



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

**Методичні вказівки**  
до практичних занять  
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»  
*(модуль 1 «Основи внутрішньої медицини:  
гастроентерологія, пульмонологія, гематологія»)*  
для студентів спеціальності 228 «*Педіатрія*»  
денної форми навчання

Суми  
Сумський державний університет  
2023

Методичні вказівки до практичних занять із дисципліни «Внутрішня медицина» (модуль 1 «Основи внутрішньої медицини: гастроентерологія, пульмонологія, гематологія») / укладачі: Л. Н. Приступа, І.О. Дудченко, А. В. Ковчун. – Суми : Сумський державний університет, 2023. – 58 с.

Кафедра внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини  
НН МІ СумДУ

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

**Тема 1. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.  
Диспепсія. Хронічні гастрити.**

**Кількість годин: 4.**

**Актуальність теми.** Гастроєзофагеальна 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 гастроєзофагеального 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 позиції 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. Гастроєзофагальний 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 антипарієтальних 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 парієтальних 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. Стриктурі 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.pilory*.
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 GERX?
11. Визначте показання до хірургічного лікування GERX.
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 GERX, функціональної диспепсії та хронічних гастритах

### 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 GERX, функціональну диспепсію чи хронічний гастрит	120	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.
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., Piazzuelo 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. Гастроезофагальна рефлексна хвороба». Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/MOZ21218.html](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](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2012_600/19_07_2012_ukpmd.pdf)

## **Тема 2. 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. Медикаментозна 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           | В. Збір анамнезу                 |
| Б. Гастродуоденоскопія | Г. Тестування на <i>H.pylori</i> |

#### **2. Парієтальні клітини секретують:**

А. пепсиноген;  
В. слиз;

Б. соляну кислоту;  
Г. гастрин;

**3. Н. 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. H<sub>2</sub>-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 “кинджальний” біль в епігастральній ділянці  
Б. Напруження м’язів передньої черевної стінки  
В. Пневмоперітоніум  
Г. Мелена

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

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

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

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

**10. До інвазивних методів дослідження на наявність та ефективність ерадикації Нр 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 Н.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. Свінціцький 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](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20140903_0613.html)

### Тема 3. Біліарні захворювання: жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні розлади

#### Кількість годин: 4.

**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 жовчновивідних шляхів;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються для діагностики захворювань жовчного міхура та жовчновивідних шляхів;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори, що сприяють виникненню жовчнокам'яної хвороби, дискінезії жовчновивідних шляхів;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань жовчного міхура та жовчновивідних шляхів;
- складати план обстеження хворих із захворюваннями жовчного міхура та жовчновивідних шляхів;
- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при захворюваннях жовчного міхура та жовчновивідних шляхів;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при захворюваннях жовчного міхура та жовчновивідних 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. Алкогольна хвороба печінки
- В. Ожиріння та гіподинамія
- Г. Вагітність

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

- А. Гастроцепін
- Б. Атропіну сульфат
- В. Прозерин
- Г. Платифіліну гідротартрат

#### **5. До холекінетиків відносяться всі, крім:**

- А. Магнія сульфат
- Б. Ксиліт

В. Сорбіт

Г. Оліметин

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

А. Гострий переймоподібний біль у правому підребер'ї

Б. Біль виникає після вживання жирної їжі

В. Біль виникає після вживання гострої та жирної їжі

Г. Відчуття важкості у правому підребер'ї

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

А. Відчуття важкості у правому підребер'ї

Б. Постійний тупий біль у правому підребер'ї

В. Гострий переймоподібний біль у правому підребер'ї

Г. Відчуття гіркоти у роті

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

А. Аномалії жовчного міхура

Б. Холецистит

В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

Г. Хвороба Менетріє

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

А. Розчин магнія сульфат

Б. Холецистокинін

В. Пантопразол

Г. Тюбажи з мінеральною водою

**10. До первинних жовчних кислот відносять:**

А. Дезоксихолева

Б. Літохолева

В. Холева

Г. Урсодезоксихолева

**Відповіді на контрольні питання**

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

### Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна “дискінезія”.
2. Класифікація дискінезій 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	120	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

### Тема 4. Хронічні захворювання тонкої кишки: целиакія та інші ентеропатії.

#### Кількість годин: 4.

**Актуальність теми.** Целиакія (глютеніна ентеропатія) - хронічне аутоімунне захворювання, що вражає травний канал генетично схильних (HLA - DQ2, HLA - DQ8) осіб, які мають непереносимість основного білку злаків (глютену). Целиакія викликає хронічне запалення слизової оболонки тонкої кишки, що призводить до її атрофії, мальабсорбції і, як наслідок, виникнення різноманітної клінічної. Глютеніна ентеропатія може вперше проявитися як в дитинстві, так і у дорослих. Співвідношення хворих жінок до чоловіків становить 2:1. Целиакія частіше протікає без гастроентерологічної симптоматики, що робить діагностику захворювання досить складною. Ризик целиакії 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 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.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями тонкого кишківника;

- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються для діагностики хвороб тонкого кишківника;

- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку целиації, лактозної недостатності та інших ентеропатій;

- виявляти типову клінічну картину захворювань тонкого кишківника;

- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення захворювань тонкого кишківника;

- складати план обстеження хворих із захворюванням тонкого кишківника;

- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях тонкого кишківника;

- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику захворювань тонкого кишківника.

