

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра внутрішньої медицини №1



ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

_____ 20__ р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Внутрішня медицина

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)
Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»
Спеціальність: 222 «Медицина»
Освітньо-професійна програма: Медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри внутрішньої медицини № 1 Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри _____

(підпис)

Юрій КАРПЕНКО

Розробники:

Карпенко Юрій Іванович, д.мед.н, професор

Павловська Катерина Миколаївна, к.мед.н., доцент

Савельєва Ольга Валеріївна, к.мед.н., доцент

Золотарьова Ксенія Олегівна, к.мед.н., асистент

Майстренко Марія Сергіївна, асистент

Ухань Вікторія Вікторівна, асистент

Бондаренко Ольга Віталіївна, асистент

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 1

Тема: Ведення хворого з артеріальною гіпертензією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з артеріальною гіпертензією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з артеріальною гіпертензією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: гіпертензії; сучасна класифікація гіпертонічної хвороби за ступенем, стадією, ризиком за шкалою SCORE; методика вимірювання артеріального тиску; оцінка результатів наступних методів дослідження: ДМАТ, ЕКГ, холтерівське моніторування, Ехо-КС, УЗД брахіоцефальних артерій, ліпідограми; механізми дії основних п'яти груп препаратів; основні протипоказання та побічна дія гіпотензивних засобів; тактика гіпотензивної терапії у хворого із супутньою патологією.

План:

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

- 1) Наведіть основні причини виникнення симптоматичних артеріальних гіпертензій.
- 2) Які лабораторні тести допомагають діагностувати артеріальну гіпертензію ендокринного та ниркового генезу?
- 3) Які об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней враховують при встановленні II стадії артеріальної гіпертензії?
- 4) Які об'єктивні ознаки органічних ушкоджень органів-мішеней з симптомами з їх боку та порушення функцій враховують при встановленні III стадії артеріальної гіпертензії?
- 5) Наведіть основні фактори ризику, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень артеріальної гіпертензії.

2. **Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою**

- 1) Перерахуйте ураження органів-мішеней, які використовуються для оцінки сумарного ризику ускладнень артеріальної гіпертензії.
- 2) Назвіть супутні захворювання, які враховуються для оцінки сумарного ризику ускладнень артеріальної гіпертензії.
- 3) Які лабораторно-інструментальні обстеження обов'язково призначаються усім хворим з підвищенням артеріального тиску?
- 4) Яке діагностичне значення мають результати амбулаторного моніторування артеріального тиску?
- 5) Наведіть основні принципи лікування артеріальної гіпертензії.
- 6) Охарактеризуйте особливості немедикаментозної терапії АГ, DASH-дієти.
- 7) Перерахуйте групи препаратів першої та другої лінії лікування, назвати 3-4 препарати з кожної групи.
- 8) Вкажіть, які групи антигіпертензивних препаратів мають переваги в особливих клінічних ситуаціях:
 - a) ГЛШ
 - b) Бессимптомний атеросклероз
 - c) Мікроальбумінурія, ниркова дисфункція
 - d) Інсульт в анамнезі
 - e) Інфаркт в анамнезі
 - f) Стенокардія

- g) СН
 - h) ФП пароксизмальна
 - i) ФП постійна
 - j) Патологія периферичних артерій
 - k) Ізольована САГ
 - l) Метаболічний синдром
 - m) ЦД
 - n) Вагітність
- 9) Назвіть показання та правила призначення комбінованої антигіпертензивної терапії. Бажані та небажані комбінації.
 - 10) Вкажіть побічні ефекти основних груп препаратів 1 та 2 лінії лікування.
 - 11) Наведіть критерії гіпертензивного кризу, класифікацію гіпертензивних кризів.
 - 12) Назвіть правила диференційованої терапії гіпертензивних кризів в залежності від типу кризу та клінічних проявів.
 - 13) Назвіть правила первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії.
 - 14) Вкажіть основні принципи визначення прогнозу та працездатності для хворого на АГ.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тести.

1. У хворой 60 років, яка впродовж 20 років страждає на гіпертонічну хворобу, після стресової ситуації 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

Е. Гостра лівошлуночкова недостатність

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

- A. Хвороба Кушинга
- B. Гіпертонічна хвороба II ст.
- C. Гіпертонічна хвороба III ст.

D. Синдром Кона

- E. Хронічний пієлонефрит

3. Хворий 35 років, скаржиться на підвищення АТ, головний біль, шум у вухах, серцебиття. Об'єктивно: пульс - 100/хв., ритмічний, напружений. АТ - 240/100 мм рт. ст. Ліва межа відносної тупості серця зміщена вліво на 1 см, І тон над верхівкою ослаблений, акцент II тону над аортою. Вислуховується грубий систолічний шум біля пупка з обох боків. Яка патологія найбільш імовірно зумовлює таку клінічну картину?

A. Стеноз ниркових артерій

- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Хронічний гломерулонефрит
- D. Нефроптоз
- E. Синдром Кона

4. Хвору 45-ти років турбують різка слабкість, поліурія, підвищення АТ - до 210/120 мм рт. ст. У крові калій - 3,12 ммоль/л, натрій - 148 ммоль/л, альдостерон - 715 нмоль/л. Найбільш імовірний діагноз:

- A. Гіпертонічна хвороба III ст., СН II Б
- B. Синдром Кушинга
- C. Хронічний пієлонефрит, ХНН
- D. Діабетичний гломерулосклероз, ХНН
- E. Синдром Кона**

5. Хворий 32 років, скаржиться на періодичне запаморочення, головний біль, носові кровотечі, ниючий біль в ділянці серця, судом м'язів ніг, похолодання ступнів. Об'єктивно: фізичний розвиток супроводжується диспропорцією м'язової системи (м'язи верхньої половини тіла гіпертрофовані, при відносній гіпотрофії м'язів таза та нижніх кінцівок), ноги на дотик холодні. Пульс - 86/хв., ритмічний, АТ на руках - 200/100 мм рт. ст., на ногах - 140/90 мм рт. ст. Про яке захворювання необхідно думати в першу чергу?

- A. Гіпертонічна хвороба
- B. Коарктація аорти**
- C. Нейроциркуляторна дистонія
- D. Хвороба Такаюсу
- E. Облітеруючий ендартеріт судин нижніх кінцівок

6. 36-річний чоловік звернувся з приводу підвищення АТ, виявленого місяць тому. Скарги відсутні. Анамнез без особливостей. Курить 1/2 пачки сигарет у день, фізична активність низька. У родині відзначалися судинні захворювання і діабет. При огляді: АТ - 160/90 мм рт. ст., зріст - 170 см, вага - 82 кг. Решта огляду - без особливостей. Які рекомендації найбільш доцільні?

- A. Почати лікування з діуретиків, повторний огляд через 2 тижні
- B. Змінити спосіб життя і з'явитися на повторний огляд через 1 місяць**
- C. Почати лікування з бета-блокаторів, повторний огляд через 1 тиждень
- D. Почати лікування з ІАПФ, повторний огляд через 1 місяць
- E. Почати лікування з антагоністів кальцію, повторний огляд через 2 тижні

7. Під час профогляду у металурга 43 років виявлено артеріальний тиск 174/104 мм рт. ст., через 2 тижні - 166/98 мм рт. ст. Скарг не пред'являє. Раніше нічим не хворів. Торік АТ був 146/95 мм рт. ст. ЧСС - 90/хв. Курить 2 пачки сигарет у день, має надлишкову масу тіла. Найбільш раціональною тактикою терапевта є:

- A. Направити в ЛТЕК для встановлення групи інвалідності
- B. Призначити прийом амлодипіну**
- C. Терміново госпіталізувати хворого
- D. Лікувати тільки немедикаментозними методами (дієта, відмова від паління)
- E. Видати лист непрацездатності

8. У чоловіка з гіпертонічною хворобою під час лікування з'явився сухий кашель. Клінічних проявів пошкодження дихальної і серцево-судинної систем, що можуть обумовити кашель, немає. Лікар припустив побічну дію ліків. До якої групи найбільш імовірно належить препарат, що викликав цей ефект?

A. Інгібіторів АПФ

B. Діуретиків

C. Блокаторів кальцієвих каналів

D. Гангліоблокаторів

E. Препаратів раувольфії

9. Чоловік 47 років, скаржиться на періодичний головний біль, серцебиття і порушення серцевого ритму. Об'єктивно: тони серця ослаблені, ЧСС - 90/хв., АТ - 170/100 мм рт. ст. На ЕКГ - гіпертрофія лівого шлуночка, шлуночкові екстрасистולי, 10-15/хв. Встановлено діагноз гіпертонічної хвороби та ІХС. Для лікування хворого найкращим є препарат з групи:

A. Інгібіторів АПФ

B. Бета-блокаторів

C. Діуретиків

D. Симпатолітиків

E. Нітратів

10. У чоловіка 56 років, який приймав щодня 20 мг еналаприлу з приводу гіпертонічної хвороби, відзначено погіршення антигіпертензивного ефекту. Збільшення фізичного та нервового навантаження в цей час не було. Об'єктивно: межі серця розширені вліво на 1,5 см, тони ослаблені, ЧСС і пульс - 56/хв. На ЕКГ - синусова брадикардія, гіпертрофія лівого шлуночка. Найкраща тактика щодо підвищення ефективності гіпотензивної терапії:

A. Додатково призначити гіпотіазид

B. Збільшити дозу еналаприлу

C. Перейти на ін'єкції дибазолу

D. Додатково призначити лозартан

E. Перейти на прийом бісопрололу

Ситуаційні задачі

1. До кардіолога звернулась жінка, 40 р., зі скаргами на стійке підвищення артеріального тиску до 200/110 мм рт.ст. протягом 6 міс., головний біль, спрагу, виражену загальну слабкість. В заг. аналізі крові: без змін. В заг. аналізі сечі: реакція лужна, питома вага 1005, білок 0, 015 г/л, цукор (-), лейкоц. 2-3 в п/з. В біохімічному аналізі крові: заг. білок 75 г/л, глюкоза 4,4 ммоль/л, заг. білірубін 12 мкмоль/л, сечовина 5,1 ммоль/л, креатинін 72 мкмоль/л, Na 155 ммоль/л, К 2,9 ммоль/л, заг. холестерин 4,9 ммоль/л. На ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС=75/хв., згладженість зубців Т, виражені зубці U, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка (ЛШ). На ЕхоКГ: незначна гіпертрофія стінок ЛШ, ФВ=67%, діастолічна дисфункція ЛШ І типу. У хворої співвідношення альдостерон/активність реніну плазми крові становить 54.

1. Яка причина артеріальної гіпертензії? Сформулювати клінічний діагноз.

2. Які інструментальні методи додатково слід застосувати для уточнення діагнозу?

2. У хворого 44 років з'явився головний біль, "внутрішнє тремтіння", серцебиття, страх. Об'єктивно: пульс - 100/хв., АТ - 200/100 мм рт. ст., ліва межа серцевої тупості на 1,5 см зміщена вліво від лівої середньоключичної лінії, тони серця звучні, дихання везикулярне. На ЕКГ - синусова тахікардія, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

1. Сформулювати клінічний діагноз.
2. Скласти план клінічного обстеження хворого.

3. Хвора 35 років скаржиться на приступи головного болю, серцебиття, дискомфорт за грудиною, озноби, що тривають до 30-60 хвилин. Об'єктивно: блідість шкіри, зіниці розширені. ЧСС - 160/хв. АТ - 240/130 мм рт. ст. Під час приступу взято аналіз крові: Л - $11,8 \times 10^9/\text{л}$, цукор крові - 9,6 ммоль/л. При УЗД виявлене об'ємне утворення в проекції правого наднирника.

1. Сформулювати попередній клінічний діагноз.
2. Скласти план клінічного обстеження хворої.

4. Підбиття підсумків:(узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему)

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).
5. Клінічні практичні рекомендації ESH з лікування артеріальної гіпертензії 2024 року. Частина 1 : <https://cardioprostir.com.ua/news/klinichni-praktichni-rekomendaciyesh-likuvannya-arterialnoyi-gipertenziyi-2024-roku-chastina-1>

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 2

Тема: Ведення пацієнта з порушенням серцевого ритму

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з порушенням серцевого ритму; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з порушенням серцевого ритму; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: сучасна класифікація порушень серцевого ритму, її основні класифікації; патофізіологічні механізми та найбільш часті етіологічні фактори аритмій; ЕКГ діагностика різних варіантів аритмій; інструментальні методи діагностики аритмій, можливості діагностики та показання до проведення ЕКГ, ХМ ЕКГ, ЕхоЕКГ, електрофізіологічного дослідження; класифікація та клінічна фармакологія антиаритмічних засобів; сучасні стандарти лікування аритмій; методи та показання до електроімпульсної терапії; хірургічні методи лікування аритмій серця, показання до їх застосування; первинна та вторинна профілактика аритмій.

План:

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

1. Методика дослідження пульсу з оцінкою його характеристик
2. Перерахуйте основні електрофізіологічні механізми аритмій серця ?
3. Дайте визначення аритмії ?
4. Які інструментальні методи використовуються для діагностики аритмій серця?
5. Перерахуйте ЕКГ-ознаки міграції водія ритму ?
6. Перерахуйте ЕКГ-ознаки суправентрикулярної екстрасистолії ?
7. Перерахуйте клінічні і ЕКГ-ознаки шлуночкової екстрасистолії ?
8. Перерахуйте клінічні і ЕКГ – ознаки миготливої аритмії ?
9. Перерахуйте клінічні і ЕКГ – ознаки шлуночкової тахікардії, фібриляції шлуночків ?
10. Класифікація антиаритмічних засобів по Vaughan's-Willams'?
11. Принципи лікування пароксизмальної і постійної форми миготливої аритмії?
12. Принципи лікування екстрасистолічної аритмії ?
13. Послідовність реанімаційних заходів при виникненні фібриляції шлуночків ?

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий 48 років, доставлений в клініку через 3 години після розвитку гострого інфаркту міокарду. Під час транспортування, в КШД хворий декілька разів втрачав свідомість протягом 5- 10 секунд. Цей стан супроводжувався судомами. Об'єктивно: стан хворого - тяжкий, в свідомості, адекватний. АТ – 80/50 мм рт ст. ЧСС – 34 на хвилину. На ЕКГ: повна артіовентрикулярна блокада, елевация сегменту ST в II, III, aVF. Які з невідкладних заходів потрібно проводити в першу чергу?

- А) Призначення добутаміну
- В) Термінове проведення електрокардіостимуляції
- С) Призначення сечогінних препаратів
- Д) Призначення адреналіну
- Е) Електроімпульсна терапія

2. Хворий 56 років на сьомий день розвитку гострого інфаркту міокарда раптово втратив свідомість з зупинкою серцевої діяльності та дихання. Об-но: блідий, пульс відсутній. На ЕКГ: хвилі різної амплітуди (максимум 6 мм), спрямованості та форми (частота 400-500), зубці Р, Т відсутні. При неефективності першої спроби дефібриляції, для підвищення чутливості до неї слід використати:

- А) Бікарбонат натрію
- В) Панангін
- С) Полярizuючу суміш
- Д) Лідокаїн
- Е) Адреналін

3. У хворого на ІХС, стабільну стенокардію ІІІ ФК, постінфарктний кардіосклероз, СН ІІ ст. з'явилися приступи миготливої аритмії, шлуночкова екстрасистолія, ЧСС поза приступом – 78 на хв.; АТ 110/70 мм. рт. ст. Який з антиаритмічних засобів найбільш ефективний на фоні антиангінальної терапії?

- А) Хінідін
- В) Пропранолол
- С) Амiodарон
- Д) Верапаміл
- Е) Аймалін

4. У хворої констатована дрібнохвильова фібриляція шлуночків серця, клінічна смерть. Який лікувальний захід потрібно зробити на фоні масажу серця і ШВЛ у першу чергу?

- А) електричну дефібриляцію
- В) кальцію хлорид
- С) адреналіну гідрохлорид
- Д) лідокаїн
- Е) натрію гідрокарбонат

5. Хвора В., 43 років, доставлена увечері в приймальне відділення міської лікарні зі скаргами на виражене серцебиття, що виникло вперше серед повного здоров'я біля двох годин тому, запаморочення, дискомфорт в ділянці серця. Об'єктивно: незначна блідість шкірних покривів, помірне тахіпное 22/хв., пульс аритмічний 170/хв., нерівномірного наповнення, рівень артеріального тиску 102/58 мм.рт.ст.; тони серця аритмічні, неперіодично підсилена гучність І тону над верхівкою серця, дефіцит пульсу 3-5/хв. Дані ЕКГ: зубці Р відсутні, хвилі мерехтіння f, шлуночкові комплекси без змін, нерегулярні. Який препарат слід застосувати на першому етапі невідкладної допомоги?

- А) Пропафенон
- В) Лідокаїна гідрохлорид
- С) Есмолол
- Д) Кордарон
- Е) Галлопаміл

6. Хворий К., 52 років, доставлений увечері в приймальний pokій міської лікарні зі скаргами на виражене серцебиття, що виникло вперше біля двох годин тому, запаморочення, дискомфорт в ділянці серця. Хворіє на ішемічну хворобу серця, регулярно приймає призначені лікарем медикаменти. Об'єктивно: помірна блідість шкіряних покривів, тахіпное до 22/хв.; пульс аритмічний 170/хв., гучність І тону над верхівкою підсилена; дефіцит пульса 3-5/хв. Дані ЕКГ: зубці Р відсутні, хвилі мерехтіння f, шлуночкові комплекси нерегулярні,

дещо знижений їх вольтаж. Який препарат слід застосувати на першому етапі невідкладної допомоги?

- А) Кордарон
- В) Лідокаїна гідрохлорид
- С) Есмолол
- Д) Пропафенон
- Е) Галлопаміл

7. ЕКГ ознаки мерехтіння шлуночків :

- А) Непоширений зубець Р і частий, змінений шлуночковий комплекс
- В) Високі хвилі Р , почашений незмінений шлуночковий комплекс
- С) ЕКГ крива в виді синусоїди
- Д) Хоатичність, нерегулярність, різка деформація і дуже низький вольтаж зубців шлуночкових комплексів
- Е) Інтервал R-R почашений , хвилі тріпотіння на ізолінії, QRS не змінений

8. Ознаки тріпотіння передсердь :

- А) Зубець Р відсутній, однаковий інтервал R-R
- В) Зубець Р відсутній, неоднакові інтервали R-R
- С) Зубець Р негативний, незмінні шлуночкові комплекси
- Д) Інтервал R-R вкорочений до 0.3 сек , однаковий, високі передсердні хвилі «пилоподібної» форми
- Е) Інтервал R-R різної величини, низькоамплітудні хвилі в великій кількості (замість зубця Р)

9. ЕКГ ознаки миготливої аритмії :

- А) Зубець Р відсутній , шлуночкові комплекси рідкі, незмінні, на однаковій відстані
- В) Зубець Р відсутній, різні проміжки між розширеними , аберантними шлуночковими комплексами
- С) Зубця Р немає, високі, одакової форми, високі передсердні комплекси, шлуночкові комплекси регулярні
- Д) Зубця Р немає, шлуночкові комплекси на різній відстані, різної амплітуди, безліч мілких, різної форми хвиль
- Е) Зубець Р після шлуночкового комплексу, негативний, ЧСС 52 за 1 хв

10. Чоловік 46 років, доставлений до відділення кардіологічної реанімації з некупованим болем ангінозного характеру, який виник вперше у житті 2 годи тому. У відділенні розвилася зупинка кровообігу та дихання. Розпочата серцево-легенева реанімація. На моніторі реєструються різні за формою та амплітудою хвилі з частотою 200-300/хвилину. З чого потрібно почати лікування хворого?

- А) З електроімпульсної терапії
- В) З імплантації електрокардіостимулятора-кардіовертера
- С) З внутрішньовенного введення лідокаїну
- Д) З внутрішньовенного введення новокаїнамідю
- Е) З внутрішньовенного введення адреналіну

4. Підбиття підсумків: (узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему)

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні

ресурси):

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 3

Тема: Ведення пацієнта з порушенням провідності серця

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з порушенням провідності серця, вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого порушенням провідності серця; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття:

захворювання, які можуть ускладнюватися порушенням провідності; ЕКГ-критерії порушень: SA-блокада, AV-блокада I, II, III ступеня, блокади пучка Гіса та їх клінічні прояви; інструментальні дослідження пацієнта з порушенням провідності: ЕКГ, холтерівське моніторування, Ехо-КС; основні препарати, що застосовуються для лікування

порушень провідності; показання до тимчасової та постійної стимуляції серця; показання до імплантації ПМ; прогноз і працездатність хворих з порушеннями серцевої провідності.

План:

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

1. Методика дослідження пульсу з оцінкою його характеристик ?
2. Перерахуйте основні електрофізіологічні механізми блокад серця ?
3. Дайте визначення аритмії ?
4. Які інструментальні методи використовуються для діагностики аритмій і блокад серця?
5. Перерахуйте клінічні і ЕКГ -ознаки АВ-блокади II ст. за типом Мобіц I ?
6. Перерахуйте клінічні і ЕКГ -ознаки АВ-блокади II ст. за типом Мобіц II ?
7. Перерахуйте клінічні і ЕКГ -ознаки повної поперечної АВ-блокади (III ст.) ?
8. Перерахуйте ЕКГ – ознаки повної блокади лівої ніжки пучка Гіса ?
9. Перерахуйте ЕКГ – ознаки повної блокади правої ніжки пучка Гіса ?
10. Висловіть принципи хірургічного лікування блокад серця, синдромів передзбудження (WPW, CLC), тріпотіння передсердь ?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо)

1. Хворий 48 років, доставлений в клініку через 3 години після розвитку гострого інфаркту міокарду. Під час транспортування, в КШД хворий декілька разів втрачав свідомість протягом 5- 10 секунд. Цей стан супроводжувався судомами. Об'єктивно: стан хворого - тяжкий, в свідомості, адекватний. АТ – 80/50 мм рт ст. ЧСС – 34 на хвилину. На ЕКГ: повна атріовентрикулярна блокада, елевация сегменту ST в II, III, aVF. Які з невідкладних заходів потрібно проводити в першу чергу?

- А) Призначення добутаміну
- В) Термінове проведення електрокардіостимуляції
- С) Призначення сечогінних препаратів
- Д) Призначення адреналіну
- Е) Електроімпульсна терапія

2. Хворий 56 років на сьомий день розвитку гострого інфаркту міокарда раптово втратив свідомість з зупинкою серцевої діяльності та дихання. Об-но: блідий, пульс відсутній. На ЕКГ: хвилі різної амплітуди (максимум 6 мм), спрямованості та форми (частота 400-500), зубці Р, Т відсутні. При неефективності першої спроби дефібриляції, для підвищення чутливості до неї слід використати:

- А) Бікарбонат натрію
- В) Панангін
- С) Поляризууючу суміш
- Д) Лідокаїн
- Е) Адреналін

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

- А) Хінідин
- В) Пропранолол
- С) Аміодарон

- Д) Верапаміл
- Е) Аймалін

4. У хворої констатована дрібнохвильова фібриляція шлуночків серця, клінічна смерть. Який лікувальний захід потрібно зробити на фоні масажу серця і ШВЛ у першу чергу?

- А) електричну дефібриляцію
- В) кальцію хлорид
- С) адреналіну гідрохлорид
- Д) лідокаїн
- Е) натрію гідрокарбонат

5. Хвора В., 43 років, доставлена у вечері в приймальне відділення міської лікарні зі скаргами на виражене серцебиття, що виникло вперше серед повного здоров'я біля двох годин тому, запаморочення, дискомфорт в ділянці серця. Об'єктивно: незначна блідість шкірних покривів, помірне тахіпное 22/хв., пульс аритмічний 170/хв., нерівномірного наповнення, рівень артеріального тиску 102/58 мм.рт.ст.; тони серця аритмічні, не періодично підсилена гучність I тону над верхівкою серця, дефіцит пульсу 3-5/хв. Дані ЕКГ: зубці Р відсутні, хвилі мерехтіння f, шлуночкові комплекси без змін, нерегулярні. Який препарат слід застосувати на першому етапі невідкладної допомоги?

- А) Пропафенон
- В) Лідокаїна гідрохлорид
- С) Есмолол
- Д) Кордарон
- Е) Галлопаміл

6. Хворий К., 52 років, доставлений у вечері в приймальний pokій міської лікарні зі скаргами на виражене серцебиття, що виникло вперше біля двох годин тому, запаморочення, дискомфорт в ділянці серця. Хворіє на ішемічну хворобу серця, регулярно приймає призначені лікарем медикаменти. Об'єктивно: помірна блідість шкірних покривів, тахіпное до 22/хв.; пульс аритмічний 170/хв., гучність I тону над верхівкою підсилена; дефіцит пульсу 3-5/хв. Дані ЕКГ: зубці Р відсутні, хвилі мерехтіння f, шлуночкові комплекси нерегулярні, дещо знижений їх вольтаж. Який препарат слід застосувати на першому етапі невідкладної допомоги?

- А) Кордарон
- В) Лідокаїна гідрохлорид
- С) Есмолол
- Д) Пропафенон
- Е) Галлопаміл

7. ЕКГ ознаки мерехтіння шлуночків :

- А) Непоширений зубець Р і частий, змінений шлуночковий комплекс
- В) Високі хвилі Р, почашений незмінений шлуночковий комплекс
- С) ЕКГ крива в виді синусоїди
- Д) Хаотичність, нерегулярність, різка деформація і дуже низький вольтаж зубців шлуночкових комплексів
- Е) Інтервал R-R почашений, хвилі тріпотіння на ізолінії, QRS не змінений

8. Ознаки тріпотіння передсердь :

- А) Зубець Р відсутній, однаковий інтервал R-R

- В) Зубець Р відсутній, неоднакові інтервали R-R
- С) Зубець Р негативний, незмінні шлуночкові комплекси
- Д) Інтервал R-R вкорочений до 0.3 сек , однаковий, високі передсердні хвилі «пилоподібної» форми
- Е) Інтервал R-R різної величини, низькоамплітудні хвилі в великій кількості (замість зубця Р)

9. ЕКГ ознаки миготливої аритмії :

- А) Зубець Р відсутній , шлуночкові комплекси рідкі, незмінні, на однаковій відстані
- В) Зубець Р відсутній, різні проміжки між розширеними , аберантними шлуночковими комплексами
- С) Зубця Р немає, високі, однакової форми, високі передсердні комплекси, шлуночкові комплекси регулярні
- Д) Зубця Р немає, шлуночкові комплекси на різній відстані, різної амплітуди, безліч мілких, різної форми хвиль
- Е) Зубець Р після шлуночкового комплексу, негативний, ЧСС 52 за 1 хв

10. Чоловік 46 років, доставлений до відділення кардіологічної реанімації з некупованим болем ангінозного характеру, який виник вперше у житті 2 роки тому. У відділенні розвилася зупинка кровообігу та дихання. Розпочата серцево-легенева реанімація. На моніторі реєструються різні за формою та амплітудою хвилі з частотою 200-300/хвилину. З чого потрібно почати лікування хворого?

- А) З електроімпульсної терапії
- В) З імплантації електрокардіостимулятора-кардіовертера
- С) З внутрішньовенного введення лідокаїну
- Д) З внутрішньовенного введення новокаїнамідю
- Е) З внутрішньовенного введення адреналіну

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th

Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 4

Тема: Ведення хворого з кардіалгією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з кардіалгією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з кардіалгією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: методика проведення диференціальної діагностики за провідним синдромом кардіалгії; принципи та методи диференційної терапії хворих із синдромом кардіалгії; відмінності психогенного та соматичного болю; біль, спричинений ЦНС; основні лабораторні та інструментальні методи дослідження.

План:

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

- 1) Перелічить захворювання позасерцевого походження, що викликають біль у лівій половині грудної клітини .
- 2) Перелічить захворювання з болем в області серця коронарогенної етіології.
- 3) Перелічить захворювання з дійсною кардіалгією некоронарогенного походження.
- 4) Укажіть головні методи інструментальних досліджень з метою диференціальної діагностики кардіалгій.
- 5) Консультація яких фахівців знадобиться при диференціальній діагностиці кардіалгій.

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1.Визначення відповідно номерам характерні симптоми, що виникають при:

а) Гострій коронарній недостатності.

б) Спонтанному пневмотораксі.

в) ТЕЛА.

г) Розшарюючій аневризмі аорти.

1.Загрудинна і парастернальна біль різко виражена.

2. Різка, раптово виникаюча біль, переважно в бічних відділах грудної клітини; різко виражена задишка, кровохаркання.

3. Гостра інтенсивна за грудина біль, порушення ритму.
4. Інтенсивна за грудина біль, систолічний шум над аортою.
Еталони відповідей: А-3, Б-2, Г-4, В-1.

2. Відзначте відповіді по номерах., дані яких відповідають анамнезу:

а) Гострої коронарної недостатності:

б) ТЕЛА.

в) Спонтанному пневмотораксу.

г) Розшарюючій аневризмі аорти.

1. Тромбофлебіт.

2. Оперативне втручання.

3. Артеріальна гіпертензія.

4. Стенокардія.

5. Миготлива аритмія.

6. Сифіліс.

7. Синдром Морфана.

8. Захворювання легень.

Еталони відповідей: А-4; Б-1,2,5; В-8; Г-3,6,7.

3. Визначте номерами дані функціонального обстеження відповідно:

а) ТЕЛА.

б) Спонтанний пневмоторакс.

в) Гостра коронарна патологія:

1. Тахіпное, ціаноз.

2. На стороні ураження тимпаніт, відсутність подиху.

3. Складні порушення ритму серцевої діяльності.

Еталони відповідей: А-1, Б-2, В-3.

4. Вказати відповідні зміни ЕКГ при:

а) крупноочаговому ІМ.

б) Стенокардії.

в) ТЕЛА.

г) Позасерцевій патології.

1. Неспецифічні зміни зубця Т на сегмент ST.

2. Зниження сегменту ST.

3. Патологічний зубець Q.

4. Зниження сегменту ST.

5. Негативний зубець Т.

6. Елевація сегменту ST.

7. Зміна комплексу QRS.

5. Укажіть відповідні рентгенологічні ознаки при:

а) ТЕЛА.

б) Спонтанному пневмотораксі.

в) Розшаровуючій аневризмі аорти.

1. Повітря в плевральній порожнині, ателектаз легень.

2. Різке розширення спадного відділу аорти.

3. «Хаотичний легеневий малюнок, «угасання» кореня легкого на стороні ураження, гостре розширення правих відділів серця і конуса легеневої артерії, інфаркти легень.

Задача №1

Хворий В., 60 років, 2 тижні назад з'явився сильний біль у нижній щелепі, поступово приступи болю частішали, в останні дні до 10-15 разів на добу. Теплі полоскання, анальгін не допомагають. Зубний лікар виявив ліворуч каріозний зуб, але сказав, що біль зумовлений якоюсь іншою причиною й направив хворого до невропатолога.

Питання:

1. Ваші запитання до хворого?
2. Під час огляду виник черговий приступ. Ваші дії?
3. Ваша подальша лікарська тактика?

Задача №2

Хвора А., 37 років, надійшла в клініку по направленню дільничного лікаря зі скаргами на ниючий біль в області серця, що віддає в ліве плече, під ліву лопатку, задишку при фізичному навантаженні, перебої в області серця в положенні лежачи. Протягом 3 років хворіла хронічним аднекситом, рік тому виявлена фіброміома матки. В анамнезі 8 вагітностей, з них 7 штучно перервані. При огляді: стан задовільний, температура нормальна, пульс 80 в 1 хв., ритмічний, лабільний. АТ 120/70 мм рт. ст. Ліва границя відносної тупості серця зміщена вліво на 1,5 см. від лівої серединно-ключичної лінії. Тони серця ослабленої звучності. В інших органах змін не виявлено.

Дані ЕКГ: зниження зубця Т у V₁-V₃, одиничні шлуночкові екстрасистоли.

Дані лабораторних і рентгенологічних досліджень без відхилень від норми. Визначаються емоційна лабільність, плаксивість, безсоння, дратівливість.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз (обґрунтуйте його)?
2. Як можна пояснити зміни на ЕКГ?

Задача №3

Хвора Н., 26 років, скаржиться на біль у грудній клітці без іррадіації, серцебиття, перебої в діяльності серця. Біль у лівій половині грудної клітки ниючий, триває близько 20 хв., проходить самостійно. Ці симптоми хвора відзначає багато років. Близько 5 років спостерігалася ревматологом із приводу діагнозу «ревматизм, мітральна вада серця». У зв'язку із цим перебувала на інвалідності протягом 3 років. У цей час направлена в клініку з діагнозом «вроджена вада серця».

При огляді: хвора астеничної статури, зниженого харчування. Ціанозу, набряків немає. Пульс 88 в 1 хв. АТ 110/70 мм рт. ст. Перкуторно границі серця зміщені вліво на 2 см. І тон збережений відзначається систолічне «клацання», систолічний шум.

Дані ЕКГ: ритм синусовий, зниження амплітуди зубців Т у стандартних і лівих грудних відведеннях. На ФКГ над верхівкою систолічний шум у другій фазі систоли, досягає II тон, систолічний "клич" перед шумом.

Рентгенологічно розміри серця не збільшені. Змін при клінічному аналізі крові, сечі не виявлено.

Питання:

1. Ваш діагноз?
2. Які додаткові дослідження необхідні?
3. Які захворювання слід виключити?
4. Ваша лікарська тактика?

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 5

Тема: Ведення хворого з хронічним коронарним синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з хронічним коронарним синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з хронічним коронарним синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: сучасна класифікація ІХС; функціональний класи стенокардії, їх

відповідність з стрес тестам (ВЕМ, тредміл); обстеження для пацієнта з стабільною стенокардією; ЕКГ ознаки, показання для призначення холтерівського моніторування ЕКГ ; клінічні і інструментальні ознаки коронарного синдрому; особливості безбольової форми ішемії міокарду, показання для коронарної ангіографії; ліпідограма, тропонін тест; додатковий дослідження методи : ПЕТ, сцинтиграфія , дипіридамовий тест, призначення лікування.

План:

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

1. Дайте визначення ІХС .
2. Які фактори ризику розвитку ІХС Ви знаєте?
3. Описати ознаки типового синдрому ангінозних БОС.
4. Які патогенетичні механізми беруть участь в розвитку нападу стенокардії?
5. Які варіанти стабільної стенокардії Вам відомі?
6. Які фізикальні ознаки атеросклерозу і ІХС можна виявити під час обстеження хворого?
7. Перелічити біохімічні тести, необхідні для виявлення факторів ризику ІХС, для проведення діагнозу.
8. Показання та протипоказання до проведення проб навантаження (велоергометрія, сцинтиграфія міокарду з ^{201}Tl , $^{99\text{mTc}}$ з ізонітрілом, стрес-ЕхоКГ, ізотопна вентрикулографія, проби з діпіридамолом, аденозіном, стрес-ЕхоКГ), холтерівського моніторування ЕКГ, коронароангіографії.
9. Перелічити основні групи антиангінальних препаратів, їх механізм дії.
10. Показання та протипоказання до їх призначення.
11. Які немедикаментозні методи лікування ІХС Ви знаєте?
2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тест №1.

Які ознаки положені в основу класифікації стабільної стенокардії напруження?

1. Переносимість фізичного навантаження (анамнестично).
2. Толерантність до фізичного навантаження за даними ВЕМ.
3. Подвійне проведення на пороговому навантаженні при ВЕМ.
4. Усе вищезазначене.
5. Фракція викиду.

Тест №2.

Які із зазначених нижче станів можна назвати еквівалентом стенокардії?

1. Печія при швидкій ходьбі.
2. Напад аритмії під час бігу.
3. Напади задишки при ходьбі.
4. Болі в лівій руці.
5. Усе вищезазначене.

Тест №3.

До вас звернувся за допомогою хворий зі стабільною стенокардією напруження 3 функціонального класу і стенозуючим атеросклерозом 3-х магістральних судин. Якому методу лікування ви віддасте перевагу?

1. Усунення факторів ризику.
2. Аорто-коронарне шунтування.
3. Медикаментозна терапія.

4. Психотерапія.
5. Фітотерапія.

Тест №4.

В нормі зубець Т завжди позитивний у:

1. I відведенні
2. III відведенні
3. I та II відведеннях
4. I, II, III відведеннях
5. V1- V6 відведеннях

Тест №5.

Які зміни реєструються на ЕКГ в момент нападу стенокардії?

1. Подовження інтервала P-Q
2. Інверсія зубця Т
3. Патологічний зубець Q
4. Тахікардія
5. Зхви зубця Т та сегмента ST

Тест №6.

У хворого на протязі 3-х місяців з'являються болі в області серця при ходьбі на відстань 200-250 метрів. Найбільш ймовірний діагноз?

1. Стенокардія напруження 4 функціонального класу
2. Стенокардія напруження 2 функціонального класу
3. Стенокардія напруження 3 функціонального класу
4. Прогресуюча стенокардія напруження
5. Варіантна стенокардія

Тест №7.

Основна патогенетична ланка стабільної стенокардії напруження:

1. Коронаротромбоз
2. Коронароспазм
3. Атеросклеротична обструкція коронарних судин
4. Коронариит
5. Гіпертрофія міокарду

Тест №8.

Факторами ризику розвитку ІХС є усі, окрім:

1. Гіперхолестеринемія
2. Гіперглікемія
3. Вживання алкоголю
4. Паління
5. Гіподінамія

Тест №9

Проба з фізичним навантаженням у хворого на ІХС дозволяє визначити:

1. Наявність некрозу міокарду
2. Толерантність до фізичного навантаження
3. Зони гіпокінезу в міокарді

4. Потребу кисню
5. Функціональні потреби синусового вузла

Тест №10

Під час дослідження крові у хворих на стабільну стенокардію було визначено:

1. Лейкоцитоз
2. Гіперферментемія
3. Гіпер- і дисліпідемія
4. Гіпо- і диспротеїнемія
5. Гіперурікемія

Задачі для самоконтролю.

Задача № 1.

Хворий І., 59 років. Скарги на болі за грудниною тиснучого характеру під час ходьби на відстань 300 метрів, знімаються нітрогліцеріном. Хворіє на протязі 3 років. Об'єктивно: серце розширене вліво, тони приглушені. АТ 160/85 мм. рт. ст. Пульс 76 за хвилину, ритмічний. Артерії звивисті, пульсують. Пульс на артеріях стоп знижений.

ЗАК без патології. Холестерин 6,8 ммоль/л.

Найбільш перспективним методом лікування такого хворого буде:

1. Гіпотензивна терапія.
2. Антиагрегантна і антиангінальна терапія.
3. Гіполіпідемічна терапія.
4. Коронароангіопластика.
5. Гіполіпідемічна терапія і коронароангіопластика.

Задача № 2.

Хворий М., 45 років. Скарги на болі за грудниною пекучого характеру, що виникають під час повільної ходьби, та задишку під час фізичного навантаження. Хворіє на протязі 9 років. Погіршення самопочуття 4 міс. тому. Об'єктивно: надмірного харчування, над легенями коробочний перкуторний звук, серце розширене вліво, тони приглушені, 90 уд. за хв., ритмічний. АТ 130/80 мм рт ст. Печінка біля краю реберної дуги. Набряків немає.

Найбільш ймовірні зміни при ЕКГ-обстеженні під час больового нападу включають зміни:

- A. Сегмента ST та зубця T.
- B. Шлуночкового комплексу QRS.
- C. Інтервалу P-Q.
- D. Інтервалу Q-T.
- E. Зубця U.

Задача № 3.

Хворий П., 62 роки. Скарги на періодичні стискуючі болі в ділянці серця з ірадіацією в ліву руку, що виникають під час ходьби, у спокої, напади задухи по ночам, набряки ніг під вечір. Три місяці тому переніс інфаркт міокарду. Об'єктивно: акроціаноз. Пастозність ніг. Над легенями перкуторний звук з коробочним відтінком. Дихання везикулярне, в задньонижніх відділах дрібнопухирчасті хрипи. Пульс 100 уд. в хв. Одинокі екстрасистолі. АТ 130/60 мм рт ст. Межі серця розширені вліво, прекордиальна пульсація, глухі тони над усіма точками. Печінка нижче реберної дуги на 4 см.

Найбільш інформативним методом дослідження для уточнення діагнозу є:

- A. ЕКГ.
- B. УЗД серця.

- С. Велоергометрія.
- Д. Ангіографія.
- Е. КФК-МВ, тропонін Т і І.

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 6

Тема: Ведення хворого з кардіомегалією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з кардіомегалією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з кардіомегалією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: Основні поняття: підстави скарг, анамнезу, перкуторних та аускультативних даних у хворих на кардіомегалію; план обстеження хворого для встановлення етіології кардіомегалії; аналіз ЕКГ і зміни, характерні для міокардиту,

кардіоміопатії або перикардиту; диференціальна діагностика та встановлення причин збільшення серця; специфічні зміни під час ультразвукового дослідження; план лікування хворого з відповідною нозологією, препарати, що застосовуються при лікуванні кардіомегалії; основні заходи реабілітації та профілактики.

План:

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

- 1) Які захворювання супроводжуються кардіомегалією?
- 2) Етіологія, патогенез, класифікація міокардитів.
- 3) Діагностичні критерії дифузійного міокардиту.
- 4) Лабораторні й інструментальні методи діагностики міокардитів. Диференціальна діагностика.
- 5) Лікування хворих міокардитом.
- 6) Етіологія, класифікація перикардитів.
- 7) Клінічні ознаки екссудативного перикардиту.
- 8) Лабораторні й інструментальні методи діагностики перикардитів. Диференціальна діагностика.
- 9) Лікування хворих перикардитом.
- 10) Дайте визначення кардіоміопатії. Етіологія, патогенез, класифікація.
- 11) Яка клінічна картина дилатаційної кардіоміопатії (ДКМП). Методи діагностики.
- 12) Лікування, прогноз ДКМП.
- 13) Клініка набутих вад серця із систолічним шумом (недостатність мітрального клапана, аортальний стеноз).
- 14) Клініка набутих вад серця з діастолічним шумом (мітральний стеноз, недостатність аортального клапана).
- 15) Консервативні методи лікування набутих вад серця. Показання до оперативного лікування.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий 38 років, скаржиться на виражену задишку, біль в ділянці серця. Своє захворювання пов'язує з перенесеним 2 тижні тому грипом. Об'єктивно: сидить, нахилившись уперед. Обличчя набрякле, ціанотичне, відмічається набряк шийних вен. Межі серця розширені в обидва боки, тони ослаблені, ЧСС, пульс - 112/хв., АТ -100/60 мм рт. ст., печінка +4 см. У крові ШОЕ - 42 мм/год. На ЕКГ - низький вольтаж зубців в усіх відведеннях. На рентгенограмі - трапецієподібна тінь серця. Визначте найбільш імовірний діагноз:

- A. Ревматична вада серця
- B. Вірусний міокардит
- C. Ішемічна хвороба серця
- D. Дилатаційна кардіоміопатія
- E. Екссудативний перикардит

2. Чоловік 37 років, скаржиться на серцебиття, задишку, перебої в роботі серця, запаморочення, швидку втомлюваність. При обстеженні виявили кардіомегалію, ослаблені тони серця, систолічний шум над верхівкою, ознаки серцевої недостатності ІІА стадії. На ЕКГ: фібриляція передсердь повна, блокада лівої ніжки пучка Гіса, негативні зубці Т в багатьох відведеннях. На ЕхоКГ виявили дифузну дилатацію порожнини серця, зниження скоротливості міокарда. Ймовірний діагноз?

- A. Міокардит
- B. Гіпертрофічна кардіоміопатія

- C. Ексудативний перикардит
- D. Дилатаційна кардіоміопатія
- E. Констриктивна кардіоміопатія

3. Хвора 50 років, скаржиться на тупий біль у ділянці серця, ядуху, підвищення температури до 38 °С. Тиждень тому перенесла грип. Об'єктивно: пульс - 100/хв., АТ - 100/70 мм рт. ст., тони серця ослаблені. На ЕКГ: знижений вольтаж, сегмент ST піднятий над ізолінією в усіх відведеннях. На рентгенограмі тінь серця розширена в усі боки. Пульсація серця малої амплітуди. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Стенокардія
- B. Інфаркт міокарда
- C. Дилатаційна кардіоміопатія
- D. Міокардит
- E. Ексудативний перикардит

4. Після тривалого періоду субфебрилітету хворий помітив посилення задишки, болі в правому підребер'ї, набряки ніг. Шийні вени набрякли. Пульс - 120/хв., часом на вдиху зникає. Тони серця різко ослаблені. На ЕКГ - зниження вольтажу зубців шлуночкового комплексу. Місяць тому відзначався підйом сегмента ST V1-V4. Тінь серця розширена, округла. Укажіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Інфаркт міокарда з зубцем Q
- B. Ексудативний перикардит
- C. Постінфарктний кардіосклероз
- D. Дисметаболічна кардіоміопатія
- E. Гостра ревматична лихоманка

5. Чоловік 65 років, скаржиться на постійний біль за грудиною, що не купірується нітроглицерином, кашель із прожилками крові в харкотинні. Хворіє 3-й день. Переніс 2 інфаркти міокарда - 2 роки і 3 тижні тому. Об'єктивно: температура тіла - 37,8 °С. Пульс - 90/хв., ритмічний. Права і ліва межі серця зміщені назовні на 1 см, тони ослаблені. Ліворуч на рівні IV-V ребер укорочення перкуторного звуку, шум тертя плеври. На ЕКГ: негативна динаміка, знизився вольтаж зубців комплексу QRS, з'явився конкордантний підйом інтервалу ST опуклістю донизу в I і III стандартних відведеннях. Яка найбільш імовірна причина цих симптомів?

- A. Серцева астма
- B. Гостра пневмонія
- C. Рецидивуючий інфаркт міокарда
- D. Синдром Дреслера
- E. Тромбоемболія легеневої артерії

6. Жінка 37 років, скаржиться на задуху, стискаючий біль за грудиною. Тиждень тому перенесла грип. Об'єктивно: акроціаноз, ЧСС - 98/хв., АТ - 90/75 мм рт. ст., ЧД - 26/хв. Межі серця розширені вліво і вправо на 3 см. Тони серця ослаблені, над верхівкою протодіастолічний ритм галопу, систолічний шум. Нв - 100 г/л, ШОЕ - 25 мм/год. Який може бути попередній діагноз?

- A. ІХС, стенокардія
- B. Дилатаційна кардіоміопатія
- C. Ексудативний перикардит
- D. Рестрективна кардіоміопатія

Е. Інфекційно-алергічний міокардит

7. Студентка 18 років, скаржиться на задишку при значному фізичному навантаженні. Стан погіршився півроку тому. Об'єктивно: пульс - 88/хв., високий. АТ - 180/20 мм рт. от. Шкіра бліда. Межі серця розширені вліво, доверху. В ІІ міжребер'ї систоло-діастолічний шум, ІІ тон над легеневою артерією підсилений. На ЕКГ ознаки гіпертрофії обох шлуночків. При рентгенологічному дослідженні грудної порожнини - пульсація та випинання легеневого стовбура, лівого шлуночка. Якою повинна бути тактика лікаря?

- А. Звільнення від фізичних навантажень
- В. Диспансерне спостереження
- С. Призначення терапевтичного лікування
- Д. Продовження дослідження
- Е. Консультація кардіохірурга

8. Хворий 36 років, який зловживає алкоголем, скаржиться на задишку, набряки на ногах. Захворювання пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: загальний стан важкий, акроціаноз. Пульс - 112/хв., ритмічний. АТ - 90/65 мм рт. ст. Верхівковий поштовх не пальпується. Тони серця ослаблені, над верхівкою короткий систолічний шум. Дихання везикулярне. Живіт чутливий при пальпації, нижній край печінки виступає на 6 см з-під реберної дуги, щільний. Загальний аналіз крові: Нb - 125 г/л, Л - $10,9 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 34 мм/год. Загальний аналіз сечі без особливостей. Серце розширене, пульсація його ослаблена. На ЕКГ: зменшений вольтаж, негативні зубці Т у V1-V6. Яка ймовірна причина виникнення недостатності кровообігу?

- А. ІХС: інфаркт міокарда без зубця Q.
- В. Перикардит
- С. Інфекційно-алергічний міокардит
- Д. Алкогольна кардіоміопатія
- Е. Дилатаційна кардіоміопатія

9. Хвора 25 років, скаржиться на біль у серці ниючого характеру, серцебиття, відчуття перебоїв у роботі серця, задишку. В дитинстві хворіла на ревматизм. Об'єктивно: суглоби зовні не змінені. Ціаноз губ, пульс - 96/хв., неритмічний, часті екстрасистоли. АТ - 105/70 мм рт. ст. Межі серця розширені. Над верхівкою І тон ослаблений, тривалий систолічний шум. Над легеневою артерією - підсилений ІІ тон. Екстрасистолічна аритмія. Над легеньми - послаблене дихання. Які зміни ехокардіограми найбільш імовірні у хворої?

