

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ
ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ**

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ
для здобувачів ступеня доктора філософії за третім
освітньо-науковим рівнем
за програмою навчальної дисципліни
«Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб»

Запоріжжя

2020

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 3 від 27.02.2020 р.)*

та рекомендовано для використання в освітньому процесі.

Автори:

Н. С. Михайловська – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

О. В. Шершньова – доцент, канд. мед. наук, кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

І. О. Стецюк – асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Рецензенти:

С. Я. Доценко – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 3 ЗДМУ;

Д. А. Лаишул – д-р мед. наук, доцент, професор кафедри внутрішніх хвороб 1 ЗДМУ.

Михайловська Н. С.

М69 Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб : збірник ситуаційних завдань для підсумкового контролю знань для здобувачів ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем за програмою навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб» / Н. С. Михайловська, О. В. Шершньова, І. О. Стецюк. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. – 83 с.

Збірник ситуаційних завдань для підсумкового контролю знань здобувачів вищої освіти ступеня доктора філософії складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб». Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань здобувачами вищої освіти ступеня доктора філософії під час підготовки до практичних занять з відповідних тем та підсумкового модульного контролю.

УДК616.1/.4(075.8+079.1)

ЗМІСТ

Передмова	4
Ситуаційні завдання для підсумкового контролю знань за змістовим модулем 1. Основні принципи організації терапевтичної допомоги при захворюваннях внутрішніх органів в Україні та світі	5
Ситуаційні завдання для підсумкового контролю знань за змістовим модулем 2. Сучасні методи лабораторної та інструментальної діагностики в клініці внутрішніх хвороб	8
Ситуаційні завдання для підсумкового контролю знань за змістовим модулем 3. Основні принципи діагностики та лікування захворювань дихальної та серцево-судинної системи в клініці внутрішніх хвороб	14
Ситуаційні завдання для підсумкового контролю знань за змістовим модулем 4. Основні принципи діагностики та лікування найбільш поширених захворювань шлунково-кишкового тракту в клініці внутрішніх хвороб	36
Ситуаційні завдання для підсумкового контролю знань за змістовим модулем 5. Основні принципи діагностики та лікування захворювань сечовидільної та ендокринної системи в клініці внутрішніх хвороб	49
Ситуаційні завдання для підсумкового контролю знань за змістовим модулем 6. Основні принципи діагностики та лікування ревматологічних, алергічних та гематологічних захворювань в клініці внутрішніх хвороб	70
Рекомендована література	76
Список використаних джерел	80

ПЕРЕДМОВА

Здобувачі ступеня доктора філософії за третім освітньо-науковим рівнем спеціальності «Медицина» повинні оволодіти вмінням виділяти основні патологічні симптоми або синдроми внутрішніх хвороб, що можуть загрожувати життю та здоров'ю хворого, вміти швидко диференціювати ці хвороби, визначати попередній клінічний діагноз та надавати лікарську допомогу при патологічних станах. Також необхідно знати основні симптоми, етіологію, патогенез, патологічну анатомію, клінічну картину, дані додаткових методів дослідження при захворюваннях внутрішніх органів.

Основною метою викладання навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб» є надбання студентами основних знань з внутрішніх хвороб та застосування отриманих знань у практичній діяльності. Для реалізації основної навчальної мети необхідне набуття практичних навичок, що досягається і закріплюється шляхом вирішення ситуаційних завдань. Ситуаційні завдання в даному виданні згруповані відповідно до змістових модулів зазначених у робочій програмі навчальної дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб».

Видання буде сприяти підготовці здобувачами вищої освіти ступеня доктора філософії до практичних занять, підсумкового контролю шляхом закріплення та узагальнення знань з дисципліни «Сучасні аспекти вивчення внутрішніх хвороб».

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Завдання 1

Громадянин А. вдома, перед вечірньою робочою зміною відчув сильний головний біль, нудоту. Дружина викликала бригаду ШМД. Лікар, після огляду пацієнта, констатував неускалдений гіпертензивний криз. Які подальші дії лікаря швидкої допомоги?

Еталон відповіді: надати медичну допомогу хворому на місці випадку.

Завдання 2

До поліклініки обласної лікарні направили хворого з центральної районної міської лікарні. Яка мета направлення?

Еталон відповіді: надання високоспеціалізованої консультативної допомоги.

Завдання 3

Хворий Н., 75-ти років звернувся до ЦПМСД за допомогою. При обстеженні сімейний лікар виявив ознаки позалікарняної пневмонії, які були підтверджені рентгенологічно. Також хворий страждає на цукровий діабет 2го типу та гіпертонічну хворобу. Якого виду лікувально-профілактичної допомоги він потребує?

Еталон відповіді: стаціонарної медичної допомоги.

Завдання 4

Жінка, 56 років, перебуваючи вдома, раптово відчула позагрудинний біль. Куди необхідно звернутися для отримання медичної допомоги у даному випадку?

Еталон відповіді: викликати бригаду ШМД

Завдання 5

Сімейний лікар готує медичні документи дівчинки 9 місяців для передачі на іншу ділянку. Йому необхідно заповнити форму №025/у. Що є даним медичним документом?

Еталон відповіді: карта профілактичних щеплень

Завдання 6

В поліклініку за медичною допомогою звернувся хворий. Лікар встановив, що він потребує постійного медичного спостереження, застосування складних методів дослідження й інтенсивного лікування, а також оперативного втручання, які не можуть бути виконані в амбулаторних умовах. Лікувально-профілактичної допомоги в якому вигляді він потребує?

Еталон відповіді: амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Завдання 7

Що таке перелік необхідних і достатніх лікувально-діагностичних процедур та схем лікування певних найбільш поширених захворювань і синдромів, які розроблені провідними фахівцями певних напрямків клінічної медицини з метою досягнення максимального терапевтичного ефекту найменш затратним шляхом та затверджені МОЗ України?

Еталон відповіді: національні (загальнодержавні) стандарти медичної допомоги.

Завдання 8

Як створити умови, щоб в рандомізованому контрольованому дослідженні пацієнти, що отримують плацебо, не були підвержені обману:

Еталон відповіді: пацієнт підписує «Інформовану згоду» (де передбачена його згода на використання плацебо).

Завдання 9

Вкажіть принципи роботи сімейного лікаря?

Еталон відповіді: орієнтація на особливості сім'ї і суспільства, в яких проживає пацієнт

Завдання 10

Вкажіть, яким важливішим показником слід керуватись під час розробки заходів первинної профілактики серед населення?

Еталон відповіді: стан оточуючого середовища

Завдання 11

Назвіть ціль діяльності системи державної охорони здоров'я:

Еталон відповіді: забезпечення соціально-економічних і медичних умов для охорони й поліпшення здоров'я населення

Завдання 12

Вкажіть види лікувально-профілактичної допомоги:

Еталон відповіді: Поліклінічна, стаціонарна, санаторно-курортна, швидка

Завдання 13

Ким повинен здійснюватись основний обсяг амбулаторно-поліклінічної допомоги?

Еталон відповіді: дільничними терапевтами та педіатрами (лікарями загальної практики, сімейними лікарями)

Завдання 14

Одним з основних завдань охорони здоров'я є збереження і зміцнення здоров'я населення. Важлива роль в цьому належить лікувально-профілактичній допомозі. Дайте їй визначення:

Еталон відповіді: це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворювань, ранню діагностику, медичну допомогу особам зі гострими та хронічним захворюваннями і реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття.

Використані джерела: [8,23,25,34]

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛАБОРАТОРНОЇ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Завдання 1

Хвора 42 років поступила зі скаргами на ниючий біль в попереку, більше справа, підвищення t до субфебрильних цифр, головний біль. 20 років назад під час вагітності був напад болю в правій половині поперека, 5 років тому підвищився АТ. В сечі: відн. щільн. - 1009-1010, білок - 0,99 г/л, лейкоц. - 10-15 в п/з, еритроц. 2-4 в п/з, циліндри гіалінові - 1-2 в п/з. Креатинін сироватки крові - 102 мкмоль/л. Який з діагнозів найбільш вірогідний у даної хворої?

Еталон відповіді: хронічний пієлонефрит

Завдання 2

У хворого 16 років після перенесеної ангіни через 10 днів з'явилися набряки на обличчі, переважно вранці. В аналізі сечі: щільність – 1026, білок – 2,6 г/л, еритроцити – 20-25 у полі зору, циліндри гіалінові, епітеліальні – 7-9 у полі зору. Діагностичні припущення? Якого генезу набряки?

Еталон відповіді: гострий гломерулонефрит

Завдання 3

У приймальне відділення лікарні поступила жінка, 40 років, із діагнозом гострого живота. З анамнезу відомо, що 3 тижні тому почала відчувати невгамовну спрагу, пити багато рідини, випорожнювати значну кількість сечі, схудла, скаржитися на відсутність менструації (яка до цього часу була регулярною). Під час обстеження: лейкоцити у крові становлять $15,6 \times 10^9$, глікемія - 13,2 ммоль/л, глюкозурія - 37 г/л, позитивна реакція на ацетон у сечі. Визначте причину подібного стану пацієнтки:

Еталон відповіді: цукровий діабет типу 1

Завдання 4

Хвора доставлена бригадою ШМД до приймального відділення лікарні зі скаргами на раптовий біль в області серця, що віддає в руку і нижню щелепу. Самостійно приймала «ліки від серця», проте не отримавши результату викликала швидку. У приймальному відділенні: больовий синдром зберігається, АТ 110/65 мм.рт.ст, Рс 75 уд/хвил.

1. Який першочерговий метод дослідження необхідно провести хворій?
2. Які зміни можна очікувати на ЕКГ при даній патології?
3. Які додаткові методи дослідження допоможуть у верифікації діагнозу?
4. Яка буде подальша тактика лікування пацієнтки?

Еталон відповіді:

1. При підозрі на гострий коронарний синдром першочерговим методом дослідження є ЕКГ. За наявності ішемічних змін на кардіограмі, пацієнту необхідно провести коронарографію для встановлення більш конкретної локалізації тромба.

2. Можливі зміни на ЕКГ: ЕКГ у спокої: зміни у ≥ 2 -х сусідніх відведеннях (групи сусідніх відведень: V1–V6 — з передньої стінки; II, III, aVF — з нижньої стінки; I, aVL — з бокової стінки і верхівки; Vr3, Vr4 — з вільної стінки правого шлуночка):

- при UA/NSTEMI:

а) депресія (рідше — транзиторна елевація) сегмента ST; діагностичну цінність має нова горизонтальна або косонисхідна депресія ST на $\geq 0,05$ мВ;

б) негативний зубець Т (глибиною $> 0,1$ мВ; вищий ризик, якщо $\geq 0,2$ мВ) або зміна попередньо негативних зубців Т на позитивні; поява плоского зубця Т є мало специфічною ознакою;

в) нормальна ЕКГ-картина у 30–50 % хворих.

- при STEMI:

а) типова еволюція змін, яка триває від кількох годин до кількох днів — поява високих гострих зубців Т (рідко вдається документувати) → випукла або горизонтальна елевація сегментів ST (хвиля Парді → розд. 25.1.1; діагностичну цінність має персистуюча елевація ST у точці J у відведеннях V2–V3 на $\geq 0,2$ мВ у мужчин віком ≥ 40 рр. та $\geq 0,25$ мВ у мужчин віком

<40 pp. і на $\geq 0,15$ мВ у жінок, а в решті відведень на $\geq 0,1$ мВ) → поява патологічних зубців Q зі зниженням висоти зубців R (відсутність зубців Q частіше при реперфузійній терапії або при малій площі інфаркту міокарда) → повернення сегментів ST до ізолінії → подальше зниження амплітуди зубців R, поглиблення зубців Q і поява негативних зубців T.

б) блокада лівої ніжки пучка Гіса (БЛНПГ) — підозрюйте гострий інфаркт міокарда, якщо виявите комплекс QS в V1–V4 і зубець Q в V5 і V6 або зниження амплітуди зубців R у грудних відведеннях.

в) блокада правої ніжки пучка Гіса (БПНПГ).

3. Дослідження крові: при гострому інфаркті міокарда виявляють:

- зростання рівня маркера некрозу серцевого м'язу в крові (можливе також при НС [UA], але не перевищує порогового значення для діагностики свіжого інфаркту міокарда):

а) серцевий тропонін T (сTnT) 10–14 нг/л (в залежності від методики); серцевий тропонін I (сTnI) 9–70 нг/л (в залежності від методики);

б) рівень КФК-МВ (КФК-МВmass) >5–10 мкг/л (в залежності від методики) використовують лише тоді, коли не можна визначити сTn;

в) визначення активності КФК-МВ і концентрації міоглобіну для діагностики інфаркту міокарда на даний момент вже не застосовують;

- зростання ШОЕ до 60 мм/год, як правило, на 2-гу добу інфаркту і зберігається впродовж 2–3 тижнів; зростання рівня фібриногену і СРБ у плазмі крові; лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом, зазвичай до 15 000/мкл, пік між 2-ю і 4-ю добою, нормалізація через 7 днів.

- РГ органів грудної клітки: може виявити ознаки інших захворювань, які спричиняють стенокардитичний біль або ознаки серцевої недостатності.

- Ехокардіографія у спокої: може виявити сегментарні ішемічні порушення рухливості стінок серця (вже через декілька секунд після оклюзії артерії; не дозволяє відрізнити гострий інфаркт від перенесеного інфаркту чи ішемічних змін), механічні ускладнення інфаркту (розрив вільної стінки або міжшлуночкової перетинки, тампонада перикарда, гостра недостатність мітрального клапана, внутрішньосерцевий тромб), ознаки інфаркту

і недостатності правого шлуночка, ознаки інших захворювань, які спричиняють стенокардитичний біль.

4. Лікування у спеціалізованому відділенні інтенсивної терапії та реанімації кардіологічного профілю; переведення пацієнта, обтяженого високим ризиком, у загальне відділення є можливим за умови, якщо через ≥ 24 год не спостерігаються симптоми ішемії міокарда, суттєві порушення серцевого ритму і нестабільність гемодинаміки.

Завдання 5

Хворий 46 років доставлений бригадою ШМД до реанімації зі скаргами на неможливість дихати, сильний кашель, біль у грудній клітці справа. Зі слів дружини, незадовго до приступу її чоловік їв вишню. Об'єктивно: Стан важкий, дифузний ціаноз, АТ 80/60, Рс 120 уд/хвил. Аускультативно над правою легенею свистячі хрипи. Прийом Геймліха результату не дал.

1. Який першочерговий метод дослідження треба провести хворому?
2. Які особливості цього методу можуть бути використані для надання медичної допомоги?
3. За допомогою яких інструментальних методів дослідження можна провести диференціальну діагностику?
4. Яким буде подальший маршрут пацієнта?

Еталон відповіді:

1. В першу чергу необхідно відновити прохідність дихальних шляхів. У випадку, коли відомий анамнез стану, що виник через попадання стороннього тіла у бронх «золотим стандартом» є бронхоскопія.

2. Перевагами цього методу є не лише можливість встановлення локалізації предмету, що потрапив у бронх, а й видалення його за допомогою спеціального маніпулятора, що проводиться через бронхоскоп.

3. Для верифікації діагнозу та диференціальної діагностики можуть бути застосовані наступні методи дослідження: R-графія грудної клітини у 3 проекціях, МРТ, КТ. Бронхографія на сьогодні використовується значно менше, через невисоку клінічну значимість та високий ризик ускладнень після введення контрасту.

4. Усі хворі, в яких в наслідок потрапляння стороннього тіла розвинулась дихальна недостатність мають бути госпіталізовані у реанімаційне відділення до встановлення рівня сатурації кисню не нижче 94%. Після цього рекомендовано переведення пацієнта у відділення інтенсивної терапії для подальшої стабілізації та лікування.

Завдання 6

До стаціонару надійшов пацієнт Л. 25 років з діагнозом виразкова хвороба 12-палої кишки. Скарги на гострий біль в епігастральній ділянці, що виникають через 3-4 години після їжі, нерідко вночі, відрижку кислим, печію, запори, схуднення. Апетит збережений. Хворим себе вважає близько року, проте до лікарів не звертався. Робота пов'язана з нервовими перенапружками, багато курить. Пацієнт стурбований станом свого здоров'я, зниженням працездатності. Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви бліді, підшкірно-жирова клітковина розвинена слабо. З боку легень і серцево-судинної системи патології немає. Мова обкладений біло-жовтим нальотом. При пальпації живота відмічається різка болючість справа від середньої лінії живота вище пупка. Печінка і селезінка не пальпуються.

1. Який першочерговий метод дослідження треба провести хворому?
2. Які додаткові методи дослідження необхідно призначити хворому?
3. За допомогою яких методів дослідження можна оцінити стан сусідніх органів черевної порожнини?
4. Яким буде подальший маршрут пацієнта?

Еталон відповіді:

1. ФГДС (фіброезофагогастродуоденоскопія) - огляд стравоходу, шлунка, цибулини 12 палої кишки і низхідного відділу дванадцятипалої кишки з великим дуоденальним сосочком за допомогою спеціальних оптичних приладів - ендоскопів. Під час виконання процедури проводиться дослідження слизової оболонки шлунка на наявність хелікобактер пілорі - золотий стандарт, а також визначається рівень внутрішньошлункової кислотності. Це дозволяє встановити не тільки рівень кислотопродукції, але й оцінити функціональний стан клітинного апарату кислотоутворювальної

зони шлунка. При виконанні ФГДС проводиться рання діагностика раку за допомогою вітальних барвників, що наносяться на найменші зміни слизової оболонки органів, що оглядаються. Ця маніпуляція називається хромоскопія. З метою верифікації виявленого процесу, з виділеної за допомогою хромоскопії ділянки береться прицільна щипцева біопсія. Під час ФГДС на моніторі отримують зображення високої чіткості з одночасним записом відео в пам'ять комп'ютера.

