амброксол

4. Які аускультативні зміни характерні для БА?

- А. Дифузні сухі свистячі хрипи
- В. Відсутність дихальних шумів у нижніх частках обох легень.
- С. Амфоричне дихання
- Д. Вологі крупнокаліберні хрипи дифузного характеру
- С. Везикулярне дихання

5. При застосуванні β_2 -агоністів бронхи

- А. Звужуються
- В. Розширюються
- С. Не змінюються
- Д. Ремодулюються
- Е. Набрякають

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом

із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка звернулась до лікаря з приводу нападів ядухи, які турбують її 1 - 2 рази на день і наявність періодичного кашлю.

Вік - 25 років, професія-фармацевт.

Зріст - 162 см, вага - 54 кг.

Anamnesis morbi: Симптоми з'явилися приблизно 2 роки тому, коли почала працювати фармацевтом. Погіршення стану почалося 2-3 дні тому, коли посилювалися напади ядухи. Раніше з цього приводу не зверталася.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь не вживає. Алергія на цвітіння амброзії з дитинства.

Загальний стан легкого ступеню тяжкості. Результати фізикального обстеження хворої: аускультативно дифузні сухі свистячі хрипи в обох легенях. Обстеження інших органів та систем – без особливостей.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,5 \times 10^{12}$ /л; Нв. - 128 г/л; лейкоц. - $8,4 \times 10^9$ /л; сегм.-59%, пал.- 1%, еоз.- 10%, базоф.-3%, лімф.- 24%, моноцит.-3%, тромбоц. - 210×10^9 /л; ШОЕ - 5 мм/год.

Рентгенографія ОГК: Посилений легеневий малюнок, тінь серця без патологічних змін.

Спірометрія: ОФВ1- 74%, ФЖЄЛ- 94%, ОФВ1/ФЖЄЛ- 0,68. Приріст ОФВ1 після бронходилатаційної проби – 18%.

Попередній діагноз:

—

—

—

Обґрунтування діагнозу:

—

—

—

—

—

План дообстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 2.

Завдання 2. Вкажіть ступені загострення БА, коротко охарактеризуйте їх.

- 1. Легкий _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____

Завдання 2. Перерахуйте основні симптоми БА.

1. Експіраторна задишка
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю інструментальних обстежень, які рекомендовані при БА:

№п/п	Метод обстеження	Очікувані зміни при БА
1.	Спірометрія	Зниження ОФВ1, ОФВ1/ФЖЄЛ.
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Перерахуйте групи препаратів та їх представників, що застосовуються для лікування БА:

1. ІКС: будесонід, флютиказону пропіонат
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

Завдання 5. Вкажіть, які ускладнення виникають при БА:

1. Хронічне легеневе серце
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____
8. _____

Завдання 6. Заповніть таблицю лікування БА відповідно до ступеню тяжкості:

Ступінь БА	Препарат, спосіб його введення, доза
Інтермітуюча	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який з перерахованих препаратів відноситься до інгаляційних глюкокортикоїдів?

- A. Фенотерол
- B. Будесонід
- C. Амоксицилін
- D. Лазолван
- E. Вентолін

2. Який з наведених препаратів є антихолінергічним засобом пролонгованої дії?

- A. Іпратропію бромід
- B. Фенотерол
- C. Тіотропія бромід.
- D. Флутіказон
- E. Сальметерол

3. Яке значення ОФВ₁ відповідає персистуючій БА середньої тяжкості?

- A. > 80%
- B. 60% - 80%
- C. =80%
- D. 30% - 50%
- E. < 60%

4. Що означає показник модифікований індекс Тіффно?

- A. ОФВ₁/ЗЄЛ
- B. ЖЄЛ
- C. ФЖЄЛ
- D. ОФВ₁/ФЖЄЛ
- E. МОШ75

5. Який з наведених препаратів є β₂-агоністом тривалої дії?

- A. Іпратропію бромід
- B. Формотерол
- C. Тіотропію бромід.

Д. Монтелукаст

Е. Вентолін

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Жінка звернувся до лікаря з приводу постійної задишки вдень, яка посилюється при фізичному навантаженні, нічні напади ядухи 1-2 рази на тиждень, кашель з виділенням мокротиння білого кольору.

Вік - 42 роки, професія - бухгалтер.

Зріст - 163 см, вага - 80 кг.

Anamnesis morbi: перші симптоми з'явилися приблизно 17 років тому, які носили не постійний характер. Погіршення стану почалося пів року тому, коли задишка стала більш вираженою і частою. Раніше з цього приводу зверталась до терапевта, лікувала хронічний бронхіт муколітичними засобами.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь не вживає. Алергія на шерсть домашніх тварин з дитинства.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Аускультация легень: дифузні сухі свистячі хрипи з обох боків. Перкусія легень: перкуторний тон - тимпаніт.

Аускультация серця - ритм синусовий, регулярний, ЧСС 96 уд./хв.

Патологічних шумів не виявлено. АТ 130/80 мм рт. ст. Обстеження інших органів та систем - без особливостей.

Результати додаткових методів досліджень:

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

—

—

—

—

—

—

—

Варіант 3.

Завдання 1. Перерахуйте препарати для лікування загострення БА тяжкого ступеню.

1. Системні глюкокортикоїди- преднізолон, дексаметазон.

2. _____

3. _____

—

4. _____

—

5. _____

6. _____

—

Завдання 2. Перерахуйте основні симптоми при загостренні БА

1. Посилення задишки

2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

Завдання 3. Перерахуйте характерні симптоми БА, які визначаються при фізикальному обстеженні.

1. Наявність сухих свистячих і дзижчачих хрипів

2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
- _____

Завдання 4.

Заповніть таблицю: лікування БА відповідно до ступеню тяжкості

Ступінь БА	Препарат, спосіб його введення, доза
Інтермітуюча	Низькі дози ІКС за потреби

Завдання 5. Заповніть таблицю побічних дій основних фармакологічних засобів, що застосовують для лікування хворих на БА:

Група фармакологічних засобів	Основні побічні дії
β ₂ -агоністи	Тахікардія, головний біль, тремор

Завдання 6.

Опишіть основні принципи SMART терапії:

1. Не використовувати β₂-агоністи короткої дії в якості терапії порятунку.

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Тестові запитання

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Який показник свідчить про позитивну бронходилатаційну пробу?

A. Приріст ОФВ₁ більше 12% від початкового значення.

B. Приріст ОФВ₁ менше 12% від початкового значення.

C. Приріст ФЖЄЛ менше 12% від початкового значення.

D. Зменшення ОФВ₁/ФЖЄЛ на 10% від початкового значення.

E. Збільшення ДО на 5% від початкового значення.

2. Для тривалого лікування БА перевагу надають:

A. ІГКС

B. Системні ГКС

C. β₂-агоністи короткої дії

D. Муколітики

С. Антибіотики

2. Який з наведених препаратів є β 2-агоністом тривалої дії?

А. Іпратропію бромід

В. Формотерол

С. Тіотропію бромід.

Д. Монтелукаст

Е. Вентолін

5. Яке значення ОФВ₁ відповідає II ступеню БА:

А. Більше 80%

В. Більше 50%, але менше 80%

С. Менше 30%

Д. Більше 60%, але менше 80%

Е. Менше 60%

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.

4. Оцінити результати представлених лабораторних / інструментальних досліджень.

5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.

6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік звернувся до лікаря з приводу нападів задишки, яка турбує після фізичного або емоційного перенавантаження, а також виникає періодично вночі 1 - 2 рази на місяць.

Вік - 19 років, студент.

Зріст - 184 см, вага - 76 кг.

Anamnesis morbi: перші симптоми з'явилися приблизно 5 років тому, але прояви задишки турбували рідко, проходили самостійно і швидко. Погіршення стану почалось 2 місяці тому, коли задишка стала більш вираженою та частішою. Раніше з цього приводу звертався до кардіолога, оскільки батьки вважали, що причина у серцевій патології. Кардіолог відхилень з боку серцево-судинної системи не виявив.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь не вживає. Алергія на різкі запахи парфумів.

Загальний стан відносно задовільний.

Результати фізикального обстеження хворого. Аускультация легень: сухі розсіяні свистячі хрипи в обох легенях. Аускультация серця – ритм синусовий, регулярний, ЧСС 84 уд./хв. Патологічних шумів не виявлено. АТ 116/70 мм рт. ст. Обстеження інших органів та систем – без особливостей.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $5,0 \times 10^{12}$ /л; Нв. - 136 г/л; лейкоц. - $6,8 \times 10^9$ /л; сегм. - 64%, пал. - 1%, еоз. - 8%, базоф. - 2%, лімф. - 20%, моноцит. - 5%, тромбоц. - 280×10^9 /л; ШОЕ - 2 мм/год.

Рентгенографія ОГК: Легені без патологічних змін, тінь серця без особливостей.

Спірометрія: ОФВ1 - 82%, ФЖЄЛ - 91%, ОФВ1/ФЖЄЛ - 81. Приріст ОФВ1 після бронходилатативної проби - 21%.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

Тема. Пневмонія

Актуальність. Пневмонія і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою, що зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, високими показниками інвалідизації і смертності, а також значними економічними втратами внаслідок цього захворювання. В Україні у 2023 році після лікування від пневмонії зі стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я усіх форм власності виписали 119 695 дорослих.

Проблема діагностики пневмонії і лікування набуло особливого значення в наш час за умов пандемії коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19).

Студент повинен знати :

1. Визначення поняття пневмонія.
2. Етіологію, механізми інфікування та основні патогенетичні механізми при пневмоніях.
3. Особливості патогенезу пневмонії за умов коронавірусної інфекції.
4. Сучасну класифікацію пневмонії.
5. Дані клінічного обстеження, які дозволяють запідозрити пневмонію у пацієнта.
6. Сучасні методи лабораторного та інструментального обстеження хворого з підозрою на пневмонію.
7. Принципи антибактеріальної терапії пневмоній. Основні групи антибактеріальних препаратів, показання до їх призначення.
8. Інші групи препаратів, які використовуються при лікуванні пацієнтів з тяжким перебігом хвороби, особливо за умов коронавірусної інфекції.
9. Ускладнення пневмоній.
10. Принципи реабілітації хворих, які перехворіли на пневмонію, особливо при тяжкому перебігу за умов коронавірусної інфекції.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження в хворих на пневмонію.

2. Ставити попередній діагноз та виявляти основні ускладнення пневмонії.
3. Оцінювати результати основних лабораторних та інструментальних методів діагностики, особливо рентгенологічного та КТ-досліджень легень.
4. Складати план обстеження хворого, на підставі аналізу даних об'єктивного, лабораторного та інструментальних методів досліджень.
5. Проводити диференціальну діагностику пневмоній з іншими патологічними станами та захворюваннями як дихальної системи, так і інших систем організму
6. Встановлювати та обґрунтовувати діагноз, визначати клінічну групу та критерії тяжкого перебігу.
7. Призначати лікування в залежності від клінічної групи хворого, ступеню важкості, наявності ускладнень та супутніх захворювань.
8. Призначити лікування пневмонії за умов коронавірусної інфекції.
9. Визначати прогноз та працездатність хворих, які перенесли пневмонію.
10. Надати невідкладну допомогу при гострій дихальній недостатності, інфекційно-токсичному шоці та інших небезпечних ускладненнях пневмонії.

Термін	Визначення
Негоспітальна пневмонія	Виникає у хворих поза межами лікарні
Внутрішньогоспітальна або нозокоміальна пневмонія	Виникає у хворих, госпіталізованих у зв'язку з іншим захворюванням, пізніше ніж через 48 год після госпіталізації.
Аспіраційна пневмонія	Аспірація рото-фарингіальної шлунково-кишкової мікрофлори та колонізація нею нижніх дихальних шляхів.
Вентилятор-асоційована пневмонія	Пневмонія, асоційована зі штучною вентиляцією легень, яка розвивається не менше ніж через 48 годин після ендотрахеальної інтубації.
Пневмонія у осіб з важкими дефектами імунітету	Вроджений імунodefіцит, ВІЛ- інфекція, ятрогенна імуносупресія. Асоціації мікроорганізмів і розмаїття мікрофлори, включаючи умовно - патогенну.
Коронавірусна пневмонія	Пневмонія при коронавірусній інфекції викликана вірусом SARS-COV-2

Література:

5. Адаптована клінічна настанова заснована на доказах «Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика.» / Ю.І. Фещенко, К.О. Белослудцева, О.А. Голубовська та ін. Видання офіційне – Київ – Національна академія медичних наук України, 2019. – 94 с.

6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: у 3-х томах: том 3. переклад 23-го англійського видання /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2021. – 642 с.

7. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg191>

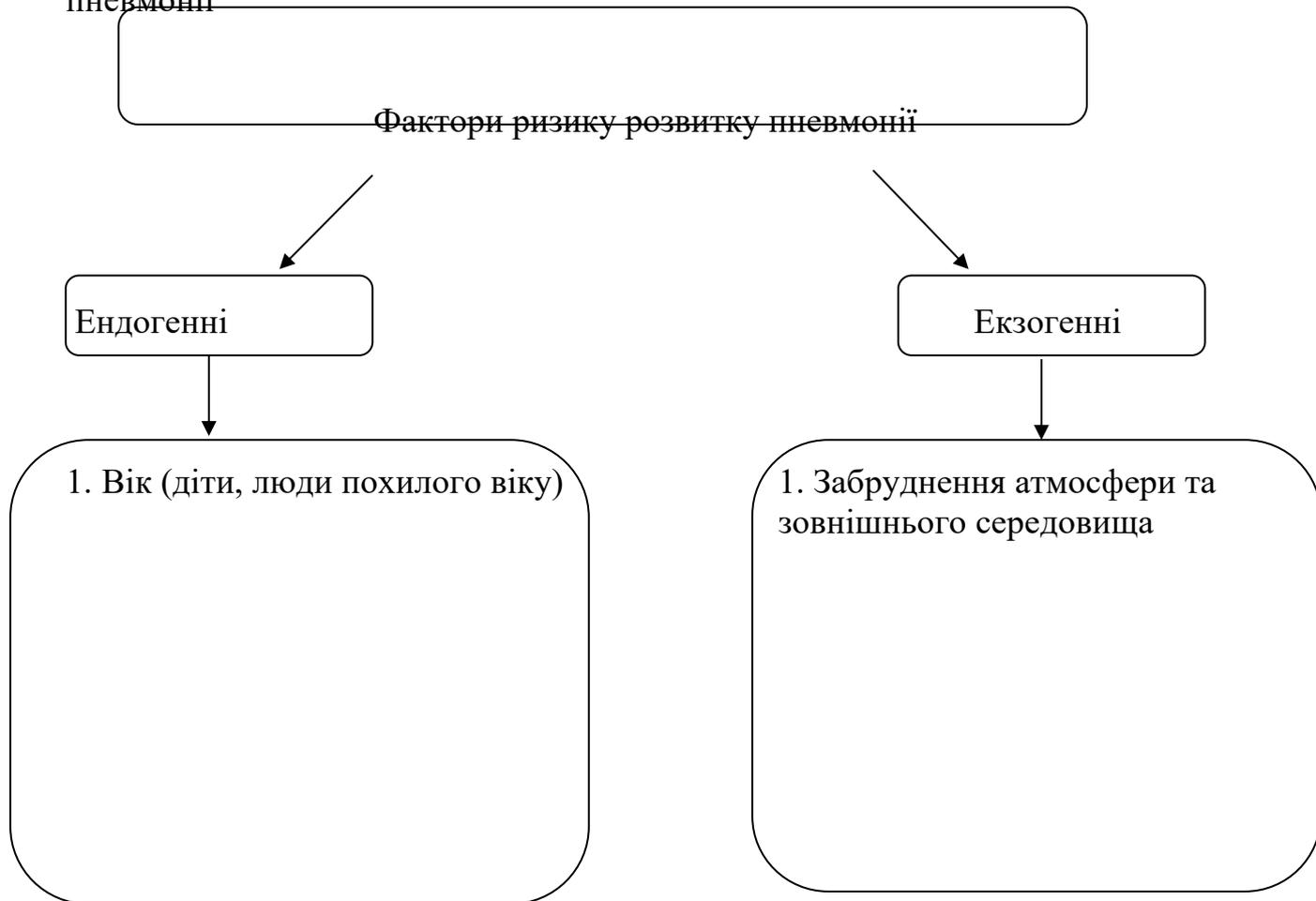
8. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia [Електронний ресурс]: Режим доступу: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.200405-644ST>

Варіант 1

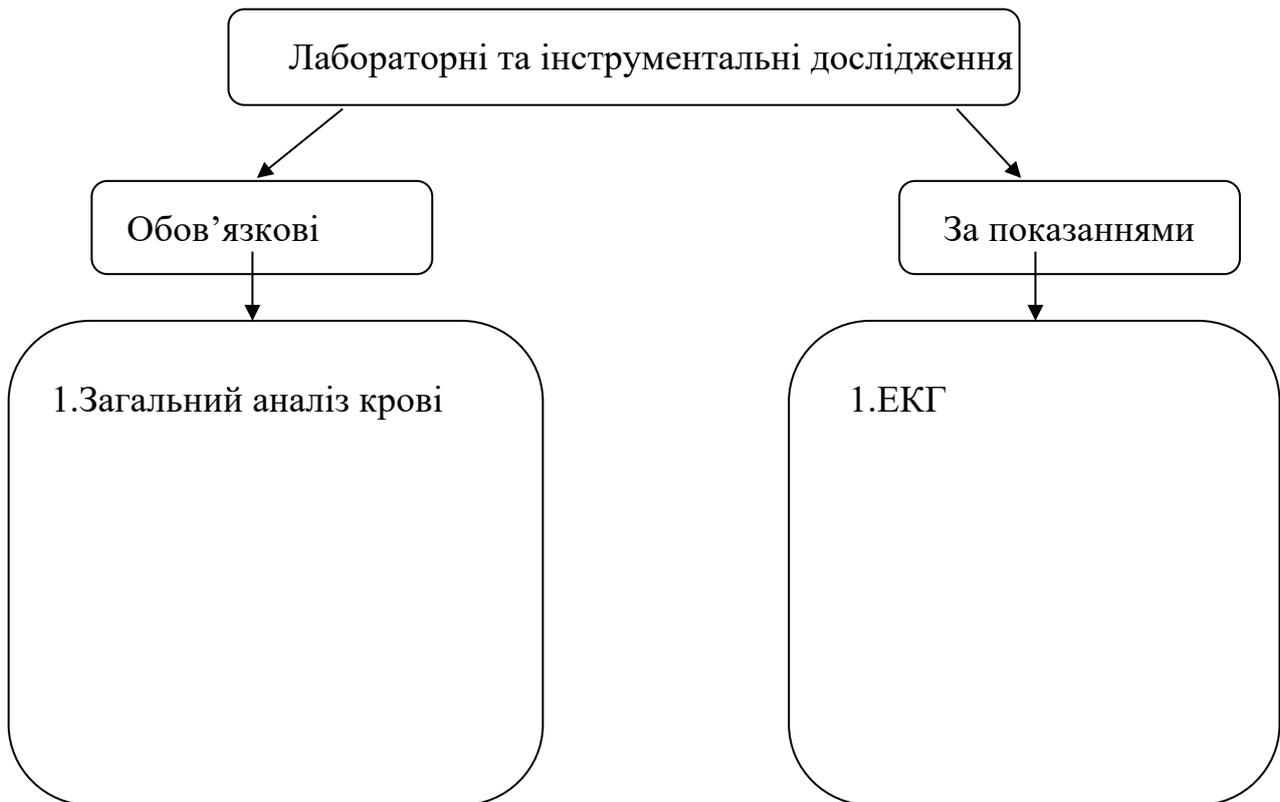
Завдання 1. Заповніть таблицю основних механізмів інфікування при пневмоніях:

Основні механізми інфікування	
1.	Вдихання аерозолю, який містить патогенні мікроорганізми
2.	
3.	
4.	

Завдання 2. Допишіть фактори ризику виникнення негоспітальної пневмонії



Завдання 3. Діагностичні заходи при пневмоніях (допишіть необхідне)



Завдання 4. Заповніть таблицю диференційної діагностики пневмонії та туберкульозу

Ознака	Пневмонія	Туберкульоз
Анамнез	Переохолодження, ГРВІ	
Початок		Поступовий
Пітливість		
Обличчя	Гіперемія	
Локалізація		
Рентгенограма		
Мокротиння		

Завдання 5. Заповніть таблицю ведення хворих на негоспітальну пневмонію на амбулаторному етапі:

Групи хворих	Найвірогідніший збудник	Рекомендовані препарати
1. Хворі з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації		

Завдання 6. Заповніть таблицю основних об'єктивних та інструментальних показників при пневмонії:

Огляд грудної клітки	
Голосове тремтіння	
Перкусія	
Аускультация	
Бронхофонія	
Рентгенографія органів грудної порожнини	
КТ органів грудної порожнини	

Тестові запитання

1. До малих критеріїв тяжкого перебігу пневмонії не належить:
 - А. Температура тіла нижча за 36^0
 - В. Частота дихання більша 30 за 1 хв
 - С. Вираженість кашлю
 - Д. Порушення свідомості
 - Е. Уремія

2. До великих критеріїв тяжкого перебігу пневмонії належить:
 - А. Важка дихальна недостатність, що потребує ШВЛ
 - В. Лихоманка
 - С. Тромбоцитопенія
 - Д. Гіпотензія
 - Е. SpO₂ менше 90 %

3. Критеріями діагностики пневмонії не є:
 - А. Головний біль
 - В. Типові фізикальні ознаки
 - С. Температура тіла 38 градусів і вище
 - Д. Рентгенологічно підтверджена вогнищева інфільтрація легень
 - Е. Гіпотензія

4. До групи макролідів не відноситься:
 - А. Азитроміцин
 - В. Кларитроміцин
 - С. Еритроміцин
 - Д. Амоксицилін
 - Е. Роваміцин

5. До легеневих ускладнень пневмонії не відносять:
 - А. Бульозна емфізема легень
 - В. Гостра дихальна недостатність
 - С. Інфекційна деструкція легень
 - Д. Інфекційно-токсичний шок
 - Е. Ексудативний плеврит

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

- А. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- Б. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

- Н. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- І. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- Ж. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- К. Скласти план додаткових обстежень.
- Л. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хворий Д., чоловік, 30 років, доставлено до відділення терапії зі скаргами на малопродуктивний кашель, біль у грудній клітці під час кашлю, відчуття нестачі повітря, підвищення температури тіла до 39,4 °С, загальну слабкість.

Anamnesis morbi: відомо, що своє нездужання пов'язує зі значним переохолодженням під час тривалого перебування на гірськолижному курорті, після якого на 2 день з'явилися нежить, біль у м'язах, кістках кінцівок, підвищення температури тіла. Вважає себе хворим 4 дні.

Anamnesis vitae: Палить 10 років. Алкоголь не вживає. Працює інженером в будівельній компанії. Алергологічний та сімейний анамнез – не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан хворого тяжкий, свідомість не порушена. Шкіра бліда з незначним ціанозом у ділянці носо-губного трикутника, видимі слизові оболонки чисті, звичайного кольору. Підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно, розподілена рівномірно. Периферичні лімфовузли не збільшені, набряків немає. Носове дихання вільне. Грудна клітка нормостенічної форми, симетрична. ЧД – 24/хв, дихання ритмічне, глибоке. Перкуторно відзначається притуплення перкуторного звуку в базальних ділянках, аускультативно – дихання жорстке, ослаблене везикулярне дихання в базальних ділянках обох легень і крепітуючі хрипи. АТ – 135/85 мм рт. ст., ЧСС — 112 / хв, пульс симетричний, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. Тони серця гучні, ритмічні. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена, край безболісний. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв. - 140 г/л; лейкоц. - $22,3 \times 10^9/л$; сегм.- 56%, пал.- 13%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 25%, моноцит.- 4%, тромбоц. - $220 \times 10^9/л$; ШОЕ - 45 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 80,9 г/л, альбумін - 49,1 г/л; білір.заг. - 18,8 мкмоль/л; АЛАТ - 35,1 Од/л; АсАТ - 27,2 Од/л, креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 ммоль/л; глюкоза - 5,01 ммоль/л, СРБ – 50 мг/л, прокальцитонін – 1 мкг/л.

Оцінка оксигенації крові: SpO2 – 94%.

Загальний аналіз сечі. Без суттєвих змін.

Рентгенографія ОГК. Інфільтративні зміни (затемнення) нижніх долей обох легень.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 2

Завдання 1. Оцінити симптоми пневмонії за шкалою SMART-COP/SMRT-COP

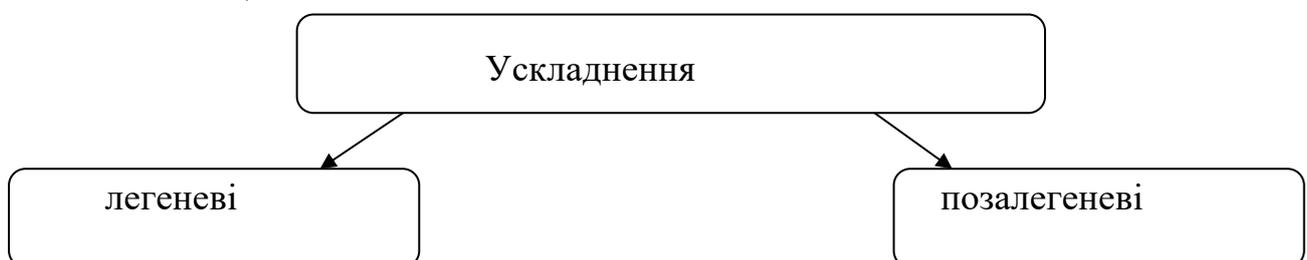
Симптоми	Бали
Систолічний АТ < 90 мм рт. ст.	2

Завдання 2. Наведіть класифікацію госпітальної пневмонії та дайте їх визначення.

