

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ
ТА ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ**

Методичні рекомендації
для самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Харків – 2019

Рецензенти:

Є. Я. Ніколенко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

О. В. Дорошенко – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 2 від 18.12.2019 р.)*

Синдром портальної гіпертензії та печінкової недостатності :
методичні рекомендації для самостійної підготовки до практичних
занять здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з
дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» / уклад.
М. С. Бринза, О. С. Махаринська, Е. В. Карнаух та ін. – Харків :
ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 34 с. : веб-сайт : <http://medicine.karazin.ua/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-meditsini-i-fizichnoi-reabilitatsii/-navchalno-metodichni-materiali-dlya-studentiv>

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Надається орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти, де чітко визначені, послідовно та детально описані рекомендації щодо підготовки на кожному етапі практичного заняття. Наведено перелік основних теоретичних питань і практичних навичок, структура та зміст теми, надані тестові завдання для контролю вихідного та кінцевого рівня знань, вказана основна та додаткова література, у додатках є посилання на електронні ресурси навчально-методичних матеріалів кафедри.

УДК 616.36-008+616.146.4-008.341.1](072)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2019

© Колектив укладачів, 2019

ЗМІСТ

Орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти під час підготовки до практичних занять	4
Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття «СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ»	7
ОСНОВНІ ПИТАННЯ (основні теоретичні питання та основні практичні навички з теми практичного заняття)	7
Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ	8
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ	10
Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ	25
САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання за темою практичного заняття	28
Список рекомендованої літератури (основна, додаткова)	29
Додаток 1. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету	30
Додаток 2. ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна eKhNUiR	31
Додаток 3. Офіційна група у Facebook, що присвячена кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.	
Новини, оголошення, корисна інформація для студентів	32

ОРІЄНТОВНА КАРТА РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Підготовчий етап:	
1.	Знати міждисциплінарну інтеграцію теми практичного заняття із набутими теоретичними знаннями та практичними навичками з базових дисциплін (медична біологія, медична та біологічна фізика, латинська мова, анатомія людини, нормальна та патологічна фізіологія, біологічна та біоорганічна хімія, патологічна анатомія, мікробіологія, вірусологія та імунологія, фармакологія, філософія тощо). Знати термінологію (і в латинській транскрипції).
2.	Мотиваційна характеристика та обґрунтування теми практичного заняття для формування клінічного мислення , зокрема для подальшого формування умінь застосовувати знання щодо діагностики основних симптомів і синдромів та можливостей сучасних лабораторно-інструментальних методів обстеження внутрішніх органів у процесі подальшого навчання та у майбутній професійній діяльності.
3.	Ознайомитися з видами навчальної діяльності, інформація за якими надана на довідкових стендах кафедри: тематично-календарні плани лекцій, практичних аудиторних занять та позааудиторна самостійна робота здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання, що відповідають Навчальному плану типової та робочої Програми навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини».
4.	Використання відповідної основної і додаткової навчально-методичної літератури : <ul style="list-style-type: none">● підручники та навчальні посібники (друковані та електронні варіанти), список яких наданий у цих методичних рекомендаціях після теоретичного розділу;● навчально-методичні матеріали кафедри (методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» до практичних занять та для позааудиторної самостійної

роботи);

● відвідування **лекцій** (аудиторне лекційне забезпечення навчального процесу з використанням презентацій multi-media) – згідно з тематично-календарним планом.

Для підготовки використовувати **друковані видання**, які можна отримати в бібліотеці, та/або **електронні версії** цих видань, що розміщені на офіційному сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments> (навігація за розділами: ... / Факультети / Кафедри / Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації) – див. Додаток 1;

та у відкритій інтерактивній базі електронного архіву ресурсів Репозитарію ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://ekhnuir.univer.kharkov.ua> (навігація: Медичний факультет / Навчальні видання. Медичний факультет) – див. Додаток 2.

Бажано нотувати основні питання у вигляді конспектів.

Основний етап:

Практичні заняття тривалістю 4 академічні години проводяться на **клінічній базі кафедри** — спеціалізована медико-санітарна частина № 13 (Харків, Київський район, проспект Академіка Курчатова, 29) – майбутня університетська клініка ХНУ імені В. Н. Каразіна – див. Додаток 3.

Увага! Кожен здобувач вищої медичної освіти зобов'язаний мати медичний халат, змінне взуття, медичну шапочку, маску, бахіли, стетофонендоскоп, тонометр.

1. Для досягнення навчальної мети практичного заняття та засвоєння теоретичної частини теми треба **ВИВЧИТИ** та **ЗНАТИ** відповіді на **основні теоретичні питання** з теми заняття (див. перелік основних теоретичних питань), які будуть перевірятися викладачем шляхом усного та/або письмового опитування (корекція, уточнення, доповнення відповідей) на основному етапі проведення практичного заняття.
2. **ВМІТИ** вирішувати з поясненнями теоретичні, тестові (для контролю вихідного та кінцевого рівня знань), ситуаційні задачі та рецептурні завдання, які запропоновані для засвоєння теми.

<p>3. ОВОЛОДІТИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ з теми заняття:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Брати активну участь у демонстрації викладачем методики дослідження тематичного хворого та відпрацьовувати практичні навички біля ліжка хворого під контролем викладача. ● Провести курацію хворих, дати інтерпретацію отриманим лабораторним та інструментальним методам дослідження, вміти користуватися необхідними приладами та інструментами. ● Встановити синдромний діагноз, провести диференційний діагноз, проаналізувати принципи лікування, виписати рецепти на основні лікарські препарати.
<p>4. ВИКОНАТИ обов'язкові завдання, що передбачені для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи.</p>
<p>Заключний етап:</p>
<p>1. На підставі опанування теоретичних знань та практичних навичок з теми формувати клінічне мислення та навички встановлення синдромного діагнозу для подальшого навчання професії лікаря.</p>
<p>2. Написання відповідного розділу історії хвороби – за планом.</p>

За період вивчення дисципліни «**Пропедевтика внутрішньої медицини**» передбачено написання двох історій хвороби:

