

Handwritten signature

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: медичний №1

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб і терапії

ЗАТВЕРДЖУЮ



Професор з науково-педагогічної роботи

Handwritten signature of Eduard Burychivskiy

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

_____ 2023 року

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Факультет, курс: стоматологічний, 3
Навчальна дисципліна: Внутрішні хвороби

Затверджено:

Засіданням кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії

Протокол №_1_ від 30.08.2023 р.

Завідувач кафедри

Handwritten signature of Olena Yakymenko

Олена ЯКИМЕНКО

Розробники:

завідувач кафедри, з.д.н. і т. України, д.мед.н., професор Якименко О.О.

завуч кафедри, к.мед.н., доцент Кравчук О.Є.

доцент, к.мед.н., Клочко В.В.

доцент, к.мед.н., Коломієць С.Н

асистент, к.мед.н., Антіпова Н.Н

асистент, к.мед.н., Маркіна Катерина

асистент, к.мед.н., Коротаєва Вікторія

асистент, к.мед.н., Серебряков Алла

Практичне заняття № 1

Тема: Бронхіальна астма. Етіологія. Патогенез. Клініка, діагностика. Сучасне лікування. Роль стоматолога в профілактиці.

Мета: навчити здобувачів розпізнавати основні симптоми та синдроми БА, ознайомити з фізикальними методами дослідження при БА, з методами дослідження, які застосовуються для діагностики БА, показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення, методиками їх виконання, навчити здобувачів самостійно трактувати результати проведених досліджень, розпізнавати та діагностувати ускладнення при БА, навчити здобувачів призначати лікування при БА.

Основні поняття: Визначення бронхіальної астми, етіологія і патогенез. Класифікація бронхіальної астми. Основні скарги та дані фізикального обстеження. Синдром бронхіальної обструкції. Синдром мукоциліарної недостатності та підвищеної повітряності легень. Інструментальна діагностика. Спірографія та її значення для діагностики бронхіальної астми. Лабораторні ознаки бронхіальної астми за даними загального аналізу крові та дослідження харкотиння. Основні клінічні прояви на різних ступенях бронхіальної астми, синдрому дихальної недостатності при обструкції бронхів. Принципи та методи профілактики та лікування на різних ступенях бронхіальної астми. Діагностика та невідкладна допомога при приступі бронхіальної астми, астматичному стані.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення бронхіальної астми, описати етіологію, патогенез, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускульту легень, знати методику проведення та основні показники спірографії);

— питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

- Дати визначення бронхіальної астми.
- Що таке гіперреактивність бронхів?
- Які фактори впливають на розвиток і клінічні прояви БА?
- Які клінічні симптоми БА?
- Що провокує розвиток симптомів БА?
- Чим обумовлений бронхообструктивний синдром при БА?
- Охарактеризуйте напад БА.
- Які об'єктивні ознаки БА?

- Класифікація БА.
 - Що таке контроль над БА?
 - Які додаткові методи обстеження необхідно провести хворому БА?
 - Які критерії порушення зовнішнього дихання при БА?
 - Які є ускладнення БА?
 - Як класифікуються лікарські засоби для лікування БА?
 - Які лікувальні засоби відносяться до контролюючих?
 - Які лікувальні засоби відносяться до препаратів невідкладної допомоги?
 - Що таке ступінчатий підхід до лікування БА?
 - Принципи лікування БА
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих, проведення курації хворого з бронхіальною астмою, проведення лабораторного дослідження, визначення схеми лікування):
- зміст завдань (провести опитування хворого з бронхіальною астмою);
 - рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
 - вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
 - матеріали контролю для заключного етапу заняття.

1. *"Бронхіальна астма - це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, у розвитку якого беруть участь мастоцити, Т-лімфоцити, макрофаги". Це визначення необхідно доповнити:*

- A. "І яке характеризується варіабельною зворотньою бронхообструкцією".
- B. "І яке характеризується гіперреактивністю бронхів".
- C. "І до якого є генетична схильність".
- D. Всім перерахованим.
- Є. Не має потреби в доповненні, тому що визначення є повним.

2. *При якому патологічному стані у хворих бронхіальною астмою обструктивні зміни будуть носити необоротний характер:*

- A. При спазмі гладких м'язів бронхів.
- B. При набряку слизової дихальних шляхів.
- C. При утворенні густого секрету й obturaції дрібних бронхів.
- D. При склеротичних змінах у стінці бронхів.
- Є. При всіх перерахованих.

3. *Бронхообструкція при бронхіальній астмі обумовлена:*

- A. Спазмом гладких м'язів бронхів.
- B. Набряком слизової оболонки бронхів.
- C. Дискринією.
- D. Функціональною нестабільністю дихальних шляхів.
- Є. Всіма перерахованими факторами.

4. *За допомогою пікфлоуметру не можна:*

- A. Прогнозувати загострення захворювання.

- В. Оцінити ефективність дії бронхолітичного препарату.
- С. Планувати базисну терапію.
- Д. Оцінити варіабельність бронхіальної обструкції.
- Є. Діагностувати гіперреактивність бронхів.
5. *Загальноприйнятим для моніторингу клінічного перебігу бронхіальної астми в цей час є:*
- А. Вивчення показника швидкості видиху (ПШВ) за допомогою пікфлоуметру.
- В. Вивчення параметрів кривої "потік-обсяг".
- С. Проведення тесту із бронхолітиками.
- Д. Постановка провокаційних проб з гістаміном.
- Є. Постановка провокаційних проб з ацетилхоліном.
6. *При добре контрольованому перебігу бронхіальної астми показники пікової швидкості видиху:*
- А. Повинні бути майже однаковими у ранковий і вечірній час.
- В. Повинні в ранковий час бути значно вище, ніж у вечірній.
- С. Повинні у вечірній час бути значно вище, ніж у ранковій.
- Д. Повинні бути мінімальними вранці і поступово наростати до вечора.
- Є. Повинні бути максимальними в ранковий час й плавно знижуватися до вечора.
7. *Розвиток якого ускладнення можливий у хворих на бронхіальну астму:*
- А. Емпієми плеври.
- В. Гангрени легені.
- С. Абсцеса легені.
- Д. Ексудативного плевриту.
- Є. Астматичного статусу.
8. *До селективних β_2 -стимуляторів відносяться:*
- А. Ефедрин.
- В. Задітен.
- С. Еуфілін.
- Д. Сальбутамол.
- Є. Платифілін.
9. *Які препарати володіють бронходилатаційною дією:*
- А. Сальбутамол.
- В. Вентолин.
- С. Серевент.
- Д. Всі перераховані препарати.
- Є. Жоден з перерахованих препаратів.
10. *Для тривалого планового лікування хворого на бронхіальну астму найбільше доцільно призначити препарати наступних груп:*
- А. Інгаляційні β_2 -агоністи.
- В. Пролонговані теофіліни.
- С. Мембраностабілізатори.
- Д. Інгаляційні глюкокортикостероїди.

Є. Системні глюкокортикостероїди.

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ.

1. Жінка, 25 років, 1,5 року перебуває на диспансерному обліку з приводу бронхіальної астми. В останній час напади ядухи виникають 4-5 разів на тиждень, нічні напади — 2-3 рази на місяць. Для купірування застосовує сальбутамол. Скарифікаційна проба з антигеном домашнього кліща позитивна. Об'єктивно: стан відносно задовільний, ЧД-20 за 1 хв, ЧСС-76 за 1 хв, АТ - 120/80 мм рт.ст. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритм правильний. Який механізм є провідним у розвитку бронхообструкції у хворой?

- А. Гіперреактивність бронхів
- В. Порушення метаболізму арахідонової кислоти
- С. Адренергічний дисбаланс
- Д. Підвищений тонус парасимпатичної нервової системи
- Є. Трахеобронхіальна дискінезія

2. Хворий, 48 років, протягом 10 останніх років хворіє на бронхіальну астму. Під час виконання робіт на дачній ділянці відчув утруднення дихання, з'явився кашель, дистанційні хрипи, почала посилюватися задишка. Препарат якої фармакологічної групи краще рекомендувати хворому для зняття подібних нападів ядухи?

- А. Стимулятор β_2 -адренорецепторів
- В. Блокатор β_2 -адренорецепторів
- С. Стабілізатор мембран тучних клітин
- Д. Метилксантини
- Є. Інгаляційний глюкокортикоїд

3. Хворий Н., 30 років, скаржиться на закладеність носу, напади ядухи в нічний час один раз на тиждень. Захворів після респіраторної інфекції, яку самостійно лікував ацетилсаліциловою кислотою. В аналізах крові та мокротиння виявляється еозинofilія. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Бронхіальна астма аспіринова
- В. Бронхіальна астма фізичного навантаження
- С. Бронхіальна астма, ендогенна форма
- Д. Бронхіальна астма, екзогенна форма
- Є. Еозинофільний інфільтрат легень

4. Пацієнт О., 43 років, скаржиться на задишку під час фізичного навантаження. Об'єктивно: температура тіла - 36,4°C. ЧД-20 за 1 хв, пульс-78 за 1 хв, АТ 125/80 мм рт.ст. Бочкоподібна форм грудної клітки. Над легенями вислуховується послаблене везикулярне дихання. Яке дослідження необхідно провести хворому в амбулаторних умовах для вирішення питання про ефективність призначених бронхолітиків?

- А. Пікфлоуметрію
- В. ЕКГ-контроль перевантаження правого серця
- С. Спірографічне
- Д. Бронхоскопічне

Є. Аналіз мокротиння (кількість та флора)

5. У клініку постуила хвора О., 55 років, після нападу бронхіальної астми. На протязі 20 років працювала на фармацевтичній фабриці й займалася таблетуванням аміназину, сульфаніламідних препаратів. Протягом 10 років відмічає часті респіраторні захворювання. Пізніше з'явилася задшка, періодично - субфебрилітет. Під час роботи в запиленому приміщенні й виходу з теплого приміщення на холод з'являються нападі ядухи. Ознаки серцевої декомпенсації відсутні. Який найбільш імовірний діагноз?

А. Серцева астма

В. Хронічний обструктивний бронхіт

С. Бронхіальна астма, інфекційно-алергійна форма

Д. Професійна бронхіальна астма, атопічна форма

Є. Хронічний необструктивний бронхіт

6. У хворої Д., що страждає на бронхіальну астму більше 20 років, на фоні нападу ядухи раптово з'явився постійний кашель без мокротиння, біль у грудній клітці, посилилась задшка. На ЕКГ: перенавантаження правих відділів серця. Лікування β-адренергічними засобами не має ефекту. Яке можливе ускладнення розвинулося у даної хворої?

А. Астматичний статус

В. Серцева астма

С. набряк легень

Д. Пневмоторакс

Є. Тромбоемболія гілок легеневої артерії

7. Пацієнт Г., 42 років, хворій на бронхіальну астму, призначено теофілін. У разі досягнення якої концентрації препарату в крові можна сподіватися на поліпшення легеневої функції без токсичного ефекту?

А. 21—25 мг/л

В. 5—20 мг/л

С. 26—30 мг/л

Д. 31—40 мг/л

Є. 41—45 мг/л

8. Пацієнтка К., 50 років, хворіє на бронхіальну астму 20 років. Напади астми розвиваються 2—3 рази на тиждень. Приймає інгаляційний кортикостероїд, сальбутамол за потребою. Не переносить ібупрофен. Відзначає постійне відчуття закладеності в носі. Оториноларинголог виявив поліпи в носі. Об'єктивно: ринорея, ЧД-22 за 1 хв. ЧСС-88 за 1 хв, АТ-120/80 мм рт.ст. У легенях везикулярне ослаблене дихання, розсіяні сухі хрипи. Який варіант астми найбільш імовірно виник у хворої?

А. Атопічна астма

В. "Аспіринова" астма

С. Інфекційно-алергійна астма

Д. Астма фізичного зусилля

Є. Холінергічна астма

9. Пацієнт П., 39 років, хворіє на бронхіальну астму близько 5 років. Напади ядухи легкі, знімаються таблеткою еуфіліну або двома вдихами дозованого симпатоміметика, вночі між 4-ю і 5-ю годиною виникає утруднення дихання, яке знімається дозованим симпатоміметиком. Який бронхолітик доцільно рекомендувати хворому перед сном для запобігання нічних симптомів?

- А. Беротек
- В. Сальбутамол
- С. Антровент
- Д. Еуфілін
- Є. Теопек

10. Пацієнтка Л., 35 років, протягом 14 років хворіє на бронхіальну астму. В останній час напади ядухи виникають 4-5 разів на тиждень, нічні напади - 2-3 рази на місяць. Для купірування нападів застосовує сальбутамол. Об'єктивно: стан відносно задовільний. ЧД - 20 за 1 хв, ЧСС - 76 за 1 хв, АТ - 120/80 мм рт. ст. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритм правильний. Який препарат необхідно призначити для профілактики нападів бронхіальної астми на першому етапі?

- А. Кортикостероїди ін'єкційні
- В. Регулярне застосування сальбутамолу
- С. Кортикостероїди інгаляційні
- Д. Кортикостероїди таблетовані
- Є. Кромоглікат натрію

Відповіді на тестові завдання

- | | |
|------|-------|
| 1. Д | 6. А |
| 2. Д | 7. Є |
| 3. Є | 8. Д |
| 4. Є | 9. Д |
| 5. А | 10. Д |

Відповіді на ситуаційні задачі

- | | |
|------|-------|
| 1. А | 6. А |
| 2. А | 7. В |
| 3. А | 8. В |
| 4. А | 9. Є |
| 5. Д | 10. Є |

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Перелік рекомендованої література

Основна література:

1. Передерий В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини в 3х томах. Посібник. Вінниця. Нова книга. 2018. 784с.

Додаткова:

1. Пропедевтика внутрішніх хвороб: Підручник для здобувачів стомат. факту вищ. мед. навч. закладів освіти III-IV рівнів акредитації / В.М. Березов, В.М. Васильєв, О.О. Якименко, Є.І. Дзись та ін.; Ред. М.С. Расін. Полтава, 2004.
2. Внутрішні хвороби: Навч. посібник для студ. стомат факультетів / За ред. О.О. Якименко. О.: ОДМУ, 2003.
3. Macleod's Clinical Examination / Ed. G.Douglas, F.Nicol, C.Robertson.– 13th ed.– Elsevier. 2013. – 471 p.
4. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking /Ed. Lynn S. Bickley, Peter G. Szilagyι. – Wolters Kluwer, 2017. – 1066 p.
- 5.

13. Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
6. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <https://onmedu.edu.ua/> - сайт Одеського національного медичного університету
9. <https://onmedu.edu.ua/kafedra/propedevtiki-vnutrishnih-hvorob-ta-terapii/> - Інформаційна сторінка кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії ОНМедУ

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 2

Тема: ХОЗЛ. Емфізема легень. Етіологія. Патогенез. Клініка. Лікування. Роль стоматолога в профілактиці.

Мета: навчити здобувачів розпізнавати основні симптоми та синдроми ХОЗЛ, емфіземи легень, ознайомити з фізикальними та лабораторно-інструментальними методами

дослідження, показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення, методиками їх виконання, навчити здобувачів самостійно трактувати результати проведених досліджень, розпізнавати та діагностувати ускладнення ХОЗЛ, визначити основні напрямки лікування ХОЗЛ та емфіземи легень.

Основні поняття: Хронічне обструктивне захворювання легень, емфізема легень, етіологія і патогенез. Класифікація ХОЗЛ та емфіземи легень. Синдром підвищеної повітряності легень. Бронхообструктивний синдром. Спірографія. Лабораторні ознаки. Принципи та методи профілактики та лікування. Ускладнення ХОЗЛ і емфіземи легень.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення ХОЗЛ, емфіземи легень, описати етіологію, патогенез, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию легень, знати методику проведення та основні показники спірографії);

— питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

- Визначення понять ХОЗЛ.

- Етіологія та патогенез ХОЗЛ.

- Визначення поняття емфіземи легень.

- Роль лікаря стоматолога у діагностиці ускладнень з боку ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ.

- Роль лікаря стоматолога у профілактиці ускладнень з боку ротової порожнини у хворих на ХОЗЛ при тривалому використанні інгаляційних ГКС.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих, проведення курації хворого з ХОЗЛ, емфіземою легень, проведення лабораторного дослідження, визначення схеми лікування):

— зміст завдань (провести опитування хворого з ХОЗЛ, емфіземою легень);

— рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);

— вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;

— матеріали контролю для заключного етапу заняття.

1. Основним зовнішнім фактором ризику в розвитку ХОЗЛ є:

Еталон відповіді: табакопаління.

2. Назвіть ознаки легеневої недостатності у правильній послідовності в залежності від ступеня тяжкості

Еталон відповіді:

- 1) Задишка з'являється під час звичайного навантаження.
- 2) Задишка з'являється при виконанні незначного фізичного навантаження.
- 3) Задишка турбує в стані спокою.
3. Встановіть вірну послідовність фармакотерапії в залежності від стадії і ступеню тяжкості ХОЗЛ.

- 1) Виключити фактори ризику + бронхолітик довготривалої дії.
- 2) Виключити фактори ризику + бронхолітик короткої дії.
- 3) Виключити фактори ризику + інгаляційний кортикостероїд.
- 4) Виключити фактори ризику + хірургічне лікування, довготривала оксигенотерапія.

Еталон відповіді: 2), 1), 3), 4)

4. Які групи препаратів входять до стандарту лікування ХОЗЛ?

- 1) Антибіотики
- 2) Інгаляційні глюкокортикоїди
- 3) Бета-адреноблокатори
- 4) Бронхолітики короткої дії
- 5) Антикоагулянти
- 6) Інгібітори АПФ
- 7) Антагоністи іонів кальцію
- 8) Бронхолітики довготривалої дії
- 9) Антиагреганти

Еталон відповіді: 1), 2), 4), 8).

5. Визначте відповідність препаратів групам лікарських засобів, що застосовуються для лікування хворих на ХОЗЛ:

- | | |
|---|-----------------------|
| 1) Інгаляційний бронхолітик короткої дії | А) Еуфілін |
| 2) Інгаляційний бронхолітик пролонгований | Б) Іпратропіум бромід |
| 3) Інгаляційний кортикостероїд | В) Фенотерол |
| 4) Системний кортикостероїд | Г) Сальметерол |
| 5) Холінолітик | Д) Преднізалон |
| 6) Бронхолітикксантинової групи | Е) Будесонід |

Еталон відповіді: 1 – В; 2 – Г; 3 – Е; 4 – Д; 5 – Б; 6 – А 24

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 3

Тема: Пневмонії. Етіологія. Патогенез. Клініка. Лікування. Роль стоматолога в профілактиці.

Мета: навчити здобувачів розпізнавати основні симптоми та синдроми пневмонії, ознайомити з фізикальними та лабораторно-інструментальними методами дослідження, показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення, методиками їх виконання, навчити здобувачів самостійно трактувати результати проведених досліджень, розпізнавати та діагностувати ускладнення пневмоній, визначити основні напрямки лікування.

Основні поняття: Етіологія та патогенез пневмонії, легенева недостатність, негоспітальна та внутрішньогоспітальна пневмонія, гостра та хронічна легенева недостатність, прогноз життя та працездатності при пневмонії та легеневій недостатності, первинна і вторинна профілактика пневмонії, вплив стоматологічної патології та захворювань зубо-щелепної системи на виникнення і перебіг пневмонії та легеневої недостатності.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання здобувачів, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення пневмонії, назвати класифікацію пневмоній, описати етіологію, патогенез, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта з пневмонією, огляд пацієнта, пальпацію та перкусію грудної клітини, аускультацию легень, знати методику проведення та основні показники спірографії);

— питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

- Сформулюйте визначення поняття пневмонія.
- Визначте етіологію пневмонії.
- Вкажіть ключові ланки патогенезу пневмонії.
- Наведіть основні положення сучасної клінічної класифікації пневмонії.
- Назвіть фактори, що сприяють виникненню пневмонії.
- Назвіть типові клінічні прояви крупозної та вогнищевої пневмонії.
- Складіть план лабораторного та інструментального обстеження хворого на пневмонію.
- Вкажіть ускладнення пневмонії.
- Назвіть принципи лікування пневмонії.

- Вкажіть основні групи антибактеріальних препаратів, які використовуються при лікуванні хворих на пневмонію.
 - Поняття емпіричної та ступінчатої антибактеріальної терапії пневмонії.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих, проведення курації хворого з пневмонією, проведення лабораторного дослідження, визначення схеми лікування):
- зміст завдань (провести опитування хворого з пневмонією);
 - рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
 - вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
 - матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1.

Основним збудником, що призводить до виникнення крупозної пневмонії є: Еталон відповіді: пневмокок.

Завдання 2.

Назвіть види пневмонії у правильній послідовності в залежності від частоти виникнення.

Еталон відповіді:

- 1) Негоспітальна;
- 2) Госпітальна;
- 3) Аспіраційна;
- 4) Пневмонія в осіб з тяжким порушенням імунітету.

Завдання 3.

Встановіть вірну послідовність періодів морфологічних змін в легенях при крупозній пневмонії.

- 1) Червоного опечініння
- 2) Ексудації
- 3) Сірого опечініння
- 4) Завершення

Еталон відповіді: 2), 1), 3), 4)

Завдання 4.

Які групи препаратів входять до стандарту лікування неускладненої пневмонії?

- | | |
|-------------------------|------------------------------|
| 1) Цефалоспорины | 7) Антагоністи іонів кальцію |
| 2) Глюкокортикоїди | короткої дії |
| 3) Бета-адреноблокатори | 8) Пеніциліни |
| 4) Фторхінолони | 9) Інгібітори АПФ |
| 5) Антикоагулянти | 10) Макроліди |

б) Антиагреганти

Еталон відповіді: 1), 4), 8), 10)

Завдання 5.

Визначте відповідність препаратів групам лікарських засобів, що застосовуються для лікування хворих на пневмонію.

- | | |
|-------------------|------------------|
| 1) Фторхінолони | А) Цефтриаксон |
| 2) Цефалоспорины | Б) Левофлоксацин |
| 3) Макроліди | В) Кларітроміцин |
| 4) Тетрацикліни | Г) Тіенам |
| 5) Аміноглікозиди | Д) Доксициклін |
| 6) Карбапеніми | Е) Тобраміцин |

Еталон відповіді: 1 – Б; 2 – А; 3 – В; 4 – Д; 5 – Е; 6 – Г

Завдання 6.

У хворого грудна клітина нормальної форми, зміщення середостіння немає, при перкусії тупий звук у межах всієї нижньої долі правої легені, при аускультатії - дихання ослаблене, чітка крепітація. Ваш діагноз?

1. крупозна пневмонія
2. емфізема легень
3. пневмоторакс
4. бронхоектази
5. фіброз легень

Еталон відповіді: 1

Завдання 7.

Назвіть основну рентгенологічну ознаку крупозної пневмонії:

1. ателектаз легені
2. гомогенне затемнення відповідно долі або сегменту
3. тяжиста легенева картина
4. вогнищеві тіні
5. тотальне зниження прозорості.

Еталон відповіді: 2

Завдання 8.

Назвіть ознаку, що не відповідає крупозній пневмонії в фазі гепатизації:

1. відставання однієї половини грудної клітини при диханні
2. тупість в відповідній долі
3. дрібнопухирцеві вологі хрипи
4. посилена бронхофонія
5. бронхіальне дихання в зоні притуплення

Еталон відповіді: 3

Завдання 9.

При підозрі на пневмококову пневмонію слід призначити:

1. олететрин
2. стрептоміцин
3. пеніциліни
4. еритроміцин
5. левоміцетин

Еталон відповіді: 3

Завдання 10.

При якому збуднику пневмонії найбільш часто виникає деструкція легень:

1. пневмокок
2. стрептокок
3. стафілокок
4. легіонела
5. вірус

Еталон відповіді: 3

Ситуаційні завдання

Завдання 1.

Хворий В., 45 років, госпіталізований з скаргами на біль в лівій половині грудної клітини, який посилюється при глибокому диханні, кашлі, сильний озноб, температура 38,7°C, загальна слабкість, розбитість, ломота у кінцівках. Захворів гостро після переохолодження. Об'єктивно: стан важкий, гарячковий рум'янець на щоках, положення вимушене: лежить на ураженому боці грудної клітки, перкуторно нерізка притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах лівої легені, аускультативно-ослаблене везикулярне дихання, крепітація, серцева діяльність ритмічна, ЧСС – 106/хв., АТ – 110/80 мм рт.ст.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Які методи потрібні для верифікації діагнозу?
- 3) Тактика лікування (перерахуйте групи препаратів)?

Еталон відповіді:

- 1)Негоспітальна крупозна пневмонія нижньої долі лівої легені, III група з нетяжким перебігом.
- 2)Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, загальне та бактеріальне дослідження харкотиння на флору та чутливість до антибіотиків, загальний аналіз крові, сечі, глюкоза крові.
- 3) Антибактеріальна терапія, жарознижувачі, антиоксиданти, дезінтоксикаційні препарати.

Завдання 2.

Хворий 37 років, після переохолодження з'явився кашель спочатку сухий, надалі з виділенням слизисто-гнійного харкотиння, підвищилася температура тіла до 37,8°C, загальна слабкість, головний біль, підвищена пітливість, адинамія. В анамнезі на протязі 10 років тютюнопаління, інколи бронхіти. Об'єктивно: стан середньої важкості, в легенях – жорстке дихання, в нижніх відділах лівої легені – незначна кількість дрібнопухирцевих хрипів, там же посилення бронхофонії. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, ЧСС – 76/хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. Печінка та селезінка не збільшені.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) План обстеження?
- 3) Чи є потреба в госпіталізації хворого?
- 4) Призначте лікування в рецептах.

Еталон відповіді:

- 1) Негоспітальна пневмонія в нижній долі лівої легені, II група, легкий перебіг.
- 2) Загальний аналіз крові та сечі, аналіз харкотиння загальне та бактеріологічне, глюкоза крові, Rh-графія органів грудної клітки.
- 3) Ні, враховуючи, що хворий відноситься до II групи з легким перебігом захворювання.
- 4) Амоксиклав, амброксол, полівітаміни, лікувальна фізкультура, фізіотерапія (УВЧ, індуктотермія, електрофорез).

