

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 САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
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:

Крижановський Юрій Миколайович, к.мед.н., доцент

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

Потапчук Олександр Васильович, к.мед.н., доцент

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

Бондаренко Ольга Віталіївна, асистент

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

Ухань Вікторія Вікторівна, асистент

Тема 1. Ведення хворого з артеріальною гіпертензією

Мета:

1. Дати визначення артеріальної гіпертензії, резистентної гіпертензії, злоякісної гіпертензії.
2. Назвати сучасну класифікації АГ за ступенем, стадією, ризиком по шкалі SCORE.
3. Привести приклад хворого дуже високого ризику, назвати фактори ризику, які можна модифікувати.
4. Пояснити механізми дії основних п'яти груп препаратів
5. Назвати основні протипоказання та побічні дії гіпотензивних препаратів.
6. Виконати вимірювання артеріального тиску, пальпацію області серця, визначення розмірів серця перкуторно.
7. Оцінити результати наступних методів дослідження: ДМАТ, ЕКГ, Холтер-моніторування, Ехо-КС, УЗД брахіоцефальних артерій, Ankle-brachial Index, ліпідограми, екскреторної функції нирок, глюкози натще.
8. Обрати тактику гіпотензивної терапії у хворого з супутньою стенокардією, цукровим діабетом, фібриляцією передсердь, ХСН, бронхообструкцією, порушенням АВ-провідності, значним порушенням ниркової функції.

Основні поняття: Основні захворювання та стани, що супроводжуються артеріальною гіпертензією: есенціальна та вторинні артеріальні гіпертензії, зокрема, ниркові (реноваскулярна, ренопаренхіматозна); ендокринні (синдром і хвороба Іценко-Кушинга, феохромоцитома, первинний гіперальдостеронізм, тиреотоксикоз); коарктація аорти, ізольована систолічна артеріальна гіпертензія, артеріальна гіпертензія при вагітності. Диференціально-діагностичне значення клінічних проявів і даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження. Алгоритм диференціальної діагностики. Тактика ведення хворого. Немедикаментозне та медикаментозне лікування основних захворювань, що супроводжуються артеріальною гіпертензією. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз і працездатність.

План

1. Теоретичні питання

1. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 30 Aug 2021
2. International Society of Hypertension (2020) Hypertension Clinical Practice Guidelines (ISH, 2020). Medscape, May 29.
3. Unger T., Borghi C., Charchar F. et al. (2020) 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension, 75(6): 1334–1357. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
4. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних», 2021.
5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред. В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. О.С. Сичова –5-те вид., перероблене і доповнене – К.: МОРІОН, 2021. – 320стр.
6. 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. Питання для самоконтролю (перелік питань):

1. Дайте визначення поняття артеріальної гіпертензії.
2. Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
3. Основні клінічні ознаки артеріальної гіпертензії.
4. Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
5. Основні критерії диференціальної діагностики артеріальної гіпертензії.
6. Основні принципи лікування.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Термін	Визначення
АГ	
Есенціальна АГ (первинна АГ або гіпертонічна хвороба)	
Вторинна (симптоматична) АГ	
Злоякісна АГ	
Гіпертензивний криз	

3. Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Клінічна задача N1.

Хворий К., 63 років, поступив в кардіологічне відділення зі скаргами на інтенсивні головні болі в потиличній області пульсуючого характеру, супроводжуються нудотою, одноразовою блювотою, запамороченням, появою «мушок» перед очима.

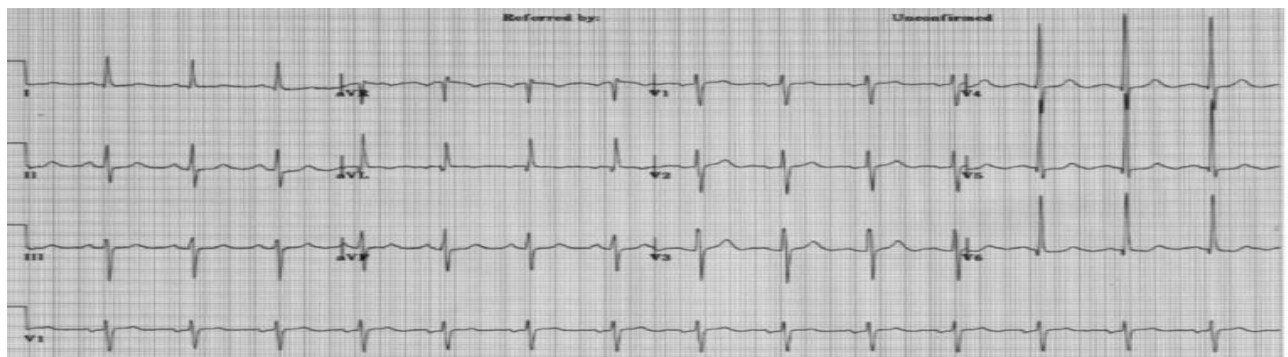
Перераховані вище симптоми турбували раніше при сильних психоемоційних навантаженнях. За медичною допомогою не звертався, не лікувався.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хворий декілька збуджений, переляканий. Шкіра чиста, підвищеної вологості, відзначається гіперемія обличчя і шиї. Над легенями - везикулярне дихання, хрипів немає. Пульс - симетричний, напружений, 92 уд. / хв., АТ - 200/100 мм рт. ст. Межі серця - ліва - на 1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії. Серцеві тони звучні, ритмічні, акцент II тону на аорті. ЧСС - 92 уд. / хв. Живіт м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Симптом поколачування поперекової області негативний з обох сторін.

Набряків немає.

Результати додаткового обстеження:

1. ЕКГ - додається.
2. Очне дно - звуження артерій і вен, звивистість судин Салюс - П.
3. Аналіз сечі - уд. вага - 1018, білка немає, цукру немає, л. - 1-3 в п / зр.
4. Гіпертрофія лівого шлуночка, ознаки гіперкінетичного типу гемодинаміки.
5. Загальний аналіз крові: Нв - 132 г / л, еритроцити - $4,5 \times 10^{12}$ / л, л. - $6,0 \times 10^9$ / л, к.п. - 0,9; е. - 1, п. - 4, с. - 66, л. - 24, м. - 5, ШОЕ - 6 мм / год.
6. Глюкоза крові - 4,5 ммоль / л.



Питання.

1. Сформулювати діагноз.
2. Скласти план обстеження.
3. Визначити тактику лікування

Клінічна задача 2

Хворий С., 46 років, пред'являє скарги на головний біль, переважно в потиличній області, миготіння мушок перед очима після фізичного або психоемоційного перенапруження.

З анамнезу захворювання: вищезгадані скарги фіксуються протягом останніх 2-3 років. Підчас щоденного попереднього медогляду зареєстровано підвищення артеріального тиску 170/95 мм рт.ст. Раніше по медичну допомогу не звертався, не обстежувався, лікарські препарати не приймав.

Анаамнез обтяжений з боку батька по АГ. Курить: 1 пачка цигарок на день.

Об'єктивно: Вага 98 кг, зріст 175 см. Шкіра гіперемована. Набряків немає. Дихання везикулярне, хрипів немає. При пальпації серця - верхівковий поштовх розлитий, посилений піднімається. Кордони відносної серцевої тупості: права – на 1,5 см праворуч від правого краю грудини, верхня – III ребро, ліва – по лівій СКЛ. Тони серця приглушені, ритм правильний, акцент II тону над аортою при аускультатії. ЧСС 72 уд/хв. АТ 180/110 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Розміри печінки по Курлову 10×9×6 см. Симптом побивання негативний з обох боків. Гомілки пастозні.

Дані додаткових методів дослідження:

1. ЗАК: без особливостей
2. ЗАС: без особливостей
3. Біохімія крові: Загальний холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС ЛПНЩ – 2,6 ммоль/л, ХС ЛВЩ – 0,8 ммоль/л; цукор крові – 5,5 ммоль/л, креатинін – 0,09 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л.
4. ЕКГ – ЧСС-82 за хв. Електрична вісь зміщена вліво. Ознаки ГЛШ.

Запитання:

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Трактуйте дані огляду та аналізів
3. Тактика ведення пацієнта

Тестові завдання для самоконтролю:

Варіант 1	Варіант 2	Варіант 3.
1. Який з наведених препаратів є інгібітором ангіотензинперетворювального ферменту? А. Пропранолол В. Альфа-метилдофа С. Гідралазин D. Гідрохлортіазид Е. Еналаприл	1. Який з перерахованих препаратів відноситься до антигіпертензивних препаратів другої лінії? А. Гідрохлортіазид В. Ніфедипін С. Еналаприл D. Метопролол Е. Альфа-метилдофа	1. Який з наведених препаратів є β-адреноблокатором? А. Бісопролол В. Альфа-метилдофа С. Гідралазин D. Гідрохлортіазид Е. Еналаприл
2. Верхня межа норми діастолічного АТ: А. 80 мм рт. ст. В. 84 мм рт. ст. С. 89 мм рт. ст. D. 94 мм рт. ст. Е. 99 мм рт. ст.	2. Яка з наведених клінічних ознак/симптомів характеризує ускладнений гіпертензивний криз? А. Головний біль В. Біль в ділянці серця С. Запаморочення D. Серцева астма Е. Виражене серцебиття	2. Який з перерахованих препаратів відноситься до препаратів першої лінії в лікуванні АГ? А. Моксонідин В. Доксазозин С. Верапаміл D. Гідралазин Е. Метилдопа
3. Верхня межа норми систолічного АТ: А. 119 мм рт. ст. В. 139 мм рт. ст.	3. Який з перерахованих антигіпертензивних препаратів є препаратом вибору у хворих на	3. До найбільш частих побічних ефектів інгібіторів АПФ відносять: А. Гіпокаліємію

C. 154 мм рт. ст. D. 159мм рт. ст. E. 179 мм рт. ст.	гіпертонічну хворобу у поєднанні із стенокардією? A. Метопролол B. Гідрохлортіазид C. Клофелін D. Альфа-метилдофа E. Раунатин	B. Гіперхолестеринемію C. Гіперглікемію D. Гіпертригліцеридемію E. Сухий кашель
4. Мікроальбумінурія – це втрата білка з сечею: A. 5-15 мг/добу B. 30-300 мг/добу C. 30-40 мг/добу D. 2-5 мг/добу E. 500-700 мг/добу	4. Тактика при неускладненому гіпертензивному кризі: A. Госпіталізація обов'язкова в терапевтичне відділення B. Госпіталізація не обов'язкова C. Госпіталізація обов'язкова у відділення інтенсивної терапії D. Госпіталізація обов'язкова в кардіологічне відділення E. Необхідно знижувати АТ протягом однієї години	4. Для III стадії АГ характерна наявність: A. Гіпертрофії міокарда ЛШ B. Генералізованого звуження артерій сітківки C. Мікроальбумінурії D. Набряку диску зорового нерва E. Протеїнурії

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 2. Ведення хворого з порушеннями серцевого ритму.

Мета: здобути комунікативні навички та навички клінічного обстеження пацієнта з порушенням серцевого ритма; вміти встановити попередній діагноз, провести диференційний діагноз і визначити клінічний діагноз захворювання у хворого з порушенням серцевого ритма; 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Перерахувати класифікації аритмій по анатомічному принципу, за основними електрофізіологічних механізмами, за порушенням функцій провідної системи серця, за характером перебігу.
2. Характеристика захворювань, що супроводжуються аритміями.
3. Клінічні прояви аритмій і їх ускладнення
4. Лабораторне та інструментальне обстеження хворих з аритміями.
5. Медикаментозні і немедикаментозні методи лікування аритмій. Класифікація антиаритмічних препаратів.

Клас, група		Електрофізіологічний механізм	Препарати	Можливі побічні дії
IA	Блокатори натрієвих каналів	Помірно виражене пригнічення деполяризації, подовження реполяризації	Хінідин, новокаїнамід, дізопірамід	
IB				
IC				
II				

III				
IV				

3. Діагностичні можливості та показання до застосування холтерівського моніторування, інвазивного та неінвазивного ЕФД провідної системи серця, вагусних і фармакологічних проб, навантажувальних ЕКГ-проб, ехокардіографії (ЕхоКГ), рентгенівських методів.
4. Сучасні методи інтервенційного і кардіохірургічного лікування аритмій. Можливості та основні режими ЧСЕС, електроімпульсної терапії. Імплантуємі пристрої. Радіочастотна абляція.
5. Електрокардіографічні ознаки нормального синусового ритму, порушення синусового ритму.
6. Електрокардіографічні і клінічні ознаки екстрасистолій (особливості парасистолії на СРС) та основні принципи лікування.
7. Фібриляція і тріпотіння передсердь - особливості клініки, діагностика, ЕКГ ознаки, алгоритми лікування.
8. Первинна та вторинна профілактика аритмій.
9. Прогноз і працездатність хворих з аритміями.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тести.

1. Пацієнт 72 років, з інфарктом міокарда в анамнезі без зубця Q, скаржиться на серцебиття, задуху при помірному фізичному навантаженні. Об'єктивно: ритм серцевої діяльності неправильний, ЧСС - 96/хв., тони серця ослаблені, систолічний шум над аортою, ЧД - 16/хв. На ЕКГ: відсутність зубців Р в усіх відведеннях, різні інтервали R-R, хвилі f найкраще виражені у V1. Про яке порушення ритму серцевої діяльності слід думати?

- A. Фібриляцію передсердь
- B. Шлуночкову екстрасистолію
- C. Передсердну екстрасистолію
- D. Атріовентрикулярну блокаду
- E. Неповну блокаду правої ніжки пучка Гіса

2. Чоловік 47 років, скаржиться на перебої, напади серцебиття щодня без видимої причини. Об'єктивно: маса тіла підвищена. Межі серця розширені вліво на 1 см, тони ослаблені, ЧСС і пульс - 58/хв., АТ - 140/80 мм рт. ст. ЕКГ без патології. Аналіз крові і сечі без змін. Які дослідження слід провести для вибору лікувальної тактики?

- A. Пробу з дипіридамолом
- B. Пробу з атропіном
- C. Холтерівський моніторинг
- D. Велоергометрію
- E. Доплерівську ехокардіографію

3. Хвора 46 років, скаржиться на раптові напади серцебиття, які супроводжуються пульсацією в ділянці шиї і голови, страхом, нудотою. Серцебиття триває 15-20 хвилин, минає при затримці дихання з натугою. Про яке порушення серцевої діяльності можна думати у хворої?

- A. Напад фібриляції передсердь
- B. Напад шлуночкової пароксизмальної тахікардії
- C. Напад тріпотіння передсердь
- D. Напад надшлуночкової пароксизмальної тахікардії
- E. Напад екстрасистолічної аритмії

4. Хворий 36 років, звернувся до дільничного лікаря зі скаргами на раптово виникаючі при фізичному навантаженні серцебиття, задишку. У 18 років лікувався з приводу гострої ревматичної лихоманки. При аускультатії над верхівкою серця вислуховується тричленний ритм, хлопаючий I тон, і діастолічний шум з пресистолічним посиленням. Яке порушення

ритму вірогідніше розвивається у хворого?

- A. Синусова тахікардія
- B. Фібриляція передсердь
- C. Суправентрикулярна тахікардія,
- D. Шлуночкова тахікардія
- E. Вузлова тахікардія

5. Хворий 45 років з інфарктом міокарда у ділянці передньої стінки лівого шлуночка, відчув «завмирання» у роботі серця, посилилась слабкість. На ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС – 78/хв. Періодично з'являється по 2-3 розширених шлуночкових комплекси тривалістю більш 0,18 сек., неправильної, поліморфної форми, після яких відмічаються повні компенсаторні паузи. Яке ускладнення інфаркту міокарда має місце?

- A. Внутрішлуночкова блокада
- B. Передсердна екстрасистолія
- C. Вузлова екстрасистолія
- D. Шлуночкова тахікардія
- E. Шлуночкова екстрасистолія

6. Чоловік 52 років, інженер за професією, скаржиться на періодичну появу нападів серцебиття, які тривають 3-8 хвилин, а потім самостійно проходять. Повторні огляди та ЕКГ-дослідження не зафіксували порушення ритму. Який із спеціальних методів діагностики порушень ритму слід провести хворому в першу чергу?

- A. Велоергометричне дослідження
- B. Черезстравохідну електростимуляцію серця
- C. Холтеровський моніторинг ЕКГ
- D. Внутрішньосерцеве електрофізіологічне дослідження
- E. Пробу з дозованим фізичним навантаженням на тредмілі

7. Чоловік 74 років, звернувся до терапевта зі скаргами на повільне виділення сечі слабким струменем. З боку серця скарг не мав. При обстеженні виявлено фібриляцію передсердь з ЧСС 72/хв., без дефіциту пульсу. Ознаки серцевої недостатності відсутні. ЕКГ підтверджує наявність фібриляції передсердь. З анамнезу відомо, що аритмію знаходили три роки тому. Якою повинна бути тактика терапевта відносно лікування фібриляції передсердь?

- A. Дигоксин
- B. Аспірин
- C. Верапаміл
- D. Пропранолол
- E. Варфарин під контролем МНС (2,0-3,0)

8. У чоловіка, який перший день знаходиться в палаті інтенсивної терапії з приводу гострого інфаркту міокарда, на ЕКГ з'явилися шлуночкові екстрасистолі, 10-15/хв., інколи парні, недовгі "пробіжки" шлуночкової тахікардії. У цій ситуації найбільш корисно ввести:

- A. Кордарон
- B. Новокаїнамід
- C. Лідокаїн
- D. Верапаміл
- E. Анаприлін

9. У хворого 60 років, який переніс торік інфаркт міокарда, відзначаються задишка, кашель, набряки на ногах, фібриляція передсердь, стенокардія. У процесі стандартного лікування виявилася стійка бігемінія, підсилилася кардіалгія. На ЕКГ: зсув ST вниз від ізолінії. Симптоми, що з'явилися, можуть бути у першу чергу обумовлені:

- A. Передозуванням дигоксину
- B. Прогресуванням ІХС
- C. Передозуванням інгібіторів АПФ
- D. Передозуванням бета-адреноблокаторів
- E. Недостатньою дозою діуретиків

10. У хворой 55 років з діагнозом варіантної (вазоспастичної) стенокардії часті парні шлуночкові екстрасистолі. Одержує аміодарон у підтримуючій дозі 400 мг на добу.

Функцію якого органа необхідно контролювати?

- A. Шлунка
- B. Нирок
- C. Підшлункової залози
- D. Печінки
- E. Щитовидної залози

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хвора 52 років була прооперована з приводу мітральної вади серця з протезуванням клапана. Несподіванно вночі з'явилося відчуття серцебиття. Об'єктивно: ШЗЕ -26 мм/год. Лейкоцити – 9,8 Г/л. СРБ - ++. АТ - 135/80 мм рт. ст., ЧСС - 108/хв., пульс - 88/хв. На ЕКГ: Р відсутній, QRS без змін, PR = 0,88-0,60 сек., хвилі f.

- Сформулювати попередній діагноз.
- Призначити невідкладну терапію для відновлення серцевого ритму.
- Скласти план обстеження хворої.
- Призначити лікування хворої.

2. Жінка 27 років, скаржиться на напади серцебиття, що супроводжуються запамороченням, задишкою і ниючим болем в області верхівки серця. Хворіє біля 10-ти місяців. На початку напади відзначалися 1-2 рази на місяць, були короткочасними. Останнім часом напади почастишали. Об'єктивно: тони серця звучні, ритмічні. ЧСС - 80/хв., АТ - 120/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. ЕКГ хворого в міжприступний період подана на рисунку.



На ЕКГ під час приступу: ЧСС - 180/хв., зубець Т зливається з Р.

- Який вид аритмії діагностується у хворої?
- Як проводити профілактику та лікування пароксизмів тахікардії у таких хворих?
- Які показання для хірургічного лікування таких станів?

3. Хвора 28 років, в анамнезі пролапс мітрального клапану. Індекс маси тіла 34,5 кг/м². Для зменшення ваги тривалий час приймала комбіновані препарати з сечогінним ефектом. Протягом останнього тижня тричі виникали напади раптового болю за грудиною, супроводжувались серцебиттям, запамороченням, тривали кілька хвилин. Проведено добове моніторування ЕКГ, яке під час чергового нападу зареєструвало наступні зміни протягом 75 секунд:



- Охарактеризуйте виявлені поліморфні шлуночкові порушення ритму.
- Які причини та медичні препарати можуть провокувати такий вид аритмії?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 3. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

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.

2. Питання для самоконтролю

1. Назвіть хвороби, що можуть ускладнюватись порушеннями ритму.
2. Назвіть ЕКГ-критерії наступних порушень: SA-блокада, AV-блокада I, II, III ст., БЛНПГ, БПНПГ.
3. Назвіть відмінності між БЛНПГ та БПНПГ.
4. Назвіть клінічні прояви вищезазначених порушень ритму.
5. Проведіть наступні практичні навички: збір скарг та анамнезу, пальпація та визначення властивостей пульсу, аускультация серця.
6. Вкажіть, з якою метою призначаються інструментальні дослідження пацієнта з порушенням провідності: ЕКГ, Холтер-моніторування, Ехо-КС.
7. Назвіть основні препарати, що використовуються для лікування AV-блокади II та III ступеню.
8. Назвіть тактику ведення AV-блокади в залежності від її ступеню.
9. Виберіть тактику ведення хворого з БЛНПГ в залежності від давності виникнення змін. Критерії Сгарбосса та Сміта (CPC).
10. Перерахуйте показання для тимчасової та постійної кардіостимуляції.
11. Назвіть показання для імплантації ШВР.
12. Назвіть режими роботи, однокамерні-двокамерні ЕКС (CPC)
13. Визначте прогноз та працездатність у хворих з наступними порушеннями провідності: SA-блокада, AV-блокада I, II, III ст., БЛНПГ, БПНПГ.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий 70 років, скаржиться на періодичні напади судом, які супроводжуються болями в ділянці серця, слабкістю, запамороченням. Об'єктивно: акроціаноз, пульс - 38/хв., ритмічний, АТ - 150/90 мм рт. ст. Межі серця розширені вліво. Над верхівкою змінюється звучність I тону, періодично визначається "гарматний тон" Стражеска. На ЕКГ: передсердні і шлуночкові комплекси виникають в незалежному один від одного правильному ритмі. Який найбільш імовірний діагноз?
А. Синоаурикулярна блокада
В. Повна атріовентрикулярна блокада
С. Синдром слабості синусового вузла
D. Синусова брадикардія
Е. Епілепісія
2. Жінка 62 років, скаржиться на відчуття перебоїв у роботі серця, періодичне серцебиття, зниження працездатності, загальну кваліть. Погіршення стану відзначає протягом декількох місяців. Звернутись до лікаря змусив епізод запаморочення з нетривалою втратою свідомості напередодні. Об'єктивно: пульс - 52/хв., аритмічний. При аускультатії шумів не виявлено. На ЕКГ: ритм синусовий, неправильний, інтервал P-Q=0,20 с, QRS=0,08 с, поступове зменшення інтервалу R-R з наступним випадінням PQRST. Яка найбільш імовірна причина даного стану?
А. Атріовентрикулярна блокада II ступеня
В. Атріовентрикулярна блокада I ступеня
С. Синоаурикулярна блокада II ступеня
D. Атріовентрикулярна блокада III ступеня
Е. Трифасцикулярна блокада ніжок пучка Гіса
3. Хворий 70 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, короточасні періоди непритомності, біль в ділянці серця. Аускультативно: ЧСС - 40/хв., тони серця ритмічні, I тон ослаблений, періодично значно посилюється. АТ - 180/90 мм рт. ст. Що є найбільш імовірною причиною гемодинамічних порушень у хворого?
А. Брадисистолічна форма фібриляції передсердь

- В. Атріовентрикулярна блокада I ступеня
- С. Атріовентрикулярна блокада III ступеня
- Д. Синусова брадикардія
- Е. Повна блокада лівої ніжки пучка Гіса

4. У чоловіка 72 років, зі слів родичів, тричі відзначалася втрата свідомості. Об'єктивно: ЧСС - 42/хв., АТ - 160/70 мм рт. ст. На ЕКГ: частота РР - 80/хв., частота RR - 42/хв., ритм правильний. Яке порушення провідності має місце у хворого?

- А. АВ-блокада II ступеня
- В. Синоаурикулярна блокада I ступеня
- С. Синоаурикулярна блокада II ступеня
- Д. АВ-блокада I ступеня
- Е. АВ-блокада III ступеня

5. У чоловіка 38 років, бухгалтера за фахом, під час хвороби на гострий інфекційно-алергічний міокардит з'явилась повна блокада лівої ніжки пучка Гіса. Після лікування та 2 місяців спостереження стан хворого задовільний, скарг, об'єктивних та лабораторних проявів хвороби нема, але зберігаються зміни на ЕКГ. Хворому показано:

- А. Електрофізіологічне дослідження
- В. Направлення на МСЕК
- С. Встановлення кардіостимулятора
- Д. Повторна госпіталізація
- Е. Спостереження у терапевта

6. Жінка 75 років, скаржиться на запаморочення, шум у вухах. Об'єктивно: межі серця поширені вліво + 1 см. тони приглушені, вислуховується гарматний тон Стражеска, над аортою - систолічний шум та акцент другого тону, ЧСС і пульс - 40/хв., АТ - 160/70 мм рт. ст. Печінка не збільшена. набряків немає. Найкраща тактика ведення хворой:

- А. Постійна кардіостимуляція
- В. Тимчасова кардіостимуляція
- С. Спостереження в динаміці
- Д. Призначення холінолітиків
- Е. Терапія адреноміметиками

7. Хворий 68 років доставлений машиною швидкої допомоги у важкому стані із скаргами на головокружіння, періодичну втрату свідомості, судоми. Пульс - 36/хв., ритмічний. АТ - 170/85 мм рт. ст. I тон на верхівці послаблений, акцент II тону над аортою. Дихання везикулярне, в нижніх відділах невелика кількість дрібнопухирчатих вологих хрипів. ЕКГ: передсердні і шлуночкові комплекси виникають незалежно, кількість шлуночкових комплексів - 33/хв. Який із способів невідкладної допомоги необхідно застосувати у даному випадку?

- А. Атропін внутрішньовенно
- В. Електрокардіостимуляція
- С. Обидан внутрішньовенне
- Д. Електрична дефібриляція
- Е. Панангін внутрішньовенно

8. Жінка 53 роки, скаржиться на болі та перебої в роботі серця. Хворіє з дитинства, її батько страждав аритміями серця. Об'єктивно: стан важкий, пульс - 220/хв., АТ - 80/60 мм рт. ст. ЕКГ: ЧСС - 215/хв., розширення і деформація комплексу QRS з наявністю атріовентрикулярної дисоціації, зубець Р позитивний. В послідовному ЧСС знизилась до 45/хв., повне роз'єднання зубця Р і QRST. Що з перерахованого є найбільш ефективним:

- А. Холінолітики (атропін)
- В. Бета-адреноблокатори

- С. Імплантація штучного водія ритму
- Д. Антагоністи кальцію (верапаміл)
- Е. Серцеві глікозиди (дигоксин)

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

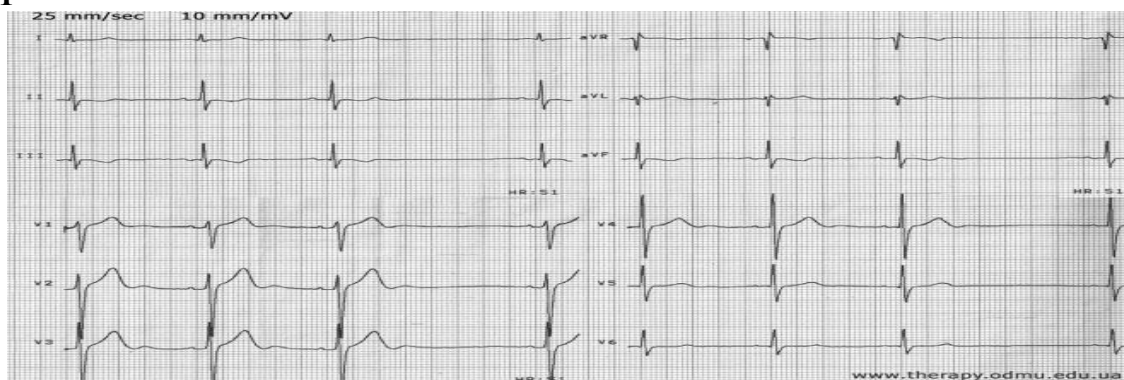
- А. Пароксизм суправентрикулярної тахікардії
- В. Порушення внутрішлуночкової провідності
- С. Відмова роботи стимулятора
- Д. Церебральний атеросклероз
- Е. Пароксизм шлуночкової тахікардії

10. Хворий 56 років, скаржиться на біль ниючого характеру в області серця, задишку при ходьбі, запаморочення. Однократно непритомнів. 2 тижні тому переніс ангіну. ЧСС - 42/хв. АТ - 100/60 мм рт. ст. Діяльність серця ритмічна. Для уточнення причини синкопального стану необхідно провести:

- А. Холтеровський моніторинг
- В. Велоергометрію
- С. Ехокардіографію
- Д. ЕКГ на тлі атропіну
- Е. Калій-обиданову пробу

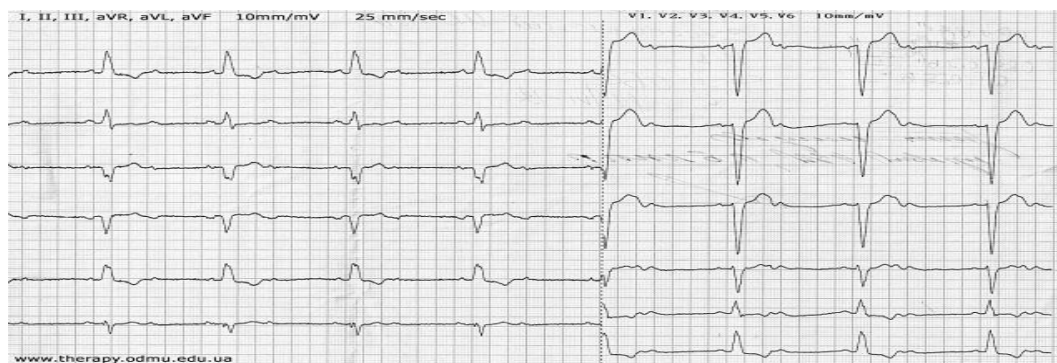
Практичні роботи / індивідуальні завдання:

ЕКГ 1



- Ритм синусовий, неправильний, 51 удар за хв. SA-блокада 2 ступеня, тип 1.
- Нормальна ЕВС
- Сино-атріальна блокада 2 ступеня - це блокада, зумовлена порушенням проведення імпульсу з СА-вузла до міокарду передсердь. При першому типі синоатріальної блокади відбувається періодичне випадіння зубця Р, якому зазвичай передують прогресуюче скорочення інтервалу RR.

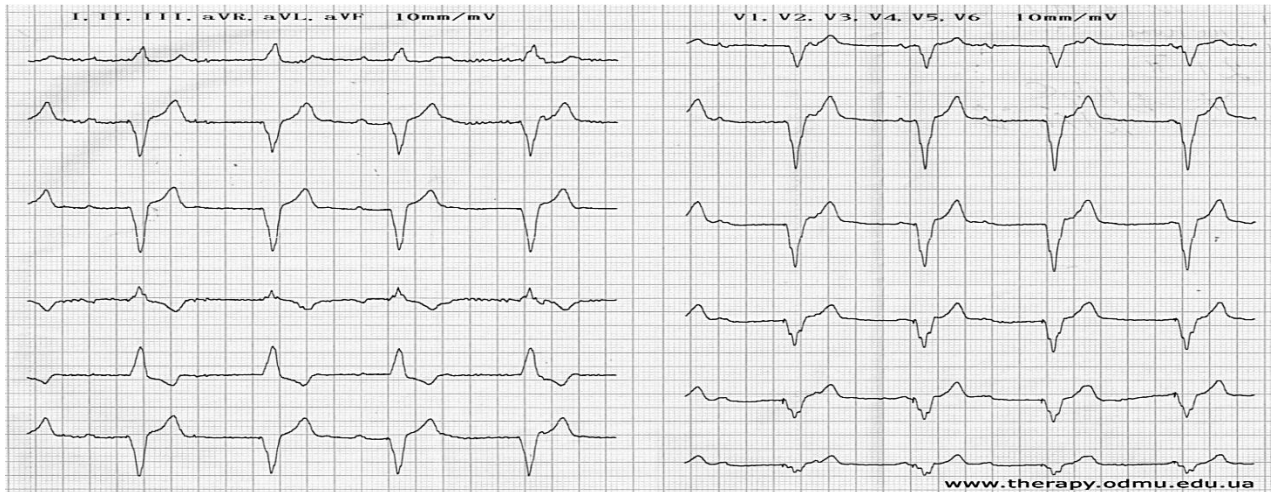
ЕКГ 2



- Ритм синусовий, правильний, 43 удари на хвилину. АВ-блокада II ступеня, Mobitz 2 з випаданням 1: 2.