1) **Анамнестична історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання) — оформлюється до закінчення **осіннього семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

2) **Повна історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання, об'єктивне дослідження пацієнта, написання плану обстеження, трактовка результатів лабораторних та інструментальних досліджень, постановка синдромального діагнозу) — оформлюється до закінчення **весняного семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття
«СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА
ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ»

Підвищити рівень знань з питань етіології, патогенезу, класифікації, клініки та діагностики хворих з синдромом портальної гіпертензії (СПГ) та печінковою недостатністю (ПН). Навчитися здобувачам вищої медичної освіти 3-го року навчання сучасної тактики ведення хворих на СПГ та ПН.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ

Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ЗНАТИ
(основні теоретичні питання):

1. Визначення поняття СПГ та ПН.
2. Причини виникнення СПГ та ПН.
3. Класифікація цирозу печінки (ЦП), ПН.
4. Патогенетичні механізми СПГ та ПН.
5. Характеристика основних клінічних синдромів.
6. Основні методи діагностики СПГ та ПН.

Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ВМІТИ
(основні практичні навички з теми):

1. Проводити опитування хворих на СПГ та ПН.
2. Проводити фізикальне обстеження хворих на СПГ та ПН.
3. Ставити попередній діагноз СПГ та ПН.
4. Призначити комплексне лікування хворим на СПГ та ПН.
5. Оцінювати загальний стан пацієнта з СПГ та ПН.
6. Оцінювати результати додаткових методів дослідження.

Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. До індикаторних ферментів печінки відносять:
 - A. ЛДГ, АсАТ, АлАТ, альдолаза.
 - B. фруктозо-1-6-дифосфатальдолаза.
 - C. Церулоплазмін.
 - D. Холіноестераза.
 - E. Урокіназа.
2. Синдром, який відрізняє хронічний гепатит від цирозу печінки:
 - A. Гепатомегалія.
 - D. «Печінкові» знаки.
 - C. Диспепсія.
 - D. Цитолітичний синдром.
 - E. Портальна гіпертензія.
3. Підвищення активності ферментів (АЛТ, АСТ, ЛДГ, альдолази) має найбільше практичне значення для діагностики:
 - A. Синдрому холестазу.
 - B. Синдрому печінково-клітинної недостатності..
 - C. Цитолітичного синдрому.
 - D. Мезенхімально-запального синдрому.
 - E. Усього перерахованого.
4. Синдром, який відрізняє хронічний гепатит від цирозу печінки:
 - A. Гепатомегалія.
 - B. «Печінкові долоні».
 - C. Холестаз.
 - D. Цитолітичний синдром.
 - E. Портальна гіпертензія.
5. Цитолітичний синдром є основним показником:
 - A. Активності запального процесу в гепатоцитах.
 - B. Внутрішньопечінкового холестазу.
 - C. Печінково-клітинної недостатності.
 - D. Тяжкості портальної гіпертензії.

6. До показників порушення синтетичної функції печінки відноситься:
- A. АлАТ, АсАТ.
 - B. Протромбін.
 - C. Гамма-глутаміл-транспептидаза.
 - D. Лужна фосфатаза.
 - E. Гамма-глутаміл-трасфераза.
7. Найбільш характерний симптом первинного біліарного цирозу:
- A. Гепатомегалія.
 - B. Телеангіоектазії.
 - C. Спленомегалія.
 - D. Шкірний свербіж.
 - E. Асцит.
8. У розвитку асциту під час цирозу печінки не мають патогенетичного значення:
- A. Портальна гіпертензія.
 - B. Гіпоальбумінемія.
 - C. Збільшення продукції печінкової лімфи.
 - D. Збільшення активності ренін-альдостеронової системи та продукції вазопресину.
 - E. Запалення очеревини.
9. Хворий Н., 42 роки, скаржиться на задишку, збільшення живота. Під час анамнезі – зловживання алкоголем. Під час огляду живота – живіт збільшений в розмірі, пупок випнутий з утворенням грижі, пупка – «голова медузи». Ваші діагностичні припущення?
- A. Метеоризм.
 - B. Ожиріння.
 - C. Пухлина.
 - D. Асцит.
 - E. Кіста.
10. Хворий Д., 48 років, скаржиться на тяжкість в правому підбер'ї, збільшення живота. Протягом 10 років страждає на хронічний

персистуючий гепатит. Під час огляду живота у вертикальному положенні – живіт відвислий, пупок дещо випнутий. У горизонтальному положенні відмічається вибухання відділів живота. Ваші діагностичні припущення?

- A. Метеоризм.
- B. Ожиріння.
- C. Асцит.
- D. Пухлина.
- E. Кіста.

Еталони відповідей: 1–А, 2–Е, 3–С, 4– Е, 5–А, 6–В, 7–D, 8–Е, 9–D, 10–С.

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ

Актуальність. Синдром портальної гіпертензії – не є самостійним захворюванням, зустрічається за деяких внутрішніх хворобах. До групи ризику потрапляють хворі з цирозом печінки. Доведено, що у 60 % з часом розвивається і синдром портальної гіпертензії.

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

Портальна гіпертензія – це підвищення тиску крові в басейні ворітної вени, що клінічно проявляється такими симптомами, як розширення портокавальних анастомозів, асцит, спленомегалія та кровотечі з варикозно розширених колатералей.

Цей синдром виникає внаслідок порушення венозного кровотоку в печінці. Венозний блок може виникати в самій печінці, ворітній або нижній порожнистій венах. Відповідно до цього виділяють такі види портальної гіпертензії:

- підпечінкова (порушення притоку крові в печінку по портальній вені);
- внутрішньопечінкова;

– надпечінкова (в результаті перешкод відтоку крові з печінки в нижню порожнисту вену).