1. Рання госпітальна пневмонія -

2. _____

Завдання 3. Допишіть види легеневих та поза легеневих ускладнень пневмонії, в т.ч постковідних:



↓

1. Інфекційна деструкція легень

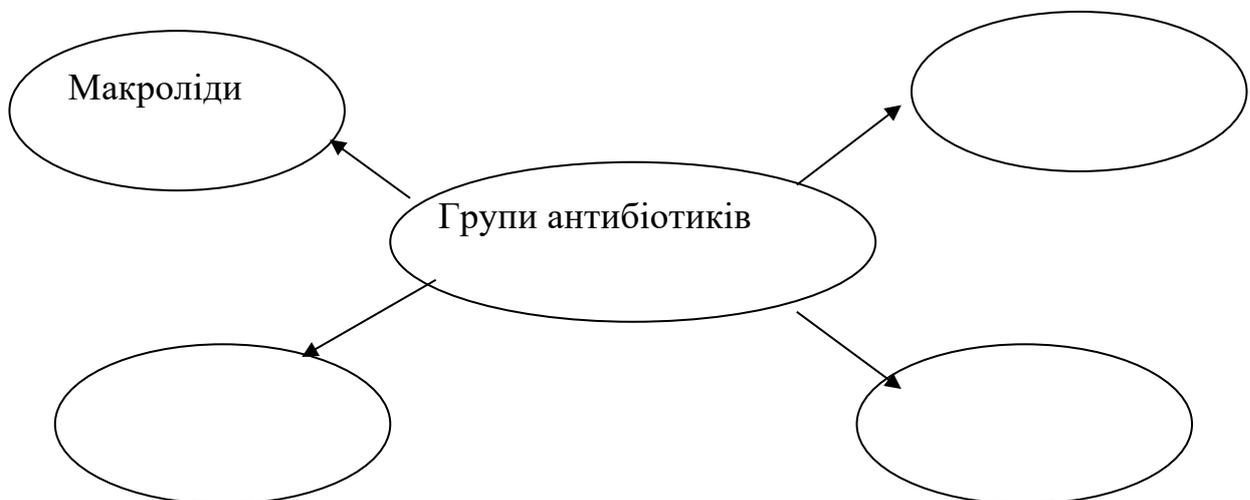
↓

1. Міокардит

Завдання 4. Перерахуйте, які препарати можуть використовуватися в якості емпіричної антибактеріальної терапії у хворих на «ранню» госпітальну пневмонію без наявності факторів ризику наявності полі резистентних штамів збудників:

Ймовірний збудник	Препарати вибору
<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> (MSSA) <i>E. coli</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>Enterobacter Spp.</i> <i>Proteus Spp.</i> <i>S. marcescens</i>	

Завдання 5. Доповніть схему антибактеріальних препаратів, що найчастіше використовуються при лікуванні хворих на пневмонію:



Завдання 6. Заповніть таблицю диференціальної діагностики пневмонії та інфаркту легені:

Ознака	Пневмонія	Інфаркт легені
Початок	Поступовий	Раптовий
Біль в грудній клітині		
Температура		
Обличчя		
Кровохаркання		
Рентгенограма		
Мокротиння		

Тестові запитання.

1. Після скількох годин перебування у стаціонарі встановлюють діагноз нозокоміальної пневмонії (мінімальний строк) ?

- A. 10 годин
- B. 24 години
- C. 48 годин
- D. 72 годин
- E. 12 годин

2. Після скількох діб перебування у стаціонарі встановлюють діагноз «пізньої» госпітальної пневмонії ?

- A. 1 доба
- B. 3 доби
- C. 6 діб
- D. 10 діб
- E. 14 діб

3. Який збудник найчастіше викликає «ранню» госпітальну пневмонію?

- A. *P. aeruginosa*
- B. *S. pneumoniae*
- C. *S. aureus* (MRSA)
- D. *Enterobacterspp.*

Е. *L. pneumophila*

4. До групи фторхінолонів належить:

- А. Левофлоксацин
- В. Гентаміцин
- С. Ванкоміцин
- Д. Азітроміцин
- Е. Спіраміцин

5. До великих критерії важкості пневмоній відносять:

- А. Септичний шок
- В. Гіпотермія
- С. Задишка
- Д. Гіпотонія
- Е. Тромбоцитопенія

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хвора А, 55 р, жінка, на 6 день перебування в лікарні почала скаржитись на підвищення температури тіла до фебрильних цифр, задишку в спокої, загальну слабкість, кашель з виділенням зеленого харкотиння.

Anamnesis morbi: з анамнезу хвороби відомо, що жінка поступила в травматологічне відділення 5 днів тому з переломом кісток тазу внаслідок

ДТП. Була успішно прооперована, вимушено знаходилась в ліжковому режимі. На 6 день перебування в лікарні почала скаржитись на підвищення температури тіла до 39,0С, задишку в спокої, загальну слабкість, кашель з виділенням харкотиння.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь іноді вживає. Хворіє на цукровий діабет 2 типу 7 років – стадія субкомпенсації. Приймає метформін. Алергологічний і сімейний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан хворої важкий. Температура тіла 39,5 °С. Хвора в свідомості, доступна продуктивному контакту.

Шкірні покриви чисті, блідо-рожевого кольору. Периферичні лімфовузли не збільшені. Набряків нема. ЧДР-24 за хв., SpO2 – 90%. При перкусії легень відзначається притуплення легеневого звуку зліва в нижніх відділах. При аускультатії дихання зліва в нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання, крепітуючі вологі хрипи. Пульс 120 за хв., АТ-180/110 мм. рт. ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом постукування негативний з обох боків.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: лейкоцитоз 15,0 x 10⁹/л; аналіз крові на цукор 7,8 ммоль/л; ШОЕ – 30 мм/год.

біохімічний аналіз крові креатинін 124 мкмоль/л., сечовина 6,6 мкмоль/л., залишковий азот – 30 мг/%, загальний білок 56 г/л, концентрація калія в сироватці крові 4,17 ммоль/л, хлора 98,9 ммоль/л, кальція 1,27 ммоль/л, натрія 126,6 ммоль/л.

Рентгенографія органів грудної клітини: інфільтративні зміни (затемнення) в нижній долі лівої легені.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 3.

Завдання 1. Перерахуйте основні шляхи проникнення інфекції в нижні дихальні шляхи при пневмонії.

1. Аспірація секрету ротової частини глотки _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 2. Наведіть класифікацію вентилятор-асоційованої пневмонії та дайте визначення.

1. Рання вентилятор-асоційована пневмонія -

2. _____

Завдання 3. Складіть план інструментального та лабораторного обстеження хворого з проявами імунодефіциту.

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Рентгенографія ОГК	Підтвердити діагноз, оцінити розміри та локалізацію інфільтративно-вогнищевих змін, динаміку під впливом лікування
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Перерахуйте основні захворювання з якими потрібно проводити диференціальну діагностику госпітальної пневмонії:

1. Туберкульоз легень _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____

Завдання 5. Дайте визначення основним принципам антибактеріальної терапії хворих на пневмонію з важким перебігом процесу.

1. Ескалація _____

2. Деескалація _____

Завдання 6. Дайте визначення основним напрямкам профілактики пневмоній в т. ч. при коронавірусній інфекції:

1. Первинна: _____

2. Вторинна: _____

Тестові запитання.

1. Тривалість антибіотикотерапії при госпітальній пневмонії в середньому складає:

- A. 3-5 днів
- B. 5-7 днів
- C. 14-21 днів
- D. 1-3 дні
- E. 8-14 днів

2. Частота розвитку госпітальної пневмонії у хворих, які перебувають на ШВЛ, в середньому складає:

- A. 1-5%
- B. 15-25%
- C. 0,1-0,5%
- D. 20-60%
- E. 60-80%

3. Для підтвердження діагнозу госпітальної пневмонії серед інструментальних методів першочерговим є:

- A. Фібробронхоскопія
- B. Комп'ютерна томографія ОГК
- C. Рентгенографія ОГК в двох проекціях
- D. Сцинтиграфія легень
- E. Спірографія

4. Для хворих на «пізню» госпітальну пневмонію рекомендованою емпіричною антибактеріальною терапією є:

- A. Монотерапія фторхінолоном III покоління
- B. Монотерапія цефалоспорином II покоління
- C. Комбінована терапія захищеним β -лактамом та фторхінолоном з антисиньогнійною активністю
- D. Монотерапія фторхінолоном IV покоління
- E. Монотерапія амоксициліном

5. Під вентилятор-асоційованою пневмонією розуміють пневмонію, яка за умов відсутності ознак легеневої інфекції на момент інтубації виникла після проведення ШВЛ через:

- A. 1 годину
- B. 6 годин
- C. 12 годин
- D. 24 години
- E. 48 годин

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік 55 років, IT-менеджер, звернувся з приводу нападів незначного «сухого» кашлю, сильної слабкості. Також останні два дні відмічає стійке підвищення температури тіла до 38,2 °С.

Зріст – 162 см, вага – 70 кг.

Anamnesis morbi: Більше тижня тому звернув увагу на виражену слабкість і біль в горлі. Тиждень тому з'явилися напади сухого кашлю та підвищення температури до 37,0-37,5°C.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь іноді вживає. Алергологічний і сімейний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Хворий в свідомості, доступний продуктивному контакту.

Шкірні покриви чисті, блідо рожеві. Пульс 98 за хв., АТ-130/70 мм. рт. ст. Периферичні лімфовузли не збільшені. ЧДР-24 за хв. При аускультатії над усією поверхнею легень везикулярне дихання, в нижніх відділах обох легень вислуховується ослаблене везикулярне дихання і розсіяні крепітуючі хрипи, більше справа. Зів без особливостей. Слизова носу помірно набрякла. Отоскопія: зовнішній слуховий прохід та барабанна перетинка інтактні. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом постукування негативний з обох боків. Набряків немає. З боку інших органів і систем діагностично значущих відхилень не виявлено.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: ер. – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв. 120 – г/л; MCV – 80 мкм³; лейкоц. – $12,3 \times 10^9/л$; сегм. – 27%, пал. – 14%, еоз. – 7%, базоф. – 5%, лімф. – 27%, моноцит. – 20%, тромбоц. – $220 \times 10^9/л$; ШОЕ – 25 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: Біохімічний аналіз крові: білок заг. – 80,9 г/л, альбумін – 49,1 г/л; білір. заг. – 18,8 мкмоль/л; АлАТ – 35,1 Од/л; АсАТ – 27,2 Од/л, креатинін – 85 мкмоль/л; сечовина – 5,7 ммоль/л; глюкоза – 5,01 ммоль/л, СРБ – 28 мг/л, прокальцитонін – 0,5 мкг/л.

Оцінка оксигенації крові. SpO₂ – 94%.

Загальний аналіз сечі без патології.

Рентгенографія органів грудної клітини: інфільтративні зміни (затемнення) в нижній долі лівої і правої легені.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Тема. Пневмонія

Актуальність. Пневмонія і в XXI столітті залишається важливою медико-соціальною проблемою, що зумовлено, в першу чергу, її значною поширеністю, високими показниками інвалідизації і смертності, а також значними економічними втратами внаслідок цього захворювання. В Україні у 2023 році після лікування від пневмонії зі стаціонарних відділень закладів охорони здоров'я усіх форм власності виписали 119 695 дорослих.

Проблема діагностики пневмонії і лікування набуло особливого значення в наш час за умов пандемії коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19).

Студент повинен знати :

1. Визначення поняття пневмонія.
2. Етіологію, механізми інфікування та основні патогенетичні механізми при пневмоніях.
3. Особливості патогенезу пневмонії за умов коронавірусної інфекції.
4. Сучасну класифікацію пневмонії.
5. Дані клінічного обстеження, які дозволяють запідозрити пневмонію у пацієнта.
6. Сучасні методи лабораторного та інструментального обстеження хворого з підозрою на пневмонію.
7. Принципи антибактеріальної терапії пневмоній. Основні групи антибактеріальних препаратів, показання до їх призначення.
8. Інші групи препаратів, які використовуються при лікуванні пацієнтів з тяжким перебігом хвороби, особливо за умов коронавірусної інфекції.
10. Ускладнення пневмоній.
11. Принципи реабілітації хворих, які перехворіли на пневмонію, особливо при тяжкому перебігу за умов коронавірусної інфекції.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження в хворих на пневмонію.
2. Ставити попередній діагноз та виявляти основні ускладнення пневмонії.
3. Оцінювати результати основних лабораторних та інструментальних методів діагностики, особливо рентгенологічного та КТ-досліджень легень.
4. Складати план обстеження хворого, на підставі аналізу даних об'єктивного, лабораторного та інструментальних методів досліджень.
5. Проводити диференціальну діагностику пневмоній з іншими патологічними станами та захворюваннями як дихальної системи, так і інших систем організму
6. Встановлювати та обґрунтовувати діагноз, визначати клінічну групу та критерії тяжкого перебігу.

7. Призначати лікування в залежності від клінічної групи хворого, ступеню важкості, наявності ускладнень та супутніх захворювань.

8. Призначити лікування пневмонії за умов коронавірусної інфекції.

9. Визначити прогноз та працездатність хворих, які перенесли пневмонію.

10. Надати невідкладну допомогу при гострій дихальній недостатності, інфекційно-токсичному шоці та інших небезпечних ускладненнях пневмонії.