### **Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті**

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

А. Рентгенологічне дослідження

Б. Колоноскопія

В. Проба з Д-ксилозою

Г. Біопсія слизової оболонки тонкої кишки

**2. До основних клінічних типів целиації відносяться всі, крім одного**

А. Класична

Б. Субклінічна

В. Німа

Г. Атрофічна

**3. До атипичних проявів целиації відносять все, крім:**

А. Периферична нейропатія

Б. Остеопороз

В. Залізодефіцитна анемія

Г. Диспепсія

**4. До основних клінічних проявів целиації 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. Найбільш інформативний метод дослідження всмоктувальної функції кишківника**

А. Визначення рН калу

Б. Колоноскопія

В. Рентгеноконтрастний метод

Г. Дослідження за допомогою аліментарних навантажень

**7. До морфологічних змін при целиації характерно все, крім:**

А. Лімфоцитарна інфільтрація слизової оболонки

Б. Нейтрофільна інфільтрація слизової оболонки

В. Атрофія ворсинок слизової оболонки

Г. Подовження та гіперплазія крипт

**8. Який орган системи травлення уражається найчастіше при хворобі Уіпла**

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

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

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

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

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

**Відповіді на контрольні питання**

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

**Основні теоретичні питання теми**

1. Дати визначення термінам «мальабсорбція» та «мальдігестія».
2. Клінічні прояви синдрому мальабсорбції та мальдігестії.
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 аглютенної 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.

**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 платформ
2	Тематичний розбір хворих на хронічні захворювання тонкої кишки	120	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 5. Хронічні захворювання товстої кишки: неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона та синдром подразненої кишки.

#### Кількість годин: 4.

**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.

**Загальна мета** – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на неспецифічний виразковий коліт, хворобу Крона та синдромом подразненої кишки (СПК).

#### Конкретні цілі

Студенти повинні знати: 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 товстого кишківника;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що використовуються для діагностики хвороб товстого кишківника;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори запальних захворювань кишківника та синдрому подразненого кишківника;
- виявляти типову клінічну картину запальних захворювань кишківника та синдрому подразненого кишківника;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення запальних захворювань кишківника та синдрому подразненого кишківника;
- складати план обстеження хворих запальними захворюваннями кишківника та синдромом подразненого кишківника;
- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз запальних захворювань кишківника та синдрому подразненого кишківника;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при запальних захворюваннях кишківника та синдрому подразненого кишківника.

### Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

#### 1. Який метод дослідження найбільш інформативний при СПК?

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

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

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

#### 3. За характером випорожнень виділяють типи СПК, крім:

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

#### 4. Поява діареї при хронічному коліті зумовлена:

- А. Кишковою гіперсекрецією.
- Б. Підвищенням осмотичного тиску в порожнині кишки.
- В. Кишковою ексудацією і прискореним пасажом кишкового вмісту.
- Г. Недостатньою абсорбцією жовчних кислот у тонкій кишці.
- Д. Усіма вищезгаданими.

#### 5. Якій лікарський засіб не має осмотичних властивостей?

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

#### 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 нориць.
- 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 слабкокислої реакції.

**Відповіді на контрольні питання**

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

**Основні теоретичні питання теми**

1. Дати визначення терміна «синдром подразненої кишки». Етіологія та патогенез СПК.
2. Класифікація СПК. Римські критерії IV (2016) з діагностики СПК.
3. Клінічні прояви різних варіантів СПК.
4. Діагностичні критерії та критерії виключення діагнозу СПК.
5. Диференційна діагностика СПК.
6. Лікування різних форм СПК.
7. Визначення, етіологія та патогенез неспецифічних запальних захворювань кишківника (неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона).
8. Класифікація неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
9. Інструментальні методи діагностики неспецифічних запальних захворювань кишківника. Колоноскопія. Показання та протипоказання. Можливі ускладнення.
10. Критерії діагностики неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
11. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу неспецифічних запальних захворювань кишківника.
12. Диференційний діагноз неспецифічних запальних захворювань кишківника.
13. Ускладнення неспецифічного виразкового коліту та хвороби Крона.
14. Лікування неспецифічних запальних захворювань кишківника. Роль топічних стероїдів та біологічної терапії в лікуванні цих захворювань.

**Технологічна карта проведення заняття**

№ п/п	Етап	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 використан- ням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на хронічні захворювання товстої кишки: неспецифічні коліти та синдром подразненої кишки	120	Історії хворо- би, аналіз си- туац. задач		Палата, навчальна кім- ната, онлайн - з викори- станням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	25	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використан- ням google meet

**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.

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

## **Тема 6. Хронічні гепатити.**

### **Кількість годин: 4.**

**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.

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

### **Конкретні цілі**

Студенти повинні знати: Визначення. Класифікацію. Роль персистенції вірусу, медикаментозних агентів, порушень імунних порушень та алкоголю. Методи діагностики вірусної інфекції. Аутоімунний гепатит, хронічні вірусні, медикаментозний гепатити. 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.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів захворюваннями печінки;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, для діагностики гепатитів;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку хронічних гепатитів;
- виявляти типову клінічну картину хронічних гепатитів;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення хронічних гепатитів;
- складати план обстеження хворих з хронічним гепатитом;

- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при хронічних гепатитах;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику хронічних гепатитів.

### 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 в крові прямого білірубину
- В. Накопичення жовчних кислот
- Г. Порушення інактивації гістаміну в печінці

#### 5. При активному вірусному гепатиті В у крові виявляються:

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

#### 6. Вирішальним у поставленні діагнозу хронічного гепатиту є:

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

#### 7. Одною з характерних морфологічних ознак активності хронічного гепатиту є:

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

#### 8. Головною ознакою активності хронічного гепатиту є:

- А. Рівень гіпербілірубінемії.
- Б. Імунологічні показники.
- В. Гіперферментемія (АСТ, АЛТ).
- Г. Жовтяниця.
- Д. Захоплення селезінкою радіофармакологічного препарату.

#### 9. З перелічених ознак про внутрішньопечінковий холестаза свідчить збільшення:

- А. Показників бромсульфалеїнової проби.
- Б. Рівня γ-глобулінів.
- В. Рівня аміотрансфераз.
- Г. Рівня лужної фосфатази.
- Д. Рівня кислої фосфатази.

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

- А. Вторинний біліарний цироз.
- Б. Хронічний гепатит В.
- В. Хронічний гепатит С.
- Г. Новоутворення печінки.
- Д. Жодне з перелічених.

#### Відповіді на контрольні питання

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

#### Основні теоретичні питання теми:

1. Визначення терміна “хронічний гепатит”. 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.

### 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	120	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. 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. Цирози печінки.