Підбиття підсумків заняття.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 4

Тема: Плеврити. Плевральний синдром. Етіологія. Патогенез. Клініка. Принципи діагностики та лікування.

Мета: навчити здобувачів розпізнавати плевральний синдром та синдром наявності рідини у плевральній порожнині, ознайомити з фізикальними методами дослідження при сухому та ексудативному плевритах, ознайомити з інструментальними методами дослідження, які застосовуються для діагностики плевриту, показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення, методика виконання плевральної пункції, навчити здобувачів самостійно трактувати результати проведених досліджень, розпізнавати та діагностувати ускладнення при плевритах, навчити здобувачів визначати тактику лікування при сухому та ексудативному плевритах.

Основні поняття: Визначення плевриту, етіологія і патогенез. Класифікація плевритів. Основні скарги та дані фізикального обстеження при сухому та ексудативному

плевритах. Лінія Дамуазо. Трикутники Гарлянда та Раухфуса-Грокко. Синдром дихальної недостатності. Лабораторні відмінності ексудату та трансудату. Значення даних загального аналізу крові та дослідження харкотиння. Принципи та методи діагностики та невідкладної допомоги при плевритах.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення сухого та ексудативного плевриту, описати етіологію, патогенез, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта та визначити характеристики плеврального болю, провести огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию легень, знати основні рентгенологічні ознаки при сухому та ексудативному плевритах);

— питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

- Сформулюйте визначення поняття плеврит.
- Визначте етіологію плевриту.
- Вкажіть ключові ланки патогенезу плевриту.
- Наведіть основні положення сучасної клінічної класифікації плевриту.
- Назвіть фактори, що сприяють виникненню плевриту.
- Назвіть типові клінічні прояви сухого та ексудативного плевриту.
- Складіть план лабораторного та інструментального обстеження хворого на плеврит.
- Вкажіть ускладнення плевриту.
- Назвіть принципи лікування плевриту.
- Вкажіть основні групи антибактеріальних препаратів, які використовуються при лікуванні хворих на плеврит.
- Лікування плевриту у залежності від основного захворювання.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих, проведення курації хворого з плевритом, проведення лабораторного дослідження, визначення схеми лікування):

— зміст завдань (провести опитування хворого з сухим та ексудативним плевритом);

— рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);

— вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;

— матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Основним збудником, що призводить до виникнення туберкульозного

плевриту є:

Еталон відповіді: мікобактерія туберкульозу.

Завдання 2. Назвіть види плевриту у правильній послідовності в залежності від часу виникнення.

Еталон відповіді: 1) Сухий плеврит; 2) Ексудативний плеврит;

Завдання 3. Які симптоми характерні для сухого плевриту?

- 1) біль в грудній клітині
- 2) зростаюча задишка
- 3) загальна слабкість
- 4) підвищення температури тіла
- 5) збільшення об'єму грудної клітини на боці враження
- 6) шум тертя плеври
- 7) тупий перкуторний звук
- 8) послаблення голосового тремтіння
- 9) часте поверхнєве дихання

Еталон відповіді: 1), 3), 4), 6), 9).

Завдання 4. Визначте відповідність препаратів групам лікарських засобів, що застосовуються для лікування хворих на пневмонію.

- 1) Фторхінолони А) Цефтриаксон
- 2) Цефалоспорини Б) Левофлоксацин
- 3) Макроліди В) Кларітроміцин
- 4) Тетрацикліни Г) Тіенам
- 5) Аміноглікозиди Д) Доксициклін
- 6) Карбапеніми Е) Тобраміцин

Еталон відповіді: 1 – Б; 2 – А; 3 – В; 4 –Д; 5 – Е; 6 – Г

Завдання 5. Послаблення голосового тремтіння характерно для:

1. бронхоектазів
2. ексудативного плевриту
3. абсцесу легень в стадії порожнини
4. вогнищевої пневмонії
5. крупозної пневмонії

Еталон відповіді: 2).

Завдання 6. Сухий плеврит супроводжується усіма перерахованими симптомами, крім:

1. біль в грудній клітині
2. сухий кашель
3. пітливість
4. субфебрилітет

5. акроціаноз

Еталон відповіді: 5).

Завдання 7. Найбільш ефективним методом виявлення невеликої кількості рідини в плевральній порожнині є:

1. рентгеноскопія в звичайному положенні-ортопозиція
2. рентгенографія
3. комп'ютерна томографія
4. латероскопія (рентгеноскопія в латеропозиції)
5. магнітно-резонансна томографія

Еталон відповіді: 4).

Завдання 8. У хворого 55 років спостерігається відставання правої половини грудної клітини при диханні, притуплення нижче рівня 3 ребра, послаблення дихання і бронхофонія там же. При рентген дослідженні-зміщення серця вліво. Вірогідний діагноз?

1. ексудативний плеврит
2. крупозна пневмонія
3. емфізема легень
4. пневмофіброз
5. пневмоторакс

Еталон відповіді: 1

Ситуаційне завдання 1.

Хвора, 35 років. Госпіталізована з скаргами на задишку, відчуття тиску у лівій половині грудної клітини, загальну слабкість, температуру 38,7°C, пітливість. Захворіла тиждень тому, коли після переохолодження підвищилася температура, з'явився кашель, розбитість, ломота у кінцівках. Лікувалась амбулаторно, симптоми мають тенденцію до нарощування. Об'єктивно: стан важкий, легкий ціаноз губ, ЧД 28 в 1 хв. , ЧСС – 104/хв., АТ – 130/80 мм рт.ст., ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання, міжребір'я згладжені. При перкусії нижче кута лопатки зліва тупість. В цій же ділянці дихання різко ослаблене, на решті - дихання жорстке з одиночними хрипами. Серцева тінь помірно зміщена вправо. Аналіз крові: л-19 Г/л, ШОЕ- 35 мм/год.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Які методи потрібні для верифікації діагнозу?
- 3) Тактика лікування (перерахуйте групи препаратів)?

Еталон відповіді:

- 1) Лівосторонній ексудативний плеврит.
- 2) Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, загальне та бактеріальне дослідження харкотиння на флору та чутливість до антибіотиків, плевральна пункція, загальний аналіз крові, сечі, глюкоза крові.
- 3) Антибактеріальна терапія, жарознижуючі, антиоксиданти,

дезінтоксикаційні препарати.

Ситуаційне завдання 2. Хворий 38 років, госпіталізований з скаргами на сухий кашель, підвищення температури тіла до 37,6°C, загальну слабкість, біль в грудній клітині при диханні. В анамнезі травма грудної клітини. Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, відставання правої половини грудної клітини при диханні. При перкусії відхилень від норми не виявлено. Аускультативно дихання послаблене, шум тертя плеври справа в нижніх відділах. Рентген – без патології. Загальний аналіз крові: лейкоцитоз, помірно підвищена ШОЕ.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Чому виникла біль в грудній клітині?
- 3) Яка повинна бути лікарська тактика?

Еталон відповіді:

- 1) Правосторонній післятравматичний сухий плеврит.
- 2) Подразнення больових рецепторів плеври.
- 3) Обережний руховий режим, протизапальні препарати, анальгетики.

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 5

Тема: Гіпертонічна хвороба. Симптоматичні артеріальні гіпертензії. Етіологія. Патогенез. Клініка. Принципи діагностики та лікування.

Мета: ознайомити здобувачів з поняттями гіпертонічної хвороби та симптоматичних артеріальних гіпертензій, розпізнавати основні симптоми та синдроми при гіпертонічній хворобі, проводити фізикальне обстеження, призначати лабораторно-інструментальні методи дослідження та інтерпретувати їх результати, розпізнавати та діагностувати ускладнення при артеріальній гіпертензії, навчити здобувачів призначати лікування при гіпертонічній хворобі та гіпертонічному кризі.

Основні поняття: артеріальний тиск, гіпертонічна хвороба, нефрогенні, ендокринні, кардіоваскулярні, нейрогенні, екзогенні артеріальні гіпертензії, ступені підвищення артеріального тиску (АТ), класифікація гіпертонічної хвороби, органи-мішені при

артеріальній гіпертензії, стратифікація ризику для оцінки прогнозу у хворих на артеріальну гіпертензію, основні принципи лікування. Ускладнені та неускладнені гіпертензивні кризи.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення гіпертонічної хвороби та симптоматичних артеріальних гіпертензій, описати етіологію, патогенез, основні клінічні синдроми при підвищенні АТ, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию легень, скласти план лабораторно-інструментальних досліджень, оцінити їх результати, формулювання діагнозу гіпертонічної хвороби, надати рекомендації з модифікації образу життя та медикаментозного лікування гіпертонічної хвороби);

— питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

- Дати визначення артеріальній гіпертензії.
- Класифікація артеріальної гіпертензії за рівнем АТ.
- Поняття про первинну (есенціальну) та вторинну (симптоматичну) артеріальну гіпертензію.
- Класифікація артеріальної гіпертензії залежно від ураження органів-мішеней.
- Нефрогенні артеріальні гіпертензії.
- Ендокринні артеріальні гіпертензії.
- Гемодинамічні (кардіоваскулярні), нейрогенні та екзогенні артеріальні гіпертензії.
- Стратифікація ризику хворих для оцінки прогнозу.
- Тактика лікаря щодо артеріальної гіпертензії, поняття про цільовий артеріальний тиск.
- Основні підходи до немедикаментозного лікування. Модифікація способу життя.
- Групи антигіпертензивних препаратів. Призначення комбінованої терапії.
- Неускладнені гіпертензивні кризи.
- Ускладнений гіпертензивний криз. Тактика лікаря.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих, проведення курації хворого з гіпертонічною хворобою, інтерпретація результатів ЕКГ, ЕхоКС, рентгенографії ОГК, добового моніторування АТ, ліпідограми, визначення схеми лікування):

— зміст завдань (провести опитування хворого з підвищенням артеріального тиску);

- рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
- вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
- матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. У хворого, 40 років, під час профогляду виявлений АТ 170/102 мм.рт.ст. На ЕКГ зафіксовано ознаки гіпертрофії лівого шлунок. Оцініть рівень АТ у хворого:

- А. В нормі.
- Б. Погранична гіпертензія.
- В. Помірна артеріальна гіпертензія.
- Г. Легка артеріальна гіпертензія.
- Д. Тяжка артеріальна гіпертензія.

Еталон відповіді: В.

Завдання 2. У хворого на гіпертонічну хворобу з'явилися скарги на слабкість, нудоту, головний біль, серцебиття. Вранці у хворого була носова кровотеча. Рс - 110 уд/хв, ритмічний, АТ- 230/110 мм рт.ст. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Гіпертонічний криз, неускладнений
- Б. Геморагічний інсульт
- В. Пароксизмальна тахікардія
- Г. Гіпертонічний криз, ускладнений
- Д. Геморагічний васкуліт

Еталон відповіді: Г.

Завдання 3. Хворий, 40 років, страждає на гіпертонічну хворобу II стадії з підвищенням АТ до 180/110 мм рт.ст. На очному дні у нього більш ймовірно виявити такі зміни:

- А. Зміни відсутні.
- Б. Мінімальне сегментарне звуження артерій і артеріол.
- В. Звуження просвіту артерій і артеріол, потовщення їх стінок, хвилястість і розширення вен.
- Г. Звуження просвіту артерій і артеріол, потовщення їх стінок, хвилястість і розширення вен, великі і дрібні крововиливи, "ватні плями".
- Д. Звуження просвіту артерій і артеріол, потовщення їх стінок, хвилястість і розширення вен, двосторонній набряк сосків зорових нервів.

Еталон відповіді: В.

Завдання 4. У хворого, 42 років, зріст 174 см, вага 100 кг, відмічається підвищення АТ до 190/108 мм рт.ст., головні болі, запаморочення. Діяльність серця ритмічна, акцент II тону на аорті. Пульс 100 в 1 хв. На ЕКГ: R V5 > R V4, R V6 + S V2 = 50мм. Цукор крові - 5,2 ммоль/л. Аналіз сечі: відносна щільність 1020, білок - 0,033 г/л, лейкоцити - 3-4 в полі зору. 1. Ваш попередній діагноз:

- А. Гіпертонічна хвороба I ст.
 - Б. Гіпертонічна хвороба II ст.
 - В. Гіпертонічна хвороба III ст.
 - Г. Хронічний гломерулонефрит, симптоматична артеріальна гіпертензія.
 - Д. Атеросклероз аорти, артеріальна гіпертензія.
- Еталон відповіді: Б

Завдання 5. Лікування Ви почнете одним з указаних препаратів, крім (з урахуванням частоти пульсу):

- А. Метопролол.
 - Б. Ніфедіпін.
 - В. Еналаприл.
 - Г. Ділтiazем.
- Еталон відповіді: Б

Завдання 6. Немедикаментозні методи лікування даного хворого повинні включати все, крім:

- А. Зниження вживання кухонної солі до 5 г за добу.
 - Б. Підвищення вживання вуглеводів.
 - В. Зниження паління.
 - Г. Зниження маси тіла.
 - Д. Підвищення фізичної активності.
- Еталон відповіді: Б

Завдання 7. У хворої 60 років, що протягом 20 років страждає на гіпертонічну хворобу, після стресової ситуації раптово виник напад задишки. Об'єктивно: положення ортопное, Рс – 120 за 1 хв., АГ 210/120 мм рт. ст. I тон над верхівкою серця послаблений, у діастолі вислуховується додатковий тон, ЧД – 32/хв. Дихання над нижніми відділами легень послаблене, поодинокі незвучні вологі дрібнопухирцеві хрипи.

1. Ваш попередній діагноз:
- А. Гіпертонічний криз, неускладнений
 - Б. Геморагічний інсульт
 - В. Пароксизмальна тахікардія
 - Г. Гіпертонічний криз, ускладнений
 - Д. Інфаркт міокарда
- Еталон відповіді: Г

2. Яке ускладнення розвилось у хворої?

- А. Гостра лівошлуночкова недостатність.
- Б. Гостре порушення мозкового кровообігу
- В. Тромбоемболія гілок легеневої артерії

Г. Пневмонія.
Д. Розшарування аорти
Еталон відповіді: А

3. При наданні допомоги ви призначите хворій всі препарати, окрім:
А. Морфін.
Б. Еналаприл.
В. Фуросемід.
Г. Нітрогліцерин.
Д. Пропранолол
Еталон відповіді: Д

Завдання 8. Хвора скаржиться на збільшення маси тіла за останні 1,5-2 роки, сухість у роті, головний біль, порушення менструального циклу. Об'єктивно: зріст – 160 см, маса тіла - 130 кг; підшкірна жирова клітковина розподілена за диспластичним типом, наявні багрові смуги розтягу на шкірі живота. АТ – 170/110 мм рт. ст. Глікемія натще - 7,5 ммоль/л. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз?

А. Хвороба Іценка-Кушинга.
Б. Гіпертонічна хвороба.
В. Метаболічний синдром.
Г. Цукровий діабет, тип 2.
Д. Аліментарно-конституційне ожиріння.
Еталон відповіді: Г

Завдання 9. У хворого, 26 років, АТ на руках 176/116 мм рт.ст., на ногах 140/86 мм рт.ст. Вказана АГ характерна для:

А. Вазоренальної АГ.
Б. Феохромоцитомі.
В. Коарктації аорти.
Г. Синдрому Кона.
Д. Хвороби Іценка-Кушинга.
Еталон відповіді: В

Завдання 10. У жінки 39 років виявлено підвищення АТ. Хвора відмічає слабкість та парестезії в кінцівках, поліурію. ЧСС - 94/хв., АТ - 190/105 мм рт. ст. У сечі: питома вага - 1012, білок - 0,1 г/л, реакція лужна, Л - 3-4 в п/з, Ер - 2-3 в п/з. Які зміни біохімічних показників у сироватці крові цієї хворої слід очікувати?

А. Гіперкаліємія, гіпонатріємія.
Б. Гіпокаліємія, гіпернатріємія.
В. Підвищення рівня кортизолу.
Г. Підвищення рівня Т3, Т4.
Д. Гіперглікемія.

Еталон відповіді: Б

Завдання 11. У хворої, 22 років, втретє в житті раптово почався приступ, який супроводжувався тремором, зблідненням шкіри, тахікардією, підвищеним АТ до 280/120 мм рт.ст., болем в животі, в ділянці серця, страхом смерті. Приступ, як і попередні, продовжувався 15 хв. і раптово самостійно припинився. Після цього хвора виділила 350 мл світлої сечі.

1. Виділіть провідний синдром:

А. Синдром артеріальної гіпертензії.

Б. Симпато-адреналовий криз.

В. Біль в ділянці серця.

Г. Артеріальна гіпертензія і біль в животі.

Еталон відповіді: Б

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 6

Тема: Атеросклероз. Ішемічна хвороба серця. Класифікація. Етіологія. Патогенез. Клініка. Принципи діагностики та лікування. Гостра коронарна смерть. Принципи серцево-легеневої реанімації.

Мета: навчити здобувачів розпізнавати основні симптоми та синдроми ішемічної хвороби серця, ознайомити з фізикальними методами дослідження, з додатковими лабораторно-інструментальними методами дослідження, які застосовуються для діагностики ІХС, показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення, методиками їх виконання, навчити здобувачів самостійно трактувати результати проведених досліджень, розпізнавати та діагностувати ускладнення при ІХС, засвоїти поняття гострої коронарної смерті та принципи серцево-легеневої реанімації.

Основні поняття: атеросклероз, ішемічна хвороба серця, раптова коронарна смерть, стенокардія, гострий інфаркт міокарда, кардіосклероз, безбольова форма ІХС, гострий коронарний синдром, реперфузія, тромболізис, черезшкірне коронарне втручання.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

– вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, описати етіологію, патогенез, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию серця, знати методику проведення ЕКГ та основні підходи до її інтерпретації, ЕхоКС, велоергометрія, коронароангіографія);

– питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

- Дати визначення атеросклерозу.
- Визначення ішемічної хвороби серця.
- Клінічна класифікація ІХС – основні форми.
- Поняття про раптову коронарну смерть.
- Поняття про гострий коронарний синдром.
- Дати характеристику поняття каріосклероз.
- Основні скарги хворих з ішемічною хворобою серця.
- Обов'язкові лабораторні методи дослідження.
- Обов'язкові інструментальні методи обстеження.
- Класифікація БА.
- Немедикаментозне лікування ІХС.
- Принципи серцево-легеневої реанімації при раптовій коронарній смерті.
- Основні групи препаратів, що призначаються хворим з ІХС.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих, проведення курації хворого з ішемічною хворобою серця, призначення лабораторних досліджень, визначення схеми лікування):

– зміст завдань (провести опитування хворого з ІХС);

– рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);

– вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;

– матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Хворий Т., 45 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на інтенсивний ниючий біль у нижній щелепі зліва, що підсилюється під час швидкої ходи. Біль вперше виник 2 дні тому. За медичною допомогою з цього приводу звернувся вперше. В анамнезі ІХС: стенокардія напруги. Зазначте першочергові діагностичні заходи в даному випадку:

А. Огляд ротової порожнини

- В. Панорамна Р-графія щелеп
- С. Вимірювання АТ
- Д. Загально-клінічний аналіз крові
- Е. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях на місці

Еталон відповіді: Е

Завдання 2. Чоловік 58 років, що перебуває в оглядовому кабінеті відділення щелепо-лицевої хірургії з приводу травми, раптово втратив свідомість. Зі слів супроводжуючих, страждав на артеріальну гіпертензію, переніс інфаркт міокарду. Об'єктивно: шкіра бліда, пульс на α .carotis відсутній, на ЕКГ – фібриляція шлуночків. Які заходи найбільш доцільно провести?

- А. Електроімпульсну терапію
- В. Черезстравохідну кардіостимуляцію
- С. Вагусні проби
- Д. Внутрішньовенне введення лідокаїну
- Е. Внутрішньо серцеве введення адреналіну

Еталон відповіді: А.

Завдання 3. Хворий 57-років відзначає протягом року 1-2 рази на місяць під ранок напади болю стискаючого характеру за грудниною, що віддають в шию, нижню щелепу, під ліву лопатку, проходять протягом 5 хвилин після прийому нітрогліцерину. На ЕКГ у момент нападу підйом сегменту ST у відведеннях V2-V5 на 8 мм. На ЕКГ після купірування нападу ST на ізолінії. Який діагноз в даного хворого?

- А. ДДПП, цервікоторакалгія
- В. Запалення стравоходу
- С. ІХС: стенокардія Принцметала
- Д. ІХС: інфаркт міокарда
- Е. Розширююча аневризма аорти

Еталон відповіді: С

Завдання 4. При раптовій смерті за межами стаціонару шанс вижити не перевищує 10%. Тому, велике значення має її первинна профілактика. Призначення препарату якого з приведених класів найбільш ефективно в зниженні ризику раптової смерті у хворого з серцевою недостатністю?

- А) Антагоністи кальцію.
- В) Сечогінні.
- С) β -блокатори.
- Д) Серцеві глікозиди.
- Е) Нітрати.

Еталон відповіді: С

Завдання 5. Хворий М, 61 р., звернувся до лікаря зі скаргами на загрудинний біль стискаючого характеру, що виник в той же день після фізичного навантаження та продовжувався 3 год. Біль мав іррадіацію у шию та нижню щелепу, пройшов самостійно у стані спокою через 15 хвилин. Подібний напад був 2 тижні тому. При огляді: стан відносно задовільний. Межі серця розширені вліво на 1 см. Тони серця звучні, пульс 80/хв, АТ 135/85 мм рт.ст. Клінічний аналіз крові і сечі- без особливостей. ЕКГ: лівограма, високі гострі зубці Т в V2-V4 відведеннях, поодинокі екстрасистоли.

1. Ваш попередній діагноз:
 - A. Ішемічна хвороба серця: стенокардія напруги що виникла вперше. НК 0.
 - B. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія напруги. НК 0.
 - C. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія напруги і спокою. НК 0.
 - D. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія спокою. НК 0.
 - E. Ішемічна хвороба серця. Прогресуюча стенокардія напруги.

Еталон відповіді: А

2. Обстеження слід почати:
 - A. З огляду ротової порожнини
 - B. З рентгенографії щелеп
 - C. З ЕКГ у 12 відведеннях
 - D. З рентгеноскопії грудного клітини
 - E. З визначення вмісту Тропоніну -I

Еталон відповіді: С.

3. Який метод лікування найбільш доцільний у подібному випадку?

- A. Застосування інгібіторів АПФ
- B. Застосування симпатоміметиків.
- C. Застосування дигоксину з еуфіліном.
- D. Призначення тромболітичних препаратів.
- E. Призначення нітратів.

Еталон відповіді: Е.

Завдання 6. Хворий Б., 65 років, інвалід III групи, прийшов до стоматолога на прийом з приводу протезування, дорогою відмітив у себе біль за грудиною, задишку при ходьбі на відстань 100-200 м. Два роки тому переніс інфаркт міокарда, палить цигарки. АТ=150/75мм.рт .ст. На ЕКГ : ЧСС=100, патологічний Q у I, aVL V1-V4, підйом ST і високі гострі Т в II, III, aVF.

1. Сформулюйте попередній діагноз:
 - A. ІХС. Стенокардія напруги, IV ФК.
 - B. ІХС. Стенокардія спонтанна
 - C. ІХС. Нестабільна стенокардія
 - D. ІХС. Стенокардія напруги III ФК. Постінфарктний кардіосклероз
 - E. ІХС. Гострий трансмуральний поширений

передньо-перегородинково-верхівковий інфаркт міокарда.
Еталон відповіді: D.

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна: 1. Внутрішні хвороби: Навч. посібник / О.О. Якименко, О.Є. Кравчук, В.В. Клочко, Д.М. Себов, Л.Н. Єфременкова; За ред. О. О. Якименко. – Одеса: Одес. нац. мед. ун-т, 2012. – 154 с.

2. Пропедевтика внутрішньої медицини для стоматологів: підручник для здобувачів стоматологічних факультетів / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель, Р. І. Ільницький, І. П. Кайдашев; За ред. проф. М.С. Расіна. – Полтава. – 207 с.

Додаткова: 1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії / За ред. проф. Ю.М. Мостового. – 20-те вид., доп. і перероб. – Київ : Центр ДЗК, 2016. – 688 с.

Електронні інформаційні ресурси: Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги "Стабільна ішемічна хвороба серця", затверджений Наказом МОЗ України від 23.12.2021р. №2857. <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2857282-21#Text>

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 7

Тема: Гостра серцева недостатність (ліво- та правошлуночкова) та гостра судинна недостатність. Хронічна серцева недостатність. Етіологія. Патогенез. Клініка. Принципи діагностики та лікування.

Мета: серцева недостатність – тяжкий, поширений клінічний синдром, який є наслідком багатьох серцевих захворювань, має прогресуючий характер, відчутно зменшує тривалість життя хворих та погіршує його якість. Поширеність СН серед європейського населення збільшується з віком від 0,9% у людей 55-64 років до 17,4% – від 85 років (Vleumink G.S., 2004). Прогноз хворих з ХСН є дуже серйозним: смертність таких пацієнтів протягом року становить 15-25%, досягаючи 40-50% у хворих з тяжкою ХСН (Воронков Л.Г., 2004; Cowburn P.J., 1998).

Несприятливий прогноз гострої та хронічної СН, з одного боку, та досягнення сучасної доказової медицини щодо можливості його модифікації при патогенетичному лікуванні,

з іншого, зумовили актуальність пошуку нових критеріїв стратифікації ризику пацієнтів та контролю за ефективністю терапевтичних заходів. Представлені рекомендації розроблено на базі рекомендацій Європейського товариства кардіологів, але з урахуванням реальної клінічної практики в Україні.

