



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Медичний інститут

5000 Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»
для студентів спеціальності 222 «*Медицина*»
денної форми навчання

*Модуль 1. Основи внутрішньої медицини
(гастроентерологія, пульмонологія, гематологія)*

Суми
Сумський державний університет
2021

Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни «Внутрішня медицина». Модуль 1. Основи внутрішньої медицини (гастроентерологія, пульмонологія, гематологія) / укладачі: Л. Н. Приступа, Н. Г. Кучма, А. М. Бондарко ва, А. В. Ковчун. – 3-те вид., переробл. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 71 с.

Кафедра внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини
МІ СумДУ

Тема 1. Основні симптоми гастроентерологічної патології. Методи дослідження в гастроентерології

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Захворювання органів травлення в структурі захворюваності населення займає друге місце після серцево-судинної патології. Хворіють здебільшого люди працездатного віку, що в більшості випадків призводить до інвалідності хворих. Часто за одночасної наявності у пацієнта двох і більше нозологічних форм виникає утруднення при поставленні діагнозу. Вміння правильно обстежувати хворого, інтерпретувати дані лабораторно-інструментальних методів дослідження допомагає вірно верифікувати діагноз.

Загальна мета – удосконалити методики обстеження гастроентерологічних хворих, правильно інтерпретувати дані лабораторно-інструментальних методів обстеження.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Основні гастроентерологічні скарги. Визначення основних гастроентерологічних симптомів (біль, печія, диспепсія, нудота, блювання, кровотеча, гепатомегалія, асцит, жовтяниця, пронос, запор тощо). Загальні та тривожні симптоми. Фізикальні симптоми гастроентерологічної патології. Методи фізикального обстеження хворих з гастроентерологічною патологією. Симптоматичне лікування. Ендоскопічні методи: діагностичні можливості езофагогастроуденоскопії, колоноскопії, біопсії, показання, протипоказання та обмеження до їх проведення, можливі ускладнення. Інтрагастральну та інтраезофагеальну рН-метрію, дуоденальне зондування - інформативність та клінічну оцінку результатів. Рентгенологічні та ізотопні методи діагностики захворювань травного каналу та печінки. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. Імуноферментні та біохімічні методи дослідження. Діагностику інфекції *H. pylori* та інших інфекційних чинників.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, знати можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Скласти план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Найчастіше при пальпації шлунка можна пропальпувати:

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| А. Антральний відділ шлунка | Б. Велику кривизну |
| В. Малу кривизну | Г. Пілоричну частину |

2. Порядок пальпації кишківника за Образцовим-Стражеско:

- | | |
|--|--|
| А. Pars coecalis ilei, сигмоподібна кишка, сліпа кишка, апендикс, поперекова кишка | Б. Поперекова кишка, сигмоподібна кишка, pars coecalis ilei, сліпа кишка, апендикс |
| В. Сигмоподібна кишка, pars coecalis ilei, сліпа кишка, апендикс, поперекова кишка | Г. Сліпа кишка, апендикс, сигмоподібна кишка, pars coecalis ilei, поперекова кишка |

3. До неінвазивних методів діагностики *H. pylori* відносять всі, крім:

- А. Серологічний метод
- Б. Дихальний тест
- В. Фекальне визначення антигенів
- Г. Бактеріологічний метод

4. Індикатором холестатичного синдрому є:

- А. Зменшення активності лужної фосфатази
- Б. Підвищення рівню білірубіну
- В. Підвищення вмісту еритроцитів
- Г. зменшення рівню жовчних кислот

5. Застою жовчі сприяють всі перераховані фактори, крім одного:

- А. Порушення режиму харчування
- Б. Пронос (діарея)
- В. Вагітність
- Г. Мала фізична активність

6. Для цитолітичного синдрому характерно все, крім:

- А. Підвищення АСТ, АЛТ
- Б. Підвищення лужної фосфатази
- В. Зменшення альбумінів
- Г. Зміна коефіцієнту де Рітиса

7. Характерна ознака болю при хронічному гастриті:

- А. Виникає в епігастрії зразу після прийому їжі;
- Б. Має приступоподібний характер;
- В. "Нічний" біль;
- Г. Має оперізуючий характер;

8. Який фермент продукує *H. pylori*, руйнуючи шлунковий слиз?

- А. Мальтазу;
- Б. Уреазу;
- В. Пероксидазу;
- Г. Трипсин;

9. До ознак кровотечі з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту відносяться всі, крім:

- А. Гематемезис
- Б. Мелена
- В. Яскрава кров в калі
- Г. Позитивний тест на приховану кров в калі

10. Причинами виникнення неконьюгованої гіпербілірубінемії є все, крім:

- А. Гіперпродукція білірубіну
- Б. Гепатоцелюлярні захворювання
- В. Порушення захоплення білірубіну печінкою
- Г. Гемоліз еритроцитів

Відповіді на контрольні питання

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1 – Б. | 2 – В. | 3 – Г. | 4 – Б. | 5 – Б. |
| 6 – В. | 7 – А. | 8 – Б. | 9 – В. | 10 – Б. |

Основні теоретичні питання теми

1. Методика обстеження хворого з патологією органів травлення: скарги, опитування, огляд, пальпація живота.
2. Порядок проведення методики ковзної пальпації за Образцовим-Стражеско, розміри печінки за Курловим.
3. Проекція болючих точок при панкреатиті, холециститі, виразковій хворобі.
4. Симптоми, які підлягають перевірці при обстеженні органів черевної порожнини.
5. Визначення кислотоутворюючої функції шлунка, рН-метрія.
6. Діагностичне значення визначення пепсиноутворюючої функції шлунка і гастромукопротеїну у шлунковому вмісті.
7. Бактеріологічні та імунологічні обстеження при захворюваннях органів травлення.
8. Діагностичні можливості дуоденального зондування, багатофракційне дуоденальне зондування.

9. Індикатори та критерії діагностики основних біохімічних синдромів при хронічних захворюваннях печінки.
10. Діагностична цінність та інтерпретація копрологічного дослідження.
11. Діагностичні та лікувальні можливості ендоскопічних методів дослідження з прицільною біопсією в гастроентерології. Відеокапсульна ендоскопія.
12. Діагностична цінність комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії в гастроентерології.
13. Порівняльна характеристика та діагностична цінність пероральної, внутрішньовенної, черезшкірної холецистографії. Підготовка хворого. Показання та протипоказання.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики симптомів гастроентерологічної патології	15	Тести, задачі		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. – 448 с.
2. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2017. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Тема 2. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – хронічне захворювання, в основі якого лежить порушення перцепції верхніх відділів дигестивного тракту у вигляді ретроградного надходження шлункового вмісту до стравоходу, з подальшим пошкодженням його слизової.

За даними епідеміологічних досліджень, у різних країнах вона трапляється в 5 – 15 % населення, однаково часто серед чоловіків та жінок (переважно середнього віку), але може також спостерігатися у дітей та літніх людей.

Всі ці фактори потребують правильної і вчасної діагностики ГЕРХ, що має не тільки клінічне, але й соціальне значення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на гастроєзофагальну рефлюксну хворобу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологію, патогенез. Роль гастроєзофагеального рефлюксу у розвитку езофагіту та стравоходу Барета. Класифікацію. Ерозивну та неерозивну ГЕРХ. Клінічні прояви залежно від варіанта та стадії. Критерії діагностики, диференційна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика.

Студенти повинні вміти:

- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. В основі печії лежить:

- А. Підвищена кислотність шлункового вмісту;
- Б. Знижена кислотність шлункового вмісту;
- В. Гастроєзофагальний рефлюкс;
- Г. Наявність виразкової хвороби;

2. Механізми лікувальної дії селективних М-холінолітиків:

- А. Пригнічують моторику і секреторну функцію шлунку;
- Б. Знищують гелікобактерну інфекцію;
- В. Знижують активність пепсину;
- Г. Стимулюють репаративні процеси;

3. До атипичних симптомів ГЕРХ відносять всі, крім:

- А. Регургітація
- Б. Сухий кашель
- В. Осиплість голосу
- Г. Халітоз

4. Показання до обов'язкової ендоскопії при ГЕРХ

- А. Ефективність емпіричного лікування
- Б. Анамнез захворювання до 2х років
- В. Пацієнти старше 40 років
- Г. Печія

5. Ахалазія стравоходу це:

- А. Шлункова метаплазія слизової оболонки стравоходу
- Б. Дифузний спазм стравоходу
- В. Зміни стравоходу при склеродермії

Г. Патологічно змінена стравохідна перистальтика, її відсутність

6. Який препарат відноситься до інгібіторів протонної помпи?

- А. Фамотидін
- Б. Рабепразол
- В. Де-нол
- Г. Мебендазол

7. Стандартними дозами ІПП є все, крім:

- А. Омепразол 20 мг
- Б. Пантопразол 20 мг
- В. Рабепразол 20 мг
- Г. Лансопразол 30 мг

8. Основною причиною виразкового езофагіту є:

- А. Підвищена кислотність шлункового соку
- Б. Недостатність замикального механізму кардії
- В. Цукровий діабет
- Г. Демпінг-синдром

9. Вкажіть найхарактернішу рису болю при рефлюкс-езофагіті:

- А. Нічні болі
- Б. В положенні лежачи
- В. Довготривалий і пекучий характер
- Г. Позитивний ефект від спазмолітиків

10. До ускладнень ГЕРХ відносять все, крім:

- А. Рак стравоходу
- Б. Стравохід Барета
- В. Золінгера-Елісона синдром
- Г. Стрикттури стравоходу

Відповіді на контрольні питання

- 1 – В. 2 – А. 3 – А. 4 – В. 5 – Г.
6 – Б. 7 – Б. 8 – Б. 9 – Б. 10 – В.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “ГЕРХ”.
2. Назвати етіологію і патогенез ГЕРХ.
3. Як класифікують ГЕРХ?
4. Назвіть стравохідні симптоми ГЕРХ.
5. Назвіть позастравохідні симптоми ГЕРХ.
6. Назвіть ускладнення ГЕРХ.
7. Назвіть основні методи діагностики ГЕРХ.
8. Яка мета проведення ендоскопії стравоходу? Ендоскопічні критерії рефлюкс-езофагіту.
9. Які ознаки ГЕРХ можна виявити при рентгенологічному дослідженні?
10. Назвіть ознаки ГЕРХ, які можна виявити при добовій рН-метрії стравоходу.
11. Назвіть основні методи консервативного лікування ГЕРХ.
12. Назвіть етапи лікування ГЕРХ.
13. Назвіть показання до хірургічного лікування.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на ГЕРХ	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.
2. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. – 448 с.
3. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посібник / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с. + Гриф МОЗ.
4. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
5. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Гастроезофагальна рефлексна хвороба». Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ21218.html

Тема 3. Шлункова диспепсія. Хронічні гастрити

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Хронічний гастрит (ХГ) – хронічне запалення слизової оболонки шлунка, яке супроводжується порушенням фізіологічної регенерації епітелію і внаслідок цього атрофією, розладами моторної і часто інкреторної функції шлунка.

Захворювання широко поширене, наявне більш ніж у половини всього дорослого населення. На частку хронічного гастриту припадає 85% усіх захворювань шлунка. Усі ці фактори потребують правильної і вчасної діагностики хронічного гастриту, що має не тільки клінічне, але й соціальне значення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на шлункову диспепсію та хронічні гастрити.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологію та патогенез. Роль Н.рyлогі у виникненні гастродуоденальної патології. Класифікацію. Необстежену та функціональну диспепсію. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз з органічною патологією. Сучасні підходи до лікування функціональної диспепсії. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Визначення, етіологію та патогенез хронічних гастритів. Роль Н.рyлогі у виникненні хронічних гастритів. Класифікацію. Неатрофічний та атрофічний гастрит. Значення ендоскопічного (з морфологією) та рентгенологічного дослідження для встановлення діагнозу. Сучасні підходи до лікування різних типів хронічного гастриту. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Основою діагностики хронічного гастриту є:

- А. Ендоскопічне дослідження
- Б. Рентгенологічне дослідження
- В. Гістологічне дослідження біоптату слизової оболонки
- Г. Дослідження секреторної функції шлунку

2. Який відділ шлунку переважно вражається при гастриті типу В:

- А. тіло
- Б. антральний
- В. фундальний
- Г. пілоричний

3. Сучасна класифікація хронічних гастритів включає все, крім:

- А. Неатрофічний
- Б. Атрофічний аутоімунний
- В. Атрофічний мультифокальний
- Г. Гіперрегенераторний

4. Механізми лікувальної дії селективних М-холінолітиків:

- А. пригнічують моторику і секреторну функцію шлунку
- Б. знищують гелікобактерну інфекцію
- В. знижують активність пепсину
- Г. стимулюють репаративні процеси

5. Для хронічного гастриту типу В характерно, крім:

- А. Гіпергастринемія
- Б. Ураження слизової оболонки шлунку бактеріями типу *Helicobacter pylori*
- В. Утворення антипарієтальних антитіл з ураженням фундального відділу шлунку
- Г. Гіперхлоргідрія

6. Для гіпертрофічного гастриту (хвороба Менетріє) характерно все, крім:

- А. Гіпепротейнімічні набряки
- Б. Блювання з кров'ю
- В. Запори
- Г. Анорексія

7. Згідно Сіднейської системи класифікації гастритів синонімом неатрофічного гастриту є:

- А. Тип А
- Б. Тип В
- В. Тип С
- Г. Варіоломорфний, асоційований з целиакією

8. Метоклопрамід слід вживати у такому дозуванні:

- А. 10 мг 3 рази на добу
- Б. 20 мг 3 рази на добу
- В. 10 мг 2 рази на добу
- Г. 20 мг 2 рази на добу

9. Для функціональної диспепсії характерні наступні клінічні симптоми, крім:

- А. Відчуття тяжкості після їжі
- Б. Дисфагія
- В. Відчуття раннього насичення
- Г. Біль в епігастрії

10. Діагностичними критеріями аутоімунного атрофічного гастриту є всі крім одного:

А. Ахлоргідрія і гіпергастрінемія

Б. Перніціонарна анемія

В. Виявлення антитіл до парієтальних клітин слизової оболонки

Г. Високий рівень IgA і IgG

Відповіді на контрольні питання

- 1 – В. 2 – Б. 3 – А. 4 – А. 5 – В.
6 – В. 7 – Б. 8 – Г. 9 – Б. 10 – Г.

Основні теоретичні питання теми

1. Дайте визначення синдрому функціональної диспепсії. Які скарги частіше мають хворі на диспепсію?
2. Клінічна картина виразковоподібної форми функціональної диспепсії.
3. Клінічна картина дискінетичної форми функціональної диспепсії.
4. Діагностичні критерії функціональної диспепсії.
5. Лікування функціональної диспепсії – загальні заходи.
6. Які фармакологічні засоби найбільш ефективні при лікуванні синдрому функціональної диспепсії?
7. Дати визначення терміна “гастрит”.
8. Сучасна класифікація хронічних гастритів.
9. Методи діагностики хронічних гастритів.
10. Диференційний діагноз при хронічних гастритах.
11. Лікування атрофічного аутоімунного гастриту.
12. Сутність “потрійної терапії” при неатрофічному хронічному гастриті.
13. Сутність “квадротерапії” при хронічному неатрофічному гастриті В.
14. Лікування рефлюкс - гастриту.
15. Хвороба Менетріс.
16. Профілактика первинна і вторинна при хронічних гастритах.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на шлункову диспепсію, хронічні гастрити	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

2. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. – 448 с.

3. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посібник / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с. + Гриф МОЗ.

4. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

5. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 600 «Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги. Диспепсія» Режим доступу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2012_600/19_07_2012_ukpmd.pdf

Тема 4. Виразкова хвороба та інші пептичні виразки шлунка та 12-палої кишки

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Виразкова хвороба (ВХ) розглядається сьогодні як хронічне рецидивне захворювання, яке характеризується загальною морфологічною особливістю – пошкодженням ділянки слизової з утворенням виразкового дефекту. За даними світової статистики, ВХ продовжує залишатися надзвичайно поширеним захворюванням у більшості європейських країн та США. ВХ в усіх її різноманітних проявах залишається хворобою людей найбільш працездатного віку.

В індустріально розвинутих країнах виразковою хворобою страждають 6–10% дорослого населення. В останні роки збільшилась тенденція до виникнення захворювання у людей більш молодшого віку та збільшилась кількість ускладнень. Усі ці фактори потребують правильної і вчасної діагностики ВХ, що має не тільки клінічне, але й соціальне значення. Без сумніву, пізня діагностика ВХ, неповноцінне лікування зумовлюють ускладнення, інвалідність, а часто і смерть пацієнтів.

