

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

“Затверджено”

на методичній нараді кафедри
внутрішньої медицини №3

Завідувач кафедри

професор _____

(Л.В. Журавльова)

“29” серпня 2012 р.

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДЛЯ СТУДЕНТІВ

<i>Навчальна дисципліна</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Модуль №</i>	1
<i>Змістовний модуль №2</i>	Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення
<i>Тема заняття</i>	Хронічні захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	Медичний

Змістовий модуль №2 «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

Тема № 5. «Захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії»

Актуальність

Розпоповсюдженість целиакії від 12 до 203, в середньому 90-100 на 100000 населення. Хворіють діти та дорослі, пік захворювання приходить на вік 20-40 років. Серед хворих 70% складають жінки. У віці 50 років та старше хвороба виникає рідко. Перебіг хвороби у людей похилого віку відрізняється схильністю до злоякісного перебігу.

Навчальні цілі:

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми целиакії та інших ентеропатій;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при целиакії та інших ентеропатіях;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики целиакії та інших ентеропатій; показаннями та протипоказаннями щодо їх проведення; методиками їх виконання; діагностичною цінністю кожного з них;
- навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень;
- навчити студентів розпізнавати та діагностувати ускладнення при целиакії та інших ентеропатіях;
- навчити студентів призначати лікування при целиакії та інших ентеропатіях;

Що повинен знати студент?

- частота зустрічаємості целиакії та інших ентеропатій;
- етіологічні фактори целиакії та інших ентеропатій;
- патогенез целиакії та інших ентеропатій;
- основні клінічні синдроми при целиакії та інших ентеропатіях;
- загальні та тривожні симптоми при целиакії та інших ентеропатіях;
- фізикальні симптоми целиакії та інших ентеропатій;
- діагностику целиакії та інших ентеропатій;
- морфологічні дослідження кишечника при целиакії та інших ентеропатіях;
- інструментальні методи діагностики целиакії та інших ентеропатій;
- диференціальна діагностика целиакії та інших ентеропатій;
- класифікація целиакії та інших ентеропатій;
- ускладнення при целиакії та інших ентеропатіях;
- лікування целиакії та інших ентеропатій; (зміна способу життя, раціональне харчування, медикаментозна терапія).

Що студент повинен вміти?

- виділяти основні клінічні та фізикальні синдроми целиакії та інших ентеропатій;
- інтерпритувати результати біохімічних та імуноферментних досліджень;
- інтерпритувати дані біопсії кишечника;
- інтерпритувати дані інструментальних методів дослідження кишечника;
- оцінити відповідність конкретного пацієнта критеріям успішної терапії;
- провести диференційний діагноз;
- призначати схему лікування хворим на целиакію та інші ентеропатії;

Перелік практичних навичок, які студент повинен засвоїти

- обстеження живота;
- огляд живота;

- поверхнева пальпація живота;
- глибока методична ковзна пальпація органів черевної порожнини за Образцовим-Стражеском;
- огляд шкіри та слизових оболонок;
- фізикальні дані обстеження печінки.

Зміст теми:

Целіакія (глютенічна ентеропатія, глютенічна хвороба, целіакія-спру, ідіопатична стеаторея, нетропічна спру) являє собою захворювання тонкої кишки, що характеризується атрофією її слизової оболонки, викликану генетично обумовленою непереносимістю білка клейковини злакових – глютену. Целіакія успадковується за аутосомно-домінантним типом з неповною пенетрантністю.

Патогенез

Глютен – це проламин, концентрація якого найбільш висока в пшениці, ячмені і житі. Глиадин – токсична фракція глютену. Повний гідроліз глиадинів до окремих амінокислот знімає токсичний ефект. Однак гідроліз пепсином і панкреатичними пептидазами не усуває токсичну дію глиадинів. В останні роки відзначено, що близько 95% хворих целіакією є носіями HLA DQ2 гетеродимерів, які присутні у людей, що мають HLADR5, 7 і 17. Установлено, що в молекулі глиадину є ділянка, відповідальна за його токсичну дію. Саме за рахунок цієї ділянки молекули глиадину відбувається його розпізнавання як імунологічно активного компоненту Т-лімфоцитами, що мають генетичні особливості у виді гетеродимера B. Активація цих Т-лімфоцитів супроводжується індукцією клітинних імунних реакцій з реалізацією цитокінів, що мають цитотоксичні властивості і викликають атрофію ворсинок. Атрофії кишкових ворсинок можуть також сприяти інтраепітеліальні лімфоцити, щільність яких при целіакії значно збільшується і які також роблять як прямий, так і опосередкований цитокинами цитотоксичний ефект.

