

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ



ПРАКТИКУМ

(робочий зошит)

Ведення хворих з основними симптомами та синдромами в гастроентерологічній клініці

для студентів медичного факультету

за спеціальністю: 712010001 “Лікувальна справа”

Студента (ки) 6 курсу, ___ гр.

(фамілія)

(ім'я)

(по батькові)

ОДЕСА -2017

Практикум (робочий зошит) для практичних занять за розділом **«Ведення хворих із основними симптомами та синдромами в гастроентерологічній клініці»** для студентів **6** курсу медичного факультету підготовлений викладацьким складом кафедри реабілітаційної медицини Одеського національного медичного університету, згідно Робочий програми навчальної дисципліни **«Внутрішня медицина»** за спеціальністю: 712010001 «Лікувальна справа».

Авторський колектив:

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Шмакова І.П.

Доценти: к.мед.н. Прокопчук Ю.В., к.мед.н. Шаповалова А.А.

Асистенти: к.мед.н. Михайленко В.Л., к.мед.н. Заболотна І.Б.,
к.мед.н. Михайленко В.Є., к.мед.н. Волянська В.С.,
Серафімова Е.В., Лисенко Т.В.

Автори виходили із сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, вмінь та практичних навичок в умовах рейтингової системи оцінки знань.

Рішення ситуаційних завдань, задач та тестів пропонується планом практичних занять та СРС за розділом **«Ведення хворих із основними симптомами та синдромами в гастроентерологічній клініці»** .

Практикум для практичних занять та СРС за розділом
«Ведення хворих з основними симптомами та синдромами
в гастроентерологічній клініці» ухвалено на засіданні
предметно-циклової методичної комісії (ПЦМК)
з терапевтичних дисциплін ОНМедУ
від _____ протокол № _____

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ТА СРС

для студентів 6 курсу медичного факультету

Протокол № 1**ТЕМА: Ведення пацієнта з шлунковою диспепсією.**

Актуальність теми: Скарги на диспептичні явища належать до числа найбільш поширених у пацієнтів гастроентерологічного профілю. У економічно розвинених країнах поширеність синдрому диспепсії в популяції коливається від 25-28% в Данії, Швеції, США та Норвегії, до 34-42% в Австралії та Великобританії. Наявність диспепсичних симптомів істотно знижує якість життя хворих. Проте, до лікаря звертаються лише 20-25% хворих. Скарги на явища диспепсії є причиною 4-5% усіх звернень до лікарів загальної практики. При цьому, згідно результатів досліджень, лише 33-40% випадків диспепсії припадає на захворювання, що належать до групи органічної диспепсії, а 60-67% - на долю функціональної диспепсії (ФД). У жінок функціональна диспепсія зустрічається в 1,5 рази частіше, ніж у чоловіків. Найбільш поширена ФД у віці 20-40 років.

2. Цілі заняття: ознайомити студентів з методами клінічної діагностики шлункової диспепсії різної етіології та хронічний гастритів, особливостям їх перебігу та проявам перебігу ускладнень, вивчити основні та додаткові методи дослідження, питання диференціальної діагностики функціональної диспепсії та хронічного гастриту, принципи лікування з правильним підбором лікарських препаратів для конкретного хворого, профілактиці захворювання, питанням медико-соціальної експертизи.

3. Дайте відповідь на питання:

1. Перелічіть основні симптоми синдрому шлункової диспепсії.
2. Охарактеризуйте особливості синдрому шлункової диспепсії при хронічному гастриті, виразковій хворобі, раку шлунка й функціональних захворюваннях шлунка.
3. Перелічіть основні види й варіанти синдрому шлункової диспепсії.
4. Перелічіть 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. Перелічіть патогенетичні механізми виразкоутворення.
8. Приведіть протокол курації хворого пептичної виразкою.
9. Що таке терапія першої та другої лінії при ерадикації *H. pylori*.
10. Перелічіть види підтримуючої протирефлюксної терапії.

5. Який препарат обов'язково призначається при терапії хронічного неатрофічного гастриту:
- А. Вікалін
 - В. Де-нол
 - С. Альмагель
 - Д. Пантопразол
 - Е. Гастроцепін
6. Яка терапія обов'язкова при хронічному атрофічному гастриті:
- А. Антациди
 - В. Антибіотики
 - С. Замісна терапія
 - Д. Спазмолітики
 - Е. Прокінетики
7. Який з перелічених чинників не відноситься до головних у виникненні виразкової хвороби ДПК:
- А. Гіперсекреція соляної кислоти;
 - В. Дуоденіт;
 - С. Захворювання жовчовивідних шляхів;
 - Д. Інфекція *H. pylori*;
 - Е. Тютюнопаління.
8. Яке з досліджень найбільше інформативно при хронічному атрофічному гастриті:
- А. Рентгенографія шлунка;
 - В. Визначення наявності *Helicobacter pylori*;
 - С. Загальний аналіз калу;
 - Д. Морфологічне дослідження СОШ;
 - Е. Дослідження калу на приховану кров.
9. Для визначення кислотоутворюючих функцій шлунка використовується стимулятор:
- А. Гістамін;
 - В. Сірчаноокисла магnezія;
 - С. Метиленовий синій;
 - Д. Адреналін;
 - Е. Еуфілін.
10. Які показники інтрагастральної рН- метрії свідчать про нормоацидності:
- А. рН 0,6-1,5;
 - В. рН 1,6-2,2;
 - С. рН 2,3 -5;
 - Д. рН 5,1-6;
 - Е. рН 6,1-6,3

Рішення задач:

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

1. Ваш діагноз? _____
2. Можливі ускладнення? _____
3. Яке дообстеження потребує хворий? _____
4. Тактика лікаря стосовно лікування даного хворого? _____

Задача 2. Чоловік 46 років, що страждає хронічним бронхітом із частими загостреннями, скаржиться на пекучі болі за грудиною різної інтенсивності й тривалості, що підсилюються в спокої й при нахилах. Про яке захворювання слід думати в першу чергу?
Питання:

1. Чим викликане різке погіршення в стані хворого? _____
 2. Які дослідження необхідно терміново провести хворому? _____
 3. Чи вважаєте Ви необхідним госпіталізувати пацієнта? _____
 4. Подальша тактика ведення хворого? _____
-

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

1. Яке додаткове дослідження допоможе уточнити діагноз? _____
 2. Яка буде тактика лікування? _____
-
3. Які додатково дослідження необхідно провести? _____
 4. Диспансеризація пацієнта. _____

Задача 4. Хворий С., 35 років, скаржиться на давнячий біль в епігастрії через 1 годину після їжі, печію, кислу відрижку. Хворіє протягом 2 років. При пальпації живота відміченна незначна болючість в пілородуоденальній області. При фіброгастродуоденоскопії виявлений антральний гастрит. Яке дослідження необхідно провести для уточнення природи захворювання?

- А Виявлення хелікобактерної інфекції в слизовій шлунка.
- В Виявлення аутоантитіл до паріетальних клітин.
- С Дослідження рівня гастрину крові.
- Д Дослідження шлункової секреції.
- Е Дослідження моторної функції шлунка.

Задача 5. Хворий С., 55 років страждає виразковою хворобою шлунка протягом 10 років. За останні 6 місяців схуд на 15 кг, посилилась слабкість, з'явилась анорексія, відказ від м'яса, блювота, відчуття порушення прохідності їжі. Яке найбільш вірогідне ускладнення розвилось у хворого?

- А Малігнізація.
- В Стеноз привратника.

С Перфорація.

Д Пенетрація.

Е Кровотеча.