Виразкові ураження гастродуоденальної зони знаходяться у центрі уваги лікарів у зв'язку з тим, що виразкова хвороба (ВХ) має високу питому вагу серед захворювань шлунково-кишкового тракту, часто рецидивує, дає чисельні ускладнення, призводячи до інвалідності та тривалої втрати працездатності хворими. Поширеність ВХ за останні 6 років зросла на 19,6 % і у 2003 році становила 2677,9 на 100 тис. дорослого населення України на відміну від 2239,7 у 1997 році. Зросла смертність внаслідок хвороб органів травлення. Так, у 2001 році цей показник становив 3,2 % на 10 тис. населення, у 2002 році – 3,7 %, а у 2003 році сягнув 8,6 %. Високий показник смертності у чоловіків працездатного віку при ВХ – 0,7 на 10 000 населення, що значною мірою пояснюється обтяженням перебігу захворювання, значним відсотком ускладнень. Підвищується рівень ургентних хірургічних втручань при ускладненнях ВХ.

Таким чином, враховуючи збільшення кількості хворих на ВХ в Україні, проблема ефективної діагностики та лікування ВХ залишається актуальною і потребує детального вивчення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на виразкову хворобу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Роль Н.руlori, кислото-пептичного фактора та медикаментів у виникненні пептичних виразок та їх рецидивів. Особливості перебігу Нр-позитивних та Нр-негативних виразок. Ускладнення (перфорація, пенетрація, кровотеча, порушення евакуатор-моторної функції). Значення інструментальних та лабораторних методів діагностики. Методи діагностики Нр-інфекції. Сучасну тактику ведення хворого з виразкою. Ерадикаційну терапію. Контроль ерадикації. Медикаментозну терапію Нр-негативних виразок.

Показання до хірургічного лікування. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Скласти план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті.

1. Найбільш інформативним методом діагностики виразкової хвороби є:

- А. рН-метрія
- Б. Гастродуоденоскопія
- В. Збір анамнезу
- Г. Тестування на *H. pylori*

2. Парієтальні клітини секретують:

- А. пепсиноген;
- Б. соляну кислоту;
- В. слиз;
- Г. гастрин;

3. *H. pylori* має тропність до:

- А. поверхневого епітелію слизової оболонки шлунка;
- Б. поверхневого епітелію 12-палої кишки;
- В. поверхневого епітелію кишківника;
- Г. поверхневого епітелію стравоходу

4. Назвіть дозування лансопразолу:

- А. 10 мг двічі на день;
- Б. 20 мг двічі на день;
- В. 30 мг двічі на день;
- Г. 40 мг двічі на день.

5. Квамател відноситься до:

- А. β-блокаторів;
- Б. блокаторів протонної помпи;
- В. H₂-блокаторів
- Г. антихолінергічних препаратів.

6. Яка з перерахованих рентгенологічних ознак є прямою для виразкової хвороби?:

- А. симптом «ніші»
- Б. гіпертрофія складок
- В. атрофія слизової
- Г. спазм воротаря

7. До ознак перфорації виразки відносяться всі нижче наведені, крім однієї:

- А. Різкий “кинджальний” біль в епігастральній ділянці
- Б. Напруження м’язів передньої черевної стінки
- В. Пневмоперітоніум
- Г. Мелена

8. До факторів агресії при розвитку виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки відносять всі, крім:

- А. соляна кислота;
- Б. секреція бікарбонатів;
- В. пепсин;
- Г. нестероїдні протизапальні препарати.

9. До модифікуючих факторів ризику виразкової хвороби належать всі, крім:

- А. Н. Рulory інфекція;
- Б. медикаменти з ульцерогенною дією;
- В. порушення режиму та характеру харчування;
- Г. вік та стать;

10. До інвазивних методів дослідження на наявність та ефективність ерадикації Нр відносяться всі, крім одного:

- А. Бактеріологічний
- Б. Цитологічний
- В. Серологічний
- Г. Гістологічний

Відповіді на контрольні питання

- | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|---------|
| 1 – Б. | 2 – Б. | 3 – А. | 4 – В. | 5 – В. |
| 6 – А. | 7 – Г. | 8 – Б. | 9 – Г. | 10 – В. |

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “виразкова хвороба”. Фактори агресії і захисту.
2. Класифікація виразкової хвороби та інших пептичних виразок шлунка та 12-палої кишки.
3. Етіологія і патогенез при виразковій хворобі шлунка і 12-палої кишки.
4. Критерії діагностики виразкової хвороби.
5. Значення інструментальних та лабораторних методів діагностики пептичних виразок.
6. Умови і вимоги до проведення фіброгастродуоденоскопії і її місце в діагностиці виразкової хвороби.
7. Значення рН-метрії шлункового соку в діагностиці стану кислотоутворювальної функції шлунка.
8. Диференційний діагноз при виразковій хворобі.
9. Верифікація хелікобактерної інфекції.
10. Ускладнення пептичних виразок (перфорація, пенетрація, кровотеча, порушення евакуатор-моторної функції).
11. Сучасна тактика ведення хворого з пептичною виразкою.
12. Характеристика препаратів, які використовуються при лікуванні ВХ.
13. Сутність першої лінії ерадикаційної терапії неускладненої виразки згідно з Маастрихтською угодою.
14. Сутність другої лінії ерадикаційної терапії неускладненої виразки згідно з Маастрихтською угодою.
15. Яка стратегія лікування Нр-негативних пептичних виразок і в чому полягає профілактика первинна і вторинна при зазначеній патології?

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунка та 12-палої кишки	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування.	25	Контроль-		Навчальна кімната

	Підведення підсумків		ні питання		
--	----------------------	--	------------	--	--

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.
2. Екстрена та невідкладна медична допомога: підручник / М. І. Швед, А. А. Гудима, С. М. Геряк [та ін.] ; за ред. М. І. Шведа. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2017. – 448 с.
3. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посібник / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могилюк [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с. + Гриф МОЗ.
4. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
5. Наказ МОЗ України від 03.09.2014 № 613 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Пептична виразка шлунку та дванадцятипалої кишки». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140903_0613.html

Тема 5. Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні розлади

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Серед захворювань жовчного міхура і жовчовідвідних шляхів у даний час переважають дискінезії і запальні процеси.

Хронічний безкам'яний холецистит – широко поширене захворювання жовчовідвідних шляхів, трапляється з частотою 6-7 випадків на 1000 населення. Жінки хворіють у 3-4 рази частіше, ніж чоловіки.

Функціональні біліарні порушення - поліетіологічні захворювання, які можуть супроводжувати запальні захворювання ЖМ (холецистит) і характеризуються моторно-тонічними порушеннями і змінами фізико-хімічних та біохімічних властивостей жовчі. Поширеність захворювань – 6-7 випадків на 1000 населення.

Дискінезію жовчовідвідних шляхів (ДЖВШ) визначають як функціональне порушення ШКТ, що є багатоваріантною комбінацією гастроінтестинальних синдромів без структурних або біохімічних порушень. Частота їх виявлення становить від 12 до 28 %. Частіше хворіють люди молодшого віку (20-40 років) астенічної статури. Захворювання частіше виникає у жінок, ніж у чоловіків. Актуальність проблеми ДЖВШ полягає у тому, що вона може сприяти виникненню: запальних захворювань жовчних шляхів, жовчнокам'яної хвороби, вторинного панкреатиту, запальних захворювань кишечника, як правило, з моторними розладами, синдрому подразненої кишки, гіпермоторної дискінезії тонкої і/або товстої кишки.

Жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) відносять до найбільш частих захворювань органів травлення. За останнє десятиріччя в усіх країнах світу відмічається зростання захворюваності

на ЖКХ, частота якої збільшується кожні 10 років у середньому удвічі і становить від 14 до 17 %, що, у свою чергу, призвело до значного збільшення кількості холецистектомій. Зберігається досить високою (2-6 % і більше) післяопераційна летальність і частота ускладнень (10-20 % і більше). За останні 15 років упроваджена лапароскопічна холецистектомія, яка є основним методом хірургічного лікування хронічного калькульозного холециститу, дозволила знизити летальність і частоту післяопераційних ускладнень (0,03-0,13 % і 2,0-6,0 % відповідно), зменшити загальні терміни лікування хворих у 2-3 рази. Однак, не дивлячись на впровадження лапароскопічної холецистектомії, у 12-26 % прооперованих пацієнтів спостерігаються стійкі функціональні розлади травлення, що укладаються у клінічний симптомокомплекс під назвою постхолецистектомічний синдром (ПХЕС). Ці розлади обумовлені як тактико-технічними похибками проведеного втручання, так і порушеннями, обумовленими дисфункціями біліарного сфінктерного апарату, порушеннями структуро-функціонального стану печінки і травлення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на ЖКХ, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологію, патогенез. Значення інфекції, порушень моторики та дисхолії у розвитку хронічного некам'яного холециститу, холангіту та жовчнокам'яної хвороби. Особливості клінічного перебігу. Роль інструментальних методів у діагностиці. Диференційний діагноз. Ускладнення. Диференційоване лікування залежно від клінічного варіанта та наявності ускладнень. Показання до хірургічного лікування. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Застою жовчі сприяють всі перераховані фактори, крім одного:

- | | |
|--------------------------------|----------------------------|
| А. Порушення режиму харчування | Б. Пронос (діарея) |
| В. Вагітність | Г. Мала фізична активність |

2. Для хворого хронічним безкам'яним холециститом у фазі ремісії характерні такі симптоми:

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| А. Печія | Б. Зміна закрепів проносами |
| В. Оперізуючі болі | Г. Нічого з перерахованого |

3. До основних факторів ризику розвитку захворювань біліарної системи відносять всі, крім:

- А. Гіпертиреоз
- Б. Ожиріння та гіподинамія
- В. Алкогольна хвороба печінки

Г. Вагітність

4. В період загострення ХБХ для ліквідації больового синдрому, за наявності гіпертонічних типів дискінезії жовчного міхура використовують блокатори М-холінорецепторів всі, крім:

А. Гастроцепін

Б. Атропіну сульфат

В. Прозерин

Г. Платифіліну гідротартрат

5. До холекінетиків відносяться всі, крім:

А. Магнія сульфат

Б. Ксиліт

В. Сорбіт

Г. Оліметин

6. Для гіпермоторної дискінезії характерні всі перераховані нижче клінічні прояви, крім одного:

А. Гострий переймоподібний біль у правому підребер'ї

Б. Біль виникає після вживання жирної їжі

В. Біль виникає після вживання гострої та жирної їжі

Г. Відчуття важкості у правому підребер'ї

7. Для гіпомоторної дискінезії характерні всі перераховані нижче клінічні прояви, крім одного:

А. Відчуття важкості у правому підребер'ї

Б. Постійний тупий біль у правому підребер'ї

В. Гострий переймоподібний біль у правому підребер'ї

Г. Відчуття гіркоти у роті

8. Вторинні дискінезії жовчовивідних шляхів зустрічаються при нижче наведених станах, крім одного:

А. Аномалії жовчного міхура

Б. Холецистит

В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

Г. Хвороба Менетріє

9. Для лікування гіпокінетичної дискінезії використовують всі нижче наведені препарати, крім одного:

А. Розчин магнія сульфат

Б. Холецистокінін

В. Пантопразол

Г. Тюбажи з мінеральною водою

10. До первинних жовчних кислот відносять:

А. Дезоксихолева

Б. Літохолева

В. Холева

Г. Урсодезоксихолева

Відповіді на контрольні питання

1 – Б. 2 – Г. 3 – А. 4 – В. 5 – Г.
6 – Г. 7 – В. 8 – Г. 9 – В. 10 – В.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “дискінезія”.
2. Класифікація дискінезій жовчовідвідних шляхів.
3. Етіологія та патогенез первинних та вторинних дискінезій жовчовідвідних шляхів.
4. Клінічні прояви та диференційна діагностика гіперкінетичної та гіпертонічної дискінезій.
5. Клініка та диференційна діагностика гіпокінетичної та гіпотонічної дискінезій.
6. Багатомоментне дуоденальне зондування в діагностиці дискінезій жовчовідвідних шляхів.
7. Інформативність ультразвукового дослідження в діагностиці дискінезій жовчовідвідних шляхів.
8. Лікування дискінезій жовчовідвідних шляхів залежно від форми порушень.
9. Диференційна діагностика дискінезій.
10. Дати визначення терміна “жовчнокам’яна хвороба” (ЖКХ).
11. Етіологія та патогенез розвитку ЖКХ.
12. Класифікація захворювань жовчного міхура та протоків.
13. Механізми утворення каменів жовчного міхура. Клінічні прояви ЖКХ.
14. Лабораторна та інструментальна діагностика ЖКХ.
15. Літолітична терапія ЖКХ: показання до проведення, ускладнення.

16. Показання до проведення екстракорпоральної ударно-хвильової літотрепсії.
17. Дієта та медикаментозне лікування ЖКХ.
18. Сутність термінів “хронічний холецистит” (ХХЦ) і “хронічний холангіт” (ХХН).
19. Фактори ризику, етіологія і патогенез хронічний холециститу і холангіту.
20. Клінічні прояви хронічного холециститу і холангіту.
21. Значення дуоденального зондування при хронічному холециститі і холангіті.
22. Значення ультразвукового, рентгенологічного методів діагностики ХХЦ і ХХН.
23. Диференційний діагноз при хронічному холециститі і холангіті.
24. Лікування ХХЦ і ХХН.
25. Значення фізіотерапевтичних заходів, мінеральних вод у лікуванні ХХЦ, ХХН.
26. Профілактика ХХЦ і ХХН.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на жовчнокам'яну хворобу, хронічний холецистит та функціональні біліарні розлади	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
2. Захворювання жовчовивідних шляхів / под ред. проф. О.Я.Бабака, Н.М. Железнякової // Практикум лікаря. – Київ: «Доктор – Медіа – Груп», 2019. -63 с.

Тема 6. Хронічні захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. При хронічному ентериті поряд з елементами запалення розвиваються виражені дистрофічні зміни, порушення регенерації слизової оболонки, її атрофія, що призводить до розвитку синдромів мальдигестії та мальабсорбції. Страждають також ендокринна, імунологічна та моторна функції тонкої кишки. Це призводить до погіршення якості життя.

Велика поширеність уражень тонкої кишки серед людей різного віку, часті загострення хвороби, які призводять до тимчасової втрати працездатності, а за наявності ускладнень і до інвалідності обумовлюють актуальність даної теми для розгляду студентами.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на хронічний ентерит.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологію, патогенез. Роль непереносимості компонентів їжі, ензимопатій та імунних факторів. Синдроми мальабсорбції та мальдигестії. Критерії діагностики, диференційну діагностику. Ускладнення. Диференційовану терапію. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Скласти план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Із перерахованих досліджень найбільше значення в діагностиці синдрому порушеного всмоктування має:

- | | |
|--------------------------------|---|
| А. Рентгенологічне дослідження | Б. Колоноскопія |
| В. Проба з Д-ксилозою | Г. Біопсія слизової оболонки тонкої кишки |

2. До основних клінічних типів целиакії відносяться всі, крім одного

- | | |
|-------------|----------------|
| А. Класична | Б. Субклінічна |
| В. Німа | Г. Атрофічна |

3. До атипів проявів целиакії відносять все, крім:

- | | |
|---------------------------|---------------|
| А. Периферична нейропатія | Б. Остеопороз |
| В. Залізодефіцитна анемія | Г. Диспепсія |

4. До основних клінічних проявів целиакії відносяться всі, крім одного

- | | |
|--------------|----------------|
| А. Ожиріння | Б. Діарея |
| В. Анорексія | Г. Поліфекалія |

5. При хронічному ентериті можливі наступні типи болю в животі, крім одного:

- А. Спастичні
В. Зумовлені метеоризмом
Б. Ішемічні
Г. Мезентеріальні

6. Найбільш інформативний метод дослідження всмоктувальної функції кишківника

- А. Визначення рН калу
Б. Колоноскопія
В. Рентгеноконтрастний метод
Г. Дослідження за допомогою аліментарних навантажень

7. До морфологічних змін при целиакії характерно все, крім:

- А. Лімфоцитарна інфільтрація слизової оболонки
Б. Нейтрофільна інфільтрація слизової оболонки
В. Атрофія ворсинок слизової оболонки
Г. Подовження та гіперплазія крипт

8. Який орган системи травлення уражається найчастіше при хворобі Уіпла

- А. Порожнина рота
В. Дванадцятипала кишка
Б. Товста кишка
Г. Тонка кишка

9. Який метод діагностики вважається «золотим стандартом» при підозрі на целиакію:

- А. Ірігоскопія
В. Біопсія слизової оболонки порожньої кишки
Г. Виявлення гліадіну в плазмі, антитіл до гліадіну
Б. Дані копрограми (стеаторея, креаторея)

10. Хворому з хронічним ентероколітом для тривалої терапії найдоцільніше призначити :

- А. Ферментні препарати, що в своєму складі мають жовчні кислоти (фестал)
Б. Ферментні препарати, що в своєму складі не мають жовчних кислот
В. Ферменти без жовчних кислот у поєднанні з полівітамінами
Г. Антибіотики

Відповіді на контрольні питання

- 1 – В. 2 – Г. 3 – Г. 4 – А. 5 – Б.
6 – Г. 7 – Б. 8 – Г. 9 – В. 10 – В.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «ентеропатії».
2. Екзогенні і ендогенні фактори ризику хвороб тонкого кишківника.
3. Які варіанти дисахаридазної недостатності спостерігаються у клінічній практиці?
4. Які механізми розвитку діареї при недостатності лактози?
5. Патогенез хронічного ентериту.
6. Основні прояви синдрому мальабсорбції.
7. Основні прояви синдрому мальдігестії.
8. Які порушення білкового, ліпідного та вуглеводного обміну при хронічному ентериті та целиакії?
9. Основні клінічні ознаки целиакії.
10. Методи діагностики ентеропатій.
11. Диференціальний діагноз ентеропатій.
12. Лікування ентеропатій.
13. Принципи аглютенної дієти. Профілактика ентеропатій.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната

2	Тематичний розбір хворих на хронічні захворювання тонкої кишки: целиацію та інші ентеропатії	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

2. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посібник / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могильник [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с. + Гриф МОЗ.

3. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

Тема 7. Хронічні захворювання товстої кишки: неспецифічні коліти та синдром подразненої кишки

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. При хронічному коліті поряд з елементами запалення розвиваються виражені дистрофічні зміни, порушення регенерації слизової оболонки, її атрофія, що призводить до розвитку синдромів мальдигестії та мальабсорбції. Страждають також ендокринна, імунологічна та моторна функція кишків.

За останні роки зростає кількість людей на захворюваність кишечника. Це призводить до значного економічного і соціального збитку: тимчасової втрати працездатності, інвалідності пацієнтів, великих витрат на лікування, психологічного дискомфорту пацієнтів, а іноді їх смерті.

Велика поширеність уражень товстої кишки серед людей різного віку, часті загострення хвороби, які призводять до тимчасової втрати працездатності, а за наявності ускладнень і до інвалідності обумовлюють актуальність даної теми для розгляду студентами.

Неспецифічний виразковий коліт (НВК) належить до групи неспецифічних запальних захворювань кишечника. НВК розвивається на фоні генетичного дефекту імунної системи під впливом екзо- і ендогенних факторів. Розвиток НВК у родичів першого ступеня у 10 разів вищий, ніж серед популяції в цілому, 1/3 дітей, що хворіли на НВК, мали хворих родичів.

Клінічна картина характеризується як основними симптомами, так і позакишковими. Серед яких найчастіше трапляються артрити – у 10 % випадків, сакроілеїти і спондиліти – у 15 %, ураження шкіри – у 5-10 %, очей – у 5-10 %, ураження печінки, анемія. При неефективності консервативної терапії виникає необхідність хірургічного лікування. Летальність при миттєвому перебігу НВК становить 60 %, при тяжкому загостренні НВК – 11- 26 %, післяопераційна – коливається від 25 % при екстрених операціях і до 1,3 % - при планових. Оперативного лікування потребують у середньому до 30 % хворих на поширений коліт. З

урахуванням післяопераційної летальності тільки у 18 % всіх оперованих можна закінчити хірургічне лікування відновлюючою операцією з добрим результатом. У решти хворих хірургічне лікування закінчується формуванням пожиттєвої ілеостоми.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на неспецифічний виразковий коліт, хворобу Крона з синдромом подразненої кишки.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Синдром подразненої кишки, визначення. Римські критерії діагностики. Етіологію та патогенез. Класифікацію. Клінічні прояви різних варіантів. Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу. Диференційну діагностику. Лікування різних форм. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність. Неспецифічні коліти (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона): визначення, етіологію та патогенез. Класифікацію. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу. Критерії діагностики. Диференційний діагноз. Ускладнення та захворювання, асоційовані з виразкових: колітом (склерозивний холангіт, спондиліт, артрити, дерматози).

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Який метод дослідження найбільш інформативний при СПК?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| А. Рентгенологічне дослідження. | Г. Біопсія слизової оболонки кишки. |
| Б. Колоноскопія. | Д. Кoproлогічне дослідження. |
| В. Проба з Д-ксилозою. | |

2. В етіології хронічного коліту первинними факторами є всі, крім:

- А. Аліментарних порушень.
- Б. Інтоксикації ліками і хімічними засобами.
- В. Впливу проникної радіації.
- Г. Спадково-конституційного фактора, враховуючи уроджений дефіцит певних ферментів.
- Д. Конституціональних особливостей.

3. За характером випорожнень виділяють типи СПК, крім:

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| А. СПК з запором. | Г. СПК неспецифічний. |
| Б. СПК хвилеподібний. | Д. СПК з діареєю. |
| В. СПК змішаний. | |

4. Поява діареї при хронічному коліті зумовлена:

- А. Кишковою гіперсекрецією.
- Б. Підвищенням осмотичного тиску в порожнині кишки.
- В. Кишковою ексудацією і прискореним пасажом кишкового вмісту.

Г. Недостатньою абсорбцією жовчних кислот у тонкій кишці.
Д. Усіма вищезгаданими.

5. Який лікарський засіб не має осмотичних властивостей?

А. Ендофальк. Г. Фосфолюгель.
Б. Лактулоза. Д. Форлакс.
В. Мукофальк.

6. Які ознаки калу притаманні неспецифічному виразковому коліту ?

А. Мелена. Г. "Малинове желе".
Б. Овечий кал. Д. Пінистий.
В. Стеаторея.

7. Яка ознака відрізняє хворобу Крона від виразкового коліту ?

А. Пронос. Г. Утворення зовнішніх та внутрішніх норичь.
Б. Біль у животі. Д. Гарячка.
В. Кров у калі.

8. Яка ознака є характерною для позитивного симптому Мейо-Робсона ?

А. Виражена болючість у ділянці лівого реберно-хребтового кута.
Б. Болючість при постукуванні по правій реберній дузі.
В. Зникнення пульсації черевної аорти.
Г. Ознака подразнення очеревини.
Д. Шкіряна гіпералгезія в ділянці грудних хребців.

9. Синдром бродильної диспепсії проявляється всіма ознаками, крім:

А. Кашкоподібного жовтого калу кислої реакції.
Б. Незначної кількості мил і жирних кислот.
В. Дуже багато крохмалю, перевареної клітковини і йодофільної мікрофлори.
Г. Вмісту органічних кислот у добовій кількості калу, що суттєво збільшений.
Д. Значної кількості мил і жирних кислот.

10. Синдром гнильної диспепсії проявляється всіма ознаками, крім:

А. Кашкоподібного темно-коричневого калу лужної реакції з гнильним запахом.
Б. У калі значна кількість перевареної клітковини, вміст інших інгредієнтів не перевищує норми.
В. Різко збільшеного вмісту аміаку в добовій кількості калу.
Г. Кашкоподібного світло-коричневого смердючого калу нейтральної або слабокислої реакції.

Відповіді на контрольні питання

1 – Б. 2 – Д. 3 – Б. 4 – Д. 5 – Г.
6 – Г. 7 – Г. 8 – А. 9 – Д. 10 – Г.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «синдром подразненої кишки». Етіологія та патогенез СПК.
2. Класифікація СПК. Римські критерії діагностики СПК.
3. Клінічні прояви різних варіантів СПК.
4. Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу СПК.
5. Диференційна діагностика СПК.
6. Лікування різних форм СПК.
7. Визначення, етіологія та патогенез неспецифічних запальних захворювань кишківника (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона).
8. Класифікація неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
9. Інструментальні методи діагностики неспецифічних запальних захворювань кишківника.
10. Критерії діагностики неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
11. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу неспецифічних запальних захворювань кишківника.
12. Диференційний діагноз неспецифічних запальних захворювань кишківника.
13. Ускладнення неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
14. Лікування неспецифічних запальних захворювань кишківника. Роль топічних стероїдів та біологічної терапії в лікуванні цих захворювань.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на хронічні захворювання товстої кишки: неспецифічні коліти та синдром подразненої кишки	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.

2. Наказ МОЗ України № 90 від 11.02.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)». – Київ, 2016. – 57с

Тема 8. Хронічні гепатити

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. За останні роки зростає захворюваність на хронічні гепатити вірусної етіології. Це призводить до значного економічного і соціального збитку: тимчасової втрати працездатності, інвалідності пацієнтів, великих затрат на лікування, психологічного дискомфорту пацієнтів, а іноді їх смерті.

В Україні за останні 5 років захворюваність і смертність від хронічного гепатиту та його ускладнень збільшилась приблизно на 5%, тому лікар повинен не тільки вчасно поставити діагноз, але й приділяти велику увагу профілактиці та лікуванню.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на хронічні гепатити.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Класифікацію. Роль персистенції вірусу, медикаментозних агентів, порушень імунних порушень та алкоголю. Методи діагностики вірусної інфекції. Аутоімунний гепатит, хронічні вірусні, медикаментозний гепатити. Алкогольну хворобу печінки. Основні клініко-біохімічні синдроми. Особливості клінічного перебігу та діагностики окремих форм. Значення морфологічних, біохімічних і радіоізотопних методів. Диференційний діагноз. Ускладнення. Особливості лікування різних форм. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Про синдром цитолізу свідчить першочергово:

- А. Гіпербілірубінемія
- Б. Позитивна реакція на уробілін і жовчні пігменти в сечі
- В. Позитивна проба Вельтмана
- Г. Підвищення рівня трансаміназ

2. До «печінкових знаків» відносять всі, крім:

- А. Еритема долонь
- Б. Судинні зірочки
- В. Попіломи
- Г. Ксантоми

3. Індикатором мезенхімально-запального синдрому є:

- А. Наявність в крові HbsAg
- Б. α -фетопротейн сироватки крові
- В. Підвищення ШОЕ, СРБ
- Г. Збільшення в крові лужної фосфатази

4. Свербіж шкіри при хворобах печінки виникає внаслідок:

- А. Накопичення в крові непрямого білірубину
- Б. Накопичення в крові прямого білірубину
- В. Накопичення жовчних кислот
- Г. Порушення інактивації гістаміну в печінці

5. При активному вірусному гепатиті В у крові виявляються:

- А. HBs AT
- Б. HBcor Ag
- В. HBe Ag
- Г. HD Ag

6. Вирішальним у поставленні діагнозу хронічного гепатиту є:

- А. Перенесений вірусний гепатит.
- Б. Дані гістологічного дослідження печінки.
- В. Виявлення в сироватці крові «австралійського» антигену.
- Г. Періодичний субфебрилітет, істеричність, болі в правому підребер'ї, помірна гепатомегалія.
- Д. Виявлення в сироватці крові α -фетопротейну.

7. Одною з характерних морфолгічних ознак активності хронічного гепатиту є:

- А. Запальна інфільтрація портальних трактів.
- Б. Розширення жовчних капілярів.
- В. Вогнища некрозу гепатоцитів.
- Г. Наявність вогнища гіаліну (тільця Маллорі).
- Д. Зменшення кількості зіркоподібних ретикуло-ендотеліоцитів (клітини Купфера).

8. Головною ознакою активності хронічного гепатиту є:

А. Рівень гіпербілірубінемії.

Б. Імунологічні показники.

В. Гіперферментемія (АСТ, АЛТ).

Г. Жовтяниця.

Д. Захоплення селезінкою радіофармакологічного препарату.

9. З перелічених ознак про внутрішньопечінковий холестаз свідчить збільшення:

А. Показників бромсульфалеїнової проби.

Г. Рівня лужної фосфатази.

Б. Рівня γ -глобулінів.

Д. Рівня кислої фосфатази.

В. Рівня амінотрансфераз.

10. При хронічних захворюваннях печінки класичним показом для імуно-депресивної терапії є:

А. Вторинний біліарний цироз.

Г. Новоутворення печінки.

Б. Хронічний гепатит В.

Д. Жодне з перелічених.

В. Хронічний гепатит С.

Відповіді на контрольні питання

1 – Г.

2 – В.

3 – В.

4 – В.

5 – В.

6 – Б.

7 – В.

8 – В.

9 – Г.

10 – Д.

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення терміна “хронічний гепатит” (ХГ). Класифікація ХГ.

2. Етіологія ХГ. Патогенез ХГ. Які ГВГ можуть викликати хронізацію процесу у печінці?

3. Критерії діагностики ХГ.

4. Основні клінічні синдроми ХГ.

5. Основні лабораторно-біохімічні синдроми ХГ.

6. Основні клінічні синдроми ХГ (астено-вегетативний, диспептичний, больовий).

7. Синдром малої печінкової недостатності при ХГ. Синдром холестазу при ХГ.

8. Синдром позапечінкових проявів ХГ. Симптом гепатомегалії при ХГ.

9. Синдром печінково-клітинної недостатності при ХГ.

10. Які існують маркери хронічного гепатиту В? Фази розвитку інфекційного процесу.

11. Основні клініко-анамнестичні критерії хронічного гепатиту В і С.

12. Диференційний діагноз ХГ.

13. Лікування ХГ. Характеристика противірусних засобів, імуносупресорів, кортикостероїдів, мембраностабілізаторів.

14. Профілактика ХГ.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на хронічні гепатити	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

Рекомендована література

1. Екстрена та невідкладна медична допомога: навч. посібник / О. Ю. Бодулев, О. М. Дикий, А. І. Могилюк [та ін.] ; за ред. Д.А. Шкурупія. - Вінниця : Нова Книга, 2017. - 240 с. + Гриф МОЗ.
6. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
8. Наказ МОЗ України № 826 від 06.11.14. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Аутоімунний гепатит». – Київ, 2014. – 33с.
9. Наказ МОЗ України № 613 від 21.06.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих». – Київ, 2016. – 46с

Тема 9. Цирози печінки

Кількість годин:6.

Актуальність теми. У зв'язку з незворотністю цирозу печінки при оцінюванні поширення його серед населення головною ознакою є не стільки показники захворюваності, скільки смертності. У розвинутих країнах частота ЦП за даними розтинів коливається у межах 3 – 9%. Всі ці фактори потребують правильної і вчасної діагностики цирозу, що має не тільки клінічне, але й соціальне значення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на цироз печінки.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Значення вірусної інфекції, нутритивних факторів, алкоголю, токсичних речовин та імунологічних порушень. Класифікацію. Особливості клінічних проявів та діагностики різних варіантів. Диференційний діагноз. Печінкову недостатність та інші ускладнення. Диференційовану терапію. Невідкладну терапію ускладнень. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.

- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Цироз печінки найбільш часто є наслідком:

- | | |
|--|------------------------------|
| А. Порушення обміну заліза (гемохроматоз). | Б. Вірусного гепатиту. |
| В. Тривалого холестазу. | Г. Недостатності кровообігу. |

2. Яка причина смерті при цирозі печінки є найбільш частою?

- А. Масивна кровотеча з розширених вен стравоходу.
 Б. Печінкова кома.
 В. Гіпокаліємія.
 Г. Пневмонія.

3. Який комплекс біохімічних тестів свідчить про наявність цитолітичного синдрому?

- А. диспротеїнемія
 Б. поява у крові СРБ, серомукоїду
 В. поява ревматоїдного фактору
 Г. підвищення вмісту у плазмі трансаміназ, лактатдегідрогеназ

4. Яке ускладнення цирозу печінки найбільш часто провокує печінкову кому?

- | | |
|--|-----------------------------|
| А. Пневмонія. | Б. Тромбоз портальної вени. |
| В. Масивна стравохідно-шлункова кровотеча. | Г. Гіпокаліємія |

5. Для портальної гіпертензії характерні всі перелічені симптоми, крім:

- А. Варикозного розширення вен стравоходу
 Б. Варикозного розширення підшкірних вен живота.
 В. Збільшення селезінки.
 Г. Підвищення центрального венозного тиску.

6. Який із перелічених методів дослідження найбільшою мірою дозволяє розрізнити хронічний гепатит та цироз печінки?

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| А. Комп'ютерна томографія. | Б. УЗД (сонографія). |
| В. Біопсія печінки | Г. Рентгенографія печінки і селезінки |

7. У патогенезі розвитку асцити при цирозі печінки відіграють роль такі механізми, окрім:

- А. Портальна гіпертензія
 Б. Зниження онкотичного тиску
 В. Розвиток вторинного гіперальдостеронізму
 Г. Активація симпатoadреналової системи

8. Діагностичними критеріями біліарного цирозу печінки є всі, крім:

- А. Інтенсивного свербіж у шкіри, позапечінкових проявів (синдр. Шегрена, ревматоїдний артрит).
 Б. Підвищення активності ферментів холестазу в сироватці крові в 2-3 рази.
 В. Зниження вмісту IgM у сироватці крові.
 Г. Нормальних позапечінкових жовчних ходів при УЗД і рентгенообстеженні.

