



Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Навчально-науковий медичний інститут

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни **«Внутрішня медицина»**
*(модуль «Основи внутрішньої медицини:
гастроентерологія, пульмонологія, гематологія»)*
для студентів спеціальності 221 *«Стоматологія»*
денної форми навчання

Суми
Сумський державний університет
2023

Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни «Внутрішня медицина» (модуль «Основи внутрішньої медицини: гастроентерологія, пульмонологія, гематологія») / укладачі: І. О. Дудченко, Є. С. Дудченко, Ю. О. Сміянова. – Суми : Сумський державний університет, 2023. – 50с.

Кафедра внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини
НН МІ СумДУ

**Змістовий модуль 1. Основи діагностики, лікування та профілактики
основних хвороб органів травлення**

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

Кількість годин: 2.

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 езофагогастродуоденоскопії, 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.
- 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. 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 Н.рулогі 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 білірубину
- 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 Рітіса

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 Н. рулогі, 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 білірубину
- Б. Гепатоцелюлярні захворювання
- В. Порушення захоплення білірубину 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	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	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. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection / W. Chey et al. American Journal of Gastroenterology. 2017. Volume 112, no. 2. P. 212–239.

5. Matysiak-Budnik T., Camargo M. C., Piazuelo M. B. Recent Guidelines on the Management of Patients with Gastric Atrophy: Common Points and Controversies. Digestive Diseases and Sciences. 2020. Vol. 65. P. 1899–1903.

Рекомендована література

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

2. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 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

4. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К.: Медицина, 2016. - 456 с.

5. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Гастроєзофагальна рефлексна хвороба». Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ21218.html

6. 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 2. Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба. Диспепсія. Хронічні гастрити.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. Гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – хронічне захворювання, в основі якого лежить порушення перцепції верхніх відділів травного 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.

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 заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на ГЕРХ, функціональну диспепсію та хронічний гастрит.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: визначення, етіологія, патогенез ГЕРХ. Роль гастроєзофагального рефлюксу у розвитку езофагіту та стравоходу Барретта. Класифікація. Ерозивна та неерозивна ГЕРХ. Клінічні прояви залежно від варіанту та стадії. Критерії діагностики, диференційна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія з позицій доказової медицини. Первинна та вторинна профілактика. Диспепсія: визначення, етіологія, патогенез. Класифікація. Діагностичні критерії. Диференційний діагноз. Лікувальна тактика з позицій доказової медицини. Профілактика, прогноз та працездатність. Хронічний гастрит: визначення, етіологія, патогенез. Роль *H. pylori* у виникненні хронічних гастритів. Класифікація. Неатрофічний та атрофічний гастрит. Значення ендоскопічного та рентгенологічного дослідження для встановлення діагнозу. Підходи до лікування різних типів хронічного гастриту з позицій доказової медицини. Профілактика. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в діагностиці захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ГЕРХ, функціональна диспепсія, хронічний гастрит);
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку ГЕРХ, функціональної диспепсії, хронічних гастритів;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення ГЕРХ;
- виявляти симптоми «червоних прапорів» при функціональній диспепсії;
- складати план обстеження пацієнта з ГЕРХ, функціональною диспепсією та хронічним гастритом;
- інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при ГЕРХ, функціональній диспепсії та хронічних гастритах.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Причиною печії є:

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

2. Механізми лікувальної дії селективних М-холінолітиків:

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

3. До атипових 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. Для хронічного неатрофічного гастриту характерно, крім:

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

6. Який препарат відноситься до інгібіторів протонної помпи?

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

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

- А. Ахлоргідрія і гіпергастринемія
- Б. Перніціонарна анемія
- В. Виявлення антитіл до паріетальних клітин слизової оболонки
- Г. Високий рівень IgA і IgG

8. Основною причиною виразкового езофагіту є:

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

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. 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 – В. 6 – Б. 7 – Г. 8 – Б. 9 – В. 10 – В.

Основні теоретичні питання теми

1. Методика обстеження хворого з патологією органів травлення: скарги, збір анамнезу, огляд, пальпація живота. Порядок проведення методики ковзної пальпації за Образцовим-Стражеско, розміри печінки за Курловим.
2. Інвазивні та неінвазивні методи діагностики *H. pylori*.
3. Дати визначення терміна “ГЕРХ”. Пояснити етіологію і патогенез ГЕРХ.
4. Назвіть класифікацію ГЕРХ?

5. Перелічіть стравохідні та позастравохідні симптоми ГЕРХ.
6. Які ускладнення ГЕРХ?
7. Які є основні методи діагностики ГЕРХ? Діагностичне значення добової ендоскопічної рН-метрії стравоходу.
8. Що є метою проведення ендоскопії стравоходу? Ендоскопічні критерії рефлюкс-езофагіту.
9. Назвіть основні методи консервативного лікування ГЕРХ.
10. Які є етапи лікування ГЕРХ?
11. Визначте показання до хірургічного лікування ГЕРХ.
12. Клінічна картина різних форм функціональної диспепсії.
13. Дайте визначення синдрому функціональної диспепсії. Які скарги частіше мають хворі на диспепсію?
14. Клінічна картина різних форм функціональної диспепсії.
15. Діагностичні критерії функціональної диспепсії.
16. Які фармакологічні засоби найбільш ефективні при лікуванні синдрому функціональної диспепсії?
17. Дати визначення терміна “хронічний гастрит”.
18. Класифікація хронічних гастритів (Сіднейсько-Х'юстонська, 1996 р.)
19. Методи діагностики хронічних гастритів. Діагностична цінність фіброгастро-дуоденоскопії. Показання та протипоказання для проведення процедури. Можливі ускладнення.
20. Диференційний діагноз при хронічних гастритах та функціональній диспепсії.
21. Сутність “потрійної терапії” при неатрофічному хронічному гастриті.
22. Сутність “квадротерапії” при хронічному неатрофічному гастриті.
23. Лікування атрофічного аутоімунного гастриту.
24. Профілактика при ГЕРХ, функціональній диспепсії та хронічних гастритах

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на ГЕРХ, функціональну диспепсію чи хронічний гастрит	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection / W. Chey et al. American Journal of Gastroenterology. 2017. Volume 112, no. 2. P. 212–239.

5. Matysiak-Budnik T., Camargo M. C., Piazuelo M. B. Recent Guidelines on the Management of Patients with Gastric Atrophy: Common Points and Controversies. Digestive Diseases and Sciences. 2020. Vol. 65. P. 1899–1903.