2.Дослідження калу та крові на наявність ДНК Хелікобактер Пілорі. Дихальний уреазний тест на сьогодні вважається застарілим методом дослідження і не може бути використаний для встановлення остаточного діагнозу.

3. Для оцінки стану органів черевної порожнини можуть бути використані УЗД, МРТ, КТ, РХПГ.

4.Необхідна термінова госпіталізація пацієнта до стаціонару. У випадку перфорації або пенетрації виразки хворий має бути в найменший термін підготовлений до термінової операції.

Використані джерела: [8, 13, 14, 22, 23]

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3
ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ
ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНОЇ ТА СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ
В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Завдання 1

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

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

Еталон відповіді:

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

Завдання 2

Хворий 37 років, після переохолодження з'явився кашель спочатку сухий, надалі з виділенням слизисто-гнійного харкотиння, підвищилася температура тіла до 37,8, загальна слабкість, головний біль, підвищена пітливість, адинамія. В анамнезі на протязі 10 років тютюнопаління, інколи

бронхіти. Об'єктивно: стан середньої важкості, в легенях – жорстке дихання, в нижніх відділах лівої легені – незначна кількість дрібнопухирцевих хрипів, там же посилення бронхофонії. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, ЧСС – 76/хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. Печінка та селезінка не збільшені.

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

Еталон відповіді:

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

Завдання 3

Хворий К., 45 років, працівник металургійного комбінату, прокинувся серед ночі, скаржиться на стискання у грудній клітині, яке супроводжується різкою загальною слабкістю, сухим кашлем та задишкою з утрудненим видихом, помірним свистячим диханням в кінці видиху. В анамнезі сінна лихоманка. Об'єктивно: стан задовільний, шкіра та слизові оболонки звичайної вологості та кольору, серцева діяльність аритмічна (1-2 екстрасистоли/хвилину), ЧСС – 86/хв., АТ – 150/100 мм рт.ст., ЧД- 20/хв. В легенях – послаблене дихання, сухі хрипи. На ЕКГ: ЕВС- вертикальна позиція, високі (до 4 мм) зубці Р у II, III та V1 відведеннях, шлуночковий комплекс у відведеннях V1–V2 типа rSr, надшлуночкова екстрасистолія.

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

Еталон відповіді:

- 1) Бронхіальна астма, 1ступінь, легке загострення, емфізема легенів, ЛН1 ст. Артеріальна гіпертензія, 1 ступеня, високого ризику, СН І ст., надшлуночкова екстрасистолія, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса.
- 2) Дослідження ФЗД (ПОШвид, ОФВ1) із фармпробами з β -2-агоністами, моніторинг цих показників протягом доби, сатурація крові по O_2 , PaO_2 та $PaCO_2$, Ро-графія органів грудної клітки, загальний аналіз крові, електроліти крові, глюкоза крові, ліпідограма, загальний аналіз сечі, ЕхоКГ, дослідження очного дна.
- 3) β -2 -агоністи короткої дії, профілактичний прийом інгаляційних β -2 –агоністів короткої дії перед фізичним навантаженням або перед можливим впливом алергену, можливий прийом кромонів та модифікаторів лейкотриєнів; плановий прийом антикальцієвих препаратів пролонгованої дії.

Завдання 4

Хворий Н., 58 років із сінною лихоманкою в анамнезі, звернувся до лікаря поліклініки зі скаргами на загальну слабкість, стискання у грудній клітині помірної інтенсивності під час сухого кашлю і задишки з утрудненим видихом, температура тіла 37°C. Хворому був призначений загальний аналіз крові та сечі, встановлено діагноз: «ГРВІ», рекомендовано відповідне лікування, виданий лікарняний листок та явка через 3 дні. На повторному візиті стан хворого погіршився: прогресувала загальна слабкість, приєдналися нічні напади задишки із утрудненим видихом, свистячі хрипи, серцева аритмія. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз, еозинофілія, лімфоцитоз, підвищення ШОЕ. Аналіз сечі – без патології. Лікарняний листок був подовжений. Рекомендовано виконати дослідження ЕКГ, продовжити лікування, додатково призначено анаприлін *per os*. Ввечері того ж дня хворий був госпіталізований до реанімаційного відділення лікарні ШМД.

- 1) Який імовірний діагноз?
- 2) Які додаткові дослідження треба було призначити?

- 3) В чому полягає лікарська помилка?
- 4) Яка тактика лікування була б вірною?

Еталон відповіді:

- 1) Бронхіальна астма інтермітуюча, важке загострення, ятрогенія.
- 2) Дослідження ФЗД (ОФВ1, ПОШвид та медикаментозні проби із β -2-агоністами короткої дії), ЕКГ, СРП, Трансамінази, електроліти крові, глюкоза крові, коагулограма, ліпидограма, ЕхоКГ, Ро-графія органів грудної клітки.
- 3) Помилково призначений β -блокатор анаприлін. Враховуючи відповідну клініку та вік пацієнта обов'язково треба було дослідити ЕКГ з метою проведення диференційної діагностики з інфарктом міокарда, встановлення характеру аритмії, проаналізувати ФЗД (ОФВ1, ПОШвид та медикаментозні проби із β -2-агоністами короткої дії), насичення крові O_2 та CO_2 , виконати Ро-графію органів грудної клітки.
- 4) Обов'язкова госпіталізація, медикаментозна терапія з застосуванням наступних груп лікарських засобів: β -2-агоністи короткої та пролонгованої дії, інгаляційні глюкокортикостероїди, інгаляція кисневої суміші.

Задання 5

Хворий В., 55 років. Госпіталізований з скаргами на кашель з виділенням невеликої кількості харкотиння, задишку при виконанні звичної роботи, слабкість, пітливість. Захворів 10-12 днів назад після переохолодження, коли посилився кашель, появилася слабкість, субфебрильна температура. Із анамнеза відомо, що кашель зранку турбує хворого біля 8 років, 2-3 рази на рік кашель посилюється, збільшується кількість харкотиння. Палить до 25-30 цигарок на добу.

Об'єктивно: перкуторно – звук з коробочним відтінком, аускультативно- видох подовжений, ослаблене везикулярне дихання, сухі хрипи в нижніх відділах легень з обох сторін, серцева діяльність ритмічна, ЧСС – 96/хв., АТ – 140/80 мм рт.ст. ОФВ1 – 70%, ОФВ/ФЖЕЛ – 60%

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

3) Тактика лікування (перерахуйте групи препаратів)?

Еталон відповіді:

- 1) ХОЗЛ, II стадія, фаза загострення, ЛН II ст.
- 2) Загальне та бактеріальне дослідження харкотиння на флору та чутливість до антибіотиків, загальний аналіз крові, сечі, глюкоза крові. Рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини, бронхографія, дослідження функції зовнішнього дихання, дослідження газового складу крові.
- 3) Антибактеріальна терапія, бронхолітики короткої дії, відхаркувальні препарати, антиоксиданти, фізіотерапія.

Завдання 6

Хворий К., 58 років, головний інженер заводу, надійшов в кардіологічне відділення зі скаргами на сильні головні болі в потиличній області пульсуючого характеру, що супроводжуються нудотою, одноразовою блювотою, запамороченням, появою «сітки» перед очима. Головні болі бували раніше, частіше вранці або після психоемоційного напруження. За медичною допомогою не звертався. Останній напад болів виник раптово на тлі задовільного самопочуття. Перед цим був у відрядженні, напружено працював.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хворий кілька збуджений, переляканий. Шкірні покриви чисті, підвищеної вологості, відзначається гіперемія обличчя і шиї. У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. Пульс - симетричний, напружений, частий - 92 уд. / Хв., АТ - на пр. Руці - 195/100 мм рт. ст., на лівій - 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 Пастернацького негативний. Набряків немає.

Результати додаткового обстеження:

1. ЕКГ - додається.
2. Очне дно - звуження артерій і вен, звивистість судин Салюс - II.
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, ц.п. - 0,9; е. - 1, п. - 4, с. - 66, л. - 24, м. - 5, ШОЕ - 6 мм / год. Глюкоза крові - 4,5 ммоль / л.

- 1) Встановити попередній діагноз.
- 2) Намітити план обстеження.
- 3) Провести диференціальну діагностику.
- 4) Визначити тактику лікування.

Еталон відповіді:

1. Попередній діагноз: гіпертонічна хвороба II стадії. Гіпертензивний криз I типу.

2. План обстеження: ЕКГ, очне дно, аналіз сечі загальний, ЕХО-КС, аналіз крові загальний, глюкоза крові.

3. Диференціальний діагноз - виняток вторинності артеріальної гіпертензії (перш за все ниркового походження, як найбільш частого).

4. Лікування: терапія гіпертензивного кризу; терапія гіпертонічної хвороби (госпіталізація, постільний режим, дибазол в / в, діуретики, б-блокатори, седативні). Контроль артеріального тиску.

Кардіоселективні β -блокатори, антагоністи кальцію, діуретики, інгібітори АПФ.

Завдання 7

Хворий М., 62 років. Гіпертонічна хвороба протягом 15 років. Останні 6 місяців антигіпертензивних препаратів не приймає. АТ 165/95 мм рт.ст. Пульс 84 уд / хв. Супутні захворювання - ІХС, постінфарктний кардіосклероз. НК0. Не курить. Батько хворого помер від інсульту у віці 54 років.

Додаткові методи дослідження: ан.крові загальний: без патології. Загальний аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: калій 3,7 ммоль / л, глюкоза крові - 3,4 ммоль / л, креатинін 112 мкмоль / л, загальний холестерин - 7,4 мкмоль / л. ЕхоКГ: ІММЛШ - 179 г / м² (норма для чоловіків

- до 125 г / м²), товщина комплексу інтима-медіа сонних артерій - 1,1 см (норма до 0,9 см).

- 1) Яка стадія гіпертонічної хвороби?
- 2) Яка ступінь артеріальної гіпертензії є у хворого?
- 3) Які додаткові фактори ризику є у хворого
- 4) Поразки яких органів мішеней є у даного хворого?
- 5) Який ризик розвитку ускладнень?
- 6) Сформулюйте діагноз
- 7) Гіпотензивні препарати яких груп показані для лікування АГ у даного пацієнта?
- 8) До яких цифр слід знижувати АТ у даній пацієнта?

Еталон відповіді:

- 1) 3-тя
- 2) 2-я
- 3) Вік, обтяжений сімейний анамнез
- 4) Серця (гіпертрофія лівого шлуночка), сонних артерій (потовщення комплексу інтима-медіа)
- 5) Ризик 4 (дуже високий)
- 6) Гіпертонічна хвороба III стадії, 2 ступеня, ризик 4 (дуже високий).
ІХС: постінфарктний кардіосклероз.
- 7) Бета-блокатори, діуретики, інгібітори АПФ
- 8) Нижче 140/90 мм рт.ст.

Завдання 8

Хворий Ш., 32 років. Підвищення артеріального тиску протягом 5 років. Які раніше не обстежувався і не лікувався. АТ - 150/90 мм рт.ст. Пульс - 74 уд / хв. Супутні захворювання - немає. Не курить. Сімейний анамнез не обтяжений.

Додаткові методи дослідження: ан. крові загальний - без патології. Загальний аналіз сечі - без патології. Біохімічний аналіз крові: калій 3,9 ммоль / л, глюкоза крові - 4,1 ммоль / л, креатинін 76 мкмоль / л, загальний

холестерин - 4,1 мкмоль / л. ЕКГ, ЕхоКГ - без патології, товщина комплексу інтима-медіа сонних артерій - 0,7 см (норма до 0,9 см).

- 1) Яка стадія гіпертонічної хвороби?
- 2) Який ступінь артеріальної гіпертензії?
- 3) Які додаткові фактори ризику є у хворого
- 4) Поразки яких органів мішеней є у даного хворого?
- 5) Який ризик розвитку ускладнень?
- 6) Сформулюйте діагноз
- 7) Яка тактика ведення хворого?
- 8) Показані йому антигіпертензивні медикаменти?

Еталон відповіді:

- 1) 1-я
- 2) 1-я
- 3) Немає
- 4) Ніяких
- 5) Ризик 1 (низький)
- 6) Гіпертонічна хвороба I стадії, 1 ступеня, ризик 1 (низький).
- 7) Немедикаментозні заходи (обмеження кухонної солі менше 5 г / сут, збільшення вживання овочів, фруктів, риби, динамічні фізичні вправи). В даний час не показані.

Завдання 9

Хвора 52-х років, надійшла в клініку за направленням дільничного лікаря. Скаржиться на задишку при незначному фізичному навантаженні, серцебиття, перебої в роботі серця, набряки на ногах. Протягом останніх 6 років при регулярних профоглядах діагностували кардіомегалію. Після перенесеного 2 місяці тому грипу стан погіршився: наросла задишка, з'явилося серцебиття, набряки на ногах ввечері. Амбулаторне лікування ефекту не дало. В анамнезі даних за перенесений ревматизм немає.

При огляді: стан тяжкий, хвора надлишкового харчування. Шкірні покриви бліді, акроціаноз. Пульс 96 в хвилину, неритмічний, АТ 150/90 мм рт.ст., ЧСС 120 в хвилину. Серце розширене в усі сторони, визначається

ослаблення звучності тонів. Систолічний шум над верхівкою і над основою мечоподібного відростка, миготлива аритмія. В нижньо-бокових відділах легенів вислуховуються вологі хрипи в невеликій кількості. Живіт збільшений за рахунок підшкірно-жирової основи й асцити. Печінка виступає на 4 см з-під краю реберної дуги, щільна, з заокругленим нижнім краєм. Виражені набряки на гомілкях і тилі стоп.

Аналіз крові: еритроцити 3,96, гемоглобін 118 г/л, лейкоцити 5,6, зсуву в лейкоформули немає, ШОЕ 18 мм/год, СРБ негативний, титри антистрептолізину-О й антистрептогіалуронідази в межах норми, помірно виражена диспротеїнемія.

Результати рентгенологічного дослідження: виражені ознаки пневмосклерозу і емфіземи легенів, серце збільшене за рахунок всіх відділів. Дані ЕКГ: горизонтальне положення осі серця, чітких ознак гіпертрофії шлуночків немає, зниження зубця Т в грудних відведеннях, зниження вольтажу комплексу QRS у всіх відведеннях, миготлива аритмія.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які захворювання потрібно виключити?
3. Чи можливо хірургічне лікування?

Еталон відповіді

1. Дилатаційна кардіоміопатія.
2. ІХС, міокардит.
3. Можливо хірургічне лікування – трансплантація серця.

Завдання 10

Хвора 31-го року, скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, різку загальну слабкість, напади серцебиття, запаморочення і непритомність, постійний біль в області серця. Вважає себе хворою близько 3 років, спостерігається дільничним лікарем і лікується з приводу ревматизму і недостатності мітрального клапана.

При огляді: хвора зниженого харчування, видимих набряків немає. Пульс 60 в хвилину, ритмічний, АТ 90/69 мм рт.ст., ЧДР 22 в хвилину. Виражена пульсація в області верхівки серця. Пальпаторно над областю

аорти систолічне тремтіння. Межі серця зміщені вліво на 2,5 см. Над верхівкою серця перший тон ослаблений, систолічний шум, який проводиться в пахвову область. На аорті систолічний шум.

При клінічному і біохімічному аналізі крові відхилень не виявлено. Дані ЕКГ: ритм синусовий, відхилення електричної осі вліво, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Дані Ехо-КГ: гіпертрофія лівого шлуночка і перегородки. Співвідношення перегородки до задньої стінки 3:1. Порожнина лівого шлуночка збільшена. Відносна недостатність мітрального клапана.

1. Ваш діагноз?
2. Чим обумовлені нападоподібна задишка, непритомність, серцебиття?
3. Ваша лікарська тактика.

Еталон відповіді

1. Гіпертрофічна кардіоміопатія з обструкцією вихідного тракту (субаортальний стеноз). Відносна недостатність мітрального клапана. Серцева астма.

2. Ці симптоми обумовлені періодами обструкції аортального отвору в зв'язку з перекриттям його гіпертрофованою перегородкою.

3. В даний час основне лікування консервативне. Хірургічне висічення надлишкової маси перегородки істотно не покращує перебігу хвороби.

Завдання 11

Хворий 28-ми років, поступив зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні і в спокої, тяжкість в правому підребер'ї. Хворіє близько 4 років. Неодноразово лікувався в стаціонарі з короткочасним ефектом.

При огляді: шкірні покриви бліді, ціаноз губ, акроціаноз, пастозність гомілок і стоп. Систолічний шум над верхівкою серця і по лівому краю грудини, миготлива аритмія з дефіцитом пульсу 20 в хвилину. У задньонижніх відділах легенів ослаблене дихання. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 5-6 см.

Дані ЕКГ: відхилення електричної осі вправо, комбінована гіпертрофія міокарда, складні порушення ритму серця і провідності. Дані Ехо-КГ: порожнини обох шлуночків і лівого передсердя значно розширені, клапани

не змінені, скорочувальна функція знижена. В результаті рентгенологічного дослідження змін в легенях не виявлено. Серце значно розширене в поперечнику, талія недиференціюється. Контрастований стравохід відхиляється назад половою дугою.