- А. Потовщення стінок правого шлуночка
- В. Розширення порожнини правого шлуночка
- С. Дилатація і гіперкінезія стінок лівого шлуночка
- Д. Розширення порожнини лівого шлуночка
- Е. Розширення порожнини лівого передсердя і лівого шлуночка

10. Чоловік 33 років, скаржиться на задишку у стані спокою, ниючий біль в ділянці серця, які з'явилися через тиждень після гострого респіраторного захворювання. Зловживає алкоголем. Об'єктивно: ЧД - 24/хв., ЧСС і пульс - 96/хв. Межі серця розширені на 1,5-2 см в обидва боки, І тон ослаблений, м'який систолічний шум над верхівкою, АТ - 100/50 мм рт. ст. Печінка +3 см, гомілки пастозні. У крові: Л - $9,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 18 мм/год., АлАТ - 0,46 ммоль/(лхгод.), АсАТ - 1,0 ммоль/(лхгод.). На ЕКГ: синусова тахікардія, шлуночкові екстрасистоли, інверсія зубця Т у грудних відведеннях. Укажіть найбільш імовірний діагноз:

- А. Дилатаційна кардіоміопатія

- В. Алкогольна кардіопатія
- С. Інфекційно-алергічний міокардит
- Д. Інфаркт міокарда
- Е. Ревматична лихоманка

Ситуаційні задачі

1. Хворий 38 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, перебої в роботі серця, короткочасні запаморочення. До цього часу вважав себе здоровим. Об'єктивно: пульс - 76/хв., АТ - 120/80 мм рт. ст. Ліва межа серця - на лівій середньо-ключичній лінії. Систолічний шум у точці Ерба. На ЕКГ: ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, зміщення ST донизу та негативні Т в I, V5, V6. ЕхоКГ: задня стінка лівого шлуночка 1 см, міжшлуночкова перетинка 1,7 см..

- Сформулюйте попередній діагноз хворого.
- Скласти план обстеження хворого.
- Скласти план призначень.

2. Хворий 38 років, скаржиться на задишку, підвищення температури тіла до 37,2 °С. Три тижні тому переніс ГРЗ. Об'єктивно: блідість, акроціаноз. Пульс - 100/хв., АТ - 140/85 мм рт. ст. Межі серця розширені вліво і вправо. Тони серця глухі, над верхівкою визначається систолічний шум. Над легеньками в нижніх відділах послаблене дихання. На ЕКГ: ритм синусовий, атріовентрикулярна блокада I ступеня.

- Сформулюйте попередній діагноз хворого.
- Скласти план обстеження хворого.
- Скласти план призначень.

3. Хвора 32 р., впродовж 2 років скаржиться на задишку в спокої, нічні напади ядухи, набряки на ногах, поступове збільшення в об'ємі живота. Об'єктивно: стан важкий, акроціаноз, вологі незвучні хрипи у нижніх ділянках легень. Пульс - 90/хв., аритмічний. Тони серця ослаблені, систолічний шум над верхівкою. АТ - 90/60 мм рт. ст. ЕхоКГ: розширення всіх порожнин серця, ФВ - 28 %. Клапани серця не змінені. Листки перикарду не потовщені.

- Сформулюйте попередній діагноз хворого.
- Скласти план обстеження хворого.
- Скласти план призначень.

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. / За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. — К., 2022.

— 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 7

Тема: Ведення хворого з серцевими шумами

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з серцевими шумами; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого серцевими шумами; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: етіологія, патогенез і патоморфологія захворювань, що супроводжуються шумами в серці; клінічну класифікацію шумів серця: характер перебігу, ступінь активності процесу, клініко-морфологічну характеристику ураження; клінічні прояви захворювань, що супроводжуються шумами в серці; діагностичне значення додаткових методів дослідження (загальноклінічних, біохімічних, імунологічних, інструментальних); діагностичні критерії захворювань, що супроводжуються шумами в серці; принципи лікування захворювань, що супроводжуються шумами в серці, групи застосовуваних препаратів і тактику їх застосування

План:

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

1. Які захворювання перебігають з наявністю систолічного шуму?
2. Яка патологія є майже постійним супутником систолічний шум?
3. Для якого захворювання характерний симптом "змиву" контрастної речовини з правого передсердя і повторне контрастування його з лівого передсердя?
4. Які інструментальні методи обстеження хворих використовуються при проведенні диференційного діагнозу систолічного шуму?
5. Консультація яких фахівців може знадобитися під час проведення диференційного діагнозу систолічного шуму?

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації,

визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1) Які ЕКГ-ознаки мітрального стенозу?

- A. Зменшення амплітуди І тону;
- B. Збільшення амплітуди І тону в області верхівки серця;
- C. Подовження інтервалу II - QS;
- D. Відсутність діастолічного шуму;
- E. Укорочення інтервалу QT.

2) Для недостатності аортального клапану характерно:

- A. Послаблення І тону на верхівці серця;
- B. Протодіастолічний шум в зоні проекції аортального клапану;
- C. Систолічний шум на верхівці;
- D. Низький діастолічний артеріальний тиск;
- E. Низький систолічний тиск.

3) Посилення II тону над легеневою артерією характерно для всіх станів, крім:

- A. Мітральної вади;
- B. Легеневої гіпертензії;
- C. ТЕЛА;
- D. Аортальних вад;
- E. "Синіх" природжених вад.

4) Ускладнення мітральної недостатності:

- A. Перікардит;
- B. Порушення серцевого ритму;
- C. Гематрози;
- D. Пневмоторакс;
- E. набряк легень.

5) Стеноз устя аорти викликає:

- A. Підвищення тиску в аорті;
- B. Підвищення систолічного тиску в лівому шлуночку;
- C. Підвищення хвилинного обсягу серця;
- D. Зниження тиску в лівому передсерді;
- E. Послаблення І тону на верхівці серця.
- F.

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою

ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 8

Тема: Ведення хворого з серцевою недостатністю

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з серцевою недостатністю; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого серцевою недостатністю; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: визначення терміну хронічна серцева недостатність; види СН; класифікації СН за Василенком-Стражеско та за NYHA; збір анамнезу у хворого на СН; характеристика лабораторних методів (BNP, NT-proBNP, загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі; біохімічні дослідження: K⁺, Na⁺, креатинін і ШКФ, холестерин плазми, білірубін, «печінкові» ферменти, глюкоза, сечова кислота); інтерпретація результатів інструментальних методів дослідження (ЕКГ, ехокардіографія, УЗД плевральної порожнини, рентген ОГК, проба 6-хвилинної ходьби).

План:

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

- 1) Перерахуйте можливості усунення потенційно зворотних причин ХСН.
- 2) Які ятрогенні та неятрогенні фактори можуть спровокувати декомпенсацію ХСН?
- 3) Які спеціальні рекомендації щодо модифікації способу життя повинен отримати хворий з ХСН від лікаря?
- 4) Можливості інгібіторів АПФ в лікуванні хворих з ХСН, рекомендовані препарати та їх дози, правила призначення та контролю лікування.
- 5) Особливості використання різних діуретиків в активній та підтримуючій терапії СН.

- 6) Можливості бета-блокаторів в лікуванні хворих з ХСН, рекомендовані препарати та їх дози, можливі проблеми, пов'язані з їх титруванням та шляхи їх подолання.
- 7) Показання та протипоказання до призначення дигоксину, дозування препарату, профілактика проявів дигіталісної інтоксикації.
- 8) Перерахуйте, яким хворим з ХСН показана консультація кардіохірурга.
- 9) Перерахуйте показання для проведення ресинхронізуючої електростимуляції серця, для імплантації кардіовертера-дефібрилятора, для імплантації пристроїв допомоги лівому шлуночку, для імплантації серця.
- 10) Які заходи можуть доведено зменшити ризик СН у різних категоріях хворих кардіологічного профілю.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

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

- A. Дигоксин
- B. Фуросемід
- C. Верошпірон
- D. Еналаприл
- +E. Анаприлін

2. У хворого 61 року, щопереніс 2 місяці тому інфаркт міокарда з зубцем Q, відзначається незначна задишка при ходьбі в помірному темпі через 300 метрів. Фракція викиду лівого шлуночка за даними ехокардіографії склала 46 %. Для корекції даного ускладнення насамперед необхідно призначити:

- A. Метопролол
- +B. Еналаприл
- C. Симвастатин
- D. Дигоксин
- E. Аспірин

3. Жінка 40 років, скаржиться на задишку, набряки ніг, збільшення живота, колючі болі в серці. В анамнезі: туберкульозний бронхоаденіт, ангіни. Стан погіршився 6 місяців тому. Об'єктивно: ціаноз, набухлі шийні вени. Дихання везикулярне. Межі серця не зміщені. Тони приглушені. Пульс - 106/хв., печінка + 4 см, асцит. Низький вольтаж ЕКГ. Рентгенографія - тонка смужка відкладень кальцію по лівому контуру серця. Яке лікування буде рекомендоване хворій?

- A. Діуретичні препарати
- B. Дигіталісні препарати
- C. Протитуберкульозні препарати
- +D. Лікування у кардіохірурга
- E. Вазодилататори, нітрати

4. Хвора С., 38 років, прибула в клініку зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні, слабкість, стомлюваність. В анамнезі: з 18 років ревматизм. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, "facies mitrale". Аускультативно: у легенях везикулярне дихання. Пальпаторно: діастолічне передсерцеве тремтіння. Тони серця ритмічні, ляскаючий I тон, поява

додаткового тону відкриття мітрального клапана ("ритм перепілки"), діастолічний шум на верхівці. АТ - 130/70 мм рт. ст. Пульс - 80/хв. Препарати яких груп необхідно призначити хворій?

- А. Антагоністи кальцію + адреноблокатори
- В. Серцеві глікозиди + антагоністи кальцію
- +С. Діуретики + серцеві глікозиди
- Д. Адреноблокатори + серцеві глікозиди
- Е. Інгібітори АПФ + антагоністи кальцію

5. Жінка 25 років, скаржиться на задишку при невеликому навантаженні, запаморочення, біль в ділянці серця стискаючого характеру. Захворіла після пологів. Ревматизмом не хворіла. Об'єктивно: шкіра без особливостей. АТ - 90/60 мм рт. ст, ЧД - 24/хв., пульс - 76/хв., ритмічний, слабкий. З боку серця: прекардіальна пульсація правого шлуночка, акцент II тону над легеневою артерією. На ЕКГ – ознаки гіпертрофії правого шлуночка, рентгенологічно – збільшення правих відділів серця, випинання конусу легеневої артерії, центральний тип застою. Яка терапія доцільна в цьому випадку?

- А. Інгібітори АПФ + серцеві глікозиди
- В. Серцеві глікозиди + сечогінні
- С. Нітропрепарати + серцеві глікозиди
- +Д. Антагоністи кальцію + антикоагулянти
- Е. Сечогінні + інгібітори АПФ

Ситуаційні задачі

1. Хворий К., 46 років, доставлений МШД зі скаргами на задишку в спокої, серцебиття, перебої в роботі серця, слабкість. Об'єктивно: стан важкий, ортопное, виражений акроціаноз. ЧДР - 28/хв. Аускультативно: у нижніх відділах легень вологі дрібнопухирчасті хрипи. Верхівковий поштовх зміщений ліворуч і донизу; межі серця розширені ліворуч на 3,5 см. Тони серця глухі, протодіастолічний ритм галопу. АТ - 150/70 мм рт. ст. Пульс - 94/хв., слабого наповнення. Печінка виступає на 4 см з-під краю реберної дуги. Набряки нижніх кінцівок.

- Сформулюйте попередній діагноз.
- Скласти повний план обстеження хворого.
- Скласти план лікування хворого.

2. Хворий 54 років, з вираженою задишкою, 3 роки тому переніс інфаркт міокарда з зубцем Q, ускладнений розвитком аневризми передньої стінки лівого шлуночка. При огляді: ціаноз шкіри та слизових оболонок, акроціаноз, ортопное. ЧСС - 110/хв. АТ - 110/70 мм рт. ст. При аускультатії легень вислуховується велика кількість незвучних дрібнопухирцевих хрипів.

- Сформулюйте попередній діагноз.
- Скласти повний план обстеження хворого.
- Скласти план лікування хворого.

3. Хворий 66 років, скаржиться на задишку у спокої і набряки ніг. Протягом 20 років - артеріальна гіпертензія. Палить 30 цигарок у день. Об'єктивно: притуплення перкуторного звуку й ослаблення везикулярного дихання в нижніх відділах правої легені. Ліворуч - сухі хрипи. АТ - 170/110 мм рт. ст., пульс - 105/хв., аритмічний. Рентгенологічне: однорідне зниження прозорості з косим рівнем справа.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Скласти повний план обстеження хворого.
3. Скласти план лікування хворого

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 9

Тема: Ведення хворого з задишкою

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з задишкою; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з задишкою; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги;

вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: визначення задишки («експіраторна задишка», «інспіраторна задишка», «змішана задишка»); етіологія та патогенез захворювань, що викликають задишку (ексудативний перикардит, бронхіальна астма (БА), хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), пневмонія, ексудативний плеврит, емфізема легень, пневмосклероз, легенева та серцева недостатність); діагностичне значення даних клініко-інструментального та лабораторного обстеження для визначення захворювання, що спричинило задишку; принципи немедикаментозного та медикаментозного лікування хворих із захворюваннями, що протікають із синдромом задишки; ускладнення, прогноз і працездатність хворих із захворюваннями, що супроводжуються задишкою; первинна та вторинна профілактика захворювань, що супроводжуються задишкою.

План:

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

1. Дайте визначення задишки та ядухи. Які хвороби серця та судин, дихальної, нервової та інших систем можуть викликати задишку та ядуху?
2. Охарактеризуйте особливості задишки та ядухи у хворих із захворюваннями системи дихання.
3. Охарактеризуйте особливості задишки та ядухи у хворих із захворюваннями серцево-судинної системи.
4. Охарактеризуйте особливості задишки та ядухи у хворих із захворюваннями нервової системи.
5. Охарактеризуйте діагностичні можливості інструментальних методів діагностики (ЕКГ, ЕКГ з фізичним навантаженням, ЕХО-КГ, добовий холтерівський моніторинг, рентгеноскопія серця та легень) у визначенні причин та важкості задишки та ядухи у хворих із серцево-судинною патологією.
6. Охарактеризуйте діагностичні можливості інструментальних методів діагностики (ЕКГ, рентгеноскопія серця та легень, функціональні дихальні проби) у визначенні причин та важкості задишки та ядухи у хворих із легеневою патологією.
7. Тактика ведення хворих в залежності від генезу задишки.
8. Можливості немедикаментозного, медикаментозного та хірургічного лікування.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У хворого 52 років важкий напад експіраторної задишки, супроводжується важким сухим кашлем з дистанційними хрипами, серцебиттям. Який препарат найдоцільніше застосувати при невідкладній допомозі?

- A. Сальбутамол
- B. Строфантин
- C. Лазолван
- D. Атровент
- E. Преднізолон

2. У жінки 35 років через 30 хвилин після внутрішньом'язової ін'єкції ампіциліну виникли різка слабкість, свербіж обличчя та рук, нудота, кашель, задишка, біль у грудній клітці. Об'єктивно: ціаноз, набряк повік, обличчя, шії, шкіра волога з червоними висипками. Пульс - 120/хв., АТ -70/20 мм рт. ст., тони серця глухі, дихання часте, поверхневе, з великою кількістю різнокалібрових вологих хрипів. Із введення якого препарату необхідно негайно почати терапію?

- A. Преднізолону
- B. Адреналіну
- C. Астмопенту
- D. Еуфіліну
- E. Допаміну

3. Хворий 23 років, у зв'язку з гострою респіраторною інфекцією прийняв грам аспірину. У нього розвинувся приступ ядухи з утрудненим видихом, що був знятий введенням еуфіліну. Алергоанамнез не обтяжений. У минулому двічі оперований з приводу поліпозу носа. Вкажіть ваш діагноз:

- A. Симптоматичний бронхоспазм
- B. Атопічна бронхіальна астма
- C. Інфекційно-алергічна бронхіальна астма
- D. Астма фізичного зусилля
- E. Аспіринова астма

4. У хворого 28-и років відзначається закладеність носа, напади ядухи у нічний час один раз на тиждень. Захворів після респіраторної інфекції, котру самостійно лікував ацетилсаліциловою кислотою. В аналізах крові та харкотиння виявляється еозинофілія. У хворого можна запідозрити?

- A. Еозинофільний інфільтрат легень
- B. Бронхіальна астма фізичної напруги
- C. Бронхіальна астма, ендогенна форма
- D. Бронхіальна астма, екзогенна форма
- E. Бронхіальна астма аспіринова

5. Дівчина 23 років, півтора року спотерігається з приводу бронхіальної астми. В останній час напади ядухи виникають 4-5 разів на тиждень, нічні напади - 2-3 рази на місяць. Для купування приступів застосовує сальбутамол. Скарифікаційна проба з антигеном домашнього кліща позитивна. Об'єктивно: стан відносно задовільний. ЧД - 20/хв. ЧСС - 76/хв., АТ - 120/80 мм рт. ст. В легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритм правильний. Який механізм є провідним в розвитку бронхообструкції у хворої?

- A. Трахео-бронхіальна дискінезія
- B. Порушення метаболізму арахідонової кислоти
- C. Адренергічний дисбаланс
- D. Підвищений тонус парасимпатичної нервової системи
- E. Гіперреактивність бронхів

6. Жінка 36 років, скаржиться на приступи сухого кашлю, ядуху. Захворіла після перенесеного ГРВІ 2 роки тому. Об'єктивно: ЧД - 16/хв., пульс - 68/хв., АТ - 130/90 мм рт. ст. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук. При вислуховуванні - розсіяні сухі хрипи. Для уточнення зворотності бронхіальної обструкції необхідно провести пробу з:

- A. Форсованим видихом
- B. Обзиданом
- C. Фізичним навантаженням
- D. Киснем
- E. Сальбутамолом

7. Чоловік 32 р., скаржиться на напад ядухи, який триває 48 годин, кашель з утрудненим

відходженням харкотиння. Хворіє на бронхіальну астму 5 років, лікувався безконтрольно приймав глюкокортикостероїди, користувався інгаляторами. Об'єктивно: стан важкий, положення напівсидяче. Дифузний ціаноз, пульс -110/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Тони серця ослаблені, акцент II тону над легеневою артерією. Перкуторно над легенями коробковий звук, маса сухих свистячих хрипів. У крові еозинофілія - 18 %. Які препарати є препаратами вибору у хворого?

- A. Бета-2-адреноміметики
- B. Теофіліни
- C. Кортикостероїди
- D. Холінолітики
- E. Антигістамінні препарати

8. У пацієнтки 30 років після вірусної інфекції виникли щоденні симптоми затрудненого свистячого дихання, що викликали порушення активності і сну; нічні симптоми частіше одного разу на тиждень. ПШВ і ОФВ1 - 60-80%, відхилення > 30 %. Є потреба в щоденному прийомі бета-2-агоністів короткої дії. Який діагноз?

- A. Легка персистуюча бронхіальна астма
- B. Інтермітуюча бронхіальна астма
- C. Персистуюча бронхіальна астма середньої важкості
- D. Важка персистуюча бронхіальна астма
- E. Астматичний статус

9. Після психоемоційного стресу у хворого 24 років часто виникали стани, які супроводжувалися свистячим диханням, експіраторною задишкою, частими нічними симптомами, що обмежувало його фізичну активність. ПШВ і ОФВ1 < 60 %, відхилення - 30 %. Який діагноз захворювання?

- A. Легка персистуюча бронхіальна астма
- B. Персистуюча бронхіальна астма середньої важкості
- C. Інтермітуюча бронхіальна астма
- D. Важка персистуюча бронхіальна астма
- E. Бронхоспастичний синдром алергічного генезу

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

- A. Бронхіальна астма
- B. Набряк Квінке
- C. Істерична астма
- D. Серцева астма
- E. Аспірація таблетки диклофенаку

Задача №1

Хвора, 25 років, упродовж 5 років турбують періодичні напади задухи з затрудненим видихом, супроводжується кашлем з важко відходячим харкотинням, затрудненим носовим диханням. Три роки тому діагностовано поліпоз носу. Зранку прийняла таблетку цитрамону, після чого через 15 хвилин розвинувся напад задухи. Об'єктивно: стан важкий, шкіра ціанотична з сірим відтінком, волога. Пульс – 150 в 1 хв, слабкого наповнення. ЧД – 37 в 1 хв. Аускультативно – дихання різко ослаблене. Хрипів немає. Сформулюйте діагноз. Яке

ускладнення має місце у даної хворої? Невідкладна допомога.

Задача № 2

Хвора 32 р., поступила в пульмонологічне відділення зі скаргами на першіння в горлі, нежить, гіперемію склер, висипку на шкірі. Тиждень тому після походу в гості до знайомих з'явилися вищевказані скарги, пізніше приєднався сухий кашель. Стан почав погіршуватись і хвора вимушена була піти додому. Вдома приблизно через 2 години кашель зник, першіння в горлі, зуд та шкірна висипка зникли до кінця 2-гої доби.

Під час другого візиту (через 3 дні) знайомих у яких хворіла дитина, яка отримувала в/м ін'єкції антибіотиків, у жінки знову з'явилися вказані симптоми. Вдома симптоми зменшились, але повністю не зникли. Хвора була госпіталізована в стаціонар.

З анамнезу: 2 роки тому пацієнтка перенесла вогнищеву пневмонію. Під час лікування спостерігалась реакція у вигляді зуду та кропивниці. В/м ін'єкції, що проводились 2 рази на день були відмінені. Свербіж шкіри та кропивниця зникли через 3 дні.

При огляді звертає на себе увагу блідість шкірних покривів з синюшним відтінком, пастозність обличчя. Спостерігається набряк слизової оболонки м'якого піднебіння та слизової оболонки ротової порожнини. Над легеньми перкуторно – коробковий звук, вислуховується жорстке свистяче дихання, велика кількість розсіяних сухих свистячих хрипів. Тони серця приглушені, акцент II тону на легеневій артерії. Пульс – 96 в 1 хв. АТ – 90/60 мм рт ст.

Через 30 хвилин після госпіталізації у хворої з'явився кашель, підсилився зуд шкіри. Через 1 годину, коли хвора проходила повз процедурну, де стерилізувалися шприці після ін'єкцій, раптово з'явилося головокружіння, нудота, головний біль, задуха, дзвін у вухах, стискуючий біль за грудиною, різка блідість, липкий холодний піт. Хвора швидко повернулася до палати. Шкіра бліда. Дихання шумне, свистяче, чутне на відстані. Пульс частий, ниткоподібний. АТ – 40/20 мм рт ст. Тони серця майже не прослуховуються. Хвора втратила свідомість. Сформулюйте діагноз. Яке ускладнення має місце у даної хворої? Яка невідкладна допомога?

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th

Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 10

Тема: Ведення хворого з набряковим синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з набряковим синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з набряковим синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: етіологія, патогенез, патоморфологія, клінічні особливості перебігу захворювань, що супроводжуються розвитком набрякового синдрому (гострий і хронічний гломерулонефрит, серцева недостатність із «застійною ниркою», діабетична нефропатія, цироз печінки); лабораторно-інструментальні ознаки перерахованих вище захворювань; техніка опитування пацієнта для виявлення ознак ураження органів і захворювань, що викликали набряк; постановка попереднього діагнозу захворювання; диференціальна діагностика набрякового синдрому; тактику лікування хворого з набряковим синдромом; прогноз перебігу захворювання, рекомендації щодо лікування та профілактики виявленого захворювання.

План:

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

1. Визначте поняття набряк, набряковий синдром.
2. Проведіть систематизацію набряків по розповсюдженості, патогенетичним механізмам розвитку.
3. Визначте механізми формування набрякового синдрому при хронічній серцевій недостатності.
4. Визначте поняття нефротичний синдром. Вкажіть основні причини його розвитку.
5. Визначте механізми формування «набрякового» синдрому при мікседемі.
6. Які механізми формування набрякового синдрому при гіпопротейнімічних станах.
7. Класифікація діуретиків. Механізми дії, показання, протипоказання. Побічні ефекти.
8. Основні принципи терапії хронічної серцевої недостатності.
9. Основні принципи терапії нефротичного синдрому.
10. Основні принципи терапії мікседеми.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий 43 роки скаржиться на біль в поперековій ділянці, набряки на обличчі та ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно: шкіра суха, бліда, набряки обличчя, ніг, передньої черевної стінки. Протеїнурія 4 г/л, гематурія ер. 20-25 в п/з, гіалінові та епітеліальні циліндри 4-6 в препараті, гіпопротеїнемія, загальний білок крові 59 г/л., гіперхолестерінемія 8,3 ммоль/л. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A. Хронічний гломерулонефрит, нефротична форма.
- B. Хронічний гломерулонефрит, латентна форма.
- C. Амілоїдоз нирок
- D. Хронічний пієлонефрит.
- E. Злоякісний гломерулонефрит.

2. Хвора 54 років хворіє на остеомієліт стегнової кістки понад 20 років. За останній місяць з'явилися і поступово наростали набряки нижніх кінцівок. У сечі протеїнурія 6,6 г/л, у крові диспротеїнемія у вигляді гіпоальбумінемії, підвищення alpha-2- і gamma-глобулінів, ШЗЕ - 50 мм/год. Який діагноз найбільш ймовірний?

- A. Вторинний амілоїдоз нирок
- B. Гострий гломерулонефрит
- C. Мієломна хвороба
- D. Хронічний гломерулонефрит
- E. Системний червоний вовчак

3. Хвора С., 5 років поступила в клініку із скаргами на набряки, олігурію, гіпертензію. Загальний стан хворої важкий. Після клініко-лабораторного обстеження було встановлено діагноз: "Гострий гломерулонефрит". Який із клініко-лабораторних показників при цьому захворюванні є безумовним показанням для включення в терапію глюкокортикоїдних гормонів?

- A. Добова протеїнурія більше 3г
- B. Добова протеїнурія (до 3 г)
- C. Підвищення креатинину
- D. Макрогематурія
- E. Анемія

4. У юнака 16 років після вакцинації проти дифтерії через 2 тижні з'явилися набряки на обличчі, з боку серцево-судинної системи, легень, органів травлення патології не виявлено. У крові: Нб 148 г/л, лейкоц. 10 г/л, ШОЕ 32 мм/год, креатинін 0,095 ммоль/л. У сечі: білок 4,5 г/л, лейкоц. 2-3, ер. 25-30 в полі зору. Вкажіть найбільш ймовірний механізм, що викликав ураження нирок?

- A. Ураження клубочків імунними комплексами
- B. Токсична дія вакцини на капіляри ниркових клубочків
- C. Дія специфічних антитіл на ниркові каналці
- D. Алергічна реакція негайного типу
- E. Алергічна реакція уповільненого типу

5. Жінка, 42 років, скаржиться на появу набряків лица, кінцівок, слабкість. Хворіє на ревматоїдний артрит більш 15 років. Лікування не регулярне. Об'єктивно: набряки повік, лица, кінцівок. Тони серця приглушені. АТ 130/90 мм рт.ст. ЧСС – 64 уд/хв. Печінка + 3 см,

щільна, безболісна. Аналіз крові: ер. – 2,4 10¹² /л, Нв – 92 г/л, ШЗЕ – 54 мм/год, креатинін - 0,128 ммоль/л, білірубін - 18,5 мкмоль/л, СРБ ++++. Аналіз сечі: щільність – 1,015; білок – 3,8 г/л. Яке ускладнення виникло у пацієнтки?

- А. Нефротичний синдром.
- В. Серцева недостатність.
- С. Гіпотиреоз
- Д. Печінково-клітинна недостатність
- Е. Ниркова недостатність.

6. Хвора 36 років скаржиться на набряки обличчя, кінцівок, передньої черевної стінки, слабкість, підвищену стомлюваність. Пульс 90 в 1 хвилину, АТ 140/95 мм рт. ст. Живіт м'який, в черевній порожнині визначається вільна рідина. В аналізі сечі протеїнурия 3,5 г / л. Лікування хворої має включати:

- А. Преднізолон.
- В. Верошпирон.
- С. 5-НОК.
- Д. Купреніл.

7. У пацієнта з гострим гломерулонефритом раптово виникли анорексія, блювання, біль в животі. Об'єктивно: анасарка, пульс 90 на хв., АТ 150/95 мм рт.ст. Діяльність серця ритмічна, тони ослаблені. Живіт м'який, печінка збільшена на 2 см. На шкірі тулуба і стегон - еритематозна висипка. Загальний білок крові 46 г/л, білок сечі - 6,0 г/добу. Яка причина погіршення стану хворого ?

- А. Нефротичний криз
- В. Гіпертонічний криз
- С. Гострий міокардит
- Д. Амілоїдоз
- Е. Бешиха

8. Хворий А., 40 років поступив з діагнозом: первинно-хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром, ангіпертензивна стадія. Об'єктивно: набряки всього тулуба, обличчя, кінцівок. Випіт в легенях, асцит. Необхідно призначити патогенетичне лікування. Які з цих препаратів слід призначити в першу чергу?

- А. Глюкокортикоїди
- В. Антибіотики
- С. Антиагреганти
- Д. Десенсибілізуючі
- Е. Сечогінні

9. Вагітна (30 тижнів) скаржиться на головний біль, зменшення кількості сечі за добу, набряки, підвищення артеріального тиску до 170/95 мм. рт. ст. Добова протеїнурия 3 г/л. Креатинін крові 100 мкм/л, гематокрит – 42 %. Діагноз ?

- А. Нефропатія вагітних.
- В. Гострий гломерулонефрит
- С. Пієлонефрит вагітних
- Д. Тубуло-інтерстиціальний нефрит
- Е. Гіпертонічна хвороба.

10. Хвора К., 25 років, часто хворіла на ангіну. Протягом 3-х років в аналізах сечі знаходили

білок, еритроцити. Госпіталізована у зв'язку з появою набряків обличчя, ногах. ЗАС: білок 5,9 г/л, Ер. 10–14 в п/з, Л. 2–3 в п/з, Циліндри: гіалінові 3 – 4 в п/з, зернисті 2 – 3 в п/з. Запропонуйте діагноз.

- A. Хронічний гломерулонефрит, нефротичний синдром
- B. Хронічний пієлонефрит
- C. Хронічний гломерулонефрит, сечовий синдром
- D. Гострий гломерулонефрит
- E. Інтерстиціальний нефрит

Задача №1.

Чоловік 63 років, двічі переніс інфаркт міокарду, страждає близько 15 років гіпертонічною хворобою III стадії, останні 2 роки виявлена миготлива аритмія, постійна форма. Поступив в кардіологічне відділення зі скаргами на напади нічної задишки, задишку у спокої, серцебиття при найменшому фізичному навантаженні, слабкість, поганий сон.

Об'єктивно: Цианоз. Пульс 52/хв., аритмічний, ЧСС - 48-60/хв., АТ 160/95 мм рт.ст. Число дихань 24/хв. Акцент 2-го тону над легеневою артерією: набухання шийних вен. Над легеньми перкуторний звук легеневий, в нижніх відділах притуплений, над всіма ділянками вислуховуються одиночні сухі хрипи, в нижніх відділах - незвучні. Виражена набряклість ніг, мошонки. Пальпується збільшена на 3 см печінка із закругленим краєм.

ЕХОКС: ФВ-35%. Креатинін плазми - 0,109 ммоль/л.

Питання:

1. Вкажіть стадію і функціональний клас ХСН.
2. Складіть план обстеження
3. Складіть план лікування.

Задача №2.

Жінка 52 років, після настання менопаузи відзначає збільшення ваги, набряки. Звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, стомлюваність, мерзлякуватість, сонливість, закрепи, випадіння волосся. При огляді жінка загальмована, шкіра суха, жовтуватого кольору з гіперкератоми у ділянці колінних суглобів. Вага тіла надмірна, лице одутловате, виражений періорбітальний набряк. При фізикальному дослідженні виявлена брадикардія. Пульс 64 уд/хв., м'який, АТ 160/100 мм рт.ст. Збільшення розмірів серця, тони серця глухі, набряки ніг.

При дослідженні крові виявлена гіпохромна анемія, відносний лімфоцитоз, еозинофілія, сповільнене ШОЕ. Холестерин крові - 25 ммоль/л, основний обмін складає 25 %.

Питання:

1. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз:
2. Проведіть диференціальний діагноз.
3. Складіть план лікування.

Задача №3.

Жінка 40 років, госпіталізована у зв'язку з вираженими набряками. Набряки з'явилися кілька місяців тому. При обстеженні виявлений нефротичний синдром. За добу з сечею хвора виділяє 11 гр. білка. Креатинін плазми 0,9 ммоль/л. При світлооптичному дослідженні біоптата нирок не знайдено змін морфологічної структури нирок. Імунофлюоресцентне дослідження також патології не виявило. При електронній мікроскопії виявлені зміни епіцитів, малі відростки яких зливаються на всьому протязі гломерулярних капілярів. Хворій був призначений преднізолон в добовій дозі 60 міліграм. Після 8-тижневого курсу терапії набряки значно зменшилися, проте з'явилися зміни за типом Кушингоїда. Добова екскреція білка склала 5 гр. за 24 години. Лікарем був відмінений преднізолон і призначені діуретики,

обмежений натрій. набряки зникли, стан покращився.

Через 2 роки хвора знов звернулася за медичною допомогою у зв'язку з набряками. Креатинін плазми при наступній госпіталізації склав 3,7 ммоль/л, а добова екскреція білка - 14 гр.

Питання:

1. Який Ваш діагноз?
2. Проведіть диференціальний діагноз.
3. Складіть план лікування.

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 11

Тема: Ведення хворого з болем у кінцівках та спині

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з болем у кінцівках та спині; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з болем у кінцівках та спині; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів;

діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: етіологічні чинники болю в спині; класифікація та клінічні види болю в спині; основні принципи діагностики хворих з болем у спині та кінцівках згідно з існуючими стандартами; можливі фактори ризику виникнення больового синдрому в спині та кінцівках; етіологія та патогенез анкілозуючого спондиліту (АС) / синонім - хвороба Бехтерева (ХБ), мієломна хвороба; результати лабораторних та інструментальних методів обстеження, що мають значення для встановлення діагнозу; тактика диференційної терапії; заходи вторинної профілактики; прогноз і ступінь працездатності.

План:

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

1. Поясніть патогенез виникнення та клінічні особливості віддзеркалених болів у спині при захворюваннях внутрішніх органів (інфаркті міокарду, перикардиті, плевриті, розшаровуючій аневризмі аорти, спонтанному пневмотораксі, пенертуючій язві шлунку, гострому холециститі, ниркових кольках).
2. Які клінічні особливості характерні для болів у спині та кінцівках, пов'язаних з грижами міжхребцевих дисків?
3. Які клінічні особливості характерні для болів у спині та кінцівках, пов'язаних з метастатичними ураженнями та мієломною хворобою?
4. Перерахуйте діагностичні критерії анкілозуючого спондилоартриту та реактивного артрити. Чому змінена назва хвороби Рейтера?
5. Дайте характеристику прийомів об'єктивного обстеження хворих на анкілозуючий спондилоартрит.
6. Які позасуглобові ураження можливі у хворих на анкілозуючі спондилоартрити та реактивні артрити?
7. Які лабораторні методи дослідження необхідні для верифікації причини болів у спині?
8. Які рентгенологічні зміни характерні для хворих на анкілозуючі спондилоартрити та реактивні артрити?
9. Назвіть основні принципи медикаментозного лікування хворих на анкілозуючі спондилоартрити та реактивні артрити.
10. Які антимікробні засоби та з якою ціллю призначаються хворим на реактивні та постентероколітичні артрити?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

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

- A. Анкілозуючий спондилоартрит
- B. Туберкульозний спондиліт
- C. Псоріатична спондилоартропатія
- D. Спондилоартропатія на фоні реактивного артрити
- E. Поширений остеохондроз хребта

2. Хворий 40 років, страждає на хворобу Бехтерева, скаржиться на підвищення температури тіла до 37,8 °C, болі в спині і скутість, особливо в другій половині ночі. Хворіє 2 роки.

Об'єктивно: обмеження рухів у хребті, болючість крижово-клубових зчленувань, ШОЕ - 45 мм/год. Рентгенологічно виявлене звуження щілин крижово-клубових зчленувань. Яка патологія очей часто виявляється при подібному перебігу захворювання?

- А. Атрофія зорового нерву
- В. Відшарування сітківки
- С. Катаракта
- Д. Іридоцикліт
- Е. Блефарит

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

- А. Анкілозуючий спондилоартрит
- В. Туберкульозний спондиліт
- С. Псориатична спондилоартропатія
- Д. Спондилоартропатія на фоні реактивного артрити.
- Е. Поширений остеохондроз хребта

4. У хворого 40 років з артритом лівого гомілковостопного суглоба при рентгенологічному обстеженні хребта спостерігаються такі зміни: явища сакроілеїту зліва, у поперековому відділі грубі, несиметричні синдесмофіти. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Ревматоїдний артрит
- В. Псориатичний артрит
- С. Хвороба Бехтерева
- Д. Рективний артрит
- Е. Подагра

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

- А. Рентгенографія ілеосакральних сполучень
- В. Визначення HLA-B27 антигену
- С. Визначення рівня ЦІК в крові
- Д. Пункція кісткового мозку
- Е. Визначення ревматоїдного фактору

6. Хвора 70 років, скаржиться на болі в області плечових суглобів, сідниць, стегон, ранкову скутість понад 1 годину, схуднення. Занедужала гостро, симптоми наростали протягом 2-х тижнів. При обстеженні виявляється ущільнення і болючість м'язів при пальпації в зазначених областях, ШОЕ - 60 мм/год. Лікування повинне починатися з:

- А. Нестероїдних протизапальних препаратів
- В. Глюкокортикоїдів
- С. Препаратів 4-амінохінолінового ряду
- Д. Міоспазмолітиків

7. Жінка 32 років, скаржиться на інтенсивні болі в колінних суглобах, шиї. Вранці відзначає болі в міжлопатковій області, суглобах ніг; після розминки болі слабшають. Хвора підвищеної маси тіла, чути хрускіт у колінах при присіданні, суглоби дефігуровані, при пальпації чутливі. В аналізі крові: ШОЕ - 18 мм/год., Л - $8,0 \times 10^9$ /л. Рентгенологічне: склероз правої підхрящової пластинки в лівому колінному суглобі. Що лежить в основі даної патології?

- A. Відкладення уратів (тофуси) у суглобних тканинах
- B. Аутоімунний процес у синовії
- C. Дегенеративні процеси в хрящі
- D. Інфікованість бета-гемолітичним стрептококом
- E. Крововилив у суглоб

8. Чоловік 34 років, скаржиться на ранкову скутість, болі в поперековій ділянці, плечових суглобах, суглобах шиї, хребта, які посилюються при різких рухах. Захворювання почалося з болів у поперековій ділянці після переохолодження. Спостерігається болючість при пальпації остистих відростків та здухвинного сполучення, сегментарна ригідність м'язів поперекової ділянки хребта, атрофія прилеглих м'язів. На рентгенограмі: остеопороз тіл хребців, двобічний сакроілеїт. У крові: Л - $4,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 37 мм/год. Який з наведених діагнозів є правильним?

- A. Анкілозуючий спондилоартрит
- B. Реактивний артрит
- C. Деформуючий остеоартроз
- D. Ревматоїдний артрит
- E. Ревматизм

9. Чоловік 31 року, декілька років періодично лікувався з приводу радикуліту попереково-крижового відділу хребта. В останні 2 роки з'явився біль у суглобах верхніх та нижніх кінцівок, що посилюється у другій половині ночі. Об'єктивно: припухлість колінних суглобів, болючість при пальпації попереково-крижового відділу хребта, обмеження рухливості грудної клітки при глибокому диханні. У зв'язку з підозрою на хворобу Бехтерева була призначена рентгенограма хребта та тазової кістки. Які зміни на рентгенограмах найвірогідніші?

- A. Численні кістовидні просвітлення
- B. Остеопороз, узурація суглобової поверхні
- C. Звуження суглобової щілини, остеофітоз
- D. Двобічний сакроілеїт
- E. Розширення суглобових щілин, субхондральний склероз

10. Хворого 32-х років турбує біль у лівому колінному суглобі та суглобах ступні. Хворіє протягом 2-х місяців, коли після статевих зносин з'явився пекучий біль, свербіж та виділення з уретри, біль в очах, а через місяць - біль в суглобах. Об'єктивно: гіперемія судин кон'юнктиви, ковбасоподібна деформація пальців лівої ступні. НБ - 100 г/л, ШОЕ - 20 мм/год., в сечі - лейкоцити, у зішкребі з уретри - хламідії. Діагноз?

- A. Синдром Рейно
- B. Гонорейний артрит
- C. Реактивний артрит
- D. Іерсиніозний артрит
- E. Неспецифічний бактеріальний артрит

Ситуаційні задачі.

1. Чоловік 38 років, упродовж 3 років відчуває загальну втому, болі та зкутість в нижньому та середньому відділах спини, крижово-здухвинному зчленуванні та шиї. Біль особливо посилюється між 3 та 6 годинами ранішнього сну. Біль та зкутість може зменшитись при фізичних вправах. Також відмічає покрасніння, біль в очах та чутливість до світла. ШОЕ - 27 мм/год. Рентгенологічно виявили синдесмофіти в грудному та поперековому відділах хребта.

- а) Сформулювати попередній діагноз хворого
- б) Які діагностичні тести слід виконати для встановлення клінічних особливостей ураження хребта?
- в) Скласти план повного обстеження пацієнта
- г) Призначити лікування

2. Хвора 72 років скаржиться на болі в спині, в правій руці, відчуття заніміння в обох руках, запаморочення. Болі підсилюються після підняття важкої валізи. Хвора підвищеної маси тіла. АТ 135/80 мм рт.ст. ШОЕ - 12 мм/год. При рентгенообстеженні хребта 6 місяців тому були знайдені маргінальні кісткові розростання та субхондральний склероз тіл хребців.

- а) Сформулювати попередній діагноз хворої
- б) Скласти план повного обстеження пацієнтки
- в) Призначити лікування

3. Хворий 28 років скаржиться на біль в суглобах при жуванні, виражені болі в попереку, дизуричні розлади. Кілька разів лікував афтозний стоматит. При огляді: кератодерміяпідощв та псоріазиформні зміни шкіри на ліктях. НЬ -105 г/л, ШОЕ - 22 мм/год., в сечі –лейкоцитурія 10-14 в полі зору.

- а) Сформулювати попередній діагноз хворого
- б) Скласти план повного обстеження пацієнта
- в) Призначити лікування

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення теми на наступне заняття

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

Основна:

- 1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Тракткування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
- 2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
- 3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
- 4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 12

Тема: Ведення пацієнта з суглобовим синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з суглобовим синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з суглобовим суглобовим синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: основні клінічні прояви ревматичних захворювань; суглобовий синдром - нозологічні особливості; основні та додаткові методи дослідження в ревматології; лабораторні методи дослідження та їх клінічне значення; інструментальні методи дослідження хворих на ревматичні захворювання та їх клінічне значення

План:

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

1. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у хворих на гостру ревматичну лихоманку.
2. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у хворих на ревматоїдний артрит.
3. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у хворих на реактивний артрит.
4. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у хворих на СЧВ.
5. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у хворих на остеоартроз.
6. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у хворих на подагричний артрит.
7. Наведіть сучасні діагностичні критерії ревматизму, ревматоїдного артриту, СЧВ, подагри.
8. Перерахуйте сучасні принципи лікування СЧВ, які ліки ефективні при найбільш маніфестному суглобовому синдромі?
9. Перерахуйте сучасні методи лікування ревматоїдного артриту. Які ускладнення можливі при застосуванні НПЗП, КС, базисних ПЗП.

10. Перерахуйте сучасні принципи лікування подагричного артрити.

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хвора 27 років, яка хворіє на ревматоїдний артрит протягом 7 місяців, об'єктивно має набряки ліктьових, променево-зап'ясткових, колінних та гомілково-стопних суглобів, ревматоїдні вузлики в ділянці ліктьових суглобів. У крові: ШОЕ - 56 мм/г, СРБ (+++). На рентгенограмах суглобів виявлено виражений остеопороз. Що є базисною терапією в такій ситуації?

- A. Диклофенак натрію
- B. Індометацин
- C. Метотрексат
- D. Преднізолон
- E. Мелоксикам

2. Хворий 18 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 37,8 °С, серцебиття, задуху під час ходьби, біль в колінних суглобах. Захворів місяць тому, через 2 тижні після перенесеної ангіни. Об'єктивно: шкірні покриви блідо-рожевого кольору, пульс - 98/хв.. АТ -100/60 мм рт. ст. Ліва межа серця на 0,5 см зовні від середньоключичної лінії. І тон на верхівці послаблений. Прослуховується нижній систолічний шум. Лікар запідозрив ревматизм. Яка подальша тактика?

- A. Направити на консультацію до оториноларинголога
- B. Провести обстеження та лікування амбулаторне
- C. Виписати лікарняний лист і лікувати до нормалізації температури
- D. Направити на консультацію до ревматолога поліклініки
- E. Направити на стаціонарне обстеження та лікування

3. У хворої 17-ти років після перебування в Єгипті з'явилися сильні болі у великих суглобах рук, в ділянці серця, серцебиття, набряки ніг. Температура тіла - 38,8 °С. Блідість шкіри, над ураженими суглобами - еритематозна висипка. Ерозії на межі червоної облямівки губ, гніздове випадання волосся. Шум тертя плеври під лівою лопаткою. Тони серця глухі. Пульс -124/хв., АТ - 160/100 мм рт. ст. Нь -92 г/л, ШОЕ - 66 мм/год. СРБ -(+++). Позитивна реакція Вассермана. Яке з додаткових діагностичних досліджень буде найбільш інформативним для даного захворювання?

- A. Антинуклеарні антитіла
- B. Реакція РІБТ і РІФ
- C. Визначення ревматоїдного фактору
- D. Титр АСЛ-0
- E. Біопсія шкіри і м'яза

4. В хворого 16 років на 3-му тижні після ГРЗ спостерігається підвищення температури тіла, явища мігруючого поліартриту, на шкірі тулуба та проксимальних відділів кінцівок -блідо-рожева ледь помітна висипка у вигляді тонкого кільцеподібного обідка. Слабкий систолічний шум на верхівці серця. На ЕКГ: невелике подовження інтервалу PQ. ШОЕ прискорена, позитивний СРБ. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Інфекційний ендокардит
- B. Ревматоїдний артрит
- C. Інфекційно-алергічний міокардит
- D. Гостра ревматична лихоманка

Е. Артрит при краснусі

5. Чоловік 55 років, поступив у клініку в зв'язку з нападом ниркової кольки, яка періодично повторюється протягом року. Об'єктивно: в ділянці вушних раковин та правого ліктьового суглоба знаходяться вузликові утворення, покриті тонкою блискучою шкірою. Пульс - 88/хв. АТ - 170/100 мм рт.ст. Позитивний симптом Пастернацького з обох боків. Вивчення якого лабораторного показника найбільш доцільно для уточнення діагнозу?

- А. ШОЕ
- В. Ревматоїдного фактора
- С. Сечової кислоти
- Д. Осаду сечі
- Е. Молочної кислоти

6. Жінка 59 років, протягом 12 років страждає суглобовою формою ревматоїдного артриту. Останні 6 місяців стан здоров'я погіршився, з'явився біль у ділянці серця, задишка, посилилась слабкість. Об'єктивно: температура тіла 37,8 °С, шкіра бліда, дрібнокраплинні крововиливи на тулубі та кінцівках. У легенях - розсіяні сухі хрипи. Пульс - 96/хв. АТ - 170/100 мм рт. ст., межі серця зміщені вліво, над усіма точками систолічний шум. Печінка +2. У крові: Ер- $3,2 \times 10^{12}$ /л, НЬ - 108 г/л, Л - $4,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 50 мм/год., Тр - 120×10^9 /л. В сечі: питома вага - 1018, білок - 3,24 г/л, Л - 10-12 в п/з, Ер - 2-4 в п/з. Яка найбільш вірогідна причина погіршення стану хворої?

- А. Тромбоцитопенія
- В. Серцева недостатність
- С. Анемія
- Д. Васкуліт
- Е. Артеріальна гіпертензія

7. У хворої 50 років скарги на біль, припухлість, скутість суглобів кистей, стоп та колінних суглобів. При огляді – ульнарна девіація кистей, припухлість міжфалангових суглобів. На рентгенограмі: виражений остеопороз кісток, поодинокі узури, звуження міжсуглобових щілин. Встановлено діагноз - ревматоїдний артрит. Які лабораторні показники найбільш характерні для даного захворювання?