За хронічних захворювань печінки портальна гіпертензія виникає на внутрішньопечінковому рівні. Внаслідок процесів регенерації та фіброзу під час цирозів єдина синусоїдальна сітка печінки розчленовується сполучнотканинними перетинками на багато ізольованих фрагментів, облітерується частина внутрішньопечінкових розгалужень ворітної вени. Все це веде до збільшення судинного опору в венозній системі цього органа, а отже, до підвищення тиску у ворітній вені до 400–600 мм вод. ст. (39–59 гПа) за норми 70–150 мм вод. ст. (6,9–15 гПа).

Над- та підпечінкова портальна гіпертензія виникає внаслідок блоку кровотоку відповідно через нижню порожнисту або ворітну вени. Цей синдром спостерігається під час тромбозу цих судин, стискування їх ззовні пухлиною, збільшеними лімфовузлами воріт печінки, аневризмою печінкової артерії та інших патологічних станів.

Основні симптоми портальної гіпертензії:

1. Розширення існуючих у нормі анастомозів між басейнами ворітної, нижньої та верхньої порожнистих вен. Існують три групи таких анастомозів: а) в зоні гемороїдальних венозних сплетінь – сполучення нижньої брижової вени з системи v.portae з гемороїдальними венами, які впадають в нижню порожнисту вену; б) сполучення через стравохідне сплетіння лівої шлункової (басейн v.portae) з напівнепарною, що впадає у верхню порожнисту вену; в) в системі навколопупкових вен – анастомоз судин із басейнів верхньої та нижньої порожнистих вен. За портальної гіпертензії розширені вени навколо пупка утворюють венозну сітку, яку називають «головою медузи» (caput medusae).

2. Підвищення тиску в портальній вені веде до збільшення розмірів селезінки внаслідок погіршення відтоку крові від неї, а також до кровотеч із варикозно розширених вен у місці портокавальних анастомозів, частіше

всього з гемороїдальних вен прямої кишки та стравохідного сплетіння в його нижній третині (кровотеча у вигляді кривавого блювання свіжою кров'ю).

3. Порушення відтоку крові від органів черевної порожнини до печінки призводить до транссудації рідини з судинного русла і появи асцити.

Під час цирозів печінки виникнення асцити спричиняє зниження онкотичного тиску плазми крові внаслідок порушення синтезу альбумінів у печінці, затримка натрію та води в результаті підвищеної продукції альдостерону наднирниками і недостатня інактивація його та антидіуретичного гормону печінкою. Тривалий час порушення портального кровообігу можуть компенсуватися за рахунок розвитку і розширення портокавальних анастомозів. Поява асцити є ознакою виснаження цих компенсаторних механізмів.

У хворих на цироз печінки, як правило, спостерігається гіпердинамічний тип порушення кровообігу із зниженням периферичного опору судин і наявністю артеріо-венозних шунтів не лише в печінці, але і в кінцівках, і в легенях. Артеріальний тиск знижений.

Гепатолієнальний синдром. Цей синдром характеризується паралельним збільшенням у розмірах печінки та селезінки за первинного ураження одного з цих органів, що пояснюється їх багатством ретикулогістіоцитарною тканиною, тісним зв'язком із системою ворітної вени, спільністю іннервації та шляхів лімфовідтоку.

Зустрічається цей синдром за гострих та хронічних уражень печінки, патології судин портальної системи та портальної гіпертензії, деяких хвороб обміну речовин, системних захворювань крові, хронічних інфекцій та паразитарних інвазій, хвороб серцево-судинної системи. Виявляється пальпаторно та методом сканування.

Крім гепатоспленомегалії, в періоди загострень може спостерігатися болючість печінки та селезінки під час пальпації. Збільшення селезінки в розмірах може супроводжуватися підвищенням її функції (гіперспленізм), що проявляється анемією, лейкопенією та тромбоцитопенією, яка призводить до підвищеної кровоточивості. Ці зміни обумовлені підвищеним руйнуванням клітин крові в селезінці, гальмуванням кістковомозгового кровотворення, продукцією антиеритроцитарних, антилейкоцитарних та антитромбоцитарних аутоантитіл.

Геморагічний синдром. Геморагічний синдром діагностують у випадках носових кровотеч, кровоточивості ясен, появи крововиливів на шкірі. В крові зменшується кількість і функціональна активність тромбоцитів, а також II, V, VII чинників зсідання крові.

Гепаторенальний синдром. Про гепаторенальний синдром мова йде тоді, коли поряд з вираженими і анатомічно доведеними захворюваннями печінки і жовчовивідних шляхів виявляються ознаки ураження нирок. Найчастіше він спостерігається під час цирозу печінки. Ниркова недостатність виникає внаслідок зниження ниркового кровообігу, зміни канальцевої реабсорбції, клубочкової фільтрації. Погіршуються функції очищення, концентрації, водовиділення та азотовиділення.

СИНДРОМ ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Печінкова недостатність (*insuffitientia hepatis*) – це порушення функцій печінки, що супроводжуються вираженими розладами гомеостазу та порушенням діяльності внутрішніх органів і особливо ЦНС.

Печінкова недостатність може розвинутиися як внаслідок дистрофії та загибелі гепатоцитів, так і вразі виключення печінки з венозного кровотоку, коли основна маса токсичних речовин не знешкоджується і транспортується безпосередньо до тканин (цирози, портальна гіпертензія).

Виділяють гостру і хронічну печінкову недостатність.

Розвиток цієї патології відбувається в три стадії: початкова (компенсована), виражена (декомпесована), термінальна (дистрофічна), яка закінчується печінковою комою та смертю хворого.

За патогенезом виділяють: ендогенну або печінково-клітинну недостатність, обумовлену некрозом паренхіми органа; екзогенну – коли токсичні речовини потрапляють відразу в загальний кровотік, не інактивууючись у печінці, та змішану.

Гостра печінкова недостатність виникає за тяжких форм вірусного гепатиту, отруєнь гепатотропними (тобто тими, що мають токсичний вплив у першу чергу на печінку) речовинами: свинцем, хлороформом, сполуками фосфору, миш'яку та іншими, деякими ліками (антибіотики, сульфаніламід, аміназин та ін.), великими дозами алкоголю, отруйними грибами, що містять такі речовини, як аманітотоксин, гелвелову кислоту та мускарин. Крім того, вона може розвинути під час позапечінкового холестазу, захворювань ендокринної, серцево-судинної систем, порушення кровотоку в печінці.

