

**Міністерство охорони здоров'я України  
Харківський національний медичний університет**

Кафедра Внутрішньої медицини №3  
Факультет VI по підготовці іноземних студентів

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

на засіданні кафедри внутрішньої медицини №3  
«29» серпня 2016 р. протокол № 13  
Зав. кафедри \_\_\_\_\_ д.мед.н., професор Л.В. Журавльова

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ  
для самостійної роботи студентів**

з дисципліни «Внутрішня медицина (в тому числі з ендокринологією)  
студенти 4 курсу I, II, III медичних факультетів, V та VI факультетів по підготовці  
іноземних студентів

**Целіакія та інші ентеропатії.**

Харків 2016

## **Тема заняття «Целіакія та інші ентеропатії.»**

1. Кількість годин - 4

### **Актуальність**

Розповсюдженість целіакії від 12 до 203, в середньому 90-100 на 100000 населення. Хворіють діти та дорослі, пік захворювання приходиться 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 зложісного перебігу.

### **Навчальні цілі:**

- навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми целіакії та інших ентеропатій;
- ознайомити студентів з фізикальними методами дослідження при целіакії та інших ентеропатіях;
- ознайомити студентів з методами дослідження, які застосовуються для діагностики целіакії 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 целіакії та інших ентеропатіях;
- навчити студентів призначати лікування при целіакії та інших ентеропатіях;

### **Що повинен знати студент?**

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

### **Що студент повинен вміти?**

- виділяти основні клінічні та фізикальні синдроми целіакії 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 целіакію 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** (глютенова ентеропатія, глютенова хвороба, целіакія-спру, ідиопатична стеаторея, нетропічна спру) являє собою захворювання тонкої кишki, що характеризується атрофією її слизової оболонки, викликаною генетично обумовленою непереносимістю білка клейковини злакових – глютена. Целіакія успадковується за аутосомно-домінантним типом з неповною пенетрантністю.

### **Патогенез**

Глютен – це проламін, концентрація якого найбільш висока в пшениці, ячмені і житі. Глиадин - токсична фракція глютена. Повний гідроліз глиадинів до окремих амінокислот знімає токсичний ефект. Однак гідроліз пепсином і панкреатичними пептидазами не усуває токсичну дію глиадинов. В останні роки відзначено, що близько 95% хворих целіакією є носіями HLA DQ2 гетеродимерів, які присутні у людей, що мають HLAB5, 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 Б. Активування 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 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 їжі 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 викишечними проявами) і **німу** (виявляють при скринингу).

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, слабість. Випорожнення часті, рідкі, рясні, пінисті, із залишками неперетравленої їжі.

Основний механізм діареї при целіакі зв'язаний з посиленням кишкової секреції через підвищення вмісту простагландинів, що може порозуміватися, з одного боку, підвищеним синтезом простагландинів мононуклеарами, які інфільтрують слизувату оболонку тонкої кишki, і з іншого боку - зниженням їхньої інактивації внаслідок атрофічних змін слизуватої 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 целіакії відноситься герпетiformний дерматит. При важкому перебігу захворювання, коли в патологічний процес утягається вся тонка кишка, може звитися несумісний з життям синдром тотального порушення всмоктування.

### **Клінічні форми целіакії (за Dierkx R. Et al., 1995):**

**1. Активна клінічна форма (типова).** Симптоматика вар'ює від вкрай важкого синдрому мальабсорбції з виснаженням та безбліковими набряками до помірно вираженого порушення всмоктування або атипових прояв (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 целіакії може бути мікро- або макроцитарна анемія.

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

**4. Потенціальна форма.** Слизова оболонка тонкої кишки норальна, однак, після навантаження глутеном целіакія розвивається.

### **Клінічні прояви целіакії**

<b>Типові клінічні синдроми та симптоми</b>	<b>Клінічні симптоми та синдроми, які зустрічаються рідко</b>
Перші прояви захвоювання 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 закрепів (4%), діарейні кризи з ознаками дегідротації на тлі нормального випорожнення (5%)
Синдром порушенного всмоктування I-II-III ст. важкості (90%)	Синдром ексудативної ентеропатії (10%)
Анорексія (40%)	Геморагічний синдром (5%)
Метеоризм (75%)	Напади динамічної кишечної непрохідності через атонію гладеньких м'язів стінки кишки (5%)
Болі в животі (70%)	Ентерогенна остеопатія: остеопороз, остеомаляція (5%)
Анемія залізодефіцитна у дітей (70%), В <sub>12</sub> -фолієводефіцитна у похилих (50%)	Дефіцит імуноглобуліну А (1%), лейкоцитоз (1%), прискорення ШОЕ (1%)

### **Критерії діагностики (Європейське товариство гастроenterологів та спеціалістів щодо харчування, 1969):**

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

Також відноситься:

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

## Серологічні дослідження при целіакії

Антитіла	Чутливість	Специфічність
Ig-A – ARA (антиретикулінові антитіла, ретікулін – білок ретікулярних 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 целіакії:

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

Ранніми морфологічними ознаками целіакії є збільшення числа міжепітеліальних лімфоцитів та наявністю 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. Целіакія підвищує ризик розвитку таких неоплазм, як лімфоми (зложісний гістроцитоз кишечнику, неходжкінські лімфоми, Т-клетинна лімфома) і аденокарцинома кишечнику, особливо у осіб, що не дотримують дієту.