- А. Підвищений рівень сечової кислоти в крові і сечі
- В. Позитивний РФ та підвищення рівня фібриногену
- С. Наявність М-градієнту, висока ШОЕ
- Д. Підвищення рівня КФК і міоглобіну
- Е. Нейтрофільний лейкоцитоз, білок Бен – Джонса

8. У хворого К., 37 р., вночі після святкування дня народження, з'явилися дуже сильні болі в плюсно-фаланговому суглобі великого пальця ступні. Суглоб синюшно-багровий, збільшений в об'ємі. У крові: Л - $9,6 \times 10^9$ /л, нейтрофілів - 74 %, ШОЕ - 30 мм/год., сечова кислота - 0,490 мкмоль/л. Запідозрена подагра. Який засіб найбільш доцільно призначено хворому в першу чергу?

- А. Етамід
- В. Преднізолон
- С. Алопуринол
- Д. Антуран
- Е. Диклофенак

9. Хвора 24 роки, перенесла гострий ентероколіт ієрсиніозного генезу. Лікувалась в інфекційній лікарні. Після виписки гостро з'явився біль у правому колінному суглобі з набряком, суглоб болючий, рухливість обмежена. У крові: лейкоцитоз, ШОЕ-30мм/год, СРБ (++) , фібріноген – 5,2 г/л, альфа-2-глобуліни - 12%, титр антитіл до ієрсинії підвищений, РФ(-). Діагноз?

- А. Реактивний артрит.
- В. Хвороба Рейтера.
- С. Деформуючий остеоартроз.
- Д. РА.
- Е. Хондроматоз суглоба.

10. Хвора 56 років, з надмірною масою тіла, скаржиться на біль в колінних суглобах, який посилюється при ходьбі, особливо по сходах та при довгому стоянні на ногах. Хворіє 5 років. Об'єктивно: колінні суглоби деформовані, набряклі, під час руху -болючість, хрускіт. Рентгенограма суглобів – суглобова щілина звужена, субхондральний склероз, крайові остеофіти. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Ревматоїдний артрит
- В. Ревматичний артрит
- С. Реактивний артрит
- Д. Подагра
- Е. Деформуючий остеоартроз

Задача 1.

Хворий 43 р., працівник м'ясокомбінату, скаржиться на біль та припухлість, почервоніння в лівому плюсне-фаланговому суглобі I пальця та правому гомілково-ступеневому. Біль заважає найменшому рухові, підсилюється при стресі. Хворіє 3 роки, останнє загострення після вживання пива, сухої ковбаси. Об-но: суглоби багряні, набрякші, різко болючі на дотик. На рентгенограмі суглоба спостерігається звуження суглобової щілини, чітко обмежені дефекти кісткової тканини в епіфізі ("симптом пробійника").

- а) поставте попередній діагноз
- б) складіть схему обстеження
- в) проведіть диференційну діагностику
- г) складіть схему лікування
- д) дайте клініко-фармакологічну характеристику і обґрунтування необхідності призначених препаратів

Задача 2.

Хвора Н., 60 років, скаржиться на ранкову скутість в суглобах обох кистей, обмеженість рухів. Об'єктивно: ліктьова девіація обох кистей, деформація II. III пальців по типу "шиї лебедя" з обох боків, западіння міжкісткових проміжків. Підвищення титру РФ у сироватці крові. Рентгенологічне: епіфізарний остеопороз, звуження суглобових щілин, підвивихи.

- а) поставте попередній діагноз
- б) складіть схему обстеження
- в) проведіть диференційну діагностику
- г) складіть схему лікування
- д) дайте клініко-фармакологічну характеристику і обґрунтування необхідності призначених препаратів

Задача 3.

Хвора 25 років, перенесла гострий ентероколіт ієрсиніозного генезу. Після виписки з інфекційної лікарні гостро з'явився біль у правому колінному суглобі з набряком, суглоб болючий, рухливість обмежена. У крові: лейкоцитоз, ШОЕ-30мм/год, СРБ(++), фібріноген - 5,2 г/л, альфа-2-глобуліни -12%, титр антитіл до ієрсинії підвищений, РФ не виявлений

- а) поставте попередній діагноз
- б) складіть схему обстеження
- в) складіть схему лікування
- г) дайте клініко-фармакологічну характеристику і обґрунтування необхідності призначених препаратів

3. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактують змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 13

Тема: Ведення пацієнта з бронхообструктивним синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з

бронхообструктивним синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з бронхообструктивним синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: : будова бронхіального дерева та легень, функція зовнішнього дихання, кровообіг та біомеханіка дихання; етіологія, патогенез БА; сучасна класифікація, клінічні особливості БА; диференціальна діагностика БА з ХОЗЛ, пневмонією, туберкульозом легень, пухлинами легень, що супроводжуються бронхообструктивним синдромом; основні інструментальні та лабораторні методи дослідження, що підтверджують наявність БА; тактику ведення хворих на БА залежно від причин, принципи диференційованого лікування, показання до переведення хворих у відділення інтенсивної терапії; первинна та вторинна профілактика БА, прогноз.

План:

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

1. Визначення поняття «Бронхіальна обструкція», клінічні критерії.
2. Які головні причини і чим відрізняється бронхіальна обструкція при БА і ХОЗЛ
3. За визначенням ВООЗ – ХОЗЛ – це? Класифікація.
4. За визначенням ВООЗ – БА – це? Класифікація.
5. Який метод дослідження ФЗД використовують для моніторингу течії БА, його діагностична цінність.
6. Найбільш часті ускладнення БА.
7. Найбільш часті ускладнення ХОЗЛ.
8. Тактика призначення бронходилататорів при БА і ХОЗЛ відповідно до стандарту лікування.
9. Тактика призначення глюкокортикостероїдів при БА і ХОЗЛ відповідно до стандарту лікування.
10. Профілактика і немедикаментозне лікування БА і ХОЗЛ.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У чоловіка 45 років, страждаючого на БА протягом 12 років, розвинувся напад задухи, який він не зміг купувати сальбутамолом (застосовував 12 разів) протягом доби. У чому причина неефективності сальбутамола при купуванні нападу?

- А. Блокада альфа 1-адренорецепторів
- В. Зниження рівня рН крові
- С. Збільшення щільності бета-адренорецепторів
- Д. Зменшення щільності альфа 2-адренорецепторів
- Е. Посиленню набряку слизової оболонки бронхів

2. Чоловік 62 років відзначає посилення задишки з утрудненим вдихом і видихом протягом останнього місяця, малопродуктивний кашель, підвищення температури тіла. Об'єктивно: Температура 37,1 °С, ЧД 24 в 1 хв., пульс/ЧСС 88 в 1 хв., АТ 120/70 мм.рт.ст. Шкіряні покрови синюшні, набухання шийних вен, пастозність стоп і гомілок. Призначено спірографічне дослідження. Який з показників краще всього відображає хронічну обструкцію дихальних шляхів?

- А. Життєва ємкість легень

- В. Об'єм форсованого видиху.
- С. Залишковий об'єм легень
- Д. Резервний об'єм видиху
- Е. Форсована життєва ємкість легень

3. Чоловік 62 років поступив в терапевтичне відділення з скаргами на кашель з відходженням вранці значної кількості гнійного харкотиння, задишку при ходьбі, періодично підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Вважає себе хворим близько 20 років після перенесеної пневмонії. Об'єктивно: Температура 36,8 оС, ЧД 22 в 1 хв., пульс/ЧСС 92 в 1 хв., АТ 140/90 мм рт. ст. Перкуторно над легеньми – легеневий звук з відтінком коробочки, аускультативно – жорстке дихання, одиночні сухі хрипи на видиху. Чим забезпечена дренажна функція бронхів?

- А. Кашлем
- В. Перистальтикою стінок бронхів
- С. Станом просвіту бронхів
- Д. Мукоциліарним кліренсом
- Е. Всім вищенаведеним

4. Який з наступних показників краще всього відображає обструкцію дихальних шляхів?

- А. Максимальна вентиляція легень (МВЛ)
- В. Залишковий об'єм легень (ЗОЛ)
- С. Об'єм форсованого видиху за 1 сек. (ОФВ 1)
- Д. Форсована життєва ємкість легень (ФЖЄЛ)
- Е. Відношення ОФВ 1/ФЖЄЛ

5. Лікар зайшов в палату, де знаходяться п'ять хворих з ураженням дихальної системи. Якого хворого лікар повинен оглянути в першу чергу, якщо кожен з них займає наступне положення ?

- А. Лежить на правому боці
- В. Лежить на лівому боці
- С. Сидить за столом і читає газету.
- Д. Сидить на ліжку, спираючись на його край
- Е. Лежить на спині з піднятим плечовим поясом.

6. У лабораторію доставили для проведення аналізу харкотиння хворих А, В, С, Д, Е. Після органолептичного дослідження, лаборант вибрав для подальшого аналізу харкотиння хворого БА. Яке харкотиння вибрав лаборант?

- А. Слизове - кров'янисте.
- В. Слизово-гнійне.
- С. Серозно-слизово-гнійне.
- Д. Слизове склоподібне, тягуче
- Е. Іржаве

7. Чоловік 36 років, що переніс пневмонію, почав відзначати, що при вдиханні диму, вихлопних газів, дезодорантів, а також при переході з теплого приміщення на вулицю у нього виникають кашель, утруднення в грудях, відчуття браку повітря. Цей стан можна розцінити як?

- А. Затяжний бронхіт після пневмонії
- В. Синдром гіперреактивності бронхів

- С. Бронхіальну астму
- Д. Гипервентиляційний синдром
- Е. Все вищенаведене

8. Хворий 26 років страждає на бронхіальну астму з дитинства. Кількість нападів, їх тривалість непостійна. Лікар рекомендував придбати індивідуальний пікфлоуметр, за допомогою якого хворий зможе контролювати :

- А. Пікову швидкість видиху
- В. Оборотноість бронхообструкції.
- С. Варіабельність бронхообструкції.
- Д. Все вищеперелічене
- Е. Нічого з переліченого.

9. Пацієнт 46 років страждає на БА у поєднанні з гіпертонічною хворобою II ст., другого ступеню. Для контролю АТ найбільш відповідний засіб ?

- А. Інгібітори АПФ
- В. Антагоністи кальцію короткої дії
- С. Антагоністи кальцію пролонговані
- Д. Бета-адреноблокатори
- Е. Діуретики

10. Пацієнт 62 років скаржиться на виражену задишку переважно експіраторного характеру при незначному фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель. Хворий 10 років, після пневмонії. Яке захворювання найімовірніше у хворого ?

- А. Хронічне обструктивне захворювання легень
- В. Бронхіальна астма
- С. Рак легені
- Д. Постпневмонічний пневмосклероз
- Е. Ні одне з перерахованих

Задачі для самоконтролю

№1. Хворому 38 років, доставлений в стаціонар СМП. Скарги на гостро виниклу задишку і біль в правій половині грудної клітини, що посилюється при диханні і кашлі, виражену загальну слабкість. Страждає з дитинства на бронхіальну астму. До моменту гострого погіршення самопочуття напади бронхіальної астми не турбували. Хворий готувався до від'їзду в санаторій, різко підняв валізу. При цьому раптово відчув біль в правій половині грудної клітини і з'явилися вищеописані скарги. При огляді – хворий збуджений, покритий холодним, липким потом, помірний ціаноз шкіряних покривів. Дихання прискорене – 32 в 1 хв., поверхневе. Грудна клітина формою наближається до бочкоподібної, справа при перкусії – тимпанічний звук, там же голосове тремтіння ослаблене, над рештою відділів – звук коробочний. При аускультатії – дихання різко ослаблене справа, зліва по задній поверхні дихання жорстке, поодинокі сухі хрипи. Діяльність серця ритмічна, прискорена, 96 в 1 хв., тони серця приглушені, акцент II тону над легеневою артерією. Рентгенографія органів грудної порожнини: різко обкреслений край правої легені, відокремлений від кісткового скелета грудної клітки виразною зоною, позбавленою легеневого малюнка. Середостіння зміщене в ліву сторону. ЕКГ: ЕВС зміщена вправо, ознаки гіпертрофії правого шлуночка і правого передсердя. Загальні аналізи крові і сечі без відхилень від норми.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Поясніть патогенез клінічних ознак.

3. Назвіть захворювання, які можуть ускладнитися вказаним станом.
4. Програма лікування хворого.
5. Невідкладна допомога.
6. Програма диференціального діагнозу

№2. Хворому 40 років, 16 років працює в ливарному цеху. Багато років скаржиться на кашель з трудно відділяємим харкотинням слизово-гнійного характеру, особливо восени і взимку. Погіршення наступило після ОРВІ, перестало відділятися харкотиння, кашель болісний, викликає болі в м'язах грудей і черевного преса. Об'єктивно: Ціаноз шкіряних покривів. Тони серця глухі. Над легень перкуторно звук коробочний, дихання ослаблене везикулярне з подовженим видихом, розсіяні сухі хрипи. ЖСЛ – 2,4 л при належній 4,2 л

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Які симптоми свідчать про розвиток емфіземи легень.
3. Опишіть можливі рентгенологічні зміни
4. Опишіть можливі ЕКГ зміни
5. Програма лікування хворого
6. Критерії направлення на МСЕК

№3. Хворий 42 років, шахтар. Скарги на раптово розвинуту слабкість, задишку, «страх смерті», трясцю, нудоту, одноразову блювоту, позиви до сечовиділення. В анамнезі часті простудні захворювання, що виявляються підвищенням температури до 38 °С, кашлем із слизово-гнійного харкотиння. В останні декілька місяців постійний кашель, вранці рясне відходження мокроти переважно гнійного характеру. При огляді хворого: шкіряні покриви звичайного забарвлення. АТ 126/72 мм.рт.ст. Пульс/ЧСС 80 в 1 хв., ритмічні. Пальці рук у вигляді «барабаних паличок», нігті у вигляді «годинних скелець». Межі відносної серцевої тупості в межах норми. Тони серця ясні, акцентів немає. Грудна клітина бочкоподібної форми, рівномірно приймає участь в акті дихання, екскурсія легень декілька обмежена. Перкуторно – легеневиий звук з відтінком коробочного, зліва донизу від кута лопатки - його укорочення, в цій області при аускультії визначається ослаблення дихання, вологі середньопухирчасті хрипи, на решті протягу легень прослуховується жорстке дихання, сухі хрипи. Живіт без особливостей. З діагностичною метою була призначена бронхографія. Через 2 хвилини після зрошування гортані дикаїном з'явилися вищеописані скарги. А через 10 хвилин шкіряні покриви бліді, підвищеної вологості. АТ 60/20 мм.рт.ст., пульс 120 в 1 хв., ритмічний. Експіраторна задишка, ЧД 40 в 1хв. Діяльність серця збуджена, тони приглушені. Під час огляду хворий знепритомнів, з'явилися судоми, піна з рота, розширилися зіниці.

1. З якою метою була призначена бронхографія
2. Які зміни в легенях могли б бути виявлені при рентгенографії, бронхографії.
3. Сформулюйте діагноз стану, що розвинувся після зрошування гортані дикаїном.
4. Які патогенетичні механізми цього стану.
5. Приведіть об'єм невідкладної допомоги

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [AmericanMedicalAssociation](http://www.AmericanMedicalAssociation.org)
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 14

Тема: Ведення хворого з інфільтративним затемненням в легенях

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з інфільтративним затемненням в легенях; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з інфільтративним затемненням в легень; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: визначення легеневого інфільтрату; провідні критерії оцінки характеру патологічного процесу (положення органів середостіння, структура тіні); методика опитування та обстеження хворих з легеневою інфільтрацією; провідні синдроми захворювання на основі даних, отриманих під час опитування та обстеження хворих, постановка попереднього діагнозу з урахуванням класифікації даного захворювання; план обстеження; методику проведення диференціальної діагностики за провідним синдромом захворювання; формулювання остаточного клінічного діагнозу; принципи лікування хворих із захворюваннями, що призводять до утворення легеневого інфільтрату; особливості діагностики обмеженого легеневого інфільтрату; синдром круглої тіні; кільцеподібна тінь в легенево-плевральному полі; спалахи та обмежене поширення; дифузна дисемінація.

План:

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

1. Визначення поняття – легенева інфільтрація.

2. Варіанти інфільтратів (розмір, кількість, форма, щільність, локалізація, зв'язок з коренем легені).
3. Клінічна семіотика запального (пневмонічного) інфільтрату.
4. Клінічна семіотика туберкульозного легеневого інфільтрату.
5. Клінічна семіотика дисемінованого легеневого інфільтрату.
6. Клінічна семіотика пухлинного легеневого інфільтрату.
7. Назвіть діагностичні методи, що дозволяють верифікувати етіологію, характер легеневого інфільтрату.
8. Тактика ведення хворих з пневмонічним інфільтратом.
9. Тактика ведення хворих з пухлинним інфільтратом.
10. Тактика ведення хворих при дисемінованому легеневому інфільтраті.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворому 58 років, поступив в пульмонологічне відділення у зв'язку з випадково виявленою при флюорографії легень патологічною тінню. В анамнезі – вогнищевий туберкульоз легень, 5 років тому знятий з обліку по одужанню. Скарг під час госпіталізації немає. При рентгенографії органів грудної порожнини – у нижній частці правої легені субплеврально округлий фокус до 3 см., з нечіткими контурами. Запідозрено периферійний рак легені. Який інструментальний метод допоможе у верифікації діагнозу ?

- А. Бронхоскопія.
- В. Бронхографія.
- С. Трансторакальна пункційна біопсія.
- Д. Рентгеноскопія органів грудної порожнини.
- Е. Комп'ютерна томографія легень.

2. У хворого 68 років, протягом багатьох років фібриляція передсердь, напади серцевої астми, останні роки з'явилися набряки ніг, збільшилася печінка. Раптово, під час їжі, з'явився біль в грудній клітині, виражена задишка змішаного характеру. У харкотинні – прожилки крові. Через декілька днів підвищилася температура тіла до 38 про С. Госпіталізований. При обстеженні: справа над легенями – дрібнопухирчасті вологі хрипи. Рентгенологічно: у правій легені виявлена клиноподібна тінь, венозне повнокров'я. Про яке захворювання, найімовірніше, йде мова ?

- А. Крупозна пневмонія
- В. Застійна пневмонія.
- С. Інфаркт-пневмонія.
- Д. Параканкрозна пневмонія.
- Е. Аспіраційна пневмонія.

3. У хворого прогресуюча слабкість. Втрата апетиту, схуднення, тривалий (більш 3-х місяців) кашель, пітливість ночами, субфебрилітет. На оглядовій рентгенограмі органів грудної порожнини – картина двобічного ураження верхівкового і заднього сегментів легень вогнищами різної величини і щільності. Над верхівками легень тіні плевральних нашарувань. Ваш висновок ?

- А. Інфаркт легені.
- В. Набряк легень.
- С. Вогнищевий туберкульоз легень.
- Д. Периферійний рак легень.
- Е. Ні одне з названих.

4. У хворого 40 років, після переохолодження підвищилася температура тіла до 38°C, з'явилися кашель, слабкість. При рентгенологічному дослідженні легень виявлена інфільтрація у нижній частці правої легені. Які препарати повинні бути обов'язково призначені ?

- А. Десенсибілізуючі.
- В. Вітаміни.
- С. Антибіотики.
- Д. Муколітичні.
- Е. Імунокоректори.

5- 6. Хворий 48 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39,8°C, кашель з гнійно-кров'янистим харкотинням. Стан важкий. Ціаноз, задишка, ЧД 32/хв., ЧСС/ пульс 116/хв.. Над легеньми справа ділянки послабленого везикулярного дихання чергуються з ділянками дрібнопухирчастих вологих хрипів. Рентгенологічно: справа на фоні інфільтрації декілька тонкостінних порожнин з горизонтальним рівнем. У ЗАК: лейкоцитоз 18 Г/л, 19% паличко-ядерних нейтрофілів, ШОЕ 43 мм/год.

5. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний ?

- А. Пневмококова пневмонія.
- В. Вірусна пневмонія.
- С. Стафілококова пневмонія.
- Д. Казеозна пневмонія.
- Е. Мікоплазмена пневмонія.

6. Який з перерахованих антибактеріальних препаратів слід вважати за краще на першому етапі лікування у даному випадку?

- А. Аугментін.
- В. Азітроміцин.
- С. Лівоефлоксацин.
- Д. Лінкоміцин.
- Е. Метронідазол.

7. Хворому 30 років, скаржиться на кашель з харкотинням, що важко відходить, задишку, біль в грудній клітині справа при диханні, підвищення температури тіла до 39 – 40°C. Захворів гостро, після переохолодження. Об'єктивно : блідий. ЧД 28/хв, права половина грудної клітини відстає при диханні, тут же посилення голосового тремтіння, вислуховується бронхіальне дихання. У загальному аналізі крові - лейкоцитоз, паличкоядерний зсув, прискорення ШОЕ. Рентгенологічно: інфільтративні зміни у нижній частці правої легені. З якого препарату слід почати етіотропну терапію?

- А. Доксидиклін
- В. Метрогил.
- С. Амоксицилін
- Д. Гентаміцин.
- Е. Ципрофлоксацин.

8. Хворому 35 років, скаржиться на сильний біль у правому боці, що посилюється при щонайменшому русі. Хворіє близько доби, після перебування на протязі. При огляді: Права половина грудної клітини відстає в акті дихання, болісність при пальпації VII – VIII міжребер'я справа, перкуторний звук ясний, дихання везикулярне. Температура тіла нормальна, аналізи крові, сечі, рентгеноскопія органів грудної порожнини – без патології.

Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Правосторонній сухий плеврит.
- В. Правостороння нижньодолева пневмонія.
- С. Правостороння міжреберна невралгія.
- Д. Перелом 7 ребра справа.
- Е. Ні один з вищенаведених.

9. Хворий 25 років, захворів гостро 2 доби тому після важкого фізичного і психоемоційного навантаження. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39°C, кашель з «іржавим» харкотинням, виражену слабкість, болі в грудній клітині справа. Що можна виявити при рентгенологічному дослідженні?

- А. Відсутність патологічних змін.
- В. Посилення бронхосудинного малюнка у нижній частці справа.
- С. Гомогенну інфільтрацію у нижній частці справа.
- Д. Інфільтрацію з порожнинами розпаду у нижній частці справа.
- Е. Круглясту тінь з нечіткими контурами у нижній частці справа.

10. У чоловіка 40 років раптово піднялася температура тіла до 39 – 40°C. Озноб, головний біль, біль у боці що посилюється при глибокому вдиху, кашель, задишка. ЧСС/пульс – 100/хв. ЗАК: лейкоц. 12 Г/л, ШОЕ – 40 мм./год. На рентгенограмах органів грудної порожнини в двох проекціях в перші дні захворювання у нижніх частках легень (справа і зліва) затемнення без чітких контурів, розширені коріння. Через 10 діб після антибактеріальної і протизапальної терапії. Рентгенологічно відмічена позитивна динаміка. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний ?

- А. Екссудативний плеврит.
- В. Бронхіальна астма.
- С. Бронхіт.
- Д. Гостра пневмонія.
- Е. Бронхоектатична хвороба.

Ситуаційні задачі

№1. Хворий 53 років поступив до пульмонологічного відділення із скаргами на виражену слабкість, постійну задишку, кашель з невеликою кількістю слизистого харкотиння, підвищення температури тіла. Вищеописані скарги спостерігаються протягом 1,5 місяців. З анамнезу: 3 місяці тому проведена правостороння нефректомія у зв'язку з гіпернефромою правої нирки. Після операційний період протікав без ускладнень. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Зниженого годування. Шкіряні покриви бліді. Периферичні лімфовузли не збільшені. ЧД 24/хв. Над легеньми: перкуторно - звук вкорочений, аускультативно - дихання везикулярне з жорстким відтінком, хрипів немає. ЧСС/пульс 90/хв.. АТ 110/80 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Живіт безболісний, м'який, справа – післяопераційний рубець.

1. Проявом якої патології може бути приведена клінічна ситуація ?
2. Які зміни можуть бути при дослідженні загального аналізу крові?
3. Можливі зміни при рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини?
4. Програма обстеження хворого?
5. Тактика лікування?
6. Консультації яких фахівців необхідні?

№2. Хворому 35 років, ін'єкційний наркоман, госпіталізований із скаргами на кашель з виділенням харкотиння зеленуватого кольору, задишку при фізичному навантаженні,

виражену пітливість, підвищення температури тіла до 38,4 С. Хворіє 6 діб, не лікувався. Об-но: стан важкий. Шкіра бліда. ЧД/хв.. При перкусії легень: справа нижче за кут лопатки визначається укорочення перкуторного звуку, аускультативно над цією ділянкою – жорстке дихання, дрібнопухирчасті вологі хрипи. ЧСС/пульс 92/хв., АТ 90/60 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Живіт при пальпації м'який, помірно болісний в правому підребер'ї. Печінка біля краю реберної дуги.

1. Сформулюйте попередній діагноз.?
2. Які зміни можуть бути виявлені при рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини?
3. Розвиток яких ускладнень можливий в даному випадку?
4. Програма обстеження з урахуванням основної патології і можливих ускладнень?
5. Тактика антибактеріальної терапії?

№3. Хворий 54 років, впродовж 25 років зловживав алкоголем. Захворів гостро: температура тіла підвищилася до 39°C, з'явився кашель з виділенням в'язкого харкотиння з неприємним запахом. Об'єктивно: стан важкий. Хворий загальмований. Шкіряні покрови вологі, з ціанотичним відтінком. ЧД 28/хв. Права половина грудної клітини відстає при диханні. Нижче ключиці справа відмічається посилення голосового тремтіння, притуплення перкуторного звуку, дихання з бронхіальним відтінком, нерясна крепітація. Зліва на тлі легеневого перкуторного звуку послаблення везикулярного дихання, поодинокі розсіяні сухі хрипи. ЧСС/пульс 96/хв., АТ 95/55 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Живіт збільшений в об'ємі, пупок випнутий. Пропальпувати печінку не вдалося.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Чим обумовлена тяжкість стану хворого?
3. Яка найімовірніше етіологія легеневої патології?
4. Опишіть рентгенологічну картину легеневої патології.
5. Можливі ускладнення легеневої патології.
6. З чим можливо пов'язано збільшення живота?
7. Програма обстеження хворого.
8. Програма лікування хворого.

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022.

— 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 15

Тема: Ведення хворого з негоспітальною пневмонією. Ведення хворого з госпітальною пневмонією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з пневмонією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з пневмонією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: : етіологічні збудники негоспітальної та внутрішньолікарняної пневмонії, абсцесу легені; сучасна класифікація пневмонії та абсцесу легені; клінічні прояви та особливості перебігу госпітальної та позалікарняної пневмонії, абсцесу легені; диференціальна діагностика внутрішньолікарняної та позалікарняної пневмоній, а також інших станів, що супроводжуються синдромом ущільнення легеневої тканини; основні методи дослідження, що підтверджують діагноз пневмонії, абсцесу легені: Rg-графія ОГК, КТ, спіральна КТ, макро- та мікроскопічне дослідження мокротиння, посів мокротиння та ін.; тактика ведення хворих на позалікарняну пневмонію в залежності від категорії. Основні групи антибіотиків, які застосовуються при різних ступенях тяжкості. Принципи диференційованого лікування. Показання до переведення хворих у відділення інтенсивної терапії; лікування внутрішньолікарняної пневмонії залежно від можливого збудника або його асоціації. Антибіотикотерапія госпітальної пневмонії. Показання до переведення хворих у відділення інтенсивної терапії; лікування гострого та хронічного абсцесу легені. Показання до оперативного лікування; первинна та вторинна профілактика пневмонії та абсцесу легені.

План:

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

1. Визначення поняття, класифікація (категорії, ступені тяжкості) позалікарняної пневмонії.
2. Актуальні збудники позалікарняної пневмонії.
3. Клінічна семіотика пневмонії.
4. Лабораторні критерії пневмонії
5. Рентгенологічні критерії пневмонії.

6. Критерії позалікарняної пневмонії важкої течії.
7. Емпірична терапія позалікарняної пневмонії. Поняття про ступінчасту терапію антибіотиками.
8. Патогенетична терапія пневмонії.
9. Ускладнення пневмонії.
10. Критерії ефективності лікування позалікарняної пневмонії. Тривалість антибактеріальної терапії.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Чоловік 38 років протягом 5 днів турбують скарги на пітливість, загальну слабкість, підвищення температури, кашель з відділенням слизистого харкотиння, задишку. Об'єктивно: температура тіла 38 °C, ЧД - 20 в 1 хв., пульс - 98 в 1 хв., ритмічний, АТ - 130/80 мм. рт. ст. Шкіра бліда, волога. Нижче за кут лопатки зліва вислуховуються вологі дрібнопухирчасті хрипи. Діагноз: позалікарняна вогнищева пневмонія в нижній частці зліва, 1 категорія. Наявність вологих дрібнопухирчастих хрипів свідчить про:

- А. Ущільнення стінки запаленого бронха.
- В. Порушення прохідності бронха.
- С. Появлення у бронсі рідкого секрету.
- Д. Інфільтрацію легеневої тканини.
- Е. Просочення плазми в альвеоли.

2. Чоловік 43 років викликав лікаря з приводу підвищення температури до 40 °C з ознобом, кашлем, що супроводжується болем в грудній клітині справа. Хворіє 2 дні після переохолодження на роботі. Об'єктивно: шкіра бліда, герпетична висипка на верхній губі. Права половина грудної клітини відстає при диханні. Аускультативно: зліва дихання везикулярне, справа – крепітація на тлі везикуло-бронхіального дихання. Який з додаткових методів обстеження найбільш інформативний для постановки діагнозу?

- А. Спірографія.
- В. Пікфлоуметрія.
- С. Загальний аналіз крові.
- Д. Рентгенографія органів грудної порожнини.
- Е. Загальний аналіз харкотиння

3. Чоловік 43 років викликав лікаря з приводу підвищення температури до 40 °C з ознобом, кашлем, що супроводжується болем в грудній клітині справа. Хворіє 2 дні після переохолодження на роботі. Об'єктивно: шкіра бліда, герпетична висипка на верхній губі. Права половина грудної клітини відстає при диханні. Аускультативно: зліва дихання везикулярне, справа – крепітація на тлі везикуло-бронхіального дихання. У разі неефективності вибраного антибіотика його необхідно замінити через ?

- А. 1 – 2 дні
- У. 2 – 3 дні.
- С. 3 – 4 дні.
- Д. 4 – 5 днів.
- Е. 5 – 6 днів.

4. Хворому на підставі клінічних, рентгенологічних даних поставлено діагноз позалікарняної пневмонії. Пацієнт проживає у гуртожитку. Захворювання дебютувало фарингітом, були збільшені лімфатичні вузли, спостерігалася гепато- і спленомегалія. Який

збудник найімовірніше викликав захворювання?

- А. Стрептокок пневмонії.
- В. Грамм (-) палички.
- С. Мікоплазма пневмонії.
- Д. Ні один з названих вище.
- Е. Любий з названих вище.

5. Хворому 30 років, госпіталізований з приводу пневмонії. Захворів гостро, після переохолодження. У клінічній картині переважає висока лихоманка, виражений больовий синдром, інтоксикація кашель. При рентгенологічному дослідженні виявлена інфільтрація всієї нижньої частки правої легені із залученням плеври. Вкажіть найбільш вірогідний збудник захворювання.

- А. Стафілокок.
- В. Клебсієла.
- С. Стрептокок.
- Д. Синегнійна паличка.
- Е. Пневмокок.

6. Хворому 40 років, в дуже важкому стані госпіталізований в пульмонологічне відділення. На підставі даних рентгенографії органів грудної порожнини (двосторонні множинні інфільтрати, бульозні порожнини різного розміру) діагностована стафілококова пневмонія. Виберіть найбільш доцільний варіант антибактеріальної терапії.

- А. Макроліди.
- В. Захищені бета-лактами.
- С. Аміноглікозиди.
- Д. Лінкозаміди.
- Е. Оксацилін.

7. У хворого 30 років діагностовано позалікарняну пневмонію. Перебіг захворювання типовий. Після 5 днів лікування ампіциліном по 1,0 гр. 6 разів на добу в/м зберігається висока температура, в аналізі крові лейкоцитоз, за даними рентгенографії органів грудної порожнини – збільшення вогнища інфільтрації. У цій ситуації слідую:

- А. Продовжити лікування ампіциліном в колишній дозі.
- В. Збільшити дозу ампіциліна.
- С. Замінити ампіцилін на фторхінолон III – IУ покоління
- Д. Додати до ампіциліну сульфаніламідний препарат.
- Е. Замінити ампіцилін на макролідний антибіотик.

8. Хворий 27 років поступив в клініку з скаргами на біль в правій половині грудної клітини при диханні, кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, озноб. Захворів 2 доби тому. Клінічно і рентгенологічно діагностована правобічна верхньочасткова пневмонія. Які об'єктивні ознаки не характерні для даного захворювання?

- А. Вкорочення перкуторного звуку.
- В. Відсутність голосового тремтіння.
- С. Послаблене дихання.
- Д. Вологі хрипи.
- Е. Посилення голосового тремтіння.

9. Хворому 21 рік. Впродовж 3-х днів, знаходячись на лікарняному, лікувався вдома з

приводу ГРВІ, звернувся до лікаря у зв'язку з погіршенням стану, який виражався в посиленні слабкості, появі пітливості, сухого кашлю, збереженні температури в межах 38- 38,8 оС. Об'єктивно: герпетична висипка на губах, гіперемія щік, виражена пітливість. Температура тіла 38,3оС. Який метод дослідження найбільш інформативний для лікаря в умовах дільничної лікарні?

- А. Огляд хворого.
- В. Пальпація.
- С. Перкусія.
- Д. Аускультация.
- Е. Ні один не підходить.

№1. Хвора 69 років, доставлена в клініку у важкому стані з скаргами на різку слабкість, задишку, тяжкість за грудиною, кашель. В анамнезі: протягом 10 років турбують болі в серці при ходьбі, 3 року назад перенесла інфаркт міокарду. Погіршення наступило 5 днів тому, коли після переохолодження з'явився озноб, підвищилася температура тіла 39оС, з'явилися болі в грудній клітині, невеликий сухий кашель. Приймала самостійно бісептол. Через 2 дні температура нормалізувалася. Проте залишалися болі в грудній клітині при диханні і болі за грудиною, наростала задишка і кашель з мізерним харкотинням. В день госпіталізації розвинувся напад задухи, відчуття стискання за грудиною, дихання стало клекочучим. З підозрою на повторний інфаркт міокарду госпіталізована. Об'єктивно: стан важкий. Положення ортопное. Виражений ціаноз губ, акроціаноз. ЧД - 40 в 1 хв.. У легенях справа майже на всьому протязі вкорочення перкуторного звуку. Дихання справа у верхніх відділах бронхіальне, тут же маса вологих дзвінких хрипів. Зліва в нижніх відділах незвучні вологі хрипи в значній кількості на тлі послабленого дихання. ЧСС/пульс - 112 в 1 хв. АТ 75/50 мм. рт. ст. Печінка на 3 см нижче за край реберної дуги. Аналіз крові: гемоглобін - 140г/л, лейкоцити - 3,0 Г/л, еозинофіли - 0%, юні, – 2%, паличкоядерні – 12%, сегментоядерні – 67%, лімфоцити – 15%, моноцити – 4%. У нейтрофілах токсична зернистість.

1. Виділіть синдроми в клінічній картині захворювання.
2. Обґрунтуйте попередній діагноз.
3. Що Ви чекаєте отримати при рентгенологічному дослідженні?
4. Причина розвитку і суть нападу задухи, що розвинулася у хворої?
5. Повна програма обстеження.
6. До якої категорії може бути віднесена пневмонія у разі її виявлення?
7. Програма лікування.

№2. Хворий 20 років. Під час вступу скарги на болісний, «саднячий» кашель, що супроводжується болями в грудях, слабкістю, ломотою у всьому тілі, підвищення температури. Хворіє 6 днів. Початок захворювання супроводжувався підвищенням температури до 37,8 – 38 оС, болями в м'язах, головним болем, нежиттю, відчуттям печіння в очах. На другий день з'явився кашель. Дільничний лікар діагностував ГРВІ, призначив парацетамол, краплі від нежиті, пігулки від кашлю. Проте стан не поліпшувався, зберігалася температура, наростала слабкість, посилювався кашель. При огляді: шкіряні покрови бліді, теплі, вологі. Склери ін'єктовані. Грудна клітина рівномірно бере участь в диханні. Перкуторно: справа донизу від кута лопатки звук з тимпанічним відтінком. Аускультативно тут же послаблене везикулярне дихання, сухі хрипи. З боку інших органів при фізикальному у обстеженні істотних відхилень не виявлено.

1. Як Ви розцінюєте наявні зміни з боку легень ?
2. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
3. Передбачуваний етіологічний чинник легеневої патології.

4. Програма обстеження.
5. Програма лікування.

№3. Хворий 62 років доставлений в хірургічне відділення з діагнозом: гострий холецистит. Скарги на болі в правій половині живота, особливо при глибокому вдиху, задишку, кашель, час від часу морозить. Захворів вчора увечері, після гуляння. Відчув болі в правому підребер'ї, нудоту, одноразово була блювота. Вранці температура 38,1 У минулому вважав себе здоровим. Об'єктивно: хворий ейфорічний, гарячковий блиск очей. Температура тіла 39 оС. ЧД - 36 в 1 хв., за участю крил носа. Перкуторно над легеннями зліва легеневий звук з коробочним відтінком, справа нижче за кут лопатки – притуплення. Аускультативно зліва - без особливостей, справа – послаблене везикулярне дихання, вологі дрібнопухирчасті хрипи. Пульс аритмічний, 90 в 1 хв. АТ - 110/60 мм. рт. ст. Серце збільшене у поперечнику. Діяльність серця аритмічна, тони приглушені, над аортою вислуховується систолічний шум, акцент П тону. Позитивний симптом Сиротиніна-Куковерова. Живіт помірно роздутий, визначається напруга м'язів у ділянці правого підребер'я. В аналізі крові: гемоглобін - 132 г/л, еритроцити - 4,3 Т/л, лейкоцити – 17,6 Г/л, зсув в лейкоцитарній формулі вліво, ШОЕ – 8 мм/год. Рентгенографія органів грудної порожнини: справа в нижній частці правої легені – зниження прозорості легеневої тканини. Серце збільшене за рахунок лівого шлуночка. Аорта ущільнена, розгорнена.

1. Виділіть синдроми в клінічній картині захворювання.
2. Про що свідчить симптом Сиротиніна-Куковерова, ущільнення, розгорнутість аорти?
3. Обґрунтуйте та сформулюйте попередній діагноз.
4. Які дані фізикального обстеження дозволять відкинути діагноз гострого холециститу.
5. Де повинен лікується хворий?
6. Програма лікування легеневої патології.
7. Програма лікування серцево-судинної патології.

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 16

Тема: Ведення хворого з кровохарканням. Ведення хворого з дихальною недостатністю

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з кровохарканням та дихальною недостатністю; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з кровохарканням; оволодіти принципами лікування пацієнта з дихальною недостатністю, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: визначення поняття кровохаркання, легенева кровотеча, кровотеча з верхніх дихальних шляхів; етіологія кровотечі з дихальних шляхів; клініка кровотечі з дихальних шляхів; диференціальні ознаки легеневої кровотечі та кривавої блювоти; особливості кровохаркання з різними причинами його виникнення; діагностика легеневої кровотечі; тактику ведення хворого з легеневою кровотечею; гемостатична терапія (медикаментозна і немедикаментозна) при легеневих кровотечах.

План:

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

1. Визначення поняття; відмінності кровохаркання, легеневої кровотечі, кровотечі з верхніх дихальних шляхів.
2. Етіологія кровотеч з дихальних шляхів. Патогенетичні механізми.
3. Клінічна семіотика кровотеч з дихальних шляхів.
4. Диференційні ознаки легеневої кровотечі і кривавої блювоти.
5. Програма обов'язкового та додаткового обстеження при легеневій кровотечі.
6. Тактика ведення хворого з легеневою кровотечею при легеневій патології.
7. Тактика ведення хворого з кровотечею з дихальних шляхів при серцево-судинній патології.
8. Гемостатична терапія (медикаментозна і немедикаментозна) при легеневій кровотечі.
9. Визначення поняття ДН, класифікація. Причини гострої ДН (легеневі, позалегеневі).
10. Причини, класифікація хронічної ДН.
11. Патогенетичні механізми ДН.
12. Клінічні критерії ДН.
13. Методи дослідження функції зовнішнього дихання, варіанти порушень, діагностична цінність. Лабораторні критерії ДН (гази артеріальної, венозної крові, КЛС).
14. Тактика ведення хворих з ДН.
15. Оксигенотерапія: показання, варіанти, правила проведення, методи оптимізації.

16. Респіраторний дистрес-синдром дорослих: причини, патофізіологія, клінічні прояви, лікувальна тактика.

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У хворого, курця із стажем, наполегливий кашель, кровохаркання. На рентгенограмі легень верхня частка правої легені зменшена. Корінь підтягнутий, ущільнення прикореневих лімфовузлів. Бронхографія: ампутація верхньочасткового бронха справа. Ваш висновок відносно діагнозу.

- А. Пневмонія.
- В. Туберкульоз легень.
- С. Рак верхньочасткового бронха, ателектаз частки.
- Д. Бронхоектатична хвороба.
- Е. Ураження легеневої артерії справа.

2. Хворого 48 років турбує різкий біль в грудній клітині справа внизу, кровохаркання, задишка при фізичному навантаженні, загальна слабкість. В анамнезі: тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок. Об'єктивно: шкіряні покрови дифузно ціанотичні, набухання яремних вен. ЧД 34/хв.. Перкуторний звук справа внизу тупий. ЧСС 120 в 1 хв., АТ – 100/60 мм.рт.ст. Аускультативно: діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент П тону над легеневою артерією, в основі мечоподібного відростка – ритм галопу. Печінка на 3 см виступає з-під краю реберної дуги, болісна. Набряків немає. Поставте попередній діагноз.

- А. Крупозна пневмонія.
- В. Ексудативний плеврит.
- С. Інфекційний міокардит.
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Е. Інфаркт міокарду.

3. У хворого 62 років, що знаходиться в клініці з приводу гострого інфаркту міокарда, третя доба, раптово з'явилася виражена задишка, дифузний ціаноз, холодний липкий піт, колапс. Пульс частий, ниткоподібний. На наступну добу – кровохаркання. Про що слід думати?

- А. Повторний інфаркт міокарду.
- В. Аневризма серця.
- С. Міжреберна невралгія.
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Е. Нозокоміальна пневмонія.

4. Юнак 23 років скаржиться на ниючий біль у ділянці серця, задишку, серцебиття під час фізичного навантаження, кашель, іноді з домішками крові. 4 року назад після важкої ангіни вперше виник біль у ділянці крупних суглобів, задишка. Приймав аспірин, потім не лікувався. Об'єктивно: межі серця зміщені вліво і вгору. При аускультатії серця: на верхівці серця - 1 тон ляскаючий, діастолічний шум; акцент П тону на легеневій артерії. Про яке захворювання слід думати ?

- А. Туберкульоз легень.
- В. Системний червоний вовчак.
- С. Інфекційний ендокардит.
- Д. Ревматична хвороба, мітральна вада.
- Е. Ні одне захворювання не підходить.

5. В стаціонар поступив хворий з скаргами на продуктивний кашель, кровохаркання, загальну слабкість, поганий апетит, нічні поти. Діагноз направлення: підозра на інфільтративний туберкульоз легень. Що обов'язково треба виконати для підтвердження діагнозу?

- А. Аналіз мокроти на МБТ, рентген дослідження легень.
- В. Трансбронхіальну біопсію легень.
- С. Біохімічний аналіз крові (гострофазові показники).
- Д. Бронхографію.
- Е. Пробу Манту з 2 ТО.

6. Хворий 63 років доставлений в клініку за ургентними показниками з ознаками легеневої кровотечі. Який з методів дослідження дозволить встановити джерело кровотечі ?

- А. Рентгенографія органів грудної порожнини.
- В. Плевральна пункція.
- С. Фібробронхоскопія
- Д. Пневмомедіастинум.
- Е. Кт органів грудної порожнини.

7. Хворому 40 років, поступив в пульмонологічне відділення з скаргами на кашель з слизово-гнійним харкотинням, що збільшується, періодично харкотиння кров'янистого характеру. Відзначає постійну задишку, зниження ваги, болі в суглобах. Хворіє 10 років. Пальці у вигляді барабаних паличок, нігті у вигляді годинних скелець . Шкіряні покрови бліді. Обличчя одутле. Про яке захворювання слід думати ?

- А. Рак легені.
- В. Бронхоектатичну хворобу.
- С. Хронічний абсцес легені.
- Д. Ехінококоз легені.
- Е. Туберкульоз легень

8. Чоловік 55 років поступив в пульмонологічне відділення з скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні, набряки стоп і гомілок. Протягом 20 років страждає на ХОЗЛ. Об'єктивно: нерізкий теплий ціаноз шкіри, здуття шийних вен, ЧД 24 в 1 хв., ЧСС/пульс 87 в 1 хв., АТ 140/85 мм. рт. ст. Насичення крові киснем менше 80% Що є головним в патогенетичній терапії у хворого?

- А. Застосування серцевих глікозидів.
- В. Призначення діуретиків.
- С. Призначення бронхорозширяючих засобів.
- Д. Тривала киснетерапія.
- Е. Застосування експекторантів.

9. Чоловік 65 років відзначає загальну слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні протягом 6 місяців. Об'єктивно: Блідий. ЧД 24 в 1 хв.. ЧСС/пульс 80 в 1 хв., АТ 110/70 мм. рт. ст. Над легеньми дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, м'який систолічний шум над всіма точками аускультатії. Печінка збільшена на 4 см., чутлива при пальпації. Пальпується край селезінки. Аналіз крові: гемоглобін - 60 г/л, еритроцити - 1,5 Т/л, кол.пок. - 1,3, ШОЕ 28 мм/год. Що є причиною дихальної недостатності у даному випадку?

- А. Постгеморагічна анемія.

- В. Залізодефіцитна анемія.
- С. Апластична анемія.
- Д. В-12-дефіцитна анемія.
- Е. Гемолітична анемія.

10. До лікаря звернувся хворий 19 років, який раніше хворів на сухий плеврит, бронхіти. Під час стрибка у висоту на спортивному майданчику відчув гострий біль в лівому боці, сильну задишку. Об'єктивно: хворий блідий, губи ціанотичні, під час дихання ліва половина грудної клітини відстає, дихання послаблене. ЧД - 28 в 1 хв., ЧСС/пульс - 98 в 1хв., АТ – 95/50 мм. рт. ст. Який клінічний синдром ведучий у хворого?

- А. Синдром серцевої недостатності.
- В. Синдром легеневої недостатності.
- С. Бронхоспастичний синдром.
- Д. Синдром артеріальної гіпотонії.
- Е. Ні один не підходить

Задачі

№1. Хворому 65 років, поступив в приймальне відділення з скаргами на виділення крові струменем з рота при кашлі. Інших скарг немає. Кровотеча почалася 40 хв. назад після фізичної роботи, пов'язаної з підйомом тяжкості. Хворим себе не вважає. В анамнезі - запалення легень 15 років тому. 40 років тому приймав участь у бойових діях, був поранений в стегно, передпліччя, грудну клітину (сліпе поранення). Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, пітливість. ЧД 22/хв.. Над легенями: перкуторно – ясний легеневий звук, аускультативно – дихання везикулярне, справа в нижньому відділі вологі хрипи. ЧСС/пульс 98/хв. АТ 130/80 мм. рт. ст. Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт м'який безболісний. Печінка і селезінка не пальпуються. При рентгенографії органів грудної порожнини виявлена інтенсивна тінь розмірами 0,5х1,5см в проекції середньої частки правої легені. Хворий пригадав, що ще у госпіталі, де він лікувався з приводу поранення, йому говорили про уламок. Впродовж 40 років він його не турбував.

1. Яка можлива причина легеневої кровотечі ?
2. Чому виділення крові відбувається при кашлі ?
3. Сформулюйте попередній діагноз
4. Які дослідження необхідно виконати обов'язково ?
5. Критерії тяжкості кровотечі ?
6. В якому відділенні повинен знаходитися хворий ?
7. Програма невідкладної допомоги при легеневій кровотечі.

№2. Чоловік 46 років, самостійно звернувся в приймальне відділення лікарні з скаргами на задишку, болі в правому боці протягом останніх двох діб. Сьогодні вранці при кашлі виділилася яскраво-червона, пінява кров. 10 років тому лікувався з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу легень. Знаходиться на диспансерному обліку. Об'єктивно: астеничної статури, ціаноз обличчя і верхньої третини грудної клітини, набухання яремних вен, пітливість. ЧД 24/хв., над легенями: перкуторно - легеневий звук, аускультативно – дихання жорстке, розсіяні сухі хрипи, справа над верхньою часткою – незвучні вологі хрипи. ЧСС/пульс 88/хв., АТ 150/85 мм. рт. ст.. Тони серця ритмічні, приглушені, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Живіт втягнутий, при пальпації безболісний, печінка на 1 см. виступає з-під реберного краю.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Яка причина кровотечі в даному випадку?