Виникнення гострої печінкової недостатності можуть провокувати: надмірне вживання хворими з ураженою печінкою білка, масивні шлунково-кишкові кровотечі, сильні проноси, одночасне видалення великої кількості асцитичної рідини, тяжкі супутні інфекційні захворювання.

Гостра печінкова недостатність може розвиватися швидко – протягом годин або діб. Хронічна печінкова недостатність виникає за багатьох хронічних захворювань печінки (цироз, пухлини) і розвивається поступово.

Патогенез печінкової недостатності та коми зводиться до важкого самоотруєння організму продуктами власної життєдіяльності, які не можуть інактивуватись печінкою внаслідок зниження її функцій. До цих речовин належать продукти кишкового (бактеріального) розпаду білка,

продукти порушеного білкового обміну (особливо аміак і феноли), меркаптан, жирні кислоти та ін. За важких уражень печінки накопичення цих продуктів у крові спричинює загальну інтоксикацію, токсичне ураження головного мозку, нервово-психічні порушення. За печінкової недостатності порушується також електролітний обмін, виникає гіпокаліємія, алкалоз.

Клінічна картина печінкової недостатності залежить від стадії протікання. В початковій, компенсованій, стадії клінічні симптоми функціональної недостатності печінки відсутні, але спостерігається зниження толерантності організму до алкоголю, інших токсичних впливів. Змінюються показники печінкових навантажувальних проб.

У другій стадії виникають клінічні прояви печінкової недостатності: легка, а згодом більш виражена «немотивована» слабкість, підвищена втомлюваність під час виконання звичайної фізичної роботи, болі в животі, диспепсичні прояви (зниження апетиту, неперенесення жирної їжі, метеоризм, бурчання, нестійкі випорожнення), що виникають внаслідок порушення жовчоутворення та жовчовиділення. Порушенням засвоєння вітамінів пояснюються ознаки полігіповітамінозу (периферичні неврити, хейліти, глосити, порушення сутінкового зору та ін.). У цій стадії часто спостерігається гарячка, обумовлена як основним захворюванням, так і порушенням інактивації печінкою пірогенних речовин білкової природи. Частими ознаками печінкової недостатності є жовтяниця та білірубінемія за рахунок як прямої, так і непрямої його фракцій. Порушення білковосинтетичної функції печінки веде до гіпоальбумінемії, яка проявляється гіпопротеїнемічними набряками і прогресуючим асцитом. Геморагічний синдром нерідко присутній за печінкової недостатності. Він є наслідком порушення синтезу печінкою деяких факторів згортальної системи крові (фібриноген, протромбін, проконвертин), а також зменшенням кількості тромбоцитів внаслідок гіперспленізму.

Недостатня інактивація печінкою естрогенних гормонів за хронічних її захворювань веде до появи ендокринних розладів (порушення менструального циклу у жінок, гінекомастії, випадіння волосся у чоловіків, атрофії статевих залоз). Порушенням обміну естрогенів пояснюється поява телеангіектазій (судинних «зірочок»), пальмарної еритеми. Лабораторні обстеження у другій стадії печінкової недостатності виявляють зниження в крові вмісту речовин, які синтезуються печінкою (альбумін, холестерин, фібриноген та ін.), і підвищення концентрації білірубіну. Методом радіоізотопної гепатографії міченим J^{131} бенгальським рожевим також можна виявити функціональну недостатність гепатоцитів.

Третя, кінцева стадія печінкової недостатності характеризується ще більш глибокими порушеннями обміну речовин в організмі, дистрофічними змінами не тільки печінки, але і інших органів. З'являються нервово-психічні порушення, передвісники коми: зниження інтелекту, ейфорія, емоційна лабільність, які переходять у депресію, глибоке порушення свідомості, непритомність і кому.

Синдром цитолізу. Він рідко буває ізольованим, частіше поєднується з синдромом печінково-клітинної недостатності. Для нього характерна загальна слабкість, втрата працездатності, сонливість, підвищення температури тіла, жовтяниця, астеноневротичні розлади, «печінковий» запах із рота, кровоточивість ясен, «печінкові» долоні, поява на шкірі судинних «зірочок», гінекомастія. У крові спостерігається підвищення вмісту прямого білірубіну, зниження рівня альбумінів, протромбіну, холестерину, холінестерази, V та VII чинників зсідання крові. Виявляється також підвищення активності аланінамінотрансферази (АлАТ), гаммаглутамілтранспептидази (ГГТ). Виразним проявом синдромів цитолізу та печінково-клітинної недостатності є печінкова кома.

Печінкова кома (coma hepaticum) – виражений ступінь печінкової недостатності, що характеризується розладом функцій ЦНС.

Виділяють чотири стадії печінкової коми:

– ***I стадія*** – продромальна, проявляється змінами поведінки хворого, емоційною лабільністю, відчуттям тривоги, апатії або ейфорії, сповільненням мислення, погіршенням орієнтації хворого в просторі і часі, розладами сну (сонливість вдень та безсоння вночі). Можуть спостерігатись клонічні судоми хворого, руховий неспокій, зниження або виникнення патологічних рефлексів (хапального, смоктального), тремор кінцівок. Відмічається початкове порушення мови, письма, спостерігаються періоди заціпеніння з фіксацією погляду;

– ***II стадія*** – початкова кома, поглиблюються психічні та неврологічні порушення. Періодично виникають деліріозні стани з корчами та руховим збудженням (хворі намагаються бігти з палати, стають агресивними). Рефлекси знижені або відмічається гіперрефлексія. Свідомість часто сплутана, розвивається оглушення. Характерний хлопаючий тремор пальців рук (симптом астетрикса). Часто з'являються гарячка, жовтяниця, «печінковий» запах із рота (солодкуватий запах, пов'язаний із виділенням метилмеркаптану, що утворюється в результаті порушення обміну метионіну). Спостерігаються ознаки геморагічного діатезу;

– ***III стадія*** – сопор, проявляється загально-мозковими неврологічними симптомами (паталогічні рефлекси, ригідність скелетних м'язів, маскоподібність обличчя, гіперрефлексія, виражений тремор). Хворі перебувають у тривалому сні з періодичними пробудженнями. Спостерігається скрипіння зубів, посмикування м'язів. Порушується ритм дихання, з'являється дихання Куссмауля, знижується температура тіла.