9. Діагностичними критеріями цирозу печінки є всі, крім:

- А. Болю у правому підбер'ї та епігастрії, що посилюються після їди.
 Б. Свербіж у шкіри.
 В. Схуднення, розширення вен черевної стінки.
 Г. Запорів.

10. Який синдром відрізняє хронічний гепатит від цирозу печінки:

- А. Астеновегетативний.
 Б. Диспептичний.
 В. Відсутність портальної гіпертензії.
 Г. Жовтяниця

Відповіді на контрольні питання

1 – Б. 2 – Б. 3 – Г. 4 – В. 5 – Г.
6 – В. 7 – Г. 8 – В. 9 – Г. 10 – В.

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення терміна “цироз печінки” (ЦП).
2. Етіологія ЦП.
3. Патогенез ЦП.
4. Класифікація ЦП.
5. Основні клінічні синдроми ЦП.
6. Патогенез і прояви синдрому печінково-клітинної недостатності.
7. Патогенез і прояви синдрому портальної гіпертензії.
8. Ускладнення ЦП.
9. Диференційний діагноз при ЦП.
10. Лікування ЦП (загальні заходи).
11. Лікування синдрому портальної гіпертензії.
12. Лікування синдрому печінково-клітинної недостатності.
13. Лікування набряково-асцитичного синдрому.
14. Невідкладна терапія ускладнень.
15. Лікування ускладнень ЦП.
16. Профілактика ЦП.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на цирози печінки	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
2. Наказ МОЗ України № 613 від 21.06.16. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Вірусний гепатит В у дорослих». – Київ, 2016. – 46с

Тема 10. Хронічні панкреатити

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. В Україні за останні 5 років захворюваність і смертність від хронічного панкреатиту та його ускладнень збільшилась приблизно на 5%. Це призводить до значного економічного і соціального збитку: тимчасової втрати працездатності, інвалідності пацієнтів, великих затрат на лікування, психологічного дискомфорту пацієнтів, а іноді їх смерті. Тому лікар повинен не тільки вчасно поставити діагноз, але й приділяти велику увагу профілактиці та лікуванню.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на хронічний панкреатит.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Значення різних етіологічних факторів. Класифікацію. Особливості клінічного перебігу, діагностики та диференційної діагностики залежно від форми та локалізації патологічного процесу. Ускладнення. Методи дослідження в діагностиці панкреатиту. Диференційоване лікування. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.

- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гастроентерології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Виявляти типову клінічну картину захворювань травного каналу.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Скласти план обстеження хворих із основними захворюваннями травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях травного каналу, гепатобіліарної системи та підшлункової залози.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах у гастроентерології.
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Хронічний рецидивуючий панкреатит частіше всього спостерігається при:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------|
| А. Виразковій хворобі. | Б. Холелітіазі . |
| В. Постгастрорезекційному синдромі. | Г. Хронічному коліті |

2. Найціннішим лабораторним показником у діагностиці загострення хронічного панкреатиту є:

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| А. Лейкоцитоз. | Б. Рівень трансаміназ. |
| В. Рівень амілази крові і сечі. | Г. Рівень лужної фосфатази |

3. З перелічених нижче тестів найбільш суттєвим у діагностиці хронічного панкреатиту є:

- А. Секретин-панкреазиміновий тест.
 Б. Сцинтиграфія підшлункової залози..
 В. Визначення жиру в калі.
 Г. Всі перелічені

4. Клінічними варіантами хронічного панкреатиту є:

- А. Інтерстиціальний (підгострий).
 Б. Паренхіматозний (рецидивний).
 В. Фіброзно-склеротичний (індуративний).
 Г. Усі вищезгадані.

5. Критеріями діагностики інтерстиціального панкреатиту є:

- А. Запальні зміни (від набряку до некрозу).
 Б. Залишкові симптоми упродовж ≥ 6 міс. після першої атаки у вигляді інтенсивного болю, нудоти, блювання і частих ускладнень.
 В. Підвищення рівня амілази у крові і сечі.
 Г. Усі вище згадані.

6. Критеріями діагностики паренхіматозного (рецидивного) хронічного панкреатиту є всі, крім:

- А. Морфологічних і функціональних змін підшлункової залози у вигляді деструкції ацинусів, їхньої інфільтрації.
 Б. Кількох загострень на рік, спровокованих вживанням алкоголю, просуванням дрібних конкрементів жовчними протоками.
 В. Підвищення рівня амілази у крові та сечі в перші 3 дні загострення.
 Г. Частих ускладнень.

7. Критеріями діагностики фіброзно-склеротичного (індуративного) хронічного панкреатиту є всі, крім:

- А. Морфологічно нерівномірного розподілу уражень, частої атрофії і стенозування протоків.
 Б. Сполучення больового і диспепсичного синдромів.
 В. Частого підвищення амілази у крові та сечі.

Г. Не частого підвищення амілази у крові та сечі.

8. Критеріями діагностики кістозного хронічного панкреатиту є всі, крім:

А. Дрібних кіст (до 15 мл).

Б. Вираженого больового синдрому в період загострення з ознаками інтоксикації.

В. Гіперглікемії на фоні збільшення інтенсивності больового синдрому.

Г. Гіперглікемії на фоні зменшення інтенсивності больового синдрому.

9. Критеріями діагностики гіперпластичного (псевдопухлинного) хронічного панкреатиту є всі, крім:

А. Дифузної атрофії і некрозу екзокринної тканини підшлункової залози в умовах збереження протокового епітелію у місці обструкції.

Б. Больового синдрому, зменшення ваги.

В. Синдрому стискання сусідніх з підшлунковою залозою органів.

Г. Відсутності ускладнень.

10. Синдром зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози проявляється всіма, крім однієї неправильної ознаки:

А. Мальдигестії.

Б. Поліфекалії, лієнтереї, стеатореї.

В. Гіпертонії.

Г. Схуднення.

Д. Гіповітамінозу, анемії, порушення статевої функції.

Відповіді на контрольні питання

1 – Б.

2 – В.

3 – А.

4 – Г.

5 – Г.

6 – Г.

7 – В.

8 – В.

9 – Г.

10 – В.

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення терміна “хронічний панкреатит” (ХП). Етіопатогенез ХП. Класифікація ХП.
2. Клінічна картина ХП. Характеристика синдрому екзокринної недостатності.
3. Клінічна картина ХП. Характеристика синдрому ендокринної недостатності.
4. Клінічна картина ХП. Характеристика астеновегетативного синдрому.
5. Клінічна картина ХП. Характеристика больового синдрому.
6. Клінічна картина ХП. Характеристика запально-деструктивного синдрому.
7. Діагностика ХП. Значення загальноклінічних досліджень.
8. Діагностика ХП. Значення досліджень дуоденального вмісту, копрограми.
9. Місце ультразвукової діагностики, комп’ютерної томографії.
10. Місце холангіопанкреатографії при ХП.
11. Ускладнення ХП.
12. Диференційний діагноз.
13. Лікування ХП.
14. Лікування ускладнень ХП.
15. Профілактика ХП.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на хронічні панкреатити	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
2. Наказ МОЗ України № 638 від 10.09.14. «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Хронічний панкреатит». – Київ, 2014. – 34с.

Тема 11. Основні симптоми пульмонологічної патології та методи дослідження в пульмонології

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Активність вивчення різних питань пульмонології та значний інтерес до них широкого кола лікарів зумовлені високою питомою вагою захворювань органів дихання у загальній структурі захворюваності, складністю діагностики та диференціальної діагностики, тяжкістю прогнозу. Обстеження пульмонологічних хворих, як загальноклінічні, так і лабораторно-інструментальні дані дозволяють провести диференційну діагностику і встановити клінічний діагноз.

Загальна мета – удосконалити методики обстеження пульмонологічних хворих, правильно інтерпретувати дані лабораторно-інструментальних методів обстеження.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Основні пульмонологічні скарги. Визначення основних симптомів захворювань органів дихання (задишка, ядуха, кашель, біль у грудній клітці тощо). Загальні та специфічні симптоми. Фізикальні симптоми пульмонологічної патології. Знати основні синдроми: запалення легеневої тканини; накопичення рідини в плевральній порожнині; запалення плеври; утворення порожнини в легені; пневмотораксу; обструктивний синдром; легенева артеріальна гіпертензія; дихальна недостатність. Методи фізикального обстеження хворих з пульмонологічною патологією. Рентгенологічне дослідження легень, комп'ютерну томографію, діагностичні можливості бронхоскопії. Функціональні методи дослідження зовнішнього дихання, мікробіологічне дослідження мокротиння.

Студенти повинні вміти:

- ♦ Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в пульмонології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Скласти план обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних

захворюваннях органів дихання.

- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності.
- Обґрунтовувати необхідність виконання плевральної пункції.
- Виконувати пікфлоуметрію.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. До основних дихальних шумів відноситься:

- А. Вологі хрипи
- Б. Шум тертя плеври
- В. Бронхіальне дихання
- Г. Сухі хрипи
- Д. Крепітація.

2. Основним суб'єктивним симптомом синдрому легеневої недостатності є:

- А. Кашель
- Б. Задишка
- В. Біль в грудній клітині
- Г. Загальна слабкість
- Д. Кровохаркання.

3. Ознакою синдрому бронхіальної обструкції є:

- А. Шум тертя плеври
- Б. Вологі дрібнопухирчасті хрипи
- В. Посилене голосове тремтіння
- Г. Притуплений перкуторний звук
- Д. Сухі свистячі хрипи.

4. Синдром бронхіальної обструкції включає наступну ознаку:

- А. Локальне посилення голосового тремтіння
- Б. Крепітацію
- В. Перкуторний тон з коробковим відтінком
- Г. Вологі дрібнопухирчасті хрипи.
- Д. Шум тертя плеври.

5. Для якого синдрому характерна відсутність голосового тремтіння, тупий перкуторний звук та відсутність дихальних шумів при аускультатії:

- А. Синдрому наявності порожнини в легеневій тканині
- Б. Синдрому ущільнення легеневої тканини
- В. Синдрому накопичення рідини в плевральній порожнині
- Г. Синдрому наявності повітря у плевральній порожнині
- Д. Синдрому бронхіальної обструкції.

6. Тупий перкуторний звук спостерігається внаслідок:

- А. Пневмотораксу
- Б. Гідротораксу
- В. Емфіземи легень
- Г. Хронічного бронхіту
- Д. Бронхіальної астми.

7. У хворого спостерігається задишка, яка виникає навіть у спокої, акроціаноз, діжкоподібна форма грудної клітки, ослаблення голосового тремтіння, коробковий перкуторний звук. Про який легеневий синдром найбільш доцільно думати?

- А. Респіраторний дистрес-синдром.
- Б. Синдром бронхообструкції.
- В. Синдром поліорганних уражень.
- Г. Синдром ущільнення легеневої тканини.
- Д. Набряковий синдром.

8. Хвора 70 років прийнята у відділення з клінічними ознаками пневмонії. Третій день хвороби. Температура 38 С, ціаноз губ, акроціаноз. Положення вимушене, сидить. Частота дихання 28 за хв. Тони серця ослаблені, тахікардія. Печінка поблизу реберного краю. Набряків немає. Який метод дослідження найінформативніший у даному випадку?

- А. Спірографія.
- Б. Пневмотахометрія.
- В. Мікробіологічне дослідження мокротиння.
- Г. Функціональні дихальні проби.
- Д. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки.

9. Мокротиння, що має характер «іржавого», характерне для:

- А. Пухлини легені
- Б. Бронхоектатичної хвороби
- В. Хронічного бронхіту
- Г. Бронхіальної астми
- Д. Крупозної пневмонії.

10. Якому захворюванню властиве слизове харкотиння:

- А. Абсцес легень
- Б. Бронхоектатична хвороба
- В. Гострий бронхіт
- Г. Гангрена легень
- Д. Крупозна пневмонія.

Відповіді на контрольні питання

- 1 – В. 2 – Б. 3 – Д. 4 – В. 5 – В.
6 – Б. 7 – Б. 8 – Д. 9 – Д. 10 – В.

Основні теоретичні питання теми:

1. Основні пульмонологічні скарги.
2. Значення збору анамнезу у хворих з пульмонологічною патологією.
3. Визначення основних симптомів захворювань органів дихання (задишка, ядуха, кашель, біль у грудній клітці тощо).
4. Загальні та специфічні симптоми хворих з пульмонологічною патологією.
5. Фізикальні симптоми пульмонологічної патології (інтерпретація даних аускультації).
6. Фізикальні симптоми пульмонологічної патології (інтерпретація даних перкусії).
7. Фізикальні симптоми пульмонологічної патології (інтерпретація даних пальпації).
8. Методи фізикального обстеження хворих з пульмонологічною патологією.
9. Діагностичні можливості рентгенологічного дослідження легень.
10. Діагностичні можливості комп'ютерної томографії легень.
11. Діагностичні можливості бронхоскопії.
12. Діагностичні можливості ЕКГ хворих з пульмонологічною патологією.
13. Діагностичні можливості лабораторних методів дослідження хворих з пульмонологічною патологією.
14. Функціональні методи дослідження зовнішнього дихання.
15. Мікробіологічне дослідження мокротиння.
16. Сутність основних клініко-рентгенологічних синдромів.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня з діагностики симптомів пульмонологічної патології	15	Тести		Навчальна кімната

2	Тематичний розбір хворих	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

4. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Нариси клінічної пульмонології [Текст] / Під ред. В.К. Гаврисюка. - Київ, 2016. - 336 с.

Тема 12. Хронічні обструктивні захворювання легень: хронічний бронхіт та емфізема легень

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується не повністю зворотним обмеженням прохідності дихальних шляхів, що, як правило, прогресує і асоціюється із незвичною запальною відповіддю легень на шкідливі частинки або гази, головним чином, пов'язані із палінням. Поряд із ураженням легень ХОЗЛ призводить до значних позалегенових системних проявів, супутніх захворювань, які обтяжують його перебіг. На сайті Всесвітньої організації охорони здоров'я подано структуру причин смерті за 12 років (2001-2012 рр.), у якій ХОЗЛ та інфекції нижніх дихальних шляхів розділяють 3-тє та 4-тє місце, а сумарно фактично виходять на перше місце.

У 2015 р. був проведений систематичний аналіз 123 публікацій щодо поширеності у світі ХОЗЛ серед населення віком 30 років і старших за період з 1990 по 2010 р. За цей період поширеність ХОЗЛ збільшилася з 10,7 до 11,7% (або з 227,3 млн до 297 млн хворих на ХОЗЛ). Найбільший ріст показника був серед американців, найменший — у Південно-Східній Азії. Серед міського населення поширеність ХОЗЛ збільшилася з 13,2 до 13,6%, а серед сільських жителів — з 8,8 до 9,7%. Серед чоловіків ХОЗЛ зустрічалася майже в 2 рази частіше, ніж серед жінок: 14,3 та 7,6% відповідно.

Захворюваність на ХОЗЛ становила у 2004 році – 264 на 100 тисяч дорослого населення. За останнє десятиріччя показник захворюваності на ХОЗЛ у світі збільшився на 25 % у чоловіків та на 69 % у жінок. Пік розвитку хвороби припадає на 40-50 роки життя.

Фактори ризику розвитку ХОЗЛ:

- тривале активне і пасивне тютюнопаління (індекс паління 10-20 пачко/років);
- забруднення повітря;
- інфекції (дитячі з тяжким перебігом, часті ГРВІ);
- спадкова схильність (спадковий дефіцит α_1 -антитрипсину).

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на ХОЗЛ.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Значення паління, екологічних, професійних факторів та інфекції у розвитку хронічного бронхіту. Класифікацію. Клінічні прояви, зміни

даних додаткових інструментальних методів дослідження залежно від стадії (ступеня тяжкості). Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування залежно від ступеня тяжкості. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів дихання.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в пульмонології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Скласти план обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях органів дихання.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності.
- Обґрунтовувати необхідність виконання плевральної пункції.
- Виконувати пікфлоуметрію.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті.