3. Які ознаки кровотечі в даному випадку указують на легеневе походження?
4. Про що свідчить ціаноз шкіри, набухання шийних вен, акцент П тону над легеневою артерією
5. Що Ви чекаєте виявити при ЕКГ дослідженні ?
6. Які дослідження необхідні для встановлення ступеня крововтрати?
7. Програма гемостатичної терапії.

№3. Хворий 42 років, поступив в клініку з скаргами на кашель з виділенням харкотиння з домішкою крові. На протязі останніх 2 – 3 місяці турбувала слабкість, стомлюваність до кінця робочого дня. Температура не підвищувалася. Схуд на 4 кг. Почав турбувати сухий кашель. В день надходження з'явилися болі в грудній клітині зліва і згустки крові у харкотинні при кашлі. Скарг з боку шлунково-кишкового тракту не було. Тромбофлебітом не страждав. При огляді: блідий, підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно. Зліва на шиї над ключицею пальпується щільний безболісний вузол. ЧД 28/хв.. При перкусії легень зліва на рівні нижньої третини лопатки у хребта – притуплення перкуторного звуку, аускультативно тут же дихання з бронхіальним відтінком. Пульс 100/хв., ритмічний. АТ 145/78 мм. рт. ст.. Тони серця ясні, звучні. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені.

1. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
2. Яке діагностичне значення вузла в надключичній ділянці зліва?
3. Про що свідчить бронхіальний відтінок дихання і які зміни голосового тремтіння і бронхофонії йому відповідають ?
4. Програма обстеження хворого.
5. Консультації яких фахівців необхідні ?
6. Програма лікування. Гемостатична терапія.

№4. Хвора 46 років, викладач. Скарги на слабкість, головні болі, запаморочення, першіння в горлі, швидку стомлюваність, задишку при невеликому фізичному навантаженні. Хворіє з 10-річного віку. Турбували запаморочення, зрідка короточасні непритомні стани. Багато років любить запах бензину, подобається гризти гречану крупу. Менструації регулярні, рясні, по 5-6 днів. Об'єктивно: стан хворої задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді, нігті тонкі, розшаровуються. Язик чистий, блідо-рожевий, сосочки згладжені. ЧД-18/хв.. Над легеньми: перкуторно – легеневий звук, аускультативно – дихання везикулярне. ЧСС/пульс – 106/хв. АТ 100/60 мм. рт. ст. Межі відносної серцевої тупості зміщені вліво на 1 см. Тони серця приглушені, ритмічні, систолічний шум над всіма точками аускультатії. Печінка і селезінка не збільшені.

1. Про яке захворювання свідчить клінічна картина?
2. Які зміни в загальному аналізі крові Ви чекаєте отримати?
3. Які симптоми свідчать про наявність дихальної недостатності?
4. Який патогенез дихальної недостатності у хворої?
5. Програма обстеження хворої.
6. Програма лікування.

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні

стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 17

Тема: Ведення пацієнта з лихоманкою невизначеного генезу. Ураження органів і систем при ВІЛ-інфекції

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з лихоманкою неясного генеза, ураженням органів при ВІЛ-інфекції; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого пацієнта з лихоманкою неясного генеза, ураженням органів при ВІЛ-інфекції; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: Етіологія, патогенез і патоморфологія лихоманки невизначеного генезу (ЛНГ) та ВІЛ-інфекції; клінічна класифікація ВІЛ-інфекції та СНІДу: характер перебігу, стадії, клініко-морфологічна характеристика ураження; клінічні прояви ВІЛ-інфекції та СНІДу залежно від перебігу та стадії захворювання; діагностичне значення додаткових методів дослідження (загально-клінічних, біохімічних, інструментальних); діагностичні критерії ВІЛ-інфекції та СНІДу; принципи лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу, групи застосовуваних препаратів і тактику їх застосування.

План:

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

1. Визначення поняття – ЛНГ.
2. Ступені, види лихоманки.
3. Правила вимірювання температури тіла, фармакологічні проби.
4. Інфекційні захворювання як причина ЛНГ.
5. Злоякісні новоутворення як причина ЛНГ.
6. Автоімунні захворювання як причина ЛНГ.
7. Ятрогенна ЛНГ.
8. Інші причини ЛНГ.
9. Програма обов'язкового обстеження при ЛНГ
10. Додаткове обстеження (за показаннями) при ЛНГ.
11. Показання до симптоматичної медикаментозної терапії

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Чоловік 27 років відзначає щоденне підвищення температури тіла до 39 – 40 °С, задишку з утрудненням видиху, швидку втрату у вазі, слабкість і болі в ногах. Захворів гостро 3 місяці тому. Об'єктивно: температура тіла 39,5 С, ЧД22 в 1 хв., ЧСС/пульс 98 в 1 хв., АТ 200/140 мм. рт. ст.. У легенях жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи на видиху. Тони серця приглушені, м'який систолічний шум на верхівці. Загальний аналіз крові: гемоглобін 110 г/л, еритроцити 3,0 Т/л, лейкоцити 12,5 Г/л, ШОЕ 40 мм/год., СРП +++; в аналізі сечі: питома вага - 1,021, білок – 0,124 г/л, лейкоцити 5-6 у п. зор., еритроцити 20 – 25 у п. з. Підберіть найбільш вірогідний діагноз .

- А. Дерматоміозит.
- В. Бронхіт.
- С. Ревматизм.
- Д. Септичний ендокардит.
- Е. Вузликовий поліартеріїт.

2 – 3. Водій 48 років відзначає періодичний головний біль, час від часу морозить, підвищення температури до 37,5 С протягом двох років після перенесеної гострої респіраторної інфекції. Об'єктивно : температура тіла 37 оС, ЧСС/пульс 78 в 1хв., АТ 140/90 мм.рт.ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. У крові: гемоглобін - 140 г/л, еритроцити - 4,6 Т/л, лейкоцити - 8,4 Г/л, ШОЕ 18 мм/год.; в аналізі сечі: питома вага - 1,010, білок – сліди, лейкоцити 10 – 12 у п.з., еритроцити 1 – 2 у п.з., багато бактерій. Був запідозрений хронічний пієлонефрит.

2. Яка найбільш рання і постійна ознака хронічного пієлонефриту?

- А. Зниження питомої ваги сечі.
- В. Протеїнурія.
- С. Лейкоцитурія.
- Д. Бактеріурія.
- Е. Тривала лихоманка .

3. Яке дослідження найбільш інформативне для підтвердження діагнозу хронічного пієлонефриту?

- А. Аналіз сечі за Зімницьким.
- В. Визначення клубочкової фільтрації.
- С. Визначення вмісту креатиніну у сироватці крові.

- Д. Визначення ступеню бактеріурії.
- Е. Оглядова рентгенограма нирок.

4. Після тривалого перебування на сонці у хворого 20 років з'явилася стійка лихоманка, поліартрит, зниження ваги, ламкість нігтів, випадання волосся. Приєднався нефрит. Призначення нестероїдних протизапальних засобів неефективне. Ваш висновок відносно захворювання?

- А. Ревматизм.
- В. СЧВ.
- С. Полідерматоміозит.
- Д. Сепсис.
- Е. Лімфогранулематоз.

5. Хворий 32 років, ін'єкційний наркоман, протягом останнього місяця відчуває слабкість, підвищену стомлюваність, болі, припухання у ділянці суглобів, гіркоту в роті, відчуття тяжкості в епігастральній ділянці, підвищення температури тіла до 38 °С. При огляді: печінка і селезінка на 3 см. виступають з підребер'я. Збільшені периферичні лімфовузли. Який попередній діагноз найбільш вірогідний?

- А. Гострий вірусний гепатит А.
- В. ВІЛ – інфекція.
- С. Гострий вірусний гепатит В.
- Д. Реактивний поліартрит.
- Е. Гострий вірусний гепатит С + ВІЛ - інфекція.

6. Про яке захворювання можна думати у хворого 60 років з симптомокомплексом дизурії, періодичної тривалої лихоманки, болями в поперековій ділянці і відсутності нефротичного синдрому?

- А. Гіпертрофію передміхурової залози.
- В. Хронічний гломерулонефрит.
- С. Сечокам'яну хворобу.
- Д. Цистит.
- Е. Пієлонефрит.

7. Хворому 27 років, скаржиться на стомлюваність, тяжкість в лівому підребер'ї, підвищення температури тіла. Близько року тому в крові виявлено нейтрофільний лейкоцитоз без клінічних ознак. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 116 г/л, еритроцити - 3,8 Т/л, кол.показник - 0,9, лейкоцити - 12,5 Г/л, базофіли - 7%, еозинофіли - 10%, промієлоцити - 1%, мієлоцити - 24%, метамієлоцити - 22%, паличкоядерні - 14%, сегментоядерні - 14%, лімфоцити - 8%, ШОЕ 10 мм/год. Ваш діагноз?

- А. Хронічний мієлолейкоз.
- В. Лімфогранулематоз.
- С. Гострий лейкоз.
- Д. Мієломна хвороба.
- Е. Еритремія.

8. Чоловік 36 років. Хворіє протягом 6 місяців. У клінічній картині – лихоманка, болі в суглобах, виражене схуднення (15 кг), поліаденопатія, бронхоспастичний, гепатолієнальний синдроми. В аналізі крові: анемія, тромбоцитопенія, виражена еозинофілія, гіпергаммаглобулінемія, різке прискорення ШОЕ. Клінічна картина якого захворювання

представлена?

- А. Системна склеродермія.
- В. Системний червоний вовчак.
- С. Ревматоїдний артрит з висцеритами.
- Д. Вузликовий поліартеріт.
- Е. Ревматична лихоманка.

9. Жінка 20 років. Звернулася із скаргами на появу після перебування на відпочинку біля моря висипу на обличчі, болю у суглобах рук і ніг, фебрильну лихоманку протягом місяця. При огляді: на обличчі у ділянці щік і спинки носа еритема, дефігурація променево-зап'ясткових, колінних, гомілковостопних суглобів. Тони серця приглушені. Живіт безболісний. Яка з перерахованих ознак найбільш характерна для даного захворювання?

- А. Алопеція.
- В. Феномен Рейно.
- С. Анемія.
- Д. Високий титр антитіл до нативної ДНК.
- Е. Нічого з перерахованого.

10. Жінка 42 років, звернулася із скаргами на загальну слабкість, стомлюваність, субфебрилітет протягом останніх 6 місяців. У крові: нормохромна анемія, підвищення ШОЕ. При стерильній пункції в клітинах кісткового мозку виявлена філадельфійська хромосома. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Хронічний лімфолейкоз.
- В. Гострий лейкоз.
- С. Мієломна хвороба.
- Д. Хронічний мієлолейкоз.
- Е. Лімфогранулематоз.

Ситуаційні задачі

№1. Хвора 50 років, продавець, перебуває на диспансерному обліку з приводу гіпертонічної хвороби протягом 7 років. Багато разів знаходилася на лікарняному з приводу гіпертонічної хвороби II стадії, 3 ступеня, попереково-крижового радикуліту, ГРВІ. Отримує еналапріл, діуретики, коринфар. Проте артеріальний тиск з 200/120 мм.рт.ст. не знижувався нижче 170/110 мм.рт.ст. Останнє погіршення стану крім підйому тиску до 210/120 мм.рт.ст супроводжувалося болями в поперековій ділянці. З амбулаторної історії хвороби встановлено, що протягом останніх 1,5 років ШОЕ складала 28 – 35 мм/год., в сечі часто виявляли мікрогематурію, чотирикратно діагностували ГРВІ зважаючи на підвищення температури тіла до 37,8- 38,3 С. При огляді: обличчя бліде, одутле. ЧСС/пульс 86 в 1 хв., ритмічні. АТ 205/125 мм.рт.ст. Межі серця зміщені вліво. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою. Живіт м'який, безболісний. У лівому підребер'ї визначається безболісне, горbeste утворення, на 3 см виступає з підреберної дуги. Гомілки і стопи набряклі. Аналіз крові: гемоглобін - 100 г/л, еритроцити - 3,1 Т/л, лейкоцити - 12 Г/л, ШОЕ - 45 мм/год. Аналіз сечі: кров'яна, суцільно еритроцити.

1. Які синдроми можна виділити?
2. Сформулюйте попередній діагноз, обґрунтуйте його.
3. Програма дообстеження хворого.
4. Програма лікування.

№2 Хворий 52 років, слюсар, протягом 10 років страждає на ІНСД, легка форма. 9 місяців

тому захворів парапроктитом, прооперовано, загоєння первинним натягненням. Через 2 місяці після операції періодично турбує підвищення температури тіла до 38 – 39 оС, що супроводжується ознобом, підвищеною пітливістю. Тричі знаходився на лікарняному з діагнозом ГРВІ, грип. Після прийому парацетамола, аспірина температура знижувалася, хворий приступав до роботи. Проте зберігалися слабкість, стомлюваність, періодично час від часу морозить. При останньому погіршенні стану, обстеживши хворого, лікар виявив лейкопенію (3,8 Г/л), ШОЕ 32 мм/год. В аналізі сечі: білок - 0,99 г/л, еритроцити змінені 10 – 12 у п.з.. З діагнозом гострий гломерулонефрит хворого госпіталізовано. Об'єктивно: хворий блідий, на шкірі передплічпетехіальний висип, у пахвинній ділянці пальпуютьсяпоодинокні, величиною з горошину лімфовузли. Пульс 86 в 1 хв, по типу скачучого. АТ 145/55 мм.рт.ст. Ліва межа серця зміщена вліво. Над аортою і в точці Боткіна вислуховується діастолічний шум. Виявлено збільшення печінки і селезінки.

1. Які синдроми можна виділити?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Що спровокувало розвиток захворювання у хворого?
4. Головний клінічний критерій патології?
5. Програма обстеження, головний лабораторний критерій.
6. Програма лікування.

№3 Хворому 60 років, скаржиться на запаморочення, шум у вухах, пітливість, задишку при ходьбі, підвищення температури тіла до 37,5 -38 оС. Хворіє 4 місяці, коли появились і стали наростати вищеописані скарги. При першому зверненні до лікаря стан розцінений як ГРВІ, призначені аспірин, вітаміни. Відмічено короткочасне поліпшення. Але через 2 тижні знов підвищення температури, задишка, слабкість. Дільничний лікар призначив антибіотики. Проте істотного поліпшення не було і з діагнозом позалікарняна пневмонія, 2 категорія хворого направлено в стаціонар. Об'єктивно: температура тіла 38оС, стан середньої тяжкості. Шкіряні покрови і слизові оболонки бліді. На шкірі передпліч, грудях, животі поодинокні петехії. Мигдалики рихлі, при натисканні шпателем – гнійні відходи. ЧД 24 в 1 хв. Перкуторно над легеньми легеневий звук з коробочним відтінком Аускультативно – дихання послаблене, везикулярне. ЧСС/пульс 82 в 1 хв. АТ 130/75 мм.рт.ст. Серце збільшене вліво. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені., над верхівкою м'який систолічний шум. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: гемоглобін - 74 г/л, еритроцити - 2,8 Т/л, лейкоцити - 26 Г/л, ШОЕ 38 мм/год., бластні клітини – 40%, паличкоядерні – 2%, сегментоядерні - 38%, лімфоцити – 18%, моноцити – 2%, тромбоцити – 76 Г/л.

1. Виділіть клінічні і лабораторні синдроми. Які зміни в мієлограмі Ви чекаєте?
2. Сформулюйте попередній діагноз
3. Програма обстеження. Програма лікування. Програма лікування

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Тракткування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів :

Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 18

Тема: Ведення пацієнта з шлунковою диспепсією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з шлунковою диспепсією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з шлунковою диспепсією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: діагностичні критерії хронічного гастриту, виразкової хвороби, раку шлунку, функціональних захворювань шлунку; патогенез, клінічні симптоми шлункової диспепсії; клініко-морфологічні форми хелікобактерної інфекції (латентна форма, гострий і хронічний гастрит, гастродуоденіт, виразкова хвороба і рак шлунку); основні принципи та методи лікування цих захворювань; основні принципи невідкладної допомоги при захворюваннях шлунково-кишкового тракту; принципи первинної та вторинної профілактики вищевказаних захворювань.

План:

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

1. Переліchte основні симптоми синдрому шлункової диспепсії.
2. Охарактеризуйте особливості синдрому шлункової диспепсії при хронічному гастриті, виразковій хворобі, раку шлунка й функціональних захворюваннях шлунка.
3. Переліchte основні види й варіанти синдрому шлункової диспепсії.
4. Переліchte фактори, що сприяють поширенню хелікобактерної інфекції, механізм персистенції *H. pylori* у слизовій оболонці.
5. Охарактеризуйте особливості клініко-морфологічних форм *H. pylori*.

6. Назвіть форми хронічного гастриту.
7. Переліchte патогенетичні механізми виразкоутворення.
8. Приведіть протокол курації хворого з пептичної виразкою.
9. Що таке подвійна й потрійна терапія ерадикації *H. pylori*.
10. Переліchte види підтримуючої протирефлюксної терапії.

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий С., 35 років, скаржиться на давнячий біль в епігастрії через 1 годину після їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відмічена незначна болючість в пілородуоденальній області. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження необхідно провести для уточнення природи захворювання?

А Виявлення гелікобактерної інфекції в слизовій шлунку.

В Виявлення аутоантитіл до паріетальних клітин.

С Дослідження рівня гастрину крові.

Д Дослідження шлункової секреції.

Е Дослідження моторної функції шлунку.

2. Хворий С., 55 років страждає виразковою хворобою шлунку протягом 10 років. За останні 6 місяців схуд на 15 кг, посилилась слабкість, з'явилась анорексія, відказ від м'яса, блювота, відчуття порушення проходимості їжі. Яке найбільш вірогідне ускладнення розвилось у хворого?

А Малігнізація.

В Стеноз привратника.

С Перфорація.

Д Пенетрація.

Е Кровотеча.

3. Хворий скаржиться на важкість та разпирання в епігастрії після їжі, відрижку повітрям, схильність до проносів. В аналізі шлункового складу вільна соляна кислота відсутня у всіх порціях. ФГДС: локальне виснаження слизової оболонки, колір блідий, багато слизу. Який діагноз найбільш вірогідний у даного хворого?

А Хронічний гастрит тип А

В Хронічний гастрит тип В.

С Хронічний гастрит тип С.

Д Виразкова хвороба шлунку.

Е Функціональна диспепсія.

4. Хворий 46 років, поступив до хірургічного відділення зі скаргами на біль в епігастрії відразу після їжі. При рентгенологічному обстеженні підвищена кількість шлункового вмісту, середня третина тіла по малій кривизні - "ніша" розміром 0,4x0,6 см, оточена запальним валиком, біль при пальпації черевної стінки в проекції "ніши". Складки слизової потовщенні звивисті. Перистальтика пришвидшена, евакуація вмісту шлунку не змінена. Який найімовірніший діагноз?

А Виразкова хвороба шлунку.

В Рак тіла шлунку.

С Дивертикул шлунку.

Д Хронічний ерозивний гастрит.

Е Компенсійний стеноз привратника.

5. Хворий 56 років, скаржиться на дискомфорт в епігастрії після їжі, відрижку, поганий апетит, невелике схуднення, втомлюваність. Курить, алкоголем не зловживає. Об-но: блідість слизових. АТ - 110/70 мм.рт.ст. Язик "лакований". Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Аналіз крові: Ер- 3,7 Т/л, Нв-110 г/л, ЦП - 1,1; макроцитоз, Л-5,5 Г/л, ШОЕ - 13 мм/год. При ФГДС - атрофія слизової фундального відділу. Який патогенез даного захворювання?

А Утворення антитіл до парієтальних клітин.

В Персистування *Н. pylori*.

С Дія аліментарно фактора.

Д Дія хімічного фактора.

Е Гастропатична дія.

Ситуаційні задачі

1. Хворий 35 років, скаржиться на печію, відрижку повітрям і кислим, пекучі, стискаючі болі за грудиною, по ходу стравоходу, що виникають через 30-40 хвилин після їжі, при нахилах тулуба вперед. Не обстежувався, самостійно приймає альмагель, після якого відзначає поліпшення самопочуття. Питання:

1. Ваш діагноз?

2. Можливі ускладнення?

3. Яке дообстеження потребує хворий?

4. Тактика лікаря стосовно лікування даного хворого?

2. Чоловік 46 років, що страждає хронічним бронхітом із частими загостреннями, скаржиться на пекучі болі за грудиною різної інтенсивності й тривалості, що підсилюються в спокої й при нахилах.

1. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?

2. Чим викликане різке погіршення в стані хворого?

3. Які дослідження необхідно терміново провести хворому?

4. Чи вважаєте Ви необхідним госпіталізувати пацієнта?

5. Подальша тактика ведення хворого?

3. Чоловік 35 років, протягом 7 років страждаючий виразковою хворобою 12-палої кишки із частими загостреннями звернувся в поліклініку зі скаргами на голодні й нічні болі в епігастрії, нудоту, схильність до запорів. Проходив курси амбулаторного й стаціонарного лікування, що включають ранітидин, альмагель, но-шпу, метронідазол, насіння льону й фізіотерапію. Об'єктивно: живіт болючий в епігастрії та правому підребер'ї. Хворому призначене обстеження, у тому числі ФЕГДС, УЗД органів черевної порожнини. Питання:

1. Яке додаткове дослідження допоможе уточнити діагноз?

2. Яка буде тактика лікування?

3. Які додатково дослідження необхідно провести?

4. Диспансеризація пацієнта.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні

стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 19

Тема: Ведення хворого з хронічним діарейним синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з хронічним діарейним синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з хронічним діарейним синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: поняття про хронічний діарейний синдром; основи патогенезу; класифікація клінічних форм цих захворювань; особливості перебігу кишкових інфекцій залежно від клінічної форми та виду збудника; основні клінічні прояви цих захворювань; можливі ускладнення та терміни їх появи; сучасні методи діагностики хронічного діарейного синдрому; тактика ведення хворих при невідкладних станах.

План:

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

1. Дайте визначення діареї.
2. Які типи діареї по механізму виникнення Ви знаєте?

3. Опишіть основний механізм осмотичної діареї.
4. Які захворювання приводять до розвитку осмотичної діареї.
5. Назвіть основні механізми секреторної діареї.
6. Перерахуйте захворювання при яких діарея носить секреторний характер.
7. Назвіть основні механізми розвитку діареї при мальабсорбції.
8. Дайте визначення поняттям: стеаторея, креаторея і амілорея. Які тести лежать в основі виявлення?
9. Що включає копрологія?
10. Методи первинної і вторинної профілактики захворювань, що супроводжуються діарейним синдромом.

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Який симптом не характерний для неспецифічного виразкового коліту?

- А. Зниження ваги.
- В. Закрепи.
- С. Ректальна кровотеча.
- Д. Біль в животі.
- Е. Діарея.

2. Виберіть відповідь, характерну для карциноїдного синдрому.

- А. Алкоголь провокує загострення карциноїдного синдрому.
- В. Стридорозне дихання.
- С. Профузна діарея.
- Д. Зниження ваги.
- Е. Все вище перераховане.

3. Який з перерахованих препаратів не використовується для лікування неспецифічного виразкового коліту?

- А. Кортикостероїди.
- В. Препарати заліза у таблетках.
- С. Беладонна.
- Д. Антимікробні препарати.
- Е. Дієта

4. Лікування «Географічного язика» припускає:

- А. Зішкрібання з язика нальоту.
- В. Вітаміни групи В.
- С. Вітаміни групи А.
- Д. Антибіотик.
- Е. Нічого з перерахованого.

5. Який з перелічених препаратів може викликати діарею?

- А. Морфін
- В. Атропін
- С. Сульфат магnezії
- Д. Хинідін
- Е. Глюкоза

6. Хвора 22 р. скаржиться на біль в животі, дефекацію до 20 разів в день з домішками крові, тенезми. Об-но: схуднення, болісність по ходу товстої кишки, значну гепато - та спленомегалію. Нв - 98 г/л, ШОЕ - 24 мм/год, АлТ - 1,8 мкмоль/л, в калі - еритроцити, слизь в великій кількості. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А Неспецифічний виразковий коліт.
- В Бацилярна дизентерія.
- С Амебіаз.
- Д Гранулематозний коліт.
- Е Хвороба Крона

7. У хворого 34 років на 3 добу лікування гострого отиту цефтриаксоном в добовій дозі 2,0 з'явився рідкий стілець 5-6 р/добу. Калові маси без домішок крові та слизу. Температура тіла 36,6. Реакція Грегерсена негативна. Бактеріологічне дослідження калу не виявило патогених мікроорганізмів. Яка найбільш характерна причина діареї?

- А Антибіотикоасоційована діарея
- В Дисбіоз кишечника
- С Синдром надлишкового бактеріального росту
- Д Виразковий коліт
- Е Хвороба Крона

8. Хвора 42 років скаржиться на різку слабкість, значне схуднення, посилене випадіння волосся, кровоточивість десен, порушення менструального циклу, біль в кістках та м'язах, рідкий стілець (5-10 раз на добу), здуття живота. Хворіє з дитинства. Об-но: язик вологий сосочки сглаженні, живіт помірно здутий, більше біля пупка. Дані копрограми: виявлено багато жирних кислот, сполучно-тканинні волокна, клітчатка. Діагноз:

- А Хронічний ентерит.
- В Хронічний коліт.
- С Хвороба Кона.
- Д Синдром подразненої товстої кишки.
- Е Неспецифічний виразковий коліт.

9. У хворого, 45 років, діарея 6 – 8 разів на добу з виділенням несформованих фекалій з домішками слизу, крові та гною, температура тіла 37,6°C, біль при пальпації товстого кишечника та утворення зовнішніх та внутрішніх свищів. Виставлений діагноз: хвороба Крона. Чим відрізняється неспецифічний виразковий коліт від даної хвороби?

- А Біль при пальпації.
- В Діарея.
- С Свищі.
- Д Кров в калі.
- Е Лихоманка.

10. Хворий 55-ти років, скаржиться на здуття та урчання в животі, підвищене відходження газів, рідкий стілець пінистого характеру з кислим запахом, які з'являються після вживання молока. Як називається даний симптомокомплекс?

- А Синдром бродильної диспепсії.
- В Синдром гнилої диспепсії.
- С Синдром жирової диспепсії.
- Д Синдром дискинезії.
- Е Синдром мальабсорбції.

Ситуаційні задачі

1. Хвора 25 років скаржиться на нападоподібні болі в животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу і крові, підвищення температури тіла. Хворіє впродовж 2-х років, схудла на 14 кг. Об'єктивно: пульс - 96/хв., АТ-110/70 мм. рт. ст., температура тіла - 37,6°C. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді. Живіт м'який, болючий при пальпації по ходу товстої кишки, особливо зліва. При колоноскопії: стінка кишечника набрякла, легкоуразлива, ерозії і виразки. У просвіті значна кількість слизу і крові. Визначається одноманітність і безперервність запалення стінки кишечника. У загальному аналізі крові - анемія і лейкоцитоз.

Питання:

- 1) Яке захворювання найімовірніше у даної пацієнтки?
- 2) Методи первинної і вторинної профілактики.
- 3) Складіть план лікування.

2. Хворий 30 років скаржиться на нападоподібний біль в животі, рідкі випорожнення до 6-8 разів на день, слабкість, підвищення температури тіла, нудоту і блювоту. Хворіє впродовж 2-х років, схудлий на 12 кг. При обстеженні: шкіра суха, язик червоний. Живіт м'який, пальпація товстого кишечника болюча. В правому нижньому квадранті пальпується утворення тістоватої консистенції. У періанальній області свищі. Пульс - 92 /хв., АТ-100/70 мм рт. ст., температура тіла - 37,4°C. У крові: еритроцити - $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін - 92 гр./л, лейкоцити - $10,6 \cdot 10^9/л$, ШОЕ - 32 мм/год. Іригоскопія: виразки гранулематозних ділянок слизової оболонки кишечника створюють вигляд «буливної мостової». Фіброколоноскопія: в ділянці клубової кишки області поліпoidних утворень, стриктури, мікроабцеси, тріщини.

Питання:

1. Який діагноз найбільш вірогідний?
2. Яка ознака відрізняє хворобу Крону від неспецифічного виразкового коліту?
3. Складіть план лікування.

3. Хворий Д., 60 років, впродовж 3-х місяців скаржиться на біль в животі, які зменшуються після дефекації і супроводжуються метеоризмом, бурчанням, відчуттям неповного спорожнення або імперативними позивами на дефекацію, запорами і проносами. Відзначає погіршення в самопочутті після нервово-психічних стресів. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Живіт декілька роздутий, пальпація чутлива по ходу кишечника. Пульс - 80/хв., АТ-130/70 мм рт. ст. Загальний аналіз крові і сечі без змін. Копрологічне дослідження калу в нормі, дослідження на наявність простих, паразитів дало негативний результат. Колоноскопія в нормі. Питання:

- 1) Який діагноз найбільш вірогідний?
- 2) Складіть план обстеження.
- 3) З якими захворюваннями необхідно проводити дифференційний діагноз?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М.

Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 20

Тема: Ведення пацієнта з жовтяницею

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з жовтяницею; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з жовтяницею; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: нормальний рівень та обмін жовчних пігментів; шляхи її порушення при різних видах жовтяниці; обсяг лабораторних та інструментальних методів дослідження, дані лабораторних та інструментальних аналізів (ЗАК, ЗАС, біохімічний аналіз крові (АлТ, АсТ, білірубін загальний/непрямий/прямий, ЛФ, альбумін, фракції глобулінів, фібриноген, протромбін, фактори V, VII, VIII, IX, X), оглядова рентгенограма черевної порожнини, пероральна холецистографія, УЗД з доплерографією, гепатобіліарна скінтіграфія, КТ, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія чи черезшкірна черезпечінкова холангіографія, черезшкірна біопсія печінки), диференціальна діагностика захворювань, що супроводжуються підпечінковою, надпечінковою та надпечінковою жовтяницею; тактика ведення хворого залежно від причини; сучасні стандарти лікування; основи первинної та вторинної профілактики.

План:

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

1. Назвіть основні типи жовтяниць.

2. Назвіть критерії механічної жовтяниці.
3. Назвіть синдроми, що відносяться до функціональних гіпербілірубінемій.
4. Визначте критерії гемолітичних жовтяниць.
5. Проведіть диференціальний діагноз між паренхіматозною і механічною жовтяницями.
6. Назвіть основні етапи обміну білірубину в організмі.
7. Визначте відмінності між неістинною та істинною жовтяницями.
8. Назвіть основні захворювання, що відносяться до категорії: спадковий дефіцит ферменту глюкуронілтрансферази.
9. Назвіть основні інструментальні методи дослідження печінки для диференціальної діагностики жовтяниць.
10. Назвіть основні лабораторні показники біохімічного дослідження крові, що відносяться до цитолітичних та холестатичних тестів.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий К., 24 р. Об'єктивно: шкірні покриви жовті, склери істеричні. Пульс – 66 уд./хв. АТ 120/80 мм.рт.ст. АЛТ, АСТ, тімолова проба – норма. Загальний білірубін – 34 мкмоль/л за рахунок непрямого. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз:

- A. Синдром Жильбера;
- B. Хронічний криптогенний гепатит;
- C. Хронічний медикаментозний гепатит;
- D. Хронічний вірусний гепатит С;
- E. Хронічний персистуючий гепатит.

2. У хворого після прийому бісептолу з'явилась олігурія, жовтяниця з вираженою блідістю шкіри та слизових оболонок, збільшилась селезінка. ЗАК: Ер. – $2,2 \times 10^{12}/л$, Нв – 60 г/л, к.п. – 0,62, L - $14 \times 10^9/л$, ретикулоцити 24%. Непрямий білірубін – 35 мкмоль/л. Сеча та кал темного кольору, підвищений рівень стеркобіліну. Який діагноз найбільш ймовірний у даного хворого?

- A. Гемолітична анемія;
- B. Токсичний гепатит;
- C. Гострий лейкоз;
- D. Апластична анемія;
- E. Обтураційна жовтяниця.

3. Хворий В., 23 р. Об'єктивно: кожні покриви жовтушні, склери іктеричні. Пульс - 66 уд./хв. АТ 120/80 мм. рт. ст. АЛТ, АСТ, тимолова проба - N. Загальний білірубін – 34 мкмоль/л за рахунок непрямого. Укажіть найбільш вірогідний діагноз.

- A. Синдром Жильбера
- B. Хронічний криптогенний гепатит
- C. Хронічний медикаментозний гепатит
- D. Хронічний вірусний гепатит С
- E. Хронічний персистируючий гепатит

4. Хворий М., 40 років, надійшов у гастроентерологічне відділення зі скаргами на свербіння шкірних покривів, жовтяницю, важкість у правому підребер'ї, слабкість. Об'єктивно: шкірні покриви жовтяничні, сліди розчухів, печінка +5 см, селезінка 6х8 см. У крові: лужна фосфатаза - 4,0 мкмоль/(с.хл), загальний білірубін - 60 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Який провідний синдром можна виділити у хворого?

- A. Гепатолієнальний
- B. Цитолітичний
- C. Мезенхімально-запальний
- D. Холестатичний
- E. Печінково-клітинної недостатності

5. Хвора 50 років, протягом року страждає приступами болів у правому підребер'ї, які виникають переважно після жирної їжі. Останній тиждень приступи повторювались щодня, стали більш болючими. На 3-й день перебування в стаціонарі з'явились жовтушність склер та шкіри, світлі випорожнення і темна сеча. Аналіз крові: НЬ - 128 г/л, ретикулоцити - 2 %, нейтрофільний лейкоцитоз – $13,7 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 28 мм/год. Що є найбільш імовірною причиною жовтяниці?

- A. Гострий вірусний гепатит
- B. Хронічний панкреатит
- C. Хронічний холестатичний гепатит
- D. Гемолітична анемія
- E. Жовчнокам'яна хвороба

6. Яке захворювання з перерахованих нижче не приводить до розвитку жовтяниці?

- A. Таласемія.
- B. Апластична анемія.
- C. Набуті гемолітичні анемії.
- D. Мікросфероцитоз.
- E. Аутоімунні гемолітичні анемії.

7. Яке з перерахованих захворювань не приводить до розвитку непрямої гіпербілірубінемії?

- A. Синдром Жильєра.
- B. Гемолітична анемія.
- C. Неефективний еритропоез.
- D. Синдром Дабіна-Джонсона.
- E. Аутоімунна гемолітична анемія.

8. При наявності жовтяниці і відсутності уробіліну в сечі який діагноз найбільш вірогідний?

- A. Вірусний гепатит.
- B. Аутоімунний гепатит.
- C. Гемолітична анемія.
- D. Механічна жовтяниця.
- E. Цироз печінки.

9. Жовтяниця стає клінічно визначеною при наступних показниках білірубіну в крові:

- A. 1 мг%
- B. 2-3 мг%
- C. 3-5 мг%
- D. 0,5-1 мг%
- E. менше 0,5 мг%

10. У разі виявлення спленомегалії, ретикулоцитозу та непрямої білірубінемії, який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Гемолітична анемія.

- В. Хронічний лейкоз.
- С. Тромбоз селезінкових вен.
- Д. Портальний цироз печінки.
- Е. Вірусний гепатит.

Ситуаційні задачі

1. 60-літня жінка, мати шістьох дітей, відчула раптовий гострий біль в ділянці правого підребер'я з іррадіацією в лопатку. Двічі була блювота з домішкою жовчі. Температура підвищилася до 38,8°C, з'явився озноб. При обстеженні: склери іктеричні, печінка виступає на 1 см з-під реберної дуги. Живіт м'який, болючий в проекції жовчного міхура, локальна напруга в правому підребер'ї. Позитивний симптом Мерфі. Пульс - 100 уд./хв. ЗАК: Л - $10,6 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ- 24 мм/год.

- 1) Який найбільш вірогідний попередній діагноз?
- 2) Методи первинної та вторинної профілактики.
- 3) Складіть план лікування.

2. Чоловік 75 років, скаржиться на слабкість, інтенсивний свербіж шкірних покривів, поганий сон, втрату апетиту, метеоризм. Останні 6 місяців відзначає погіршення самопочуття: посилюється свербіж, особливо в нічний час, з'явилася жовтизна шкіри і склер, біль в епігастрії, періодичне підвищення температури тіла до 37,7°C. Хворий схуд на 10 кг за останні 6 місяців. Об'єктивно: шкіра жовтуватого кольору з зеленуватим відтінком і багатою кількістю розчухів. Виявлена гепатоспленомегалія. При пальпації в правому підребер'ї визначається безболісне кулясте м'яке утворення, рухоме при диханні. Комп'ютерна томографія виявляє збільшення голівки підшлункової залози, без дефектів в печінці.

- 1) Який найбільш вірогідний попередній діагноз?
- 2) Методи первинної та вторинної профілактики.
- 3) Складіть план лікування

3. Хворий 20 років скаржиться на біль в правому підребер'ї, який посилюється після їжі, нудоту, підвищення температури тіла до 37°C, жовтизну шкіри, артралгію. Хворіє 8 місяців. При обстеженні: шкіра і склери іктеричні. Живіт роздутий, надмірна болючість в ділянці правого підребер'я. Печінка збільшена - на 5 см виступає з під краю ребрової дуги, край ущільнений, поверхня рівна. У крові: ШОЕ-47 мм/год, білірубін загальний - 86,1 мкмоль/л, прямий - 42,3 мкмоль/л. У крові виявлені антитіла до гладком'язових клітин. Загальний білок - 62 гр/л, альбумін - 40%, глобулін - 60%, гаммаглобулін-38 %. Маркери вірусних гепатитів не виявлені. На УЗД: діаметр портальної вени 1 см.

- 1) Який найбільш вірогідний попередній діагноз?
- 2) З якими захворюваннями необхідно проводити диф. діагноз?
- 3) Складіть план лікування.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Тракткування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 21

Тема: Ведення хворого з асцитом. Ведення хворого з портальною гіпертензією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з асцитом, портальною гіпертензією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з асцитом та портальною гіпертензією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: причини та клінічні прояви портальної гіпертензії та асциту; обсяг лабораторних та інструментальних методів дослідження, необхідних для диференціальної діагностики захворювань, що супроводжуються гепатомегалією, портальною гіпертензією та асцитом; тактика ведення хворого залежно від причини; сучасні стандарти лікування; основи профілактики цих ускладнень.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):
 1. Патогенетична класифікація захворювань, що супроводжуються асцитом.
 2. Диференційна діагностика асциту при захворюваннях черевної порожнини, злоякісних новоутворень, серцевій й нирковій недостатності.
 3. План обстеження хворих з асцитом. Інструментальні й лабораторні методи досліджень при асциті. Дослідження асцитичної рідини.

4. Тактика ведення хворих залежно від причин асцити, диференційована терапія. Стандарти лікування хворих з асцитом.
5. Принципи діуретичної терапії при асциті. Показання до лапароцентезу й хірургічного лікування.
6. Первинна й вторинна профілактика асцити. Прогноз і працездатність при асциті.
7. Диференціальний діагноз станів, що ведуть до портальної гіпертензії. Класифікація портальної гіпертензії.
8. План обстеження хворих з портальною гіпертензією. Методи оцінки портальної гіпертензії (ФЕГДС, УЗД, доплерографія портального кровотоку, сплено- портографія, КТ і МРТ- Ангіографія портального кровотоку).
9. Тактика ведення хворих залежно від причин портальної гіпертензії, диференційована терапія. Стандарти лікування портальної гіпертензії.
10. Показання до ендоскопічного і хірургічного методів лікування (зонд Блекмора, кліпування й коагуляція вен стравоходу, TIPS і інші шунтувальні операції, трансплантація печінки)
11. Первинна й вторинна профілактика портальної гіпертензії. Прогноз і працездатність при портальній гіпертензії

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. 49-літній чоловік, інвалід I групи, протягом декількох років лікується з приводу цирозу печінки. За останні місяці помітно збільшився живіт, наростає слабкість. Протягом двох тижнів щодня приймав фуросемід. Госпіталізований у стаціонар. Які зміни Ви можете виявити при дослідженні електролітів крові?

- A. Гіпокаліємію
- B. Гіпокальціємію
- C. Гіпернатріємію
- D. Гіперкальціємію
- E. Гіперкаліємію

2. Хворий скаржиться на нудоту, почуття "переповненого шлунка" після вживання будь-якої їжі, здуття живота, прогресуюче схуднення. Хворіє на гепатит С 20 років. При огляді: шкіра бліда, розширення підшкірних вен передньої стінки живота, наявність вільної рідини в черевній порожнині, гепатомегалія, спленомегалія, набряки нижніх кінцівок. Назвіть основні патогенетичні механізми розвитку даного стану у хворого.

- A. Порушення згортання крові
- B. Активация перекисного окислення ліпідів і порушення мінерального обміну
- C. Після синусоїдальне блокування кровотоку в печінці й формування порто-кавальних анастомозів
- D. Зниження насосної функції серця
- E. Дисфункція парасимпатичного й симпатичного відділів вегетативної нервової системи

3. Хворий 49 років, скаржиться на загальну слабкість, протягом 2-х місяців розвився асцит. Після пункції було отримано 10 л прозорої блідо-жовтої рідини. Пальпується безболісна печінка з гострим рівним краєм, який виступає з-під реберної дуги на 4 см, селезінка - на 2 см нижче краю реберної дуги. Синдром цитолізу відсутній. Рентгенологічних змін збоку шлунка й дванадцятипалої кишки немає. Про яке захворювання можна думати?

- A. Біліарний цироз печінки
- B. Псевдоцироз Піка

- С. Хронічний токсичний гепатит
- Д. Криптогенний мілкоузловий цироз печінки
- Е. Флебіт печінкової вени (хвороба Бадда - Кіарі)

4. У хворого М., який тривалий час хворіє на цироз печінки, останнім часом з'явилися скарги на помірні болі в епігастральній області, постійне здуття живота, яке підсилюється після приймання їжі. Об'єктивно: розширені підшкірні вени живота, ознаки вільної рідини в черевній порожнині, збільшені печінка й селезінка. При УЗД: розширення портальної вени, збільшення печінки й селезінки. Про яке переважне ускладнення цирозу печінки можна подумати?

- А. Тромбоз воротної вени
- В. Печінково-клітинна недостатність
- С. Портальна гіпертензія
- Д. Перитоніт
- Е. Дисбактеріоз кишечника

5. Хворий 48 років, звернувся зі скаргами на важкість в правому підребер'ї, гіркоту в роті, сверблячку. Хворів на вірусний гепатит. Об'єктивно: живіт збільшений за рахунок асциту, розширені вени на передній стінці живота, пупок випнутий, селезінка збільшена. Ваш діагноз?

- А. Рак голівки підшлункової залози
- В. Цироз печінки
- С. Рак печінки
- Д. Жовчнокам'яна хвороба
- Е. Вірусний гепатит

6. Хворий 48 років скаржиться на нудоту, почуття "переповненого шлунку" після вживання будь-якої їжі, здуття живота, що прогресує схуднення. В анамнезі - зловживання алкогольними напоями протягом 26 років. При огляді: шкіра бліда. Розширення підшкірних вен передньої стінки живота, наявність вільної рідини в черевній порожнині, гепатомегалія, спленомегалія, набряки нижніх кінцівок. Назвіть основні патогенетичні механізми розвитку даного стану у хворого.

- А. Порушення клітинного й гуморального імунітету
- В. Пост синусоїдальне блокування кровотоку в печінці й формування портокавальних анастомозів
- С. Активация перекісного окиснення ліпідів і порушення мінерального обміну
- Д. Порушення функції гастроінтестинальної гормональної системи
- Е. Дисфункція парасимпатичного й симпатичного відділів вегетативної нервової системи

7. У хворого 36 років визначається асцит, спленомегалія, розміри печінки за Курловим - 11×9×8 см, варикозне розширення вен стравоходу. В анамнезі травма живота, шлункова кровотеча. АсАТ - 0,46 ммоль/(л×год); АлАТ - 0,68 ммоль/(л×год); білірубін загальний - 21 мкмоль/л, вільний - 17,1 мкмоль/л. Діагноз: А. Тромбоз печіночної вени

- В. Тромбоз воротної вени
- С. Констриктивний перикардит
- Д. Тромбоз нижньої порожньої вени
- Е. Пухлина очеревини (мезотеліома)

8. Хвора 24 років, скаржиться на болі в правім підребер'ї, які підсилюються після їжі, нудоту, підвищення температури тіла до 37,7 °С, жовтяницю шкіри, болі у великих суглобах. Хворіє 8 місяців. Гепатоспленомегалія. ШОЕ - 47 мм/год, білірубін: загальний - 86,1

мкмоль/л, прямий - 42,3 мкмоль/л. У крові виявлені антитіла до гладком'язових клітин. Загальний білок - 62 г/л, альб. - 40 %, глоб. -60 %, гама-глоб. - 38 %. Маркери вірусних гепатитів не виявлені. На УЗД: діаметр портальної вени 1см. Ваш діагноз?

- A. Гемохроматоз
- B. Первинний біліарний цироз
- C. Синдром Жильбера
- D. Холангіогенний гепатит
- E. Аутоімунний гепатит

9. Хворий 44 років, тривалий час зловживає алкоголем. Об'єктивно: тенар і гіпотенар рожевого кольору, судинні зірочки на передній поверхні грудної клітки, розширені вени передньої черевної стінки. Живіт роздутий, вільна рідина в черевній порожнині. Печінка: +4 см, ущільнена, гладка, безболісна. Пальпується край селезінки. У крові: Л - $8,7 \times 10^9$ /л. Яке ускладнення розвилось у хворого?

- A. Тромбоз мезентеріальних судин
- B. Підгостра печікова дистрофія
- C. Коагулопатія
- D. Портальна гіпертензія
- E. Гіперспленізм

10. Чоловік 55 років, протягом 1,5 років спостерігається із приводу вірусного цирозу печінки з явищами портальної гіпертензії. За останній місяць підсилилася слабкість, з'явилася блювота кольору "кавової гущавини". При фіброгастроудоденоскопії виявлена кровотеча з розширених вен стравоходу. Який препарат необхідно використовувати для зниження тиску у ворітній вені?

- A. Вазопресин
- B. Резерпін
- C. Глюконат кальцію
- D. Дицинон
- E. Фуросемід

Ситуаційні задачі

1. Хворий Ш., 56 років скаржиться на постійну важкість в правому підребер'ї, збільшення живота в обсязі, набряки гомілки й стоп, загальну слабкість, задишку. Хворіє близько 5 років, коли став відзначати важкість в правому підребер'ї, здуття живота. Протягом останнього року стали з'являтися періодично набряки на ногах, живіт значно збільшився в обсязі. У минулому зловживав алкоголем. Об'єктивно: шкіра й склери субіктеричні. На шкірі тулуба одиничні судинні зірочки. Язик лакований, яскраво-малинового кольору. Живіт значно збільшений в обсязі за рахунок наявності вільної рідини. Печінка на 5 см виступає з-під краю правої реберної дуги, пальпація печінки важка за рахунок натягнення передньої стінки живота. Селезінка на 3 див нижче лівої реберної дуги. Набряки гомілки й стоп. Дані обстеження: заг. ан. крові: Ер-3,3 Т/л; Нв-126 г/л, Л - 5,6 Г/л; ШОЕ-18 мм/год. Білірубін загальний- 27,6 мкмоль/л; зв'язаний-14,6 мкмоль/л, вільний-13,0 мкмоль/л. АСТ-0,7 ммоль/ год л; АЛТ-1,2 ммоль/ год л. Лужна фосфатаза- 2,5 ммоль. Загальний білок-50 г/л. Альбуміни - 49%, глобуліни: α_1 -3%, α_2 -8%, β -10%, γ -20%. Сечовина - 4,5 ммоль/л. ЕГДС: варикозне розширення вен стравоходу.

- 1) Виділити провідний синдром.
- 2) Проведіть диференціальний діагноз по провідному синдрому.
- 3) Складіть план лікування.

2. Пацієнта 64 років, з трьома інфарктами міокарда в анамнезі, турбують набряки нижніх кінцівок та статевих органів, попереку, на передній черевній стінці, збільшення розмірів живота, задишка інспіраторного характеру при мінімальному фізичному навантаженні. При обстеженні: правобічний гідроторакс, гідроперикард, асцит, гепатомегалія, трофічні порушення шкіри гомілок; набряки тіла, крім лица, шиї та верхніх кінцівок.

1) Якою стадією хронічної серцевої недостатності може бути охарактеризований набряковий синдром?

2) Проведіть диференціальний діагноз по провідному синдрому.

3) Складіть план лікування.