Уявлення про целіакію як про рідке захворювання застаріло. Введення в медичну практику скринінгових серологічних методів діагностики показало, що її поширеність може складати від 1:100 до 1: 300. Підвищенню частоти целіакії могло також сприяти те, що в Західній Європі й Америці за останні роки стали використовувати в їжу сорти пшениці з дуже високим змістом клейковини.

Клініка

Існує два піки маніфестації захворювання:

перший - у ранньому дитячому віці;

другий - на третьому-четвертому десятилітті життя.

Розрізняють три клінічних типи целіакії:

класичну (зустрічається у менш половини хворих), **субклінічну** (частіше спостерігається - з незначно вираженими, транзиторними і внекишечними проявами) і **німу** (виявляють при скринінгу).

Найбільш типові клінічні ознаки при важкому перебігу захворювання обумовлені глибокими порушеннями процесів травлення в тонкій кишці: діарея, поліфекалія, стеаторея, метеоризм, анорексія, утрата маси тіла аж до кахексії, слабкість. Випорожнення часті, рідкі, рясні, пінисті, із залишками неперетравленої їжі.

Основний механізм діареї при целіакії зв'язаний з посиленням кишкової секреції через підвищення вмісту простагландинів, що може порозуміватися, з одного боку, підвищеним синтезом простагландинів мононуклеарами, які інфільтрують слизову оболонку тонкої кишки, і з іншого боку - зниженням їхньої інактивації внаслідок атрофічних змін слизової оболонки. Діарея спричиняє втрату електролітів і дегідратацію.

У зв'язку з порушенням засвоєння живильних речовин розвиваються полігіповітаміноз, гіпоонкотичні набряки. Виснаження запасів кальцію і магнію може викликати парестезії, м'язові судороги і навіть тетанію. Мальабсорбція супроводжується

остеопорозом, невмотивованими переломами, різними неврологічними захворюваннями. До внекишечних проявів целиакії відноситься герпетиформний дерматит. При важкому перебігу захворювання, коли в патологічний процес утягується вся тонка кишка, може розвинути несутісний з життям синдром тотального порушення усмоктування.

Клінічні форми целиакії (за Dierkx R. Et al., 1995):

1. Активна клінічна форма (типова). Симптоматика вар'їрує від вкрай важкого синдрому мальабсорбції з виснаженням та безбілковими набряками до помірно вираженого порушення всмоктування або атипичних проявів (анорексія, артралгія, стоматит, випадіння волосся, затримка розвитку у дітей та ін.).

2. Субклінічна форма. Практично відсутні типові симптоми мальабсорбції при наявності морфологічних змін слизової оболонки. Іноді єдиним симптомом целиакії може бути мікро- або макроцитарна анемія.

3. Латентна форма. Буває в тому випадку, коли у пацієнта, який не знаходиться на аглутеновій дієті, біоптат тонкої кишки нормальний. Слизова оболонка, однак, була плоскою і відновила після призначення глютенної дієти.

4. Потенціальна форма. Слизова оболонка тонкої кишки нормальна, однак, після навантаження глютенном целиакія розвивається.