### Кількість годин: 4.

**Актуальність теми.** Цироз печінки (ЦП) належить до важливих медичних і соціально-економічних проблем не лише в Україні, а й у всьому світі. Актуальність хвороби зумовлена значною її поширеністю, збільшенням чисельності етіологічних чинників, а також виникненням тяжких ускладнень, що призводять до летального наслідку.

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** – Вміти оцінити результати лабораторно-інструментальних методів дослідження, скарги та дані анамнезу для встановлення правильного діагнозу у хворих на цироз печінки.

### Конкретні цілі

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

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів цирозом печінки;
- обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів для діагностики цирозу печінки;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори розвитку цирозу печінки;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення цирозу печінки;
- складати план обстеження хворих із цирозом печінки;
- проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при цирозі печінки;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику ускладнень при цирозі печінки.

### Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

#### 1. Цироз печінки найбільш часто є наслідком:

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

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

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

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

- А. Диспротеїнемія  
Б. Поява у крові СРБ, серомукоїду  
В. Поява ревматоїдного фактору  
Г. Підвищення вмісту у плазмі трансаміназ, лактатдегідрогеназ

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

- А. Пневмонія.      Б. Тромбоз портальної вени.

В. Масивна стравохідно-шлункова кровотеча. Г. Гіпокаліємія

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

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

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

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

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

- А. 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. Диспептичний.
- В. Портальна гіпертензія.
- Г. Жовтяниця

**Відповіді на контрольні питання**

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

### **Основні теоретичні питання теми:**

1. Визначення терміна “цироз печінки”.
2. Етіологія та патогенез цирозу печінки.
3. Лос-Анджелеська класифікація цирозу печінки (1994)
4. Ступінь тяжкості залежно від вираженості печінково-клітинної недостатності визначають за класифікацією Ч. Г. Чайлд – Р. Н. П'ю
5. Клініко-лабораторна діагностика цирозу печінки. Пункційна біопсія печінки.
6. Основні ускладнення цирозу печінки.
7. Патогенез і прояви синдрому печінково-клітинної недостатності. Лікування.
8. Патогенез і прояви синдрому портальної гіпертензії.
9. Класифікація портальної гіпертензії. Лікування.
10. Патогенез і прояви синдрому набряково-асцитичного синдрому. Лікування.
11. Патогенез і прояви синдрому гепато-ренального синдрому. Лікування.
12. Патогенез і прояви синдрому гепато-пульмонального синдрому. Лікування
13. Патогенез і прояви синдрому печінкової енцефалопатії. Лікування.
14. Патогенез і прояви синдрому спонтанного бактеріального перитоніту. Лікування.
15. Варикозно розширені вени стравоходу як наслідок цирозу печінки. Профілактика кровотеч.
16. Що таке трансюгулярное внутрішньопечінкове портосистемне шунтування (TIPS)
17. 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 цирози печінки	120	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. 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 8. Хронічні панкреатити.

### Кількість годин: 4.

**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  $\geq 6$  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	120	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. 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 9. Хронічне обструктивне захворювання легень. Бронхоектатична хвороба.**

##### **Кількість годин: 4.**

**Актуальність теми.** Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується не повністю зворотним обмеженням прохідності дихальних шляхів, що, як правило, прогресує і асоціюється із незвичною запальною відповіддю легень на шкідливі частинки або гази, головним чином, пов'язані із палінням. Поряд із ураженням легень ХОЗЛ призводить до значних позалегенових системних проявів, супутніх захворювань, які обтяжують його перебіг. 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  $\alpha_1$ -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 достовірна ознака 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 (LTB<sub>4</sub>, IL-8, TNF- $\alpha$ ).
- Д. Така ланка не зазначена.
- Е. Дисбаланс протеаз-антипротеаз в легенях.

**2. Найважливішою складовою патофізіології ХОЗЛ є:**

- А. Гіперсекреція слизу і дисфункція в'язкого 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.
- Б. Промислові та побутові шкідливі викиди.
- В. Інфекції (дитячі, респіраторні, ВІЛ).
- Г. Низький соціоекономічний статус.
- Д. Усі вищезазвані.

**4. До найважливіших внутрішніх факторів ризику ХОЗЛ належать:**

- А. Спадковий дефіцит  $\alpha$ -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.
- Б. Участь у диханні допоміжної мускулатури.
- Г. Подовжений видих.
- В. Послаблення дихальних шумів.
- Д. Розширені міжреберні проміжки.

**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 (ОФВ<sub>1</sub>).
- Б. Форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ).
- В. Співвідношення ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ.
- Г. Усі вищезгадані.
- Д. Найбільш важливий показник не названий.

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

- А. ОФВ<sub>1</sub> < 90% від належних у поєднанні з ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ < 80%.
- Б. ОФВ<sub>1</sub> < 80% від належних у поєднанні з ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ < 70%.
- В. ОФВ<sub>1</sub> < 70% від належних у поєднанні з ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ < 60%.
- Г. ОФВ<sub>1</sub> < 60% від належних у поєднанні з ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ < 50%.
- Д. ОФВ<sub>1</sub> < 50% від належних у поєднанні з ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЄЛ < 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	120	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. Перерерій 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. Перерерій, 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](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: 4.

**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;
- обґрунтовувати 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. Гіпереозинофілія.
- С. Активація синтезу реагінів.
- Д. Глюкокортикоїдна недостатність.
- Є. Реакція гіперчутливості негативного типу

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

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

**3. При БА в мокроті виявляються:**

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

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

**8. ПОШвид < 60% від належного або кращого для хворого, виражені прояви симптомів в стані спокою, ретракція грудної клітини; немає клінічного покращення після початкового лікування характерно для загострення БА:**

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

**9. Які препарати мають протизапальну дію:**

- А. Беклофорт.
- Б. Фликсотид.
- Г. Всі перераховані препарати
- 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  $\beta_2$ -адренорецепторів
- Б. Блокатор  $\beta_2$ -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	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 бронхіальну астму	120	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. 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. Фадєєва, 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. Ігнат'єва, 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. Позалікарняна пневмонія**

**Кількість годин: 4.**

**Актуальність теми.**

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. Її підрозділяють на наступні види: 1) негоспітальна пневмонія у пацієнтів без виражених порушень імунітету; 2) негоспітальна пневмонія у пацієнтів із вираженими порушеннями імунітету: а) із синдромом набутого імунодефіциту (ВІЛ/СНІД), б) з іншими захворюваннями/ патологічними станами; 3) негоспітальна аспіраційна пневмонія.