Термін	Визначення
Негоспітальна пневмонія	Виникає у хворих поза межами лікарні
Внутрішньогоспітальна або нозокоміальна пневмонія	Виникає у хворих, госпіталізованих у зв'язку з іншим захворюванням, пізніше ніж через 48 год після госпіталізації.
Аспіраційна пневмонія	Аспірація рото-фарингіальної шлунково-кишкової мікрофлори та колонізація нею нижніх дихальних шляхів.
Вентилятор-асоційована пневмонія	Пневмонія, асоційована зі штучною вентиляцією легень, яка розвивається не менше ніж через 48 годин після ендотрахеальної інтубації.
Пневмонія у осіб з важкими дефектами імунітету	Вроджений імунодефіцит, ВІЛ- інфекція, ятрогенна імуносупресія. Асоціації мікроорганізмів і розмаїття мікрофлори, включаючи умовно - патогенну.
Коронавірусна пневмонія	Пневмонія при коронавірусній інфекції викликана вірусом SARS-COV-2

Література:

1. Адаптована клінічна настанова заснована на доказах «Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика.» / Ю.І. Фещенко, К.О. Белослудцева, О.А. Голубовська та ін. Видання офіційне – Київ – Національна академія медичних наук України, 2019. – 94 с.

2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: у 3-х томах: том

3. переклад 23-го англійського видання /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2021. – 642 с.

4. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg191>

5. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia [Електронний

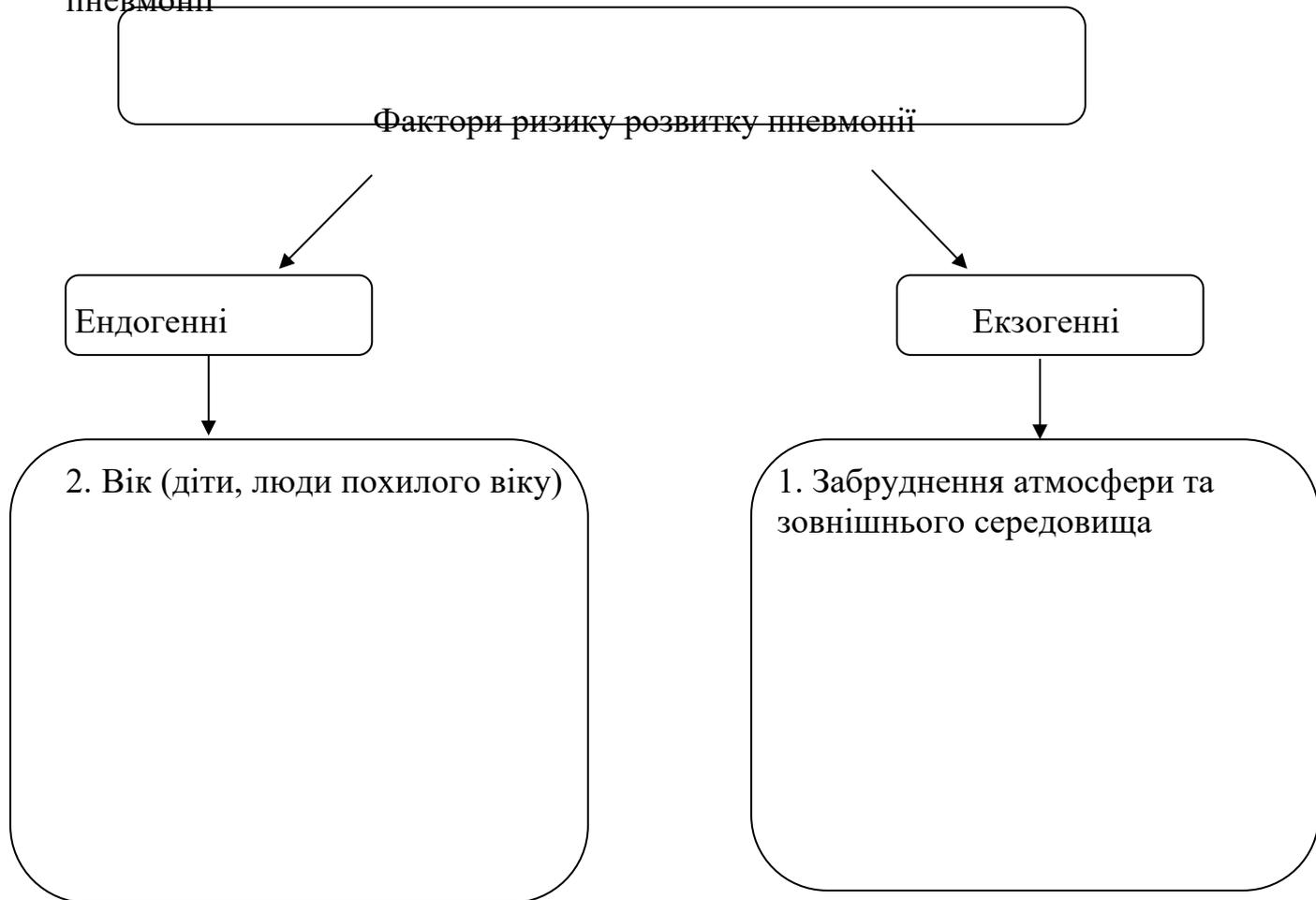
ресурс]: Режим доступа: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/rccm.200405-644ST>

Варіант 1

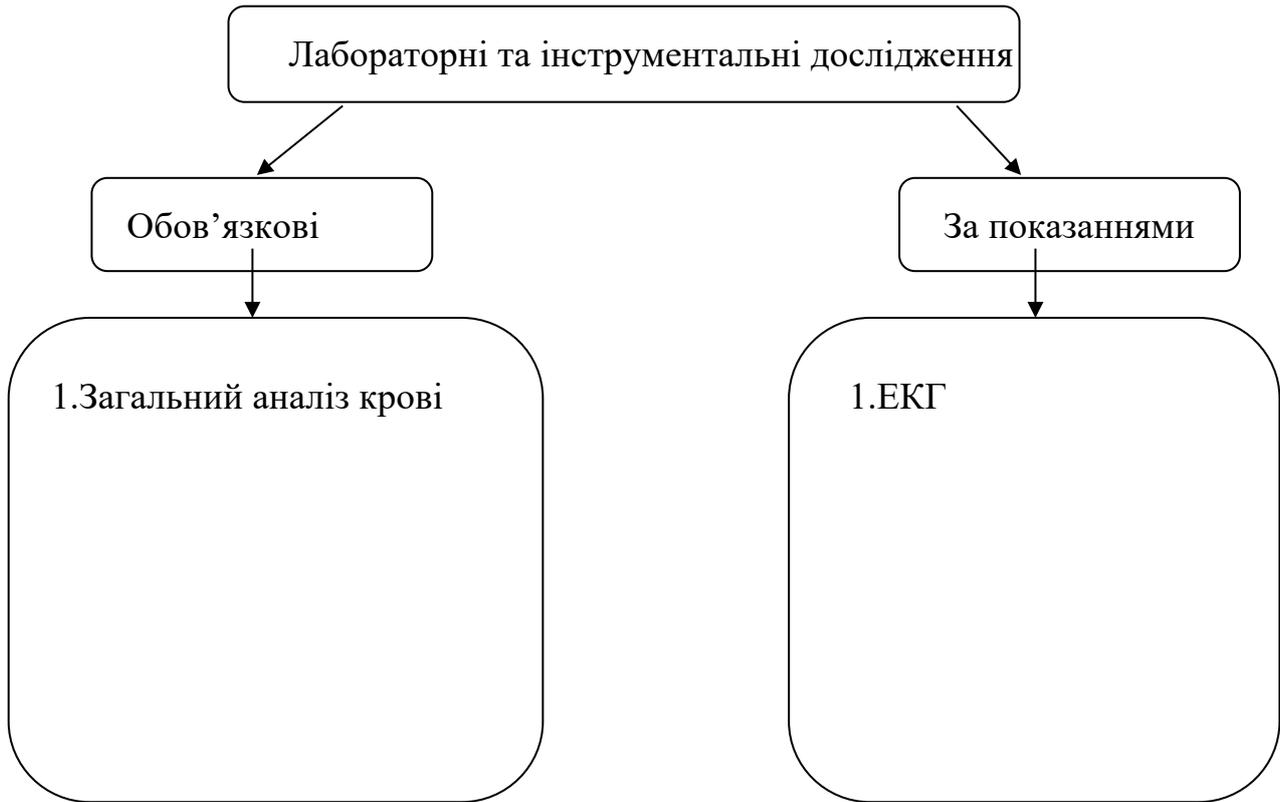
Завдання 1. Заповніть таблицю основних механізмів інфікування при пневмоніях:

Основні механізми інфікування	
1.	Вдихання аерозолі, який містить патогенні мікроорганізми
2.	
3.	
4.	

Завдання 2. Допишіть фактори ризику виникнення негоспітальної пневмонії



Завдання 3. Діагностичні заходи при пневмоніях (допишіть необхідне)



Завдання 4. Заповніть таблицю диференційної діагностики пневмонії та туберкульозу

Ознака	Пневмонія	Туберкульоз
Анамнез	Переохолодження, ГРВІ	
Початок		Поступовий
Пітливість		
Обличчя	Гіперемія	
Локалізація		
Рентгенограма		
Мокротиння		

Завдання 5. Заповніть таблицю ведення хворих на негоспітальну пневмонію на амбулаторному етапі:

Групи хворих	Найвірогідніший збудник	Рекомендовані препарати
1. Хворі з нетяжким перебігом, які не потребують госпіталізації		

Завдання 6. Заповніть таблицю основних об'єктивних та інструментальних показників при пневмонії:

Огляд грудної клітки	
Голосове тремтіння	
Перкусія	
Аускультация	
Бронхофонія	
Рентгенографія органів грудної порожнини	
КТ органів грудної порожнини	

Тестові запитання

1. До малих критеріїв тяжкого перебігу пневмонії не належить:
 - А. Температура тіла нижча за 36^0
 - В. Частота дихання більша 30 за 1 хв
 - С. Вираженість кашлю
 - Д. Порушення свідомості
 - Е. Уремія

2. До великих критеріїв тяжкого перебігу пневмонії належить:
 - А. Важка дихальна недостатність, що потребує ШВЛ
 - В. Лихоманка
 - С. Тромбоцитопенія
 - Д. Гіпотензія
 - Е. SpO₂ менше 90 %

3. Критеріями діагностики пневмонії не є:
 - А. Головний біль
 - В. Типові фізикальні ознаки
 - С. Температура тіла 38 градусів і вище
 - Д. Рентгенологічно підтверджена вогнищева інфільтрація легень
 - Е. Гіпотензія

4. До групи макролідів не відноситься:
 - А. Азитроміцин
 - В. Кларитроміцин
 - С. Еритроміцин
 - Д. Амоксицилін
 - Е. Роваміцин

5. До легеневих ускладнень пневмонії не відносять:
 - А. Бульозна емфізема легень
 - В. Гостра дихальна недостатність
 - С. Інфекційна деструкція легень
 - Д. Інфекційно-токсичний шок
 - Е. Ексудативний плеврит

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 1.

- М. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- Н. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).

- O. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- P. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- Q. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- R. Скласти план додаткових обстежень.
- S. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хворий Д., чоловік, 30 років, доставлено до відділення терапії зі скаргами на малопродуктивний кашель, біль у грудній клітці під час кашлю, відчуття нестачі повітря, підвищення температури тіла до 39,4 °С, загальну слабкість.

Anamnesis morbi: відомо, що своє нездужання пов'язує зі значним переохолодженням під час тривалого перебування на гірськолижному курорті, після якого на 2 день з'явилися нежить, біль у м'язах, кістках кінцівок, підвищення температури тіла. Вважає себе хворим 4 дні.

Anamnesis vitae: Палить 10 років. Алкоголь не вживає. Працює інженером в будівельній компанії. Алергологічний та сімейний анамнез – не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан хворого тяжкий, свідомість не порушена. Шкіра бліда з незначним ціанозом у ділянці носо-губного трикутника, видимі слизові оболонки чисті, звичайного кольору. Підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно, розподілена рівномірно. Периферичні лімфовузли не збільшені, набряків немає. Носове дихання вільне. Грудна клітка нормостенічної форми, симетрична. ЧД – 24/хв, дихання ритмічне, глибоке. Перкуторно відзначається притуплення перкуторного звуку в базальних ділянках, аускультативно – дихання жорстке, ослаблене везикулярне дихання в базальних ділянках обох легень і крепітуючі хрипи. АТ – 135/85 мм рт. ст., ЧСС — 112 / хв, пульс симетричний, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. Тони серця гучні, ритмічні. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка не збільшена, край безболісний. Селезінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, безболісне.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв. - 140 г/л; лейкоц. - $22,3 \times 10^9/л$; сегм.- 56%, пал.- 13%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 25%, моноцит.- 4%, тромбоц. - $220 \times 10^9/л$; ШОЕ - 45 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 80,9 г/л, альбумін - 49,1 г/л; білір.заг. - 18,8 мкмоль/л; АЛАТ - 35,1 Од/л; АсАТ - 27,2 Од/л, креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 ммоль/л; глюкоза - 5,01 ммоль/л, СРБ – 50 мг/л, прокальцитонін – 1 мкг/л.

Оцінка оксигенації крові: SpO2 – 94%.