Клінічні прояви целиакції

Типові клінічні синдроми та симптоми	Клінічні симптоми та синдроми, які зустрічаються рідко
Перші прояви захворювання у віці до 10 років (86%).	Перші прояви захворювання у віці старше 10 років (14%)
Діарея денна та нічна (91%), поліфекалія, стеаторея (80%)	Чергування проносів та закріпів (4%), діарейні кризи з ознаками дегідратації на тлі нормального випорожнення (5%)
Синдром порушеного всмоктування I-II-III ст. важкості (90%)	Синдром ексудативної ентеропатії (10%)
Анорексія (40%)	Геморагічний синдром (5%)
Метеоризм (75%)	Напади динамічної кишкової непрохідності через атонію гладеньких м'язів стінки кишки (5%)
Болі в животі (70%)	Ентерогенна остеопатія: остеопороз, остеомаліяція (5%)
Анемія залізодефіцитна у дітей (70%), В ₁₂ -фолієводефіцитна у похилих (50%)	Дефіцит імуноглобуліну А (1%), лейкоцитоз (1%), прискорення ШОЕ (1%)

Критерії діагностики (Європейське товариство гастроентерологів та спеціалістів щодо харчування, 1969):

- стійка непереносимість глютену,
- в активну фазу захворювання розвивається гіперрегенераторний тип атрофії слизової оболонки тонкої кишки;
- на тлі аглутенової дієти слизова оболонка тонкої кишки відновлюється;
- повторне введення глютену в харчування знов призводить до розвитку атрофії слизової оболонки тонкої кишки.

Також відноситься:

- наявність синдрому мальабсорбції
- серологічні дослідження;
- морфологічні дослідження.

Серологічні дослідження при целиакії

Антитіла	Чутливість	Специфічність
Ig-A – ARA (антиретикулінові антитіла, ретикулін – білок ретикулярних волокон за складом близький до колагену)	28-97%	10%
IgA – AGA (антигліадинові антитіла)	65-100%	81-100%
IgA – EmA (антиендомізіальні антитіла; ендомізій – сполучна тканина, яка розташована між м'язовими волокнами)	70-90%	100%

Морфологічні зміни слизової оболонки тонкої кишки (дистальні відділи дванадцятипалої кишки) при целиакії:

- уплощення, скорочення або повне зникнення ворсин слизової оболонки тонкої кишки. Подовження кишкових крипт
- деформація поверхневого епітелію через руйнування щіткових країв клітин (мікрворсинки короткі та рідкі). Циліндричний епітелій заміщений кубічним.
- ясна лімфоплазмочитарна інфільтрація власної пластинки слизової та лімфоїдно-клітинна інфільтрація епітелію.

Ранніми морфологічними ознаками целиакії є збільшення числа міжепітеліальних лімфоцитів та наявності в сироватці крові антигліадинових антитіл.

Диференційний діагноз:

- Загальна варіабельна гіпогамаглобулінемія (спадкове захворювання);
- Колагенозне спру
- Тропічне спру
- Лімфома тонкої кишки

Ускладнення

При тривалому перебігу і без лікування целиакія приводить до безплідності у жінок, ранньої менопаузи, фертильності, до погроз викиднів, у т.ч. і повторних.

До неврологічних ускладнень відносяться: церебральна дегенерація, полінейропатія, міопатія, церебральна кальцифікація. Важкий синдром мальабсорбції спричиняє розвиток остеопороза, патологічних переломів. Небезпечним ускладненням є виразковий еюніт із кровотечами та перфорацією. Целиакія підвищує ризик розвитку таких неоплазм, як лімфоми (злоякісний гістіоцитоз кишечника, неходжкінські лімфоми, Т-клітинна лімфома) і аденокарцинома кишечника, особливо у осіб, що не дотримують дієту.

Лікування

Аглутонова дієта є засобом базисної терапії целиакії.

Основні принципи цієї дієти такі:

- виключення продуктів, що містять глютен (пшениці, жита, ячменя та вівса), а також продуктів, що підсилюють бродильні та гнильні процеси;
- повноцінність раціону з підвищеним вмістом білка і солей кальцію;
- обмеження механічних і хімічних подразників слизової оболонки кишечника.

Поряд з аглутоновою дієтою коригують білково-вітамінну недостатність і інші порушення, зв'язані з мальабсорбцією.

При анемії призначають препарати фолієвої кислоти та заліза.

У важких випадках можливо використання преднізолону по 20-30 мг з поступовим зниженням дози.

При вираженому синдромі мальабсорбції – інфузійна замісна та коригуюча терапія, поліферментні засоби.