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

**Загальна мета** – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на негоспітальну 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 підтверженої 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. В. Неточним/невизначеним.  
Б. Достовірним. 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 В. Гаптоглобін  
Б. Фібриноген Г. Прокальцитонін

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

- А. Пневмококовій В. Стафілококовій  
Б. Легіонельозній 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 В. МРТ  
Б. Рентгенографія в 2-х проекціях Г. Бронхоскопія

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

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

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

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

**10. Який препарат є основним у лікуванні пневмоцистної пневмонії?**

- А. Метронідазол В. Бісептол  
Б. Цефтаролін 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.

### 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	120	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. 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. Дзюблик О.Я. Негоспітальні інфекції нижніх дихальних шляхів / О.Я. Дзюблик // Вінниця : ТОВ «Мерккьюрі-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. - Адаптована 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](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/pnevmoцистна-pnevmoniya-onovleni-klinichni-rekomendatsiyi-2019-roku>

### Тема 12. Нозокоміальна пневмонія.

**Кількість годин: 2.**

**Актуальність теми.** Пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів

легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації. Класифікація пневмоній враховує умови виникнення захворювання, особливості інфікування тканини легень, а також стану імунної реактивності організму. За цією класифікацією виділяють такі види пневмоній: негоспітальну (позалікарняну, амбулаторну) та нозокоміальну (госпітальну).

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. Госпітальну пневмонію підрозділяють на наступні види: 1) власно госпітальна пневмонія; 2) вентилятор-асоційована пневмонія; 3) госпітальна пневмонія у пацієнтів із вираженими порушеннями імунітету: а) у реципієнтів донорських органів, б) у пацієнтів, що отримують цитостатичну терапію; 4) госпітальна аспіраційна пневмонія.

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

### **Конкретні цілі:**

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

Студенти повинні вміти:

- вміти розпізнавати основні симптоми та синдроми пневмонії;
- трактувати результати проведених досліджень;
- розпізнавати та діагностувати ускладнення при пневмонії;
- призначення антибактеріальної терапії залежно від груп пацієнтів на пневмонію.

### **Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті**

#### **1. Пневмонія – це гостре інфекційне захворювання, переважно:**

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

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

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

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

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

#### **4. Залежно від тяжкості перебігу захворювання пневмонії поділяють на:**

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

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

- А. Аспірацію вмісту ротоглотки.
- Б. Вдихання аерозолі, що містить мікроорганізми.
- В. Гематогенне поширення мікроорганізмів з позалегеневого вогнища інфекції.
- Г. Безпосереднє поширення інфекції з уражених тканин сусідніх органів, або внаслідок інфікування під час проникних поранень грудної клітки.
- Д. Всі вищеназвані.

#### **6. Клінічну картину пневмонії у переважній частині хворих визначають такі чинники, як:**

- А. Етіологічний (властивості збудника).
- Б. Локалізація процесу.
- В. Вік пацієнта і наявність супутніх захворювань.
- Г. Об'єм ураженої легені.
- Д. Стать хворого.

**7. Утворення порожнин розпаду в легенях є характерним для:**

- А. Пневмококкової пневмонії.
- Б. Мікоплазмової пневмонії.
- В. Хламідійної пневмонії.
- Г. Стафілококкової етіології, аеробів і анаеробів.
- Д. Усіх перелічених.

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

- А. Загальних симптомів (слабкість, гарячка).
- Б. Локальних респіраторних симптомів (кашель, харкотиння, задишка, болі).
- В. Фізикальних даних.
- Г. Вогнещево-інфільтративних змін при рентгенографії ОГК у 2 проекціях.
- Д. Мікробіологічного дослідження матеріалу, отриманого з вогнища інфекції.

**9. Які є показання до застосування глюкокортикоїдів при пневмоніях:**

- А. Виражена інтоксикація
- Б. Гіпертермія
- В. Погане розсмоктування інфільтрату
- Г. Бронхоспастичний синдром
- Д. Випіт в плевральній порожнині

**10. При виявленні стафілококового збудника при пневмонії слід призначити:**

- А. Ванкоміцин+лінезолід
- Б. Гентаміцин+тетрациклін
- В. Рифампіцин+левоміцетин

**Відповіді на контрольні питання**

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

**Основні теоретичні питання теми**

1. Дати визначення терміна “пневмонія”. Сучасна класифікація пневмоній.
2. Етіологія та патогенез госпітальних пневмоній.
3. Значення методів фізикального обстеження хворих на госпітальну пневмонію.
4. Методи лабораторного та інструментального обстеження хворих на госпітальну пневмонію.
5. Назвати діагностичні критерії госпітальної пневмонії.
6. Диференційна діагностика госпітальних пневмоній.
7. Тактика лікування госпітальних пневмоній.

**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 платформ
2	Тематичний розбір хворих на нозокоміальні 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. - 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. Алгоритм етіологічної діагностики гострих негоспітальних інфекцій нижніх дихальних шляхів .– Київ, 2018.– 4 с. (Інформ. лист / НІФП НАМНУ).

2. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антимікробна терапія та профілактика. - Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. – Київ, Національна академія медичних наук України, 2019. – 94 с.

3. Наказ МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 року «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги» «Пульмонологія». – Київ, 2013. Режим доступу: [http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130627\\_0555.html](http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130627_0555.html).

