

Міністерство охорони здоров'я України
Полтавський державний медичний університет

Затверджено
на засіданні кафедри
Внутрішньої медицини №1

Завідувачка кафедри

_____ Г.С.Маслова
(підпис) (д.мед.н.доц.)

**Методичні вказівки
для самостійної роботи студентів під час підготовки
до практичного (семінарського) заняття та на занятті**

Навчальна дисципліна	Внутрішня медицина
Модуль №	« <i>Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, гематологія, пульмонологія)</i> »
Тема заняття	<i>Хронічні захворювання товстої кишки: Неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона</i>
Курс	IV
Факультет	Медичний 1, 2

1.Актуальність теми:

Запальні захворювання кишечника (ЗЗК) – це група хронічних захворювань шлунково кишкового тракту (ШКТ) , які характеризуються деструктивним, неспецифічним, імунним запаленням кишки.

За даними ЕССО 2.2 млн. людей у Європі (5 млн. людей у всьому світі) Хворіють ЗЗК. Найпоширенішими формами запальних захворювань кишечника є хвороба Крона (ХК), та виразковий коліт (ВК).

1. Конкретні цілі:

- Визначити етіологічні та патогенетичні фактори ЗЗК.
- Проводити опитування та огляд пацієнтів.
- Аналізувати різні клінічні варіанти проявів захворювання, та ускладнення.
- Скласти план обстеження хворих з ХК та ВК
- Трактувати результати інвазивних та неінвазивних діагностичних методів досліджень, визначати показання та протипоказання до їх проведення та враховувати можливі ускладнення.
- Проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями.
- Знати тактику ведення хворого (режим, лікування, реабілітація), немедикаментозне та медикаментозне лікування, прогноз захворювання та ускладнення.
- Знати первинну та вторинну профілактику ХК та ВК.
- Обґрунтувати прогноз та визначати працездатність хворих.

2. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтерпретація)

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Курс нормальної анатомії	Описати анатомічні особливості ШКТ
Курс нормальної фізіології	Демонструвати знання з нормальної фізіології ШКТ
Біохімія	Мати уявлення про хімічні реакції в процесах які відбуваються у клітинах та тканинах ШКТ
Патологічна анатомія	Описувати основи патологічних процесів та морфологічні аспекти патогенезу захворювань ШКТ
Патологічна фізіологія	Розуміти розвиток патологічних процесів, їх особливості та характер динамічних змін при

	захворюваннях ШКТ
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Проводити збір скарг, анамнезу захворювання та життя. Володіти методикою фізикального обстеження пацієнтів
Фармакологія	Знати групи препаратів, що використовуються при ХК та ВК, їх фармакокінетику та фармакодинаміку
Хірургія	Знати показання до хірургічного лікування ХК та ВК

4.Завдання для самостійної роботи під час підготовки до заняття та на занятті.

4.1.Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття

Термін	Визначення
Виразковий коліт	Ідіопатичне хронічне захворювання , що характеризується чергуванням загострень та ремісій, з ураженням слизової оболонки товстої кишки
Хвороба Крона	Хронічне рецидивуюче захворювання, що характеризується трансмуральним, гранулематозним запаленням, з сегментарним ураженням різних відділів шлунково-кишкового тракту, з можливими системними та позакишковими проявами та ускладненнями

4.2.Теоритичні питання до заняття:

1.Виразковий коліт. Визначення. Етіологія. Патогенез. Класифікація. Діагностика. Лікування.

2.Хвороба Крона. Визначення. Етіологія. Патогенез. Класифікація. Діагностика. Лікування.

3.Диференціальний діагноз виразковий коліт та хвороба Крона.

4.3.Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

- з'ясування скарг, анамнезу захворювання та життя, опитування за системами.

- проведення огляду, пальпації, перкусії, аускультації хворого.
- трактування результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження.

НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ

Етіологія:

- Генетичні фактори.
- Інфекційні агенти.
- Фактори навколишнього середовища (психологічний стрес)
- Лікарські препарати.

Патогенез:

- Стимуляція Ig G-продуцентів-активація вторинних факторів запалення-деструкція слизової оболонки
- Ig – N

Надмірна та тривала активізація імунної системи кишечника.