Загальний аналіз сечі. Без суттєвих змін.

Рентгенографія ОГК. Інфільтративні зміни (затемнення) нижніх долей обох легень.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 2

Завдання 1. Оцінити симптоми пневмонії за шкалою SMART-COP/SMRT-COP

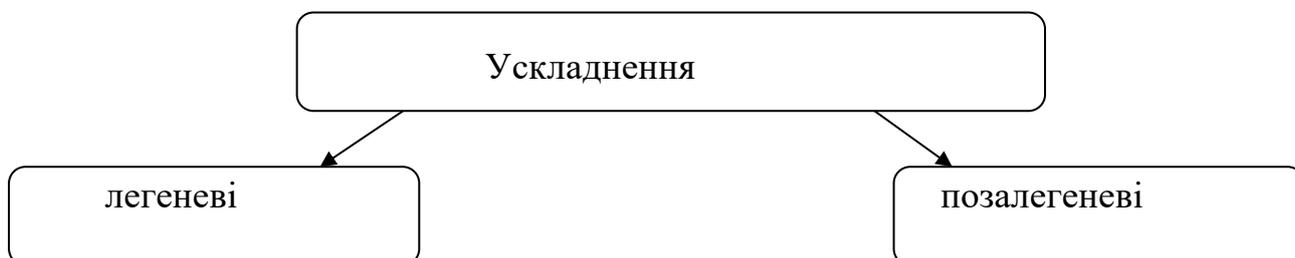
Симптоми	Бали
Систолічний АТ < 90 мм рт. ст.	2

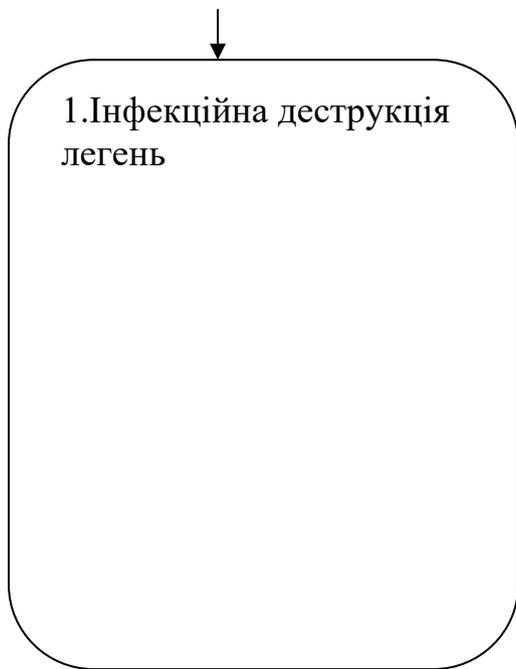
Завдання 2. Наведіть класифікацію госпітальної пневмонії та дайте їх визначення.

1. Рання госпітальна пневмонія -

2.

Завдання 3. Допишіть види легеневих та поза легеневих ускладнень пневмонії, в т.ч постковідних:

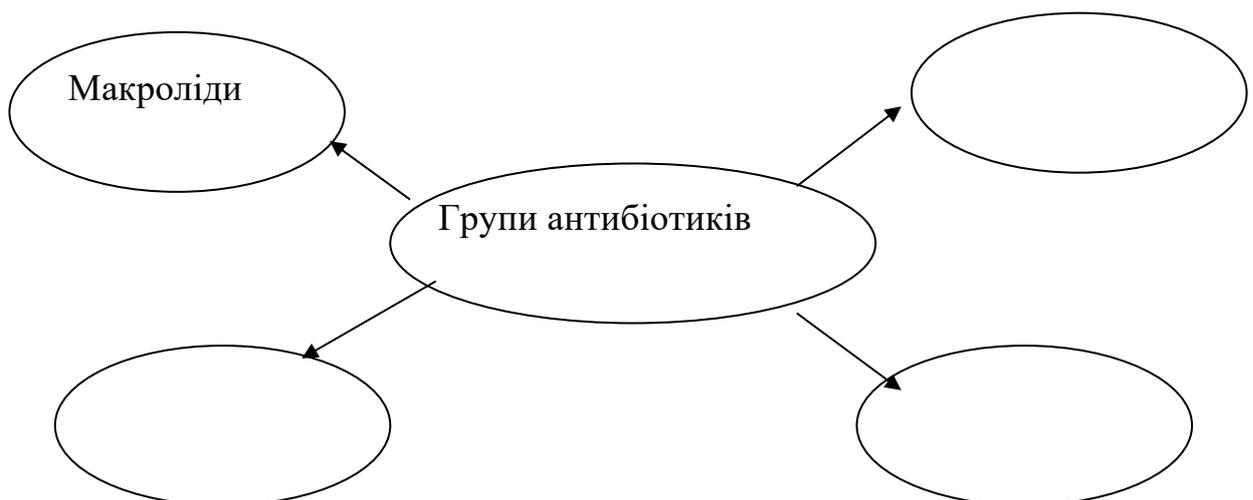




Завдання 4. Перерахуйте, які препарати можуть використовуватися в якості емпіричної антибактеріальної терапії у хворих на «ранню» госпітальну пневмонію без наявності факторів ризику наявності полі резистентних штамів збудників:

Ймовірний збудник	Препарати вибору
<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>S. aureus</i> (MSSA) <i>E. coli</i> <i>K. pneumoniae</i> <i>Enterobacter Spp.</i> <i>Proteus Spp.</i> <i>S. marcescens</i>	

Завдання 5. Доповніть схему антибактеріальних препаратів, що найчастіше використовуються при лікуванні хворих на пневмонію:



Завдання 6. Заповніть таблицю диференціальної діагностики пневмонії та інфаркту легені:

Ознака	Пневмонія	Інфаркт легені
Початок	Поступовий	Раптовий
Біль в грудній клітині		
Температура		
Обличчя		
Кровохаркання		
Рентгенограма		
Мокротиння		

Тестові запитання.

1. Після скількох годин перебування у стаціонарі встановлюють діагноз нозокоміальної пневмонії (мінімальний строк) ?

- A. 10 годин
- B. 24 години
- C. 48 годин
- D. 72 годин
- E. 12 годин

2. Після скількох діб перебування у стаціонарі встановлюють діагноз «пізньої» госпітальної пневмонії ?

- A. 1 доба
- B. 3 доби
- C. 6 діб
- D. 10 діб
- E. 14 діб

3. Який збудник найчастіше викликає «ранню» госпітальну пневмонію?

- A. *P. aeruginosa*

- B. *S. pneumoniae*
- C. *S. aureus* (MRSA)
- D. *Enterobacterspp.*
- E. *L. pneumophila*

4. До групи фторхінолонів належить:

- A. Левофлоксацин
- B. Гентаміцин
- C. Ванкоміцин
- D. Азітроміцин
- E. Спіраміцин

5. До великих критерії важкості пневмоній відносять:

- A. Септичний шок
- B. Гіпотермія
- C. Задишка
- D. Гіпотонія
- E. Тромбоцитопенія

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Хвора А, 55 р, жінка, на 6 день перебування в лікарні почала скаржитись на підвищення температури тіла до фебрильних цифр,

задишку в спокої, загальну слабкість, кашель з виділенням зеленого харкотиння.

Anamnesis morbi: з анамнезу хвороби відомо, що жінка поступила в травматологічне відділення 5 днів тому з переломом кісток тазу внаслідок ДТП. Була успішно прооперована, вимушено знаходилась в ліжковому режимі. На 6 день перебування в лікарні почала скаржитись на підвищення температури тіла до 39,0С, задишку в спокої, загальну слабкість, кашель з виділенням харкотиння.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь іноді вживає. Хворіє на цукровий діабет 2 типу 7 років – стадія субкомпенсації. Приймає метформін. Алергологічний і сімейний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан хворої важкий. Температура тіла 39,5 °С. Хвора в свідомості, доступна продуктивному контакту.

Шкірні покриви чисті, блідо-рожевого кольору. Периферичні лімфовузли не збільшені. Набряків нема. ЧДР-24 за хв., SpO₂ – 90%. При перкусії легень відзначається притуплення легеневого звуку зліва в нижніх відділах. При аускультатії дихання зліва в нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання, крепітуючі вологі хрипи. Пульс 120 за хв., АТ-180/110 мм. рт. ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом постукування негативний з обох боків.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: лейкоцитоз 15,0 x 10⁹/л; аналіз крові на цукор 7,8 ммоль/л; ШОЕ – 30 мм/год.

біохімічний аналіз крові креатинін 124 мкмоль/л., сечовина 6,6 мкмоль/л., залишковий азот – 30 мг/%, загальний білок 56 г/л, концентрація калія в сироватці крові 4,17 ммоль/л, хлора 98,9 ммоль/л, кальція 1,27 ммоль/л, натрія 126,6 ммоль/л.

Рентгенографія органів грудної клітини: інфільтративні зміни (затемнення) в нижній долі лівої легені.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1.Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 3.

Завдання 1. Перерахуйте основні шляхи проникнення інфекції в нижні дихальні шляхи при пневмонії.

1. Аспірація секрету ротової частини глотки _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Завдання 2. Наведіть класифікацію вентилятор-асоційованої пневмонії та дайте визначення.

3. Рання вентилятор-асоційована пневмонія -

4. _____

Завдання 3. Складіть план інструментального та лабораторного обстеження хворого з проявами імунодефіциту.

№п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.	Рентгенографія ОГК	Підтвердити діагноз, оцінити розміри та локалізацію інфільтративно-вогнищевих змін, динаміку під впливом лікування
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Перерахуйте основні захворювання з якими потрібно проводити диференціальну діагностику госпітальної пневмонії:

1. Туберкульоз легень _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

7. _____

Завдання 5. Дайте визначення основним принципам антибактеріальної терапії хворих на пневмонію з важким перебігом процесу.

1. Ескалація _____

2. Деескалація _____

Завдання 6. Дайте визначення основним напрямкам профілактики пневмоній в т. ч. при коронавірусній інфекції:

3. Первинна: _____

4. Вторинна: _____

Тестові запитання.

1. Тривалість антибіотикотерапії при госпітальній пневмонії в середньому складає:

- A. 3-5 днів
- B. 5-7 днів
- C. 14-21 днів
- D. 1-3 дні
- E. 8-14 днів

2. Частота розвитку госпітальної пневмонії у хворих, які перебувають на ШВЛ, в середньому складає:

- A. 1-5%
- B. 15-25%
- C. 0,1-0,5%
- D. 20-60%
- E. 60-80%

3. Для підтвердження діагнозу госпітальної пневмонії серед інструментальних методів першочерговим є:

- A. Фібробронхоскопія
- B. Комп'ютерна томографія ОГК
- C. Рентгенографія ОГК в двох проекціях
- D. Сцинтиграфія легень
- E. Спірографія

4. Для хворих на «пізню» госпітальну пневмонію рекомендованою емпіричною антибактеріальною терапією є:

- A. Монотерапія фторхінолоном III покоління
- B. Монотерапія цефалоспорином II покоління
- C. Комбінована терапія захищеним β -лактамом та фторхінолоном з антисиньогнійною активністю
- D. Монотерапія фторхінолоном IV покоління
- E. Монотерапія амоксициліном

5. Під вентилятор-асоційованою пневмонією розуміють пневмонію, яка за умов відсутності ознак легеневої інфекції на момент інтубації виникла після проведення ШВЛ через:

- A. 1 годину
- B. 6 годин
- C. 12 годин
- D. 24 години
- E. 48 годин

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

- 8. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- 9. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
- 10. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
- 11. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
- 12. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
- 13. Скласти план додаткових обстежень.
- 14. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік 55 років, IT-менеджер, звернувся з приводу нападів незначного «сухого» кашлю, сильної слабкості. Також останні два дні відмічає стійке підвищення температури тіла до 38,2 °C.

Зріст – 162 см, вага – 70 кг.

Anamnesis morbi: Більше тижня тому звернув увагу на виражену слабкість і біль в горлі. Тиждень тому з'явилися напади сухого кашлю та підвищення температури до 37,0-37,5°C.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь іноді вживає. Алергологічний і сімейний анамнез не обтяжений.

Результати фізикального обстеження хворого:

Хворий в свідомості, доступний продуктивному контакту.

Шкірні покриви чисті, блідо рожеві. Пульс 98 за хв., АТ-130/70 мм. рт. ст. Периферичні лімфовузли не збільшені. ЧДР-24 за хв. При аускультатії над усією поверхнею легень везикулярне дихання, в нижніх відділах обох легень вислуховується ослаблене везикулярне дихання і розсіяні крепітуючі хрипи, більше справа. Зів без особливостей. Слизова носу помірно набрякла. Отоскопія: зовнішній слуховий прохід та барабанна перетинка інтактні. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом постукування негативний з обох боків. Набряків немає. З боку інших органів і систем діагностично значущих відхилень не виявлено.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові: ер. – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нв. 120 – г/л; MCV – 80 мкм³; лейкоц. – $12,3 \times 10^9/л$; сегм. – 27%, пал. – 14%, еоз. – 7%, базоф. – 5%, лімф. – 27%, моноцит. – 20%, тромбоц. – $220 \times 10^9/л$; ШОЕ – 25 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: Біохімічний аналіз крові: білок заг. – 80,9 г/л, альбумін – 49,1 г/л; білір. заг. – 18,8 мкмоль/л; АлАТ – 35,1 Од/л; АсАТ – 27,2 Од/л, креатинін – 85 мкмоль/л; сечовина – 5,7 ммоль/л; глюкоза – 5,01 ммоль/л, СРБ – 28 мг/л, прокальцитонін – 0,5 мкг/л.