Рекомендована література

1. Жарінов О.Й., Іванів Ю.А., Куць В.О. Функціональна діагностика. – К.: Четверта хвиля, 2018. – 736 с.
2. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 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
4. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К.: Медицина, 2016. - 456 с.
5. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Гастроєзофагальна рефлексна хвороба». Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/MOZ21218.html
6. 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 3. Виразкова хвороба та інші пептичні виразки шлунка та дванадцятипалої кишки

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. Виразкова хвороба (ВХ) є однією з найчастіших патологій гастродуоденальної зони. У США щорічно виразки виявляють приблизно в 4,5 млн осіб, а витрати на лікування таких пацієнтів дорівнюють 3,3 млрд доларів на рік. У середньому в західних країнах поширеність цієї патології становить від 6 до 15%. В Україні частка ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) сягає 13,3% випадків захворювань шлунково-кишкового тракту. Локалізація виразки в ДПК трапляється в 4 рази частіше, ніж у шлунку. Серед пацієнтів із дуоденальними виразками більше чоловіків, тоді як серед пацієнтів із виразками шлунка співвідношення чоловіків і жінок є приблизно однаковим. ВХ шлунка зазвичай виникає в старшому віці, ніж виразка ДПК, причому пік захворюваності припадає на вік більше шестидесяти років.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на пептичну виразку шлунку та дванадцятипалої кишки.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Роль *H. pylori*, кислото-пептичного фактора та медикаментів у виникненні пептичних виразок та їх рецидивів. Особливості перебігу Нр-позитивних та Нр-негативних виразок. Ускладнення (перфорація, пенетрація, кровотеча, стеноз та мелінгізація). Значення інструментальних та лабораторних методів діагностики. Методи діагностики Нр-інфекції. Сучасну тактику ведення хворого на пептичну виразку. Ерадикаційна терапія. 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 пептичною виразкою шлунка та ДПК;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються в діагностиці пептичних виразок;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку пептичних виразок;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення виразкової хвороби шлунка та ДПК;
- складати план обстеження хворих на ВХ шлунка та ДПК;
- роль ендоскопічних методів та біопсії для підтвердження діагнозу виразкової хвороби шлунка та ДПК;

- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при пептичних виразках шлунка та ДПК.

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. Паріетальні клітини секретують:

- А. пепсиноген;
В. слиз;
Б. соляну кислоту;
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 лансопризолу:

- А. 10 мг двічі на день;
В. 30 мг двічі на день;
Б. 20 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»
В. атрофія слизової
Б. гіпертрофія складок
Г. спазм воротаря

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

- А. Різкий “кінджальний” 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. *H. pylori* 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 *Hp* відносять 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 термінам “пептична виразка” та “виразкова хвороба”. Фактори агресії і захисту.
2. Класифікація виразкової хвороби та інших пептичних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки.
3. Етіологія і патогенез при виразковій хворобі шлунка і 12-палої кишки.
4. Критерії діагностики пептичної виразки шлунка та ДПК. Біопсія слизової оболонки.
5. Значення інструментальних та лабораторних методів діагностики пептичних виразок.

6. Значення рН-метрії шлункового соку в діагностиці стану кислотоутворювальної функції шлунка. 24-годинна ендоскопічна рН-метрія.
7. Диференційний діагноз при пептичній виразці.
8. Інвазивні та не інвазивні методи діагностики *H. pilory*
9. Ускладнення пептичних виразок (перфорація, пенетрація, кровотеча, стеноз та мелінгізація).
10. Сучасна тактика ведення хворого на пептичну виразку.
11. Характеристика препаратів, які використовуються при лікуванні пептичної виразки шлунку та ДПК.
12. 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 онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на виразкову хворобу та інші пептичні виразки шлунка та 12-палої кишки	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К.: Медицина, 2016. - 456 с.
2. Свінцицький А. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини. Медицина, 2019. – 1008 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 с.,
4. 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
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 4. Біліарні захворювання: жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні розлади

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. Захворювання жовчовивідних шляхів займають провідне місце серед функціональної патології шлунково-кишкового тракту. За даними популяційних досліджень, розповсюдженість функціональних розладів жовчовивідних шляхів складає від 10 до 20% серед усієї патології шлунково-кишкового тракту із тенденцією до прогресування в пацієнтів молодого віку. У жінок захворювання зустрічається в 2-3 рази частіше ніж у чоловіків. Частота утворення жовчних каменів у дітей менше 5%, у віці 60-70 років зростає до 30-40%. У 80-90 % хворих на ЖКХ мешканців Європи та Північної Америки утворюються холестеринові камені, в той час як у мешканців Азії та Африки переважають пігментні камені. Не дивлячись на впровадження лапароскопічної холецистектомії, яка дозволила знизити летальність та частоту післяопераційних ускладнень калькульозного холециститу, 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 заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на ЖКХ, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологія, патогенез. Значення інфекції, порушень моторики та дисхолії у розвитку хронічного безкам'яного холециститу, холангіту та жовчнокам'яної хвороби. Особливості клінічного перебігу. Роль інструментальних методів в діагностиці. Диференційний діагноз. Ускладнення. Диференційоване лікування залежно від клінічного варіанта та наявності ускладнень з позицій доказової медицини. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність. Ведення хворого в умовах пандемії.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються для діагностики захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори, що сприяють виникненню жовчнокам'яної хвороби, дискінезії жовчовивідних шляхів;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- складати план обстеження хворих із захворюваннями жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при захворюваннях жовчного міхура та жовчовивідних шляхів;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при захворюваннях жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.

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
 В. Прозерин
 Б. Атропіну сульфат
 Г. Платифіліну гідротартрат
- 5. До холекінетиків відносяться всі, крім:**
- А. Магнія сульфат
 В. Сорбіт
 Б. Ксиліт
 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
 В. Пантопрозол
 Б. Холецистокинін
 Г. Тюбажи з мінеральною водою
- 10. До первинних жовчних кислот відносять:**
- А. Дезоксихолева
 В. Холева
 Б. Літохолева
 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 жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.
3. Клінічні прояви та диференційна діагностика гіперкінетичної та гіпертонічної дискінезій.
4. Клініка та диференційна діагностика гіпокінетичної та гіпотонічної дискінезій.
5. Лікування дискінезій жовчовивідних шляхів залежно від форми порушень.
6. Диференційна діагностика дискінезій.
7. Дати визначення терміна “жовчнокам’яна хвороба” (ЖКХ).
8. Етіологія та патогенез розвитку ЖКХ.
9. Механізми утворення каменів жовчного міхура. Клінічні прояви ЖКХ.
10. Лабораторна та інструментальна діагностика ЖКХ. Значення ретроградної холангіопанкреатографії в діагностиці та лікуванні захворювань жовчного міхура та жовчовивідних шляхів.
11. Інформативність ультразвукового дослідження в діагностиці дискінезій жовчовивідних шляхів та ЖКХ.
12. Літолітична терапія ЖКХ: показання до проведення, ускладнення.

13. Показання до проведення екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії.
14. Дієта та медикаментозне лікування ЖКХ.
15. Дати визначення терміну “хронічний холецистит”.
16. Дати визначення терміну “хронічний холангіт”.
17. Фактори ризику, етіологія і патогенез хронічного холециститу.
18. Фактори ризику, етіологія і патогенез хронічного холангіту
19. Клінічні прояви та лабораторні зміни у пацієнтів з хронічним холециститом.
20. Клінічні прояви та лабораторні зміни у пацієнтів з хронічним холангітом.
21. Диференційний діагноз при хронічному холециститі і холангіті.
22. Лікування та профілактика хронічного холециститу.
23. Лікування та профілактика хронічного холангіту.

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 онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на жовчнокам'яну хворобу, хронічний холецистит та функціональні біліарні розлади	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.]; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К.: Медицина, 2016. - 456 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, 2016. – Т. 1. – 488 с.,

4. 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

Тема 5. Хронічні захворювання тонкої та товстої кишки.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. За останні роки зростає кількість людей із хворобами 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.