3. Хворий Д., 45 років пред'являє скарги на важкість в правому підребер'ї, збільшення в обсязі живота, набряклість нижніх кінцівок. Хворий близько 5 років, коли вперше при профогляді виявили збільшення печінки. У минулому зловживав спиртним. Об'єктивно: у свідомості, адекватний. Шкіра й склери бліді. Живіт збільшений в обсязі за рахунок вільної рідини. Печінка на 10 см виступає з-під краю правої реберної дуги, щільна, край загострений. Пальпується селезінка, що виступає з під краю підребер'я на 6 см. Дані обстеження: білірубін загальний-20,8 мкмоль/л; прямий-15,3 мкмоль/л, AST-2,76 ммоль/год×л; ALT- 2,0 ммоль/ год л. Лужна фосфатаза- 4,9 ммоль/ год×л. Загальний білок-51 г/л. Сечовина-5,9 ммоль/л. Холестерин 8,8 ммоль/л. Рентгенологічно виявлені ознаки розширення вен стравоходу.

1. Виділіть провідний синдром:

2. Складіть план лікування.

3. Ваші дієтичні рекомендації.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation

- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 22

Тема: Ведення хворого з гепатомегалією та гепатолієнальним синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з гепатомегалією та гепатолієнальним синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з гепатомегалією та гепатолієнальним синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів.

Основні поняття: визначення гепатолієнального синдрому; етіологія, патогенез; захворювання печінки (гострий гепатит, хронічний гепатит, цироз печінки, рак печінки, доброякісні пухлини, кісти печінки, ехінокок, туберкульоз, абсцес); захворювання системи кровотворення (гострий лейкоз, хронічний мієлоїдний лейкоз, хронічний лімфолейкоз, лімфогранулематоз, лімфоми); хвороби накопичення (гемохроматоз, гепатолентикулярна дегенерація, амілоїдоз); захворювання серцево-судинної системи (недостатність кровообігу, констриктивний перикардит); клінічні прояви; обов'язкові лабораторні та інструментальні методи діагностики захворювань з ГЛС; додаткові методи дослідження за показаннями: комп'ютерна томографія, біопсія печінки; принципи лікування захворювань, що супроводжуються гепатолієнальним синдромом.

План:

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

- 1) Визначення гепатомегалії й спленомегалії
- 2) Класифікація захворювань, що супроводжуються гепато- та гепатоспленомегалією. Диференціальна діагностика.
- 3) Обстеження хворих з гепато- та спленомегалією
- 4) Основні біохімічні синдроми при гепатитах і цирозах
- 5) Основні принципи лікування залежно від причин гепатолієнального синдрому або гепатомегалії
- 6) Гепатопротектори й противірусна терапія
- 7) Стандарти терапії хворих з гепатолієнальним синдромом
- 8) Показання до хірургічного лікування
- 9) Первинна й вторинна профілактика захворювань зі збільшенням печінки й селезінки
- 10) Прогноз і працездатність при гепатолієнальному синдромі й гепатомегалії

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Жінка 24 років, скаржиться на інтенсивну сверблячку шкіри, особливо ввечері, тупий біль у правому підребер'ї. Занедужала 2 роки тому після пологів. Об'єктивно: жовтяниця,

ксантелазми на віках. Печінка на 6 см виступає з-під краю правої реберної дуги, щільна, край рівний, безболісний. Селезінка виступає на 3 см. Реакція на поверхневий антиген вірусу гепатиту В негативна. Показники обміну заліза в нормі. Яка форма ураження печінки найбільш імовірна у хворої?

- A. Первинний біліарний цироз.
- B. Хронічний гепатит.
- C. Хронічний холецистит.
- D. Гемохроматоз.
- E. Жировий гепатоз.

2. Жінка 46 років, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, слабкість, швидку стомлюваність, сверблячку шкіри, періодичний озноб протягом 3 років. Біль іноді буває нападopodobний, супроводжується підвищенням температури тіла, посиленням сверблячки. Об'єктивно: іктеричність склер, температура тіла 37,5 °C, живіт помірно роздутий, болісний у правому підребер'ї. Печінка +3 см, щільна, болісна. Селезінка не пальпується. У крові: НЬ - 121 г/л, Л - $11,0 \times 10^9$ /л, п/я - 14 %, ШОЕ - 3 мм/год. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Хронічний холангіт.
- B. Хронічний холецистит.
- C. Гемолітична анемія.
- D. Хронічний гепатит.
- E. Цироз печінки.

3. У пацієнта 56 років виявлена помірна іктеричність шкіри й склер, збільшення розмірів печінки й селезінки. Три роки тому лікувався із приводу гепатиту В. При обстеженні виявлене: HBsAg, HBeAg (+). Висока концентрація ДНК HBV. Який з перерахованих засобів являється препаратом першого ряду в терапії захворювання?

- A. Преднізолон.
- B. Карсил.
- C. Альфа-інтерферон.
- D. Вітогепат.
- E. Есенціал- Форте.

4. Жінка 37 років, звернулася до лікаря у зв'язку із загостренням хронічного гепатиту. При обстеженні в аналізі крові знайдене підвищення рівня непрямого білірубину, АсТ, АлТ і зниження рівня альбуміну й протромбіну. Який з патологічних процесів найбільше ймовірно обумовив ці зміни?

- A. Порушення гемостазу.
- B. Холестаз.
- C. Портальна гіпертензія.
- D. Гіперспленізм.
- E. Цитоліз.

5. Хворий В., 51 рік, багато років вживав алкоголь. Скарги на нудоту, рідкий стілець, жовтяницю шкіри. Об'єктивно: шкіра й склери іктеричні, атрофія м'язів, субфебрильна температура. Печінка на 3 см виступає з-під реберної дуги, болісна при пальпації. Який метод діагностики в цьому випадку буде найбільш інформативним?

- A. Порушення клітинного імунітету.
- B. Маркери вірусних гепатитів.
- C. Пункційна біопсія печінки.

D. Активність цитолізу (АСТ, АлАТ).
E. Протеїнограма.

6. Хворий Ц. 48 років. Скарги на зниження апетиту, важкість в епігастральній ділянці після їжі, болі в правому підребер'ї ниючого характеру, які посилюються після жирної їжі; нудоту, метеоризм, схуднення. При огляді - іктеричність шкіри, судинні зірочки, гінекомастія, асцит. Печінка при пальпації безболісна, тверда, край її гострий, селезінка збільшена. Ваш попередній діагноз:

- A. Цироз печінки.
- B. Хронічний активний гепатит.
- C. Гострий гепатит А.
- D. Гострий холецистит.
- E. Гострий панкреатит.

7. У хворої 23-х років ниючий біль у правому підребер'ї, періодично відрижка гірким, нудота, зниження апетиту. Три роки тому проводилася апендектомія. Через 2 місяці після неї вперше з'явилася жовтяниця, із приводу якої лікувалася в інфекційній лікарні. В даний час при обстеженні печінка збільшена на 2 см. У крові загальний білірубін - 36 мкмоль/л, прямий білірубін - 14,9 мкмоль/л, АсАТ - 0,65 ммоль/год×л, АлАТ - 1,35 ммоль/год×л. Яке захворювання у хворої?

- A. Доброякісна жовтяниця Жильбера.
- B. Хронічний холангіт.
- C. Хронічний холецистит.
- D. Хронічний гепатит В.
- E. Цироз печінки.

8. Хворий 28 років, постійно контактує з комплексом отрутохімікатів протягом 6 років. Скаржиться на головний біль, підвищену втому, відчуття важкості в правому підребер'ї, погіршення апетиту, жовтяницю. Об'єктивно: шкіра й склери субіктеричні. Живіт роздутий, печінка +5 см, край ущільнений, поверхня рівна. У крові: НЬ - 110 г/л, Л - $8,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 30 мм/год., загальний білірубін - 65 мкмоль/л, цукор - 6,3 ммоль/л. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Хронічний панкреатит.
- B. Гемохроматоз.
- C. Хронічний токсичний гепатит.
- D. Вірусний гепатит.
- E. Доброякісна гіпербілірубінемія.

9. У хворого, що страждає на неспецифічний виразковий коліт, виявлені зміни в печінковому комплексі: загальний білірубін - 28,4 мкмоль/л, АлАТ-1,16 ммоль/год×л, АсАТ-0,86 ммоль/год×л. Які лікарські препарати необхідно включити в курс лікування?

- A. Гепатопротектори.
- B. Антацидні препарати.
- C. Жовчогінні препарати.
- D. Прокінетики.
- E. Ферментні препарати

10. У хворої 50-ти років встановлено первинний біліарний цироз печінки. Загальний білірубін - 160 мкмоль/л, прямий - 110 мкмоль/л, АсАТ- 2,1 ммоль/год×л, АлАТ- 1,8

ммоль/год×л, ЛФ - 4,6 ммоль/год×л, холестерин - 9,2 ммоль/л, антимітохондріальні антитіла М2 у високому титрі. Виявлене розширення ворітної і селезінкової вен при УЗ- дослідженні. Як базисний засіб при цьому захворюванні доцільно призначити:

- А. Урсодезоксихолеву кислоту.
- В. Липоеву кислоту.
- С. Рифампіцин.
- Д. Есенціале-Н.
- Е. Карсил

Ситуаційні задачі

1 Хворий Х., 58 років скаржиться на постійну важкість в правому підребер'ї, збільшення живота в об'ємі, набряки гомілок й ступнів, загальну слабкість, задишку. Хворіє близько 5 років, коли став відзначати важкість в правому підребер'ї, здуття живота. Протягом останнього року стали з'являтися періодично набряки на ногах. На протязі 3 місяців почав збільшуватися в об'ємі живіт. У минулому зловживав алкоголем. Об'єктивно: шкіра й склери субіктеричні. На шкірі тулуба поодинокі судинні зірочки. Язик «лакований», яскраво-малинового кольору. Живіт збільшений в об'ємі за рахунок наявності вільної рідини й метеоризму. У горизонтальному положенні розпластаний. Печінка на 5 см виступає з-під краю правої реберної дуги, край гострий, поверхня щільна, нерівна, безболісна. Селезінка на 3 см нижче лівої реберної дуги. Набряки гомілок й ступнів. Дані обстеження: ЗАК: Ер - 3,3 Т/л, Нб-126 г/л, Л-5,6 Г/л; ШОЕ 18 мм/год. Білірубін загальний-27,6 мкмоль/л; зв'язаний-14,6 мкмоль/л, вільний-13,0 мкмоль/л. АСТ-0,7 ммоль/год×л; АЛТ-1,2 ммоль/год×л. Лужна фосфатаза- 2,5 ммоль/год×л. Загальний білок - 50 г/л. Альбуміни - 49%, глобуліни: α_1 -3%, α_2 -8%, β -10%, γ -20%. Сечовина-4,5 ммоль/л. ЕГДС: варикозне розширення вен стравоходу. Сцинтиграфія печінки: печінка дифузно збільшена. Накопичення радіофармпрепарату рівномірно знижене. Селезінка збільшена, активно накопичує фармпрепарат. Питання:

- 1) Чим обумовлені зазначені зміни?
- 2) Визначте провідний синдром й проведіть диференційну діагностику.
- 3) Призначте лікування.

2.Хвора Е., 32 років скаржиться на важкість в правому підребер'ї, сверблячку шкіри, жовтяницю склер і слизових оболонок, загальну слабкість, схуднення на 10 кг протягом року, періодичне підвищення температури до субфебрильних цифр, темний колір сечі й світлий колір калу. Хворіє близько 4 років, коли після пологів стала підвищуватися періодично температура до субфебрильних цифр, з'явилися й стали зростати загальна слабкість і сверблячка шкіри. Об'єктивно: шкіра й склери субіктеричні. На шкірі сліди розчухувань, на віках ксантоми. Живіт м'який. Печінка на 4 см виступає з-під краю правої реберної дуги, щільна, болісна, край загострений. Селезінка не пальпується. Дані обстеження: білірубін загальний-95,3 мкмоль/л; прямий-43,3 мкмоль/л, непрямий-52,0 мкмоль/л. АСТ-2,76 ммоль/год×л; АЛТ- 3,24 ммоль/год×л. Лужна фосфатаза- 4,9 ммоль/год×л. Загальний білок-78 г/л. Альбуміни-52%, глобуліни: α_1 -3%, α_2 -6%, β -11%, γ -22%. Сечовина-5,9 ммоль/л. Холестерин 8,8 ммоль/л. Питання:

- 1) Яке додаткове дослідження дозволить установити причину холестазу?
- 2) Призначте додаткове обстеження
- 3) Призначте лікування.

3 Хворий П. 27 років скаржиться на головні болі, слабкість, зниження сили и тремор в кінцівках, погіршення пам'яті, порушення рівноваги, зниження апетиту, сверблячку та жовтяницю шкіри. При обстеженні виявляється кільце Кайзера-Флейшнера в рогівці ока,

печінка 15×12×11 см, щільна, безболісна, розміри селезінки 14×12 см. В черевній порожнині виявляється вільна рідина. Маркери вірусних гепатитів негативні. Питання:

- 1) Встановіть діагноз.
- 2) Складіть план обстеження
- 3) Призначте лікування.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 23

Тема: Ведення хворого з сечовим синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з сечовим синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з сечовим синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з сечовим синдромом; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з сечовим синдромом; оволодіти

тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з сечовим синдромом; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з сечовим синдромом.

Основні поняття: етіологія, патогенез, патоморфологія, клінічні особливості плину захворювань, що супроводжуються розвитком сечового синдрому (гострі та хронічні гломерулонефрити, сечокам'яна хвороба, пієлонефрити, серцева недостатність з "застійною ниркою", діабетична нефропатія, гіпернефрома, цистит, рак сечового міхура, геморагічний васкуліт); лабораторно-інструментальні ознаки вище перелічених захворювань; формулювання попереднього діагнозу захворювання в курируемого хворого; план обстеження курируемого пацієнта, спрямований на уточнення діагнозу та проведення диференціального діагнозу по ведучому сечовому синдромі; інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних досліджень у курируемого хворого; особливості сечового синдрому у хворих; тактика лікування пацієнта з сечовим синдромом та оцінка прогнозу захворювання.

План

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

1. Дайте визначення сечового синдрому
2. Характеристика складових сечового синдрому.
3. Проведіть диференціальний діагноз при гематурії, лейкоцитурії та протеїнурії.
4. Тактика ведення хворого з сечовим синдромом в залежності від причини.
5. Причини виникнення сечового синдрому при зіхворюваннях сечовивідних шляхів.
6. Роль лабораторних методів обстеження для уточнення діагнозу при сечовому синдромі (загальні та біохімічні аналізи, аналізи сечі за Нечипоренко, Зимницьким та ін.).
7. Роль інструментальних методів діагностики для уточнення діагнозу при сечовому синдромі (УЗД, рентгенографія, ЕКГ та ін.).
8. Основні принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування хворого з сечовим синдромом в залежності від причини.
9. Первинна та вторинна профілактика.
10. Прогноз та працездатність у хворих з сечовим синдромом.

3. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий 18 років, скаржиться на загальну слабкість, біль в поперековій ділянці. Два тижні тому хворів ангіною. АТ - 135/85 мм рт. ст. Загальний аналіз сечі: білок - 1,65 г/л; Ер - 10-15 в п/з; циліндри гіалінові - 8-10 в п/з. В крові: креатинін - 0,09 ммоль/л; сечовина - 5,3 ммоль/л. Яким синдромом проявилось основне захворювання?

- A. Гіпертензивний синдром
- B. Нефротичний синдром
- C. Азотемічний синдром
- D. Сечовий синдром
- E. Астено-вегетативний синдром

2. Хвора 46 років, скаржиться на нападоподібні болі в правій поперековій ділянці, що віддають у низ живота, нудоту. Раніше подібних болів не було. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини патологічних тіней не визначається. На ультразвуковій сонограмі у збільшеній правій нирковій мисці визначається гіперехогенне утворення діаметром близько 1,5 см, від якого відходить "звукова доріжка". Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Кіста нирки

- В. Пухлина нирки доброякісна
- С. Камінь нирки
- Д. Туберкульоз нирки
- Е. Пухлина нирки злоякісна

3. У хворого 35 років, який у зв'язку з хронічним гломерулонефритом 3 останніх роки находився на гемодіалізі, з'явилися перебої у ділянцісерця, гіпотонія, слабкість, задишка. На ЕКГ: брадикардія, атриовентрикулярна блокада І ст., високізагострені зубці Т. В анамнезі – порушеннядієтичного режиму. Які біохімічні зміни можуть бути причиною такого стану?

- А. Гіпернатріємія
- В. Гіпокальціємія
- С. Гіперкаліємія
- Д. Гіпокаліємія
- Е. Гіпергідратація

4. Чоловік 48 років, з комбінованою мітральною вадою з переважанням стенозу почав відчувати напади перебоїв у роботі серця, з'явилася задишка. Через 3 дні раптово після підйому з ліжка виник гострий біль у правій поперековій ділянці, який супроводжувався появою сечі червонуватого кольору. Чим можна пояснити напади болю у хворого?

- А. Гострий гломерулонефрит
- В. Напад ниркової кольки
- С. Тромбоемболія судин нирок
- Д. Дискогенний радикуліт
- Е. Тромбоемболія гілок мезентеріальної артерії

5. У хворої 36 років захворювання почалося тиждень тому після переохолодження з високої температури тіла, ознобу, профузної пітливості. З'явилися тупі болі в попереку, неприємні відчуття при сечовипусканні. Об'єктивно: відмічається напруження м'язів поперекових ділянок, позитивний симптом Пастернацького з обох сторін. У загальному аналізі крові лейкоцитоз до $12 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофіліоз. У загальному аналізі сечі - білок 0,6 г/л, лейкоцити на все поле зору, бактерії - 1×10^9 / в мл сечі. Ваш попередній діагноз?

- А. Гострий пієлонефрит
- В. Туберкульоз нирки
- С. Гострий гломерулонефрит
- Д. Гострий цистит
- Е. Сечокам'яна хвороба

6. Хвора 18 років, скаржиться на підвищення АТ до 200/120 мм рт. ст., виділення в нічний час великої кількості сечі. В анамнезі часті ангіни. Об'єктивно: АТ на руках - 160/100 мм рт. ст., на ногах - 180/120 мм рт. ст. Загальний аналіз сечі: питома вага - 1008, білок - 0,99 г/л; Ер - 10-20 в п/з; різні циліндри - 8-10 в п/з. Зміни в сечі вперше виявлено 10 років тому, артеріальна гіпертензія спостерігається 2 роки. Яка найбільш ймовірна причина артеріальної гіпертензії?

- А. Хронічний пієлонефрит
- В. Хронічний гломерулонефрит
- С. Гіпертонічна хвороба
- Д. Коарктація аорти
- Е. Фіброзно-м'язова дисплазія ниркової артерії

7. У юнака 16 років після вакцинації проти дифтерії через 2 тижні з'явилися набряки на

обличчі. З боку серцево-судинної системи, легень, органів травлення патології не виявлено. У крові: НЬ- 148 г/л, Л – 10×10^{19} /л, ШОЕ - 32 мм/год., креатинін - 0,095 ммоль/л. У сечі: білок - 4,5 г/л, Л. - 2-3 у п/з, Ер. - 25-30 у п/з. Вкажіть найбільш імовірний механізм, що викликав ураження нирок:

- А. Токсична дія вакцини на капіляри ниркових клубочків
- В. Ураження клубочків імунними комплексами
- С. Вплив специфічних антитіл на ниркові каналці
- Д. Алергійна реакція негайного типу
- Е. Алергійна реакція сповільненого типу

8. Хворий 18 років, доставлений до лікарні із значними набряками, котрі з'явилися через два тижні після перенесеної ангіни. Виявлено підвищення АТ до 160/110 мм рт. ст. Раніше не хворів. Які зміни можуть бути виявлені у сечовому осаді?

- А. Помірна протеїнурія, гіалінова циліндрурія
- В. Протеїнурія, лейкоцитурія
- С. Мікрогематурія, кристалурія
- Д. Значна протеїнурія, гематурія
- Е. Макрогематурія, лейкоцитурія

9. У хворої з хронічним гломерулонефритом з'явилася виражена задишка з тахіпноє, кашель з виділенням пінистого харкотиння, холодний піт, акроціаноз. Пульс - 120/хв., напружений. Тони серця глухі, ритм галопу. АТ - 210/120 мм рт. ст. В легенях ослаблене дихання, вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи. Який гострий стан розвинувся у хворої?

- А. Напад бронхіальної астми
- В. Гостра ниркова недостатність
- С. Гостра лівошлуночкова недостатність
- Д. Екламсія
- Е. Гострий набряк гортані

10. Жінка 52 років хворіє на бронхоектатичну хворобу більше 10 років. Скаржиться на кашель з гнійним харкотинням, підвищення температури тіла до 37,8 °С. Бліда, відмічається пастозність обличчя та гомілок. НЬ крові - 105 г/л. У сечі - білок - 1,02 г/добу, Л. - 6-8 у п/з, Ер. - 3-5 у п/з. Про яке ускладнення бронхоектатичної хвороби слід подумати?

- А. Хронічний пієлонефрит
- В. Абсцес легені
- С. Метаінфекційний гломерулонефрит
- Д. Нефротичний синдром
- Е. Амілоїдоз нирок

Ситуаційні задачі

Задача №1. Хвора 35 років, звернулася з приводу майже постійного субфебрилітету протягом 4 місяців, тупого болю в поперековій ділянці. Хворіє на хронічний фарингіт. Об'єктивно: бліда, зріст 168см, вага 59кг. Відмічається пастозність обличчя та гомілок. АТ - 160/100 мм рт. ст. ЧСС 78 за хв. Добовий діурез - 1300 мл. Діурез вночі 650 мл. Аналіз сечі: питома вага - 1012, білок - 0,065г/л, Л. - 20-35 в п/з, Ер. - 1-3 в п/з. Питання:

- 1. Який Ваш попередній діагноз?
- 2. Які методи обстеження необхідно призначити для встановлення заключного діагнозу?
- 3. Напишіть лист призначення для лікування даної хворої.

Задача №2. Хворий 23 років, звернувся в поліклініку зі скаргами на головний біль, погіршення зору, задишку, загальну слабкість, зменшення кількості виділеної за добу сечі до 1 л, зміну забарвлення сечі (сеча у вигляді "м'ясних помий"). Три тижні тому переніс ангіну. Об'єктивно: помірна блідість, обличчя одутле, повіки набряклі; серцева діяльність ритмічна, І тон на верхівці ослаблений, систолічний шум. Пульс - 66/хв. АТ - 175/105 мм рт. ст. Симптом Пастернацького слабо позитивний з обох боків. В аналізі сечі: білок - 1,48 г/л, Ер. - 35-40 в п/з, змінені; Л. - 8-10 в п/з. Питання:

1. Який діагноз є найімовірнішим?
2. Вкажіть основні синдроми, які спостерігаються у хворого.
3. Ваші рекомендації з вторинної профілактики захворювання.

Задача №3. Хвора Т., 23 років звернулася до дільничного терапевту зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, набряки на ногах. Хворіє 5 років, після переохолодження з'явилися набряки на ногах, лиці, слабкість, зміни в сечі. Два рази проходила лікування в стаціонарі. Об'єктивно: лице одутловате, набряки на ногах. В легенях – дихання везикулярне, межі серця без змін. Тони серця звучні, пульс 80 за хв., ритмічний. АТ 160/100 мм рт. ст. Дизуричних проявів немає. С-м Пастернацького негативний з обох боків. ЗАК: Нв - 100 г/л, Л. - $7,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 26 мм/год. ЗАС: питома вага - 1007, білок - 0,99 г/л, Ер. - 1-3 в полі зору, Л. - 5-10 в полі зору, циліндри гіалінові та зернисті 6-8 в полі зору. Питання:

1. Який діагноз є найімовірнішим?
2. Яка причина виникнення набряків у пацієнтки?
3. Складіть план обстеження та лікування хворої.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022.

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 24

Тема: Ведення хворого з нефротичним синдромом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з нефротичним синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з нефротичним синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з нефротичним синдромом; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з нефротичним синдромом; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з нефротичним синдромом; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з нефротичним синдромом.

Основні поняття: основні фактори ризику, етіологія та патогенез нефротичного синдрому; клінічна симптоматологія нефротичного синдрому при різних нозологіях; методи діагностики нефротичного синдрому; основні синдроми захворювань, з якими необхідно диференціювати нефротичний синдром; основні принципи диференційованого лікування, профілактики та реабілітації хворих на нефротичний синдром; принципи надання невідкладної допомоги при нефротичних кризах.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):
 1. Дайте визначення нефротичного синдрому.
 2. Етіологія, патогенез нефротичного синдрому.
 3. Які захворювання супроводжуються нефротичним синдромом, критерії діагностики, диференційний діагноз.
 4. Клінічні прояви при захворюваннях, що супроводжуються нефротичним синдромом.
 5. Тактика ведення хворого з нефротичним синдромом в залежності від причини.
 6. Роль лабораторних методів дообстеження для уточнення діагнозу при нефротичному синдромі.
 7. Роль інструментальних методів діагностики для уточнення діагнозу при нефротичному синдромі.
 8. Основні принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування хворого з нефротичним синдромом. Стандарти лікування.
 9. Первинна та вторинна профілактика.
 10. Прогноз та працездатність у хворих з нефротичним синдромом.
2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Жінка 54 років, хворіє на остеомієліт стегнової кістки понад 20 років. За останній місяць з'явилися і поступово наростали набряки на нижніх кінцівках. Білок сечі - 6,6 г/добу. У крові: гіпоальбумінемія, підвищення α_2 - і гамма-глобулінів, ШОЕ - 50 мм/год. Який Ваш попередній діагноз?

- A. Вторинний амілоїдоз нирок
- B. Гострий гломерулонефрит
- C. Мієломна хвороба
- D. Хронічний гломерулонефрит
- E. Системний червоний вовчак

2. Чоловік 23 років, скаржиться на наявність набряків на обличчі, головні болі, запаморочення, зменшення виділення сечі, зміну кольору сечі ("м'ясних помий"). Наведені скарги з'явилися після перенесеного фарингіту. При огляді: набряки на обличчі, шкірні покриви бліді, температура - 37,4°C; ЧСС - 86/хв., АТ - 170/110 мм рт. ст. Серцеві тони приглушені, акцент II тону над аортою. Який збудник найімовірніше призвів до такого стану?

- A. Сапрофітний стафілокок
- B. Золотистий стафілокок
- C. Зеленоватий стрептокок
- D. Гноєтворний стрептокок
- E. Бета-гемолітичний стрептокок

3. Хворий 29 років, через 2 тижні після перенесеної ангіни помітив набряки на лиці, слабкість, зниження працездатності. Поступово з'явилися задишка, набряклість нижніх кінцівок, поперекової ділянки. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, ослаблення серцевих тонів, анасарка. АТ -160/100 мм рт. ст. У сечі: питома вага - 1021, білок - 5,1 г/л, Ер. - 20-30 у п/з, гіалінові циліндри - 4-6 у п/з. Вкажіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Гострий пієлонефрит
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Гострий гломерулонефрит, нефротичний варіант
- D. Інфекційно-алергічний міокардит
- E. Мікседема

4. У чоловіка 47 років протягом останнього місяця з'явилися поширені набряки. Протягом 10 років лікувався з приводу туберкульозу легень. Об'єктивно; обличчя одутле, набряки ніг, попереку. АТ - 130/80 мм рт. ст. Аналіз крові: Ер. - $3,0 \times 10^{12}/л$, Л. - $4,5 \times 10^9/л$, ШОЕ - 50 мм/год. Загальний білок - 60 г/л, альбуміни - 42 %, глобуліни - 58 %, загальний холестерин - 7,2 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: питома вага - 1020, Ер. - 1-2 у п/з, Л. - 4-5 у п/з, циліндри гіалінові - 2-4 у п/з; білок - 3,5 г/добу. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Тромбоз ниркових вен
- B. Хронічний гломерулонефрит
- C. Гострий гломерулонефрит
- D. Амілоїдоз нирок
- E. Хронічний пієлонефрит

5. Хворий 17-ти років, скаржиться на виражені набряки на обличчі і кінцівках, що з'явилися 3 тижні тому. Півроку тому лікувався в інфекційному відділенні з приводу жовтяниці. Об'єктивно, шкірні покриви бліді, обличчя одутловате, на гомілкях набряки. Печінка виступає з-під реберної дуги на 2 см. Аналіз сечі: питома вага - 1020, білок - 4,4 г/л, Ер. вилуж. - 8-10 у п/з. Добовий діурез - 0,6 л. Білок крові - 52 г/л. Na⁺ крові - 138 ммоль/л. Який найбільш імовірний механізм розвитку набряків?

- A. Цироз печінки
- B. Первинна затримка натрію
- C. Зниження концентраційної функції нирок

- D. Значний викид антидіуретичного гормону
- E. Гіпопротеїнемія

6. Чоловік 32 років хворіє на гострий гломерулонефрит. Об'єктивно: виражені набряки на обличчі, тулубі, кінцівках. АТ - 150/90 мм рт. ст. У крові: ШОЕ - 36 мм/год., загальний білок - 55 г/л, альбуміни - 41 %, холестерин загальний - 9,6 ммоль/л. У сечі - 5,6 г білка за добу. Яке патогенетичне лікування найбільш обґрунтоване?

- A. Антикоагулянти
- B. Глюкокортикоїди
- C. Мембраностабілізатори
- D. Сечогінні
- E. Антигіпертензивні

7. Жінка 42 років, скаржиться на появу набряків на обличчі, кінцівках, загальну слабкість. Хворіє на ревматоїдний артрит понад 15 років. Лікувалася нерегулярно. Об'єктивно: набряки по-вік, обличчя, кінцівок. Тони серця приглушені. АТ - 130/90 мм рт. ст. ЧСС - 64/хв. Печінка +3 см, щільна, безболісна. Аналіз крові: Ер. - $2,4 \times 10^{12}/л$, НЬ - 92 г/л, ШОЕ - 54 мм/год., креатинін - 0,128 ммоль/л, білірубін - 18,5 мкмоль/л, СРБ (+++). Аналіз сечі: питома вага - 1015, білок - 3,8 г/л. Яке найбільш вірогідне ускладнення виникло у хворої?

- A. Серцева недостатність
- B. Амілоїдоз нирок, нефротичний синдром
- C. Гіпотиреоз
- D. Печінково-клітинна недостатність
- E. Ниркова недостатність

8. Хвора 41 року хворіє тяжкою формою цукрового діабету 1 типу протягом 28 років. Поступила в ендокринологічне відділення з набряками ніг, підвищенням АТ до 210/140 мм. рт. ст. Загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда. Цианоз, акроціаноз. Добовий діурез 4 л. ЗАС: питома вага - 1024; білок - 12,6 г/л; Л. - 1-4 в п/з; Ер. - 3 - 4 в п./з. В крові - холестерин 6,8 ммоль/л, сечовина - 7,9 ммоль/л. Який синдром визначається у цієї пацієнтки?

- A. Нефротичний
- B. Сечовий
- C. Нефритичний
- D. Гостра ниркова недостатність
- E. Хронічна ниркова недостатність

9. Чоловік 25 років скаржиться на слабкість, задишку та набряки ніг. До цього був здоровим, в останній час лікувався ібупрофеном у зв'язку з травмою колінного суглобу. Об'єктивно: Рс- 90/хв., АТ- 180/100 мм рт. ст. Тони серця гучні. В легенях - тупий перкуторний звук в нижньому відділі правої легені. Печінка +3 см. В крові: Ер. - $4,0 \times 10^{12}/л$, НЬ- 103 г/л, лейкоц.- $6,7 \times 10^9/л$, тромбоц.- $236 \times 10^9/л$, сечовина - 24,6 ммоль/л, креатинін - 0,254 мкмоль/л, Na^+ - 135 ммоль/л, K^+ - 5,6 ммоль/л, альбумін - 27 г/л. На рентгенографії ОГК - правобічний плеврит, серце в нормі. Ваш попередній діагноз?

- A. Гострий пієлонефрит
- B. Нефритичний синдром
- C. Туберкульоз нирок
- D. Гостра ниркова недостатність
- E. Нефротичний синдром

10. Жінка 28 років звернулася до лікаря зі скаргами на набряки на лиці, незначні набряки ніг; іноді відмічає сечу кольору "м'ясних помиїв". В підлітковому віці часто хворіла ангінами. Об'єктивно: шкіра блідна, t^0 - 36,8°C, Ps - 68/хв, ритмічний. АТ - 170/110 мм рт. ст. Які зміни в сечі найбільш вірогідні?

- А.Еритроцитурія та урикозурія
- В.Протеїнурія, гематурія, циліндрурія
- С.Збільшення відносної щільності, гематурія, бактеріурія
- Д.Зменшення відносної щільності, протеїнурія, міоглобінурія
- Е. Зменшення відносної щільності, протеїнурія, скудний сечовий осадок

Ситуаційні задачі

Задача №1.

Хворий М. 23 р., скаржиться на сильний головний біль, біль в поперековій ділянці, набряки під очима і на ногах, загальну слабкість. Місяць тому переніс паратонзиллярний абсцес. Об'єктивно: блідість шкіри, набряки лица і ніг. АТ - 180/110 мм рт. ст. Межі серця в нормі, серцевий поштовх звичайних властивостей. Тони серця звучні, чисті, акцент над аортою. У загальному аналізі сечі: питома вага - 1025, білок - 3,2 гр./л, Ер. змінені - 10-15 в п/з, Л - 3-5 в п/з, циліндри гіалінові - 1-3 в п/з, добовий діурез - 400 мл.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно призначити для визначення заключного діагнозу?
3. Принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування даного хворого

Задача №2.

Хворий П., 42 років. Скарги на кашель з виділенням рясної мокроти гнійного характеру, іноді з домішкою крові, слабкість, головні болі. Протягом 5 років турбує постійний кашель з періодичними загостреннями. Палить. Об'єктивно: зниженого живлення, блідість шкірних покривів і слизових оболонок, одутість лица, набряки гомілок. Пальці рук у вигляді барабаних паличок. У легенях: перкуторний звук з коробочним відтінком, жорстке дихання, різнокаліберні вологі хрипи над нижніми відділами справа. Частота дихання 22 за хвилину. Пульс 80 за хвилину, ритмічний. АТ 95/70 мм рт. ст. ЗАК: Нв - 98 гр./л, Л. - $9,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 45 мм/год. Білок - 58 гр./л. ЗАС: питома вага - 1016, білок - 3,4 гр./л, Л. - 10-13 в п. зр., Ер. 1-2 в п/зр., гіалінові циліндри - 1-2 в п/зр.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Який метод дослідження найбільш інформативний для уточнення діагнозу?
3. Що повинна включати вторинна профілактика у даного пацієнта?

Задача №3.

Хворий М., 26 років знаходиться в терапевтичному відділенні з приводу гострого гломерулонефриту. Черговому лікареві скаржиться на сильні головні болі в потилиці, нудоту, одноразову блювоту, мигтіння мушок перед очима. Об'єктивно: шкіряні покриви і видимі слизові оболонки бліді, лице пастозне. Пульс 56 за хв., напружений, ритмічний. АТ 190/120 мм рт.ст. Ліва межа серця зміщена вліво на 2 см. Тони серця ритмічні, акцент 2 тону над аортою. Дихання везикулярне. Симптом Пастернацкого позитивний з обох боків.

Питання:

1. Яке ускладнення виникло у хворого?
2. Перерахуйте синдроми, які виявлені у хворого.
3. Напишіть план лікування, невідкладна допомога при ускладненні.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 25

Тема: Ведення хворого з хронічною хворобою нирок

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з хронічною хворобою нирок; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з хронічною хворобою нирок; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з хронічною хворобою нирок; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з хронічною хворобою нирок; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з хронічною хворобою нирок; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з хронічною хворобою нирок.

Основні поняття: визначення терміну хронічної хвороби нирок (ХХН); сучасна класифікація ХХН; клініко-діагностичні критерії основних нозологій, які входять до ХХН; основні інструментальні та лабораторні методи дослідження, які доводять наявність ХХН; принципи диференційного лікування ХХН, в залежності від причин та стадії; методи первинної та вторинної профілактики ХХН, прогноз.

План:

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

- 1) Визначення та класифікація хронічної ниркової недостатності (ХНН).
- 2) Етіологічні фактори ХНН.
- 3) Охарактеризуйте поняття “Хронічна хвороба нирок”.
- 4) Патогенез ураження органів та систем при ХНН, їх клінічні прояви.
- 5) Клініка та зміни лабораторних показників залежно від стадії ХНН.
- 6) Диференційне лікування на різних стадіях ХНН.
- 7) Нирковозамісна терапія: гемодіаліз, трансплантація нирок.
- 8) Показання та протипоказання до гемодіалізу, ускладнення.
- 9) Первинна та вторинна профілактика.
- 10) Прогноз та працездатність у хворих з ХНН.

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворий 48 років, що прибув з місць позбавлення волі, скаржиться на головний біль, зниження зору, нудоту, сухість у роті, спрагу. Впродовж 8 років підвищувався АТ. Об'єктивно: шкіра і слизові оболонки бліді. Пульс - 90/хв., АТ - 220/140 мм рт. ст. Печінка - на 3 см нижче краю реберної дуги. Симптом Пастернацького слабопозитивний з обох сторін, Аналіз крові: Ер.- $2,1 \times 10^{12}/л$, Л. - $9,8 \times 10^9/л$, ШОЕ - 48 мм/год. Креатинін крові - 0,243 ммоль/л. Аналіз сечі: питома вага - 1007; білок - 1,65 г/л, Ер. - 10-12 в п/з, Л. - 3-4 в п/з, циліндри гіалінові - 4-5 в п/з. Ваш попередній діагноз?

- А. Хронічний пієлонефрит, ХНН II ст.
- В. Хронічний гломерулонефрит, ХНН II ст.
- С. Туберкульоз нирок, ХНН I ст.
- Д. Амілоїдоз нирок, ХНН I ст.
- Е. Хронічний гломерулонефрит, ХНН I ст.

2. Чоловік 55 років скаржиться на загальну слабкість, зменшення виділення сечі, біль у ділянці серця ниючого характеру. Упродовж 15 років хворіє на хронічний пієлонефрит, лікувався в стаціонарах. Об'єктивно: шкірні покриви сухі, з жовтуватим відтінком. Пульс - 80/хв., ритмічний, АТ - 100/70 мм рт. ст. При аускультатії тони серця глухі, вислуховується шум тертя перикарда. При лабораторному дослідженні: креатинін крові - 1,1 ммоль/л, швидкість клубочкової фільтрації - 5 мл/хв. $\times 1,73 м^2$. Яке лікування буде найбільш ефективним?

- А. Гемодіаліз
- В. Гемосорбція
- С. Плазмаферез
- Д. Кишковий діаліз
- Е. Консервативна терапія

3. Жінка 48 років, скаржиться на слабкість, схуднення, зниження апетиту, головний біль. В юності перенесла гострий гломерулонефрит. З 25 років відмічається артеріальна гіпертензія, Систематично не лікувалася, до лікаря зверталася рідко. Після проведеного дослідження виявлені ознаки хронічної ниркової недостатності I ст. (креатинін крові - 0,23 ммоль/л). Які рекомендації щодо харчування найбільш виправдані для даної хворої?

- А. Зменшення кількості рідини
- В. Обмеження жирів
- С. Обмеження вуглеводів

- D. Білковий хліб
- E. Обмеження білків

4. Жінка 52 років, хворіє на гломерулонефрит протягом 12 років. Останнім часом з'явилися скарги на слабкість, порушення сну, диспепсію, свербіння шкіри. Об'єктивно: ЧСС -110/хв., АТ - 180/120 мм рт. ст. Загальмованість, блідість шкірних покривів, набряки. Тони серця ритмічні, глухі, шум тертя плеври. При аускультатії легень - вологі хрипи в нижніх ділянках. Біохімічне обстеження: креатинін крові - 0,98 ммоль/л. Яка стадія хронічної ниркової недостатності найвірогідніше розвинулась у хворої?

- A. 0 стадія
- B. III стадія
- C. II стадія
- D. I стадія
- E. IV стадія

5. Хворий 46 років скаржиться на підвищену втомлюваність, загальну слабкість. Об'єктивно: пульс 88/хв., АТ - 140/80 мм рт. ст., набряки на гомілкях. В аналізі крові: креатинін - 0,23 ммоль/л, сечовина - 11,0 ммоль/л, швидкість клубочкової фільтрації - 62 мл/хв. $X 1,73 \text{ м}^2$. Запропонуйте синдромальний діагноз:

- A. НК III ст.
- B. НК II-Б ст.
- C. ХНН I ст.
- D. ХНН II ст.
- E. ХНН III ст.

6. Чоловік 42 років, хворіє на хронічний гломерулонефрит з артеріальною гіпертензією. Гіпотензивні ліки приймає нерегулярно. В останні місяці відмітив слабкість, апатію, сухість та сверблячку шкіри, ніктурію. Креатинін крові - 920 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації - 10 мл/хв. $X 1,73 \text{ м}^2$. Який найбільш імовірний діагноз можна припустити?

- A. Хронічна ниркова недостатність III ст.
- B. Гостра ниркова недостатність
- C. Амілоїдоз нирок
- D. Хронічна ниркова недостатність IV ст.
- E. Хронічна ниркова недостатність I ст.

7. Хворий 42 років, скаржиться на сухість у роті, кволість, зменшення кількості добової сечі. Хворіє на гломерулонефрит 11 років. У крові: НБ - 90 г/л, кальцій - 1,9 ммоль/л, креатинін - 500 мкм/л, білок сечі - 1,2 г/добу. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. Нефротичний синдром
- B. Залізодефіцитна анемія
- C. Хронічна ниркова недостатність III ст.
- D. Хронічна ниркова недостатність I ст.
- E. Хронічна ниркова недостатність II ст.

8. Хвора 60 років скаржиться на головний біль, сухість у роті, спрагу. Об'єктивно: пульс - 86/хв. АТ -140/80 мм рт. ст. Симптом Пастернацького слабо позитивний справа. Креатинін крові - 0,468 ммоль/л. Аналіз сечі: питома вага - 1008, білок - 0,198 г/л, Л. - 30 у п/з, Ер. вилужені - 6-8 у п/з. Найбільш імовірний попередній діагноз?

- A. Хронічний пієлонефрит, ХНН II ст.

- В. Хронічний пієлонефрит, ХНН ІІІ ст.
- С. Хронічний гломерулонефрит, ХНН ІІ ст.
- Д. Хронічний гломерулонефрит, ХНН І ст.
- Е. Амілоїдоз нирок, ХНН ІІІ ст.

9. У хворого 61 року виражені набряки гомілок, асцит, задишка. Хворіє хронічним гломерулонефритом близько 10 років. Об'єктивно: у легенях вологі хрипи, живіт збільшений за рахунок вільної рідини в черевній порожнині. Виражені набряки, при натисканні вони щільні. Діурез 1,5 л. Який синдром має місце у цього хворого?

- А.Нефротичний
- В.Тубулопатія
- С.Гостронефритичний
- Д.Сечовий
- Е.Хронічна ниркова недостатність

10. Хворий М. 37 років, скаржиться на тупий біль в поясниці зліва, який періодично посилюється, підвищення температури тіла до 38,7°C, часті сечовипускання. Хворіє близько 4 років. Хвороба виникла після переохолодження. Об'єктивне: пульс - 80/хв. ритмічний, АТ - 160/100 мм рт. ст. Визначається болючість при пальпації обох нирок, більше зліва, з того ж боку позитивний симптом Пастернацького. Набряків немає. У сечі: питома вага -1012, білок - 0,99 гр./л, Л. - 12-14 в п/з, Ер. - 2-3 в п/з, ШОЕ - 22 мм/год. Ваш діагноз?

- А. Ниркова коліка
- В. Хронічний гломерулонефрит
- С. Гострий пієлонефрит
- Д. Хронічний пієлонефрит
- Е. Хронічний цистит

Ситуаційні задачі

Задача №1.

Чоловік 55 років скаржиться на загальну слабкість, зменшення виділення рідини, біль в області серця ниючого характеру. Протягом 15 років страждає хронічним пієлонефритом, лікувався в стаціонарах. Об'єктивно: шкіряні покриви сухі, з жовтяничним відтінком. Пульс - 80/хв., ритмічний, АТ - 100/70 мм рт. ст. При аускультатії серця - тони глухі, шум тертя перикарду. Після додаткових досліджень - креатинін - 1,1 ммоль/л, клубочкова фільтрація 5 мл/хв.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які методи обстеження необхідні для постановки остаточного діагнозу?
3. Перерахуйте основні принципи лікування хворих. Яке лікування показане хворому?

Задача №2.

Хворий П., 58 років. Скарги на головні болі, шум у вухах, слабкість в лівій руці і нозі. 14 років тому виявлено підвищення артеріального тиску. Торік переніс порушення мозкового кровообігу. Виявлялися зміни в сечі. Об'єктивно: підвищеного живлення, набряків немає. Лівобічний геміпарез. Дихання везикулярне, серце розширене вліво на 3 см, тони приглушені, акцент 2 тону на аорті, пульс 80 за хв., ритмічний, напружений. АТ 210/120 мм рт. ст. ЗАК: Нв - 130 гр./л, Л - $6,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ -12 мм/год. ЗАС: питома вага - 1018, білок - 0,93 гр./л, Л. - 2-3 в п. зр., Ер. 10-12 в п. зр., гіалінові циліндри - 1-2 в п. зр. Очне дно: ретинопатія, вогнища крововиливу. ЕКГ: лівограма, гіпертрофія лівого шлуночку.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Проведіть диференціальний діагноз.
3. Яка найбільш вірогідна причина артеріальної гіпертензії у хворого?

Задача №3.

Хворий Ф. 18 років з гострим мієлобластним лейкозом після курсу індукції ремісії за схемою 7+3 (цитозар, ідарубіцин) отримуваче цефтріаксон, метрогил, Амфотерицин В (по 40000 од в/в кап. 7 дн.). Через 2 тижні з'явилися скарги на різку слабкість, нудоту, головний біль, судороги в литкових м'язах. ЗАК: Ер.- $2,9 \times 10^{12}/л$, Нв - 97 гр./л, Тр. - $40 \times 10^9/л$, Лейк. - $1,6 \times 10^9/л$, Бл.- 0, Е - 0, П - 3%, С - 17%, Л - 79%, М - 2%, ШОЕ - 28 мм/год. ЗАС: колір с/ж, питома вага - 1007, білок - 0,983 гр./л, Ер. - 20 -25 в п/зр., Л. - 4-7 у п/зр., циліндри гіалінові - поодинокі у п/зр. Креатинін крові - 286 ммоль/л, Калій - 1,8 ммоль/л, Натрій - 135 ммоль/л.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. В чому причина погіршення стану хворого?
3. Напишіть план лікування хворого.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються зміни. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Тема: Ведення хворого з анемією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з анемією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з анемією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з анемією; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з анемією; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з анемією; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з анемією.

Основні поняття: визначення терміну анемія; етіологія та патогенез анемій; сучасна класифікація анемій; клінічні прояви, можливі ускладнення; основні методи діагностики анемій; загальні та дієтичні рекомендації хворим на анемії, основні фармпрепарати для лікування, варіанти підтримуючої терапії; варіанти перебігу захворювання; терміни та методи контролю ефективності лікування.

План:

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

- 1) Диференційний діагноз при залізодефіцитній та B_{12} -дефіцитній анеміях.
- 2) Основні причини дефіциту заліза.
- 3) Показання для гемотрансфузії.
- 4) Тактика ведення хворих з анеміями різного генезу.
- 5) Механізми внутрішньосудинного та внутрішньоклітинного гемолізу.
- 6) Переливання компонентів крові та компонентів.
- 7) Диференційний діагноз гемолітичної, гіпопластичної, постгеморагічної анемій.
- 8) Особливості клініки та лабораторної діагностики при гемолітичній гіпопластичній, постгеморагічній анеміях.
- 9) Основні принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування хворих з анеміями різного генезу. Стандарти лікування.
- 10) Первинна та вторинна профілактика

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хвора Н., 32 р., скаржиться на біль в епігастрії, що виникає вночі і зранку натще, та через 2 год. після прийому їжі, блювоту „кавовою гущею”, печію, періодичні запаморочення, загальну слабкість. Об-но: болючість в гастродуоденальній зоні, позитивний с-м Менделя. ЗАК: Нв - 90 г/л; Le - $8,0 \times 10^9$ /л; ШЗЕ-20 мм/год; Чим ускладнився перебіг захворювання?

А Шлунково-кишкова кровотеча.

В Пенетрація.

С Перфорація.

Д Стеноз.

Е Малігнізація.

2. Чоловік, 35 років, скаржиться на швидкозростаючу слабкість, серцебиття, „метелики” перед очима, запаморочення. В анамнезі: пептична виразка шлунку. Об’єктивно: шкіра бліда. В легенях везикулярне дихання. Над верхівкою серця – систолічний шум, пульс – 100 уд/хв., АТ-100/70 мм.рт.ст. Пальпаторно незначна болючість в епігастрії. Аналіз крові: ЕР- $3,2 \times 10^{12}$ /л, НВ-100 г/л, КР-0,95. Який характер анемії в даному випадку?