1. Найважливішою ланкою патогенезу ХОЗЛ, що обмежує дихальний повітряний потік (обструктивний бронхіт) і руйнує паренхіму (емфізема легень) є:

- А. Хронічне запалення бронхів, паренхіми та судин легень.
- Б. Дисбаланс оксидантів-антиоксидантів у бік збільшення оксидантів.
- В. Гіперпродукція запальних клітин (нейтрофілів, макрофагів, Т-лімфоцитів, еозинофілів, епітеліальних клітин).
- Г. Гіперпродукція медіаторів запалення (LTB₄, IL-8, TNF- α).
- Д. Така ланка не зазначена.
- Е. Дисбаланс протеаз-антипротеаз в легенях.

2. Найважливішою складовою патофізіології ХОЗЛ є:

- А. Гіперсекреція слизу і дисфункція війчастого епітелію.
- Б. Обмеження повітряного потоку в бронхах і надмірне здуття легень.
- В. Порушення газообміну.
- Г. Легенева гіпертензія.
- Д. Легеневе серце.

3. До зовнішніх факторів ризику ХОЗЛ належать:

- А. Довготривале тютюнопаління.
- Б. Промислові та побутові шкідливі викиди.
- В. Інфекції (дитячі, респіраторні, ВІЛ).
- Г. Низький соціоекономічний статус.
- Д. Усі вищезазвані.

4. До найважливіших внутрішніх факторів ризику ХОЗЛ належать:

- А. Спадковий дефіцит α -1-антитрипсину і гіперреактивність бронхів.
- Б. Гіпоплазія легень з обтяжливих обставин у дитячому віці.
- В. Ускладнення під час вагітності.
- Г. Усі вищезазвані.
- Д. Найважливіший фактор не названий.

5. Для переважаючого бронхітичного варіанта ХОЗЛ характерним є хронічний кашель, що:

- А. Упереджує задишці.
- Б. Проходить паралельно задишці.
- В. Проходить на фоні упередженої посиленої задишки.
- Г. Відсутня певна закономірність.

Д. Може бути відсутнім.

6. Для переважajúчого емфізематозного варіанта ХОЗЛ найбільш характерним є:

А. Прогресуюча задишка, що посилюється поступово, роками.

Б. Рання, персистувальна задишка, що посилюється під час фізичних навантажень.

В. Дихальний дискомфорт.

Г. Часте дихання.

Д. Стиснення грудної клітки.

7. Найбільш характерною фізикальною ознакою ХОЗЛ є:

А. Велика діжкоподібна грудна клітка.

В. Послаблення дихальних шумів.

Б. Участь у диханні допоміжної мускулатури.

Д. Розширені міжреберні проміжки.

Г. Подовжений видих.

8. Рентгенологічними даними для ХОЗЛ є:

А. Легені великого об'єму, іноді емфізематозні.

Б. Низьке стояння діафрагми.

В. Вузька тінь серця.

Г. Збільшений ретростернальний повітряний простір.

Д. Усі вищезазначені.

9. При дослідженні функції зовнішнього дихання (ФЗД) найбільш важливими при ХОЗЛ є:

А. Об'єм форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁).

Б. Форсована життєва ємність легень (ФЗЄЛ).

В. Співвідношення ОФВ₁/ФЗЄЛ.

Г. Усі вищезазначені.

Д. Найбільш важливий показник не названий.

10. Діагностичним критерієм ХОЗЛ є зменшення показників, починаючи з:

А. ОФВ₁ < 90% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЗЄЛ < 80%.

Б. ОФВ₁ < 80% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЗЄЛ < 70%.

В. ОФВ₁ < 70% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЗЄЛ < 60%.

Г. ОФВ₁ < 60% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЗЄЛ < 50%.

Д. ОФВ₁ < 50% від належних у поєднанні з ОФВ₁/ФЗЄЛ < 40%.

Відповіді на контрольні питання

1 – А.

2 – Б.

3 – Д.

4 – А.

5 – А.

6 – Б.

7 – Г.

8 – Д.

9 – Г.

10 – Б.

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення та класифікація ХОЗЛ.

2. Етіологія та патогенез ХОЗЛ.

3. Назвати зовнішні і внутрішні фактори ризику ХОЗЛ.

4. Назвати клінічні критерії діагностики ХОЗЛ.

5. Методи фізикального обстеження хворих на ХОЗЛ та їх значення.

6. Назвати основні показники функції зовнішнього дихання і їх діагностичні значення при різних стадіях ХОЗЛ.

7. Методи додаткового обстеження хворих на ХОЗЛ та їх значення (окрім ФЗД).

8. Ускладнення ХОЗЛ.

9. Диференційна діагностика ХОЗЛ.

10. Які загальні принципи лікування ХОЗЛ?

11. Характеристика сучасних бронхолітичних засобів.

12. Лікування ХОЗЛ 1 стадії.

13. Лікування ХОЗЛ 2 стадії.

14. Лікування ХОЗЛ 3 стадії.

15. Лікування ХОЗЛ 4 стадії.

16. Лікування загострень ХОЗЛ.

17. Протизапальне лікування ХОЗЛ.

18. Характеристика сучасних муколітичних засобів.

19. Показання до застосування антибіотиків, їх характеристика.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на хронічні обструктивні захворювання легень: хронічний бронхіт та емфізему	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова) література

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

3. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Наказ МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» «Пульмонологія». – Київ, 2013. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html

2. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Хронічне обструктивне захворювання легень». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html

3. Бронхіальна астма. Хронічне обструктивне захворювання легень. в світлі сучасних рекомендацій GINA (2017), SIGN 153 (2016), GOLD (2017), NICE (2010) [Текст] / Під ред. Ю.І. Фещенка. - К.: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2018. – 220 с

4. Глобальна стратегія діагностики, лікування та профілактики хронічного обструктивного захворювання легень. Перегляд 2020 р.

5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень», Київ, НАМН Україна, 2020 р.

Тема 13. Бронхіальна астма

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Синдром бронхіальної обструкції характерний для бронхіальної астми (БА), ХОЗЛ, емфіземи легень. Лабільна бронхообструкція є діагностичним критерієм як захворювань бронхолегеневої системи (БА, пневмонія, ТЕЛА, гострий респіраторний дистрес-синдром, гострий бронхіт, екзогенний алергічний альвеоліт, гострі форми мікозу легень), так і захворювань серцево-судинної системи (гостра лівошлуночкова недостатність, синдром Черга-

Стросса), механічних та хімічних подразнень бронхів, дій на бронхи холіноміметиків, антихолінергічних засобів. Враховуючи різноманітність факторів, що є індикаторами розвитку бронхообструктивного синдрому, своєчасна діагностика цих станів – успіх фармакотерапевтичного впливу і реабілітаційних заходів.

Більше 100 мільйонів людей у світі хворіють на БА. Дані останніх років показують зростання захворюваності та смертності від БА у США, Англії, Австрії, Росії, Україні. Результати епідеміологічних досліджень свідчать про те, що в більшості країн на БА страждають від 4 до 8 % дорослого населення, а помирають 250000 осіб за рік.

Термін “бронхіальна астма” походить від грецького слова “asthma” – тяжке дихання.

БА – це хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке спричинене значною кількістю клітин та медіаторів запалення. Хронічне запалення поєднується із гіперреактивністю бронхів, що проявляється рецидивними симптомами свистячого дихання, ядухи, скутості у грудній клітці, кашлю, особливо вночі та зранку, які пов'язані з поширеною, але варіабельною бронхообструкцією, яка зворотна спонтанно або під впливом терапії.

Фактори, що впливають на розвиток і перебіг БА, поділяють на внутрішні та зовнішні.

Внутрішні фактори: генетична схильність (у 46% хворих на БА), атопія (здатність організму виробляти збільшену кількість IgE у відповідь на дію алергенів), гіперреактивність бронхів (стан підвищеної чутливості бронхів на дію подразника, причому бронхіальна обструкція розвивається у відповідь на дію, яка не спричинює такої реакції у здорової людини). Крім генів, що визначають схильність до БА, існують гени, що відповідають за відповідь на лікування протиастиматичними препаратами. Ожиріння також є чинником ризику БА, оскільки певні медіатори (прозапальні цитокіни, лептин тощо) можуть впливати на функцію дихальних шляхів, підвищувати ймовірність розвитку захворювання.

Зовнішні фактори, що сприяють розвитку БА у схильних до цього осіб: алергени приміщень (кліщі домашнього пилу, вовна свійських тварин, алергени тарганів, цвілеві й дріжджові грибки); пилок рослин, паління тютюну, респіраторні інфекції, вади в дієті, вживання деяких ліків (β-блокаторів, НПЗЗ), забруднення атмосфери, професійні алергени.

Чинниками, що сприяють загостренню БА (тригери), є: алергени, респіраторні інфекції, забруднене повітря, вживання в їжу алергенних продуктів, ФН, метеочинники, ліки (β-блокатори, НПЗЗ, транквілізатори).

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на БА.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологію, особливості патогенезу. Класифікацію. Клінічні прояви і зміни даних інструментальних методів дослідження залежно від ступеня тяжкості та рівня контролю. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування залежно від ступеня тяжкості. Роль пікфлоуметрії. Невідкладну допомогу під час приступу бронхіальної астми. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів дихання.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в пульмонології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Скласти план обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях органів дихання.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності.

- Обґрунтовувати необхідність виконання плевральної пункції.
- Виконувати пікфлоуметрію.
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. До імунологічних механізмів розвитку БА відносяться всі вказані, крім одного:

- А. Активація базофільних лейкоцитів.
- В. Гіпереозинофілія.
- С. Активація синтезу реагінів.
- Д. Глюкокортикоїдна недостатність.
- Є. Реакція гіперчутливості негативного типу

2. Загальноприйнятим для моніторингу клінічного перебігу БА в цей час є:

- А. Вивчення показника швидкості видиху (ПШВ) за допомогою пікфлоуметру.
- Б. Вивчення параметрів кривої "потік-обсяг".
- В. Проведення тесту із бронхолітиками.
- Г. Постановка провокаційних проб з гістаміном.
- Д. Постановка провокаційних проб з ацетилхоліном

3. При БА в мокроті виявляються:

- А. Атипічні клітини
- Б. Еозинофіли, кристали Шарко-Лейдена, спіралі Куршмана.
- В. Еритроцити у вигляді монетних стовпчиків.
- Г. Велика кількість еластичних волокон.
- Д. Нейтрофіли, альвеолярний епітелій.

4. Жінка, 25 років, 1,5 року перебуває на диспансерному обліку з приводу бронхіальної астми. В останній час напади ядухи виникають 4-5 разів на тиждень, нічні напади — 2-3 рази на місяць. Для купірування застосовує сальбутамол. Скарифікаційна проба з антигеном домашнього кліща позитивна. Об'єктивно: стан відносно задовільний, ЧД — 20 за 1 хв, ЧСС — 76 за 1 хв, АТ — 120/80 мм рт.ст. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритм правильний. Який механізм є провідним у розвитку бронхообструкції у хворої?

- А. Гіперреактивність бронхів
- Б. Порушення метаболізму арахідонової кислоти
- В. Адренергічний дисбаланс
- Г. Підвищений тонус парасимпатичної нервової системи
- Д. Трахеобронхіальна дискінезія

5. Кількість балів за опитувальником ACQ-5, яка характерна для частково контрольованого перебігу БА.

- А. < 0,75.
- Б. 0,75-1,5.
- В. > 1,5.

6. За якими характеристиками відбувається оцінка рівня контролю БА:

- А. Денні симптоми та обмеження активності.
- Б. Нічні симптоми/пробудження з приводу БА.
- В. Застосування бронхолітиків за потребою для зняття симптомів та кількість загострень в рік.
- Г. Показники ФЗД (ПОШвид або ОФВ1).
- Д. Всі відповіді вірні.

7. Задишка при розмові, положення хворого – переважно сидячі, звичайна збудженість, участь в диханні допоміжної мускулатури, ЧСС 100-120 за хв. ПОШвид після прийому бронхолітика – 60-80%, SaO2 91-95 % характерно для загострення:

- А. Легкого ступеня.
- Б. Середнього ступеня тяжкості.
- В. Тяжкого ступеня
- Г. Загроза зупинки дихання.

8. ПОШвид < 60% від належного або кращого для хворого, виражені прояви симптомів в

стані спокою, ретракція грудної клітини; немає клінічного покращення після початкового лікування характерно для загострення БА:

- А. Легкого ступеня.
- Б. Середнього ступеня тяжкості.
- В. Тяжкого ступеня
- Г. Загроза зупинки дихання.

9. Які препарати мають протизапальну дію:

- А. Беклофорт.
- Б. Фликсотид.
- В. Будесонид.
- Г. Всі перераховані препарати
- Д. Жоден з перерахованих препаратів.

10. Хворий, 48 років, протягом 10 останніх років хворіє на бронхіальну астму. Під час виконання робіт на дачній ділянці відчув утруднення дихання, з'явився кашель, дистанційні хрипи, почала посилюватися задишка. Препарат якої фармакологічної групи краще рекомендувати хворому для зняття подібних нападів ядухи?

- А. Стимулятор β_2 -адренорецепторів
- Б. Блокатор β_2 -адренорецепторів
- В. Стабілізатор мембран тучних клітин
- Г. Метилксантини
- Д. Інгаляційний глюкокортикоїд

Відповіді на контрольні питання

- 1 – Д. 2 – А. 3 – Б. 4 – А. 5 – Б.
6 – Д. 7 – Б. 8 – В. 9 – Г. 10 – А.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “бронхіальна астма”. Етіологія БА.
2. Патогенез БА.
3. Класифікація БА за ступенями тяжкості та рівнем контролю з клінічними характеристиками і параметрами функції зовнішнього дихання.
4. У чому сутність фармтестів на зворотність бронхообструкції?
5. Критерії діагностики нападу ядухи залежно від тяжкості.
6. Описати перелік заходів при лікуванні нападу ядухи залежно від тяжкості.
7. Сутність та методи патогенетичної терапії БА.
8. Сутність та методи імунотерапії БА.
9. Ступінчастий підхід до фармакотерапії хворих на БА.
10. Описати лікування хворого БА у фазу загострення.
11. Описати лікування хворого БА у фазу ремісії.
12. Який механізм дії соляних лікувальних шахт? Основні параметри курорту Солотвино Закарпатської області.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на бронхіальну астму	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
3. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.07. «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія». – Київ, 2007. – 146с.
2. Наказ МОЗ України № 868 від 08.10.2013. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі». – Київ, 2013. – 183с.
2. Бронхіальна астма. Хронічне обструктивне захворювання легень. в світлі сучасних рекомендацій GINA (2017), SIGN 153 (2016), GOLD (2017), NICE (2010) [Текст] / Під ред. Ю.І. Фещенка. - К.: ТОВ «Доктор-Медіа-Груп», 2018. – 220 с.
3. Спосіб діагностики обструкції дрібних бронхів у хворих на бронхіальну астму.- Київ, 2018.- 4 с. (Інформ. лист / НІФП НАМНУ).
4. Глобальна стратегія лікування та профілактики бронхіальної астми. Перегляд 2020 р.
5. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Бронхіальна астма», Київ, НАМН Україна, 2020 р.

Тема 14. Пневмонії

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.

Класифікація пневмоній враховує умови виникнення захворювання, особливості інфікування тканини легень, а також стану імунної реактивності організму. За цією класифікацією виділяють такі види пневмоній: негоспітальну (позалікарняну, амбулаторну); нозокоміальну (госпітальну); аспіраційну пневмонію; пневмонію в осіб із тяжкими дефектами імунітету (уроджений імунодефіцит, ВІЛ-інфекція, ятрогенна імуносупресія).

Негоспітальна пневмонія – гостре захворювання, що виникло в позалікарняних умовах та супроводжується симптомами інфекції нижніх дихальних шляхів (гарячка, кашель, виділення мокротиння, біль у грудях, задишка) і рентгенологічними ознаками вогнищево-інфільтративних змін у легенях.

Госпітальна пневмонія – захворювання, що характеризується появою на рентгенограмі нових вогнищево-інфільтративних змін у легенях через 48 годин і більше після госпіталізації у поєднанні з клінічною симптоматикою, яка підтверджує їх інфекційну природу (нова хвиля гарячки, гнійне харкотиння або гнійне виділення із трахеобронхіального дерева, лейкоцитоз та ін.), за винятком інфекцій, що були в інкубаційному періоді на момент прийняття хворого до стаціонару.