– ***IV стадія (кома)*** – притомність хворого відсутня, зникає реакція на больові подразники. Яскраво виражені патологічні рефлекси, ригідність

м'язів. В термінальній фазі зіниці розширюються, зникає реакція їх на світло, рефлекси згасають, знижується артеріальний тиск, зростає частота дихання, з'являється патологічне дихання типу Куссмауля або Чейн–Стокса. Під час печінкової коми розміри печінки залишаються збільшеними або зменшуються («порожнє» підребер'я). Лабораторно відмічається помірна анемія, лейкоцитоз, прискорення ШОЕ, тромбоцитопенія, зниження рівня фібриногену, підвищення вмісту в крові білірубину, залишкового азоту та аміаку, гіпонатріємія, гіпокаліємія, метаболічний ацидоз. За наявності таких глибоких розладів кома закінчується смертю, хоча іноді можливе й одужання.

ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ – дифузний запальний процес у печінці, який триває більше 6 місяців.

Етіологія. ХГ – захворювання поліетіологічне: це інфекційний фактор (наслідок гострих вірусних гепатитів з парентеральним механізмом передачі В, С, D, G), токсико-алергічні та токсичні фактори (медикаментозні засоби, алкоголь, хімічні речовини, паразити) та обмінні порушення під час гастроентерологічних захворювань.

Класифікація

Хронічний гепатит класифікують за етіологією і патогенезом:

1. Хронічний вірусний гепатит В.
2. Хронічний вірусний гепатит D.
3. Хронічний вірусний гепатит С.
4. Автоімунний гепатит (тип 1, тип 2, тип 3).
5. Хронічний токсичний гепатит.
6. Хронічний медикаментозний гепатит.
7. Хронічний алкогольний гепатит.
8. Хронічний криптогенний гепатит.

2. Латентний перебіг (загальна слабкість, зниження працездатності) або виражена клінічна симптоматика (больовий синдром, диспепсичний, інтоксикаційний, астено-невротичний).

3. Наявність позапечінкових проявів (ХВГ В і С): артралгії і артрити, міокардит, ураження легень, панкреатит, гастрит, шкірні васкуліти, ураження нирок та щитоподібної залози.

4. Лабораторно-інструментальна діагностика: лейкоцитоз (лейкопенія), прискорення ШОЕ, гіпербілірубінемія, підвищення рівня трансаміназ, диспротеїнемія, УЗД – печінка помірно збільшена.

5. Визначення маркерів вірусних гепатитів.

6. Біопсія печінки з гістологічним дослідженням біоптата (наявність «матово-склоподібних» гепатоцитів).

Діагностика алкогольного гепатиту.

➤ Хронічний гепатит малоактивний – неприємні відчуття в епігастрії, метеоризм, незначна загальна слабкість.

➤ Гострий гепатит /хронічний активний гепатит:

- больовий синдром;
- жовтяничний синдром;
- інтоксикаційний синдром;
- психічне збудження.

➤ Лабораторно-інструментальна діагностика:

- гіпербілірубінемія, підвищення рівня АСТ, АЛТ, ГГТ і лужної фосфатази;
- УЗД (гепатомегалія, можлива спленомегалія).

➤ Біопсія печінки з гістологічним дослідженням біоптату (наявність тілець Меллорі в гепатоцитах).

Діагностика неалкогольного стеатогепатиту (хронічне захворювання печінки, яке характеризується жировою дистрофією і запально-дистрофічними змінами органу, найчастіше причиною є ожиріння;

цукровий діабет II типу / порушення толерантності до глюкози; гіперліпідемія):

- безсимптомний перебіг;
- диспепсичний синдром;
- астеновегетативний синдром;
- трансформація в цироз.

Лабораторно-інструментальна діагностика:

- гіперліпідемія;
- УЗД: помірна гепатомегалія, жирова дистрофія;
- гістологічно: стеатоз гепатоцитів, стеатонекроз, фіброз.

Диференційна діагностика проводиться з недостатністю кровообігу за правошлуночковим типом; хронічним холангітом; ідіопатичним амілоїдозом; амебіазом; ехінококозом печінки; паразитарними ураженнями печінки – опісторхозом, клонорхозом, фасціольозом; кістами печінки; пухлинами печінки; амілоїдозом кишечника; метастатичними ураженнями печінки.

Ускладнення захворювання: гостра печінково-клітинна недостатність, трансформація в цироз печінки, а за наявності хронічних вогнищ інфекції (туберкульоз, абсцесу легень, остеомієліту) ХГ ускладнюється розвитком амілоїдозу печінки.

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ – результат різноманітних пошкоджень печінки, пов'язаних з дифузним розростанням в ній сполучної тканини і порушенням будови органу, розвитком печінкової недостатності і портальної гіпертензії.

Класифікація

1. *За етіологією* виділяють вірусний, алкогольний, токсичний, первинний і вторинний біліарний цирози, аутоімунний – внаслідок аутоімунного гепатиту, за метаболічних порушень (гемохроматоз, хвороб

Вільсона–Коновалова, недостатність α_1 -антитрипсину, глікогеноз IV типу, галактоземії), застійний (внаслідок венозного застою у печінці, що обумовлений тривалою серцевою недостатністю), криптогенний цироз (за неможливості визначити причину).

2. *Стадія захворювання* оцінюється за ступенем функціональних порушень: стадія компенсації характеризується незначними змінами показників, субкомпенсації – помірними, декомпенсації – вираженими.