Основні клінічні симптоми

80% кишкові кровотечі

50-55% діарея

45-50% болі в животі

4% анальні тріщини

Позакишкові симптоми: лихоманка, анемія, артралгії, артрит, зниження маси тіла, увеїт, ірідоцикліт, вузлувата еритема, гангренозна піодермі

Класифікація неспецифічного виразкового коліту

За поширенням: проктит 46-54%, лівобічний коліт 28%, поширений коліт-18-26%.

Монреальська класифікація поширеності ураження

E1	Проктит	Ураження обмежене ділянкою прямої кишки (проксимальна межа ураження розташована дистальніше ректосигмоїдального переходу)
E2	Лівобічний коліт	Ураження обмежено

		частиною товстої кишки, розташованої дистальніше селезінкового кута (дистальний коліт, проктосигмоїдит)
E3	Поширений коліт	Ураження розповсюджується проксимальніше селезінкового кута до панколіта

За активністю захворювання: S0, S1, S2, S3.

Монреальська класифікація активності захворювання

	S0	S1	S2	S3
Випорожнення р/добу	N	≤4	>4	≥6
Домішок крові	N	Може бути присутній	Присутній	Присутній
Пульс, уд/хв	N	Норма	Мінімальні зміни	≥90
Температура тіла, С	N	Норма	Мінімальні зміни	≥37,5
Гемоглобін, г/л	N	Норма	Мінімальні зміни	<105
ШОЕ, мм/год	N	Норма	Мінімальні зміни	>30

За ступенем активності оцінка проводиться за індексом Мейо

Індекс Мейо	0	1	2	3
Частота випорожнень	нормальна	На 1-2 більше норми	На 3-4 більше норми	На 5 більше норми
Дані ендоскопії	Нормальна слизова	Рихлість, еритема, зменшення судинного малюнку	Рихлість, виражена еритема, відсутність судинного малюнку	Спонтанна кровоточивість, виразкування слизової оболонки

Ректальні кровотечі	Відсутність крові в калі	Прожилки крові менше, ніж у половині дефекацій	Видима кров в калі	Випорожнення однією кров'ю
Загальна терапевтична оцінка	Задовільний	Незадовільний	Середньої тяжкості	Тяжкий

За тяжкістю клінічного перебігу (рекомендації ACG)

- Легкий перебіг: частота випорожнень до 4 разів на добу, кров в калі незначна, немає ознак інтоксикації, гемоглобін більше 100 г/л, нормальна ШОЕ.
- Середньої тяжкості: частота випорожнень 4-8 разів на добу, крові в калі помірно, температура субфебрильна, пульс до 90 за хвилину, зниження маси тіла до 10%, гемоглобін 90-100 г/л, ШОЕ до 30 мм/год.
- Тяжкий перебіг: частота випорожнень більше 9 разів на добу, лихоманка, зниження маси тіла більше 10%, тахікардія, анемія, ШОЕ більше 30мм/год.

За характером перебігу: з нечастими рецидивами, з частими рецидивами, безперервно рецидивуючий.

За наявністю позакишкових ускладнень:

- З позакишковими ускладненнями
- Без позакишкових ускладнень

Ускладнення НВК

- Місцеві: перфорація товстої кишки, токсичний мегаколон, масивні кишкові кровотечі, рак товстої кишки.
- Системні: вузловата еритема , гангренозна піодермія, іридоцикліти, увеїти. склерити, епісклерити, гостра артропатія, анкілозуючий спондиліт, підвищення трансміназ, гепатомегалія.

Диференціальний діагноз

ВК необхідно проводити:

- інфекційні захворювання: бактеріальна і амебна дизентерія, сальмонельоз, стафілококовий ентероколіт, гонорейний проктит, інтестинальний туберкульоз;
- дифузний поліпоз товстої кишки;
- пухлини кишечника;
- коліти: псевдомембранозний, дивертикульозний, ішемічний;

-хвороба Крона.