Задача 6. Хворий скаржиться на важкість та розпирання в епігастрії після їжі, відрижку повітрям, схильність до проносів. В аналізі шлункового вмісту вільна соляна кислота відсутня у всіх порціях. ФГДС: вогнищеве виснаження слизової оболонки, колір блідий, багато слизу. Який діагноз найбільш вірогідний у даного хворого?

А Хронічний атрофічний гастрит

В Хронічний неатрофічний гастрит.

С Виразкова хвороба шлунка.

Д Функціональна диспепсія.

Задача 7. Хворий 46 років, надійшов до хірургічного відділення зі скаргами на біль в епігастрії відразу після їжі. При рентгенологічному обстеженні підвищена кількість шлункового вмісту, середня третина тіла по малій кривизні - "ніша" розміром 0,4x0,6 см, оточена запальним валиком, біль при пальпації черевної стінки в проекції "ніши". Складки слизової потовщенні, звивисті. Перистальтика пришвидшена, евакуація вмісту шлунку не змінена. Який найбільш імовірний діагноз?

А Виразкова хвороба шлунка.

В Рак тіла шлунка.

С Дивертикул шлунка.

Д Хронічний ерозивний гастрит.

Е Компенсований стеноз привратника.

Задача 8. Хворий 56 років, скаржиться на дискомфорт в епігастрії після їжі, відрижку, поганий апетит, невелике схуднення, зтомлювальність. Курить, алкоголем не зловживає. Об-но: блідість слизових. АТ - 110/70 мм.рт.ст. Язик "лакований". Живіт м'який, чутливий в епігастрії. Аналіз крові: Ер- 3,7 Т/л, Нв-110 г/л, ЦП - 1,1; макроцитоз, Л-5,5 Г/л, ШОЕ - 13 мм/год. При ФГДС та морфологічному дослідженні - атрофія слизової фундального відділу. Який патогенез даного захворювання?

А Утворення антитіл до парієтальних клітин.

В Персистенція *H. pylori*.

С Дія аліментарно фактора.

Д Дія хімічного фактора.

Е Гастропатична дія.

Самостійна робота студента (СРС):

1. Заповніть вільні ланки у таблиці:

Класифікація причин диспепсії	
Органічна диспепсія (33-40 % всіх випадків диспепсії)	Функціональна (невиразкова) диспепсія (60-67% всіх випадків диспепсії)
- Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба; -.....; -.....; -.....; -..... ; -.....; -.....	- Наявність синдрому диспепсії за виключенням його органічних причин; -

2. Заповніть таблицю:

Діагностичні критерії функціональних захворювань шлунково-кишкового тракту (Римські критерії III, 2006 р.)

№ з/п	Форми захворювань	Основні симптоми
1	Постпрандіальний дістрес-синдром	
2	Синдром епігастрального болю	

3. Складіть план діагностичного обстеження пацієнта з функціональною шлунковою диспепсією:

1. Фізикальні методи. Анамнез: _____

2. Лабораторні методи:

- обов'язкові:

- додаткові: _____

- **Інструментальні методи:**

- обов'язкові: _____

- додаткові: _____

4. Назвіть екзогенні та ендогенні чинники розвитку хронічного гастриту:

Етіологія хронічного гастриту	
Екзогенні фактори	Ендогенні фактори
- порушення живлення; -.....; -.....; -.....;	- генетична схильність; -.....; -.....; -.....; -.....; -.....

5. Заповніть таблицю препаратами із списку:

Омепразол, ранітидін, алмагель, пантопразол, домперидон, маалокс, фамотидін, рабепрозол, вікалін, метоклопрамід, квамател, ренні , пульцет, мотилі ум.

Антисекреторні препарати	H₂ - гістаміноблокатори	Антациди	Прокінетики

6. Розпишіть схеми антихелікобактерної терапії першої та другої лінії :

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Протокол № 2**ТЕМА: Ведення хворого з хронічним діарейним синдромом**

1. Актуальність теми: Захворювання кишечника - досить неоднорідна велика група захворювань травної системи. Вони можуть бути умовно розділені на 4 підгрупи: 1) функціональні розлади кишечника; 2) запальні (ентерит, коліт, хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт); 3) пухлинні (карциноид, рак товстого кишечника). Інші захворювання кишок нечисленні і більшості випадків відносяться до компетенції хірургів (гострий апендицит, кишкова непрохідність) чи інфекціоністів (черевний тиф, холера і т.д.). Діагноз деяких захворювань, які зустрічаються рідко (лімфома тонкого кишечника, амілоїдоз кишечника) встановлюється після поглибленого лабораторно-інструментального обстеження пацієнта, а питання подальшої лікувальної тактики визначається консилиумом.

2. Цілі заняття: ознайомити студентів з методами клінічної діагностики хронічного діарейного синдрому різної етіології, особливостям її перебігу та проявам перебігу ускладнень, вивчити основні та додаткові методи дослідження, принципи лікування з правильним підбором лікарських препаратів для конкретного хворого, профілактиці захворювання, питанням медико-соціальної експертизи

Вивчити етіологію, патогенез та сучасне уявлення про хронічний діарейний синдром. Клінічні особливості перебігу синдрому та можливих ускладнень. Показання до госпіталізації. Загальні принципи та особливості лікування хронічного діарейного синдрому та можливих ускладнень. Медико-соціальна експертиза. Клінічна фармакологія препаратів.

Оволодіти навичками: проведення обстеження хворого з хронічним діарейним синдромом. З урахуванням потреб диференційної діагностики скласти план обстеження хворого й оцінити результати додаткових методів дослідження. Провести диференційний діагноз по хронічному діарейному синдромі. Обґрунтувати й сформулювати клінічний діагноз. Призначити індивідуальне лікування хворому та виписати рецепти на призначені лікарські препарати.

3. Дайте відповідь на питання:

1. Дайте визначення діареї.
2. Які типи діареї за механізмом виникнення Ви знаєте?
3. Опишіть основний механізм осмотичної діареї.
4. Які захворювання приводять до розвитку осмотичної діареї.
5. Назвіть основні механізми секреторної діареї.
6. Перерахуйте захворювання при яких діарея носить секреторний характер.
7. Назвіть основні механізми розвитку діареї при мальабсорбції.
8. Дайте визначення поняттям: стеаторея, креаторея і амілорея. Які тести лежать в основі виявлення?
9. Що включає копро логічне дослідження?
10. Методи первинної і вторинної профілактики захворювань, що супроводжуються

діарейним синдромом.

4. Тести до теми

1. Який симптом не характерний для неспецифічного виразкового коліту?

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

2. Виберіть відповідь, характерну для карциноїдного синдрому.

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

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

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

4. Лікування «Географічного язика» припускає:

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

5. Який з перелічених препаратів може викликати діарею?

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

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

- А. Дефіцит лактози.
- В. Неспецифічний виразковий коліт.
- С. Холера.
- Д. Хвороба Крона.
- Е. Гепатит А.

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

- А. Панкреатоземін.
- В. Секретин.
- С. Серотонін.
- Д. Гастрін.
- Е. Трипсін.

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

- А. Висока концентрація жирів в їжі.
- В. Зловживання алкоголем.
- С. Надлишкове вживання кави.
- Д. Куріння.
- Е. Зловживання сіллю.

9. 60-літній чоловік, раніше здоровий, звернувся за медичною допомогою з рясною ректальною кровотечею. Яке захворювання найімовірніше?

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

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

- A. Здуття живота.
- B. Дискомфорт в животі.
- C. Зміни частоти випорожнення.
- D. Діарея з домішкою крові.
- E. Відчуття неповного спорожнення кишечника.