3. *Активність процесу* в печінці визначається виразністю мезенхімально-запального синдрому: за рівнем АЛТ мінімальній активності процесу відповідає підвищення її рівня до 3 норм, помірній – до 5 норм, вираженій – більше 5 норм.

4. Залежно від клінічних проявів і стану кровотоку печінки в системі ворітної вени розрізняють три стадії портальної гіпертензії.

5. *За морфологічними ознаками* виділяють мікронодулярний, макронодулярний, змішаний цирози печінки.

6. *Ускладнення:*

- стравохідно-шлункові кровотечі;
- печінкова недостатність (енцефалопатія, кома);
- спонтанний бактеріальний асцит-перитоніт;
- тромбоз ворітної вени;
- печінково-ниркова недостатність;
- гепатоцелюлярна карцинома.

Діагностика.

1. *Скарги:*

➤ біль у правому підребер'ї, який посилюється після прийому їжі (особливо гострої і жирної), фізичного навантаження. Біль обумовлений збільшенням печінки і розтягненням її капсули, дискінезією жовчовивідних шляхів;

- нудота, іноді блювання;
- відчуття гіркоти і сухості в роті;
- свербіння шкіри (за холестазу і наявності в крові великої кількості жовчних кислот;
- здуття живота, часто схильність до проносів;
- втрата ваги;
- загальна слабкість.

2. *Анамнез*: хронічний гепатит, зловживання алкоголем, тривале порушення відтоку жовчі, тривалий вплив медикаментів, хімічних речовин.

3. *Дані об'єктивного обстеження*:

- блідість шкіри або жовтяниця різної інтенсивності;
- малі ознаки цирозу:
 - телеангіектазії на шкірі верхньої половини тулуба;
 - ангіоми у країв носа, кутках очей;
 - еритема долоней;
 - «лакований» набряклий, червоного кольору язик;
 - карміново-червоне забарвлення слизової оболонки порожнини рота і губ;
 - зменшення вираженості вторинних статевих ознак, атрофія статевих органів;
 - пальці у вигляді барабанних паличок з гіперемією шкіри у нігтів;
 - розширення вен передньої черевної стінки (внаслідок порушення кровотоку в печінці);
- дистрофія міокарда;
- рефлюкс-езофагіт;
- хронічний гастрит або виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки;

- зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози;
- явища хронічного ентериту з порушенням всмоктування;
- печінка збільшена, щільна, деколи бугриста з гострим краєм, в термінальній стадії зменшена;
- спленомегалія, явища гіперспленізму;
- гепаторенальний синдром;
- зниження толерантності до глюкози;
- токсична енцефалопатія (астенія, порушення сну, зниження пам'яті, головний біль, тремор пальців рук, апатія). Крайній прояв енцефалопатії – печінкова кома.

4. Дані спеціального обстеження:

- загальний аналіз крові (анемія, часто лейко-ітромбоцитопенія, прискорення ШОЕ);
- біохімічний аналіз крові (гіпербілірубінемія, підвищення рівня трансаміназ, зниження рівня протромбіну, загального білка, альбумінів, підвищення тимолової проби);
- імунологічне дослідження (підвищення імуноглобулінів всіх класів);
- навантажувальні проби (внутрішньовенна галактозна, антипіринова, лідокаїнова);
- нові індикатори мезенхімально-запального синдрому і фіброгенезу: проколаген-3-пептид, гіалуронат;
- дихальні проби;
- УЗД печінки (на ранніх стадіях гепатомегалія, гомогенна або гіперехогенна паренхіма печінки, з прогресуванням процесу підвищується ехогенність, або за макронодулярного цирозу виявляються вузли регенерації підвищеної щільності; з часом зменшуються розміри правої і збільшуються – лівої частки печінки; в термінальній стадії печінка може бути значно зменшена в розмірах; виявляється збільшення селезінки і прояви портальної гіпертензії);

- лапароскопія;
 - пункційна біопсія печінки;
 - радіоізотопне сканування;
 - ЕГДС.
-

Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Для печінкового цитолітичного синдрому характерні всі перераховані біохімічні зміни, крім:

- A. Підвищення активності АлАТ.
- B. Підвищення активності АсАТ.
- C. Підвищення активності альдолази.
- D. Підвищення рівня загального білірубіну.
- E. Зниження всіх показників.

2. До малих печінкових ознак не належать:

- A. Екхімози.
- B. Телеангіоектазії.
- C. «Печінковий» язик..
- D. Пальмарна еритема.

3. Печінкова кома швидко розвивається за наявності у хворого цирозом печінки:

- A. Гарячки.
- B. Напруженого асцити.
- C. Спонтанного перитоніту.
- D. Тяжкої кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу.
- E. Периферичних невритів.

4. Ускладненнями цирозу печінки не є:

- A. Печінкова кома.

- В. Гемохроматоз .
 - С. Кровотеча з варикозних розширених вен стравоходу.
 - Д. Спонтанний перитоніт.
 - Е. Анемія.
5. Біопсію печінки обов'язково використовувати для остаточної діагностики:
- А. Алкогольного цирозу печінки.
 - В. Жирового гепатоза.
 - С. Кісти печінки.
 - Д. Кардіального цирозу печінки.
 - Е. Хронічного гепатиту.
6. Для цирозів печінки алкогольної етіології характерно:
- А. Великовузлове ураження печінки.
 - В. Дрібновузлове ураження печінки.
 - С. Змішане ураження печінки.
7. Морфологічні зміни в печінці за цирозу характеризуються:
- А. Некрозами.
 - В. Вузлами регенерації.
 - С. Стисканням вену.
 - Д. Формуванням псевдо часточок.
 - Е. Всім вищеперерахованим.
8. Чоловік, 37 років, ін'єкційний наркоман, зловживає алкоголем, скаржиться на загальну слабкість, тупий біль у правому підребр'ї, збільшення живота, задишку. Хворіє на хронічний гепатит протягом 10 років. Об'єктивно: температура тіла 37,1 °С, виражена жовтяниця. Печінка +6 см, щільна. Коса збільшена. У черевній порожнині – вільна рідина. Позитивний симптом флюктуації. Яке ускладнення виникло у хворого?
- А. Загострення хронічного гепатиту С.