Рекомендації засновані на доказах, отриманих у багатьох клінічних дослідженнях, і враховують сучасні знання про гостру серцеву недостатність. Ці дослідження проводили у відібраних популяціях пацієнтів з певними клінічними характеристиками, які не завжди відображають реальну клінічну практику лікаря.

Гостра серцева недостатність – важлива проблема охорони здоров'я. Летальність протягом 6 міс унаслідок ГКС без елевачії сегмента ST за даними Euro Heart Survey та реєстру GRACE становить 12 %. Проте результати останніх досліджень свідчать про можливість поліпшення короткострокового та тривалого прогнозу при застосуванні клінічної стратегії, яка включає ретельну стратифікацію ризику в поєднанні з використанням сучасних терапевтичних засобів та процедур реваскуляризації у відібраної групи хворих.

Метою заняття є засвоєння здобувачами сучасної класифікації та патогенезу гострої та хронічної серцевої недостатності, їх патофізіологічних механізмів, клініки та основних підходів до діагностики та лікування.

Основні поняття: гостра серцева недостатність, лівошлуночкова недостатність, правошлуночкова недостатність, гостра судинна недостатність, хронічна серцева недостатність.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):
 - вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення гострій серцевій недостатності, гострій судинній недостатності, хронічній серцевій недостатності, описати патогенез цих станів, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);
 - питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).
1. Сучасна класифікація гострої серцевої недостатності, її основні рубрикації;
2. Патофізіологічні механізми та найбільш часті етіологічні чинники гострої серцевої недостатності;
3. Діагностика різних варіантів гострої серцевої недостатності;
4. Види гострої серцевої недостатності, їх діагностика;

5. Методи лабораторного та інструментального обстеження пацієнта з гострою серцевою недостатністю;
6. Клінічні прояви гострої серцевої недостатності;
7. Інструментальні методи діагностики, діагностичні можливості та покази до проведення;
8. Сучасні стандарти лікування та рекомендації щодо ведення пацієнта з гострою серцевою недостатністю;
9. Первинна та вторинна профілактику ГСН;
10. Класифікація хронічної серцевої недостатності;
11. Патофізіологія та найбільш часті етіологічні чинники ХСН;
12. Діагностика хронічної серцевої недостатності;
13. Види хронічної серцевої недостатності, їх діагностика;
14. Методи лабораторного та інструментального обстеження пацієнта з ХСН;
15. Клінічні прояви ХСН;
16. Інструментальні методи діагностики, діагностичні можливості та покази до проведення;
17. Сучасні стандарти лікування та рекомендації щодо ведення пацієнта з ХСН;
18. Профілактика ХСН – первинна та вторинна;

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з гострою та хронічною серцевою недостатністю, проведення курації хворого з ХСН, призначення лабораторних досліджень, визначення схеми лікування):

- зміст завдань (провести опитування хворого з ХСН);
- рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
- вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
- матеріали контролю для заключного етапу заняття.

1. До основних ознак розвитку альвеолярного набряку легень відноситься:

- A. Кашель без мокроти
- B. Задишка
- C. Серцебиття
- D. Біль за грудиною
- E. Ядуха з виділенням мокротиння у вигляді піни.

Еталон відповіді: E.

2. Першочерговими заходами для лікування непритомності є:

- A. Серцево-легенева реанімація
- B. Електроімпульсна терапія

- C. Надання горизонтального положення, забезпечення доступу свіжого повітря, вдихання нашатирного спирту.
- D. Викликати швидку допомогу
- E. Всі відповіді вірні.

Еталон відповіді: C.

3. здобувач С., що вперше переступив поріг операційної, раптом відчув слабкість, запаморочення, з'явилися позіхання і нудота, посилилось потовиділення, зацімліли кінцівки. Пульс малий, сповільнений, слабкого наповнення. АТ низький. Зіниці розширені, жваво реагують на світло. Що необхідно зробити для надання невідкладної допомоги?

- A. Ввести серцеві глікозиди
- B. Ввести пентамін
- C. Надати здобувачу сидяче положення
- D. Ввести кальцію глюконат
- E. Піднести до носа нашатирний спирт

Еталон відповіді: E.

4. Хвора 62 років, вступила до приймального відділення з нападом ядухи. Хворіє на гіпертонічну хворобу 16 років, 3 роки тому перенесла інфаркт міокарда. Об'єктивно: ортопное, шкірні покриви бліді, холодний піт, акроціаноз. АТ - 230/130 мм рт. ст., пульс - 108/хв., частота дихання - 36/хв. Аускультативно: розсіяні сухі хрипи над усіма ділянками легень, в нижніх відділах – вологі середньопухирчасті. Яке найбільш імовірне ускладнення?

- A. Гострий інфаркт міокарда
- B. Гостра лівошлуночкова недостатність
- C. Напад бронхіальної астми
- D. Тромбоемболія легеневої артерії
- E. Гостра правошлуночкова недостатність

Еталон відповіді: B.

5. У хворої 60 років, яка впродовж 20 років страждає на гіпертонічну хворобу, після видалення зуба раптово виник напад задишки. Об'єктивно: положення ортопное, пульс - 120/хв., АТ - 210/120 мм рт. ст. І тон над верхівкою серця ослаблений, в діастолу прослуховується додатковий тон, частота дихання - 32/хв. Дихання над нижніми

відділами легень ослаблене, поодинокі незвучні вологі дрібнопухирчасті хрипи. Яке ускладнення виникло?

- A. Розшарування аорти
- B. Напад істерії
- C. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
- D. Пневмонія
- E. Гостра лівошлуночкова недостатність

Еталон відповіді: E.

6. Після ліквідації пароксизму миготливої аритмії у хворого раптово виникли біль в грудній клітці, задишка. Об'єктивно: шкіра покрита потом, шийні вени набухлі, очі широко відкриті. Пульс малий, 140 за хв. АТ не визначається. На ЕКГ відхилення осі серця вправо. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. Кардіогенний шок
- B. Тромбоемболія легеневої артерії
- C. Розрив міжпередсердної перегородки
- D. Серцева астма
- E. Тампонада серця

Еталон відповіді: B.

7. Чоловік 55 років знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого тромбофлебиту вен нижніх кінцівок. На 7 день лікування раптово з'явилися болі в лівій половині грудної клітки, задуха, кашель. Температура 36,1 ЧДД 36 в 1 хвилину. Над легенями ослаблене дихання, хрипів немає. Пульс 140 в 1 хвилину, ниткоподібний. АТ 70/50 мм рт.ст. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії
- B. ІБС: інфаркт міокарду.
- C. Серцева астма.
- D. Бронхіальна астма.
- E. Пневмоторакс.

Еталон відповіді: A.

8. У хворого раптово з'явився різкий біль в лівій половині грудної клітки, виник приступ ядухи. Об-но: хворий збуджений, шкіра і слизові бліді, акроціаноз. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Пульс 120 за хв., артеріальний тиск 100/70 мм.рт.ст.

Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. ЧДР 28 за хв., дихання ослаблене зліва. Який попередній діагноз.

- A. Інфаркт міокарда
- B. Астматичний статус
- C. Синдром Дреслера
- D. Пневмонія E. ТЕЛА

Еталон відповіді: E.

9. Яка ознака патогномонічна для лівошлуночкової недостаточності?

- A. Набухання шийних вен
- B. Асцит
- C. Збільшення печінки
- D. Ортопноє
- E. набряки на ногах

Еталон відповіді: D.

10. У хворої, що страждає на гіпертонічну хворобу, після стресової ситуації раптово виник напад задишки. Об-но: положення ортопноє, ЧД-39/хв., вологий кашель з виділенням пінистого харкотиння, дихання над нижніми відділами легень послаблене, вологі дрібнопухирчасті хрипи, PS - 128 за 1 хв., АТ 220/130 мм рт.ст., I тон над верхівкою серця послаблений, акцент II тону над легеневою артерією. Яке ускладнення виникло у хворої?

- A. Гостра лівошлуночкова недостатність.
- B. Гостра дихальна недостатність.
- C. ТЕЛА
- D. Пневмонія
- E. Пневмоторакс

Еталон відповіді: A..

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 8

Тема: Ревматична хвороба. Гостра ревматична лихоманка. Ревматична хвороба серця. Етіологія. Патогенез. Клініка. Діагностика. Сучасне лікування. Профілактика. Роль стоматолога в профілактиці. Дифузні захворювання сполучної тканини. Системні васкуліти. Особливості тактики лікаря-стоматолога у пацієнтів з ревматичними захворюваннями, інфекційним ендокардитом та вадами серця. .

Мета: Ознайомити здобувачів з сучасним визначенням ревматичної хвороби. Освітити основні директивні документи МОЗ України щодо стандартів діагностики, лікування та профілактики ГРЛ та ХРХС. Розглянути питання класифікації, клінічної діагностики ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень, принципи сучасної медикаментозної та немедикаментозної терапії ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень. Акцентувати увагу на ролі лікаря-стоматолога в профілактиці ГРЛ, ХРХС та їх ускладнень.

Основні поняття: ревматизм, гостра ревматична лихоманка, ревматична хвороба серця, набуті вади серця.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):
 - вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення ревматичної хвороби серця, гострої ревматичної лихоманки, критеріїв діагностики, описати патогенез цих станів, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);
 - питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).
1. Фактори ризику ГРЛ та ХРХС.
2. Клінічна і лабораторна діагностика ГРЛ та ХРХС. Методи виявлення ГРЛ, ХРХС у населення.
3. Обов'язкова програма обстеження хворого на ГРЛ, ХРХС.
4. Класифікація ГРЛ, ХРХС.
5. Етіологія та патогенез, клінічні прояви ГРЛ, ХРХС.
6. Принципи лікування ГРЛ, ХРХС. Основні групи препаратів. Ускладнення ГРЛ, ХРХС.
7. Профілактика ГРЛ, ХРХС.
8. Особливості змін ротової порожнини та зубів при ГРЛ, ХРХС;

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з гострою ревматичною лихоманкою та хронічною ревматичною хворобою серця, призначення лабораторних досліджень, визначення схеми лікування):

- зміст завдань (провести опитування хворого з ХРХС);
- рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
- вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
- матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Хворий М, 15 років звернувся до лікаря зі скаргами на наявність кволості, гіперкінезів, субфебрилітету. Захворів гостро, після переохолодження і перенесеної 2 тижні тому ангіни. В анамнезі хронічний тонзиліт. Пацієнт не стійкий в позі Ромберга, позитивний симптом «дряблих плечів». При дослідженні крові Лейкоцитоз 11,2, прискорення ШЗЕ до 40 мм/год, СРБ +++, АСЛ-0 - 500AS.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які ознаки вказують на основне захворювання?
3. Визначте ступінь активності процесу?

Еталон відповіді:

1. Гостра ревматична лихоманка, мала хорея.
2. Клінічна картина (мала хорея), анамнез хвороби (ангіна, хронічний тонзиліт), зміни в крові (лейкоцитоз, збільшення ШОЕ та рівня СРБ, титру АСЛ-0).
3. Активність II-III ступеня.

Завдання 2. Пацієнт 17 років, хворіє на ревматизм з 15 років. Круглорічно отримує біцилінопрофілактику останні 2 роки. Загострень та рецидивів захворювання не реєструвалось. При огляді загальний стан задовільний, шкіра чиста, суглоби не змінені. Неврологічної симптоматики не виявлено. Над всією поверхнею легень вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Межі серця в рамках вікової норми. Діяльність серця – дихальна аритмія, систолічний шум на верхівці функціонального генезу. Живіт м'який, не болючий, печінка селезінка не збільшені. В лабораторних методах дослідження – вікова норма. ЕКГ – вертикальна вісь серця, порушення процесів реполяризації.

1. Назвіть фазу процесу.
2. Чи є доцільним подальше проведення біцилінопрофілактики?

Еталон відповіді:

1. Неактивна фаза (стадія).
2. Так, потрібна цілорічна профілактика протягом трьох років.

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 9

Тема: Інфекційний ендокардит. Етіологія. Патогенез. Клініка. Діагностика. Сучасне лікування. Ускладнення. Роль стоматолога в профілактиці.

Мета: Ознайомити здобувачів з сучасним визначенням інфекційного ендокардиту, його етіологією. Визначити стандарти діагностики, підходи до лікування та профілактики інфекційного ендокардиту. Розглянути питання класифікації, клінічної діагностики та ускладнень, принципи сучасної медикаментозної терапії та хірургічного лікування. Акцентувати увагу на ролі лікаря-стоматолога в профілактиці інфекційного ендокардиту та цього ускладнень.

Основні поняття: інфекційний ендокардит, джерело інфекції, вегетації, недостатність клапану, тромбоемболічні ускладнення, протезування клапану, механічний та біологічний протез клапану, антибактеріальна терапія.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

– вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення інфекційного ендокардиту, його основних етіологічних чинників, критеріїв діагностики, описати патогенез інфекційного ендокардиту, основні клінічні синдроми, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультування, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);

– питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

1. Фактори ризику ІЕ.

2. Клінічна і лабораторна діагностика ІЕ.

3. Методи виявлення ІЕ у населення.

4. Обов'язкова програма обстеження хворого на ІЕ.

5. Класифікація ІЕ.

6. Етіологія та патогенез, клінічні прояви ІЕ

7. Принципи лікування ІЕ. Основні групи препаратів.

8. Ускладнення ІЕ.

9. Профілактика ІЕ.
10. Особливості змін ротової порожнини та зубів при ІЕ.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з інфекційним ендокардитом, визначення факторів ризику, фізикальне обстеження при інфекційному ендокардиті, призначення лабораторних досліджень, визначення тактики та схеми лікування):
- зміст завдань (провести опитування хворого з інфекційним ендокардитом);
 - рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
 - вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
 - матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. За наявності якої вродженої вади серця є найбільший ризик виникнення ІЕ?:

- A. Відкрита артеріальна протока
- B. Тетрада ФАЛО
- C. Дефект міжшлуночкової перетинки
- D. Дефект міжпередсердної перетинки
- E. Тріада ФАЛО

Завдання 2. Яке ускладнення найбільш характерне за наявності вегетацій на стулках клапанів?

- A. Застійна серцева недостатність
- B. Інфекційно токсичний шок
- C. Тромбоемболії
- D. Формування набутої вати серця
- E. Нічого з вищезазначеного

Завдання 3. Який синдром при ІЕ виникає найпершим?

- A. Синдром запальних змін та септицемії
- B. Інтоксикаційний синдром
- C. Синдром клапанних уражень
- D. Синдром тромбоемболічних ускладнень
- E. Геморагічний синдром

Еталони відповідей: 1-А, 2-С, 3-А

Підбиття підсумків заняття.

4. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні

ресурси):

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 10

Тема: Гастрити. Виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки. Клініка. Діагностика. Лікування. Роль стоматолога в профілактиці.

Мета: ознайомитися з сучасним визначенням гастриту в структурі захворювань терапевтичного профілю, вміти пояснити хворому необхідність здорового способу життя і правильного регулярного харчування; велику небезпеку шкідливих звичок, які можуть привести до гострих і хронічних гастритів. здобувач повинен знати: етіологію, патогенез, класифікацію, основні клінічні прояви гастритів, зв'язок захворювання з алкоголізмом; сучасні методи дослідження шлунково-кишкового тракту (інструментальні, лабораторні); елементи догляду за хворими з патологією шлунково-кишкового тракту; сучасне лікування хворих на гастрит. здобувач повинен вміти: зібрати анамнез, провести об'єктивне дослідження хворого; провести поверхневу і глибоку пальпацію живота, визначити нижню межу шлунку; аналізувати дані клінічного та інструментальних досліджень.

Основні поняття: гострий та хронічний гастрит, виразкова хвороба шлунку та ДПК, загострення, ремісія, фіброгастроуденоскопія, біопсія слизової оболонки.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

– вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення гастриту, описати його класифікацію. Дати визначення виразковій хворобі шлунку та ДПК, описати основні етіологічні чинники, критерії діагностики, описати патогенез утворення виразки, основні клінічні ознаки, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);

– питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

1. Основні клінічні симптоми, характерні для гастритів.

2. Зміни показників шлункової секреції у хворих з різними формами гастритів.

3. Характеристика даних інструментальних методів дослідження (рентгенологічне, ендоскопічне) при гастритах.

4. Визначення виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки.
 5. Класифікація виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки.
 6. Етіологія і патогенез виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з гастритом та виразковою хворобою, визначення факторів ризику, фізикальне обстеження при зазначених станах, призначення лабораторних досліджень, їх інтерпретація, визначення тактики та схеми лікування):
- зміст завдань (провести опитування хворого з хронічним гастритом, виразковою хворобою шлунка);
 - рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
 - вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
 - матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Хворий Н., 45 років, поступив в клініку зі скаргами на відрижку повітрям, іноді тухлим яйцем, нудота, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці. Об'єктивно: нерізка розлита болючість у епігастральній ділянці. При фракційному дослідженні шлункового соку виявлено відсутність вільної соляної кислоти в усіх порціях, різко знижена загальна кислотність. Після введення гістаміну кислотність не збільшилася. Про яке захворювання повинен подумати лікар?

- A. Виразкова хвороба шлунка.
- B. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
- C. Гострий гастрит.
- + D. Хронічний атрофічний гастрит.
- E. Гострий панкреатит.

Завдання 2. Хворий Н., 30 років, скаржиться на відрижку кислим, печію, біль у верхній частині черевної стінки, що виникають натще, через 1,5 - 2 години після прийому їжі і вночі, запори, слабкість. Хворіє близько 5 років. Погіршення самопочуття відзначає після прийому гострої їжі, навесні і восени. Об'єктивно: язик обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який, болючий в епігастральній ділянці. Яке захворювання можна припустити у хворого?

- A. Гострий гастрит.
- B. Хронічний гастрит.
- C. Виразкова хвороба шлунка.
- + D. Виразкова хвороба 12-палої кишки.
- E. Гострий холецистит.

Завдання 3-4. Хворий А., 27 років, страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки. Періодично помічає чорне забарвлення калу. У крові відзначено зменшення кількості еритроцитів і гемоглобіну.

3. Про що повинен думати лікар?

A. Про перфорації виразки.

B. Про пенетрації виразки.

+ C. Про кровотечу.

D. Про стеноз воротаря.

E. Про малігнізацію виразки.

4. Яке дослідження необхідно терміново провести?

+ A. Фіброгастродуоденоскопію.

B. Рентгеноскопію шлунка.

C. Колоноскопію.

D. Іригоскопію.

E. УЗД органів черевної порожнини.

Завдання 5. На прийом до терапевта звернувся хворий Б., 30 років зі скаргами на біль в надчеревній ділянці, нудоту, слабкість, запаморочення, одноразову блювоту, відчуття важкості і переповнення в шлунку. З анамнезу відомо, що напередодні ввечері відзначав в кафе день народження друга. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, язик обкладений сірувато-білим нальотом, слинотеча. При пальпації болючість в епігастральній ділянці. Ваш попередній діагноз?

A. Виразкова хвороба шлунка.

B. Хронічний гастрит.

C. Гострий холецистит.

D. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

+ E. Гострий гастрит.

Завдання 6. Хворий Г., 34 років. Скарги: біль в епігастральній ділянці, щ іррадіює у спину, виникає після прийому їжі, нудота, іноді блювота кислим, печія, відрижка, запори. При пальпації болючість і напруження м'язів у епігастрії, позитивний симптом Менделя. Ваш попередній діагноз?

+ A. Виразкова хвороба шлунка, неускладнена.

B. Виразкова хвороба шлунка, ускладнена.

C. Гострий панкреатит.

D. Гострий гастрит.

E. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

Відповіді: 1 - D, 2 - D, 3 - C, 4 - A, 5 - E, 6 - A.

Підбиття підсумків заняття.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 11

Тема: Хвороби кишківника (хронічні ентерити, коліти, неспецифічний виразковий коліт). Панкреатити. Холецистити. Жовчнокам'яна хвороба. Клініка. Діагностика. Лікування. Роль стоматолога у профілактиці.

Мета: ознайомитися з хворобами кишківника, панкреатитами, холециститами, жовчнокам'яною хворобою. Вміти пояснити хворому необхідність здорового способу життя і правильного регулярного харчування; велику небезпеку шкідливих звичок, які можуть привести до зазначених захворювань. здобувач повинен знати: етіологію, патогенез, класифікацію, основні клінічні прояви хронічних ентеритів та колітів, неспецифічного виразкового коліту. Розглянути сучасні методи дослідження шлунково-кишкового тракту (інструментальні, лабораторні); елементи догляду за хворими з патологією шлунково-кишкового тракту; сучасне лікування хворих. здобувач повинен вміти: зібрати анамнез, провести об'єктивне дослідження хворого; провести поверхневу і глибоку пальпацію передньої черевної стінки, пальпувати відділи товстого кишківника, жовчний міхур, аналізувати дані клінічного та інструментальних досліджень.

Основні поняття: хронічний ентерит, хронічний коліт, неспецифічний виразковий коліт, хронічний панкреатит, холецистит, жовчнокам'яна хвороба.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

– вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення перелічених захворювань, описати їх класифікацію. Дати визначення неспецифічному виразковому коліту, описати основні етіологічні чинники, критерії діагностики, описати патогенез утворення виразок, основні клінічні ознаки, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);

– питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

1. Хвороби кишківника (хронічні ентерити, хронічні коліти, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона).

2. Визначення, етіологія, патогенез.

3. Роль непереносимості компонентів їжі, ензимопатій і імунних факторів. Синдроми мальабсорбції та мальдігестії.
4. Критерії діагностики, диференційна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика.
5. Синдром подразненої кишки, визначення. Римські критерії діагностики.
6. Етіологія, патогенез СПК. Класифікація. Клінічні прояви різних варіантів. Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу. Диференційна діагностика.
7. Лікування різних форм. Первинна та вторинна профілактика.
8. Неспецифічні коліти (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона): визначення, етіологія, патогенез. Класифікація. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості, фази перебігу.
9. Критерії діагностики неспецифічного виразкового коліту, хвороби Крона.
10. Ускладнення.
11. Зміни з боку ротової порожнини при НВК.
12. Роль лікаря-стоматолога щодо запобігання тяжким ускладненням та надання невідкладної допомоги на своєму робочому місці.
13. Прогноз та працездатність при захворюваннях кишківника.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з хронічними ентеритами, колітами, неспецифічним виразковим колітом, панкреатитом, холециститом, ЖКХ, визначення факторів ризику, фізикальне обстеження при зазначених станах, призначення лабораторних досліджень, їх інтерпретація, визначення тактики та схеми лікування):

- зміст завдань (провести опитування хворого з хронічним ентеритом, колітом, НВК, калькульозним холециститом);
- рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
- вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
- матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Хворий, 30 років, скаржиться на дефекацію до 5-6 разів на добу, калові маси рідкої консистенції з домішками слизу та крові, болі у нижніх відділах живота, що зменшуються після дефекації, прогресуюче схуднення, загальну слабкість. Дані фізикального обстеження: шкіра й слизові оболонки сухі, живіт здутий, болючий при пальпації, гучне гуркотіння при пальпації у зоні сліпої кишки. Ваш діагноз:

1. неспецифічний виразковий коліт;
2. хвороба Крона;
3. рак товстої кишки;
4. хронічний коліт;
5. хронічний ентерит.

Еталон відповіді: 1.

Завдання 2. Розвиток целіакії пов'язаний з:

1. впливом іонізуючого випромінювання;
2. непереносимістю глютену;
3. вживанням алкоголю;
4. хронічним стресом;
5. хелікобактерною інфекцією.

Еталон відповіді: 2.

Завдання 3. Синдром подразненої товстої кишки відрізняється від хронічного коліту:

1. наявністю больового синдрому;
2. відсутністю морфологічних змін з боку слизової оболонки товстої кишки;
3. виразністю диспепсичного синдрому;
4. тривалим перебігом без помітного прогресування;
5. відсутністю болю і кишкових розладів в нічний час;
6. непостійним характером скарг.

Еталон відповіді: 2,4,5,6.

Завдання 4. Хворий К., 53 років, скаржиться на біль в ділянці живота нападоподібного характеру переважно біля пупка, яка полегшується при відходженні газу та калу, гуркотіння в животі, непереносимість молока, метеоризм, часті рідкі випорожнення 5-6 разів на день, зниження ваги за 6 місяців на 5 кг. Погіршення стану спостерігається 1-2 рази на рік. Об'єктивно: шкіра бліда, суха, тургор та еластичність знижені, язик вкритий сірим нальотом, при пальпації спостерігається здуття живота переважно в центральних його відділах, болючість в точці Поргеса та Штернберга.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Які методи потрібні для верифікації діагнозу?
- 3) Тактика лікування (перерахуйте групи препаратів)?

Еталон відповіді:

- 1) Хронічний ентерит (постінфекційний), переважно єюнїт, легкий ступінь, фаза загострення.
- 2) Копрологічний аналіз, посів калу на дисбактеріоз, едоскопічне та рентгенологічне дослідження тонкого кишечника.
- 3) Адсорбенти, антибактеріальні, обволокуючі препарати, еубіотики, спазмолітики.

Завдання 5. Хворий К., 60 років, скаржиться на біль в нижніх відділах живота зліва, який ірадіює в пахову ділянку та підсилюється при фізичному навантаженні, чергування запорів та проносів. Погіршення стану спостерігається 1-2 рази на рік. Об'єктивно: язик вкритий сірим нальотом, при пальпації спостерігається спазмована та болюча сигмоподібна кишка.

- 1) Ваш діагноз?
- 2) Які методи потрібні для верифікації діагнозу?

3)Тактика лікування?

Еталон відповіді:

1)Хронічний невиразковий коліт, переважно сигмоїдіт, легка форма, рецидивуючий перебіг з порушенням моторної функції по гіпермоторному типу.

2)Копрологічний аналіз, посів калу на дисбактеріоз, ендоскопічне дослідження товстого кишечника.

3) Адсорбенти, антибактеріальні, обволокуючі препарати, еубіотики, спазмолітики.

Підбиття підсумків заняття.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 12

Тема: Хронічні гепатити. Цирози печінки. Клініка. Діагностика. Лікування. Роль стоматолога в профілактиці.