5. Рішення задач:

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

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

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

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

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

нормі, дослідження на наявність простих, паразитів дало негативний результат. Колоноскопія в нормі. Питання:

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

Задача 4. Хвора 22 р. скаржиться на біль в животі, дефекацію до 20 разів в день з домішками крові, тенезми. Об-но: схуднення, болісність по ходу товстої кишки, помірну гепато - та спленомегалію. Нв - 98 г/л, ШОЕ - 24 мм/год, АлТ - 1,8 мкмоль/л, в калі – ер., слиз в великій кількості. Який діагноз найбільш вірогідним?

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

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

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

Задача 6. Хвора 42 років скаржиться на різку слабкість, значне схуднення, посилене випадіння волосся, кровоточивість ясен, порушення менструального циклу, біль в кістках та м'язах, рідкий стілець (5-10 раз на добу), здуття живота. Хворіє з дитинства. Об-но: язик вологий сосочки сглаженні, живіт помірно здутий, більше біля пупка. Дані копрограми: виявлено багато жирних кислот, сполучнотканинні волокна, клітковина. Діагноз:

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

Задача 7 У хворого, 45 років, діарея 6 – 8 разів на добу з виділенням несформованих фекалій з домішками слизу, крові та гною, температура тіла 37,6°C, біль при пальпації товстого кишечника та утворення зовнішніх та внутрішніх свищів. Виставлений діагноз: хвороба Крона. Чим відрізняється неспецифічний виразковий коліт від даної хвороби?

А Біль при пальпації.

В Діарея.

С Свищі.

Д Кров в калі.

Е Лихоманка.

Задача 8 Хворий 55-ти років, скаржиться на здуття та урчання в животі, підвищене відходження газів, рідкий стілець пінистого характеру з кислим запахом, які з'являються після вживання молока. Як називається даний симптомокомплекс?

А Синдром бродильної диспепсії.

В Синдром гнилої диспепсії.

С Синдром жирової диспепсії.

Д Синдром дискинезії.

Е Синдром мальабсорбції.

Самостійна робота студента (СРС):

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Протокол № 3

ТЕМА: Ведення пацієнта з гепатомегалією та гепатолієнальним синдромом

1.Актуальність теми: По своїй медичній значності та величині соціально-економічної шкоди захворювання печінки займають ведуче місце у структурі захворювань внутрішніх органів України та інших органів країн СНД. Економічна шкода, зумовлена тільки захворюваністю вірусними гепатитами, складає в цих країнах біля мільярдну доларів у рік. Збільшення печінки і нерідко разом з нею селезінки – практично постійні симптоми поразки печінки та других органів. Інколи збільшення печінки і селезінки буває єдиним проявом захворювання і потребує диференціального діагнозу. Спектр хронічних захворювань печінки дуже широкий: від хронічного гепатиту до цирозу печінки і гепатоцелюлярної карциноми. В останні роки гепатомегалія часто виявляється при профілактичних оглядах з застосуванням ультразвукового обстеження органів черевної порожнини. Своєчасне виявлення, діагностика форм дозволяє провести адекватне лікування, яке продовжує життя пацієнта.

2. Цілі заняття: Знати суть поняття гепатомегалії та гепатолієнального синдрому. Ознайомитися з групами захворювань, що є основними етіологічними факторами гепатомегалії і ГЛС. Знати обов'язкові обстеження вже на першому етапі обстеження хворого. Вивчити диференціально-діагностичні критерії різних захворювань, що перебігають з гепатомегалією та ГЛС. Розібрати можливості лікування таких пацієнтів.

3. Дайте відповідь на питання:

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

4. Рішення ситуаційних задач:

Задача 1. Жінка 24 років, скаржиться на інтенсивну сверблячку шкіри, особливо ввечері, тупий біль у правому підребер'ї. Занедужала 2 роки тому після пологів. Об'єктивно: жовтяниця, ксантелазми на віках. Печінка на 6 см виступає з-під краю правої реберної дуги, щільна, край рівний, безболісний. Селезінка виступає на 3 см. Реакція на поверхневий антиген вірусу гепатиту В негативна. Показники обміну заліза в нормі. Яка форма ураження печінки найбільш імовірна у хворої?

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

Задача 2. Жінка 46 років, скаржиться на тупий біль у правому підребер'ї, слабкість, швидко стомлюваність, сверблячку шкіри, періодичний озноб протягом 3 років. Біль іноді буває нападopodobний, супроводжується підвищенням температури тіла, посиленням сверблячки. Об'єктивно: іктеричність склер, температура тіла 37,5 °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?

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

Задача 3. У пацієнта 56 років виявлена помірна іктеричність шкіри й склер, збільшення розмірів печінки й селезінки. Три роки тому лікувався із приводу гепатиту В.

При обстеженні виявлене: HBsAg, HBeAg (+). Висока концентрація ДНК HBV. Який з перерахованих засобів являється препаратом першого ряду в терапії захворювання?

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

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

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

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

- A. Порушення клітинного імунітету.
- B. Маркери вірусних гепатитів.
- C. Пункційна біопсія печінки.
- D. Активність цитолізу (АСТ, АлАТ).
- E. Протеїнограма.

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

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

7. У хворої 23-х років ниючий біль у правому підребер'ї, періодично відрижка гірким, нудота, зниження апетиту. Три роки тому проводилася апендектомія. Через 2 місяці після неї вперше з'явилася жовтяниця, із приводу якої лікувалася в інфекційній лікарні. В даний час при обстеженні печінка збільшена на 2 см. У крові загальний

білірубін - 36 мкмоль/л. прями́й білірубін - 14,9 мкмоль/л. АсАТ - 0,65 ммоль/год×л, АлАТ - 1,35 ммоль/год×л. Яке захворювання у хворої?

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

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

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

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

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

Задача 10. У хворої 50-ти років встановлено первинний біліарний цироз печінки. Загальний білірубін - 160 мкмоль/л, прями́й - 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:

- A. Урсодезоксихолеву кислоту.
- B. Липоеву кислоту.
- C. Рифампіцин.
- D. Есенціале-Н.
- E. Карсил.

Задачі для самоконтролю.

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

1) Чим обумовлені зазначені зміни? _____

2) Визначте провідний синдром й проведіть диференційну діагностику. _____

3) Призначте лікування. _____

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

1) Яке додаткове дослідження дозволить установити причину холестазу? _____

2) Призначте додаткове обстеження_____

3) Призначте лікування._____

3 .Хворий П. 27 років скаржиться на головні болі, слабкість, зниження сили и тремор в кінцівках, погіршення пам'яті, порушення рівноваги, зниження апетиту, сверблячку та жовтяницю шкіри. При обстеженні виявляється кільце Кайзера-Флейшнера в рогівці ока, печінка 15×12×11 см, щільна, безболісна, розміри селезінки 14×12 см. В черевній порожнині виявляється вільна рідина. Маркери вірусних гепатитів негативні.
Питання:

1) Встановіть діагноз._____

2) Складіть план обстеження_____

3) Призначте лікування._____

Тести

1. Хворий В., 23р. Об-но: шкіряні покрови жовтушні, склери іктеричні. Пульс - 66 уд/хв. АТ 120/80 мм. рт. ст. АЛТ, АСТ, тимоловая проба - N. Загальний білірубін – 34 мкмоль/л за рахунок непрямого. Укажіть найбільш вірогідний діагноз.