- В. Алкогольна хвороба печінки.
- С. Цироз печінки.
- Д. Рак головки підшлункової залози.
- Е. Токсичний гепатит.

9. Хворий, 42 роки, скаржиться на збільшення живота, носові кровотечі, сухий кашель вранці. Курить 15 років, регулярно вживає алкоголь. Об'єктивно: пальмарна еритема. Поодинокі сухі хрипи. Живіт роздутий. Асцити немає. Печінка + 3 см із загостреним краєм. Селезінка + 2 см. Набряків немає. Варикозне розширення вен стравоходу II ступеня. Найбільш ймовірний діагноз:

- А. Аутоімунний гепатит.
- В. Амілоїдоз печінки і селезінки.
- С. Алкогольний цироз печінки.
- Д. Хронічний обструктивний бронхіт із легенеvim серцем.
- Е. Рак легені з обсіменіння очеревини.

10. Хворий К., 39 років, скаржиться на постійний тупий біль у правому підребер'ї, збільшення живота, набряки нижніх кінцівок, загальну слабкість. Хворіє понад 8 років. Декілька раз проходив лікування з приводу цирозу печінки. Погіршення стану – протягом року. Багато палить, зловживає алкоголем. Об'єктивно: субіктеричність склер, «судинні зірочки» на шкірі, збільшені печінка (+ 7 см) та селезінка (+ 3 см). В животі – вільна рідина, набряки кінцівок. Яке ускладнення має місце?

- А. Печінкова прекома.
- В. Цироз-рак печінки..
- С. Портальна гіпертензія.
- Д. Печінково-ниркова недостатність.
- Е. Серцево-судинна недостатність.

Еталони відповідей: 1–Е, 2–А, 3–D, 4–В, 5–Е, 6–В, 7–Е, 8–С, 9–С, 10–С.

САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання
за темою практичного заняття

1. Провести курацію хворих з СПГ та ПН.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження.
4. Провести диференційний діагноз СПГ та ПН.
5. Назвати основні та додаткові методи дослідження за СПГ та ПН.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Ковалева О. Н. Пропедевтика внутренней медицины : учебник / О. Н. Ковалева, Н. А. Сафаргалина-Корнилова. – К. : Медицина, 2013. - 752 с. + илл. URI : <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/4792>
2. Внутрішні хвороби / за ред. Передерій В. Я. – Київ : 2008. – С. 174–203.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб / за ред. В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев. – Москва : Медицина, 1982. – С. 5–26, 138–142, 253–258.
4. Внутренняя медицина в 3-х томах / за ред. К. М. Амосовой – Київ, 2009. – Т. 1. – С. 193–309, 377–401, 443–510.
5. Госпітальна терапія / Середюк Н. М., Нейко Є. М., Вакалюк І. П. та ін.; за ред. Є. М. Нейка. – Київ: Здоров'я, 2003. – 750 с.

Додаткова:

1. Харченко Н. В., Гастроентерологія / Н. В. Харченко, О. Я. Бабак. – К., 2007. – С. 113–126.
2. Окорочков А. Н. Лечение болезней внутренних органов : практическое руководство в 3-х т. / А. Н. Окорочков – Мн. : Выш. шк., Белмедкнига, 1995. Т1 – 875 с.
3. Ганджа Ш. М. Внутрішні хвороби / В. М. Коваленко, Н. М. Шуба та ін. – К. : Здоров'я, 2002. – 992 с.
4. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней : справочное руководство для врачей / А.В. Виноградов. – М.: Медицина, 1991. – 592 с.
5. Клінічна гастроентерологія (Протоколи діагностики і лікування) / Філіпов Ю. О., Бойко Т. Й., Гравіровська Н. Г. та інші. – 2013. – 550 с.
6. Хворостінка В. М. Факультетська терапія : підручник / В. М. Хворостінка, Т. А. Моїсеєнко, Л. В. Журавльова. – Х. : Факт, 2000. – 888 с.

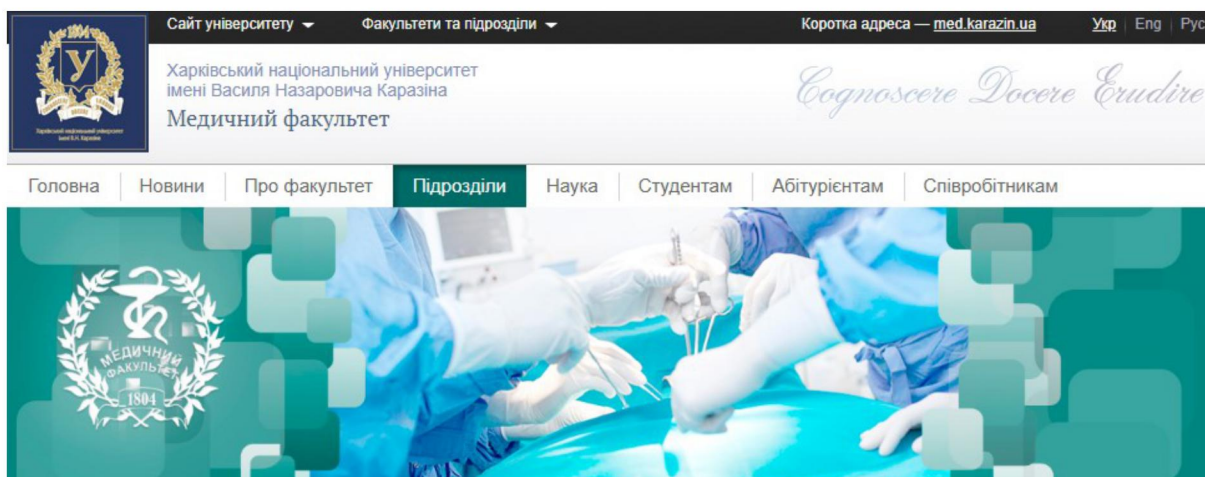
Офіційний сайт: <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments>