Мета: ознайомитися визначенням хронічного гепатиту, цирозу печінки в структурі захворювань терапевтичного профілю, вміти пояснити хворому причини захворювання, необхідність дотримуватися здорового способу життя і правильного регулярного харчування, небезпеку шкідливих звичок, які можуть привести до гепатиту. здобувач повинен знати: етіологію, патогенез, класифікацію, основні клінічні прояви гепатитів та цирозів печінки, зв'язок захворювань з алкоголізмом; сучасні методи дослідження гепатобіліарної системи (інструментальні, лабораторні); елементи догляду за хворими з цією патологією; сучасне лікування хворих на гепатити. здобувач повинен вміти: зібрати анамнез, провести об'єктивне дослідження хворого; провести пальпацію печінки та визначення розмірів за методом Курлова; аналізувати дані клінічного та інструментальних досліджень.

Основні поняття: гострий та хронічний гепатит, вірусні гепатити, цироз печінки, стеатогепатит.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення гепатиту, цирозу, описати їх класифікацію. Дати визначення хронічного гепатиту, описати основні етіологічні чинники, критерії діагностики,

описати патогенез розвитку цирозу печінки, основні клінічні ознаки, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);

– питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

1. Визначення та класифікація гепатитів.
2. Етіологія гепатитів.
3. Патогенез вірусних гепатитів, автоімунного гепатиту.

4. Основні скарги у хворих з гепатитом.
5. Збір анамнезу при вірусних гепатитах, шляхи передачі.
6. Значення методів об'єктивного дослідження органів травлення в діагностиці гострих та хронічних гепатитів:
 - а) загальний огляд;
 - б) наявність жовтяниці, телеангіектазій, «печінкових долоней»;
 - в) огляд живота (величина, конфігурація, зовнішні пухлини, зона пігментації в правому підребер'ї - наслідок частого використання грілки, підшкірні вени, пупок, видима перистальтика, участь в диханні);
 - г) поверхнева пальпація (виявлення хворобливості, резистентності, напруження м'язів в зоні розташування печінки, перитонеальні симптоми); глибока пальпація живота;
 - е) визначення розмірів печінки за методом Курлова; визначення розмірів селезінки.Етіологія та клініка цирозів печінки.
7. Характеристика даних лабораторно-інструментальних методів дослідження при цирозі печінки.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з гепатитом та цирозом печінки, визначення факторів ризику, фізикальне обстеження при зазначених станах, призначення лабораторних досліджень, їх інтерпретація, визначення тактики та схеми лікування):

– зміст завдань (провести опитування хворого з хронічним гепатитом, цирозом печінки);

– рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);

– вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;

– матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Який дієтичний стіл призначають хворим з хронічними захворюваннями печінки і жовчних шляхів?

А. № 1

Б. № 2

В. № 3

Г. № 4

Д. № 5

Завдання 2. Для якого захворювання характерні приступообразні болі по типу жовчної кольки?

- А. Хронічний гепатит.
- Б. Хронічний панкреатит.
- В. Жовчнокам'яна хвороба.
- Г. Хронічний холецистит.
- Д. Гострий вірусний гепатит.

Завдання 3. Хвора С., 50 років поступила зі скаргами на відчуття важкості, іноді біль у правому підребер'ї, гіркота в роті, нестійкі випорожнення, слабкість, швидку втомлюваність. Протягом 10 років нерегулярно харчувалася, вживала алкоголь. Об'єктивно: "печінкові долоні", живіт збільшений у об'ємі, на шкірі видно розширення вен. Печінка на 2 см виступає з-під реберної дуги, м'яка, з гладкою поверхнею, чутлива при пальпації. Розміри селезінки - 12x18 см.

Для якого клінічного синдрому характерні зазначені зміни?

- А - синдром холестазу
- + В - синдрому портальної гіпертензії
- С - синдрому цитолізу
- Д - жовтяниці
- Е - гепато-ренального синдрому

Завдання 4. Хворий доставлений у важкому стані. Свідомість сопорозна. Шкіра і слизові з жовтяничним відтінком. Дихання Кусмауля. З рота "печінковий" запах. Печінка не збільшена. Який синдром має місце?

- А. синдром холестазу
- В - синдром портальної гіпертензії
- С - синдрому цитолізу
- + Д - синдром печінково-клітинної недостатності
- Е - гепато-ренальний синдром

Завдання 5. Хворий Ж., 30 років, скаржиться на поганий апетит, нудоту, розлад стула, біль в правому підребер'ї, слабкість, періодично субфебрильну температуру. 2 роки тому хворів гострим вірусним гепатитом В. Протягом останнього року погано харчувався, зловживав алкоголем. Об-но: печінка збільшена, край на 3 см виступає з-під реберної дуги, щільний, хворобливий. У крові білірубін загальний – 40 ммоль/л, прямий-25 ммоль/л, непрямий – 15 ммоль/л, АСТ – 2,7 мкмоль/л, АЛТ – 3,1 мкмоль/л, тимолова проба – 20 од.

Про яке захворювання можна думати?

Відповідь: про хронічний активний гепатит.

Завдання 6. Хворий В., 45 років, пред'являє скарги на почуття тяжкості у правому підребер'ї, періодично кровотечі з прямої кишки. Зазначені скарги з'явилися близько 2 років тому, поступово прогресують.

Об-но: блідність шкірних покривів. Живіт трохи збільшений, видна венозна мережа на передній черевній стінці. Край печінки на 3 см виступає з-під реберної дуги. У лівому підребер'ї пальпується край селезінки. Про яке захворювання можна думати?

Відповіді:

1. Про хронічний активний гепатит.
2. Про цироз печінки.

Підбиття підсумків заняття.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 13

Тема: Гломерулонефрити. Гострий та хронічний гломерулонефрити. Нефротичний синдром. Поняття про хронічну хворобу нирок. Пієлонефрити. Сечокам'яна хвороба. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування. Порушення фосфорно-кальцієвого обміну, значення остеоденситометрії в діагностиці цих порушень. Роль стоматолога у профілактиці.

Мета: ознайомитися з гострого та хронічного гломерулонефриту та пієлонефриту, нефротичного синдрому в структурі захворювань терапевтичного профілю, вміти пояснити хворому причини захворювання, необхідність дотримуватися рекомендацій з правильного харчування, раціонального вживання рідини, безпеку шкідливих звичок. здобувач повинен знати етіологію, патогенез, класифікацію, основні клінічні прояви гломерулонефриту та пієлонефриту, нефротичного синдрому, зв'язок захворювань з хронічною хворобою нирок; сучасні методи дослідження уrogenітальної системи (інструментальні, лабораторні); елементи догляду за хворими з цією патологією; сучасне лікування хворих на гломерулонефрит та пієлонефрит, нефротичний синдром, хронічну хворобу нирок. здобувач повинен вміти: зібрати анамнез, провести об'єктивне дослідження хворого; провести пальпацію нирок, визначити наявність периферичних набряків; аналізувати дані клінічного та інструментальних досліджень.

Основні поняття: гострий та хронічний гломерулонефрит та пієлонефрит, нефротичний синдром, хронічна хвороба нирок, хронічна ниркова недостатність, швидкість клубочкової фільтрації.

Обладнання: учбова література, конспект, слайди.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):

— вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять (дати визначення гострому та хронічному гломерулонефриту та пієлонефриту, нефротичному синдрому, описати їх клінічні ознаки. Дати визначення хронічній хворобі нирок, описати основні етіологічні чинники, критерії діагностики, патогенез розвитку ХХН, основні клінічні ознаки, вміти провести опитування пацієнта, огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию, знати можливості додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження);

— питання для перевірки базових знань за темою заняття (тестові завдання, задачі, клінічні ситуації).

1. Визначення поняття гломерулонефрит, класифікація.
2. Етіологія та профілактика гострого та хронічного ХГ.
3. Частота виникнення та прогноз при гломерулонефритах.
4. Загальна симптоматика гострого гломерулонефриту.
5. Клінічна картина хронічного гломерулонефриту.
6. Клінічна характеристика основних варіантів ХГН
7. Методи дослідження при ХГН.
8. Диспансерне спостереження за хворими з ХГН
9. Профілактика ускладнень гломерулонефриту.
10. Визначення хронічної хвороби нирок.
11. Класифікація хронічної хвороби нирок.
12. Принципи лікування ХГН, ХНН.
13. Визначення та етіологія нефротичного синдрому.
14. Критерії нефротичного синдрому.
15. Основні напрямки лікування нефротичного синдрому.
16. Визначення поняття пієлонефрит, класифікація.
17. Етіологія та профілактика гострого та хронічного ХП.
18. Частота виникнення та прогноз при пієлонефритах.
19. Загальна симптоматика гострого пієлонефриту.
20. Клінічна картина хронічного пієлонефриту.
21. Клінічна характеристика основних варіантів ХП
22. Методи дослідження при ХП.
23. Диспансерне спостереження за хворими з ХП.
24. Профілактика ускладнень пієлонефриту.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками опитування хворих з гломерулонефритом та пієлонефрит, визначення факторів ризику, фізикальне обстеження при гломерулонефритах та пієлонефрит, нефротичному синдромі, призначення лабораторних досліджень, їх інтерпретація, визначення тактики та схеми лікування):

- зміст завдань (провести опитування хворого з хронічним гломерулонефритом та пієлонефрит, хронічною хворобою нирок);
- рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань (професійні алгоритми, орієнтувальні карти для формування практичних вмінь і навичок тощо);
- вимоги до результатів роботи, у т. ч. до оформлення;
- матеріали контролю для заключного етапу заняття.

Завдання 1. Чоловік 55-ти років скаржиться на загальну слабкість, зменшення сечовиділення, шкірний свербіж. Протягом 15-ти років страждає на хронічний пієлонефрит. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, з жовтуватим відтінком. Рс-80/хв., ритмічний, АТ- 100/70 мм рт.ст. При аускультатії тони серця глухі, вислуховується шум тертя перикарду. Креатинін крові 1,1 ммоль/л, клубочкова фільтрація 5 мл/хв. Яке лікування показано хворому?

- +А. Гемодіаліз
- В. Плазмаферез
- С. Неогемодез
- Д. Ентеросорбент
- Е. Сечогінні

Завдання 2. У дівчини 16-ти років на фоні ГРВІ з'явилися зміни в аналізі сечі: сліди білку, лейкоцити 30-40 в п/з, еритроцити (свіжі) 10-12 в п/з. АТ- 100/60 мм рт.ст. Який з наведених діагнозів найбільш імовірний?

- +А. Інфекція сечовивідної системи
- В. Гострий гломерулонефрит
- С. Геморагічний васкуліт
- Д. Вульвовагініт
- Е. Сечокам'яна хвороба

Завдання 3. Хворий 62-х років звернувся зі скаргами на періодичне відходження червоподібних кров'яних згустків із сечею. У правій половині живота під час пальпації визначається горбисте, безболісне, рухливе утворення. Який з перерахованих методів обстеження необхідно застосувати у першу чергу?

- А. Хромоцистоскопію
- В. Екскреторну урографію

- C. Цистоскопію
- D. Комп'ютерну томографію тазу
- +E. УЗД нирок та заочеревинного простору

Завдання 4. У хлопця 19-ти років із загостренням вторинного обструктивного пієлонефриту із сечі виділена синьогнійна паличка в титрі 1000000 мікробних тіл на 1 мл. Який антибактеріальний препарат найбільш доцільно призначити в даному випадку?

- A. Ампіцилін
- B. Цефазолін
- C. Азітроміцин
- +D. Ципрофлоксацин
- E. Левоміцетин

Завдання 5. Хворий 17-ти років знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу гломерулонефриту. Скарги на виражені набряки по всьому тілі, зменшення кількості сечі, головний біль. У сечі: білок 7,1 г/л, лейкоцити - 1-2 у п/з, еритроцити - 3-4 у п/з. Білок у добовій сечі 3,8 г/л, діурез 800 мл. Загальний білок 43,2 г/л, сечовина 5,2 ммоль/л. Холестерин 9,2 ммоль/л. Який з перерахованих синдромів гломерулонефриту найімовірніше має місце у хворого?

- A. Нефритичний
- +B. Нефротичний
- C. Сечовий
- D. Гематуричний
- E. Змішаний

Завдання 6. У хворої 37-ми років часті болісні сечовипускання, відчуття неповного спорожнення сечового міхура. Хворіє близько 15-ти років. У сечі: питома вага 1020, білок 0,04 г/л, лейкоцити - 20-25 у п/з, еритроцити - 3-4 у п/з. При ультрасонографії нирки без особливостей, об'єм сечового міхура 300 мл, його стінка потовщена до 0,5 см, трабекулярна у просвіті ехозавис. Який метод додаткового дослідження необхідний цій пацієнтці у першу чергу для уточнення діагнозу?

- A. Бакпосів сечі
- B. Екскреторна урографія
- +C. Цистоскопія
- D. Оглядова урографія
- E. Проба Нечипоренка

Завдання 7. До приймального покою швидкою допомогою доставлено хворого 46-ти років зі скаргами на різкий, нападopodobний біль у правій поперековій ділянці, іррадіюючий у пахвинну ділянку, та на внутрішню поверхню стегна. Біль з'явився раптово кілька годин тому. Напередодні у хворого з'явилась профузна безбольова

гематурія зі згустками крові черв'якоподібної форми. Раніше нічим не хворів. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- A. Пухлина сечового міхура
- +B. Рак правої нирки
- C. Некротичний папіліт
- D. Гострий гломерулонефрит
- E. Сечокам'яна хвороба, камінь правої нирки

Завдання 8. Хворий 18-ти років доставлений до лікарні із значними набряками, які з'явилися через два тижні після перенесеної ангіни. Виявлено підвищення артеріального тиску до 160/110 мм рт.ст. Запідозрений гострий гломерулонефрит. Що може виявлятися у сечовому осаді?

- +A. Значна протеїнурія, еритроцитурія, циліндрурія
- B. Незначна протеїнурія, лейкоцитурія
- C. Мікрогематурія, кристалурія
- D. Помірна протеїнурія, макрогематурія, гіалінова циліндрурія
- E. Макрогематурія, лейкоцитурія

Завдання 9. Хворому 60 років після холецистектомії у зв'язку з лихоманкою призначили гентамицин (по 80 мг кожні 6 годин). Через 10 днів у хворого підвищився креатинін до 310 мкмоль/л. АТ-130/80 мм рт ст. Добовий діурез-1,2 л. В аналізах сечі без патології. УЗД бруньок: розміри бруньок нормальні. Яка найбільш імовірна причина брунькової недостатності?

- A. Гострий гломерулонефрит.
- B. Гепаторенальний синдром.
- C. Неадекватна інфузія рідини.
- D. Кортикальний некроз нирок.
- +E. Нефротоксичність гентамицина.

Завдання 10. Хворий 40 років скаржиться на сильний біль у поперековій області ліворуч, іррадіює в ліву пахову область, підвищення t (38°, виділення мутної сечі. При огляді виявлена блідість шкіри, набряклість вік. Симптом Пастернацького ліворуч різко (+). У сечі - питома вага 1020, білок 0,99 г/л, піурія (лейкоцити 100-120 у п/зр), еритроцити свіжі 20-30 у п/зр. Який ваш діагноз? Правильна відповідь Сечокам'яна хвороба, вторинний пієлонефрит. В Хронічний гломерулонефрит.

- C Хронічний пієлонефрит.
- D Застійна нирка.
- E Сечокам'яна хвороба.

Завдання 3 При оглядовій рентгенографії у хворого К., 58 років, виявлене зменшення розмірів однієї із нирок. Це може свідчити на користь:

- Правильна відповідь хронічного пієлонефриту
- В гострого пієлонефриту
- С наявність кист у нирковій тканині
- Д амілоїдоза нирок
- Е гострого гломерулонефрита

Підбиття підсумків заняття.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 14

Тема: Алергічні хвороби. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування. Роль стоматолога у профілактиці. Анафілактичний шок, кропив'янка. Ангіоневротичний набряк.

Мета: Оволодіння сучасними методами обстеження хворих на алергічні захворювання. Знати загальні принципи та методику обстеження хворих на алергічні захворювання. Знати основні клінічні симптоми алергічних захворювань. Вміти провести суб'єктивне обслідування хворих на алергічні захворювання, виділити особливості скарг та анамнезу цих хворих. Вміти класти план додаткового обстеження цих хворих. Роль стоматолога у профілактиці

Основні поняття:

Типи алергічних реакцій.

Етіологія, патогенез алергічних захворювань.

Основні скарги, анамнез, об'єктивні прояви алергічних захворювань.

Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке), визначення, прояви, особливості локалізації та перебігу.

Кропивниця, визначення, прояви, особливості локалізації та перебігу.

Анафілактичний шок, визначення, передвісники, прояви, особливості перебігу.

Сінна лихоманка, визначення, передвісники, прояви, особливості перебігу.

Клінічні синдроми в алергології.

Лабораторні та інструментальні методи дослідження в алергології.

Перша допомога при анафілактичний шок, ангіоневротичному набряку

.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів та виконання практичних занять:

- здобувач повинен знати механізми формування різних типів алергічних реакцій
- здобувач повинен знати методику огляду пацієнта з алергічною реакцією,
- здобувач повинен знати алгоритм збору скарг та анамнезу у пацієнта з алергічною реакцією,
- **вміти надати першу допомогу при анафілактичний шок, ангіоневротичному набряку**

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

Хворий А., 46 років, звернувся до лікаря зі скаргами, що в нього кожен рік в кінці квітня – травня з'являється печіння в очах, нежить, головний біль, підвищення температури. Хвороба загострюється при виїзді за місто. В цей час він не може працювати. Лікувався з приводу гострого катару верхніх дихальних шляхів, але безуспішно.

1. З чим пов'язана хвороба? Обґрунтуйте ваші припущення.
2. Поясніть механізм даних розладів.
3. Ваші рекомендації хворому.

У пацієнта через 2 тижня після гнійної ангіни виник гострий гломерулонефрит.

1. Який тип алергічної реакції лежить в основі даного захворювання?
2. Поясніть механізм розвитку даного захворювання.

Хвора потрапила в стаціонар із загостренням хронічного бронхіту. Призначено лікування антибіотиками. На 4 день загальний стан погіршився: зберігалася гарячка, посилились задишка і кашель, на шкірі з'явилися сверблячі висипання, аускультативно – розсіяні сухі хрипи. У крові – еозинофілія (10%). Погіршення стану хворої обумовлене розвитком:

- А) Алергоїдної реакції
- В) Бронхопневмонії

- C) Бронхіальної астми
- D) Астматичного бронхіту
- E) Медикаментозної алергічної реакції

У юнака, 20 років, травмоване праве яєчко. Яку небезпеку це становить для лівого (здорового) яєчка?

- A) Демаскування антигену та ушкодження антитілами
- B) Розвиток інфекційного процесу
- C) Розвиток атрофії
- D) Розвиток гіпертрофії
- E) Не загрожує нічим

Хворий, 27 років, закапав в очі краплі, до складу яких входить пеніцилін. Через декілька хвилин з'явилися свербіж тіла, набряк губ, повік, кашель зі свистом, знизився артеріальний тиск. Імуноглобуліни якого класу беруть участь в розвитку даної алергічної реакції?

- A) Iq M і Iq G .
- B) Iq E.
- C) IqA.
- D) IqM.
- E) IqG.

Жінка, 43 років, хворіє на пневмонію. Через 10 хв. після ін'єкції ампіциліну хвора поскаржилася на різку слабкість, печіння у області обличчя і рук, з'явився кашель, задишка, біль в грудях. Об'єктивно: ціаноз, набряк повік, обличчя з червоними висипаннями, частота серцевих скорочень – 120/хв., артеріальний тиск – 90 мм.рт.ст. Яка найбільш ймовірна причина різкого погіршення стану хворого?

- A) Анафілактичний шок.
- B) Кропивниця.
- C) Набряк Квінке.
- D) Астматичний напад.
- E) Тромбоемболія легеневої артерії.

Морській свинці ввели з метою сенсibiliзації 0,1мл кінської сироватки. Якими зовнішніми ознаками виявляється стан сенсibiliзації?

- A) Висипання на шкірі.
- B) Припухлість суглобів.
- C) Немає зовнішніх проявів

- D) Підвищення температури тіла.
- E) Біль.

Хворий звернувся до лікаря зі скаргами на те, що кожною весною, в період цвітіння рослин у нього виникають головний біль, нежить, слабкість, підвищення температури. Який тип алергічної реакції за Yell і Coombs спостерігається в хворого?

- A) Цитотоксичний комплементзалежний тип.
- B) Антитілозалежна клітинна цитотоксичність.
- C) Імунокомплексний тип.
- D) Клітинно-опосередкований тип.
- E) Анафілактичний тип

Хворий Д., 15 років, поступив в алергологічне відділення з діагнозом «бронхіальна астма». Утворення антитіл якого класу обумовлює розвиток основних клінічних симптомів:

- A) IgA
- B) IgG
- C) IgM
- D) IgD
- E) IgE

При обстеженні хворого, який раніше переніс ангіну у важкій формі, виявлені набряки, підвищення артеріального тиску, зниження діурезу. Ці симптоми характерні для гострого гломерулонефриту, в основі якого лежить ураження базальної мембрани клубочків, частіше за механізмом:

- A) Алергії цитотоксичного типу
- B) Алергії анафілактичного типу
- C) Гіперчутливості сповільненого типу
- D) Імунокомплексної алергічної реакції
- E) Алергічної реакції стимулюючого типу

Через декілька хвилин після проведення лікарем-стоматологом місцевої анестезії зуба новокаїном у пацієнта раптово з'явилися слабкість, свербіж шкіри, різкі переймоподібні болі в животі. Об'єктивно: гіперемія шкірних покривів, уртикарна висипка, тахікардія, зниження АТ до 70/40 мм.рт.ст.. До якого типу алергічних реакцій відноситься описана патологія?

- A) Анафілактичного типу
- B) Цитотоксичного типу

- C) Стимулюючого типу
- D) Клітинно-опосередкованого типу
- E) Імунокомплексного типу

У медсестри маніпуляційного кабінету із стажем роботи 20 років розвинувся контактний дерматит верхніх кінцівок. До якого типу алергічних реакцій за Gell et Coombs відноситься дане порушення?

- A) Анафілактичного типу
- B) Клітинно-опосередкованого типу
- C) Цитотоксичного типу
- D) Стимулюючого типу
- E) Імунокомплексного типу

Чоловік, 45 років, скаржиться на опіки, які з'явилися на відкритих частинах тіла після нетривалого перебування на сонці (не більше 10-20 хвилин), сильний головний біль, нудоту, запаморочення. Поясніть причину даної патології.

- A) Сонячний удар
- B) Тепловий удар
- C) Фотохімічний опік
- D) Перегрівання
- E) Фотоалергія

Дівчина, 15 років, хворіє на бронхіальну астму. Весною, в період цвітіння трав, у неї розвинувся важкий напад експіраторної задишки. Яка з біологічно активних речовин достовірно викликала спазм м'язової тканини бронхів в даному випадку?

- A) Тромбоксан A_2 .
- B) Простациклін.
- C) Суміш лейкотрієнів $C_4D_4E_4$
- D) Брадикінін.
- E) Серотонін.

Через 2 год. після переливання аlogenної плазми у хворого з опіками у стадії токсемії з'явилися біль в суглобах, попереку, геморагічні висипання на шкірі, підвищилася температура. Яка з алергічних реакцій має місце в даному випадку?

- A) Кропивниця
- B) набряк Квінке
- C) Анафілаксія

- D) Сироваткова хвороба
- E) Аутоімунний васкуліт

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 15

Тема: Залізодефіцитні анемії. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування. Роль стоматолога у профілактиці. Мегалобластні анемії. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування. Роль стоматолога у профілактиці.

Мета: Набуття здобувачем знань та оволодіння професійними компетентностями під час проведення обстеження хворого на анемії - розпиту, фізикального обстеження, лабораторно-інструментальних досліджень.

Основні поняття:

Визначення та сучасна класифікація анемії. Основні лабораторні критерії анемії. Механізм розвитку нестачі заліза в організмі та виникнення залізодефіцитної анемії. Основні клінічні прояви сидеропенічного та загальногіпоксичного синдромів при залізодефіцитній анемії. Лабораторні критерії залізодефіцитної анемії. Причини та патогенез B_{12} -фолієводефіцитної анемії. Прояви загальноанемічного синдрому, синдромів ураження органів травлення, фунікулярного мієлозу та ураження периферичної крові при B_{12} -фолієводефіцитній анемії. Основні лабораторні ознаки B_{12} -фолієводефіцитної анемії. Вроджені та набуті гемолітичні анемії: прояви загальноанемічного, жовтяничного синдромів, спленомегалії та гемосидерозу внутрішніх органів. Основні лабораторні критерії гемолітичних анемії та особливості порушення обміну білірубіну. Аналіз та інтерпретація загальноклінічного дослідження крові.

Основні компоненти системи згортання крові. Фактори розвитку кровоточивості та причини геморагічних синдромів – тромбоцитопенії, коагулопатії, геморагічні васкуліти. Характеристика геморагічного синдрому при гемофіліях, тромбоцитопенічній пурпурі та хворобі Шенляйн–Геноха. Прояви суставного, абдомінального, ниркового та анемічного синдромів при цих захворюваннях. Основні методи лабораторної діагностики геморагічних синдромів.

Анемія – це клініко-гематологічний синдром, який характеризується зниженням вмісту гемоглобіну та еритроцитів в одиниці об'єму крові, що призводить до розвитку кисневого голодування тканин.