Целіакія (глютенінова ентеропатія) - хронічне аутоімунне захворювання, що вражає травний канал генетично схильних (HLA - DQ2, HLA - DQ8) осіб, які мають непереносимість основного білку злаків (глютену). Целіакія викликає хронічне запалення слизової оболонки тонкої кишки, що призводить до її атрофії, мальабсорбції і, як наслідок, виникнення різноманітної клінічної. Глютенінова ентеропатія може вперше проявитися як в дитинстві, так і у дорослих. Співвідношення хворих жінок до чоловіків становить 2:1. Целіакія частіше протікає без гастроентерологічної симптоматики, що робить діагностику захворювання досить складною. Ризик целіакії особливо високий у родичів першої лінії спорідненості 1:10, другий лінії - 1:39; у осіб так званої «асоційованої» патологією 1:56.

Непереносимість молочного цукру є однією з поширених причин синдрому мальабсорбції серед дорослих пацієнтів. Лактазна недостатність зумовлена недостатнім розщепленням лактози в тонкому кишечнику, що призводить до появи таких симптомів, як діарея, здуття і поступовий розвиток інших симптомів мальабсорбції.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих із захворюваннями тонкого та товстого кишківника.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологія, патогенез. Роль непереносимості компонентів їжі, ензимопатій та імунних факторів. Синдроми мальабсорбції та мальдигестії. Критерії діагностики, диференційна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія з позицій доказової медицини. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність. Ведення пацієнта в умовах пандемії.

Неспецифічні коліти (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона): визначення, етіологія та патогенез. Синдром подразненого кишківника. Класифікація. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу. Критерії діагностики. Диференційний діагноз. Лікування з позицій доказової медицини. Ускладнення та захворювання, асоційовані з виразковим колітом (склерозуючий холангіт, спондиліт, артрити, дерматози). Синдром подразненої кишки: визначення, критерії діагностики. Етіологія та патогенез. Класифікація. Клінічні прояви різних варіантів. Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу. Диференційна діагностика. Лікування різних форм з позицій доказової медицини. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність. Ведення пацієнта з захворюванням товстого кишечника в умовах пандемії.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями тонкого та товстого кишківника;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються для діагностики хвороб тонкого та товстого кишківника;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку целіакії, лактозної недостатності та інших ентеропатій;
- виявляти типову клінічну картину захворювань тонкого та товстого кишківника;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань тонкого та товстого кишківника;
- складати план обстеження хворих із захворюванням тонкого та товстого кишківника;
- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях тонкого та товстого кишківника;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику захворювань тонкого та товстого кишківника.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

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

- 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 атипових 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
- Б. Ішемічні
- В. Зумовлені метеоризмом
- Г. Мезентеріальні

6. Які ознаки калу притаманні неспецифічному виразковому коліту ?

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

7. Яка ознака відрізняє хворобу Крона від виразкового коліту ?

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

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

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення термінам «мальабсорбція» та «мальдигестія».
2. Клінічні прояви синдрому мальабсорбції та мальдигестії.
3. Перелічити захворювання, що супроводжуються симптомами мальабсорбції.
4. Визначення, етіологія та патогенез целиакії.
5. Основні клінічні ознаки целиакії.
6. Класифікація та клінічна картина різних форм целиакії.
7. Групи ризику наявності прихованої целиакії.

8. Лабораторно-інструментальна діагностика целиакії. Серологічні маркери. Критерії діагнозу.
9. Диференційна діагностика целиакії.
10. Лікування целиакії. Принципи аглютененової дієти.
11. Визначення, етіологія та патогенез дисахаридазної недостатності. Лактазна недостатність.
12. Лабораторно-інструментальна діагностика лактазної недостатності. Дихальні тести для діагностики дисахаридазної недостатності.
13. Лікування лактазної недостатності.
14. Визначення, етіологія та патогенез ексудативної ентеропатії. Хвороба Уіпла.
15. Клініко-лабораторна діагностика ексудативної ентеропатії.
16. Лікування ексудативної ентеропатії.
17. Роль ендоскопічних методів в діагностиці ентеропатій. Відеокапсульна ендоскопія. Покази та протипокази. Можливі ускладнення.
18. Синдром надмірного бактеріального росту (СНБР). Етіологія та патогенез.
19. Інструментально-лабораторна діагностика СНБР.
20. Лікування СНБР.
21. Дієтичні рекомендації пацієнтам з синдромом мальабсорбції та мальдігестії.
22. Дати визначення терміна «синдром подразненої кишки». Етіологія та патогенез СПК.
23. Класифікація СПК. Римські критерії IV (2016) з діагностики СПК.
24. Клінічні прояви різних варіантів СПК.
25. Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу СПК.
26. Диференційна діагностика СПК.
27. Лікування різних форм СПК.
28. Визначення, етіологія та патогенез неспецифічних запальних захворювань кишківника (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона).
29. Класифікація неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
30. Інструментальні методи діагностики неспецифічних запальних захворювань кишківника. Колоноскопія. Показання та протипоказання. Можливі ускладнення.
31. Критерії діагностики неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
32. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу неспецифічних запальних захворювань кишківника.
33. Диференційний діагноз неспецифічних запальних захворювань кишківника.
34. Ускладнення неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
35. 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 онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на хронічні захворювання тонкої кишки	40	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.]; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К.: Медицина, 2016. - 456 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, 2016. – Т. 1. – 488 с.,

4. 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.

5. Ana Lopes, Ana Filipa Santos, Maria Joana Alvarenga, and Alberto Mello e Silva. Whipple's disease: a rare case of malabsorption, BMJ Case Rep, 5 Mar, 2018. Режим доступу: . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5847899/>

Тема 6. Хронічні гепатити та цироз печінки.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. За останні роки зростає захворюваність на хронічні гепатити (ХГ) вірусної етіології. Серед вірусних гепатитів найбільшу проблему представляють вірусні гепатити В (ВГВ) та С (ВГС), які призводять до 96% всіх смертей, пов'язаних з ВГ. В Україні за останні 5 років захворюваність і смертність від хронічного гепатиту та його ускладнень збільшилась приблизно на 5%. На сьогоднішній день, існує ефективне лікування гепатиту С, і понад 90% пацієнтів одужують. Тоді як лікування хронічного вірусного гепатиту В дуже рідко призводить до повного одужання, проте є ефективні ліки, які дозволяють зупинити розвиток хвороби та попередити ураження печінки. Тому дуже важливо не лише вчасно поставити діагноз, але й приділяти велику увагу профілактиці та лікуванню.

Сьогодні ЦП посідає 11 місце серед найбільш поширених причин смерті. За матеріалами ВООЗ, щорічно у світі від цієї недуги та її ускладнень помирає понад 1 млн людей. Епідеміологічні дослідження показали, що у країнах Європи понад 29 млн населення страждають на ЦП. Поширеність ЦП в Україні становить близько 1,0 %. Частіше страждають чоловіки: співвідношення хворих чоловічої і жіночої статей становить у середньому 3:1.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на хронічні гепатити та цироз печінки.

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. 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. Ведення пацієнта з хронічним гепатитом в умовах пандемії.