А Постгеморагічна анемія

В Сідеробластна анемія

С Хронічна залізодефіцитна анемія

- D Гемолітична анемія
- E Гіпопластична анемія

3. У хворой 44-х років протягом останніх 2-х місяців з'явилася задишка при помірному фізичному навантаженні, прискорене серцебиття, біль у ділянці серця ниючого, давлячого характеру без іррадіації, який провокується незначним фізичним навантаженням. АТ – 90/60 мм рт.ст., ЧСС - 88 уд/хв. У крові – ер. $-3,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 90 г/л, Кольоровий показник - 0,87, лейкоц. - $6,8 \times 10^9/л$. На ЕКГ – інверсія зубця Т в V1-V3. Рентгенологічне: рівномірне збільшення тіні серця. Яка найбільш імовірна причина кардіалгій?

- A Анемічна міокардіодистрофія
- B Стенокардія, що вперше виникла
- C Тиреотоксична міокардіодистрофія
- D Нейроциркуляторна дистонія
- E Ендокардит

4. Хвора 29 років, скаржиться на задишку, тяжкість і болі у ділянці грудної клітки справа, підвищення температури тіла до $37,2^{\circ}C$, головокружіння. Захворювання пов'язує з травмою грудної клітки (забій), 4 дні тому. Об'єктивно: стан тяжкий. Шкірна бліда, волога. Рс- 90/хв. ритмічний, задовільних властивостей. АТ- 110/70 мм рт.ст. По задній аксілярній лінії справа підшкірний крововилив. Відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. Пальпаторно – притуплений звук справа, аускультативно – різко ослаблене везикулярне дихання там же. В загальному аналізі крові еритроцити – $2,8 \times 10^{12}/л$, к.п. 0,9, Нб 100 г/л, Le $8 \times 10^9/л$, РОЕ – 17. Які можливі результати діагностичної пункції плевральної порожнини?

- A Геморагічний характер пунктату
- B Відсутність рідини в плевральній порожнині
- C Екссудат
- D Трансудат
- E Гнійний характер плеврального пунктату

5. 40-річна жінка, яка страждає менорагіями, скаржиться на мерехтіння “мушок” перед очима, запаморочення, ламкість нігтів, випадіння волосся. При обстеженні: блідість шкіри та слизових оболонок. Рс- 100/хв, ритмічний, тони нормальної звучності, систолічний шум над усіма точками серця. В легенях везикулярне дихання. Печінка та селезінка не збільшені. Нб 90 г/л, ер. $3,3 \times 10^9/л$, КП 0,7, лейкоц. $9,8 \times 10^9/л$, е 2%, п 3%, с 70%, л 25%, м 10%, гіпохромія еритроцитів, анізоцитоз, мікроцитоз, сироваткове залізо 7,2 мкмоль/л. Поясніть причини систолічного шуму над усіма точками серця?

- A Прискорення кровотоку в умовах зниження в'язкості крові.
- B Ураження міокарду запального характеру.
- C Порушення клапанного апарату..
- D Запалення перикарду.
- E Вроджена вада серця.

6. Жінка 26 років скаржиться на загальну слабкість, підвищену ламкість нігтів, випадіння волосся. Об'єктивно: пульс 94/хв, АТ- 110/70 мм.рт.ст.. Шкіра бліда. У крові: Нб- 90 г/л, Ер.- $3,5 \times 10^{12}/л$, КП – 0,7, ШЗЕ – 20 мм/год. Сироваткове залізо – 8,7 мкмоль/л. Яке призначення доцільно зробити цій хворій?

- A Препарати заліза peros.
- B Препарати заліза парентерально.
- C Вітамін В12 в/м.

- D Переливання цільної крові.
- E Переливання еритроцитарної маси.

7. У 36-річної пацієнтки невелика жовтяниця, слабкість, періодичні запаморочення, серцебиття, селезінка виступає на 2,5 см нижче ребер. Сеча кольору міцного чаю. Кал темно-коричневого кольору. В аналізі крові нормохромна анемія з ретикулоцитозом 40:1000. В аналізі сечі реакція на уробілін різко-позитивна, жовчні пігменти відсутні. Яке дослідження необхідно зробити для встановлення діагнозу?

- A Визначення осмотичної стійкості еритроцитів
- B Визначення сироваткового заліза крові
- C Визначення вмісту вітаміну В-12
- D Електрофорез білків сироватки крові
- E Стернальну пункцію

8. Жінка 58 років скаржиться на безпричинну появу синців, слабкість, кровоточивість ясен, запаморочення. Об'єктивно: слизові оболонки та шкіряні покриви бліді, з численними крововиливами різної давнини. Лімфатичні вузли не збільшені. Пульс - 100/хв. АТ - 110/70 мм рт.ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. У крові: Ер.- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Нв - 92 г/л, К.П. - 0,9, анізоцитоз, пойкилоцитоз, Л - 10×10^9 /л, е - 2%, п - 12%, с - 68%, лімф. - 11%, мон. - 7%, ШЗЕ - 12 мм/год. Додаткове визначення якого лабораторного показника найбільш доцільне для встановлення діагнозу?

- A Тромбоцитів
- B Ретикулоцитів
- C Часу згортання крові
- D Осмотичної резистентності еритроцитів
- E Фіброгену

Ситуаційні задачі

Задача №1.

Хвора 39 років, звернулася до дільничного терапевта зі скаргами протягом 6 місяців на загальну слабкість, запаморочення, задишку, зниження апетиту. Має 4 дітей. Вегетаріанка. Об'єктивно: зріст 172 см, вага 52 кг, слизові оболонки бліді, сухі, койлоніхії. Діяльність серця ритмічна, тони звучні, АТ 90/65 мм. рт. ст., ЧСС 120 за хв. В легенях – везикулярне дихання. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Набряків немає. ЗАК: Ер. - $2,7 \times 10^{12}$ /л, КП – 0,6, Нв - 90 г/л, ШОЕ – 10 мм/год. Сироваткове залізо – 8,7 кмоль/л.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно призначити для визначення заключного діагнозу?
3. Ваші рекомендації медикаментозного та немедикаментозного лікування хворої.

Задача №2.

Хворий 56 років, працює рентгенологом 30 років. Звернувся зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, задишку, серцебиття, кровоточивість десен. Об'єктивно: слизові оболонки бліді з жовтиною, на животі – геморагічні висипання. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Діяльність серця ритмічна, ліва границя серця + 2см, АТ 160/95 мм. рт. ст., ЧСС 100 за хв. В легенях – везикулярне дихання. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Набряків немає. ЗАК: Ер. - $2,7 \times 10^{12}$ /л, Нв - 90 г/л, КП - 0,7; лейкоц. - $3,3 \times 10^9$ /л, тромбоц. - 80×10^9 /л, ШОЕ – 20 мм/год.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальний діагноз?

Задача №3.

Хворий 23 років, направлений в терапевтичне відділення міської лікарні зі скаргами на головні болі, загальну слабкість, запаморочення, задишку, жовтяницю. Об'єктивно: шкіряні покрови лимонно-жовтого кольору. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Діяльність серця ритмічна, ліва границя серця + 2см, тони серця глухі, АТ 160/95 мм. рт. ст., ЧСС 100 за хв. В легенях – везикулярне дихання. Печінка +1,5 см, при пальпації болюча, селезінка збільшена. В крові - Ер. - $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 95 г/л; лейкоц. - $5,3 \cdot 10^9/л$, тромб. - $210 \cdot 10^9/л$, ШОЕ – 20 мм/год., зниження осмотичної резистентності еритроцитів, загальний білірубін 68 ммоль/л, некон'югований – 46 ммоль/л, При УЗД органів черевної порожнини – камні жовчного міхура, гепато- та спленомегалія.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.
3. Яка тактика ведення хворого?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 27

Тема: Ведення пацієнта з лейкемоїдною реакцією та лейкемією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з лейкемією та лейкемоїдною реакцією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з лейкемією та лейкемоїдною реакцією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з лейкемією та лейкемоїдною реакцією; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з лейкемією та лейкемоїдною реакцією; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з лейкемією та лейкемоїдною реакцією; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з лейкемією та лейкемоїдною реакцією.

Основні поняття: механізм кровотворення; основні елементи мієлограми; визначення поняття гострого лейкозу (ГЛ) та хронічного лейкозу (ХЛ); визначення лейкозогенного фактору; патогенез ГЛ та ХЛ; класифікація ГЛ та ХЛ; типові клінічні синдроми ГЛ та ХЛ; типові лабораторні ознаки; принцип лікування; визначення поняття «лімфогранулематоз», «лімфоцитарна лімфома», «лімфаденопатія»; захворювання, які відносяться до пухлин імунної системи; класифікація лімфогранулематозу та лімфоцитарних лімфом; особливості враження лімфатичних вузлів при лімфогранулематозі та лімфоцитарних лімфомах; основні клінічні синдроми при лімфогранулематозі та лімфоцитарних лімфомах; діагностика основних проявів та ускладнень лімфогранулематозу та лімфоцитарних лімфом; принципи лікування лімфогранулематозу та лімфоцитарних лімфом; закономірності розвитку проявів та ускладнень лімфогранулематозу та лімфоцитарних (неходжкінських) лімфом; основні захворювання, які перебігають з синдромом лімфаденопатії; особливості враження лімфатичних вузлів при інфекційних захворюваннях, онкопатології, системних захворюваннях сполучної тканини, тощо.

План:

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

- 1) До якої групи захворювань відноситься лейкоз
- 2) Яка клітина є родоначальницею кровотворення
- 3) Чим відрізняється гострий лейкоз від хронічного
- 4) Чим відрізняються лейкозні клітини від нормальних клітин того ж ряду
- 5) Які клітини є субстратом хронічного мієлолейкозу
- 6) Які препарати входять в програму ерадикації гострого лейкозу
- 7) Назвіть основні синдроми гострих лейкемій
- 8) Назвіть типи лейкемоїдних реакцій
- 9) Який основний препарат призначений для лікування хронічного лімфолейкоза
- 10) Який метод дослідження є основним в диференціальній діагностиці гострої лейкемії

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. До якої групи захворювань відноситься лейкемія?

А. Запальні

- В. Дегенеративні
 - С. Пухлинні
 - Д. Інфекційно-алергічні
 - Е. Інтотоксикаційні
2. Що є провідним патогенетичним механізмом розвитку лейкомії?
- А. Кістковомозгова метатлазія
 - В. Анаплазія клітинних елементів крові
 - С. Нестримана проліферація кліток - субстратів пухлини
 - Д. Виражена інтоксикація
 - Е. Геморагічні прояви
3. При якій формі лейкомії виявляється Філадельфійська хромосома ?
- А. Гострий мієлобластний лейкоз
 - В. Істинна поліцитемія (ерітремія)
 - С. Хронічний лімфолейкоз
 - Д. Хронічний мієлолейкоз
 - Е. Мієломна хвороба
4. Які зміни в крові найбільш характерні для хронічного лімфолейкоза?
- А. Нормохромна анемія
 - В. Абсолютний та відносний лімфоцитоз
 - С. Нейтрофільний лейкоцитоз
 - Д. Тромбоцитопенія
 - Е. Значне збільшення ШОЕ
5. Які клітини є субстратом пухлини при мієломній хворобі
- А. Мієлобласт
 - В. Зрілий лімфоцит
 - С. Нейтрофільний лейкоцит
 - Д. Еритробласт
 - Е. Плазмоцит
6. Яка найбільш часта клінічна ознака хронічного мієлолейкозу ?
- А. Спленомегалія
 - В. Гепатомегалія
 - С. Лімфаденопатія
 - Д. Кровотечі
 - Е. Інфекційні прояви
7. Що таке лейкомідна реакція ?
- А. Самостійне захворювання
 - В. Супутнє захворювання
 - С. Ускладнення основного захворювання
 - Д. Оборотна реакція кровотворної системи на дію пухлинного, інфекційного процесу або інтоксикації
 - Е. Необоротна реакція кровотворної системи на дію вищезгаданих чинників з результатом в лейкомію
8. Хворому 23 років з приводу гострого системного червоного вовчаку з високим ступенем активності призначений преднізолон 5,0 міліграм за добу. Через декілька днів у хворого в загальному аналізі крові визначається: ер.- 4×10^{12} /л, Нb - 102 гр./л, ШОЕ - 32 мм/год., лейкоцити - $10,2 \times 10^9$ /л, е-2%, б. - 0, мієлоцит - 1%, метамієлоцит - 2%, п - 8%, сегм. - 59%, лімф. 26%, мон. - 2%, тромбоцити - 120×10^9 /л. Дайте ваш висновок, що з'явилося у хворого.
- А. Гострий мієлобластний лейкоз
 - В. Лейкомідна реакція мієлоїдного типу

- С. Хронічний мієлолейкоз
 - Д. Прогресування системного червоного вовчаку
 - Е. Мієломна хвороба
9. При якій формі лейкозу розвиваються кістково-деструктивні зміни в кістках черепа, тазу, ребрах?
- А. Мієлофіброз
 - В. Еритремія
 - С. Мієломна хвороба
 - Д. Хронічний мієлолейкоз
 - Е. Хронічний лімфолейкоз
10. Яка група лікувальних препаратів є основною, патогенетично обґрунтованою, для лікування лейкозу?
- А. Цитостатики
 - В. Кортикостероїди
 - С. Антибактеріальні препарати
 - Д. Гемостатичні засоби
 - Е. Антианемічні препарати

Ситуаційні задачі

Задача №1.

Хворий В, 24 років, прапорщик, поступив в госпіталь зі скаргами на прогресуючу загальну слабкість, нездужання, підвищення температури до 37,8°С. Загальна слабкість з'явилася 2 місяці тому, проте вважає себе хворим близько двох тижнів, коли з'явилися катаральні явища (біль в горлі, нежить, чхання, головний біль, підвищення температури). Лікувався в медпункті з приводу гострого респіраторного захворювання з деяким поліпшенням, але залишилися наростаюча слабкість і субфебрилітет, з'явилися шкірні геморагії, тому проведено дослідження загального аналізу крові. У зв'язку з виявленими змінами в крові направлений на обстеження і лікування в клінічний госпіталь.

Загальний стан хворого середнього ступеня тяжкості. Виражена блідість, на шкірі тулуба одиничні петехії та екхимози. Периферичні лімфовузли не збільшені. У легенях - дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця гучні, ритм правильний. Пульс 92 удари за хвилину. Вислуховується дуючий шум систоли во всіх містах аускультатії, що проводиться на яремні судини. АТ - 140/60 мм рт.ст. Язик обкладений по спинці жовтуватим нальотом. Живіт м'який, правильної форми, симетрично бере участь в диханні, при пальпації безболісний. Печінка у краю ребрової дуги, пальпується полюс селезінки, вона рухома, безболісна.

Лабораторні дані. ЗАК: еритроцити - $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 70 гр./л, кольоровий показник - 0,96, кількість лейкоцитів - $18 \times 10^9/л$. Лейкоформула: бластніклетини - 1%, еозинофіли 5%, базофіли - 0, метамієлоцити - 2%, пал. - 7%, сегм. - 59%, лімфоцити - 22%, моноцити — 4%, ШОЕ - 35 мм за год. Кількість тромбоцитів - $140 \times 10^9/л$.

Мієлограма: кістковий мозок багатий клітинними елементами, кількість мієлокаріоцитів - 194 тис. в мкл, бласти — 8,1% (норма - до 2,8%), промієлоцити - 1%, мієлоцити - 6,2, метамієлоцити - 6,8%, пал. - 18,2%, сегм. - 34,8%, лімфоцити - 10,6%, моноцити - 1,8%, плазматичні клітки - 1%, всі еритроїдні елементи - 11,5% (норма від 14,5 до 26,5). Лейко-еритробластне відношення дорівнює 7,69 (норма 2,1 - 4,5). Кількість мегакаріоцитів дещо понижена.

Цитохімічне дослідження бластних клітин виявило різко позитивну реакцію їх на мієлопероксидазу, негативну реакцію на глікоген.

Питання:

- Який попередній діагноз?
- Який провідний синдром у хворого?
- З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз по провідному синдрому у хворого?
- Яке обстеження необхідно призначити даному хворому?
- Яке лікування необхідно призначити хворому?

Задача №2.

Хворий 57 років скаржиться на постійний тупий біль в епігастрії, відсутність апетиту, загальну слабкість, схуднення на 10-12 кг за останні 1,5 - 2 місяці. Вважає себе хворим близько 2 місяців, коли з'явилися болі в шлунку. При комп'ютерній томографії грудної клітини патології не виявлено, при КТ черевної порожнини виявлена багата кількість лімфатичних вузлів до 1 - 1,2 см в діаметрі. На ФГДС на великій кривизні шлунку виявлена пухлина розмірами 3 - 2,8 см. Взята біопсія, виявлені клітини низькодиференційованного раку. ЗАК: ер. - $3,6 \times 10^{12}/л.$, Hb - 92 гр./л, гематокрит - 28%, ШОЕ - 38 мм за год., лейкоцити - $10,8 \times 10^9$ гр./л. У лейкоформулі мієлоцит - 1%, метамієлоцит - 2%, пал. 8%, сегм. - 61%, лімф. - 18%, мон - 10%, тромбоцити $290 \times 10^9/л.$ У сечі невелика протеїнурія, від. вага - 1018, лейкоцити - до 5 в полі зору.

Питання:

1. Який попередній діагноз?
2. Який провідний синдром у хворого?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз у зв'язку із змінами в крові у хворого?
4. Яке обстеження необхідно призначити даному хворому?
5. Яке лікування необхідно призначити хворому?

Задача №3.

На прийом до лікаря прийшов хворий 68 років зі скаргами на стомлюваність, загальну слабкість, поява якихось утворень на шиї зліва і в лівій паховій западині. Вважає себе хворим 5-6 місяців, коли з'явилася і почала наростати загальна слабкість. При обстеженні загальний стан задовільний, ледве помітна жовтизна шкіри, на шиї видно горбисте утворення. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. Збільшені лімфовузли на шиї зліва (3 вузли по 2,5 - 3 см), пахові лімфовузли зліва до 2 см в діаметрі. Всі вузли м'якоеластичної консистенції, рухомі, не спаяні між собою, безболісні. Печінка виступає на 1 см з-під ребрової дуги, селезінка не пальпується.

Аналіз крові: ер. - $3,9 \times 10^{12}/л.$, Hb - 106 гр./л, ШОЕ - 5 мм/год., лейкоцити - $12,5 \times 10^9/л.$ У лейкоформулі: еоз. - 1%, п. 2%, с/я - 53%, лімф. - 42%, мон. - 2%, тромбоцити - $185 \times 10^9/л.$ На всіх полях зустрічаються клітки Боткіна-Гумпрехта.

Питання:

1. Який попередній діагноз?
2. Який провідний синдром у хворого?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз по ведучому синдрому?
4. Яке обстеження необхідно призначити даному хворому?
5. Яке лікування необхідно призначити хворому?

4. Підбиття підсумків: узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 28

Тема: Ведення хворого з лімфаденопатією

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з лімфаденопатією; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з лімфаденопатією; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з лімфаденопатією; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з лімфаденопатією; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з лімфаденопатією; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з лімфаденопатією.

Основні поняття: визначення поняття лімфаденопатія (ЛДП); захворювання і патологічні процеси, що супроводжуються ЛДП; діагностичний пошук у хворих ЛДП; локалізація та поширеність ЛДП; виявлення додаткових ознак у хворих ЛДП; особливості ЛДП при різних захворюваннях; особливості аналізу периферичної крові при різних причинах ЛДП; особливості ЛДП при лейкозах; особливості ЛДП при онкологічних захворюваннях.

План:

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

- 1) Яка характеристика лімфовузлів, в яких є метастази пухлини?
- 2) Які лімфовузли частіше збільшуються при інфекційному мононуклеозі?
- 3) Які патогномонічні клітини, характерні для лімфогранулематозу можливо виявити в ураженому лімфовузлі?
- 4) Які клітини переважають в лімфовузлі при хронічному лімфолейкозі?
- 5) Які відмінності неспецифічного (банального) лімфаденіту від ураження лімфовузлів при хронічному лімфолейкозі?
- 6) Перерахуйте захворювання, які супроводжуються збільшенням лімфовузлів?
- 7) Чи може спостерігатися лімфаденопатія при СНІДі?
- 8) Який метод дослідження найбільш важливий для діагностики нозології лімфаденопатії?
- 9) Чи може розвинутися лімфаденопатія запального характеру за наявності котячих подрапин?
- 10) Чи можливо при виявленні у хворого збільшених лімфовузлів відразу рекомендувати йому фізіотерапевтичні процедури на уражені ділянки?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Збільшення якої групи лімфатичних вузлів найбільш характерно для інфекційного мононуклеозу?

- A. Медіастінальних лімфатичних вузлів
- B. Пахвових
- C. Шийних
- D. Потиличних
- E. Пахвинних

2. Яка діагностична ознака найбільш характерна для лімфогранулематоза?

- A. Збільшення лімфатичних вузлів
- B. Картина кісткового мозку
- C. Картина периферійної крові
- D. Цитохімічне дослідження клітин крові
- E. Гістологічна картина лімфовузла, наявність кліток Ріда – Штернберга

3. Який орган найчастіше вражається при лімфогранулематозі?

- A. Нирки
- B. Селезінка
- C. Лімфовузли
- D. Печінка
- E. Шлунок

4. Яка локалізація пухлини найчастіше буває при лімфосаркомі лімфовузлів?

- A. Пахвинна
- B. Пахвова
- C. Медіастинальна
- D. Надключична
- E. Задньошийна

5. В якому органі, окрім лімфовузлів, найчастіше може локалізуватися лімфосаркома?

- A. Кишечник
- B. Шлунок
- C. Нирки
- D. Шкіра
- E. Легені

6. При якому захворюванні в пунктаті лімфовузлів виявляються клітини Ріда-Штернберга?

- A. Хронічний лімфолейкоз
- B. Лімфосаркома
- C. Лімфогранулематоз
- D. Туберкульозний лімфаденіт
- E. Метастази рака в лімфовузол

7. Яка характеристика пальпованих лімфовузлів в початковій стадії хронічного лімфолейкоза?

- A. М'які, тістоватої консистенції, не спаяні зі шкірою і підлягаючими тканинами
- B. Щільноеластичні, нерухомі, безболісні
- C. Щільноеластичні, не спаяні зі шкірою і підлягаючими тканинами
- D. М'якоеластичні, нерухомі, болючі
- E. Лімфовузли дерев'янистої щільності, спаяні зі шкірою і підлягаючими тканинами, болючі

8. Хворий, 46 років, скаржиться на свербіння шкіри, виражену пітливість, особливо вночі, підвищення температури тіла до 38,6 °С. Об'єктивно: на шкірі грудної клітини визначаються сліди подряпин, надключичні лімфатичні вузли діаметром 1,5 - 2 см, зі шкірою не спаяні. Який діагностичний тест необхідно зробити для постановки діагнозу?

- A. Загальний аналіз крові.
- B. Оглядова рентгенографія грудної клітки
- C. Пункція збільшеного лімфатичного вузла.
- D. Імунограма.
- E. Білкові фракції.

9. Хворий, 64 років, обстежувався в поліклініці для відправлення на санаторно - курортне лікування. Скарг не пред'являє. Об'єктивно: збільшені шийні, пахові, пахвинні лімфатичні вузли, печінка на 3 см виступає з-під краю ребрової дуги, збільшена селезінка (у поперечнику - 14 см). Аналіз крові: ер. - $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 120 гр./л., лей. - $30 \times 10^9/л$, е. - 2 %, п. - 1 %, с. 33 %, лімф. - 60 %, мон. - 4 %, ШОЕ - 20 мм/год. Який попередній діагноз?

- A. Хронічний лімфолейкоз.
- B. Рак печінки.
- C. Цироз печінки.
- D. Туберкульозний лімфаденіт.
- E. Лімфогранулематоз.

10. У хворого 62 років при обстеженні виявлені збільшені шийні і пахові лімфовузли, м'якоеластичної консистенції, рухомі, безболісні. У 40-річному віці переніс туберкульоз легень. На КТ в грудній порожнині виявлені лімфоузли до 1 см в діаметрі. У аналізі крові невелика нормохромна анемія, кількість лейкоцитів $10,2 \times 10^9/л$, з них 54% лімфоцитів. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

- A. Туберкульоз лімфовузлів
- B. Хронічний лімфолейкоз
- C. Саркоїдоз легень

- D. Метастази пухлини в лімфовузли
- E. ВІЛ-інфекція

Ситуаційні задачі

1. Хвора 21 року, без постійного місця проживання, скаржиться на послаблення стільця протягом 2-3 місяців, слабкість, нездужання, постійну субфебрильну температуру, рецидивуючий герпес на губах. За цей час схудла на 13 кг, що пов'язує з нерегулярним живленням. Об'єктивно: стан середньої важкості, на губах згасаючі герпетичні висипання, генералізована лімфаденопатія, лімфовузли до 1-1,5 см, щільноеластичні, рухомі, безболісні. Печінка виступає з-під краю ребрової дуги на 2 см., край закруглений, рівний, безболісний. Селезінка не пальпується. В крові: ер. - $3,9 \times 10^{12}/л$, Hb - 105 гр./л, ШОЕ 20 мм/год., лейкоцити - $10,1 \times 10^9/л$, е. - 5%, п. - 6%, с. - 63%, лімф. - 17%, м. - 3%. Мононуклеариатипій - 6%, тромбоцити - $170 \times 10^9/л$.

Питання:

1. Який найбільш вірогідний (попередній) діагноз?
2. Який провідний синдром у хворого?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз по вибраному провідному синдрому у хворого?
4. Яке обстеження обов'язкове в даному випадку?
5. До якого фахівця необхідно направити хворого для подальшого обстеження і лікування?

2. До лікаря звернулася молода людина 23 років за скаргами на біль і відчуття «інорідного тіла» в лівій пахвовій западині. Вважає себе хворим протягом 5 днів, коли почав відзначати болючість в пахвовій западині, невелику слабкість, головний біль, 2 дні була підвищена температура до $37,8^{\circ}C$. Любить грати з двома домашніми кішками. Об'єктивно: загальний стан задовільний, але обмежені рухи лівої руки у зв'язку з болючістю в підмишечної западині. На шкірі лівої руки і грудей узловата еритема. Збільшені всі групи периферичних лімфовузлів до 1 - 1,2 см, рухомі, безболісні. У лівій пахвовій западині пальпується лімфовузол до 3 см в діаметрі, докладнішу характеристику йому дати неможливо (сильна болючість). У легенях і серці патології не виявлено. Печінка виступає на 2 см з-під ребрової дуги, пальпується нижній полюс селезінки. В крові: ер. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 110 гр./л, ШОЕ - 18 мм/год., лейкоцити $3,2 \times 10^9/л$, через 3 дні з'явився лейкоцитоз - $8,1 \times 10^9/л$, з невеликим лімфоцитозом (38%) та паличкоядерним зсувом - 7%.

Питання:

1. Який попередній діагноз?
2. Який провідний синдром у хворого?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз по вибраному провідному синдрому у хворого?
4. Яке обстеження і лікування треба призначити в даному випадку?
5. Яке лікування необхідно призначити хворому?
6. Який прогноз?

3. Хворому 65 років, тиждень потому виявив у себе на шиї утворення, яке почало заважати йому носити сорочку з краваткою. Інших скарг немає. Стан задовільний. При обстеженні виявлено збільшення лімфовузлів в правій пахвовій западині та під ключицею до 1,5 - 2 см. На шиї справа є пухлиноподібне утворення м'якоеластичної консистенції, рухоме, безболісне, розмірами 3,0 x 3,5 см. У легенях і серці без патології. Печінка і селезінка не пальпуються. В крові: ер. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb - 105 гр./л, ШОЕ 8 мм/год., лейкоцити - $10,1 \times 10^9/л$, е. - 3%, п. - 3%, с. - 47%, лімф. - 45%, м. - 2%, тромбоцити - $190 \times 10^9/л$. Клітини Боткина-Гумпрехта - одиничні в препараті.

Питання:

1. Який попередній діагноз?
2. Який провідний синдром у хворого?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз по вибраному провідному синдрому у хворого?
4. Яке обстеження призначите даному хворому?
5. Яке лікування необхідно призначити хворому?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 29

Тема: Ведення хворого з геморагічним синдромом. Ведення хворого з пурпурою

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з геморагічним синдромом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з геморагічним синдромом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів

з геморагічним синдромом; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з геморагічним синдромом; оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги хворим з геморагічним синдромом; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з геморагічним синдромом.

Основні поняття: визначення поняття геморагічного синдрому; система гемостазу та характеристика основних типів кровоточивості; основні захворювання, які супроводжуються геморагічним синдромом; етіологічні фактори захворювань, які супроводжуються геморагічним синдромом; патогенез захворювань, які супроводжуються геморагічним синдромом; клініка захворювань, які супроводжуються геморагічним синдромом; механізми порушення кровотворення та згортання крові, кількісних і якісних змін у складі периферичної крові при геморагічному синдромі; інтерпретація основних сучасних уявлень про етіологію і патогенез; трактування змін в загальному аналізі крові та мієлограмі; тактика лікування геморагічного синдрому; основні принципи діагностики та етапи діагностичного пошуку пацієнтів з геморагічним синдромом; основні принципи лікування захворювань, які супроводжуються геморагічним синдромом; прогноз для хворого; питання медичної реабілітації та вторинної профілактики.

План:

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

- 1) Охарактеризуйте клінічні форми геморагічного васкуліту.
- 2) Назвіть принципи лікування геморагічного васкуліту.
- 3) Які стигми дисплазії сполучної тканини виявляють у хворих з телеангіектазіями?
- 4) При яких системних захворюваннях сполучної тканини виникають автоімунні тромбоцитопенії?
- 5) При яких системних захворюваннях сполучної тканини виникає автоімунне інгібування фактора Віллебранда, факторів I, II, V, VII, VIII, IX, X?
- 6) Дайте визначення синдрому Гудпасчера, поясніть патогенез виникнення патології.
- 7) Які лабораторні та інструментальні порушення виявляють у хворих на синдром Гудпасчера.
- 8) Які суглоби найбільш часто вражаються при гемофілії, які лікувальні засоби використовують у таких випадках невідкладно?
- 9) Які рентгенологічні зміни в суглобах знаходять у хворих при гемофілії?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Чоловік 19 років, скаржиться на летючі болі у великих суглобах, підвищення температури до 38,6°C, озноби, різку слабкість, висипання на шкірі рук і ніг, поява яких супроводжується незначною сверблячкою. Хворіє 2-й день. Об'єктивно: на шкірі рук і ніг симетрична, пальпується, чітко обкреслена пурпурна висипка, місцями зливається, зі слідами розчухів. Слизові оболонки не уражені. Великі суглоби незначно набряклі, болючі. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: Ер - $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб - 138 г/л, КП - 1,0; Л - $10,6 \times 10^9/\text{л}$, е - 2 %, п/я - 4 %, с - 64 %, л - 24 %, м - 6 %, ШОЕ - 26 мм/год., Тр - $260 \times 10^9/\text{л}$. Час кровотечі за Дюке - 4 хвилини. Найбільш імовірний діагноз у хворого?

- A. Кропивниця
- B. Хвороба Верльгофа
- C. Геморагічний васкуліт
- D. Ревматичний поліартрит
- E. Хвороба Вінівартера – Бюргера

2. Хворий 32 років скаржиться на підвищення температури до $38,5^{\circ}\text{C}$, озноб, загальну слабкість, біль в попереку, наявність сечі рожевого кольору, втрату ваги до 10 кг. Захворювання зв'язує з перенесеним грипом. Об'єктивно- шкіряні покриви бліді, вологі при пальпації. Тони серця приглушені, ЧСС=ПС=110 за хв., АТ 190/115 мм. рт. ст. Симптом Пастернацького слабо позитивний з обох сторін. В крові – ер-2,8 10/л, ШОЕ-58 мм/год, Нб-65 г/л, А/Г- 0,82(-глоб. 30%). Аналіз сечі – білок-3.8 г/л, лейкоц. 20-25 у п/з, ер. до 100 у п/з, креатинін – 0.390 ммоль/л. Який вірогідний діагноз у даному випадку:

- A. Нирково-кам'яна хвороба
- B. Системний червоний вовчак
- C. Вузликовий поліартеріїт
- D. Гострий нефрит
- E. Інфекційно-алергічний міокардит

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

- A. Ангіоматозний
- B. Гематомний
- C. Змішаний
- D. Васкулітно-пурпурний
- E. Петехіально-плямистий

4. Юнак 16-ти років, госпіталізований зі скаргами на кровотечу з носа, яку не вдається зупинити, і сильний біль у правому ліктьовому суглобі. Хворіє з раннього дитинства, такі ж скарги відзначаються у двоюрідного брата. Об'єктивно: суглоб збільшений у розмірах, дефігурований, гіперемія і гіпертермія шкіри над ним. Маються прояви артропатії в інших суглобах. Дихання везикулярне, тони серця ритмічні, 90/хв., АТ -115/70 мм рт. ст. В аналізі крові. Ер – $3,9 \times 10^{12}$ /л, Нб -130 г/л, КП - 1,0, Л - $5,6 \times 10^9$ /л, Тр - $220,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 6 мм/год. Час згортання крові за Лі - Уайтом: початок - 24 хв., закінчення - 27 хв. 10 с. Який із зазначених препаратів найбільш ефективний для лікування даного хворого?

- A. Еритроцитарна маса
- B. Хлористий кальцій
- C. Кріопреципітат
- D. Амінокапронова кислота
- E. Вікасол

5. Студент 23 років, скаржиться на болі в колінних суглобах, геморагічні висипання на шкірі ніг, підвищення температури тіла. Занедужав 2 дні тому. За 10 днів до цього переніс ангіну. Об'єктивно: $t - 37,8^{\circ}\text{C}$, ЧСС - 82/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Тони серця звичайної звучності, шумів немає. Невелика припухлість колінних суглобів, геморагічні висипання на гомілкках. В аналізі крові: Л – $8,4 \times 10^9$ /л, ШОЕ -22 мм/год., Тр - $150,0 \times 10^9$ /л. Протромбіновий індекс - 90 %. В аналізі сечі по Нечипоренко: Л - $2,0 \times 10^9$ /л, Ер - $5,0 \times 10^{12}$ /л. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хвороба Верльгофа
- B. Геморагічний васкуліт
- C. Ревматичний васкуліт

- D. Системний червоний вовчак
- E. Вузликовий пери артеріїт

6. Хворий 18 років, поступив з кровотечею з різаної рани на долоні, яка триває протягом 2 діб. Шкірні покриви бліді. Колінний та гомілковий суглоби деформовані, рухи в них обмежені. Лабораторно: кількість тромбоцитів - $420,0 \times 10^9$ /л, тривалість кровотечі за Дюке - 3 хв., час згортання крові за Лі - Уайтом - 20 хв., протромбіновий індекс - 100 %, фібриноген - 4 г/л. Профілактику якого ускладнення потрібно проводити хворому?

- A. Патологічних переломів
- B. Постгеморагічної анемії
- C. Тромбозів
- D. Апластичної анемії
- E. Інфікування гематоми

7. Хворий М., 39 років поступив в лікарню зі скаргами на підвищення температури тіла, пітливість, біль в м'язах, суглобах, попереку, свербіння шкіри. Клінічного ефекту від антибактеріальних препаратів небуло. Об'єктивно- на шкірі рук, ніг геморагічна висипка. аналіз крові - ер-3,7 на 10 /л, Нб- 110 г/л, лейкоцити $9,1 \times 10^9$ /л., еоз – 34%, баз – 1%, п.я – 6%, с. – 45%, л. – 9%, мон. – 5%. тромб - 280×10^9 , ШОЕ – 22 мм/ч. Ан. сечі – білок – 0,066 г/л. Який діагноз у хворого?

- A. Геморагічний васкуліт
- B. Вузликовий периартеріїт
- C. Гломерулонефрит
- D. Ревматизм
- E. Дерматоміозит

8. Хворий 31 р., скаржиться на стійке підвищення температури тіла, пітливість, напади ядухи, біль в м'язах, суглобах, нестерпний свербіж по всьому тілі. Свій стан пов'язує з щепленням проти сказу. Об'єктивно – по всьому тілі злита геморагічна висипка. Ан. крові – ер. $4,2 \times 10^{12}$, Лейк. – $12,8 \times 10^9$, еоз – 18%, тромб. – 240×10^9 , ШОЕ – 35 мм/час Ан. сечі – білок – 0,099г/л, ер. – 9-10, гіалінові циліндри.

Ваш діагноз?

- A Вузликовийпериатеріїт
- B Синдром Рейтера
- C. Саркаїдоз
- D. Ревматична лихоманка
- E. Геморагічний васкуліт

9. Жінка 23 років, скаржиться на підвищення температури тіла до $38,4^\circ\text{C}$, появу геморагічної висипки на нижніх кінцівках, біль в попереку, появу червоної сечі. Захворіла 3 дні тому після переохолодження. Об'єктивно: шкіра бліда, на поверхні гомілок і стегон - дрібна геморагічна симетрична висипка. ЧСС - 90/хв., АТ - 115/90 мм рт. ст.. Симптом Пастернацького - слабкопозитивний з обох боків. У крові: Л - $9,6 \times 10^9$ /л, Тр - 115×10^9 /л, ШОЕ - 31 мм/год. В сечі: білок - 0,33 г/л, Ер - змінені, 3-40 в п/з, Л -5-8 в п/з. Для лікування хворої слід призначити

- A. Преднизолон
- B. Циклофосфамід
- C. Плазмаферез

- D. Диклофенак натрію
- E. Свіжозаморожену плазму

10. Хвора 48 років скаржиться на висипання на шкірі спини, часті носові кровотечі, запаморочення. На слизовій язика - численні телеангієазії. Зниженого харчування. При огляді спини різне стояння лопаток, реберний горб, кіфосколиоз хребта. ЧДД — 18 в хв. ЧСС — 80 в хв, АТ— 120/80 мм рт.ст. Живітм'який. ер. — 3,0 x 10¹²/л; Нв — 93 г/л; ШОЕ — 23 мм/ч; тромб. — 411,0; ЦП — 0,83; лейкоц. — 3,5 x 10⁹/л; е. — 4 % , лимф. — 39 %, мон. — 10 %, п. — 2 %, с. — 45 %. ПТІ — 73 %, фібрин плазми — 3,6 г/л, толерантність до гепарину — 7 хв, фібр. В (-). Найбільш ймовірний діагноз?

- A. Хвороба Рандю-Ослера
- B. Вузликовий поліартеріт
- C. Системний червоний вовчак
- D. Тромбоцитопенічна пурпура
- E. Геморагічний васкуліт

Ситуаційні задачі

№1. У пацієнта К., 22 років, після незначної травми коліна спостерігається значне збільшення коліна у об'ємі, шкіра над ним гіперемована, різка болючість при пальпації, рухливість обмежена, майже неможлива через різкий біль. Температура тіла 37,8°C, легкий озноб. Кровоточивість з'ясувати не вдалося утворення внутрішньом'язевих гематом у пацієнта відмічались і раніше. З приводу гемартрозу неодноразово лікувався у гематологічному та травматологічному відділеннях районної лікарні. З сімейного анамнезу: обидва бабусиних брата хворіли на гемофілію.

1. Ваш попередній діагноз.
2. Який план додаткового обстеження?
3. Яка рентгенологічна картина найімовірніша в даному випадку?
4. Тактика лікування пацієнта.

№2. Пацієнт 23 років, захворів після тривалої інсоляції. Захворювання розпочалося з підвищення температури до 38 °C, болю та набрякання колінних, гомілково-ступневих та дрібних суглобів кистей, збільшення підщелепних та пахвових лімфовузлів. При огляді на щоках рум'янець у вигляді "метелика", на шкірі живота передпліччепетехіальний висип. Пульс - 118/хв., АТ - 150/90 мм рт. ст. Серце розширено вліво на 1,5 см, тони послаблені, систолічний шум на верхівці. Печінка +2 см. Аналіз крові: Ер - 2,8x10¹²/л, Л- 3,2x10⁹/л, Тр - 90'10⁹/л. Аналіз сечі: білок - 4,2 г/л, Ер - 40-50 в п/з.

1. Ваш попередній діагноз.
2. Який план додаткового обстеження?
3. Скласти план лікування пацієнта.

№3. Жінка 23 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 37,4°C, появу геморагічної висипки на нижніх кінцівках, біль в попереку, появу червоної сечі. Захворіла 3 дні тому після переохолодження. Об'єктивно: шкіра бліда, на поверхні гомілок і стегон - дрібна геморагічна симетрична висипка. ЧСС - 90/хв., АТ - 115/90 мм рт. ст.. Симптом Пастернацького - слабопозитивний з обох боків. У крові: Л - 9,6x10⁹/л, Тр - 115'10⁹/л, ШОЕ - 31 мм/год. В сечі: білок - 0,33 г/л, Ер - змінені, 3-40 в п/з, Л - 5-8 в п/з.

1. Який попередній діагноз?
2. Які методи додаткового обстеження для підтвердження діагнозу?

3. План лікування даного пацієнта.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 30

Тема: Ведення хворого з ускладненим гіпертонічним кризом. Ведення хворого з серцевою астмою та набряком легень

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з ускладненим гіпертонічним кризом, серцевою астмою та набряком легень; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з ускладненим гіпертонічним кризом, серцевою астмою та набряком легень; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з ускладненим гіпертонічним кризом, серцевою астмою та набряком легень; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з ускладненим гіпертонічним кризом, серцевою астмою та набряком легень та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної

допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з ускладненим гіпертонічним кризом, серцевою астмою та набряком легень.

Основні поняття: визначення терміну гіпертонічний та ускладнений гіпертонічний криз; діагностичні критерії ускладненого гіпертонічного кризу; основні клінічні прояви гіпертонічних кризів з наступними ускладненнями: гострий коронарний синдром, гостра гіпертензивна енцефалопатія, субарахноїдальний крововилив, ішемічний інсульт, геморагічний інсульт, гостра лівошлуночкова недостатність (набряк легень), гостра розшаровуюча аневризмою аорти; еклампсія та прееклампсія; інтра- та післяопераційна АГ, гіперсимпатикотонія (феохромцитома, інтоксикація кокаїном, амфетаміном); особливості корекції АТ (цільові рівні), в залежності від ураження органу мішені; основні групи препаратів, що використовують при ускладнених гіпертонічних кризах та особливості їх призначення в залежності від ураження органу-мішені; визначення термінів гостра серцева недостатність, серцева астма та набряк легень; основні причини гострої серцевої недостатності (ГКС, гіпертензивний криз, аритмія, гостра механічна причина, ТЕЛА).

План:

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

1. Дайте визначення гіпертонічного криза.
2. Як поділяються кризи в залежності від тактики лікування?
3. Дайте характеристику ускладненого ГК.
4. Дайте характеристику неускладненого ГК.
5. Які обов'язкові діагностичні заходи проводять для уточнення ступня залучення органів-мішеней при ГК?
6. Яка тактика лікування ускладненого ГК.
7. Яка тактика лікування неускладненого ГК.
8. Що слід розуміти під стабілізацією стану хворого?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У хворої 55 років після нервової напруги з'явилась блідість, почуття страху, дратівливість, збудження, кардіалгічний біль у грудній клітині. Артеріальний тиск — 200/100 мм рт.ст., ЧСС 100 ударів за 1 хвилину. Який тип гіпертонічного кризу має місце у даному випадку?

- А. Церебральний.
- В. Кардіальний.
- С. Адренергічний.
- Д. Водно-сольовий.
- Е. Складний церебральний.

2. У хворого з гіпертонічною хворобою з'явилися скарги на слабкість, нудоту, головний біль, тупі болі у серці, серцебиття. Погіршення стану протягом останніх 4 днів. На світанку відбулася носова кровотеча. Пульс 110 за хвилину, ритмічний, АТ — 230/110 мм рт.ст. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Геморагічний інсульт.
- В. Ускладнений ГК.
- С. Пароксизмальна тахікардія.
- Д. Неускладнений ГК.
- Е. Дієнцефальна криза.

3. У пацієнтки 60 років на першій добі трансмурального інфаркту міокарду через підвищення

АТ до 260/120 мм рт.ст. з'явилась задишка 36 дихань за хвилину, клекотливе дихання, велика кількість вологих різнокаліберних хрипів у нижніх та середніх відділах легень з обох боків. Пульс - 100 уд/хв з рідкими шлуночковими екстрасистолами. Введення якого препарату найбільш небажане у даному випадку?

- А. Лазіксу.
- В. Поліглюкіну.
- С. Морфіну.
- Д. Еуфіліну.
- Е. Лідокаїну.

4. 58-річна хвора, яка страждає симптоматичною гіпертонією, під час роботи на присадибній ділянці відчула мерехтіння „мушок” перед очима, головний біль, різке головокружіння, нудоту та блювання. Об'єктивно: свідомість потьмарена. АТ 190/140 мм рт. ст. Осередкової симптоматики не виявлено. Назвіть основний напрямок терапії.

- А. Антигіпертензивні.
- В. Антикоагулянти.
- С. Антигіпоксанти.
- Д. Антиоксиданти.
- Е. Антиагреганти.

5. 58-річна хвора, яка страждає симптоматичною гіпертонією, під час роботи на присадибній ділянці відчула мерехтіння „мушок» перед очима, головний біль, різке головокружіння, нудоту та блювання. Об'єктивно: свідомість потьмарена. АТ 190/140 мм рт. ст. Осередкової симптоматики не виявлено. Ваш діагноз?

- А. Гостра гіпертонічна енцефалопатія.
- В. Ішемічний інсульт.
- С. Геморагічний інсульт.
- Д. Транзиторна ішемічна атака .
- Е. Дисциркуляторна енцефалопатія.

6. Чоловік 65 років, страждає на артеріальну гіпертензію біля 20 років, вдень під час фізичного перевантаження виникли: головний біль, нудота, блювання, слабкість правої руки і ноги. АТ 220/100 мм рт.ст., через 2 год, 240/190 мм.рт.ст. Тактика лікаря?

- А.Госпіталізація в реанімаційне відділення.
- В. Госпіталізація в кардіологічне відділення.
- С. Лікування в амбулаторних умовах за місцем проживання.
- Д. Лікування в денному стаціонарі при поліклініці.
- Е. Госпіталізація в неврологічне відділення.

7. У хворого 63 років після стресу виник сильний головний біль в потиличній ділянці, нудота, блювота. Хворіє на ГХ. Об-но: Ps 52 в хв., ритмічний, I тон над верхівкою ослаблений, акцент II тону над аортою. АТ 180/150 мм рт.ст. ЕКГ-синусова брадикардія, депресія сегменту ST, негативний Т в лівих грудних відведеннях. Які з наведених комбінацій препаратів більш доцільно призначити хворому ?

- А. Фуросемід, пентамін, нітрогліцерин.
- В. Верошпірон, анаприлін, каптопрес.
- С. Анаприлін, аспірин, клофелін.
- Д. Нітрогліцерин, клофелін, ізадрин.
- Е. Нітрогліцерин, нормодипін, церукал.

8. Хворий 50 років поступив зі скаргами на різкий головний біль, запаморочення, миготіння “мушок” перед очима, відчуття жару та тремтіння в усьому тілі, слабкість правої руки та ноги. Об-но: Рс-92 в хв., АТ-180/100 мм рт.ст., акцент II тону над аортою. Ан.сечі: під час кризу - 0,033 г/л; Ер 4-8 в полі зору. Який патологічний стан розвинувся у хворого?

- А. Ускладнений гіпертонічний криз.
- В. Неускладнений гіпертонічний криз.
- С. Епілептиформний криз.
- Д. Тіреотоксичний криз.
- Е. Адисонічний криз.

9. У хворого Р., 63 р., який протягом багатьох років хворіє на гіпертонічну хворобу і не отримує адекватного лікування, раптово підвищився артеріальний тиск, з'явився гострий стискаючий біль за грудиною, який іррадіював в ліву руку та міжлопаткову ділянку, супроводжувався порушеннями серцевого ритму і задухою. Об'єктивно: хворий з надмірною вагою, гіперемія шкіри, тони серця достатньої гучності, акцент II тону над аортою, ЧСС 76 уд/хв, АТ 240/130 мм рт.ст. На ЕКГ: депресія сегмента ST в V2 – V5 на 3 мм. Ваш діагноз?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. Неускладнений гіпертонічний криз.
- С. Злоякісна артеріальна гіпертензія.
- Д. Діабетична кома.
- Е. Ускладнений гіпертонічний криз.

10. Хворий 47, скаржиться на раптовий головний біль, задишку, болі в серці. Об-но: АТ – 190/95 мм.рт.ст., РС – 106 за 1 хв, ритмічний, напружений. В легенях – жорстке дихання. Який препарат необхідно ввести передусім?