Захворюваність **пневмонією** складає у середньому 10-13,8 випадків на 1000 населення. Серед осіб старше 50 років захворюваність на пневмонію зростає і становить 17 на 1000 осіб. Пневмонія займає 4-те місце за смертністю після серцево-судинних захворювань, злоякісних новоутворень, травм і отруєнь. За останні 30 років летальність від пневмоній зросла від 1 до 9 %, а при тяжких ускладнених пневмоніях у відділеннях реанімації вона досягає 40-50%. Таким чином, незважаючи на постійно зростаючу кількість нових антибактеріальних препаратів, зберігається високий рівень летальності від пневмоній. Тому проблема діагностики та

диференційованої терапії пневмонії є актуальною і потребує детального вивчення, що дозволить лікарю підвищити ефективність лікування.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на пневмонію.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Найбільш поширені етіологічні фактори. Класифікацію. Клінічні прояви і їх особливості при негоспітальній, нозокоміальній, аспіраційній пневмонії та пневмонії в осіб з тяжкими дефектами імунітету. Зміни інструментальних і лабораторних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення (синдром поліорганних уражень, респіраторний дистрес-синдром та дихальну недостатність). Диференційоване лікування. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів дихання.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в пульмонології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Скласти план обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях органів дихання.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності.
- Обґрунтовувати необхідність виконання плевральної пункції.
- Виконувати пікфлуометрію.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно:

- | | |
|-----------------------------|--------------------|
| А. Бактеріальної етіології. | Г. Мікоплазмової. |
| Б. Вірусної. | Д. Легіонельозної. |
| В. Хламідійної. | |

2. У сучасній класифікації, що враховує умови виникнення захворювання, особливості інфікування легень, а також стан імунної реактивності організму хворого найчастіше поширена пневмонія:

- | | |
|-------------------|--|
| А. Негоспітальна. | Б. Нозокоміальна. |
| В. Аспіраційна. | Г. В осіб з тяжкими порушеннями імунітету. |

3. В основу поділу пневмоній на негоспітальні і госпітальні покладено:

- | | |
|------------------------------------|---|
| А. Тяжкість перебігу захворювання. | Г. Оточення, в якому розвинулась пневмонія. |
| Б. Супутню патологію. | Д. Етіологічні чинники. |
| В. Вікові особливості. | |

4. Залежно від тяжкості перебігу захворювання пневмонії поділяють на:

- | | |
|------------------------|-----------------------|
| А. З легким перебігом. | Г. Усі вище названі. |
| Б. Середньотяжким. | Д. Нетяжким і тяжким. |
| В. Тяжким. | |

5. Шляхами інфікування, що найчастіше зумовлюють розвиток пневмонії, вважають:

- | |
|---|
| А. Аспірацію вмісту ротоглотки. |
| Б. Вдихання аерозолі, що містить мікроорганізми. |
| В. Гематогенне поширення мікроорганізмів з позалегенового вогнища інфекції. |

Г. Безпосереднє поширення інфекції з уражених тканин сусідніх органів, або внаслідок інфікування під час проникних поранень грудної клітки.

Д. Всі вищеназвані.

6. Клінічну картину пневмонії у переважної частини хворих визначають такі чинники, як:

А. Етіологічний (властивості збудника).

Г. Об'єм ураженої легені.

Б. Локалізація процесу.

Д. Стать хворого.

В. Вік пацієнта і наявність супутніх захворювань.

7. Утворення порожнин розпаду в легенях є характерним для:

А. Пневмококкової пневмонії.

Г. Стафілококкової етіології, аеробів і анаеробів.

Б. Мікоплазмової пневмонії.

Д. Усіх перелічених.

В. Хламідійної пневмонії.

8. Діагностика нетяжкого перебігу пневмонії ґрунтується на виявленні основних симптомів, крім одного, який не є обов'язковим:

А. Загальних симптомів (слабкість, гарячка).

Б. Локальних респіраторних симптомів (кашель, харкотиння, задишка, болі).

В. Фізикальних даних.

Г. Вогнищево-інфільтративних змін при рентгенографії ОГК у 2 проекціях.

Д. Мікробіологічного дослідження матеріалу, отриманого з вогнища інфекції.

9. Діагноз негоспітальної пневмонії є визначеним у хворого рентгенологічно підтвердженій вогнищевої інфільтрації легеневої тканини та не менше 2 клінічних критеріїв:

А. Гострий початок захворювання з температурою тіла $>38^{\circ}\text{C}$.

Б. Кашель з виділенням мокротиння.

В. Наявність фізикальних ознак (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, дрібнопухирцеві хрипи та/або крепітація).

Г. Лейкоцитоз $>10 \cdot 10^9/\text{л}$ та/або паличко-ядерний зсув $>10\%$.

Д. Всі вищезгадані.

10. За відсутності або неможливості отримання рентгенологічного підтвердження вогнищевої інфільтрації в легенях діагноз негоспітальної пневмонії є:

А. Малоймовірним.

В. Неточним/невизначеним.

Б. Достовірним.

Г. Правильна відповідь не вказана.

Відповіді на контрольні питання

1 – А.

2 – А.

3 – Г.

4 – Д.

5 – А.

6 – В.

7 – Г.

8 – Д.

9 – Д.

10 – В.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “пневмонія”. Сучасна класифікація пневмоній.

2. Назвати сучасне уявлення про етіологію та патогенез пневмоній.

3. Значення методів фізикального обстеження хворих на пневмонію.

4. Значення методів лабораторного та інструментального обстеження хворих на пневмонію.

5. Назвати діагностичні критерії негоспітальної пневмонії.

6. Назвати критерії тяжкого перебігу негоспітальної пневмонії.

7. Назвати критерії, що характеризують I, II, III, IV групи хворих на негоспітальну пневмонію.

8. Диференційна діагностика пневмоній.

9. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією I групи, і їх фармакотерапевтичні характеристики.

10. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією II групи, і їх фармакотерапевтичні характеристики.

11. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією III групи, і їх фармакотерапевтичні характеристики.

12. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією IV групи, і їх фармакотерапевтичні характеристики.

13. Назвати антибіотики, що є альтернативними у хворих I, II, III, IV груп негоспітальною пневмонією, і їх фармакологічні характеристики.

14. Назвати діагностичні критерії госпітальної пневмонії.

15. Лікування та прогноз при внутрішньолікарняних пневмоніях.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на пневмонії	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
3. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Алгоритм етіологічної діагностики гострих негоспітальних інфекцій нижніх дихальних шляхів .- Київ, 2018.- 4 с. (Інформ. лист / НІФП НАМНУ).
2. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. - Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. - Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. - 94 с.
3. Наказ МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» «Пульмонологія». – Київ, 2013. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html
4. Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/140712/pnevmotsistna-pnevmoniya-onovleni-klinichni-rekomendatsiyi-2019-roku>

Тема 15. Плеврити та плевральний випіт

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Плеврит – це запальне захворювання плеври з утворенням на її поверхні фібрину або накопиченням у плевральній порожнині ексудату. Втягнення плеври до патологічного процесу спостерігається більш ніж при 80 захворюваннях і проявляється двома клінічними варіантами: сухим (фібринозним) плевритом та синдромом плевального випоту.

Залежно від етіології всі плеврити можна поділити на дві групи: інфекційні та неінфекційні (асептичні).

Інфекційні плеврити зумовлені впливом інфекційних агентів: бактерій (пневмокок, стрептокок, стафілокок, гемофільна паличка, клебсієла, синьогнійна паличка та ін.), мікобактерій туберкульозу, грибів, паразитів, вірусів. Найбільш часто інфекційні плеврити спостерігаються при пневмоніях різної етіології, туберкульозі, рідше – при гнійно-запальних процесах (абсцес легень, піддіафрагмальний абсцес, інфаркт легень, медіастиніт).

Неінфекційні плеврити спостерігаються при: злоякісних пухлинах, системних захворюваннях сполучної тканини, системних васкулітах, травмах грудної клітки, ТЕЛА, гострому панкреатиті, інфаркті міокарда, хронічній нирковій недостатності, геморагічних діатезах.

Незважаючи на широкий діагностичний арсенал, доступний сучасному лікарю, приблизно у 20 % випадків етіологія плеврального випоту залишається не встановленою навіть після обстеження у стаціонарі (до цього числа входять 15 % із можливо наявною етіологією та 5% становлять ідіопатичні плеврити). Синдром плеврального випоту діагностується приблизно у 10 % хворих пульмонологічного профілю. Захворювання, що проявляються плевральним випотом різноманітні. Так, при ТЕЛА майже у 30-50 % хворих виникає плеврит, системному червоному вовчаку – 50 %, при панкреатиті – до 10 %, при цирозі печінки - у 5 %, при пневмонії - майже 40 %. Виникнення випоту є несприятливою ознакою перебігу основного захворювання, що диктує необхідність зміни стратегії лікування.

Тому тема „Плеврити” є актуальною і потребує детального вивчення.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на плеврити та плевральний випіт.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологічні фактори. Класифікацію. Клінічні прояви, зміни інструментальних і лабораторних даних і їх особливості залежно від форми (сухий, ексудативний) та етіології. Диференційний діагноз. Ускладнення. Показання до плевральної пункції та дренування плевральної порожнини. Лікування. Первинну і вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів дихання.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в пульмонології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Скласти план обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях органів дихання.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності.
- Обґрунтовувати необхідність виконання плевральної пункції.
- Виконувати пікфлуометрію.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Які захворювання може ускладнювати ексудативний плеврит?

- | | |
|---|-----------------------|
| А. Туберкульоз легенів. | Г. Лімфогранулематоз. |
| Б. Неспецифічні запальні процеси в легенях. | Д. Усі захворювання. |
| В. Системний червоний вовчак. | |

2. Геморагічна рідина у плеврі з'являється при:

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| А. Туберкульозі. | Г. Емпіємі плеври. |
| Б. Після грипу. | Д. Недостатності кровообігу. |
| В. Бластоматозних процесах. | |

3. Рідина в плевральній порожнині веде до:

- | | |
|--|--------------------------------------|
| А. Зміщення органів середостіння у хворий бік. | Г. Високого стояння діафрагми. |
| Б. Посилення дихальних шумів. | Д. Відсутності голосового тремтіння. |

В. Втягування міжреберній під час вдиху.

4. Швидке накопичення рідини в порожнині плеври – це типова ознака чого?

А. Хронічної недостатності кровообігу.

Г. Аденокарциноми бронха.

Б. Мезотеліоми плеври.

Д. Системного червоного вовчака.

В. Туберкульозу легенів.

5. Простір Траубе відсутній при:

А. Лівосторонньому ексудативному плевриті.

Г. Перфорації виразки шлунка.

Б. Емфіземи легень.

Д. Бронхоектазіях.

В. Гіпертрофії правого шлуночка серця.

6. За допомогою яких методів можна ефективно виявити невеликі об'єми рідини в плевральній порожнині?

А. Рентгенологічного.

Г. Фізикального обстеження.

Б. Бронхоскопії.

Д. Ультразвукового.

В. Голкової біопсії плеври.

7. Що потрібно призначити при ускладненні гострої пневмонії ексудативним плевритом?

А. Антибіотики.

Г. Електрофізіологування.

Б. Кисневу терапію.

Д. Дренування плевральної порожнини.

В. Бутадіон.

8. Які ознаки характерні для сухого плевриту, крім однієї?

А. Кашель.

Г. Задишка.

Б. Біль у грудній клітці при диханні.

Д. Підвищення температури тіла.

В. Шум тертя плеври.

9. Для ексудату у порівнянні з трансудатом характерні такі ознаки, крім однієї:

А. Позитивна проба Рівальти.

Б. Щільність менше 1,015.

В. Відношення кількості білка в плевральній рідині до його кількості у сироватці крові більше 0,5.

Г. Кількість білка більше 30 г/л.

Д. Рівень ЛТД у плевральній рідині перевищує $\frac{2}{3}$ її активності у сироватці крові.

10. Для якого захворювання характерно переважання лімфоцитів у плевральній рідині?

А. Інфікування плеврального випоту.

Г. Хіліозного плевриту.

Б. Системного червоного вовчака.

Д. Тромбоемболії легеневої артерії.

В. Туберкульозу.

Відповіді на контрольні питання

1 – Д.

2 – В.

3 – Д.

4 – Б.

5 – А.

6 – Д.

7 – Д.

8 – Г.

9 – Б.

10 – В.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “плеврит”.

2. Класифікація плевритів.

3. Етіологія плевритів.

4. Патогенез плевритів.

5. Особливості клінічних проявів сухого плевриту.

6. Клініка ексудативного плевриту.

7. Зміни даних фізикальних методів дослідження в динаміці залежно від етіології, характеру тяжкості перебігу плевритів.

8. Зміни даних інструментальних методів дослідження в динаміці залежно від етіології, характеру тяжкості перебігу плевритів.

9. Зміни даних лабораторних методів дослідження в динаміці залежно від етіології, характеру тяжкості перебігу плевритів.

10. Діагностичні критерії плевритів.

11. Диференційна діагностика плевритів.

12. Диференційоване лікування плевритів.

13. Плевральна пункція – техніка, показання до проведення, ускладнення.

14. Емпієма плеври – етіологія, клінічні прояви, лабораторна та інструментальна діагностика.

15. Лікування емпієми плеври, показання до хірургічного лікування.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на плеврити та плевральний випіт	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.

3. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Наказ МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» «Пульмонологія». – Київ, 2013. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html

Тема 16. Інфекційно-деструктивні захворювання легень та легенева недостатність

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Гнійні захворювання легенів відомі з часів Гіппократа, проте виділив їх в особливу клінічну групу Лаеннек (1819 р.), який вже в ті роки розрізняв абсцес і гангрену легенів. У даний час до гнійних захворювань легенів відносять абсцес та гангрену легенів, а також гангренозний абсцес, що розглядається як проміжна форма гнійного запалення. Основним морфологічним субстратом при гнійних захворюваннях легенів є некроз тканини легенів з подальшим розпадом. Розвитку гнійного захворювання легенів сприяють: інфекційне запалення тканини легенів; порушення прохідності бронхіального дерева; припинення кровотоку в осередку запалення.

Виникнення абсцесу легень пов'язують насамперед з анаеробними збудниками (*Bacteroides* spp., *Fusobacterium nucleatum*, *Pepto-streptococcus* spp. та ін.), досить часто - з ентеробактеріями (перш за все *Clebsiella pneumoniae* внаслідок аспірації вмісту ротоглотки) або *S. aureus*. У 50% випадків з порожнини абсцесу (матеріал трансторакальної тонкоглкової аспіраційної біопсії) виділяють асоціації анаеробних і аеробних мікроорганізмів. Досить рідко трапляються стрептококи і гемофільна паличка.

Останніми роками певну увагу приділяють приєднанню до мікробної флори респіраторних вірусів. Так, вірус грипу не тільки вражає епітелій бронхів, але й порушує їх дренажну функцію. Розвитку некробіотичних і некротичних змін у легеневій паренхімі сприяє і тромбоз легеневих судин, що часто виникає при грипозних пневмоніях. Значно меншу роль в етіології легеневих нагноєнь відіграють прості гриби.

Бронхоектатична хвороба (БЕХ) - набуте (у ряді випадків уроджене) захворювання, що характеризується хронічним гнійним процесом у незворотно змінених (розширених,

деформованих) і функціонально неповноцінних бронхах переважно нижніх відділів легень.

Найбільш обґрунтованим можна вважати погляд на БЕХ як на регіонарне розширення бронхів, як правило, 4-6-го порядку, яке перевищує просвіт нормального в 2 рази і більше, і що виникає, як правило, у віці від 3 до 18 років і проявляється хронічним ендобронхіальним нагноєнням. Причини, які обумовлюють виникнення БЕХ, остаточно не встановлені. У перші десятиліття XX століття була поширена думка про переважно уроджену природу БЕ. Однак у подальшому було доведено, що в більшості випадків проявляється постнатальне порушення диференціювання бронхіального дерева під впливом бронхолегеневої інфекції.

Під терміном „cor pulmonale” розуміють зміни у правих відділах серця у результаті тривалого захворювання легень, що призводять до дихальної недостатності та легеневої гіпертензії. 50 % причин розвитку хронічного легеневого серця (ХЛС) є ХОЗЛ. Поява клінічних ознак ХЛС відбувається при редукції загальної площі капілярів на 5-10 %; скорочення її на 15-20 % призводить до вираженої гіпертрофії правого шлуночка; зменшення поверхні легених капілярів більше ніж на 30 % призводить до декомпенсації легеневого серця.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на нагнійні захворювання легень.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати:

Бронхоектатична хвороба, абсцес та гангрена легень

Визначення. Фактори, які сприяють розвитку. Клініку, діагностику різних варіантів. Значення рентгенологічного та ендоскопічного дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Показання до хірургічного лікування. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Легенева недостатність.

Визначення. Класифікацію. Причини виникнення. Особливості клінічного перебігу різних форм. Діагностику, роль дослідження функції зовнішнього дихання. Диференційний діагноз. Лікувальну тактику. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів дихання.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в пульмонології, визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Скласти план обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях органів дихання.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності.
- Обґрунтовувати необхідність виконання плевральної пункції.
- Виконувати пікфлоуметрію.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті.