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. Прогноз та працездатність, ведення хворого в умовах пандемії.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів захворюваннями печінки;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, для діагностики гепатитів, цирозу;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку хронічних гепатитів, цирозу;
- виявляти типову клінічну картину хронічних гепатитів, цирозу;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення хронічних гепатитів, цирозу;
- складати план обстеження хворих з хронічним гепатитом, цирозом;
- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при хронічних гепатитах, цирозах;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при хронічних гепатитах, цирозах.

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

4. Свербіж шкіри при хворобах печінки виникає внаслідок:

- А. Накопичення в крові непрямого білірубину
- Б. Накопичення жовчних кислот
- В. Накопичення в крові прямого білірубину
- 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. 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. Портальної гіпертензії
- Б. Зниження онкотичного тиску
- В. Розвиток вторинного гіперальдостеронізму
- Г. Активації симпатoadреналової системи

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

- А. Інтенсивного свербіння 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 підребер'ї та епігастрії, що посилюються після їди.
- Б. Свербіжу шкіри.
- В. Схуднення, розширення вен черевної стінки.
- Г. Запорів.

10. Відсутність якого синдрому відрізняє хронічний гепатит від цирозу печінки:

- А. Астеновегетативний.
- Б. Портальна гіпертензія.

Б. Диспептичний.

Г. Жовтяниця

Відповіді на контрольні питання

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

Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення терміна “хронічний гепатит”. Класифікація ХГ.
2. Етіологія та патогенез ХГ.
3. Критерії діагностики ХГ.
4. Основні клініко-лабораторні прояви синдромів холестазу, цитолізу, печінковоклітинної недостатності, імунного запалення в печінці.
5. Патогенетичне лікування синдромів холестазу, цитолізу, печінковоклітинної недостатності, імунного запалення в печінці.
6. Основні клінічні синдроми ХГ (астено-вегетативний, диспептичний, больовий).
7. Основні клініко-анамнестичні критерії хронічного гепатиту В і С.
8. Диференційний діагноз ХГ.
9. Аутоімунний гепатит. Класифікація.
10. Клінічні прояви аутоімунного гепатиту.
11. Клініко-лабораторні критерії аутоімунного гепатиту.
12. Лікування ХГ. Характеристика противірусних засобів, імуносупресорів, глюкокортикостероїдів, мембраностабілізаторів.
13. Біологічна терапія та хронічний вірусний гепатит. Протипокази та ускладнення.
14. Первинна та вторинна профілактика ХГ
15. Визначення терміна “цироз печінки”.
16. Етіологія та патогенез цирозу печінки.
17. Лос-Анджелеська класифікація цирозу печінки (1994).
18. Ступінь тяжкості залежно від вираженості печінково-клітинної недостатності визначають за класифікацією Ч. Г. Чайлд – Р. Н. П’ю.
19. Клініко-лабораторна діагностика цирозу печінки. Пункційна біопсія печінки.
20. Основні ускладнення цирозу печінки.
21. Патогенез і прояви синдрому печінково-клітинної недостатності. Лікування.
22. Патогенез і прояви синдрому портальної гіпертензії.
23. Класифікація портальної гіпертензії. Лікування.
24. Патогенез і прояви синдрому набряково-асцитичного синдрому. Лікування.
25. Патогенез і прояви синдрому гепаторенального синдрому. Лікування.
26. Патогенез і прояви синдрому гепато-пульмонального синдрому. Лікування.
27. Патогенез і прояви синдрому печінкової енцефалопатії. Лікування.
28. Патогенез і прояви синдрому спонтанного бактеріального перитоніту. Лікування.
29. Варикозно розширені вени стравоходу як наслідок цирозу печінки. Профілактика кровотеч.
30. Що таке трансюгулярне внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (TIPS).
31. Показання та протипоказання до трансплантації печінки.

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 онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на хронічні гепатити	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням

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. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. - К.: Медицина, 2016. - 456 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, 2016. – Т. 1. – 488 с.,
4. 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
5. 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 7. Хронічні панкреатити.**Кількість годин: 2.**

Актуальність теми. Показник захворюваності на хронічний панкреатит зростає не лише в Україні, а й в усьому світі. В загальній структурі захворювань органів травлення ця недуга становить 5,1-9,0 % на 100 тисяч населення та займає третє місце серед всіх нозологій шлунково-кишкового тракту. Варто зауважити, що в тридцяти відсотків хворих на хронічний панкреатит розвиваються ускладнення (гнійно-септичні, кровотечі з виразок гастродуоденальної зони, тромбоз у системі портальної вени, стеноз холедоха чи дванадцятипалої кишки та ін.). Летальність складає 5,1 в%. З часом, особливо при неефективному лікуванні, прогресує функціональна недостатність підшлункової залози. Двадцятирічний анамнез підвищує ризик розвитку раку підшлункової залози у п'ять разів, відтак впродовж десяти років помирають 30 %, а протягом 20 років – понад 50 % пацієнтів з хронічним панкреатитом. Тому запобігання розвитку захворювань підшлункової залози, профілактика загострень хронічного панкреатиту, своєчасна діагностика та адекватне лікування захворювання становить медико-соціальну проблему.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на хронічний панкреатит.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: етіологію, патогенез хронічного панкреатиту; класифікацію, типову клінічну картину хронічного панкреатиту; принципи лікування, первинну та вторинну профілактику, прогноз.

Студенти повинні вміти:

- вибрати з даних анамнезу відомості, що свідчать про наявність захворювань органів травлення, а саме хронічного панкреатиту;
- скласти схему діагностичного пошуку;

- виявити ознаки хронічного панкреатиту при об'єктивному дослідженні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
- аналізувати і трактувати значення змін даних лабораторних методів дослідження;
- трактувати результати інструментальних методів дослідження;
 - сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
 - провести диференційну діагностику із захворюваннями, які мають подібну клінічну картину;
 - визначити тактику лікування;
 - оцінити прогноз пацієнта та запропонувати план профілактичних заходів;
 - демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації у спілкуванні з хворим.

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. Больового синдрому, зменшення ваги.
- Б. Дифузної атрофії і некрозу екзокринної тканини підшлункової залози в умовах збереження протокового епітелію у місці обструкції.

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 хронічний панкреатит
2. Етіологічні причини первинного гіперферментного хронічного панкреатиту.
3. Етіологічні причини вторинного гіперферментного хронічного панкреатиту.
4. Етіологічні причини гіпоферментного хронічного панкреатиту.
5. Патогенез хронічного панкреатиту. Патогенез больового синдрому при різних типах болю.
6. Фактори ризику виникнення, класифікація M-ANNHEIM.
7. Основні клінічні синдроми (больовий, диспепсичний, зовнішньосекреторної недостатності, мальабсорбції, алергічний, запальний, тромбогеморагічний, холестатичний, ендокринних порушень).
8. Фізикальні критерії.
9. Лабораторні та інструментальні критерії діагностики.
10. Кембриджська класифікація структурних змін у підшлунковій залозі.
11. Ранні та пізні ускладнення.
12. Диференційний діагноз.
13. Лікування гіперферментних та гіпоферментних панкреатитів.
14. Патогенетичні особливості лікування окремих форм хронічного панкреатиту.
15. Показання до ендоскопічного лікування.
16. Показання до оперативного лікування.
17. Профілактика.

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 онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на хронічні панкреатити	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

Список літератури

Основна (базова література)

1. 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.

2. 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.