4. Пневмоцистна пневмонія: оновлені клінічні рекомендації 2019 року. Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/140712/pnevmoцистна-pnevmoniya-onovleni-klinichni-rekomendatsiyi-2019-roku>

### **Тема 13. Ускладнення пневмоній.**

**Кількість годин: 2.**

**Актуальність теми.** Ускладнення пневмоній поділяються на легеневі та позалегеневі. Легеневі ускладнення: плевральний випіт, емпієма плеври, абсцес і гангрена легені; множинна деструкція легень, бронхообструктивний синдром, гостра дихальна недостатність (дистресс-синдром). Позалегеневі ускладнення: гостре легеневе серце, інфекційно-токсичний шок, неспецифічний міокардит, ендокардит, перикардит, сепсис, який особливо часто виникає при пневмококових пневмоніях, менінгіт, менінгоенцефаліт, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання, психози, що виникають при тяжкому перебігу, особливо у хворих похилого віку, гемолітичні анемії при мікоплазмових і вірусних пневмоніях, а також залізодефіцитна анемія. Найбільш важливими, у тому числі і з точки зору планування антибактеріальної терапії, є гнійно-деструктивні ускладнення.

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

#### **Конкретні цілі**

Студенти повинні знати: класифікацію плевритів та плеврального випоту, емпієми плеври, абсцесу та гангрен легені; принципи лікування, первинну та вторинну профілактику, прогноз.

Студенти повинні вміти:

- визначати етіологічні та патогенетичні фактори плевритів та плеврального випоту, емпієми плеври, абсцесу та гангрен легені;
- проводити опитування та фізикальний огляд пацієнтів з ускладненнями пневмоній;
- аналізувати різні клінічні варіанти та ускладнення пневмоній;
- складати план обстеження хворих з ускладненнями пневмоній;
- трактувати результати інвазивних та неінвазивних діагностичних методів та визначати показання та протипоказання до їх проведення, можливі ускладнення;
- запропонувати захворювання для проведення диференційного діагнозу, обґрунтувати та формулювати діагноз плеврит та плевральний випіт, емпієми плеври, абсцесу та гангрен легені.

### **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.  
 Б. Після грипу.  
 В. Бластоматозних процесах.
- 3. Рідина в плевральній порожнині веде до:**  
 А. Зміщення органів середостіння у хворий бік.  
 Б. Посилення дихальних шумів.  
 В. Втягування міжреберній під час вдиху.
- 4. Швидке накопичення рідини в порожнині плеври – це типова ознака чого?**  
 А. Хронічної недостатності кровообігу.  
 Б. Мезотеліоми плеври.  
 В. Туберкульозу легенів.
- 5. Простір Траубе відсутній при:**  
 А. Лівосторонньому ексудативному плевриті.  
 Б. Емфіземі легень.  
 В. Гіпертрофії правого шлуночка серця.
- 6. За допомогою яких методів можна ефективно виявити невеликі об'єми рідини в плевральній порожнині?**  
 А. Рентгенологічного.  
 Б. Бронхоскопії.  
 В. Голкової біопсії плеври.
- 7. Що потрібно призначити при ускладненні гострої пневмонії ексудативним плевритом?**  
 А. Антибіотики.  
 Б. Кисневу терапію.  
 В. Бутадіон.
- 8. Які ознаки характерні для сухого плевриту, крім однієї?**  
 А. Кашель.  
 Б. Біль у грудній клітці при диханні.  
 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.  
 Б. Системного червоного вовчака.  
 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 плевриту та плеврального випоту, емпієми плеври, абсцесу та гангрени легені.
2. Етіологія плевритів та плеврального випоту, емпієми плеври, абсцесу та гангрени легені.
3. Патогенез плевритів та плеврального випоту, емпієми плеври, абсцесу та гангрени легені.
4. Класифікація ускладнень пневмоній.
5. Клінічні прояви плевриту та плеврального випоту, емпієми плеври, абсцесу та гангрени легені.
6. Зміни даних фізикальних методів дослідження у хворих при плевриті та плевральному випоті, емпієми плеври, абсцесі та гангрени легені.
7. Зміни даних лабораторних методів дослідження у хворих при плевриті та плевральному випоті, емпієми плеври, абсцесі та гангрени легені.

8. Зміни даних інструментальних методів дослідження у хворих при плевриті та плевральному випоті, емпіємі плеври, абсцесі та гангрені легені.
9. Диференційна діагностика ускладнень пневмоній.
10. Плевральна пункція – техніка, показання та протипоказання до проведення, ускладнення.
11. Лікувальна тактика ускладнень 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 з ускладненнями пневмоній	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. - 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](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 14. Анемії (залізодефіцитна, В<sub>12</sub>-дефіцитна, фолієводефіцитна, гемолітична, апластична, постгеморагічна)**

**Кількість годин: 4.**

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

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

Мегалобластичні анемії – це група анемій, зумовлених порушенням синтезу ДНК у еритрокаріоцитах внаслідок дефіциту вітаміну В<sub>12</sub> 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 В<sub>12</sub>-дефіцитної анемії складає 0,1 %, а серед людей похилого віку – 1 %. Клінічна картина В<sub>12</sub>-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 їжою 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 анемій 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 анемій, класифікацію, етіологічні фактори та патогенез, особливості клінічної картини, лабораторних та інструментальних методів діагностики анемій, диференційний діагноз, принципи лікування, реабілітації, профілактики різних видів анемій.

Студенти повинні вміти:

- аналізувати поширеність різних видів анемій;
- визначити етіологію і патогенез різних видів анемій;
- класифікувати анемії та аналізувати їх типову клінічну картину;
- скласти алгоритм діагностики, визначити послідовність методів обстеження пацієнта з різними видами анемій;
- 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 анемій;

### **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 В<sub>12</sub>-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 білірубину та непрямого білірубину.  
 Г. Збільшення рівня загального білірубину прямого та непрямого білірубину, але переважає рівень непрямого білірубину.
- 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. Антилімфоцитарний 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 В<sub>12</sub>-дефіцитної анемії, навести перелік основних причин розвитку В<sub>12</sub>-дефіцитної анемії, патогенез, охарактеризувати клінічні синдроми.
7. Навести діагностичні критерії В<sub>12</sub>-дефіцитної анемії, диференційний діагноз, визначити особливості лікування В<sub>12</sub>-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	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 анемії	120	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. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. / І. О. Дудченко, Г. А. Фадєєва, В. В. Качковська, О. В. Орловський ; за заг. ред. Л.Н. Приступи. – Суми : СумДУ, 2019. – 55 с.