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

2. У хворого 35 років після 4-х місячного лікування тубазидом з'явилися: адинамія, жовтяниця, біль в правому підребер'ї. Печінка збільшена. В крові підвищена активність ферментів АЛТ-в три рази, АСТ-в два рази. Білірубін крові-122 мкмоль/л (кон'юг.-82, некон'юг.-40). НВs-антиген не виявлений. Про яке захворювання йде мова?

- A Гострий медикаментозний гепатит.
- B Цироз печінки (біліарний).
- C Гострий вірусний гепатит.

- D Хронічний аутоімунний гепатит.
- E Калькульозний холецистит.

3. Хворий 35 років скаржиться на ніючий біль в правому підребер'ї, нудоту, зниження апетиту. Початок захворювання пов'язує з апендиктомією. Після неї через 2 місяця вперше з'явилась жовтяниця. Лікувався в інфекційному відділенні. Через рік став відмічати ніючий біль в правому підребер'ї. Підвищення рівня білірубіну. Ваш діагноз?

- A Хронічний вірусний гепатит.
- B Калькулезний холецистит.
- C Хвороба Жильбера.
- D Гострий вірусний гепатит.
- E Хронічний холангіт.

4. Хворий, 25 років, надійшов в інфекційне відділення на 3-й день захворювання зі скаргами на головний біль, біль в попереку, ікроножних м'язах, високою лихоманку, озноб. Стан середньоважкий. Склери іктеричні. Язик сухий, обкладений сухим коричневим нальотом. Живіт здутий. Печінка + 2 см. Селезінка не збільшена. Пальпация м'язів, особливо ікроножних, болісна. Сеча темна. Кал звичайного кольору. Назвіть найбільш вірогідний діагноз:

- A Лептоспироз.
- B Вірусний гепатит А.
- C Малярія.
- D Інфекційний мононуклеоз.
- E Іерсиніоз.

5. Хворий 48-ми років, безсвідомості доставлений в лікарню. В анамнезі – зловживання алкогольними напоями. Об-но: шкіра бліда, на тулубі "судинні зірочки", печінковий запах з роту, язик обкладений коричневим нальотом. Розширення підшкірних вен передньої стінки живота (caput medusae). Наявність вільної рідини в черевній порожнині. Гепатомегалія. Спленомегалія. Набряки нижніх кінцівок. Який стан виник у хворого?

- A Гостра печінкова недостатність.
- B Гіпоглікемічна кома.
- C Гіперглікемічна кома.
- D Прободіння виразки шлунка.
- E Гостра шлунково – кишкова кровотеча.

Самостійна робота студента (СРС):

1. Перелічіть групи захворювань, що протікають з гепатоспленомегалією:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

2. Для скринінгової (попередньої) оцінки природи гепатолієнального синдрому використовують наступний комплекс обов'язкових (бажаних) методів дослідження:

1) Методи загальноклінічної лабораторної діагностики :

2) Інструментальні методи

3) Гистоморфологические методи

3. Клінічна завдання №1.

Пацієнту з гепатолієнальним синдромом було виконано УЗД печінки та селезінки: Печінка підвищеної ехоцильності, неоднорідної крупнозернистої структури, з загасанням ехосигналу до діафрагми. При кольоровому доплерівському картуванні периферичний судинний малюнок значно збіднений за типом симптому «рубаного дерева». Максимальний вертикальний розмір правої частки по середньключичній лінії 16 см, лівої частки 8 см. Об'ємні утворення - немає. Жовчний міхур 4,7 см на 2,2 см, стінки злегка ущільнені, товщиною до 2мм, вміст - однорідне. Внутрішньопечінковий жовчні протоки не розширені, стінки незначно ущільнені. Внутрішньопечінковий вени нормальної ехоструктури, сума трьох вен менше 12 мм. Воротна вена звита, стінки потовщені і ущільнені, діаметр в області воріт 15 мм, при доплеровском дослідженні портального кровотоку зниження швидкості кровотоку, ознаки скидання кровотоку в селезінкову і верхнебрюшечну вени. Холедох 4 мм, стінки не змінені, в просвіті конкрементів немає. Нижня порожниста вена 17 мм, спадання на вдиху до 50%. Селезінка однорідної ехоструктури, підвищеної ехогенності, площа зрізу селезінки на рівні воріт 104 см кв., Селезінковий індекс 42 од., Діаметр селезінкової вени 10 мм.

Питання:

1) Дайте висновок по УЗД , оцінивши всі показники .

2) План додаткових досліджень

3) Які причини гепатолієнального синдрому дозволило виключити дане УЗД ?

4) Подальше ведення хворого.

4. Клінічна задача №2

Хворий Д., 62 років, музикант, скаржиться на біль і відчуття тяжкості в правому підребер'ї , нудоту , значну загальну слабкість , атрофію м'язів. Об'єктивно: астеничного статури, жовтушність шкіри і видимих слизових , контрактура Дюпюїтрена , гінекомастія, атрофія яєчок , печінка по Курлову 15 × 13 × 10 см, край щільний, селезінка 12 × 9 см, щільна.

1) Найбільш вірогідний діагноз ?

2) З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальну діагностику ?

3) Яке дослідження дає найбільш точне підтвердження діагнозу?

5. Клінічна задача №3

Хворому з гепатоспленомегалією провели аналіз крові: Гемоглобін - 114 г / л, еритроцити - 3,85 Т / л, ЦП - 0,9, Лейкоцити - 22,7 Г / л, Тромбоцити - 85 Г / л, ШОЕ - 17 мм / год, Лейкоцитарна формула: Е - 1%, П - 1%, С - 15%, Л - 80%, М - 3%, в мазку крові тіні Боткіна-Гумпрехта.

1) Яка найбільш ймовірна причина гепатоспленомегалії у даного хворого?

2) Які методи додаткового дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

3) Яке місце в лікуванні даного пацієнта будуть займати гепатопротектори?

6. Клінічна задача №4

Пацієнтці з гепатолієнальним синдромом і незначним підвищенням трансаміназ і білірубину провели дослідження крові на маркери вірусних гепатитів. Отримали наступні результати :

Anti-HAV IgM – негативний;

Anti-HBc IgG - позитивний;

Anti-HAV IgG – сумнівний;

HBV DNA – позитивний– 56800 вірусних частинок в мілілітрі

Anti-HCV IgM – отрицательный

HAV RNA – негативний;

Anti-HCV IgG – позитивний

HBsAg – позитивний;

Anti-HCV NS4 - негативний

Anti-HBs– негативний

HCV RNA - негативний

HBeAg позитивний;

Anti-HDV - негативний

Anti-HBe– негативний

Anti-HBc IgM - позитивний

Дайте інтерпретацію отриманих результатів

Подальший план обстеження

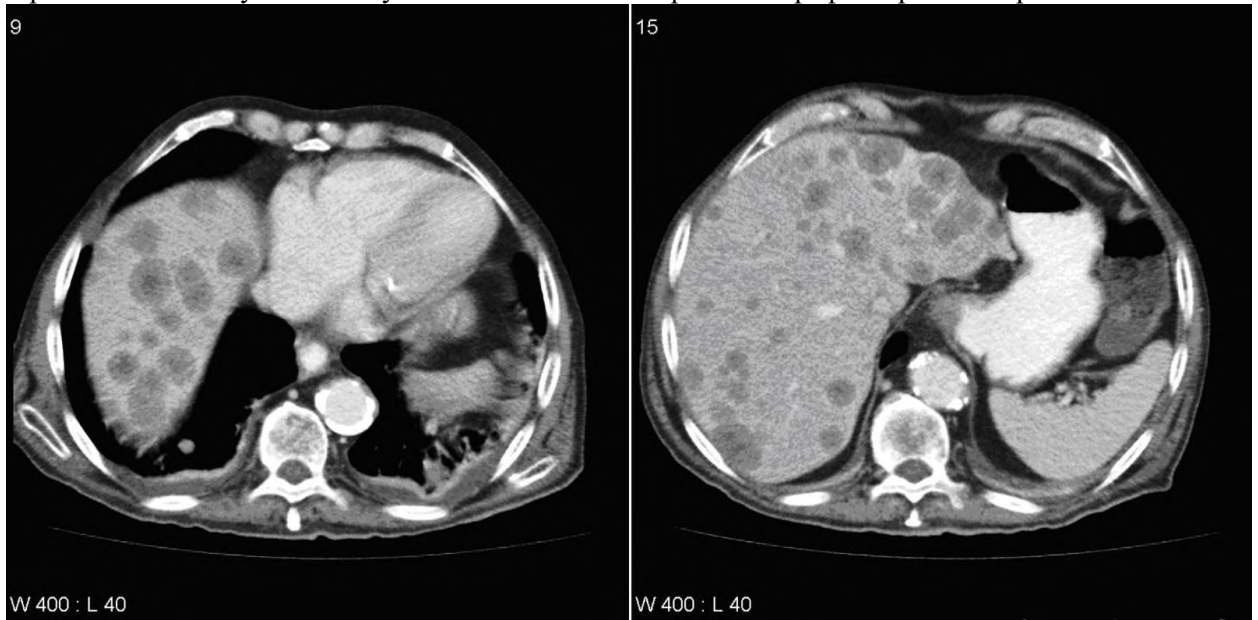
План лікування

2) Як зміняться Ваші уявлення про характер захворювання у зв'язку з анамнестичними даними - в 7-річному віці лежала в інфекційній лікарні з хворобою Боткіна, близько 10 років тому чоловік пацієнтки перехворів гонореєю і гепатитом, півтора місяця тому було переливання крові після чого самопочуття погіршилося ?

3) Складіть план лікувальних заходів.

7. Клінічна задача №5

Хворий Д., 73 років скаржиться на відсутність апетиту, періодично чорний стілець, прогресуюче зниження ваги, важкість у правому підребер'ї. При огляді: зниженого харчування, шкірні покриви і слизові злегка жовтяничним, печінку і селезінку помірно збільшені, при пальпації край печінки горбистий злегка чутливий . Була виконана комп'ютерна томографія черевної порожнини.



1) Дайте інтерпретацію отриманих КТ- сканів .

2) Якими дослідженнями можна підтвердити діагноз ?

3) Ваші уявлення про прогноз та лікуванні даного хворого .

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Протокол № 4

ТЕМА: Ведення пацієнта з жовтяницею

1.Актуальність теми: Більшість захворювань печінки починаються з жовтяниці і/або з підвищення у крові маркерів ураження печінки. Розуміння анатомії й ультраструктури біліарного тракту печінки, знання фундаментальних фізіологічних основ утворення і екскреції білірубину є основою цілісної картини механізмів і діагностики захворювань печінки, асоційованих з жовтяницею чи порушенням функції печінки.

2.Цілі заняття: - ознайомити з методами клінічної діагностики жовтяниць різної етіології, ступені важкості, особливостям її перебігу та проявам перебігу ускладнень, оцінці додаткових методів дослідження, принципам лікування з правильним підбором антибіотиків для конкретного збудника в конкретного хворого, профілактиці захворювання, питанням медико-соціальної експертизи.

- вивчити етіологію, патогенез та сучасну класифікацію жовтяниць. Клінічні особливості різних видів жовтяниць та можливих їх ускладнень. Показання до госпіталізації. Загальні принципи та особливості лікування жовтяниць та можливих ускладнень. Медико-соціальна експертиза жовтяниць та її ускладнень. Клінічна фармакологія препаратів.

Оволодіти навичками: проведення обстеження хворого з жовтяницею. З урахуванням потреб диференційної діагностики скласти план обстеження хворого й оцінити результати додаткових методів дослідження. Провести диференційний діагноз по жовтяниці. Обґрунтувати й сформулювати клінічний діагноз. Призначити індивідуальне лікування хворому та виписати рецепти на призначені лікарські препарати.

3.Дайте відповідь на питання:

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 глюкоуронілтрансферази.
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.

4. Тестові завдання:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- A. Гемолітична анемія.
- B. Хронічний лейкоз.
- C. Тромбоз селезінкових вен.
- D. Портальний цирроз печінки.
- E. Вірусний гепатит.

6. Яке захворювання не супроводжується свербінням?

- A. Лімфогранулематоз.
- B. Обструктивна жовтяниця.
- C. Первинний біліарний цирроз печінки.
- D. Отруєння ртуттю.
- E. Вірусний гепатит.

7. Який стан супроводжується знебарвленням калу?

- A. Гемолітична жовтяниця.
- B. Паренхіматозна жовтяниця.
- C. Механічна жовтяниця.
- D. Все перераховані хвороби.
- E. Аутоімунна гемолітична анемія.

8. Збільшення альфа-фетопротеїну у дорослих свідчить про:

- A. Гепатоцелюлярну карциному.
- B. Хронічний гепатит.
- C. Вірусний гепатит.
- D. Цирроз печінки.
- E. Аутоімунний гепатит.

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

- A. Велика гематома черевної порожнини.
- B. 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.

Рішення задач:

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

1) Який найбільш вірогідний попередній діагноз:

2) Методи первинної та вторинної профілактики.

3) Складіть план лікування.

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

1) Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

2) Методи первинної та вторинної профілактики.

3) Складіть план лікування

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

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

5. Тести до теми:

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

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

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

- A. Гемолітична анемія;

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

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

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

4. Хворий М., 40 років, надійшов у гастроентерологічне відділення зі скаргами на свербіння шкірних покривів, жовтяницю, важкість у правому підребер'ї, слабкість. Об'єктивно: шкірні покриви жовтяничні, сліди розчухів, печінка +5 см, селезінка 6x8 см. У крові: лужна фосфатаза - 4,0 мкмоль/(с.хл), загальний білірубін - 60 мкмоль/л, холестерин - 8,0 ммоль/л. Який провідний синдром можна виділити у хворого?

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

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

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

Самостійна робота студента (СРС):

1. Дайте класифікацію жовтяниць за основними механізмам порушення обміну білірубину

- 1)
- 2)
- 3)

4)

2 Які форми доброякісних гіпербілірубінемій Ви знаєте?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

3. Заповніть таблицю диференціальної діагностики жовтяниць :

Ознаки	Надпечінкова	Печінкова	Подпечінкова
Механізм розвитку			
Вік			
Анамнез			
Продромальний період			
Біль			
Лихоманка			
Свербіж шкіри			
Печінка			
Селезінка			
Степінь білірубінемії, фракції білірубіна			
Пігмент в калі			
Активність АлАТ			

Тимолова проба			
Лужна фосфатаза			
Холестерин			
Білірубінурія			
Дані УЗД			
Імовірні діагнози			

4. Клінічна задача №1

Хвора Ф. 55 років поступила в клініку зі скаргами на жовтяничне фарбування шкіри і склер , свербіж шкіри , відчуття тяжкості в правому підребер'ї і епігастральній області, загальну слабкість, потемніння сечі . Захворіла 3 дні тому, коли вперше раптово з'явилися сильні болі в правому підребер'ї і епігастрії, з іррадіацією в праве надпліччя . Приступ тривав близько 2 год , купувався після внутрішньовенного введення спазмолітиків . Подібний напад повторився добу тому . Відзначалися нудота, блювання, підвищення температури тіла до 38 ° С . Приступ тривав близько 8 год . Наступного дня з'явилося жовтяничне фарбування шкіри і склер, свербіж шкіри; був знебарвлений кал . Об'єктивно: шкіра і склери очей жовтушного забарвлення . Пульс 78 за хвилину задовільний. АД 140/80 мм рт. ст. Язик вологий . Живіт при пальпації м'який безболісний. Печінка і жовчний міхур не пальпуються. Симптоми Мерфі , Ортнера, Георгієвського -Мюссе , Щоткіна - Блюмберга негативні.

Лабораторні показники: загальний білірубін 149 мкмоль / л, прямий білірубін 97 мкмоль / л, непряний білірубін 52 мкмоль / л; АлАТ 415,3 од. акт. / л, АсАТ 162,2 од. акт. / л ; лужна фосфатаза 109,6 од. акт. / л.

питання:

1. Яка передбачувана причина жовтяниці ?

2. З якими захворюваннями слід проводити диференційну діагностику ?

3. Які методи додаткового дослідження допоможуть уточнити діагноз ?

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Протокол № 5

ТЕМА: «Ведення пацієнта з портальною гіпертензією. Ведення пацієнта з асцитом»

Актуальність теми. Портальна гіпертензія та асцит - головні симптоми, що свідчать про патологію печінки, що спостерігається в 90% випадків при її хронічних захворюваннях. Асцит часто зустрічається при злоякісних пухлинах та дисемінованих процесах, запальних захворюваннях, серцевій недостатності, тому необхідно диференціювати ці форми асциту від асциту при портальній гіпертензії.

2.Цілі заняття: - вивчення етіології, патогенезу, клінічних проявів, обов'язкових лабораторних та інструментальних методів діагностики захворювань з асцитом та портальною гіпертензією, а також додаткових методів дослідження (по показанням: комп'ютерна томографія, біопсія печінки) та принципів лікування.

Навчити студентів проводити обстеження хворого по стандартній схемі із акцентом на типові скарги, особливості анамнезу та клінічні прояви. На основі виявлених синдромів обґрунтувати і сформулювати попередній діагноз, скласти план обстеження хворого, оцінити результати лабораторних та інструментальних досліджень. Провести диференційний діагноз у хворих з асцитом та портальною гіпертензією, оформити лист призначень по тематичному хворому.

Навчити студентів складанню алгоритму діагностичного пошуку при асциті та портальній гіпертензії.

3. Дайте відповіді на питання:

- 1) Патогенетична класифікація захворювань, що супроводжуються асцитом.
- 2) Диференційна діагностика асциту при захворюваннях черевної порожнини, злоякісних новоутворень, серцевій й нирковій недостатності.
- 3) План обстеження хворих з асцитом. Інструментальні й лабораторні методи досліджень при асциті. Дослідження асцитичної рідини.
- 4) Тактика ведення хворих залежно від причин асциту, диференційована терапія. Стандарти лікування хворих з асцитом.
- 5) Принципи діуретичної терапії при асциті. Показання до лапароцентезу й хірургічного лікування.
- 6) Первинна й вторинна профілактика асциту. Прогноз і працездатність при асциті.
- 7) Диференціальний діагноз станів, що ведуть до портальної гіпертензії. Класифікація портальної гіпертензії.

Е. 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?

- А. Біліарний цироз печінки
- В. Псевдоцироз Піка
- С. Хронічний токсичний гепатит
- Д. Криптогенний мілкоузловий цироз печінки
- Е. Флебін печінкової вени (хвороба Бадда - Кіарі)

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

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

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

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

6. Хворий 48 років скаржиться на нудоту, почуття "переповненого 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.

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

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

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

8. Хвора 24 років, скаржиться на болі в правім підребер'ї, які підсилюються після їжі, нудоту, підвищення температури тіла до 37,7 °С, жовтяницю шкіри, болі у великих суглобах. Хворіє 8 місяців. Гепатоспленомегалія. ШОЕ - 47 мм/год, білірубін: загальний - 86,1 мкмоль/л, прямий - 42,3 мкмоль/л. У крові виявлені антитіла до гладком'язових клітин. Загальний білок - 62 г/л, альб. - 40 %, глоб. -60 %, гама-глоб. - 38 %. Маркери вірусних гепатитів не виявлені. На УЗД: діаметр портальної вени 1см. Ваш діагноз?

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

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

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

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

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

5. Задачі

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

1) Виділити провідний синдром. _____

2) Проведіть диференціальний діагноз по провідному синдрому. _____

3) Складіть план лікування. _____

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

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

2) Проведіть диференціальний діагноз по провідному синдрому. _____

3) Складіть план лікування. _____

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

1. Виділіть провідний синдром: _____

2. Складіть план лікування. _____

3. Ваші дієтичні рекомендації. _____

4. Хворий К, 54 років переніс 4 роки тому вірусний гепатит В. Останні два місяці печія, жгуча біль за грудиною. Вранці після їжі та підняття важкості з'явилась блювота свіжою темно. кров'ю. Об – но: шкірні покриви бліді, вологі, пульс 92/хв., АТ 90/60 мм рт. ст. Склери жовтушні, живіт збільшений в розмірах за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Назовите наиболее вероятную причину кровотеченія:

- A. Розрив варикозно розширених вен стравохода.
- B. Синдром Малорі-Вейса.
- C. Синдром Бадда-Кіарі.
- D. Ахалазія стравоходу.
- E. Виразкова хвороба 12-палої кишки.

2. У хворого на цироз печінки за останні два місяці, з'явилась задишка, набряки обох ніг, асцит. Хворий приймав: гепатопротектори, глюкокортикоїди. Яку комбінацію препаратів найбільш доцільно додати?

- A. Альдактон + фуросемід.
- B. Ліпокаїн + гіпотіазід.
- C. Нерабол + фуросемід.
- D. Альдактон + аскорутін.
- E. Альбумін + аскорутін.

3. Хворий, 46 років, скаржиться на блювоту свіжою кров'ю. В анамнезі алкогольний цироз печінки. Об - но: шкіра бліда, вкрита холодним потом. АТ - 80/40 мм. рт. ст. ЧСС - 120. Терапевтична тактика.

- A. Гемостатична терапія.
- B. Призначення кордіаміну.
- C. Введення серцевих глікозидів.
- D. Введення осмотичних діуретиків
- E. Введення глюкокортикоїдів

4. Хворий. (54 років) з декомпенсованим цирозом печінки під час обходу лікаря скаржиться на появу запаморочення, серцебиття, мерехтіння "мушок" перед очима, загальну слабкість. Шкіра бліда, пульс 110/хв., АТ 90/50 мм рт. ст. Яке ускладнення має місце у пацієнта?

- A. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу.
- B. Гепатоцелюлярна недостатність.
- C. Печінкова енцефалопатія.
- D. Гострий коронарний синдром.
- E. Пароксизмальна тахікардія.

Самостійна робота студента (СРС):

1. Заповніть вільні ланки у схемі:

Механізми розвитку асцити при патології печінки:

Зниження рівня альбумінів → _____ → асцит.

Обструкція печінкового венозного відтоку → формування портальної гіпертензії → _____, депонування крові в органах черевної порожнини → асцит.

Обструкція печінкового венозного відтоку → формування портальної гіпертензії → _____ → поменшення ефективного об'єму плазми → _____ → зниження активності реніну плазми → _____ → затримка натрію і води нирками → асцит.

2. Вкажіть основні причини асцити, заповнивши таблицю:

Основні причини асцити		
Часті	Нечасті	Поодинокі
Цироз печінки	Тромбоз портальної вени

3. Заповніть таблицю:

Склад асцитичної рідини при різних захворюваннях

Захворювання	Асцитична рідина			Число клітин		Інші тести
	колір	питома вага	білок, г/л	Еритроцити, > 10 000 в 1 мл	лейкоцити, в 1 мл	
Цироз печінки	Солом'яний колір чи забарвленна жовчю	< 1016 (95%-)	<25 (95%)	1%	<250 (90%) переважно мезотеліоцити	

Пухлина		>1,016 (45%)	>25 (75%)	20%	>1000 (50%); клітини типів	Цитологічне дослідження; біопсія черевини
Туберкульозний перитоніт		>1,016 (50%)	25 (50%)	7%	>1000 (70%); 70%	Біопсія черевини, забарвлення та посів на поживну середу для отримання колоній бактерій, резистентних до кислот
Гнійний перитоніт		якщо гнійна, то >1,016	>25		В основному поліморфноядерні лейкоцити	Забарвлення по Граму, бактеріологічне дослідження
Застійна серцева недостатність		<1,016 (60%)	15—53	10%	<1000 (90%)	
Нефроз		<1,016	<25 (100%)		<:250;	Якщо містить лімфу, екстракція ефіром, забарвлення судановим барвником
Панкреатичний асцит (панкреатит, псевдокистоз)		>1,016	>25		Підвищений рівень амілази в асцитичній рідині та сировотці

4. Доповніть схему лікування асциту:

1. **Базисна терапія:** діуретики з _____ (альдактон, комбінація альдактон+ фуросемід або гіпотіазид або комбінація з трьох препаратів).
2. **Абдомінальний парацентез.**
3. **Профілактика і лікування серцевої недостатності:**

4. **Хірургічне лікування:** _____

5. Доповніть таблицю:

№ з/п	Клінічні ознаки портальної гіпертензії
1	Спленомегалія
2	
3	
4	
5	Печінкові знаки
6	Гіперспленізм
7	Порушення згортання крові

1.Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Протокол № 6

ТЕМА: «Ведення хворого з гострим абдомінальним болем. Ведення хворого з шлунково-кишковою кровотечею.»

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

- **2. Цілі заняття:** вивчити 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;
 - первинну і вторинну профілактику;
 - прогноз та працездатність.
 - вміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих з гострим абдомінальним болем.
-
- виділити захворювання, перебіг яких ускладнюється гострим абдомінальним болем;
 - збирати скарги, анамнез, проводити об'єктивні дослідження;
 - виявляти в анамнезі та в об'єктивних даних ознаки, властиві абдомінальному болю;
 - скласти програму обстеження хворого з гострим абдомінальним болем;
 - інтерпретувати дані основних лабораторних та інструментальних досліджень при болі в животі;
 - провести диференціальну діагностику гострого болю в животі різної етіології;
 - поставити попередній діагноз;
 - визначити тактику лікування і профілактичні заходи щодо хворого з урахуванням перебігу захворювання, наявності супровідних хвороб та ускладнень;

- трактувати основні і побічні дії препаратів, що застосовуються для лікування гострого абдомінального болю.

3. Дайте відповідь на питання:

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?

- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Гострий холецистит.
- Д. Гострий коронарний синдром.
- Е. Спонтанний пневмоторакс.

3. Чоловік 39 р., працює вантажником, палить, в анамнезі часті ГРЗ та позагоспітальна пневмонія, після різкого підйому вантажу відчув інтенсивний біль у лівому підребер'ї. Об'єктивно: дифузний ціаноз, розширення міжреберних проміжків. При перкусії — тимпаніт зліва, там же аускультативно — різке ослаблення дихальних шумів. Межа серця зміщена вправо. Пульс 120 за 1 хв., АТ 90/60 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Найбільш вірогідний попередній діагноз:

- А.. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Інфаркт міокарду.
- Д. Ексудативний плеврит.
- Е. Спонтанний пневмоторакс.

4. Жінка 35 р., через годину після в/м ін'єкції НПЗП з приводу корінцевого синдрому, відчула різкий біль в епігастральній області, нудоту. Стан хворої раптово погіршився. Шкіряні покрови бліді, вкрити холодним потом. АТ 80/50 мм рт ст. ЧСС 120/хв. Живіт при пальпації м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні. Який із перелічених діагнозів найбільш імовірний ?

- А. Кардіогенний шок.
- В. Діафрагмальна грижа.
- С. Анафілактичний шок, абдомінальна форма.
- Д. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- Е. Спонтанний пневмоторакс.

5. Чоловік 44 р, який страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки, раптово відчув «кинджальний» біль у епігастральній області, який іррадіює у праве підребер'я та спину. Хворий лежить на правому боці, живіт утягнений, «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.

Задачі:

1. Жінка 55 р., надмірної ваги, після святкування дня народження, відчула гострий біль у правій половині живота, який супроводжувався нудотою, блювотою, почуттям гіркоти у роті. При огляді – загальний стан середньої важкості. АТ 140/90 мм 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:

- A. Гострий панкреатит.
- B. Жовчна колька.
- C. Гострий апендицит.
- D. Перфоративна виразка 12- палої кишки.
- E. Гострий панкреатит.

2. Хвора 62 р., звернулася до лікарні зі скаргами на інтенсивний біль у правій половині животу, який підсилюється при глибокому диханні та кашлі, сухий кашель та підвищення температури до 39 С. Хворіє 4 добу. При огляді: шкіра бліда, акроціаноз, ЧД – 32/хв., АТ 100/70 мм рт ст, ЧСС – 110/хв. Під лопаткою справа тупий перкуторний звук, аускультативно – крепітація. При пальпації – зони болісності справа в проекції жовчного міхура. Печінка по краю реберної дуги. Який метод дослідження найдоцільніший у даному випадку ?

- A Оглядова рентгенографія ОГК.
- B. Ретроградна холецистографія.
- C. УЗД органів черевної порожнини.
- D. ЕФГДС.
- E. Діагностична лапароскопія.

3. Чоловік 44 р., після зловживання алкоголю відчув різкий оперізуючий біль у верхній ділянці живота, який супроводжувався багаторазовим блюванням без полегшення. Стан хворого важкий, шкіряні покрови бліді, покрити 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?

- A Нейтрофільний лейкоцитоз із зсувом вліво.
- B. Підвищення рівню глюкози крові.
- C. Гіперамілаземія .
- D. Гіперазотемія .
- E. Підвищення рівню АЛТ, АСТ.

4. Хворий 66 р., який страждає на тромбофлебіт, 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, вкритий холодним потом, ЧД 25/хв., АТ 80/40 мм рт ст, ЧСС – 120/хв. Відмічається поширена болючість живота при пальпації, при аускультатії живота відсутня перистальтика. Ваш попередній діагноз:

- A. Гострий панкреатит.
- B. Тромбоз мезентеріальних судин.
- C. Печінкова колька.
- D. Гострий інфаркт міокарду .
- E. Гострий апендицит.

5. Хворий 44 р., отримувал лікування НПЗП з приводу реактивного артрити. Раптово відчув різкий біль у верхній половині живота, нудоту. При огляді: язик сухий, обкладений білим нальотом. Дихання при аускультатії везикулярне. ЧД – 18/хв. Тони серця ясні. ЧСС – 90/хв., АТ – 110/70 мм рт ст. Живіт при пальпації м'який, болісний у верхній половині, симптоми подразнення очеревини відсутні. Який метод дослідження найдоцільніший у даному випадку?

- A. УЗД органів черевної порожнини.
- B. Ретроградна холецистографія.
- C. Оглядова рентгенографія ОГК.
- D. ЕФГДС.
- E. Діагностична лапароскопія.

Задачі.

1. У хворої з гіпертонічною хворобою раптово з'явився різкий біль в за грудиною, з іррадіацією в спину, що поширюється по хребту, виражену задуху, 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; рентгенологічне – вільне повітря в черевній порожнині.

1. Яке ускладнення хвороби розвилось у пацієнта?
2. Яку невідкладну допомогу потребує хворий?

3. Хвора 74 років скаржиться на біль та здуття живота, нудоту. Страждає на ішемічну хворобу серця, постінфарктний та атеросклеротичний кардіосклероз. Об'єктивно: стан важкий, живіт здутий, черевна стінка слабо бере участь в акті дихання. Під час лапароскопії: у черевній порожнині невелика кількість мутного випоту, одна з петель тонкої кишки темно-синюшнього кольору.

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. Яку невідкладну допомогу потребує хвора?

Самостійна робота студента (СРС):

Завдання №1 . Вкажіть можливі причини гострих болів у животі

Магістральні судини	
Печінка та жовчовивідні шляхи	
ЦНС	
Легені,плевра	
Нирки, сечовивідні шляхи	
Периферичні нерви	
Кишечник	
Серце	
Органи малого тазу	
Інше	

Завдання 2. Вкажіть, при якій симптоматиці необхідна термінова медична допомога у разі розвитку гострих болів у животі

- Біль, що супроводжується _____, жовтяницею, _____ сечі, сильною нудотою або блювотою, _____ стільцем;

- Різка гострий колочий біль _____, що супроводжується вагінальним _____, нерегулярним _____, болями, віддати в плечах;

- Сильна постійний біль в очеревині після _____;

- Несподівана дуже сильний біль, що триває більше _____ годин

Необхідна термінова госпіталізація при появі таких ознак:

- Біль у животі, що супроводжується несподіваною ректальною _____ або блювотою з _____;

- Запаморочення, _____, _____ пульс, _____ АТ, _____ шкіра.

Завдання №3. Найбільш важливі диференційно-діагностичні особливості гострого болю в животі. Доповніть твердження.

Встановити _____ болю. Біль, локалізована по центру живота, найбільш ймовірно походить з _____.

Сильний біль, що іррадіює в спину, змушує думати або про _____ або _____, або про аневризму _____.

Біль у правій половині живота може виходити з _____.

Біль ниркового походження, починаючись в _____, часто іррадіює в _____.

Перфорація або гостра ішемія частини шлунково-кишкового тракту з самого початку супроводжується появою гострої сильної і _____.

Біль, яка приходить і відступає хвилеподібно (колька), може розвинути при гострому _____, але може також спостерігатися при непрохідності _____ - в цьому випадку вона неухильно наростає.

При підозрі на непрохідність необхідно виключити обмеження грижі - хворобливе освіту в _____ області.

Сильна розлитий біль у животі може бути наслідком _____ шлунка та ДПК.

Вісцеральний біль відрізняє _____ характер, відсутність чіткої _____, що обумовлено мультісегментарною іннервацією внутрішніх органів і невеликою кількістю в них нервових закінчень в порівнянні з шкірою і м'язами. При пошкодженні стравоходу, шлунка, жовчного міхура, біліарних протоків, підшлункової залози біль проєктуються в _____ область; при патології тонкої, сліпої кишки - в _____; при ураженні товстої кишки, органів малого тазу - в _____.

Характерні супутні вегетативні реакції - _____, особливо виражені при гострому вісцеральному болю. Хворі з нападом вісцеральної болю, наприклад при жовчної, кишкової або нирковій коліці, _____, часто змінюють положення тіла, починають метатися від болю, намагаючись знайти положення, в якому біль стихне.

Парієтальна біль: носить _____ характер, має чітку _____, відповідні проєкції ділянки пошкодженої очеревини на передню черевну стінку.

Завдання №4 . План обстеження пацієнта з гострою абдомінальною болем. Доповніть твердження, вкажіть найбільш характерні зміни і порушення .

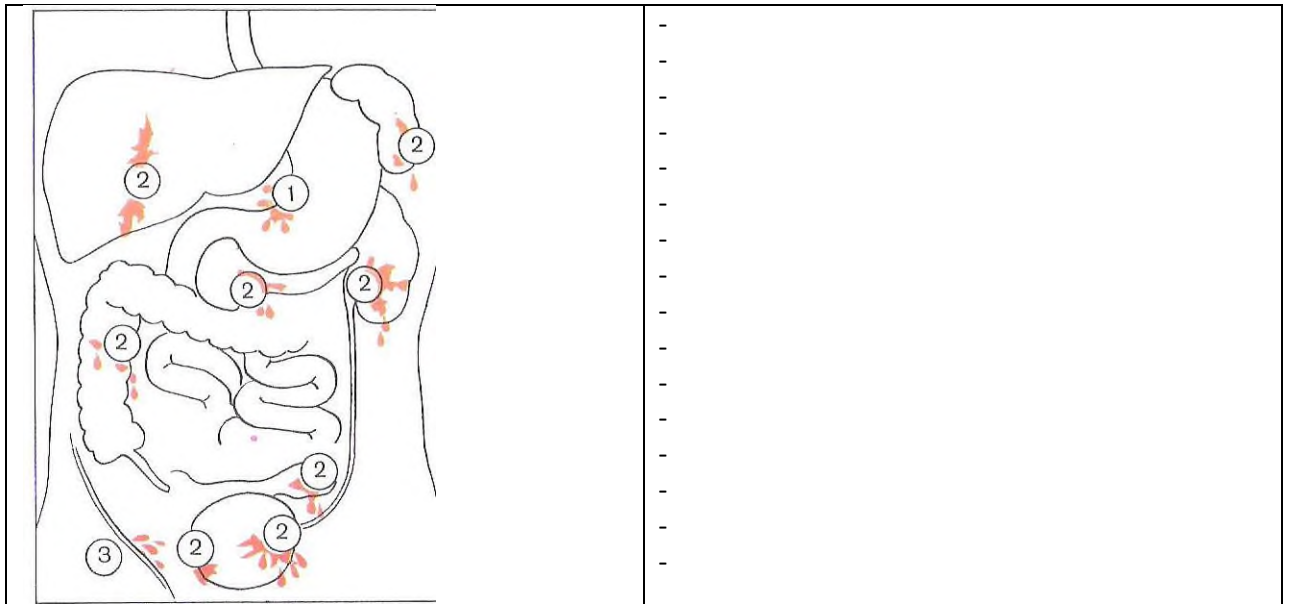
Уточнення анамнезу. На що слід звернути увагу?

Фізикальні показники . АТ, ЧСС, ЧД , інше.

Лабораторні дослідження , у тому числі - спеціальні маркери .

Інструментальні дослідження

Завдання №5 . Вкажіть можливі причини гострих шлунково-кишкових кровотеч



Завдання № 6. Диференціальна діагностика . Вкажіть, в яких випадках у пацієнта з гострими болями в животі слід розглянути перспективу негайної госпіталізації пацієнта з метою хірургічного втручання

- запаморочення, слабкість , апатія ;
- артеріальна _____ , _____ ;
- видиме _____ ;
- лихоманка ;
- повторна _____ ;
- наростаюче збільшення _____ ;
- відсутність відходження _____ , _____ шумів ;
- посилення _____ в животі ;
- напруга _____ ;
- позитивний симптом _____ ;
- вагінальні _____ ;
- непритомність під час акту _____ .