Медичний

Кафедри

Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
<http://medicine.karazin.ua/departments/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-medsini-i-fizichnoi-reabilitatsii->



- **Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації**
- Історія кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Забезпечення кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Кадровий склад кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Навчальна робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Дисципліни кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Методична робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Наукова робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Клінічні бази кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Контакти кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- **Навчально-методичні матеріали для студентів**

ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

<http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/>

eKhNUIR

Пошук у бібліотеці

[Розширений пошук](#)

[Пошук за темами](#)

[Головна сторінка](#)

Перегляд

[Розділи](#)

[та колекції](#)

[За датою випуска](#)

[Автори](#)

[Назви](#)

[Теми](#)

[За датою надходження](#)

Зареєстрованим:

[Отримувати оновлення по e-mail](#)

[Мій архів](#)

[зареєстрованим користувачам](#)

[Редагувати профіль](#)

[Довідка](#)

[Про Dspace](#)

eKhNUIR - Electronic Kharkiv National University Institutional Repository

Ласкаво просимо до Електронного архіву Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна!

Електронний архів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна наповнюється наступними матеріалами: наукові публікації працівників та студентів Каразінського університету, статті з наукових журналів, монографії, дисертаційні матеріали, навчально-методичні розробки. Наукові публікації студентів розміщуються за умови наявності рецензії наукового керівника.

Репозитарій Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна має власний **ISSN 2310-8665**. Тим самим, репозитарій отримав статус повноцінного електронного видання (ресурсу, що постійно оновлюється), в якому можна публікувати результати досліджень як в першоджерелі, нарівні з друкованими періодичними виданнями.

Пошук

Введіть ключові слова для пошуку ресурсів в архіві електронних ресурсів.

Спільноти

Виберіть спільноту для перегляду її колекцій.

[Медичний факультет](#)

eKhNUIR >

Медичний факультет : [1229]

Головна сторінка спільноти

У: Медичний факультет	<input type="text"/>	<input type="button" value="Перейти"/>
або переглянути	<input type="button" value="Шукати"/>	<input type="button" value="Перейти"/>
	<input type="button" value="За датою надходження"/>	<input type="button" value="Теми"/>
	<input type="button" value="Назви"/>	<input type="button" value="Автори"/>
	<input type="button" value="За датою випуска"/>	

Колекції цієї спільноти

- [Із історії харківської медичної школи](#) [281]
- [Кваліфікаційні випускні роботи здобувачів вищої освіти. Медичний факультет](#) [0]
- [Навчальні видання. Медичний факультет](#) [257]
- [Наукові видання. Медичний факультет](#) [62]
- [Наукові роботи. Медичний факультет](#) [524]
- [Наукові роботи студентів та аспірантів. Медичний факультет](#) [105]

[Перегляд статистики](#)



Propaedeutics of
Internal Medicine
and Phy. Rehab.
Dep V.N.Karazin
KhNU

**Кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини і
фізичної реабілітації
ХНУ імені В. Н. Каразіна**

**Department of
propaedeutics
of internal medicine and
physical rehabilitation
V. N. Karazin KhNU**

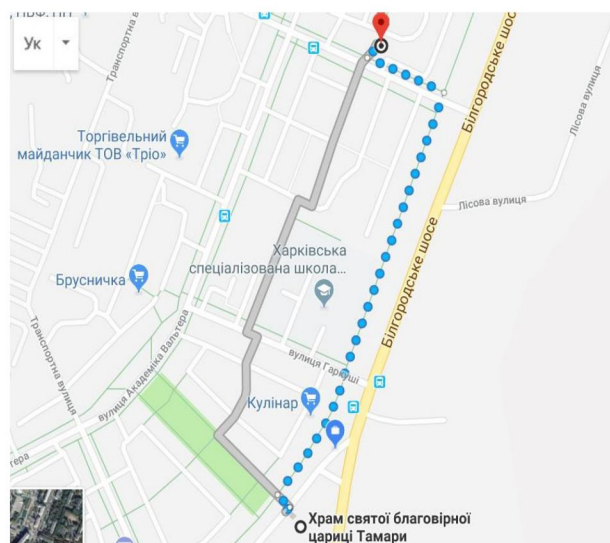


Офіційна група у **Facebook**, що присвячена
кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.
Новини, оголошення, корисна інформація для студентів.

Як дістатися? База кафедри знаходиться
у красивому, затишному місці, далеко
від метушні великого міста.

Наша адреса: проспект Академіка
Курчатова, 29. Ви можете дістатися
цього місця просто з центру міста,
скориставшись автобусом 296е (автобус
здійснює посадку пасажирів просто біля
станції метро "Держпром"), доїхати
треба до зупинки "Церква", і далі пройти
приблизно 600 метрів.

Ви на місці!



Для нотаток

Навчальне видання

Бринза Марія Сергіївна – зав. каф., к.мед.н., доцент
Махаринська Олена Сергіївна – к.мед.н., доцент
Карнаух Елла Володимирівна – к.мед.н., доцент
Матюхін Павло Володимирович – к.мед.н., доцент
Пірятінська Наталія Євгенівна – к.мед.н., доцент
Айдінова Ельвіра Аліярівна – асистент
Вороненко Олена Сергіївна – асистент
Галдзицька Ніна Петрівна – асистент
Золотарьова Тетяна Володимирівна – асистент
Ларіонова Віола Миколаївна – асистент
Лахоніна Арина Ігорівна – асистент
Лісова Наталія Олександрівна – асистент
Октябрєва Ірина Іванівна – асистент
Павлова Даяна Юріївна – асистент
Целік Наталія Євгенівна – асистент
Швець Юліан Миколайович – асистент
Шокало Ірина Володимирівна – асистент

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ТА ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Методичні рекомендації
для самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Коректор *А. І. Самсонова*



Електронна публікація на офіційному веб-сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна — сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету, розділ «Навчально-методичні матеріали для студентів / Методичні рекомендації»