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. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. – К.: Медицина, 2016. – 456 с.

3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2016. – Т. 1. – 488 с.,

4. 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

5. Mayerle, J. Chronic Pancreatitis [Електронний ресурс] / J. Mayerle, G. Beyer. —2017.

Змістовий модуль 2. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання

Тема 8. Основні симптоми пульмонологічної патології та методи дослідження в пульмонології

Кількість годин: 2.

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.

- Складати 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 (інтерпритація даних аускультатії).
6. Фізикальні симптоми пульмонологічної патології (інтерпритація даних перкусії).
7. Фізикальні симптоми пульмонологічної патології (інтерпритація 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	15	Тести		Навчальна кімната

	пульмонологічної патології				
2	Тематичний розбір хворих	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	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.
4. Хронічне обструктивне захворювання легень - Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, Національна академія медичних наук України, 2020. – 70 с.
5. Внутрішня медицина: Пульмонологія : навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадєєва, та ін.; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми : Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / А. В. Єпішин, Н. А. Хабарова, П. Я. Шерстюк [та ін.] ; за заг. ред. А. В. Єпішина. – 2-ге вид., без змін. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. – 380 с.
2. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. – К.: Медицина, 2016. – 456 с.
3. Нариси клінічної пульмонології. / Під ред. В.К. Гаврисяка. – Київ, 2016. – 336 с.
4. 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
5. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD, 2021.– Режим доступу: <https://goldcopd.org/>

Тема 9. Хронічне обструктивне захворювання легень.

Кількість годин: 2.

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 газу, головним чином, пов'язані із палінням. Поряд із ураженням легень ХОЗЛ призводить до значних позалегенових системних проявів, супутніх захворювань, які обтяжують його перебіг. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, ХОЗЛ знаходиться на 3-му місці у світі серед неінфекційних хвороб за кількістю випадків смерті. 80% померлих – це пацієнти із країн з низьким рівнем розвитку. Вони не мають можливості виявляти та ефективно лікувати ХОЗЛ. 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).

Значення бронхоектатичної хвороби обумовлене високим ризиком можливих ускладнень, в тому числі, летальних. Дані щодо поширеності бронхоектатичної хвороби серед населення не можуть вважатися точними, оскільки найбільш достовірною ознакою хвороби — локально розширені бронхи — діагностується лише при використанні спеціальних методів

дослідження. Слід підкреслити, що в останні десятиліття в усьому світі відмічено зниження поширеності бронхоектатичної хвороби. Це пояснюється зменшенням числа дитячих інфекцій, випадків туберкульозної інфекції, а також розширенням діагностичних і лікувальних можливостей, успіхами медикаментозного лікування запальних захворювань легень, проведенням ефективної антибактеріальної терапії.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на ХОЗЛ та бронхоектатичну хворобу.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: етіологічні та патогенетичні фактори ХОЗЛ; класифікацію ХОЗЛ і аналізувати типову клінічну картину; алгоритм діагностики, визначити та запропонувати необхідний об'єм та послідовність методів обстеження пацієнта при підозрі на ХОЗЛ; принципи лікування, реабілітації і профілактики хворих на ХОЗЛ; етіологію, патогенез бронхоектатичної хвороби; класифікацію, типову клінічну картину бронхоектатичної хвороби; принципи лікування, первинну та вторинну профілактику, прогноз, принципи лікування, реабілітації і профілактики хворих на бронхоектатичну хворобу.

Студенти повинні вміти:

- проводити обстеження хворого (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация) і обґрунтувати попередній діагноз;
- скласти план додаткового обстеження хворого при підозрі на ХОЗЛ;
- обґрунтовувати застосування основних діагностичних методів, що застосовуються при обстеженні пацієнтів з ХОЗЛ, показання і протипоказання для їх проведення та можливі ускладнення;
- трактувати отримані результати додаткових методів дослідження – загальноклінічного обстеження, біохімічного аналізу крові, загального аналізу мокротиння, рентгенографічного обстеження ОГК, спірограми, бронхоскопічного і бронхографічного обстежень та ін.;
- провести диференціальну діагностику і обґрунтувати клінічний діагноз ХОЗЛ;
- вибрати з даних анамнезу відомості, що свідчать про наявність бронхоектатичної хвороби;
- скласти алгоритм діагностики;
- виявити ознаки бронхоектатичної хвороби при об'єктивному дослідженні (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
- аналізувати і трактувати значення змін даних інструментальних методів дослідження;
- сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз бронхоектатичної хвороби;
- провести диференційну діагностику із захворюваннями, які мають подібну клінічну картину.

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. Легенева серце.

3. До зовнішніх факторів ризику ХОЗЛ належать:

- А. Довготривале тютюнопаління.
- Г. Низький соціоекономічний статус.

Б. Промислові та побутові шкідливі викиди. Д. Усі вищеназвані.

В. Інфекції (дитячі, респіраторні, ВІЛ).

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 вищеназвані.

Д. Найважливіший фактор не названий.

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

А. Упереджує задишці.

Б. Проходить паралельно задишці.

В. Проходить на фоні упередженої посиленої задишки.

Г. Відсутня певна закономірність.

Д. Може бути відсутнім.

6. Для переважаючого 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 вищеназвані.

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 вищезгадані.

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 хворих на ХОЗЛ?
11. Характеристика сучасних бронхолітичних засобів.
12. Лікування хворих на ХОЗЛ 1 стадії.
13. Лікування хворих на ХОЗЛ 2 стадії.
14. Лікування хворих на ХОЗЛ 3 стадії.
15. Лікування хворих на ХОЗЛ 4 стадії.
16. Лікування загострень у хворих на ХОЗЛ.
17. Протизапальне лікування хворих на ХОЗЛ.
18. Характеристика сучасних муколітичних засобів.
19. Показання до застосування антибіотиків, їх характеристика.
20. Етіологія, патогенез бронхоектатичної хвороби.
21. Класифікація бронхоектатичної хвороби.
22. Клінічна картина бронхоектатичної хвороби.
23. Діагностичні критерії бронхоектатичної хвороби.
24. Диференційна діагностика бронхоектатичної хвороби.
25. Лікування бронхоектатичної хвороби.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Обладнання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на ХОЗЛ та бронхоектатичну хворобу	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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.
4. Хронічне обструктивне захворювання легень - Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, Національна академія медичних наук України, 2020. – 70 с.
5. Внутрішня медицина: Пульмонологія: навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадеева, та ін. ; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

Рекомендована література

1. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря / А. В. Єпішин, Н. А. Хабарова, П. Я. Шерстюк [та ін.] ; за заг. ред. А. В. Єпішина. – 2-ге вид., без змін. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2016. – 380 с.

2. Сімейна медицина: підручник у 3-х книгах. – Книга 2. Симптоми і синдроми у клініці внутрішніх хвороб / Л. С. Бабінець, О. М. Барна, С. В. Білецький [та ін.] ; за ред. О. М. Гиріної, Л. М. Пасієшвілі. – К. : Медицина, 2016. – 456 с.

3. Нариси клінічної пульмонології. / Під ред. В.К. Гаврисяюка. – Київ, 2016. – 336 с.