Синдром недостатності дисахарідаз (лактози, мальтози, ізомальтози, сахарози, тригалози та ін.) - зниження активності або відсутність однієї чи декількох дисахарідаз уродженого або набутого характеру, яке приводить до порушення перетравлення та всмоктування дисахаридів. Найчастіше зустрічається лактозна недостатність.

У європейській расі зустрічається в 5-15%, частіше на тлі захворювань кишечника – хронічного ентериту, хвороби Крона, неспецифічного виразкового коліту, прийому антибактеріальних та пероральних контрацептивних засобів та ін.

Клініка: біль в животі спастичного характеру, виражений метеоризм, діарея (водянисті проноси через 0,5 – 3 години після вживання непереносимого дисахариду), поліфекалія.

Діагностика. Клінічні симптоми з'являються після вживання молока або інших дисахаридів.

Копрологічне дослідження – кисле випорожнення – рН менше 6,0.

Тест толерантності до лактози – після вживання 50 г молочного цукру невелике підвищення рівня глюкози в крові (менше 3,0 ммоль/л), а також наявність метеоризма, тенезмів, діареї.

Дихальний тест - після прийому лактози збільшується вміст водню, що видихають.

Морфологічне дослідження – в біоптаті тонкої кишки гістохімічним методом підтверджують низьку активність або відсутність лактази.

Лікування. Безмолочна дієта.

При наявності синдрому мальабсорбції проводять замісну та коригуючу терапію.

Синдром мальабсорбції – синдром, який включає діарею, втрату маси тіла, білкову недостатність та ознаки гіповітамінозу, що виникають внаслідок порушення процесів харчування та всмоктування в кишечнику.

Етіологія та патогенез.

1. Порушення перетравлення їжі внаслідок недостатності харчових ферментів та дефіциту жовчних солей.

2. Порушення перетравлення харчів внаслідок мікробної колонізації тонкої кишки.

3. Порушення всмоктування харчових інгредієнтів внаслідок зменшення всмоктувальної поверхні або морфологічних та функціональних змін абсорбтивного епітелію тонкої кишки.

4. Ушкодження специфічних транспортних механізмів при ушкодженні лімфатичної системи та/або кровеносних судин кишечника, які дрениують.

5. Зміни метаболізму жовчних кислот внаслідок мікробної колонізації тонкої кишки або порушень внутрішньопечінкової циркуляції жовчних кислот.

6. Порушення рухівної функції шлунково-кишкового тракту (застой вмісту, зміна діяльності сфінктерів, прискорений пасаж).

Клінічні симптоми

Орган, система	Симптом або ознака	Патофізіологічна основа
Травні шляхи	Діарея	Порушення абсорбції або збільшення секреції води
	Стеаторея	Порушення порожнинного гідролізу жирів
	Метеоризм	Бактеріальна ферментація вуглеводів, що не абсорбовані
	Абдомінальний біль, анорексія, нудота	Накопичення в просвіті кишки харчових речовин, які не всмокталися, газів, порушення моторики
Жовчовивідні	ЖКХ	Порушення ентеро-гепатичної циркуляції

шляхи		жовчних кислот
Метаболічні порушення	Білково-енергетична недостатність Порушення водно-електролітного обміну Ознаки гіповітамінозу	Мальдигестія, мальабсорбція, мальассиміляція Внутрішньо- та поза клітинний дефіцит води та електолітів Зменшення асиміляції жиророзчинних вітамінів внаслідок порушення утворення змішаних міцел
Система кривеутворення	Анемія Геморагічні симптоми	Порушення всмоктування заліза, вітаміну В ₁₂ , фолієвої кислоти Порушення всмоктування вітаміну К з гіпотромбінемією
Кістково-м'язова система	Біль в кістках, парестезії. остеопороз	Порушення всмоктування кальцію, магнію, вітаміну Д
Нирки	МКХ	Оксалатурія
Ендокринні органи	Гіпоталамо-гіпофізарна недостатність, гіпофункція щитоподібної залози, кори наднирників та статевих залоз	Порушення всмоктування основних нутрієнтів.