Оцінка оксигенації крові. SpO₂ – 94%.

Загальний аналіз сечі без патології.

Рентгенографія органів грудної клітини: інфільтративні зміни (затемнення) в нижній долі лівої і правої легені.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

для самостійної роботи студентів 4 курсу

Навчальна дисципліна Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія, кардіологія, ревматологія, нефрологія), в тому числі ендокринологія, фтизіатрія, клінічна імунологія та алергологія, невідкладні стани в неврології, виробнича лікарська практика (професійне навчання) внутрішні хвороби

Освітній рівень другий (магістерський)

Галузь знань 22 Охорона здоров'я

Спеціальність 222 Медицина

Кафедра внутрішньої медицини №3

Модуль 1. Тема: «Плеврит»

Автор: асистент Соколова Л.І.

2024-2025 навчальний рік

ВСТУП

Одним із ефективних засобів організації самостійної роботи студентів з тем дисципліни, які відведені на самостійне опрацювання є робота студента над **робочим зошитом**. Роботу над робочим зошитом слід починати з ознайомлення ключових питань з теми. На наступному етапі необхідно познайомитися з переліком джерел, в яких студент може знайти відповіді на поставлені питання. Для більш поглибленого вивчення даної проблеми студент може звернутися на професійні сайти.

Ознайомившись з теорією, студенту необхідно оцінити ступінь засвоєння матеріалу. У цьому зв'язку він вирішує запропоновані завдання, тестові запитання з теми. Особливу увагу при підготовці до заняття студент повинен звернути на необхідний мінімум тих практичних навичок, якими йому необхідно оволодіти. У відповідних розділах підручників, посібників, він повинен почерпнути ті відомості, які йому потрібні для оволодіння практичними навичками.

Організація самостійної роботи засобом робочого зошита здійснюється наступним чином: викладач представляє робочий зошит студенту або на електронних носіях (на кафедральному сайті), або в друкованому вигляді, далі студенти виконують завдання в поза аудиторний час, згодом викладач їх перевіряє та оцінює **на початковому етапі практичного заняття**.

Критерії оцінки завдань робочого зошита

Кожне завдання вимагає окремого підходу при оцінці якості його виконання зі своїми критеріями. І тим не менш, при 5-бальній оцінці кожного виду завдань слід дотримуватися загально дидактичних критеріїв, а саме:

Оцінка «5» ставиться, якщо студент:

1. Виконав роботу без помилок і недоліків.
2. Допустив не більше одного недоліку.

Оцінка «4» ставиться, якщо студент виконав роботу повністю, але допустив в ній:

1. Не більше однієї не грубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох недоліків.

Оцінка «3» ставиться, якщо студент правильно виконав не менше половини роботи або допустив:

1. Не більше двох грубих помилок або не більше однієї грубої і однієї не грубої помилки і одного недоліку;
2. Не більше двох-трьох не грубих помилок або однієї не грубої помилки і трьох недоліків;
3. За відсутності помилок, але за наявності чотирьох-п'яти недоліків.

Оцінка «2» ставиться, якщо студент:

1. Допустив число помилок (недоліків) перевищує норму, при якій може бути виставлена оцінка «3».
2. Якщо правильно виконав менше половини роботи .
3. Не приступив до виконання роботи.

Правильно виконав не більше 10% всіх завдань.

Змістовий модуль 3. «Пульмонологія»

Тема «Плеврит»

Мета (навчальні цілі): ознайомити студентів з клінікою, діагностикою, лікуванням, методами дослідження, які застосовуються в діагностиці плевритів, навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень та призначень.

Що повинен знати студент

1. Визначення понять «плеврит», «плевральний випіт», «ексудат», «трансудат».
2. Етіологію та механізми утворення уражень плеври, патофізіологічні та морфологічні особливості плевральної реакції .
3. Диференційні критерії трансудату та ексудату.
4. Методи клінічної, лабораторної і інструментальної діагностики плевритів
5. Клінічні та лабораторні ознаки плевритів
6. Класифікацію плевритів та плевральних випотів
7. Особливості лікування хворих з наявністю плевральних випотів:
 - показання, методику проведення плевральної пункції
 - підходи до лікування плевритів (антибактеріальну, симптоматичну терапію)

Що студент повинен вміти

1. Провести клінічне обстеження хворого(анамнез, огляд, перкусія та аускультация легень) і інтерпретувати ці дані.
2. Проводити опитування для виявлення можливих причин плевральних реакцій, виявляти основні синдроми уражень плеври.
3. Інтерпретувати дані рентгенографії органів грудної порожнини, лабораторних методів дослідження.
4. Інтерпретувати лабораторні дані плевральної рідини, диференційні критерії трансудату та ексудату.
5. Скласти програму обстеження, лікувально-діагностичний алгоритм дій лікування та профілактики.
6. Призначити схему антибактеріальної і симптоматичної терапії хворого з плевритом

Основні терміни теми

Термін	Визначення
Плеврит	Запалення парієтального та вісцерального листків плеври
Плевральний випіт	Накопичення рідини в порожнині плеври
Ексудат	Рідина запального характеру - темно-жовта, бурштинова, трохи каламутна
Трансудат	Рідина незапального характеру – чиста і прозора
Торакоцентез	Плевральна пункція

Емпієма плеври	Гнійний плеврит
Шварти	Спайки і рубці між листками плеври

Рекомендована література

1. Особливості діагностики хвороб плеври : монографія / І. Д. Дужий. – 2-е вид., допов. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 716 с.
2. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: у 3-х томах: том 3. переклад 23-го англійського видання /за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. – Медицина, 2021. – 642 с.
3. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine, 2-Volume Set 7th Edition Elsevier; May 31 2021-2242 p. ISBN 0323655874:

Завдання для самостійного опрацювання теми (відповісти письмово)

Варіант 1

Завдання 1. Заповніть таблицю класифікації плевритів

По перебігу	По характеру ексудату	По локалізації
Гострий	Хільозний	Однобічний

Завдання 2. Заповніть таблицю найважливіших причин, що можуть призводити до появи плевриту:

Основні захворювання	
1	Пневмонія
2	
3	
4	
5	
6	
7	

Завдання 3. Заповніть таблицю клінічних особливостей перебігу плевритів:

Сухий плеврит	Випітний плеврит
---------------	------------------

Біль при диханні, нахилах тулуба	Підсилюється

Завдання 4. Заповніть таблицю механізмів утворення плеврального випоту

Травма	Порушення крово- та лімфообігу
Серцева недостатність	
Туберкульоз	

Завдання 5. Заповніть таблицю типів фармакотерапії при плевриті:

Тип терапії	Прояви, приклади
Етіотропна	Лікування основного захворювання (антибіотики, протитуберкульозні засоби)
Патогенетична	
Симптоматична	
Хірургічна	
Альтернативна	

Тестові завдання:

1. Оцінити характер рідини : білок < 1%, реакція Рівольта – негативна, лейкоцитів – 3-5 у полі зору, еритроцитів - 2-3 в полі зору:

- А. Ексудат;
- В. Транссудат;
- С. Гнійний вміст;
- Д. Хільозна рідина;
- Е. Геморагічна рідина.

2. Які діагностичні і лікувальні заходи доцільно призначити при ексудативному плевриті в першу чергу:

- А. Плевральна пункція;
- В. Фізіотерапевтичне лікування;
- С. Оперативне лікування;
- Д. Інгаляційна терапія;
- Е. Позиційний дренаж.

3. Який найбільш інформативний метод обстеження при ексудативному плевриті?

- А. Загальний аналіз крові;
- В. Оглядова рентгенографія легенів;
- С. Бронхографія;
- Д. Бронхоскопія;
- Е. Аналіз харкотиння.

4. Які зміни на рентгенограмі відповідають ексудативному плевриті?

- А. Підвищення прозорості легеневої тканини;
- В. Гомогенне затемнення з верхньою межею у вигляді параболи;
- С. Негомогенне затемнення з розмитими контурами;
- Д. Зниження прозорості легеневої тканини;
- Е. Затемнення у вигляді трикутника.

5. Оцініть характер плевральної рідини: білок >3%, реакція Рівольта позитивна, лейкоцитів - 10 – 15 в полі зору.

- А. Транссудат;
- В. Ексудат;
- С. Хільозна рідина;
- Д. Гній;
- Е. Кров.

Протокол клінічного розбору хворого.

Т. Змістовий модуль 3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання.

У. медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік звернувся до приймального відділення з приводу значної задишки, підвищення температури тіла, кашлю без виділення мокротиння.

Вік – 65 років, пенсіонер.

Зріст – 175 см, вага 80 кг.

Anamnesis morbi: Погіршення стану почалось 7 днів тому, коли підвищилась температура тіла до 39⁰С, з'явилась задишка, біль в грудній клітці, сухий кашель. Вважає себе хворим впродовж 10 днів, коли з'явилися ознаки ГРВІ.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь вживає рідко. Хворіє на ІХС, гіпертонічну хворобу та цукровий діабет.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної тілобудови. Шкіра суха, звичайного забарвлення. температура 38,9⁰С, АТ 150/70 мм рт. ст., ЧСС 110/хв, ЧД 26/хв. Під час фізикального обстеження відмічається відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. При перкусії притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах справа. При аускультатії легень – різко ослаблене везикулярне дихання в нижніх відділах справа. Живіт симетричний, при пальпації безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,9 \times 10^{12}/л$; Нв. - 168 г/л; МСV – 91 мкм³; лейкоц. - $11,4 \times 10^9/л$; сегм.-56%, пал.- 10%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 28%, моноцит.- 4%, тромбоц. - $192 \times 10^9/л$; ШОЕ - 28 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 70, г/л, білір.заг. - 18,8 мкмоль/л; АлаТ - 35,1 Од/л; АсАТ - 27,2 Од/л; креатинін - 65 мкмоль/л; сечовина - 5,7 ммоль/л глюкоза - 6,01 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі без патологічних змін.

Рентгенографія ОГП: правий синус не візуалізується. В нижній частині справа відмічається гомогенне затемнення, що має верхню межу у вигляді параболи.

Попередній діагноз:

—

—

—

Обґрунтування діагнозу:

Варіант 2**Завдання 1.** Заповніть таблицю причин розвитку плевритів:

Часті	Рідкісні
Серцева недостатність	Гіпотиреоз

Завдання 2. Заповніть значення діагностичних макроскопічних ознак плеврального випоту

Ознаки	Діагностичні ознаки
Кров у випоті	-Пухлинний (мезотеліома та метастатичний), -Посттравматичний -Туберкульозний -Парапневмонічні плеврити та інші

Завдання 3. Диференційна діагностика плевральних випотів.

Показник	Транссудат	Ексудат
-----------------	-------------------	----------------

Щільність	< 1,015	> 1.018

Завдання 4. Заповніть таблицю механізмів утворення плеврального випоту

СЧВ	Аутоімунний запальний процес в плеврі
Нефротичний синдром	
Пухлина	

Завдання 5. Заповніть таблицю шляхів ураження плеври:

Тип	Прояви
Лімфогенний	Рак легені

Тестові завдання

1. Накопичення патологічної рідини в плевральній порожнині при запальних процесах має назву:

- А. Ексудат;
- В. Транссудат;
- С. Обидві відповіді не є вірними;
- Д. Обидві відповіді є вірними.
- Е. Вірна одна відповідь.

2. Проба Рівальта базується на появі помутніння при додаванні краплини ексудату у розчин:

- A. Сірчаної кислоти;
- B. Ліноленової кислоти;
- C. Оцтової кислоти;
- D. Соляної кислоти;
- E. Азотної кислоти.

3. Відносна щільність ексудатів:

- A > 1015;
- B < 1015;
- C > 1005;
- D < 1005;
- E > 1000.

4. Основні клінічні ознаки ексудативного плевриту:

- A. Біль у грудній клітині, задишка, продуктивний кашель;
- B. Біль у грудній клітині, напади ядухи, продуктивний кашель;
- C. Біль у грудній клітині, задишка, непродуктивний кашель;
- D. Біль у грудній клітині, непродуктивний кашель, інтоксикація;
- E. Задишка.

5. Патогномонічним для ексудативного плевриту є:

- A. Амфорічне дихання;
- B. Ясний легеневий звук;
- C. Масивне притуплення при перкусії;
- D. Звук тріснутого горщика;
- E. Тимпанічний перкуторний звук.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 2.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.

7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Пацієнт звернувся до лікаря з приводу малопродуктивного кашлю, лихоманки з нічною пітливістю протягом останніх 3 днів.

Вік 55 років, професія – водій.

Зріст - 178 см, вага 75 кг.

Anamnesis morbi: Вважає себе хворим протягом 3 днів, коли, після переохолодження, підвищилась температура до $38,5^{\circ}\text{C}$, з'явився кашель з невеликою кількістю прозорого мокротиння, біль в лівій половині грудної клітки, що посилюється при диханні, кашлі та нахилах вправо.