4. 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

5. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD, 2021.– Режим доступу: <https://goldcopd.org/>

Тема 10. Бронхіальна астма.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. Більше 100 мільйонів людей у світі хворіють на бронхіальну астму (БА). Дані останніх років показують зростання захворюваності та смертності від БА у США, Англії, Австрії, 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. Бронхіальна астма – 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 протиастматичними 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 заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на БА.

Конкретні цілі

Студенти повинні знати: визначення, етіологічні та патогенетичні фактори БА; класифікацію БА та аналізувати типову клінічну картину; принципи лікування, реабілітації і профілактики БА.

Студенти повинні вміти:

- проводити обстеження хворого (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация) і обґрунтувати попередній діагноз;

- скласти план додаткового обстеження хворого при підозрі на БА;

- обґрунтувати застосування основних діагностичних методів, що застосовуються при обстеженні пацієнтів з БА, показання і протипоказання для їх проведення та можливі ускладнення;

- скласти алгоритм діагностики БА;

- трактувати отримані результати додаткових методів дослідження – загальноклінічного обстеження, біохімічного аналізу крові, загального аналізу мокротиння, рентгенографічного обстеження ОГК, спірограми, пікфлоуметрії та ін.

- провести диференціальну діагностику і обґрунтувати клінічний діагноз БА;

- надати медичну допомогу при загостренні бронхіальної астми.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

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

А. Активація базофільних лейкоцитів.

В. Гіперезинофілія.

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 хворой?

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 АСQ-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.

В. Тяжкого ступеня

Б. Середнього ступеня тяжкості.

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.

В. Тяжкого ступеня

Б. Середнього ступеня тяжкості.

Г. Загроза зупинки дихання.

9. Які препарати мають протизапальну дію:

А. Беклофорт.

Г. Всі перераховані препарати

Б. Фликсотид.

Д. Жоден з перерахованих препаратів.

В. Будесонид.

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 БА.
2. Етіологія та патогенез БА.
3. Класифікація БА за ступенями тяжкості та рівнем контролю з клінічними характеристиками і параметрами функції зовнішнього дихання.
4. Показання та техніка виконання бронхомоторного тесту.
5. Критерії діагностики БА.
6. Критерії діагностики нападу ядухи залежно від тяжкості.
7. Описати перелік заходів при лікуванні нападу ядухи залежно від тяжкості.
8. Сутність та методи патогенетичної терапії БА.
9. Сутність та методи імунотерапії БА.
10. Ступінчастий підхід до фармакотерапії хворих на БА.
11. Описати лікування хворого БА у фазу загострення.
12. Описати лікування хворого БА у фазу ремісії.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на бронхіальну астму	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. Бронхіальна астма – Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, Національна академія медичних наук України, 2020. – 128 с.

4. Внутрішня медицина: Пульмонологія: навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадеева, та ін.; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

Рекомендована література

1. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі" [Електронний ресурс] / Міністерство охорони здоров'я України.

2. Клінічні настанови та рекомендації в пульмонології: довідник лікаря "Пульмонолог" : довідково-методичний посібник / О. Я. Дзюблик, В. І. Ігнатєва, О. О. Мухін [та ін.] ; за ред. : Ю. І. Фещенка, Л. О. Яшиної. – Київ: Бібліотека "Здоров'я України", 2016. – 294 с

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. Спосіб діагностики обструкції дрібних бронхів у хворих на бронхіальну астму. - Київ, 2018. - 4 с. (Інформ. лист / НІФП НАМНУ).

5. GINA, 2021 [Електронний ресурс] – Режим доступу: [http:// www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).

Тема 11. Пневмонії

Кількість годин: 2.

Актуальність теми.

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

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.

Позалікарняна (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.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на пневмонію.

Конкретні цілі:

Студенти повинні знати: фізикальні методами дослідження при пневмонії; методи дослідження, які застосовуються для діагностики пневмонії; показання та протипоказання щодо їх проведення; методики їх виконання; діагностична цінність кожного з них.

Студенти повинні вміти:

- розпізнавати основні симптоми та синдроми пневмонії;
- трактувати результати проведених досліджень;

- розпізнавати та діагностувати ускладнення при пневмонії;
- призначати антибактеріальну терапію залежно від груп пацієнтів із пневмонією.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Діагноз негоспітальної пневмонії є визначеним у хворого рентгенологічно підтвердженої 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.

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

- А. Малоймовірним.
- Б. Достовірним.
- В. Неточним/невизначеним.
- Г. Правильна відповідь не вказана.

3. На фоні яких захворювань ризик розвитку пневмонії підвищується?

- А. Цукровий діабет, гіпотиреоз, хвороба Аддісона
- Б. СНІД, злоякісні новоутворення, хронічний лімфолейкоз
- В. ІХС, гіпертонічна хвороба
- Г. Виразкова хвороба, гастрит

4. Виберіть маркер, підвищена концентрація в крові якого буде основою для диференціації вірусної і бактеріальної пневмоній:

- А. Серомукоїд
- Б. Фібриноген
- В. Гаптоглобін
- Г. Прокальцитонін

5. При якій пневмонії інфекційного генезу збудник в мокротинні виявлятися не буде?

- А. Пневмококовій
- Б. Легіонельозній
- В. Стафілококовій
- Г. Пневмоцистній

6. Виберіть «великий» критерій тяжкого перебігу пневмонії:

- А. Септичний шок
- Б. ЧД більше 40/хв
- В. Наявність плеврального випоту у плевральній порожнині
- Г. Систолічний АТ менше 90 мм. рт. ст.

7. Основним методом діагностики пневмонії, без якого постановка цього діагнозу неможлива, є:

- А. КТ з контрастуванням
- Б. Рентгенографія в 2-х проєкціях
- В. МРТ
- Г. Бронхоскопія

8. Яке дослідження слід провести для виявлення ступеня дихальної недостатності при пневмонії?

- А. Пульсоксиметрія
- Б. Бронхоскопія
- В. ЗАК
- Г. Рентгенографія в 2-х проєкціях

9. Який препарат доцільно спершу призначити пацієнту з пневмонією 2 групи?

- А. Цефтаролін
- Б. Амоксиклав
- В. Меропенем
- Г. Метронідазол

10. Який препарат є основним у лікуванні пневмоцистної пневмонії?

- А. Метронідазол
- Б. Цефтаролін
- В. Бісептол
- Г. Ампіцилін

Відповіді на контрольні питання

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

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “негоспітальна пневмонія”. Сучасна класифікація.
2. Назвати сучасне уявлення про етіологію та патогенез негоспітальних пневмоній.
3. Значення методів фізикального обстеження хворих на негоспітальну пневмонію.

4. Значення методів лабораторного та інструментального обстеження хворих на негоспітальну 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, їх фармакотерапевтичні характеристики.
10. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією II групи, їх фармакотерапевтичні характеристики.
11. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією III групи, їх фармакотерапевтичні характеристики.
12. Назвати антибіотики, що є засобами вибору лікування хворих негоспітальною пневмонією IV групи, їх фармакотерапевтичні характеристики.
13. Назвати антибіотики, що є альтернативними у хворих I, II, III, IV груп негоспітальною пневмонією, їх фармакологічні характеристики.
14. Етіологія та патогенез госпітальних пневмоній.
15. Значення методів фізикального обстеження хворих на госпітальну пневмонію.
16. Методи лабораторного та інструментального обстеження хворих на госпітальну пневмонію.
17. Назвати діагностичні критерії госпітальної пневмонії.
18. Диференційна діагностика госпітальних пневмоній.
19. Тактика лікування госпітальних пневмоній.