Фізикальні дані

Недостатність харчування – зниження маси тіла. За ступенем зниження маси тіла при повноцінному харчуванні виділяють: I ст. (легка форма) – до 5 кг; II ст. (середня) – до 10 кг; III ст (важка) – прогресуюче схуднення.

При огляді живота – здуття, метеоризм; пальпація живота – локальна резистентність та гіперестезія зліва та вище пупка; гурчання та шум плескоту; перкусія – темпаніт над роздутими газами петлями тонкої кишки.

Клініко-лабораторні критерії діагностики недостатності харчування:

Показник	Стандартний	Ступінь недостатності харчування		
		Легкий	Середній	Важкий
Альбумін, г/л	>35	35-30	30-25	<25
Трансферин, г/л	>2,0	2,0-1,8	1,8-1,6	<1,6
Лімфоцити, 10 ⁹ /л	>1800	1800-1500	1500-900	<900
Шкіряна реакція на антигени, мм	<15	15-10	10-5	<5

Порушення жирового обміну – зменшення підшкірно-жирової клітковини, стеаторея, зміна ліпідного спектру сироватки (гіпохолестеринемія, гіпофосфатемія, зниження триглицеридів).

Порушення вуглеводного обміну – схильність до зниження рівня глюкози, полого глікемічна крива після навантаження вуглеводами.

Порушення водно-електролітного обміну – дегідратація (спрага, сухість шкіри та слизових оболонок, олігурія), гіпонатріємія (анорексія, нудота, м'язова слабкість, судоми, апатія, зниження АТ, олігурія), гіпокаліємія (сонливість, тахіаритмія, зрівнювання зубця Т на ЕКГ), гіпокальціємія (парестезії рук та ніг, болі в м'язах, позитивні симптоми Хвостека та Труссо).

Принципи лікування

1. Базисна дієта – підвищений вміст тваринного білка (130-135 г), деяких вітамінів та мінеральних речовин, нормальний вміст жиру та вуглеводів. Виключаються речовини, що

містять грубу клітковину.

2. Еліментна дієта – суміші, що сбалансовані за хімічним складом та добре розчиняються, без баласних речовин, з лемінацією непереносимих речовин, які вмістять середьоланцюгові тригліцериди (Нутрізан, Ізокал, Філотакт, Оволакт).

3. Синтетичні дієти – суміші, які складаються з амінокислот, ненасичених жирних кислот, неантигенних полімерів глюкози з низькою осмолярністю (Енпіт, Інпітан, Оволакт)

4. Медикаментозна терапія:

- **інфузійна терапія**, яка спрямована на компенсацію білкової недостатності (сольові розчини, розчин амінокислот, альбумін, плазма свіжезаморожена; корекція водно-електролітних порушень – сольові розчини, глюкоза, аспаркам, панангін, глюконат кальцію; корекція гіповітамінозу та анемії – препарати заліза, вітаміни гр. В, аскорбінова кислота, нікотинова кислота, Есенціале);

- **корекція гемостазу** - плазма свіжезаморожена, дицинон, вікасол та ін.;

- **імуностимулююча терапія** – тактивін, тимоген, імунал;

- **покращення процесів травлення та всмоктування** – поліферментні препарати, курирування вираженого метеоризму (еспумізан, метеоспазміл);

- **нормалізація моторики** – спазмолітики або прокінетики.

У випадку мальабсорбції при розвитку якої переважає посилена моторика призначають лоперамід (іmodіум). Гарний антидіарейний ефект дає сандостатин.

- **ентеросорбенти** – поліфекан, смекта, ентеросгель, секвестранти жовчних кислот (холестирамін).

Контроль початкового рівня знань
«Захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії»

1. Чим проявляється порушення білкового обміну при целиакії?
 - A. Зниженням маси тіла
 - B. Зменшенням підшкірно-жирової клітковини, стеатореєю
 - C. Кишечною диспепсією
 - D. Порушенням усмоктування вітамінів та мінералів
 - E. Гіповітамінозом

2. Що входить у поняття «синдром мальабсорбції»?
 - A. Порушення всмоктування їжі
 - B. Порушення перетравлення їжі
 - C. Анемія, лейкопенія
 - D. Блювота та нудота
 - E. Гіповітаміноз