- Відхилення ЕОС вліво.
- Повна блокада ЛНПГ.
- Можливі рубцеві зміни в області ЗСЛЖ (комплекс типу QrS в III відведенні, qRS в aVF), передньо-перегородкові області (відсутність приросту R від V1 до V4).
- У відведеннях II, III, V1-V3 добре видно, що після кожної другої хвилі Р реєструється комплекс QRS. Решта ж хвилі Р реєструються відразу після зубця Т і потрапляють на рефрактерний період АВ-вузла, тому імпульс на шлуночки не проводиться.

ЕКГ 3



- Ритм електрокардіостимулятора, 60 уд. / Хв. (Спайки ЕКС добре видно перед кожним шлуночковим комплексом в V4-V6).
- Відхилення ЕВС вліво (електрод ЕКС встановлений в правому шлуночку).
- АВ-блокада III ступеня (у відведенні V1 добре видно хвилі Р з частотою близько 90 уд. / Хв., Що виникають незалежно від шлуночкових комплексів)

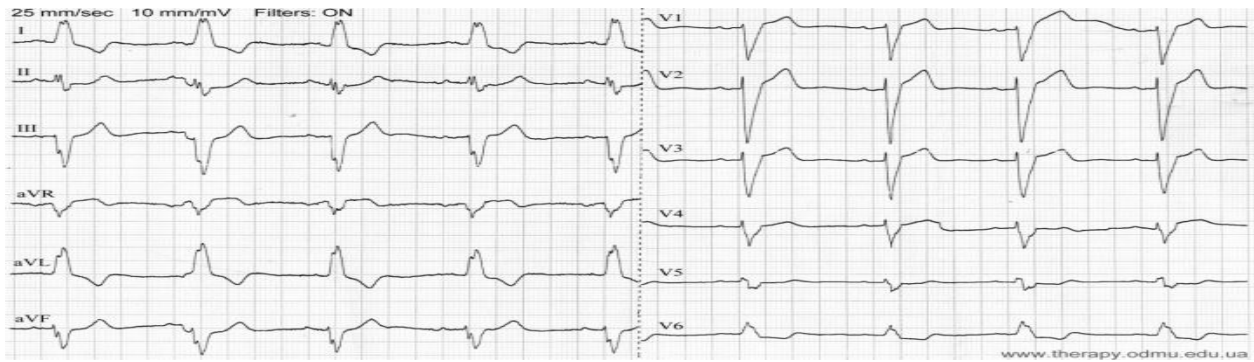
Ситуаційні задачі

Задача 1. Чоловік 60 років, скаржиться на перебої в роботі серця, задишку в стані спокою, виражену загальну слабкість. Переніс інфаркт міокарда 8 місяців тому. Об'єктивно: АТ - 80/60 мм рт. ст., ЧСС - 34/хв., ЧД - 26/хв., ціаноз. На ЕКГ:



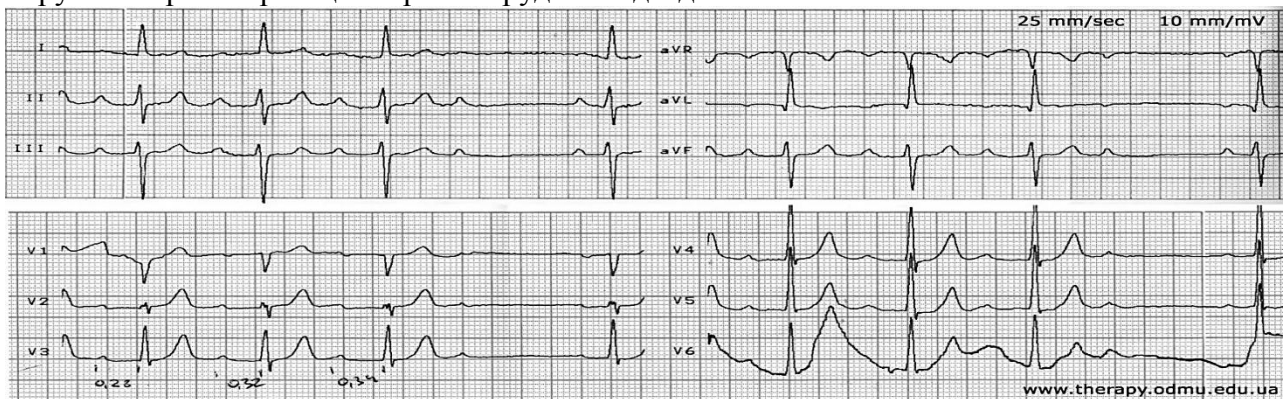
- Охарактеризуйте, які порушення виявлені на ЕКГ.
- Перерахуйте ЕКГ ознаки проксимального типу порушення, що має місце в даному випадку.
- Яка подальша тактика ведення такого пацієнта, скласти план призначень.

Задача 2. Хворий 76 років, скаржиться на біль пекучого характеру в області серця, задишку при ходьбі, запаморочення. Стан погіршився 3-4 години тому. Травний час страждав на стенокардію. АТ - 100/60 мм рт. ст. Швидка допомога зафіксувала на ЕКГ відхилення, які не реєструвались на ЕКГ місяць тому під час диспансерного огляду.



- Охарактеризуйте, які порушення виявлені на ЕКГ.
- Яка подальша тактика ведення такого пацієнта, скласти план призначень.

Задача 3. Хворий 67 років, тривалий час страждає на ІХС. Напади стенокардії підсилюлись протягом останнього тижня, з'явилося відчуття «завмирання в серці». Приймає рекомендовані дільничим лікарем бісопролол, триметазидин, аспірин, панангін. На ЕКГ інтервал Р–Q 0,16 сек, періодично відсутній комплекс QRST при збереженні зубця Р, порушення реполяризації в правих грудних відведеннях.



- Які ускладнення виникли у хворого?
- Сформулюйте попередній клінічний діагноз.
- Скласти план обстеження та лікування хворого.

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. Трактвання 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 4. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Перерахуйте, які захворювання серця, дихальної, травневої, нервової та кістково-м'язової системи можуть супроводжуватися синдромом кардіалгії.
2. Перерахуйте основні параметри, які характеризують больовий синдром.
3. Які інструментальні методи дослідження можуть підтвердити діагноз стенокардії, інфаркту міокарда, розширюючої аневризми аорти, перикардиту, ТЕЛА, пневмотораксу, езофагіту, холециститу, грудного радикуліту?
4. Які лабораторні методи дослідження можуть підтвердити діагноз інфаркту міокарда, міокардиту, ТЕЛА, холециститу, оперізуючого лишая?
5. Яка медикаментозна терапія гострого нападу стенокардії та профілактична антиангінальна терапія?
6. Яка терапія больового синдрому при гострому інфаркті міокарда.
7. Назвіть тактику лікування хворих на нейро-циркуляторну дистонію.
8. Які особливості лікування кардіалгій при захворюваннях травневої системи?
9. Які особливості лікування кардіалгій при захворюваннях кістково-м'язової системи.
10. Які особливості лікування кардіалгій при запальних захворюваннях серця?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Жінка 24 років, скаржиться на ниючий біль у ділянці серця, задишку при невеликому фізичному навантаженні, серцебиття, підвищення температури тіла до 37,2 °С. Симптоми з'явилися через 2 тижні після перенесеного грипу. Об'єктивно: межі серця помірно розширені вправо та вліво, І тон ослаблений, короткий систолічний шум над верхівкою. Над легеньми - везикулярне дихання. Який попередній діагноз?

- A. Ревматизм, недостатність мітрального клапана
- B. Міокардит
- C. Нейроциркуляторна дистонія
- D. Гострий перикардит
- E. Пневмонія

2. Після ліквідації пароксизму фібриляції передсердь у хворого раптово виник біль в грудній клітці, задишка. Об'єктивно: шкіра вкрита потом, шийні вени набрякли, очі широко відкриті. Пульс - малий, 140/хв., АТ - 80/40 мм рт. ст. На ЕКГ відхилення електричної осі серця вправо. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. Розрив міжшлуночкової перегородки
- B. Інфаркт міокарда
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Тампонада серця
- E. Серцева астма

3. Жінка 53 років, підвищеної маси тіла, скаржиться на головний біль, давлячі болі в області серця у спокої. Хворіє 5 років. АТ - 186/100 мм рт. ст. Об'єктивний статус без особливостей, маса тіла 100 кг. Менструації відсутні 4 роки. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гіпертонічна хвороба
- B. Клімактерична кардіоміопатія
- C. Хвороба Іценка – Кушинга
- D. Гіпоталамічний синдром
- E. Ішемічна хвороба серця, стенокардія

4. У жінки 30 років, хворої на грип, виникла задишка при помірному фізичному навантаженні, серцебиття, ниючий біль в ділянці серця. Пульс - 96/хв., АТ - 100/60 мм рт. ст. Над верхівкою І тон ослаблений, м'який систолічний шум. Про появу якого ускладнення свідчить дана клінічна картина?

- A. Гострого вірусного міокардиту
- B. Гострого перикардиту
- C. Ідіопатичного міокардита
- D. Дилатаційної кардіоміопатії
- E. Нейроциркуляторної дистонії

5. Чоловік 54 років, скотар, під час фізичної роботи та швидкої ходьби відмічає появу пекучого болю за грудиною, який віддає в ліву руку. Біль вщухає, якщо фізичне навантаження припинити. Регулярно вживає алкоголь. Об'єктивно: незначна гіперемія обличчя, є розширення дрібних судин на носі та щоках. Болісність при пальпації в паравертебральних точках зліва на рівні ThIV – ThVI. Межі серця розширені вліво +2 см, тони ослаблені, ЧСС - 86/хв., АТ - 180/105 мм рт. ст. Печінка +3 см. Набряків немає. На ЕКГ - гіпертрофія лівого шлуночка. За даними УЗД, в жовчному міхурі є конкремент діаметром до 4 мм. Найбільш вірогідною причиною болю в ділянці серця є:

- A. Гіпертонічна хвороба
- B. ІХС: стенокардія напруження
- C. Алкогольна кардіоміопатія
- D. Жовчнокам'яна хвороба
- E. Остеохондроз хребта

6. Хвора 48 років, скаржиться на болі стискаючого характеру у передсерцевій області тривалістю від 20-30 хв. до 2-3 годин, не пов'язані із фізичним навантаженням. АТ - 130/80 мм рт. ст. На ЕКГ: у відведеннях V1-V3 негативний зубець Т глибиною 4-5 мм. Яке дослідження необхідно провести як перший крок для уточнення діагнозу?

- A. Коронарографію
- B. Ехокардіоскопію
- C. Калій-обзиданову пробу
- D. Пробу з атропіном
- E. Велоергометрію

7. Хворий терапевтичного відділення 34 років скаржиться на гострий колючий біль у лівій половині грудної клітки при кашлі, на висоті вдиху. Об'єктивно: температура тіла - 37,5 °С, аускультативно - патологічний фізикальний шум, що не зникає при кашлі. Про який діагноз слід міркувати?

- A. Лівобічна крупозна пневмонія
- B. Гострий фібринозний плеврит
- C. Гострий перикардит
- D. Міжреберна міалгія
- E. Лівобічний пневмоторакс

8. Чоловік 59 років, скаржиться на біль в області серця, кашель, підвищення t до 38 °С. Переніс інфаркт міокарда 3 тижні тому. Пульс - 86/хв., ритмічний, АТ - 110/70 мм рт. ст. Серце - шум тертя перикарда. Легені: зліва під лопаткою - вологі хрипи. Рентгенологічно - патології немає. Загальний аналіз крові: Л - 10×10^9 /л, ШОЕ - 35 мм/год. ЕКГ: динаміки немає. Призначення якого засобу лікування буде найбільш обґрунтованим?

- A. Нітрогліцерин
- B. Антибіотики
- C. Фраксипарин
- D. Глюкокортикоїди
- E. Стрептодеказа

9. Жінка 74 років, скаржиться на різкі болі за грудиною з іррадіацією в спину, слабкість, серцебиття, які виникли гостро після фізичного навантаження. Артеріальна гіпертензія понад 15 років. Об'єктивно: ЧСС - 110/хв., пульс слабого наповнення, особливо на правій руці. АТ: праворуч - 80/60 мм рт. ст., ліворуч - 170/90 мм рт. ст. Тони серця глухі, акцент II тону над аортою. При ЕхоКГ: діаметр аорти - 5,2 см, лівий шлуночок КДР - 5,6 см. АсАТ - 0,72 ммоль/(л.год.). Який попередній діагноз?

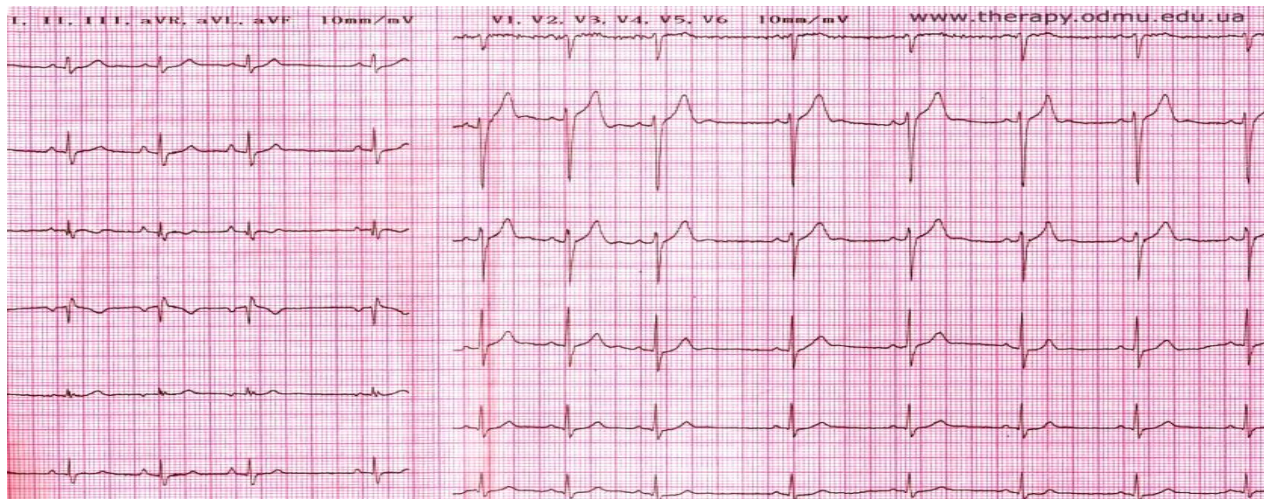
- A. Грудний радикуліт
- B. Гострий інфаркт міокарда
- C. Розшарування аорти
- D. Пароксизмальна тахікардія
- E. Констриктивний перикардит

10. Хворий 48 років, хворіє на артеріальну гіпертензію протягом 5 років. Лікування приймав нерегулярно. Вчора, при виконанні важкої фізичної праці, раптово виник інтенсивний біль в ділянці серця з віддачею в ліве плече, пітливість, відчуття страху смерті. Біль зник через 10 хвилини після відпочинку. Об'єктивно: пульс - 72/хв., ритмічний, АТ - 165/100 мм рт. ст., органи грудної клітки та черевної порожнини клінічне без патологічних ознак. ЕКГ: змін немає. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки
- B. Вперше виникла стенокардія
- C. Варіантна стенокардія
- D. Защемлення діафрагмальної кири
- E. Защемлення міжреберного нерва

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хвора 25 років, скаржиться на підвищену стомлюваність, слабкість, дратівливість, «чутливий» сон, локальну (долоневу) пітливість, іноді нестійкий субфебрилітет. Все це супроводжується ниючими болями в ділянці серця, почуттям пустоти в грудях, іноді незадоволеністю вдихом, що примушує хвору поглиблювати дихання. АТ 125/70 мм. ЧСС - 82/хв.

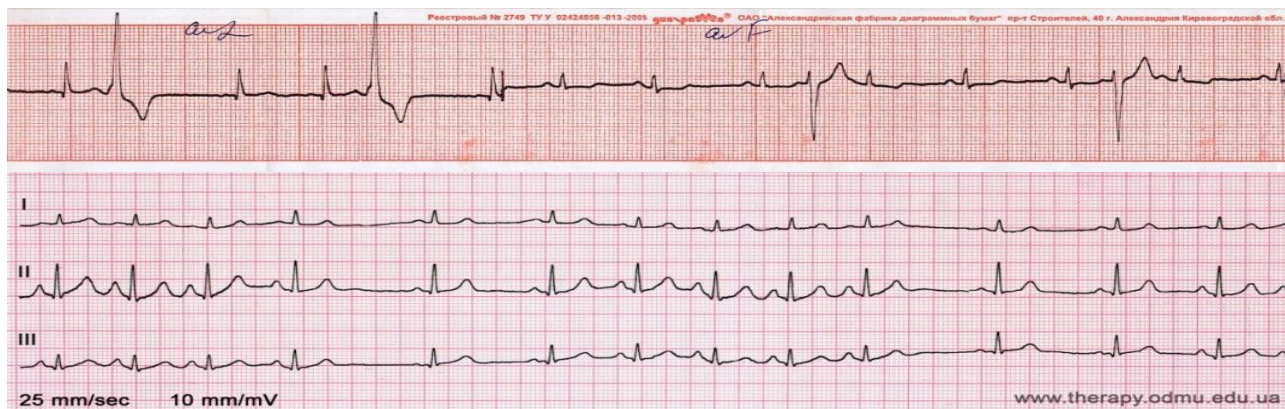


1. Сформулювати попередній діагноз.
2. Скласти план обстеження хворої.
3. Призначити лікування.

2. Хвора 62 років, скаржиться на напади болів в ділянці серця, аритмію, важке дихання. Приступ тривав 8–10 годин. Пульс - 72/хв., аритмічний, АТ - 145/100 мм рт. ст. Дихання везикулярне. Печінка +2 см. Жовчний міхур чутливий при пальпації. При УЗД конкремент діаметром 1,8 см в ductus cysticus. Була проведена лапароскопічна холецистектомія.

ЕКГ хворої до (а) та на 4 добу після холецистектомії (б).

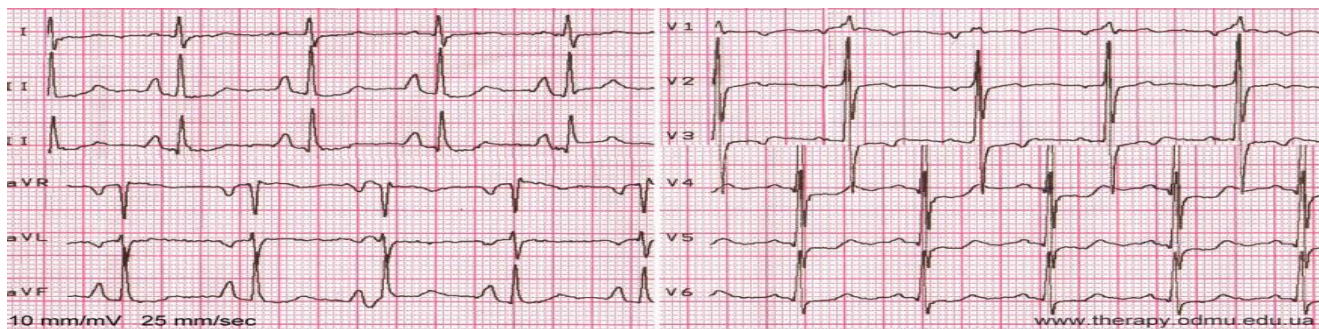
А



Б

1. Сформулювати клінічний діагноз.
2. Пояснити динаміку ЕКГ змін.
3. Пояснити патогенез кардіалгій у хворої.
4. Скласти план подальшого ведення хворої.

3. Хворий 46 років скаржиться на болі в лівій половині грудної клітини, колючого, ниючого характеру протягом останніх 3 днів. Болі посилюються при глибокому диханні. Курить. Має постійний кашель дещо посилений протягом тижня. ЧСС - 92/хв., АТ - 115/90 мм рт. ст. Дихання везикулярне. Печінка +0,5 см. Рентгенографія ОГК – інфільтративне затемнення в S5 лівої легені.



- Сформулювати клінічний діагноз.
- Скласти план обстеження хворого.
- Призначити лікування.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 5. 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 холтеровського моніторування ЕКГ ; клінічні і інструментальні ознаки

коронарного синдрому ; особливості безболівої форми ішемії міокарду, показання для коронарної ангіографії; ліпідограма, тропонін тест; додатковий дослідження методи : ПЕТ, сцинтиграфія , дипіридамовий тест, призначення лікування.

План

1. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Назвати сучасну класифікацію ІХС
2. Назвати функціональні класи стабільної стенокардії згідно Канадської класифікації та відповідність їм навантаження у стрес-тестах (ВЕМ, тредміл)
3. Назвати відмінності між стабільною стенокардією та іншими формами ІХС.
4. План обстеження хворого з стабільною стенокардією.
5. ЕКГ-ознаки ішемії міокарда при навантаженні
6. Можливості холтер-моніторингу у діагностиці ішемії міокарда, показання до призначення холтер-моніторингу.
7. Клінічні та інструментальні ознаки коронарного синдрому Х.
8. Феномен безболівої ішемії міокарда: у кого він виникає, які його прояви, як його діагностувати?
9. Показання для проведення коронароангіографії.
10. Практичні навички: оцінка результатів ліпідограми.
11. Тактика ведення хворого із стабільною стенокардією в залежності від ФК.
12. Додаткові методи дослідження: ПЕТ, сцинтиграфія міокарда, дипіридамовий тест (на СРС).

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хвора 64 років з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія II ФК, СН ІІА. Приймає призначений комплекс лікування (нітрати, інгібітори АПФ, статини), відзначила зменшення частоти та інтенсивності нападів стенокардії, але з'явився головний біль, запаморочення. Ці явища можуть бути спровоковані прийомом:

- A. Раміприлу
- B. Нітросорбїду
- C. Аторвастатину
- D. Метопрололу
- E. Аспірину

2. Хворий 60 років, скаржиться на біль за грудиною стискаючого характеру під час ходьби по рівній місцевості до 200 м. АТ - 140/70 мм рт. ст. Пульс - 80/хв. Велоергометрія:

зниження толерантності до фізичних навантажень, 50 Вт. Найбільш імовірний діагноз?

- A. Прогресуюча стенокардія
- B. Стабільна стенокардія III ФК
- C. Вазоспастична
- D. Стабільна стенокардія II ФК
- E. Стабільна стенокардія IV ФК

3. У хворого 46 років, офісного працівника, по декілька разів на день при ходьбі на відстань 80-200 м виникають стискаючі болі за грудиною тривалістю до 20 хвилин, знімаються нітрогліцерином. Об'єктивно: підвищеної маси тіла, межі серця в нормі, тони ритмічні, пульс - 78/хв., АТ -130/80 мм рт. ст. На ЕКГ - згладжений Т у V4-V5. Про яке захворювання це може свідчити?

- A. Стабільна стенокардія II ФК
- B. Нестабільна стенокардія
- C. Стабільна стенокардія I ФК
- D. Стабільна стенокардія III ФК
- E. Стабільна стенокардія IV ФК

4. Хворий 67 років, протягом останніх 4 років переніс два Q-інфаркти міокарда. Звернувся до лікаря зі скаргами на біль за грудиною стискаючого характеру, з іррадіацією в ліву руку і ліву половину нижньої щелепи. Тривалість болю 3-5 хвилин, знімається прийомом нітрогліцерину. Біль виникає при ходьбі по рівній місцевості в звичайному темпі на відстані до 200 м, при підйомі на 1 поверх. Болі за грудиною виникають і при вдиханні морозного повітря, у стресових ситуаціях. Який функціональний клас стенокардії у хворого?

- A. II A
- B. I
- C. IV
- D. II
- E. III

5. Хворий 62 років, госпіталізований до кардіологічного відділення з діагнозом "ІХС: стабільна стенокардія напруження III ФК". Під час добового моніторингу ЕКГ виявлено п'ятикратну депресію сегмента ST на 1 мм протягом 0,08 с у V4-V6, яка не супроводжувалась больовим синдромом. Про що найвірогідніше свідчать дані моніторингу ЕКГ?

- A. Систолічне перенавантаження лівого шлуночка
- B. Метаболічні зміни міокарда
- C. Стенокардія Принцметала
- D. Епізоди "німої" ішемії міокарда
- E. Блокада лівої ніжки пучка Гіса

6. Чоловік 45 років, скаржиться на інтенсивний біль за грудиною, що іррадіює в нижню щелепу, виникає в стані спокою, вночі, перебігає у вигляді серій тривалістю 10-15 хвилин. Під час больового нападу на ЕКГ реєструється підйом сегменту ST у відведеннях V3-V4. Ваш діагноз?

- A. Вазоспастична стенокардія
- B. Інфаркт міокарда
- C. Стабільна стенокардія II ФК

- D. Прогресуюча стенокардія
- E. Стабільна стенокардія IV ФК

7. Чоловіку 47 років з метою виключення ІХС проведена велоергометрична проба. Під час виконання другого ступеня навантаження на ЕКГ з'явилась горизонтальна депресія сегмента ST в грудних відведеннях. Ці зміни слід оцінювати як прояв:

- A. Детренованості хворого
- B. Норми
- C. Коронарної недостатності
- D. Дистрофічних змін
- E. Електролітних порушень

8. У чоловіка 47 років у передранковий час регулярно виникає напад стенокардії. За даними холтерівського моніторингу в цей час фіксується дугоподібне зміщення сегмента ST вгору в грудних відведеннях, яке зберігається протягом 15 хвилин. Об'єктивно: тони серця ослаблені, ЧСС - 64/хв., АТ - 140/80 мм рт. ст. Найбільш обгрунтовано призначення:

- A. Раміприлу
- B. Метопрололу
- C. Аторвастатину
- D. Амлодипіну
- E. Ізокету

9. У чоловіка 49 років діагностовано стенокардію напруження II ФК. Прийом нітрогліцерину та нітратів пролонгованої дії викликає сильний головний біль. Яким з наведених препаратів можна замінити нітрогліцерин для зняття приступів стенокардії?

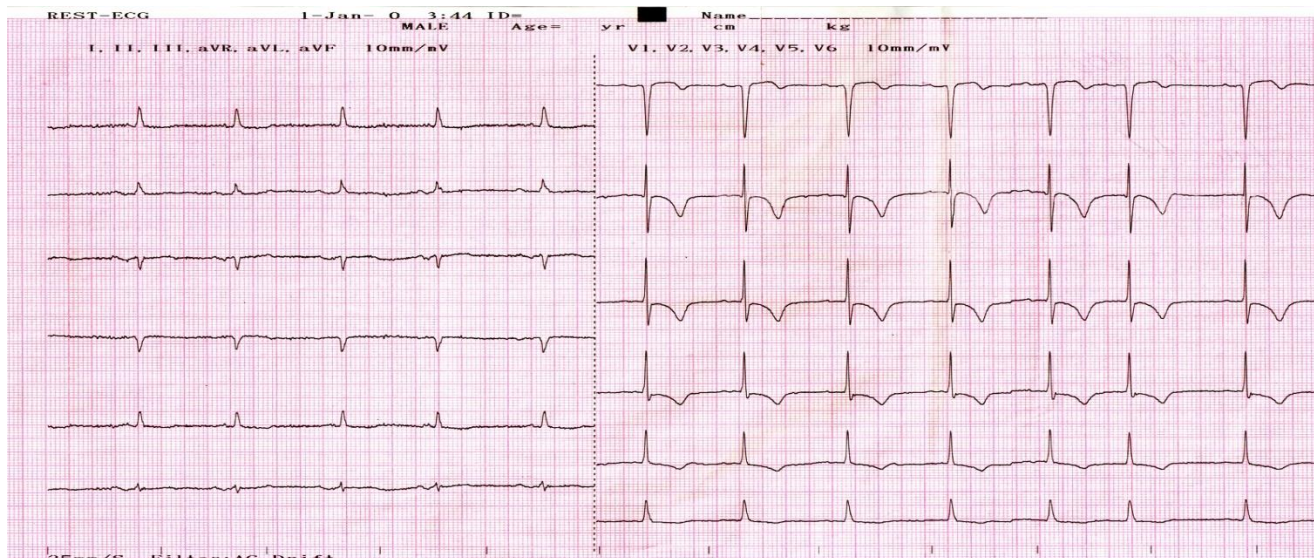
- A. Аміодарон
- B. Молсидомін
- C. Ніфедипін
- D. Бісопролол
- E. Верапаміл

10. У хворого 52 років стабільна стенокардія напруги, II ФК. Хворіє протягом 8 місяців. Пульс - 108/хв., аритмічний, помірно напружений, АТ - 170/100 мм рт. ст. На ЕКГ – шлуночкові екстрасистоли 1-2 на хвилину. Який препарат показаний хворому для тривалої терапії?

- A. Панангін
- B. Нітросорбід
- C. Мілдронат
- D. Тіотриазолін
- E. Метопролол

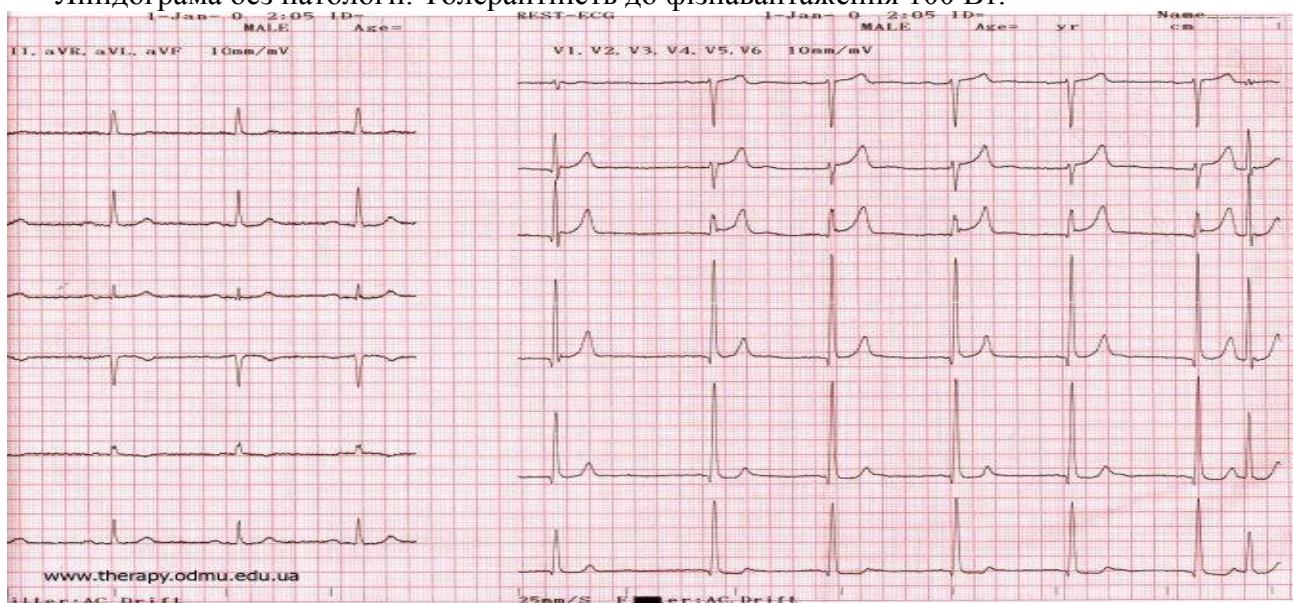
Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хворий Д., 65 років, скаржиться на стискаючий біль в грудній клітці, що виникає при ходьбі на 200 м., купується нітрогліцерином. 3 роки тому переніс гострий інфаркт міокарда. Приймає постійно препарати: атенолол - 100 мг 2 рази на день, аспірин – 100 мг 1 раз на день. Останні дні відмічає слабкість, задишку. Об'єктивно: пульс - 52/хв., АТ - 120/80 мм рт. ст.
ЕКГ хворого:



- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план обстеження.
- Відкорегувати призначення хворому.

2. Хворий 40 років, скаржитися на короточасні інтенсивні болі в області серця, болі виникають вночі під час сну. Нітрогліцерин малоефективний. При огляді виявлені ознаки ваготонії — брадикардія, пітливість. На ЕКГ: короточасний підйом STv1-v3. Ліпідограма без патології. Толерантність до фізнавантаження 100 Вт.



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

3. Хворий 68 років, протягом 6 років страждає на цукровий діабет, ІХС з нападами стенокардії протягом останнього року. Комплексна антиангінальна терапія була малоефективною. Коронароангіографія виявила оклюзію передньої нисхідної гілки лівої коронарної артерії. Була виконана перкутанна транслюмінальна коронарна ангіопластика із застосуванням елютованого стенту. Стан хворого задовільний. Болі в серці лише при прискореній ходьбі. Дихання везикулярне. Діяльність серця ритмічна, ЧСС - 90/хв., АТ 145/95 мм рт.ст. Загальний холестерин - 6,4 ммоль/л. Глікемія натщесерце - 6,2 ммоль/л.

- a. Сформулюйте клінічний діагноз хворого.
- b. Скласти план ведення хворого після коронарної реваскуляризації.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 6. 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

Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

Дати визначення кардіомегалії. Критерії кардіомегалії.