### Лікування

Аглютенова дієта є засобом базисної терапії целіакії.

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 кишечнику.

Поряд з аглютеновою 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 глукози 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 синдрома мальабсорбції проводять заміну 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 дренують.

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 сфинктерів, 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 ферментация вуглеводів, що не абсорбовані
	Абдомінальний біль, анорексія, нудота	Накопичення в просвіті кишки харчових речовин, які не всмокталися, газів, порушення моторики
Жовчовивідні	ЖКХ	Порушення енtero-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 електролітів Зменшення ассиміляції жиророзчинних вітамінів внаслідок порушення утворення змішаних міцел
Система кровеутворення	Анемія Геморагічні симптоми	Порушення всмоктування заліза, вітаміну В <sub>12</sub> , 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.

### Фізікальні дані

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

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

### 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 <sup>9</sup> /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, полога глікемічна крива після навантаження вуглеводами.

**Порушення водно-електролітного обміну** – дегідротація (спрага, сухість шкіри та слизових оболонок, олігурія), гіпонатріемія (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 Трусско).

### Принципи лікування

1. Базісна 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. Елементна дієта** – суміші, що сбалансовані за хімічним складом та добре розчиняються, без баласних речовин, з лемінацією непереносимих речовин, які вмістять середньоланцюгові тригліцериди (Нутрізан, Ізокал, Філотакт, Оволакт).

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

**4. Медикаментозна терапія:**

- інфузіонна 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, дицилон, 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 посилення моторики призначають лоперамід (імодіум). Гарний антидіарейний ефект дає сандостатин.

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

### Контроль початкового рівня знань

**1. Чим проявляється порушення білкового обміну при целіакії?**

- 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. Енteroцити
- E. Межепітеліальні лімфоцити

**5. За допомогою якої артерії здійснюється кровопостачання тонкої кишки?**

- A. Шлунково-дуоденальної
- B. Селезіночної
- C. Верхнебрижеєчної

Д. Нижньобрижеєчної

Е. Верхньопрямокишечної

**6. Які функції не виконує тонка кишка?:**

А. Всмоктування вітамінів

В. Продукція кишечних гормонів

С. Формування випорожнення

Д. Захисна функція

Е. Прожиннне, мембранистичне та внутрішньоклітинне травлення

**7. Що відноситься до осмотичних послаблюючих засобів:**

А. Харчові волокна

В. Препарати сени

С. Препарати крушини

Д. Гуталакс

Е. Форлакс

**8. Що характерне для дії імодіума:**

А. Прокінетичний ефект

В. Гепатопротекторний ефект

С. Обезболюючий ефект

Д. Седативний ефект

Е. Все вище перераховане

**9. При вираженому метеоизмі краще призначати:**

А. Но-шпа

В. Мезим-форте

С. Ентеросгель

Д. Смекта

Е. Пробіотики

**10. Який з перерахованих симптомів НЕ може бути при целіакії?**

А. Безболіві проноси

В. Прогресування симптомів

С. Стеаторея

Д. Хронічні закрепи

Е. Непереносимість глутену

**Контроль кінцевого рівня знань**

**1. До ускладнень целіакії не відносяться?**

А. Діарея

В. Лімфома тонкої кишки

С. Негранулеманозний ентерит

Д. Колагенова спру

Е. Нейропатія

**2. В механізмі розвитку целіакії має значення:**

А. Імунологічні реакції

В. Накопичення токсичних речовин

С. Інфекційні агенти

Д. Вагітність

Е. Все вище перераховане

**3. Який з перерахованих симптомів суперечить діагнозу мальабсорбції:**

А. Біль в животі, що зменшується після дефекації

В. Непереносимість лактози

С. Видалення слизу з випорожненнями

Д. Дисбактеріоз

Е. 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 целіакії 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 синдрома мальабсорбції відносять:**

- A. Гастректомію
- B. Цироз печінки
- C. Резекцію підшлункової залози
- D. Хворобу Крона
- E. Дивертікульозі

**9. При синдромі недостатності дисахарідаз pH калу:**

- A. Більше 6,0
- B. Менше 6,0
- C. Більше 7,0
- D. 10,0
- E. 10,0-20,0

**10. Яка дієта повинна бути при недостатності дисахарідаз?**

- A. Безмолочна
- B. Безбілкова
- C. З великим вмістом жирів
- D. Обмеження простих вуглеводів
- E. Все перераховане

### **Ситуаційні задачі**

1. Хворий, 55 років, скаржиться на здуття і гурчання в животі, підвищене відходження газів, рідкі випорожнення піnestого характера, з кислим запахом, що з'являються після вживання страв на молоці. Яка причина даного симптомокомплексу найбільш імовірна?