3. Які лікарські речовини призначають при порушеній моторній функції кишечника?
 - A. Ферменти
 - B. Спазмолітики, прокінетики
 - C. М-холінолітики
 - D. Анаболічні стероїди
 - E. Антациди

4. Які клітини не присутні в тонкій кишці?
 - A. Бокаловидні
 - B. Ендокриноцити
 - C. G-клітини
 - D. Ентероцити
 - E. Межепітеліальні лімфоцити

5. За допомогою якої артерії здійснюється кровопостачання тонкої кишки?
 - A. Шлунково-дуоденальної
 - B. Селезіночної
 - C. Верхньобрижеечної
 - D. Нижньобрижеечної
 - E. Верхньопрямкишкової

6. Які функції не виконує тонка кишка?:
 - A. Всмоктування вітамінів
 - B. Продукція кишечних гормонів
 - C. Формування випорожнення
 - D. Захисна функція
 - E. Прожнинне, мембранне та внутрішньоклітинне травлення

7. Що відноситься до осмотичних послаблюючих засобів:
 - A. Харчові волокна
 - B. Препарати сени
 - C. Препарати крушини
 - D. Гуталакс
 - E. Форлак

8. Що характерне для дії імодіума:
- A. Прокінетичний ефект
 - B. Гепатопротекторний ефект
 - C. Обезболюючий ефект
 - D. Седативний ефект
 - E. Все вище перераховане
9. При вираженому метеоизмі краще призначати:
- A. Но-шпа
 - B. Мезим-форте
 - C. Ентеросгель
 - D. Смекта
 - E. Пробіотики
10. Який з перерахованих симптомів **НЕ** може бути при целіакії?
- A. Безбольові проноси
 - B. Прогресування симптомів
 - C. Стеаторея
 - D. Хронічні закрепи
 - E. Непереносимість глютену

Контроль кінцевого рівня знань
«Захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії»

1. До ускладнень целиакії не відносяться?

- A. Діарея
- B. Лімфома тонкої кишки
- C. Негранулеманозний ентерит
- D. Колагенова спру
- E. Нейропатія

2. В механізмі розвитку целиакії має значення:

- A. Імунологічні реакції
- B. Накопичення токсичних речовин
- C. Інфекційні агенти
- D. Вагітність
- E. Все вище перераховане

3. Який з перерахованих симптомів суперечить діагнозу мальабсорбції:

- A. Біль в животі, що зменшується після дефекації
- B. Непереносимість лактози
- C. Видалення слизу з випорожненнями
- D. Дисбактеріоз
- E. Збільшення маси тіла

4. Що характерне для дисахаридної ентеропатії:

- A. Вазоспастичні реакції
- B. Відчуття «грудки» при ковтанні
- C. Розлади сечовипускання
- D. Непереносимість молока
- E. Сексуальна дисфункція

5. Основою лікування ентеропатій є:

- A. Дієта
- B. Препарати 5-АСК
- C. Антациди
- D. Препарати вісмуту
- E. Метронідазол

6. До основних лабораторних критеріїв діагностики целиакії відносять:

- A. Клінічний аналіз крові
- B. Біохімічні дослідження крові
- C. Серологічні дослідження крові
- D. Бактеріологічне дослідження випорожнення
- E. Маркери вірусів у сироватці крові.

7. При синдромі мальабсорбції порушуються наступні обміни речовин:

- A. Водно-електролітний
- B. Жировий
- C. Вуглеводний
- D. білковий
- E. Всі вище перераховані

8. До гастрогенних причин розвитку синдрому мальабсорбції відносять:

- А. Гастректомію
- В. Цироз печінки
- С. Резекцію підшлункової залози
- Д. Хворобу Крона
- Е. Дивертикульозі

9. При синдромі недостатності дисахарідаз рН калу:

- А. Більше 6,0
- В. Менше 6,0
- С. Більше 7,0
- Д. 10,0
- Е. 10,0-20,0

10. Яка дієта повинна бути при недостатності дисахарідаз?