Що таке КТІ? (РГ)

Практичні навички: вазначення границь серця, поперечник серця, ширина судинного пучка.

Які варіанти тотальних чи локальних кардіомегалій можливі у хворих? (Чотири конфігурації: аортальна, мітральна, луковиця (гострий перикардит, гострий міокардит), трапецієвидна (гідроперикард).

Заповнити таблицю «Електрокардіографічні ознаки гіпертрофії камер серця»

	ЕКГ ознаки
Гіпертрофія правого передсердя	
Гіпертрофія лівого передсердя	
Гіпертрофія правого шлуночка	
Гіпертрофія лівого шлуночка	

Лабораторні методи: ревмопроби (АСЛО, АСГ, АСК), запальні проби, антитіла до герпес ½, ЦМВ, Е-Б, борелія, сифіліс, хламідія, мікоплазма, токсоплазма.

Проведіть диференціальну діагностику між ДКМП і ГКМП.

Принципи лікування хворих на :

1. Дифузний міокардит, панкардит
2. Ексудативний перикардит
3. Дилатаційна кардіоміопатія
4. Гіпертрофічна кардіоміопатія

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

4. Тестові завдання для самоконтролю:

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 набрякання 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:

- А. Ревматична вада серця
- В. Вірусний міокардит
- С. Ішемічна хвороба серця
- Д. Дилатаційна кардіоміопатія
- Е. Ексудативний 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 знижується. 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 нітрогліцерином, 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. Нь - 100 г/л, ШОЕ - 25 мм/год. Який може бути попередній діагноз?

- A. ІХС, стенокардія
- B. Дилатаційна кардіоміопатія
- C. Ексудативний перикардит
- D. Рестриктивна кардіоміопатія
- E. 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. ст. Шкіра бліда. Межі серця розширені вліво, доверху. В II міжребер'ї систоло-діастолічний шум, II 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?

- A. Звільнення від фізичних навантажень
- B. Диспансерне спостереження
- C. Призначення терапевтичного лікування
- D. Продовження дослідження
- E. 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?

- A. ІХС: інфаркт міокарда без зубця Q.
- B. Перикардит
- C. Інфекційно-алергічний міокардит
- D. Алкогольна кардіоміопатія
- E. 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 I тон ослаблений, тривалий систолічний шум. Над легеневою артерією - підсилений II тон. Екстрасистолічна аритмія. Над легеньми - послаблене дихання. Які зміни ехокардіограми найбільш імовірні у хворої?

- A. Потовщення стінок правого шлуночка
- B. Розширення порожнини правого шлуночка
- C. Дилатація і гіперкінезія стінок лівого шлуночка
- D. Розширення порожнини лівого шлуночка
- E. 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, I 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:

- A. Дилатаційна кардіоміопатія
- B. Алкогольна кардіопатія
- C. Інфекційно-алергічний міокардит
- D. Інфаркт міокарда
- E. Ревматична лихоманка

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хворий 38 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, перебої в роботі серця, короточасні 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 легеньми 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.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 7. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Перерахуйте особливості функціональних серцевих шумів
2. У яких хворих можна вислухати шум Флінта, шум Кумбса, шум Грехема-Стілла? Охарактеризуйте ці шуми.
3. Які лабораторні методи діагностики допомагають встановити причину серцевої вади?
4. Наведіть класифікацію стадій серцевих вад.
5. Які клінічні синдроми (4) характерні для хворих з пролапсом мітрального клапану.
6. Які аускультативні ознаки характерні для серцевих вад :1)мітральний стеноз 2)мітральна недостатність 3)аортальний стеноз 4)аортальна недостатність 5) пролапс мітрального клапану
7. Принципи лікування хворих з ревматичними серцевими вадами. Вторинна профілактика ревматичної лихоманки
8. Можливості медикаментозного лікування пролапсу мітрального клапану, показання для хірургічної корекції.
9. Перерахуйте показання до хірургічного лікування хворих з стенозом мітрального отвору.
10. Перерахуйте показання до хірургічного лікування хворих з недостатністю мітрального отвору.
11. Перерахуйте показання до хірургічного лікування хворих з стенозом гирла аорти.
12. Перерахуйте показання до хірургічного лікування хворих з хронічною недостатністю аортального отвору.
13. Які особливості лікування серцевої недостатності у хворих з різними серцевими вадами?
14. В яких клінічних ситуаціях хворим з вадами серця призначають антикоагулянтну терапію? Як контролюють безпечність такого лікування?
15. Які методи первинної та вторинної профілактики серцевих вад можливі? Основні принципи профілактики інфекційного ендокартиту у хворих з набутими вадами серця.
16. Який прогноз та правила визначення працездатності у хворих з серцевими вадами?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. У хворой 56 років, доставленої вночі з діагнозом "набряк легень", при огляді відзначається яскравий ціанотичний рум'янець, виявлено зсув верхньої межі серця до II ребра, при аускультатії серця - фібриляція передсердь, над верхівкою - тричленна мелодія, голосний I тон, шум у середині діастолі. Найбільш імовірною причиною вади серця у хворой є:

- A. Ревматизм
- B. Атеросклеротичне ураження
- C. Бактеріальний ендокардит
- D. Сифілітичний мезоаортит
- E. Системний червоний вовчак

2. У хворого 23 років, що з дитинства страждає ревматизмом, при огляді: блідість, похитування голови, пульсація сонних артерій, високий верхівковий поштовх. Ліва межа серця визначається в VI міжребер'ї, на 2 см латеральніше від середньоключичної лінії. У II міжребер'ї справа від грудини й у точці Боткіна вислуховується систолічний шум, а відразу після II тону - протодіастолічний шум. Найбільш імовірною вадою серця у хворого є:

- A. Вада: аортальний стеноз і недостатність + мітральна недостатність
- B. Вада: стеноз і недостатність аортального клапана
- C. Вада: мітральний стеноз і аортальна недостатність
- D. Вада: аортальний стеноз і мітральна недостатність
- E. Вада: стеноз і недостатність мітрального клапана

3. У хворого 28 років болісність і припухлість колінних суглобів, задишка, перебої в діяльності серця. Верхівковий поштовх не зміщений, діастолічний шум над верхівкою і там же локальна вібрація грудної клітки в діастолу. Про яке захворювання можна думати?

- A. Недостатність мітрального клапана
- B. Ревматоїдний артрит з ураженням серця
- C. Стеноз мітрального отвору
- D. Недостатність клапанів аорти
- E. Фібринозний перикардит

4. У хворого на ЕхоКГ порожнина лівого передсердя 5,0 см, мітральний клапан фіброзно змінений, задня стулка підтягнута до передньої, рух стулок П-подібний, однонаправлений. Про що свідчать дані зміни?

- A. Про стеноз мітрального отвору
- B. Про недостатність мітрального клапана
- C. Про пролапс мітрального клапана
- D. Про дефект міжшлуночкової перетинки
- E. Про дефект міжпередсердної перетинки

5. У хворой з ревматичним анамнезом на фонокардіограмі виявлено: Q - I тон - 0,09 с, амплітуда I тону над верхівкою та II тону над легеневою артерією збільшена, над верхівкою діастолічний спадаючий шум і наростаючий пресистолічний шум. Про що свідчать такі зміни?

- A. Про стеноз гирла аорти
- B. Про недостатність мітрального клапана
- C. Про мітральний стеноз
- D. Про недостатність аортальних клапанів
- E. Про стеноз легеневої артерії

6. Хворий 18 років, скаржиться на відчуття холоду в ногах, головний біль, запаморочення. Об'єктивно: гіперемія обличчя, пульс - ритмічний, 88/хв., АТ - 180/120 мм рт. ст. Вислуховується систолічний шум у другому міжребер'ї зліва, який проводиться на судини ший, більш чітко вислуховується в міжлопатковому просторі. Рентгенологічне: узурація нижньої поверхні ребер. Вкажіть найбільш імовірне захворювання:

- A. Атеросклероз аорти
- B. Дефект міжшлуночкової перетинки

- C. Коарктація аорти
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. Аневризма аорти

7. У жінки під час медичного огляду при аускультатії серця виявлено посилений I тон над верхівкою, тон відкриття мітрального клапана, пресистолічний шум, акцент і розщеплення II тону над легеневою артерією. Яку ваду серця слід запідозрити?

- A. Комбіновану мітральну ваду
- B. Мітральний стеноз
- C. Недостатність мітрального клапана
- D. Стеноз гирла аорти
- E. Недостатність аортального клапана

8. Хворий 40 років, поступив до лікарні зі скаргами на задишку, головний біль, запаморочення, біль в ділянці серця при фізичному навантаженні. В анамнезі часті ангіни в дитинстві, втрати свідомості. Об'єктивно: стан задовільний. Шкіра бліда. Верхівковий поштовх посилений; ліва межа серця зміщена до середньоключичної лінії. I тон над верхівкою та над аортою ослаблений, грубий систолічний шум над аортою, який проводиться на сонні артерії. Пульс - 76/хв. АТ - 100/60 мм рт. ст. Яка вада у хворого?

- A. Недостатність аортального клапана
- B. Гіпертрофічна кардіоміопатія
- C. Недостатність мітрального клапана
- D. Стеноз гирла аорти
- E. Коарктація аорти

9. Хворий скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, ниючі болі в ділянці серця, серцебиття. Аускультативно: над верхівкою - посилений I тон, діастолічний шум, додатковий тон через 0,10 с - після II тону, акцент II тону над легеневою артерією. АТ - 120/80 мм рт. ст., пульс - 78/хв. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Стеноз гирла аорти
- B. Недостатність мітрального клапана
- C. Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору
- D. Недостатність аортального клапана
- E. Стеноз трикуспідального клапана

10. При обстеженні хворого 74 років у II міжребер'ї справа виявлено систолічний шум та акцент II тону, АТ - 175/80 мм рт. ст. Вкажіть причину виявленого шуму:

- A. Незрощення міжшлуночкової перетинки
- B. Аортосклероз
- C. Коарктація аорти
- D. Недостатність мітрального клапана
- E. Стеноз гирла легеневої артерії

11. У хворої, що скаржиться на прогресуючу задишку, кровохаркання, раптово виникаюче серцебиття, діяльність серця аритмічна, тони різної звучності, пульс - 108/хв. На верхівці серця тричленна мелодія, діастолічний шум. Яка найкраща подальша тактика ведення хворого?

- A. Призначити фуросемід
- B. Призначити анаприлін
- C. Призначити еуфілін
- D. Порадити мітральну комісуротомію
- E. Провести ехокардіоскопію

12. У пацієнтки Н., 16 років, лікар вислухав систолічний шум на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією, тони серця збережені, тахікардія. На ехокардіоскопії гемодинамічно незначимий пролапс задньої стулки мітрального клапана I ст. Визначіть тактику лікаря:

- A. Аспірин (весна, осінь)
- B. Біцилінопрофілактика протягом року
- C. Протизапальні нестероїдні засоби (весна, осінь)
- D. Спостереження, контроль ехокардіоскопії 1 раз на рік

Е. Біцилінпрофілактика (весна, осінь)

13. Хворий скаржиться на відчуття пульсації у голові, епізоди непритомності. При огляді - шкіра бліда, "серцевий горб", "танець каротид", симптом Мюссе. Позитивний пульс Квінке. Аускультативно - діастолічний шум на аорті. Який пульс буде у хворого?

A. Celer, altus, phrequens

B. Tardus, parvus, rarus

C. Durus, altus

D. Mollis, rarus

E. Filiformis, differens

14. Хвора 48 років, з мітрально-аортальною ревматичною вадою серця останнім часом відчуває запаморочення, на тлі якого тричі відзначались епізоди непритомності тривалістю декілька секунд. Об'єктивно: набряків немає, над верхівкою серця і над аортою - систолічний шум, АТ - 160/70 мм рт. ст. На ЕКГ: ЧСС - 36/хв., передсердні та шлуночкові комплекси виникають незалежно один від одного, частота скорочень передсердь - 82/хв. Ваша лікарська тактика:

A. Направити до кардіохірургічного стаціонару

B. Направити до терапевтичного стаціонару

C. Направити до кардіологічного стаціонару

D. Залишити під амбулаторним наглядом

E. Направити до неврологічного стаціонару

15. Для вторинної профілактики ревматичної лихоманки використовують:

A. Амоксицилін

B. Цефтріаксон

C. Пеніцилін

D. Біцилін

E. Ципрофлоксацин

16. Жінка 22 років, скаржиться на постійний біль у верхівці серця, перебої, задуху при ходьбі, слабкість. Хворіє 2 тижні після ГРВІ. Об'єктивно: серцева тупість зміщена вліво на 2 см. На верхівці I тон глухий, систолічний шум, ЧСС і пульс - 96/хв., поодинокі екстрасистоли. В аналізах крові і сечі змін немає. На ЕКГ: PQ = 0,24 с, QRS = 0,10 с, амплітуда R знижена, T - сплюснений. Призначте патогенетичне лікування.

A. Амінохіноліни

B. Серцеві глікозиди

C. Глюкокортикостероїди

D. Антибіотики

E. Антиаритмічні засоби (аміодарон)

17. 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 II міжребер'ї систоло-діастолічний шум, II 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?

A. Звільнення від фізичних навантажень

B. Диспансерне спостереження

C. Призначення терапевтичного лікування

D. Продовження дослідження

E. Консультація кардіохірурга

18. Чоловік 26 років, наркоман, знаходиться на лікуванні у кардіологічному відділенні з діагнозом "інфекційний ендокардит". Хворіє 3 місяці, тричі змінювали схему антибіотикотерапії, на даний момент зберігається субфебрильна температура, з'явилися ознаки лівошлуночкової недостатності, виявлена недостатність аортального клапана III ступеня. Вирішальним для лікування хворого на даному етапі є:

A. Імуномодуюча терапія

B. Зміна антибактеріальних препаратів

С. Підключення ксенобіотичної селезінки

Д. Кардіотонічна терапія

Е. Протезування аортального клапана

19. Протипоказанням для проведення черезшкірної балонної мітральної комісуротомії у хворих з мітральним стенозом є все, окрім

А. Наявність тромба в лівому передсерді

В. Мітральна недостатність середньої важкості

С. Кальцифікація мітральних комісур

Д. Спаяність (fusion) комісур

Е. Необхідність в аортокоронарному шунтуванні

20. Діагностичними процедурами, що супроводжуються ризиком бактеріємії (потребують антибактеріальної профілактики у хворих з вадами серця!) є всі, окрім

А. Бронхоскопія

В. Біопсія простати

С. Стоматологічні процедури з пошкодженням слизової

Д. Тонзилектомія

Е. Фіброгастроскопія

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. У жінки 32 років з юності визначили ревматизм, аортальну ваду. Почувала себе задовільно. Після абортів останні 4 місяці стала відзначати хитку температуру тіла 37-37,6 °С, озноб, нездужання, задишку, болі в області серця. Одержувала протиревматичне лікування. Об'єктивно: шкіра бліда, на стегнах дрібні геморагічні висипання. У нижніх відділах легень одиничні нестійкі вологі хрипи. Межі серця розширені вліво на 3 см. У ІІ міжребер'ї справа діастолічний шум, ІІ тон не визначається. АТ - 160/40 мм рт. ст., пульс - 90/хв., швидкий, ритмічний. На ЕКГ - гіпертрофія лівого шлуночка. Печінка і селезінка виступають з-під реберної дуги на 2 см, безболісні. Нв - 100г/л, Л - $3,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 40 мм/год.

- Сформулювати попередній діагноз хворої
- Скласти план повного клінічного обстеження.
- Призначити лікування.

2. Чоловік 67 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, напади болів за грудиною, запаморочення. Ревматизмом не хворів. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. У нижніх відділах легень - вологі хрипи. Систолічне тремтіння в ІІ міжребер'ї справа, грубий систолічний шум, що проводиться на судини ший. АТ - 130/90 мм рт.ст., ЧСС - 90/хв., ритм правильний. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см, гомілки набряклі.

- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження.
- Призначити лікування.

3. Жінка 40 років, скаржиться на задишку і серцебиття при незначному фізичному навантаженні, важкість у правому підребер'ї і набряки гомілок. Об'єктивно: акроціаноз, І тон над верхівкою ослаблений, дуючий систолічний шум, що проводиться в ліву пахову область. Рентгенологічне відзначається збільшення лівих відділів серця, талія згладжена, контрастований стравохід відхиляється по дузі великого радіуса. При доплерехокардіографії виявлена регургітація через мітральний отвір.

- Сформулювати попередній діагноз хворої
- Скласти план повного клінічного обстеження.
- Призначити лікування.

4. У хворої 56 років, доставленої вночі з діагнозом "набряк легень", при огляді відзначається яскравий ціанотичний рум'янець, виявлено зсув верхньої межі серця до ІІ ребра, при аускультатії серця - фібриляція передсердь з ЧСШ 120 на хвилину, АТ 110/60 мм рт.ст., над

верхівкою - тричленна мелодія, голосний I тон, шум у середині діастолі.

- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження.
- Призначити лікування.

5. У хворого 72 років з задишкою та нападами стенокардії при обстеженні виявили систолічний шум у II міжребер'ї зліва від грудини з проведенням на судини ший та в міжлопаткову ділянку. АТ: на руках - 110/ 80 мм рт. ст. При ехокардіоскопії площа аортального отвору 1,2 см².

- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження.
- Призначити медикаментозне лікування та визначити покази до хірургічного втручання.

6. Хворий 28 років, скаржиться на ниючий біль в ділянці серця, серцебиття, пітливість, підвищення температури тіла до 39 °С, яке супроводжується ознобом. Місяць тому була екстракція зуба. Об'єктивно: шкіра бліда, поодинокі петехії на верхніх кінцівках, легкий ціаноз губ. Над легеньми - везикулярне дихання. Межі серця розширені вліво. Діяльність серця ритмічна, ослаблення тонів, діастолічний шум над аортою та в точці Боткіна. Пульс - *celer et altus*, 122/хв., АТ - 100/55 мм рт. ст. Печінка збільшена на 3 см, селезінка збільшена на 4 см. Суглоби не змінені. У крові: Ер - $3,3 \times 10^{12}/л$, Нб - 118 г/л, КП - 0,7, Л - $14,7 \times 10^9/л$, п/я - 8 %, ШОЕ - 24 мм/год. Дослідження крові на стерильність: знайдено стафілокок.

- Сформулювати клінічний діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження.
- Призначити лікування.

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 8. 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трагування змін. /За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 29-ге 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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Перерахувати, які захворювання серцевої, дихальної, нервової та кістково-м'язової системи можуть супроводжуватися таким ускладненням, як серцева недостатність..
2. Перерахувати основні клінічні симптоми, які дозволяють запідозрити наявність СН.
3. Які лабораторні методи дослідження можуть підтвердити діагноз СН?
4. Які інструментальні методи дослідження можуть підтвердити діагноз СН та визначити її тип?
5. Тактика по профілактиці або відстроченню розвитку СН.
6. Основні принципи ведення хворого з СН.
7. Особливості ведення СН у хворих на кардіоміопатії,
8. Особливості ведення СН у хворих із аортальним стенозом та аортальною недостатністю.
9. Особливості ведення СН у хворих із міокардитом та перикардитом.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий 60 років, 2 роки тому переніс інфаркт міокарда, скаржиться на приступи задишки вночі. Об'єктивно: стан хворого важкий, ортопное. Акроціаноз. Пульс - 120/хв. АТ - 100/60 мм рт. ст. ЧД - 36/хв., ритмічне. І тон на верхівці ослаблений, ритм галопу, акцент ІІ тону на легеневій артерії. Над легенями в нижніх відділах послаблене дихання. Яке ускладнення

виникло у хворого?

- A. Напад бронхіальної астми
- B. Гостре легеневе серце
- C. Напад серцевої астми
- D. Кардіогенний шок
- E. Тромбоемболія легеневої артерії

2. Чоловік 70 років, понад 12 років страждає гіпертонічною хворобою. У минулому році переніс інфаркт міокарда. Інвалід II групи. Постійно приймає 40 мг нітросорбїду за добу. При огляді - ціаноз, набухання судин шиї, задишка при незначному фізичному навантаженні, набряки ніг. Розміри серця поширені вліво, тони послаблені, над верхівкою - систолічний шум, акцент II тону на аорті. Пульс - 96/хв., АТ - 130/90 мм рт. ст. Вкажіть причину нормалізації артеріального тиску у хворого.

- A. Падіння скоротливості міокарда
- B. Постійне вживання нітратів
- C. Регрес атеросклерозу
- D. Підвищення рівня натрійдіуретичного гормону
- E. Підвищення об'єму циркулюючої крові

3. Хворий 42 років, з поєднаною мітральною вадою скаржиться на задишку при мінімальному фізичному навантаженні. Під час огляду положення ортопное, акроціаноз, на ногах - набряки, гепатомегалія, асцит, позитивний гепатоюгулярний симптом. Про наявність у хворого лівошлункової недостатності свідчать:

- A. Гепатомегалія
- B. Набряки на ногах
- C. Гепатоюгулярний симптом
- D. Ортопное
- E. Акроціаноз

4. Хвора 58 р., скарги на задишку, втому, серцебиття, давлячі болі в області серця. Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкіра бліда, акроціаноз та рум'янець обох щік. Пульс - 105/хв. При перкусії - розширення серцевої тупості вверху, вліво. Серцеві скорочення ритмічні, на верхівці I тон гучний, хлопаючий, II подвоєний. ЕКГ - збільшені RIII, SI, розширений RIII. Яка найбільш вірогідна патологія що зумовлює таку картину?

- A. Мітральна недостатність
- B. Мітральний стеноз
- C. Аортальна недостатність
- D. Стеноз легеневої артерії
- E. Незарощення міжпередсердної перегородки

5. Хвора 60 років, 2 роки тому перенесла інфаркт міокарда з зубцем Q. За останні 2 місяці з'явилась та стала прогресувати задишка, яка зменшувалась у сидячому положенні. Об'єктивно: ціаноз обличчя та шиї, виражене набухання яремних вен, збільшена та болюча печінка, набряки на ногах. Рентгенологічно та ехокардіоскопічно визначається помірна кількість рідини в порожнині перикарда. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Туберкульозний перикардит
- B. Гострий інфекційно-алергічний перикардит
- C. Синдром Дреслера
- D. Гідроперикард
- E. Ревматичний перикардит

6. Хворий 66 років, скаржиться на задишку у спокої і набряки ніг. Протягом 20 років - артеріальна гіпертензія. Курить 30 сигарет 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. Укажіть найбільш імовірну причину легеневої патології в даного хворого.

- A. Пневмонія, ексудативний плеврит
- B. Серцева недостатність з гідротораксом

С. Рак легені з ателектазом

Д. Туберкульоз легень

Е. Ниркова недостатність з анасаркою

7. 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, ортопноє. ЧСС - 110/хв. АТ - 110/70 мм рт. ст. При аускультатії легень вислуховується велика кількість незвучних дрібнопухирцевих хрипів. ЕКГ: без динаміки. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний?

А. Серцева астма

В. Набряк легенів

С. Кардіогенний шок

Д. Повторний інфаркт міокарда

Е. Позагоспітальна пневмонія

8. Хворому 60 років, після обстеження в стаціонарі встановлений діагноз ІХС: постінфарктний кардіосклероз, стенокардія напруги, ІІІ ФК, серцева недостатність ІІ А ст. Який з перерахованих критеріїв є найбільш достовірним в діагностиці систолічного варіанту серцевої недостатності?

А. Задишка при навантаженнях

В. Набряки нижніх кінцівок увечері

С. Фракція викиду < 40 %

Д. Вологі хрипи в нижніх ділянках легенів

Е. Збільшення печінки

9. Хворий К., 46 років, доставлений МШД зі скаргами на задишку в спокої, серцебиття, перебої в роботі серця, слабкість. Об'єктивно: стан важкий, ортопноє, 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. Який із симптомів фізикального дослідження є достовірною ознакою серцевої недостатності?

А. Хрипи над легенями

В. Тахікардія

С. Збільшення серця

Д. Ритм галопу

Е. Ортопноє

10. У жінки 63 років вночі зненацька почався напад ядухи. Близько 15 років страждає гіпертонічною хворобою, 2 роки тому перенесла інфаркт міокарда. Об'єктивно: положення в ліжку - ортопноє, шкіра бліда, вкрита холодним потом, акроціаноз. Пульс - 104/хв. АТ - 210/130 мм рт. ст., ЧД - 38/хв. Перкуторний звук легеневого, в нижніх відділах притуплений, над усіма ділянками легень вислуховуються поодинокі сухі хрипи, в нижніх відділах – незвучні, дрібнопухирчасті. Яке ускладнення найбільш вірогідно розвинулось у хворої?

А. Гостра лівошлуночкова недостатність

В. Пароксизмальна тахікардія

С. Напад бронхіальної астми

Д. Тромбоемболія легеневої артерії

Е. Гостра лівопередсердна недостатність

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Задача 1. Хвора 62 років, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, набряки ніг. 3 роки тому перенесла інфаркт міокарда з зубцем Q. Об'єктивно: ортопноє, акроціаноз. ЧСС - 108/хв. АТ - 140/80 мм рт. ст. Пульс - 82/хв., фібриляція передсердь. ЧД - 22/хв. Тони серця послаблені, над верхівкою систолічний шум. Дихання жорстке, в нижніх відділах незвучні дрібнопухирчасті хрипи. Печінка на 4 см нижче правої реберної дуги.

- Сформулюйте попередній діагноз.

- Скласти повний план обстеження хворої.

- Скласти план лікування хворої.

Задача 2. Чоловік 60 років, понад 10 років страждає гіпертонічною хворобою. У минулому році переніс інфаркт міокарда, аритмія протягом 6 місяців. Постійно приймає 30 мг нітросорбїду за добу. При огляді - ціаноз, набухання судин шиї, задишка при незначному фізичному навантаженні, набряки ніг. Розміри серця розширені вліво, тони послаблені нерівномірно, над верхівкою - систолічний шум, акцент II тону на аорті. Пульс - 96/хв., аритмічний. АТ - 160/90 мм рт. ст. На ЕКГ – зубець Р відсутній, RR- різної довжини, хвилі fна ізолїнії в II, III, aVF, V1, V2 відведеннях.

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

Задача 3. Хвора С., 46 років, прибула в клініку зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні, слабкість, стомлюваність. В анамнезі: з 15 років ревматизм. Об'єктивно: стан середньої тяжкості, "faciesmitrale". 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.

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

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 9. 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трагування 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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення задишки та ядухи, тахіпное.
2. Для чого більш характерна інспіраторна та експіраторна задишка?
3. Які хвороби серця та судин, дихальної, нервової та інших систем можуть викликати задишку та ядуху?
4. Охарактеризуйте особливості задишки та ядухи у хворих із захворюваннями системи дихання.
5. Охарактеризуйте особливості задишки та ядухи у хворих із захворюваннями серцево-судинної системи.
6. Охарактеризуйте особливості задишки та ядухи у хворих із захворюваннями нервової системи.
7. Яку діагностичну інформацію ми можемо отримати у визначенні причин та важкості задишки та ядухи у хворих із серцево-судинною патологією за допомогою таких методів:
 - Спірографія
 - ЕКГ
 - ЕКГ з фізичним навантаженням
 - ЕХО-КГ
 - добовий холтерівський моніторинг
 - рентгеноскопія серця та легень
 - КТ-ангіографія
8. Яка діагностична цінність визначення BNP, preBNP, D-димер, імуноглобулін E, еозинофілів, газів крові.

9. Прогноз та працездатність хворих із задишкою та ядухою.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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

- A. Рецидив інфаркту
- B. Синдром Дреслера
- C. Пневмонія
- D. Ексудативний плеврит
- E. Тромбоемболія легеневої артерії

2. Хворий лікувався з приводу інфаркту міокарда. На 13 день наступило погіршення: болі в грудній клітці, задишка. Об'єктивно: температура-38,2 °С, пульс - 112/хв., ЧД - 26/хв. Під правою лопаткою вислуховуються дрібнопухирчасті хрипи, а через 2 дні діагностовано правобічний ексудативний плеврит. Загальний аналіз крові: Л - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, еозинофілів - 8%, ШОЕ - 24 мм/год. Яке ускладнення інфаркту міокарда у хворого?

- A. Повторний інфаркт міокарда
- B. Тромбоемболія легеневої артерії
- C. Гостра лівошлуночкова недостатність
- D. Синдром Дреслера
- E. Пневмонія

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

- A. Тромбоемболія легеневої артерії
- B. Розрив міокарда
- C. Набряк легень
- D. Кардіогенний шок
- E. Гострий перикардит

4. Хворий 50 років, 5 днів перебував у відділенні реанімації з діагнозом "трансмуральний інфаркт міокарда". З'явилась задуха, кашель, стискаючий біль за грудиною, нудота. Об'єктивно: ціаноз, ЧСС - 82/хв., АТ - 90/70 мм рт. ст., ЧД - 30/хв. Акцент II тону над легеневою артерією. Шум тертя плеври. На ЕКГ відхилення електричної осі серця вправо, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса, інверсія зубців Т у відведеннях V1-V6. Поява якого ускладнення зумовлює ці зміни?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії
- B. Серцева астма
- C. Синдром Дреслера
- D. Кардіогенний шок
- E. Плевропневмонія

5. У лікарню доставлена хвора 59 років зі скаргами на болі ангінозного типу тривалістю понад 1 годину, ядуху. Положення в постелі напівсидячи. Об'єктивно: ЧД - 24/хв., в легеньми вологі дрібнопухирчасті хрипи в нижніх відділах. АТ - 110/60 мм рт. ст., пульс - 92/хв., тони серця приглушені. Терміново знята ЕКГ: підйом сегмента ST на 5 мм у відведеннях V1-V4. Який метод лікування найбільш доцільний у подібному випадку?

- A. Призначення антагоністів кальцію
- B. Застосування бета-симпатоміметиків
- C. Застосування дигоксину з еуфіліном
- D. Призначення тромболітичних препаратів

Е. Застосування інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту

6. У хворого 54 років із інфарктом міокарда з зубцем Q, задньої стінки лівого шлуночка на 5 добу раптово з'явилася ядуха. Положення ортопное. У легенях сухі розсіяні хрипи, в нижніх відділах - дрібнопухирчасті. В області верхівки серця з'явився пансистолічний шум, що проводиться в ліву пахову область. Погіршення імовірноше всього викликане:

- А. Синдромом Дреслера
- В. Розривом міжшлуночкової перегородки
- С. Рецидивом інфаркту міокарда
- Д. Розривом папілярного м'яза
- Е. Розвитком ендокардиту

7. У хворого 50 років з гострим інфарктом міокарда виник напад задухи. Об'єктивно: дихання - клекочуче, з частотою 32/хв., кашель з виділенням великої кількості пінного рожевого харкотиння, акроціаноз, набрякання вен ший. Пульс - 108/хв., АТ - 80/50 мм рт. ст. Тони серця глухі. Над усією поверхнею легенів вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи. Із введення якого препарату треба розпочинати лікування?

- А. Нітрогліцерин
- В. Діуретик
- С. Серцевий глікозид
- Д. Допамін
- Е. Бета-блокатор

8. У хворого 60 років, який переніс торік інфаркт міокарда, відзначаються задишка, кашель, набряки на ногах, фібриляція передсердь, стенокардія. У процесі стандартного лікування виявилася стійка бігіменія, підсилилася кардіалгія. На ЕКГ: зсув ST униз від ізолінії. Симптоми, що з'явилися, можуть бути у першу чергу обумовлені:

- А. Передозуванням дигіталісних препаратів
- В. Прогресуванням ІХС
- С. Передозуванням інгібіторів АПФ
- Д. Передозуванням бета-адреноблокаторів
- Е. Недостатньою дозою діуретиків

9. У хворі 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?

- А. Розшарування аорти
- В. Напад істерії
- С. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
- Д. Пневмонія
- Е. Гостра лівошлуночкова недостатність

10. Чоловік 22 р., скаржиться на задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні. Вважає себе хворим біля 5 років. Об'єктивно: температура - 36,5 °С; ЧД - 20/хв., пульс - 80/хв., АТ - 125/80 мм рт. ст. Грудна клітка бочкоподібної форми. Перкуторно - коробковий звук. Аускультативно - ослаблене везикулярне дихання над усіма легеними полями. Який механізм порушення альвеолярної вентиляції є провідним?

- А. Порушення функції дихального центру
- В. Порушення рухливості грудної клітки
- С. Токсична дія еозинофілів на бронхи
- Д. Обструктивна недостатність зовнішнього дихання
- Е. Рестриктивна недостатність зовнішнього дихання

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хворий 66 років, 5 років тому переніс інфаркт міокарда. Вночі гостро розвинулась задишка мішаного типу, з'явився сухий кашель, серцебиття. Об'єктивно: збуджений, частота дихання - 34/хв. Над легенями поодинокі сухі хрипи, в нижніх відділах - невелика кількість вологих

незвучних хрипів. Ліва межа серця зміщена вліво на 3 см, тахікардія - до 120/хв. Тони ритмічні, акцент II тону над легеневою артерією. АТ - 245/105 мм рт. ст.

- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження хворого.
- Скласти план лікування хворого.

2. Хвора Д., 47 років, звернулася зі скаргами на підвищення температури тіла до 39 °С, лихоманку, пітливість, сухий кашель, задишку, болі в грудях праворуч при глибокому диханні та кашлі. Захворіла гостро шість днів назад. Об'єктивно: стан важкий, шкіра бліда, ЧД - 28/хв, в нижніх відділах правої половини грудної клітки відсутнє голосове тремтіння, перкуторно - тупий звук, аускультативно - дихання різко ослаблене.

- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження хворого.
- Скласти план лікування хворого.

3. До лікаря звернувся хворий 19 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 в акті дихання. Перкуторно: зліва - тимпаніт, аускультативно - відсутність дихання. Пульс - 98/хв., АТ - 90/50 мм рт. ст.

- Сформулювати попередній діагноз хворого.
- Скласти план повного клінічного обстеження хворого.
- Скласти план лікування хворого.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 10. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

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 гіпопротеїнемічних станах.
7. Класифікація диуретиків. Механізми дії, показання, протипоказання. Побічні ефекти.
8. Основні принципи терапії хронічної серцевої недостатності.
9. Основні принципи терапії нефротичного синдрому.
10. Основні принципи терапії мікседеми.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Основними проявами нефротичного синдрому є усі перелічені, ОКРІМ:

- A. Велика протеїнурія
- B. Збільшення рівня креатиніну
- C. Гіпо- та диспротеїнемія

- Д. Набряки
- Е. Гіперліпідемія

2. Для мікседеми характерні всі перелічені симптоми, ОКРІМ:

- А. Претибіальна локалізація набряків
- В. Набрякова шкіра не затримує слідів натискання пальцем
- С. Збільшення діуреза
- Д. Збільшення АТ
- Е. Набряки зникають після терапії L-тироксином

3. Причинами набрякового синдрому при хронічній серцевій недостатності є усі перелічені, ОКРІМ:

- А. Збільшення активності РААС
- В. Збільшення активності САС
- С. Зниження серцевого викиду
- Д. Зниження активності вазопресину
- Е. Збільшення екскреції калію з сечею

4. Механізми формування набряків при нефротичному синдромі усі, ОКРІМ:

- А. Гіпопротеїнемія
- В. Збільшення каналцевої реабсорбції натрія
- С. Зниження клубочкової фільтрації
- Д. Збільшення активності РААС
- Е. Збільшення онкотичного тиску альбумінів плазми

5. Який признак з перелічених признаков, лежить в основі ліво- та правошлунковій недостатності?

- А. Збільшення рівня трансаміназ.
- В. Гідроторакс.
- С. Периферійні набряки.
- Д. Набряк легень.
- Е. Набухання шийних вен.

6. Набряковий синдром характерен для всіх стадій хронічної серцевої недостатності (ХСН), ОКРІМ:

- А. ХСН II-A ст., систолічний тип
- В. ХСН II-B ст., систолічний тип
- С. ХСН III ст.
- Д. Ізольована лівошлуночкова ХСН
- Е. Ізольована правошлуночкова ХСН

7. Який з перелічених препаратів може бути використаний як монотерапія при хронічній серцевій недостатності I ст.:

- А. Вазодилататор гідролазін
- В. Серцевий глікозид дігосин
- С. Бета-антагоніст норадреналін
- Д. Діуретик гипотиазід
- Е. Інгібітор АПФ, каптоприл

8. Для уточнення стадії ХСН необхідно виконати всі задані дослідження, ОКРІМ:

- А. ЕхоКС
- В. ВЕМ
- С. УЗІ печінки, нирок
- Д. Печінкові проби
- Е. Мочевина, креатинін

9. Причинами набрякового синдрому при хронічній серцевій недостатності внаслідок легеневої гіпертензії є все перелічене, ОКРІМ:

- А. Набухання шийних вен
- В. Недостатність трикуспідального клапана
- С. Рентгенологічне виявлене зміщення правої межі серця з посиленням венозним судинним легеневим малюнком

Д. Гіпертрофія правого шлуночка на ЕКГ
Е. Периферичні набряки і застій в печінці

10. Дігосин використовується для лікування хронічної серцевої недостатності при:

А. Застійної кардіоміопатії
В. Гіпертензії
С. Повний атріо-вентрикулярній блокаді
Д. Аортальному пороку
Е. Ні у одному з перерахованих

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 11. Ведення хворого з болем у спині та кінцівках.

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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

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 спонділоартриту та реактивного артрити. Чому змінена назва хвороби Рейтера?
5. Дайте характеристику прийомів об'єктивного обстеження хворих на анкілозуючий спонділоартрит.
6. Які позасуглобові ураження можливі у хворих на анкілозуючі спонділоартрити та реактивні артрити?
7. Які лабораторні методи дослідження необхідні для верифікації причини болів у спині?
8. Які рентгенологічні зміни характерні для хворих на анкілозуючі спонділоартрити та реактивні артрити?
9. Назвіть основні принципи медикаментозного лікування хворих на анкілозуючі спонділоартрити та реактивні артрити.
10. Які антимікробні засоби та з якою ціллю призначаються хворим на реактивні та постентероколітичні артрити?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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?
А. Анкілозуючий спонділоартрит
В. Туберкульозний спондиліт
С. Псоріатична спонділоартропатія
D. Спонділоартропатія на фоні реактивного артрити
Е. Поширений остеохондроз хребта
2. Хворий 40 років, страждає на хворобу Бехтерева, скаржиться на підвищення температури

тіла до 37,8 °С, 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?

- A. Атрофія зорового нерва
- B. Відшарування сітківки
- C. Катаракта
- D. Іридоцикліт
- E. 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, заострення поздовжніх зв'язок. Який з діагнозів є найбільш вірогідним?

- A. Анкілозуючий спондилоартрит
- B. Туберкульозний спондиліт
- C. Псоріатична спондилоартропатія
- D. Спондилоартропатія на фоні реактивного артриту.
- E. 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?

- A. Ревматоїдний артрит
- B. Псоріатичний артрит
- C. Хвороба Бехтерева
- D. Реактивний артрит
- E. 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?

- A. Рентгенографія ілеосакральних сполучень
- B. Визначення HLA-B27 антигену
- C. Визначення рівня ЦІК в крові
- D. Пункція кісткового мозку
- E. Визначення ревматоїдного фактора

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:

- A. Нестероїдних протизапальних препаратів
- B. Глюкокортикоїдів
- C. Препаратів 4-амінохінолінового ряду
- D. 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

Е. 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 - $4,3 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 37 мм/год. Який з наведених діагнозів є правильним?

- А. Анкілозуючий спондилоартрит
- В. Реактивний артрит
- С. Деформуючий остеоартроз
- Д. Ревматоїдний артрит
- Е. 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?

- А. Численні кістковидні просвітлення
- В. Остеопороз, узурація суглобової поверхні
- С. Звуження суглобової щілини, остеофітоз
- Д. Двобічний сакроілеїт
- Е. 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. НЬ - 100 г/л, ШОЕ - 20 мм/год., в сечі - лейкоцити, у зішкребі з уретри - хламідії. Діагноз?

- А. Синдром Рейно
- В. Гонорейний артрит
- С. Реактивний артрит
- Д. Іерсиніозний артрит
- Е. Неспецифічний бактеріальний артрит

11. У хворого 30 років скарги на болі й скутість у грудному й поперековому відділах хребта після тривалого перебування в положенні сидючи, нічні болі. Об'єктивно: невелика сутулість, хода скована, іридоцикліт, позитивний симптом Отта й Шобера. Рентгенографія костей таза: крижово-здухвинні зчленування нерівні, нечіткі з ділянками остеосклерозу, їхні щілини нерівномірно звужені. Ваш попередній діагноз?

- А. Анкілозуючий спондиліт.
- В. ДОО з ураженням хребта.
- С. Хвороба Рейтера, сакроілеїт.
- Д. Псоріатичний артрит, сакроілеїт.
- Е. Туберкульозне ураження хребта.

12. Хворий 29 років скаржиться на болі в області ахілового сухожилля при спусканні по сходах. Трохи пізніше з'явилися болі в глибині сідниць, перестав спати через болі в спині. При об'єктивному дослідженні с-м Отто 2 см., позитивні симптоми Кушелевского. Що вважається маркером даної патології?

- А. Антиген HLA B 27.
- В. Високий титр ревматоїдного фактора.
- С. Антимітохондріальні антитіла.
- Д. Антитіла до нативної ДНК.
- Е. Антистрептококові антитіла.

13. Хворий 19 років госпіталізований зі скаргами на біль у лівому колінному суглобі, припухання його, що відзначає протягом 2-х діб. 2 тижня назад переніс епізод діареї (рідкий стілець із зеленуватим відтінком до 8 разів за добу з підвищенням t_0 тіла). Дядько хворого страждає хворобою Бехтерева. Об'єктивно: дефігурація лівого колінного суглоба, надколінок балотує. Суглоб при обмацуванні болючий. Яка можлива етіологія захворювання суглоба?

A. *Salmonella thyphimurium*.

B. *Chlamydia trachomatis*.

C. *Neisseria gonorrhoeae*.

D. *Shigella sonnei*.

E. *Streptococcus haemolyticus*.

14. На рентгенограмі стегнової кістки хворого 40 років, що скаржиться на болі в стегні й підвищення температури тіла, виявлене просвітління неоднорідної структури за рахунок наявності в центрі тіні високої інтенсивності. Що обумовило зазначену тінь?

A. Секвестр.

B. Доброякісна пухлина.

C. Злоякісна пухлина.

D. Остеопороз.

E. Остеохондропатія.

15. В 37-літнього шахтаря після підйому ваги виник біль у поперековій області з іррадіацією в ліву ногу. Ходить важко. Сплющений поперековий лордоз. Сколіоз опуклістю вліво. Напруженість паравертебральних м'язів. Позитивні симптоми Нери, Дежерина, симптом Ласега ліворуч із кута 350. Вкажіть необхідний метод для уточнення діагнозу.

A. КТ попереково-крижового відділу хребта.

B. Люмбальна пункція.

C. Сонографія нирок.

D. Нисхідна мієлографія.

E. Електроміографія.

16. У хворій 22 років після відпочинку в Криму з'явилася гіперемія шкіри лица, болі в суглобах кисті, болі в попереку. Об'єктивний стан відносно задовільне. Над легеньми легеневої звук, дихання везикулярне, діяльність серця ритмічна пульс 84/хв, АТ 130/90 мм рт. ст., відзначається обмеження рухів і болючість у дрібних суглобах обох кистей. Для уточнення діагнозу Ви призначите обстеження:

A. Антитіла до нативної ДНК.

B. Ревматоїдний фактор.

C. С-Реактивний білок.

D. Рентгенологічне дослідження суглобів кистей.

E. Титр анти-стрептококових антитіл.

17. Хворий 62 років скаржиться на втрату 10 кілограмів ваги за 2 місяці, появи сечі м'ясних помиїв, постійно прогресуючий біль у поперековій ділянці загальну слабкість, відсутність апетиту, субфебрильну температуру. При огляді в лівому підребер'ї при щупанні виявляється округле утворення дерев'янистої щільності. В аналізі крові: Нв 90 г/л, ер. $2,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц. $8,8 \cdot 10^9/л$, ШОЕ 42 мм/г. В сечі: відносна густина 1018, білок 0,66 г/л, еритроцити на все поле зору, лейкоцити 10 у п/з, циліндри 8-10 у п/з. Ваш попередній діагноз?:

A. Пухлина нирки

B. Нефроптоз

C. Туберкульоз

D. Гострий гломерулонефрит

E. Сечо-кам'яна хвороба

18. У хворої, 62 років, при підйомі валізи з'явився різкий біль у спині. При обстеженні встановлено діагноз: посткліматеричний остеопороз, компресійний перелом Т-9. У механізмі розвитку остеопорозу у хворої найважливішу роль відіграє?

A. Дефіцит естрогенів.

B. Дефіцит кортикостероїдів.

C. Дефіцит тиреоїдних гормонів

Д. Дефіцит соматотропного гормону

Е. Дефіцит паратиреоїдного гормону.

19. Чоловік, 32 р., 2 тиж.тому переніс дизентерію. Скаржиться на наявність висипки на статевому члені, болі в лівій п'яті та вранішню скутість у поперековій ділянці, більше праворуч. Відмічаються також дізуричні явища, але результати бактеріологічного дослідження сечі негативні. Ваш діагноз?

А. Синдром Рейтера

В. Гонококовий артрит

С. Псевдоподагра

Д. Синдром Шегрена

Е. Ревматоїдний артрит

20. Жінка 24 років поступила в урологічне відділення зі скаргами на біль у поперековій області, підвищення температури тіла, лихоманку. В аналізах сечі лейкоцити викривають усе на поле зору. При екскреторній урографії виявлено подвоєння й розширення верхніх сечових шляхів з обох сторін. Виявлені зміни в нирках найбільшдостовірні при:

А. Вроджений гідронефроз

В. Сечокам'яна хвороба

С. Фіброміома матки

Д. Хронічна ниркова недостатність

Е. Хронічний пієлонефрит

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Чоловік 38 років, упродовж 3 років відчуває загальну втому, болі та зкутість в нижньому та середньому відділах спини, крижово-здухвинному зчленуванні та шії. Біль особливо посилюється між 3 та 6 годинами вранішнього сну. Біль та зкутість може зменшити 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 підсилились 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 сулобах при жуванні, виражені болі в попереку, дізуричні розлади. Кілька разів лікував афтозний стоматит. При огляді: кератодермія підошв та псоріазиформні зміни кіри 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

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 12. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте клінічні, лабораторні та рентгенологічні прояви суглобового синдрому у

хворих на гостру ревматичну лихоманку.

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

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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 виявляється виражений остеопороз. Що є базисною терапією в такій ситуації?
А. Диклофенак натрію
В. Індометацин
С. Метотрексат
D. Преднізолон
Е. Мелоксикам
2. Хворий 18 років, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 37,8 °С, серцебиття, задиху 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 ніжний систолічний шум. Лікар запідозрив ревматизм. Яка подальша тактика?
А. Направити на консультацію до оториноларинголога
В. Провести обстеження та лікування амбулаторне
С. Виписати лікарняний лист і лікувати до нормалізації температури
D. Направити на консультацію до ревматолога поліклініки
Е. 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. Нb -92 г/л, ШОЕ - 66 мм/год. СРБ -(+++). Позитивна реакція Вассермана. Яке з додаткових діагностичних досліджень буде найбільш інформативним для даного захворювання?
А. Антинуклеарні антитіла
В. Реакція РІБТ і РІФ
С. Визначення ревматоїдного фактора
D. Титр АСЛ-0
Е. 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
- E. 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?

- A. ШОЕ
- B. Ревматоїдного фактора
- C. Сечової кислоти
- D. Осаду сечі
- E. 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?

- A. Тромбоцитопенія
- B. Серцева недостатність
- C. Анемія
- D. Васкуліт
- E. 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?

- A. Підвищений рівень сечової кислоти в крові і сечі
- B. Позитивний РФ та підвищення рівня фібриногену
- C. Наявність М-градієнту, висока ШОЕ
- D. Підвищення рівня КФК і міоглобіну
- E. 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?

- A. Етамід
- B. Преднізолон
- C. Алопуринол
- D. Антуран
- E. 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–5,2г/л, альфа-2-глобуліни-12%,титр антитіл до ієрсиній 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

11. Хворий Д., 24 років, звернувся в амбулаторію сімейної медицини зі скаргами на біль у гомілковостопних і колінних суглобах, підвищення температури тіла до 37,7⁰С, біль при сечовипусканні, відчуття "піску" в очах. Хворіє 6 тижнів. Об'єктивно: уражені суглоби припухлі, рухи в них трохи обмежені. Гіперкератоз стоп. Аналіз крові: лейкоц. - 9,3*10⁹/л, ШОЕ-32мм/год. Тест на ревматоїдний фактор негативний. Яка інфекція можлива в цьому випадку?

- А. Гонококова.
- В. Хламідійна.
- С. Стрептококова.
- Д. Сальмонельозна.
- Е. Ієссиніозна.

12. Через тиждень після краснухи в 15- літньої дівчинки з'явився різкий біль і припухлість п'ястно-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів, відчуття скутості ранком, температура 38,7⁰С, загальна слабкість, розбитість, втрата апетиту. При обстеженні: збільшення периферичних, пахових лімфовузлів, збільшення селезенки й печінки. Додаткове обстеження ШОЕ-50мм/год, диспротеїнемія, гіпергамаглобулінемія, СРБ +++, позитивний ревматоїдний фактор у крові. Для якої хвороби характерні такі ознаки.

- А. Синдром Фелта
- В. Ревматичний артрит
- С. Анкілозуючий спонділоартрит
- Д. Ювенільний ревматоїдний артрит
- Е.Подагричний артрит

13. Після консультації в дерматовенеролога, ортопеда-травматолога й окуліста хворому 30 років, який скаржився на періодичні болі у великих суглобах, часті кон'юнктивіти й дискомфорт в уретрі, був поставлений діагноз уретро-окуло-синовіального синдрому (хвороба Рейтера). Яка найбільш імовірна етіологія цього захворювання?

- А. Хламідійна
- В. Стрептостафілококкова,
- С. Вірусна
- Д. Трепанематозна
- Е. Гарднерельозна

14. Хворий, 14 років, скаржиться на ранкову скутість, біль у дрібних суглобах кистей. Об'єктивно: припухлість II-III п'ястно-фалангових, променево-зап'ястних суглобів. На Рогграмі - навколосуглобовий остеопороз, звуження щілин п'ястно-фалангових суглобів. ШОЕ 36 мм/год, СРБ +++, ревматоїдний фактор крові у високому титрі. Яке захворювання у хворого?

- А. Хвороба Рейтера

- В. Анкілозуючий спонділоартрит.
- С. Ювенільний ревматоїдний артрит.
- Д. Гостра ревматична лихоманка.
- Е. Подагричний артрит

15. Дівчинка 16 років, занедужала гостро 3 місяця назад після перенесеної гострої респіраторної інфекції. З'явився біль у міжфалангових суглобах, ранкова скутість, підвищилась температура тіла до 38°C . Міжфалангові, п'ястно-фалангові, колінні суглоби набрякші, малорухомі, гарячі на дотик. В аналізі крові: ШОЕ - 45 мм/год, СРБ (+++), реакція Ваалера-Роуза - 1:128. Про яке захворювання можна думати?

- А. Ювенільний ревматоїдний артрит.
- В. Реактивний артрит.
- С. Деформуючий артроз.
- Д. Подагра.
- Е. Ревматичний артрит.

16. Юнак 16 років поступив у ревматологічне відділення зі скаргами на біль у більших суглобах, у міжфалангових суглобах, ранкова скутість, набряклість і почервоніння міжфалангових і п'ястно-фалангових суглобів, $t=37,9^{\circ}\text{C}$. Вище зазначені скарги з'явилися 5 днів назад, після перенесеної ангіни. В аналізі крові: лейкоцитоз, ШОЕ 33мм/год, СРБ(++), фібриноген 5,2 г/л, РФ(-). Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Ревматичний артрит
- В. Реактивний артрит.
- С. Деформуючий артроз.
- Д. Подагра.

Е. Ювенільний ревматоїдний артрит

17. Хворому 23 років, який страждає системним червоним вовчаком з гострим перебігом, ураженням нирок, міокарда, плеври, суглобів, планується призначити патогенетичне лікування. В аналізі крові: $\text{ер.}-3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв-120 г/л, лейкоц.- $2,9 \times 10^9/\text{л}$, тромбоц.- $50 \times 10^9/\text{л}$, сечовина 6,9 ммоль/л. Виберіть правильний варіант лікування.

- А. Преднізолон 60 мг/с.
- В. Циклофосфан 200 мг в/в через день
- С. Тмидолін 10 мг в/м щодня
- Д. Лаферон 6 млн ед. в/м 2 рази в тиждень
- Е. Левамизол 150 мг/д за схемою

18. У юнака 19 років з'явилися різкий біль і припухлість у колінних, гомілковостопних, променево-зап'ястних і ліктьових суглобах. Підвищилась температура тіла. 2 тижня назад відзначав печіння в уретрі при сечовипусканні. В аналізі крові виявлені підвищення ШОЕ, лейкоцитоз. Найбільш імовірний діагноз:

- А. Подагричний артрит
- В. Ревматоїдний артрит
- С. Ревматичний артрит
- Д. Реактивний артрит
- Е. Гонорейний артрит

19. Хвора В., 25 років, через 2 тижні після перенесеної ангіни скаржиться на підвищення температури тіла, болі й припухлість у колінних суглобах, висипка у вигляді червоних кілець на гомілках. Через кілька днів почала турбувати біль у гомілковостопних, потім у кульшових суглобах. Для якого захворювання характерні такі симптоми?

- А Деформуючий остеоартроз
- В Ревматоїдний артрит
- С Реактивний артрит-
- Д Токсично-алергійний дерматит
- Е Гостра ревматична лихоманка

20. Хвора М., 27 років, поступила зі скаргами на біль і ранкову скутість у дрібних суглобах рук, їх метеозалежність. Об'єктивно виявлені ознаки запалення, деформація проксимальних міжфалангових I, II, III п'ястно-фалангових суглобів. На Ro-грамі кистей узури, деформація

суглобів кистей, ознаки остеопорозу. Який діагноз найбільш імовірний?

А Системний червоний вовчак

В Ревматоїдний артрит

С Остеоартроз

Д Ревматичний поліартрит

Е Псоріатичний артрит

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Задача 1.

Хворий 43 р., працівник м'ясокомбінату, скаржиться на біль та припухлість, почервоніння в лівому пліосне-фаланговому суглобі І 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. Рентгенограма хворого: 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

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 13. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Тракування 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.).

2. Питання для самоконтролю

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.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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 сальбутамолу при купуванні нападу?
А. Блокада альфа 1-адренорецепторів
В. Зниження рівня рН крові
С. Збільшенні 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 легенів
В. Об'єм форсованого видиху.
С. Залишковий об'єм легенів
Д. Резервний об'єм видиху
Е. Форсована життєва ємкість легенів
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 °С, 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 легенів (МВЛ)
В. Залишковий об'єм легенів (ЗОЛ)
С. Об'єм форсованого видиху за 1 сек. (ОФВ1)
Д. Форсована життєва ємкість легенів (ФЖЄЛ)
Е. Відношення ОФВ1/ФЖЄЛ

5. Лікар зайшов в палату, де знаходяться п'ять хворих з поразкою 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, купіруемість, варіабельність. 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 бронхіальну астму у поєднанні з гіпертонічною хворобою II ст., другого ступеню. Для контролю артеріального тиску 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 легенів
- В. Бронхіальна астма
- С. Рак легені
- Д. Постпневмонічний пневмосклероз
- Е. Ні одне з перерахованих

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

№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 трудновідділяємим харкотинням слизово-гнійного характеру, особливо восені 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 легеньми перкуторно звук коробочний, дихання ослаблене везикулярне з подовженим видихом, розсіяні сухі хрипи. ЖЄЛ – 2,4 л при належній 4,2 л

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. . Які симптоми свідчать про розвиток емфіземи легенів.
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 легенів декілька обмежена. Перкуторно – легеневий звук з відтінком коробочного, зліва донизу від кута лопатки - його укорочення, в цій області при аускультатії визначається ослаблення дихання, вологі середньопухирчасті хрипи, на решті протягу легенів 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.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 14. 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 легеневим інфільтратом; 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 легеновому полі; спалахи та обмежене поширення; дифузна дисемінація.

План

1. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Визначення поняття - легеневий інфільтрат.
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.
11. Вказати основні принципи визначення прогнозу та працездатності для хворого на АГ.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий 58 років, поступив в пульмонологічне відділення у зв'язку з випадково виявленою при флюорографії легень патологічною тінню. В анамнезі - вогнищевий туберкульоз легенів, 5 років тому знятий з обліку по одужанню. Скарг при вступі немає. При рентгенографії органів грудної порожнини - в нижній частці правої легені субплеврально округлий фокус до 3 см., 3 нечіткі контурами. Запідозрений периферичний рак легені. Який інструментальний метод допоможе в верифікації діагнозу?
А. Бронхоскопія.
В. Бронхографія.
С. Трансторакальна пункційна біопсія.
D. Рентгеноскопія.
Е. Комп'ютерна томографія.
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 у грудній клітці, виражена задишка змішаного характеру. У мокроті - прожилки крові. Через кілька днів підвищилася температура тіла до 38 °С. Госпіталізовано. При обстеженні праворуч - дріднопухирчасті вологі хрипи. Рентгенологічно: в правій легені виявлена клиноподібна тінь, венозне повнокров'я. Про яке захворювання, найімовірніше, йдеться?
А. Крупозна пневмонія
В. Застійна пневмонія.
С. Інфаркт-пневмонія.
D. параканкрозного пневмонія.
Е. Аспіраційна пневмонія.
3. У хворого прогресуюча слабкість. Втрата апетиту, схуднення, тривалий (більше 3-х місяців) кашель, пітливість ночами, субфебрилітет. На оглядовій ретгенограмі органів грудної порожнини - картина двостороннього поразки верхівкового і заднього сегментів вогнищами різної величини і щільності. Над верхівками легень тіні плевральних нашарування. Ваш висновок?

- A. Інфаркт легені.
- B. Набряк легень.
- C. Вогнищевий туберкульоз.
- D. Периферичний рак легенів.
- E. Жодне з названих.

4. У хворого 40 років, після переохолодження. Підвищилася температура тіла до 38*С, з'явилися кашель. Слабкість. При рентгенологічному дослідженні легень виявлена інфільтрація в нижній частці правої легені. Які препарати повинні бути обов'язково призначені?

- A. Десенсибілізуючі.
- B. Вітаміни.
- C. Антибіотики.
- D. Муколітичні.
- E. Іммунокоректори.

5. Хвора 48 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39,8 оС, кашель з гнійно-кров'янистою мокротою. Стан важкий, ціаноз, задишка, ЧДД 32 в 1 хв .. ЧСС / пульс 116 в 1 хв .. У легенях справа ділянки ослабленого везикулярного дихання чергуються з ділянками вологих хрипів. Рентгенологічно: праворуч на фоні інфільтрації кілька тонкостінних порожнин з горизонтальним рівнем. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз 18 Г / л, 19% паличкоядерних нейтрофілів, ШОЕ 43 мм / год. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний?

- A. Пневмококкова пневмонія.
- B. Вірусна пневмонія.
- C. Стафілококкова пневмонія.
- D. Казеозна пневмонія.
- E. Мікоплазмена пневмонія.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хвора 48 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39,8 оС, кашель з гнійно-кров'янистою мокротою. Стан важкий, ціаноз, задишка, ЧДД 32 в 1 хв .. ЧСС / пульс 116 в 1 хв .. У легенях справа ділянки ослабленого везикулярного дихання чергуються з ділянками вологих хрипів. Рентгенологічно: праворуч нв фоні інфільтрації кілька тонкостінних порожнин з горизонтальним рівнем. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз 18 Г / л, 19% паличкоядерних нейтрофілів, ШОЕ 43 мм / год. Який з антибактеріальних препаратів слід віддати перевагу на першому етапі ЛЄЧЄ в даному випадку?

2. Хворий 30 років, скаржиться на кашель з трудноотделяемой мокротою, задишку, біль у грудній клітці справа при диханні, підвищення температури тіла до 39 - 40 оС. Захворів гостро, після переохолодження. Об'єктивно: блідий. ЧДД 28 в 1 хв., Права половина грудної клітки відстає при диханні, тут же уіленіє голосового тремтіння, вислуховується бронхіальне дихання. У загальному аналізі крові - лейкоцитоз, паличкоядерних зсув, прискорення ШОЕ. Рентгенологічно: інфільтративні зміни в нижній частці правої легені. З якого препарату слід почати етіотропну терапію?

3. Хворий 35 років, скаржиться на сильний біль у правому боці, що підсилюється при найменшому русі. Болен близько доби, після перебування на протязі. При огляді: Права половина відстає в акті дихання, болезненность при пальпації УП - УШ міжреберий праворуч, перкуторний звук ясний, дихання везикулярне. Температура тіла нормальна, аналізи крові, сечі, рентгеноскопія органів грудної порожнини - без патології. Найбільш ймовірний діагноз?

4. Хворий 25 років захворів гостро 2 дні тому, після важкої фізичної та психоемоційного навантаження. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39 оС, кашель з «іржавою» мокротою, виражену слабкість, болі в грудній клітці справа. Що можна виявити при рентгенологічному дослідженні?

5. У чоловіка 40 років раптово піднялася температура тіла до 39 – 40*С. Озноб, головний біль, біль у боці підсилюється при глибокому вдиху, кашель, задишка. ЧСС / пульс - 100 уд. в 1 хв. В аналізі крові: лейкоцити 12 Г/л, ШОЕ - 40 мм.год. На рентгенограмах органів грудної порожнини у двох проекціях в перші дні захворювання в нижніх частках легень (праворуч і ліворуч) затемнення без чітких контурів, розширення коренів. Через 10 днів після антибактеріальної і протизапальної терапії рентгенологічно відзначена позитивна динаміка. Який з діагнозів найбільш вірогідний?

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 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 15. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Визначення поняття «внутрішньолікарняна» пневмонія, класифікація.
2. Актуальні збудники внутрішньолікарняної пневмонії.
3. Джерела інфікування в стаціонарі. Поняття «вентилятор-асоційована» пневмонія.
4. Клінічна семіотика внутрішньолікарняної пневмонії.
5. Лабораторні критерії внутрішньолікарняної пневмонії.
6. Рентгенологічні критерії внутрішньолікарняної пневмонії.
7. Стандарт лікування внутрішньолікарняної пневмонії.
8. Ускладнення внутрішньолікарняної пневмонії.
9. Патогенетичне лікування внутрішньолікарняної пневмонії.
10. Критерії ефективності лікування. Профілактика.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Хворий 72 років, знаходиться на лікуванні з діагнозом внутрішньолікарняна пневмонія, гр.П. Відмічено погіршення стану: задишка, виражена слабкість, пітливість, запаморочення. ЧД - 24 в 1 хв.. Справа нижче за кут лопатки визначається притуплення перкуторного звуку, крепітація. Зліва – коробочний відтінок перкуторного звуку, жорстке дихання. ЧСС/пульс - 90 в 1 хв., АТ- 90/50 мм. рт. ст. Тони серця глухі. Живіт болісний в правому підребер'ї. Пальпується край печінки. Яке ускладнення внутрішньолікарняної пневмонії розвинулося у хворого?
А. Бронхіальна обструкція.
В. Тромбоемболія легеневої артерії.
С. Екссудативний плеврит справа.
Д. Інфекційно-токсичний шок.
Е. Токсичний гепатит.
2. Які з нижчеперерахованих антибактеріальних препаратів доцільно призначити при внутрішньолікарняній пневмонії легкої течії на першому етапі лікування ?
А. Пеніциліни.

В. Цефалоспорини III покоління.

С. Цефалоспорини I покоління.

Д. Макроліди

Е. Тетрациклін..

3. Хворий 5 діб знаходиться в реанімації з приводу церебральної коми на ШВЛ. Об'єктивно: температура тіла 38,6°C. Обличчя гіперемоване. Над легеньми справа в нижньонаружних відділах притуплення перкуторного звуку, аускультативно там же – послаблене везикулярне дихання, вологі дрібнопухирчасті хрипи. Запідозрена внутрішньолікарняна вентилятор-асоційована пневмонія, розвинута внаслідок:

А. Перебування в приміщенні, де працює кондиціонер.

В. Проведення ШВЛ методом «рот-в-рот».

С. Внаслідок апаратної ШВЛ.

Д. Все вірно.

Е. Все невірно.

4. Тракувати дану пневмонію як ранню вентилятор-асоційовану дозволяє:

А. Виникнення в першу добу ШВЛ.

В. Виникнення на 5 добу ШВЛ.

С. Виникнення на 3 добу ШВЛ.

Д. Не існує ранніх вентилятор-асоційованих пневмоній.

Е. Все відповідає.

5. Найчастіше збудники таких пневмоній це:

А. *Pseudomonas aeruginosa*.

В. *Enterobacteriales* spp.

С. *Acinobacter* spp, *S. aureus*.

Д. Всі названі збудники.

Е. Ні один з названих збудників.

6. Збудником внутрішньолікарняної вентилятор-асоційованої пневмонії в даному випадку доведена Грам(-) мікрофлора. Виберіть раціональний антибіотик:

А. Ампіцилін.

У. Цефазолін.

С. Цефуроксим.

Д. Цефтріаксон.

Е. Всі однаковою мірою активні.

7. Збудником внутрішньолікарняної вентилятор-асоційованої пневмонії в даному випадку доведена паличка синьо-зеленого гною. Виберіть найбільш активний цефалоспориновий антибіотик.

А. Цефазолін.

У. Цефуроксим.

С. Цефтріаксон.

Д. Цефтазідим.

Е. Всі однаково активні.