1. Ваш діагноз?
2. Яке значення Ехо-КГ в даному випадку?
3. Ваша лікарська тактика?

Еталон відповіді:

1. Дилатаційна кардіоміопатія.
2. Ехо-КГ дає можливість диференціальної діагностики.
3. Симптоматичне лікування дилатаційної кардіоміопатії, вирішення питання про можливість хірургічного лікування (трансплантації серця).

Завдання 12

Хворий, 55-ти років, скарги на періодичні напади стенокардії при фізичному навантаженні, іноді – запаморочення з короткочасною втратою свідомості. Нітрогліцерин болю не усуває, підсилює запаморочення. У молодому віці знаходили ваду серця. Зазначені симптоми близько року.

Об'єктивно: серце розширене вліво на 2 см. Тони серця ясні, на верхівці і біля лівого краю грудини досить грубий систолічний шум, зменшується до основи серця, на шию не проводиться. АТ – 130/90 мм рт.ст. Пульс – 80 в хв.

На ЕКГ: ознаки вираженої гіпертрофії і перевантаження лівого шлуночка.

При надходженні поставлений діагноз: ішемічна хвороба серця. Стенокардія напруги. Склеротична недостатність мітрального клапана. Цереброваскулярна недостатність.

1. При яких захворюваннях, крім атеросклерозу коронарних артерій, може спостерігатися типовий синдром стенокардії?
2. Як можна у даного хворого пояснити систолічний шум і гіпертрофію лівого шлуночка, крім мітральної недостатності?
3. Яке дообстеження необхідно для уточнення діагнозу? Що очікується?
4. Чому нітрогліцерин не ефективний і погано переноситься?

5. Призначте лікування і обґрунтуйте його.

Еталон відповіді:

1. При коронарітах, аортальному стенозі (природженому або придбаному), гіпертрофічній КМП.
2. Обструктивний варіант гіпертрофічної КМП.
3. ЕхоКГ (різка ГЛШ, особливо МЖП, зменшення порожнини ЛШ).
4. Є периферичним вазодилататором, зменшує наповнення ЛШ в діастолу, погіршує коронарний і мозковий кровообіг.
5. Лікування БАБ з підбором ефективних доз, при недостатньому ефекті – недигідропіридинові антагоністи кальцію, уникати фізичних перевантажень, серцеві глікозиди – тільки за суворими показаннями (миготлива аритмія і ХСН).

Завдання 13

Хворий 24-х років, скаржиться на різко виражену задишку в спокої, що посилюється при невеликому фізичному навантаженні. Серцебиття. Різку слабкість, тупий тривалий біль в області серця. Початок захворювання хворий пов'язує з перенесеним грипом: через тиждень після грипу виникла швидко прогресуюча задишка, через два тижні хворий не зміг через це спати в горизонтальному положенні.

При фізичному обстеженні виявлено положення ортопное. ЧДР 28 в хвилину. Межі серця розширені вліво до передньої аксилярної лінії, вправо – за серединно-ключичну лінію. Тони серця глухі, пульс слабкого наповнення 110 в хвилину, артеріальний тиск 100/70 мм рт. ст. У легенях вислуховуються застійні хрипи в ніжньозадніх відділах. Живіт не збільшений. Пальпується болючий край печінки на 3 см нижче реберної дуги.

Аналіз крові і ШОЕ в нормі. ЕКГ – синусова тахікардія, різко виражені дифузні зміни міокарда.

1. Ваш діагноз (обґрунтуйте його).
2. Які захворювання необхідно виключити?
3. Ваша лікарська тактика?
4. Чи показані кортикостероїдні препарати?

Еталон відповіді:

1. Гострий дифузний міокардит вірусного генезу. ХСН 2А ст., 3-4 ФК.
2. Ексудативний перикардит.
3. Суворий ліжковий режим, обмеження солі, відмова від куріння. Лікування серцевої недостатності (ІАПФ, БАБ, діуретики, дигоксин, нітрогліцерин в/в). При необхідності – анальгетики.
4. Показані – преднізолон 1 мг / кг /добу. до 1,5 міс. (Важкий перебіг міокардиту).

Завдання 14

У жінки 30 років раптово виник напад серцебиття. Завжди почувалася здоровою. Нападу передувало виражене нервово напруження.

Об'єктивно. Шкіра волога. Пульс 200/хв., ритмічний. Тони серця ритмічні, гучні. АТ 115/70 мм рт. ст. Везикулярне дихання. Печінка не збільшена. На ЕКГ - ЧСС 200/хв., зубець Р не диференціюється, шлуночкові комплекси не змінені.

1. Сформулюйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Невідкладна допомога.

Еталон відповіді

1. Пароксизмальна суправентрикулярна (АВ-вузлова) тахікардія.
2. Проведення вагусних прийомів, за умови неефективності – в/в введення 1,0 2% розчину аденозинтрифосфату. Зважаючи на те, що напад виник вперше, необхідна госпіталізація до спеціалізованого кардіологічного відділення для подальшого дообстеження.

Завдання 15

У хворого 60 років раптово виник напад серцебиття, загальна слабкість. п'ять місяців тому назад переніс крупновогнищевий інфаркт міокарда.

Об'єктивно. Стан середнього ступеня важкості. Пульс 170/хв., ритмічний. АТ 105/75 мм рт. ст. Тони серця ритмічні. В легенях везикулярне дихання. Печінка не збільшена. На ЕКГ- ритм несинусовий, правильний, ЧСС 170/хв., ширина шлуночкового комплексу 0,15 сек., виражена

деформація його, іноді реєструються вузькі шлуночкові комплекси із передуючим зубцем р.

1. Сформулюйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Невідкладна допомога.

Еталон відповіді

1. ІХС: постінфарктний кардіосклероз, пароксизмальна суправентрикулярна тахікардія (ймовірно на тлі внутрішньошлуночкової блокади), СН 0.

На користь суправентрикулярного генезу тахікардії свідчить періодична наявність вузьких шлуночкових комплексів із передуючим зубцем Р.

2. Зважаючи на наявність в анамнезі перенесеного інфаркту міокарда, препаратом вибору в данному випадку буде аміодарон 300мг в/в крапельно на 200,0 мл 5% розчину глюкози.

Завдання 16

Хворий 63 років скаржиться на виражене серцебиття, яке виникло кілька годин тому назад. До цього, впродовж останніх років, турбувала задишка при фізичних навантаженнях. Кілька років тому назад – епізод нестабільної стенокардії.

Об'єктивно. Пульс 108/хв., аритмічний. Тони серця аритмічні, ЧСС 150/хв., АТ 130/80 мм рт ст. В легенях везикулярне дихання. Печінка не збільшена. На ЕКГ- ритм неправильний 142-158/хв., зубець Р відсутній, наявні хвилі f, відстань R-R різна, електрична альтернація комплексу QRS. Комплекс QRS нормальної ширини.

1. Сформулюйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Невідкладна допомога.

Еталон відповіді

1. У хворого на тлі ІХС розвинувся напад фібриляції передсердь, тахісистолічна форма.

2. Зважаючи на наявність в анамнезі ІХС, препаратом вибору є аміодарон (300 мг в/в крап на 200 мл 5% розчину глюкози)

Завдання 17

Хворий 64 років скаржиться на серцебиття, та задишку при фізичних навантаженнях, які виникли вісім днів тому назад. Раніше подібних симптомів не було. Останні роки турбувала задишка, але при значних фізичних навантаженнях.

Об'єктивно. Шкіра і слизові оболонки без особливостей. Набряків немає. Пульс 88/хв., аритмічний. Тони серця аритмічні, гучність першого тону постійно змінюється, акцент II тону на аорті. ЧСС 120/хв.. АТ 135/80 мм рт. ст. Над легеньми везикулярне дихання. Печінка не збільшена. На ЕКГ-ритм неправильний. ЧСС-112-126/хв., зубець Р відсутній, визначаються хвилі f, відстані R-R різні. Комплекс QRS нормальної ширини.

1. Сформулюйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Невідкладна допомога.

Еталон відповіді

1. Персистуюча форма фібриляції передсердь.
2. Зважаючи на те, що порушення ритму виникло 8 днів тому, ургентне відновлення синусового ритму не показане. Рекомендовано призначення антикоагулянтів та терапія аміодароном (600 мг 3 р/д з поступовим зменшенням дози), проведення черезстраховідної ЕХО-КС та електричної кардіоверсії в плановому порядку.

Завдання 18

Хвора 65 років, яка лікувалась у терапевтичному відділенні з приводу ішемічної хвороби серця, дифузного кардіосклерозу.

Об'єктивно. Стан середнього ступеня важкості. На кілька секунд виратила свідомість. Свідомість ясна. Пульс 34/хв., ритмічний. АТ – 160/55 мм рт. ст. Тони серця глухі, ЧСС 34/хв. ЧД 18/хв. В легенях везикулярне дихання. Печінка не збільшена. На ЕКГ - ритм несинусовий, передсерді комплекси реєструються з частотою 88/хв., інтервали Р-Р однакові, шлуночкові комплекси реєструються із частотою 32/хв., інтервали R-R однакові, інколи зубець Р нашаровується на сегмент S-T; шлуночкові комплекси розширені, тривалістю 0.14 сек.

1. Сформулюйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Невідкладна допомога.

Еталон відповіді

1. У хворого розвинувся напад Морганьї-Адамса-Стокса на тлі АВ-блокади 3 ступеня.
2. Показане ургентне проведення тимчасової ЕКС з наступним встановленням кардіостимулятора.

Завдання 19

У дитини 3-х років з'явився ціаноз шкіри, порушення стану, сильна задишка. Об'єктивно: пульс слабкого наповнення, набухання вен шиї, різка болючість в правому підребір'ї, тахікардія. На ЕКГ: перенавантаження правого шлуночка та передсердя.

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

Еталон відповіді:

1. Гостра правошлуночкова СН.
2. Невідкладна допомога при данному захворюванні:
 – специфічне лікування, що спрямоване на лікування головного захворювання, котре ускладнилось розвитком гострої правошлуночкової СН
 -оксигенотерапія, за показаннями – ШВЛ;
 -пітльові салуретики (фуросемід 1-2 мг/кг до 4 разів на добу в/в);
 -корекція кислотно-лужного та водно-електролітного балансу;
 -можливе вкрай обережне застосування периферичних вазоділататорів (нітрогліцерин або нітропрусид натрію в/в крапельно) в умовах відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Завдання 20

Хворий Д., 58 років, поступив в кардіологічне відділення зі скаргами на задишку, що виникає при звичайному фізичному навантаженні, що проходить в спокої, слабкість, підвищену стомлюваність. З анамнезу відомо, що у віці 51 року переніс інфаркт міокарда. Протягом останнього року

хворий відзначив появу задишки спочатку при інтенсивній, потім при звичайному фізичному навантаженні. Батько хворого помер у віці 52 років від захворювання серця.

При огляді: стан середньої тяжкості. Зріст 170 см, вага 75 кг. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Акроціаноз губ. Грудна клітка конічної форми, симетрична. Частота дихання - 20 в хв. При порівняльній перкусії в симетричних ділянках грудної клітини визначається ясний легеневий звук. При аускультатії над легенями вислуховується везикулярне дихання. Межі відносної тупості серця: права - правий край грудини, ліва - в V міжребер'ї на 1,5 см назовні від лівої середньключичної лінії, верхня - верхній край III ребра. При аускультатії серця тони ослаблені, шумів немає. Ритм серця правильний. ЧСС - 94 в хвилину АД 125/80 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Розміри печінки по Курлову: 9x8x7 см.

Загальний аналіз крові: гемоглобін - 150 г/л, лейкоцити - $6,8 \times 10^9$ /л, еритроцити - $4,6 \times 10^{12}$ /л, еозинофіли - 1%, паличкоядерні - 2%, сегментоядерні - 67%, лімфоцити - 22%, моноцити - 8 %, ШОЕ - 6 мм/ год. Загальний аналіз сечі: відносна щільність 1019 реакція кисла; білок, глюкоза відсутні; еритроцити 0 в поле зору, лейкоцити 1-2 в полі зору. В біохімічному аналізі крові - рівень холестерину 6,6 ммоль / л.

ЕхоКГ: розмір лівого передсердя - 3,6 см (норма до 4 см). Кінцевий діастолічний розмір лівого шлуночка - 5,8 см (норма - 4,9- 5,5 см). Фракція викиду 40% (норма - 50-70%). Товщина задньої стінки лівого шлуночка і міжшлуночкової перегородки - 1,0 см. Відзначаються зони акінезії в області перенесеного інфаркту.

1. Виділіть клінічні синдроми, наявні у хворого.
2. Сформулюйте діагноз.
3. Які додаткові методи обстеження необхідно виконати?
4. Призначте лікування.

Еталон відповіді

1. У хворого є синдром лівошлуночкової хронічної серцевої недостатності. На це вказують скарги на задишку при звичайному фізичному

навантаженні, що проходить в спокої, слабкість, підвищену стомлюваність, а також дані огляду: акроціаноз і тахікардія.

2. ІХС: постінфарктний кардіосклероз. ХСН ІІА стадії, ІІ ФК.
3. Необхідно виконати ЕКГ і рентгенографію органів грудної клітини.
4. Інгібітори АПФ (периндоприл 2 мг / сут з збільшенням до 4 мг/добу);
р-блокатори (бісопролол починаючи з 1,25 мг 1 раз на добу з поступовим збільшенням дози до максимально переносимої під контролем АТ),
діуретики (фуросемід 40 мг), антиагреганти, статвині.

Завдання 21

Пацієнт 18 років скаржиться на слабкість, погану переносимість фізичного навантаження, потім з'явився біль у животі, набряки. Об'єктивно: хрипи в легенях, асцит. На ЕхоКГ: збільшення лівих відділів серця, низька фракція викиду.

1. Встановити діагноз.
2. Які препарати застосовуються для інфузійної терапії при цьому захворюванні?

Еталон відповіді

1. Гостра лівошлуночкова СН.
2. 10%-розчин глюкози з додаванням 4%-розчину хлориду калія або панангіну, фуросемід, промедол, добутамін, преднізолон тощо.

Завдання 22

У 45-річного хворого під час огляду втретє за день рецидивує сильний тиснучий за груди́нний біль, що віддає в шию, нижню щелепу, ліву лопатку. Біль купіровано довшим введенням морфіну. Під час огляду: шкіра бліда, волога, губи ціанотичні ЧД - 24 на хвилину. У легенях жорстке дихання, хрипів немає. Тони серця глухі, пульс - 115 на хвилину, слабкого наповнення. АТ – 105/75 мм рт.ст. Печінка не пальпується, набряків немає. На ЕКГ: патологічний Q та підйоми ST у відведеннях I, aVL, V2-V6, зниження ST у

відведеннях III, avF

1. Поставте вірогідний діагноз:
2. Визначте тактику лікування:
3. Зазначте невідкладне лікування:

Еталон відповіді:

1. ІХС: передній Q-ІМ
2. доправити у БРІТ кардіологічного стаціонару
3. Стрептокиназа, гепарин в/ в, аспирин, клопідогрель п/язик

Завдання 23

Хворий С, 47 років, знепритомнів Швидко отямився, скаржиться на біль у епігастрії та за грудиною, загальну слабкість Відчув себе зле близько 3 годин тому, з'явився біль у епігастрії, одноразове блювання Дані огляду: загальний стан хворого середнього ступеня важкості, шкіра бліда, над легеньми везикулярне дихання; ліва межа серця – по середньо-ключичній лінії, гучність тонів серця послаблена, над верхівкою – систолічний шум, ЧСС- 100/хв, АТ-90/60 ммртст На ЕКГ- в II, III, avF відведеннях – підйоми сегменту ST, депресія сегменту ST в I, avL, V2-V4 відведеннях Живіт м'який, болю при пальпації немає

1. Ваш діагноз?
2. Визначте тактику лікування?
3. Зазначте невідкладне лікування

1. Еталон відповіді:

2. ІХС: ГКС з елевацією сementу ST
3. доправити у БРІТ кардіологічного стаціонару
4. стрептокиназа, гепарин в/ в, аспирин, клопідогрель п/язик

Завдання 24

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

1. Ваш попередній діагноз ?
2. З чого слід почати обстеження?
3. Який метод лікування найбільш доцільний у подібному випадку?

Еталон відповіді:

1. Ішемічна хвороба серця: стенокардія напруги що виникла вперше НК 0
2. з ЕКГ у 12 відведеннях
3. Призначення нітратів

Завдання 25

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

1. Сформулюйте попередній діагноз
- 2 Лікування Ви почнете одним з препаратів, крім (з урахуванням частоти пульсу)
- 3 Немедикаментозні методи лікування даного хворого повинні включати все, крім

Еталон відповіді:

1. ІХС Стенокардія напруги III фкл Постінфарктний кардіосклероз
2. Ніфедипін

3. Підвищення вживання вуглеводів

Завдання 26

У 45-річного хворого під час огляду в кабінеті стоматолога втретє за день рецидивує сильний тиснучий за грудинний біль, що віддає в шию, нижню щелепу, ліву лопатку. Біль купіровано довенним введенням морфіну. Під час огляду: шкіра бліда, волога, губи ціанотичні. ЧД - 24 на хвилину. У легенях жорстке дихання, хрипів немає. Тони серця глухі, пульс - 115 на хвилину, слабкого наповнення. АТ – 105/75 мм рт. ст. Печінка не пальпується, набряків немає. На ЕКГ: патологічний Q та підйоми ST у відведеннях I, aVL, V2-V6, зниження ST у відведеннях III, avF.