Анемія діагностується при зниженні в крові рівня гемоглобіну менш ніж 130 г/л та кількості еритроцитів менш ніж $4 \times 10^{12}/л$ у чоловіків та відповідно менш ніж 120 г/л та $3,5 \times 10^{12}/л$ у жінок. Маючи загальні риси, анемії водночас представляють собою гетерогенну групу захворювань, для яких характерні власні етіологія, патогенез,

особливості клінічної картини, діагностичні критерії та методи лікування. У межах даної теми розглядаються основні клінічні форми анемії: залізодефіцитна, В₁₂-дефіцитна, фолієводефіцитна, гемолітична, гіпопластична, постгеморагічна. Важливе значення для формування клінічного мислення має **патогенетична класифікація анемії**:

I. Анемії внаслідок крововтрати (постгеморагічні).

1. Гостра постгеморагічна анемія.
2. Хронічна постгеморагічна анемія.

II. Анемії внаслідок порушення утворення еритроцитів та гемоглобіну.

3. Залізодефіцитна анемія.
4. Залізоперерозподільна анемія.
5. Залізонасичена анемія.
6. Мегалобластні анемії, що пов'язані з порушенням синтезу ДНК.
 - 6.1. В₁₂- и фолієводефіцитні анемії.
 - 6.2. Мегалобластні анемії, що зумовлені спадковим дефіцитом ферментів, які приймають участь у синтезі ДНК.
 - 6.3. В₁₂-ахрестична анемія
7. Гіпопроліферативні анемії.
8. Анемії, що пов'язані з кістковомозковою недостатністю.
 - 8.1. Гіпопластична (апластична) анемія.
 - 8.2. Рефрактерна анемія при мієлодиспластичному синдромі.
9. Метапластичні анемії.
 - 9.1. Анемія при гемобластозах.
 - 9.2. Анемія при метастазах раку в кістковий мозок.
10. Дизеритропоетичні анемії.

III. Анемії внаслідок посиленого кроворуйнування.

11. Спадкові анемії.
 - 11.1. Пов'язані з порушенням структури мембрани еритроцитів (мікросфероцитарна анемія Міньковського-Шаффара, овалоцитоз, акантоцитоз).
 - 11.2. Пов'язані з дефіцитом ферментів в еритроцитах.
 - 11.3. Пов'язані з порушенням синтезу гемоглобіну (серповидно-клітинна анемія, гемоглобінози, таласемія).
12. Набуті анемії.
 - 12.1. Аутоімунна анемія.
 - 12.2. Пароксизмальна нічна гемоглобінурія (хвороба Маркіафави-Мікелі).
 - 12.3. Лікарська анемія.
 - 12.4. Травматична і мікроангіопатична анемії.
 - 12.5. Анемії внаслідок отруєння гемолітичною отрутою та бактеріальними токсинами.

V. Анемії змішані.

Під час діагностичного пошуку доцільне визначення характеру анемії відповідно до морфології еритроцитів, колірного показнику, а також здатності кісткового мозку до компенсації анемії.

Морфологічна класифікація анемії:

I. Макроцитарна анемія (MCV* > 100 мкм³ (фл), діаметр еритроцитів > 8 мкм).**

До цього типу анемії відносяться анемії при дефіциті вітаміну В₁₂, дефіциті фолієвої кислоти та пароксизмальна нічна гемоглобінурія.

II. Мікроцитарна анемія (MCV < 80 мкм³ (фл), діаметр еритроцитів < 6,5 мкм).

До цього типу анемії відносяться залізодефіцитна анемія, таласемія, мікросфероцитарна анемія Міньковського-Шафара.

III. Нормоцитарна анемія (MCV 81-99 мкм³ (фл), діаметр еритроцитів 7,2-7,5 мкм).

До цього типу анемії відносяться гіпопластична анемія, більшість гемолітичних анемії, гостра постгеморагічна анемія.

Примітка:

фл – фемтолітр (1 фл = 10⁻¹⁵ л = 1 мкм³)

MCV (mean corpuscular volume) – середній об'єм еритроциту, розраховується за формулою:

Приклад розрахунку: гематокрит 0,3 (30%), еритроцити 3,5 × 10¹²/л

Варіанти морфологічних змін еритроцитів:

- o Анізоцитоз – зміна величини еритроцитів.
- o Пойкілоцитоз – зміна форми еритроцитів.
- o Мікроцитоз – стан, при якому в периферичній крові переважають мікроцити (еритроцити діаметром < 6,5 мкм).
- o Мікросфероцитоз – наявність круглих мікроцитів.
- o Шизоцитоз – наявність дуже дрібних частинок еритроцитів (2-3 мкм).
- o Платоцити – еритроцити зі зменшеною товщиною.
- o Анулоцити – еритроцити, що схожі на кільце (зі значним просвітленням в центрі).
- o Овалоцити – еритроцити, овальної форми, без просвітлення в центрі.
- o Стоматоцити – еритроцити з лінійним просвітленням в центрі у вигляді рота.
- o Ксероцити – еритроцити зі зменшеним об'ємом клітини.
- o Акантоцити – еритроцити з шипами на поверхні.

Класифікація анемії за колірним показником

I. Анемія гіпохромна (колірний показник < 0,8)

До цього типу анемії відносяться залізодефіцитна анемія, залізоперерозподільна анемія, залізонасичена анемія, таласемія.

II. Анемія нормохромна (колірний показник 0,85-1,05).

До цього типу анемії відносяться гіпопластична анемія, більшість гемолітичних анемії, гостра постгеморагічна анемія та метапластичні анемії.

III. Анемія гіперхромна (колірний показник > 1,05)

До цього типу анемії відносяться В₁₂-дефіцитна та фолієводефіцитна анемії.

Примітка:

Колірний показник (КП) – величина, що відображує вміст гемоглобіну в еритроциті, розраховується за формулою:

, де 1 г%=10 г/л

Приклад розрахунку: гемоглобін 90 г/л, еритроцити $3,5 \times 10^{12}/л$

Класифікація анемії за здатністю кісткового мозку до компенсації.

I. Анемія регенераторна (кількість ретикулоцитів 0,5-5%)

До цього типу анемії відноситься залізодефіцитна анемія.

II. Анемія гіперрегенераторна (кількість ретикулоцитів >5%)

До цього типу анемії відносяться гостра постгеморагічна анемія, гемолітичні анемії, залізонасичена анемія.

III. Анемія гіпорегенераторна (кількість ретикулоцитів <0,5%)

До цього типу анемії відносяться В12-дефіцитна анемія, фолієводефіцитна анемія, гіпопластична анемія

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ

Залізодефіцитна анемія – це анемія, яка характеризується дефіцитом заліза в сироватці крові, кістковому мозку та депо (селезінка, печінка).

Латентний дефіцит заліза – це стан, який характеризується зниженням кількості заліза в депо та зниженням транспортного заліза (феритина) при ще нормальних показниках гемоглобіну та еритроцитів.

Залізодефіцитною анемією та латентним дефіцитом заліза страждає 20% населення планети.

Етіологія залізодефіцитної анемії.

I. Хронічні крововтрати

- маткові крововтрати (дисфункціональні маткові кровотечі, міома матки, ендометріоз, злоякісні пухлини матки, наявність внутриматкових контрацептивів та ін.)
- крововтрати з травного тракту (виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, рак шлунка, рак тонкого або товстого кишечника, дивертикули, поліпи, варикозне розширення вен стравоходу, геморої та ін.)
- крововтрати в закриті порожнини (ендометріоз, синдром Гудспасчера)
- кровохаркання (туберкульоз, рак легень)
- гематурія (гломерулонефрит, сечокам'яна хвороба, туберкульоз, рак сечового пузиря та ін.)
- носові кровотечі (артеріальна гіпертензія)
- геморагічний діатез (крововтрати можуть бути з будь-якого джерела)
- інвазія анкілостомами

II. Підвищена потреба у залізі

- вагітність, пологи та лактація

- період статевого визрівання та зростання
- інтенсивні заняття спортом
- на фоні лікування вітаміном В₁₂

III. Недостатній вихідний рівень заліза

- у новонароджених та дітей молодшого віку, матері яких хворіли на анемію

IV. Недостатнє надходження заліза з їжею

- суворе вегетаріанство
- низький рівень життя
- анорексія

V. Порушення всмоктування заліза

- Хронічні ентерити з синдромом мальабсорбції
- Резекція тонкого кишечника
- Резекція шлунку за методом Більтрот II

VI. Порушення транспорту заліза

- Спадкова гіпотрансферінемія
- Гіпопротеїнемія незалежно від генезу (нефротичний синдром, синдром мальабсорбції, цироз печінки, хронічний гепатит та ін.)
- Поява антитіл до трансферину та його рецепторів

Патогенез залізодефіцитної анемії.

Під впливом етіологічних факторів розвивається дефіцит заліза, який проявляється у зменшенні запасів заліза у червоному кістковому мозку, селезінці та печінці. З часом, знижуються концентрація заліза у сироватці крові та синтез гемоглобіну, виникають трофічні порушення епітеліальних тканин. Наслідком цих змін є поява клінічних проявів залізодефіцитної анемії.

Клінічна картина залізодефіцитної анемії.

Клінічна картина складається з анемічного (ознаки гіпоксії) та сидеропенічного (ознаки дистрофії епітеліальної тканини) синдромів.

Анемічний синдром включає в себе серцево-судинний синдром, астено-вегетативний синдром, синдром ураження шлунково-кишкового тракту.

- Серцево-судинний синдром: скарги – серцебиття, болі в ділянці серця, задишка при фізичному навантаженні, об'єктивно – блідість шкіри та видимих слизових оболонок, тахікардія, гіпотонія, тони серця приглушені, неголосний систолічний шум в усіх аускультативних точках, можливі розширення меж відносної серцевої тупості вліво та неспецифічні зміни ЕКГ. Іноді виявляються пастозність гомілок, стоп, обличчя.
- Астено-вегетативний синдром: скарги – загальна слабкість, стомлення, зниження працездатності, сонливість, запаморочення.
- Ураження шлунково-кишкового тракту: скарги – зниження апетиту, відрижка, запори або наявність кашкоподібних випорожнень, об'єктивно – ознаки атрофічного гастриту з ахлоргидрією.

Сидеропенічний синдром включає в себе: трофічні зміни шкіри та її дериватів (шкіра - бліда та суха, нігті - ламкі, іноді з ложкоподібною ввігнутістю, волосся – сухе, без блиску); м'язова слабкість; прогресуючий карієс; осиплість голосу; риніт; глосит – язик

яскраво-малинового кольору з атрофією сосочків, болючий; ангулярний стоматит («заїди»); зіпсуття смаку (рiса chlorotica) – бажання їсти землю, глину, крейду, лід (пагофагія); зіпсуття нюху – пристрасть до бензину, вихлопних газів; симптом «синіх склер» - блакитний відтінок очей внаслідок стоншення склер і просвічування судинної оболонки; імперативні позиви на сечовипускання; сидеропенічна дисфагія, сидеропенічний субфебрилитет; схильність до інфекційно-запальних процесів.

Лабораторні дані при залізодефіцитній анемії.

Клінічний аналіз крові:

1. Зниження гемоглобіну (<130 г/л у чоловіків, <120 г/л у жінок)

Важкість анемії визначають переважно за рівнем гемоглобіну:

- Легка – вміст гемоглобіну 90-120 г/л;
- Середня – вміст гемоглобіну 70-90 г/л;
- Тяжка – вміст гемоглобіну нижче 70 г/л.

2. Зниження кількості еритроцитів (< 4×10^{12} /л у чоловіків, < $3,5 \times 10^{12}$ /л у жінок)

3. Зменшення колірного показника (<0,8)

4. Морфологічні зміни еритроцитів (перевага мікроцитів, анізоцитоз, пойкилоцитоз)

5. Нормальний вміст ретикулоцитів, при значній кровотечі може бути підвищеним

6. Тенденція до лейкопенії, при значній крововтраті можливий тромбоцитоз

7. При значній анемії можливо помірне підвищення ШОЄ (до 25 мм/ч)

Біохімічний аналіз крові:

1. Зниження концентрації сироваткового заліза (<13 мкмоль/л у чоловіків, <11,5 мкмоль/л у жінок)

2. Зниження концентрації феритина у сироватці крові (<12 мкг/л)

3. Загальна залізовв'язуюча здатність сироватки крові підвищена (>70 мкмоль/л)

4. Насиченість феритина залізом знижена (<25%)

Інструментальні діагностичні методи при залізодефіцитній анемії застосовуються переважно для виявлення джерела хронічної крововтрати (ФГДС, колоноскопія, ректороманоскопія, рентгенологічне дослідження, УЗД печінки, селезінки, органів малого тазу та ін.).

З метою виявлення факту наявності кровотечі проводяться також гінекологічне обстеження, дослідження сечі, дослідження калу на приховану кров (реакція Грегерсена), визначення прихованої крововтрати за допомогою мічених ^{51}Cr еритроцитів.

V_{12} -ДЕФІЦИТНА АНЕМІЯ.

V_{12} -дефіцитна анемія – це анемія, що зумовлена порушенням синтезу ДНК в еритрокаріоцитах внаслідок дефіциту вітаміну V_{12} та характеризується мегалобластним типом кровотворення.

Анемія Адисона-Бірмера (перніціозна анемія) вважається класичним варіантом V_{12} -дефіцитної анемії та пов'язана з продукцією антитіл до паріетальних клітин шлунку.

Розвиток даного захворювання характерний переважно для осіб віком 60-70 років.

Розповсюдженість серед населення в цілому - 0,1%.

Етіологія В₁₂-дефіцитної анемії.

I. Порушення секреції шлунком «внутрішнього фактору» - гастромукопротеїну (антитіла до парієтальних клітин та гастромукопротеїну, гастректомія, рак шлунка та ін.)

II. Порушення всмоктування вітаміну В₁₂ в кишечнику (синдром мальабсорбції, резекція кишечника, пухлини та гранулематозні захворювання кишечника, селективна мальабсорбція кобаламіну – синдром Імерслунда та ін.).

III. Конкурентні витрати вітаміну В₁₂. (інвазія гельмінтом - лентець широкий, бактеріальна інфекція при синдромі «сліпої петлі» та ін.)

IV. Підвищені витрати вітаміну В₁₂. (багатоплідна вагітність, гемолітичні анемії, мієломна хвороба та ін.)

V. Порушення надходження вітаміну В₁₂ з їжею (суворе вегетаріанство).

VI. Зниження запасів вітаміну В₁₂ (цироз печінки).

VII. Порушення транспорту вітаміну В₁₂ (відсутність транскобаламіну II або поява антитіл до нього).

Патогенез В₁₂-дефіцитної анемії.

Вітамін В₁₂ виконує свою біологічну роль у вигляді двох коферментів – метилкобаламіну та дезоксіденозилкобаламіну.

Дефіцит метилкобаламіну призводить до порушення синтезу ДНК та визрівання клітин, що швидко ростуть: клітини кісткового мозку, епітелію ШКТ. Найбільш виразні ці зміни з боку червоного кровотворного паростку. В кістковому мозку збільшується кількість мегалобластів. Мегалобластний еритропоез характеризується затримкою визрівання ядер еритрокаріоцитів у порівнянні з гемоглобінізацією цитоплазми, підвищеним розпадом мегалобластів в кістковому мозку, зниженням тривалості життя еритроцитів.

Дефіцит дезоксіденозилкобаламіну призводить до порушення обміну жирних кислот та накопичення токсичних для нервової системи метилмалонової та пропіонової кислот, що веде до ураження задніх та бокових стовбурів спинного мозку і до зниження синтезу мієліну.

Клінічна картина В₁₂-дефіцитної анемії.

Ураження кровотворної системи: скарги на загальну слабкість, запаморочення, шум у вухах, потемніння в очах, мелькання метеликів перед очима, серцебиття та задишку, об'єктивно – шкіра бліда, часто з лимонно-жовтим відтінком, іноді можливе підвищення температури тіла, тахікардія, екстрасистолія, приглушеність тонів серця, систолічний шум на вертушці, неспецифічні зміни ЕКГ.

Ураження системи травлення: скарги на зниження апетиту, відчуття важкості в епігастрії після їжи, відрижку їжею та повітрям, нудоту, біль та печію в язиці, об'єктивно – язик гладкий «лакований», червоного кольору (глосит Гантера), можливі ознаки афтозного стоматиту, атрофічний гастрит, атрофічні зміни слизової оболонки кишечника з явищами мальабсорбції, збільшення печінки та селезінки.

Ураження нервової системи (фунікулярний мієлоз): скарги на слабкість у ногах, відчуття «повзання мурашок» та оніміння ніг, об'єктивно – порушення чутливості,

зниження сухожильних рефлексів, атрофія м'язів нижніх кінцівок, порушення функції тазових органів (нетримання сечі та калу).

Лабораторні дані при В₁₂-дефіцитній анемії.

Клінічний аналіз крові:

1. Колірний показник >1,1.
2. Збільшення діаметру еритроцитів (макроцитоз).
3. Анізоцитоз.
4. Збереження залишків ядра еритроцитів (тільця Жоллі, кільця Кебота).
5. Ретикулоцитопенія.
6. Лейкопенія, гіперсегментація нейтрофілів.
7. Тромбоцитопенія.

Мієлограма (ключове дослідження для діагнозу)

1. Гіперплазія червоного кровотворного паростку.
2. Поява мегалобластів у кістковому мозку.
3. Гіперсегментація нейтрофілів.

Біохімічний аналіз крові:

1. Можлива некон'югована гіпербілірубінемія.
2. Можливе підвищення в крові ферментів ЛДГ1 та ЛДГ2 (лактатдегідрогенази).

Імунологічний аналіз крові: виявлення антитіл до парієнтальних клітин шлунка, до гастромукопротеїну або комплексу «вітамін В₁₂+гастромукопротеїн».

Аналіз сечі та калу: при розвитку гемолізу – в сечі з'являється уробілін, в калі збільшується стеркобілін.

Тест Шилінга: позитивний.

При проведенні тесту хворий приймає всередину вітамін В₁₂, який мічений ⁶⁰Со. Через годину вводиться вітамін В₁₂ в/м для насичення печінкового депо. Позитивний тест – зниження екскреції радіоактивного вітаміну з сечею – вказує на порушення всмоктування вітаміну В₁₂ в кишечнику.

Інструментальні дослідження при В₁₂-дефіцитній анемії.

Езофагогастродуоденоскопія: дифузний атрофічний гастрит, дуоденіт, рідше – атрофічний езофагіт.

Дослідження шлункової секреції: різке зменшення кількості шлункового соку, зниження соляної кислоти та пепсину.

УЗД печінки та селезінки: незначне збільшення розмірів селезінки, іноді – печінки.

Рентгеноскопія шлунку: порушення евакуаторної функції, сплющення та згладженість складок слизової оболонки

Обладнання: навчальна кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук, мультимедійний проектор.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (перевірка робочих зошитів, спілкування з хворим на анемії з метою збору скарг та анамнезу, фізикальне обстеження хворого; оцінка даних клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних даних), проведення тестового контролю, вирішення клінічної задачі, письмове вирішення задач типу Крок-2 (10 завдань), фронтальне опитування, дискусія, рольова гра з теми заняття.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять: здобувач повинен знати сучасне визначення, етіологію, патогенез, класифікації анемії, суб'єктивні та об'єктивні дані при цих захворюваннях, знати лабораторні та інструментальні дані при цій патології.

Перелік дидактичних одиниць:

- провести суб'єктивне обстеження хворих на анемії
- провести об'єктивне обстеження хворих на анемії
- призначити план додаткових лабораторно-інструментальних обстежень хворих на анемії, лейкози, геморагічні діатези

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Класифікація анемії.
2. Етіологія залізодефіцитної анемії.
3. Клінічні ознаки сідеропенічного синдрому.
4. Показники крові при залізо дефіцитній анемії.
5. Етіологія та патогенез В₁₂-дефіцитної анемії.
6. Клінічні прояви В₁₂-дефіцитної анемії.
7. Показники крові при В₁₂-дефіцитної анемії.

3. Формування професійних вмінь, навичок:

оволодіння навичками комунікації (збір скарг, деталізація скарг, збір анамнезу, оцінка результатів проведеного розпиту)

формування здатності клінічного обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти зробити фізикальне обстеження хворого),

формування здатності дати оцінку отриманим при клінічному обстеженні хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези даним;

провести клінічне тлумачення основних симптомів і синдромів при цих захворюваннях

формування здатності проведення сучасного лабораторно-інструментального обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти призначити план лабораторно-інструментального обстеження, надати оцінку результатам обстежень)

3.1. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

1. Хвора 21-го року надійшла в клініку із приводу хворобливих і тривалих менструацій, що приймають характер кровотеч. Турбує загальна слабкість, запаморочення, шум у вухах, задишка, випадання волос і ламкість нігтів. Аналіз крові: НВ- 56 г/л; ер-2,8 т/л; КП- 0,6; лейк.-2,5 г/л; ШОЕ - 14 мм/година, тромбоцити 139 г/л; ретикулоцити- 4,5 %; анізоцитоз із похилістю до мікроцитозу, гіпохромія. Який з діагнозів імовірний?

+А залізодефіцитна анемія;

В В12дефіцитна анемія;

З аутоіммуна анемія;

Д апластична анемія;

Е хвороба Верльгофа.

2. Хворий 69-ти років скаржиться на слабкість, запаморочення, печіння мови, зниження апетиту. 5 років тому - резекція шлунка. Об'єктивно: шкіра бліда, мова малиновий, гладкий; систолічний шум на верхівці серця. В аналізі крові: ер.- 2,2 т/л; НВ- 76 г/л; КП-1,1; лейкопенія; ШОЕ 30 мм/година. Тельця Жоллі, кільця Кебота. Ваш діагноз?

А рак шлунку

У цироз печінки

З гемолітична анемія

+D В12 дефіцитна анемія

Е залізодефіцитна анемія.

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 16

Тема: Гіпо-, апластичні анемії. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування. Роль стоматолога у профілактиці. Патогномонічні симптоми у ротовій порожнині.

Мета: Набуття здобувачем знань та оволодіння професійними компетентностями під час проведення обстеження хворого на гіпо-, апластичні анемії - розпиту, фізикального обстеження, лабораторно-інструментальних досліджень.

Основні поняття:

Гіпопластична (апластична) анемія – захворювання кровотворної системи, що характеризується депресією кровотворення (редукцією еритроїдного, міелоїдного, мегакаріоцитарного паростів кісткового мозку), розвитком панцитопенії та жировим переродженням кісткового мозку.

Деякі загальні відомості про гемопоез.

- Локалізація кісткового мозку – губчаті кістки.
- Маса червоного кісткового мозку у дорослої людини – 1200-1500 г.
- Проліферація поліпотентних стовбурових клітин залежить від мікрооточення, яке складається з фіброblastів, остеобlastів, ендостальних, адвентиціальних, ендотеліальних та жирових клітин.
- Мікрооточення синтезує колонієстимулюючі фактори росту (це приблизно 20 глікопротеїнових гормонів), які потрібні для розвитку гемопоетичних клітин.
- Панцитопенія – це синдром, що складається з анемії, лейкопенії та тромбоцитопенії.

Етіологія гіпопластичної анемії.

1. Хімічні фактори (бензол, миш'як, бензин, важкі метали, інсектициди, пестициди та ін)
2. Фізичні фактори (іонізуюче опромінення та рентгенівське опромінення)
3. Лікарські засоби (антибіотики, сульфаніламід, нестероїдні протизапальні засоби, препарати золота, цитостатики, проти судомні засоби, анти аритмічні засоби, пероральні цукрознижуючі засоби, гіпотензивні засоби, антитиреоїдні засоби).
4. Інфекційні агенти (віруси, мікобактерії туберкульозу, гриби).
5. Імунні захворювання (відторгнення трансплантату, еозинофільний фасцит, тимома та карцинома тимусу).

Патогенез гіпопластичної анемії.

Під впливом етіологічних факторів відбувається ураження поліпотентних стовбурових клітин та їх мікрооточення (механізми ураження – порушення метаболізму та продукція антитіл). Шкідливій дії етіологічних факторів сприяють уроджені клітинні дефекти. Порушується проліферація кровотворних клітин та знижується тривалість життя клітин (в першу чергу еритроцитів). Анемія призводить до гіпоксії органів та тканин. Порушення використання заліза для еритропоезу призводить до вторинного гемосидерозу. Лейкопенія призводить до частішання інфекційно-запальних процесів. Тромбоцитопенія призводить до появи геморагічного синдрому.

Клінічна картина гіпопластичної анемії.

Анемічний синдром: скарги - загальна слабкість, зниження працездатності, серцебиття та задишка при фізичному навантаженні, запаморочення, потемніння в очах, об'єктивно – значна блідість шкіри та видимих слизових оболонок, часто з

жовтяничним відтінком, тахікардія, приглушеність тонів серця, неголосний систолічний шум на верхівці, зниження амплітуди зубця Т в грудних відведеннях ЕКГ (неспецифічні зміни). Незначне збільшення печінки, збільшення селезінки не характерно.

Геморагічний синдром: скарги – кровоточивість, об'єктивно – геморагічні висипки на шкірі переважно в ділянці гомілок, стегон, животу, іноді на обличчі. На місці ін'єкцій утворюються гематоми. При гострому перебігу можливі носові, шлунково-кишкові, ниркові, легеневі, маткові кровотечі, внутріцеребральні крововиливи.

Схильність до інфекційно-запальних процесів (ангіни, пневмонії та ін.) - внаслідок дефіциту гранулоцитів.

Лабораторні дані при гіпопластичній анемії.

Загальний аналіз крові:

1. Значне зниження гемоглобіну та еритроцитів.
2. Анемія нормохромна, нормоцитарна (при виразному геморагічному синдромі – анемія гіпохромна).
3. Лейкопенія.
4. Тромбоцитопенія.
5. Підвищення ШОЕ.
6. Різке зниження кількості ретикулоцитів.

Загальний аналіз сечі:

1. Уробілін при синдромі гемолізу.
2. Гематурія при геморагічному синдромі.

Біохімічний аналіз:

1. Вміст сирового заліза підвищений.
2. Вміст некон'югованого білірубину підвищений при синдромі гемолізу.

Імунологічний аналіз крові: зниження В-лимфоцитів, Т-лимфоцитів.

Коагулограма: гіпокоагуляція, що зумовлена тромбоцитопенією.