8. У хворого 44 років, на тлі важкого перебігу госпітальної пневмонії розвинулася стійка гіпотонія (АТ 90/50 мм. рт. з т.), олігурія (сечовиділення 10 мл/год). При огляді: хворий загальмований, шкіряні покрови холодні, ціанотичні, покриті липким потом. У даній ситуації необхідно призначити:

А. Строфантин.

У. Реосорбілакт, допамін.

С. Фізіологічний розчин, адреналін.

Д. Мезатон.

Е. Кордіамін.

9. Який етіологічний чинник внутрішньолікарняної пневмонії, що розвинулася у пацієнта літнього віку, після перенесеного хірургічного втручання на органах черевної порожнини. Захворювання розвивалося поступово, з невеликого покашлювання, слабкості. Рентгенологічно – зливна вогнищева інфільтрація.

- А. Пневмокок.
- В. Стафілокок.
- С. Вірус.
- Д. Кишкова паличка.
- Е. Стрептокок.

10. Частота якого ускладнення велика в даному випадку?

- А. Бронхообструкція.
- В. Ексудативний плеврит.
- С. Інфекційно-токсичний шок.
- Д. Токсичний гепатит.
- Е. Емфізема легенів.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

№1. Хвора 48 років, знаходиться на лікуванні в травматологічному відділенні у зв'язку з переломом кісток стопи. Положення вимушене у зв'язку з накладенням скелетного витягнення. На 8 день перебування підвищилася температура тіла до 38,6 оС, з'явився кашель з мізерним харкотинням, болі в грудній клітині справа, що посилюються при кашлі і глибокому диханні. В анамнезі 1,5 роки тому перенесла загострення виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, продовжує приймати противиразкову терапію. Об'єктивно: Стан середньої тяжкості. Шкіряні покрови гіперемовані, вологі. Температура тіла 38,8оС. ЧД - 20 в 1хв. Повноцінну перкусію і аускультацию легенів виконати неможливо. Зліва дихання везикулярне, хрипів немає. Справа в нижньонаружних відділах дихання послаблене, вислуховується грубий шум на вдиху і видиху, що посилюється при натисканні фонендоскопом, поодинокі вологі хрипи. ЧСС/пульс - 88 в 1 хв. АТ - 105/60 мм. рт. ст. Межі серця не зміщені. Тони серця ритмічні, звучні, шумів немає. Язик вологий, біля кореня обкладений білим нальотом. Живіт звичайної форми, м'який, активно приймає участь в акті дихання, пальпація безболісна. Печінка не збільшена.

1. Чим можна пояснити підвищення температури?
2. Обґрунтуйте і сформулюйте з урахуванням сучасної класифікації діагноз легеневої патології.
3. Програма обстеження.
4. Назвіть чинники ризику внутрішньолікарняних пневмоній. Можливі чинники у хворой.
5. Програма лікування.

№2. Хворий 73 років прооперован з приводу калькульозного холециститу ускладненого жовтяницею. На 7 день після операції відзначає підвищення температури до 38,6оС, слабкість, пітливість, з'явився кашель з мізерним харкотинням, задишка. Об'єктивно: Стан середньої тяжкості. Шкіряні покрови жовтушні. ЧД - 28-30 в 1 хв. Над легеньми перкуторно: зліва легеневий звук з коробочним відтінком, справа нижче за кут лопатки – притуплення. Аускультативно: зліва - послаблене везикулярне дихання, справа – дихання жорстке, вологі дрібнопухирчасті хрипи. ЧСС/пульс - 102 в 1 хв., АТ - 110/75 мм. рт. ст. Тони серця приглушені. Язик обкладена жовтуватим нальотом, сухий. Живіт нерівномірно бере участь в акті дихання. В ділянці правого підребер'я – післяопераційна пов'язка, дренажна трубка. Стілець затриманий. Діурез 1600 мл в добу.

Аналіз крові: гемоглобін – 112 г/л, еритроцити - 4,05 Т/л, лейкоцити - 18 Г/л, ШОЕ -43 мм/год, еозинофіли -1%, паличкоядерні - 14 %, сегментоядерні – 42 %, моноцити – 10%, лімфоцити - 33%. Загальний білірубін – 73 мкмоль/л.

1. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
2. До якої групи відноситься пневмонія?
3. Найбільш часті етіологічні агенти в подібних випадках?
4. Яка спрямованість змін фракцій білірубину?
5. Програма обстеження.
6. Програма лікування.
7. Програма раціональної антибіотикотерапії.

№3. Хворий 22 років прооперований у відділенні щелепно-лицьової хірургії з приводу флегмони підщелепної ділянки зліва. Через 5 діб після операції стан хворого різко погіршав – з'явився сухий кашель, підвищилася температура тіла до 39,4оС. На рентгенограмі органів грудної порожнини виявлено зліва в проекції верхньої частки посилення легеневого малюнка. Аналіз крові: гемоглобін - 110 г/л, еритроцити - 3,2 Т/л, лейкоцити - 13,6 Г/л, ШОЕ - 50 мм/год. Призначено ампіцилін. Через 7 днів поліпшення немає. Рентгенологічно в проекції верхньої частки зліва на тлі інфільтрації легеневої тканини визначаються три порожнини з горизонтальним рівнем рідини.

1. Яка легенева патологія розвинулася у хворого?
2. Сформулюйте діагноз у відповідності із сучасною класифікацією.
3. Найбільш вірогідний етіологічний агент легеневої патології.
4. Програма лікування .

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 16. 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 легених кровотечах.

План

1. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дати визначення поняття кровохаркання і легенева кровотеча.
2. Етіологія і патогенез кровохаркання і легених кровотеч.
3. Класифікація легеневої кровотечі.
4. Клініка кровохаркання і легеневої кровотечі.
5. Провести диференційну діагностику основних захворювань, які викликають кровохаркання і легенева кровотеча.
6. Які основні методи діагностики легених кровотеч.
7. Проаналізувати і дати трактовку змінам даних лабораторних та інструментальних методів дослідження.
8. Вказати основні етапи лікування хворих з кровохаркання і легеневою кровотечею;
9. Який алгоритм надання невідкладної допомоги хворим з легеневою кровотечею.
10. Які профілактика та прогноз у даної категорії хворих.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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

А. Пневмонія.

В. Туберкульоз легенів.

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. ЧДЗ4 в 1 хв.. Перкуторний звук справа внизу тупий. ЧСС 120 в 1 хв., АТ – 100/60 мм.рт.ст. Аускультативно: діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент ІІ тону над легеневою артерією, в основі мечоподібного відростка – ритм галопа. 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 II тону на легеневій артерії. Про яке захворювання слід думати?

- А. Туберкульоз легенів.
- В. Системний червоний вовчак.
- С. Інфекційний ендокардит.
- Д. Ревматична хвороба, мітральний порок.
- Е. Ні одне захворювання не підходить.

5. Хворому 60 років. Протягом 3 місяців турбують сухий кашель вранці, наростаюча задишка, іноді кровохаркання, схуднення, хриплість голосу. Не рентгенограмі органів грудної порожнини: неоднорідне затемнення з нечіткими контурами в прикореневій зоні справа з глибокими тяжами, проникаючими в навколишню тканину. Про що слід думати?

- А. Вогнищева пневмонія.
- В. Туберкульоз легенів.
- С. Крупозна пневмонія.
- Д. Рак легені.
- Е. Інфаркт легені.

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

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

7. Хворий 55 років. Захворів гостро. З'явилися болі в правій половині грудної клітини, задишка, кровохаркання. Страждає ІХС, протягом тижня – миготлива тахіаритмія. Під час вступу до стаціонару черговий лікар прийняв рішення виконати електрокардіоверсію, після якої з'явилися вищеописані скарги. Який вірогідний діагноз?

- А. Позалікарняна правобічна плевропневмонія.
- В. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.
- С. Защемлена діафрагмальна грижа.
- Д. Перфорація абсцесу легені в плевральну порожнину.
- Е. Ні один не підходить.

8. 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.

9.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 легенів

10.У приймальне відділення лікарні доставлено хворого і з скаргами на сильний біль за грудиною, кровохаркання, гектичну температуру. При обстеженні виявлені прояви гострого тромбозу під шкіряних вен лівої гомілки. Що з перерахованого є першочерговим в постановці діагнозу ?

А. Ультразвукове дослідження судин нижніх кінцівок.

У. Бронхоскопія.

С. Оглядова рентгенографія органів грудної порожнини.

Д. Флебографія.

Е. Ні один з перерахованих.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

№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 легенів 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 в 1 хв.. Над легенями : перкуторно – ясний легеневий звук, аускультативно – дихання везикулярне, справа в нижньому відділі вологі хрипи. ЧСС/пульс 98 в 1 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 0,5 x 1,5 см 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 легенів. Знаходиться на диспансерному обліку.

Об'єктивно: астеничної статури, ціаноз обличчя і верхньої третини грудної клітини, набухання яремних вен, пітливість. ЧД 24 в 1 хв., над легенями: перкуторно - легеневий звук, аускультативно – дихання жорстке, розсіяні сухі хрипи, справа над верхньою часткою –

незвучні вологі хрипи. ЧСС/пульс 88 в 1 хв., АТ 150/85 мм. рт. ст.. Тони серця ритмічні, приглушені, акцент П 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, підшкірножирова клітковина розвинена помірно. Зліва на шиї над ключицею пальпується щільний безболісний вузол. ЧД 28 в 1 хв.. При перкусії легенів зліва на рівні нижньої третини лопатки у хребта – притуплення перкуторного звуку, аускультативно тут же дихання з бронхіальним відтінком. Пульс 100 в 1 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.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 17. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю:

1. Класифікація ВІЛ-інфекції у дорослих.
2. Перерахуйте шляхи передачі ВІЛ-інфекції.
3. Охарактеризуйте клінічну картину у дорослих з ВІЛ-інфекцією.
4. Перерахуйте опортуністичні інфекції у хворих на ВІЛ-інфекцію. Діагностика клінічних проявів ВІЛ-асоційованих інфекцій.
5. Ураження органів дихання при ВІЛ-інфекції.
6. Ураження травного каналу при ВІЛ-інфекції.
7. Охарактеризуйте гематологічні зміни у хворих на ВІЛ-інфекцію.
8. Охарактеризуйте методи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції.

9. Принципи проведення антиретровірусної терапії.
10. Охарактеризуйте заходи з профілактики зараження ВІЛ-інфекцією. Запобігання інфікування ВІЛ-інфекцією медичного персоналу.
- 3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:**
- Тестові завдання для самоконтролю:**
- 1. ВІЛ-інфекція викликається:**
- A. Вірусом краснухи
 - B. Герпес-вірусом
 - C. ДНК-вмістовним вірусом
 - D. Вірусом сімейства ретровірусів, що містить РНК
 - E. Цитомегаловірусом
- 2. Клінічні прояви гострого періоду ВІЛ - інфекції проявляються:**
- A. Через 2-6 тижнів -3 місяця після інфікування
 - B. Через 3 місяці -3 роки після інфікування
 - C. Через 6 місяців - 6 років після інфікування
 - D. Через 1 рік - 10 років після інфікування
 - E. На наступний день після інфікування
- 3. Джерелом зараження при ВІЛ - інфекції є**
- A. Комар
 - B. Домашні тварини
 - C. ВІЧ-інфікована людина
 - D. Все вищеперелічене
 - E. Нічого з вищепереліченого
- 4. Антитіла до ВІЛ виявляються в крові через:**
- A. 3 місяці після інфікування
 - B. 1 рік після інфікування
 - C. 18 місяців після інфікування
 - D. 2-4 тижні після інфікування
 - E. Нічого з вищепереліченого
- 5. Гематологічні зміни при ВІЛ- інфекції можуть бути обумовлені:**
- A. Прямим впливом ВІЛ на стовбурові клітини
 - B. Опортуністичними інфекціями, що вражають кістковий мозок
 - C. Ураженням кісткового мозку злоякісними новоутвореннями
 - D. Прямою і опосередкованою дією ВІЛ на стромальні клітини кісткового мозку
 - E. Всім вищепереліченим
- 6. Який тип анемії спостерігається при ВІЛ-інфекції?**
- A. Гіперхромна
 - B. Нормохромна
 - C. Гіпохромна
 - D. Гемолітична
 - E. Нічого з перерахованого
- 7. Яка форма саркоми Капоши спостерігається у ВІЛ-інфікованих?**
- A. Класична
 - B. Ендемічна
 - C. Епідемічна
 - D. Ятрогенна
 - E. Все вищеперелічені форми
- 8. Саркома Капоши - це багатоголищева судинна пухлина, що вражає**
- A. Кожу
 - B. Лімфатичні вузли
 - C. Внутрішні органи
 - D. Слизові оболонки
 - E. Все вищеперелічене
- 9. Синдром виснаження характеризується наступним:**

- A. Зниження маси тіла більше 10%
- B. Це діагностичний критерій СНІДу
- C. Підвищення температури тіла постійного характеру
- D. Пронос і загальна слабкість більше 1 місяця
- E. Все вище перелічене

10. Найбільш частою причиною ураження дихальних шляхів і легень при ВІЛ-інфекції є:

- A. *Staphylococcus aureus*
- B. *Streptococcus pneumoniae*
- C. *Pseudomonas aeruginosa*
- D. *Pneumocystis carinii*
- E. *Klebsiella pneumoniae*

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Задача № 1.

Хворий 27 років, наркоман, скаржиться на швидку стомлюваність, зниження маси тіла, протягом 1,5 місяців - підвищення температури до 38,0°C, діарею. Три тижні тому вперше помітив збільшені пахові лімфовузли. Об'єктивно: температура 37,4°C. Шкірні покриви бліді, висипу немає. Слизова оболонка ротоглотки чиста. Пальпуються збільшені пахвинні, шийні, ліктьові, пахові лімфовузли, безболісні, не спаяні з навколишніми тканинами. Пульс 98 ударів за хвилину, ритмічний, тони серця приглушені. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук. Дихання жорстке, хрипів немає. Живіт м'який, безболісний при пальпації, печінка виступає з під краю ребрової дуги на 3 см, селезінка не пальпується. В загальному аналізі крові тромбоцитопенія, лімфопенія, еозинофілія.

Завдання:

1. Ваш попередній діагноз.
2. Яке дослідження необхідно провести на першому етапі?
3. Яке біологічне середовище є самим небезпечним для оточуючих?
4. Які профілактичні заходи необхідно провести при заборі матеріалу від хворого?

Задача № 2.

Хворий 24 років поступив зі скаргами підвищення температури до 37,2-38,0°C, слабкість, рідкий стілець 2-3 рази на добу без патологічних домішок, зниження маси тіла. Хворіє біля 5-ти місяців, до лікаря не звертався. Об'єктивно: хворий зниженого живлення. Шкірні покриви бліді, висипу немає. На шкірі предплечий, стегон множинні сліди від ін'єкцій. Вживання наркотиків заперечує. Шийні, пахові лімфовузли збільшені, помірній щільності, не спаяні з навколишніми тканинами, помірно болючі при пальпації. Пульс ритмічний, 98 ударів за хвилину. Тони серця приглушені. У легень - без особливостей. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає з-під краю ребрової дуги на 2 см, помірної щільності. Селезінка не пальпується. Діурез збережений. Сечовипускання без особливостей. Менінгеальні знаки не визначаються.

У загальному аналізі крові: еритроцити - $3,2 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін - 100 грам/л, лейкоцити - $3,1 \cdot 10^9$ /л, помірна лімфопенія.

Завдання:

1. Поставити попередній діагноз.
2. Перерахуйте методи дослідження, необхідні для постановки діагнозу.
3. Первинна профілактика ВІЛ-інфекції.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 18. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Перелічіть основні симптоми синдрому шлункової диспепсії.
2. Охарактеризуйте особливості синдрому шлункової диспепсії при хронічному гастриті, виразковій хворобі, раку шлунка і функціональних захворюваннях шлунка.
3. Перелічіть основні види і варіанти синдрому шлункової диспепсії.
4. Перерахуйте 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. Перерахуйте патогенетичні механізми виразкоутворення.
8. Наведіть протокол курації хворого виразкою.
9. Що таке подвійна і потрійна терапія ерадикації *H. pylori*.
10. Перелічіть види підтримуючої протіворефлюксної терапії.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який з гастритів, як правило, передує виразковій хворобі:

- A. Ригідний
- B. Поліпозний
- C. Антральний
- D. Флегмонозний
- E. Алергічний

2. Виділіть найбільш типова ознака гастриту типу В:

- A. Виражена гастрінемія
- B. Розвиток анемії
- C. Гіперapidное стан
- D. Гіпоацидний стан
- E. Наявність кампілобактерів в шлунку

3. Який відділ шлунка переважно вражений при хронічному гастриті типу А:

- A. Мала кривизна
- B. Антральний відділ
- C. фундального відділу
- D. Пилорический
- E. Велика кривизна

4. Яка максимальна доза гістаміну хлориду використовується для дослідження шлункової секреції

- A. 0,01 мг / кг
- B. 0,08 мг / кг
- C. 0,012 мг / кг
- D. 0,024 мг / кг
- E. 0,36 мг / кг

5. Який препарат обов'язковий при терапії гастриту типу В:

- A. Викалин
- B. Де-нол
- C. Альмагель
- D. Циметидин
- E. Гастроцепін

6. Яка терапія обов'язкова при гастриті типу А:

- A. Антациди
- B. Антибіотики
- C. Замісна терапія
- D. Спазмолітики
- E. Прокинетики

7. Про що свідчить підвищення рівня АСТ та АЛТ в 6 разів у порівнянні з нормою:

- A. цитолитическая синдром

- В. гепатодепресивного
- С. Мезенхімальних-запальний
- Д. Холестатичний
- Е. Шунтування печінки

8. Яке з досліджень найбільш інформативне при хронічному гастриті А:

- А. Рентгенографія шлунка
- В. Визначення наявності *Helicobacter pylori*
- С. Загальний аналіз калу
- Д. імуноглобулінової дослідження
- Е. Дослідження калу на приховану кров

9. Для визначення кислотоутворювальних функцій шлунка використовується стимулятор:

- А. Гістамін
- В. Сірчанооксида магнезії
- С. Метиленовий синій
- Д. Адреналін
- Е. Еуфілін

10. Які показники інтрагастральної рН-метрії свідчать про нормоацидоз:

- А. рН 0,6-1,5
- В. рН 1,6-2
- С. рН 2,1-5
- Д. рН 5,1-6
- Е. рН 6,1-6,3

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 19. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Визначення діарейного синдрому.
2. Класифікація хронічної діареї.
3. Клініко-лабораторна та інструментальна діагностика діарейного синдрому.
4. Діагностика та лікування синдромів мальабсорбції та мальдигестії.
5. Диференційна діагностика діарейного синдрому
6. Особливості перебігу та лікування неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
7. Симптоми тривоги при діарейному синдромі.
8. Стандарти лікування та ведення хворих з діарейним синдромом.
9. Первинна та вторинна профілактика діарейного синдрому. Прогноз та працездатність

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який симптом не характерний для неспецифічного виразкового коліту?

- А. Зниження ваги.
- В. Запори.
- С. Ректальна кровотеча.
- Д. Біль у животі.
- Е. Діарея.

2. Виберіть відповідь, характерну для карціноїдного синдрому.

- А. Алкоголь провокує загострення карціноїдного синдрому.
- Ст. Стридорозне дихання.

- С. Профузна діарея.
- Д. Зниження ваги.
- Е. Всі характерно.

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

- А. Кортикостероїди.
- В. Таблетовані препарати заліза.
- С. Беладонна.
- Д. Антимікробні препарати.
- Е. Всі використовуються.

4. Лікування «Географічного язика» передбачає:

- А. Зняття з мови 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 магнезії
- Д. Хінідин
- Е. Нічого з перерахованого.

6. Яке з перерахованих захворювань може з'явитися причиною осмотичної діареї?

- А. Дефіцит лактози.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Холера.
- Д. Хвороба Крона.
- Е. Нічого з перерахованого.

7. Який з перелічених ферментів є причиною розвитку шлунково-кишкових порушень при карциноїдному синдромі.

- А. Панкреаторемин.
- В. Секретин.
- С. Серотонін.
- Д. Гастрин.
- Е. Нічого з перерахованого.

8. Який з перерахованих факторів ризику для розвитку колоректальної карциноми є найнебезпечнішим?

- А. Висока концентрація жирів у їжі.
- В. Зловживання алкоголем.
- С. Надмірне вживання кави.
- Д. Куріння.
- Е. Нічого з перерахованого.

9. 60-річний чоловік, перш здоровий, звернувся за медичною допомогою з рясним ректальним кровотечею. Яке захворювання найбільш імовірне?

- А. Дивертикулез кишечника.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Ішемічний коліт.
- Д. Виразкова хвороба шлунка.
- Е. Рак кишечника.

10. Назвіть клінічний симптом, який виключений при синдромі роздратованого кишечника:

- А. Здуття живота.
- В. Дискомфорт у животі.
- С. Зміни частоти стільця.

Д. Діарея з домішками крові.

Е. Відчуття неповного випорожнення кишечника.

11. 60-річна жінка поступила в гастроентерологічне відділення зі скаргами на переймоподібні болі в животі, водну діарею, почервоніння обличчя з епізодами стридорозного дихання. Яке захворювання найбільш імовірне?

А. Гастроентерит.

В. Карциноїдний синдром.

С. Неспецифічний виразковий коліт.

Д. Синдром роздратованого кишечника.

Е. Рак прямої кишки.

12. Назвіть антибіотик, з побічною дією якого найбільш часто пов'язують розвиток псевдомембранозного коліту.

А. Тетрациклін

В. Левоміцетин.

С. Кліндаміцин.

Д. Цефотаксим

Е. Гентаміцин.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Завдання №1.

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

Питання:

1) Яке захворювання найбільш імовірно у даної пацієнтки?

2) Методи первинної та вторинної профілактики.

3) Складіть план лікування.

Завдання №2.

Хворий 30 років скаржиться на наподободібний біль в животі, рідкі випорожнення до 6-8 разів на день, слабкість, підвищення температури тіла, нудоту і блювоту. Хворіє протягом 2-х років, схуд на 12 кг. При обстеженні: шкіра суха, язик червоний. Живіт м'який, пальпація товстого кишечника болюча. У правому нижньому квадранті пальпується утворення тестоватої консистенції. В перианальній області - свищі. Пульс — 92 /хв, АТ-100/70 мм рт ст., температура тіла -37,4 оС. В крові: еритроцити - $3,2 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобін — 92 г/л, лейкоцити — $10,6 \cdot 10^9/л$, ШОЕ-32 мм/год. Іригоскопія: виразки гранулематозної ділянки слизової кишківника створюють вигляд «бруківки». Фіброколоноскопія: в області клубової кишки - ділянки поліповидних утворень, стриктури, мікроабцеси, тріщини.

Питання:

1) Який діагноз найбільш вірогідний?

2) яка ознака відрізняє хвороба Крона від неспецифічного виразкового коліту?

3) Складіть план лікування.

Завдання № 3.

Хвора К., 60 років, на протязі 3-х місяців скаржиться на болі в животі, які зменшуються після дефекації і супроводжується метеоризмом, бурчанням, відчуттям неповного випорожнення або імперативними позивами на дефекацію, запори і проноси. Відзначає погіршення самопочуття після нервово-психічних стресів. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Живіт дещо здутий, пальпація чутлива по ходу кишечника. Пульс — 80 /хв, АТ-130/70 мм рт ст. Загальний аналіз крові та сечі без змін. Копрологічне дослідження калу в нормі, дослідження на наявність найпростіших, паразитів дало негативний результат. Колоноскопія в

нормі.

Питання:

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

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 20. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Назвіть основні типи жовтяниць.
2. Назвіть критерії механічної жовтяниці.
3. Назвіть синдроми, що відносяться до функціональних гіпербілірубінемій.
4. Визначите критерії гемолітичних жовтяниць.
5. Проведіть диференціальний діагноз між паренхіматозною і механічною жовтяницями.
6. Назвіть основні етапи обміну білірубину в організмі.
7. Визначить відмінності між неістинною та істинною жовтяницями.
8. Назвіть основні захворювання, що відносяться до категорії: спадковий дефіцит ферменту глюкоконілтрансферази.
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.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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

- А. Таласемія.
- В. Апластична анемія.
- С. Набуті гемолітичні анемії.
- Д. Мікросфероцитоз.
- Е. Аутоімунні гемолітичні анемії.

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

- А. Синдром Жильбера.
- В. Гемолітична анемія.
- С. Неефективний еритропоез.
- Д. Синдром Дабіна-Джонсона.
- Е. Аутоімунна гемолітична анемія.

3. При наявності жовтяниці і відсутності уробіліна в сечі який діагноз найбільш вірогідний?

- А. Вірусний гепатит.
- В. Аутоімунний гепатит.
- С. Гемолітична анемія.

Д. Механічна жовтяниця.

Е. Цирроз печінки.

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

А. 1 мг%

В. 2-3 мг%

С. 3-5 мг%

Д. 0,5-1 мг%

Е. менше 0,5 мг%

5. У разі виявлення спленомегалії, ретикулоцитозу та непрямой білірубінемії, який найбільш вірогідний діагноз?

А. Гемолітична анемія.

В. Хронічний лейкоз.

С. Тромбоз селезінкових вен.

Д. Портальний цирроз печінки.

Е. Вірусний гепатит.

6. Яке захворювання не супроводиться свербінням?

А. Лімфогранулематоз.

В. Обструктивна жовтяниця.

С. Первинний біліарний цирроз печінки.

Д. Отруєння ртуттю.

Е. Вірусний гепатит.

7. Який стан супроводжується знебарвленням калу?

А. Гемолітична жовтяниця.

В. Паренхіматозна жовтяниця.

С. Механічна жовтяниця.

Д. Все перераховані хвороби.

Е. Аутоімунна гемолітична анемія.

8. Збільшення альфа-фетопротейну у дорослих свідчить про:

А. Гепатоцелюлярну карциному.

В. Хронічний гепатит.

С. Вірусний гепатит.

Д. Цирроз печінки.

Е. Аутоімунний гепатит.

9. Яке з перерахованих захворювань не приводить до розвитку непрямой гіпербілірубінемії?

А. Велика гематома черевної порожнини.

В. Гемолітична анемія.

С. В₁₂-дефіцитна анемія.

Д. Синдром Ротора.

Е. Синдром Жильбера.

10. Який з перерахованих метаболітів не є продуктом обміну білірубіну?

А. Білівердин.

В. Уробіліноген.

С. Стеркобіліноген.

Д. Мезобіліноген.

Е. Гемопексин.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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 ребрової дуги. Живіт м'який, болючий в проекції жовчного міхура, локальна кишкова напруга в правому підребер'ї. Позитивний симптом Мерфі. Пульс - 100 уд. /хв. У загальному аналізі крові: Л - $10,6 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ- 24 мм/год.

Питання:

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

2. Чоловік 75 років, скаржиться на слабкість, інтенсивне свербіння шкірних покривів, поганий сон, втрату апетиту, метеоризм. Останні 6 місяців відзначає погіршення в самопочутті: посилилося свербіння, особливо в нічну годину, з'явилася жовтизна шкіри і склер, біль в епігастрії, періодичне підвищення температури тіла до 37,7° С. Хворий схуд на 10 кг за останні 6 місяців. Об'єктивно: шкіра жовтяничного 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.

Питання:

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

3. Хворий 20 років скаржиться на болі в правому підребер'ї, які посилюються після їжі, нудоту, підвищення температури тіла до 37°С, 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 гладеньком'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.

Питання:

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

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 21. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Патогенетична класифікація захворювань, що супроводжуються асцитом.
2. Диференційна діагностика асциту при захворюваннях черевної порожнини, злоякісних новотворах, серцевій й нирковій недостатності.
3. План обстеження хворих з асцитом.
4. Інструментальні й лабораторні методи досліджень при асциті. Дослідження асцитичної рідини.
5. Тактика ведення хворих залежно від причин асциту, диференційована терапія.
6. Стандарти лікування хворих з асцитом.
7. Принципи діуретичної терапії при асциті.
8. Показання до лапароцентезу й хірургічного лікування.
9. Первинна й вторинна профілактика асциту.
10. Прогноз і працездатність при асциті.
11. Диференціальний діагноз станів, що ведуть до портальної гіпертензії
12. Класифікація портальної гіпертензії.
13. План обстеження хворих з портальною гіпертензією
14. Методи оцінки портальної гіпертензії (ФЕГДС, УЗД, доплерографія портального кровотоку, сплено- портографія, КТ і МРТ- Ангіографія портального кровотоку)

15. Тактика ведення хворих залежно від причин портальної гіпертензії, диференційована терапія
16. Стандарти лікування портальної гіпертензії
17. Показання до ендоскопічного і хірургічним методам лікування (зонд Блекмора, кліпування й коагуляція вен стравоходу, TIPS і інші шунтувальні операції, трансплантація печінки)
18. Первинна й вторинна профілактика портальної гіпертензії
19. Прогноз і працездатність при портальній гіпертензії
20. При яких захворюваннях спостерігається синдром портальної гіпертензії

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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. Післясинусоїдальне 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 краї 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
- C. Хронічний токсичний гепатит
- D. Криптогенний мілкоузловий цироз печінки
- E. Флебінг 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?

- A. Тромбоз воротної вени
- B. Печінково-клітинна недостатність
- C. Портальна гіпертензія
- D. Перитоніт
- E. 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?

- A. Рак голівки підшлункової залози
- B. Цироз печінки
- C. Рак печінки
- D. Жовчнокам'яна хвороба
- E. Вірусний гепатит

6. 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×ч); АлАТ - 0,68 ммоль/(л×ч); білірубін загальний - 21 мкмоль/л, вільний - 17,1 мкмоль/л. Діагноз:

- A. Тромбоз печінкової вени
- B. Тромбоз ворітної вени
- C. Констриктивний перикардит
- D. Тромбоз нижньої порожньої вени
- E. Пухлина очеревини (мезотеліома)

7. У хворого В. 32 років з гематогендисемінованим туберкульозом з'явилася задишка, збільшення живота, набряки. У порожнині плеври, перикарда й черевної порожнини був виявлений випіт. Був проведений парацентез, в результаті якого із черевної порожнини витягнуто 12 літрів ясно-жовтої рідини. Питома вага рідини 1010, білок 6,6 г/л, цитоз 120 кліток у мм куб., атипових клітин не виявлено, посів росту не дав. Встановіть найбільш імовірний діагноз.

- A. Асцит при серцевій недостатності
- B. Асцит при мезотеліомі очеревини
- C. Асцит при цирозі печінки
- D. Асцит-перитоніт
- E. Асцит при туберкульозному полісерозиті

8. Хворий 58 років звернувся у лікарню зі скаргами на постійну задишку, кашель із виділенням у великій кількості слизисто-гнійного мокротіння, збільшення живота. Хворіє протягом 20 років, курить. Об'єктивно: дифузний ціаноз лица, набряклі шийні вени, набряки ніг, асцит. Пульс - 110/хв. розміри серця збільшені, тони приглушені, перкуторно над легеньми - коробковий звук, дихання ослаблене, сухі й вологі хрипи, печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5 см. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Хронічне легеневе серце
- B. Цироз печінки
- C. Нефротичний синдром
- D. Мікседема
- E. Хронічний мієлолейкоз

9. В анамнезі у пацієнта 30 років закрита травма грудної клітки. Останнім часом зростає задишка, з'явилася важкість в правому підребер'ї, відчуття перебоїв серця. Об'єктивно: акроціаноз, набряклі шийні вени, асцит, набряки нижніх кінцівок. При аускультатії серця тони глухі, вислуховується додатковий III тон. На рентгенограмі органів грудної клітки без патологічних змін. Яка патологія виникла у хворого?

- A. Констриктивний перикардит
- B. Ексудативний перикардит
- C. Хронічний бронхіт
- D. Аортальний стеноз
- E. Цироз печінки

10. Хворий В. 56 років перебуває в терапевтичному відділенні з діагнозом ексудативний перикардит. Протягом двох останніх років розвився біль і відчуття важкості в епігастральній області й правому підребер'ї, швидко став наростати асцит. Артеріальний тиск знизився з 130/90 до 90/60 мм. рт. ст. Об'єктивно: шкіра бліда, волога. Набряклі шийні вени, наявність парадоксального пульсу. Верхівковий поштовх і тони серця значно ослаблені. На ЕКГ - негативні зубці Т. Що розвилось у хворого?

- A. Ідіопатичний міокардит
- B. Інфаркт міокарда
- C. ТЕЛА
- D. Кардіогенний шок
- E. Тампонада перикарду

11. Хворий 48 років скаржиться на нудоту, почуття "переповненого шлунка" 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.

- A. Порушення клітинного й гуморального імунітету
- B. Постсинусоїдальне блокування кровотоку в печінці й формування портокавальних анастомозів
- C. Активація перекісного окиснення ліпідів і порушення мінерального обміну
- D. Порушення функції гастроінтестинальної гормональної системи
- E. Дисфункція парасимпатичного й симпатичного відділів вегетативної нервової системи

12. 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:

- A. Тромбоз печіночної вени
- B. Тромбоз ворітної вени
- C. Констриктивний перикардит
- D. Тромбоз нижньої порожньої вени
- E. Пухлина очеревини (мезотеліома)

13. 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

14. Хворий 44 років, тривалий час зловживає алкоголем. Об'єктивно: тенар і гипотенар 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

15. 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?