Лікування виразкового коліту

Оцінка можливості терапії з урахуванням:

- Протяжності ураження товстої кишки
 - Активності захворювання
 - Тяжкості захворювання
 - Наявності ускладнень
 - Відповіді на попередню терапію
- Надання індивідуальної схеми лікування пацієнту:
- 1-а лінія терапії (Кортикостероїди, аміносаліцилати(5-ASA/SPS))
 - 2-а лінія терапії (Імуносупресори (AZA/MTX), біологічна терапія (IFX), операція)

- Імунодепресанти

Азатіоприн (1.5-2.5 мг/кг- 4-5 мг/кг на добу, ефект через 3-4 міс. 60-80%

Циклоспорин (4 мг/кг/добу, ефект 80%)

Віддалені ефекти (ускладнення) – Метотрексат

- Біологічна терапія

Моноклональні антитіла (при рефрактерності до терапії ГК)

Інфліксимаб (5-20 мг/кг – як альтернатива циклоспорину колектомії)

Наталізумаб (рекомбінантні АТ до $\alpha 4$ -інтегрину)

Алемтузумаб

Адалімумаб

Рекомбінантні IFN – неефективні

- Корекція мікробіоцинозу:

-Пребіотики

-Пробіотики (B.bifidum B.longum B.abollescentis)

-Еубіотик

-Антибіотики (рифаксимін, ципрофлоксацин)- при токсичному мегаколоні та високодозовій кортикостероїдній терапії)

-Метронідазол (емпірично доведено)

- Антидіарейні- якщо випорожнення >4 рази на добу

Лоперамід (2 мг після кожної дефікації, до 5 разів на добу)

- Спазмолітики

Легкий перебіг-

(месалазин (5-АСК) 0.5-1 г., 3-4 рази per os або місцево

Проктит: месалазин або сульфасалазин у свічках і, або ГК ректально (піна)

Лівосторонній коліт : месалазин –клізми, і , або будесонід 2 мг – клізми

Середньої тяжкості-

Преднізолон 1 мг кг+ буденофальк-9 мг per os (повільна відміна)

Тяжкий перебіг-

- ГК- 100-160 мг. Преднізолон в/в 4-6 введень, 5-7 днів- 1.5-2 мг/кг per os (10-14 днів) ≥ добової дози на 5 мг на тиждень
- Парантеральне харчування , кровозамінники
- Антибіотики (сепсис)

Тактика переходу із системи кортикостероїдів на будесонід (легка форма)

	Преднізолон мг\день	Буденофальк мг\день
До перходу	30 мг	0 мг
1-й тиждень	20 мг	9 мг
2-й тиждень	10 мг	9 мг
3-й тиждень	0\10 мг	9 мг
4-й тиждень	0 мг	9 мг

Відміна будесоніду поступова: добова доза 6 мг в 1-2 останніх тижні (в заключній фазі)

- **Ускладнений перебіг**
 - Азатіоприн (2-3 мг\кг)
 - Циклоспорин (4мг\кг\добу, 1 тиждень)
- **Фаза ремісії**
 - Месалазин (1.5- 2 г\добу, або сульфалазин 1г\2 на добу)
 - Дієта
 - Вітаміни
 - Препарати заліза
 - Антидіарейні

Хірургічне лікування

Покази :

- Перфорація виразок товстого кишечника;
- Токсична дилатація товстої кишки за відсутності ефекту від медикаментозного лікування протягом 24 годин;
- Підозра на малігнізацію процесу;

- Виражені диспластичні зміни у деяких біоптатах узятих з різних ділянок товстої кишки;
- Тяжкий перебіг захворювання без ефекту від комплексного медикаментозного лікування;
- Масивна кровотеча.

Хвороба Крона

Клінічна картина ХК

-Перебіг хвилеподібний (ремісія-загострення)

Кишкові прояви залежать від локалізації ураження:

- Больовий синдром;
- Диспепсичний синдром;
- Синдром порушення всмоктування;
- Діарея (у 70-80 % хворих);
- Кал напівоформлений, м'якої консистенції (рідкі випорожнення частіше при НВК);
- Закрепи при стенозуючій формі ХК;
- Кров у випорожненнях при ураженні товстої кишки (більш характерно для НВК) – маркер коліту (до 25% пацієнтів);
- Тенезми – рідко (10-15% пацієнтів);
- Формування нориць, абсцесів- домішки гною у випорожненнях.