Anamnesis vitae: Не палить. Алкоголь не вживає.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної тілобудови. Шкіра та видимі слизові звичайного забарвлення. Відмічається відставання лівої половини грудної клітки в акті дихання. Дихання поверхневе, ЧД 28 за хв., ЧСС 90 уд за хв., АТ 140/75 мм рт ст. При перкусії над легеньми – ясний легеневий тон. При аускультатії вислуховується везикулярне дихання, зліва у нижньо-латеральних відділах грудної клітки у фазі вдиху та видиху вислуховується шум, який посилюється при натисканні стетофонендоскопом та зберігається після кашлю. Живіт симетричний, при пальпації безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Результат оцінки за опитувальником

Загальний аналіз крові ер. - $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. - 168 г/л; лейкоц. - $11,4 \times 10^9/\text{л}$; сегм.- 56%, пал.- 10%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 28%, моноцит.- 4%, тромбоц. - $180 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 30 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 80,9 г/л, альбумін - 49,1 г/л; білір.заг. - 18,8 мкмоль/л; АЛАТ - 35,1 Од/л; АсАТ - 27,2 Од/л; ГГТ - 50 Од/л; ЛФ – 75 Од/л; креатинін - 85 мкмоль/л; сечовина - 5,7 ммоль/л, глюкоза - 5,01 ммоль/л, СРБ 18 Од.

Загальний аналіз сечі без патології.

Попередній діагноз:

Варіант 3

Завдання 1. Заповніть таблицю причини розвитку плевритів:

Сухий плеврит	Випітний плеврит
Туберкульоз	Цироз печінки

Завдання 2 Заповніть клінічну класифікацію синдромів при плевритах

1. Синдром сухого плевриту
2. _____
3. _____
4. _____

Завдання 3. Заповніть таблицю механізмів утворення плеврального випоту

Мезотеліома	Запалення листків плеври, порушення дренажу лімфи
Цироз печінки	
Синдром Дреслера	

Завдання 4. Диференційна діагностика плевральних випотів.

Показник	Транссудат	Ексудат
Щільність	< 1,015	> 1.018

Завдання 5. Заповніть таблицю типів фармакотерапії при плевриті:

Тип терапії	Прояви, приклади
Етіотропна	Лікування серцевої недостатності
Патогенетична	
Симптоматична	
Хірургічне	
Альтернативне	

Тестові завдання

1. Плеврит, який розвинувся під час пневмонії має назву:.

- А. Парапневмонічний;
- В. Метапневмонічний;
- С. Нозокоміальний;
- Д. Посттравматичний;
- Е. Геморагічний.

2. Трикутний простір на здоровому боці біля хребта з притупленим звуком:

- А. Трикутник Раухфуса-Грокко;
- В. Трикутник Дамуазо;
- С. Трикутник Гарланда;
- Д. Зона Шкоди;
- Е. Вірної відповіді немає.

3. Мінімальна кількість рідини, яку можна визначити за допомогою рентгенографії:

- А. 500 мл;
- В. 50 мл;

- С. 100 мл;
- Д. 200 мл;
- Е. 300 мл.

4. Загроза формування емпієми плеври у хворих з парапневмонічним плевритом існує при рівні глюкози:

- А. < 2,22 ммоль/л ;
- В. < 3,33 ммоль/л;
- С. > 2,22 ммоль/л ;
- Д. > 1,22 ммоль/л
- Е. >1,5 ммоль/л

5. Провідне завдання лікування хворих з плевральними випотами:

- А. Евакуація плеврального вмісту;
- В. Антибактеріальна терапія;
- С. Терапія основного захворювання;
- Д. Дезінтоксикаційна терапія;
- Е. Все вірно.

Протокол клінічного розбору хворого. Варіант 3.

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі критерійних ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів-ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: У чоловіка, з нижньочастковою пневмонією правої легені з'явилися скарги на біль у правій половині грудної клітки, задишка.

Вік – 37 років, не працює.

Зріст – 172 см, вага 65 кг.

Anamnesis morbi: лікувався амбулаторно з приводу позагоспітальної пневмонії. Стан погіршився протягом останніх 5 днів, коли з'явився біль в правій половині грудної клітки, який посилювався під час дихання та кашлю,

підвищилась температура до 39⁰ С. Через деякий час відмітив послаблення болю, але приєдналась виражена задишка, через що пацієнт звернувся до сімейного лікаря повторно.

Anamnesis vitae: Палить впродовж 20 років. Наркозалежний. Хворіє на Хронічний гепатит.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Астенічної тілобудови. Шкіра звичайного забарвлення. температура 38,9⁰С, АТ 130/70 мм рт. ст., ЧСС 95/хв, ЧД 24/хв. Під час фізикального обстеження відмічається відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. При перкусії визначається широка зона притуплення справа, що має верхню межу у вигляді лінії Соколова-Елліса-Дамуазо. Притуплення перкуторного звуку спостерігається також зліва в межлопатковій ділянці. При аускультатії в нижніх відділах справа дихальні звуки відсутні. Живіт симетричний, при пальпації безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні, печінка не збільшена, відрізки товстої кишки без особливостей. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - 4,9x10¹²/л; Нв. - 168 г/л; MCV – 91 мкм³; лейк. - 14,4x10⁹/л; сегм.-56%, пал.- 14%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 24%, моноцит.- 4%, тромбоц. - 180x10⁹/л; ШОЕ - 38 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білок заг. - 70, г/л, білір.заг. - 18,8 мколь/л; АЛАТ - 45,1 Од/л; АсАТ - 42,2 Од/л; глюкоза - 5,01 ммоль/л.

Загальний аналіз сечі без патології.

Рентгенографія ОГП: правий синус не візуалізується. В нижній частині справа відмічається гомогенне затемнення, що має верхню межу у вигляді параболи.

Зміщення органів середостіння вліво.

Загальний аналіз плевральної рідини

Показники	Результат
Колір	Жовта
Прозорість	Мутна
Характер	Гнійна
Відносна щільність	1025
Відносна щільність, од	49
Білок, г/л	+++
Співвідношення вмісту білка плевральної рідини та білка плазми крові, од	0,64
ЛДГ, Од/л	240
Співвідношення ЛДГ плевральної рідини та ЛДГ плазми крові, од	0,65
Проба Рівальта	+++

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

для самостійної роботи студентів 4 курсу

Навчальна дисципліна Внутрішня медицина (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія, кардіологія, ревматологія, нефрологія), в тому числі ендокринологія, фтизіатрія, клінічна імунологія та алергологія, невідкладні стани в неврології, виробнича лікарська практика (професійне навчання) внутрішні хвороби

Освітній рівень другий (магістерський)

Галузь знань 22 Охорона здоров'я

**Тема: «Інфекційно-деструктивні захворювання легень.
Бронхоектатична хвороба»**

Автор: асистент Корольова Р.В.

2024-2025 навчальний рік

ВСТУП

Одним із ефективних засобів організації самостійної роботи студентів з тем дисципліни, які відведені на самостійне опрацювання є робота студента над **робочим зошитом**. Роботу над робочим зошитом слід починати з ознайомлення ключових питань з теми. На наступному етапі необхідно познайомитися з переліком джерел, в яких студент може знайти відповіді на поставлені питання. Для більш поглибленого вивчення даної проблеми студент може звернутися на професійні сайти.

Ознайомившись з теорією, студенту необхідно оцінити ступінь засвоєння матеріалу. У цьому зв'язку він вирішує запропоновані завдання, тестові запитання з теми. Особливу увагу при підготовці до заняття студент повинен звернути на необхідний мінімум тих практичних навичок, якими йому необхідно оволодіти. У відповідних розділах підручників, посібників, він повинен почерпнути ті відомості, які йому потрібні для оволодіння практичними навичками.

Організація самостійної роботи засобом робочого зошита здійснюється наступним чином: викладач представляє робочий зошит студенту або на електронних носіях (на кафедральному сайті), або в друкованому вигляді, далі студенти виконують завдання в позааудиторний час, згодом викладач їх перевіряє та оцінює **на початковому етапі практичного заняття**.

Критерії оцінки завдань робочого зошита

Кожне завдання вимагає окремого підходу при оцінці якості його виконання зі своїми критеріями. І тим не менш, при 5-бальній оцінці кожного виду завдань слід дотримуватися загальнодидактичних критеріїв, а саме: **Оцінка «5»** ставиться, якщо студент:

1. Виконав роботу без помилок і недоліків.
2. Допустив не більше одного недоліку.

Оцінка «4» ставиться, якщо студент виконав роботу повністю, але допустив в ній:

1. Не більше однієї негрубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох недоліків.

Оцінка «3» ставиться, якщо студент правильно виконав не менше половини роботи або допустив:

1. Не більше двох грубих помилок або не більше однієї грубої і однієї негрубої помилки і одного недоліку;
2. Не більше двох-трьох негрубих помилок або однієї негрубої помилки і трьох недоліків;

3. За відсутності помилок, але за наявності чотирьох-п'яти недоліків.

Оцінка «2» ставиться, якщо студент:

1. Допустив число помилок (недоліків) перевищує норму, при якій може бути виставлена оцінка «3».
2. Якщо правильно виконав менше половини роботи .
3. Не приступив до виконання роботи.

Правильно виконав не більше 10% всіх завдань.

Змістовий модуль 3. «Пульмонологія»

Тема. «Інфекційно-деструктивні захворювання легень. Бронхоектатична хвороба»

Мета (навчальні цілі): навчити студентів виявляти інфекційно-деструктивні захворювання легень (ІДЗ), визначати вид уражень легень, складати програму обстеження, лікувальної тактики та профілактики.

Студент повинен знати:

1. Визначення термінів «ІДЗ», «абсцесу легень», «бронхоектатичної хвороби» та їх клінічне значення.
2. Етіологічні чинники (чинники, від яких залежать умови формування інфекційно-деструктивного процесу, бронхоектазій) та основні патогенетичні механізми.
3. Класифікацію ІДЗ легень, зокрема залежно від етіологічного, патогенетичного чинників, розповсюдженості патологічного процесу.
4. Класифікацію бронхоектатичної хвороби, зокрема залежно від генезу, морфологічних та рентгенологічних змін, поширеності процесу.
5. Основні клініко-морфологічні форми ІДЗ легень.
6. Програму лабораторних та інструментальних обстежень з метою визначення збудника, встановлення обґрунтованого діагнозу, оцінки уражень легень і ускладнень з їхнього боку та інших органів, діагностичне значення даних відповідних методів обстеження.
7. Антибактеріальні препарати першої, другої лінії та препарати для нормалізації дренажної функції легень, шляхи введення, критерії їх ефективності.

8. Консервативне та оперативне лікування ІДЗ легень та бронхоектатичної хвороби, яке передбачає емпіричну антибіотикотерапію та інші групи препаратів з доведеною ефективністю.

9. Діагностику невідкладних станів при ІДЗ легень.

10. Показання до оперативного лікування.

11. Профілактику розвитку та прогресування ІДЗ легень.

12. Оцінку працездатності хворих на ІДЗ легень.

Студент повинен вміти:

1. Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів з ІДЗ легень та бронхоектатичною хворобою, оцінювати чинники ризику ускладнень і хронізації захворювань, ознаки легеневих та позалегенових ускладнень.

2. Опанувати аналіз результатів спірометрії, знати обструктивну та рестриктивну форми дихальної недостатності.

3. Діагностувати різні клінічні прояви ІДЗ легень та бронхоектатичної хвороби, складати план обстеження хворих, проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями легень, виявляти чинники хронізації патології, показники невідкладних станів.

4. На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження діагностувати, обґрунтовувати і формулювати попередній клінічний діагноз ІДЗ легень або бронхоектатичної хвороби, оцінювати легеневі та позалегенові ураження, ускладнення.

5. Розробляти план лікування (консервативне та оперативне), проводити первинну профілактику попередження розвитку ІДЗ легень та бронхоектатичної хвороби, та вторинну - попередження амілоїдозу внутрішніх органів.

6. Визначати працездатність при ІДЗ легень та бронхоектатичній хворобі.

7. Діагностувати та надавати невідкладну допомогу при дихальній недостатності.

8. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Основні терміни теми (5-6)

Термін	Визначення
Інфекційно-деструктивні захворювання бронхолегеневої системи	об'єднують групу захворювань органів дихання, які включають: абсцес легень, гангрену легень, бронхоектатичну хворобу
Гострий (простий) абсцес легені	гнійне або гнильне розплавлення некротичних ділянок легеневої тканини, найчастіше в межах одного сегмента, з формуванням однієї або декількох порожнин, заповнених гноем й оточених перифокальною запальною інфільтрацією легеневої тканини. Гнійна порожнина в легені при цьому найчастіше відмежована від не уражених ділянок піогенною капсулою
Бронхоектатична хвороба	представляє собою особливу набуту форму ІДЗ бронхолегеневої системи, яка характеризується локалізованим хронічним гнійним процесом (гнійним ендобронхітом) у незворотно змінених (розширених, деформованих) і функціонально неповноцінних бронхах, переважно нижніх відділів бронхів з утворенням бронхоектазів (патологічно-розширених бронхів)
Абсцедивна пневмонія	багаточисельні деструктивні вогнища розмірами 0,3-0,5 см, які локалізовані в межах 1-2 сегментів легень та не схильні до прогресування. Супутнім при цьому є виражена перифокальна інфільтрація легеневої тканини.