- A. Тромбоз ворітної вени

В. Печінково-клітинна недостатність

С. Портальна гіпертензія

Д. Перитоніт

Е. Дисбактеріоз кишечника

16. 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?

А. Вазопресин

В. Резерпін

С. Глюконат кальцію

Д. Дицинон

Е. Фуросемід

17. У чоловіка 22 років, після епізоду зловживання алкоголем, розвилася неприборкувана блювота з домішкою червоної крові й згустків у блювотних масах. Укажіть найбільш імовірний діагноз:

А. Гостра виразка шлунка, ускладнена кровотечею

В. Гострий ерозивний гастрит, ускладнений кровотечею

С. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу

Д. Рак стравоходу, стравохідна кровотеча

Е. Синдром Меллорі – Вейса

18. Чоловік 36 років, вантажник, страждає цирозом печінки алкогольної етіології, стадія декомпенсації, асцит. Визначите його працездатність.

А. Непрацездатний, інвалідність II групи

В. Непрацездатний, інвалідність I групи

С. Непрацездатний, інвалідність III групи

Д. Працездатний, підлягає працевлаштуванню

Е. Тимчасово непрацездатний на період загострення

19. При якому захворюванні часто спостерігаються профузні кровотечі з вен стравоходу?

А. Виразковий езофагіт

В. Синдром Меллорі – Вейса

С. Цироз печінки

Д. Діафрагмальна грижа

Е. Геморагічний панкреатит

20. Для лікування портальної гіпертензії використовуються всі ліки крім:

А. Вазопресин

В. Соматостатин

С. Анаприлін

Д. Верошпірон

Е. Мезатон

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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 ммольмоль,моль/ 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.

Питання:

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

2.Хворий Х., 58 років скаржиться на постійну важкість в правому підребер'ї, збільшення живота в обсязі, набряки гомілки й стоп, загальну слабкість, задишку. Хворіє близько 8 років, коли став відзначати важкість в правому підребер'ї, здуття живота, стали з'являтися періодично набряки на ногах. Протягом 6 місяців почав збільшуватися в обсязі живіт. Хворіє на гепатит В. Об'єктивно: шкіра й склери субіктеричні. Під шкірою живота розширені вени. Пальмарна еритема. Живіт збільшений в обсязі за рахунок наявності вільної рідини. Печінка на 2 см виступає з-під краю правої реберної дуги. Селезінка на 3 см нижче лівої реберної дуги. Набряки гомілки й стоп.

Дані обстеження: загальний аналіз крові: Ер - 3,5 Т/л, Нb-129 г/л, Л - 6,4 Г/л; ШОЕ-28 мм/год. Білірубін загальний-27,6мкмоль/л; зв'язаний-14,6 мкмоль/л, вільний-13,0 мкмоль/л. AST-0,7 ммоль/год×л; ALT-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. Сцинтиграфія печінки: печінка диффузно збільшена. Нагромадження радіофармпрепарату рівномірно знижене. Селезінка збільшена, активно накопичує фармпрепарат.

Питання:

- 1) Чим обумовлені зазначені зміни.
- 2) Складіть план обстеження пацієнта.
- 3) Призначте лікування.

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

Питання:

- 1) Якою стадією хронічної серцевої недостатності може бути охарактеризований набряковий синдром ?
- 2) Проведіть диференціальний діагноз по провідному синдрому.
- 3) Складіть план лікування.

4.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.

Питання:

1. Виділіть провідний синдром:
2. Складіть план лікування.
3. Ваші дієтичні рекомендації.

5.Хворий З., 64 роки скаржиться на збільшення в обсязі живота, болі в правім підребер'ї, набряки, слабкість, схуднення. Більш 20 років тому переніс вірусний гепатит. Близько 2-х років тому став збільшуватися живіт, з'явилися набряки ніг. Стан середнього ступеня

важкості. На шкірі судинні зірочки, іктеричність склер. Живіт м'який, збільшений в обсязі, хворобливий у правім підребер'ї. Печінка щільна, виступає на 5-6 див з під краї реберної дуги, поверхня її горбиста. Загальний білірубін крові 52,0 мкмоль/л, зв'язаний 22,1 мкмоль/л, лужна фосфатаза 2,7 ммоль /год×л. Сечовина 5 ммоль/л. УЗД - печінка збільшена, паренхіма дрібнозерниста, селезінка збільшена до 20 см у діаметрі. При контрастуванні барієм стравоходу визначається варикозне розширення вен стравоходу.

Питання:

- 1) Який синдром має місце у хворого?
- 2) Тактика ведення хворого.
- 3) Складіть план лікування хворого.

6. Хворий Д. 52 років 10 років страждає на гепатит-цироз вірусної етіології. Розвинулась кровотеча з варикознорозширених вен стравоходу, яка була зупинена зондом Блекмора.

Питання:

1. Яке подальше консервативне лікування?
2. Які види інвазивного лікування і попередження цього ускладнення?
3. Прогноз та експертиза непрацездатності у даного хворого.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 22. 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:

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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Визначення гепатомегалії й спленомегалії
2. Класифікація захворювань, що супроводжуються гепато- та гепато-спленомегалією. Диференціальна діагностика.
3. Обстеження хворих з гепато- та спленомегалією
4. Основні біохімічні синдроми при гепатитах і циррозах
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

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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?
А. Первинний біліарний цироз

- В. Хронічний гепатит
- С. Хронічний холецистит
- Д. Гемохроматоз
- Е. 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 нападоподібний, супроводжується підвищенням температури тіла, посиленням сверблячки. Об'єктивно: іктеричність склер, температура тіла 37,5 °С, 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 %, СОЭ - 3 мм/год. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Хронічний холангіт
- В. Хронічний холецистит
- С. Гемолітична анемія
- Д. Хронічний гепатит
- Е. 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?

- А. Преднізолон
- В. Карсил
- С. Альфа-інтерферон
- Д. Вітогепат
- Е. Есенціале- Форте

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

- А. Порушення гемостазу
- В. Холестаз
- С. Портальна гіпертензія
- Д. Гіперспленізм
- Е. Цитоліз

5. 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

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. 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, хвороблива при пальпації. Який метод діагностики в цьому випадку буде найбільш інформативним?

2. Хворий Ц. 48 років. Скарги на зниження апетиту, важкість в епігастральній області 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 не хворіє, тверда, край її гострий, селезінка збільшена. Ваш попередній діагноз:

3. 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?

4. 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, СОЭ - 30 мм/год., загальний білірубін - 65 мкмоль/л, цукор - 6,3 ммоль/л. Який діагноз найбільш імовірний?

А. Хронічний панкреатит

5. У хворого, що страждає неспецифічним виразковим колітом, 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?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 23. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

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. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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?
А. Гіпертензивний синдром

В. Нефротичний синдром

С. Азотемічний синдром

Д. Сечовий синдром

Е. 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?

А. 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 знаходився на гемодіалізі, з'явилися перебої у ділянці серця, гіпотонія, слабкість, задишка. На ЕКГ: брадикардія, атриовентрикулярна блокада І ст., високі загострені зубці Т. В анамнезі – порушення дієтичного 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 хворі 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 $12 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофілоз. 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, кристалурия

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

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 24. 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трагування 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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення Нефротичного синдрому.
5. Етіологія, патогенез Нефротичного синдрому.
6. Які захворювання супроводжуються Нефротичним синдромом, критерії діагностики, диференційний діагноз.
7. Клінічні прояви при захворюваннях, що супроводжуються Нефротичним синдромом.

8. Тактика ведення хворого з Нефротичним синдромом в залежності від причини.
9. Роль лабораторних методів добстеження для уточнення діагнозу при Нефротичному синдромі.
10. Роль інструментальних методів діагностики для уточнення діагнозу при Нефротичному синдромі.
11. Основні принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування хворого з Нефротичним синдромом. Стандарти лікування.
12. Первинна та вторинна профілактика.
13. Прогноз та працездатність у хворих з нефротичним синдромом.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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: гіпоальбуміємія, 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 помиїв"). 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. Зеленаший 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 одутле, 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 повік, 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/мин., 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 помий". В підлітковому віці часто хворіла ангінами. Об'єктивно: шкіра бліда, t⁰ - 36,8°C, Рс - 68/мин, ритмічний. АТ - 170/110 мм рт. ст. Які

зміни в сечі найбільш вірогідні?

А.Еритроцитурія та урикозурия

В.Протеїнурия, гематурія, циліндрурия

С.Збільшення відносної щільності, гематурія, бактеріурия

Д.Зменшення відносної щільності, протеїнурия, міоглобінурия

Е. Зменшення відносної щільності, протеїнурия, скудний сечовий осадок

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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 лиця 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? (Гострий гломерулонефрит)
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, одутлість лиця, набряки гомілок. Пальці рук у вигляді барабанних 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.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 25. 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 класифікацію 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. Теоретичні питання:

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

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення терміну ХХН.
2. Вкажіть критерії ХХН.
3. Визначення стадії ХХН.
4. Перерахуйте етіологічні чинники ХХН.
5. Вкажіть основні клінічні прояви ХХН, залежно від стадії хвороби.
6. Вкажіть основні лабораторні показники, які змінюються у хворого на ХХН.
7. Вкажіть, які інструментальні методи застосовують для обстеження хворого на ХХН.
6. Які можливі ускладнення ХХН?
7. Перерахуйте основні заходи профілактики прогресування ХХН
8. Яка тактика ведення хворого з 3-4 стадією ХХН ?
9. Які методи лікування застосовують у хворих з 5 стадією ХХН?
10. Перерахуйте показання та протипоказання для застосування методу гемодіалізу.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Який синдром розвивається в результаті прогресуючої і необоротної деструкції нефронів, незалежно від причини, що її викликала:

- а) гостра ниркова недостатність
- б) хронічна ниркова недостатність
- в) нефротичний синдром
- г) еклампсія

2. Проявом якого синдрому є раптове, швидке, але потенційно зворотнє порушення функції нирок, достатнє, щоб призвести до накопичення азотистих шлаків в рідинах організму:

- а) гостра ниркова недостатність
- б) хронічна ниркова недостатність
- в) нефротичний синдром
- г) еклампсія

3. Шляхи інфікування ниркових мисок та інтерстицію:

- а) гематогенний
- б) лимфогенний
- в) висхідний
- г) все вище зазначене

4. Для хворих з ХНН в початковій стадії характерні всі нижче зазначені ознаки, крім:

- а) поліурії
- б) ніктурії
- в) коливання щільності сечі в рамках 1008-1020
- г) гіпостенурії

5. Для якого варіанта хронічного гломерулонефрита характерні гіпоальбумінемія (до 30 г/л), виражена протеїнурія (більше 3,5 г білка на добу):

- а) латентний
- б) нефротичний
- в) гематуричний
- г) гіпертонічний
- д) змішаний

6. 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?

- A. Хронічний пієлонефрит, ХНН II ст.
- B. Хронічний гломерулонефрит, ХНН II ст.
- C. Туберкульоз нирок, ХНН I ст.
- D. Амілоїдоз нирок, ХНН I ст.
- E. Хронічний гломерулонефрит, ХНН I ст.

7. 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. $\times 1,73 \text{ м}^2$. Яке лікування буде найбільш ефективним?

- A. Гемодіаліз
- B. Гемосорбція
- C. Плазмаферез
- D. Кишковий діаліз
- E. Консервативна терапія

8. 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?

- A. Зменшення кількості рідини
- B. Обмеження жирів
- C. Обмеження вуглеводів
- D. Білковий хліб
- E. Обмеження білків

9. 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

10. Хворий 46 років скаржиться на підвищену втомлюваність, загальну слабкість.

Об'єктивно: пульс 88/хв., АТ - 140/80 мм рт. ст., набряки на гомілках. В аналізі крові: креатинін - 0,23 ммоль/л, сечовина - 11,0 ммоль/л, швидкість клубочкової фільтрації - 62 мл/хв. $\times 1,73 \text{ м}^2$. Запропонуйте синдромальний діагноз:

- A. НК III ст.
- B. НК II-Б ст.
- C. ХНН I ст.
- D. ХНН II ст.
- E. ХНН III ст.

11. Чоловік 42 років, хворіє на хронічний гломерулонефрит з артеріальною гіпертензією. Гіпотензивні ліки приймав нерегулярно. В останні місяці відмітив слабкість, апатію, сухість та сверблячку шкіри, ніктурію. Креатинін крові - 920 мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації - 10 мл/хв. $\times 1,73 \text{ м}^2$. Який найбільш імовірний діагноз можна припустити?

- A. Хронічна ниркова недостатність III ст.

- В. Гостра ниркова недостатність
- С. Амілоїдоз нирок
- Д. Хронічна ниркова недостатність IV ст.
- Е. Хронічна ниркова недостатність I ст.

12. Хворий 42 років, скаржиться на сухість у роті, кволість, зменшення кількості добової сечі. Хворіє на гломерулонефрит 11 років. У крові: НЬ - 90 г/л, кальцій - 1,9 ммоль/л, креатинін - 500 мкм/л, білок сечі - 1,2 г/добу. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А. Нефротичний синдром
- В. Залізодефіцитна анемія
- С. Хронічна ниркова недостатність III ст.
- Д. Хронічна ниркова недостатність I ст.
- Е. Хронічна ниркова недостатність II ст.

13. 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?

- А. Хронічний пієлонефрит, ХНН II ст.
- В. Хронічний пієлонефрит, ХНН III ст.
- С. Хронічний гломерулонефрит, ХНН II ст.
- Д. Хронічний гломерулонефрит, ХНН I ст.
- Е. Амілоїдоз нирок, ХНН III ст.

14. 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. Гостронекрозичний
- Д. Сечовий
- Е. Хронічна ниркова недостатність

15. 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

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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. ЗАМ: 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: лівограмма, 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) отримувач цефтріаксон, метрогил, Амфотерицин В (по 40000 од в/в кап. 7 дн.). Через 2 тижні з'явилися скарги на різку слабкість, нудоту, головний біль, судоми в литкових м'язах.

У ЗАК: Ер.- $2,9 \times 10^{12}$ /л, Нв - 97 гр./л, Тр. - 40×10^9 /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.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України

Тема 26. 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трагування 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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення анемії.
2. Приведіть класифікацію анемії за етіологією, патогенетичними механізмами розвитку, а також морфологічними особливостями еритроцитів.
3. Викладіть диференціальний діагноз гіпохромних анемій.
4. Проведіть диференціальний діагноз гіпохромних анемій, пов'язаних з порушенням синтезу гема.
5. Проведіть диференціальний діагноз нормохромних анемій.
6. Визначте поняття мегалобластоз і назвіть основні причини мегалобластичних анемій.
7. Назвіть три основні типи спадкових гемолітичних анемій і викладіть механізми їх формування.
8. Назвіть основні лабораторні тести, необхідні для диференціального діагнозу анемій.
9. Викладіть основні принципи терапії анемій.
10. Проведіть диференціальний діагноз між гемолітичним та апластичним кризом. Викладіть принципи невідкладних станів даного кризу.
11. Диференційний діагноз при залізодефіцитній та B₁₂-дефіцитній анеміях.
12. Основні причини дефіциту заліза.
13. Показання для геотрансфузії.

14. Тактика ведення хворих з анеміями різного генезу.
15. Механізми внутрішньосудинного та внутрішньоклітинного гемолізу.
16. Перелівання компонентів крові та компонентів.
17. Дифференційний діагноз гемолітичної, гіпопластичної, постгеморагічної анемії.
18. Особливості клініки та лабораторної діагностики при гемолітичній гіпопластичній, постгеморагічній анеміях.
19. Основні принципи медикаментозного та немедикаментозного лікування хворих з анеміями різного генезу. Стандарти лікування.
20. Первинна та вторинна профілактика.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Жінка 30 років скаржиться на наростаючу слабкість, задишку при фізичному навантаженні. Більше 10 років страждає епілепсією, 3 року постійно приймає діфенін і фенобарбітал. 6 міс. назад прооперована з приводу гострого апендициту. У ЗАК: Ер. - $1,4 \times 10^{12}/л$, Нв - 65 гр./л, Тр. - $80 \times 10^9/л$, Лейк.- $3,1 \times 10^9/л$, Ю-1%, Е-0%, П-4%, С-34%, Л-37%, М-4%, ШОЕ - 40 мм/год. Мієлограма: Червоний паросток роздратований, змінений по "синьому" типу, зустрічаються одиничні мегалоцити. Чим обумовлений розвиток анемічного синдрому?

- A Еритромієлозом
- B Антагонізм протисудомних препаратів до віт. В-12
- C Розвитком залізодефіциту
- D Антагонізм протисудомних препаратів до фолієвої кислоти
- E Гіпоплазією кісткового мозку

2. Чоловік, 43-х років, скаржиться на періодичні домішки крові в калі, загальну слабкість, стомлюваність, задишку при ходьбі, запаморочення при вставанні з ліжка, серцебиття. При огляді: блідість шкіряних покривів і слизових оболонок, ЧД - 20 за хв., ЧСС - 92 за хв., АТ 105/70 мм рт.ст. ЗАК: Ер. - $2,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 74 гр./л, рет.-0,2% Тр-ти $160 \times 10^9/л$, Лейк. $7,8 \times 10^9/л$, е - 2%, п. - 6%, с/я - 64%, лф.- 20%, м - 8%, ШОЕ 17 мм/год. Яка анемія має місце?

- A Хронічна післягеморагічна анемія
- B Гостра післягеморагічна анемія
- C В12 - дефіцитна анемія
- D Фолієводефіцитна анемія
- E Гіпопластична анемія

3. Хвора 30-ти років, в анамнезі щелепно-лицьова травма дві доби тому, скарги на носову і ясенну кровотечу, що не купіруються. При огляді: блідість шкіряних покривів, тахіпное, помірна тахікардія, гіпотонія. У ЗАК: ер. - $2,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 60 гр./л, рет.- 4%, Тр-ти — $150 \times 10^9/л$, Лейк. - $9,0 \times 10^9/л$, е - 3%, п - 8%, с/я - 72%, лімф.- 15%, м - 2%, ШОЕ 18 мм/год. Яка анемія має місце?

- A Гостра післягеморагічна анемія
- B Хронічна післягеморагічна залізодефіцитна анемія
- C Гемолітична анемія
- D В12 - фолієводефіцитна анемія
- E Анемія при хворобі Рандю-Ослера

4. Чоловік 46-ти років, БОМЖ, з ознаками виснаження. У аналізі крові: Ер. $1,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 70 гр./л, рет.- 0,1. Еритроцити різко гіпохромні, мікроцитоз, анізоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-ти - $170 \times 10^9/л$, Лейк. - $4,5 \times 10^9/л$, лейкоформула без особливостей, ШОЕ - 16 мм/год. Яка анемія має місце?

- A Апластична анемія
- B Мікросфероцитарна анемія
- C Гемолітична анемія
- D Фолієводефіцитна анемія
- E Аліментарна залізодефіцитна анемія

5. Жінка, 47 років, рясні місячні з 13 років, 2 пологів, 5 абортів. Скарги: на загальну слабкість, стомлюваність, задишку при ходьбі, запаморочення при вставанні з ліжка,

серцебиття. При огляді: блідість шкірних покривів і слизових оболонок, ЧД - 21 за хв., ЧСС - 95 за хв., АТ 100/70 мм рт.ст. ЗАК: Ер. - $2,3 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 74 гр./л, рет. - 0,2% Тр-ти - $160 \cdot 10^9/л$, Лейк. - $7,8 \cdot 10^9/л$, е - 2%, п - 6%, с/я - 64%, лімф. - 20%, м - 8%, ШОЕ - 17 мм/год., сироваткове залізо - 6,0 мкмоль/л. Яка анемія має місце?

- A. Хронічна післягеморагічна анемія
- B. Гостра післягеморагічна анемія
- C. B12 - дефіцитна анемія
- D. Фолієводефіцитна анемія
- E. Гіпопластична анемія

6. Студентка 20-ти років, на диспансерному обліку у дільничного терапевта з приводу анемії. Лікувалася не регулярно. За останніх 2 місяці самолікування у формі голодування і занять шейпінгом. Самопочуття погіршало. Визначається ламкість нігтів, волосся, бажання їсти крейду. При огляді: виражена блідість шкірних покривів і слизових оболонок, тахікардія, гіпотонія. ЗАК: Ер. - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 62 гр./л, мікроцитоз, анізоцитоз, пойкилоцитоз, КП - 0,65; рет.-0,1%, Тр-ти - $180 \cdot 10^9/л$, Лейк. - $4,6 \cdot 10^9/л$, лейкоформула без особливостей, ШОЕ - 17 мм/год, сироваткове залізо - 5,4 мкмоль/л. Про який діагноз можна думати?

- A. Гемолітична анемія
- B. Гіпопластична анемія
- C. B12 - дефіцитна анемія
- D. Хронічна залізодефіцитна анемія
- E. Мікросфероцитоз

7. Чоловік 42-х років скаржиться на слабкість, серцебиття, носові кровотечі, появу синяків на шкірі. Об'єктивно: стан тяжкий, на шкірі тулуба і кінцівок петехіальні крововиливи, лімфовузли не пальпуються, Рс- 116/хв., печінка +2 см, селезінка не пальпується. В крові: виражена панцитопенія. Про яке захворювання потрібно думати насамперед?

- A. Гіпопластична анемія
- B. Геморрагічний васкуліт
- C. Гострий агранулоцитоз
- D. Хвороба Верльгофа
- E. Гострий лейкоз

8. Хвора 37 років протягом останніх 6 років відзначає часті носові кровотечі, виражені метроррагії, періодичне утворення синяків на шкірі. 10 днів тому, після значної носової кровотечі посилилася слабкість, з'явилися запаморочення і серцебиття. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, на передній поверхні тулуба, ніг і рук виражені петехіальні геморагії і одиничні екхимози. В крові: Нб- 80 гр./л, Ер.- $4,0 \cdot 10^{12}/л$, КП - 0,7; лейк. - $5,3 \cdot 10^9/л$, п - 2%, з - 65%, е - 2%, л - 24%, м - 5%, тромб. - $10 \cdot 10^9/л$, ШОЕ - 15 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Апластична анемія
- B. Залізодефіцитна анемія
- C. Гемофілія
- D. Хвороба Верльгофа
- E. Геморрагічний васкуліт

9. Хвора 56 років поступила в клініку зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, задиху при ходьбі, печію в язиці, оніміння кінцівок. Хворіє близько 5 місяців. Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки бліді; гомілки пастозні; лімфовузли не збільшені. Тони серця приглушені, над верхівкою систолічний шум. Язик малиново-червоного кольору, сосочковий шар зглажений. Живіт м'який, печінка виступає на 2 см, селезінка – на 1 см, неболюча. Ан. крові: ер - $1,0 \cdot 10^{12}/л$, Нб - 60 г/л, лей. - $2,5 \cdot 10^9/л$, е. - 1%, п. - 5%, с. - 57%, л. - 36%, м. - 1%, ШОЕ - 62 мм/год., мегалоцити 6 в полі зору. Назвіть основний діагностичний метод для діагностики даного захворювання:

- A. Аналіз пунктату кісткового мозку
- B. Визначення заліза сироватки
- C. Визначення білірубіна у крові
- D. Визначення осмотичної резистентності еритроцитів

Е. Реакція Кумбса

10. Жінка 26 років скаржиться на загальну слабкість, підвищену ламкість нігтів, випадіння волосся. Об'єктивно: пульс 94 уд. за хв, АТ 110/70 мм рт. ст. Шкіра бліда. У крові: Нв - 90 г/л, Ер. - $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, КП - 0,7, ШОЕ – 20 мм/год. Сироваткове залізо – 8,7 мкмоль/л. Яке призначення доцільно зробити цій хворій?

А. Препарати заліза per os

В. Препарати заліза парентерально

С. Вітамін В₁₂ в/м

Д. Переливання цільної крові

Е. Переливання еритроцитарної маси

11. Всі перераховані захворювання приводять до розвитку гіпохромної мікроцитарної анемії, окрім:

А. Залізодефіцитна анемія

В. Таласемія

С. Піридоксин дефіцитний стан

Д. Сидеробластна анемія

Е. Апластична анемія

12. При якій анемії зустрічається неефективний еритропоез?

А. Залізодефіцитна анемія

В. Сидеробластна анемія

С. Мегалобластна анемія

Д. Анемії при хронічних захворюваннях

Е. Таласемії

13. Тест для визначення таласемії це:

А. Осмотична стійкість еритроцитів.

В. Кумбс тест.

С. Рівень ферритина в крові.

Д. Нв-А2 визначення.

Е. Визначення Нв-Г.

14. Тріада: спленомегалія, ретикулоцитоз та непряма гіпербілірубінемія свідчать про :

А. Тромбоз вени селезінки.

В. Передую гострій печінковій недостатності

С. Гемолітична анемія

Д. Мієлофіброз.

Е. Залізодефіцитна анемія.

15. При якому стані Rh-факторов матері і плоду виникає гемолітична хвороба новонародженого?

А. Мати -, плід -

В. Мати -, плід+

С. Мати+, плід+

Д. Мати +, плід -

Е. Ні один з перелічених

16. Найбільш часта причина анемії вагітних жінок:

А. Дефіцит заліза.

В. Дефіцит В₁₂.

С. Дефіцит В₁.

Д. Дефіцит С.

Е. Дефіцит фолієвої кислоти.

17. На яку добу при лікуванні залізодефіцитної анемії препаратами заліза спостерігається максимальна ретикулоцитарна відповідь?

А. 14-й день

В. 5-8 день

С. 2-й день

Д. 4-й тиждень

Е. 3-й тиждень

18. Основними проявами залізодефіцитної анемії є все, окрім:

- А. Коллоніхія
- В. Ретікулоцитоз
- С. Гіпохромна мікроцитарна анемія
- Д. Pika Xlorotika
- Е. Ахлоргідрия

19. Пароксизмальну нічну гемоглобінурію можливо відрізнити від інших гемолітичних анемії за допомогою тесту:

- А. Збільшення осмотичної стійкості еритроцитів
- В. Тітру холодних аглютинінів
- С. Збільшення кислотного гемолізу (Хамм тест)
- Д. Кумбс тест позитивний
- Е. Наявність сидеробластів в крові

20. Яке з перерахованих захворювань супроводжується підвищенням рівня сироваткового заліза і зниженням її залізов'язувальної здібності?

- А. Талассемія
- В. Сидеробластна анемія
- С. Залізодефіцитна анемія
- Д. Анемія при хронічних захворюваннях
- Е. Апластична анемія

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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. - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, 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. - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 90 г/л, КП - 0,7; лейкоц. - $3,3 \cdot 10^9/л$, тромбоц. - $80 \cdot 10^9/л$, 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. - $3,7 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб - 95 г/л; лейкоц. - $5,3 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоц. - $210 \cdot 10^9/\text{л}$, 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?

Задача №4.

Хворий 64 років скаржиться на загальну слабкість, шум у вухах, відсутність апетиту, біль та пекучість язика, оніміння дистальних відділів кінцівок, проноси. При огляді: шкіра бліда. Язик червоний зі згладженими сосочками, асиметрія тактильної і больової чутливості. Пульс 100/хв., ритмічний, АТ 90/60 мм рт.ст.

У аналізі крові: Нв - 58 гр./л, Ер - $1,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, КП - 1,4, Л - $2,8 \cdot 10^9/\text{л}$, Тромбоцити- $140,0 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 17 мм/год. Хворий харчується регулярно, повноцінно. Хвороб кишечника не виявлено. Операцій в анамнезі не було.

Питання:

1. Який діагноз найбільш вірогідний у пацієнтки?
- Подальші лабораторні дослідження виявили: зниження рівня V_{12} і нормальний рівень фолієвої кислоти в плазмі, ахлоргидрію. Шиллінг тест показав зниження екскреції вітаміну V_{12} на першому етапі і нормалізацію його екскреції на другому етапі.
2. Яка найбільш вірогідна причина розвитку у пацієнтки V_{12} -дефіцитної анемії?
 3. Яке додаткове дослідження доцільно провести, щоб встановити діагноз?

Задача №5.

Хворий 30 років скаржиться на слабкість, запаморочення, мигтіння «мушек» перед очима, порушення смаку, ламкість нігтів і випадіння волосся. У анамнезі значні меноррагії. При обстеженні: блідість шкіри і слизових оболонок, нігті ломкі, тріщини в кутах рота. Пульс 100/хв., тони серця нормальної звучності, шум систоли над верхівкою серця. У легенях дихання везикулярне. Печінка і селезінка не збільшені. У аналізі крові: еритроцити - $3,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 90 гр./л., КП-0,9, лейкоцити - $9,8 \cdot 10^9/\text{л}$, е-2%, п/я-3%, с/я-70%, л-24%, м-1%, ШОЕ-25 мм/год. Анізоцитоз, пойкилоцитоз. Сироваткове залізо - 5,2 мкмоль/л.

Питання:

1. Яке захворювання найімовірніше?
2. Яка найбільш можлива причина шуму систоли у даного хворого?
3. Який патогенетичний чинник веде до розвитку анемії у даного хворого?

Задача №6.

Хворий 50 років скаржиться на слабкість, запаморочення, мигтіння «мушек» перед очима. Шкіра і слизові оболонки субіктиричні. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, щільна, болюча при пальпації, селезінка +8 см.

У аналізі крові: еритроцити - $2,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін - 80 гр/л, ретикулоцити - 50%, лейкоцити - $6,0 \cdot 10^9/\text{л}$, е-3%, п/я-6%, с/я-62%, л-20%, м-8%, ШОЕ-10 мм/ч. Осмотична резистентність еритроцитів - 0,52-0,56%, білірубін крові - 42 мкмоль/л, прямий - 4 мкмоль/л, непрямий - 38 мкмоль/л.

У аналізі сечі: реакція на уробілін різко позитивна, жовчні пігменти відсутні. Реакція Кумбса позитивна.

Питання:

1. Який діагноз найбільш вірогідний у пацієнтки?
2. Дослідження даного хворого повинне включати всі тести, окрім:
3. Яка тактика лікування анемічного синдрому у даного хворого?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 27. Ведення хворого з лейкомоїдною реакцією та лейкомією

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

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Поясніть проліферацію баластних клітин у кістковому мозку.
2. Що таке лейкозогенний чинник?
3. Формула загального аналізу крові у нормі.
4. Що таке клітинний атипізм?
5. Що таке пухлинна прогресія?
6. Як виглядає лімфоїдна інфільтрація у різних органах?
7. Як виглядає мієлоїдна інфільтрація у різних органах?
8. Які фармакологічні засоби використовують для лікування лейкозів?
9. Які побічні дії цитостатичних засобів?
10. Яка клітина є родоначальницею кровотворення?
11. Чим відрізняється гострий лейкоз від хронічного?
12. Чим відрізняються лейкозні клітини від нормальних клітин того ж ряду?
13. Які клітини є субстратом хронічного мієлолейкозу?
14. Які препарати входять в програму ерадикації гострого лейкозу?
15. Назвіть основні синдроми гострих лейкозів?
16. Назвіть типи лейкомоїдних реакцій?
17. Який основний препарат призначений для лікування хронічного лімфолейкоза?
18. Який метод дослідження є основним в диференціальній діагностиці гострої лейкозії?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Лікаря-рентгенолога із 20-річним стажем роботи, в останні 2 роки почали непокоїти головний біль, запаморочення, зниження пам'яті. Об'єктивно: сухість шкіри кистей, крихкість нігтів, випадання волосся, гіпергідроз, висипання на шкірі, тахікардія, АТ – 110/60 мм рт. ст. Аналіз крові: Нb- 142 г/л, ер.- 4,0x10¹²/л, л.- 2,1x10⁹/л, е.- 0,5%, л.- 10%, тромбоцити - 60x10⁹/л, ШОЕ - 8 мм/год. Який з діагнозів найбільш ймовірний?
А. Хронічна променева хвороба, обумовлена зовнішнім опроміненням
В. Хронічна променева хвороба, обумовлена надходженням ізотопів до організму
С. Гостра променева хвороба
D. Гострий лейкоз
Е. Хронічний лейкоз
2. Хворий скаржиться на кровоточивість ясен, підвищення температури тіла до 38оС, виражену загальну слабкість. Хворіє 2 тижні. Об'єктивно: крововиливи на шкірі, пальпуються збільшені підщелепні, аксілярні, пахові лімфовузли. Загальний аналіз крові: ер. 2,1x10¹²/л, Нb 80 г/л, тромбоц. 120 тис., лейкоц. 18,6x10⁹/л, е 1, п 2, с 9, л 5, м 3, бластні клітини 80%, ШОЕ 36 мм/год. Який діагноз у хворого?