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 онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на позалікарняні пневмонії	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. - Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. – 94 с.
4. Внутрішня медицина: Пульмонологія: навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадєєва, та ін.; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

Рекомендована література

1. Дзюблик О.Я. Негоспітальні інфекції нижніх дихальних шляхів / О.Я. Дзюблик // Вінниця: ТОВ «Меркьюрі-Поділля» – 2016. – С. 255.
2. Алгоритм етіологічної діагностики гострих негоспітальних інфекцій нижніх дихальних шляхів.– Київ, 2018.– 4 с. (Інформ. лист / НІФП НАМНУ).
3. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. - Адапована клінічна настанова, заснована на доказах. - Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. – 94 с.
4. 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
5. Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/140712/pnevmotsistna-pnevmoniya-onovleni-klivichni-rekomendatsiyi-2019-roku>

Тема 12. Плеврити та плевральний випіт

Кількість годин: 2.

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 плевального випоту залишається не встановленою навіть після обстеження у стаціонарі (до цього числа входять 15 % із можливо наявною етіологією та 5% становлять ідіопатичні плеврити). Синдром плевального 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.

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 дренивання 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. Емпіємі 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. Електрофізіолікування. |
| 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. Хілєозного 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	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	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. 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.

4. Внутрішня медицина: Пульмонологія: навчальний посібник / Л. Н. Приступа, О.В. Орловський, Г.А. Фадєєва, та ін.; за заг. ред. проф. Л. Н. Приступи. – Суми: Сумський державний університет, 2021. – 198 с.

Рекомендована література

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

2. Ефективність застосування різних способів парієтальної плевректомії при запальних процесах в плеврі. – Київ, 2017. – 20 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

Змістовий модуль 3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів

Тема 13. Анемії (залізодефіцитна, В₁₂-дефіцитна, фолієводефіцитна, гемолітична, апластична, постгеморагічна)

Кількість годин: 2.

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 анемії, зумовлених порушенням синтезу ДНК у еритрокаріоцитах 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 доречно 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 заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на анемії.

Конкретні цілі:

Студенти повинні знати: визначення анемії, класифікацію, етіологічні фактори та патогенез, особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики анемії, диференційний діагноз, принципи лікування, реабілітації, профілактики різних видів анемії.

Студенти повинні вміти:

- аналізувати поширеність різних видів анемії;
- визначити етіологію і патогенез різних видів анемії;
- класифікувати анемії та аналізувати їх типову клінічну картину;
- скласти алгоритм діагностики, визначити послідовність методів обстеження пацієнта з різними видами анемії;
- проводити обстеження хворого (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация) та обґрунтувати попередній діагноз;
- скласти план додаткового обстеження хворого з анемією;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних методів діагностики, що застосовуються при обстеженні пацієнтів з анемією, показання і протипоказання для їх проведення та можливі ускладнення;
- трактувати отримані результати методів дослідження – загальноклінічного аналізу крові, біохімічного аналізу крові, мієлограми та ін.;
- провести диференціальну діагностику і обґрунтувати клінічний діагноз;
- оцінити прогноз та працездатність при різних видах анемії;

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті.

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

- А. 2 мг.
- Б. 1-1,5 мг.
- В. 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.
- Б. Субфебрильна температура.
- В. Жовтяниця.
- Г. Анорексія

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

- А. Жовтяниця.
- Б. Субфебрильна температура.
- В. Глосит.
- 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 білірубину та прямого білірубину.
- 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?

А. 0,5 мг/кг на добу.
Б. 2 мг/кг на добу.
В. 1 мг/кг на добу.
Г. 3 мг/кг на добу

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

А. Циклофосфану.
Б. Циклоспорину А.
В. Імурану.
Г. Метотрексату.

10. Препаратами першого ряду для лікування апластичної анемії є:

А. Імуран.
Б. Преднізолон.
В. Сандимун.
Г. Антілімфоцитарний глобулін

Відповіді на контрольні питання

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

Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення анемії.
2. Навести класифікацію анемії
3. Дати визначення гострої та хронічної постгеморагічної анемії. Етіологія, патогенез, особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики. Диференційний діагноз. Принципи та критерії ефективності лікування. Прогноз.
4. Дати визначення залізодефіцитної анемії. Навести перелік основних причин розвитку залізодефіцитної анемії, патогенез, біохімічні показники обміну заліза сироватки крові.
5. Особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики залізодефіцитної анемії. Диференційний діагноз. Принципи та критерії ефективності лікування.
6. Дати визначення В₁₂-дефіцитної анемії, навести перелік основних причин розвитку В₁₂-дефіцитної анемії, патогенез, охарактеризувати клінічні синдроми.
7. Навести діагностичні критерії В₁₂-дефіцитної анемії, диференційний діагноз, визначити особливості лікування В₁₂-дефіцитної анемії, прогноз.
8. Дати визначення фолієводефіцитної анемії, навести перелік основних причин розвитку фолієводефіцитної анемії, патогенез, охарактеризувати клінічні синдроми.
9. Навести діагностичні критерії фолієводефіцитної анемії, диференційний діагноз, визначити особливості лікування фолієводефіцитної анемії, прогноз.
10. Дати визначення апластичної анемії. Етіологія, патогенез, особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики. Диференційний діагноз. Принципи та критерії ефективного лікування. Ускладнення. Прогноз.
11. Дати визначення спадкових гемолітичних анемії. Етіологія, патогенез, особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики. Диференційний діагноз. Принципи та критерії ефективного лікування. Прогноз.
12. Дати визначення аутоімунної гемолітичної анемії. Етіологія, патогенез, особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики. Диференційний діагноз. Принципи та критерії ефективного лікування. Прогноз.

Технологічна карта проведення заняття

№ п/п	Етап	Хви-лини	Навчальні посібники		Місце проведення заняття
			Засоби навчання	Облад-нання	
1	Визначення початкового рівня за допомогою тестового контролю	15	Тести		Навчальна кімната онлайн - з використанням тіх платформи

2	Тематичний розбір хворих на анемії	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. Фадеева, 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 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

3. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. – 1st ed. – University of Alberta, 2018. – 302 p.

4. Приступа Л.Н., Ковчун А.В., Кмита В.В., Бондаркова А.М., Кучма Н.Г., Дудченко І.О., Рудика О.М. “Спосіб диференціальної діагностики анемії у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень”. Патент на корисну модель UA No 127627 U Україна МПК G01N 33/50 (2006.01), заявка No u 2018 03131 від 26.03.2018. Опубл. 10.08.2018, бюлетень No 15.

Тема 14. Гострі та хронічні лейкемії

Кількість годин: 2.

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.
- Складати 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 лейкозії частіше зустрічається після 60 років

- А. Гострий лімфобластний Б. Гострий мієлобластний
В. Хронічний лімфобластний Г. Хронічний мієлобластний

5. До генетичних етіологічних факторів розвитку гострих лейкозій відносять:

- А. Іонізуюче випромінювання
Б. Статеві гормони
В. Хімічні мутагенні агенти
Г. Віруси

6. Червений кістковий мозок знаходиться в усіх названих структурах, крім:

- А. Діафізах трубчастих кісток
Б. Епіфізах трубчастих кісток
В. Хребцях
Г. Ребрах

7. Для якої лейкозії характерна наявність "лейкемічного провалу"?