Мієлограма:

1. Зменшення клітин еритроїдного, мієлоїдного та мегакаріоцитарного ростків.
2. Кількість ретикулоцитів різко зменшена.
3. Кількість сидеробластів та сидероцитів збільшена.

Дослідження трепанобіоптату гребня подвздошної кістки:

«Спустошення» кісткового мозку (цитоз у біоптаті <25%).

Заміщення кровотворного мозку жировою тканиною.

Ділянки крововиливу.

Інструментальні дослідження при гіпопластичній анемії.

1. УЗД органів черевної порожнини: невелике збільшення печінки.
2. Офтальмоскопія: можливі крововиливи на сітчатці.
3. ЕКГ: дифузні зміни міокарду (зниження амплітуди зубця Т, його згладженість в грудних відведеннях).

Диференційна діагностика при гіпопластичній анемії.

1. Гострий лейкоз.
2. Мегалобластна анемія
3. Мієлодиспластичний синдром.
4. Хвороба Маркіафави-Мікелі.
5. Агранулоцитоз.
6. Синдром панцитопенії при інших захворюваннях (хронічний активний гепатит, цироз печінки, туберкульоз, сепсис, злоякісні новоутворення, системні захворювання сполучної тканини).

Ускладнення гіпопластичної анемії.

Ускладненням гіпопластичної анемії є гіпоксія органів та тканин (в першу чергу страждають головний мозок та серце). Можливі тяжкі кровотечі - носові, шлунково-кишкові, ниркові, легеневі, маткові кровотечі, внутріщеребральні крововиливи. Часто виникають виразково-некротичні ураження слизової оболонки рота та інші інфекційні ускладнення.

Лікування гіпопластичної анемії.

1. Лікування глюкокортикоїдами (преднізолон усередину 60-120 мг на добу).
2. Лікування анаболічними засобами (ретаболіл 100 мг [2 мл] в/м 1 раз на тиждень).
3. Лікування андрогенами – для чоловіків (тестостерону пропіонат 5% 1 мл в/м 2 рази на добу).
4. Лікування цитостатиками (азатиопрін 0,05 г усередину 3 рази на добу).
5. Спленектомія (при відсутності ефекту від глюкокортикоїдів).
6. Лікування антилімфоцитарним глобуліном.
7. Лікування циклоспорином («сандімун неорал» 100 мг усередину 2 рази на добу).
8. Пересадка кісткового мозку (при відсутності ефекту від інших методів лікування).
9. Лікування колонієстимулюючими факторами (філграст в/в 10 мкг/кг/доба).
10. Трансфузії еритроцитів.

11. Десфералотерапія (десфрал 500 мг в/м 1 раз на добу).
12. Трансфузії тромбоцитів.
13. Лікування імуноглобуліном.

Профілактика гіпопластичної анемії.

Профілактика полягає у запобіганні шкідливого впливу хімічних та фізичних факторів, лікарських засобів, інфекційних агентів.

Прогноз при гіпопластичній анемії.

Прогноз при гіпопластичній анемії для життя, працездатності та одужання – несприятливий. При адекватному лікуванні 7-річна виживаність складає 55%. У деяких випадках (при застосуванні в комплексі лікування трансплантації кісткового мозку) можливе одужання.

Обладнання: навчальна кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук, мультимедійний проектор.

План:

2. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (перевірка робочих зошитів, спілкування з хворим на анемії з метою збору скарг та анамнезу, фізикальне обстеження хворого; оцінка даних клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних даних), проведення тестового контролю, вирішення клінічної задачі, письмове вирішення задач типу Крок-2 (10 завдань), фронтальне опитування, дискусія, рольова гра з теми заняття.
- 2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять: здобувач повинен знати сучасне визначення, етіологію, патогенез, класифікації анемії, суб'єктивні та об'єктивні дані при цих захворюваннях, знати лабораторні та інструментальні дані при цій патології.

Перелік дидактичних одиниць:

- провести суб'єктивне обстеження хворих на гіпо-, апластичні анемії
 - провести об'єктивне обстеження хворих на гіпо-, апластичні анемії
 - призначити план додаткових лабораторно-інструментальних обстежень хворих на гіпо-, апластичні анемії
1. Описати прояви анемічного синдрому при гіпопластичних анеміях.
 2. Назвати особливості клінічної картини гіпопластичної анемії.
 3. Описати зміни в загальному аналізі крові пацієнтів з гіпопластичними анеміями
 4. Дати характеристику змінам пунктату кісткового мозку пацієнта з гіпопластичними анеміями.
 5. Описати стоматологічні прояви у пацієнтів з гіпопластичними анеміями.
 6. Дати характеристику можливих ускладнень при гіпопластичній анемії.

7. Пояснити принципи лікування пацієнта з гіпопластичною анемією залежно від етіології.

3.Формування професійних вмінь, навичок:

оволодіння навичками комунікації (збір скарг, деталізація скарг, збір анамнезу, оцінка результатів проведеного розпиту)

формування здатності клінічного обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти зробити фізикальне обстеження хворого),

формування здатності дати оцінку отриманим при клінічному обстеженні хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези даним;

провести клінічне тлумачення основних симптомів і синдромів при цих захворюваннях

формування здатності проведення сучасного лабораторно-інструментального обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти призначити план лабораторно-інструментального обстеження, надати оцінку результатам обстежень)

3.1.Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Задачі „КРОК 2”.

ЗАВДАННЯ №1

Хвора 25 р., госпіталізована у зв'язку з загальною слабкістю, шумом у вухах, запамороченням. В анамнезі часті ангіни, пневмонії, кровотечі з носу, ясен, маткові кровотечі. Періодично геморагічні висипки в ділянці живота та стегон. В крові: еритроцити – $2,2 \times 10^{12}/л$; гемоглобін – 65 г/л; кольоровий показник – 0,88; лейкоцити – $3,2 \times 10^9/л$, тромбоцити – $86 \times 10^9/л$, ШОЕ 28 мм/год, сироваткове залізо – 25 мкмоль/л. В мієлограмі зменшення кількості мегакаріоцитів. Індекс дозрівання нейтрофілів - 1,5. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Гострий еритромієлоз
- B. +Гіпопластична анемія
- C. Гемолітична анемія
- D. Залізодифіцитна анемія

ЗАВДАННЯ №2

У хворого, що одержав загальне гамма-опромінення, на 14 день виявлено в периферичній крові: лейкоц. - $3,0 \times 10^9/л$, ер - $3,4 \times 10^9/л$ та тромбоцитів - $80 \times 10^9/л$. Чим викликані такі зміни?

- A. Гемолізом
- B. Скороченням строків життя формених елементів крові

- C. +Пригніченням клітинного кровотворення
- D. Гіперспленізмом
- E. Збільшенням термінів дозрівання клітин

ЗАВДАННЯ №3

Чоловік 43-х років, проходить медичний огляд. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, згладженість сосочків язика, поперечна смугастість нігтів, тріщини в кутах рота, тахікардія. Вміст гемоглобіну в крові - 96 г/л; анізоцитоз, пойкилоцитоз. Найбільш вірогідним причинним фактором цього стану є недостатнє надходження до організму наступного мікроелементу:

- A. Селен
- B. +Залізо
- C. Мідь
- D. Цинк
- E. Магній

ЗАВДАННЯ №4

У хворого 19 років протягом останніх 2 місяців відмічаються наростаюча кволість, шкірні геморагії, носові кровотечі, субфебрильна температура. Лімфатичні вузли, печінка, селезінка не збільшені. В крові: Нв-50 г/л, ер.- $1,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцити - 0,2%, КП - 0,9, лейкоц.- $1,8 \times 10^9$ /л, п/я -1%, с/я - 38%, еоз.-1%, лімф. - 55%, мон.- 5%, тромбоцити - 30×10^9 /л, ШЗЕ-60 мм/год, сироваткове залізо - 15мкмоль/л. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий лейкоз
- B. Гемолітична анемія
- C. +Апластична анемія
- D. В12- дефіцитна анемія
- E. Залізодефіцитна анемія

ЗАВДАННЯ №5

У хворого 19 років протягом останніх 2 місяців відмічаються наростаюча кволість, шкірні геморагії, носові кровотечі, субфебрильна температура. Лімфатичні вузли, печінка, селезінка не збільшені. В крові: Нв-50 г/л, ер.- $1,5 \times 10^{12}$ /л, ретикулоцити - 0,2%, КП - 0,9, лейкоц.- $1,8 \times 10^9$ /л, п/я -1%, с/я - 38%, еоз.-1%, лімф. - 55%, мон.- 5%, тромбоцити - 30×10^9 /л, ШЗЕ-60 мм/год, сироваткове залізо - 15мкмоль/л. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Гострий лейкоз
- B. Гемолітична анемія
- C. +Апластична анемія

- D. В12- дефіцитна анемія
- E. Залізодефіцитна анемія

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 17

Тема: Гематоонкологічні хвороби. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікація ВООЗ. Загальні принципи лікування. Роль стоматолога в діагностиці, лікуванні проявів та ускладнень терапії гематоонкологічних хвороб..

Мета: Набуття здобувачем знань та оволодіння професійними компетентностями під час проведення обстеження хворого на лейкози - розпиту, фізикального обстеження, лабораторно-інструментальних досліджень.

Основні поняття: Діагностичні критерії лейкемій

Діагностичні критерії гострої лейкемії (ГЛ).

Клінічна картина ГЛ може бути різна, яка залежить від пригнічення нормального кровотворення .

В протіканні хвороби розрізняють три стадії протікання :

- 1) Початкова –може діагностуватись ретроспективно.
- 2) Стадія розгорнутої клінічної картини.
- 3)Термінальна стадія.

Розрізняють декілька варіантів початкової стадії :

Гострий початок захворювання спостерігається у половини хворих і характеризується високою t тіла (іноді з ознаками), інтоксикацією, запальною слабкістю, болями в суглобах, болями в животі, болями при ковтанні. Початок захворювання може трактуватися, як грип, ангіна, ревматизм, ГРЗ, гострий апендицит. Інколи хворі помилково поступають у інфекційне відділення.

Початок захворювання з вираженими клінічними проявами спостерігаються у 10% і характеризуються профузними кровотечами (носові Ш К Т) і ін.

- Повільний початок – проявляється загальною слабкістю, втомлюваністю, нездужанням, незначними геморогіями у вигляді синяків та незначним збільшенням лімфатичних вузлів.

- Скритий період протікання – спостерігається у 5 % пацієнтів, захворювання виявляється випадково (при дослідженні периферичної крові під час профілактичних оглядів).

Для ГЛ характерно фази протікання хвороби

1. Алейкемічна (без виходу бластних клітин у кров).
2. Лейкемічна (з виходом бластних клітин у кров)

Стадія розгорнутої клінічної картини включає основні синдроми.

- 1) Гіперпластичний.
- 2) Геморагічний.
- 3) Синдром пухлинної інтоксикації.
- 4) Анемічний синдром.
- 5) Імуннодефіцитний .
- 6) Нейролейкемія
- 7) Виразково-некротичних змін

-гіперпластичний синдром : характеризується збільшенням лімфатичних вузлів, болями в кістках, важкістю і болями в лівому і правому підребер'ях, гепатоспленомегалія, розвитком виразково- некротичного синдрому. Можуть проявитись і інші симптоми; такі як головний біль, задишка, кашель, радикуліт та ін

-анемічний синдром: характерно головокружінням, мерехтінням мушок перед очима, задишка при фізичному навантаженні, серцебиття, шум у голові і вухах – симптоми, які характерні при анемії)

-геморагічний синдром:

Характерно: шкірні геморагії, кровоточивість десен, носові кровотечі (наприклад, такі симптоми, як і при тромбоцитопеніях, геморогічному васкуліті). В анамнезі можуть бути перенесені інфекції – грип, контакти із хімічними препаратами, отрутохімікатами .

Характерно підвищення температури тіла, слабкість, мінливість, відсутність апетиту, оссалгії, Такі симптоми дають можливість запідозрити інфекційні захворювання (туберкульоз, сепсис і ін.)

-Імунодефіцитний синдром характеризується приєднанням важких пневмоній, які дуже часто призводять до смерті хворих. Тобто, спостерігається порушення клітинного і гуморального імунітету .

Для гострого лейкозу характерно розвиток проявів інших органів і систем.

1) Нейролейкемія: характеризується розвитком лейкозної інфільтрації в оболонках і речовині головного та спинного мозку. Є декілька форм нейролейкемії:

Окрім цього може зустрітися лейкозна інфільтрація мозку, простати, сечового міхура, поразення шлунково-кишкового тракту, стравоходу шлунка, печінки нирок, серця.

Діагностичним критеріями ГЛ є дослідження периферичної крові і пунктату кісткового мозку.

Основним критерієм гострої лейкемії є наявність більше 30% бластних клітин у кістковому мозку (бластемія).

Кількість їх може становити і до 80-90%). В алейкемічній фазі ГЛ бласти в крові можуть бути відсутні. В таких випадках діагноз виставляють по результатах дослідження кісткового мозку.

Цитохімічна діагностика гострих лейкозів

Форму гострого лейкозу визначають за допомогою цитохімічного дослідження.

Із інструментальних методів дослідження використовують наступні томографію або рентгенографію грудної клітки, ЕКГ, УЗД, ФГДС, при яких знаходять зміни, характерні для лейкозної інфільтрації відповідних органів і тканин.

Діагностичні критерії хронічного лімфолейкозу (ХЛЛ)

Діагноз звичайно ставиться на підставі результатів загальноклінічного обстеження хворого і морфологічного аналізу мазків периферичної крові. У перебігу ХЛЛ розрізняють початкову, розгорнуту і термінальну стадію хвороби (за старою класифікацією).

Початкова стадія ХЛЛ – помірна лімфоаденопатія, клініка розвивається повільно і непомітно. Скарги носять в основному астеничний характер.

Захворювання на цій стадії виявляється випадково при проведенні рутинного аналізу крові, коли при незначному лейкоцитозі виявляється збільшення відносної(40-50%) і абсолютної кількості лімфоцитів.

Потрібно підкреслити, що “безпричинних” лімфоцитів не буває, а лейкемоїдні реакції лімфоїдного типу (інфекційний малосимптомний лімфоцитоз, лімфоцитоз при коклюші, краснусі) зустрічаються виключно у дітей, інфекційний мононуклеоз – хвороба також переважно молодого віку – діагностується по картині крові. В якій знаходять лімфоцити, які відрізняються від звичайних великими розмірами, широким обідком цитоплазми навколо ядра та її більш яскравим забарвленням.

Збільшення абсолютного та відносного числа лімфоцитів завжди повинно насторожувати лікаря.

Більшість клітин периферичної крові представлені дозрілими лімфоцитами. Можна також виявити поодинокі тінні Боткіна – Гумпрехта (напівзруйноване ядро лімфоцитів із рештками ядерець). Вони утворюють при нанесенні мазка крові на предметне скло, коли легкораними пухлинні лімфоцити розчавлюються, гублячи цитоплазму.

Розгорнута (виражених клініко-гематологічних проявів).

У цій стадії посилюються астеничні скарги. Характерний лімфопроліферативний синдром: відбувається генералізоване ураження лімфовузлів в такій послідовності: спочатку шийні, потім аксиллярні, потім з’являються конгломерати вузлів у середостінні, у черевній порожнині і пахових ділянках. Лімфатичні вузли тістувато – еластичної консистенції. Частіше безболісні, не спаяні між собою і зі шкірою, без виразок і не нагноюються.

Характерний гепатоспленомегалічний синдром. Зміни в легенях виявляються частими банальними пневмоніями і специфічною лейкозною інфільтрацією. Уражається серцево-судинна система, шлунково-кишковий тракт, сечостатева система.

При ХЛЛ часто спостерігається інфільтрація УІІ пари черепно – мозкових нервів із зниженням слуху, відчуттям закладеності, шумів у вухах.

Термінальна стадія – характерно виснаження, значне погіршення загального стану, розвиток ускладнень, наростання анемії (не тільки внаслідок пригнічення еритропоезу, але й внаслідок виникнення випадків аутоімунної гемолітичної анемії), поява геморагічного синдрому, значне збільшення лімфатичних вузлів та селезінки, рефрактерність до проведеної терапії. Перехід ХЛЛ в термінальну стадію частіше супроводжується саркоматозним ростом в лімфатичному вузлі.

Такі лімфатичні вузли починають швидко рости, набувають кам’янистої щільності, інфільтрують та здавлюють сусідні тканини, викликаючи набряк та больовий синдром. Часто саркоїдальний ріст в лімфатичних вузлах супроводжується підвищенням температури. Інколи такі вузли розміщуються в підшкірній клітковині обличчя, тулуба, кінцівок, під слизовою оболонкою в порожнині рота, носа, а судини, які в них

розвиваються надають їм вигляд крововиливів. Одним з проявів термінальної стадії хвороби може бути важка ниркова недостатність в результаті інфільтрації паренхіми органу пухлинними клітинами. Важким, нерідко смертельним ускладненням є герпетична інфекція.

В клінічній картині виділяють 2 синдроми:

1. лімфопроліферативний, зумовлений лімфоаденопатією, спленомегалією та лімфоїдною проліферацією кісткового мозку:

а) загальні симптоми, зумовлені інтоксикацією, розростанням лейкозних клітин в кістковому мозку, селезінці (шкірний зуд, лихоманка, пітливість, біль в кісках, селезінці та печінці);

б) гепато- та спленомегалія;

в) лейкемічні інфільтрати в шкірі (лейкеміди);

г) симптоми пов'язані із збільшенням регіонарних лімфатичних вузлів (медіастінальних, мезентеріальних);

д) характерні зміни в кістковому мозку та периферичній крові.

2. Синдром ускладнень:

а) гнійно – запальних;

б) аутоімунних (аутоімунна гемолітична анемія, аутоімунна тромбоцитопенія).

безпосередніми причинами загибелі хворих на ХЛЛ частіше усього є інтеркурентна інфекція, виражена анемізація, крововиливи в життєвоважливі органи і інтоксикація.

Діагностика ХЛЛ:

Лейкоцитоз з абсолютним лімфоцитозом в крові.

Більше 30% лімфоцитів в пунктаті кісткового мозку при дифузній лімфоїдній гіперплазії в трепанаті кісткового мозку.

Збільшення лімфатичних вузлів та селезінки – необов'язкова симптоматика ХЛЛ, але при втягненні в процес цих органів спостерігається дифузна проліферація лімфоцитів.

Додаткова діагностична ознака – тіні Гупрехта в мазку крові.

Доброякісна форма ХЛЛ викликає дуже повільне, помітне лише протягом років, але не місяців наростання лімфоцитів в крові паралельно із зростанням лейкоцитів.

Дуже повільне наростання лімфоцитозу до помітного збільшення лімфовузлів може тривати роки та десятиріччя. Весь цей час хворі знаходяться на “Д” обліку, і можуть потребувати цитостатичної терапії.

Прогресуюча (класична) форма.

ХЛЛ починається як доброякісна, але кількість лейкоцитів наростає від місяця до місяця разом з величиною лімфовузлів.

Пухлинна форма ХЛЛ.

Особливістю цієї форми є значне збільшення та щільна консистенція лімфатичних вузлів при невисокому лейкоцитозі.

Спленомегалічна форма ХЛЛ, характеризується переважним збільшенням селезінки при поширеному збільшенні лімфовузлів та різним рівнем лейкоцитозу. Ця форма прогностично більш сприятлива.

Кістково- мозкова форма ХЛЛ. швидко прогресуюча панцитопенія, тотальне або часткове заміщення кісткового мозку зрілими лімфоцитами. Лімфовузли не збільшені, селезінка за рідким виключенням також не збільшена, печінка також нормальних розмірів. Прогностично сприятлива форма.

Діагностичні критерії хронічного мієлолейкозу (ХМЛ)

Хронічна мієлоїдна лейкемія - це класичне гематологічне захворювання, яке проходить три стадії розвитку: хронічну стадію, стадію акселерації та стадію трансформації в гостру лейкемію.

Діагностика хронічної фази

ХМЛ розвивається переважно приховано. Клінічна картина проявляється різноманітними симптомами. Типові ускладнення зрідка демаскують ХМЛ.

1. Обставини виявлення

-Здебільшого захворювання виявляють випадково або завдяки систематичному загальному аналізу крові.

- Загальні симптоми: астенія; схуднення; відчуття дискомфорту в лівому підребер'ї; погіршення загального стану різного ступеня вираженості, але достатнього для призначення загального аналізу крові.

- Клінічне обстеження. Основним класичним симптомом є доступна для пальпації спленомегалія. Тепер цей симптом трапляється щораз рідше через ранню діагностику захворювання.

- Ускладнення: пріапізм, приступ подагри, інфаркт селезінки, геморагічні симптоми.

Гранулоцитарний Нейтрофільний Гіперлейкоцитоз з мієлемією повинен насторожити лікаря. Підозру на ХМЛ підтверджують еозинофілія, базофілія та гіпертромбоцитемія.

Остаточний діагноз встановлюють після виявлення філадельфійської хромосоми або її молекулярного еквівалента – гена.

2. Додаткове обстеження

- Для встановлення діагнозу найчастіше достатньо звичайного загального аналізу крові. Він виявляє значний гіперлейкоцитоз, часто понад $50 \times 10^9/\text{л}$. Гіперлейкоцитоз пов'язаний із зростанням абсолютної кількості нейтрофільних гранулоцитів. Менш пропорційним є зростання абсолютної кількості базофілів і особливо еозинофілів. Мієлемія складається переважно із зрілих клітин попередників (мієлоцити та метамієлоцити). Зрідка трапляються молоді клітини (про-мієлоцити та мієлобласти). Абсолютна кількість інших лейкоцитів крові залишається незмінною, хоч у відсотковому відношенні їх кількість значно зменшується. До інших відхилень загального аналізу крові належить незначна нормоцитарна анемія. Значно виразнішим є зростання кількості тромбоцитів понад $500 \times 10^9/\text{л}$. Під час встановлення діагнозу тромбоцитопенія трапляється рідко.

- Біохімічний аналіз крові виявляє пропорційну до гіперлейкоцитозу гіперурикемію та високий рівень лактатдегідрогенази. У гранулоцитах при ХМЛ значно знижений рівень лужної фосфатази нейтрофілів, ензиматичну активність якої визначають на кров'яних мазках з розрахунку на 100 нейтрофілів. Виявлення зниженого рівня лужних лейкоцитарних фосфатаз недостатньо для остаточної діагностики ХМЛ. Метод має багато псевдонегативних похибок і не є специфічним. У класичних випадках ХМЛ виявляють підвищений рівень вітаміну В12 та гістаміну.

- Коагуляція та гомеостаз. Подовження часу кровотечі відображає набуту тромбоцитопатію, яка трапляється також у випадках інших мієлопроліферативних синдромів. Подовження часу Квіка можна пов'язати з дефіцитом У-го фактору.

- Мієлограму необхідно зробити, хоча вона незначно допомагає в підтвердженні діагнозу. Мієлограма виявляє лише зростання целюлярності кісткового мозку з вираженою перевагою елементів нейтрофільного ряду. Вона допомагає під час диференціальної діагностики і є особливо важливою для вивчення каріотипу.

- Біопсія кісткового мозку підтверджує діагноз мієлопроліферативного синдрому із звуженням жирових депо. На момент встановлення діагнозу вона не виявляє значного фіброзу (відсутні явища колагенового фіброзу, але є ретикулярний фіброз).

Наявність у периферичній крові клітин мієлоїдного ряду. Клітини перших чотирьох рядів сучасної схеми кровотворення. Сукупність еозинофілів, базофілів та нейтрофілів.

Дослідження факторів зовнішнього шляху згортання крові в присутності надлишкового тканинного тромбoplastину. Формула клітинних елементів кісткового мозку.

• Хронічна мієломоноцитарна лейкемія. Диференціальна діагностика іноді є надзвичайно важкою. Лише каріотип або молекулярно-біологічне дослідження дозволяють встановити правдивий діагноз. У клінічній практиці необхідно розрізняти хронічний мієломоноцитарний синдром, який належить до групи мієлодисплазій, та хронічну мієломоноцитарну лейкемію, яка належить до мієлопроліферативних синдромів. Клінічні симптоми лейкемічної прогресії є чітко виражені (ексудативні серозити, специфічні ураження шкіри}, крім того, дуже часто діагностують недостатність кісткового мозку (анемія, тромбоцитопенія). Загальний аналіз крові виявляє анемію, моноцитоз, незначну мієлемію та тромбоцитопенію. Мієлограма та біопсія кісткового мозку підтверджують діагноз. Лізоцим крові та сечі значно підвищений.

Обладнання: навчальна кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук, мультимедійний проектор.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (перевірка робочих зошитів, спілкування з хворим на лейкози з метою збору скарг та анамнезу, фізикальне обстеження хворого; оцінка даних клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних даних), проведення

тестового контролю, вирішення клінічної задачі, письмове вирішення задач типу Крок-2 (10 завдань), фронтальне опитування, дискусія, рольова гра з теми заняття.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять: здобувач повинен знати сучасне визначення, етіологію, патогенез, класифікації анемії, лейкозів, геморагічних діатезів, суб'єктивні та об'єктивні дані при цих захворюваннях, знати лабораторні та інструментальні дані при цій патології.

Перелік дидактичних одиниць:

- провести суб'єктивне обстеження хворих на лейкози
- провести об'єктивне обстеження хворих на лейкози,
- призначити план додаткових лабораторно-інструментальних обстежень хворих на геморагічні діатези
- оцінити результати лабораторних досліджень у хворих на
- лейкози
- оволодіти навичками та вміннями оцінки провідних клінічних синдромів у хворих на лейкози

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Класифікація лейкозів.
2. Етіологія та патогенез лейкозів.
3. Основні клінічні синдроми при лейкозах.
4. Показники крові при гострому та хронічних лейкозах.