#### Рекомендована література

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

2. Наказ МОЗ України від 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](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 15. Гострі лейкемії.

#### Кількість годин: 4.

**Актуальність теми.** Захворюваність на різні види лейкозів у цілому становить приблизно 13 випадків на 100 тис. населення на рік, частіше хворіють особи чоловічої статі. Гострим лімфатичним лейкозом хворіють переважно діти і молодь, у той час як гострим і хронічним мієлоїдним лейкозом – люди старшого віку. 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. 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.

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.

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

### **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, реополіглокін
- Г. Гемосорбція, плазмаферез

**2. Для гострої мієлобластної лейкемії характерні наступні симптоми, крім:**

- А. Збільшення лімфовузлів
- Б. Виразково-некротичні ураження порожнини рота та зіву



### **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. 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. 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 16. Хронічні лейкемії.**

### **Кількість годин: 4.**

**Актуальність теми.** Серед злоякісних хвороб крові найбільшу питому вагу займають хронічні лімфопроліферативні захворювання, головним чином — хронічна лімфоїдна лейкемія, захворюваність на яку за різними оцінками складає у осіб віком до 60-ти років – від 2,5 до 4,5 випадків на 100 тис. осіб на рік, у осіб понад 60 років – до 20 випадків на 100 тис. осіб на рік, чоловіки хворіють частіше за жінок у співвідношенні 2:1. Захворюваність на хронічну мієлоїдну лейкемію дорівнює від 1 до 2 на 100 тис. населення на рік та складає 15-20 % від усіх випадків гемобластозів у дорослих. Спостерігається незначне превалювання нозології серед чоловіків у порівнянні з жінками – співвідношення випадків дорівнює 1,7 до 1,0. Середній вік хворих в Україні, на момент встановлення діагнозу, складає 43 роки.

До повного комплексу діагностичних досліджень входить, окрім цитологічного дослідження крові та кісткового мозку, їх цитохімічний аналіз, визначення імунофенотипових маркерів за допомогою моноклональних антитіл для підтвердження лінійної приналежності та ступеня диференціювання, встановлення клонального ексцесу на підставі цитогенетичного, а останнім часом — молекулярно-генетичного дослідження субстратних клітин, а також гістологічне дослідження лімфатичних вузлів та кісткового мозку з імуноферментним аналізом патологічних клітин. У гематології коректна діагностика забезпечує 2/3 успіху в подоланні хвороби.

**Загальна мета** – уміти поставити заключний діагноз на підставі анамнестичних даних, клініко-діагностичних критеріїв, визначити тактику лікування хворих на хронічні 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. Підтримувальну терапію. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із хронічними лейкеміями;  
- 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 хронічних лейкемій;

- виявляти типову клінічну картину хронічних лейкемій;

- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення хронічних лейкемій;

- складати план обстеження хворих на хронічну лейкемію;
- на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз у хворих на хронічну лейкемію;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних хронічних лейкеміях;
- 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. Головний цитогенетичний маркер ХМЛ:

- А. Філадельфійська хромосома  
 Б. JAK-2 мутація  
 В. Трисомія по 21-й хромосомі  
 Г. Пенсільванська мутація

#### 2. Пацієнту з хронічною фазою ХМЛ при позитивному BCR-ABL1 транскрипту призначають:

- А. Циклоспорин  
 Б. Іматиніб  
 В. Метотрексат  
 Г. Гемосорбція, плазмаферез

#### 3. Діагностичним критерієм бластного кризу при ХМЛ є:

- А. > 10 % бластних клітин у КМ  
 Б. > 30 % бластних клітин у КМ  
 В. Наявність панцитопенії  
 Г. Тромбоцитоз

#### 4. При неефективності іматинібу хворим із ХМЛ призначають все, крім:

- А. Бозутиніб  
 В. Нілотиніб  
 Б. Дазатиніб  
 Г. Метотрексат

#### 5. Пацієнту з хронічною фазою ХМЛ при негативному BCR-ABL1 транскрипту призначають:

- А. Кладрибін  
 Б. Преднізолон  
 В. Гідроксисечовина  
 Г. Імуноглобулін

#### 6. Пацієнту із 0 стадією ХЛЛ показано:

- А. «waiting & watching»  
 Б. Гідроксисечовина  
 В. Аутологічна трансплантація КМ  
 Г. Поліхіміотерапія

#### 7. Субстратом ХЛЛ:

- А. Бластні клітини  
 Б. Анаплазовані клітини негематологічного походження  
 В. В-лімфоцити  
 Г. Плазматичні клітини

#### 8. Які моноклональні антитіла є показаними для лікування ХЛЛ?

- А. Ритуксимаб  
 Б. Інфліксимаб  
 В. Бортезоміб  
 Г. Гуселькумаб

#### 9. При якому рівні лімфоцитів у периферійній крові необхідно запідозрити ХЛЛ?

- А.  $\geq 7 \times 10^9/\text{л}$   
 Б.  $\geq 5 \times 10^9/\text{л}$   
 В.  $< 5 \times 10^9/\text{л}$   
 Г.  $\geq 10 \times 10^9/\text{л}$

#### 10. Діагностичними критеріями стадії В ХЛЛ є все, крім:

- А. Лімфаденопатія  
 В. Гепатоспленомегалія  
 Б. Тромбоцитопенія  
 Г. Лімфоцитоз

#### Відповіді на контрольні питання

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

### Основні теоретичні питання теми

1. Визначення та класифікація хронічної лейкемії.
2. Клінічні прояви та їх особливості при різних варіантах хронічної лейкемії.
3. Лабораторна діагностика та діагностичні критерії хронічної лейкемії.
4. Диференціальна діагностика хронічних лімфолейкемій.
5. Принципи лікування хронічних лімфолейкемій.
6. Тактика вичікування та спостереження («waiting & watching»).

### 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 лейкемії	120	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.