1. Етіологічними збудниками абсцесу легені частіше бувають:

- | | |
|----------------|---------------|
| А. Стрептокок. | Г. Пневмокок. |
| Б. Віруси. | Д. Хламідії. |
| В. Стафілокок. | |

2. Шляхами проникнення мікроорганізмів у легеневу тканину частіше бувають:

- А. Лімфогенний. Г. Бронхогенний.
Б. Гематогенний. Д. Травматичний.
В. Урогенітальний.

3. Симптом Крюкова, що описується при абсцесі легень, зумовлений:

- А. Відставанням хворої половини грудної клітки при диханні.
Б. Посилення голосового треміння.
В. Біль при пальпації по ходу міжреберних проміжків.
Г. Притуплення перкуторного звуку над зоною ураження.
Д. Посилення бронхофонії.

4. Перший період (формування абсцесу) триває в середньому:

- А. 3-5 днів. Г. 16-20 днів.
Б. 7-10 днів. Д. 21-25 днів.
В. 12-15 днів.

5. Хронічний перебіг абсцесу трапляється у :

- А. 5-10% хворих. Г. 20-25% хворих.
Б. 10-15 % хворих. Д. 25-30% хворих.
В. 15-20% хворих.

6. Ускладненнями абсцесу легень є всі, крім одного:

- А. Гнійного плевриту. Г. Формування нових абсцесів.
Б. Піопневмотораксу. Д. Гострої серцевої недостатності.
В. Легеневої кровотечі.

7. Умовами отримання трьох прошарків мокротиння при абсцесі легень є:

- А. Чиста скляна посудина. Г. Тривалий застій мокротиння.
Б. Зберігання мокротиння в холоді. Д. Все разом взяте.
В. Приймання бронхолітиків пацієнтом.

8. Бронхоектазії є основним морфологічним субстратом бронхоектатичної хвороби і утворюються в результаті бронхолегеневих інфекцій:

- А. Бактеріальної природи. Г. Мікоплазмової.
Б. Вірусної. Д. Хламідійної.
В. Грибкової.

9. Залежно від характеру розширення бронхів виділяють бронхоектазії, одну з яких названо неправильно:

- А. Циліндричні. Г. Змішані.
Б. Мішечкуваті. Д. Конусоподібні.
В. Веретеноподібні.

10. Найбільш частим ускладненням бронхоектатичної хвороби є:

- А. Кровохаркання. Г. Вторинний хронічний бронхіт.
Б. Амілоїдоз нирок. Д. Абсцес легень.
В. Астматичний компонент.

Відповіді на контрольні питання

- 1 – В. 2 – Г. 3 – В. 4 – Б. 5 – В.
6 – Д. 7 – Г. 8 – Б. 9 – Д. 10 – Г.

Основні теоретичні питання теми

1. Які етіологічні чинники частіше зумовлюють абсцес легень?
2. Яка існує класифікація абсцесу легень?
3. Описати період формування абсцесу.
4. Описати період розриву порожнини абсцесу.
5. Описати ускладнення абсцесу.
6. Скласти план лікування абсцесу.
7. Етіологічні чинники та умови виникнення гангрени легень.
8. Критерії діагнозу гангрени легень.
9. Терапевтичні можливості лікування гангрени легень.
10. Показання та методи хірургічного лікування гангрени легень.
11. Дати визначення бронхоектатичної хвороби. Що таке первинні і вторинні бронхоектази?

12. Яка сутність етіології бронхоектатичної хвороби?
13. Яка сутність класифікації бронхоектатичної хвороби і критерії діагностики?
14. Назвати програму лікування бронхоектатичної хвороби.
15. Які показання до оперативного лікування хворих з бронхоектазами?

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на інфекційно-деструктивні захворювання легень та легеневу недостатність	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Внутрішні хвороби: у 2 частинах. Частина 1. Розділи 1-8: підручник /Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін. – 2019р. вид-во «Медицина» - 680с.
3. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб [Текст] : навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

Рекомендована література

1. Ефективність застосування різних способів парієтальної плевректомії при запальних процесах в плеврі. - Київ, 2017. - 20 с.
2. Наказ МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» «Пульмонологія». – Київ, 2013. Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html

Тема 17. Анемії (залізодефіцитна, В₁₂-дефіцитна, фолієводефіцитна, гемолітична, апластична, постгеморагічна)

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. У наш час захворюваність на анемії зростає, вона у більшості випадків супроводжує та погіршує прогноз багатьох хронічних та онкологічних захворювань.

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – анемія, що зумовлена дефіцитом заліза у сироватці крові, кістковому мозку, депо. Люди, що страждають прихованим дефіцитом заліза і ЗДА складають 15-20 % населення Землі. Найбільш ЗДА поширена серед дітей, підлітків, жінок репродуктивного віку, літніх людей.

Мегалобластичні анемії – це група анемій, зумовлених порушенням синтезу ДНК у еритрокаріocyтах внаслідок дефіциту вітаміну В₁₂ і/або фолієвої кислоти та характеризуються мегалобластичним типом кровотворення.

Розвиток захворюваності припадає переважно на вік 60-70 років. За даними Herbert, у віці 30-40 років захворювання трапляється з частотою 1 випадок на 5000 чоловік, у віці 60-70 років – 1 на 200 чоловік. За даними Carmell, серед населення країн Європи частота В₁₂-дефіцитної анемії складає 0,1 %, а серед людей похилого віку – 1 %.

Клінічна картина В₁₂-дефіцитної анемії характеризується ураженням трьох систем: травної, кровотворної, нервової.

Джерелом фолієвої кислоти, головним чином, є свіжі овочі і фрукти, у значно меншій кількості – м'ясо і молочні продукти. При кулінарній обробці руйнується до 50 % фолієвої кислоти. Фолієва кислота всмоктується у здухвинній кишці, її запасів вистачає на 3-5 місяців, тому зниження її вживання з їжею або порушення її всмоктування швидко призводить до розвитку фолієводефіцитної мегалобластичної анемії.

Гемолітичні анемії є спадкові, що поширені з частотою 2,2 випадки на 10 000 населення у популяції та набуті. Набуті гемолітичні анемії підрозділяють на: імунні гемолітичні анемії (поширеність 1:500 000 населення), травматичні (частіше при протезованому клапані), мікроангіопатичні анемії (частіше це гемоліко-уремічний синдром, який у 45-60 % випадків закінчується летально), гемолітичні анемії, зумовлені впливом хімічних речовин, токсинів (при малярії, клостридіальному сепсисі, холері, сальмонельозі, бактеріальній септицемії; укусах павуків, змій, бджіл), фізичних факторів (при тяжких опіках перші 24-48 годин може бути знищено приблизно 30 % еритроцитів, що зумовлено впливом високих температур). Пароксизмальна нічна гемоглобінурія трапляється з частотою 2 випадки на 1 млн. населення.

Апластична анемія – це панцитопенія різного ступеня вираження на фоні зниженої клітинності кісткового мозку, що не супроводжується гепатоспленомегалією, при відсутності мієлофіброзу, гострого лейкозу або мієлодиспластичного синдрому. Це найбільш доречне визначення аластичної анемії, що має більш вагоме клініко-діагностичне значення. Захворювання трапляється з частотою 5-10 випадків на 1 млн населення на рік. Патоморфологічну основу його складає скорочення активного кровотворного кісткового мозку і заміщення його жировою тканиною.

Незважаючи на досить невелику захворюваність населення цими видами анемії тема є важливою і потребує детального вивчення.

Своєчасне виявлення анемії попереджує складні зміни кровотворної тканини та організму, зменшує тимчасову непрацездатність населення. Диспансеризація хворих на анемії входить до обов'язків дільничного терапевта та гематолога поліклініки.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на анемії.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологічні фактори та патогенез. Механізми внутрішньосудинного та внутрішньоклітинного гемолізу. Особливості клініки та лабораторної діагностики різних форм. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування різних форм. Переливання компонентів крові та компонентів. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із основними захворюваннями крові та кровотворних органів.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гематології, показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Скласти план обстеження хворих з основними захворюваннями крові та кровотворних органів.

- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити ендійну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Діагностувати та надавати допомогу при кровотечах внаслідок захворювань крові та кровотворних органів.
- Визначати групу крові.
- Переливати компоненти крові та кровозамінники.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті.

1. Добова потреба в залізі у їжі здорової людини становить:

- A. 2 мг.
Б. 5 мг.
В. 1-1,5 мг.
Г. 12 мг

2. Зниження якого показника важливе для діагностики залізодефіцитної анемії?

- А. Зниження гематокриту.
Б. Зниження кольорового показника.
В. Зниження кількості лейкоцитів
Г. Зниження гемоглобіну

3. Серед клінічних симптомів залізодефіцитної анемії не спостерігаються:

- А. Глосит.
В. Жовтяниця.

4. Серед клінічних симптомів В₁₂-дефіцитної анемії дуже рідко трапляється:

- А. Жовтяниця.
В. Глосит.
Б. Субфебрильна температура.
Г. Облисіння.

5. Який найбільш ефективний метод лікування гострої постгеморагічної анемії тяжкого ступеня?

- А. Введення желатину.
Б. Внутрішньовенне введення препаратів заліза.
В. Трансфузії цільної крові.
Г. Гемотрансфузія еритромаси

6. У кого частіше спостерігається анемія внаслідок дефіциту фолієвої кислоти?

- А. У молодих жінок.
Б. У дитячому віці.
В. У чоловіків.
Г. У осіб обох статей старших 40 років

7. Які найбільш характерні біохімічні зміни при гемолітичних анеміях?

- А. Збільшення рівня загального білірубіну та прямого білірубіну.
Б. Збільшення рівня АЛ, АСТ.
В. Збільшення рівня загального білірубіну та непрямого білірубіну.
Г. Збільшення рівня загального білірубіну прямого та непрямого білірубіну, але переважає рівень непрямого білірубіну.

8. У якій добовій дозі призначають преднізолон для лікування аутоімунної гемолітичної анемії?

- A. 0,5 мг/кг на добу.
B. 1 мг/кг на добу.
- Б. 2 мг/кг на добу.
Г. 3 мг/кг на добу

9. Цитостатичні препарати для лікування аутоімунної гемолітичної анемії вміщують все, крім :

- А. Циклофосфану.
В. Імурану.

10. Препаратами першого ряду для лікування апластичної анемії є:

- A. Імуран.
B. Сандимун.
- B. Преднізолон.
Г. Антілімфоцитарний глобулін

Відповіді на контрольні питання

- | | | | | |
|------------|--------|--------|--------|---------|
| 1 – Б. | 2 – Б. | 3 – Б. | 4 – Г. | 5 – Б. |
| 6 – А и Б. | 7 – Г. | 8 – Б. | 9 – Г. | 10 – Б. |

Основні теоретичні питання теми

1. Класифікація анемій. Етіологія та патогенез залізодефіцитної анемії.
2. Клінічні прояви залізодефіцитної анемії.
3. Лабораторна діагностика ЗДА. Діагностичні критерії ЗДА.
4. Основні принципи лікування ЗДА. Профілактика ЗДА.
5. Дати визначення терміна “В₁₂- фолієводефіцитна анемія”. Етіологія та патогенез В₁₂- фолієводефіцитної анемії.
6. Клінічна картина В₁₂- фолієводефіцитної анемії.
7. Лабораторна та інструментальна діагностика В₁₂- фолієводефіцитної анемії. Діагностичні критерії В₁₂- фолієводефіцитної анемії.
8. Лікування В₁₂- фолієводефіцитної анемії. Профілактика В₁₂- фолієводефіцитної анемії.
9. Поняття, етіологія та патогенез гемолітичної та апластичної анемії.
10. Клінічні прояви та ускладнення гемолітичних та апластичних анемій.
11. Лабораторна діагностика гемолітичних та апластичних анемій.
12. Лікування гемолітичних анемій та апластичних і їх профілактика.
13. Диференційна діагностика апластичної анемії та гемолітичних анемій.
14. Клінічні прояви та ускладнення постгеморагічних анемій.
15. Лікування постгеморагічних анемій.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на анемії	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.

2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. / Л. О. Дудченко, Г. А. Фадєєва, В. В. Качковська, О. В. Орловський ; за заг. ред. Л.Н. Приступи. – Суми : СумДУ, 2019. – 55 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

4. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності "Гематологія" – Київ, 2010. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0647282-10>

5. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Залізодефіцитна анемія». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20151102_0709.html

6. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 «Клінічний протокол медичної допомоги хворим на фолієво-дефіцитну анемію». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_647.html

Тема 18. Гострі та хронічні лейкемії

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Захворюваність на різні види лейкозів у цілому становить приблизно 13 випадків на 100 тис. населення на рік, частіше хворіють особи чоловічої статі. Кількість хворих на гемобластози в останній час збільшується. Своєчасна діагностика та вибір сучасної програми лікування хворих продовжує активне життя.

Гемобластози – пухлинні захворювання системи крові. Їх характерною ознакою є системність ураження органів кровотворення; пригнічення нормального кровотворення, і перш за все того ростка, що став джерелом пухлинного росту; неухильно прогресуючий перебіг; пухлинна прогресія; лікувальний ефект від застосування цитостатиків.

Захворюваність на всі види лейкозів становить приблизно 13 випадків на 100 000 населення на рік, причому чоловіки хворіють частіше. Гострим лімфатичним лейкозом хворіють переважно діти і молодь, у той час як гострим і хронічним мієлоїдним лейкозом – люди старшого віку.

Гострі лейкози становлять приблизно 1/3 від гемобластозів. Показник захворюваності у Європі коливається від 3 до 5 випадків на 100 000 населення. При цьому відмічається два піки захворюваності: у віці 3-4 і 60-69. У 79 % випадків гострого лейкозу колонієтвірна функція значно знижена і навіть у період тривалої ремісії (більше 2-3 років) повністю не відновлюється.

Основною клінічною симптоматикою гемобластозів є процеси гіперплазії пухлинної тканини (бластична трансформація кісткового мозку, збільшення лімфатичних вузлів, органів, поява пухлинних інфільтратів і т.ін.) та ознак пригнічення нормального кровотворення (анемія, гранулоцитопенія, тромбоцитопенія). Симптоми розгорнутої фази гемобластозів охоплюють майже всі системи організму. При ефективному лікуванні п'ятирічну ремісію вдається досягти у 10-50 % хворих.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на лейкемії.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікацію. Основні клініко-гематологічні синдроми. Клінічні прояви. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Трансплантацію кісткового мозку. Підтримувальну терапію. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із основними захворюваннями крові та кровотворних органів.
- Обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в гематології, показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань крові та кровотворних органів.

- Скласти план обстеження хворих з основними захворюваннями крові та кровотворних органів.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Діагностувати та надавати допомогу при кровотечах захворювань крові та кровотворних органів.
- Визначати групу крові.
- Переливати компоненти крові та кровозамінники.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Студенти повинні знати: Визначення. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікацію. Основні клініко-гематологічні синдроми. Клінічні прояви. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Трансплантацію кісткового мозку. Підтримувальну терапію. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

- 1. Для лікування інфекційних ускладнень при гострій лейкемії використовують все, крім:**
 - А. Комбінації антибіотиків широкого спектру дії у поєднанні з протигрибковими антибіотиками
 - Б. Антистафілококова терапія (плазма, гама-глобулін)
 - В. Гемодез, реополіглюкін
 - Г. Гемосорбція, плазмаферез
- 2. Для гострої мієлобластної лейкемії характерні наступні симптоми, крім:**
 - А. Збільшення лімфовузлів
 - Б. Виразково-некротичні ураження порожнини рота та зіву
 - В. Анемія
 - Г. Геморагічний діатез
- 3. Загальна маса кісткового мозку у дорослої людини:**
 - А. 2,6 кг
 - Б. 1,5 кг
 - В. 300 г
 - Г. 900 г
- 4. Який тип лейкемії частіше зустрічається після 60 років**
 - А. Гострий лімфобластний
 - Б. Гострий мієлобластний
 - В. Хронічний лімфобластний
 - Г. Хронічний мієлобластний
- 5. До генетичних етіологічних факторів розвитку гострих лейкемій відносять:**
 - А. Іонізуюче випромінювання
 - Б. Статеві гормони
 - В. Хімічні мутагенні агенти
 - Г. Віруси
- 6. Червиний кістковий мозок знаходиться в усіх названих структурах, крім:**
 - А. Діафізах трубчастих кісток
 - Б. Епіфізах трубчастих кісток
 - В. Хребцях
 - Г. Ребрах
- 7. Для якої лейкемії характерна наявність "лейкемічного провалу"?**
 - А. гострі мієлоїдні лейкемії
 - Б. еритремії
 - В. хронічної мієлолейкемії
 - Г. хронічної лімфолейкемії
- 8. Який метод лікування гострих лейкемій є основним?**
 - А. глюкокортикоїди
 - Б. антибіотики
 - В. Монохіміотерапія
 - Г. поліхіміотерапія
- 9. При яких видах терапії може збільшуватись лейкоцитоз?**
 - А. Цитостатиками
 - Б. Променевою терапією
 - В. Кортикостероїдними препаратами
 - Г. Амідопірином
- 10. Яке ускладнення найбільш часте при еритремії**

- А. Тромбози
- Б. Виразки травного тракту
- В. Кровотечі різних локалізацій
- Г. Гостра дихальна недостатність

Відповіді на контрольні питання

- 1 – В. 2 – А. 3 – А. 4 – В. 5 – Б.
6 – А. 7 – А. 8 – Д. 9 – В. 10 – А.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “гостра лейкемія”. Класифікація, етіологія та патогенез розвитку гострих лейкемій.
2. Перерахувати основні клінічні синдроми при гострій лейкемії.
3. Лабораторна діагностика гострої лейкемії.
4. Діагностичні критерії та диференційна діагностика гострої лейкемії.
5. Принципи лікування гострих лейкемій. Що таке повна ремісія гострої лейкемії?
6. Клінічні прояви хронічної мієлолейкемії.
7. Лабораторна діагностика хронічної мієлолейкемії.
8. Діагностичні критерії та диференційна діагностика хронічної мієлолейкемії.
9. Принципи лікування хронічної мієлолейкемії.
10. Лабораторна діагностика та діагностичні критерії хронічної лімфолейкемії.
11. Діагностичні критерії та диференційна діагностика хронічної лімфолейкемії.
12. Принципи лікування хронічної лімфолейкемії.
13. Трансплантація кісткового мозку. Показання та принципи застосування.
14. Основні препарати, які застосовують для поліхіміотерапії.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на гострі та хронічні лейкемії	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. / Л. О. Дудченко, Г. А. Фадєєва, В. В. Качковська, О. В. Орловський ; за заг. ред. Л.Н. Приступи. – Суми : СумДУ, 2019. – 55 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

2. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності "Гематологія" – Київ, 2010. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0647282-10>.

3. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на гостру лімфоїдну лейкемію». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_647.html

4. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на гостру мієлоїдну лейкемію». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_647.html

Тема 19. Лімфоми та мієломна хвороба

Кількість годин: 6.

Актуальність теми. Захворюваність на різні види лейкозів у цілому становить приблизно 8 випадків на 100 тис. населення на рік. Кількість хворих на лімфоми та мієломну хворобу в останній час збільшується. Своєчасна діагностика та вибір сучасної програми лікування хворих продовжує активне життя.

Мієломна хвороба (МХ) (множинна мієлома, генералізована плазмоцитома, хвороба Рустицького-Каллера) – паранеоплазматичний гемобластоз, що характеризується злоякісною пухлинною проліферацією плазматичних клітин одного клону з гіперпродукцією моноклонального імуноглобуліну або вільних моноклональних легких ланцюгів імуноглобулінів, що призводить до руйнування кісткової тканини і пригнічення нормального кровотворення. Частота захворюваності становить 2-4 випадки на 100 000 населення на рік з однаковою частотою для чоловіків і жінок. Більшість хворих мають вік старше 40 років.

Клінічна картина МХ зумовлена множинними вогнищами деструкції кісток черепа, ребер, тазу, хребта на фоні загального остеопорозу, що часто призводить до переломів. Циркуляція у крові великої кількості паранеоплазматичного (продукту життєдіяльності мієломних клітин) сприяє: підвищенню в'язкості крові, що призводить до порушень зору, пам'яті; зниженню активності факторів згортання крові - до кровотеч; амілоїдозу органів, у т.ч. нирок - до ниркової недостатності. МХ супроводжується вторинним імунодефіцитом.

Прогноз при МХ незадовільний. Тривалість життя хворих на МХ залежить від темпів розвитку пухлини, ефективності лікування та характеру ускладнень. У пацієнтів з ІА стадією тривалість життя в середньому – 5 років, ІА, ІВ - 4,3 року, ІІА – 2,5 року, ІІВ – приблизно 1 року.

Загальна мета – уміти поставити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворих на лімфоми та мієломну хворобу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення та класифікацію. Ходжкінські та неходжкінські лімфоми. Клінічні прояви та їх особливості при різних варіантах перебігу. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із основними захворюваннями крові та кровотворних органів.
- Обґрунтовувати використовуються основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що застосовуються в гематології, показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.

- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Скласти план обстеження хворих з основними захворюваннями крові та кровотворних органів.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Діагностувати та надавати допомогу при кровотечах внаслідок захворювань крові та кровотворних органів.
- Визначати групу крові.
- Переливати компоненти крові та кровозамінники.
- Демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Мієломна хвороба – злоякісна хвороба, яка виникає в результаті мутації клітини, яка виникає з системи. З якої саме?

- | | |
|------------------|------------------|
| А. Т-лімфоцитів. | Б. В-лімфоцитів. |
| В. Гранулоцитів | Г. Тромбоцитів. |

2. При якій формі лейкозу може бути масивна протеїнурія?

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| А. Еритремії. | Б. Гострому лейкозі. |
| В. Хронічному лімфолейкозі. | Г. Мієломній хворобі |

3. Який основний критерій діагностики мієломної хвороби?

- А. Висока ШОЕ, лейкоцитоз, болі в кістках, суглобах.
 Б. Парапротеїнемія, наявність плазматичних клітин у кістковому мозку більше за 15%.
 В. Анемія, тромбоцитопенія, болі в кістках.
 Г. Деструкція в плоских кістках.

4. До найменш поширених варіантів мієломної хвороби відносять:

- | | |
|----------------------|----------------------|
| А. Мієлому типу IgA | Б. Мієлому типу IgB. |
| В. Мієлому типу IgD. | Г. Мієлому типу IgE |

5. При мієломній хворобі спостерігається:

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Екскреція легких ланцюжків білків. | 5. Гіперурікемія. |
| 2. Екскреція важких ланцюжків білків. | 6. Відкладення депозитів амілоїдозу. |
| 3. Порушення функції нирок. | 7. Підвищення в'язкості крові. |
| 4. Гіперкальціємія. | 8. Інфекційні ускладнення. |

Виберіть правильні відповіді:

- А. Правильні 1-4.
 Б. Правильні 2-5.
 В. Правильні 1-8.
 Г. Правильні 1, 3-8

6. Для мієломної хвороби характерно:

- А. Нормохромна анемія.
 Б. Нейтропенія.
 В. Тромбоцитопенія.
 Г. Нормохромна анемія, нейтропенія, тромбоцитопенія.

7. Остеолітичний синдром хребців супроводжується такими ознаками, крім:

- | | |
|---------------------------------------|-----------------------|
| А. Компресії спинного мозку. | Б. Радикального болю. |
| В. Порушення функції тазових органів. | Г. Полінейропатії |

8. Основними клінічними проявами мієломної хвороби є всі, крім:

А. Болі у кістках. Б. Перелому кісток.
В. Ураження нирок. Г. Лімфаденопатії

9. Для гіперкальціємії характерні всі нижченаведені симптоми, крім одного:

А. Нудоти. Б. Блювання.
В. Відсутності апетиту. Г. Сонливості

10. При якому лейкозі частіше підвищується загальний білок крові?

А. Гострому лейкозі.
Б. Хронічному мієлолейкозі.
В. Хворобі Вальденстрема.
Г. Еритремії

Відповіді на контрольні питання

1 – А. 2 – Г. 3 – Б. 4 – А. 5 – Г.
6 – В. 7 – Б. 8 – Д. 9 – В. 10 – Д.

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «мієломна хвороба». Етіологія та патогенез мієломної хвороби.
2. Клінічні прояви мієломної хвороби.
3. Лабораторна та інструментальна діагностика мієломної хвороби.
4. Стадії мієломної хвороби.
5. Діагностичні критерії мієломної хвороби.
6. Диференційна діагностика мієломної хвороби з макроглобулінемією Вальденстрема.
7. Принципи лікування мієломної хвороби.
8. Основні препарати для лікування мієломної хвороби.
9. Променева терапія мієломної хвороби.
10. Визначення та класифікація лімфом. Ходжкінські та неходжкінські лімфоми.
11. Клінічні прояви та їх особливості при різних варіантах перебігу лімфом.
12. Критерії діагнозу лімфом.
13. Диференційний діагноз лімфом.
14. Ускладнення лімфом.
15. Принципи лікування та профілактика лімфом.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната
2	Тематичний розбір хворих на лімфоми та мієломну хворобу	200	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.

3. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. / Л. О. Дудченко, Г. А. Фадєєва, В. В. Качковська, О. В. Орловський ; за заг. ред. Л.Н. Приступи. – Суми : СумДУ, 2019. – 55 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.

2. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності "Гематологія" – Київ, 2010. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0647282-10>.

3. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 710 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Множинна мієлома». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0710282-15>

Тема 20. Тромбоцитопенічна пурпура та гемофілія

Кількість годин: 4.

Актуальність теми. Основне місце серед захворювань системи кровотворення займають геморагічні діатези. До геморагічних діатезів відносять різні захворювання, при яких відзначаються порушення в складному механізмі гемостазу, що клінічно проявляється крововиливами під шкіру та слизові оболонки. У наш час захворюваність на геморагічні діатези постійно збільшується. Це призводить до значного економічного і соціального збитку, тимчасової втрати працездатності, інвалідності пацієнтів, великих матеріальних затрат на лікування, психологічного дискомфорту пацієнтів.

Геморагічні діатези (ГД) – група захворювань, що характеризується підвищеною кровоточивістю. Виділяють ГД, зумовлені патологією судинної стінки (геморагічна телеангіоектазія (хвороба Рандю-Ослера), васкуліти (геморагічний васкуліт Шенлейна-Геноха, мікроскопічний поліангіїт, есенціальний кріоглобулінемічний)), патологією тромбоцитарного ланцюга гемостазу (тромбоцитопенії (тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа)) і тромбоцитопатії (хвороба Глянцмана)), дефіцитом плазмового фактора згортання (гемофілія, хвороба фон Віллебранда).

Хвороба Рандю-Ослера спостерігається з частотою 1 випадок на 50 000 населення за даними Guttmacher, а за даними McKinnon, Upton – 1 – на 16 500 населення. Симптоматика захворювання у вигляді кровотеч проявляється у ранньому дитинстві і зберігається протягом життя, але шкірні прояви хвороби з'являються у віці 20-40 років. У 90 % хворих спостерігаються носові кровотечі, що часто повторюються.

Найбільш поширеною формою системного васкуліту є геморагічний васкуліт. Захворювання може розвинути у будь-якому, але частіше у дітей 5-14 років. За даними Stewart, геморагічний васкуліт спостерігається з частотою 13,5 на 100 000 дітей, а за даними Мазуріна А.М. – 23-25 на 10 000 дітей.

Неонатальна тромбоцитопенічна пурпура (ТП), виникнення якої зумовлене імунізацією алогенними детермінантами організму матері, що розміщуються на тромбоцитах батька та дитини. У європейській популяції при неонатальній ТП батьки дитини у 70-80 % випадків несумісні за відповідним аллоантигеном. При неонатальній ТП у 15-30 % новонароджених виникають крововиливи у мозок, що є загрозою для їх життя. У 20 % дітей розвивається жовтяниця з гіпербілірубінемією. Летальність становить 10-15 %.

Післятрансфузійна ТП трапляється у жінок, що мали багато пологів (співвідношення жінки: чоловіки – 20:1) у віці 40-50 років, у яких відповідний тромбоцитарний алоантиген відсутній, але які були імунізовані ним під час вагітності або під час переливання препаратів крові. Гостра аутоімунна ТП виникає у дитячому та юнацькому віці (як правило < 21 року), хронічна аутоімунна ТП – у віці 20-40 і > років. Гострою формою однаково часто хворіють чоловіки і жінки, хронічною – їх співвідношення 1:2-3.

Симптоматика хвороби Глянцмана з'являється у ранньому віці (до 5-6 років). Захворювання проявляється „синячковою” висипкою на шкірі, носовими, шлунково-кишковими, нирковими кровотечами, та кровотечами ясен Розшаровуючі гематоми і

4. Гематомний тип кровоточивості трапляється при:

- А. Геморагічному васкуліті. Б. Хворобі Верльгофа.
В. Геморагічній телеангіоектазії. Г. Гемофілії

5. Петехіально-плямистий тип кровоточивості спостерігається при:

- А. Тромбоцитопеніях та тромбоцитопатіях Б. Хворобі Рандю-Ослера.
В. Геморагічному васкуліті. Г. Гемофілії

6. Змішаний мікроциркуляторно-гематомний тип кровоточивості спостерігається при:

- А. Хворобі Рандю-Ослера.
Б. Геморагічному васкуліті.
В. СВЗ-синдромі (синдром внутрішньосудинного згортання).
Г. Тромбоцитопенії.

7. Васкулітно-пурпурний тип кровоточивості спостерігається при:

- А. Гемофілії. Б. Хворобі Рандю-Ослера.
В. Тромбоцитопенії. Г. Геморагічному васкуліті

8. Ангіоматозний тип кровоточивості спостерігається при:

- А. Хворобі Віллебранда. Б. Тромбоцитопенії.
В. Хворобі Рандю-Ослера. Г. Гемофілії

9. Для лікування гемофілії застосовують всі нижченаведені препарати, крім:

- А. Кріопреципітату антигемофільного глобуліну.
Б. Антигемофільної плазми.
В. Свіжозаготовленої плазми до 4 годин зберігання.
Г. Тромбоцитарної маси.

10. Лікування тромбоцитопенічної пурпури необхідно починати з призначення:

- А. Спленектомії
Б. Кортикостероїдів.
В. ε-Амінокапронової кислоти.
Г. Імурану

Відповіді на контрольні питання

- 1 – Г. 2 – В. 3 – Г. 4 – Г. 5 – А.
6 – В. 7 – Г. 8 – В. 9 – Г. 10 – Б.

Основні теоретичні питання теми

- Система гемостазу та її фізіологія.
- Типи кровоточивості при геморагічних діатезах.
- Визначення та класифікація гемофілії.
- Етіологія та патогенез гемофілій.
- Клінічні прояви гемофілій.
- Лабораторна діагностика гемофілій.
- Диференційна діагностика гемофілій.
- Лікування гемофілії та її профілактика.
- Визначення та класифікація тромбоцитопенічної пурпури.
- Етіологія та патогенез тромбоцитопенічної пурпури.
- Клінічні прояви тромбоцитопенічної пурпури.
- Лабораторна діагностика проявів тромбоцитопенічної пурпури.
- Диференційна діагностика тромбоцитопенічної пурпури.
- Принципи лікування хвороби Верльгофа.
- Профілактика кровотеч.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хвилини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			засоби навчання	обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового	15	Тести		Навчальна кімната

	контролю				
2	Тематичний розбір хворих на тромбоцитопенічну пурпур та гемофілію	120	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контроль- ні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 1. Захворювання органів дихання. Захворювання органів травлення. Захворювання системи крові і кровотворних органів. Захворювання ендокринної системи / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 640 с.
2. Передерій В. Г. Основи внутрішньої медицини : підручник. Т. 3. Диференціальний діагноз і ведення хворих у клініці внутрішньої медицини. Гострі та невідкладні стани у клініці внутрішньої медицини / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова Книга, 2018. - 1006 с.
3. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. / І. О. Дудченко, Г. А. Фадєєва, В. В. Качковська, О. В. Орловський ; за заг. ред. Л.Н. Приступи. – Суми : СумДУ, 2019. – 55 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани в клініці внутрішніх хвороб: навч. посіб.: у 2-х ч. Ч. 2. Пульмонологія, нефрологія, алергологія, гематологія та гастроентерологія / Л. Н. Приступа, В. Г. Псарьова, В. В. Лаба [та ін.] ; за заг. ред. Л. Н. Приступи. - Суми : СумДУ, 2017. - 219 с.
2. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим зі спеціальності "Гематологія" – Київ, 2010. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0647282-10>.
3. Наказ МОЗ України від 30.07.2010 № 647 «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на хронічну аутоімунну тромбоцитопенічну пурпуру». Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100730_647.html

Навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»
для студентів спеціальності 222 «*Медицина*»
денної форми навчання

Модуль 1. Основи внутрішньої медицини
(гастроентерологія, пульмонологія, гематологія)

Відповідальний за випуск Л. Н. Приступа
Редактор Н. Г. Кучма
Комп'ютерне верстання О. О. Михайленко

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 8,37. Обл.-вид. арк. 9,86.

Видавець і виготовлювач
Сумський державний університет,
вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.