1. Поставте вірогідний діагноз.
2. Визначте тактику лікування:
3. Зазначте невідкладне лікування:

Еталон відповіді:

1. ІХС: передній Q-ІМ
2. Доправити у БРІТ кардіологічного стаціонару
3. Стрептокиназа, гепарин в/в, аспирин, клопідогрель п/язик

Завдання 27

Хворий С., 47 років, знепритомнів біля кабінету стоматолога. Швидко отямився, скаржиться на біль у епігастрії та за грудиною, загальну слабкість. Відчув себе зле близько 3 годин тому, з'явився біль у епігастрії, одноразове блювання. Дані огляду: загальний стан хворого середнього ступеня важкості, шкіра бліда, над легенями везикулярне дихання; ліва межа серця – по середньо-ключичній лінії, гучність тонів серця послаблена, над верхівкою – систолічний шум, ЧСС- 100/хв., АТ-90/60 мм.рт.ст. На ЕКГ- в II, III, avF відведеннях – підйоми сегменту ST, депресія сегменту ST в I, avL, V2-V4 відведеннях. Живіт м'який, болю при пальпації немає.

1. Ваш діагноз?

2. Визначте тактику лікування.
3. Зазначте невідкладне лікування:

Еталон відповіді:

1. ІХС: ГКС з елевацією сегменту ST
2. Доправити у БРІТ кардіологічного стаціонару
3. Стрептокиназа, гепарин в/ в, аспирин, клопідогрель п/язик

Використані джерела: [6, 8, 13, 14, 22, 23]

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 4

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Завдання 1

Пацієнтка Н., 28 років, поступила в клініку зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, що посилюється натщесерце, відчуття тяжкості в епігастрії, нудоту, зниження апетиту і втрату ваги близько 4 кг за останні 1,5-2 місяці. Вважає себе хворою близько 10 років, коли вперше з'явилися болі в підложечній області, без чіткого зв'язку з прийомом їжі, нудота, позиви до блювоти, періодично печія після погрішностей в дієті. Болі кілька полегшувалися після прийому соди або лужної мінеральної води. У поліклініці за місцем проживання проведено рентгенологічне дослідження шлунка, при якому було виявлено наступне: натщесерце значна кількість рідини, потовщення складок, жива перистальтика, цибулина 12-палої кишки не змінена. Лікувалася амбулаторно гастроцепіном, но-шпой, з короткочасним ефектом. Надалі болі поновлювались після порушення дієти (гостре, смажене, жирне), сезонності загострень не було. Справжнє загострення близько двох місяців, коли після порушення дієти поновилися болі в надчревній ділянці, з'явилися печія, відрижка кислим, надалі приєдналися нудота, потяг до блювання, зник апетит, втратила у вазі за час загострення близько 4 кг. Прийом нопши не приніс полегшення. Надійшла в клініку для обстеження і лікування.

При огляді стан задовільний. Харчування знижено. Дихання везикулярне, тони серця ясні, ритмічні. АТ - 110/70 мм рт. ст., пульс - 68 в хвилину. При пальпації живіт м'який, болючий в епігастральній і пілородуоденальних областях, печінка, селезінка не збільшені.

В загальному аналізі крові: еритроцити - 4,3 млн, гемоглобін -12,7 гр%, лейкоцити - 6,7 тис., формула крові без особливостей, ШОЕ - 11 мм / год.

Аналіз калу на приховану кров негативний.

При рН-метрії: базальна секреція 1,5, після стимуляції 1,2.

При ЕГДС: стравохід без змін, кардіо замикається повністю. Слизова шлунка гіперемована, в шлунку натщесерце багато прозорої рідини і слизу. Складки слизової різко потовщені, звиті, в антральному відділі підслизисті крововиливи і плоскі ерозії. Цибулина 12-палої кишки не змінена. Взята біопсія з антрального відділу шлунка: гіперплазія слизової, базальна мембрана не змінена, місцями є скупчення лімфоїдних елементів, а також осередки кишкової гіперплазії. Безліч *Helicobacter pylori* на поверхні і в глибині ямок.

- Сформулюйте клінічний діагноз і вкажіть діагностичні критерії.
- Призначте лікування і обґрунтуйте його.

Еталон відповіді

Діагноз: «Хронічний антральний гастрит В у фазі загострення».

Лікування включає дієтичні рекомендації (стіл № 1), етіологічну (антихелікобактерну) і симптоматичну терапію.

Антигелікобактерна терапія: 7-денна схема - омепразол (зероцід, омизак і інші аналоги) 20 мг 2 рази на день + кларітроміцин (коаліціада) 250 мг 2 рази на день, або тетрациклін 500 мг 2 рази на день, або амоксицилін 1000 мг 2 рази на день + метронідазол (трихопол) 500 мг 2 рази на день.

Після завершення антихелікобактерної терапії слід продовжити прийом антисекреторних препаратів (омепразол) протягом не менше 2 тижнів.

Для купірування дискінетических симптомів (нудота, печія) доцільно призначити мотилиум по 1 таблетці 3 рази на день протягом 10 днів, при недостатній ефективності блокаторів кислотності (якщо печія залишається) можливе призначення антацидних препаратів (маалокс, альмагель) - коротким курсом до купірування симптомів.

Показано динамічне спостереження, повторний тест на *Helicobacter pylori* не менше ніж через 4 тижні після завершення курсу ерадикації.

Завдання 2

Пацієнт Д., 65 років, пред'являє скарги на постійні болі і важкість у надчеревній ділянці, неприємний смак у роті, зниження апетиту, нудоту,

відрижку повітрям, іноді тухлим, нестійкі випорожнення (до трьох разів на добу), слабкість, нездужання, схуднення на 3 кг за останні два місяці.

Хворий протягом 10 років, коли вперше з'явилися почуття важкості у верхній половині живота, відрижка повітрям, нестійкий стілець. Дискомфорт у верхній половині живота, нестійкий стілець виникали періодично, частіше були пов'язані з порушенням дієти (жирна, смажена їжа, прийом алкоголю) і проходили через деякий час самостійно. До лікарів не звертався, не лікувався. В останні п'ять років диспепсичні розлади стали турбувати частіше. У поліклініці за місцем проживання при дослідженні шлункового вмісту, зі слів пацієнта, були виявлені ознаки зниження секреторної функції шлунка. ЕГДС не проводилася. Лікувався но-шпой, ферментними препаратами (мезим-форте, фестал), з короткочасним ефектом. Справжнє погіршення самопочуття зазначає протягом останніх двох місяців, коли стали наростати диспептичні явища, схуд на 3 кг.

При огляді стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові бліді, атрофія і згладжена сосочків язика, відбитки зубів на боковій поверхні язика, ангулярний стоматит. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. АТ - 130/80 мм рт. ст. Пульс -68 в хвилину, ритмічний. Живіт помірно роздутий, при пальпації розлита хворобливість в епігастральній ділянці, печінка і селезінка не збільшені.

В загальному аналізі крові: еритроцити - 5,3 млн, гемоглобін -11,5 гр%, лейкоцити - 6, 2 тис., кольоровий показник - 0,98, формула крові без особливостей, ШОЕ - 12 мм / год.

При дослідженні калу проба з бензидином негативна. При рН-метрії: базальна секреція 4,5, після стимуляції 3,0. Гастродуоденоскопія: стравохід не змінений, в шлунку невелика кількість рідини, складки слизової згладжені, слизова шлунка бліда, атрофічна. Взята біопсія слизової з тіла шлунка (атрофія залозистого епітелію, ознаки кишкової метаплазії, мінімальні ознаки запалення, *Helicobacter pylori* і антитіла до *Helicobacter pylori* не виявлені).

- Сформулюйте клінічний діагноз. Вкажіть діагностичні критерії.
- Призначте лікування і обґрунтуйте його.

Еталон відповіді

В даному випадку мова йде про хронічний гастрит типу А (аутоімунний) зі зниженою секреторною функцією у фазі загострення.

Лікування: стіл № 1.

Замісна терапія: препарати, що підсилюють секрецію соляної кислоти (настоянка трави гіркої полину, сік подорожника чи плантаглюцид по 0,5-1г 3 рази на добу.). Для захисту слизової оболонки слід призначити відвар насіння льону, білу глину. Для корекції можливих порушень кишкового травлення - фестал, дигестал, панзинорм-форте, панкреатин по 1 таблетці 3 рази на день під час їжі. Необхідно призначення вітаміну В12.

Завдання 3

Хворий 28 років, що зловживає алкоголем, в останні 2 роки став помічати, що після вживання спиртних напоїв або порушення дієти з'являються болі, здуття живота. Півроку тому в аналізі крові виявлено підвищення цукру натщесерце до 7,6 ммоль / л, амілаза 230 од., діастаза 134 од. Об'єктивно: зниженого харчування, язик обкладений білим нальотом. Дихання везикулярне, тони серця ритмічні, ЧСС 80 в хвилину, артеріальний тиск 120/80 мм рт ст. Живіт болючий в трикутнику Шоффара. Печінка не пальпується. В аналізах: амілаза 230 од., діастаза 134 од.

- 1) Встановити попередній діагноз.
- 2) Намітити план обстеження.
- 3) Провести диференціальну діагностику.
- 4) Визначити тактику лікування.

Еталон відповіді

1. Попередній діагноз: Хронічний алкогольний панкреатит у фазі загострення, тяжкий перебіг з вираженою внутрішньосекреторною недостатністю. Цукровий діабет 2 типу, середньої важкості, субкомпенсація.

2. План обстеження. Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, амілаза крові та сечі, печінкові проби, гаммаглутамілтранспептидази і лактатдегідрогенази, загальний білок,

протеїнограма , холестерин крові, глюкоза крові натще, НВА1С, копрограма, фекальна панкреатична еластаза-1

Обов'язкові інструментальні методи діагностики:

УЗД підшлункової залози, жовчного міхура, печінки , КТ органів черевної порожнини та заочеревинного простору .

Додаткові лабораторні і інструментальні дослідження лабораторні:

Тест толерантності до глюкози, С-реактивний білок панкреатична ізоамілаза крові, ліпаза, фосфоліпаза А2, трипсин крові, еластаза-1 крові, добове визначення жиру в калі, онкомаркери, інсулін, С-пептид крові, сечовина, креатинін крові, ПАБК-тест (з метою визначення стану зовнішньосекреторної функції ПЗ),панкреолауріловий тест (з метою визначення стану зовнішньосекреторної функції ПЗ), коагулограма, генетичні дослідження (дозволяють виявити мутації гена катіоніческій трипсіногена (PRSS1), гена муковісцидозу (CFTR), гена панкреатичного секреторного інгібітору трипсину (SPINK) і гена поліморфізму α 1-антитрипсину).

ЕКГ, оглядове рентгенологічне дослідження черевної порожнини (дозволяє виявити кальцифікацію ПЗ або внутрішньопротокові конкременти) ,оглядове рентгенографічне дослідження грудної клітини.

- ЕРХПГ (виявлення змін протоки ПЗ і її гілок (переривчасте розширення проток - «ланцюг озер») або норма.

3. Диференціальний діагноз з наступними захворюваннями: холецистит, гіпо- та анацидні гастрити, дуоденіт, пептичні виразки шлунка і ДПК, сухий плеврит, інфаркт міокарда.

4. Лікування:

– Голод і нутритивна підтримка з переходом до традиційної дієти при ХП з виключенням продуктів, які стимулюють панкреатичну секрецію; зменшення тваринних жирів в раціоні (40-60 г на добу.), часте дробове харчування (4-5 разів на добу.).

– Лікування цукрового діабету з подальшим переглядом дози препаратів(метформин 500 1р/день вранці тривало);

- парацетамол - по 0,5-1,0 г 3-4 разів на добу;
- антисекреторна терапія(омепразол 20 мг 2 рази на добу);
- замісна терапія (креон 20-40 тис. ОД) на прийом їжі.

Завдання 4

Пацієнтка С., 32 роки, скаржиться на трясовицю, слабкість, головний біль, розбитість, нудоту, інтенсивні болі в правому підребер'ї, що виникли напередодні ввечері після вживання жирного м'яса і з невеликими перервами тривали всю ніч. Болі посилюються при зміні положення тіла, поворотах.

У віці семи років хвора перенесла гепатит А, після чого протягом декількох років відзначала епізоди болю в правому підребер'ї після жирної їжі, іноді вони супроводжувалися блювотою. У 18 років при аналізі жовчі, отриманої при дуоденальному зондуванні, виявлено велику кількість лейкоцитів в порціях В і С. Неодноразово лікувалася в санаторіях (Трускавець), брала жовчогінні препарати. Відчувала себе задовільно.

При об'єктивному огляді звертає на себе увагу, що пацієнтка гіперстенічної статури, підвищеного харчування (індекс маси тіла 33), шкірні покриви чисті, іктеричність склер, температура тіла 39° С. Печінка не виступає з-під реберної дуги, м'якоеластичної консистенції, пальпація різко болюча. Різко позитивні симптоми Георгіївського-Мюссе, Ортнера, Мерфі, Лепене. Живіт злегка роздутий. Селезінка не пальпується.

В аналізах крові: лейкоцити - 15100 / мкл (п / я - 11%, с / я -53%), лімфоцити - 19%, моноцити - 12%, еозинофіли - 5%, еритроцити - 4200 млн / мкл, гемоглобін - 121 г / л, тромбоцити - 290 тис., ШОЕ - 17 мм / год. Білірубін загальний - 2,6 мг / дл, прямий - 0,5 мг / дл, фібриноген - 4,82 г / л, загальний білок - 82 г / л, альбумін - 5,6 г / л. АЛТ - 24 МЕ, АСТ - 18 МЕ, ГГТ - 160 МЕ, ЛФ - 380 МО / л.

При езофагогастродуоденоскопії виявлено гастроезофагальний рефлюкс, інша патологія не визначається.

При УЗД органів черевної порожнини: печінка трохи збільшена (+1 см), контури рівні, паренхіма звичайної ехогенності. Внутрішньопечінкові жовчні протоки розширені, ductus choledochus 6 мм. Жовчний міхур

збільшений до 5 см в діаметрі, стінки потовщені, виявляється «подвійний контур», УЗ-симптом Мюссе. Підшлункова залоза нормальних розмірів і форми, ехогенність нормальна. Пankреатичний проток не розширений.

- 1) Встановити попередній діагноз.
- 2) Намітити план обстеження.
- 3) Провести диференціальну діагностику.
- 4) Визначити тактику лікування.

Еталон відповіді

1) Хронічний рецидивуючий безкам'яний холецистит в стадії загострення, середнього ступеня тяжкості з синдромом холестазу.

2) У план обстеження необхідно включити загальний і біохімічний аналізи крові, загальний аналіз сечі, загальний аналіз калу, УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, ФГДС, дуоденальне зондування, бактеріологічне, цитологічне і біохімічне дослідження дуоденального вмісту, ЕРХПГ, динамічну біліосцинтиграфію з білірубінном, міченим радіоактивним технецієм.

3) Дифдіагностика проводиться з жовчнкам'яною хворобою, бактеріальним холангітом, первинним склерозуючим холангітом.

4) Пацієнтці показано дотримання режиму з обмеженням фізичних навантажень, дієта з обмеженням жирної і смаженої їжі, консервативне лікування міотропну спазмолітиками (но-шпа, де-Цітеле, дюспаталин, папаверин), холеретиками (одестон), проведення дезінтоксикаційної терапії (в / в інфузії розчину 5 % глюкози 200-400 мл). При неефективності терапії і прогресуванні процесу можливе призначення фуразолідона, антибактеріальних препаратів широкого спектру дії.

Завдання 5

У хворого, що страждав на ЦП протягом 5 років, з'явилася різка слабкість, блідість шкіри, холодний піт, спрага, відмічалася блювота з домішками крові темно-вишневого кольору. Яка найбільш частіша причина виникнення даного виду кровотечі?

Еталон відповіді: Портальна гіпертензія

Завдання 6

Хворий, що переніс 4 роки тому вірусний гепатит В та зловживає алкоголем, відчув останні 2 місяці печію, пекучий біль за грудиною. Вранці після їжі та підняття важкості з'явилася блювота свіжою темною кров'ю. При огляді – шкіра бліда, вологі, пульс – 92/хвилину, АТ 90/60 мм рт.ст. Склери іктеричні, живіт збільшений в розмірі за рахунок асцити, гепатоспленомегалія. Назвіть найбільш вірогідну причину кровотечі.

Еталон відповіді: Синдром Мелорі-Вейса

Завдання 7

Хворий на цироз печінки останнім часом скаржиться на помірний біль у надчревій ділянці, постійне здуття живота, яке посилюється після вживання їжі. Об'єктивно: розширенні підшкірні вени живота, ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині, збільшені печінка і селезінка. Дані УЗД: розширення портальної вени, збільшення печінки і селезінки. Про яке ускладнення цирозу печінки можна думати в першу чергу?

Еталон відповіді: Портальна гіпертензія

Завдання 8

У хворого дрібновузловий цироз печінки. Протягом останніх 2 місяців з'явилась задишка, набряки на нижніх кінцівках, асцит. Хворий приймав гепатопротектори та глюкокортикоїди. Яку комбінацію ліків найбільш доцільно додати до лікування, що вже проводиться?