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. Наказ МОЗ України від 12.05.2016 № 439 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Хронічний лімфоїдний лейкоз». Режим доступу: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\\_439\\_HLL/2016\\_439\\_YKPMO\\_HLL.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_439_HLL/2016_439_YKPMO_HLL.pdf)

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

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

### Тема 17. Лімфоми.

#### Кількість годин: 2.

**Актуальність теми.** Аналіз статистичних даних та епідеміологічних досліджень за останні роки чітко фіксує невпинне 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.

Лімфома – це злоякісне захворювання лімфоїдної тканини, тому специфічних клінічних проявів лімфоми немає і тому іноді виникають значні труднощі у діагностиці. Проте існує низка симптомів, які повинні насторожувати та можуть бути підставою для припущення наявності злоякісного новоутворення. Передусім це збільшення розмірів лімфатичних вузлів будь-якої локалізації. Найчастіше виявляють збільшення шийних, пахвинних, пахвових, можливе ураження внутрішньогрудних та внутрішньочеревних лімфатичних вузлів, лімфоїдних органів (печінки, селезінки, тимуса, лімфоїдних фолікулів кишечника тощо). Таким чином, клінічна картина хвороби значною мірою залежить від місця ураження. Прогноз і тривалість життя хворих залежить від морфологічного варіанту пухлини, поширеності процесу, первинної локалізації, факторів прогнозу.

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

### **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. Критеріями діагностики 3 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

**6. Критеріями діагностики 4 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

**7. Вкажіть схему вибору лікування лімфоми Ходжкіна 1-2 стадії:**

- А. BEACOPP
- Б. R-CHOP
- В. ABVD
- Г. Гідроксисечовина

**8. Вкажіть схему вибору лікування лімфоми Ходжкіна 3-4 стадії:**

- А. BEACOPP
- Б. R-CHOP
- В. ABVD
- Г. Гідроксисечовина

**9. Вкажіть схему вибору лікування неходжкінської лімфоми 1-2 стадії:**

- А. BEACOPP.
- Б. R-CHOP
- В. ABVD.
- Г. Гідроксисечовина

**10. Зуд шкіри після вживання алкоголю є специфічною ознакою для:**

- А. ХЛЛ
- Б. ХМЛ
- В. Лімфоми Ходжкіна
- Г. Неходжкінської лімфоми

**Відповіді на контрольні питання**

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

**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.

**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 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. /І. О. Дудченко, Г. А. Фадеєва, 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 18. Множинна мієлома.**

#### **Кількість годин: 2.**

**Актуальність теми.** Множинна мієлома (ММ) — це злоякісна пухлина, морфологічним субстратом якої є плазматичні клітини, що накопичуються у кістковому мозку і продукують моноклональний імуноглобулін. Захворюваність на ММ в Європі становить близько 6 випадків на 100 000 населення, щорічно реєструється приблизно 10 000–15 000 нових випадків захворювання, летальність — 4,1 на 100 000 населення на рік. Переважно на ММ хворіють особи похилого віку, середній вік у момент встановлення діагнозу — 65 років, 75% хворих — віком старше 70 років, лише 3–5 % пацієнтів — віком молодше 40 років. У період до впровадження високодозової хіміотерапії (ВДХТ) і трансплантації стовбурових клітин (СК) медіана виживаності хворих при застосуванні різних режимів хіміотерапії (ХТ) не перевищувала 36 міс, із впровадженням цього методу — підвищилась до 50 міс. Клінічна картина ММ зумовлена множинними вогнищами деструкції кісток черепа, ребер, тазу, хребта на фоні загального остеопорозу, що часто призводить до переломів. Циркуляція у крові великої кількості парапротеїну (продукту життєдіяльності мієломних клітин) сприяє: підвищенню в'язкості крові, що призводить до порушень зору, пам'яті; зниженню активності факторів згортання крові - до кровотеч; амілоїдозу органів, у т.ч. нирок – до ниркової недостатності. ММ супроводжується вторинним імунодефіцитом. Прогноз при ММ незадовільний. Тривалість життя хворих на ММ залежить від темпів розвитку пухлини, ефективності лікування та характеру ускладнень. У пацієнтів з ІА стадією тривалість життя в середньому – 5 років, ІА, ІІВ - 4,3 року, ІІА – 2,5 року, ІІВ – приблизно 1 року.

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

#### **Конкретні цілі**

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

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із множинною мієломою;
- обґрунтовувати використання основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що застосовуються в гематології, показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення;

- визначати етіологічні та патогенетичні фактори множинної мієломи;

- виявляти типову клінічну картину множинної мієломи;

- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення множинної мієломи;
- складати план обстеження хворих з множинною мієломою;
- на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз множинної мієломи;
- призначати лікування хворим на множинну мієлому;
- діагностувати та надавати допомогу при кровотечах внаслідок захворювань крові та кровотворних органів;
- визначати групу крові;
- переливати компоненти крові та кровозамінники;
- демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

### Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті

**1. Множинна мієлома – злаякісна хвороба, яка виникає в результаті мутації клітини, яка виникає з системи. З якої саме?**

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

**2. При якому захворюванні може бути масивна протеїнурія?**

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| А. Еритремії.               | Б. Гострому лейкозі. |
| В. Хронічному лімфолейкозі. | Г. Множинній мієломі |

**3. Який основний критерій діагностики множинної мієломи?**

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

**4. До найменш поширених варіантів множинної мієломи відносять:**

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

**5. При множинній мієломі спостерігається:**

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

**Виберіть правильні відповіді:**

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

**6. Для множинної мієломи характерно:**

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

**7. Остеолітичний синдром хребців супроводжується такими ознаками, крім:**

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

**8. Основними клінічним проявами множинної мієломи є всі, крім:**

- |                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| А. Болі у кістках. | Б. Перелому кісток. |
| В. Уражень нирок.  | Г. Лімфоаденопатії  |

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

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

**10. При якому лейкозі частіше підвищується загальний білок крові?**

- А. Гострому лейкозі.
- Б. Хронічному мієлолейкозі
- В. Хворобі Вальденстрема

Г. Еритремії

### Відповіді на контрольні питання

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

### Основні теоретичні питання теми

1. Дати визначення терміна «множинна мієлома». Етіологія та патогенез множинної мієломи.
2. Клінічні прояви множинної мієломи.
3. Лабораторна та інструментальна діагностика множинної мієломи.
4. Стадії множинної мієломи.
5. Діагностичні критерії множинної мієломи.
6. Диференційна діагностика множинної мієломи з макроглобулінемією Вальденстрема.
7. Принципи лікування множинної мієломи.
8. Основні препарати для лікування множинної мієломи.
9. Променева терапія множинної мієломи.