- А. Безмолочна
- В. Безбілкова
- С. З великим вмістом жирів
- Д. Обмеження простих вуглеводів
- Е. Все перераховане

Ситуаційні задачі
«Захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії»

1. 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. Яка причина даного симптомокомплексу найбільш імовірна?
 - A. Лактозна недостатність**
 - B. Глютенічна недостатність**
 - C. Недостатність жовчних кислот**
 - D. Дискінезія кишечника**
 - E. Синдром мальабсорбції**

2. 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 гастроектомію. При пальпації живота – болючість, чергування спазмованих і атонічних, з гурчанням, відділів тонкої кишки. Який метод обстеження є найбільш інформативним для постановки діагнозу:
 - A. Копроцитограма у динаміці**
 - B. Пальцеве дослідження прямої кишки**
 - C. Ректороманоскопія**
 - D. Колоноскопія**
 - E. Морфологічне дослідження тонкої кишки**

3. 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?
 - A. Імодіум**
 - B. Панзінорм**
 - C. Есенціалє**
 - D. Лінекс**
 - E. Мотіліум**

4. Хвора, 48 років, скаржиться на періодичний біль у лівій половині живота, нудоту після вживання борошняних виробів, часті рідкі випорожнення. Схудла на 5 кг протягом 2 місяців. Об'єктивно: хвора зниженого харчування, живіт м'який, гуркоче. Випорожнення 3-4 рази на добу, з домішками нейтрального жиру. Яка патологія найбільш імовірно зумовлює таку картину?
 - A. Глютенічна ентеропатія**
 - B. Хронічний панкреатит.**
 - C. Хронічний гепатит**
 - D. Хронічний ентероколіт**
 - E. Автоімунний гастрит**

5. Хворий 62 років, протягом 32 років страждає на хронічний панкреатит. Визначає періодичні болі у лівому підребер'ї, у зв'язку з чим був змушений дотримувати строгої дієти з обмеженням жирних, смажених, гострих, копчених страв. В останні 1,5 місяців відзначає приєднання здуття живота, частішого випорожнень до 2- 3 разів у добу. Випорожнення рясні, смердючі, з блискучою поверхнею, із залишками неперетравленої їжі, схуднення на 8 кг. Який синдром переважає в клініці захворювання?
 - A. Астено-невротичний**
 - B. Ендокринної недостатності підшлункової залози**

- С. Синдромо мальабсорбції**
- Д. Синдромом подразненого кишечника**
- Е. Болівий синдром**

6. Хвора, 41 року, з целиакією за останні 2 місяці схудла на 7 кг. Який ступінь недостатності харчування у хворої?
- А. Перший**
 - В. Другий**
 - С. Третій**
 - Д. Четвертий**
 - Е. П'ятий**
7. Хворий, 14 років, скарги на пронос, слабкість, зниження маси тіла, стан погіршується після вживання великої кількості борошняних виробів. Ці явища спостерігається з раннього дитинства. Об-но: стан задовільний, зниженої вгодваності. Відстає в фізичному розвитку. Причиною захворювання в даному випадку варто вважати:
- А. Глютенову ентеропатію**
 - В. Глистяну інвазію**
 - С. Мальдигестію**
 - Д. Дисбактеріоз кишечника**
 - Е. Дефіцит лактази**
8. Хворий, 14 років, скарги на пронос, слабкість, зниження маси тіла. Стан погіршується після вживання великої кількості борошняних виробів. Ці явища спостерігається з раннього дитинства. Об-но: стан задовільний, зниженої вгодваності. Відстає в фізичному розвитку. Для встановлення діагнозу необхідно визначити:
- А. IgM**
 - В. IgA**
 - С. IgG**
 - Д. IgE, IgM**
 - Е. IgA – AGA, IgA – EmA**
9. У дівчини 17 років встановлена целиакія. Хвора відмовляється від запропонованої (аглютенової) дієти. До яких ускладнень це може призвести?
- А. Фертильність.**
 - В. Безпліддя**
 - С. Остеопороз**
 - Д. Погроза ранніх викідів**
 - Е. Всіх перерахлваних**
10. Хвора, 51 року, що страждає на целиакію, на протязі 6 місяців скаржиться на судоми та болі в кістках, парестезі. З чим пов'язані дані скарги?
- А. З розвитком анемії**
 - В. З порушенням водно-електролітного обміну**
 - С. З розвитком остеопорозу**
 - Д. З порушенням вуглеводного обміну**
 - Е. З порушенням білкового обміну**

ВІРНІ ВІДПОВІДІ
«Захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії»
Початковий рівень знань

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

Кінцевий рівень знань

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

Ситуаційні завдання

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

Контрольні питання.