Еталон відповіді: Альдактон + фуросемід

Завдання 9

49-річний чоловік, інвалід II групи, протягом кількох років лікується з приводу цирозу печінки. За останній місяць помітно збільшився живіт, зросла загальна слабкість. Протягом 2 тиж. щоденно приймав фуросемід. Направлений у стаціонар. Які зміни можна виявити під час дослідження електролітів крові?

Еталон відповіді: Гіпокаліємію

Завдання 10

Хворий, 44 роки, тривалий час зловживав алкоголем. Об'єктивно: тенар та гіпотенар рожевого кольору, судинні зірочки на передній поверхні грудної клітки, розширені вени передньої черевної стінки. Живіт здутий, вільна рідина в черевній порожнині. Печінка на 4 см виступає з-під края реберної дуги, ущільнена, гладенька, безболісна. Пальпується край селезінки. У крові: л. – $8,7 \cdot 10^9$ /л. Яке ускладнення розвинулось у хворого?

Еталон відповіді: Тромбоз брижових судин

Завдання 11

Хворого, 35 років, доставлено до стаціонару в тяжкому стані. Хворіє 6-й день. Захворювання почалось гостро із підвищення температури тіла до 38°C , болю в суглобах, загальної слабкості, зниження апетиту, блювання. На 2-й день потемніла сеча, на третій день – з'явилась жовтяниця склер, потім шкіри. Об'єктивно: адинамія, дезорієнтація, інверсія сну, інтенсивна жовтяниця склер, шкіри, геморагії на шкірі, зменшення розмірів печінки, нудота, анорексія. Протромбіновий індекс – 45 %. В анамнезі: 4 міс тому оперували проривну виразку шлунка з гемотрасфузією. Що зумовлює такий стан?

Еталон відповіді: Гостра печінкова енцефалопатія

Завдання 12

Хворий, 40 років, скаржиться на свербіння шкіри, жовтяницю, важкість у правому підребер'ї і слабкість. Шкіра жовта, сліди розчужів, печінка + 5 см, селезінка 6х8 см. В крові: ЛФ – 4,0 мкмоль/л; загальний білірубін – 60 мкмоль/л; холестерин – 8 ммоль/л. Який провідний синдром можна виділити у хворого ?

Еталон відповіді: Холестатичний

Завдання 13

Хвора К, 24 років, скаржиться на біль в правому підребер'ї та суглобах, жовтушність шкіри, зниження маси тіла на 10 кг за рік, підвищення Т тіла до 38⁰С. Захворів після пологів півроку тому. Об-но: іктеричність шкіри та склер, ксантоми на повіках, печінка +4 см, щільна, болюча, селезінка +2 см. У крові: АЛТ – 3,4 ммоль/л, АСТ – 2,8 ммоль/л; загальний білірубін – 96 мкмоль/л; вільний – 54 мкмоль/л; HbS Ag не виявлений. Назвіть основний механізм патогенезу захворювання?

Еталон відповіді: Аутоімунний

Завдання 10

Хвора, 36 років, скаржиться на загальну слабкість, збудливість, тяжкість у правому підребер'ї, субфебрилітет. 4 роки тому перехворіла на вірусний гепатит. Зазначені скарги поступово наростали протягом останніх 3 місяців. Об'єктивно: печінка виступає на 3 см з-під краю ребрової дуги. Лабораторно: загальний білірубін- 64,5 мкмоль/л; прямий – 22,7 мкмоль/л; γ-глобуліни – 31 %, АсАТ – 1,42 ммоль/год*л, АЛТ – 1,96 ммоль/год*л. виявлено ознаки активної реплікації вірусу (HBeAg – позитивна реакція). Який з препаратів етіотропного лікування найбільш ефективний?

Еталон відповіді: α-Інтерферон

Завдання 11

Чоловік 38 років скаржиться на переймоподібний біль у лівій здухвинній ділянці і часті рідкі випорожнення 6-10 разів на добу з кров'ю та гноєм, загальну слабкість, втрату маси тіла. Хворіє понад 5 років. Живіт при пальпації болючий у лівій здухвинній ділянці. Печінка +2 см, у крові – Hb – 80 г/л, ер.- 3,5x10¹²/л, ШОЕ – 34 мм/год. Яке захворювання найбільш імовірно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

Еталон відповіді: Неспецифічний виразковий коліт

Завдання 12

Чоловік 48 років скаржиться на ниючий біль в бокових відділах живота, що зменшується після дефекації й відходження газів, чергування поносів і закрепів, 2 роки тому переніс дизентерію. При пальпації живота – болючість, чергування спазмованих і атонічних, з гурчанням, відділів товстої кишки. Який метод обстеження є найбільш інформативним для постановки діагнозу:

Еталон відповіді: Колоноскопія

Завдання 13

Хворий, 32 років, приймав масивну антибактеріальну терапію. Скаржиться на розлиті болі в животі, часті рідкі випорожнення (4-6 разів на добу), загальну слабкість. Живіт при пальпації м'який, болючий в нижніх відділах, печінка та селезінка не пальпуються. Застосування якого лікарського препарату доцільне в даному випадку?

Еталон відповіді: Лінекс

Завдання 14

У хворого 45 років діарея 6-8 разів на добу, з видаленням несформованих фекалій з вмістом слизу, крові та гною. Т 0 -37,60, болі при пальпації товстого кишечника та утворення зовнішніх і внутрішніх нориць. Виставлений діагноз - хвороба Крона. Яка ознака відрізняє дану хворобу від неспецифічного виразкового коліту?

Еталон відповіді: Нориці

Завдання 15

У чоловіка 26 років, скарги на переймистий біль у животі, часте рідке випорожнення з домішками слизу та крові. Хворіє 3 роки, схуд на 14 кг. Т0 37,60С, живіт м'який, болючий при пальпації по ходу товстої кишки, особливо зліва. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нерівні, нечіткі. Який діагноз найбільш імовірний?

Еталон відповіді: Неспецифічний виразковий коліт

Завдання 16

Хворий, 55 років, скаржиться на здуття і гурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення пінного характеру, з кислим запахом, що з'являються після вживання страв на молоці. Як іменується даний симптомокомплекс?

Еталон відповіді: Синдром бродильної диспепсії

Завдання 17

Хвора, 41 року, скаржиться на рідке випорожнення (10-12 разів на добу) з домішками слизу і крові, біль у нижній частині живота, схуднення. Хворіє 2 роки, діагнози гострих інфекційних захворювань виключені. Живіт м'який, пальпація сигмовидної кишки болюча. Фіброколоноскопія – в ділянці синмоподібної кишки слизова оболонка бліда, з ділянками псевдополіпозних розрастань, плоскі поверхневі виразки. Який попередній діагноз?

Еталон відповіді: Неспецифічний виразковий коліт

Завдання 18

У хворого, 19 років, скарги на переймистий біль в животі, рідке випорожнення 6-8 разів на добу з домішками слизу та свіжої крові. Хворіє протягом 2 років, схуд на 12 кг. Живіт м'який, болючий по ходу товстої кишки, особливо зліва, сигмовидна кишка спазмована. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нерівні, нечіткі, симптом «водопровідної труби». Який діагноз найбільш імовірний?

Еталон відповіді: Неспецифічний виразковий коліт

Завдання 19

Хвора К, 48 років, скаржиться на посилення спастичних болів у низу живота після психо-емоційного напруження, випорожнення кишечника інтермітуючі: 2-3- випорожнення після пробудження чергуються із закрепками протягом 1-2 днів. Помірний біль при пальпації сигмовидної кишки. Ректороманоскопічне дослідження болісне через спастичний стан

кишечника, його слизова оболонка не змінена. В просвіті кишечника багато слизу. Яке захворювання найбільш імовірне?

Еталон відповіді: Синдром подразненої товстої кишки

Завдання 20

Хворий, 51 року, скаржиться на часті рідкі випорожнення з домішками слизу на прожидками крові, біль разлитого характеру в нижньобочкових відділах живота, зниження маси тіла на 6 кг за місяць, субфебрилітет. Живіт м'який, сигмовидна кишка болюча, спазмована, гурчить. Яке захворювання найбільш імовірне у даної пацієнтки?

Еталон відповіді: Неспецифічний виразковий коліт

Використані джерела: [2,3, 12,13, 18, 22, 23]

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 5

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ ТА ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Завдання 1

З жіночої консультації в урологічне відділення направили жінку з клінікою гострого правобічного пієлонефриту (температура тіла 38,4⁰С, почащене сечовипускання, в аналізі сечі: білок - сліди, лейкоцитів на 1/2 поля зору. Що потрібно провести хворій з діагностичною метою? Можлива лікувальна тактика?

Еталон відповіді: Необхідно провести хромоцистоскопію. За відсутності функції - катетеризацію нирки.

Завдання 2

Хворий К., 42 роки, госпіталізований в ургентному порядку із скаргами на болі в попереку зліва, підвищення температури тіла до 39,2⁰С, тіпанку, загальну слабкість. Протягом 6 років хворіє коралоподібним каменем лівої нирки. Яке ускладнення основного захворювання виникло у хворого? Які додаткові методи обстеження слід виконати хворому? Лікувальна тактика.

Еталон відповіді: Загострення хронічного калькульозного пієлонефриту (можливо, ускладнене апостематозним нефритом). Слід провести УЗД, оглядову і екскреторну урографію. Оперативне лікування

Завдання 3

У вагітної А., 25 років, (строк 10-12 тижнів), з'явився постійний ниючий біль в поперековій ділянці. В аналізі сечі: білок - 0,066 г/л, лейкоцити – 8-10 в полі зору. При проведенні УЗД – права нирка опущена, миска і чашки розширені, ущільнені. Який діагноз є найбільш імовірним?

Еталон відповіді: Вторинний хронічний пієлонефрит

Завдання 4

Хворий 10 років. Скарги на постійний біль в правій ділянці живота, слабкість, підвищення температури тіла до 39^о. Хворіє 3 роки. У анамнезі часті ангіни. Нирки не пальпуються. Помірно болісне пальпування правого ниркового простору, слабо позитивний симптом Пастернацького зправа. В загальному аналізі сечі – піурія, за Нечипоренком – лейкоцити на усе поле зору, активні лейкоцити до 30. Назвіть попередній діагноз.

Еталон відповіді: Хронічний пієлонефрит

Завдання 5

Хвора 36 років, захворіла гостро. t 38,5⁰, зноблення, тупі болі в поперековій ділянці, часте болюче сечовиділення. Об'єктивно: відмічається напруження м'язів поперекового відділу, позитивний симптом Пастернацького з обох боків. Загальний ан. крові: лейкоц. $20,0 \times 10^9$ /л, нейтрофіліоз. В ан. сечі: білок 1,6г/л, лейкоцити - все поле зору, бактеріурія $2,5 \times 10^6$ мікробних тіл в 1 мл сечі. Ваш попередній діагноз?

Еталон відповіді: Гострий пієлонефрит

Завдання 6

Хворий 34 років, доставлений в клініку зі скаргами на тупий біль в тім'яній та потиличній ділянках голови, виражену загальну слабкість. Вперше такі скарги з'явилися близько 2 років тому, через 3 тижні після перенесеної ангіни. Тоді ж було виявлено підвищення артеріального тиску (180/120 мм рт.ст.) та еритроцити в аналізі сечі (з слів пацієнта). Після лікування (назви препаратів не пам'ятає) стан покращився. До останнього часу не обстежувався, призначені гіпотензивні засоби приймав нерегулярно. Огляд: обличчя одутле, на гомілках набряки, шкіра і слизові оболонки – бліді. Легені без патологічних змін. Серце – над верхівкою ослаблений I тон, акцент II тону на аорті. Пульс – 90 на 1 хв., ритмічний, напружений. АТ 170/120 мм рт.ст. Печінка – не збільшена. Аналіз сечі: білок 6,5 г/л, відносна густина 1014, лейкоцити 4-5 в полі зору, еритроцити 20-25 в полі зору, циліндри гіалінові 2-3 в полі зору.

1. Сформулювати і обґрунтувати попередній діагноз.
2. Скласти і обґрунтувати план додаткових досліджень.
3. Вказати ускладнення, які можуть розвинути у пацієнта.

Еталон відповіді:

1. Попередній діагноз: Хронічний гломерулонефрит, нефротична форма, гіпертензивна стадія.

2. План додаткових досліджень: - загальний аналіз крові – для виявлення анемії (яка можлива при хронічному гломерулонефриті); ознак гострої фази запалення (лейкоцитоз, ШОЕ); - біохімічний аналіз крові: сечовина, креатинін та швидкість клубочкової фільтрації (для виявлення ниркової недостатності); вміст загального білка, холестерину та ліпопротеїнів (при нефротичному синдромі – гіпопротеїнемія, гіперхолестеринемія і гіперліпопротеїнемія), визначення вмісту кальцію та фосфору (при нирковій недостатності – гіпокальціємія і гіперфосфатемія); - аналіз сечі за Зимницьким (для визначення концентраційної здатності нирок); -пункційна біопсія нирок з мікроскопічним дослідженням біоптату (для визначення морфологічного варіанту гломерулонефриту); -УЗД нирок - для виключення інших хвороб нирок.

3. Найчастіші ускладнення хронічного гломерулонефриту - хронічна ниркова недостатність і хронічна серцева недостатність (внаслідок артеріальної гіпертензії та розвитку гіпертензивного серця).

Завдання 7

Пацієнт 36 років, скаржиться на дворазове виділення сечі за типом “мясних помийв”, без болю та дизуричних розладів, субфебрильну температуру тіла. Вважає себе хворим протягом року. В аналізі сечі – білок – 2,88 г/л, еритроцити – 15-20, лейкоцити – 7-10, циліндри гіалінові та зернисті – 4-5 у полі зору. Вкажіть найбільш ймовірне захворювання.

Еталон відповіді: Хронічний гломерулонефрит

Завдання 8

Геолог, 26 років хворіє хронічним тонзилітом, в експедиції переніс ангіну. Після цього через 2 тижні з'явилися набряки лица, попереку, гідроторакс, задишка у спокої. Тони серця послаблені. АТ 125/80 мм рт.ст. Аналіз сечі: відносна густина - 1021, білок – 9 г/л, еритроцити 15-20, гіалінові циліндри 2-4 у полі зору. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз?

Еталон відповіді: Гострий гломерулонефрит з нефротичним синдромом

Завдання 9

Самопочуття 17-річної дівчини погіршилось через три тижні після перенесеної на ногах ангіни. Скарги на головну біль, червонуватий колір сечі. Обличчя без набряків. Діурез близько 1 л. АТ 160/100 мм рт.ст. ШОЕ 18 мм/год., креатинін 0,12 ммоль/л. Ранкова сеча: відносна густина 1,015, білок 2 г/л, еритроцити до 30 в полі зору, лейкоцити 10-12. Який вірогідний діагноз?

Еталон відповіді: Гострий постстрептококковий гломерулонефрит

Завдання 10

У хворого 32 роки констатовано підвищення АТ до 240/130 мм рт.ст. при робочому тиску 180/120 мм рт.ст., набряки. Хворіє протягом 5 років. Періодично сеча набувала кольору м'ясних помийів, виникали набряки повік. АТ підвищився 3 роки назад. Стан погіршився 2 тижні назад після переохолодження. Аналіз сечі: відносна густина - 1011, білок 6,6 г/л, циліндри гіалінові, зернисті, воскоподібні 10-12 в п.з., еритроцити 100-150 в п.з., лейкоцити 4-6 в п.з, кристали сечової кислоти – багато. Креатинін крові 1,06 ммоль/л. Який найбільш ймовірний діагноз у хворого ?

Еталон відповіді: Хронічний гломерулонефрит

Завдання 11

Хвора, 47 років, при надходженні до стаціонару пред'являла скарги на різку загальну слабкість, головний біль, спрагу, зниження апетиту, нудоту, схуднення.

У 24 річному віці під час вагітності турбували болі в ділянці нирок, прискорене сечовипускання, підвищення температури тіла. Протягом трьох тижнів лікувалася в стаціонарі. Рік тому стали наростати загальна слабкість, схуднення, різко знизився апетит, з'явилася нудота, спрага.

При надходженні стан важкий. Зниженого харчування (протягом останнього року втратила у вазі 15 кг). Шкірні покриви бліді з жовтяничним відтінком. Обличчя пастозне. У легенях дихання жорстке, в задньонижніх відділах з обох боків – звучні вологі хрипи. Ліва межа серця на 1,5 см назовні від лівої середньо-ключичної лінії. ЧСС 92 на хвилину, ритм правильний, АТ 200/130 мм рт.ст. Язик сухий, у кореня густо обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який безболісний. Добовий діурез 900 мл.

Загальний аналіз сечі: відносна щільність 1005, білок 0,33 г/л, лейкоцити 4-5 в полі зору, еритроцити 0-1 в полі зору.

Загальний аналіз крові: еритроцити $2 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобін 76 г/л, лейкоцити $5,7 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ 21 мм/год. Сечовина крові 9,6 ммоль/л, креатинін 370 мкмоль/л, K^+ крові 6 ммоль/л. Клубочкова фільтрація 40 мл/хв.

На ЕКГ – лівограма, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Реабсорбція - 96%. При УЗД нирок виявлена деформація чашечно-лоханочної системи з обох боків, більше справа.

1. Про яке захворювання можна думати і чому?
2. Дані лабораторних та інструментальних методів лікування, що дозволяють верифікувати діагноз?
3. Сформулюйте діагноз.
4. Принципи лікування і тактика ведення.

Еталон відповіді:

1. Можна думати про хронічний пієлонефрит, хронічну ниркову недостатність на підставі клініко-лабораторного симптомокомплексу:

- хронічної ниркової недостатності: різка загальна слабкість, спрага, нудота, схуднення, відносна щільність сечі 1005, підвищення рівня креатиніну, зниження швидкості клубочкової фільтрації, анемія гіперкаліємія,
- сечового синдрому: білок 0,33 г/л, лейкоцити 4-5 в полі зору, еритроцити 0-1 в полі зору),

Вказівка в анамнезі про перенесене 23 роки тому інфекційне захворювання нирок дозволяє поставити діагноз.

2. Загальний аналіз сечі – гіпостенурія, лейкоцитурія; електроліти крові – гіперкаліємія; гіперурикемія, збільшення кількості креатиніну і сечовини крові, аналіз сечі за Зимницьким – ізогіпостенурія, УЗД – зменшення розмірів нирок, зменшення швидкості клубочкової фільтрації, ізотопна ренографія – уповільнення екскреторної функції, внутрішньовенна урографія – зменшення розмірів нирок.

3. Первинний хронічний пієлонефрит, латентний перебіг, стадія ремісії.

4. Дієта – обмеження білка до 0,8 г/кг/добу, адекватна кількість калорій, обсяг рідини – діурез + 500 мл, фосфор не більше 1 г/добу, незамінні амінокислоти. Медикаментозне – контроль артеріальної гіпертензії – інгібітори АПФ, антагоністи рецепторів ангіотензину, антагоністи кальцію, β -адреноблокатори; корекція кальцієво-фосфорного обміну (солі кальцію перорально, вітамін Д); корекція ацидозу – карбонат натрію; усунення гіперкаліємії – петльові діуретики, іонообмінні полістеринові смоли (резоніум); лікування анемії – людський рекомбінантний еритропоєтин; сорбція – гемосорбція, ентеросорбція (ентеросорб, полісорб)

Завдання 12

Мати хлопчика 13 років, після його одужання від грипу зазначає повторне підвищення температури до 38^0 - 39^0 С протягом 5 днів, головний біль, нудоту, слабкість, в поперековій області постійні болі, що тягнуть, часті позиви до сечовипускання, особливо вночі. Сеча у дитини каламутна, артеріальний тиск 140/80 мм. рт. ст. Симптом Пастернацького позитивний зліва, справа негативний. Попередній діагноз: пієлонефрит.

1. Який метод променевої діагностики найбільш інформативний для виявлення ступеня порушення функції нирок?
2. Яке ускладнення виникло у дитини?

Еталон відповіді:

1. Динамічна реносцинтиграфія.
2. Артеріальна гіпертензія.

Завдання 13

У хворого на хронічний гломерулонефрит із ХНН (ІІІ стадія) розвинувся гострий апендицит, ускладнений розлитим перитонітом. Хворий оперований – апендектомія, дренування черевної порожнини. Після операції відзначено зменшення добового діурезу до 500 мл, наростання сечовини крові до 25 ммоль/л (вихідний рівень сечовини 11 ммоль/л), рівень «середніх молекул» у крові 0,750 од. при нормі 0,240 од.).

1. Ваш діагноз?
2. Причина розвитку ускладнення?
3. План лікувальних заходів?

Еталон відповіді:

1. Острый гнійний апендицит, розлитий гнійний перитоніт, хронічний гломерулонефрит, загострення ХПН ІІІ ст.
2. Причиною загострення ХНН є операційна травма та інтоксикація, викликана гнійним перитонітом.
3. Лікування: дезінтоксикаційна терапія, екстракорпоральна детоксикація (гемосорбція або плазмаферез з метою елімінації «середніх молекул»), лікування перитоніту. При наростанні ознак ХНН – гемодіаліз.

Завдання 14

У хворий С., 27 років, раптово з'явилися гострі болі в поперековій ділянці зліва, що іррадіюють в стегно; хворий неспокійний, сечовипускання прискорене. Аналіз сечі без патологічних змін.

1. Можливий діагноз?
2. Діагностичні заходи?

3. Лікувальна тактика.

Еталон відповіді:

1. Сечокам'яна хвороба (камінь лівого сечоводу), ниркова колька зліва.
2. Ультразвукове дослідження нирок. Розширення порожнинної системи лівої нирки буде свідчити про порушення відтоку сечі. Хромоцистоскопія, оглядовий знімок сечової системи. При хромоцистоскопії індігокармін з гирла лівого сечоводу протягом 10 хвилин не буде виділятися, на оглядовій урограммі в проекції сечових шляхів зліва може бути виявлена тінь, підозріла на конкремент.
3. При підтвердженні діагнозу для купірування ниркової коліки показано внутрішньовенне введення 5 мл баралгіну і теплові процедури (грілка на поперекову ділянку або тепла ванна) або застосування нестероїдних протизапальних засобів. При камені сечоводу діаметром більше 5 мм ставиться питання про екстрену ДУВЛ.

Завдання 15

У хворого К., 40 років, протягом трьох днів відзначаються болі в попереку праворуч, що супроводжуються підвищенням температури тіла до 39-40⁰С, ознобами. З анамнезу відомо, що рік тому виявлений камінь у верхній третині правого сечоводу розміром 1х1,5 см. Тоді ж була запропонована операція, від чого пацієнт відмовився.

Об'єктивно: стан важкий, млявий, адинамічний. Артеріальний тиск 110/80 мм рт.ст. Живіт м'який, різко болючий в правому підребер'ї. Симптом Пастернацького різко позитивний справа.

В аналізі крові нейтрофілів 16х10⁹/л, паличкоядерних нейтрофілів 21%. В аналізі сечі лейкоцити покривають густим шаром всі поля зору.

1. Ваш діагноз?
2. Які обстеження необхідно провести?
3. Яку терапію пропонуєте?

Еталон відповіді:

1. Сечокам'яна хвороба (камінь правого сечоводу), обструктивний правобічний гострий гнійний пієлонефрит.

2. УЗД нирок, оглядова й екскреторна урограмми.

3. При підтвердженні діагнозу традиційним лікуванням є термінове оперативне втручання: нефростомія + декапсуляція нирки + уретеролітотомія (при локалізації каменя в верхній або середній третині сечоводу), при локалізації каменя в нижній третині сечоводу тільки нефростомія + декапсуляція нирки. Після операції інтенсивна антибактеріальна, протизапальна та дезінтоксикаційна терапія.

Завдання 16

У хворого П., 45 років, виявлена гіпертрофія лівого шлуночка серця. Артеріальний тиск 200/140 мм рт. ст., відносна щільність сечі у всіх порціях за Зимницьким 1008-1010. Добовий діурез становить 4 літри, кліренс інуліну 50 мл/хв, залишковий азот крові 71,4 ммоль/л (100 мг%).

1. Який вид ниркової недостатності має місце у хворого? Який патогенез гіпертрофії серця у даного хворого? Як пояснити розвиток артеріальної гіпертензії? Про що свідчать зазначені цифри кліренсу інуліну?

2. Як пояснити поліурію при названих цифрах кліренсу інуліну?

Еталон відповіді:

1. У хворого П. має місце хронічна ниркова недостатність, про що свідчить ізогіпостенурія (низька питома щільність сечі у всіх порціях сечі за Зимницьким), гіперазотемія (наслідок порушення елімінації азотистих шлаків ниркою), дворазове зниження фільтраційної здатності нирки (зменшення кліренсу інуліну до 50 мл/хв). В силу заміни більшої частини нефронів сполучною тканиною формується реноваскулярна артеріальна гіпертензія. Постнавантаження на лівий шлуночок істотно зростає, тому спочатку виникає гіперфункція, а потім з часом розвивається його гіпертрофія.

2. Поліурія обумовлена осмотичним діурезом (фільтрацією первинної сечі з високим вмістом азотистих шлаків, що утримують воду в просвіті ниркового каналця).

Завдання 17

У хворого А., 38 років, загострення хронічного нефриту. Госпіталізований у важкому стані: відзначається спрага, блювота, свербіж шкіри, запах аміаку в повітрі, що видихається, мимовільні посмикування м'язів. Аналіз крові: залишковий азот 285,5 ммоль/л (400 мг%), азот сечовини 4,9 ммоль/л (300 мг%), еритроцити $2,5 \times 10^{12}$ /л. Добовий діурез знижений, відносна щільність сечі 1010.

1. Як називається наявний у хворого синдром?
2. Які дані вказують на порушення фільтраційної функції нирок?
3. Як пояснити розвиток блювоти у хворого?
4. Чи можна розцінювати зазначені зміни як синдром поєднаної нирково-печінкової недостатності?

Еталон відповіді:

1. У хворого А. спостерігається уремічний синдром, обумовлений гіперазотемією (накопиченням в крові сечовини та інших кінцевих продуктів обміну речовин, що викликають самоотруєння організму), порушенням кислотно-основної й осмотичної рівноваги. Безпосередньою причиною уремії є гостра або хронічна ниркова недостатність.

2. Про порушення фільтраційної функції нирок свідчить гіперазотемія (залишковий азот 285,5 ммоль/л) і зменшення добового діурезу.

3. Розвиток блювоти у хворого обумовлено подразненням слизової оболонки шлунково-кишкового тракту азотистими шлаками, що виділяються через ШКТ в умовах порушення елімінаційної функції нирок.

4. Про поєднану нирково-печінкову недостатність не можна стверджувати, оскільки не порушений орнітиновий цикл, що проходить в гепатоцитах, про що свідчить високий вміст в плазмі крові сечовини.

Завдання 18

Дайте обґрунтований висновок про форму ниркової недостатності за такими результатами аналізу сечі: добовий діурез 2200 мл, сеча водяниста, різко кисла, білок 0,9 г/л, відносна щільність 1011-1010. В осаді мало

епітелію, лейкоцити 0-2 в полі зору, еритроцити поодинокі свіжі і змінені, циліндри гіалінові, поодинокі в препараті.

Еталон відповіді:

Результати аналізу сечі характерні для хронічної ниркової недостатності (початкової стадії), про що свідчить гіпостенурія (низька питома щільність сечі), а також наявність сечового синдрому (мікрогематурія, протеїнурія, циліндрурія, епітелій і лейкоцити).

Завдання 19

Дайте обґрунтований висновок про форму ниркової недостатності за такими результатами аналізу сечі: добова кількість сечі 300 мл, сеча червоно-бурого кольору, каламутна, відносна щільність 1028, різко кисла, білок 4 г/л. В осаді помірна кількість епітелію, лейкоцитів 4-6 в полі зору, еритроцитів 100 і більше в полі зору, циліндри гіалінові не в кожному полі зору.

Еталон відповіді:

Результати аналізу сечі характерні для оліго-анурічної стадії гострої ниркової недостатності, що підтверджується олігурією (добовий діурез 300 мл), макрогематурією, високою відносною щільністю сечі. Крім того, чітко виражений сечовий синдром: наявність в кожному полі мікроскопа складових компонентів сечового осаду: еритроцитів, лейкоцитів, епітелію, гіалінових циліндрів.

Завдання 20

У вагітної жінки, 25 років, спостерігається постійна глюкозурія від 0,5 до 2. У минулому здорова. Рівень глюкози в крові натще 3,8-5,2 ммоль / л, протягом дня 6,6-7,0 ммоль/л. Тест на толерантність до глюкози: після навантаження через 1 годину - 6,8ммоль / л, через 2 години - 5,5 ммоль / л, через 3 години - 5,2 ммоль / л.

1.Охарактеризуйте представлені данні.

Еталон відповіді:

1.У вагітної жінки глюкозурія вагітних. Тест толерантності до глюкози без порушень.

Завдання 21

Чоловік 56 років має ожиріння 3 ступеня (зростання 174см, маса 108 кг.) Скарг не пред'являє. Рівень глюкози в крові натще в межах 7,8-10,6 ммоль / л. Протягом 8 років страждає на артеріальна гіпертензія. В даний час АТ в межах 140/90 - 130/85 (приймає резерпін). З боку внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено

1. Сформулюйте можливий діагноз.
2. Запропонуйте лікувальну тактику.

Еталон відповіді:

1. Цукровий діабет другого типу на тлі ожиріння 3 ст.
2. Лікувальна тактика: дієта з обмеженням добового калоражу до 1800 ккал, при неефективності додати бігуаніди.

Завдання 22

Хворий 45 років, що страждає нападами стенокардії напруги, звернувся до лікаря ендокринолога з приводу ожиріння. Родичів, що страждають на цукровий діабет немає.

- 1.Сформулюйте можливий діагноз.
- 2.Складіть план обстеження.
- 3.Напишіть можливий результат намічених обстежень.

Еталон відповіді:

- 1.Хворий відноситься до групи ризику розвитку цукрового діабету, так як страждає ожирінням та ішемічною хворобою серця.
2. З метою виявлення латентного цукрового діабету необхідно провести тест толерантності до глюкози (75г).
3. При порушеній толерантності рівень глюкози крові натще може бути в межах норми, через 2 години після навантаження більше 7,8 ммоль/л, але менше 11,1 ммоль/л.

Завдання 23

Хвора 56 років звернулася до дільничного лікаря зі скаргами на слабкість, швидку втомлюваність, головні болі. В анамнезі 4 пологів, всі діти

народжувалися з вагою 4,5-5 кг. Тітка по батьківській лінії хвора на цукровий діабет.

Об'єктивно: рівномірне ожиріння, зріст 162см, вага 95кг. Патології з боку внутрішніх органів немає.

- 1.Сформулюйте можливий діагноз.
- 2.Намітити план обстеження.
- 3.Напишіть очікувані результати намічених обстежень.

Еталон відповіді:

1. Попередній діагноз: цукровий діабет другого типу на тлі ожиріння або порушення толерантності до глюкози. З урахуванням обтяженою спадковості, народження дітей з великою вагою, ожиріння.

2. План обстеження: цукор крові натще і протягом доби-глікемічний профіль; тест толерантності до глюкози (75 г); при цукровому діабеті цукор крові натще > 6,1 ммоль / л, протягом доби > 11,1ммоль /, після навантаження глюкозою > 11,1 ммоль / л. При порушеній толерантності до глюкози через 2 години цукор крові > 7,8 < 11,1 ммоль / л.

Завдання 24

Хворий 45 років, інженер-конструктор, звернувся до дільничного терапевта зі скаргами на спрагу, сухість у роті, часте сечовипускання. Хворим себе вважає близько року, з 36 років гладшає. У родині всі страждають ожирінням. Зріст 170 см, вага 120 кг. Шкірні покриви чисті, рожеві. Тони серця приглушені. АТ 200/120, ЧСС 78. Печінка виступає на 5 см з під реберної дуги, тістуватої консистенції, б/б. Пульсація на артеріях стоп знижена, більше справа. Аналіз крові :лейкоцити $10,9 \times 10^9$, ШОЕ 43 мм. Цукор крові 9,8 ммоль / л, діурез 2,8 л, ацетон негативний. Питома вага сечі 1027, реакція лужна, сліди білка, лейкоцити 60-80 в полі зору.

- 1.Напишіть своє припущення щодо діагнозу?
- 2.Складіть подальший план обстеження.
3. Які лікувальні рекомендації необхідно невідкладно дати хворому?

Еталон відповіді:

1.Цукровий діабет другого типу, середнього ступеня важкості в стадії декомпенсації. Ускладнення: жировий гепатоз. Супутні захворювання: ожиріння 3 ступеня. Хронічний пієлонефрит в стадії загострення. Гіпертонічна хвороба 2 ст. Атеросклероз периферичних судин.

2. Разгорнутий аналіз крові; загальний аналіз сечі; проби за Зимницьким, Нечипоренко: посів сечі на флору, підрахунок мікробного числа; екскреторна урографія; глікемічний і глюкозуричний профіль; очне дно, ЕКГ; реовазографія нижніх кінцівок; аналіз крові на ліпідний спектр, сечову кислоту, АЛТ АСТ, білірубін; УЗД печінки, нирок, підшлункової залози; кров на С-пептид

3. Лікування: стіл №9; сіафор (бігуанід); есенціале; антибіотики з урахуванням посіву сечі.

Завдання 25

Хворий, 22 років, скаржиться на сухість у роті, спрагу, рясне сечовипускання (добовий діурез близько 6 л), значне зниження маси тіла і зниження працездатності. Захворювання розвинулося протягом трьох місяців після перенесеного грипу Об'єктивно: зріст 178 см, вага 62 кг. Статура астенична, шкіра суха, в області спини - поверхнева піодермія. Межі відносної тупості серця в межах норми, тони звучні. Пульс 86 в хвилину, ритмічний. АТ 116/80 мм.рт.ст. Визначається кровоточивість ясен. Край печінки виступає з - під краю реберної дуги на 3 см, болючий при пальпації.

1.Поставте попередній діагноз.

2.Складіть план обстеження.

3. Вкажіть ймовірну причину розвитку хвороби.

Еталон відповіді:

1.Цукровий діабет перший тип, вперше виявлений на підставі: молодий вік, гострий початок, вираженість клінічних проявів, зв'язок з вірусної інфекції.

2.Глікемічний і глюкозуричний профіль, кетонів тіла, ацетон у сечі, К, Na, білірубін, АСТ, АЛТ.

3. Аутоімунне ураження клітин острівкового апарату підшлункової залози.

Завдання 26

Хвора П., 40 років, звернулася в поліклініку зі скаргами на зниження гостроти зору, періодичний головний біль, запаморочення, слабкість. В анамнезі гестаційний цукровий діабет. Після пологів цукор крові нормалізувався. Протягом 20 років нічого не турбувало, аналізи не здавала. Об-но: підвищеного харчування, шкірні покриви чисті, на шкірі правої повіки ксантелазма. АТ 160/100 мм рт.ст. Цукор крові 12,4 ммоль / л. В ЗАС білок 500 мг / л.

1. Про яке захворювання слід думати?
2. Чим можна пояснити наявність вищевказаних скарг?
3. Що можна очікувати при визначенні меж серця?

Еталон відповіді:

1. Цукровий діабет 2 типу, декомпенсований. Ускладнення: діабетична нефропатія, стадія протеїнурії; діабетична ретинопатія (?)
2. Цукровий діабет або порушення толерантності до глюкози, що вперше виникли під час вагітності.
4. Збільшення лівої межі серця.

Завдання 27

Хвора Д., 38 років, скаржиться на загальну слабкість, схуднення, підвищену пітливість, тремтіння рук. Вважає себе хворою 8 міс. Пульс ритмічний, 98 за хв. АТ 130/70 мм рт.ст. Щитоподібна залоза збільшена до II ст. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

1. Ваш попередній діагноз?
2. З чого слід почати обстеження?
3. Який метод лікування найбільш доцільний у подібному випадку?

Еталон відповіді:

1. Дифузний токсичний зоб.
2. З визначення рівня ТТГ та Т4.
3. Застосування антитиреоїдних засобів.

Завдання 28

Хвора 17 років звернулася до лікаря з приводу порушення менструального циклу. Об'єктивно: зріст 167 см, вага 43 кг. Шкіра волога, тепла, ЧСС 120/хв, АТ 135/55 мм рт.ст. Щитоподібна залоза збільшена до III ст. Екзофтальм.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які діагностичні методи необхідно застосувати для встановлення діагнозу? 3. Яке лікування необхідно використовувати в даному випадку?

Еталон відповіді:

1. Дифузний токсичний зоб: тиреотоксикоз.
2. Визначення вмісту тиреоглобуліну в крові.
3. Застосування мерказолілу.

Завдання 29

Хвора С., 28 років звернулася в клініку зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, головний біль, випадання волосся, сухість шкірних покривів, збільшення в розмірах щитовидної залози. З анамнезу: протягом року турбують вищеописані скарги, поступово прогресуючи. Об'єктивно: шкіра суха, бліда, індекс маси тіла - 32. Пульс 59 в хв., АТ - 125/70 мм рт. ст., тони серця приглушені. Щитоподібна залоза збільшена до I ступеня за ВООЗ, ущільнена, безболісна. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

1. Сформулюйте попередній діагноз, вкажіть можливу етіологію захворювання.
2. Які клінічні синдроми можна виділити у хворої?
3. Які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу і призначення лікування?
4. Який рівень гормонів Ви очікуєте?
5. Яке лікування слід призначити?
6. Які параметри Ви будете контролювати під час лікування?

Еталон відповіді:

1. Аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма. Гіпотиреоз, маніфестна форма, декомпенсація.

2. Астенічний, синдром ектодермальних порушень.
3. Гормональне дослідження: ТТГ, вільн. Т4, АТ до ТПО, УЗД щитоподібної залози.
4. ТТГ підвищений, вільн. Т4 знижений.
5. При підтвердженні гіпотиреозу призначення з замісною метою препаратів левотироксину з расчёта 2,5 мкг / кг / добу.
6. Рівень гормонів - ТТГ, вільн. Т4.

Завдання 30

Хвора Г., 28 років, на проф. огляді виявлено збільшення щитоподібної залози до II ступеня за ВООЗ. Об'єктивно: шкіра суха, бліда, ІМТ - 40. Пульс 59 в хв., АТ - 95/65 мм рт. ст., тони серця приглушені. За даними УЗД: щитоподібна залоза розташована зазвичай, загальний об'єм залози - 66,5 см³, ехогенність знижена, вузлових утворень немає.

1. Сформулюйте попередній діагноз, вкажіть можливу етіологію захворювання.
2. Які скарги має пред'являти пацієнтка?
3. Які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу і призначення лікування?
4. Який рівень гормонів Ви очікуєте?
5. Яке лікування слід призначити?
6. Які параметри Ви будете контролювати під час лікування?

Еталон відповіді:

1. Аутоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма. Гіпотиреоз, маніфестна форма, декомпенсація.
2. Втома, сонливість, байдужість до життя, зниження пам'яті, невелика надбавка ваги, трохи знижена температура тіла, мерзлякуватість, гіпотонія, запори, зниження апетиту, у жінок - порушення з боку менструального циклу. Зниження лібідо, безпліддя, викидні. Сухість шкіри, ламкість волосся і нігтів.
3. Вільн. Т4, ТТГ, АТ до ТПО.
4. ТТГ підвищений, вільн. Т4 знижений.

5. Лікування: левотироксин натрію із розрахунку 1,6-1,8 мкг / кг маси тіла - вранці за 30 хвилин до сніданку.

6. Контроль вільн. Т4, ТТГ.

Завдання 31

В ендокринологічне відділення госпіталізовано хворого з підозрою на рак щитоподібної залози. При об'єктивному обстеженні визначається симетрично збільшена щитоподібна залоза, кам'янистої щільності, спаяна з прилеглими тканинами, периферичні лімфовузли не збільшені, клінічно виявляються симптоми гіпотиреозу, титр антитиреоїдних антитіл не перебільшує норму. В матеріалі, отриманому при пункційній біопсії, клітинної атипії не виявлено, визначаються фібробласти. Який діагноз ви поставите даному хворому?

Еталон відповіді: тиреоїдит Ріделя

Завдання 32

Пацієнт, 30 років, випивав на добу до 7 л рідини, йому призначений десмопрессин, епізоди полідипсії періодично повторюються на тлі лікування, істотно погіршуючи стан пацієнта і знижуючи його працездатність. Який діагноз у даного пацієнта? Дайте обґрунтування відповіді.

Еталон відповіді: Нецукровий діабет легкого ступеня, субкомпенсація.

Оскільки для легкої форми нецукрового діабету без лікування характерно виділення до 6-8 л сечі на добу; для середньої - поліурія до 8-14 л; для важкої - виділення більше 14 л, у пацієнта - легка форма захворювання. У стадії компенсації при лікуванні спрага і поліурія в цілому не турбують; при субкомпенсації на тлі лікування бувають епізоди спраги і поліурії протягом дня, що впливають на повсякденну діяльність; в стадії декомпенсації у пацієнтів спрага і поліурія зберігаються при прийомі препаратів і справляють істотний вплив на повсякденну діяльність.

Завдання 33

У пацієнта, 38 років, зі скаргами на поліурію і полідипсію протягом 6 міс підозрюється нецукровий діабет. Який діагностичний план повинен бути складений на першому етапі обстеження? Дайте обґрунтування відповіді.

Еталон відповіді: Проба Зимницького, аналіз сечі по Нечипоренко, аналіз крові на цукор.

При підозрі на нецукровий діабет на першому етапі діагностичного пошуку підтверджують наявність гіпотонічної поліурії - виділення сечі більше 2 л/м^2 на добу або 40 мл/кг на добу у старших дітей і дорослих з відносною щільністю менше 1000 (при проведенні проби за Зимницьким) або осмоляльністю менш 300 мосм/кг (дослідження сечі на осмоляльність або розрахунок).

Завдання 34

Хворий М., 45 років, звернувся зі скаргами на збільшення розмірів кистей, стоп, укрупнення рис обличчя, протягом останніх п'яти років, також відзначає головний біль, болі в суглобах, зниження зору. Лабораторно виявлено: рівень СТГ 0,6 нг / мл; ІФР 315 нг / мл (норма 101-267). За даними МРТ: макроаденома гіпофіза. В анамнезі гіпертонічна хвороба протягом 10 років. Пацієнту проведено ОГТТ, на тлі якого, концентрація СТГ склала 1,5 нг / мл.

1. Ваш діагноз?
2. Критерії, характерні для активної стадії?
3. Які показання до госпіталізації при даній патології?
4. Які ще додаткові методи обстеження можна провести?
5. Тактика лікування

Еталон відповіді:

1. Акромегалія, активна стадія. Макроаденома гіпофіза.
2. Клінічні ознаки активності; мінімальний рівень СТГ на тлі ОГТТ більше 1 нг / мл; підвищений рівень ІФР.
3. Активна стадія акромегалії; тривале медикаментозне лікування (1 раз на рік); важка форма акромегалії.

4. Рентгенографія кістей і стоп, бічна краніографія, офтальмологічне дослідження, ЕхоКГ.

5. Хірургічне (транскраніальна і трансфеноїдальна аденомектомія)

-Променеве (дистанційна гамма-терапія і протонотерапія)

-Медикаментозне (аналоги соматостатину, агоністи допаміну).

Завдання 35

Хвора А, 28 років, поступила в відділення нейроендокринології зі скаргами на зміну зовнішності, укрупнення кінцівок, часті головні болі, гірсутизм, нерегулярні менструації і безпліддя.

1. Про які захворювання можна думати при наявності даної симптоматики?

2. Складіть план первинного обстеження хворої.

3. Чим обумовлено безпліддя?

4. Які проби проводяться для підтвердження діагнозу?

5. Методи лікування акромегалії.

Еталон відповіді:

1. Про акромегалію, гіпотиреоз, пролактиному.

2. СТГ, ІФР, ТТГ, в.Т4, в.Т3, пролактин, МРТ гіпофіза.

3. Надмірним впливом СТГ, який пригнічує вироблення ФСГ. ЛДГ.

4. Проба на стимуляцію (інсулінова гіпоглікемія, проба з тіроліберіном і соматоліберіном) і придушення секреції гормону росту (оральний глюкозотолерантний тест, а також проба з парлоделом).

5. Хірургічний (транскраніальна і трансфеноїдальна аденомектомія)

- Променевий (дистанційна гамма-терапія і протонотерапія)

- Медикаментозний (аналоги соматостатину, агоністи допаміну)

Завдання 36

Хворий К. 30 років звернувся зі скаргами на головний біль, збільшення надбрівних дуг, м'яких частин обличчя, збільшення суглобів кистей рук, збільшення розміру взуття на 2 одиниці. Під час обстеження на МРТ гіпофіза виявлена аденома гіпофіза (соматотропінома) з супраселлярним зростанням

1,4 * 1,9 см., СТГ 100 нмоль / л (N до 20), пролактин 194 мМО / мл (N 60-450), ТТГ 1 , 4 мкЕД / мл (норма 0,25-4,5) на УЗД щитовидної залози-обсяг 50 мл, в правій частці освіту 0,9 * 1,1см, з тонким гіпоехогенним обідком.

1. Ваш діагноз?
2. Локалізація патологічного процесу. Вироблення якого гормону обумовлює дану клінічну картину?
3. Які додаткові методи дослідження необхідні для уточнення діагнозу?
4. Які проби потрібно провести?
5. Тактика лікування?

Еталон відповіді:

1. Акромегалія, активна стадія. Макроаденома гіпофіза (соматотропінома). Вузловий зоб І ст. (ВООЗ)
2. Процес обумовлений надлишковою продукцією соматотропного гормону пухлиною, розташованою в передній долі гіпофіза.
3. Оптимальним методом діагностики є магнітно-резонансна томографія (МРТ) - виявлення об'ємного утворення гіпофіза.
- дослідження добового ритму секреції гормону росту.
4. Проведення функціональних проб на стимуляцію (інсулінова гіпоглікемія, проба з тіроліберіном і соматоліберіном) і придушення секреції гормону росту (оральний глюкозотолерантний тест, а також проба з парлоделом).
5. Хірургічне (транскраніальна і трансфеноїдальна аденомектомія)
- Променева (дистанційна гамма-терапія і протонотерапія)
- Медикаментозне (аналоги соматостатину, агоністи допаміну)

Використані джерела: [8, 10, 14, 20, 22, 23]

ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 6

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РЕВМАТОЛОГІЧНИХ, АЛЕРГІЧНИХ ТА ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Завдання 1

Хворий 18 років поступив зі скаргами на сильний біль під час руху в колінних, гомілково-ступневих суглобах, підвищення температури до 39 С. Захворів вчора. За 2 тижні до цього переніс простудне захворювання, при якому боліло горло. В минулому майже щороку хворів ОРВІ, регулярно не лікувався. При огляді: стан середньої важкості, температура 38,5 С, задовільного харчування. Припухлість колінних та гомілково-ступневих суглобів, різка болючість та обмеження рухів в цих суглобах. На передній поверхні лівої гомілки в верхній третині її і в області лівого гомілково-ступневого суглобу визначаються щільні болючі плями багрово-червоного кольору, гарячі на дотик. Зів дещо гіперемований, мигдалики не збільшені. Мають місце каріозні зуби. Пульс 95 в 1 хв., ритмічний, м'який. АТ 90/60 мм.рт.ст. Межі серця не змінені, тони дещо ослаблені, м'який систолічний шум над верхівкою, посилений ІІ тон над легеневою артерією. В легенях та органах черевної порожнини змін немає.

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

Еталон відповіді:

1. Гостра ревматична лихоманка.
2. ЗАК, серологічні дослідження крові, бактеріоскопічне дослідження мазка із зіву, ЕКГ, ЕХО-КС.
3. Антибіотикотерапія (призначення препаратів бензилпеніциліну, при непереносимості пеніциліну, застосовують макролідні препарати) глюкокортикостероїди, нестероїдні протизапальні засоби, симптоматична терапія.

Завдання 2

Хвора Б., 39 років, поступила в ревматологічне відділення в зв'язку з тим, що після тривалого перебування під прямим сонячним опроміненням у неї різко підвищилась температура тіла до 39 С, слабкість, виразки у роті, по ходу стравоходу, шлунку, кишечника з геморагією, підвищився рівень білка в сечі до 8 г на добу, рівень холестерину, ліпопротеїдів, церебральні порушення, еритема обличчя, зони "декольте". Було виставлено діагноз::

1. Ваш діагноз?
2. План обстеження?
3. Ваші дії.

Еталон відповіді:

1. Системний червоний вовчак, підгострий перебіг, активність III ст., люпус-нефрит, нефротичний синдром, ХНН I ст., поліартралгія, серозит адгезивний, астеновегетативний синдром і синдром Іценко-Кушинга з аутоімунним кризом.

2. ЗАК, ЗАС, імунологічне дослідження, дослідження біоптату (шкіри, нирки), дослідження ліквору, ЕЕГ, дослідження нервової та м'язової провідності, нейропсихологічне обстеження (в окремих хворих із нейропсихіатричним вовчаком).

3. комбінована пульс-терапія метилпреднізолоном 1000 мг на добу протягом 5 діб та в перший день 1000 мг циклофосфаміду.

Завдання 3

У хворого 25 років протягом 2-х тижнів підвищення температури тіла до 38⁰С, кровоточивість ясен, болі в горлі при ковтанні. При огляді: блідість шкіри і слизових, петехіальний геморагічний висип на шкірі нижніх кінцівок. Пальпується селезінка на 3 см з підребер'я. У зіві виразки, вкриті фібринозним нальотом.

В аналізі крові: ер. - $2,2 \times 10^9$ / л, Нв - 79 г / л, тромб. - $22,0 \times 10^9$ / л, лейкоц. - $30,0 \times 10^9$ / л, бластні клітини - 62%, сегм. - 24%, лімф. - 12%, мон. - 2%, ШОЕ - 51 мм / год.

1. Ваш попередній діагноз.

2. Які заходи необхідні для його уточнення. Які ви очікуєте зміни при проведенні цих досліджень.

3. Які етапи лікування необхідно провести хворому.

Еталон відповіді

1. Попередній діагноз: гострий лейкоз.

2. Для уточнення діагнозу необхідне дослідження кісткового мозку, де повинен бути виявлений високий відсоток бластних клітин, пригнічення нормальних паростків кровотворення, необхідне проведення цитохимічного дослідження бластних клітин.

3. Лікування: індукція ремісії, консолідація ремісії, профілактика нейрорлейкемії, безперервна підтримуюча терапія в ремісії, реіндукції ремісії. Крім того, хворому необхідні трансфузії еритроцитарної маси в зв'язку з анемією, тромбоцитарної маси і дицинона в зв'язку з тромбоцитопенією, призначення антибіотиків, полоскання рота водними розчинами антисептиків

Завдання 4

Хворий 25 років, студент, незабаром після вакцинації протигрипозної вакциною зазначив появу невеликої жовтушності шкірних покривів, слабкість, стомлюваність, тяжкість в лівому підребер'ї. Пальпаторно визначається збільшення селезінки на 4 см нижче краю реберної дуги по лівій серединно-ключичній лінії.