Ураження верхніх відділів ШКТ:

- Епігастральний біль;
 - Нудота;
 - Блювота ;
- Порушення всмоктування при ХК- корелюють з поширеністю запального процесу;
- Електролітні порушення;
 - Дефіцит заліза , альбуміну, вітаміну В12, фолієвої кислоти;
 - Немотивована втрата ваги.

Системні ураження при ХК – причиною виникнення є імунні механізми, ендотоксемія:

- Ураження печінки до 33.3%;
- Ураження слизової рота, шкіри: вузлувата еритема 2-4%; гангренозна піодермія 1-2%;
- Суглобів – гостра артропатія 10-15%, анкілозуючий спондиліт 1-2%;

- Ураження очей (ірит, увеїт);
- Фебрильна лихоманка (t більше 37.8 С°).

Ураження печінки при НЗЗК- частота виявлення – у 32-33% хворих, при секції ураження печінки у 92.8%.

Види уражень печінки при НЗЗК:

- Неалкогольний стеатогепатит (НАСГ) більше 50%;
 - Аутоімунний гепатит (АІГ);
 - Первинний біліарний цироз (ПБЦ);
 - Первинний склерозуючий холангіт (ПСЗ);
- АІГ+ПБЦ+ПСХ – до 10-12 % пацієнтів з НЗЗК.

Критерії визначення індексу активності CDAI хвороби Крона (індекс Беста)

Клін. або лаб. показники	Коефіцієнт
Кількість випадків рідкого стільця впродовж 7 днів	X2
Біль у животі (суб'єктивно) 0- Відсутній 1- Слабкий 2- Помірний 3- Сильний Сума балів за кожен день протягом 7 днів.	X5
Загальний стан (суб'єктивно) 0- «Гарний » 1- «Злегка гірше нормального» 2- «Поганий» 3- «Дуже поганий» 4- «Жахливий» Сума балів за кожен день протягом 7 днів	X7
Наявність позакишкових ускладнень, по 1 балу за кожне: - Артралгії/артрит - Ірит/увеїт - Вузлувата еритема/гангренозна піодермія, афтозний стоматит - Анальні	X20

тріщини/нориці/абсцеси - Інші нориці - Температура тіла вище 37.8 °C на попередньому тижні	
Прийом протидіарейних препаратів у т.ч. опіатів: 0- Ні 1- Так	X30
Наявність утворень у черевній порожнині : 0- Немає 2-Вірогідно 5-Чітко визначається	X10
Гематокрит : Різниця= стандартний показник – реальний показник (стандартний = 0.47 для чоловіків / 0.42 для жінок)	X6
Відсоток відхилення від нормальної ваги: (1- (ідеальний/спостережуваний))x100	X1

Підраховують суму балів (0-700 балів)

Менше 150 балів-стадія ремісії; 150-300 балів-легкий перебіг, мінімальна активність; 301-450 – середньої тяжкості; більше 450 балів – тяжкий перебіг, висока активність.

Класифікація ХК (Монреаль, 2005)

За віком: вік встановлення діагнозу:

- А1 – до 16 років
- А2 – 17 – 40 років
- А3 - старше

За локалізацією запального процесу:

- L1 – термінальний ілеїт
- L2 – ізольовано товста кишка
- L3 – тонка + товста кишка
- L4 – верхній відділ ШКТ
- Можливе поєднання L1+L4, L2+L4, L3+L4

Особливості перебігу:

- B1 – нестенозуючий, непенетруючий
- B2 – стенозуючий
- B3 – пенетруючий
- p – наявність перианальних змін

В діагнозі хвороби Крона вказують наявність позакишкових уражень і перианальних змін.

Діагностика ХК

Основний метод діагностики – фіброколоноскопія (ФКС). Особливості ендоскопічної картини – преривчастий характер поширення ерозивно – виразкових змін.

Поліморфізм запальних змін: афти і афтоподібні зміни, «штампові» виразки та виразки – тріщини, «бруківка», псевдополіпи і слизові перетяжки, нориці, стрикти.

Ендоскопічні фази загострення при ХК

Афтоїдна фаза – гіперемовані ділянки, які знаходяться на 2-3 мм над слизовою оболонкою з білястою окрасою в центрі, при біопсії виявляються гранульоми – маркери ХК.