- А. Ніфедіпін 30 мг під язик.
- В. Клофелін 0,075 мг під язик.
- С. Лабеталол 20 мг в/в.
- Д. Аміназин 25 мг в/м.
- Е. Дібазол 1% - 4 мл в/в.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою

ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

5. Клінічні практичні рекомендації ESH з лікування артеріальної гіпертензії 2024 року. Частина 1: <https://cardioprostir.com.ua/news/klinichni-praktichni-rekomendaciyesh-likuvannya-arterialnoyi-gipertenziyi-2024-roku-chastina-1>

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 31

Тема: Ведення хворого з гострим коронарним синдромом. Ведення хворого з інфарктом міокарда. Ведення хворого з кардіогенним шоком

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з гострим коронарним синдромом, інфарктом міокарду; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з гострим коронарним синдромом, інфарктом міокарду; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з гострим коронарним синдромом, інфарктом міокарду; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з гострим коронарним синдромом, інфарктом міокарду та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з гострим коронарним синдромом, інфарктом міокарду.

Основні поняття: сучасне визначення гострого коронарного синдрому (ГКС) та інфаркту міокарду (ГІМ); основні питання в етіології та патогенезі ГКС; класифікація ГКС (МКБ-10 та рекомендована ВОЗ); варіанти клінічного перебігу ГКС та ГІМ; ЕКГ-діагностика ГКС; лабораторна та біохімічна діагностика ГКС; етапи проведення диференціальної діагностики за ведучим синдромом; ускладнення ГКС та ГІМ; принципи лікування ГКС та його ускладнень; реабілітацію хворих після ГКС.

План:

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

1. Дайте визначення ГКС.
2. Поясніть різницю між ГКС без елевачії сегмента ST та з елевачією сегмента ST.
3. Перелікуйте клінічні діагностичні критерії ГКС.
4. Які методи дослідження є обов'язковими для ГКС без елевачії сегмента ST?
5. Які методи дослідження є додатковими для ГКС без елевачії сегмента ST?

6. Перелікуйте ЕКГ-критерії ГКС.
7. Які біохімічні показники є маркерами ГКС.
8. Основні принципи лікування ГКС.
9. Що є критерієм ефективності лікування?

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Жінка 46 років скаржиться на стискаючий біль за грудиною, що виник вперше 8 годин назад після фізичного навантаження, не купується прийомом нітрогліцерину. Об-но: ЧСС - 80/хв, ЧД - 18/хв. АТ 120/80 мм ртст На ЕКГ- депресія на 2 мм сегменту ST у II, III, AVF відведеннях. Який попередній діагноз слід встановити у даному випадку?

- A. Гострий коронарний синдром.
- B. Стенокардія напруги.
- C. Інфаркт міокарда.
- D. Міокардит.
- E. Перикардит.

2. Хворий 54 років був доставлений з інтенсивним ангінозним нападом. Раптом з'явилась ядуха, різка слабкість. Об'єктивно: ціаноз, ЧДД 32 дих/хв., ЧСС=Ps=120 уд/хв., АТ 130/70 мм рт.ст. Над легеньми дихання послаблене, у нижніх відділах вологі хрипи. Тони серця приглушені, акцент II тона над легеневим стовбуром. На ЕКГ-елевація сегменту ST у II, III, AVF відведеннях. З якого препарату слід розпочати лікування?

- A. Фуросемід.
- B. Дофамін.
- C. Еуфілін.
- D. Преднізолон.
- E. Строфантин.

3. Чоловік 47 років доставлений ШМД до приймального відділення. Із анамнезу відомо: був практично здоровим, після значного фізичного навантаження під час роботи на приусадебній ділянці став скаржитися на біль, який гостро виник в епігастральній області, нудоту, блювоту, головокружіння, загальну слабкість. Пульс 110 у хв., АТ-90/60 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Яке дослідження необхідно зробити першим?

- A. ЕКГ.
- B. Клінічний аналіз крові.
- C. Фіброгастроскопія.
- D. Рентген шлунку.
- E. Ультразвукове дослідження черевної порожнини.

4. Жінка 46 років скаржиться на стискаючий біль за грудиною, що виник вперше 8 годин назад після фізичного навантаження, не купується прийомом нітрогліцерину. Об-но: ЧСС - 88/хв, ЧД - 18/хв. АТ 120/80 мм рт.ст При ЕКГ дослідженні зміни відсутні. Яке лікування найбільш доцільно призначити?

- A. Бета-блокатор, аспірин, гепарин.
- B. Бета-блокатор, аспірин, стрептокіназа.
- C. Бета-блокатор, аспірин, нітрати.
- D. Сечогінні засоби, аспірин, нітрати.
- E. Інгібітори АПФ, аспірин, стрептокіназа.

5. Хвора 55 років скаржиться на дуже сильні болі за грудниною, в епігастрії, нудоту. Скарги з'явилися вперше за 3 години до госпіталізації. АТ 120/70 мм рт. ст., пульс 80 за хвилину, аритмічний. Над нижніми відділами легень вологі хрипи. ЕКГ: підйом сегменту STII, III, aVF, зниження ST V1-V4. Який діагноз виставлено хворому?

- A. Задньо-діафрагмальний інфаркт міокарду
- B. Передній інфаркт міокарду
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Кардіогенний шок
- E. Гострий коронарний синдром з елевацією сегменту ST.

6. Хворий 54 р, госпіталізований зі скаргами на пекучий, стискаючий біль за грудниною, з іррадіацією в ліве плече, не купірується нітрогліцерином, наростаючу задишку. Об-но: шкіра бліда, пульс – 112 за хв., ритмічний, слабкого наповнення. АТ 70/50 мм.рт.ст., тони серця глухі. Дихання везикулярне. Живіт м'який, не болючий. ЕКГ: ритм синусовий, зниження вольтажу зубця R, різкий підйом ST над ізолінією та негативний T у відведеннях I, II, aVL, V1-4. Яке ускладнення виникло?

- A. Кардіогенний шок.
- B. Колапс.
- C. Гостра лівошлуночкова недостатність.
- D. Розрив міжшлуночкової перетинки.
- E. Аневризма серця.

7. Хворий 55 р., 5 років страждає на стенокардію напруги, відмічає задишку, раптовий інтенсивний пекучий біль за грудниною, що триває 2,5 години. На ЕКГ ритм синусовий, правильний, ЧСС 100/хв, у V3-5 сегмент ST на 8 мм над ізолінією. Тони серця ослаблені. АТ – 140/90 мм рт.ст. Які заходи невідкладної допомоги слід вжити першочергово?

- A. Інгаляція кисню.
- B. Інфузія допаміну.
- C. Тромболітична терапія.
- D. Електрокардіостимуляція.
- E. Інфузія гепарину.

8. Хворий, 56 р., скаржиться на стискаючий біль за грудниною, який з'явився після фізичного навантаження. Самостійно прийняв 3 таблетки нітрогліцерину з інтервалом в 5 хв. При об'єктивному огляді Ps – 88 в хв., ритмічний, АТ 140/90 мм рт.ст.; тони серця ослаблені, діяльність ритмічна. Провести ЕКГ немає можливості. Необхідно призначити:

- A. Внутрішньовенно інфузію 0,01 % розчину нітрогліцерину.
- B. Сублінгвально 1 табл. нітрогліцерину.
- C. Нітрогліцерин сублінгвальний спрей.
- D. Нітрогліцерин трансдермальний пластер.
- E. 2 % нітрогліциринову мазь.

9. Хворий, 60 р з діагнозом: ІХС: гострий коронарний синдром. Після порушення ліжкового режиму стан хворого погіршився: посилились болі за грудниною, задишка, загальна слабкість, АТ – 80/50 мм рт.ст., ЧСС – 110 за 1 хв., в легенях вислуховуються вологі різнокаліберні хрипи, хворий вкритий холодним липким потом. Який з препаратів застосуєте для корекції порушень гемодинаміки?

- A. Кардіамін.

- В. Мезатон.
- С. Дофамін.
- Д. Строфантин.
- Е. Преднізолон.

10. Хворий 49 р. скаржиться на інтенсивний, стискаючий біль за грудиною, який виник після стресу, триває понад годину, не зменшився після прийому 3 таблеток нітрогліцерину. Раніше подібний біль купировався 1 таблеткою нітрогліцерину, тривав не більш 10 – 15 хвилин, виникав після значного фізичного навантаження. Стан хворого середньої важкості, акроціаноз, пульс 100/хв, АТ 150/100 мм рт.ст. На ЕКГ горизонтальна депресія ST у відведеннях V1–5 на 4 мм. Ваш діагноз?

- А. Гострий інфаркт міокарду.
- В. ІХС. Стенокардія напруги, ФК2.
- С. Гострий коронарний синдром.
- Д. Гострий перикардит.
- Е. Гіпертонічний криз.

Ситуаційні задачі:

1. Хворий М., 65 років, 8 років хворіє на ІХС, стабільну стенокардію, гіпертонічну хворобу. По дорозі на роботу двічі виник напад стенокардії (обидва нападу пройшли після зупинки та прийняття 2 табл. нітрогліцерину). На тлі третього нападу хворий раптово впав. Лікарем медпункту заводу констатовано: свідомість, серцева діяльність та дихання відсутні, зіниці вузькі.

Питання:

- Встановіть клінічний діагноз.
- Надайте невідкладну допомогу.

2. Хворий Н., 62 років, знаходився в кардіологічному відділенні з приводу нестабільної стенокардії. Раптово, при ходьбі по коридору, хворий впав. Черговим лікарем констатовано: свідомість, серцева діяльність та дихання відсутні, зіниці вузькі. ЕКГ: ізоелектрична лінія з рідкими скороченнями шлуночків.

Питання:

- Встановіть клінічний діагноз.
- Надайте невідкладну допомогу.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою

ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [AmericanMedicalAssociation](http://www.AmericanMedicalAssociation)
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 32

Тема: Ведення хворого з тромбоемболією легеневої артерії. Тактика лікування при раптовій серцевій смерті

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з тромбоемболією легеневої артерії; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з тромбоемболією легеневої артерії; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги при раптовій серцевій смерті; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з тромбоемболією легеневої артерії.

Основні поняття: визначення ТЕЛА; етіологія та патогенез ТЕЛА; клініка та перебіг ТЕЛА; диференційна діагностика ТЕЛА; тактика лікування при ТЕЛА; основні лабораторно-інструментальні методи дослідження серцево-судинної системи; розшифровка ЕКГ, оцінювання даних ЕХО-КГ при ТЕЛА; інтерпретація основних лабораторних, інструментальних, променевих, радіологічних, УЗД методів обстеження хворих з ТЕЛА, визначення показань та протипоказань для їх проведення; невідкладна допомога при ТЕЛА на догоспітальному та госпітальному етапах.

План:

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

- 1) Дайте характеристику факторам ризику ТЕЛА.
- 2) Які клінічні прояви ТЕЛА?
- 3) Які діагностичні методи є тестами першої лінії при підозрі на ТЕЛА?
- 4) Дайте характеристику ЕКГ-симптоми ТЕЛА.

- 5) Що є рентгенологічними критеріями ТЕЛА?
- 6) Яку діагностичну значимість має ехокардіоскопія при ТЕЛА?
- 7) Назвіть основні принципи лікування ТЕЛА.
- 8) Охарактеризуйте показання та протипоказання для тромболітичної терапії.
- 9) Які особливості антикоагулянтної терапії ТЕЛА?
- 10) Дайте характеристику хірургічним методам лікування ТЕЛА.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворого 48 років турбує різкий біль в грудній клітці справа внизу, кровохаркання, задишка при фізичних навантаженнях, загальна слабкість, млявість. В анамнезі: тромбофлебіт нижніх кінцівок. Об'єктивно: шкіряні покрови дифузне ціанотичні, набряк яремних вен. Частота дихання — 37/хв.. Перкуторний звук справа внизу тупий. Аускультативно вислуховується шум тертя плеври. Діяльність серця ритмічна, частота 120/хвилину, АТ 100/60 мм рт.ст. Тони приглушені. Акцент II тону над легеневою артерією. Над основою мечоподібного відростка — ритм галопу. Печінка +3 см. Набряків немає. Які методи діагностики найбільш інформативні в даній клінічній ситуації?

- A. Загальний аналіз крові .
- B. УЗД органів черевної порожнини.
- C. ЕКГ.
- D. Острофазові показники.
- E. Трансамінази.

2. У хворого похилого віку раптово з'явилися задишка, різкий біль за грудиною, сухий кашель, запаморочення. При огляді – загальний стан важкий, виражена інспіраторна задишка, ціаноз шкіряних покривів. Візуально визначається патологічна пульсація в епігастральній ділянці. Перкуторно – розширення правої межі серцевої тупості, при аускультатії – акцент та роздвоєння II тону над легеневою артерією. Які змінами на ЕКГ можливі у даного хворого?

- A. Перевантаження лівого шлуночка.
- B. Відхилення електричної вісі вліво.
- C. Повна АВ блокада.
- D. Симптом QIII SI.
- E. Поява зубця QS.

3. Хвора 63 років скаржиться на інтенсивний біль в правій половині грудної клітки, задишку, кровохаркання, які виникли раптово при фізичному навантаженні. Стан важкий. Дифузний ціаноз. Тони серця приглушені, акцент II тону над легеневою артерією. Над нижнім відділом правої легені – вологі хрипи. АТ – 110/90 мм рт.ст., ЕКГ: електрична вісь серця відхилена вправо, симптом QIII SI, „p-pulmonale” в II та III відведеннях. Діагноз?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії.
- B. Гострий інфаркт міокарду.
- C. Пневмоторакс.
- D. Гострий холецистит.
- E. Правобічна пневмонія.

4. У чоловіка К., 54 роки, в анамнезі – тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, виникли задуха, біль за грудиною, потім втрата свідомості. ЕКГ: ЧСС – 130 на хв., глибокі зубці S в I та Q в III стандартних відведеннях, підйом сегмента ST в III відведенні, aVF. Призначення якої групи препаратів є найбільш доцільним в даному випадку?

- A. Інгібітори АПФ.
- B. Нітрати.
- C. Бета-блокатори.
- D. Антагоністи кальцію.
- E. Тромболітики.

5. Хвора 45 р. лікувалась з приводу миготливої аритмії, тромбофлебіту вен ніг. Через декілька днів раптово з'явилися болі в грудній клітці, кровохаркання, короткочасно втрачала свідомість. В легенях – притуплення перкуторного звуку справа в н/долі, там же невелика кількість вологих хрипів. Ro-графічно справа в н/долі - клиновидна тінь. ЕКГ: блокада правої ніжки пучка Гіса, підйом ST та негативний T у III, aVF, V1-V3. Яке ускладнення виникло у хворої ?

- A. Інфаркт-пневмонія.
- B. Інфаркт селезінки.
- C. Інфаркт міокарду.
- D. Пневмоторакс.
- E. Гострий бронхіт.

6. Хворий 65 р., який готувався до хірургічного лікування з приводу варикозного розширення вен лівої гомілки, після ходьби, втратив свідомість, верхня половина грудної клітки ціанотична. В легенях ослаблене везикулярне дихання зліва в н/долі. ЧСС-140 за 1 хв., ЧД 40 за 1хв. АТ 65/40 мм.рт.ст. ЕКГ: синдром QIIISI, повна блокада правої ніжки пучка Гіса, негативний T у відведеннях III, aVF, V1-V3. Які рентгенологічні прояви можливі при цьому стані?

- A. Розширення та деформація коренів легень.
- B. Підвищення прозорості легеневої тканини.
- C. Округла тінь з чіткими контурами верхньої долі лівої легені.
- D. Симптом сонця що сходить.
- E. Ателектаз легені.

7. У жінки 65 років, яка довгий час хворіє на тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок, раптом почалася ядуха, кашель з виділенням харкотиння з домішками крові, біль за грудиною з іррадіацією в правий бік. Ps 110 за хв., АТ 90/50 мм рт.ст. На ЕКГ характерна ознака: глибокі SI і QIII. Який патологічний стан слід запідозрити у хворої?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії.
- B. Гостра пневмонія.
- C. Гострий пневмоторакс.
- D. Інфаркт міокарду.
- E. Сухий плеврит.

8. Хвора 70 років 2 тижні тому перенесла операцію ендопротезування кульшового суглоба. Страждає ІХС, гіпертонічною хворобою II ст., хронічним бронхітом. Раптово з'явився біль в лівій половині грудної клітки, задуха, потім надсадний кашель. Відзначається ціаноз шкіри, зліва дихання послаблено, тони серця приглушені, пульс 120 уд в хв., аритмія, артеріальний тиск 80/60 мм.рт.ст., на ЕКГ - зубець S в I та Q в III відведеннях. Ваш діагноз:

- A. Набряк легень.
- B. Інфаркт міокарда.
- C. Тромбоемболія легеневої артерії.
- D. Кардіогенний шок.

Е. Спонтанний пневмоторакс.

9. У хворого 77 років, з ожирінням та варикозною хворобою нижніх кінцівок, з'явилися – «тиха» задишка, кашель, біль у грудній клітині, біль у правому підреб'ї. Об'єктивно: шкіра бліда, АТ 115 та 70 мм.рт.ст., частота дихання 36 у 1 хв, $t=37,80^{\circ}\text{C}$, ЕКГ - синдром QIII-SI. Аускультативно дихання потужне, сухі хрипи. Ваш попередній діагноз?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. Деструктивна пневмонія.
- С. Інфаркт міокарду.
- Д. Приступ бронхіальної астми.
- Е. Кардіоміопатія.

10. У хворій з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок раптово з'явився різкий біль у грудній клітці справа, кровохаркання, виражена задуха, запаморочення. Об-но: ціаноз шиї, обличчя. ЧП – 116 хв., аритмічний. АТ 110/70 мм.рт.ст., тони серця різко ослаблені. ЧД – 26 хв. Аускультативно: справа – вологі дрібнокаліберні хрипи. На ЕКГ – QS в III ст. відведенні. Який з препаратів слід призначити?

- А. Стрептокіназа.
- В. Кордіамін.
- С. Строфантин.
- Д. Нітропрусід натрію.
- Е. Пентамін.

Задачі:

1. У хворій 60 років на третій день після венектомії з приводу тромбофлебиту підшкірних вен, раптово з'явилася гостре відчуття нестачі повітря, шкіра спочатку стала різко ціанотичною, а потім попелястого кольору, виражене психомоторне збудження, тахіпное, за грудиною біль.

- 1. Яке ускладнення післяопераційного періоду має місце в даному випадку?
- 2. Які ЕКГ-критерії даного ускладнення?

2. Хворий 60 років раптово відчув ядуху, гострий біль в грудній клітці, кровохаркання. Страждає варикозним розширенням вен нижніх кінцівок. Об'єктивно: стан важкий, ядуха, сірий ціаноз. Вени шиї набухлі. ЧСС - 130/хв. АТ - 90/70 мм рт. ст. Над верхівкою серця I тон ослаблений, акцент II тону у II міжребер'ї зліва. В легенях справа - вогнище вологих хрипів, шум тертя плеври.

- 1. Яке ускладнення розвинулося у хворого?
- 2. Яку слід надати невідкладну допомогу?

3. У чоловіка К., 74 роки, в анамнезі – тромбофлебіт вен нижніх кінцівок, виникли задуха, біль за грудиною, потім втрата свідомості. ЕКГ: ЧСС – 130 на хв., глибокі зубці S в I та Q в III стандартних відведеннях, підйом сегмента ST в III відведенні, aVF.

- 1. Яке ускладнення розвинулося у хворого?
- 2. Призначення якої групи препаратів є найбільш доцільним в даному випадку?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 33

Тема: Ведення хворого з пароксизмальними порушеннями ритму та провідності

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з пароксизмальними порушеннями ритму та провідності; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з пароксизмальними порушеннями ритму та провідності; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з пароксизмальними порушеннями ритму та провідності; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з пароксизмальними порушеннями ритму та провідності та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з пароксизмальними порушеннями ритму та провідності.

Основні поняття: анатомічну структура провідної системи серця та фізіологічні основ її функціонування; показники електрокардіограми в здорових людей; патогенез порушень серцевого ритму і провідності; класифікація порушень серцевого ритму і провідності; типові клінічні прояви порушень серцевого ритму і провідності; сучасні методи інструментального обстеження хворих з порушеннями серцевого ритму і провідності; ведучий синдром порушення серцевого чи ритму провідності; формулювання попереднього та заключного

діагнозу.

План:

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

1. Надайте визначення пароксизмальним тахікардіям.
2. Визначте патофізіологічні форми пароксизмальних тахікардій.
3. Надайте визначення порушень провідності.
4. Визначте патофізіологічні форми порушень провідності.
5. Охарактеризуйте основні групи антиаритмічних препаратів.
6. Наведіть механізм фармакологічної дії основних груп антиаритмічних препаратів.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У чоловіка 54 років після значного фізичного навантаження з'явилися пекучі болі за грудиною, що віддавали в ліву руку, не знімалися сублінгвальним прийомом нітрогліцерину, тривали 1,5 години. На ЕКГ — підйом сегменту ST у відведеннях I, II, aVL, V2-V4 на 0,3 мВ. Госпіталізований. Внутрішньовенно протягом години введено 100 мг тканинного активатора плазминогену. Знову з'явилися позагрудинні болі, почався приступ задишки, АТ 80/45 мм рт.ст. На ЕКГ — ознаки шлуночкової тахікардії з ЧСС 200 за хв. Які першо чергові міри необхідно застосувати?

- А. Електрична кардіоверсія.
- В. В/в введення лідокаїну.
- С. Тимчасова ендокардіальна ЕКС.
- Д. В/в введення кордарону.
- Е. Призначення гемотрансфузії.

2. Хворий Г., 68 років, 8 років страждає на ішемічну хворобу серця, в анамнезі інфаркт міокарда. Раптово, після емоційного навантаження, виник приступ сильного серцебиття, втратив свідомість. Об-но: стан хворого важкий, шкірні покриви вологі, бліді. Пульс та частота серцевих скорочень не підраховуються. АТ - 110/80 мм рт.ст. Знято ЕКГ: ЧСС - 240 за хв., комплекси QRS 0,14 с. Застосування якого з медикаментозних засобів є найбільш доцільним?

- А. Лідокаїн.
- В. Строфантин
- С. Верапаміл.
- Д. Пропранолол.
- Е. Натріяденозинтрифосфат.

3. У хворого Ф., 42 років раптово виник напад серцебиття, що супроводжувався загальною слабкістю, задишкою, в якого відзначалось ЧСС 170 за хв. ЕКГ: ЧСС – 180 за хв., ритм правильний, QRS - 0,10 с. Після масажу в ділянці каротидного синуса спостерігалось зниження ЧСС до 75 уд. за хв. Яке порушення ритму було зареєстроване у хворого ?

- А. Синусова тахікардія.
- В. Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- С. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- Д. Пароксизм миготливої аритмії.
- Е. Шлуночкова екстрасистолія.

4. У хворого 70 років з діагнозом фібриляція передсердь виникла фібриляція шлуночків

серця. По якій ознаці мають підтвердити фібриляцію шлуночків?

- A. По даним ЕКГ.
- B. При відсутності пульсу.
- C. При відсутності АТ.
- D. По наявності ознак шоку.
- E. По наявності розширених зіниць.

5. Хвора, 64 р., кардіалгія, задишка, болі виникли вперше на фоні частого серцебиття. Об'єктивно: пульс 120-140 на хв, аритмічний, АТ – 160/100 мм рт.ст., на ЕКГ зубці Р не визначаються, інтервали R-R різні, QRS не деформований. Яке порушення ритму у хворої?

- A. Фібриляція шлуночків.
- B. Брадисистолічна фібриляція передсердь.
- C. Суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія.
- D. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- E. Тахісистолічна фібриляція передсердь.

6. Хворий, 52 р., доставлений в БРІТ без свідомості. Стан важкий, зіниці розширені, реагує на світло. Дихання шумне, пульс на променевих і сонних артеріях не прощупується. АТ 40/20 мм рт.ст. На ЕКГ – фібриляція шлуночків з частотою 210 за хв. З якого з методів слід розпочати реанімаційні заходи?

- A. Внутрішньовенне введення адреналіну з атропіном.
- B. Внутрішньовенне введення лідокаїну.
- C. Електроімпульсна терапія (дефібриляція).
- D. Внутрішньовенне введення кордарону.
- E. Зовнішній масаж серця.

7. Хвора, 44 р., кардіалгія, задишка, болі виникли вперше на фоні частого серцебиття. Об'єктивно: пульс 120-140 на хв, аритмічний, АТ – 160/100 мм рт.ст., на ЕКГ зубці Р не визначаються, інтервали R-R різні, QRS не деформований. Який препарат є найбільш доцільним?

- A. Бетаксолол.
- B. Дилтіазем.
- C. Верапаміл.
- D. Лідокаїн.
- E. Етмозин.

8. Хворий, 60 р., доставлений в БРІТ з пароксизмом серцебиття, яке розпочалось за годину до госпіталізації. Хворіє на ІХС і стенокардію. Блідий, шкіраволога, набухання шийних вен. АТ 80/60 мм рт.ст. Тахікардія, підрахувати число серцевих скорочень неможливо. На ЕКГ ЧСС 220 за хв., ритм неправильний, зубець Р не віалізується, комплекс QRS 0,09 секунд, альтерація зубця R. Які розлади ритму у хворого?

- A. Пароксизм шлуночкової тахікардії.
- B. Пароксизм тріпотіння шлуночків.
- C. Пароксизм миготливої аритмії.
- D. Пароксизм надшлуночкової тахікардії.
- E. Пароксизм синусової тахікардії.

9. Хворий 67 років скаржиться на напади серцебиття, перебої в роботі серцевої діяльності, біль в ділянці серця, задишку в спокої. Стан важкий. Акроціаноз, тони серця аритмічні,

приглушені. Пс – 120 за хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. Печінка + 2см., набряки гомілок. ЕКГ – ритм несинусовий, неправильний, ЧСС – 160 за хв., хвиліf. Калійплазми – 4,8 ммоль/л. Який з препаратів слід застосувати в першу чергу?

- А.Дигоксин.
- В.Верапаміл
- С.Новокаїнамід.
- Д.Аміодарон.
- Е.Калію хлорид.

10. У хворого 35 р., після фізичної перевтоми раптово з'явилося серцебиття, задишка та тупий біль в ділянці серця. Протягом 12 років знаходиться на диспансерному обліку з приводу ревматизма та мітральної вади серця без порушень кровообігу Об-но: АТ – 110-130/85 мм.рт.ст. PS – 96 за 1 хв., ЧСС – 130 за 1 хв. На ЕКГ замість зубців Р зареєстровані дрібні хвилі різної форми, інтервали R-R мають різну тривалість. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Тріпотіння передсердь.
- В. Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- С. Фібриляція передсердь.
- Д. Шлуночкові пароксизмальна тахікардія.
- Е. Дихальна аритмія.

Задачі:

1. У хворої М., 28 років, після фізичного навантаження виникло серцебиття, запаморочення, виражена загальна слабкість. Лікарем швидкої допомоги констатовано: хвора бліда. Пульс близько 180 за 1 хв, слабого наповнення. АТ – 90/40 мм рт.ст. Інші фізикальні дані без особливостей. ЕКГ: інтервали R-R однакові та складають 0,36 с, QRS=0,08 с. Інших змін не виявлено.

Питання:

- Встановіть клінічний діагноз.
- Надайте невідкладну допомогу.

2. Хворий Н., 62 років, страждає на ІХС, Гіпертонічну хворобу 3 ст. 2 роки тому переніс інфаркт міокарда. Госпіталізований в клініку з приводу виникнення вираженої задишки, інтенсивного болю за грудиною, які виникли раптово по дорозі на роботу. При огляді: шкіра бліда, волога, акроціаноз. ЧД – 28 за 1 хв. Пульс частий, ниткоподібний, не піддається підрахунку. АТ – 80/60 мм рт.ст. Аускультативно на верхівці серця І тон різко послаблений, виражена тахікардія близько 200 за 1 хв. Акцент 2 тону над легеневою артерією. Над легеньми в нижніх відділах з обох сторін вологі не звучні хрипи. ЕКГ: інтервали R-R однакові та складають 0,29 с, QRS=0,22 с по типу блокади лівої ніжки пучка Гіса.

Питання:

- Яка причина, на ваш погляд, погіршення стану хворого?
- Надайте невідкладну допомогу

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні

- стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages
2. Скибчик В. А. Клінічна електрокардіографія : посібник / В. А. Скибчик, Я. В. Скибчик. - Львів : Марченко Т. В., 2021. - 568 с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 34

Тема: Ведення хворого з тяжкою негоспітальною та госпітальною пневмонією. Ведення хворого з тотальним плевральним випотом та пневмотораксом

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з тяжкою негоспітальною та госпітальною пневмонією, тотальним плевральним випотом та пневмотораксом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з тяжкою негоспітальною та госпітальною пневмонією, тотальним плевральним випотом та пневмотораксом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з тяжкою негоспітальною та госпітальною пневмонією, тотальним плевральним випотом та пневмотораксом; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з тяжкою негоспітальною та госпітальною пневмонією, тотальним плевральним випотом та пневмотораксом та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з тяжкою негоспітальною та госпітальною пневмонією, тотальним плевральним випотом та пневмотораксом.

Основні поняття: етіологія та патогенез пневмонії; сучасна класифікація пневмоній; клінічні особливості різних видів пневмоній та можливих ускладнень; критерії важкості пневмонії та

показання до госпіталізації; загальні принципи та особливості лікування різних варіантів пневмоній та можливих ускладнень; медико-соціальна експертиза пневмоній та її ускладнень; клінічна фармакологія антибіотиків; обстеження хворого на пневмонію й оцінка ступеню важкості та категорії цієї нозології; план обстеження хворого й оцінка результатів додаткових методів дослідження; проведення диференційного діагнозу легеневого інфільтрату; обґрунтування й формулювання клінічного діагнозу; призначення індивідуального лікування хворому, підбір найбільш ефективного антибіотику або комбінації в залежності від збудника, категорії та ступеня важкості пневмонії; невідкладна допомога при спонтанному пневмотораксі, набряку легень, легеневої кровотечі, гострій дихальній недостатності, інфекційно-токсичному шоці.

План:

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

1. Дайте визначення терміну пневмонія.
2. Які види пневмонії ви знаєте?
3. Які симптоми є «малими» критеріями тяжкого перебігу пневмонії?
4. Які симптоми є «великими» критеріями тяжкого перебігу пневмонії?
5. Назвіть діагностичні критерії необхідні для визначення пневмонії.
6. На які групи поділяють хворих на пневмонію?
7. Яка антибіотикотерапія показана хворим на пневмонію IV групи?
8. Які види госпітальної пневмонії ви знаєте?
9. Перерахуйте діагностичні критерії госпітальної пневмонії.
10. Які принципи антибактеріальної терапії хворих на госпітальну пневмонію?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У хворого С., 40 р., після фізичного навантаження раптово виникла задишка. Різкий біль в грудній клітці справа. Сухий кашель. Об-но: ціаноз, АТ 95/60 мм ртст, Рс 115/хв, дихання часте, справа – розширення міжреберних проміжків, перкуторно тимпаніт, дихання не проводиться. Зсув меж серця вліво. Ваш діагноз?

- А. Пневмоторакс.
- В. Інсульт.
- С. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Д. Інфаркт міокарду.
- Е. Серцева астма.

2. Хворий 34 років, після нападу кашлю відчув колючий біль у лівій половині грудної клітки, запаморочення голови. Об-но: хворий лежить на лівому боці, блідий, акроціаноз, покритий липким потом. ЧД 37/хв. Над лівою половиною грудної клітки тимпанічний перкуторний звук, значно ослаблене везикулярне дихання. АТ 80/60 мм рт. ст, Пульс - 120/хв. Ваш діагноз?

- А. Спонтанний пневмоторакс.
- В. Інфаркт легені.
- С. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Д. Емпієма плеври.
- Е. Крупозна пневмонія.

3. Хворий М., 78 років, протягом 10 років страждає цукровим діабетом II типу. Госпіталізований зі скаргами на підвищення температури тіла до 38С, озноб, кашель з

виділенням великої кількості слизистогнійного харкотиння з домішкою крові, задишку. Занедужав гостро тиждень назад, діагностована лівостороння нижньочасткова пневмонія. Лікування ампіциліном дало деякий позитивний ефект. Однак на 7-й день хвороби відзначене різке погіршення стану: повторне підвищення температури, озноб, наростання задишки, значне збільшення кількості харкотиння. Що є найбільш імовірною причиною розвиненого стану?

- A. Розвиток запального інфільтрату в правому легені.
- B. Формування абсцесу легені.
- C. Розвиток хронічного легеневого серця.
- D. Пневмоторакс
- E. Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії.

4. Визначте подальшу тактику антибактеріальної терапії в цього хворого:

- A. Збільшити дозу ампіциліну.
- B. Призначити цефалоспорины другого покоління в/в у сполученні з аміноглікозидами.
- C. Призначити аміноглікозиди в/м.
- D. Призначити пеніцилін в/в у великих дозах.
- E. Призначити фторхінолони перорально.

5. При мікробіологічному дослідженні харкотиння хворого виділена *Klebsiella pneumoniae*. Визначте тактику антибактеріальної терапії:

- A. Цефалоспорины другого покоління
- B. Напівсинтетичні пеніциліни у великих дозах
- C. Цефалоспорины другого або третього покоління в сполученні з аміноглікозидами.
- D. Фторхінолони.
- E. Макроліди.

6. У хворого 35 років під час підйому великого вантажу раптово з'явилися сильний біль в грудній клітці справа, сухий кашель, задишка, тахікардія. Об'єктивно: шкіра синя, розширення міжреберних проміжків, зменшення дихальної амплітуди грудної порожнини справа. При перкусії — тимпаніт справа, там же аускультативно — різке ослаблення дихальних шумів. Межа серця зміщена вліво. Пульс 120 за 1 хв., АТ 90/60 мм рт.ст. Найбільш вірогідний попередній діагноз:

- A. Інфаркт міокарду, ускладнений гострою серцевою недостатністю.
- B. Ексудативний плеврит.
- C. Крупозна пневмонія.
- D. Спонтанний пневмоторакс.
- E. Тромбоемболія легеневої артерії.

7. До лікаря звернувся хворий 29 років, котрий раніше хворів сухим плевритом, бронхітами. Під час стрибка у висоту на спортивному майдані відчув гострий біль у лівому боці, сильну задишку. Об'єктивно: блідий, сині губи, ліва половина грудної клітки відстає, дихання ослаблене, 28 за 1 хв. Пульс — 98 ударів на хв., АТ - 98/50 мм. рт.ст. Який найбільш ймовірний синдром у хворого?

- A. Синдром серцевої недостатності.
- B. Синдром легеневої недостатності.
- C. Синдром бронхоспазму.
- D. Синдром спонтанного пневмотораксу.
- E. Синдром бронхіальної обструкції.

8. На місці дорожньо-транспортної події був виявлений потерпілий у важкому стані з вираженою задишкою, ціанозом, тахікардією. При перкусії визначался тимпаніт справа, зміщення середостіння вліво. При аускультатії – різке послаблення дихання справа. Який найбільш ймовірний попередній діагноз?

- А. Синдром серцевої недостатності.
- В. Синдром легеневої недостатності.
- С. Синдром бронхоспазму.
- Д. Синдром спонтанного пневмотораксу.
- Е. Синдром бронхіальної обструкції.

9. У хворої П., 54 р., за 4 доби до госпіталізації діагностовано плевропневмонію, від антибіотикотерапії відмовилась. При поступленні: ЧД 44/хв., температура тіла 40,2оС, АТ 60/20 мм рт.ст., ЧСС 120/хв, тони серця послаблені, олігурія. РаО₂ 10,1 кПа, РаСО₂ 6,2 кПа. Після проведення інфузійної терапії стан хворої суттєво не покращився. Чим зумовлена важкість стану хворої?

- А. Розвитком інфекційно-токсичного шоку.
- В. Гострою дихальною недостатністю.
- С. Прогресуючою серцевою недостатністю.
- Д. Гіпертермією.
- Е. Нирковою недостатністю.

10. Хворий Д., 26 р., під час виконання важкої фізичної роботи несподівано відчув різкий біль в грудній клітці справа, почав задихатися. Об-но: ціаноз, ЧД 40/хв, грудна клітка справа збільшена в об'ємі, не береучасті в акті дихання, перкуторно справа тимпаніт, аускультативно - дихання справа відсутнє. Ваш діагноз?

- А. Інфаркт міокарду.
- В. Астматичний стан.
- С. Спонтанний пневмоторакс.
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Е. Перелом ребер справа з травмуванням плеври.

Задачі:

1. Хворий А., 36 років, звернувся до лікарні зі скаргами на кашель із іржавим харкотинням, болем в грудній клітці під час дихання та кашлю, задишкою, підвищенням температури тіла до 40 С, вираженою слабкістю. Занедужав 2 дні тому після переохолодження. Стан важкий, шкірні покриви бліді, покриті холодним липким потом, температура 39,8 С. При аускультатії в підлопатковій ділянці праворуч вислуховується шум тертя плеври, бронхіальне дихання, при перкусії там же притуплення, голосове тремтіння посилене. Частота дихання 35/хв, пульс слабого наповнення, 120/хв, АТ 90/60 мм. рт. ст. Живіт - м'який, безболісний, печінка не збільшена, набряків немає. Дані обстеження: гемоглобін 140 г/л, лейкоцити 16 109/л, п- 22 %, с -56%, е- 0 %, м -6 %, ШЗЕ - 48 мм/ч. Аналіз сечі: білок 0,65 г/л, лейкоцити 2 у п/з.

- 1. Сформулюйте й обґрунтуйте діагноз.
- 2. Складіть план обстеження.
- 3. Призначте лікування.

2. Хворий С., 42 років, звернувся до лікаря зі скаргами на кашель з гнійним харкотинням, підвищення температури тіла до 38 С, слабкість, пітливість. Тиждень назад з'явився нежить, слезотеча, сухий кашель, підвищилася температура до 37,5 С, але він не лікувався.

Погіршення наступило 2 дні назад, коли температура підвищилася до 40 С, кашель підсилюється й з'явилося зеленувате харкотиння. Стан хворого важкий. При аускультатії в підлопатковій і пахвовій ділянках ліворуч сухі й мілко пухирчасті хрипи, бронхофонія посилена, ЧД – 32/хв. В аналізі крові: лейкоцити 9,8х 10⁹/л, ШЗЕ - 29 мм/ч.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Складіть план обстеження.
3. Призначте лікування.

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття №35

Тема: Ведення пацієнта з астматичним статусом.

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з астматичним статусом; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з астматичним статусом; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів

з астматичним статусом; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з астматичним статусом та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з астматичним статусом.

Основні поняття: визначення поняття та причини розвитку астматичного статусу; механізми формування бронхообструкції та методи її виявлення; клінічні прояви астматичного статусу; стадії астматичного статусу та їх клінічні прояви; сучасні підходи до діагностики астматичного статусу; клінічна фармакологія бронхолітичних та протизапальних препаратів; принципи надання невідкладної допомоги при астматичному статусі; диференційна діагностика астматичного статусу з іншими станами, які супроводжуються бронхообструктивним синдромом.

План:

1. Контроль опорного рівня знань (перевірка домашнього завдання, письмова робота, письмове тестування, в тому числі написання тестів, фронтальне опитування)

- 1) При якій астмі частіше розвивається астматичний статус?
- 2) Що лежить в основі патогенезу астматичного статусу ?
- 3) Які форми статусу виділені?
- 4) Що є характерним симптомом астматичного статусу I стадії?
- 5) Що є патогномонічним симптомом астматичного статусу II стадії ?
- 6) Як проявляється. третя стадія астматичного статусу ?
- 7) Якими симптомами проявляється токсична дія симпатоміметиків?
- 8) Принципи лікування астматичного статусу.
- 9) Як лікувати астматичний статус I ступеню?
- 10) Що являється безумовним показником до приведення лаважа бронхів при астматичному статусі?
- 11) Що являється першим предвістником, що вказує на покращення бронхіальної прохідності при астматичному статусі ?
- 12) Якими симптомами проявляється III стадія астматичного статусу ?
- 13) Назвіть важливіші клінічні ознаки, які вказують на ефективність проводимої терапії астматичного статусу

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хвора, 37 років, доставлена в реанімаційне відділення. В анамнезі бронхіальна астма. Загальний стан вкрай важкий. Сопор. Дифузний ціаноз, холодний піт. Дихання Чейна-Стокса. Аускультативно – дихальні шуми значно ослаблені, pO_2 – 45 мм.рт.ст., pCO_2 – 85 мм.рт.ст., АТ – 90/60 мм.рт.ст. Які заходи необхідно виконати для усунення гіпоксії?

- A. Інгаляції киснево-повітряної суміші.
- B. Введення гідрокарбонату натрію.
- C. Інгаляція гелію-водневої суміші.
- D. Гіпербарична оксигенація.
- E. Введення преднізолону.

2. У хворої, яка тривалий час хворіє на БА, розвинувся приступ ядухи, який триває добу. Введення еуфіліну в/в полегшення не принесло, після інгаляції сальбутамолу стан погіршився. Об-но: набухання шийних вен, дифузний ціаноз, візінг. ЧСС – 100 за хв., АТ 130/90 мм.рт.ст. тони серця ослаблені, акцент II тону над а. pulmonalis. Який препарат необхідно призначити у першу чергу?

- A. Атровент.
- B. Інтал.

- C. Гідрокортизон.
- D. Серевент.
- E. 4% р-н гідрокарбонату натрію

3. Хвора 38 р. доставлена у клініку у важкому стані. Об-но: виражена задишка, дихання поверхнєве, хвора „хапає ротом” повітря, шийні вени набухлі, дифузний ціаноз. Над більшою частиною легень дихальні шуми не вислуховуються. Р-138/хв., АТ-85/60 мм.рт.ст. Тони серця аритмічні, ослаблені, ритм галопа. Газовий склад крові : РаО₂ – 54 мм.рт.ст., РаСО₂ – 51 мм.рт.ст., рН-7,2. Невідкладна допомога?

- A. Гангліоблокатори.
- B. Серцеві глікозиди.
- C. Нітрати.
- D. Сечогінні.
- E. Глюкокортикоїди.

4. Хворий 37 років скаржиться на наростаючий приступ задухи, відсутність відходження харкотиння, відчуття "музики" в грудях. Об'єктивно: дихання затруднене, поверхнєве, екскурсія грудної клітки обмежена, видих подовжений, на відстані чути сухі хрипи. ЧД - 14 за 1'. Перкуторно над легеньми - коробковий звук; аускультативно - ослаблене везикулярне дихання, сухі хрипи. Тони серця приглушені, ритмічні, тахікардія. ЧСС - 100 за 1'. Який із середників необхідно хворому ввести в першу чергу?

- A. Еуфілін.
- B. Строфантин.
- C. Преднізолон.
- D. Дімедрол.
- E. Адреналін.

5. У хворого, який перебував у пульмонологічному відділенні з приводу лікування бронхіальної астми розвився тривалий приступ експіраторної задухи. Після багаторазових інгаляцій астмопенту з'явилося часте поверхнєве дихання. Хворий втратив свідомість. Яку невідкладну допомогу потрібно провести?

- A. Ввести в/в струминно 60-90 мг преднізолону на фіз.розчині.
- B. Провести ендотрахеальну інтубацію та ШВЛ.
- C. Почати інфузійну терапію натрію гідрокарбонатом.
- D. Ввести в/в еуфілін.
- E. Дати фторотановий наркоз.

6. У хворого 50 р.пристп задухи та кашлю на протязі останньої доби. Хворіє 10 років, завжди був позитивний ефект від застосування інгаляційних адреноміметиків. На цей раз після інгаляції сальбутамолу та в/в введення еуфіліну полегшення не відбулося. Стан важкий. Шийні вени набухлі, дифузний ціаноз, на відстані чути сухі хрипи. При аускультатії вислуховуються зони «німої легені». Який стан розвинувся у хворого?

- A. Приступ БА.
- B. Астматичний статус I стадія.
- C. Астматичний статус II стадія.
- D. Астматичний статус III стадія.
- E. Затяжний приступ БА.

7. Хвора 35 років скаржиться на задуху, ядуху, сухий кашель, відсутність відходження

харкотиння. Хворіє більше 3-х років. Об'єктивно: сидить фіксуючи плечовий пояс, "дистанційні хрипи". Грудна клітка бочкоподібна, при перкусії – коробковий звук. На тлі жорсткого дихання з подовженим видихом велика кількість сухих свистячих хрипів в продовж усього акту дихання. Аналіз крові: еозинофілія. Ваш діагноз ?

- А. Астматичний статус.
- В. Напад бронхіальної астми.
- С. Серцева астма.
- Д. Хронічний обструктивний бронхіт.
- Е. Обтурація бронху інородним тілом.

8. Хворий 49 років скаржиться на ядуху, кашель. Харкотиння не виділяє. Неодноразово застосовував сальбутамол, інтал, але без ефекту. Об'єктивно: сидить, спираючись на стіл. Ціаноз обличчя, акроціаноз. Периферичних набряків немає. Дихання поверхневе, затруднене, місцями не вислуховується; розсіяні хрипи, значно подовжений видих. Тони серця приглушені, тахікардія. Рс – 112/хв., АТ – 110/70 мм. рт. ст. Печінка біля краю реберної дуги. Який попередній діагноз?

- А. Астматичний статус.
- В. Бронхіальна астма, помірної важкості.
- С. Аспірація стороннього тіла.
- Д. Серцева астма.
- Е. Хронічний обструктивний бронхіт.

9. Жінка 40 років надійшла до лікарні у важкому стані. Положення вимушене, ортопное. Відзначаються виражена задишка, поверхневе дихання. Шийні вени набухлі, шкіра блідо-сіра, волога. Грудна клітка бочкоподібна, міжреберні проміжки згладжені. Рс 140/хв. АТ 90/60 мм рт.ст. Тони серця глухі. Над легеньми не прослуховуються дихальні шуми. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Напад бронхіальної астми.
- В. Набряк легень.
- С. Астматичний статус.
- Д. Серцева астма.
- Е. Трахеобронхіальна дисфункція.

10. У хворого важкий напад бронхіальної астми триває більше 1 години незважаючи на застосування бета-адреноміметиків інгаляційно та внутрішньовенно, еуфіліну та антихолінергічних засобів. Якими медикаментами необхідно доповнити невідкладну терапію?

- А. Бета-адреноміметики внутрішньовенно.
- В. Нестероїдні протизапальні препарати.
- С. Антигістамінні засоби.
- Д. Кортикостероїди інгаляційно.
- Е. Кортикостероїди внутрішньовенно.

Ситуаційні задачі

1. Хвора 55 років знаходиться в реанімаційному відділенні з приводу астматичного стану. Загальний стан тяжкий, виражений ціаноз, набухання шийних вен. При аускультії дихання нерівномірне, відзначаються ділянки афонії, тони серця дуже глухі, ЧСС - 112/хв. АТ - 170/110 мм рт.ст., ЧД - 30/хв., РаСО₂ - 60 мм рт. ст., РаО₂ - 65 мм рт. ст.

1. Який стан розвинувся у хворої?
2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати?
3. Який наочний показник купірування бронхоспазму в цьому випадку?

2. У хворої, що страждає бронхіальною астмою більше 20 років, на фоні нападу задухи раптово з'явився постійний кашель без харкотиння, біль у грудній клітині, посилилась задишка. При аускультатії дихання послаблене, велика кількість різноліберних хрипів. Лікування бета-адренергічними засобами не дає ефекту.

1. Можливе ускладнення, що розвинулося у хворої?
2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати?

3. Хворій 65-ти років, що знаходиться в палаті інтенсивної терапії пульмонологічного відділення з приводу астматичного стану, налагоджена постійна оксигенація через лицеву маску. Однак через 4,5 хв. у хворої настало "киснєве апное".

1. Для виведення з цього стану найкраще використовувати?
2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Тема: Ведення хворого з анафілактичним шоком та набряком Квінке

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з анафілактичним шоком та набряком Квінке; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з анафілактичним шоком та набряком Квінке; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з анафілактичним шоком та набряком Квінке; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з анафілактичним шоком та набряком Квінке та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з анафілактичним шоком та набряком Квінке.

Основні поняття: основні етіологічні чинники анафілактичного шоку та набряку Квінке; механізми формування алергічних реакцій; клінічні прояви анафілактичного шоку та набряку Квінке; сучасні підходи до діагностики анафілактичного шоку та набряку Квінке; принципи надання невідкладної допомоги при анафілактичному шоку та набряку Квінке; диференційна діагностика анафілактичного шоку та набряку Квінке з іншими станами, які супроводжуються бронхообструктивним синдромом.

План:

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

1. Назвіть основні типи анафілактичних реакцій.
2. Перелікуйте основні патофізіологічні ефекти стимуляції H1-гістамінових рецепторів.
3. Які лікарські засоби викликають найбільший відсоток анафілактичного шоку та чому?
4. Дати основні клінічні ознаки: а) типової форми анафілактичного шоку; б) астматичного варіанту; в) гемодинамічної форми; г) абдомінальної форми; д) церебрального варіанта.
5. Дайте визначення набряку Квінке.
6. Назвіть основні лікувальні заходи надання невідкладної медичної допомоги при АШ.
7. Чому адреналін є препаратом вибору при анафілактичному шоку?
8. Які властивості глюкокортикостероїдів зумовлюють необхідність їх застосування при анафілактичному шоку?
9. У яких періодах анафілактичного шоку не показане застосування антигістамінних засобів?
10. Що таке анафілактоїдний шок та чим він відрізняється від анафілактичного?
11. Назвіть основні лікувальні заходи надання невідкладної медичної допомоги при набряку Квінке.