- A. Гострий лейкоз
- B. Хронічний лейкоз
- C. Гемолітична анемія
- D. В-12 дефіцитна анемія
- E. Агранулоцитоз

3. Хвора С., 43 років, скаржиться на слабкість, біль у горлі при ковтанні, підвищення температури тіла до 39°C. Об'єктивно: шкіра бліда, Поодинокі синці на стегнах. Некротичні зміни на мигдаликах. Стерналія. Печінка не збільшена. Селезінка виступає на 3 см з підребер'я. В крові: ер- 2,0х10¹²/л, Нb-70 г/л, тр- 40х10⁹/л, лей- 28,8х10⁹/л, Бласти 60%, п-1%, с-10%, л-29%. ШЗЕ- 60 мм/год. Ваш діагноз:

- A. Гострий лейкоз.
- B. Хронічний мелолоейкоз
- C. Гіпопластична анемія.
- D. Хронічний лімфолейкоз.
- E. Тромбоцитопенічна пурпура

4. Чоловік 32 років відмічає загальну слабкість, лихоманку. Хворіє понад 2 місяців, хворобу пов'язує з ангіною. Об'єктивно: температура - 38,9°C, ЧДР - 24/хв., пульс - 110/хв., АТ - 100/65 мм рт.ст. Шкіра бліда, геморагічний сип на кінцівках, збільшені пахвові лімфовузли. В крові: Нb- 70 г/л; ер.- 2,2х10¹²/л; лейк.- 3,5х10⁹/л; бластні клітини - 32%; метамієлоцити - 1%; е -1%; п -3%; с - 35%; л- 20%; м- 8%; тромбоцити - 35х10⁹/л; ШЗЕ - 47 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

- A. Гострий лейкоз
- B. Хронічний лімфолейкоз
- C. Апластична анемія
- D. Хронічний мієлолейкоз
- E. Тромбоцитопенічна пурпура

5. Чоловік 44 років надійшов до інфекційного відділення з діагнозом: фолікулярна ангіна. Температура тіла – 38,6°C, шкіра та слизові звичайного кольору. Пульс-102/хв., АТ-130/70 мм рт.ст. В крові: ер-2,7х10¹²/л, Нb- 90 г/л, КП-1,0; лейк- 38х10⁹/л, бласти- 68%, палички- 2%, с-14%, л-14%, М-2%, ШЗЕ- 46 мм/год. Яке захворювання слід запідозрити у хворого?

- A. Гострий лейкоз
- B. Лейкемоїдна реакція
- C. Хронічний лімфолейкоз
- D. Хронічний мієлолейкоз
- E. Гострий агранулоцитоз

6. У хворого 36 р. скарги на болі в грудній клітці. Об-но: стан важкий. синдром інтоксикації. Т-38,4°C. П-88 за 1 хв. Збільшені підщелепні лімфовузли, болючі. Дихання ослаблене везикулярне, справа в нижній долі вислуховуються крепітація та різнокаліберні хрипи. ЗАК: ер-3,0х10¹²/л, Нb-100 г/л, тромб-180х10⁹/л, л.12х10⁹/л бласти- 2%, промієлоцити- 3%, мієлоцити- 5%, метамієлоцити-10%, п-15%, с- 65%. ШОЕ- 35 мм/год. Токсична зерність нейтрофілів та дегенеративні зміни в них. Який характер змін у периферичній крові?

- A. Лейкемоїдна реакція по мієлоїдному типу
- B. Мієлопроліферативний процес
- C. Гіперлейкоцитоз
- D. Біцитопенія
- E. Бластна трансформація

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Задача №1.

Хворий В, 24 років, прапорщик, поступив в госпіталь 19.05.99 зі скаргами на прогресуючу загальну слабкість, нездужання, підвищення температури до 37,8°C. 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 залишилася 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. Загальний аналіз крові: еритроцити - $2,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 70 гр./л, кольоровий показник - 0,96, кількість лейкоцитів - $18 \times 10^9/л$. Лейкоформула: бластні клітини - 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 біпсія, виявлені клітини низькодиференційованого раку.

У загальному аналізі крові: ер. - $3,6 \times 10^{12}/л$, Hb - 92 гр./л, гематокрит - 28%, ШОЕ - 38 мм за год., лейкоцити - $10,8 \times 10^9/л$. 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 шії видно горбисте утворення. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. Збільшені лімфовузли на шії 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. - $3,9 \times 10^{12}/л$, Нб - 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?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 28. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Структура і функція лімфатичного вузла та його роль в нормі та при різних захворюваннях
2. Визначення поняття «лімфогранулематоз», «лімфоцитарна лімфома», «лімфаденопатія».
3. Які захворювання відносяться до пухлин імунної системи?
4. Які основні клінічні прояви лімфогранулематозу, неходжкінських лімфом?
5. Які особливості враження лімфатичних вузлів та інших органів і систем при лімфогранулематозі, неходжкінських лімфомах?
6. Лабораторні та інструментальні методи діагностики лімфогранулематозу, неходжкінських лімфом.
7. Основні принципи лікування лімфогранулематозу, неходжкінських лімфом.
8. Тактика ведення пацієнтів з пухлинами імунної системи.
9. Які ускладнення можуть виникати при лімфогранулематозі та неходжкінських лімфомах?
10. Основні причини лімфаденопатій.
11. Диференційний діагноз при лімфаденопатіях при інфекційних захворюваннях, онкопатології, системних захворюваннях сполучної тканини, тощо.
12. Тактика ведення пацієнтів з лімфаденопатіями.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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 периферичної крові

- D. Цитохімічне дослідження клітин крові
- E. Гістологічна картина лімфовузла, наявність кліток Березовського - Штернберга

3. Який орган найчастіше вражається при лімфогранулематозі?

- A. Нирки
- B. Селезенка
- C. Лімфоузли
- D. Печінка
- E. ШЛВнок

4. Яка локалізація пухлини найчастіше буває при лімфосаркомі лімфовузлів?

- A. Пахвинна
- B. Пахвова
- C. Медіастінальна
- D. Надключична
- E. Задньошийна

5. В якому органі, окрім лімфовузлів, найчастіше може локалізуватися лімфосаркома?

- A. Кишечник
- B. ШЛВнок
- 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, тестоватої 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. Лімфоузли 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. Обзорна 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. Цирроз печінки.
- D. Туберкульозний лімфаденіт.

Е. Лімфогранулематоз.

10. У хворого 62 років при обстеженні виявлені збільшені шийні і пахвові лімфовузли, м'якоеластичної консистенції, рухомі, безболісні. У 40-річному віці переніс туберкульоз легенів. На КТ в грудній порожнині виявлені лімфоузли до 1 см в діаметрі. У аналізі крові невелика нормохромна анемія, кількість лейкоцитів $10,2 \times 10^9/\text{л}$, з них 54% лімфоцитів. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

- А. Туберкульоз лімфовузлів
- В. Хронічний лімфолейкоз
- С. Саркоїдоз легенів
- Д. Метастази пухлини в лімфовузли
- Е. ВІЛ-інфекція

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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. - $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 105 гр./л, ШОЕ 20 мм/год., лейкоцити - $10,1 \times 10^9/\text{л}$, е. - 5%, п. - 6%, с. - 63%, лімф. - 17%, м. - 3%. Мононуклеари атипій - 6%, тромбоцити - $170 \times 10^9/\text{л}$.

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 паховій западині. Вважає себе хворим протягом 5 днів, коли почав відзначати болючість в паховій западині, невелику слабкість, головний біль, 2 дні була підвищена температура до $37,8^\circ\text{C}$. Любить грати з двома домашніми кішками. Об'єктивно: загальний стан задовільний, але обмежені рухи лівої руки у зв'язку з болючістю в підмишечній западині. На шкірі лівої руки і грудей узловата еритема. Збільшені всі групи периферичних лімфовузлів до 1 - 1,2 см, рухомі, безболісні. У лівій паховій 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. - $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb - 110 гр./л, ШОЕ - 18 мм/год., лейкоцити $3,2 \times 10^9/\text{л}$, через 3 дні з'явився лейкоцитоз - $8,1 \times 10^9/\text{л}$, з невеликим лімфоцитозом (38%) та палочкоядерним 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 тому 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 паховій западині та під ключицею до 1,5 - 2 см.

На шії 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. - $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб- 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?

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 29. 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактування 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.).

2. Питання для самоконтролю

1. До якої групи захворювань відносяться всі гемофілії?
2. Які клінічні типи кровоточивості Вам відомі?
3. Які показники гемостазу найбільш важливі для діагностики тромбоцитопенічної пурпури?
4. Що є основним патогенетичним засобом лікування ідіопатичної аутоімунної тромбоцитопенічної пурпури?
5. До якої групи захворювань відноситься геморагічний васкуліт?
6. Яка форма геморагічного васкуліту зустрічається найбільш часто?
7. З якого препарату треба починати лікування геморагічного васкуліту?
8. Назвіть основні клінічні форми геморагічного васкуліту.
9. Для яких геморагічних захворювань (ускладнень) найбільш характерне подовження часу згортання крові?
10. Назвіть основні препарати, що володіють гемостатичною дією.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Яка найчастіша клінічна форма геморагічного васкуліту?

- A. Кардіальна
- B. Церебральна
- 3. Проста, шкіряна
- D. Суглобова
- E. Абдомінальна

2. Який клінічний тип кровоточивості характерний для тромбоцитопенічного синдрому?

- A. Петехіально-плямовий
- B. Ангіоматозний
- C. Змішаний
- D. Васкулітно-пурпурний

Е. Гематомний

3. З якого препарату рекомендується починати лікування геморагічного васкуліту?

А. Гепарін

Б. Вікасол

С. Хлорід кальцію

Д. Глюкокортикостероїди

Е. Діцинон

4. Який з рутинних показників коагулограми є найбільш інформативним для діагностики геморагій, пов'язаних із захворюваннями печінки?

А. Час згортання крові

Б. Протромбіновий показник

С. Тромбіновий час

Д. Каолін-кефаліновий час

Е. Тривалість кровотечі

5. Які порушення гемостазу характерні для ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури, ОКРІМ:

А. Тромбоцитопенії

Б. Ослаблення ретракції кров'яного згустка

С. Подовження часу кровотечі по Дьюку

Д. Підвищення проникності судинної стінки (позитивний симптом щипка, джгута)

Е. Зниження протромбінового індексу

6. Підліток 13 років хворіє на гемофілію А, після їзди на велосипеді з'явилися болі в правому колінному суглобі. Діагностований правосторонній гемартроз колінного суглоба. Що слід призначити хворому насамперед?

А. Свіжозаморожену плазму

Б. Тромбоцитарну суспензію

С. Кріопреципітат.

Д. Альбумін плацентарний.

Е. Амінокапронову кислоту.

7. У хворого ідіопатичною тромбоцитопенічною пурпурою більше тижня продовжується важка носова кровотеча, що не зупиняється при лікуванні місцевими гемостатиками та тампонадой. Розвинулася післягеморагічна анемія. Що потрібно вводити хворому для зупинки кровотечі?

А. Тромбоцитарну масу

Б. Амінокапронову кислоту

С. Еритроцитарну масу

Д. Фібріноген

Е. Суху плазму

8. У хворого 26 років з проявами кровоточивості на шкірі та зі слизових оболонок, досліджений аналіз крові: ер. $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 82 гр./л, ШОЕ - 23 мм/год, лейкоцити - $7,3 \times 10^9/л$, еоз. - 3%, баз. - 1%, пал. - 6%, с/я - 70%, лімф. - 18%, мон - 2%, тромбоцити $80 \times 10^9/л$. Ретракція кров'яного згустка ослаблена. Лікар прийшов до висновку, що у хворого є тромбоцитопенічний синдром. При яких захворюваннях може бути тромбоцитопенічний синдром, ОКРІМ:

А. Гострий лейкоз

Б. Апластична анемія

С. Системний червоний вовчак

Д. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

Е. Тяжка позалікарняна пневмонія

9. Хворий 42 років поступив в стаціонар зі скаргами на підвищену кровоточивість слизових оболонок, крововиливи в шкіру у вигляді екхимозів, носові і маткові кровотечі. Після клінічного обстеження був встановлений діагноз: ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура. Яка причина даного захворювання?

А. Утворення антитромбоцитарних аутоантитіл

- В. Порушення протромбінотворюючої функції печінки
- С. Недостатність плазмових факторів тромбопластиноутворення (факторів VIII, IX, X)
- Д. Дефіцит фібринстабілізуючого фактора
- Е. Зниження рівня фібріногену

10. Хлопчику 10 років, який страждає рецидивуючими гемартрозами колінних суглобів, після обстеження поставлений діагноз-гемофілія А, важка форма. З патологією якого фактору згортання крові пов'язано це захворювання?

- А. Фактор Віллебранда
- В. Фактор IX
- С. Фактор X
- Д. Фактор VIII
- Е. Фібринстабілізуючий фактор (фактор XIII)

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Задача №1. Жінка 28 років, звернулася до лікаря зі скаргами на появу тривалих маткових кровотеч, дрібнокрапковий геморагічний висип і крововпливи на шкірі, що виникають спонтанно або після незначних травм. Важає себе хворою протягом 6-7 місяців, коли без всякої причини з'явилася носова кровотеча. Об'єктивно: на шкірі свіжі і старі геморагії, позитивні симптоми джгута та щипка, кровотеча з десен. У крові: ер. - $3,5 \times 10^{12}$ /л., Нб 90 гр/л, ШОЕ- 16 мм за годину, лейкоцити - $7,8 \times 10^9$ /л, в лейкоформулі патологічних порушень немає. Тромбоцити - 20×10^9 /л. У мієлограмі збільшена кількість мегакаріоцитів, що не відщеплюють кров'яні пластинки; роздратований еритроїдний паросток. Коагулограма: ретракція кров'яного згустка різко сповільнена і ослаблена. Тривалість кровотечі по Дьюку - 12 хв. Час згортання крові по Лі-Уайту - 8,5 хв. При імунологічному дослідженні виявлені атитромбоцитарні антитіла.

Питання:

1. Який попередній діагноз?
2. Який провідний синдром у хворого?
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз по вибраному ведучому синдрому у хворого ?
4. Яке обстеження необхідно призначити даному хворому ?
5. Яке лікування необхідно призначити хворому ?

Задача №2.

Хворий 23 років, скаржиться на підвищення температури тіла до $37,4^{\circ}\text{C}$, появу висипу на нижніх кінцівках, біль в животі, не пов'язаний з їжею. 2 тижні тому хворіло горло, лікувався полосканнями, до лікаря не звертався. 5 днів тому з'явилися геморагічні висипання на шкірі гомілок, біль в животі. Ніяких кровотеч не було. Об'єктивно: шкіра бліда, на поверхні гомілок і стегон - дрібний папулезно-геморагічний симетричний висип, свербіння немає. Язик трохи обкладений білим нальотом. Живіт м'який, бере участь в диханні, визначається болючість по ходу кишечника. Симптомів роздратування очеревини немає. ЧСС - 90 в 1 хв, АТ - 115/90 мм рт.ст. Симптом Пастернацького - слабопозитивний з обох боків. Аналіз крові: л. - $9,6 \cdot 10^9$ /л, тр. - $155 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ - 31 мм/год. У сечі: білок - 0,033 гр/л, ер. змінені - 1-2 в полі зору, л. - 3-5 в полі зору.

Питання:

1. Який попередній діагноз, форма захворювання ?
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальний діагноз ?
3. Яке обстеження необхідно призначити даному хворому ?
4. Яке лікування необхідно призначити хворому ?

Задача №3.

Хворий 22 років, скаржиться на загальну слабкість, запаморочення, маткові і носові кровотечі, крововиливи на тулубі. Хворіє 4 місяці. Об'єктивно: стан середньої важкості. На шкірі живота і спини визначаються крововиливи розміром 1 - 2 см різного кольору, безболісні. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, з боку серця і легенів патології не

виявлено. Печінка і селезінка не збільшені. Аналіз крові: Нb - 80 гр/л, ер. - $2,4 \times 10^{12}$ /л, КП - 0,8, ретикулоцити - 0,9 %, залізо сироватки - 14,01 мкмоль/л, л. - $4,2 \times 10^9$ /л, еоз. - 2 %, п. - 7 %, с. - 40 %, мон. - 6 %, лімф. - 45 %, тр. - $47,1 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 27 мм/година.

Питання:

1. Який діагноз основного захворювання?
2. Яке ускладнення розвинулося у хворого?
3. З якими захворюваннями треба провести диференціальний діагноз?
4. Напишіть план обстеження і лікування хворого

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 30. 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 (феохромоміома, 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення гіпертонічного криза.
2. Як поділяються кризи в залежності від тактики лікування?
3. Дайте характеристику ускладненого ГК.
4. Дайте характеристику неускладненого ГК, типи ускладнених кризів?
5. Які обов'язкові діагностичні заходи проводять для уточнення ступеня залучення органів-мішеней при ГК?
6. Яка тактика лікування ускладненого ГК.
7. Яка тактика лікування неускладненого ГК.
8. Які цільові рівні АТ в залежності від ураження органу-мішені.
9. Які особливості лікування ішемічного та геморагічного інсультів на фоні ГК?
10. Які особливості лікування гострої лівошлуночкової недостатності на фоні ГК?
11. Які особливості лікування гострої коронарної недостатності і інфаркту міокарда на фоні ГК?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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. Діенцефальна криза.

3. У пацієнтки 60 років на першій добі інфаркту міокарду з елевацією сегмента ST 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 легенів 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, І 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: Ps-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?

- A. Ускладнений гіпертонічний криз.
- B. Неускладнений гіпертонічний криз.
- C. Епілептиформний криз.
- D. Тіреотоксичний криз.
- E. 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 задихою. 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?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії.
- B. Неускладнений гіпертонічний криз.
- C. Злоякісна артеріальна гіпертензія.
- D. Діабетична кома.
- E. Ускладнений гіпертонічний криз.

10. Хворий 47, скаржиться на раптовий головний біль, задишку, болі в серці. Об-но: АТ – 190/95 мм.рт.ст., PS – 106 за 1 хв, ритмічний, напружений. В легенях – жорстке дихання. Який препарат необхідно ввести передусім?

- A. Ніфедипін 30 мг під язик.
- B. Клофелін 0,075 мг під язик.
- C. Лабеталол 20 мг в/в.
- D. Аміназин 25 мг в/м.
- E. Дібазол 1% - 4 мл в/в.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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

1. Який тип кризу розвинувся у хворого?

2. Який препарат необхідно призначити для невідкладної допомоги?

2. У жінки, 63 років уночі зненацька почався напад ядухи. Близько 15 років хворіє на гіпертонічну хворобу, 2 роки тому перенесла інфаркт міокарда. Об'єктивно: положення в ліжку – ортопное, шкіра бліда, хвора вкрита холодним потом, акроціаноз. Пульс – 104 за 1 хв. АТ – 210/130 мм рт. ст., ЧД – 38 за 1 хв. Перкуторний звук легеневий, у нижніх відділах притуплений, над легенями вислуховуються поодинокі сухі хрипи, у нижніх відділах – незвучні, дрібнопухирчасті.

1. Яке ускладнення розвинулось у хворої?

2. Який алгоритм надання невідкладної допомоги у даному випадку?

3. У хворого, 59 років, який 15 років страждає на гіпертонічну хворобу, на фоні гіпертонічного кризу розвинулася гостра лівошлуночкова недостатність.

1. Який препарат найдоцільніше призначити цьому хворому у першу чергу?

2. Які принципи лікування гострої лівошлуночкової недостатності?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 31. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення ГКС.
2. Поясніть різницю між ГКС без елевації сегмента ST та з елевацією сегмента ST.
3. Перелікуйте клінічні діагностичні критерії ГКС.
4. Які методи дослідження є обов'язковими для ГКС без елевації сегмента ST?
5. Які методи дослідження є додатковими для ГКС без елевації 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?
10. Дайте визначення інфаркту міокарда.
11. Які патогенетичні механізми лежать в основі розвитку гострого коронарного синдрому?
12. Які діагностичні критерії ГІМ?
13. Які клінічні прояви ГІМ?
14. Дайте характеристику змінам на ЕКГ, притаманним розвитку ГІМ.
15. Дайте характеристику біомаркерам, притаманним ГІМ.
16. Перелікуйте основні та додаткові методи обстеження при ГІМ.
17. Які невідкладні лікувальні заходи необхідно вживати у хворих на ГІМ?
18. Дайте характеристику лікувальним заходам при розвитку ускладнень ГІМ.
19. Які критерії якості лікування у хворих на ГІМ?
20. Який прогноз у хворих на ГІМ?
21. Які профілактичні засоби рекомендовані хворим на ГІМ?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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 рт ст 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 доставлен ШМД до приймального відділення. Із анамнеза звісно: був практично здоровим, після значного фізичного навантаження під час роботи на приусадебній ділянці став скаржитися на біль, яка гостро виникла 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?

- А. ЕКГ.
- В. Клінічний аналіз крові.
- С. Фіброгастроскопія.
- Д. Рентген шлунку.
- Е. 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 хворому?

- А. Бета-блокатор, аспірин, гепарин.
- В. Бета-блокатор, аспірин, стрептокіназа.
- С. Бета-блокатор, аспірин, нітрати.
- Д. Сечогінні засоби, аспірин, нітрати.
- Е. 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 ST II, III, aVF, зниження ST V1-V4. Який діагноз виставлено хворому?

- А. Задньо-діафрагмальний інфаркт міокарду
- В. Передній інфаркт міокарду
- С. Тромбоемболія легеневої артерії
- Д. Кардіогенний шок
- Е. Гострий коронарний синдром з елевациєю сегменту ST.

6. Хворий 54 р, госпіталізований зі скаргами на пекучий, стискаючий біль за грудиною, з ірадіацією в ліве плече, не купірується нітрогліцерином, наростаючу задишку. Об-но: шкіра бліда, пульс – 112 за хв., ритмічний, слабого 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 Т у відведеннях I, II, aVL, V1-4. Яке ускладнення виникло?

- А. Кардіогенний шок.
- В. Колапс.
- С. Гостра лівошлуночкова недостатність.
- Д. Розрив міжшлуночкової перетинки.
- Е. Аневризма серця.

7. Хворий 55 р., 5 років страждає на стенокардію напруги, відмічає задишку, раптовий інтенсивний пекучий біль за грудиною, 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?

- А. Інгаляція кисню.
- В. Інфузія допаміну.
- С. Тромболітична терапія.
- Д. Електрокардіостимуляція.
- Е. Інфузія гепарину.

8. Хворий, 56 р., скаржиться на стискаючий біль за грудиною, 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:

- А. Внутрішньовенно інфузію 0,01 % розчину нітрогліцерину.
- В. Сублінгвально ще 1 табл. нітрогліцерину.
- С. Нітрогліцерин сублінгвальний спрей.
- Д. Нітрогліцерин трансдермальний пластер.

Е). 2 % нітрогліцерину мазь.

9. Хворий, 60 р з діагнозом: ІХС: гострий коронарний синдром. Після порушення ліжкового режиму стан хворого погіршився: посилились болі за грудиною, 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?

А. 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 купірований 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.

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

– <https://www.therapy.odmu.edu.ua>

– <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України

– <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 32. 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. Теоретичні питання:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трагування 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.).

2. Питання для самоконтролю

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 симптомам 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.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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 дифузно ціанотичні, набряк яремних вен. Частота дихання — 37/хвилину. 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 галопа. Печінка +3 см. Набряків немає. Які методи діагностики найбільш інформативні в даній клінічній ситуації?

- А. Загальний аналіз крові .
- В. УЗД органів черевної порожнини.
- С. ЕКГ.
- Д. Острофазові показники.
- Е. 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?

- А. Перевантаження лівого шлуночка.
- В. Відхилення електричної вісі вліво.
- С. Повна АВ блокада.
- Д. Симптом QIIISI.
- Е. 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 QIIISI, „р-pulmonale” в II та III відведеннях. Діагноз?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. Гострий інфаркт міокарду.
- С. Пневмоторакс.
- Д. Гострий холецистит.
- Е. 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?

- А. Інгібітори АПФ.
- В. Нітрати.
- С. Бета-блокатори.
- Д. Антагоністи кальцію.
- Е. Тромболітики.

5. Хвора 45 р. лікувалась з приводу миготливої аритмії, тромбофлебіту вен ніг. Через декілька днів раптово з'явилися болі в грудній клітці, кровохаркання, короточасно втрачала свідомість. В легенях – притуплення перкуторного звуку справа в н/долі, там же невелика кількість вологих хрипів. Ро-графічно справа в н/долі - клиновидна тінь. ЕКГ: блокада правої ніжки пучка Гіса, підйом ST та негативний Т у III, aVF, V1-V3. Яке ускладнення виникло у хворої ?

- А. Інфаркт-пневмонія.
- В. Інфаркт селезінки.
- С. Інфаркт міокарду.
- Д. Пневмоторакс.
- Е. 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 Т у відведеннях III, aVF, V1-V3. Які рентгенологічні прояви можливі при цьому стані?

- А. Розширення та деформація корнів легень.
- В. Підвищення прозорості легеневої тканини.

С. Округла тінь з чіткими контурами верхньої долі лівої легені..

Д.Симптом сонця що сходить.

Е. 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 ірадіацією в правий бік. Рс 110 за хв., АТ 90/50 мм рт.ст. На ЕКГ характерна ознака: глибокі SI і QIII. Який патологічний стан слід запідозрити у хворой?

А. Тромбоемболія легеневої артерії.

В. Гостра пневмонія.

С. Гострий пневмоторакс.

Д. Інфаркт міокарду.

Е. 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:

А. Набряк легенів.

В. Інфаркт міокарда.

С. Тромбоемболія легеневої артерії.

Д. 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 70мм.рт.ст., частота дихання 36 у 1 хв, t~37,80С, 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 хворой 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.

Д. Нітропрусід натрію.

В. Кордіамін.

Е. Пентамін.

С. Стромфантин.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. У хворой 60 років на третій день після венектомії з приводу тромбофлебіту підшкірних вен, раптово з'явилося гостре відчуття нестачі повітря, шкіра спочатку стала різко ціанотичною, а потім попелястого кольору, виражене психомоторне збудження, тахіпное, загрудинний 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?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 33. 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 структуру 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення порушень ритму серця.
2. Які форми порушення утворення імпульсу вам відомі?
3. Які форми порушення проведення імпульсу вам відомі?
4. Які етіологічні фактори можуть призвести до виникнення порушень серцевого ритму і провідності?
5. Які загальні принципи діагностики порушень серцевого ритму?
6. Які ЕКГ-критерії суправентрикулярних порушень ритму?
7. Які ЕКГ-критерії вентрикулярних порушень ритму?
8. Перерахуйте загальні принципи лікування порушень серцевого ритму.
9. Які загальні принципи діагностики порушень провідності?
10. Перерахуйте загальні принципи лікування порушень провідності.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. У чоловіка 54 років після значного фізичного навантаження з'явилися пекучі болі за грудиною, які віддавали в ліву руку, не знімалися сублінгвального прийому нітрогліцерину, тривали 1,5 години. На ЕКГ - підйом сегмента ST у відведеннях I, II, AVL, V2-V4 на 0,3 мВ. Госпіталізований, протягом години внутрішньовенно введено 100 мг тканинного активатора плазміногену. Знову з'явилися за грудінні болі, почався напад задишки, АД 80/45 мм рт.ст. На ЕКГ - ознаки шлуночкової тахікардії, ЧСС - 200 за хв. Які першочергові заходи необхідно застосувати?
А. Електрична кардіоверсія.
В. Внутрішньовенне введення лідокаїну.
С. Тимчасова ендокардіальна ЕКС.
Д. Внутрішньовенне введення кордарона.
Є. Призначення гемотрансфузії.
2. Хворий Г., 68 років, тривало страждає на ішемічну хворобу серця, в анамнезі інфаркт міокарда. Раптово, після емоційного навантаження, виник напад сильного серцебиття, знепритомнів. Об-но: стан хворого важкий, шкірні покриви вологі, бліді. Пульс і частота серцевих скорочень не підраховуються. Артеріальний тиск - 110/80 мм рт.ст. Знята ЕКГ: ЧСС - 240 за хв., Комплекси QRS 0,14 с. Застосування якого із медикаментозних засобів є найбільш доцільним?
А. Лідокаїн.
В. Строфантин
С. Верапаміл.
D. Пропранолол.

Е. Натрію аденозинтрифосфат.

3. У хворого Ф., 42 років раптово виник напад серцебиття, який супроводжувався загальною слабкістю, задишкою, ЧСС 170 в хв. ЕКГ: ЧСС - 180 за хв., Ритм правильний, QRS - 0,10 с. Після масажу в ділянці каротидного синуса спостерігалось зниження ЧСС до 75 уд. в хв. Яке порушення ритму було зареєстровано у хворого?

А. Синусова тахікардія.

В. Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія.

С. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.

Д. Пароксизм фібриляції передсердь.

Е. Шлуночкова екстрасистолія.

4. У хворого 70 років з миготливою аритмією виникла фібриляція шлуночків серця. За якою ознакою повинні підтвердити фібриляцію шлуночків

А. За даними ЕКГ.

В. За відсутності пульсу.

С. При відсутності АД.

Д. За наявністю ознак шоку.

Е. За наявністю розширених зіниць.

5. У хворої 44 років., Кардіалгія, задишка, біль виникли вперше на тлі частого серцебиття. Об'єктивно: пульс 120-140 в хв, аритмічний - 160/100 мм рт.ст., на ЕКГ зубці Р не визначаються, інтервали RR різні, QRS не деформований. Яке порушення ритму у хворої?

А. Фібриляція шлуночків.

В. брадісistolіческая фібриляція передсердь.

С. Суправентрикулярна пароксизмальна тахікардія.

Д. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.

Е. тахісistolіческую фібриляція передсердь.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Хворий 52 р, доставлений в палату інтенсивної терапії без свідомості. Стан важкий, зіниці розширені, реагують на світло. Дихання шумне, пульс на променевих і сонних артеріях не прощупується. АТ - 40/20 мм рт.ст. На ЕКГ - мерехтіння шлуночків з частотою 210 в хв. З якого методу слід почати реанімаційні заходи?

2. У хворої 44 років кардіалгія, задишка, біль виникли вперше на тлі частого серцебиття. Об'єктивно: пульс 120-140 в хв, аритмічний - 160/100 мм рт.ст., на ЕКГ зубці Р не визначаються, інтервали RR різні, QRS не деформований. Який препарат для неї найбільш доцільний?

3. Хворий, 60 років, хворіє ІХС, доставлений в палату інтенсивної терапії з пароксизмом серцебиття, яке почалося за годину до госпіталізації. Блідий, шкіра волога, 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 візуалізується, комплекс QRS 0,09 сек., альтерація зубця R. Які розлади ритму у хворого?

4. Хворий 67 років скаржиться на напад серцебиття, перебої, біль в області серця, задишку в спокої. Стан важкий. Акроціаноз, тони серця аритмічний, приглушені. Пульс - 120 за хв., АТ - 120/80 мм рт.ст. Печінка + 2см., Набряки гомілок. ЕКГ - ритм несинусовий, неправильний, ЧСС - 160 за хв., Хвилі f. Калій плазми - 4,8 ммоль / л. Який з препаратів слід застосувати в першу чергу?

5. У хворого 35 років., Після фізичної перевтоми раптово з'явилося серцебиття, задишка і тупий біль в області серця. Протягом 12 років перебуває на диспансерному обліку з приводу ревматизму і мітрального пороку серця без порушення кровообігу. Об-но: АТ - 110-130 / 85 мм.рт.ст. PS - 96 в хв., ЧСС - 130 за хв. На ЕКГ замість зубців Р зареєстровані дрібні хвилі різної форми, інтервали RR мають різну тривалість. Який найбільш імовірний діагноз?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 34. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення терміну «пневмонія».
2. Які види пневмонії ви знаєте?
3. Які симптоми є «малими» критеріями тяжкого перебігу пневмонії?
4. Які «великі» критерії важкої пневмонії?
5. Назвіть діагностичні критерії, необхідні для постановки діагнозу «пневмонія».
6. На які групи поділяють хворих пневмонією?
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 госпітальної пневмонією?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. У хворого С., 40 років, після фізичного навантаження раптово виникла задишка, різка біль в грудній клітині праворуч і сухий кашель. Об-но: ціаноз, АТ 95/60 мм рт. ст., Ps 115 в хв., дихання часте, праворуч - розширення міжреберних проміжків, перкуторно тимпаніт, дихання не проводиться. Зрушення кордону серця вліво. Ваш діагноз?
А. Пневмоторакс.
В. Інсульт.
С. Тромбоемболія легеневої артерії.
D. Інфаркт міокарда.
Е. Серцева астма.
2. Хворий 34 років після нападу кашлю відчув колючий біль в лівій половині грудної клітини, запаморочення. Об-но: хворий лежить на лівому боці, блідий, акроціаноз, покритий липким потом. ЧД 37 в хв. Над лівою половиною грудної клітини тимпанічний перкуторний звук, значно ослаблене везикулярне дихання. АТ - 80/60 мм рт. ст., пульс - 120 за хв. Ваш діагноз?
А. Спонтанний пневмоторакс.
В. Інфаркт легені.
С. Тромбоемболія легеневої артерії.
D. Емпієма плеври.
Е. Крупозна пневмонія.
3. Хворий М., 78 років, який тривалий час страждає на цукровий діабет II типу.

Госпіталізовано зі скаргами на підвищення температури тіла до 38 ° С, озноб, кашель з виділенням великої кількості слизисто-гнійної мокротини з домішкою крові, задишка. Захворів гостро тиждень тому, діагностована лівостороння нижнедолева пневмонія. Лікування ампіциліном надало деякий позитивний ефект. Однак на 7-й день хвороби відзначено різке погіршення стану: повторне підвищення температури, озноб, наростання задишки, значне збільшення кількості мокротиння. Що є найбільш вірогідною причиною розвинутого стану?

А. Розвиток запального інфільтрату в лівій легені.

В. Формування абсцесу легенів.

С. Розвиток хронічного легеневого серця.

Д. Пневмоторакс

Е. Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії

4. Хворий М., 78 років, який тривалий час страждає на цукровий діабет II типу.

Госпіталізовано з скаргами на підвищення температури тіла до 38 ° С, озноб, кашель з виділенням великої кількості слизисто-гнійної мокротини з домішкою крові, задишку. Захворів гостро тиждень тому, діагностована лівостороння нижнедолева пневмонія. Лікування ампіциліном надало деякий позитивний ефект. Однак на 7-й день хвороби відзначено різке погіршення стану: повторне підвищення температури, озноб, наростання задишки, значне збільшення кількості мокротиння. Визначте подальшу тактику антибактеріальної терапії у цього хворого

А. Збільшити дозу ампіциліну.

В. Призначити цефалоспорины другого покоління внутрішньовенно в поєднанні з аміноглікозидами.

С. Призначити аміноглікозиди внутрішньом'язово.

Д. Призначити пеніцилін внутрішньовенно у великих дозах.

Е. Призначити фторхінолони перорально.

5. При мікробіологічному дослідженні мокротиння у хворого виділена *Klebsiella pneumoniae*. Виберіть оптимальну антибактеріальну терапію:

А. Цефалоспорины другого покоління

В. Напівсинтетичні пеніциліни у великих дозах

С. Цефалоспорины другого або третього покоління в поєднанні з аміноглікозидами.

Д. Фторхінолони.

Е. Макроліди.

6. У хворого 35 років під час підйому великого вантажу раптово з'явився сильний біль в грудній клітині праворуч, сухий кашель, задишка, тахікардія. Об'єктивно: шкіра синя, розширення міжреберних проміжків, зменшення дихальної екскурсії правої легені. При перкусії - тимпаніт праворуч, там же аускультативно - різке ослаблення дихальних шумів. Межі серця зміщені вліво. Пульс 120 за хв., АТ - 90/60 мм рт.ст. Найбільш ймовірний попередній діагноз:

А. Інфаркт міокарда, ускладнений гострою серцевою недостатністю.

В. Екссудативний плеврит.

С. Крупозна пневмонія.

Д. Спонтанний пневмоторакс.

Е. Тромбоемболія легеневої артерії.

7. До лікаря звернувся хворий 29 років, який раніше хворів сухим плевритом, бронхітами.

Під час стрибка у висоту на спортивному майданчику відчув гострий біль в лівому боці, сильну задишку. Об'єктивно: блідий, ціаноз губ, ліва половина грудної клітки відстає, дихання ослаблене, 28 в хв. Пульс - 98 ударів в хв., АТ - 98/50 мм рт.ст. Який найбільш ймовірний синдром у хворого?

А. Синдром серцевої недостатності.

В. Синдром легеневої недостатності.

С. Синдром бронхоспазму.

Д. Синдром спонтанного пневмотораксу.

Е. Синдром бронхіальної обструкції.

8. На місці дорожньо-транспортної пригоди був виявлений потерпілий у важкому стані з

вираженою задишкою, ціанозом, тахікардією. При перкусії визначався тимпанит праворуч, зміщення середостіння вліво. При аускультатії - різке ослаблення дихання праворуч. 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 хворой П., 54 років, за 4 доби до госпіталізації діагностовано плевропневмонія, від антибіотикотерапії відмовилася. При надходженні: ЧД 44 в хв., Температура тіла 40,2 ° С, АТ - 60/20 мм рт.ст., ЧСС 120 в хв, тони серця ослаблені, олігурія. РаО₂ - 10,1 кПа, РаСО₂ - 6,2 кПа. Після проведення інфузійної терапії стан хворой істотно не поліпшився. Чим визначається тяжкість стану хворой?

- А. Розвитком інфекційно-токсичного шоку.
- В. Гострої дихальної недостатності.
- С. Прогресуючій серцевою недостатністю.
- Д. Гіпертермії.
- Е. Ниркової недостатності

10. Хворий Д., 26 років, під час виконання важкої фізичної роботи несподівано відчув різкий біль в грудній клітці, почав задихатися. Об-но: ціаноз, ЧД 40 / хв., Грудна клітина праворуч збільшена в обсязі, не бере участь в акті дихання, перкуторно праворуч тимпанит, аускультативно - дихання праворуч відсутнє. Ваш діагноз?

- А. Інфаркт міокарда.
- В. Астматичний стан.
- С. Спонтанний пневмоторакс.
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії.
- Е. Перелом ребер праворуч з травмуванням плеври.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

Задача №1.

Хворий А., 36 років, звернувся до лікаря зі скаргами на кашель з іржавою мокротою, біль в грудній клітці під час дихання і кашлю, задишку, підвищення температури тіла до 40 ° С, виражену слабкість. Захворів 2 дні тому після переохолодження. Стан важкий, шкірні покрови бліді, покриті холодним липким потом, температура 39,8 ° С. При аускультатії в подлопаточній області праворуч вислуховується шум тертя плеври, бронхіальне дихання, при перкусії там же притуплення, голосове тремтіння посилене. Частота дихання 35 в хв., пульс слабого наповнення 120 в хв., АТ - 90/60 мм рт. ст. Живіт - м'який, безболісний, печінка не збільшена, набряків немає. Дані обстеження: гемоглобін 140 г / л, лейкоцити 16 х 10⁹ / л, п - 22%, з - 56%, е - 0%, ЛФ - 16%, м - 6%, ШОЕ - 48 мм / год. Аналіз сечі: білок 0,65 г / л, лейкоцити 2 в п / з.

Питання:

1. Сформулюйте і обґрунтуйте діагноз.
2. Складіть план обстеження.
3. Призначте лікування.

Задача №2

Хворий С., 42 років, звернувся до лікаря зі скаргами на кашель з гнійною мокротою, підвищення температури тіла до 38 ° С, слабкість, пітливість. Тиждень тому з'явився нежить, сльозотеча, сухий кашель, підвищилася температура до 37,5 С, але він не лікувався. Погіршення настало 2 дні тому, коли температура підвищилася до 40 ° С, кашель посилювався і з'явилася зеленувата мокрота. Стан хворого важкий. При аускультатії в подлопаточній і пахвовій областях зліва сухі хрипи, бронхофонія посилена, ЧД - 32 в хв. В аналізі крові: лейкоцити 9,8 х 10⁹ / л, ШОЕ - 29 мм / год.

Питання:

1. Сформулюйте діагноз.
2. Складіть план обстеження.

3. Призначте лікування

Задача №3

Займаючись інтенсивними фізичними вправами на відкритому повітрі, хворий 54-х років після підйому штанги відчув біль в лівій половині грудей і задишку. Палить з 15 років, вранці буває кашель. Об'єктивно: блідий, шкіра волога. ЧД - 36 в хв. Перкуторно зліва тимпанічний звук, дихання помітно ослаблене, вологі хрипи. Пульс - 100 в хв., На вдиху наповнення зменшується. АТ -100/70 мм рт. ст. Тони серця ослаблені. Печінка не пальпується. На ногах невеликий варикоз вен гомілок.

Питання:

1. Вкажіть найбільш ймовірний попередній діагноз.
2. Який алгоритм невідкладної допомоги в даному випадку?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 35. Ведення хворого 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. При якій астмі частіше розвивається астматичний статус?
2. Що лежить в основі патогенезу астматичного статусу ?
3. Які форми статусу виділен?
4. Що являється характерним симптомом астматичного статусу І стадії?
5. Що являється патогномонічним симптомом астматичного статусу ІІ 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 І ступеню?
10. Що являється безумовним показником до приведення лаважа бронхів при астматичному статусі?
11. Що являється першим предвістником, показуючим на покращення бронхіальної прохідності при астматичному статусі ?
12. Якими симптомами проявляється ІІІ стадія астматичного статусу ?
13. Назовіть важливіші клінічні ознаки, які вказують на ефективність проводимої терапії астматичного статусу.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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?
А. Інгаляції киснево-повітряної суміші.
В. Введення гідрокарбонату натрію.
С. Інгаляція геліо-водневої суміші.
Д. Гіпербарична оксигенація.
Е. 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 ІІ 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 астмапенту 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 й 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 ?

- A. Астматичний статус.
- B.Напад бронхіальної астми.
- C.Серцева астма.
- D.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.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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 хворой?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати?

3. Який наочний показник купірування бронхоспазму в цьому випадку?

2. У хворой, 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 аускультії дихання послаблене, велика кількість різноліберних хрипів. Лікування бета-адренергічними засобами не дає ефекту.

1. Можливе ускладнення, що розвинулося у хворой?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати?

3. Хворий 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 хворой настало "кисневе апное".

1. Для виведення з цього стану найкраще використовувати?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 36. 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 шоці та набряку Квінке; диференційна діагностика анафілактичного шоку та набряку Квінке з іншими станами, які супроводжуються бронхообструктивним синдромом

План

1. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

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.

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

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 потом 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. Хворий на гостру бронхопневмонію було зроблено внутрішньо м'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?

- А.Адреналін
- В. Гастрін
- С. Гістамін
- Д. Ренін
- Е. 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?

- А. Підвищення гідростатичного тиску крові в капілярах.
- В. Порушення лімфо відтоку.
- С. 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, шік, 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° C, тахікардія, зниження АТ. Хворий потребує негайного введення:

A. Глюканату кальцію.

B. Супрастину.

C. Еуфіліну.

D. Адреналіну.

C. Фуросеміду.

6. У хворого 42 років під час крапельного вливання альбуміну виникли свербіж та почервоніння шкіри, нудота, сильна слабкість, тахікардія, зниження артеріального тиску.

Якою має бути подальша тактика лікаря?

A. Внутрішньовенне введення адреналіну.

B. Введення серцевих глікозидів.

C. Перитонеальний діаліз.

D. Введення антигістамінних препаратів.

E. Припиніть в/в інфузію.

7. У хворого 48 років, який приймав мелоксикам з приводу артрити, через 3 години з'явилася підвищення температури тіла, підвищення температури тіла, головний біль, еритематозний висип на шкірі, який швидко перетворився на бульбашки неправильної форми, з наступними симптомами гострої серцево-судинної недостатності. Яке ускладнення виникло у хворого?

A. Гостра недостатність кровообігу.

B. Кропив'янка.

C. Анафілаксія.

D. Лихоманка невідомого генезу.

E. Вузлової еритеми.

8. Хворий 42 років поступив у стаціонар зі скаргами на непритомність, слабкість, задишку. Погіршення почалося раптово після укусу бджіл у ліву руку. Об'єктивно - у важкому стані, шкіра бліда, ЧСС - 110 за хв., АТ 90/60 мм рт.ст. Яка перша допомога потрібна під час транспортування до лікарні родичами?

A. Накладіть джгут над місцем укусу, накладіть теплу грілку.

B. Накладіть джгут нижче місця укусу, прикладіть лід.

C. Інтенсивний масаж області укусу.

D. Над місцем укусу накласти джгут, прикласти лід.

E. Накладіть джгут нижче місця укусу, накладіть грілку.

9. Хворий 18 років скаржиться на задишку, кашель, свербіж шкіри. Захворів гостро, близько години тому після прийому ібупрофену. З дитинства – кропив'янка, бронхіальна астма. Об'єктивно: параорбітальний набряк, почервоніння та припухлість обличчя. Дихання з хрипами. Пульс 96/ хв., АТ - 80/50 мм рт.ст. Препарат першої допомоги буде?

A. Преднізолон.

B. Амінофілін.

- С. Адреналін.
- Д. Лоратадин.
- Е. Дигоксин.

10. У хворого після введення правцевої вакцини через кілька хвилин виникла сильна слабкість, запаморочення, серцебиття, задишка. Згодом втратив свідомість. Об'єктивно: виражена блідість шкіри та слизових оболонок, пітливість, пульс 110/хв, АТ 60/40 мм рт.ст. Причина погіршення стану хворого?

- А. Ангіоневротичний набряк
- В. Астматичний статус.
- С. Больовий шок.
- Д. Геморагічний шок.
- Е. Анафілаксія.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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, PS 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?

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. Трактвання 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 37. 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення синдрому гострої печінкової недостатності.
2. Перелікуйте 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?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. 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?

- А. Субарахноїдальний крововилив.
- В. Гостра печінкова недостатність.
- С. Гіпоглікемічна кома.
- Д. Колапс.
- Е. Уремія.

2. 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. Для підтвердження діагнозу необхідно провести:

- А. Ультразвукове дослідження печінки.
- В. Рентгенівську комп'ютерну томографію голови.
- С. Визначення трансаміназ та показників азотистого обміну.
- Д. Електрокардіографію.
- Е. Фіброгастродуоденоскопію.

3. Патогномонічним симптомом гострої печінкової недостатності є :

- А. Підвищення рівню глюкози крові.
- В. Зниження рівню глюкози крові.
- С. Підвищення рівню АСТ, АЛТ.
- Д. Підвищення рівню K^+ і Na^+ .
- Е. Підвищення рівню лімфоцитів.

4. Хворий 53 р. у сопорі. Об-но: шкіра іктерична, АТ 90/60 мм.рт.ст., печінковий запах з рота, ністагм, маячіння, дихання Кусмауля, асцит. Печінка + 7 см, щільна, болюча, Нв 94 г/л, тромбоцити 72×10^9 /л., глюкоза крові 10 ммоль/л, білірубін 678 мкмоль/л, АСТ 3,2, АЛТ 3,0 мкмоль/л, креатинін 140 мкмоль/л. УЗД – “обрублена” судинна сітка, паренхіма дифузно ущільнена. Ваш діагноз?

- А. Печінково-клітинна недостатність.
- В. Анемічна криза.
- С. Діабетична кома.
- Д. Уремічна кома.
- Е. Гіпотонічна криза.

5. Хворий С., 58 р. стан вкрай важкий, дезорієнтований у часі, просторі, приступи збудження з маренням і наступною сонливістю, порушення координації рухів, “хлопаючий” тремор пальців рук і ніг, жовтяниця, печінковий запах з рота. У крові: ШОЕ 48 мм/год, еритроц. $2,8 \times 10^{12}$ /л, заг. білірубін 295 мкмоль/л, АСТ 2,4 ммоль/годл, АЛТ 3,0 ммоль/годл. Ваш діагноз?

- А. Печінкова кома.
- В. Уремічна кома.
- С. Інфаркт міокарду.
- Д. Ішемічний інсульт.
- Е. Тромбоемболія легеневої артерії.

6. Хворий 56 р., впродовж 6 років страждає цирозом печінки, поступив в реанімаційне відділення в ступорозному стані. Об-но: жовтяниця, печінковий запах з рота, ністагм, дихання Кусмауля. Печінка + 7 см, щільна, болюча. Нв 80 г/л, тромбоцити 68×10^9 /л., заг.білірубін 420 мкмоль/л, креатинін 267 мкмоль/л, сечовина - 13 ммоль/л. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

- А. Тромбоз ворітної вени.
- В. Гостра ниркова недостатність.

С. Анемічна криза.

Д.Печінково-клітинна кома.

Е. Підпечінкова жовтяниця.

7. Хворий Т., 52 років, сонливий, загальмований. З рота „печінковий” запах, була тричі рвота. Хворіє виразковою хворобою шлунку. 2 місяці тому по поводу шлункової кровотечі лікувався, були гемотрансфузії. Стан важкий, інтенсивна жовтяниця, на слизових оболонках геморагії. Печінка визначається вище реберної дуги. Пульс 110 на хвилину. АТ – 90/60 мм рт.ст. Вкажіть найбільш невідкладний стан.

А.Дегідратаційний шок.

В. Інфекційно-токсичний шок.

С. Гостра ниркова недостатність.

Д. Гостра печінкова енцефалопатія.

Е. Гостра дихальна недостатність.

8. У хворого 64 р. з гострим гепатитом В лікар під час обходу відмітив емоційну слабкість, наростання інтенсивності жовтяниці, печінковий запах з рота. Хворий скаржиться на біль голови, нудоту, безсоння вночі. Об’єктивно: температура тіла – 38,20С, р-114 в/, геморагії на шкірі тулуба, кінцівок, післяін’єкційні гематоми, зменшення розмірів печінки. Лейкоцити крові – $12 \cdot 10^9$ /л, протромбінований індекс – 65%. Про яке ускладнення можна думати?

А ДВЗ-синдром.

В. Гостра ниркова недостатність.

С. Гостра печінкова енцефалопатія.

Д. Інфекційно-токсичний шок.

Е. Менінгоенцефаліт.

9. Хворий, 47 р., 4 роки лікується з приводу алкогольного цирозу печінки. Після вживання алкоголю стан різко погіршився: розвинулась жовтяниця, нудота, блювання, свідомість затьмарена. Рс – 62 за 1 хв., АТ 90/60 мм рт.ст. Діяльність серця ритмічна, живіт здутий, печінка +2 см. Загальний білірубін 180 ммоль/л, АЛТ – 2,8, АСТ – 3,0. Для інфузійної терапії необхідно використати:

А. 5% розчин глюкози, орніцитіл.

В. Фізрозчин, орніцитіл.

С.Реополіглюкін.

Д. Поліглюкін.

Е. Відмиті еритроцити.

10. Хворий С., 53 років, доставлений машиною швидкої допомоги. Хворий загальмований, апатичний, мова повільна, сплутана. Присутній запах алкоголю. Шкірні покриви і слизові оболонки – жовтушні. Тахікардія. Печінка м’яка, виступає на 1 см з-під краю реберної дуги. В крові – лейкоцитоз, підвищення рівня амінотрансфераз, гіпербілірубінемія, зниження рівня лужної фосфатази, протромбіну. Цукор крові – 6,8 ммоль/л. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

А. Гостра печінкова недостатність

В. Гіперглікемічна кома

С. Гіпоглікемічна кома

Д. Алкогольний делірій

Е. Ниркованедостатність

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

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 рефлекси 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 холедохолітіазу. 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?

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

– <https://www.therapy.odmu.edu.ua>

– <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України

– <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 38. Ведення хворого з гострою нирковою недостатністю

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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення синдрому ГПН.
2. Які основні етіологічні фактори розвитку ГПН ?
3. Які форми ГПН виділяють в залежності від причинних факторів?
4. Охарактеризуйте клінічні прояви ГПН.
5. Чим відрізняється функціональна та органічна форми ГПН?
6. Наведіть сучасну класифікацію ГПН (RIFLE)?
7. Які ускладнення можуть розвинути у хворих на ГПН?
8. Перелікуйте зміни лабораторних показників, яку притаманні ГПН.
9. Яка діагностична програма має бути проведена у хворого на ГПН?
10. Назвіть основні принципи лікування ГПН.
11. Які показання до проведення ниркової замісної терапії?
12. Що є критеріями ефективності лікування?

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. До реанімаційного відділення доставлено хворого 37 років. Загальний стан хворого дуже важкий. Сопор. Шкіра сіра, волога. Тургор знижений. Пульс прискорений, інтенсивний. АТ - 160/110 мм рт.ст., тонус м'язів підвищений. Гіперрефлексія. У повітрі відчувається запах аміаку. Який передбачуваний діагноз?
А. Уремична кома
В. Алкогольна кома
С. Гіперглікемічна кома
D. Гіпоглікемічна кома
Е. Церебральна кома
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?
А. Випадіння регуляторного впливу кори
В. Розвиток ацидозу
С. Падіння артеріального тиску
D. 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 заходи 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. Тяжкий загальний стан хворого.
- С. Креатинін: -33 ммоль/л.
- Д. Мочевина- 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. Полакідурія.

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 .
- Д. Зниження добового діурезу до 500 мл.
- Е. 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:

- А. Токсичного гепатиту.
- В. ГНН.
- С. Анафілактичного шоку .
- Д. ХНН.
- Е. Ураження ретикулоендотеліальної системи.

10. У хворій Р., 62 р., на 4 день після операції з приводу резекції шлунка 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 хворій?

- А. Гостра ниркова недостатність.

- В. Хронічна ниркова недостатність.
- С. Тромбоз ворітної вени.
- Д. Ішемічний інсульт.
- Е. Синдром Бадда-Кіарі.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. 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?

2. 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 іншогрупової 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?

3. У хворої 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 хворої?

2. Що є абсолютним показанням до термінового гемодіалізу?

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 39. Ведення хворого з гострим абдомінальним болем. Ведення хворого з шлунково-кишковою кровотеч

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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

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?
12. Які основні групи причин розвитку ШКК вам відомі?

- 13 . Які захворювання найчастіше призводять до виникнення ШКК?
- 14 . Охарактеризуйте клінічні прояви ШКК залежно від рівню її виникнення.
- 15 . Назвіть основні клінічні синдроми ЗДА.
- 16 . Які ступені важкості геморагічного шоку ви знаєте?
- 17 . Перелікуйте основні принципи діагностики ШКК.
18. Які основні принципи лікування ШКК?
19. Охарактеризуйте основні методи зупинки кровотечі

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Юнак 18 років потрапив до приймального відділення із скаргами на приступи болю у правій половині черева з ірадіацією до мошонки, нудоту, блювання. Захворів гостро вперше. Пальпаторно виявляється напруження м'язів правої половини черева. Симптом Щіткіна сумнівний. Симптом Пастернацького слабо позитивний з правого боку. Температура 37,7оС. Кількість лейкоцитів 8,0х10⁹/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.
- E. 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 рт ст, 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, вдихлення ЕОС вліво, підйом сегменту ST у II, III, та aVF. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

- A. Виразкова хвороба шлунка.
- B. Діафрагмальна грижа.
- C. Гострий холецистит.
- D. Гострий коронарний синдром.
- E. 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 цианоз, 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:

- A. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- B. Діафрагмальна грижа.
- C. Інфаркт міокарду.
- D. Ексудативний плеврит.
- E. 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 ?

- A. Кардіогенний шок.
- B. Діафрагмальна грижа.
- C. Анафілактичний шок, абдомінальна форма.
- D. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- E. Спонтанний пневмоторакс.

5. Чоловік 44 р, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки, раптово відчув «кінджальний» біль у епігастральній області, який ірадіює у праве підребер'є та спину. Хворий лежить на правому боці, живіт утягнений, «дошкоподібний», 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, рвотою, почуттям гіркоти у роті. При огляді – загальний стан середньої важкості. АТ 140/90 мм рт ст, 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:

- А. Гострий панкреатит.
- В. Жовчна колька.
- С. Гострий апендицит.
- Д. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- Е. Гострий панкреатит.

7. Хвора 62 р., звернулася до лікарні зі скаргами на інтенсивні болі в правій половині животу. , які підсилюються 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 рт ст, ЧСС – 110/хв. Під лопаткою справа тупий пекучий звук, аускультативно – крепітація. При пальпації – зони болісності справа в проекції жовчного міхура. Печінка по краю реберної дуги. Який метод дослідження найдоцільніший у даному випадку ?

- А. УЗД органів черевної порожнини.
- В. Ретроградна холецистографія.
- С. Обзорна рентгенографія ОГК.
- Д. ЕФГДС.
- Е. Діагностична лапароскопія.

8. Чоловік 44 р., після зловживання алкоголем відчув різкий оперезуючий біль у верхній ділянці живота, який супроводжувався багаторазовим блюванням без полегшення. Стан хворого важкий, шкіряні покрови бліді, покриті холодним потом, АТ 90/60 мм рт ст, ЧСС – 110/хв. Живіт здутий, болісність при пальпації. Який показник є вирішальним для постановки діагнозу у даному випадку?

- А. Нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво.
- В. Підвищення рівню глюкози крові.
- С. Гіперамілаземія .
- Д. Гіперазотемія .
- Е. 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-ліктвовому положенні, багаторазове блювання. При огляді: стан пацієнта важкий, він блідий, вкрит холодним потом, ЧД 25/хв, АТ 80/40 мм рт ст, ЧСС – 120/хв. Відмічається поширена болючість живота при пальпації, при аускультативі живота відсутня перистальтика. Ваш попередній діагноз:

- А. Гострий панкреатит.
- В. Тромбоз мезентеріальних судин.
- С. Печінкова колька.
- Д. Гострий інфаркт міокарду .
- Е. Гострий апендицит.

10. Хворий 44 р., отримував лікування НПЗП з приводу реактивного артрити. Раптово відчув

різкий біль у верхній половині живота, нудоту. При огляді: язик сухий, обкладений білим налітом. 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. Обзорна рентгенографія ОГК.
- Д. ЕФГДС.
- Е. Діагностична лапароскопія.

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. У хворої з гіпертонічною хворобою раптово з'явився різкий біль в за грудиною, з ірадіацією 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, систолодіастолічний 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; рентгенологічно – 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. У хворого М., 47 років, що переніс 2 роки тому вірусний гепатит В, спостерігається постійний диспепсичний синдром, схуднення. Раптово після їжі та незначного фізичного навантаження з'явилася блювота темною кров'ю. Об'єктивно: шкіра бліда, волога, іктеричність склер, АТ 80/50 мм рт ст. Пульс 102 удари на хвилину, асцит, гепатоспленомегалія.

- 1. Яка найбільш вірогідна причина кровотечі?
- 2. Який алгоритм невідкладної допомоги у даному клінічному випадку?

5. У хворого П., 23 років, який протягом півроку відзначав біль в епігастрії, що з'являвся вночі, відрижку кислим, раптово на вулиці почалася блювота "кавовою гущею" та виникло запаморочення. Машиною швидкої допомоги був доставлений до лікарні.

- 1. Який попередній діагноз?
- 2. Який алгоритм невідкладної допомоги у даному клінічному випадку?

6. У хворої Н., 48 років через 5 місяців після психоемоційного стресу з'явився біль в гіпогастрії, схуднення, нудота, проноси до 14-16 разів на добу з домішками крові та гною в калі. Об'єктивно при пальпації живота визначається спазмований болючий кишечник.

- 1. Які дослідження потрібно провести першочергово для встановлення діагнозу?
- 2. Який алгоритм невідкладної допомоги у даному клінічному випадку?

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 40. Невідкладні стани у клініці військової терапії

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 пригострих отруєннь; 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. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

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 ураженнях.
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. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. В основу медичного сортування поранених, уражених і хворих береться:

- А) встановлення діагнозу захворювання (ураження) і його прогнозу
- Б) стан пораненого (хворого) і потреба в евакуації на наступні етапи
- В) тяжкість поранення (захворювання)
- Г) терміновість надання медичної допомоги
- Д) терміновість проведення лікувальних та евакуаційних заходів

2. Захворюваннями, що найбільш утрудняють проведення рятувальних робіт у зоні надзвичайних ситуацій є:

- А) простудні захворювання
- Б) особливо небезпечні інфекції
- В) серцево-судинні захворювання
- Г) Заболевання легких
- Д) захворювання шкіри та підшкірної клітковини

3. При вкрай важкому ступені гострої променевої хвороби в перші три доби призначають:

- А) протиблювотні;
- Б) заспокійливі;
- В) засоби для боротьби з колапсом і гіпотонією;
- Г) радіопротектори.
- Д) патогенетична і симптоматична терапія

4. У сучасній системі лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалого населення передбачено розгортання:

- А) двох етапів медичної евакуації
- Б) чотирьох етапів медичної евакуації
- В) одного етапу медичної евакуації
- Г) трьох етапів медичної евакуації
- Д) Усі відповіді правильні

5. На госпітальному етапі медичної евакуації передбачається надання:

- А) долікарської і першої лікарської медичної допомоги
- Б). кваліфікованої та спеціалізованої медичної допомоги
- В) першої лікарської та кваліфікованої медичної допомоги
- Г) долікарської та кваліфікованої медичної допомоги
- Д) Усі відповіді правильні

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. Вкажіть подальше евакуаційне призначення ураженого з гострою променевою хворобою ІІІ (важкого) ступеню, після купірування проявів первинної реакції в МПП:

- А) підлягає евакуації на етап кваліфікованої мед. допомоги, сан. транспортом в положенні сидячи в І черга.
- Б) підлягає евакуації на етап спеціалізованої мед. допомоги, сан. транспортом в положенні лежачи в І черга.
- В) підлягає евакуації на етап кваліфікован. мед. допомоги, загальним транспортом в положенні сидячи під І черга
- Г) підлягає евакуації на етап кваліфік. медичної допомоги загальним транспортом в положенні сидячи в ІІ черга.
- Д) підлягає подальшому лікуванню в МПП

2. Пари хлору та аміаку викликають:

- А) збудження і ейфорію
- Б) подразнення верхніх дихальних шляхів
- В) слезотеча
- Г) ларингоспазм
- Д) токсичний набряк легенів

3. Медичне сортування починається:

- А) на місці аварії чи катастрофи
- Б) У закладі надання спеціалізованої медичної допомоги
- В) Підчас транспортування уражених до медичного закладу
- Г) У місці первинного збору постраждалих
- Д) У медичних закладах загального профілю

4. Антидотом при отруєнні фосфорорганічними сполуками є:

- А) сірчанокисла магнєзія
- Б) атропін
- В) розерін
- Г) тіосульфат натрію
- Д) унітіол

5. Оптимальним терміном надання першої лікарської допомоги ураженим є:

- А) можливість надавати в будь-які терміни;
- Б) перші 3 години;
- В) перші 6 годин;

- Г) перші 9 годин
Д) перші 12 годин;

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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування

Тема 41. Особливості ведення важко хворих, інкурабельних пацієнтів. Методика оцінки стану пацієнта. Планування лікування та догляду

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-поліклінічне ланка в структурі хоспісної допомоги.

План

1. Теоретичні питання:

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.).

2. Питання для самоконтролю

1. Створення хоспісної допомоги в історичному аспекті
2. Визначення хоспісу, як лікувального закладу
3. Структура хоспісу
4. Принципи надання медичної допомоги в умовах хоспісу. Статут хоспісу
5. Особливі вимоги до персоналу хоспісу
6. Види застосовуваного знеболювання в хоспісній допомозі
7. Поняття «треступеневої системи знеболювання»
8. Особливості етико-деонтологічних відносин лікаря і пацієнта в практиці хоспісу
9. Хоспісна допомога в педіатрії
10. Амбулаторно-поліклінічне ланка в структурі хоспісної допомоги

3. Завдання для самостійного опрацювання матеріалу:

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Методи лікування онкологічних хворих:

- А. Радикальне, паліативне та симптоматичне
- Б. Хірургічне медикаментозне
- В. Хіміотерапія, променева терапія
- Г. Курсове, довічне
- Д. Радикальне і протирецидивне

2. Найчастішою злоякісною пухлиною у чоловіків в нашій країні є:

- А. Рак легенів
- Б. Рак шлунка
- В. Рак передміхурової залози
- Г. Рак прямої кишки
- Д. Рак підшлункової залози

3. Теоретичними основами лікарської етики і медичної деонтології є:

- А. Принципи лікарської етики і деонтології
- Б. Вчення про становище лікаря в суспільстві
- В. Концепція про хвороби і здоров'я
- Г. Основи медичної психології
- Д. Вище перераховане

4. Злоякісні новоутворення серед причин смерті населення займають:

- А. 1-е місце
- Б. 2-е місце
- В. 7-8-е місце
- Г. 10-е місце
- Д. 15-е місце

5. У індустріальних країнах головною причиною збільшення смертності від злоякісних новоутворень є:

- А. Старіння населення
- Б. Різке погіршення екологічної обстановки

В.Збільшення впливу професійних шкідливостей

Г.Нет правильної відповіді

Д. Шкідливі звички

Практичні роботи / індивідуальні завдання:

1. У лівій молочній залозі пальпується безболісне пухлиноподібне утворення 23 см, позитивний симптом "майданчика", сосок деформований, ареола набрякла, виділень з соска немає. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Найбільш вірогідний діагноз:

2. При лімфостазі верхньої кінцівки після комбінованого лікування з приводу раку молочної залози можливе проведення наступного лікування:

3. Для профілактики якого стану застосовується «ротація опіоїда»?

4. Який показник відображає Візуальна аналогова шкала (ВАШ) від 1 до 10?

5. Якому препарату ви б віддали перевагу при болю слабкої інтенсивності (на перші щаблі фармакотерапії болю)?

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. Трагування 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 література:

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

Електронні інформаційні ресурси

- <https://www.therapy.odmu.edu.ua>
- <https://www.dec.gov.ua/> - Державний експертний центр МОЗ України
- <https://guidelines.moz.gov.ua/> - Міжнародні протоколи лікування