Клінічний аналіз крові: Нв - 64 г / л, ер. - $2,0 \times 10^9$ / л, к.п. - 0,9 г, ретикуло. - 40, тромб. - 215×10^9 / л, лейкоц. - $15,0 \times 10^9$ / л, п - 10%, с. - 78%, лімф. - 10%, м. - 2%, ШОЕ - 17 мм / год. Загальний білірубін 60 мкмоль / л, пр. - 10 мкмоль / л, непр. - 50 мкмоль / л, сироваткового заліза - 20 мкмоль / л. Загальний аналіз сечі; білок - 0,002%, реакція на гемосідероз в сечі - негативна. Аналіз сечі по Нечипоренко: лейкоц. - 2000 в 1 мл, ер. - 1000 в 1 мл. Проба Кумбса +++. Мієлограма: виражена гіперплазія еритроїдного паростка кісткового мозку еритрокаріоцити - 57%, співвідношення лейко / еритро 1/1.

1. Ваш діагноз.

2. Який можливий механізм викликаної анемії.

3. Призначте лікування, визначте його етапи.

4. Показано чи даному хворому переливання еритроцитарної маси, якщо показано, то яким чином вона повинна бути приготовлена.

Еталон відповіді

1. Попередній діагноз: гемолітична анемія.
2. Аутоімунна або гетероімунна, пов'язана з появою в організмі хворого антитіл до еритроцитів, що доводиться позитивною пробою Кумбса.
3. Лікування: показано призначення кортикостероїдних гормонів в дозі 1 мг на кг маси. При відсутності ефекту від кортикостероїдних гормонів можливе проведення спленектомії. Призначення цитостатиків як імунодепресантів в даному випадку менш бажано, з огляду на молодий вік пацієнта.
4. Даному хворому переливання еритроцитарної маси не показано, тому що показанням до її призначення є не рівень анемії, а стан хворого, гемодинамічні показники. Переливання проводяться тільки за життєвими показаннями і переливаються тільки індивідуально підібрані по пробі Кумбса, відмиті і ще краще розморожені еритроцити

Завдання 5

У пацієнта після в/м ін'єкції антибіотика через декілька хвилин з'явилась різка слабкість, відчуття стиснення в грудній клітці, жар у тілі, потемніння в очах. Шкірні покриви бліді, вкриті липким холодним потом, пульс ниткоподібний, частий. Артеріальний тиск 60/40 мм рт.ст..

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Надайте невідкладну допомогу.

Еталони відповідей:

1. Анафілактичний шок.
2. Хворого розташовують в положенні на спині, ноги піднімають, помірно запрокидують голову; у положенні Тренделенбурга голову повертають у бік; Надалі налаштовують інгаляції 100% кисню, припиняють доступ АГ до організму. Медикаментозне лікування проводять безпосередньо введення адреналіну (обколювання місця надходження алергену, введення 0,5 мл 0,1% адреналіну в/в в 0,9% NaCl або 5% глюкози –

40-50 мл повільно). При відсутності терапевтичного ефекту або неможливості в/в введення рекомендовано повторні в/м або п/ш введення 0,5 мл 0,1% адреналіну кожні 10-15 хв 3-5 разів до нормалізації артеріального тиску. При відсутності ефекту глюкагон 1-5 мг в/в болісно з наступною інфузією 5-15 мкг до досягнення ефекту.

Обов'язково лікар повинен забезпечити прохідність дихальних шляхів. При значному порушенні або відсутності самостійного дихання, вираженому набряку гортані проводять ендотрахеальну інтубацію, переводять хворого на ШВЛ 40% киснем. За допомогою електровідсосу видаляють слиз.

При неефективності терапії слід увести в/в капельно глюкокортикостероїди (100-200 мг гідрокортизону, 60-90 мг преднізолону або 8 мг дексаметазону);

До етапів наступної терапії належить:

- застосування антигістамінних засобів. Краще вводити після відновлення показників гемодинаміки (димедрол 2% 1-2 мл, піпольфен 2-5% 1 мл парентерально 3-4 рази на добу під контролем показників артеріального тиску);

- застосування глюкокортикоїдних препаратів. Введення починають у гострому періоді з 240 мг преднізолону в/в повільно протягом 5 хв. При важкому перебігу АШ введення повторюють кожні 6 годин;

- при асфіксічній формі бронхоспазму введення еуфіліну 2,4% 10 мл в 10 мл 0,9% розчину NaCl. Призначають також ефедрин 5% 1-2 мл, алупент 0,05% 1 мл повільно, атропін 0,1%-1 мл п/ш. Розвиток лівошлуночкової недостатності потребує додаткового введення дофаміну зі швидкістю 4-8 мкг/кг/хв. Для видалення секрету з дихальних шляхів застосовують електровідсмоктування. Комплексна фармакотерапія включає введення дезагрегантів, реологічно активних препаратів, серцево-судинних препаратів, гідрокарбонату натрія;

- сорбційна терапія.

Завдання 6

У пацієнта через деякий час після введення йому вітаміну В1, обличчя набрякло, губи збільшились, повіки тяжкі, набряклі, перешкоджають відкриванню очей. Очні яблука "ін'єковані". Шкіра в місцях набряку бліда, з жовтуватим відтінком, не гаряча на дотик, не свербить, не болюча.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Ваша тактика.

Еталони відповідей:

1. Набряк Квінке.
2. Лікування
 - I. Антагоністи H1-рецепторів (атигістамінні препарати другого покоління).
 - II. Комбінація антагоністу H2-рецепторів з антагоністом H1-рецепторів.
 - III. Призначення:
 - а) глюкокортикостероїдів титрованих до найнижчої ефективної дози;
 - б) циклоспорину А.

При неефективності антигістамінних препаратів додатково можна призначити декілька курсів гемосорбції або плазмаферезу, курс ін'єкцій протиалергічного імуноглобуліну. При досягненні ефекту – поступово зменшувати дози і відміняти препарати до повної відміни чи зберігаючи мінімально необхідну дозу.

Використані джерела: [1,2,8, 19, 22, 23,31]

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Михайловська Н. С. Тактика сімейного лікаря при невідкладних станах в ендокринології, ревматології, пульмонології : навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Грицай Г.В. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 181 с.

2. Михайловська Н.С. Тактика сімейного лікаря при невідкладних станах в нефрології, алергології, гематології, гастроентерології: навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, І.О. Стецюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 110 с.

3. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях шлунково-кишкового тракту : навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 179 с.

4. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях сечовидільної системи : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О. О. Лісова, Л. Є. Міняйленко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 149 с.

5. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних ендокринних захворюваннях: навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Л.Є. Міняйленко – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 148 с.

6. Михайловська Н.С. Загальні аспекти надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря / Н.С. Михайловська. – Навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина». – Рекомендовано МОЗ України (протокол № 1 від 24.03.2017 р.). – 207с.

7. Михайловська Н. С. Профілактична медицина як основа діяльності сімейного лікаря : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Т. В. Олійник. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 215 с.
8. Сімейна медицина : електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, О.В. Шершньова, О.О. Лісова, Т.О. Кулинич. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (протокол № 4 від 02.06.2016 р.)
9. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф.. Ю.М. Мостового, 21-ше видання, доповнене та перероблене - Вінниця: «ДКФ», 2017. - 527 с.
10. Внутрішні хвороби. / [К.О. Бобкович, Є.І Дзісь, В.М. Жебель та ін.]; під ред. М.С. Расіна. Вінниця. - Нова Книга, 2015. – 328с. : іл.
11. Інфекційні хвороби за редакцією професора О.А. Голубовської – К.: Медицина, 2012.
12. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / под ред. А. Н. Беловола [и др.]. – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015. – Т. 1. – 542 с.
13. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов под ред. А. Н. Беловола [и др.]. – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015. – Т. 2. – 446 с.
14. Серцева недостатність та коморбідні стани. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017) [Електронний ресурс]// Серцева недостатність та коморбідні стани. – 2017. - № 1, додаток. – Режим доступу:http://strazhesko.org.ua/upload/ch_rekomendaciyi_dlya-sayta.pdf
15. Сыволап В. Д. Клиническая электрокардиография : учебник / В. Д. Сыволап. - Запорожье : ЗГМУ, 2008. - 263 с.
16. Нефрологія: національний підручник / Л. А. Пиріг, Д. Д. Іванов, О. І. Таран [та ін.]; за ред.: Л. А. Пирога, Д. Д. Іванова. – Донецьк: Заславський О. Ю., 2014. – 315 с.
17. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за ред. В. М. Коваленка [та ін.]. – К.: МОРІОН, 2016. – 192 с.
18. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор. вкл.

19. Діагностика та лікування захворювань системи крові. / Свінціцький А.С., Гусева С.А., Скрипниченко С.В., Родіонова І.О. – Мед книга. - Київ. – 2011. -335с.
20. Эндокринология. Учебник: П.Н. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.И. Комиссаренко и др. Под ред.: проф. П.Н. Боднара. – Винница. Нова Книга, 2015. – 496с.
21. Кривенко В.І., Пахомова С.П., Єремеев В.Г та ін.. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмінь з внутрішніх хвороб. Посібник. Рекомендовано Міністерством освіти та науки України. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2011. – 359 с.
22. Клінічне тлумачення і діагностичне значення лабораторних показників у клініці внутрішньої медицини: Навчальний посібник / І.П. Катеренчук. - Полтава, 2015. - 270 с.

Допоміжна

1. Михайловська Н.С. Надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, змістові модулі 1,2,3 / Н.С. Михайловська. - Збірка тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». – Запоріжжя: ЗДМУ, 2016 р. – 258 с.
2. Внутрішня медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. У 3 т. Т. 1 / К. М. Амосова, О. Я. Бабак, В. М. Зайцева [та ін.]; за ред. К.М. Амосової. - К. : Медицина, 2008. - 1056 с.
3. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Доказова внутрішня медицина: Підручник для студентів вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акредит./ В.І. Денисюк, О.В. Денисюк. – Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. – 928 с.
4. Диференційний діагноз больового синдрому в грудній клітині : навч. посіб. / [В. О. Малахов та ін.] ; Харків. мед. акад. післядиплом. освіти. - Харків : Щедра садиба плюс, 2015. - 131 с. : рис., табл.
5. Дзяк Г.В. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб / Г.В. Дзяк, А.М. Василенко, Т.О. Перцева.– Дніпропетровськ: 2004. – 517с.
6. Денисова Т.П. Клиническая геронтология. Избранные лекции. – Изд. МИА, 2008. - 256 с.

7. Медицина неотложных состояний. Скорая и неотложная медицинская помощь / И. С. Зозуля, А.В. Вернигора, В.И. Боброва [и др.] ; под ред. И.С. Зозули. – К: Медицина, 2008. – 695с.

8. Алгоритми діагностики і лікування невідкладних станів у терапевтичній практиці / Є.М. Стародуб, О.Є. Самогальська, Б.І. Рудик, Ф.А. Зверхшановський, Л.П. Мартинюк, Н.І. Ярема, С.Є. Шостак, О.І. Криськів. – Т.: ТДМУ «Укрмедкн», 2008. — 195 с.

9. Внутрішня медицина: ревматологія: навчальний посібник / В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К. : ВСВ «Медицина», 2017. – 272 с.

10. Гастроэнтерология : нац. руководство / Ассоциация медицинских обществ по качеству (АСМОК), Национальный проект "Здоровье" ; ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 700 с.: рис.

11. Довідник з алергології. Науково – медичне видання. За ред.. Б.М.Пухлика. – Доктор – Клиническая алергология и иммунология: руководство для практикующих врачей. Под ред Л.А.Горячкиной, К.П.Кашкина. – Миклош, 2009. – 432 с.

12. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация. – Изд. МЕДпресс-информ., 2008. - 328 с.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Михайловська Н. С. Тактика сімейного лікаря при невідкладних станах в ендокринології, ревматології, пульмонології : навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Грицай Г.В. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 181 с.
2. Михайловська Н.С. Тактика сімейного лікаря при невідкладних станах в нефрології, алергології, гематології, гастроентерології: навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, І.О. Стецюк. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 110 с.
3. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях шлунково-кишкового тракту : навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 179 с.
4. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях сечовидільної системи : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, О. О. Лісова, Л. Є. Мінняйленко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 149 с.
5. Михайловська Н. С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних ендокринних захворюваннях»: навч.-метод. посіб. для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Л.Є. Мінняйленко – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 148 с.
6. Михайловська Н.С. Загальні аспекти надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря / Н.С. Михайловська. – Навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина». – Рекомендовано МОЗ України (протокол № 1 від 24.03.2017 р.). – 207с.

7. Михайловська Н. С. Профілактична медицина як основа діяльності сімейного лікаря : навч.-метод. посіб. до практ. занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Т. В. Олійник. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. – 215 с.
8. Сімейна медицина : електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, О.В. Шершньова, О.О. Лісова, Т.О. Кулинич. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (протокол № 4 від 02.06.2016 р.)
9. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів/ За ред. проф.. Ю.М. Мостового, 21-ше видання, доповнене та перероблене - Вінниця: «ДКФ», 2017. - 527 с.
10. Внутрішні хвороби. / [К.О. Бобкович, Є.І Дзісь, В.М. Жебель та ін.]; під ред. М.С. Расіна. Вінниця. - Нова Книга, 2015. – 328с. : іл.
11. Інфекційні хвороби за редакцією професора О.А. Голубовської – К.: Медицина, 2012.
12. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов / под ред. А. Н. Беловола [и др.]. – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015. – Т. 1. – 542 с.
13. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов под ред. А. Н. Беловола [и др.]. – К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015. – Т. 2. – 446 с.
14. Серцева недостатність та коморбідні стани. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017) [Електронний ресурс]// Серцева недостатність та коморбідні стани. – 2017. - № 1, додаток. – Режим доступу:http://strazhesko.org.ua/upload/ch_rekomendaciyi_dlya-sayta.pdf
15. Сыволап В. Д. Клиническая электрокардиография : учебник / В. Д. Сыволап. - Запорожье : ЗГМУ, 2008. - 263 с.
16. Нефрологія: національний підручник / Л. А. Пиріг, Д. Д. Іванов, О. І. Таран [та ін.]; за ред.: Л. А. Пирога, Д. Д. Іванова. – Донецьк: Заславський О. Ю., 2014. – 315 с.
17. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за ред. В. М. Коваленка [та ін.]. – К.: МОРІОН, 2016. – 192 с.
18. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор. вкл.

19. Діагностика та лікування захворювань системи крові. / Свінціцький А.С., Гусєва С.А., Скрипниченко С.В., Родіонова І.О. – Мед книга. - Київ. – 2011. -335с.
20. Эндокринология. Учебник: П.Н. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.И. Комиссаренко и др. Под ред.: проф. П.Н. Боднара. – Винница. Нова Книга, 2015. – 496с.
21. Кривенко В.І., Пахомова С.П., Єремєєв В.Г та ін.. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмінь з внутрішніх хвороб. Посібник. Рекомендовано Міністерством освіти та науки України. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2011. – 359 с.
22. Клінічне тлумачення і діагностичне значення лабораторних показників у клініці внутрішньої медицини: Навчальний посібник / І.П. Катеренчук. - Полтава, 2015. - 270 с.
23. Михайловська Н.С. Надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, змістові модулі 1,2,3 / Н.С. Михайловська. - Збірка тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина». – Запоріжжя: ЗДМУ, 2016 р. – 258 с.
24. Внутрішня медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. У 3 т. Т. 1 / К. М. Амосова, О. Я. Бабак, В. М. Зайцева [та ін.]; за ред. К.М. Амосової. - К. : Медицина, 2008. - 1056 с.
25. Денисюк В.І., Денисюк О.В. Доказова внутрішня медицина: Підручник для студентів вищих мед. навч. закладів III-IV рівнів акрид./ В.І. Денисюк, О.В. Денисюк. – Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2011. – 928 с.
26. Диференційний діагноз больового синдрому в грудній клітині : навч. посіб. / [В. О. Малахов та ін.] ; Харків. мед. акад. післядиплом. освіти. - Харків : Щедра садиба плюс, 2015. - 131 с. : рис., табл.
27. Дзяк Г.В. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб / Г.В. Дзяк, А.М. Василенко, Т.О. Перцева.– Дніпропетровськ: 2004. – 517с.
28. Денисова Т.П. Клиническая геронтология. Избранные лекции. – Изд. МИА, 2008. - 256 с.
29. Медицина неотложных состояний. Скорая и неотложная медицинская помощь / И. С. Зозуля, А.В. Вернигора, В.И. Боброва [и др.] ; под ред. И.С. Зозули. – К: Медицина, 2008. – 695с.

30. Алгоритми діагностики і лікування невідкладних станів у терапевтичній практиці / Є.М. Стародуб, О.Є. Самогальська, Б.І. Рудик, Ф.А. Зверхшановський, Л.П. Мартинюк, Н.І. Ярема, С.Є. Шостак, О.І. Криськів. – Т.: ТДМУ «Укрмедкн», 2008. — 195 с.
31. Внутрішня медицина: ревматологія: навчальний посібник / В.Є. Кондратюк, М.Б. Джус. – К. : ВСВ «Медицина», 2017. – 272 с.
32. Гастроэнтерология : нац. руководство / Ассоциация медицинских обществ по качеству (АСМОК), Национальный проект "Здоровье" ; ред. В. Т. Ивашкин, Т. Л. Лапина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 700 с.: рис.
33. Довідник з алергології. Науково – медичне видання. За ред.. Б.М.Пухлика. – Доктор – Клиническая алергология и иммунология: руководство для практикующих врачей. Под ред Л.А.Горячкиной, К.П.Кашкина. – Миклош, 2009. – 432 с.
34. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация. – Изд. МЕДпресс-информ., 2008. - 328 с.