Фаза виразок – поверхневі або глибокі виразки на фоні незміненої або мало зміненої слизової без поздовжньої спрямованості.

Фаза виразок – тріщин – глибокі, поздовжньо орієнтовані, протяжні виразки, що деформують кишкову стінку, при наявності поперечних виразок - «бруківка».

Фаза рубцювання – грубі, поздовжньо направлені рубці, слизові перетяжки, з нерівномірним звуженням просвіту кишки, з формуванням стриктур.

Фаза ремісії – відсутність афтоїдних та ерозивно – виразкових змін на фоні наслідків перенесеного запалення: перебудований судинний малюнок, рубці, стриктури, псевдополіпи, слизові перетяжки.

Диференціальний діагноз ХК

проводиться із рядом захворювань:

- виразковий коліт;
- інфекційний коліт (дизентерія, ієрсиніоз, аденовірусна та ентеровірусна інфекція, сальмонельоз, черевний тиф, паратифи;
- гельмінтози (власоглав, гострики, аскариди, шистосоми);

- найпростіші (патогенна амеба, балантидії);
- новоутворення;
- хвороби крові;
- променева хвороба;
- колагенози;
- хронічний ентероколіт;
- апендицит.

Лікування

- аміносаліцилати (месалазин – в залежності від протяжності ураження):
- кортикостероїди (системні – преднізолон 40 – 60 мг 2 -3 місяці і топічні – будесонід);
- імунодепресанти: 6-МП 1-1,5 мг/кг, азатіоприн 2-2,5 мг/кг, метотрексат 20-35 мг/тиждень, циклоспорин 4-5 мг/кг або 4 мг/кг в/в;
- антибактеріальна терапія: метронідазол 0,25г 4 рази на добу 1-3 місяці, ципрофлоксацин 0,5 2 рази на добу до 6 тижнів;
- імунокоригуюча терапія: інфліксемаб 5 мг/кг (середньо-тяжка форма і тяжка в/в однократно, а при норицевій формі – на 0, 2 і 6-й тижні).

Увага! ВК вражає виключно товсту кишку та слизову, а ХК оболонку увесь травний тракт і всі шари кишкової стінки.

Диференціальна діагностика ВК і ХВ

Ознаки	ВК	ХК
Кров'яниста діарея	90-100%	50%
Ректальні кровотечі	Дуже часто	Інколи
Болі у животі	Інколи	Часто
Перианальна локалізація	Не буває	30-50%
Відсутність проктиту	Не буває	50%
Безперервність процесу	Характерно	Не характерно
Залучення інших	Не буває	Характерно

відділів ШКТ		
Пальпація запального конгломерату	Немає	Часто
Стріктура	Дуже рідко	Часто
Фістули	Вкрай рідко	Часто
Виразки	Поверхневі	Глибокі
Рецидиви після колектомії	Не бувають	Бувають
Малігнізація	Інколи-20%	Рідше

Контроль кінцевого рівня знань

1. Найбільш ранніми ознаками хвороби Крона є?

- А. Діарея
- В. Біль в животі
- С. Лихоманка
- Д. Домішки крові у випорожненнях
- Е. Домішки гною у випорожненнях

2. Критерії ступеню важкості ВК

- А. Частота випорожнень
- В. Кровотеча
- С. Температура тіла
- Д. частота пульсу
- Е. частота пульсу, ШОЕ

3. Індекс Мейо:

- А. Ступінь активності ВК
- В. Ступінь активності ХК
- С. Ступінь активності СПК

4. Для лікування НВК використовують:

- А. Антибіотики
- В. Препарати 5-АСК
- С. Антациди
- Д. Препарати вісмуту
- Е. Метронідазол

5. Для лікування хвороби Крона призначають:

- А. Гепатопротектори

- В. Спазмолітики
- С. Глюкокортикоїди , цитостатики
- Д. Протівірусні препарати , блокатори H2- гістамінових рецепторів
- Е. Антациди і вітаміни

6. При виразковому коліті вражається:

- А. Товстий кишечник
- В. Весь ШКТ
- С. Тонкий кишечник
- Д. Сліпа кишка

7. До кишкових ускладнень при НВК відносяться:

- А. Токсичний мегаколон
- В. Перфорації
- С. Кровотеча
- Д. Карцинома
- Е. Все перераховане

8. Допомогає в проведенні диференційного діагнозу НВК та дизентерії:

- А. Іригоскопія
- В. Колоноскопія
- С. Бактеріологічне дослідження випорожнень
- Д. Ректороманоскопія
- Е. Клінічне дослідження випорожнень

9. Показаннями до хірургічного лікування НВК є :

- А. Вузлова еритема
- В. Токсична дилатація товстої кишки
- С. Поєднання з виразковою хворобою шлунка
- Д. Наявність склерозуючого гепатиту
- Е. Все перераховане

10. За індексом Беста визначають:

- А. Ступінь важкості та активності хвороби Крона
- В. Ступінь важкості та активності НВК
- С. Ступінь важкості та активності СПК
- Д. Ступінь важкості та активності ЗЗК
- Е. Ефективність терапії при ЗЗК

Ситуаційні завдання

1. Чоловік Ф, 35 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 +2см, у крові- Нв- 80г\л, ер – 3.5×10^{12} \л, ШОЕ-32 мм.год. Яке захворювання найбільш імовірно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?
А. Рак кишечника
В. хронічний ентерит
С. Хвороба Крона
Д. Поліпоз кишечника
Е. Неспецифічний виразковий коліт
2. Чоловік К, 47 років скаржиться на ниючий біль у бокових відділах живота, що зменшується після дефекації та відходжень газів. Чергування проносів та закрепів. 2 роки тому переніс дизентерію. При пальпації живота – болючість, чергування спазмованих і атонічних із вурчанням відділів товстої кишки. Який метод обстеження є найбільш інформативним для встановлення діагнозу?
А. Кoproцитограма в динаміці
В. Пальцеве дослідження прямої кишки
С. Ректороманоскопія
Д. Колоноскопія
Е. УЗД
3. Хворий 32 роки, приймав масивну антибактеріальну терапію. Скарги на розлиті болі в животі, часті рідкі випорожнення (4-6 разів на добу), загальну слабкість. Живіт при пальпації м'який, болючий у нижніх відділах, печінка та селезінка не пальпуються. Застосування якого лікарського препарату доцільне у даному випадку?
А. Імодіум
В. Панзинорм
С. Есенціалє
Д. Мотиліум
Е. Лінекс
4. У хворого 45 років діарея 6-8 разів на добу, з виділенням несформованих фекалій з вмістом слизу, крові та гною. Т- 37.6 °,

болі при пальпації товстого кишечника та утворення зовнішніх та внутрішніх нориць. Виставлений діагноз – хвороба Крона. Яка ознака відрізняє дану хворобу від неспецифічного виразкового коліту?

- А. Болі при пальпації
- В. Діарея
- С. Нориці
- Д. Кров у калі
- Е. Лихоманка

5. У чоловіка 27 років, скарги на переймистий біль у животі, часте рідке випорожнення з домішками слизу та крові. Хворіє 3 роки, схуд на 15 кг. $T^{\circ}-37.7\text{ C}^{\circ}$, 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?

- А. Неспецифічний виразковий коліт
- В. Туберкульоз кишечника
- С. Амебна дизентерія
- Д. Хвороба Крона
- Е. Синдром подразненої товстої кишки

6. Хворий Л, 45 років, скаржиться на здуття і гурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення пінистого характеру, з кислим запахом. Що з'являється після вживання страв на молоці. Як називається даний симптомокомплекс?

- А. Синдром бродильної диспепсії
- В. Синдром гнильної диспепсії
- С. Синдром жирової диспепсії
- Д. Синдром дискінезії
- Е. Синдром мальабсорбції

7. Хвора Д, 41 рік, скарги на рідкі випорожнення (11-12 разів на добу) з домішками слизу та крові , біль у нижній частині живота, схуднення. Хворіє два роки, діагнози гострих інфекційних захворювань виключені. Живіт м'який, паляпация сигмоподібної кишки болюча. Фіброколоноскопія- в ділянці сигмоподібної кишки слизова оболонка бліда, з ділянками псевдополіпозних розростань, плоскі поверхневі виразки, який попередній діагноз?