1. Дати визначення целиакії та ентеропатіям.
2. Основні клінічні синдроми целиакії та ентеропатій
3. Характеристика фізикальних даних целиакії та ентеропатій.
4. Особливості клініки целиакії.
5. Особливості клініки ентеропатій
6. Назвати методи діагностики целиакії та ентеропатій.
7. Назвати ускладнення целиакії та ентеропатій
8. Принципи лікування целиакії та ентеропатій
9. Спосіб життя та дієтотерапія при целиакії та ентеропатій.
10. Медикаментозна терапія при целиакії та ентеропатій в залежності від ступенів важкості та активності захворювання
11. Профілактика целиакії та ентеропатій

Практичні завдання.

1. Провести курацію хворих з целиакії та ентеропатій
2. Дати інтерпритацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпритацію отриманим інструментальним методам дослідження
4. Провести диференційний діагноз целиакії та ентеропатій
5. Назвати ускладнення целиакії та ентеропатій
6. Виписати рецепти щодо терапії целиакії та ентеропатій.

Протокол клінічного розбору хворого (єдина форма)

П.І.П пацієнта _____

Вік _____ професія _____

Скарги хворого _____

Anamnesis morbi

Вважає себе хворим з _____, коли вперше з'явилися _____

Останнє загострення з _____

Anamnesis morbi

Результати фізикального обстеження хворого:

Попередній діагноз:

План обстеження:

Результати додаткових методів дослідження:

Обґрунтування клінічного діагнозу:

Клінічний діагноз:**Основне****захворювання** _____**Супутнє захворювання**

Ускладнення

Лікування:

1. Режим _____
2. Дієта _____
3. _____
4. _____
5.

Матеріали, які необхідні для самопідготовки

1. В.Г.Передерій, С.М.Ткач. Клінічні лекції з внутрішніх хвороб в 2-х томах. Київ, Манускрипт, 1998.
2. Хворостинка В.Н., Яблучанский Н.И, Панчук С.Н, Пасиешвили Л.М.. Терапевтическая гастроэнтерология. Харьков, Основа, 1999, 368 с.
3. Дегтярева И.И. Заболевания органов пищеварения.- К.: Демос, 2000,- 412 с
4. Ш.М.Ганджа, В.М.Коваленко, Н.М.Шуба та ін. Внутрішні хвороби. К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
5. Н.І.Швец, А.В.Підаєв, Т.М.Бенца та ін. Еталони практичних навиків з терапії. Київ, Главмеддрук, 2005, 540 с.
6. Н.И.Швец, А.В.Підаєв, Т.М.Бенца и др. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины. Киев, 2006. – 752 стр.
7. Остапенко В.Г., Жмудиков Ф.М. Острые заболевания живота. – М: Беларусь, 1993. – 432 с.
8. Конден Р., Найхус Р. Клиническая хирургия, пер. с англ. – М., Практика, 1998. – 716 с.
9. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия: Рук-во для студентов и врачей-интернов.- Х.: Факт, 2001.- 1032 с.
10. Хворостинка В.М., Моїсеєнко Т.А., Журавльова Л.В. Факультетська терапія: Підручник-Х.:Факт, 2000,-888 с.
11. Захворювання органів травлення : Навчальний посібник у схемах і таблицях /За ред. В.М. Хворостінки.- Х.: Факт, 2001.-239 с.
12. Малая Л.Т., Хворостинка В.Н. Терапия. Заболевания органов дыхания. Заболевания органов пищеварения. Заболевания почек. Иммунология. Аллергические заболевания. Системные заболевания соединительной ткани. Заболевания системы крови: Руководство для врачей-интернов и студентов. – 2-е изд. , испр. и доп. –Харьков: Фолио, 2005.-879 с.