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Хворому 44 років на гостру пневмонію введено внутрішньом'язово цефамизин. Після проведення ін'єкції стан хворого різко погіршився: з'явилась задишка, хворий покритися холодним потім і втратив свідомість. Пульс 140 за хв., слабкого наповнення, АТ 80/40 мм рт ст. Яке ускладнення найбільш імовірно виникло у хворого?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. Медикаментозний анафілактичний шок.
- С. Запаморочення.
- Д. Інфекційно-токсичний шок.
- Е. Сироваткова хвороба.

2. Хворій на гостру бронхопневмонію було зроблено внутрішньом'язову ін'єкцію пеніциліну. Через 30 хвилин з'явився ціаноз губ, гіперемія обличчя, тахікардія, зниження АТ. Лікар зробив висновок, що у хворої розвинувся анафілактичний шок. Яка із біологічно активних речовин має відношення до механізму розвитку анафілактичного шоку в даному випадку?

- A. Адреналін
- B. Гастрін
- C. Гістамін
- D. Ренін
- E. Інсулін

3. У жінки спостерігаються пастозність повік, губ, шиї, слизової оболонки язика, кашель, задишка, блювота, що виникли після того, як вона з'їла помаранчі. Раніше на помаранчі виникали висипання на шкірі, свербіння. Який патогенетичний механізм являється провідним у розвитку набряку у жінки?

- A. Підвищення гідростатичного тиску крові в капілярах.
- B. Порушення лімфо відтоку.
- C. Підвищення проникливості капілярів.
- D. Зниження онкотичного тиску крові.
- E. Підвищення онкотичного тиску тканинної рідини.

4. Чоловік закапав в обидва ока краплини що вміщують пеніцилін. Через декілька хвилин з'явилися набряк повік, губ, щік, кашель, задишка. Для якого з перелічених станів характерна наявна клінічна картина?

- A. Анафілактичний шок.
- B. Набряк Квінке.
- C. Колаптоїдний стан.
- D. Напад бронхіальної астми.
- E. Ідіосинкразія.

5. Хворий скаржиться на утруднення подиху, печіння й біль у горлі, захриплість, чоловік похлинувся при прийомі води. Годину назад під час їжі кавуна його укусила оса. В анамнезі харчова й медикаментозна алергія. При огляді різкий набряк язика, який із трудом міститься в роті, температура 37,3° С, тахікардія, зниження АТ. Хворий потребує негайного введення:

- A. Глюканату кальція.
- B. Супрастину.
- C. Еуфіліну.
- D. Адреналіну.
- C. Фуросеміду.

6. У 42-літнього хворого при в/в краплинному введенні альбуміну з'явилися сверблячка шкіри, гіперемія шкірних покривів, нудота, сильна слабкість, тахікардія, АТ знизився. Яка подальша тактика лікаря ?

- A. Внутрішньовенне введення адреналіну.
- B. Введення сердечних глікозидів.
- C. Перитонеальний діаліз.
- D. В/м введення антигістамінних препаратів.
- E. Введення тромболітиків

7. Хворий 48 років, що прийняв моваліс із приводу реактивного артрит у таблетках через 3

години підвищилася температура тіла, з'явилися озноб, головний біль, на шкірі еритематозні висипання, які швидко перетворилися у в'ялі міхури, неправильної форми, наростали симптоми гострої серцево-судинної недостатності. Яке ускладнення виникло у хворого ?

- А. Гостра серцево-судинна недостатність
- В. Кропив'янка.
- С. Анафілактичний шок.
- Д. Лихоманка неясного генезу.
- Е. Вузливата еритема.

8. Хвора 42 років, доставлена у прийомне відділення лікарні зі скаргами на запаморочення, слабкість, утруднення дихання. Погіршення стану відбулося раптово після укусу бджоли у ліву руку. При огляді – стан важкий, блідість шкірних покривів, ЧСС – 110 в хв., АТ 90/60 мм рт. ст. Яку невідкладну допомогу потребує хвора?

- А. Накласти джгут вище місця укусу прикласти грілку.
- В. Накласти джгут нижче місця укусу прикласти лід.
- С. Обколоти місце укусу лідокаїном.
- Д. Накласти джгут вище місця укусу прикласти лід.
- Е. Накласти джгут нижче місця укусу прикласти грілку.

9. У клініку поступив хворий 18 р., зі скаргами на виражену задишку, кашель, свербіж шкіри. Захворів гостро, біля години тому після прийому анальгін. З дитинства – кропивниця, “аспіринова астма”. Об-но: параорбітальний набряк, почервоніння та набряк обличчя. Дихання свистяче. Рс 96 за 1 хв., АТ 80/50 мм рт. ст. Препаратом невідкладної допомоги буде?

- А. Гідрокортизон.
- В. Еуфілін.
- С. Димедрол.
- Д. Супрастин.
- Е. Строфантин.

10. У хворої після введення протиправцевої сироватки через декілька хвилин з'явилась різка кволість, запаморочення, серцебиття, задишка. Пізніше втратив свідомість Об-но: виражені блідість шкіри та слизових, пітливість, Рс 110 за 1 хв., АТ 60/40 мм рт. ст. Причина погіршення стану хворої ?

- А. Набряк Квінке
- В. Астматичний статус.
- С. Больовий шок.
- Д. Геморагічний шок.
- Е. Анафілактичний шок.

Задачі:

1. У пацієнта 43 р., при введення в/м біциліну виник сильний головний біль, шум в вухах, болі за грудиною, відчуття жару, пітливість. Об-но: стан хворого важкий, Рс 115 за 1 хв., ниткоподібний, АТ 80/30 мм рт.ст.

- 1. Який невідкладний стан розвинувся у хворого?
- 2. Який з препаратів необхідно ввести в першу чергу ?

2. Хворій проведена вакцинація протигрипозною вакциною. Через 10 хв. після введення

вакцини стан хворої різко погіршився: виникла різка кволість, запаморочення, серцебиття, стиснення в грудях, задишка. Об-но: виражена блідість, пітливість, ЧСС-110 за 1 хв., АТ-80/50 мм рт.ст.

1. В яке відділення необхідно госпіталізувати хвору?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати на до госпітального етапі ?

3. У приймальне відділення лікарні поступив хворий із скаргами на різкий біль в попереку, забарвлення сечі в червоний колір, нудоту, блювання. Для встановлення діагнозу лікарем-урологом призначено проведення контрастної урографії. Під час проведення діагностичної процедури у хворого з'явилася задуха, неспокій, тахікардія – 130 уд. На 1 хв., АТ знизився зі 125/70 мм рт. Ст. до 50/0 мм рт.ст. , шкіра набула блідо-ціанотичного відтінку.

1. Що стало причиною погіршення стану хворого?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати хворому?

3. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трамбування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 37

Тема: Ведення хворого з гострою печінковою недостатністю

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з гострою печінковою недостатністю; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з гострою печінковою недостатністю; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з гострою печінковою недостатністю; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з гострою печінковою недостатністю та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з гострою печінковою недостатністю.

Основні поняття: причини розвитку печінкової енцефалопатії від мінімальних проявів до печінкової коми; патогенетичні варіанти; клінічні особливості перебігу тих захворювань, які приводять до виникнення такого ускладнення; методи діагностики (ендоскопія, УЗД, печінкові проби, вірусні маркери і інші); існуючі стандарти лікування, еферентні методи лікування; первинну і вторинну профілактику; прогноз та працездатність.

План:

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

1. Дайте визначення синдрому гострої печінкової недостатності.
2. Перелічте етіологічні чинники гострої печінкової недостатності.
3. Які типи печінкової коми розрізняють?
4. Які клінічні критерії гострої печінкової недостатності?
5. Перелікуйте основні нервово-психічні симптоми печінкової недостатності.
6. Які ускладнення гострої печінкової недостатності?
7. Яка діагностична програма у хворих на гостру печінкову недостатність?
8. Яка невідкладна допомога повинна надаватися на догоспітальному етапі?
9. Перелікуйте основні принципи терапії гострої печінкової недостатності.
10. Які критерії ефективності лікування гострої печінкової недостатності?

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У хворого на гострий гепатит В, на 6-й день перебування у стаціонарі лікуючий лікар відмітив: сонливість вдень, безсоння вночі, порушення орієнтації в часі, носову кровотечу. При огляді: t^0 -38,7°C, АТ-95/60 мм.рт.ст., ЧСС-86 в 1 хвилину. Шкірні покриви та склери інтенсивно жовті. Язик-вологий, обкладений білим налетом. Живіт м'який. Печінка по краю реберної дуги. Пальпується нижній полюс селезінки. Сеча темна. Який невідкладний стан розвивається у хворого?

- А Гостра печінкова недостатність
- В ДВЗ-синдром
- С Кишкова кровотеча
- Д Інфекційно токсичний шок
- Е Уремична кома

2. Чоловік 47 років страждає алкогольним цирозом печінки. На протязі останніх трьох діб стан погіршився: свідомість запаморочена, посилилася жовтяниця, з'явилися судими. Основний причинний фактор виникнення ускладнення у хворого ?

- А Накопичення аміаку в сироватці крові
- В Підвищення кількості білірубіну в крові
- С Підвищення холестерину в крові

D Гіпопротеїнемія
E Анемія

3. Чоловік 50 років поступив в реанімаційне відділення у важкому стані. При огляді: свідомість відсутня, шкіра та склери жовті. Аміачний запах з рота. Дихання аритмічне. Тони серця приглушені. Тахікардія 120 на 1 хв. АТ 90/60 мм рт. ст. Гепатоспленомегалія. Асцит. На шкірі – геморагії. АСТ = 18 ммоль/л, АЛТ – 2,1 ммоль/л. Загальний білірубін 330 мкмоль/л, К–3,0 ммоль/л. Ваш діагноз?

A Гостра печінкова недостатність
B Колапс
C Кардіогенний шок
D Гостра ниркова недостатність
E Діабетична кома

4. Хворий 60 років. При госпіталізації скаржився на загальну слабкість, болі в животі, жовтяницю. Об'єктивно: свідомість затьмарена, виражена жовтяниця, гепато- і спленомегалія, печінковий запах з рота. Білірубін 300 ммоль/л, за рахунок непрямой фракції, АлАТ-10,2 ммоль/год/л, сечовина-8,5 ммоль/л, креатинін-0,2 ммоль/л. Який діагноз?

A Гостра печінкова енцефалопатія.
B Іктерогеморагічна форма лептоспірозу
C Харчове бактеріальне отруєння
D Отруєння чотирьохлористим вуглецем (отруєння сурогатами алкоголю)
E Пухлина фатерового соска

5. Хворий 48 років в непритомному стані доставлений до лікарні. В анамнезі – зловживання алкогольними напоями на протязі 26 років. Останні 7 років лікувався з приводу алкогольного цирозу печінки, на протязі попередніх 5-ти днів зловживав алкоголем. При огляді: шкіра бліда, на тулубі „судинні зірочки”, печінковий запах з рота, язик обкладений коричневим нальотом. Розширення підшкірних вен передньої стінки живота (caputmedusae). Наявність вільної рідини у черевній порожнині. Гепатомегалія. Спленомегалія. Набряки нижніх кінцівок. Яке ускладнення цирозу печінки виникло у хворого?

A Гостра печінкова недостатність
B Гіпоглікемічна кома
C Гострий інфаркт міокарду
D Прободіння виразки шлунка
E Гостра шлунково-кишкова кровотеча

6. У хворої 58 років з великовузловим цирозом печінки з'явився біль в правому підребер'ї, загальна слабкість, нудота, часті носові кровотечі. Об'єктивно: шкіра жовтянична, геморагічний висип на шкірі, печінка +2см, край гострий. В аналізі крові: гіпопротеїнемія – 50 г/л загального білка, альбумінів –30. Яка причина геморагічного синдрому?

A Печінково-клітина недостатність
B Портальна гіпертензія
C Гіповітаміноз В
D Тромбоцитопенія
E Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання

7. У хворого на фоні цирозу печінки після вживання алкоголю з'явилися такі симптоми: головний біль, блювота, відраза до їжі, безсоння, жовтяниця, “печінковий” запах з рота,

здуття живота. Про яке ускладнення цирозу печінки можна подумати?

- A. Печінково-клітинна недостатність
- B. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу
- C. Портальна гіпертензія
- D. Гостра виразка шлунка
- E. Холестаз

8. Стан хворої А., яка знаходиться у клініці з приводу гострого вірусного гепатиту В, погіршився після стресу та порушення дієти: з'явилася блювота, яка не приносить полегшення, біль голови, біль у правому підребер'ї, різко наросла жовтяниця. Під час огляду збуджена, $t-39^{\circ}\text{C}$, PS 80 за хв. Зменшилися розміри печінки (нижній край визначається на 1 см вище реберної дуги). Менінгеальні знаки сумнівні. Ваш діагноз?

- A. Гостра печінкова недостатність.
- B. Гостра ниркова недостатність.
- C. Гостра наднирникова недостатність.
- D. Інфекційно – токсичний шок.
- E. Лептоспіроз.

9. Хворий С., 44 років, скаржиться на слабкість, нудоту, поганий апетит, помірну жовтушність шкіри, набряки на ногах, задишку. На шії та верхній частини грудей – висипи у вигляді “павучків” червоного кольору. При перкусії живота – тупість. Протромбіновий індекс – 64%. Вкажіть причину зниження протромбінового індексу.

- A. Підгостра печінкова недостатність
- B. Гостра печінкова недостатність
- C. Гостра ниркова недостатність
- D. Гостра серцева недостатність
- E. Гостра судинна недостатність

10. Хвора 24 років госпіталізована в гастроентерологічне відділення з діагнозом «хронічний гепатит з високим ступенем активності». На 5-й добі перебування у стаціонарі хвора увійшла у сопорозний стан, різко підсилилась жовтяниця, печінка зменшилась у розмірах, тремор кінцівок. АТ 95/60 мм рт.ст., пульс — 110 уд/хв., ритмічний. Що розвинулось у хворої?

- A. Субарахноїдальний крововилив.
- B. Гостра печінкова недостатність.
- C. Гіпоглікемічна кома.
- D. Колапс.
- E. Уремія.

Задачі.

1. Хворий 38 років, доставлений у лікарню без свідомості. Із анамнезу: працює в хімічному цеху. Напередодні, після роботи вживав алкоголь. Через 6 годин з'явився головний біль, нудота, блювання, рідкий стілець із специфічним запахом, епілептиформні припадки. Об'єктивно: зіниці розширені, сухожильні рефлексі відсутні, шкірні покриви жовтушні з множинними петехіальними висипками і крововиливами. ЧД–26 в 1 хв., пульс 112 уд./хв., АТ–70/40 мм рт. ст. Печінка виступає з-під реберної дуги на 5 см. У крові різко збільшений рівень білірубіну, підвищена активність АЛТ, АсАТ.

- 1. Який попередній діагноз?
- 2. Яку невідкладну допомогу потребує хворий?

2. У юнака 21 року, хворого на хронічний вірусний гепатит С, з'явилися ейфорія, дезорієнтація, які змінилися сонливістю, сплутаною свідомістю, на шкірі - геморагічні висипання, носова кровотеча, з рота - солодкий запах.

1. Яке ускладнення найбільш вірогідне?
2. Яку невідкладну допомогу потребує хворий?

3. Хворий 55 років був прооперований з приводу холедохолітазу. Через 3 доби з'явилася апатія, головний біль, анорексія, прогресивно наростає жовтяниця, що супроводжувалася інтенсивною шкірною сверблячкою. Спостерігаються крововиливи у склери та кон'юнктиви, задишка, тахікардія, сонливість, "печінковий" запах із рота.

1. Який механізм появи даного ускладнення?
2. Які лікувальні заходи необхідно вжити у даному випадку?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Тема: Ведення хворого з гострим пошкодженням нирок

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з гострим пошкодженням нирок; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з гострим пошкодженням нирок; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з гострим пошкодженням нирок; навчитися діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з гострим пошкодженням нирок та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з гострим пошкодженням нирок.

Основні поняття: визначення терміну гостре пошкодження нирок; основні критерії гострого пошкодження нирок; етіологічні чинники, що призводять до виникнення гострого пошкодження нирок; критерії RIFLE гострого пошкодження нирок; основні методи діагностики; тактика лікування; прогноз захворювання; первинна та вторинна профілактика

План:

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

1. Дайте визначення синдрому ГНН.
2. Які основні етіологічні фактори розвитку ГНН ?
3. Які форми ГНН виділяють в залежності від причинних факторів?
4. Охарактеризуйте клінічні прояви ГНН.
5. Чим відрізняється функціональна та органічна форми ГНН?
6. Які стадії виділяють у клінічному перебігу ГНН?
7. Які ускладнення можуть розвинути у хворих на ГНН?
8. Перелікуйте зміни лабораторних показників, які притаманні ГНН.
9. Яка діагностична програма має бути проведена у хворого на ГНН?
10. Назвіть основні принципи лікування ГНН.
11. Які показання до проведення діалітичної терапії?
12. Що є критеріями ефективності лікування?

2. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Пацієнтка віком 24 років страждає на мієлоїдну лейкемію. Розпочато хіміотерапію циторабіном (150 мг/м²). Невдовзі від початку циторедуктивної терапії у хворої зменшився діурез до олігурії, підвищився рівень креатиніну крові до 0,700 ммоль/л, сечовини – до 8,3 ммоль/л, фосфатів – до 5,5 ммоль/л, сечової кислоти – до 0,82 ммоль/л, концентрація кальцію сироватки крові знизилася до 1,35 ммоль/л. Під час проведення УЗД нирок виявлено збільшення їх розміру (13см), велику кількість ехопозитивних депозитів. До початку хіміотерапії нирки були інтактні зі збереженою функцією. Яке ускладнення виникло у хворої?

- A. Гостра ниркова недостатність.
- B. Хронічна ниркова недостатність.
- C. Ураження ретикулоендотеліальної системи.
- D. Сечокам'яна хвороба.
- E. Хронічний гломерулонефрит.

2. У жінки 27 років, яка протягом двох днів перебуває в непритомному стані після дорожньо-транспортної пригоди різко зменшилося виділення сечі. Яка найвірогідніша причина порушення функції нирок?

- A. Випадіння регуляторного впливу кори

- В. Розвиток ацидозу
- С. Падіння артеріального тиску
- Д. Порушення водно-сольового обміну
- Е. Отруєння шлаками

3. Після травматичного шоку у пацієнта розвинулись ознаки ниркової недостатності. Якими патогенетичними механізмами зумовлено цей стан?

- А. Пошкодження клубочкового апарату нирок.
- В. Зниженням об'єму клубочкової фільтрації.
- С. Блокування відтоку сечі.
- Д. Пригніченням екскреції сечі в канальцях.
- Е. Обтурацією канальців нирок.

4. Хворий 52р., який страждає на сечокам'яну хворобу, на протязі останніх суток відчував різкий біль у правій поперековій ділянці. Стан хворого погіршився: з'явилася загальна слабкість, нудота, рвота, утруднене дихання. При зверненні до лікарні був встановлений діагноз: Сечокам'яна хвороба. Гостра обструкція правого сечоходу. ГНН. Які першочергові заклади необхідно вжити?

- А. Призначити антибіотикотерапію.
- В. Хірургічне втручання та видалення камню.
- С. Гемодіаліз.
- Д. Перитонеальний діаліз.
- Е. Літотрипсію.

5. Через декілька годин після виведення із стану кардіогенного шоку хворого на гострий ІМ, стан пацієнта знов погіршився. При біохімічному дослідженні виявлено: креатинін: -33 ммоль/л, мочевина- 25 ммоль/л, К – 7,2 ммоль/л. Що є показником для негайного початку діалізу у даному випадку?

- А. Тяжкий загальний стан хворого.
- В. Кардіогенний шок.
- С. Креатинін: -33 ммоль/л.
- Д. Сечовина- 25 ммоль/л.
- Е. К – 7,2 ммоль/л.

6. Діурез у хворого, що страждає на ГНН, складає 350 мл/добу. Як ви охарактеризуєте даний показник?

- А. Анурія.
- В. Олігоурія.
- С. Поліурія.
- Д. Показник в нормі.
- Е. Полакіурія.

7. У хворого на сечокам'яну хворобу, на протязі останніх годин з'явився різкий біль у лівій поперековій ділянці. Загальний стан хворого погіршився, підвищилася температура, з'явилася виражена загальна слабкість, нудота, зменшилася кількість сечі. Який критерій свідчить про розвиток у хворого ГНН ?

- А. Підвищення кількості лейкоцитів у загальному аналізі сечі.
- В. Поява еритроцитів у загальному аналізі сечі.
- С. Наявність білку у загальному аналізі сечі .

- D. Зниження добового діурезу до 500 мл.
- E. Поява циліндрів у загальному аналізі сечі.

8. На другу добу після втирання ртутної мазі в шкіру з метою лікування корости, у хворого розвинувся дерматит, підвищилася температура тіла. На п'яту добу у хворого розвинулася клінічна картина:

- A. Токсичного гепатиту.
- B. ГНН.
- C. Анафілактичного шоку.
- D. ХНН.
- E. Ураження ретикулоендотеліальної системи.

9. В результаті порушення техніки безпеки на виробництві відбулося отруєння сулемою (хлориста ртуть). Через 2 доби добовий діурез склав 620 мл. У хворого з'явилися головний біль, нудота, блювання, судоми. При аускультії над легень вологі хрипи. Який патологічний процес відбувається у даному випадку?

- A. Гострий ниркова недостатність.
- B. Інтоксикація солями важких металів.
- C. Токсичний гепатит.
- D. набряк легень.
- E. Гострий гастрит.

10. У хворої Р., 62 р., на 4 день після операції з приводу резекції шлунку по Більрот-1 з'явилися різка слабкість, сонливість, нудота, судоми, тупі болі в попереку, здуття живота, зменшення діурезу до 200 мл/добу. У крові: еритроцити $-3,0 \times 10^{12}/л$, креатинін – 370 мкмоль/л, сечовина – 10,0 ммоль/л. Яке післяопераційне ускладнення розвинулось у хворої?

- A. Гостра ниркова недостатність.
- B. Хронічна ниркова недостатність.
- C. Тромбоз ворітної вени.
- D. Ішемічний інсульт.
- E. Синдром Бадда-Кіарі.

Задачі.

1. Хворий С., 40 років, скаржиться на головний біль, загальну слабкість, запаморочення голови. Три тижні тому переніс ангіну. При огляді: пульс – 90 на 1 хв., АТ – 100/105 мм рт. ст. Тони серця послаблені, акцент II тону над аортою. З боку легень та органів черевної порожнини – без змін. Аналіз сечі: реакція слабо-кисла, відносна щільність – 1028, білок – 1,65 г/л, еритроцити – 60-80 в п/з, лейкоцити – 20-25 в п/з, циліндри гіалінові – 4-6 в п/з, зерністі – 1-3 в п/з, сечовина крові -21,7 ммоль/л, креатинін – 0,27 ммоль/л, клубочкова фільтрація – 40,5 мл/хв.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз.
2. Які необхідні допоміжні методи дослідження.
3. Ваша лікарська тактика
- 4.

2. Хворий 48 років, доставлений в приймальне відділення лікарні. З анамнезу: напередодні вживав гриби, які збирав сам. Скаржиться на загальну слабкість, позиви на блювоту, сечу бурого кольору, малу кількість сечі за добу. Об'єктивно: шкіряні покрови бліді. Пульс-100(хв.), АТ 90/50 мм. рт. ст. Була запідозрена гостра ниркова недостатність.

1. Що спричинило розвиток ГНН?

2. Який лабораторне дослідження є найбільш інформативним для верифікації діагнозу?

3. Пацієнт К., 35 років, під час гемотрансфузії 200 мл еритроцитарної маси почав пред'являти скарги на головний біль, біль в попереку, дзвін в ухах. Діагностовано ускладнення трансфузії – гемотрансфузія іншої групової крові.

1. Який провідний клінічний синдром може привести до смерті хворого протягом 2-7 діб від розвитку даного ускладнення?

2. Який алгоритм невідкладної допомоги у даному випадку?

4. У хворой 20 років після кримінального абортів різко погіршився стан здоров'я: розвилася олігурія 70 мл, АТ 80/50 мм рт.ст., щільність сечі 1,008-1,010, еритроцитів 20-30 в полі зору, калій плазми 7,2 ммоль/л, креатинін 0,6 ммоль/л.

1. Яке ускладнення розвинулося у хворой?

2. Що є абсолютним показанням до термінового гемодіалізу?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. / За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.

2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Тема: Ведення хворого з гострим абдомінальним болем. Ведення хворого з шлунковою кровотечею

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з гострим абдомінальним болем; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з гострим абдомінальним болем; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні пацієнтів з гострим абдомінальним болем; навчитись діагностувати невідкладні стани у пацієнтів з гострим абдомінальним болем та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів з гострим абдомінальним болем.

Основні поняття: Причини розвитку синдрому гострого абдомінального болю; патогенетичні варіанти; клінічні особливості перебігу тих захворювань, які приводять до виникнення такого ускладнення; методи діагностики (загальний аналіз крові, печінкові проби, ендоскопія, УЗД, КТ і інші); існуючі стандарти лікування; первинна та вторинна профілактика; прогноз та працездатність; причини розвитку шлунково-кишкових кровотеч; патогенетичні варіанти; клінічні особливості перебігу тих захворювань, які приводять до виникнення такого ускладнення; методи діагностики (загальний аналіз крові, печінкові проби, ендоскопія, УЗД, КТ і інші); існуючі стандарти лікування.

План:

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

1. Дайте визначення гострого абдомінального синдрому.
2. Перелікуйте основні групи причин, що зумовлюють розвиток гострого болю у животі.
3. На що треба звертати увагу під час опитування хворого з гострим болем у животі ?
4. Які особливості початку болю такі вам знайомі ?
5. Яку інформацію можна отримати під час фізикального обстеження хворого?
6. При яких захворюваннях найчастіше спостерігається гострий біль у животі в поєднанні зі зниженням артеріального тиску (АТ) ?
7. При яких захворюваннях найчастіше спостерігається гострий біль у животі в поєднанні зі зниженням артеріального тиску (АТ) ?
8. Дайте визначення синдрому гострий живіт.
9. Для яких захворювань притаманний розвиток гострого животу ?
10. Перелікуйте показання для термінової госпіталізації хворого.
11. Які основні принципи лікування хворих з гострим абдомінальним синдромом на догоспітальному етапі?

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Юнак 18 років потрапив до приймального відділення із скаргами на приступи болю у правій половині черева з іррадіацією до мошонки, нудоту, блювання. Захворів гостро вперше. Пальпаторно виявляється напруження м'язів правої половини черева. Симптом Щоткіна сумнівний. Симптом Пастернацького слабо позитивний з правого боку. Температура 37,7оС. Кількість лейкоцитів $8,0 \times 10^9/\text{л}$. В аналізі сечі 10-15 свіжих еритроцитів у полі зору. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

- A. Ниркова колька.
- B. Гострий апендицит.
- C. Гострий холецистит.
- D. Непрохідність кишок.

Е. Перфоративна виразка 12- палої кишки.

2. Хворий на ІХС звернувся до лікаря зі скаргами на інтенсивний біль в епігастральній ділянці на протязі 2 годин, який виник раптово після фізичного навантаження, не купірується прийомом нітрогліцерину та анальгетиків. При огляді - стан хворого середньої важкості, шкіряні покрови бліді, вкрити холодним потом. АТ 90/60 мм ртст, ЧСС – 110/хв. При аускультатії - дихання везикулярне, тони серця ритмічні, приглушені. Живіт при пальпації м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні. На ЕКГ – ритм синусовий, правильний, відхилення ЕОС вліво, підйом сегменту ST у II, III, та aVF. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

- А. Виразкова хвороба шлунка.
- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Гострий холецистит.
- Д. Гострий коронарний синдром.
- Е. Спонтанний пневмоторакс.

3. Чоловік 39 р., працює вантажником, палить, в анамнезі часті ГРЗ та негоспітальна пневмонія, після різкого підйому вантажу відчув інтенсивний біль у лівому підребер'ї. Об'єктивно: дифузний ціаноз, розширення міжреберних проміжків. При перкусії — тимпаніт зліва, там же аускультативно — різке ослаблення дихальних шумів. Межа серця зміщена вправо. Пульс 120 за 1 хв., АТ 90/60 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Найбільш вірогідний попередній діагноз:

- А. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Інфаркт міокарду.
- Д. Екссудативний плеврит.
- Е. Спонтанний пневмоторакс.

4. Жінка 35 р., через годину після в/м ін'єкції НПЗП з приводу корінцевого синдрому, відчула різкий біль в епігастральній області, нудоту. Стан хворої раптово погіршився. Шкіряні покрови бліді, вкрити холодним потом. АТ 80/50 мм рт ст. ЧСС 120/хв. Живіт при пальпації м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

- А. Кардіогенний шок.
- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Анафілактичний шок, абдомінальна форма.
- Д. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- Е. Спонтанний пневмоторакс.

5. Чоловік 44 р, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки, раптово відчув «кинджальний» біль у епігастральній області, який іррадіює у праве підребер'я та спину. Хворий лежить на правому боці, живіт утягнений, «дошко подібний», не бере участі в акті дихання; позитивні симптоми подразнення очеревини; перкуторно – зникнення печінкової тупості. Найбільш вірогідний попередній діагноз:

- А. Гострий холецистит.
- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Гострий апендицит.
- Д. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- Е. Гострий панкреатит.

6. Жінка 55 р., надмірної ваги, після святкування дня народження, відчула гострий біль у правій половині живота, який супроводжувався нудотою, блювотою, почуттям гіркоти у роті. При огляді – загальний стан середньої важкості. АТ 140/90 мм ртст, ЧСС 110/хв. Тони серця приглушені, діяльність ритмічна. Дихання везикулярне. При пальпації животу відчуває різку болісність в правому підребер'ї. Позитивні симптоми Ортнера, Курвуазьє. Ваш попередній діагноз:

- A. Гострий панкреатит.
- B. Жовчна колька.
- C. Гострий апендицит.
- D. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- E. Гострий панкреатит.

7. Хвора 62 р., звернулася до лікарні зі скаргами на інтенсивний біль у правій половині животу, який підсилюється при глибокому диханні та кашлі, сухий кашель та підвищення температури до 39 С. Хворіє 4 добу. При огляді: шкіра бліда, акроціаноз, ЧД – 32/хв., АТ 100/70 мм ртст, ЧСС – 110/хв. Під лопаткою справа тупий перкуторний звук, аускультативно – крепітація. При пальпації – зони болісності справа в проекції жовчного міхура. Печінка по краю реберної дуги. Який метод дослідження найдоцільніший у даному випадку ?

- A Оглядова рентгенографія ОГК.
- B. Ретроградна холецистографія.
- C. УЗД органів черевної порожнини.
- D. ЕФГДС.
- E. Діагностична лапароскопія.

8. Чоловік 44 р., після зловживання алкоголю відчув різкий оперізуючий біль у верхній ділянці живота, який супроводжувався багаторазовим блюванням без полегшення. Стан хворого важкий, шкіряні покрови бліді, покриті холодним потом, АТ 90/60 мм ртст, ЧСС – 110/хв. Живіт здутий, болісність при пальпації. Який показник є вирішальним для постановки діагнозу у даному випадку?

- A Нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво.
- B. Підвищення рівню глюкози крові.
- C. Гіперамілаземія .
- D. Гіперазотемія .
- E. Підвищення рівню АЛТ, АСТ.

9. Хворий 66 р., який страждає на тромбоз, поступив до прийомного відділення зі скаргами на інтенсивний переймоподібний біль у животі, біль нестерпний, дещо зменшується при колінно-ліктьовому положенні, багаторазове блювання. При огляді: стан пацієнта важкий, він блідий, вкритий холодним потом, ЧД 25/хв., АТ 80/40 мм ртст, ЧСС – 120/хв. Відмічається поширена болючість живота при пальпації, при аускультатії живота відсутня перистальтика. Ваш попередній діагноз:

- A. Гострий панкреатит.
- B. Тромбоз мезентеріальних судин.
- C. Печінкова колька.
- D. Гострий інфаркт міокарду .
- E. Гострий апендицит.

10. Хворий 44 р., отримувач лікування НПЗП з приводу реактивного артрит. Раптово відчув

різкий біль у верхній половині живота, нудоту. При огляді: язик сухий, обкладений білим нальотом. Дихання при аускультатії везикулярне. ЧД – 18/хв. Тони серця ясні. ЧСС – 90/хв., АТ – 110/70 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, болісний у верхній половині, симптоми подразнення очеревини відсутні. Який метод дослідження найдоцільніший у даному випадку?

- А. УЗД органів черевної порожнини.
- В. Ретроградна холецистографія.
- С. Оглядова рентгенографія ОГК.
- Д. ЕФГДС.
- Е. Діагностична лапароскопія.

Задачі.

1. У хворої з гіпертонічною хворобою раптово з'явився різкий біль в за грудиною, з іррадіацією в спину, що поширюється по хребту, виражену задиху, що різко наростає, запаморочення. Об-но: блідість шкіри. ЧП – 116/ хв., ритмічний, асиметрія на руках. АТ 90/50 мм.рт.ст., тони серця ослаблені, систоліастиолічний шум над аортою. В легенях везикулярне дихання, живіт м'який, не болючий.

- 1. Яке захворювання можна запідозрити?
- 2. Які додаткові методи обстеження необхідно застосувати у даному випадку?

2. У хворого Р. 33 років на виразкову хворобу 12-палої кишки на фоні вираженого загострення захворювання раптово виник "кинжальний" біль в епігастрії. Об'єктивно визначаються симптоми подразнення очеревини, зникнення печінкової тупості; рентгенологічне – вільне повітря в черевній порожнині.

- 1. Яке ускладнення хвороби розвилось у пацієнта?
- 2. Яку невідкладну допомогу потребує хворий?

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

- 1. Який найбільш вірогідний діагноз?
- 2. Яку невідкладну допомогу потребує хвора?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

- 1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуювання змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
- 2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
- 3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022.

— 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 40

Тема: Невідкладні стани у клініці військової медицини

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта при невідкладних станах у клініці військової медицини; навчитись встановлювати попередній діагноз, проводити диференційний діагноз і встановлювати клінічний діагноз захворювання у хворого при невідкладних станах у клініці військової медицини; діагностувати невідкладні стани у пацієнтів при невідкладних станах у клініці військової медицини; визначити тактику і надати невідкладну медичну допомогу хворому з при невідкладних станах у клініці військової медицини; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у пацієнтів при невідкладних станах у клініці військової медицини.

Основні поняття: характеристика терапевтичної патології на війні і при катастрофах природного і техногенного характеру; особливості організації терапевтичної допомоги в локальних війнах, у збройних конфліктах і при катастрофах природного і техногенного характеру; принципи медичного сортування та організації екстреної медичної допомоги пораненим, ураженим і хворим на етапах евакуації; особливості лікувально-евакуаційного забезпечення при вогнепальних пораненнях, опіках, відмороженнях та радіаційних поразках; особливості лікувально-евакуаційного забезпечення при ураженні бойовими отруйними речовинами і отруєнні отруйними технічними рідинами; особливості проведення детоксикаційної терапії на етапах евакуації при гострих отруєннях; особливості проведення антидотної терапії на етапах евакуації при ураженні бойовими отруйними речовинами; особливості патогенетичної і симптоматичної терапії при пораненнях, ураженнях і захворюваннях; особливості виникнення, перебігу та лікування захворювань внутрішніх органів у воєнний час.

План:

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

1. Характеристика терапевтичної патології на війні і при катастрофах природного і

техногенного характеру.

2. Особливості організації терапевтичної допомоги в локальних війнах, у збройних конфліктах і при катастрофах природного і техногенного характеру.

3. Принципи медичного сортування та організації екстреної медичної допомоги пораненим, ураженим і хворим на етапах евакуації.

4. Особливості лікувально-евакуаційного забезпечення при вогнепальних пораненнях, опіках, відмороженнях та радіаційних поразках.

5. Особливості лікувально-евакуаційного забезпечення при ураженні бойовими отруйними речовинами і отруєнні отруйними технічними рідинами.

6. Особливості проведення детоксикаційної терапії на етапах евакуації при гострих отруєннях.

7. Особливості проведення антидотної терапії на етапах евакуації при ураженні бойовими отруйними речовинами.

8. Особливості патогенетичної і симптоматичної терапії при пораненнях, ураженнях і захворюваннях.

9. Особливості виникнення, перебігу та лікування захворювань внутрішніх органів у воєнний час.

10. Організація кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги пораненим, ураженим і хворим.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. В основу медичного сортування поранених, уражених і хворих береться:

- А. Встановлення діагнозу захворювання (ураження) і його прогнозу
- В. Стан пораненого (хворого) і потреба в евакуації на наступні етапи
- С. Тяжкість поранення (захворювання)
- Д. Терміновість надання медичної допомоги
- Е. Терміновість проведення лікувальних та евакуаційних заходів

2. Захворюваннями, що найбільш утрудняють проведення рятувальних робіт у зоні надзвичайних ситуацій є:

- А. Простудні захворювання
- В. Особливо небезпечні інфекції
- С. Серцево-судинні захворювання
- Д. Захворювання легень
- Е. Захворювання шкіри та підшкірної клітковини

3. При вкрай важкому ступені гострої променевої хвороби в перші три доби призначають:

- А. Протиблювотні
- В. Заспокійливі
- С. Засоби для боротьби з колапсом і гіпотонією
- Д. Радіопротектори
- Е. Патогенетична і симптоматична терапія

4. У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалого населення передбачено розгортання:

- А. Двох етапів медичної евакуації
- В. Чотирьох етапів медичної евакуації
- С. Одного етапу медичної евакуації

- D. Трьох етапів медичної евакуації
 - E. Усі відповіді правильні
5. На госпітальному етапі медичної евакуації передбачається надання:
- A. Долікарської і першої лікарської медичної допомоги
 - B. Кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги
 - C. Першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги
 - D. Долікарської та кваліфікованої медичної допомоги
 - E. Усі відповіді правильні
6. Вкажіть подальше евакуаційне призначення ураженого з гострою променевою хворобою III (важкого) ступеню, після купірування проявів первинної реакції в МПП:
- A. Підлягає евакуації на етап кваліфікованої медичної допомоги, санітарним транспортом в положенні сидючи в I чергу.
 - B. Підлягає евакуації на етап спеціалізованої медичної допомоги, санітарним транспортом в положенні лежачи в I чергу.
 - C. Підлягає евакуації на етап кваліфікованої медичної допомоги, загальним транспортом в положенні сидючи в I чергу
 - D. Підлягає евакуації на етап кваліфікованої медичної допомоги загальним транспортом в положенні сидючи в II чергу.
 - E. Підлягає подальшому лікуванню в МПП
7. Пари хлору та аміаку викликають:
- A. Збудження і ейфорію
 - B. Подразнення верхніх дихальних шляхів
 - C. Сльозотеча
 - D. Ларингоспазм
 - E. Токсичний набряк легень
8. Медичне сортування починається:
- A. На місці аварії чи катастрофи
 - B. У закладі надання спеціалізованої медичної допомоги
 - C. Під час транспортування уражених до медичного закладу
 - D. У місці первинного збору постраждалих
 - E. У медичних закладах загального профілю
9. Антидотом при отруєнні фосфорорганічними сполуками є:
- A. Сірчано-кисла магнезія
 - B. Атропін
 - C. Розерін
 - D. Тіосульфатнатрію
 - E. Унітіол
10. Оптимальним терміном надання першої лікарської допомоги ураженим є:
- A. Можливість надавати в будь-які терміни;
 - B. Перші 3 години;
 - C. Перші 6 годин;
 - D. Перші 9 годин
 - E. Перші 12 годин;

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm

Практичне заняття № 41

Тема: Особливості ведення важкохворих, інкурабельних пацієнтів. Методика оцінки стану пацієнта. Планування лікування та догляду. Психологічні, духовні та соціальні питання паліативної допомоги інкурабельним хворим та їхнім близьким

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження важкохворих, інкурабельних пацієнтів; оволодіти принципами лікування, рекомендаціями зміни способу життя при веденні важкохворих, інкурабельних пацієнтів; навчитись діагностувати невідкладні стани у важкохворих, інкурабельних пацієнтів та оволодіти тактикою надання невідкладної медичної допомоги; вміти виконувати лікувальні маніпуляції у важкохворих, інкурабельних пацієнтів.

Основні поняття: створення хоспісної допомоги в історичному аспекті; визначення хоспісу, як лікувального закладу; структура хоспісу; принципи надання медичної допомоги в умовах

хоспісу. Статут хоспісу; особливі вимоги до персоналу хоспісу; види застосовуваного знеболювання в хоспісній допомозі; поняття «триступеневої системи знеболювання»; особливості етико-деонтологічних відносин лікаря і пацієнта в практиці хоспісу; хоспісна допомога в педіатрії; амбулаторно-поліклінічна ланка в структурі хоспісної допомоги.

План:

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

1. Поняття паліативної медицини. Концепція, структура, види паліативної допомоги.
2. Значення паліативної медицини для охорони здоров'я.
3. Медичні заклади, що надають паліативну допомогу, основні принципи їх роботи, критерії відбору контингенту хворих, які потребують паліативної допомоги.
4. Методика оцінки стану пацієнта. Планування лікування та догляду
5. Особливості ведення тяжко хворих, інкурабельних пацієнтів.
6. Паліативна допомога при синдромі хронічного болю. Методи усунення болю.
7. Паліативна допомога інкурабельним онкологічним хворим.
8. Аспекти паліативної допомоги хворим з вірусом імунодефіциту.
9. Невідкладні стани у контексті невиліковного захворювання та близької смерті.
10. Психологічні, соціальні та духовні аспекти паліативної допомоги.
11. Етико-деонтологічні особливості спілкування з безнадійними хворими та їх родичами

2. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. Принципи контролю за болем:

- А. Лікувати самого пацієнта.
- Б. Лікувати біль за потреби.
- В. Правда на боці медичного працівника.
- Г. Полегшити біль у хворого тільки під час відпочинку.
- Д. Реакція пацієнта на біль не важлива.

2. Ад'юванти – препарати різних фармакологічних груп, які часто використовуються в комплексній знеболювальній терапії, крім:

- А. Протисудомні
- Б. Діуретики
- В. Глюкокортикостероїди
- Г. Транквілізатори
- Д. Антигістамінні

3. Для зменшення інтенсивності болю при метастатичному ураженні скелета, пухлинах м'яких тканин показано :

- А. Призначення спазмолітичних препаратів ;
- Б. Призначення протисудомних препаратів;
- В. Модифікація стилю життя з курсовим призначенням знеболюваних препаратів.
- Г. Постійне прийманням анальгетиків периферійної дії
- Д. Призначення нестероїдних протизапальних препаратів

4. Визначають таку інтенсивність синдрому хронічного болю у невиліковних хворих , окрім:

- А. Найсильніший біль
- Б. Помірний біль
- В. Легкий біль

- Г. Сильний біль
- Д. Пекучий біль

5. До мінімального об'єму рутинного обстеження хворого з синдромом хронічного болю відносять усі, крім:

- А. Добове моніторування АТ
- Б. Анамнез хвороби та життя
- В. Повне фізикальне обстеження
- Г. Лабораторне обстеження (холестерин, креатинин, загальний білок, глюкози, мікроскопії сечі).
- Д. ЕКГ, ЕхоКГ.

6. Виберіть найбільш вірну тактику ведення інкурабельних хворих з ХБС:

- А. Призначення знеболювальних препаратів тільки у момент болю
- Б. Призначення знеболювальних препаратів короткими курсами превентивно
- В. Модифікація стилю життя з курсовим призначенням препаратів.
- Г. Модифікація стилю життя з постійним прийманням одного препарату або комбінації
- Д. Дозуанальгетика слід підбирати індивідуально

7. При сильному больовому синдромі хворому на рак доцільно призначити:

- А. Анальгетик периферійної дії + ад'ювантна терапія;
- Б. Морфін + ад'ювантна терапія;
- С. Аспірин/кодеїн + ад'ювантна терапія;
- Д. Трамадол + ад'ювантна терапія;
- Е. Снодійні + ад'ювантна терапія.

8. При гіпертензивному кризі пацієнтові, коли немає можливості внутрішньовенно ввести ліки, можна:

- А. Дати сублінгвально нітрати, каптоприл тощо;
- Б. Дати перорально нітрати, каптоприл тощо;
- С. Дати перорально кордіамін, мезатон;
- Д. Увести у вигляді клізми розчин перлінганіту;
- Е. Увести у вигляді клізми розчин наніпрусу.

9. Особливістю перебігу стенокардії у невиліковних хворих похилого віку є:

- А. Поступовий початок;
- Б. Раптовий початок;
- С. Виражений больовий синдром;
- Д. Коротка тривалість нападу;
- Е. Яскраве емоційне забарвлення нападу.

10. У будь-який період інфаркту міокарда може виникнути:

- А. Інсульт;
- Б. Синдром Дресслера;
- С. Кардіогенний шок;
- Д. Гіпертензивний криз;
- Е. Гіпертермічна реакція.

Ситуаційні задачі

1. Чоловік 60 р., більше 10 р. хворіє на гіпертонічну хворобу. В минулому році переніс інфаркт міокарду. Інвалід II гр. Постійно приймає 30 мг нітросорбиду. При огляді стан важкий, акроціаноз, набрякання судів шиї, задишка при незначному фізичному навантаженні (хода на відстань до 100 м), набряки гомілок та стоп, здебільше ввечері. Над легеньми – жорстке дихання. Серце збільшене у розмірі за рахунок зміщення лівої границі назовні, тони серця приглушені, над верхівкою – систолічний шум, акцент II тону над аортою. ЧСС – 96 уд. За 1 хв., діяльність ритмічна. АТ – 130/90 мм рт. ст. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги.

На ЕКГ – рубцьові зміни у передньо-перетинній області, гіпертрофія міокарду лівого шлуночка. Загальноклінічні аналізи крові та сечі – без патології.

1. Вкажіть причину нормалізації АТ у цього хворого?

- А. Використання нітратів
- В. Перенесений інфаркт міокарду
- С. Зниження фізичної навантаження
- Д. Звичайний перебіг ГХ
- Е. Вік хворого

2. Яке дообстеження треба виконати?

3. Призначте лікування.

2. Хвора 50 р. звернулася до поліклініки зі скаргами на напади головного болю, який супроводжується серцебиттям, блюванням, підвищенням т т тіла, м'язовою слабкістю, частим сечовипусканням після закінчення нападу. Хворіє 20 р., за останній рік напади почастишали, схудла на 14 кг. Об'єктивно: Серце збільшене у розмірах за рахунок лівої межі відносної серцевої тупості на 3 см назовні. Тони серця гучні, систолічний шум над верхівкою і аортою, акцент II тону над аортою. Пульс ритмічний, ЧСС - 94 за 1 хв. АТ під час кризи 280/140 мм рт. ст., в міжкризовому періоді – 130/80 мм рт. ст. Інші органи – без особливостей. Аналіз крові – без особливостей, але під час кризи глюкоза крові ↑ до 12,9 ммоль/л, лейкоцити крові – до 18,0 Г/л. У добовім об'ємі сечі (після кризи) – підвищення рівня адреналіну, норадреналіну. Консультація окуліста – артерії сітківки різко звужені.

1) Які захворювання має місце у цієї пацієнтки?

- А. Ізольована систолічна АГ
- В. Первинний гіперальдостеронізм
- С. Діабетична нефропатія, симптоматична АГ
- Д. Феохромоцитома
- Е. ГХ III ст., злоякісний перебіг.

2) Яке дообстеження треба зробити?

3) Приймання якої групи препаратів найбільш патогенетично обґрунтовано?

4. **Підбиття підсумків:** узагальнення теми, оцінювання здобувачів, обговорення завдання на наступну тему

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

Основна:

- 1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактуються змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-те вид., доп. і перероб. – Вінниця: видавець Костюшин В.В. 2023. - 799 с.
- 2. Сучасні додаткові методи обстеження серцево-судинної системи : навч. посіб. / Ю. М. Мостовий [та ін.] ; ред. Ю. М. Мостовий ; Вінниця. ВНМУ ім. М. І. Пирогова. – Львів : Марченко Т. В., 2022. – 287 с. : іл.

3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).

4. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. — 2-ге вид. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2022. — 584 с. + 6 с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).

Додаткова:

1. Harrison's Principles of Internal Medicine Self-Assessment and Board Review, 20th Edition 20th Edition.- (August 13, 2021). - 736 pages

Електронні інформаційні ресурси:

- <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
- www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / AmericanMedicalAssociation
- www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
- www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
- <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
- <https://www.dec.gov.ua/>
- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
- http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm