

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: медичний

Кафедра внутрішньої медицини №1

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

«__» _____

2023 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет, курс: медичний, 4

Навчальна дисципліна: Внутрішня медицина

Затверджено:

Засіданням кафедри внутрішньої медицини №1 Одеського національного медичного університету
Протокол № 1 від «05» вересня 2023 р.

Завідувач кафедри



Юрій КАРПЕНКО

Розробники:

Карпенко Юрій Іванович, д.мед.н., професор
Золотарьова Наталя Артемівна, д.мед.н., професор
Поляков Анатолій Євгенійович, д.мед.н., професор
Іжа Ганна Миколаївна, д.мед.н., доцент
Крижановський Юрій Миколайович, к.мед.н., доцент
Павловська Катерина Миколаївна, к.мед.н., доцент
Потапчук Олександр Васильович, доцент
Савельєва Ольга Валеріївна, к.мед.н., доцент
Шухтіна Ірина Миколаївна, к.мед.н., доцент
Алавацька Тетяна Василівна, асистент
Бліхар Олена Володимирівна, асистент
Бондаренко Ольга Віталіївна, асистент
Гуненко Ірина Ігорівна, асистент
Золотарьова Ксенія Олегівна, к.мед.н., асистент
Кравцова Катерина Володимирівна, асистент
Майстренко Марія Сергіївна, асистент
Митрохіна Надія Анатоліївна, асистент
Пашаєва Вікторія Фаїківна, асистент
Рябініна Анна Геннадіївна, асистент
Сухіна Юлія Олександрівна, асистент
Ухань Вікторія Вікторівна, асистент
Юрданова Ілона Георгіївна, асистент
Январьова Ольга Юріївна, асистент

Практичне заняття № 1

Тема: Есенціальна артеріальна гіпертензія

Мета: пояснити суть артеріальної гіпертензії, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: артеріальна гіпертензія, систолічний артеріальний тиск, діастолічний артеріальний тиск, гіпертензивні кризи, органи-мішені, серцева недостатність.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття есенціальної артеріальної гіпертензії.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація есенціальної артеріальної гіпертензії .
- Основні клінічні ознаки есенціальної артеріальної гіпертензії.
- 5.Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками проведення курації хворих, оволодіння навичками діагностики, визначення схеми лікування):

3.1 зміст завдання:

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.

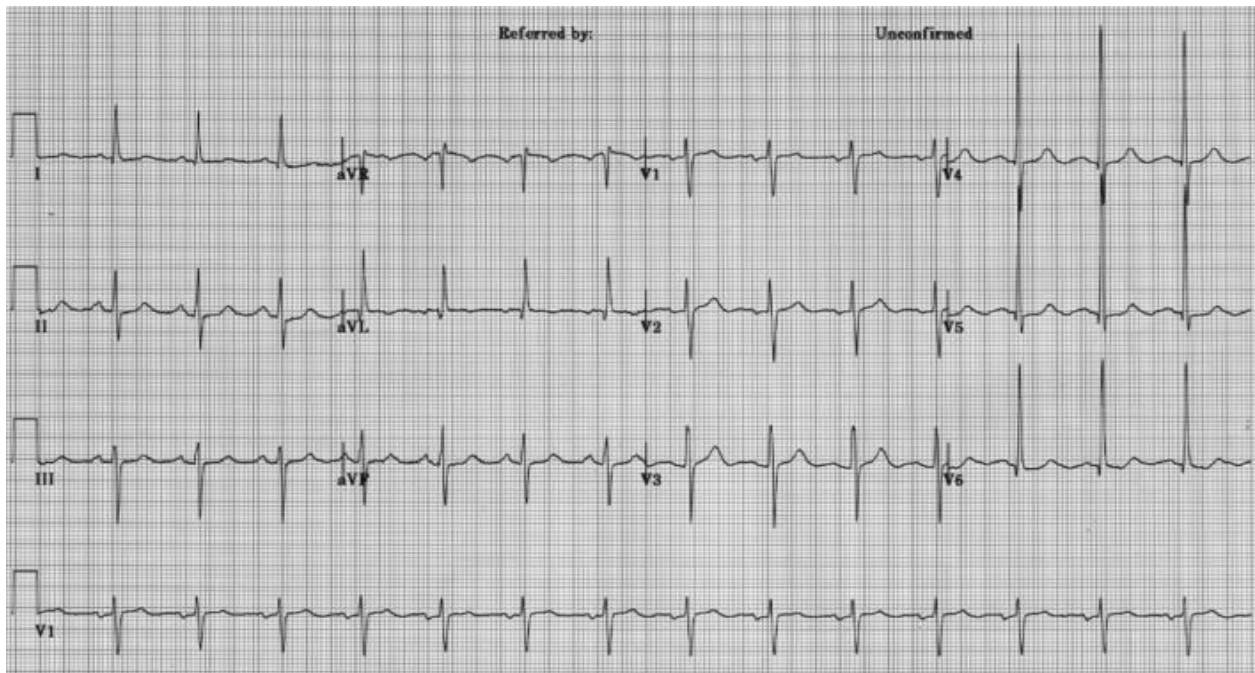
Перераховані вище симптоми турбували раніше при сильних психоемоційних навантаженнях. За медичною допомогою не звертався, не лікувався.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хворий декілька збуджений, переляканий. Шкіра чиста, підвищеної вологості, відзначається гіперемія обличчя і шиї. Над легеньми - 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.

4. Тести:

1. У 66-річного хворого з артеріальною гіпертонією (АТ 190/110 мм рт. ст.) при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ФК, генералізований атеросклероз судин нижніх кінцівок. Глюкоза крові 6,7 ммоль/л, холестерин 7 ммоль/л, тригліцериди - 3 ммоль/л. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертензії:

- A** Метилдопа
- B** Гіпотіазид
- C** Атенолол
- D** Резерпін
- E** *Еналаприл

2. Чоловік 42 років скаржиться на інтенсивний головний біль в потиличній ділянці, почервоніння лица, відчуття тремтіння тіла. Впродовж 3 років - періодичні епізоди підвищення АТ до 180/90 мм рт. ст. Об-но: Пульс – 108/хв. АТ - 200/100 мм рт.ст. Ліва межа серця зміщена вліво на 1,5 см. Тони серця ритмічні, акцент ІІ тону над аортою. ЕКГ: порушення процесів реполяризації передньо-бічної стінки ЛШ. Введення якого з перерахованих препаратів є найбільш ефективним:

- A** *Метопролол
- B** Верапаміл
- C** Клофелін
- D** Фуросемід
- E** Пентамін

3. Хворий 49 років. Скаржиться на головний біль в потиличній області, мерехтіння перед очима. На протязі 5 років має місце постійне підвищення артеріального тиску - 160/100 мм.рт.ст. Межі відносної серцевої тупості розширені ліворуч. Тахікардія, акцент ІІ тону над аортою. ЕКГ-лівограма, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Офтальмологічне дослідження - симптом Салюсу ІІ. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A** Гіпертонічна хвороба, І стадія
- B** *Гіпертонічна хвороба, ІІ стадія
- C** Гіпертонічна хвороба, ІІІ стадія

- D** Хвороба Кушинга
E Гострий гломерулонефрит

5. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
5. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Додаткова:

1. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з лікування АГ, 2018.
2. ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2989>
<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2988>
<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2976>

Практичне заняття № 2

Тема: Вторинні (симптоматичні) артеріальні гіпертензії. Нейроциркуляторна дистонія. Атеросклероз

Мета: дати визначення термінів «АГ», «симптоматична АГ» та їх клінічне значення, причини виникнення вторинних артеріальних гіпертензій, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики. Пояснити суть нейроциркуляторної дистонії, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, диференційної діагностики, лікування та профілактики. Пояснити суть атеросклеротичного процесу, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики

Основні поняття: артеріальний тиск, артеріальна гіпертензія, органи-мішені, вазоренальна АГ, ренопаренхіматозна АГ, гіпертензія при гіперкортицизмі, АГ при феохромоцитомі, АГ при акромегалії, АГ при тиреотоксикозі. Нейроциркуляторна дистонія, тахікардіальний синдром, гіпертензивний синдром, гіпотензивний синдром, кардіалгії. Обмін ліпідів, атеросклероз, ураження ендотелію, ішемічна хвороба серця, ліпідознижуючі препарати

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття вторинних артеріальних гіпертензій.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація вторинних артеріальних гіпертензій. Основні клінічні ознаки симптоматичних артеріальних гіпертензій.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.
- Дайте визначення поняттю «нейроциркуляторна дистонія». Класифікація нейроциркуляторної дистонії.
- Варіанти скарг пацієнтів з нейроциркуляторною дистонією.
- Обстеження хворих з підозрою на нейроциркуляторну дистонію
- Принципи немедикаментозного лікування нейроциркуляторної дистонії
- Принципи медикаментозного лікування нейроциркуляторної дистонії
- Визначення атеросклерозу
- Патогенез атеросклерозу
- Лабораторна діагностика атеросклерозу
- Ускладнення атеросклерозу
- Лікування атеросклерозу

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

Клінічна задача №1.

Пацієнтка 47 років звернулася в зв'язку з частими нападами інтенсивних головних болів, що супроводжуються серцебиттям, почуттям тривоги. Раніше при нападах виявлено гіперглікемію, лейкоцитоз, криз закінчувався поліурією. Спадковий та алергологічний анамнез не обтяжений. Об-но: Хвора неспокійна, шкірні покриви бліді. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент А2. АТ - 300/160 мм рт. ст., ЧСС - 128 за хв. Живіт м'який, б / болісний при пальпації. Набряків немає.

Питання:

- Сформулювати діагноз.
- Визначити тактику ведення хворої.
- Призначити препарати для купірування кризи.

Клінічна задача №2.

Пацієнтка С., 21 р., скаржиться на болі в грудній клітці без іррадіації. Болі виникають під час значимого психоемоційного стресу і не пов'язані з фізичним навантаженням. При об'єктивному огляді АТ – 110/70 мм.рт.ст., ЧСС – 86 уд/хв., патології з боку інших систем чи органів не виявлено.

- Який ваш попередній діагноз?
- Який план обстеження доцільно порекомендувати цій пацієнтці?

Клінічна задача №3

Чоловік 55 років. Клінічний діагноз: ІХС. Атеросклероз коронарних артерій. Стан після транслюмінальної балонної ангіопластики з імплантацією внутрішньосудинного стенту. Цукровий діабет – 2 тип. Дисліпідемія. Біохімічний аналіз крові: загальний холестерин 6,6 ммоль, ЛПНЩ 3,8 ммоль\л, тригліцериди 2,25 ммоль\л, глюкоза крові 6,3 ммоль\л.

Запитання:

1. Який рівень загального холестерину, ЛПНГ та тригліцеридів чи є оптимальними для даного пацієнта?
2. Які методи корекції дисліпопротеїнемії у цьому випадку?

Клінічна задача №4

Пацієнт Д., 40 років. Почувається практично здоровим. Однак стурбований ризиком розвитку у нього інфаркту міокарда, оскільки має обтяжену спадковість: батько, мати та старший брат померли від інфаркту міокарда віком до 42 років. Із факторів ризику має 23-річний стаж куріння, ІМТ = 32 кг/м², черевний тип ожиріння. Результати ліпідограми: загальний холестерин – 8,8 ммоль/л, ХС ЛПВЩ – 0,88 ммоль/л, ХС ЛПНЩ – 4,1 ммоль/л, тригліцериди – 1,2 ммоль/л, ІА – 5.1.

Запитання:

1. Який тип атерогенної дисліпідемії за класифікацією Фредріксона у пацієнта?
2. Призначте рекомендації щодо корекції способу життя, харчування.
3. Яка медикаментозна первинна профілактика ІХС рекомендована вданому випадку?

4. Тести

1. Яке захворювання є частою причиною реноваскулярної АГ?

- A. Хронічний пієлонефрит
- B. Хронічний гломерулонефрит
- C. Амілоїдоз нирок

D. Атеросклероз ниркових артерій

E. Синдром Кона

2. Який лабораторний показник є інформативним для діагностики синдрому Кушинга?

- A. Збільшення вмісту глюкози у добовій сечі
- B. Збільшення вмісту норадреналін у добовій сечі
- C. Збільшення вмісту прогестерону у добовій сечі

D. Збільшення вмісту кортизолу у добовій сечі

E. Підвищення активності реніну в крові

3. Що характерно для АГ при хронічному пієлонефриті?

- A. Часті гіпертензивні кризи
- B. Переважне підвищення систолічного артеріального тиску
- C. **Переважне підвищення діастолічного артеріального тиску**

D. Систолічний шум в навколопупкової ділянці

E. Набряки гомілок

4. Які з наведених клінічних ознак характерні для феохромоцитомі?

- A. Абдомінальне ожиріння, стрії на шкірі живота
- B. М'язова слабкість, парестезії
- C. Поліурія, полідипсія

D. Гіпертензивні кризи з підвищенням температури тіла, пітливістю, тахікардією

E. Систолічний шум в навколопупкової ділянці

5. Які з наведених клінічних ознак характерні для синдрому Іценко – Кушинга?

- A. Гіпертензивні кризи з підвищенням температури тіла, пітливістю, тахікардією
- B. **Абдомінальне ожиріння, стрії на шкірі живота**
- C. М'язова слабкість, парестезії

D. Поліурія, полідипсія

E. Підвищена збудливість, тремор, схуднення

6. Для вагоінсулярного кризу при НЦД характерно:

A. Гіпертермія, мідріаз

B. Тахікардія, серцебиття

C. Підвищення АТ

D. Блідість та сухість шкіри E. Артеріальна гіпотензія

7. До основних діагностичних критеріїв НЦД відносять:

- A. Вегетативні кризи
- B. Прояви астеноневротичного синдрому
- C. Доброякісність перебігу захворювання**
- D. Виражена лабільність пульсу та АТ
- E. Кардіологічні скарги як прояви гіперкінетичного стану кровообігу

8. Вкажіть показання до проведення проб з дозованим фізичним навантаженням:

- A. Гострий інфаркт міокарда
- B. Серцева недостатність ІІБ-ІІІ ст.
- C. Декомпенсований цукровий діабет
- D. Нейроциркуляторна дистонія**
- E. Гострий дифузний міокардит

9. Яка група препаратів в основному використовується для лікування гіперкінетичного синдрому при НЦД?

- A. β-адреноблокатори.**
- B. симпатолітики.
- B. анальгетики.
- Г. транквілізатори.
- Д. глюкокортикостероїди

10. Яке захворювання не прогресує?

- A. Стенокардія.
- B. НЦД.**
- B. Гіпертонічна хвороба.
- Г. Інфаркт міокарда.
- Д. Кардіоміопатія.

11. Під час дослідження ліпідного спектру сироватки 45-річного здорового чоловіка отримано наступні результати: загальний холестерин 8,4 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів високої щільності 0,45 ммоль/л, тригліцериди 1,2 ммоль/л, холестерин ліпопротеїнів низької щільності 7,1 ммоль/л, індекс атерогенності 17,7 у.о.

1. Визначте фенотип гіперліпідемії.

- A) I
- *B) IIa**
- B) IIb
- Г) IV

12. Який розлад спричинив гіперліпідемію у даного пацієнта?

- A) Дефіцит ліпопротеїн ліпази
- B) Дефіцит лецитил-холін-ацетилтрансферази
- *B) Дефіцит рецепторів до апо-B-100**
- Г) Аномальний апо-E
- Д) Гіперліпідемія у даного пацієнта є ідіопатичною

13. Які гіполіпідемічні засоби будуть найбільш ефективними у даному випадку?

- *A) Статини**
- B) Фібрати
- B) Секвестранти жовчних кислот
- Г) Езетіміб

14. У виписному епікрізі 63-річної пацієнтки, котра перенесла інфаркт міокарда із зубцем Q,

зазначений рівень загального холестерину сироватки 4,2 ммоль/л.
Лікуючий лікар стаціонару рекомендував тривалий прийом аторвастатину.
З якою метою призначений ліпідознижуючий засіб?
А) Статин призначати не слід
Б) Для зниження рівня холестерину сироватки
В) Для збільшення фракції викиду лівого шлуночка
*Г) Для профілактики повторного інфаркту міокарда, інсульту та смерті
Д) Для скорішого утворення рубця

15. Які лабораторні показники слід регулярно перевіряти під час терапії статином?
А) Печінкові ферменти (АЛТ, АСТ, ГГТП, лужну фосфатазу)
Б) Загальну КФК сироватки
В) Ліпідний спектр сироватки
Г) Креатинін сироватки та кліренс креатиніну
*Д) Усі зазначені

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник. / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. За ред. проф. Л.В. Глушка. Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. –27 вид., змін. – Київ: центр ДЗК, 2020 – 792 стр.
3. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Додаткова:

1. ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.
2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з лікування АГ, 2021.

Електронні інформаційні ресурси:

http://strazhesko.org.ua/upload/reko-mendacii_ok.pdf. С.1-44
<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2990>

Практичне заняття № 3

Тема: Хронічні форми ішемічної хвороби серця (ІХС).

Мета: пояснити суть хронічних форм ішемічної хвороби серця, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: ішемічна хвороба серця, стабільна стенокардія, вазоспастична стенокардія, кардіосклероз, безбольові форми ІХС, серцева недостатність.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття,

мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

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

- Дайте визначення поняття хронічної ішемічної хвороби серця.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація хронічних форм ІХС.
- Основні клінічні ознаки хронічних форм ІХС.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Задача 1.

Хворий Л, 74-х років скаржиться на стискаючі болі за грудиною при найменшому фізичному навантаженні. Об-но: Шкіра бліда, слизові оболонки ротової порожнини легко-ціанотичні, тургор і еластичність шкіри знижені. Пульс - 62 в хвилину. Верхівковий поштовх куполоподібний, в 6-му міжребер'ї по передньо-пахвовій лінії. Аускультация: І тон на верхівці ослаблений, ІІ тон ослаблений на аорті. На аорті вислуховується грубий, скребучий систолічний шум, що проводиться на судини шії і в між лопаткову ділянку.

А. Назвіть синдроми ураження серця.

Б. Попередній діагноз.

Задача 2

Хвору К, 48-ми років турбують стискають болі за грудиною, які виникли вперше 10 днів тому при значному фізичному навантаженні. Болі іррадіюють в ліве плече, ліву руку, проходять в спокої за 5-7 хвилин. Об-но: хвора підвищеного харчування, ІМТ - 32. Верхівковий поштовх не пальпується. Ліва межа серця визначається в V між ребер'ї по середньоключичній лінії. Тони серця ритмічні, І тон ослаблений на верхівці. На ЕКГ в спокої ознаки гіпертрофії лів-го шлуночка. При добовому моніторингу епізоди депресії сегмента ST нижче ізолінії > 2 мм в стандартних I, II і грудних відведеннях V3-6.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?

Б. Додаткові методи дослідження?

3. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
5. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Додаткова:

1. ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

Електронні інформаційні ресурси:

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2992>

Практичне заняття № 4

Тема: Гострий коронарний синдром (нестабільна стенокардія і гострий інфаркт міокарда).

Мета: пояснити суть гострого коронарного синдрому, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики

Основні поняття: ішемічна хвороба серця, гострий коронарний синдром, інфаркт міокарду, нестабільна стенокардія, раптова серцева смерть.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття хронічної ішемічної хвороби серця.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація гострих форм ІХС.
- Основні клінічні ознаки гострих форм ІХС .
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.

- Основні принципи лікування.

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

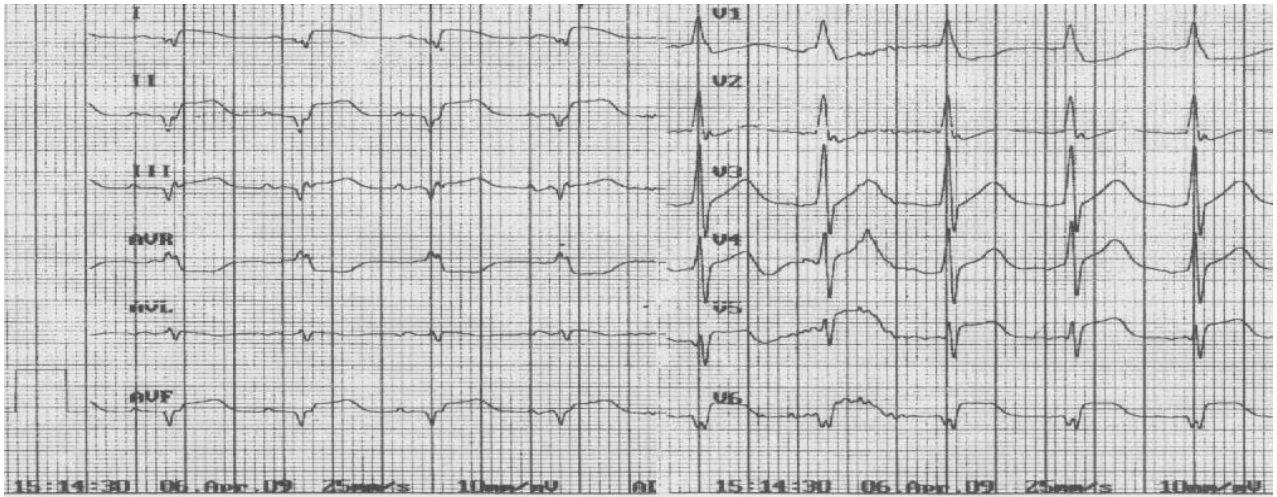
Задача 1.

Хворий Г., 48 років, звернувся зі скаргами на різкі стискаючі болі за грудиною, які поширюються в ліве плече і епігастральній ділянці. Подібні болі виникли вперше, по дорозі на роботу. Хворий звернувся до лікаря. У минулому хворів на пневмонію. Курить, спиртними напоями не зловживає.

Об'єктивно: Шкірні покриви бліді, вологі. Ціаноз губ. У легких- дихання везикулярне, хрипів немає. Пульс 92 уд. / Хв., Ритмічний, задовільного наповнення. АТ 155/80 мм рт. ст. Межі серця: права - по правому краю грудини, ліва - на 1 см назовні від лівої середньо-ключичній лінії. Тони серця приглушені, шумів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не пальпуються.

Результати додаткового обстеження: ЗАК: еритроцити - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоцити - $10,5 \times 10^9$, е. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, ШОЕ - 12 мм / год. ПТІ - 100%. СРБ +, КФК МВ- 29Ед / л, АСТ - 26 Е / л, АЛТ - 18 Е / л.

ЕКГ додається.



Завдання:

1. Сформулювати діагноз.
2. Скласти план обстеження та лікування.

Задача 2

Хворий К. 57 років госпіталізований в ОКБ машиною швидкої допомоги зі скаргами на інтенсивні тиснуть болі за грудиною з іррадіацією в ліве плече, що тривали протягом 1,5 год, не знімаються прийомом нітрогліцерину, перебої в роботі серця, різку загальну слабкість, холодний липкий піт. Раніше, протягом декількох років, турбували напади стискаючих болей за грудиною під час швидкої ходьби, що тривають 3-5 хв., Що проходять в спокої і прийомі нітрогліцерину. Останнє погіршення самопочуття пов'язує з інтенсивною фізичною працею напередодні. Об'єктивно: Шкірні покриви бліді, акроціаноз, долоні вологі. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі серця розширені вліво на 1,5 см. Тони глухі, поодинокі екстрасистоли. АТ - 90/60 мм.рт. ст Живіт м'який, безболісний. Печінка не пальпується. Пастозність гомілок.

ЗАК: ер - $4,3 \cdot 10^{12}$ / л, лейкоцити - $11,2 \cdot 10^9$ п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, ШОЕ - 16 мм / год.

Результати додаткового обстеження:

СРБ +, ЛДГ - 360 Од / л, КФК МВ - 28 Од / л, АСТ - 24 Е / л, АЛТ - 16 Е / л.

Згортання крові - 3 хв. ПТІ - 100%.

ЗАК на 6 день: Ер $4,6 \cdot 10^{12}$, лейкоцити - $6,0 \cdot 10^9$, н.е.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, ШОЕ - 24 мм / год.

ЕКГ додається.



Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Напишіть план дообстеження.
4. Призначте лікування.

Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. - К., 2019.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
5. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Додаткова:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1936 уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2021 року № 1957 уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST»
- ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с

Електронні інформаційні ресурси:

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2973>

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2991>

Практичне заняття № 5

Тема: Гостре легеневе серце - тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА). Хронічне легеневе серце. Вроджені вади серця у дорослих (ВВС).

Мета: пояснити суть тромбоемболії легеневої артерії та хронічного легеневого серця, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики. Пояснити суть вроджених вад серця у дорослих, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: тромбоемболія легеневої артерії, хронічне легеневе серце, серцева недостатність, вроджені вади серця, серцева недостатність, дефект міжшлуночкової перетинки, дефект міжпередсердної перетинки, відкрита аортальна протока, тетрада Фалло, коарктація аорти

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття гострого та хронічного легеневого серця.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація ТЕЛІА та хронічного легеневого серця.
- Основні клінічні ознаки гострого та хронічного легеневого серця.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.
- Дайте визначення вроджених вад серця.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація вроджених вад серця.
- Основні клінічні ознаки вроджених вад серця.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Клінічна задача №1

Хворий 46 років, доставлений в приймальне відділення зі скаргами на задишку, ядуху, відчуття стискання за грудиною. Об-но: помірний ціаноз губ, PS – 106 уд./хв., АТ – 90/60 мм рт.ст., ЧД – 32 за 1 хв. На ЕКГ - ознаки перевантаження передсердь та повної блокади правої ніжки пучка Гіса.

Питання: Встановіть попередній діагноз?

Клінічна задача №2

Хворого турбує біль в грудній клітині справа внизу, кровохаркання, задишка. В анамнезі - тромбофлебіт нижніх кінцівок. Дифузний ціаноз, набряк яремних вен. Аускультативно - шум тертя плеври. Ps - 120 уд./хв, АТ - 100/60 мм рт. ст. Акцент ІІ тону над легеневою артерією.

Питання: Встановіть попередній діагноз? Який з лабораторних методів дослідження може бути використаний для підтвердження діагнозу?

Клінічна задача №3

Хворий С., 45 років, скаржиться на нападоподібний кашель з мізерною в'язкою мокротою, задишку експіраторного типу при ходьбі. При огляді виявлено помірний дифузний ціаноз. Грудна клітка бочкоподібна. При перкусії - коробковий звук. При аускультатії на тлі ослабленого везикулярного дихання вислуховуються розсіяні сухі дзижчить і свистячі хрипи. При огляді відзначено епігастральній пульсація. Перкуторно права межа серця на 2,5 см вправо від правого краю грудини, верхня і ліва в нормі.

Питання: Встановіть попередній діагноз.

Задача 4

В обласний кардіодиспансер спрямований парубок 18 років. При огляді: зниженого харчування, шкіра бліда, ціаноз носогубного трикутника. Грудна клітка килевидної форми. Аускультативно - вологі різнокалиберні хрипи в нижніх відділах легенів. ЧД 21 в 1 мінуту. Перкуторні границі відносної серцевої тупості розширені в усі сторони, але переважно за рахунок правих відділів. Аускультативні дані – систолічний шум інтенсивний, вислуховується над всією областю серця, добре проводиться на праву сторону грудної клітки й на спину з максимальною інтенсивністю в ІV міжреб'їр'ї ліворуч від грудини. Печінка виступає на 5 см з-під краю реберної дуги. Селезінка +2 см. Пульс на стегновій артерії задовільних якостей.

Питання: Який діагноз можна запідозрити?

Задача 5

У хлопчика 18 років відмічається відставання у фізичному розвитку, виражений дифузний ціаноз, періодично – задишково-ціанотичні напади. В ІV міжребір'ї зліва від грудини грубий гучний систолічний шум, ІІ тон над легеневою артерією послаблений.

Питання: Яку ваду серця треба запідозрити?

4. Тести:

1. Найбільш частою причиною ТЕЛА з нижчеперелічених є:

- А. Тромбози глибоких вен гомілки.
- Б. Тромбози венозних розгалужень таза.
- В. Пристінкові тромби в порожнинах правої частини серця.
- Г. *Тромбоз глибоких вен іліофemorального сегмента.
- Д. Тромбофлебіти поверхневих вен.

2. У патогенезі ТЕЛА чільне місце відводиться організації флотуючого тромбу. Яка його характеристика?

- А. Такий, що має єдину точку фіксації в проксимальному сегменті.
- Б. *Такий, що має єдину точку фіксації в дистальному сегменті.
- В. Такий, що має декілька точок фіксації по всій довжині судин.
- Г. Такий, що здійснює оклюзію судин.
- Д. Жоден з перелічених не названий.

3. Який з перелічених нижче факторів є найбільш частим в етіології тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок?

- А. Гіподинамія і тривалий ліжковий режим.
- Б. Переломи кісток або травми ніг.
- В. *Хірургічні операції, першочергово на органах черевної порожнини і нижніх кінцівок.
- Г. Злоякісні новоутворення.
- Д. Хронічна венозна недостатність нижніх кінцівок.

4. Чим пояснити множинну оклюзію декількох гілок легеневої артерії, часто двосторонню при тромбозі глибоких вен нижніх кінцівок:

- А. *Повторними тромбоутвореннями і перенесенням їх в мале коло кровообігу.
- Б. Запізнілим лікуванням патогенетичними засобами.
- В. Частковим руйнуванням тромбу у міру свого прямування в мале коло кровообігу.
- Г. Генералізовані спазмом артеріол малого кола.
- Д. Жодним з наведених факторів.

5. Гемодинамічними наслідками ТЕЛА є:

- А. Гостра дихальна недостатність.
- Б. Артеріальна гіпоксемія.
- В. Легенева артеріальна гіпертензія.
- Г. Гостра правошлуночкова недостатність.
- Д. *Всі перелічені.

6. Головним фактором, що визначає ступінь гемодинамічних розладів і порушення вентиляційно-перфузійних співвідношень при ТЕЛА, є обструкція легенево-артеріального русла, ступінь якої залежить від:

- А. Об'єму самого тромбоемболу.
- Б. Вираженості генералізованого спазму легеневих артеріол.
- В. Вираженості і швидкості утворення вторинного місцевого тромбу, що формується в зоні локалізації тромбоемболу.
- Г. *Всіх перелічених факторів.
- Д. Локалізації тромбоемболу.

7. Причинами дихальної недостатності і артеріальної гіпоксемії при ТЕЛА є:

- А. Припинення кровообігу по вентильованих альвеолах, що веде до збільшення легеневого «мертвого простору».
- Б. Бронхоспазм.
- В. Розвиток ателектазів.
- Г. Ішемія легеня, зниження вентиляції і артеріовенозне шунтування крові.
- Д. *Всі перелічені.

8. Наслідками легеневої гіпертензії при ТЕЛА є:

- А. Синдром малого серцевого викиду зі зниженим хвилинним об'ємом і гіпотензією з порушенням кровопостачання мозку, серця, нирок та ін.
- Б. Гостра правошлуночкова недостатність з підйомом кінцево-діастолічного тиску правого шлуночка.
- В. Підйомом центрального венозного тиску.
- Г. У тяжких випадках застій крові в венах великого кола кровообігу.
- Д. *Всі наведені.

9. Назвіть чинник ризику тромбоемболії легеневої артерії:

- А) *Мутація фактору V (Лейден)
- Б) Дисліпідемія
- В) Мутація дистрофіну
- Г) Гіподинамія
- Д) Артеріальна гіпертензія

10. Вкажіть симптоми тромбоемболії легеневої артерії:

- А) Шум тертя перикарду
- Б) Біль у грудях ниючого характеру
- В) *Гіпотензія, тахікардія, ціаноз
- Г) Тахікардія, гіпертензивний криз
- Д) Ціаноз

11. Виберіть вірне твердження:

- А) *Для лікування легеневої тромбоемболії використовують тромболізис
- Б) Рентгенографія органів грудної клітки – високочутливий діагностичний тест при легеневій емболії
- В) При емболії легеневої артерії на ЕКГ виявляють блокаду лівої ніжки пучка Гіса
- Г) Легенева емболія зазвичай супроводжується анемією
- Д) При легеневій емболії в крові зростає кількість лейкоцитів

12. Типовим для вродженої вади серця є все, крім:

- А. Ціаноз.
- Б. Пальці у вигляді барабанних паличок.
- В. Гіпертрофія правого шлуночку.
- Г. Правограма.
- Д. *Гіперпротеїнемія.

13. Найбільший ціаноз шкіри зустрічається при:

- А. Відкритій артеріальній протоці.
- Б. Дефекті МШП.
- В. Дефекті МПП.
- Г. Коарктації аорти.
- Д. *Тетраді Фалло.

14. Ціанотичність при вроджених вадах серця зумовлена:
- А. Порушення газообміну в легенях.
 - Б. Зниження скоротливих властивостей міокарду.
 - В. Збідненням киснем крові внаслідок підвищеного його поглинання тканинами.
 - Г. Правильно «А» і «В».
 - Д. *Все правильно.
15. Ціаноз при відкритому артеріальному протоці розвивається:
- А. Дуже швидко.
 - Б. Швидко.
 - В. Повільно.
 - Г. В пізній період.
 - Д. *В віддалений період.
16. При пальпації серцевий поштовх:
- А. Не визначається.
 - Б. Визначається досить рано.
 - В. Визначається в пізній період.
 - Г. *Визначається в епігастральній області.
 - Д. Визначається в II міжребер'ї.
17. Порушення кровообігу при дефекті МПП характеризується:
- А. Скидом крові (шунтуванням) зліва направо.
 - Б. Відсутністю шунтування.
 - В. Скидом крові справа наліво.
 - Г. Зростанням хвилинного об'єму крові в малому колі кровообігу проти такого у великому в 2 – 4 рази.
 - Д. *Правильно «А» і «Г» пункти відповіді.
18. Відносно тривала компенсація кровообігу при дефекті МПП характеризується:
- А. Не зміною діаметру отвору легеневого стовбуру тривалий час.
 - Б. «Відносна» стабільність діаметру легеневого стовбуру захищає мале коло кровообігу від підвищення тиску в ньому.
 - В. Розвивається відносний стеноз отвору легеневого стовбуру, що веде до раннього підвищення САТ; ДАТ в правому шлуночку (ПШ).
 - Г. Підвищення тиску в ПШ веде до підвищення АТ в ПП і веде до зменшення скиду зліва направо.
 - Д. *Всі відповіді правильні.
19. Клініка вади дефекту МПП залежить:
- А. Величини дефекту МПП.
 - Б. Величини скиду крові.
 - В. Наявності вторинних змін в міокарді.
 - Г. Стану периферичної судинної системи.
 - Д. *Всі відповіді правильні.
20. Основними скаргами при значущому дефекті МПП є:
- А. Відсутність скарг.
 - Б. *Задишка і втомлюваність
 - В. Кровохаркання.
 - Г. набряки.
 - Д. Всі відповіді правильні.
21. При аускультатії при дефекті МПП вислуховується:

- А. Систолічний шум на верхівці серця.
- Б. Систолічний шум у II міжребір'ї зліва.
- В. Акцент II тону над легеневою артерією (ЛА).
- Г. Розщеплення II тону над ЛА.
- Д. *Правильно «Б», «В» і «Г».

22. Рентгенологічна картина дефекту МПП характеризується:

- А. Збільшенням ПП.
- Б. Збільшенням ПШ.
- В. Розширенням і пульсацією легеневого стовбуру.
- Г. Застійними явищами в легенях.
- Д. *Всі відповіді правильні.

23. ЕКГ картина при дефекті МПП характеризується:

- А Відхиленням електричної осі вліво.
- Б. Відхиленням електричної осі вправо. В. Р (-)
- Г. Нерідко ознаки блокади.
- Д. *Правильно «Б», «В» і «Г».

24. При катетеризації порожнин серця при дефекті МПП відмічають:

- А. Підвищення PO_2 в крові з ПП.
- Б. Різниця PO_2 крові в передсерді і верхній порожнинній вені.
- В. Зниження PO_2 в крові з ПП.
- Г. Підвищення PO_2 в крові з верхньої порожнинної вени.
- Д. *Правильно «А» і «Б».

25. ЕхоКГ ознаками дефекту МПП є:

- А. Ознаки об'ємної перегрузки правих відділів серця.
- Б. Збільшення ПШ і ПП.
- В. Парадоксальний рух МШП.
- Г. Збільшення амплітуди руху 3-х стулкового клапану.
- Д. *Всі ЕхоКГ ознаки вірні.

26. Клінічні прояви і ступінь порушення кровообігу при дефекті МШП залежить від:

- А. Об'єму крові який рухається через дефект.
- Б. Направлення руху крові через отвір між шлуночками.
- В. Від розміру дефекту.
- Г. Від градієнту тиску в шлуночках.
- Д. *Всі відповіді правильні.

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

- Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
- Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.
- Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
- Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М.

Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.

- Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
- Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.
- Додаткова:
- ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.
- Рекомендації ESC з діагностики та лікування гострої легеневої емболії, розроблені у співпраці з Європейським респіраторним товариством (ERS), 2019

Електронні інформаційні ресурси:

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2994>

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3867>

Практичне заняття № 6

Тема: Інфекційний ендокардит. Набуті вади серця (мітральні та аортальні).

Мета: пояснити суть інфекційного ендокардиту, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики. Пояснити суть набутих вад серця, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики

Основні поняття: інфекційний ендокардит, вегетації, тромбоемболії, серцева недостатність, мітральний стеноз, мітральна недостатність, аортальний стеноз, аортальна недостатність, серцева недостатність.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття інфекційний ендокардит.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація інфекційного ендокардиту.
- Основні клінічні ознаки інфекційного ендокардиту.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.
- Визначення поняття НВС.
- Назвіть фактори ризику НВС
- Класифікація НВС
- Класифікація стадій НВС
- Оцінка факторів ризику НВС
- Обстеження хворих з підозрою на НВС
- Критерії діагностики НВС

- Принципи лікування НВС
- Хірургічне та медикаментозне лікування НВС
- Критерії ефективності терапії НВС

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

Клінічна задача №1.

Чоловік 23 років скаржиться на ниючий біль в області серця, задишку, серцебиття під час фізичного навантаження, кашель, іноді з домішкою крові, біль в суглобах. 4 роки тому після перенесеної важкої ангіни виник біль в суглобах, задишка. Брав аспірин, після чого біль зменшилася. Далі не лікувався. Об'єктивно: межі серця збільшені по праву сторону і вгору. На верхівці, під час аускультативної серця, - діастолічний шум, плескають I тон. Аналіз крові: СРБ ++, титр ASLO-430AE STO в 1 мл, фібриноген - 6,3 г / л.

Ваш діагноз?

Клінічна задача №2.

Хворий 35 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38 ° С з ознобом, пітливістю і втратою ваги. Хворіє близько місяця. Шкіра бліда, точкові геморагічні висипання на гомілках. Короткий систолічний і виражений протодіастолічний шум на аорті. Печінка - +3 см, селезінка - +2 см. Лейкоцити - 13,5 Г / л, НЬ - 103 г / л, ШОЕ - 35 мм / год, СРБ +++, гамма-глобулін - 26%. Ваш діагноз?

Клінічна задача №3

Хвора 25 років скаржиться на пульсацію у всьому тілі, появу непритомних станів, запаморочення, незначну задишку. Об'єктивно: Є «танець каротид». АТ 170/30 мм рт.ст. Пульс 60 уд/хв. При перкусії визначається значне збільшення серця вліво. Куполоподібний верхівковий поштовх зміщений донизу і вліво. Аускультативно: I тон послаблений, діастолічний шум, що убуває, на аорті й в V точці. ЕКГ – лівограма, негативний зубець Т, зсув сегмента ST донизу у відведеннях V₅₋₆. Аналіз крові без особливостей.

Питання: Встановіть діагноз.

Клінічна задача №4

Жінка 27 років пред'являє скарги на задуху, біль в ділянці серця, серцебиття, кашель. При огляді: В нижніх відділах легень прослуховуються вологі хрипи.

Тони серця аритмічні, I тон на верхівці плескаючий. При рентгенівському дослідженні легеневої малюнок підсилений за рахунок венозного застою. Корені легень розширені, безструктурні. Середина тінь збільшена, по лівому контуру випинається дуга легеневої артерії. В першому косому положенні ретрокардіальний простір звужений збільшеним лівим передсердям, яке зміщує стравохід назад, по дузі малого радіусу. В другому косому положенні виявляється збільшення дуги правого шлуночка. Аорта без змін.

Питання: Встановіть діагноз?

Тести:

1. Який клапан серця частіше всього уражується при інфекційному ендокардиті?

А) мітральний

Б) аортальний

В) трикуспідальний

Г) легеневої артерії

Д) ізольоване ураження одного клапана не буває

2. Найбільш частою причиною смерті при інфекційному ендокардиті на I стадії є:

А) абсцеси міокарда

Б) абсцеси мозку

В) розриви клапанів серця

Г) інфекційно-токсичний шок

Д) серцева недостатність

3. Яка із перерахованих вроджених вад частіше за все супроводжується розвитком інфекційного ендокардиту?

А) дефект міжшлуночкової перетинки

Б) дефект міжпередсердної перетинки

В) транспозиція крупних судин

Г) стеноз гирла аорти

Д) недостатність мітрального клапану

4. Яка ознака інфекційного ендокардиту є найбільш стійкою:

А) спленомегалія

Б) анемія

В) слабкість

Г) лихоманка

Д) зменшення ваги

5. Назвіть найбільш частий збудник інфекційного ендокардиту у наркоманів:

А) зеленкуватий стрептокок

Б) золотистий стафілокок

В) білий стафілокок

Г) ентерококи

Д) синьогнійна паличка

6. Найбільш частим етіологічним фактором при інфекційному ендокардиті на фоні вади серця є:

А) фекальний стрептокок

Б) зеленкуватий стрептокок

В) золотистий стафілокок

Г) грибкова інфекція

Д) грамнегативна мікрофлора

7. Ендокардит Лібмана-Сакса це:

А) інфекційний ендокардит

Б) ендокардит при системному червоному вовчаку

В) ревматичний ендокардит

Г) термінальний ендокардит

Д) уремічний ендокардит

8. Антибіотиком вибору при лікуванні помірно резистентного стрептококового ендокардиту слід вважати:

А) пеніцилін

Б) пеніцилін в сполученні з аміноглікозидом останньої генерації

В) пеніцилін та тетрациклін

Г) тетрациклін

Д) лінкоміцин

9. Хвора 24 років скаржиться на підвищення температури тіла до 38,5 С, озноби впродовж трьох тижнів, носові кровотечі, задуху при ходьбі, загальну слабкість. В анамнезі - ревматизм. Об-но: шкіра бліда, дрібні петехії, "танок каротид". Над аортою і в т. Боткіна-Ерба - систолічний і протодіастолічний шуми. Печінка виступає з-під реберної дуги на 3 см, селезінка - на 2 см. Який стан розвинувся у хворой?

А. Інфекційний ендокардит

- Б. Загострення ревматизму
- В. Тромбоцитопенічна пурпура
- Г. Мікротромбоваскуліт
- Д. Гострий лейкоз

10. Хворий М., 21 р., скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, що супроводжується нападаподібним сухим кашлем. Об'єктивно виявлено розширення судинного пучка легеневої артерії. Аускультативно визначається грубий систолічний шум в 4-му міжребір'ї біля грудини зліва (у пахвинну ділянку не проводиться); акцент II т. на легеневій артерії. При УЗД перерва ехосигналу міжшлуночкової перетинки. Ваш діагноз?

- А. Стеноз вустя аорти
- Б. Дефект міжпередсердної перетинки
- В. Недостатність трикуспідального клапану
- Г. Дефект міжшлуночкової перетинки**
- Д. Стеноз легеневої артерії

11. Набуті вади серця зумовлені:

- А. Ревматизмом.
- Б. Інфекційним ендокардитом.
- В. Сифілісом, атеросклерозом.
- Г. Травмою.
- Д. *Всім перерахованим.

12. Набуті вади серця зумовлені:

- А. Інфекційним міокардитом.
- Б. Перикардитом.
- В. Недостатністю кровообігу.
- Г. Гіпертонічною хворобою.
- Д. *Травмою.

13. Яке з перерахованих захворювань є найчастішою причиною недостатності мітрального клапана?

- А. *Ревматизм.
- Б. Інфекційний ендокардит.
- В. Сифіліс.
- Г. Атеросклероз.
- Д. Травми.

14. Хворі з недостатністю мітрального клапана скаржаться:

- А. Задишка.
- Б. Серцебиття.
- В. Кашель.
- Г. Набряки.
- Д. *Всі перераховані.

15. Хворі з недостатністю мітрального клапана скаржаться:

- А. Ядуху.
- Б. Кровохаркання.
- В. Болі в області серця.
- Г. Важкість болі в правому підребер'ї.
- Д. *Всі перераховані.

16. Набуті вади серця це:

- А. Вроджені морфологічні зміни клапанного апарату, перегородок серця і від ходячих від

нього великих судин.

Б. *Набуті морфологічні зміни клапанного апарату серця і відходячих від нього великих судин.

В. Гіперфункція і гіпертрофія лівого шлуночку.

Г. Жодне з перерахованих.

Д. Всі перераховані.

17. Для недостатності мітрального клапана характерно все, крім:

А. Акроціаноз.

Б. *Діастолічний шум.

В. Серцевий горб.

Г. Серцевий поштовх справа від грудини.

Д. Посилений і розлитий серцевий горб.

18. Границі серця при недостатності мітрального клапану зміщені:

А. Вниз і вліво.

Б. Вниз.

В. *Вліво, вверху і вправо.

Г. Вверху і вліво.

Д. Все правильно.

19. Ознаками недостатності мітрального клапану є всі, крім:

А. *Акцент I тону над верхівкою серця.

Б. Систолічний шум над верхівкою.

В. Акцент II тону над легеневою артерією.

Г. Розщеплення II тону над легеневою артерією.

Д. На ЕКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночку і передсердя.

20. Ехокардіографічними ознаками недостатності мітрального клапану є всі, крім:

А. Відсутність періоду повного змикання стулок мітрального клапану.

Б. Ознаки розширення порожнини лівого шлуночку.

В. Ознаки збільшення порожнини лівого шлуночку.

Г. *Однонаправленість руху обох стулок мітрального клапану.

Д. Збільшення амплітуди руху передньої стулки мітрального клапану.

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.

2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.

4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.

Додаткова:

ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.

Електронні інформаційні ресурси:

<https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/vnutrishnya-meditsina/2-rozdil-zakhvoriuvannia-sertsia-ta-sudyn/2-5-infektsijnij-endokardit/>

<https://www.rheumatology.kiev.ua/article/8342/infektsijnij-endokardit-rekomendacii-z-profilaktiki-diagnostiki-ta-likuvannya-infektsijnogo-endokarditu>

Практичне заняття № 7

Тема: Міокардити. Кардіоміопатії.

Мета: пояснити суть міокардитів, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики. Пояснити суть кардіоміопатій, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: гострий міокардит, підгострий міокардит, хронічний міокардит, серцева недостатність; дилатаційна кардіоміопатія, гіпертрофічна кардіоміопатія.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття міокардит.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація поняття міокардиту.
- Основні клінічні ознаки міокардиту.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.
- Дайте визначення поняття кардіоміопатія.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація поняття кардіоміопатій.
- Основні клінічні ознаки кардіоміопатій.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Клінічна задача №1.

У хворого 53 років після перенесеного грипу збільшилися загальна слабкість, задишка, серцебиття, кардіалгії. Об-но: температура - 37,4 ° С, пульс - 110 уд. / хв. Розміри серця збільшені в діаметрі, екстрасистоля, тони глухі. У нижніх відділах легенів - вологі хрипи. Печінка болюча, виступає на 6 см з підребер'я. ШОЕ - 32 мм / год, СРБ (+++), ЕКГ - дифузні зміни міокарда.

Ваш діагноз?

Клінічна задача №2.

Хворий Т., 16 років, госпіталізований зі скаргами на виражений задишку, серцебиття, збільшення живота, загальну слабкість. З анамнезу життя: 8 місяців тому раптово помер його 17-річний брат. Об'єктивно: значне відставання у фізичному розвитку, шкіра бліда, при

аускультатії в легенях нижче кутів лопаток дихання відсутнє; тони серця ослаблені, вислуховуються систолічний шум з епіцентром у точці Боткіна, ЧСС - 130 за 1 хв; асцит. Рентгенологічно: ознаки кардіомегалії, наявна рідина в обох плевральних порожнинах. ЕхоКГ: фракція викиду - 27%, діаметр лівого шлуночка ~ 9см, товщина задньої стінки лівого шлуночка - 0,65 см.

Найбільш ймовірний діагноз?

Тести:

1. На фоні інфекційного захворювання або впливу неінфекційного фактору найбільш вірогідною ознакою міокардиту є:

- А) Прискорена ШОЕ
- Б) Поява "С" реактивного білка
- В) Лейкоцитоз
- Г) **Зміни ЕКГ**

2. Специфічними змінами для міокардита на ЕКГ є:

- А) Порушення провідності на різних рівнях провідної системи
- Б) Синусова тахікардія
- В) Ектопічні ритми
- Г) Миготлива аритмія
- Д) **Специфічні порушення ритму та провідності відсутні**

3. Для верифікації діагнозу міокардита використовують ендоміокардіальну біопсію, при цьому:

- А) Позитивні результати підтверджують діагноз
- Б) Негативні результати включають діагноз
- В) **Остаточний діагноз повинен базуватися на даних всіх загальноклінічних та додаткових досліджень**

4. Далаські критерії міокардиту враховують:

- А) Клінічні дані
- Б) Результати ЕКГ
- В) Результати ультразвукового дослідження серця
- Г) Результати рентгенологічного дослідження органів
- Д) **Дані ендоміокардіальної біопсії**

5. Біоптат для дослідження одержують:

- А) З верхівки серця
- Б) З лівого передсердя
- В) З правого передсердя
- Г) З міжшлуночкової перетинки зліва
- Д) **З міжшлуночкової перетинки справа**

6. Критерії діагностики ідіопатичної ділятаційної кардіоміопатії:

- А) Ехокардіографічні параметри
- Б) Ендоміокардіальна біопсія
- В) Сцинтиграфія міокарда
- Г) **Діагноз встановлюється методом виключення відомих захворювань, які викликають прогресуючу ділятацію камер серця**
- Д) Рентгенологічні дослідження

7. "Фактори ризику раптової смерті (РС) при гіпертрофічній кардіоміопатії: 1. Молодий вік. 2. Синкопальні стани в анамнезі. 3. Випадки РС родичів. 4. Значний градієнт тиску. 5. Шлуночкова тахікардія в анамнезі

- А) Правильно 2,3,5
- Б) Правильно 2,3,4
- В) Правильно 3,5
- Г) **Правильно 1,2,3,4,5**

8. Біоптат для дослідження отримують:

- А) 3 верхівки серця
- Б) 3 лівого передсердя
- В) 3 правого передсердя
- Г) 3 міжшлуночкової перетинки зліва
- Д) **3 міжшлуночкової перетинки справа**

9. Класифікація гіпертрофічної кардіоміопатії (по НУНА) по градієнту тиску: 1. I ступінь - до 25 мм рт.ст. 2. II ступінь - до 36 мм рт.ст. 3. III ступінь - до 44 мм рт.ст. 4. IV ступінь - до 80 мм рт.ст

- А) Все правильно
- Б) **Правильно 1,2,3**
- В) Правильно 1,2,4
- Г) Правильно 1,2
- Д) Правильно 2,3,4

10. Яке порушення ритму частіше зустрічається при гіпертрофічній кардіоміопатії:

- А) **Миготіння передсердь, синдром передзбудження шлуночків, пароксизм шлуночкової тахікардії**
- Б) Синдром передзбудження шлуночків, пароксизм шлуночкової тахікардії, синусова брадікардія
- В) Миготіння передсердь
- Г) Синусова брадікардія, вузлова екстрасистолія
- Д) Миготіння передсердь, пароксизм шлуночкової тахікардії, вузлова екстрасистолія

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.

Додаткова:

Електронні інформаційні ресурси:

- <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/vnutrishnya-meditsina/2-rozdil-zakhvoriuvannia-sertsia-ta-sudyn/2-6-nekoronarni-hvorobi-sertsya/>

Тема: Перикардити.

Мета: пояснити суть перикардитів, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: серцева недостатність, сухий перикардит, ексудативний перикардит, констриктивний перикардит, тампонада серця, серцева недостатність.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття перикардитів.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація кардіоміопатій, перикардитів.
- Основні клінічні ознаки кардіоміопатій, перикардитів.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Клінічна задача №1.

Хворий Т., 16 років, госпіталізований зі скаргами на виражений задишку, серцебиття, збільшення живота, загальну слабкість. З анамнезу життя: 8 місяців тому раптово помер його 17-річний брат. Об'єктивно: значне відставання у фізичному розвитку, шкіра бліда, при аускультатії в легенях нижче кутів лопаток дихання відсутнє; тони серця ослаблені, вислуховуються систолічний шум з епіцентром у точці Боткіна, ЧСС - 130 за 1 хв; асцит. Рентгенологічно: ознаки кардіомегалії, наявна рідина в обох плевральних порожнинах. ЕхоКГ: фракція викиду - 27%, діаметр лівого шлуночка ~ 9см, товщина задньої стінки лівого шлуночка - 0,65 см. Який найбільш ймовірний діагноз.

Клінічна задача №2.

Хворий поступив в клініку зі скаргами на відчуття здавлювання в області серця, задишку, слабкість. В анамнезі перебуває на обліку в тубдиспансері.

Об'єктивно: ціаноз, розширення підшкірних вен, асцит, набряки на ногах, пульсація вен шиї. Пульс слабого наповнення і напруги, на вдиху наповнення пульсу зменшується, межі серця не розширені. Верхівковий поштовх не визначається. Тони серця приглушені. Шумів немає. У легенях дихання ослаблене в нижніх відділах. Печінка збільшена на 5 см. Перкуторно в черевній порожнині визначається рідина (асцит). АТ-90/60, ВД-30 мм.вод.ст загальний білок плазми крові-20г / л. Рентгенологічно - вибухання верхньої порожнистої вени (збільшена 1 дуга по правому контуру серця. Відкладення вапна в перикарді. В плевральних порожнинах випіт. Ваш попередній діагноз? Методи діагностики? Лікування?

Тести:

1. Біоптат для дослідження одержують:

- А) З верхівки серця
- Б) З лівого передсердя
- В) З правого передсердя
- Г) З міжшлуночкової перетинки зліва
- Д) З міжшлуночкової перетинки справа

2. Яка ознака найбільш характерна для серцевої недостатності, що обумовлена ексудативним

перикардитом?

А Кардіомегалія.

Б *Характерна поза з нахилом тіла вперед або колінно-ліктьове положення.

В Відсутність шумів в серці.

Г Асцит.

Д набряки.

3. Для ексудативного перикардиту характерно:

А Зглаженість дуг.

Б Пониження пульсації контурів.

В Переважання поперечника над довжиною серця.

Г Укорочення судинного пучка.

Д *Все перераховане.

4. Показання до проведення пункції перикарда:

А Тампонада серця.

Б Підозра на гнійний процес.

В Сповільнення розсмоктування ексудату.

Г Діагностична пункція.

Д *Все перераховане.

5. Ваша тактика при перикардитах неясного генезу:

А Пробне протиревматичне лікування.

Б Лікування антибіотиками широкого спектру дії.

В Пробне лікування протитуберкульозними препаратами.

Г *Пробне лікування кортикостероїдами.

Д Лікування нестероїдними протизапальними препаратами.

6. Підйом сегмента ST – характерна ознака:

А Сухого перикардиту.

Б Ексудативного перикардиту.

В Констриктивного перикардиту.

Г *Всіх варіантів перикардиту.

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. - К., 2019. - С. 500- 507.

2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.

4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.

5. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.

6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Додаткова:

3. ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/vnutrishnya-meditsina/2-rozdil-zakhvoriuvannia-sertsia-ta-sudyn/2-6-nekoronarni-hvorobi-sertsya/>

Практичне заняття № 9

Тема: Порушення провідності серця. Порушення ритму серця

Мета: пояснити суть порушень ритму серця, та провідності серця, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: брадикардія, суправентрикулярна тахікардія, тріпотіння передсердь, фібриляція передсердь, суправентрикулярна екстрасистоля, шлуночкова екстрасистоля, шлуночкова тахікардія, фібриляція шлуночків, СА-блокади, АВ-блокади, блокади пучка Гіса, серцева недостатність.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття порушень ритму серця, та провідності серця.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація порушень ритму серця, та провідності серця. Основні клінічні ознаки порушень ритму серця, та провідності серця.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.
- Принципи немедикаментозного лікування порушень ритму серця, та провідності серця
- Принципи медикаментозного лікування порушень ритму серця, та провідності серця

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):
Клінічна задача №1.

Хворий 55 років, який хворіє на дилатаційну кардіоміопатію, вночі раптово виник напад сильного серцебиття. Під час обстеження стан хворого середньої важкості, шкіра бліда, акроціаноз губ. АТ - 90/60 мм рт.ст. ЕКГ: ЧСС - 160 за хв. Комплекси QRS розширені та деформовані (QRS = 0,14с). Яке порушення серцевого ритму виникло у хворого?

Клінічна задача №2.

У хлопчика 7 років періодично спостерігаються запаморочення, втрата свідомості, біль у грудях, напади серцебиття, непереносимість фізичного навантаження. Об'єктивно: шкіра бліда, тахікардія. На ЕКГ: дельта-хвиля та основний зубець комплексу QRS спрямовані донизу у відведеннях V1, V2 та уверх у лівих грудних відведеннях, пучок Кента розташований праворуч.

Питання:

- Встановити діагноз.
- Провести диференційну діагностику з синдромом укороченого інтервалу P-Q.

Тести:

1. У 55-річного хворого з артеріальною гіпертонією (АТ - 150/110 мм рт. ст., ЧСС-100/хв.) при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ФК, часті надшлуночкові екстрасистоли, СН І. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертонії ?

- А. Гіпотіазид
- В. Ніфедипін
- С. Празозин
- Д. *Атенолол**
- Е. Клофелін

2. У підлітка 15 років при обстеженні в військкоматі виявлено інтервальний систолічний шум на верхівці серця, акцент ІІ тону над легеневою артерією, тахікардію. Який із додаткових методів обстеження є найбільш інформативним для встановлення діагнозу?

- А.*Ехокардіографія.**
- В. Електрокардіографія.
- С. Рентгенографія.
- Д. Фонокардіографія.
- Е. Реографія

3. Пацієнт 65 років, який переніс рік тому великовогнищевий інфаркт міокарда, відзначає перебої в роботі серця при фізичному навантаженні. При огляді в положенні пацієнта сидячи зафіксовано 6 екстрасистол в 1 хв, після 15 присідань - 10. На ЕКГ позачергові комплекси QRS - 0,14 с, Чжи-88 в 1 хв. Для корекції аритмії слід призначити:

- А. Лідокаїн
- В. Пропафенон
- С. *Метопролол**
- Д. Етацизин
- Е. Немає необхідності в призначенні антиаритмічного препарату

4. У хворій 34 років відмічається задишка, серцебиття, пітливість, стомлюваність, тремор, кінцівок, безсоння. За останній місяць схудла на 10 кг. На ЕКГ – миготлива аритмія, тахісистолічна форма (ЧСС – 105 у хвилину). Який механізм ушкодження серця в даному випадку:

- А. Постміокардитичний кардіосклероз.
- В. Запальне пошкодження міокарда.
- С. *Токсична дія на міокард надлишку тиреоїдних гормонів.**
- Д. Атеросклеротичний кардіосклероз.
- Е. Пухлинний процес (міксوما) у лівому передсерді.

5. Хвора 28 років скаржиться на стомлюваність, плаксивість, схуднення, перебої в роботі серця. Хвора 5-6 років, симптоми наростали поступово. Хвора зниженого харчування, очні щілини розширені, позитивні симптоми Штельвага, Грефе, Еленека. Щитовидна залоза збільшена до 3 ступеня, гладка, безьолезненная, помірно рухома. Пульс аритмічний, 95 в хв., Дефіцит - 20. АТ - 140/90 мм рт.ст. Тони серця ясні, аритмічний. Печінка - +2 см, край рівний, гладкий. На ЕКГ: ЧСС - 115 в хв., Мерехтіння передсердь. Обрати препарат для лікування аритмії:

- А. Рітмілен
- В. Дигоксин.
- С. Новокаинамид.
- Д. Хінідин.
- Е. *Анаприлін.**

4. Періоди Самойлова-Венкебаха спостерігаються при:
А. внутрішньопередсердній блокаді Б. неповній а-в блокаді I ступеню
В. **неповній а-в блокаді II ступеню**
Г. повній а-в блокаді
Д. внутрішньошлуночкової блокаді

5. Яка ознака на ЕКГ спостерігаються при синдромі Романо-Уорда?
А. **подовження інтервалу Q-T більше 10%**
Б. скорочення інтервалу P-Q менше 0,12с
В. розширення комплексу QRS більше 0,12с
Г. подовження інтервалу P-Q більше 0,2с
Д. зміщення ST-сегменту нижче ізоелектричної лінії

6. Яка ознака на ЕКГ є найбільш характерною для синдрому WPW?
А. **скорочення інтервалу P-Q менше 0,12 сек**
Б. розширення комплексу QRS
В. подовження інтервалу P-Q більше 0,2 сек
Г. фібриляція передсердь
Д. фібриляція шлуночків

7. У підлітка 15 років при обстеженні в військкоматі виявлено інтервальний систолічний шум на верхівці серця, акцент II тону над легеневою артерією, тахікардію. Який із додаткових методів обстеження є найбільш інформативним для встановлення діагнозу?

А. ***Ехокардіографія.**
Б. Електрокардіографія.
В. Рентгенографія.
Г. Фонокардіографія.
Д. Реографія

10. Чоловік 57 років скаржитися на задишку, набряки на гомілкях, "перебої" в роботі серця, біль в лівій половині грудної клітини з іррадіацією в ліву лопатку. Лікування малоефективно. Об'єктивно: тони серця глухі, м'який систолічний шум на верхівці, пульс - 100 / хв., Аритмічний, АТ - 115/75 мм рт.ст. Печінка +2 см, болюча. Рентгеноскопія: тінь серця розширена на всі боки, пульсація млява. ЕКГ: лівощлуночкова екстрасистолія, знижений вольтаж. Який першочерговий метод дослідження необхідний для визначення діагнозу?

А. Коронарографія
Б. Велоергометрія
В. Рентгенокімографія
Г. ЕКГ в динаміці
Д. *** Ехокардіографія**

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини,

2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 - 480.

Додаткова:

4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінцицький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.

Додаткова:

- ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

Електронні інформаційні ресурси:

- <https://compendium.com.ua/uk/tutorials-uk/vnutrishnya-meditsina/2-rozdil-zakhvoriuvannia-sertsia-ta-sudyn/2-6-nekoronarni-hvorobi-sertsya/>

Практичне заняття № 10

Тема: Гостра серцева недостатність (ГСН). Хронічна серцева недостатність (ХСН).

Мета: пояснити суть гострої серцевої недостатності, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики. Пояснити суть хронічної серцевої недостатності, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики. Вивчити сучасні принципи доказової медицини, рівні доказовості і ступені рекомендацій, джерела доказової інформації; технології пошуку, аналізу та узагальнення науково-медичної інформації з позицій доказової медицини; сучасні принципи доказової профілактики та скринінгу.

Основні поняття: гостра серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, набряк легень, артеріальна гіпертензія, інфаркт міокарду, хронічна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, атеросклероз, артеріальна гіпертензія, доказова медицина, рівень доказовості, клінічне випробування, клінічне дослідження, клінічні дані, рандомізація, індекс цитованості, плацебо.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття.

План:

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

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

- Дайте визначення поняття гостра серцева недостатність.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація поняття гостра серцева недостатність.
- Основні клінічні ознаки гостра серцева недостатність.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.
- Дайте визначення поняття хронічної серцевої недостатності.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація хронічної серцевої недостатності.
- Основні клінічні ознаки хронічної серцевої недостатності
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Клінічна задача №1.

В стаціонарі знаходиться хлопчик 6 місяців. Мати скаржиться на відмову від їжі, слабкість, сонливість дитини. Об'єктивно: ціаноз, шумне дихання, периферичні набряки, гепатоспленомегалія, розширення границь серцевої тупості, тахікардія, ритм галопу, глухість тонів серця, хрипи в нижніх відділах легенів. На ЕКГ: перенавантаження лівого шлуночку, ішемія міокарду. На ЕхоКГ: збільшення лівих відділів серця, зниження фракції викиду.

Питання:

1. Встановити діагноз.
2. Невідкладна допомога при даному захворюванні.

Клінічна задача №2.

У хлопця 22 років з'явилась слабкість, погана переносимість фізичного навантаження, потім став скаржитися на біль у животі, набряки. Об'єктивно: хрипи в легенях, асцит. На ЕхоКГ: збільшення лівих відділів серця, низька фракція викиду.

Питання:

1. Встановити діагноз.

Які препарати застосовуються для інфузійної терапії при цьому захворюванні?

Клінічна задача №3.

Хворий К., 38 років, шахтар за професією, під час планового медичного огляду пред'явив скарги на появу задишки при значному фізичному навантаженні. З медичної книжки встановлено, що він страждає вродженим пороком серця. До цього часу ніяких скарг не пред'являв. Об'єктивно: хворий високого зросту, астеничної статури. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки чисті, рожеві. Межі серця розширені вліво і донизу, серцевий поштовх добре виражений. При аускультатії на грудині вислуховується систолічний шум, який поширюється по всій грудній клітці. При пальпації виявляється симптом «котячого муркотіння». Другий тон на аорті ослаблений. АТ 110/85 мм рт. ст., пульс 60 хв-1. З боку інших органів істотних змін не виявлено. Яка форма серцевої недостатності (за виникнення і характеру течії) є у хворого? Яка стадія серцевої недостатності по Нью-Йоркської функціональної класифікації у пацієнта? Як пояснити розширення меж серця у хворого? Яка стадія гіпертрофії міокарда у хворого? Які механізми забезпечують гіпертрофію міокарда в цю стадію, і яка їхня доцільність?

Клінічна задача №4.

Хвора А., 63 років, пред'являє скарги на задишку при незначному фізичному навантаженні, напади задухи ночами, що супроводжуються кашлем з невеликою кількістю рідкої прозорої мокротиння. Об'єктивно: шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді з ціанотичним відтінком. Частота дихання - 26 хв-1, пульсу - 95 хв-1. Хвилинний обсяг серця - 3,2 л. Межі серця зміщені вліво. Артеріальний тиск 100/70 мм рт. ст. Яка форма серцевої недостатності (за виникнення і перебігу) у хворого? Яка стадія серцевої недостатності по Нью-Йоркської функціональної класифікації має місце у пацієнта? Який етап хронічної серцевої недостатності спостерігається у хворого?

Тести:

1. "Найпоширенішими етіологічними факторами серцевої недостатності є:"

- А. Артеріальна гіпертензія
- Б. ІХС і артеріальна гіпертензія
- В. Кардіоміопатія
- Г. Вади серця

2. "Патофізіологічна суть рефлексу Китаєва:"

- А. Збільшення тиску і лівому передсерді призводить до збільшення опору судин малого кола

кровообігу

Б. Збільшення тиску і лівому передсерді призводить до збільшення опору судин великого кола кровообігу

В. Збільшення тиску і лівому передсерді призводить до зменшення опору судин малого кола кровообігу

Г. Збільшення тиску і лівому передсерді призводить до зменшення опору судин малого кола кровообігу і збільшення опору судин великого кола кровообігу

3. "Лабораторні методи дослідження, які є обов'язковими під час ведення хворих із серцевою недостатністю:"

А. Загальний аналіз крові

Б. Аналіз крові на катехоламіни

В. Аналіз крові на ангіотензин II

Г. Аналіз крові на ренін

Д. Аналіз крові на креатинін

Е. Аналіз крові на білірубін

4. "Найбільш достовірним показником функціонального стану лівого шлуночка при катетеризації серця є рівень:"

А. Системного артеріального тиску

Б. Центрального венозного тиску

В. Кінцево-діастолічного тиску

Г. Тиску в легеневій артерії

Д. Хвилинного об'єму кровообігу

5. "Обов'язкові діагностичні критерії серцевої недостатності:"

А. Наявність задишки, втоми і ознак застою у спокої або при фізичному навантаженні

Б. Порушення глобальної функції міокарду у стані спокою при ехокардіографічному дослідженні

В. Відповідь на застосування діуретиків та інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту

Г. Регіонарні порушення скоротливості міокарда за даними ехокардіографії

6. "Проти діагнозу серцевої недостатності свідчать:"

А. Відсутність симптомів у спокої

Б. Нормальний рівень натрійуретичного пептиду

В. Відсутність ознак систолічної дисфункції міокарда при ехокардіографічному дослідженні

Г. Відсутність кардіомегалії на рентгенограмі

Д. Наявність гіпертрофії лівого шлуночка

7. Поява ритму галопа з третім тоном серця найбільш характерна для:"

А. Стенозу гирла аорти

Б. Мітрального стенозу

В. Легеневої гіпертензії

Г. Лівошлуночкової недостатності

8. "Гостра лівошлуночкова недостатність II класу за Кілліпом при інфаркті міокарда асоціюється з такими змінами:"

А. Відсутність ознак насосної серцевої недостатності

Б. Вологі хрипи в легенях, ритм галопа, рентгенологічні ознаки серцевої недостатності

В. набряк легенів

Г. Кардіогенний шок

9. "Гостра лівошлуночкова недостатність III класу за Кілліпом при інфаркті міокарда асоціюється з такими змінами:"

- А. Відсутність ознак насосної серцевої недостатності
- Б. Вологі хрипи в легенях, ритм галопа, рентгенологічні ознаки серцевої недостатності
- В. набряк легенів
- Г. Кардіогенний шок

10. "З метою корекції післяінфарктної систолічної дисфункції лівого шлуночка оптимальним є застосування такого поєднання препаратів:"

- А. Статини та інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту
- Б. Статини і бета-блокатори
- В. Інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту і бета-блокатори
- Г. Інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту і серцеві глікозиди
- Д. Інгібітори ангіотензин-перетворюючого ферменту і антагоністи рецепторів ангіотензину II

11. "Найпоширенішими етіологічними факторами серцевої недостатності є:"

- А. Артеріальна гіпертензія
- Б. ІХС і артеріальна гіпертензія**
- В. Кардіоміопатія
- Г. Вади серця

12. "Серцева недостатність II функціонального класу за NYHA асоціюється з такими змінами:"

- А. Задишка або втома при мінімальних фізичних навантаженнях
- Б. Задишка або втома при менших за звичайні фізичних навантаженнях
- В. Задишка або втома при звичайних фізичних навантаженнях**
- Г. Дистанція 6-хвилинної ходьби 150-300 м
- Д. Дистанція 6-хвилинної ходьби 301-425 м**
- Е. Максимальне споживання кисню 15-20 мл/кг/хв**

13. "Лабораторні методи дослідження, які є обов'язковими під час ведення хворих із серцевою недостатністю:"

- А. Загальний аналіз крові**
- Б. Аналіз крові на катехоламіни
- В. Аналіз крові на ангіотензин II
- Г. Аналіз крові на ренін
- Д. Аналіз крові на креатинін**
- Е. Аналіз крові на білірубін

14. "Кардіоторакальний індекс менше 50 може зустрічатися у таких випадках:"

- А. У хворих із систолічною дисфункцією лівого шлуночка
- Б. У хворих із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка**
- В. На фоні вираженої недостатності мітрального клапана
- Г. На фоні аортальної недостатності

15. "Обов'язкові діагностичні критерії серцевої недостатності:"

- А. **Наявність задишки, втоми і ознак застою у спокої або при фізичному навантаженні**
- Б. Порушення глобальної функції міокарду у стані спокою при ехокардіографічному дослідженні**
- В. Відповідь на застосування діуретиків та інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту
- Г. Регіонарні порушення скоротливості міокарда за даними ехокардіографії

16. "Диференціально-діагностичні критерії, які свідчать про високу імовірність гострої лівошлуночкової недостатності, а не тромбоемболії легеневої артерії:"

- А. Експіраторна задишка

- Б. Застійні хрипи в легенях**
- В. Зміщення електричної осі серця вправо
- Г. Синдром "QIII-SI"
- Д. Дилатація правого шлуночка
- Е. Дилатація лівого шлуночка**

17. "Характерні особливості систолічного варіанту серцевої недостатності:"

- А. Зниження фракції викиду лівого шлуночка менше 55%**
- Б. Дилатація лівого шлуночка**
- В. Нормальний тип діастолічної функції лівого шлуночка
- Г. Дилатація правого шлуночка

18. "Обов'язкові інструментальні методи обстеження хворих із серцевою недостатністю:"

- А. ЕКГ у 12 відведеннях**
- Б. Ехокардіографія**
- В. Велоергометрія
- Г. Холтеровське моніторування ЕКГ
- Д. Стрес-ехокардіографія з добутамином

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2017. - С. 473 -480.
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.

Практичне заняття № 11

Тема: Принципи доказової медицини. Сучасні клінічні дослідження. Особливості діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів у людей похилого віку. Невідкладні стани в контексті невиліковного захворювання. Ожиріння та його наслідки

Мета: засвоїти особливості діагностики та лікування людей похилого віку, обумовлені віковими змінами в організмі та частою коморбідністю, а також освоїти особливості ведення пацієнтів з невиліковними захворюваннями, ожиріння, зайва вага, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, атеросклероз, подагра, неалкогольна жирова хвороба печінки.

Основні поняття: обмін речовин у похилому віці, коморбідна патологія, дія ліків, невідкладний стан, невиліковне захворювання.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття,

мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

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

1. Метаболізм ліків в старечому організмі.
2. Вікові зміни серцево-судинної системи.
3. Особливості перебігу артеріальної гіпертензії у людей похилого та старечого віку.
4. Фактори ризику та профілактика ішемічної хвороби серця в похилому віці.
5. Клініка приступу стенокардії, його особливості в старечому віці. Лікування ІХС.
6. Особливості перебігу інфаркту міокарда у хворих похилого віку.
7. Типова ЕКГ-діагностика інфаркту міокарда.
8. Ускладнення інфаркту міокарда, характерні для хворих похилого віку. Лікування інфаркту міокарда.
9. Особливості розвитку та принципи лікування недостатності кровообігу в геріатрії.
10. Вікові зміни системи кровотворення.
11. Етіологія і патогенез анемії в похилому віці.
12. Діагностичні критерії залізодефіцитної анемії в старечому віці. Основні принципи лікування.
13. Клінічні симптоми ожиріння
14. Етіологічний фактор первинного ожиріння
15. Профілактика ожиріння
16. Лікування ожиріння
17. Що таке доказова медицина? Дайте визначення поняття.
18. Передумови виникнення доказової медицини
19. Поняття «золотого стандарту» клінічного випробування
20. Ознаки коректно проведених клінічних досліджень
21. Існуюча ієрархія клінічних досліджень за достовірністю їх результатів
22. Методика формулювання клінічного запитання
23. Назвіть найкращі доступні бази клінічних даних
24. Як оцінювати доказову силу рекомендацій у відповідності до їх класу та рівня доказовості?
25. Переваги доказової медицини
26. Визначення РКІ(рандомізованогоподвійного засліпленого плацебоконтрольованого дослідження)
27. Що таке первинні та вторинні кінцеві точки, істинні і сурогатні критерії, їх переваги та недоліки
28. Що таке систематичний огляд, його переваги та недоліки

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

Завдання 1.

Хвора Л., 32 років. Скаржиться на надлишкову масу тіла, підвищену стомлюваність, періодичний біль в правому підребер'ї, що посилюється після прийому їжі. Апетит нормальний. Обмеження в харчуванні переносить добре.

Маса тіла значно збільшилася 5 років тому після пологів. Схильна до повноти з дитинства. Розвивалася нормально. Менструації з 15 років, регулярні. Любить борошняні вироби, солодощі. Батько і мати страждають повнотою.

Об'єктивно: Зріст - 168 см, маса тіла - 96 кг. Розподіл підшкірної жирової клітковини рівномірний. Шкіра звичайного кольору і вологості. Пульс - 78 в I хв, ритмічний. АТ -135/80 мм. рт. ст. Ліва межа відносної серцевої тупості в V міжребер'ї назовні від середньоключичної лінії. Тони серця ослаблені. Дихання везикулярне. Нижній край печінки виступає з-під реберної дуги на 2 см, болючий. Симптом Ортнера позитивний. Вторинні статеві ознаки розвинені нормально. Щитовидна залоза не збільшена.

Додаткові дослідження: ОГТТ: натщесерце глюкоза капілярної крові - 5,6 ммоль / л, через 2 год-5,8 ммоль / л. Ліпидограма: підвищення загального холестерину, тригліцеридів, зниження ліпопротеїдів високої щільності.

Запитання і завдання:

1. Поставте і обґрунтуйте діагноз.
2. Назначте дієтотерапію. Розрахуйте енергетичну цінність, кількісний і якісний склад добового раціону харчування.

Тести

1. Напад стенокардії у літніх характеризується:

- а) вираженими больовими відчуттями.
- б) + незвичайної іррадіацією і згладженістю больових відчуттів.
- в) вираженою вегетативної реакцією
- г) яскравим емоційним забарвленням д) сильними больовими відчуттями

2. Наявність двох і більше захворювань у пацієнта це:

- а) полірагмазія
- б) + поліморбідність
- в) поліетіологічність.
- г) атиповість
- д) поліпатогенність

3. Недостатність кровообігу в літньому віці пов'язана з:

- а) + утворенням атеросклеротичних бляшок
- б) підвищенням тону судин
- в) з вкороченням судин
- г) погіршенням самообслуговування
- д) розвитком колатералей

4. Вкажіть один з найбільш ранніх симптомів, що свідчать про передозування серцевих глікозидів:

- а) + блювота
- б) гінекомастія
- в) слабкість синусового вузла
- г) порушення атріовентрикулярної провідності
- д) біль за грудиною

5. Який вид медичної допомоги є найбільш прийнятним для хронічних хворих 80 років і старше?

- а) стаціонарне лікування
- б) санаторно-курортне лікування
- в) + організація довготривалої допомоги на дому
- г) щорічні профілактичні огляди в поліклініці
- д) стаціонарне і санаторно-курортне лікування

6. Зміни ендокринної системи при ожирінні виявляються усім перерахованим, крім:

- а) порушення вуглеводного обміну аж до розвитку цукрового діабету
- б) порушення менструального циклу
- в) безпліддя
- г) переважного розвитку 1 типу цукрового діабету
- д) підвищеної частоти загибелі плоду в різні терміни вагітності

7. Гіпоталамо-гіпофізарне ожиріння характеризується всім перерахованим, крім:

- а) швидкого надмірного наростання протягом декількох місяців маси тіла

- б) булемії
- в) полідипсії
- г) симптомів органічного ураження ЦНС
- д) повільного наростання маси тіла

8. Ожиріння є фактором ризику розвитку всіх перерахованих захворювань, крім:

- а) цукрового діабету
- б) ішемічної хвороби серця
- в) гіпертонічної хвороби
- г) гіпотонії

9. Дієта хворих на ожиріння включає все перераховане, крім:

- а) зменшення кількості вуглеводів для зниження калорійності їжі
- б) достатнього вмісту білків для попередження білкового голодування і зниження почуття голоду
- в) зниженого змісту білків
- г) жирів переважно рослинного походження
- д) вітамінів і мікроелементів в межах фізіологічних норм

10. Хворим на ожиріння рекомендується все перераховане, крім:

- а) обмеження калорійності до 1200 ккал на добу
- б) проведення 1-2 рази в тиждень розвантажувальних днів (600-700 ккал на добу) з 5-6-кратним прийомом їжі
- в) проведення розвантажувальних днів з 2-кратним прийомом їжі
- г) обмеження прийому рідини до 1 літра на добу
- д) прийому алкоголю

Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

Основна:

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019.
2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
5. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Додаткова:

- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1936 уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST»
- Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2021 року № 1957 уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої),

третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST»

• ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с

Електронні інформаційні ресурси:

<https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2973><https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2991>

Практичне заняття № 12

Тема: Анемії. Гострі та хронічні лейкої.

Мета: пояснити суть анемій та лейкої, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: постгеморагічна анемія, залізодефіцитна анемія, макроцитарна мегалобласна анемія, гемолітична анемія, анемія хронічного захворювання, гостра мієлобласна лейкої, гостра лімфобласна лейкої, хронічна мієлоцитарна лейкої, хронічна лімфоцитарна лейкої, мієлодиспластичний синдром.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

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

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

- Дайте визначення поняття анемій та лейкої.
- Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
- Сучасна класифікація анемій та лейкої.
- Основні клінічні ознаки анемій та лейкої.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Клінічна задача №1

Хворий Р., 22 роки, знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу гострого гломерулонефриту протягом 7 діб. З анамнезу відомо, що через 10 днів після перенесеної тонзилоектомії у хворого з'явилися скарги на болі в поперековій області, підвищення температури тіла, потемніння сечі, головний біль, запаморочення, слабкість, набряклість обличчя, зменшення кількості сечі. Враховуючі дані скарги хворий був відправлений на стаціонарне лікування. Не дивлячись на лікування стан хворого погіршився: з'явилися сонливість, останні 12 годин сеча не відходить.

Об'єктивно: хворий загальмований, шкіряні покрови бліді, набряклість обличчя, попереку, нижніх кінцівок. Маса тіла – 70 кг. Межі серцевої тупості розширені вліво. Тони серця приглушені, діяльність серця ритмічна, акцент II тону на аорті. ЧСС – 104 ударів в хвилину. АТ 150/104 мм.рт.ст. Перкуторний звук над легеньми ясний легеневий, дихання везикулярне. ЧД – 28 в хвилину. При лабораторному дослідженні в загальному аналізі сечі визначається мікрогематурія, циліндрурія, добова екскреція білка – 4.2 г в добу, в загальному аналізі крові відмічається збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, нормохромна анемія, при дослідженні крові відмічається – гіпоальбумінемія, диспротеїнемія, гіперхолестеринемія, зростання креатинину до 356 мкмоль/л.

Питання.

1. Розрахуйте ШКФ хворого.

2. Чи правильно був виставлений діагноз гострого гломерулонефриту в стаціонарі?

3. Які додаткові методи обстеження допоможуть найбільш точно оцінити стан хворого?
4. Які подальші рекомендовані лікувальні заходи?

Клінічна задача №2

Хвора А, 28 років поступила зі скаргами на болі в суглобах та кістках, підвищення температури до 39,5°C, загальну слабкість, болі в кістках. При огляді: збільшення підщелепних, аксиллярних та надключичних лімфовузлів. Вузли м'які рухливі безболісні. Загальний аналіз крові: ер- $2,9 \cdot 10^{12}/л$, Нб-85 г/л, КП - 0,95, Лейкоцити - $5 \cdot 10^9/л$, тромбоцити-120,0 Г/л, П-2%, С-3%, М-3%, Л-24%, бласти – 25%, ШОЕ-55 мм/год. Який діагноз найбільш ймовірний? Які методи дослідження потрібні для уточнення діагнозу?

Тести:

1. Хвора дитина, 4 роки, кістки черепа чотирьохкутньої форми (баштовидний череп), перенісся сплющене, очні щілини звужені, слабо фізично розвинена, опірність організму до інфекцій знижена, дитина бліда та жовтянична, гепатоспленомегалія. В ЗАК виявлена анемія, кольоровий показник - 0.5. Про яку анемію можна думати, спираючись на данні клінічної картини та ЗАК?
А. Мегалобласна анемія
В. Залізодефіцитна анемія
С. Таласемія
D. Гемолітична анемія
2. Хворий М., 30 років, склери та шкірні покриви жовтяничні, селезінка незначно збільшена, еритроцити - 4,8 Т/л, Нб – 130 г/л, лейкоцити - 7,2 Г/л, ретикулоцити - 20%. Про яку анемію можна думати, спираючись на данні клінічної картини та ЗАК?
А. Залізодефіцитна анемія
В. Мегалобласна анемія
С. Мікросфероцитоз
D. Таласемія
3. Хвора Н., скаржитья на слабкість, нездужання, пощипування та сухість язика, відчуття стороннього тіла в горлі, запаморочення. При огляді шкірні покриви бліді. ЗАК: еритроцити - 2.0 Т/л, Нб - 70 г/л, кольоровий показник - 0,7. Про яку анемію можна думати?
А. Мегалобласна анемія
В. Залізодефіцитна анемія
С. Мікросфероцитарна анемія
D. Гостра постгеморагічна анемія
4. В загальному аналізі крові виявлено: анізоцитоз у бік макро- та мегалоцитів, пойкилоцитоз, наявні тільця Жоллі та кільця Кебота, полісегментарність нейтрофілів. Про яку анемію слід думати?
А. В12-дефіцитна
В. Гостра постгеморагічна
С. Таласемія
D. Апластична
5. Хвора Х, 10 років, поступила в лікарню в тяжкому стані з лихоманкою. В аналізі крові: еритроцити 1,63 Т/л, гемоглобін 60 г/л, КП 0,9, ретикулоцити 0,05 %, лейкоцити 1,8 Г/л, тромбоцити - 15 Г/л. Який діагноз найбільш ймовірний?
А. Мегалобластна анемія
В. Сідероахрестична анемія
С. Апластична анемія
D. Гемолітична анемія

6. У хворой, 27 років, було діагностовано гострий лейкоз. Після 3 тижнів поліхіміотерапії стан пацієнтки погіршився: почалося інтенсивне випадіння волос, збільшилася температура тіла до 39,5°C, з'явилися жовтяниця та вздуття животу. Відбулися зміни в загальному аналізі крові – розвилися лейкопенія, агранулоцитоз та тромбоцитопенія. В посіві крові – бактеріємія. Які терапевтичні заходи доцільно застосувати у зв'язку з наявністю ознак цитостатичної хвороби?

А. Провести курс променевої терапії

Б. Терміново виконати спленектомію

В. Скасувати цитостатики, призначити антибіотики.

Г. Замінити поліхіміотерапію на монотерапію цитостатиком

Д. Провести пересадку кісткового мозку

7. Хворий Р., 23 роки скаржиться на підвищення температури до 38,5°C, загальну слабкість. Об'єктивно: Збільшення підщелепних та аксилярних лімфатичних вузлів. Вузли м'які, еластичні, рухомі, безболісні. Спленомегалія. Загальний аналіз крові: ер – $2,0 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 65 г/л; КП – 0,9, тромбоцити – $35 \cdot 10^9/л$, Л – $3,5 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 4%, лімфоцити – 6%, бласти – 90%, ШОЕ – 70 мм/год. Якого ускладнення НЕ може бути у хворих з гострим лейкозом?