- А. гострі мієлоїдної лейкозії Б. еритремії
В. хронічної мієлолейкемії Г. хронічної лімфолейкемії

8. Який метод лікування гострих лейкозій 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 лейкозія". Класифікація, етіологія та патогенез розвитку гострих лейкозій.
2. Перерахувати основні клінічні синдроми при гострій лейкозії.
3. Лабораторна діагностика гострої лейкозії.
4. Діагностичні критерії та диференційна діагностика гострої лейкозії.
5. Принципи лікування гострих лейкозій. Що таке повна ремісія гострої лейкозії?
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.

№ 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	45	Історії хвороби		Палата, навчальна кімната
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната

Список літератури

Основна (базова література)

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. — 1st ed. — University of Alberta, 2018. — 302 p.

3. Goldman-Cecil medicine [Текст]. V.1 / L. Goldman, L. Schafer, M. Crow etc. – 25-th ed. – Saunders: Saunders Elsevier, 2016. — 1489 p.

Тема 15. Лімфоми. Гемофілії та тромбоцитопенічна пурпура.

Кількість годин: 2.

Актуальність теми. Аналіз статистичних даних та епідеміологічних досліджень за останні роки чітко фіксує невинне зростання рівня захворюваності на лімфоми у світі. Показник захворюваності за останні 10 років на лімфому Ходжкіна в Україні складає 2,5 випадків на 100000 населення, стандартизований показник (світовий стандарт) складає 2,3 випадки на 100000 населення, середній вік від 15 до 49 років. Показник захворюваності на неходжкінські лімфоми в Україні - 5,2 на 100000 населення (6 випадків чоловічого та 4,8 жіночого населення), стандартизований показник – 3,6 випадки на 100 000 населення (4,6 чоловічого та 2,8 жіночого населення), пік захворюваності відмічається у віковій групі від 60 до 79 років.

Серед спадкових порушень системи коагуляційного гемостазу, які мають геморагічний характер, гемофілія займає перше за поширеністю місце, а у структурі спадкових геморагічних діатезів – друге після хвороби Віллебранда. Гемофілія — важке спадкове генетичне захворювання, яке викликане вродженою відсутністю факторів зсідання крові VIII або IX. Хвороба характеризується порушенням зсідуючої системи крові і проявляється частими крововиливами в суглоби, м'язи і внутрішні органи. Поширеність гемофілії А становить 1:10000, а гемофілії Б – 1:30000-50000 осіб чоловічої статі.

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.

Загальна мета – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на лімфому, гемофілії та тромбоцитопенічну пурпуру.

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. 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 лімфоїдної;
- виявляти типову клінічну картину основних захворювань крові;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань крові;
- складати план обстеження хворих з основними захворюваннями крові;
- 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.

Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

1. Морфологічний субстратом лімфоми Ходжкіна є:

- А. Т-лімфоцити
- Б. В-лімфоцити
- В. Клітини Ріда-Штендберга
- Г. Фолікулярні клітини

2. Золотим стандартом для визначення стадії лімфоми є?

- А. ПЕТ-КТ.
- Б. МРТ.
- В. КТ.
- Г. Біопсія лімфатичного вузла

3. Критеріями діагностики 1 стадії лімфоми за Ann Arbor є?

- А. Ураження 1 лімфатичної зони
- Б. Ураження 2 і більше лімфатичних зон по 1 бік від діафрагми
- В. Ураження 2 і більше лімфатичних зон по обидва боки від діафрагми.
- Г. Ураження КМ.

4. Критеріями діагностики 2 стадії лімфоми за Ann Arbor є?

- А. Ураження 1 лімфатичної зони
- Б. Ураження 2 і більше лімфатичних зон по 1 бік від діафрагми
- В. Ураження 2 і більше лімфатичних зон по обидва боки від діафрагми.
- Г. Ураження КМ.

5. Назвати препарати, які використовуються з замісною метою для лікування гемофілії А:

- А. Консервована кров
- В. Кріопреципітат

Б. Свіжа кров

Г. Гепарин

6. Лікування гемартрозів при гемофілії включає наступні принципи, окрім:

А. Струмине введення антигемофільної плазми

Б. Імобілізація суглобу, без здавлення на 2-4 дні

В. Сухе зігрівання суглобу

Г. Холод на суглоб

7. Для лікування інгібіторної форми гемофілії А використовується наступний препарат:

А. Метотрексат

В. Свіжа кров

Б. Новосевен

Г. Антигемофільна плазма

8. Ангіоматозний тип кровоточивості спостерігається при:

А. Хвороби Віллебранда.

Б. Тромбоцитопенії.

В. Хвороби Рандю-Ослера.

Г. Гемофілії

9. Лікування тромбоцитопенічної пурпури необхідно починати з призначення:

А. Спленектомії

В. ϵ -Амінокапронової кислоти.

Б. Кортикостероїдів.

Г. Імурану

Відповіді на контрольні питання

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

Основні теоретичні питання теми

1. Визначення та класифікація лімфом. Ходжкінські та неходжкінські лімфоми.
2. Клінічні прояви та їх особливості при різних варіантах перебігу лімфом.
3. Лабораторна діагностика та діагностичні критерії Ходжкінські та неходжкінські лімфоми.
4. Диференціальна діагностика Ходжкінських та неходжкінських лімфом.
5. Принципи лікування Ходжкінські та неходжкінські лімфоми.
6. Визначення та класифікація гемофілії.
7. Етіологія та патогенез гемофілій.
8. Клінічні прояви гемофілій.
9. Лабораторна діагностика гемофілій.
10. Диференційна діагностика гемофілій.
11. Лікування гемофілії та її профілактика.
12. Типи кровоточивості при геморагічних діатезах.
13. Визначення та класифікація тромбоцитопенічної пурпури.
14. Етіологія та патогенез тромбоцитопенічної пурпури.
15. Клінічні прояви тромбоцитопенічної пурпури.
16. Лабораторна діагностика проявів тромбоцитопенічної пурпури.
17. Диференційна діагностика тромбоцитопенічної пурпури.
18. Принципи лікування хвороби Верльгофа.
19. 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 контролю	15	Тести		Навчальна кімната онлайн - з використанням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на лімфому	45	Історії хвороби, аналіз ситуац. задач		Палата, навчальна кімната, онлайн - з використанням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використанням google meet

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. 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.
4. 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. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. — 1st ed. — University of Alberta, 2018. — 302 p.
3. Goldman-Cecil medicine [Текст]. V.1 / L. Goldman, L. Schafer, M. Crow etc. – 25-th ed. – Saunders: Saunders Elsevier, 2016. — 1489 p.

Електронне навчальне видання

Методичні вказівки
до практичних занять
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»
*(модуль «**Основи внутрішньої медицини:**
гастроентерологія, пульмонологія, гематологія»)*
для студентів спеціальності 221 «**Стоматологія**»
денної форми навчання

Відповідальна за випуск І. О. Дудченко
Редактор Ю. О. Сміянова
Комп'ютерне верстання О. В. Овчарової

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. . Обл.-вид. арк. .

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