- A. Лактозна недостатність**
- B. Глютенова 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 гурканням, відділів тонкої кишки. Який метод обстеження є найбільш інформативним для постановки діагнозу:

**A. Копроцитограма у динаміці**

**B. Пальцеве дослідження прямої кишкі**

**C. Ректороманоскопія**

**D. Колоноскопія**

**E. Морфологічне дослідження тонкої кишкі**

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. Есенціале**

**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. Глютенова 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, копченіх страв. В останні 1,5 місяців відзначає приєднання здуття живота, частішання 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**

**C. Синдромо мальабсорбції**

**D. Синдромом подразненого кишечнику**

**E. Боловий синдром**

6. Хвора, 41 року, з целіакією за останні 2 місяці схудла на 7 кг. Який ступінь недостатності харчування у хворої?

**A. Перший**

**B. Другий**

**C. Третій**

**D. Четвертий**

**E. 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 вгодованості. Відстає в фізичному розвитку. Причиною захворювання в даному випадку варто вважати:

**A. Глютенову ентеропатію**

**B. Глистяну інвазію**

**C. Мальдигестію**

**D. Дисбактеріоз кишечнику**

**E. 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 вгодованості. Відстає в фізичному розвитку. Для встановлення діагозу необхідно визначити:

**A. IgM**

**B. IgA**

**C. IgG**

**D. IgE, IgM**

**E. IgA – AGA, IgA – EmA**

9. У дівчини 17 років встановлена целіакія. Хвора відмовляється від запропонованої (аглютенової) дієти. До яких ускладнень це може призвести?

**A. Фертильність.**

**B. Безпліддя**

**C. Остеопороз**

**D. Погроза ранніх викідів**

**E. Всіх перерахуваних**

10. Хвора, 51 року, що страждає на целіакію, на протязі 6 місяців скаржиться на судоми та болі в кістках, парестезі. З чим пов'язані дані скарги?

**A. З розвитком анемії**

**B. З порушенням водно-електролітного обміну**

**C. З розвитком остеопорозу**

**D. З порушенням вуглеводного обміну**

**E. З порушенням білкового обміну**

**ВІРНІ ВІДПОВІДІ**  
**Початковий рівень знань**

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

**Кінцевий рівень знань**

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

### **Ситуаційні завдання**

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

**Контрольні питання.**

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

**Практичні завдання.**

1. Провести куратію хворих з целіакії та ентеропатій
2. Дати інтерпритацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпритацію отриманим інструментальним методам дослідження
4. Провести диференційний діагноз целіакії та ентеропатій
5. Назвати ускладнення целіакії та ентеропатій
6. Виписати рецепти щодо терапії целіакії 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'явились \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Останнє загострення з \_\_\_\_\_

**Anamnesis morbi**

---

---

---

**Результати фізікального 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. ....

### **Література.**

#### **Базова**

1. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 1 /За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – 1056 с.
2. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2 /А.С.Свінціцький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.; За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2009. – 1088 с.
3. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінціцького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
4. Наказ МОЗ України № 271 від 13.06.2005 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Гастроентерологія».
5. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 1. «Нова книга», 2009. – 640 с.
6. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 2. «Нова книга», 2009. - 784 с.
7. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. В 3 т. Том 3. «Нова книга», 2010. - 1006 с.
8. Практикум з внутрішньої медицини: навч. пос. / К.М. Амосова, Л.Ф. Конопльова, Л.Л. Сидорова, Г.В. Мостбауер та ін. – К.: Український медичний вісник, 2012 р. – 416 с.

#### **Допоміжна**

1. Харченко Н.В., Бабак О.Я., Гастроентерологія. Підручник - К., 2007. – 720 с.

#### **Інформаційні ресурси**

**сайт кафедри внутрішньої медицини № 3 ХНМУ** <http://www.vnmed3.kharkiv.ua/>, встановлене інформаційно-освітнє середовище Moodle на піддомен сайта <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>

Методична вказівка складена: доцентами О.І. Цівенко та О.В. Лахно

Методична вказівка переглянута і затверджена на засіданні кафедри:

З доповненнями (змінами) \_\_\_\_\_

Завідувач кафедри  
Д.мед.н., професор

Л.В. Журавльова