<p>Гангренозний абсцес</p> <p>Гангрена легень</p>	<p>гнійно-гнилісний розпад ділянки некрозу легеневої тканини (частки, сегменту), характеризується схильністю до секвестрації відмежування від не уражених ділянок, що є свідченням більш сприятливого, ніж гангрена, перебігу захворювання. У цьому разі іноді називається <u>відмежованою гангреною</u>.</p> <p>дифузний гнійно-гнилісний некроз тканини легень без тенденції до чіткого обмеження з швидкою динамікою розповсюдження зони некроза та распаду паренхіми. Характеризується тяжкою інтоксикацією, схильністю до плевральних ускладнень та легневих кровотеч. При ураженні однієї ділянки гангрена вважається обмеженою, при залученні обширних ділянок – розповсюдженою</p>
<p>Піопневмоторакс</p>	<p>прорив гнійника з легені у плевральну порожнину, котра супроводжується гнійними запаленнями листків плеври та колапсом легень</p>

Література:

1. Олещенко Г. П., Литвиненко О. М. Навчальний посібник. ІНВАЗІЙНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ. Суми, 2021
2. Настанова МОЗ 00124. Бронхоектатична хвороба, 2017 <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3025>
3. Л. Н. Приступа. Внутрішня медицина. Розділ «Пульмонологія»: навчальний посібник. Суми: Сумський державний університет, 2021. - 200 с.
4. С. М. Кисельов, О. В. Назаренко, Я. В. Земляний, Н. І. Капшитар, Є. О. Аравіцький. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання: навчальний посібник для студентів. - Запоріжжя, 2021.- 153 с.
5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 3 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона. 2021 р. 664с.

Завдання для самостійного опрацювання теми

Варіант 1.

Завдання 1. Фактори, які сприяють розвитку інфекційно-деструктивних захворювань легень:

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Завдання 2. Основні симптоми і клінічні ознаки ураження органів/систем при інфекційно-деструктивних захворюваннях легень:

Система / орган	Ознаки ураження органів / систем
Бронхолегенева система	Задихка, тахіпное, акроціаноз
Серце	
Нирки	
Головний мозок	

Завдання 3. Механізм розвитку бронхоектазів при бронхоектатичній хворобі:



Завдання 4. Диференціальна діагностика абсцесів:

Гострий	Хронічний

Завдання 5. Основні клінічні прояви абсцесу легень в залежності від стадії:

інфільтрації	
розпаду	
дренування	

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. До клінічних проявів інфекційних деструкцій легенів відносять всі нижчеперелічені ознаки, окрім:

- А. Синдром інтоксикації.
- В. Больовий синдром.
- С. Синдром дихальної недостатності.
- Д. Кашель із відділенням великої кількості гнійного мокротиння.

- Є. Порушення серцевого ритму й провідності.
2. Які додаткові методи дослідження найбільш інформативні при абсцесі легені:
- А. Клінічні (аналіз крові, сечі, мокроти).
 - В. Дослідження функції зовнішнього дихання (спірографія, спірометрія).
 - С. Бактеріологічне дослідження мокроти.
 - Д. Цитологічне дослідження мокроти.
 - Є. Рентгенологічні.
3. До клінічних ознак дихальної недостатності відносять все перераховане, крім:
- А. Задишка.
 - В. Тахікардія.
 - С. Ціаноз.
 - Д. Відчуття нестачі повітря.
 - Є. Крепітація.
4. Характерною рентгенологічною картиною при абсцесі легені є:
- А. ущільнення легеневої тканини.
 - В. накопичення рідини в плевральній порожнині.
 - С. Все перераховане вище
 - Д. Жодне з перерахованих.
 - Є. утворення порожнини в легені.
5. Найчастішим ускладненням інфекційних деструкцій легенів є:
- А. Інфаркт міокарда.
 - В. Геморагічний інсульт.
 - С. Спонтанний пневмоторакс.
 - Д. Астматичний статус.
 - Є. Інфекційно-токсичний шок.

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся до сімейного лікаря з приводу підвищення температури до 39-40 °С. Відмічає різку слабкість, сухий кашель.

Вік 60 років, професія - лікар

Зріст 178 см, вага 150 кг

Anamnesis morbi: Вважає себе хворим близько 14 днів тому, коли почала підвищуватись температура і з'явився сухий кашель. Погіршення стану 2-3 дні, коли почала підвищуватись температура до 40 °С.

Anamnesis vitae: палить 45 років, 1 пачку на день.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Гіперстенічної тілобудови. Шкіра суха, бліда. ЧД 26/хв. Пульс 120/хв. Аускультативно дихання везикулярне, ослаблене справа. В нижніх відділах справа притуплення перкуторного звуку. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,9 \times 10^{12}/л$; Нв. - 168 г/л; лейкоц. - $18,4 \times 10^9/л$; сегм.- 75 %, пал.- 11%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 10%, моноцит.- 2%, тромбоц. – $200 \times 10^9/л$; ШОЕ - 48 мм/год. **СРБ:** 190 мг/мл. **SpO₂:** 92%

Рентген ОГК:

--	--	--	--

Завдання 3. За генезом розрізняють бронхоектази:

- ✓
- ✓

Завдання 4. Опишіть загальний аналіз мокроти:

Абсцес	Гангрена	Бронхоектатична хвороба

Завдання 5. Показання для хірургічного лікування ІДЗ бронхолегеневої системи:

- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓
- ✓

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Утворення порожнини в легені характерний для:

А. Інфаркту легені.

- В. Пневмонії.
- С. Бронхіальної астми.
- Д. Бронхоектатичної хвороби.
- Е. Абсцесу легені.

2. У хворого Д., 34 років, була діагностована пневмонія. Не дивлячись на лікування, з'явилась гектична лихоманка, а потім виділення харкотиння «повним ротом». Яку хворобу слід запідозрити?

- А. Стафілококова пневмонія
- В. Бронхоектатична хвороба
- С. Хронічний бронхіт
- Д. Туберкульоз легень
- Е. Абсцес легені

3. Рестриктивний тип дихальної недостатності формується внаслідок:

- А. Порушення проходження повітря дихальними шляхами.
- В. Дисциркуляторних розладів.
- С. Зниження кількості кисню у вдихуваному повітрі.
- Д. Наявності анемії.
- Е. Зниження здатності легень до спадіння й розширення.

4. Обструктивний тип дихальної недостатності формується внаслідок:

- А. Дисциркуляторних розладів.
- В. Зниженню здатності легенів до спадіння й розправлення.
- С. Зниження кількості кисню у вдихуваному повітрі.
- Д. Наявності анемії.
- Е. Порушення проходження повітря дихальними шляхами.

5. Характерним клінічним синдромом гангрени легені є усе нижче перераховані, окрім:

- А. Інтоксикаційного.
- В. Запальних змін легеневої тканини.

С. Синдрому дихальної недостатності.

Д. Гепатолієнального.

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу підвищення температури до 40 °С. Відмічає різку слабкість, кашель сухий.

Вік 68 роки, професія - робочий на будівництві

Зріст 178 см, вага 120 кг.

Anamnesis morbi: Вважає себе хворим близько 2 тижнів, коли почала підвищуватись температура і з'явився сухий кашель. Погіршення стану 2 дні, коли почала підвищуватись температура до 40 °С.

Anamnesis vitae: палить 20 років 1 пачка на день, зловживає алкоголем

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Гіперстенічної тілобудови. Шкіра суха, бліда. ЧД 28/хв. Пульс 110/хв. Аускультативно дихання везикулярне, ослаблене справа, поодинокі вологі хрипи. В нижніх відділах справа притуплення перкуторного звуку. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв. - 168 г/л; лейкоц. - $18,4 \times 10^9/\text{л}$; сегм.- 75 %, пал.- 11%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 10%, моноцит.- 2%, тромбоц. – $200 \times 10^9/\text{л}$; ШОЕ - 48 мм/год. СРБ: 180 мг/мл. SpO2: 94%.

Рентген ОГК:



на фоні легеневого затемнення в правій нижній частці правої легені формується більш інтенсивна зона, яка набуває чітких контурів.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)

Варіант 3.

Завдання 1. Основні причини бронхоектатичної хвороби:

Причина	Особливості

Завдання 2. Рентгенологічна картина абсцесу легень у різні стадії:

Фаза абсцесу легень	Рентгенологічна картина

--	--

Завдання 3. Обов'язкові інструментальні обстеження пацієнту з інфекційно-деструктивним захворюванням легень:

№ п/п	Метод обстеження	Мета обстеження
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Завдання 4. Перерахуйте патологічні зміни при об'єктивному обстеженні хворого на гангрену легень:

1. Перкуторно на початку захворювання:

2. Болючість при перкусії і пальпації над зоною ураження:

3. Аускультация в перші дні:

4. Голосове тремтіння в перші дні:

5. Аускультация та голосове тремтіння при утворенні порожнин:

Завдання 5. Опишіть зміни аналізу крові

Абсцес	Гангрена	Бронхоектатична хвороба

Тестові запитання.

Виберіть одну правильну відповідь:

1. Для «легеневого» серця характерна:

- А. Жодне з перерахованих вище.
- В. Лівошлуночкова недостатність.
- С. Тотальна серцева недостатність.
- Д. Порухення ритму й провідності.
- Е. Правошлуночкова недостатність.

2. З яким захворюванням необхідно проводити диференціальну діагностику абсцесу легені в першу чергу:

- А. Бронхіальна астма.
- В. Емфізема легень.
- С. Інфекційний ендокардит.
- Д. Хронічний бронхіт.
- Е. Гангрена легені.

3. До змін у загальному аналізі мокротиння, характерних для абсцесу легенів належать:

- A. Гнійне мокротиння з неприємним запахом.
 - B. При стоянні розділяється на два шари.
 - C. Спіралі Куршмана.
 - D. Вірно A+C.
 - E. Вірно A+B.
4. До змін у загальному аналізі мокротиння, характерних для гангрен легенів належать:
- A. Гнійне мокротиння грязно-сірого кольору.
 - B. При стоянні формується три шари.
 - C. Наявність кристалів Шарко-Лейдена.
 - D. Вірно A+C.
 - E. Вірно A+B.
5. „Золотим стандартом” діагностики бронхоектазів є:
- A. Рентгенографія ОГП
 - B. КТ ОГП
 - C. Селективна бронхоскопія
 - D. Спірометрія
 - E. УЗД ОГП

Протокол клінічного розбору хворого

1. Виділити серед наведених скарг 1-2 основні, які мають найбільше діагностичне значення (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
2. З наведених Anamnesis morbi та Anamnesis vitae виокремити фактори ризику захворювання, яке можна підозрювати на підставі скарг (в подальшому це відобразити в обґрунтуванні діагнозу).
3. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
4. Оцінити результати представлених лабораторних/інструментальних досліджень.
5. Сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати його на підставі ознак захворювання.
6. Скласти план додаткових обстежень.
7. Скласти план лікування хворого згідно із попереднім клінічним діагнозом

із визначенням загальної тактики (режим стаціонарний чи амбулаторний; ліжковий, напів ліжковий чи вільний), призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (у вигляді рецептурних прописів латиницею).

Скарги: Чоловік, звернувся з приводу підвищення температури до 39 °С. Відмічає різку слабкість, озноб, стомлюваність, кашель з мокротою гнійно-гнильного характеру з неприємним запахом (200- 300 мл) – «повним ротом», зниження апетиту, головний біль.

Вік 44 рок, професія водій тролейбуса

Зріст 160 см, вага 82 кг

Anamnesis morbi: Вважає себе хворим близько 2 тижнів, коли почала підвищуватись температура і з'явився кашель. Погіршення стану почалось 3 дні тому, коли виник напад кашлю з виділенням 200 мл гнійної мокроти, після чого температура знизилася.

Anamnesis vitae: палить 10 цигарок/день.

Результати фізикального обстеження хворого:

Загальний стан середньої тяжкості. Гіперстенічної тілобудови. Шкіра суха, звичайного кольору. ЧД 24/хв. Пульс 110/хв. Аускультативно дихання везикулярне, ослаблене, поодинокі вологі хрипи справа. В нижніх відділах справа перкуторно тимпаніт. З боку інших органів і систем без патологічних ознак.

Результати додаткових методів досліджень:

Загальний аналіз крові ер. - $4,9 \times 10^{12}/л$; Нв. - 168 г/л; лейкоц. - $18,4 \times 10^9/л$; сегм.- 75 %, пал.- 11%, еоз.- 1%, базоф.-1%, лімф.- 10%, моноцит.- 2%, тромбоц. – $200 \times 10^9/л$; ШОЕ - 40 мм/год. СРБ: 150 мг/мл. SpO2: 95%

Рентген ОГК:



спостерігається округле утворення з тонкими стінками з рівнем рідини.

Попередній діагноз:

Обґрунтування діагнозу:

План дообстеження:

Лікування:

1. Режим

2. Немедикаментозне лікування

3. Медикаментозне лікування (рецептурні прописи латиницею)