- А. Поліпоз кишечника

- В. Хронічний коліт
- С. Хронічний панкреатит
- Д. хвороба Крона
- Е. Неспецифічний виразковий коліт

8. У хворого П, 20 років, скарги на приступообразний біль в животі, рідкі 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 імовірний?
- А. Хронічний ентероколіт
 - В. Неспецифічний виразковий коліт
 - С. Амебна дизентерія
 - Д. Туберкульоз кишечника
 - Е. Хвороба Крона
9. Хвора К, 48 років, скаржиться на посилення спастичних болів у низу живота після психоемоційного напруження, випорожнення кишечника інтермітуючі: 2-3 випорожнення після пробудження чергуються із закрепами 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?
- А. Неспецифічний виразковий коліт
 - В. Хвороба Крона
 - С. Синдром подразненої товстої кишки
 - Д. Гостра ішемія кишок
 - Е. Синдром мальабсорбції
10. Хворий 52 року, скаржиться на часті рідкі випорожнення з домішками слизу та прожилками крові. Біль розлитого характеру в нижньобочкових відділах живота, зниження маси тіла на 6 кг за місяць, незначне підвищення температури. Живіт м'який, сигмовидна кишка болюча, спазмована, гурчить. Яке захворювання найбільш імовірне у даної пацієнтки?
- А. Кишкова ензимопатія

- В. Бацилярна дизентерія
- С. СПК
- Д. Неспецифічний виразковий коліт
- Е. Глистна інвазія

Кінцевий рівень знань

- 1.А
- 2.Е
- 3.А
- 4.В
- 5.С
- 6.А
- 7.Е
- 8.С
- 9.В

Ситуаційні задачі

- 1.Е
- 2.Д
- 3.Е
- 4.С
- 5.А
- 6.А
- 7.Е
- 8.В
- 9.С
- 10.Д

Література:

Базова:

1. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 680с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 2. Розділи 9-24: підручник / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. ; за ред. проф. Л.В. Глушка. --- К. : ВСВ «Медицина», 2019. - 584с.
3. Класифікації захворювань органів травлення: довідник / укладачі: Н. В. Харченко, Г. А. Анохіна, Н. Б. Губергріц, О. Ю. Губська, А. Е. Дорофєєв, І. А. Зайцев, Т. Д. Звягінцева, Х. Б. Квіт, О. В. Колеснікова, І. А. Коруля, І. Я. Лопух, Н. О. Носко, А. М. Пілецький, І. М. Скрипник, Г. А. Соловійова, Ю. М. Степанов, С. М. Ткач, В. В. Харченко, М. Б.

Щербиніна; за ред. чл.-кора НАМНУ, проф. Н. В. Харченко. – К.: МПБП «Гордон», 2022. – 72 с.

4. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: у 3-х т. Т.1 / за ред. С. Ралстон, Я. Пенман, М. Стрекен, Р. Гобсон; наук. ред. пер.: В. Ждан, Л. Бабінець, Л. Пасієшвілі, В. Величко, Н. Михайловська. ---пер. 23-го англ вид. --- Київ : ВСВ "Медицина", 2020. --- 258 с.

5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го вид.: у 3 т. Т.2 / за ред. К.В. Юрко --- Київ: ВСВ «Медицина», 2020. --- 257 с.

6. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: посібник: пер. 23-го англ.вид.: у 3 т. Т.3 / за ред. С. Ралетона, Я. Пенмана, М. Стрекена, Р. Гобсона; наук. ред. пер.: І. Скрипник, О. Курята, Л. Соколова, Р. Скрипник, Г.Кожина, Я. Кутасевич, М. Щербина, О. Абатуров, Л. Бабінець, І. Галайчук, Ю. Кобеляцький, Л. Ляповець. - К.: ВСВ «Медицина», 2021. - 642 с.

Допоміжна:

1. Анестезіологія та інтенсивна терапія: підручник / Ф.С. Глумчер, Л.П. Чепкий, Л.В. Усенко та ін.; за ред. Ф.С. Глумчера. - К.: ВСВ «Медицина», 2019. - 352 с.

2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Ю.М. Мостового. - 13-те вид., доп. - і перероб. Вінниця: ДП «Державна картографічна фабрика», 2020. - 582 с.