3.Формування професійних вмінь, навичок:

оволодіння навичками комунікації (збір скарг, деталізація скарг, збір анамнезу, оцінка результатів проведеного розпиту)

формування здатності клінічного обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти зробити фізикальне обстеження хворого),

формування здатності дати оцінку отриманим при клінічному обстеженні хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези даним;

провести клінічне тлумачення основних симптомів і синдромів при цих захворюваннях

формування здатності проведення сучасного лабораторно-інструментального обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти призначити план лабораторно-інструментального обстеження, надати оцінку результатам обстежень)

3.1. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Ситуаційні задачі:

Задачі типу КРОК-2

3. До лікаря звернувся пацієнт зі скаргами на загальну слабкість, біль у трубчастих костях, підвищену температуру. При обстеженні виявлене системне збільшення лімфовузлів, гепато-лієнальний синдром. В аналізі крові: ер.-2,6 т/л; Нв-67 г/л; тромбоцити- 45 г/л; лейкоцити 56 г/л, бласти 87%; п/я-1% ; с/я-7%; лімфоцити-5%; ШОЕ 55 мм/година; Ваш діагноз?

+ А Гострий лейкоз

У Хронічний мієлоїдний лейкоз

З Еритремія

Д Мієломна хвороба

4. У хворого 60-ти років при проведення профілактичного огляду виявлено в аналізі крові - кількість лейкоцитів 60 г/л, у формулі - лімфоцитів 89%. Збільшення шийних і пахових лімфовузлів. Незначна слабкість. Ваш діагноз?

А туберкульоз лімфатичних вузлів;

+У хронічний лімфолейкоз;

З інфекційний мононуклеоз;

Д інфекційний лімфоцитоз;

Е лімфогрануломатоз.

5. Чоловік 68 -мі років скаржиться на утому, пітливість, збільшення шийних, підщелепних і пахових лімфовузлів. У крові: лейкоцити- 35 г/л, з них лімфоцитів 60%; тельця Боткина-Гумпрехта; рівень гемоглобіну й кількість тромбоцитів у нормі. У мієлограммі лімфоцитів -40%. Який діагноз найбільш імовірний?

А гострий лейкоз;

У лімфогрануломатоз;

+ Із хронічний лімфолейкоз;

Д туберкульозний лімфаденіт;

Е хронічний мієлолейкоз.

6. Чоловік 48-ми років біля року відзначає слабкість, пітливість, вагу у верхніх відділах живота. При обстеженні в нього виявлено гепато-спленомегалія. В аналізі крові: нейтрофільний лейкоцитоз, еозинофільно- базофільна асоціація, одиничні бластні клітки. У біоптаті печінки мієлоїдна інфільтрація. Ваш діагноз?

+А хронічний мієлолейкоз

У хронічний лімфолейкоз;

З гострий лейкоз;

Д цироз печінки;

Е лейкемоїдна реакція.

7. Чоловік 65 років хворий кілька років, відзначає збільшення шийних, пахвових лімфовузлів, пітливість, слабкість. Погіршився стан 2 тижні тому назад: збільшилася печінка, селезінка, лімфовузлів. В аналізі крові: ер.-2,8 т/л; НВ- 92 г/л; Л-68 г/л; лімф.-86%; ШОЕ- 48 мм/година. У мазку периферичної крові клітки Боткина-Гумпрехта. Який з діагнозів вірний?

А хронічний мієлолейкоз

У сублейкемічний мієлоз

З лімфогранулематоз

Д туберкульоз

+Е хронічний лімфолейкоз

8. У хворого виявлене системне збільшення лімфовузлів, гепато-лієнальний синдром, виражена жовтяниця. В аналізі крові: р.-2,4 т/л; НВ- 58 г/л; ретикулоцити- 10%; тромбоцити-145г/л; лейкоцити - 56 г/л; лімфоцити-87%; п/я-1%; с/я-7%;м-5%; ШОЕ-55мм/година. Ваш діагноз основного захворювання? Яке ускладнення основного захворювання можна запідозрити по клініко-лабораторних показниках?

А апластична анемія

+У хронічний лімфолейкоз. Симптоматичний гемоліз

З токсична нейтропенія

Д агранулоцитоз

Е В12 дефіцитна анемія.

9. Чоловік 23-х років занедужав гостро. Протягом тижня температура 39-40 С, слабкість, пітливість, запаморочення, носові й ясневі кровотечі, крововиливу на шкірі тулуба. В аналізі крові: НВ-72 г/л; р.-2,3 т/л; лейкоцити 7,6 г/л; з-5%; л-9%; бластні клітки 86%; ШОЕ - 23мм/година. Який з перерахований найбільш достовірний.

+А гострий лейкоз

У сепсис

З туберкульоз

Д геморагический васкулит

Е системна червона волчанка

10 Хворий 27 років близько року відмічає втому, пітливість, важкість у лівому підбер'ї, особливо після приймання їжі. Об'єктивно: збільшення селезінки, печінки. У крові: ер. – 3,21012/л, Нв – 100 г/л, КП – 0,87, лейкоц. – 100109 /л, б. – 7 %, е. – 5 %, м. – 15 %, ю. – 16 %, п. – 10 %, с. – 45 %, лімф. – 2 %, мон. – 0 %, ретикул. – 0,3 %, тромб. – 400109 /л, ШОЕ – 25 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

А.+ Хронічний мієлолейкоз.

Д. Еритремія.

В. Хронічний лімфолейкоз.

Е. Цироз печінки.

С. Гострий лейкоз.

11 Хворий 46 років скаржиться на свербіж шкіри, пітливість, особливо вночі, підвищення температури до 38,6°С. Об'єктивно: на шкірі грудей сліди розчухів, надключичні лімфовузли величиною з голубине яйце, зі шкірою не спаяні. Яке дослідження є найбільш доцільним?

+А. Пункція збільшеного лімфовузла.

В. Загальний аналіз крові.

С. Оглядова рентгенографія грудної клітки.

Д. Імунограма.

Е. Загальний білок та білкові фракції

11. Хворий 63 років звернувся зі скаргами на біль у попереку. З приводу радикуліту проведено курс фізіотерапевтичного лікування. Однак стан хворого не покращився. Хворому проведено Ro-графію кісток хребта та таза, на котрих знайдено остеопороз і

значні кісткові дефекти. В крові помірна нормохромна анемія, в сечі – протеїнурія. Загальний білок крові – 10,7 г/л. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

- +А. Мієломна хвороба.
- D. Метастази в кістці.
- B. Сечокам'яна хвороба.
- E. Системний остеопороз.
- C. Гострий радикуліт.

3.2. Вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення: обґрунтування діагнозу на підставі скарг, даних анамнезу хвороби та життя, клінічного та лабораторно-інструментального обстеження.

3.3. Матеріали контролю для заключного етапу заняття: вирішення двох клінічних задач з теми заняття, відповідь на 10 тестів (у разі необхідності).

4. Підведення підсумків,

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 18

Тема: Тромбоцитопенії та тромбоцитопатії. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування. Роль стоматолога у профілактиці.

Мета: Набуття здобувачем знань та оволодіння професійними компетентностями під час проведення обстеження хворого на тромбоцитопенії та тромбоцитопатії - розпиту, фізикального обстеження, лабораторно-інструментальних досліджень.

Основні поняття: Найбільш відоме і поширене захворювання цієї групи - ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура (ІТП). Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура буває як спадкової, так і набутою, останній варіант зустрічається частіше. Частота ІТП становить приблизно 1 / 10 000, при цьому жінки хворіють приблизно в 2 рази частіше, ніж чоловіки (в дитячому віці дівчатка і хлопчики хворіють з однаковою частотою). Придбаной ІТП частіше хворіють жінки у віці від 20 до 50 років. Часто ІТП виникає на тлі таких захворювань як хронічний лімфолейкоз, лімфогранулематоз, бронхіальна астма, системний червоний вовчак та інших аутоімунних захворювань. У цьому випадку головною причиною зниження кількості тромбоцитів у крові є пригнічення

мегакаріоцитарного паростка кісткового мозку, однак приєднання імунного механізму посилює тромбоцитопенію. Антитіла при ІТП виробляються проти незмінених тромбоцитарних антигенів, найчастіше бувають спрямовані проти головних і найбільш імуногенних білків тромбоцитів - комплексу мембранних глікопротеїдів (ГП) ІІв -ІІа та ДП Ів. В основі патогенезу захворювання лежить вкорочення тривалості життя тромбоцитів. Нормальна тривалість життя тромбоцитів досягає 7-10 днів, а при хворобі Верльгофа (ІТП) кілька годин. Внаслідок руйнування тромбоцитів (руйнування йде як за рахунок дії аутоантитіл, так і за рахунок руйнування в селезінці) відбувається різка активізація тромбоцитопоеза. Освіта тромбоцитів збільшується в 2-6 разів, збільшується кількість мегакаріоцитів, різко прискорюється відщеплення тромбоцитів від мегакаріоцитів. Все це створює помилкове враження що порушена відшнуровуванням тромбоцитів, хоча насправді відшнуровуванням відбувається набагато швидше.

В окрему підгрупу виділяють так звані гаптенного (гетероімунні) тромбоцитопенії. При цій патології аутоантитіла виробляються проти змінених або чужорідних антигенних структур на поверхні тромбоцитів, що з'являються, наприклад, в результаті впливу ліків або вірусів. Серед лікарських препаратів, здатних стимулювати вироблення гаптенного антитіл і лікарську тромбоцитопенію, виділяють препарати хінідінового ряду і гепарин. Лікарські тромбоцитопенії носять тимчасовий характер і зазвичай зникають після припинення прийому препаратів. Гетероімунні тромбоцитопенії в результаті впливу вірусів найчастіше зустрічаються у дітей, іноді тромбоцитопенія може бути наслідком вакцинації. У дорослих відома асоціація тромбоцитопенії з ВІЛ- інфекцією. Передбачається, що віруси можуть змінювати антигенну структуру тромбоцитів, як в результаті взаємодії з мембранними білками, так і внаслідок неспецифічної фіксації на поверхні тромбоцитів. У результаті може відбуватися, вироблення антитіл проти змінених тромбоцитарних антигенів і перехресне взаємодія власне противірусних антитіл з тромбоцитами.

Тромбоцитопатії.

Тромбоцитопатії - велика група захворювань, що характеризується якісним порушенням кров'яних пластинок (тромбоцитів). При тромбоцитопатій у тромбоцитів функції агрегації і адгезії знижені або відсутні зовсім, тому основний ознака тромбоцитопатій це підвищена кровоточивість. Тромбоцитопатії зустрічаються з однаковою частотою, як у чоловіків, так і у жінок, але ознаки підвищеної кровоточивості у жінок більш виражені.

Тромбоцитопатії поділяються на дві великі групи: *вроджені* і *набуті* протягом життя.

Вроджені порушення тромбоцитів характеризуються спадковим дефіцитом спеціальних білків на поверхні тромбоцитів або білкових гранул, які знаходяться в порожнині пластинок, а також порушенням форми і розмірів тромбоцитів. До вроджених тромбоцитопатій відносяться: тромбоцитопатія Гланцмана, синдром Бернара - Сульє, аномалія Мея - Хегглина, а також у край рідкісні дефекти тромбоцитів такі як аномалія Пірсона - Стобі, есенціальна атромбія та ін Найбільш небезпечними проявами захворювання є крововиливи в сітківку ока, головний мозок і його оболонки. При *придбаних* тромбоцитопатій так само, як і при вроджених, має місце дефіцит білків, як на поверхні тромбоцитів, так і в самих пластинках, але причиною цього є вплив ззовні. Клінічні прояви ті ж, що у вроджених тромбоцитопатій.

Причини виникнення придбаних тромбоцитопатій:

- захворювання системи крові (гострий лейкоз, хронічні лейкози, В12 -дефіцитна анемія, різні форми дефіцитів факторів згортання крові);
- захворювання печінки, найчастіше - цироз печінки;
- захворювання нирок з порушенням їх функцій в останніх стадіях (важкі форми гломерулонефритів, полікістоз та ін);
- масивні переливання крові і плазми (у даній ситуації зміни в тромбоцитах ліквідуються, як правило, самостійно протягом 2-3 діб);
- захворювання щитовидної залози, такі як гіпотиреоз, лікування якого повністю відновлює функції тромбоцитів;
- застосування різних лікарських препаратів: аспірин, похідні нестероїдних протизапальні засоби, такі як індометацин, ортофен; а також трентал, курантил, еуфілін, деякі психотропні засоби - аміназин, амітриптилін та ін Час дії на тромбоцити кожного з препаратів залежить від часу циркуляції в крові, дію деяких з них, наприклад, аспірину може зберігатися до 5 діб після одноразового прийому. Ступінь вираженості підвищеної кровоточивості строго індивідуальна у кожної людини.

У лікуванні використовуються препарати, що підсилюють склеюючу здатність тромбоцитів (це амінокапронова кислота, АТФ, гормональна терапія). При масивних кровотечах застосовується замісна терапія препаратами крові: свіжозаморожена плазма, кріопреципітат, в рідкісних випадках концентрат донорських тромбоцитів. При придбаних тромбоцитопатій основним завданням є усунення причини підвищеної кровоточивості.

Обладнання: навчальна кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук, мультимедійний проектор.

План:

2. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (перевірка робочих зошитів, спілкування з хворим на лейкози з метою збору скарг та анамнезу, фізикальне обстеження хворого; оцінка даних клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних даних), проведення тестового контролю, вирішення клінічної задачі, письмове вирішення задач типу Крок-2 (10 завдань), фронтальне опитування, дискусія, рольова гра з теми заняття.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять: здобувач повинен знати сучасне визначення, етіологію, патогенез, класифікації анемії, лейкозів, геморагічних діатезів, суб'єктивні та об'єктивні дані при цих захворюваннях, знати лабораторні та інструментальні дані при цій патології.

Перелік дидактичних одиниць:

- ознайомити здобувачів, створити уявлення про етіологію та патогенез, тромбоцитопеній та тромбоцитопатій.

- здобувач повинен засвоїти основні симптоми та синдроми у хворих на тромбоцитопенії та тромбоцитопатії;

- надати здобувачам можливість оволодіти навичками обстеження хворих даних захворюваннях

- надати здобувачам вміння скласти план обстеження хворих на тромбоцитопенії та тромбоцитопатії різного генезу.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Перерахувати хвороби й стани, які супроводжуються тромбоцитопенією. Назвати ступені її важкості.

2. Навести класифікацію тромбоцитопатій.

3. Назвати препарати, які викликають медикаментозну тромбоцитопенію і тромбоцитопатію.

4. Охарактеризувати тип і прояви геморагічного синдрому, який виникає в пацієнтів із тромбоцитопенією й тромбоцитопатією.

5. Описати прояви геморагічного синдрому в ротовій порожнині в хворих з патологією тромбоцитів.

6. Назвати методи лабораторного дослідження, які дозволяють встановити клінічний діагноз тромбоцитопеній і тромбоцитопатій різної етіології.

7. Охарактеризувати ступені важкості тромбоцитопенії за кількістю тромбоцитів у периферичній крові та проявами геморагічного синдрому.

8. Охарактеризувати лікування ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури.
9. Назвати показання для переливання концентрату тромбоцитів пацієнтам з тромбоцитопенією.
10. Назвати препарати, які сприяють зупинці кровотечі, покращуючи функцію тромбоцитів.
11. Назвати препарати, які протипоказані пацієнтам з тромбоцитопенією й тромбоцитопатією. Пояснити, чому.
12. Охарактеризувати тактику стоматолога під час інвазивних маніпуляцій в пацієнтів з тромбоцитопенією й тромбоцитопатією.

3.Формування професійних вмінь, навичок:

оволодіння навичками комунікації (збір скарг, деталізація скарг, збір анамнезу, оцінка результатів проведеного розпиту)

формування здатності клінічного обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти зробити фізикальне обстеження хворого),

формування здатності дати оцінку отриманим при клінічному обстеженні хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези даним;

провести клінічне тлумачення основних симптомів і синдромів при цих захворюваннях

формування здатності проведення сучасного лабораторно-інструментального обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти призначити план лабораторно-інструментального обстеження, надати оцінку результатам обстежень)

3.1.Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

1. У хворого виник геморагічний синдром за мікроциркуляторним типом.
 - 1) Описати клінічні прояви геморагічного синдрому в пацієнта.
 - 2) Назвати питання, які слід задати пацієнтові під час збору анамнезу для з'ясування причини кровотечі.
 - 3) Призначити план обстеження для встановлення діагнозу.
 - 4) Описати характерні зміни гемостазіологічних показників у пацієнта.
- Перерахувати заходи, скеровані на зупинку кровотечі після екстракції зуба в даного хворого.

Задачі „КРОК”.

ЗАВДАННЯ №1. Блідість шкіри, збільшення лімфатичних вузлів, печінки та селезінки, біль у кістках та суглобах, в крові значна кількість незрілих клітин у лейкоцитарній формулі. Яке захворювання має такий симптомокомплекс:

- A. *Лейкемія
- B. Гіпопластична анемія
- C. Тромбоцитопенія
- D. Капіляротоксикоз
- E. Гемофілія

ЗАВДАННЯ №2. Ви медсестра соматичного відділення. У стаціонар поступила дитина 5 років зі скаргами на носову кровотечу, крововиливи на шкірі – несиметричні петехії та екхімози. Які зміни у загальному аналізі крові підтвердять попередній діагноз захворювання?

- A. *Тромбоцитопенія
- B. Анемія
- C. Лейкопенія
- D. Наявність баластних клітин
- E. Нейтрофілія

ЗАВДАННЯ №3. Ви - медична сестра дитячої поліклініки. Дитині 7 місяців, народилася недоношеною, перебувала на ранньому штучному вигодовуванні, знаходиться на диспансерному обліку з приводу рахіту. 20 квітня була госпіталізована до дитячої лікарні після нападу ларингоспазму. Які показники крові необхідно враховувати для надання невідкладної допомоги дитині та подальшого лікування?

- A. *Гіпокальцемія
- B. Тромбоцитопенія
- C. Лейкоцитоз
- D. Гіпоглікемія
- E. Гіпербілірубпенія

ЗАВДАННЯ №4. У хлопчика 11 місяців з'явилися петехіальний висип та екхімози на шкірі тулуба, кінцівок, помірна носова кровотеча. Об'єктивно: блідість шкіри і слизових оболонок, шкірний геморагічний синдром. З боку серця та легень - без патології. Живіт м'який, печінка та селезінка не збільшені. Загальний аналіз крові: ер.-3,9 Т/л, Нв-110 г/л, КП-0,9, лейк.-6,8 Г/л, п.-3%, с.-38%, л.-57%, м.-2%, ШЗЕ-6 мм/год, тромбоцити - 30 Г/л. Час зсідання крові за Лі-Уайтом - 8 хв. Яке найбільш вірогідне захворювання у дитини?

- A. *Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
- B. ізоімунна тромбоцитопенічна пурпура
- C. Трансімунна тромбоцитопенічна пурпура
- D. Геморагічний васкуліт
- E. Тромбоцитопатія

ЗАВДАННЯ №5. Жінка, 28 років, звернулася до лікаря зі скаргами на шкірні геморагії після незначних травм та спонані на передній поверхні тулубу та кінцівках. Ці

прояви з'явилися декілька місяців тому При обстеженні виявлені строката шкіра (свіжі і старі геморагії), позитивні симптоми жгута і щипка, кровотечі з ясен. У крові тромбоцитів $20 \cdot 10^9/\text{л}$, у кістковому мозку збільшена кількість мегакаріоцитів і відсутня отшнуровка тромбоцитів; відсутня ретракція кров'яного згустка - сироватка не відділяється. Проведене лікування стероїдними гормонами дало позитивний ефект. Рекомендоване: медико-генетична консультація та диспансерне спостереження. Яке захворювання у жінки?

- A. *ідіопатична **тромбоцитопенічна пурпура**
- B. Гемофілія
- C. Хвороба Рандю-Ослера
- D. ДВЗ-синдром
- E. Геморагічний васкуліт

ЗАВДАННЯ №6. У хворої на 10 день захворювання на грип з'явилися носові кровотечі, дрібні крововиливи на слизовій ротової порожнини та шкірі, кровоточивість з ясен. Заг.ан.крові: Нь-110 г/л, к.п.-0,9, L-7,1Г/л, тромбоцити-90,0 Г/л, П-6%, С-52%, М-12%, Л-30%, ШОЕ-18 мм/год. Який попередній діагноз можна поставити ?

- A. *ідіопатична **тромбоцитопенічна пурпура**
- B. гострий лейкоз
- C. апластична анемія
- D. системний червоний вовчак
- E. мієломна хвороба

ЗАВДАННЯ №7. Пацієнтка скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, відчуття повзання "мурашок", затерпність нижніх кінцівок, періодично прострілюючий біль у кінцівках, а також на відчуття печії в кінчику язика. При обстеженні: шкіряні покриви бліді, субіктеричність склер, язик яскравочервоний, блискучий, гладенький. В аналізі крові: кольоровий показник – 1,4, акроцитоз еритроцитів, анізоцитоз, тільця Жолі, кільця Кебота. Для якого захворювання типові ці ознаки?

- A. *В12-фолієводефіцитна анемія
- B. Залізодефіцитна анемія
- C. Хронічна постгеморагічна анемія
- D. Гемолітична анемія
- E. Тромбоцитопенія

ЗАВДАННЯ №8. Хвора 26 років скаржиться на підвищення температури до 38°C , боляче ковтання, запах із рота, кровоточивість ясен. Хворіє ревматизмом, приймає бутадіон, амідопирин. Об'єктивно: слизова оболонка ротової порожнини бліда, геморагії, ділянки некроза на міндалинах та по ясневому краю в області жувальних зубів зліва. Лімфовузли збільшені, безболячі. Які зміни у аналізі крові цієї хворої будуть найбільш імовірні?

- A. *Агаранулоцитоз

- В. Збільшення кольорового показника
- С. Мієлобластоз
- Д. Лімфоопенія
- Е. Тромбоцитопенія

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 19

Тема: Гемофілії А, В, С. Хвороба Віллебранда. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика та принципи лікування.

Мета: Набуття здобувачем знань та оволодіння професійними компетентностями під час проведення обстеження хворого на гемофілії - розпиту, фізикального обстеження, лабораторно-інструментальних досліджень.

Основні поняття: Геморагічні захворювання, які виявляються підвищеною кровоточивістю, стає все більш поширеними в зв'язку з більше широким застосуванням в побуту та на виробництві хімічних та фізичних факторів, призводячи к тромбоцито- та коагулопатіям, імунним васкулітам; а також пов'язано з погіршенням екологічного становища. Окрім того й геморагічним синдромом, та їх росту сприяє більш широке застосування протезів судин, клапанів серця апаратів штучного кровообігу та гемодіалізу; застосування ліків. Наприклад, вивчаємо в рамках даної теми ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура як раз і вказує на труднощі етіологічної діагностики цієї тромбоцитопатії. Геморагічні діатези можна поділити на тромбоцитонемії - тромбоцитопатії (хвороба Верльгофа), деякі спадкові тромбоцитопатії (хвороба Мейо, Гланціана) та придбані тромбоцитонемії (внаслідок механічного зруйнування - використання ДНК, діалізаторів, протезів клапанів та ін. та при генералізації, при застосуванні ліків - левоміцитін, НПЗЗ тат.п.); на коагулопатії (природженні при дефіциті факторів згортання - гемофілія А,В,С та ін. та придбані: при ДВС синдромі, застосування антикоагулянтів) та геморагічні васкуліти.

Гемофілія — невиліковне генетичне захворювання, пов'язане з порушенням коагуляції (згортання) крові; при цьому захворюванні різко зростає небезпека загибелі від крововиливу в мозок та інші життєво важливі органи, навіть при незначній травмі. Хворі з важкою формою гемофілії нерідко піддаються інвалідизації, внаслідок частих крововиливів в суглоби (гемартрози) і м'язові тканини (гематоми).

Гемофілія з'являється через мутації одного з генів, найчастіше в X-хромосомі. Залежно від конкретного гену розрізняють три типи гемофілії (А, В, С).

- Гемофілія А викликана дефектним білком — фактором крові VIII, так звана «класична гемофілія» (рецесивна мутація в X-хромосомі)
- Гемофілія В викликана дефектним фактором крові IX (рецесивна мутація в X-хромосомі)
- Гемофілія С викликана дефектним фактором крові XI, (аутосомна рецесивна мутація), відома в основному у євреїв-ашкеназі.

Зазвичай хворобою страждають чоловіки, жінки ж виступають як носії гемофілії, які самі нею не хворіють, але можуть народити хворих синів або дочок-носійок. Найвідомішою носійкою гемофілії в історії була королева Вікторія; мабуть, ця мутація відбулася в її генотипі *de novo*, оскільки в сім'ях її батьків гемофіліки не зареєстровані. Гемофілією страждав один з синів Вікторії (Леопольд, герцог Олбані), а також ряд внуків і правнуків — нащадків її дочок.

Хоча хвороба на сьогоднішній день невиліковна, її протікання контролюється за допомогою ін'єкцій бракуючого фактора згортання крові, частіше всього виділеного з донорської крові. Деякі гемофіліки виробляють антитіла проти цього білка, що приводить до збільшення необхідної дози фактора або застосування замінників, таких як свинячий фактор VIII. В цілому сучасні гемофіліки при правильному лікуванні живуть стільки ж, скільки і здорові люди.

1. **Хвороба Віллебранда** — автосомно-домінантний наслідуваний геморагічний діатез із групи коагулопатій. Частота хвороби Віллебранда становить близько 2 : 100 000 населення. Це друге місце за частотою після гемофілії. Дещо частіше хворіють жінки.

В основі хвороби Віллебранда лежить порушення синтезу основного кофактора фактора VIII, який називають фактором Віллебранда, або ристоцетин-кофактором.

Фактор VIII циркулює в крові як протеїновий комплекс, що складається з однотипних субодиниць. У кожній із субодиниць є частини з коагулянтною активністю (VIIIк), активністю фактора Віллебранда (VIII.ФВ), основний антиген комплексу (VIII. АГ), антиген коагулянтної частини комплексу (VIII.АГ), вуглеводна і білкова частини.