А. кахексія

В. подагра

Г. крововиливи в головний мозок

Д. інфекційні ускладнення

8. Хвора 24 роки скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури до 38°C, болі при ковтанні, кровоточивість ясен, появу висипки на тулубі. Об'єктивно: гіпертрофія мигдаликів, явища виразкового стоматиту та ділянками некрозу; збільшення підщелепних, шийних лімфатичних вузлів. Вузли м'які, еластичні рухомі, безболісні. Загальний аналіз крові: еритроцити – $2,2 \cdot 10^{12}/л$, Нб – 70 г/л; КП – 1, тромбоцити – $70 \cdot 10^9/л$, L – $45 \cdot 10^9/л$: сегментоядерні – 18%, лімфоцити – 42%, бласти – 40%, ШОЕ – 50 мм/год. Яка причина виникнення ангіни у хворого?

А. гіперпластичний синдром

Б. анемічний синдром

В. імунодефіцитний синдром

Г. інтоксикаційний синдром

Д. геморагічний синдром

9. Хворий 20-ти років пройшов курс поліхіміотерапії з приводу гострого лімфобластного лейкозу. Яка морфологічна картина крові може свідчити про настання повної клініко-гематологічної ремісії?

А. Вміст бластних клітин до 15%

Б. Вміст бластних клітин до 1%

В. Вміст бластних клітин до 10%

Г. Вміст бластних клітин до 5%

Д. Відсутність бластних клітин

10. Хворий 35 років, протягом 3 місяців відмічає загальну слабкість, кровоточивість з ясен та періодичні носові кровотечі, підвищення температури тіла до 38°C, сонливість, поганий апетит, зниження маси тіла на 6 кг, нічну пітливість, епізодичне виникнення серцебиття та задишки. Об'єктивно: шкіра бліда, язик сухий, вкритий білим налітом. Пальпуються безболісні шийні та пахвові лімфовузли близько 1,5 см у діаметрі. Пульс – 100/хв., ритмічний. Живіт м'який, дещо болючий в епігастрії. Аналіз крові: еритроцити – $2,7 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобін – 82 г/л, КП – 0,95, лейкоцити $186,0 \cdot 10^9/л$; бласти 72%, паличкоядерні 4 %, сегментоядерні 3 %, еозинофіли 1%, базофіли – 1%, моноцити – 3%, лімфоцити – 16%, тромбоцити – $106 \cdot 10^9/л$. Діагноз?

- А. Гіпопластична анемія.
- Б. Хронічний лімфолейкоз.
- В. Сепсис.
- Г. Хронічний мієлолейкоз.
- Д. Гострий лейкоз.**

11. Хвора, 54 років, потрапила в клініку зі скаргами на повторну носову кровотечу. В анамнезі гіпертонічна хвороба протягом останніх 5 років. Після вимірювання артеріального тиску, в місці накладення манжети миттєво утворився внутрішкір'яний крововилив. Пульс 104/хв., АТ140/80 мм рт. ст. Аналіз крові: еритроцити - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 10^9 г/л, кольоровий показник - 0,96, лейкоцити - $3,9 \times 10^9/л$, бласти – 16%, еозінофіли – 0%, базофіли -0%, нейтрофіли – 45%, лімфоцити – 33%, моноцити – 6%, тромбоцити – $169 \times 10^9/л$, ШОЕ - 33 мм/год. Ваш діагноз?

- А. Гострий лейкоз**
- Б. Геморагічний діатез
- В. Гемолітична анемія
- Г. Хронічний лімфолейкоз
- Д. Хронічний мієлолейкоз

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

- Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
- Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.
- Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.
- Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
- Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.
- Додаткова:
- Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Практичне заняття № 13

Тема: Гемофілії. Тромбоцитопенічна пурпура.

Мета: пояснити суть тромбоцитопеній та гемофілій, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: гемофілія А, гемофілія В, аутоімунна тромбоцитопенія, кровотечі, коагулопатія.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):
 - Дайте визначення лейкемії та гемофілії.
 - Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.
 - Сучасна класифікація лейкемії та гемофілії.
 - Основні клінічні ознаки лейкемії та гемофілії.
 - Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
 - Основні принципи лікування.
 -

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

Задача 1

Хворий скаржиться на свербіж та почервоніння шкірних покривів. Свербіж посилюється, коли пацієнт приймає гарячу ванну. Загальний аналіз крові: еритроцити – $7,2 \cdot 10^{12}$, гемоглобін – 600 г/л, лейкоцити – $13,2 \cdot 10^9$ г/л, еозинофіли – 7%. Який діагноз найбільш ймовірний? Які методи дослідження потрібні для уточнення діагнозу?

Задача 2

У 7-річного хлопчика тривала кровотеча після випадіння зуба. З дитинства схильний до появи синяків при найменшій травмі. Дідусь по материній лінії мав підозру на гемофілію. Які обстеження слід призначити для підтвердження діагнозу?

Задача №3.

Батьки 10-річного хлопчика звернули увагу на точкові крововиливи на шкірі, з'явилися спонтанні носові кровотечі. Загальний стан дитини задовільний, інших скарг немає. Загальний аналіз крові: тромбоцити – $15 \cdot 10^9$ /л, інші показники в нормі. Який діагноз найбільш ймовірний? Яка подальша тактика лікування?

Тести:

1. Який тип кровоточивості спостерігається при ідіопатичній тромбоцитопенічній пурпурі?
 - A. Гематомний
 - B. Петехіально-плямистий
 - C. Ангіоматозний
 - D. Змішаний
 - E. Васкулітно-пурпурний
2. Яке лікування слід призначити пацієнту з гемофілією А?
 - A. Гепарин
 - B. Тромбоконтрат
 - C. Кріопреципітат
 - D. Преднізолон
 - E. Дицинон
3. Який діагноз найбільш ймовірний, якщо в коагулограмі АЧТЧ дорівнює 89 с:
 - A. Геморагічний васкуліт
 - B. Хвороба Верльгофа
 - C. Тромбоцитопатія
 - D. Гіпопластична анемія
 - E. Гемофілія

4. Вміст тромбоцитів у крові складає $47 \times 10^9 / \text{л}$, всі інші показники в межах норми. Який найімовірніший діагноз?

- A. Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура
- B. Гемолітична анемія
- C. Хронічна залізодефіцитна анемія
- D. Гемофілія
- E. Геморагічний васкуліт

5. У підлітка, який хворіє на гемофілію В, гемартроз колінного суглоба. Що слід призначити хворому в першу чергу:

- A. Відмиті тромбоцити
- B. Свіжозаморожену плазму
- C. Суху плазму
- D. Альбумін плацентарний
- E. Амінокапронову кислоту

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

5. Список рекомендованої літератури

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2019. — 680 с., тв. пал., (ст. 5 пр.).
2. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 2: Розділи 9–24: Нац. підруч. для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. — К., 2019. — 584 с. + 6с. кольор. вкл., тв. пал., (ст. 5 пр.).
3. Внутрішня медицина: Підручник. Рекомендовано вченою радою Рівненської медичної академії / Сабадишин Р.О. — 2019. — 528 с., кольор.вид, пал.тв.
4. Внутрішні хвороби: Підручник, заснований на принципах доказової медицини 2018/19 / Керівник проекту Александра Кубец, гол. ред. Адріана Яремчук-Кочмарик, Анатолій Свінцицький; пер. з польск. — Краків: Практична медицина, 2018. — 1632 с.
5. <https://empendium.com/ua/search?q=лейкоз><https://tdmuv.com/kafedra/internal/magistr/>

Практичне заняття № 14

Тема: Лімфоми. Мієломна хвороба.

Мета: пояснити суть лімфом та мієломної хвороби, причини виникнення, роль у етіопатогенезі різноманітних чинників, підходи до діагностики, лікування та профілактики.

Основні поняття: лімфома Ходжкіна, неходжкінські лімфоми, парапротейемії, мієломна хвороба

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор, індивідуальні завдання за темою практичного заняття

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності):
 - Дайте визначення поняття лімфом та мієломної хвороби.
 - Вкажіть основні етіологічні фактори, особливості патогенезу.

- Сучасна класифікація лімфом та тромбоцитопеній.
- Основні клінічні ознаки лімфом та тромбоцитопеній.
- Лабораторне та інструментальне дослідження хворих, інтерпретація отриманих результатів.
- Основні принципи лікування.

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

Клінічна задача №1.

Хворий, 48 р., скаржиться на слабкість, пітливість, інтенсивний свербіж шкіри, лихоманку. Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, шийні лімфовузли – рухомі, щільно-еластичні, розміром приблизно із грецький горіх, безболісні, не спаяні зі шкірою.

Температура тіла 38,3°C. Загальний аналіз крові: еритроцити - $3,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобін - 100 г/л, лейкоцити – $14 \times 10^9/л$, еозинофіли - 6%, базофіли – 3%, паличкоядерні - 11%, сегментоядерні - 69%, лімфоцити – 7%, моноцити - 4%, тромбоцити – $280 \times 10^9/л$, ШОЕ - 37 мм/год.

- Який діагноз є найбільш ймовірним?
- Який план обстеження слід призначити цьому пацієнту?

Клінічна задача №2

Хвора, 54 років, скаржиться на виражений біль у спині. При рентгенологічному обстеженні виявлений компресійні переломи грудного відділу хребта, ураження кісток черепа. В лабораторних обстеженнях звертає на себе увагу анемія, протеїнурія, загальний білок – 90 г/л.

- Який діагноз є найбільш ймовірним?
- Який план обстеження слід призначити цьому пацієнту?

Клінічна задача №3

У хворого на мієломну хворобу, який приймає мелфалан та преднізолон, після переохолодження з'явилися кашель, задишка, підвищення температури тіла. Після проведення клініко-лабораторного й рентгенологічного обстеження діагностовано пневмонію. Якої лікувальної стратегії слід дотримуватися в даному випадку?

Тести:

1. Чим відрізняються лімфоми від лейкозів?

- А. при лейкозах не відбувається ураження лімфовузлів.
- Б. для лімфомах немає ознак загальної інтоксикації.
- В. при лімфомах не застосовується лікування цитостатиками.
- Г. при лімфомах первинний патологічний процес розвивається поза межами кісткового мозку.**
- Д. лімфоми не ускладнюються інфекційно-запальними захворюваннями.

2. Які характеристики властиві для збільшених лімфовузлів при лімфогранулематозі?

- А. щільні, безболісні, нерухливі, спаяні зі шкірою.
- Б. м'які, болісні, рухливі, не спаяні зі шкірою.
- В. щільноеластичні, безболісні, рухливі, не спаяні зі шкірою.**
- Г. щільні, болісні, шкіра над лімфовузлами гіперемірована.
- Д. м'які, болісні, нерухливі.

3. Які клітини є субстратом пухлини при неходжкінських лімфомах?

- А. лімфоцити.**
- Б. нейтрофіли.
- В. моноцити.
- Г. еритроцити.

Д. тромбоцити.

4. Які клітини називаються плазмоцитами?

А. Т-лімфоцити-кілери.

Б. нейтрофільні гранулоцити.

В. В-лімфоцити після антигенної стимуляції.

Г. тучні клітини.

Д. еритробласти.

5. Які клітини характерні для гранулеми при лімфомі Ходжкіна?

А. клітини Боткіна-Гумпрехта.

Б. Клітини Рід-Штернберга.

В. тромбоцити. Г. еритроцити.

Д. бластні клітини.

6. Який метод дослідження є обов'язковим для підтвердження діагнозу неходжкінської лімфоми?

А. УЗД.

Б. стерильна пункція.

В. біопсія лімфатичного вузла.

Г. біопсія печінки.

Д. клінічний аналіз крові.

7. Для якого захворювання характерна гіперпротеїнемія?

А. лімфосаркома.

Б. лімфогранулематоз.

В. хронічний лімфолейкоз.

Г. неходжкінська лімфома.

Д. мієломна хвороба.

8. Де відбувається дозрівання В-лімфоцитів?

А. печінка

Б. лімфатичні вузли.

В. селезінка.

Г. червоний кістковий мозок.

Д. жовтий кістковий мозок.

4. Підбиття підсумків з приводу засвоєння матеріалу, обговорення та уточнення незрозумілих аспектів теми.

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

1. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.

2. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф. Ю.М.Мостового. - 22-ге вид., перероб.- Київ: Центр ДЗК, 2020. - С. 473 -480.

4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.