Фактор Віллебранда регулює синтез коагулянтної частини фактора VIII, а також контролює адгезивну функцію тромбоцитів. Міститься фактор Віллебранда не лише в складі фактора VIII, а й у гранулах тромбоцитів і в ендотелії судин, де він синтезується. При зменшенні вмісту фактора Віллебранда знижується коагулянтна активність фактора VIII, що є причиною порушення згортання крові, знижується адгезивність тромбоцитів, а також ристоцетин-агрегація тромбоцитів при нормальній агрегації на тромбін, АДФ та інші агрегувальні агенти.

Таким чином, кровоточивість при хворобі Віллебранда зумовлена порушеннями в коагуляційній і тромбоцитарно-судинній фазі гемостазу.

Хворобу Віллебранда можна вважати набутою, якщо її початок припадає на старший вік та відсутні анамнестичні дані про сімейно-спадковий характер. У такому разі патогенез хвороби пов'язаний з автоімунними порушеннями, переважно із синтезом антитіл до фактора Віллебранда або появою циркулюючого інгібітора фактора VIII, який нейтралізує активність фактора Віллебранда. Синдром набутої хвороби Віллебранда описано при системному червоному вовчаку, гіпернефромі, лімфопроліферативних захворюваннях.

Клінічні проявлення геморагічних діатезів визначаються кровоізліяннями (точечні або у вигляді гематом) та кровотечі, що призводить до порушення функцій органів, анемізації; особливо при кровозміненнях в ЦНС чи при здавленні периферичних нервів великими гематомами.

Обладнання: навчальна кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук, мультимедійний проектор.

План:

3. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (перевірка робочих зошитів, спілкування з хворим на лейкози з метою збору скарг та анамнезу, фізикальне обстеження хворого; оцінка даних клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних даних), проведення тестового контролю, вирішення клінічної задачі, письмове вирішення задач типу Крок-2 (10 завдань), фронтальне опитування, дискусія, рольова гра з теми заняття.
 - 2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять:

здобувач повинен знати сучасне визначення, етіологію, патогенез, класифікації анемії, лейкозів, геморагічних діатезів, суб'єктивні та об'єктивні дані при цих захворюваннях, знати лабораторні та інструментальні дані при цій патології.

Перелік дидактичних одиниць:

1. здобувач повинний знати клінічну картину хвороби Верльгофа (II рівень).
 2. здобувач повинний знати методологію обстеження хворих лейкозами та геморагічними діатезами (II рівень).
 3. здобувач повинний знати типи кровоточивості (II рівень).
 4. Надати можливість здобувачам оволодіти навиками обстеження хворих лейкозами та геморагічними діатезами (III рівень).
 5. Надати можливість здобувачам оволодіти навиками та вміннями оцінки клінічних змін та змін периферійної крові та кістковомозкового пунктату при лейкозах (III рівень).
 6. Надати можливість здобувачам вмінням оцінити стану згортаючої крові (III рівень).
 7. Надати можливість здобувачам дослідити теоретично можливості оптимізації діагностичного пошуку при геморагічних діатезах різної етіології
- 2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Пояснити термін «кондуктор гемофілії», відмінності успадкування гемофілій А, В, С, хвороби Віллебранда.
2. Описати типи кровоточивості при коагулопатіях.
3. Назвати небезпечні (несприятливі для прогнозу) локалізації гематом.
4. Описати зміни загального аналізу крові та показників коагулограми при різних гемофіліях та хворобі Віллебранда.
5. Пояснити поняття «гемостатичний мінімум», чому він різний для різних коагулопатій?
6. Описати клінічну картину гемофілій А, В, С, хворобі Віллебранда. Яка різниця є між ними?
7. Сформулювати критерії діагнозу гемофілій А, В, С, хвороби Віллебранда.

3.Формування професійних вмінь, навичок:

оволодіння навичками комунікації (збір скарг, деталізація скарг, збір анамнезу, оцінка результатів проведеного розпиту)

формування здатності клінічного обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти зробити фізикальне обстеження хворого),

формування здатності дати оцінку отриманим при клінічному обстеженні хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези даним;

провести клінічне тлумачення основних симптомів і синдромів при цих захворюваннях

формування здатності проведення сучасного лабораторно-інструментального обстеження хворого на анемії, лейкози, геморагічні діатези (здобувач повинен вміти призначити план лабораторно-інструментального обстеження, надати оцінку результатам обстежень)

3.1. Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

2. У хворого виник геморагічний синдром за мікроциркуляторним типом.

5) Описати клінічні прояви геморагічного синдрому в пацієнта.

6) Назвати питання, які слід задати пацієнтові під час збору анамнезу для з'ясування причини кровотечі.

7) Призначити план обстеження для встановлення діагнозу.

8) Описати характерні зміни гемостазіологічних показників у пацієнта.

Перерахувати заходи, скеровані на зупинку кровотечі після екстракції зуба в даного хворого.

Задачі „КРОК”.

1. Хвора 37 років протягом останніх 6 років відзначає часті носові кровотечі, виражені метрорагії, періодичне утворення синців на шкірі. 10 днів тому після значної носової кровотечі підсилилася слабкість, з'явилися запаморочення та серцебиття. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, на передній поверхні тулуба, ніг та рук поширені петехіальні геморагії та поодинокі екхімози. У крові: Нb – 80 г/л, ер. – 4,01012/л, КП – 0,7; лейкоц. – 5,3109 /л; п. – 2 %, с. – 65 %, е. – 2 %, л. – 24 %, м. – 5 %, тромб. – 10109 /л, ШОЕ – 15 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

+А. Хвороба Верльгофа.

Д. Залізодефіцитна анемія.

В. Гемофілія.

Е. Апластична анемія.

С. Геморагічний васкуліт

2. Хворий 16-ти років хворий з 5-літнього віку, коли вперше після апендектомії спостерігалася масивна й тривала кровотеча з післяопераційної рани. Пізніше відзначалися кровотечі після незначних травм. 4 роки тому назад – гемартроз колінного суглоба. 3 роки тому назад лікувався у зв'язку з поза черевною гематомою. Виявлено дефіцит VIII фактора згортання крові. Найбільш достовірний діагноз?

+А гемофілія А

У гемофілія В

Із тромбоцитопенічна пурпура

Д геморагічний васкуліт

Е вроджена тромбоцитопатія

3. Жінка 32 років скаржиться на безпричинну появу синців, слабкість, кровоточивість ясен, менорагії. Об'єктивно: слизуваті оболонки й шкірні покриви бліді із крововиливами різної давнини. Лімфатичні вузли не збільшені. Пульс-100 уд. в одну хв.; АТ – 110/70 мм. рт. ст. З боку внутрішніх органів змін немає. Аналіз крові: ер.- 3,0 т/л; НВ- 92 г/л; КП- 0,9; анізоцитоз, пойкилоцитоз; лейкоц.- 10 г/л; е.-2%; п.- 12%; с.- 68%; л.-10%; м.-7%; ШОЕ - 12 мм/година.

Додаткове визначення якого показника доцільно для встановлення діагнозу?

- А час згортання крові
- У фібриногену
- З ретикулоцитів
- Д осмотичної резистентності еритроцитів
- +Е тромбоцитів

4. Пацієнт 18 років хворіє з раннього дитинства. У крові: Нв – 110 г/л, ер. – 3,91012/л, КП – 0,8, лейкоц. – 6,0109 /л; ШОЕ – 30 мм/год. Коагулограма: протромбінний індекс 95 %, ретракція кров'яного згортка 50 %, час згортання крові – через 40 хв не відбулось, тривалість кровотечі – 3 хв. Які механізми лежать в основі патогенезу даного захворювання?

- +А. Недостатність у крові антигемофільного глобуліну А.
- В. Дефіцит вітаміну С.
- С. Наявність специфічних антитіл до ендотеліальних стінок судин.
- Д. Імунне пригнічення кісткового мозку.
- Е. Екзогенний дефіцит заліза

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 20

Тема: Вторинні імунодефіцити. Стоматологічні аспекти хвороб імунної системи.

Мета: Набуття здобувачем знань та оволодіння професійними компетентностями під час проведення обстеження хворого на вторинні імунодефіцити- розпиту, фізикального обстеження, лабораторно-інструментальних досліджень.

Основні поняття: **Вторинний імунодефіцит** — клініко імунологічний синдром, який розвивається на тлі раніш нормально функціонуючої імунної системи, характеризується стійким вираженим зниженням кількісних та функціональних показників специфічних і/або неспецифічних факторів імунорезистентності, що є фактором ризику розвитку хронічних інфекційних захворювань, аутоімунної патології та пухлин.

Таке визначення вторинного імунодефіциту висвітлює особливості його етіології та патогенезу. По - перше, порушення імунітету з'являються у людини, яка раніш була здорова як клінічно, так і мала нормальні імунологічні показники. По друге, частіше на прийом до стоматолога потрапляє хворий, в якого вже є клінічні прояви вторинного імунодефіциту в порожнині рота, наприклад хронічні, резистентні до традиційної терапії інфекційно запальні захворювання. Але важливо спрямувати увагу на те, що у практично здорових людей можуть бути виявлені лабораторні ознаки вторинного імунодефіциту з мінімальними клінічними проявами. В цьому разі необхідно пам'ятати, що в такого пацієнта існує значний **ризик розвитку захворювання**, поєданого з імунодефіцитом — **інфекційного, аутоімунного або онкологічного**.

Синдром хронічної втоми (СХВ) характеризується хронічною втомлюваністю, що відчувають хворі, яка не зникає після відпочинку і призводить із часом до значного зниження працездатності – як розумової, так і фізичної. СХВ реєструється переважно в екологічно неблагоприємних регіонах із високим рівнем забруднення навколишнього середовища хімічно шкідливими речовинами або з підвищеним рівнем радіації. Найбільш часто він спостерігається у 20-40-річному віці і дещо частіше серед жінок. Порушення взаємодії між нервовою, імунною і ендокринною системою відіграє важливу роль у розвитку і прогресуванні СХВ. Імунологічні зміни: зниження рівня Т-клітин, дисбаланс основних субпопуляцій Т-лімфоцитів (Т-хелперів і Т-супресорів), зниження проліферативної активності Т-лімфоцитів, зниження функції природних кілерів, дизімуноглобулінемія. У лікування СХВ входять препарати імунокоригуючої дії та адаптогени рослинного походження.

ВІЛ-інфікування – це стан, коли людина заражена вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ). СНІД – хвороба, кінцева стадія ВІЛ-інфікування. У результаті ураження імунної системи даним вірусом організм стає сприятливим до опортуністичної інфекції, що з часом призводить до смерті хворого. Шляхи передачі: статевий, парентеральний, трансплантаційний. Збудник поражє імунні клітини, які мають зовнішні рецептори CD4, що мають спорідненість із глікопротеїдами віруса (Т-хелпери, макрофаги, моноцити, астроцити, гліальні клітини ЦНС, судинний епітелій та ін.). Розвивається стан імунодефіциту, що може тривати 10 і більше років. Зменшення Т-лімфоцитів призводить до активації гуморальної ланки імунітету, гіперпродукції імуноглобулінів, циркуляції імунних комплексів. Внаслідок цих змін відбувається активація ендогенної мікрофлори: вірусу герпесу, дріжджових грибків, мікобактерій, аспергіл, криптококів, цитомегаловірусів, пневмоцист, токсоплазм, що й зумовлює відповідні клінічні прояви захворювання. Крім того, ВІЛ володіє онкогенною активністю (саркома Капоші, лімфоми).

Стадії:

1. Стадія гострого захворювання;
2. Стадія безсимптомного носійства;
3. Стадія персистуючої генералізованої лімфаденопатії;
4. СНІД-асоційований комплекс;
5. СНІД (церебральна, легенева, кишкова, дисемінована, неопластична клінічна форма).

Діагностика:

- епідеміологічний анамнез;
- клінічна картина;
- лабораторне підтвердження двома методами: 1 – виділення та ідентифікація вірусу; 2 – визначення антитіл до ВІЛ (метод ІФА, метод імуноблотингу, метод радіоімунопреципітації).

Лікування:

1. нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (зидовудин, диданозин, зальцитабін, ставудин, ламівудин);
2. нунуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази (невірапін, делавердин);
3. інгібітори протеаз (індинавір, ритонавір, саквінавір, нелфінавір).

Вторинні імунодефіцити можуть бути викликані наступними причинами:

1. Захворювання імунної системи.
 - А. Дефект В ланки імунної системи: плазмоцитоз та хвороба Вальденстрема, хронічний лімфолейкоз, неходжкінські лімфоми.
 - Б. Дефект Т ланки імунної системи: саркоїдоз, лімфогранулематоз.
 2. Генералізовані порушення кісткового мозку: мієлоз, мієлофіброз.
 3. Інфекційні захворювання.
 - А. Гострі інфекції: кір, грип, герпес і т. п.
 - Б. Хронічні інфекції: лепра, кандидоз, туберкульоз.
 - В. Синдром набутого імунодефіциту.
 4. Порушення обміну речовин та інтоксикація: синдром дефіциту антитіл внаслідок втрати білку, виснаження, порушення харчування, опік, уремія тощо.
 5. Екзогенні впливи:
 - А. Фізичні: радіоактивне, ультрафіолетове, магнітне та СВЧ опромінення.
 - Б. Хімічні: імуносупресивні препарати, хіміопрепарати, кортикостероїди, пестициди, гербіциди, наркотики, деякі антибіотики і т. і.
 - В. Біологічні: введення антилімфоцитарного/антитимоцитарного глобуліну тощо.
 6. «Природні» імунодефіцити: ранній дитячий вік, геронтологічний вік, вагітність.
- Ознаки, які дозволяють запідозрити наявність вторинного імунодефіциту:
1. Рецидивуючі бактеріально вірусні інфекції, які характеризуються:
 - а) хронічним перебігом;
 - б) неповним одужанням;
 - в) рефрактерністю до традиційного лікування;
 - г) нестійкими ремісіями;
 - д) незвичними збудниками (умовно патогенна флора, опортуністична інфекція, із зниженою вірулентністю, з множинною стійкістю до антибіотиків).
 2. Стать, вік, наявність кровних родичів з імунодефіцитами.
 3. Незвичні реакції на живі, ослаблені вакцини.
 4. Дані фізичного обстеження:

- а) недостатність або затримка розвитку;
- б) зниження ваги тіла;
- в) хронічна діарея;
- г) субфебрилітет;
- д) органомегалія;
- е) збільшення, недорозвиток або відсутність лімфовузлів, мигдаликів, тимуса; ж) дерматити, шкірні абсцеси;
- з) кандидоз слизової оболонки порожнини рота;
- і) порушення розвитку лицевого відділу черепу;
- к) вроджені вади серця;
- л) низький зріст;
- м) атаксія, телеангіектазія;
- н) підвищена втома;
- о) потовщення кінцевих фаланг пальців рук.

5. Ятрогенні впливи:

- а) хіміотерапія;
- б) спленектомія;
- в) опромінення.

6. Тривалий фізичний та/або психоемоційний стрес.

7. Алергія.

8. Аутоімунні захворювання.

9. Пухлини.

Для формулювання кінцевого **діагнозу** вторинного імунодефіциту необхідно провести аналіз анамнезу та клінічне обстеження.

Аналіз анамнезу.

Необхідно з'ясувати спадкову схильність до імунопатології, наявність у родичів хронічних, генералізованих інфекцій, підвищеної частоти злоякісних новоутворень, соматичні вади розвитку.

Цінну інформацію дають відомості про перенесені інфекції, гнійно запальні процеси, їх частоту. Визначення несприятливих факторів зовнішнього середовища, роботи та мешкання (контакт з хімічними сполуками, ліками, біопрепаратами, вплив іонізуючого випромінювання, магнітних полів, екстремальних температур, постійних стресов) може сприяти встановленню етіології вторинного імунодефіциту, як і перенесені інтоксикації, хірургічні втручання, хіміотерапія, травми, порушення харчування.

Хронізація соматичного захворювання, лихоманка нез'ясованої етіології, незрозуміла втрата маси тіла та тривала діарея повинні насторожити лікаря в плані розвитку імунодефіциту. Актуальним питанням є приналежність пацієнта до груп ризику (наркоманія, паління, алкоголізм). Епізоди алергічних реакцій, реакції на гемотрансфузії та патологія вагітності також можуть вказувати на пошкодження окремих ланок імунної системи.

При **клінічному обстеженні** звертають увагу на фізичне обстеження органів імунної системи. Визначають стан лімфатичних вузлів, селезінки, мигдаликів (лімфоаденопатія,

спленомегалія, тимомегалія, локальна чи генералізована гіпер або аплазія лімфовузлів, мигдаликів).

Цінну діагностичну інформацію дає дослідження стану шкірних покривів (тургор, пустулярні висипи, дематит, новоутворення, геморагії, петехії).

Постійними ознаками вторинних імунодефіцитів є враження слизової оболонки порожнини рота (кандидоз, виразкові та ерозивні дефекти, стоматити, гінгівіти, ціанотичні макули або папули, ксеростомія).

Часто імунодефіцити зустрічаються у осіб з аномаліями та вадами розвитку зубо щелепного апарату, порушеннями прикусу. Характерними є довготривалі, рецидивуючі синусити. З боку бронхолегеневої системи можлива наявність запальних, обструктивних процесів, бронхоектазія, фіброз. Порушення систем травлення та виділення можуть виявлятися запальними процесами, дискінезіями, гепатомегалією, патологією жовчних та сечостатевої шляхів.

Запальні процеси центральної та периферійної нервової системи, ендокринопатії, вади розвитку, ураження кісток і суглобів, кривотечі, тромбози та злоякісні пухлини додають різноманіття проявам вторинних імунодефіцитів.

При наявності у пацієнта клінічних проявів вторинного імунодефіциту необхідно провести обстеження стану імунної системи.

Обстеження хворих з підозрою на вторинний імунодефіцит:

1. Обов'язкове лабораторне обстеження:

- згідно стандартів основного захворювання;
- дослідження імунного статусу (визначення загальної кількості лейкоцитів, лімфоцитів, субпопуляцій Т лімфоцитів (CD2, CD3, CD4, CD8, співвідношення CD4/CD8), В лімфоцитів (CD19, CD20, CD23), рівня імуноглобулінів А, М, G, оцінка системи комплементу, фагоцитозу);
- контроль знайдених порушень після курсу проведеної терапії.

2. Додаткові методи досліджень:

- визначаються основним захворюванням та супутнім;
- виконуються спеціальні імунологічні дослідження в залежності від клінічних проявів та знайдених дефектів при первинній оцінці імунного статусу за допомогою основних методів (кількість та функції ЕК клітин, HLA фенотип, продукція прозапальних цитокінів (інтерлейкін 2, 8, 12, гама інтерферон, фактор некрозу пухлин альфа), протизапальних цитокінів (інтерлейкін 4, 5, 10, 13), наявність специфічних аутоантитіл, наявність специфічної клітинної сенсibiliзації).

3. Інструментальна діагностика у відповідності із основним захворюванням та супутньою патологією.

4. Консультації спеціалістів суміжних спеціальностей.

За визначенням лабораторними методами дефектів в імунному статусі, хворих можна поділити на:

- 1) з клінічними ознаками порушення імунітету в сполученні з виявленими змінами параметрів імунного статусу;

2) тільки з клінічними ознаками імунодефіциту без конкретно визначених змін параметрів імунного статусу;

3) тільки з конкретними змінами параметрів імунного статусу без клінічних ознак імунодефіциту. Обстеження хворого всіма доступними методами дозволяє віднести знайдений імунодефіцит до тієї чи іншої групи.

Класифікуються імунодефіцити:

1. За рівнем пошкодження:

- порушення клітинного (Т ланка) імунітету;
- порушення гуморального (В ланка) імунітету;
- порушення системи фагоцитів;
- порушення системи комплементу;
- комбіновані дефекти.

2. За ступенем важкості:

- легкий;
- середньої важкості;
- важкий.

3. За визначеною причиною:

- індукований (викликаний конкретною причиною, а також порушення імунітету, яке розвинулось вторинно по відношенню до основного захворювання);
- спонтанний (криптогенний) (відсутність явної причини, яка обумовлює порушення імунної реактивності).

4. За темпами розвитку:

- гострий імунодефіцит (обумовлений гострим інфекційним захворюванням, травмою, інтоксикацією тощо);
- хронічний імунодефіцит (який розвивається на тлі хронічних гнійно септичних захворювань, аутоімунних порушень, пухлин, персистуючої вірусної інфекції і т. і.).

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ВТОРИННИХ ІМУНОДЕФІЦИТІВ

Вибір імуномодулюючої терапії та контроль застосування імуномодулюючих препаратів повинні визначатися лікарем в залежності від ступеня важкості основного захворювання, супутньої патології, типу імунологічного дефекту.

Нижче наведені основні принципи такого лікування.

1. При ураженні клітин моноцитарно макрофагальної системи:

- поліоксидоній в дозах від 6 до 12 мг;
- при найбільш важких формах застосовують препарати колонієстимулюючих факторів: лейкомакс в дозах 150, 300 та 400 мкг; нейпоген в дозах 300 та 480 мкг, для замісної терапії використовують лейкомасу.

2. При дефектах клітинної ланки імунітету використовують:

- тактивін 0, 01% розчин в дозі 1 мл підшкірно;
- поліоксидоній в дозах від 6 до 12 мг;
- тимоген 0, 01% розчин в дозі 1 мл внутрішньом'язево.

3. При порушенні синтезу антитіл:

- поліоксидоній в дозах від 6 до 12 мг;

- при гіпогамаглобулінемії проводять замісну терапію препаратами імуноглобулінів:
 - а) IgG вмісними: сандоглобулін в дозах 1, 3, 6 та 12 г у флаконі; октагам в дозах 50, 100 та 200 мл у флаконі; інтраглобін в дозах 2, 5 та 5 г; імуноглобуліном нормальним людським для внутрішньовенного введення в дозі 25 мл.

- б) IgM вмісними: пентаглобін 5% розчин в дозах 10, 20 та 50 мл.

Замісна терапія виконується в режимі насиченні (рівень IgG не менш 400 мкг/мл), підтримуюча — під контролем лікаря імунолога.

4. Додаткова терапія:

- інтерферонотерапія (лаферон, віферон тощо);
- екстракорпоральні методи імунокорекції: екстракорпоральна імунофармакотерапія, плазмаферез, імуносорбція.

Окремо слід зупинитися на засобах **імунотерапії проявів вторинних імунодефіцитів в порожнині рота.**

Одним з сучасних препаратів, який успішно застосовують при лікуванні стоматитів, пародонтиту, для профілактики ускладнень при хірургічних втручаннях, є композиція мікробних компонентів — імудон. Препарат використовують у вигляді пілюль для розсмоктування.

Основними вимогами до результатів лікування є ліквідація клінічних проявів імуноної недостатності, зменшення частоти рецидивів захворювання та нормалізація або тенденція до нормалізації змінених показників імунітету.

Обладнання: навчальна кімната, мультимедійна презентація з теми заняття, ноутбук, мультимедійний проектор.

План:

4. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (перевірка робочих зошитів, спілкування з хворим на лейкози з метою збору скарг та анамнезу, фізикальне обстеження хворого; оцінка даних клінічного обстеження та лабораторно-інструментальних даних), проведення тестового контролю, вирішення клінічної задачі, письмове вирішення задач типу Крок-2 (10 завдань), фронтальне опитування, дискусія, рольова гра з теми заняття.

2.1. Вимоги до теоретичної готовності здобувачів до виконання практичних занять: здобувач повинен знати сучасне визначення, етіологію, патогенез, класифікації анемії, лейкозів, геморагічних діатезів, суб'єктивні та об'єктивні дані при цих захворюваннях, знати лабораторні та інструментальні дані при цій патології.

Перелік дидактичних одиниць:

здобувач повинний знати етіологію, патогенез та класифікацію вторинних імунодефіцитів (I-II рівень).

здобувач повинний знати основні симптоми і синдроми при вторинних імунодефіцитах (III рівень)

здобувач повинний знати принципи лікування вторинних імунодефіцитів (III-IV рівень).

здобувач повинний знати роль лікаря-стоматолога у діагностиці та лікуванні хворих вторинними імунодефіцитами.

2.2. Питання для перевірки базових знань за темою заняття:

1. Визначення та класифікацію вторинних імунодефіцитів;
2. Механізми розвитку набутих імунодефіцитних захворювань;
3. Клініко-лабораторні прояви імунодефіцитних станів, способи їх виявлення;
4. Найпоширеніші форми вторинних імунодефіцитів: клініка, діагностика;
5. Причини розвитку вторинних імунодефіцитів, можливості їх корекції та запобігання, зокрема в терапевтичній, хірургічній та акушерській практиці;
6. Принципи лікування набутих імунодефіцитів;
7. Етіопатогенез, діагностика, імунотерапія СНІДу, імунопрофілактика ВІЛ-інфекції.

3.Формування професійних вмінь, навичок:

оволодіння навичками комунікації (збір скарг, деталізація скарг, збір анамнезу, оцінка результатів проведеного розпиту)

формування здатності клінічного обстеження хворого на вторинні імунодефіцити (здобувач повинен вміти зробити фізикальне обстеження хворого),

формування здатності дати оцінку отриманим при клінічному обстеженні хворого на вторинні імунодефіцити ;

провести клінічне тлумачення основних симптомів і синдромів при вторинні імунодефіцити

формування здатності проведення сучасного лабораторно-інструментального обстеження хворого на вторинні імунодефіцити (здобувач повинен вміти призначити план лабораторно-інструментального обстеження, надати оцінку результатам обстежень)

3.1.Матеріали контролю для заключного етапу заняття:

ЗАВДАННЯ 1.

У хворого 21 року прояви виразково-некротичного стоматиту. Протягом 3 місяців відзначає слабкість, підвищення температури до 37⁰ С, різке зниження ваги. Під час

огляду: обличчя бліде, лімфовузли збільшені, безболісні. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. +СНІД
- B. Гострий лейкоз
- C. Стоматит Венсана
- D. Гіповітаміноз С
- E. Агранулоцитоз