### 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 платформ
2	Тематичний розбір хворих на множинну мієлому	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. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. /Л. 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 № 710 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Множинна мієлома». Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0710282-15>

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

## Тема 19. Гемофілія.

### Кількість годин: 2.

**Актуальність теми.** 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. Власне, з 5000 новонароджених хлопчиків гемофілії успадковує одна дитина і це співвідношення не залежить від раси чи соціально-економічного стану сім'ї, в якій виявлено гемофілія. Гемофілія успадковується рецесивно, зчеплено зі статтю. Генетично зумовлена здатність до синтезу факторів зсідання може підлягати фенотипічній модуляції під впливом зовнішніх та внутрішніх чинників. В загальній популяції осіб із гемофілії 30-40% випадків є спорадичними мутаціями. Тобто такими, що виникли вперше. Зважаючи на те, що гени, що відповідають за синтез фVIII та фIX розміщуються у X-хромосомі, а чоловіки мають лише одну таку хромосому, при порушеннях відповідного гену синтез буде відсутнім, значно зниженим, а в окремих випадках протеїн буде функціонально неспроможним. У жінок, які мають дві X-хромосоми порушення в одній з них не призводять до таких наслідків у зв'язку з тим, що ген, який знаходиться у другій X-хромосомі частково компенсує синтез факторів зсідання VIII та IX. Зважаючи що в нормі в популяції активність цих протеїнів коливається у межах 50-200%, такий «неповний» синтез не може призводити до значних клінічних наслідків. Серед дітей жінки-носія можуть бути чотири варіанти успадкування: дочка, яка не є носієм, дочка, яка є носієм, здоровий хлопчик та хлопчик хворий на гемофілію. Народження дівчаток з гемофілією за класичним типом успадкування цієї ознаки є надзвичайно рідкісним явищем та можливе за умови, коли батько хворіє на гемофілію, а мати є носієм патологічного гену. При ГА та ГБ будь яка з кровотеч може прямо, або опосередковано через постгеморагічні ускладнення, загрожувати життю пацієнта. Тяжка форма гемофілії характеризується численними гемартрозами, інтрам'язовими та міжм'язовими гематомами, рецидивуючими крововиливами, які виникають спонтанно, або при незначних травмах. Тип гемофілії та форма важкості гемофілії встановлюється виключно на ґрунті спеціального лабораторного обстеження.

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

### Конкретні цілі

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

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із гемофілією;
- обґрунтовувати використовуються основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів, що застосовуються в гематології, показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення;
- визначати етіологічні та патогенетичні фактори гемофілії;
- виявляти типову клінічну картину гемофілії;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення гемофілії;
- складати план обстеження хворих з гемофілією;
- на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз гемофілії.

- призначати лікування хворим на гемофілію;
- діагностувати та надавати допомогу при кровотечах внаслідок захворювань крові та кровотворних органів;
- визначати групу крові;
- переливати компоненти крові та кровозамінники;
- демонструвати оволодіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципи фахової субординації.

**Приклади контрольних питань для тестування на практичному занятті**

**1. Який тип кровоточивості характерний для гемофілії?**

- А. Петехіально-плямистий (мікроциркуляторний)    В. Мікроциркуляторно-гематомний  
 Б. Гематомний    Г. Васкулітно-пурпурний

**2. Для гемофілії характерно, що кровотечі виникають при наступних станах, окрім:**

- А. Спонтанно    В. Після відкритих травм  
 Б. Після закритих травм    Г. При прорізуванні зубів

**3. Яка ланка гемостазу порушена при гемофілії?**

- А. Первинна    В. Фібриноліз  
 Б. Вторинна    Г. Первинна + вторинна

**4. Порушення якого діагностичного тесту характерно для гемофілії?**

- А. Кількість тромбоцитів    В. Час згортання крові  
 Б. Час кровотечі за Дюке    Г. Проби на резистентність капілярної стінки

**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. Струмінне 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. Вказати тип успадкування хвороби Розенталя (дефіцит XI фактору):**

- А. Аутосомно-домінантний    В. Зчеплений з X-хромосомою доміантний  
 Б. Аутосомно-рецесивний    Г. Зчеплений з X-хромосомою рецесивний

**Відповіді на контрольні питання**

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

**Основні теоретичні питання теми**

1. Визначення та класифікація гемофілії.
2. Етіологія та патогенез гемофілій.
3. Клінічні прояви гемофілій.
4. Лабораторна діагностика гемофілій.
5. Диференційна діагностика гемофілій.
6. Лікування гемофілії та її профілактика.

**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 гемофілію	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. Методи дослідження в гематології: навч. посіб. /Л. 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. Villatoro, V. A Laboratory Guide to Clinical Hematology [Електронний ресурс] / V. Villatoro, M. To. — 1st ed. — University of Alberta, 2018. — 302 p.
2. 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.
3. Goldman-Cecil medicine [Текст]. V.1 / L. Goldman, L. Schafer, M. Crow etc. – 25-th ed. – Saunders: Saunders Elsevier, 2016. — 1489 p.

## Тема 20. Тромбоцитопенічна пурпура.

### Кількість годин: 2.

**Актуальність теми.** Основне місце серед захворювань системи кровотворення займають геморагічні діатези. До геморагічних діатезів відносять різні захворювання, при яких відзначаються порушення в складному механізмі гемостазу, що клінічно проявляється крововиливами під шкіру та слизові оболонки. У наш час захворюваність на геморагічні діатези постійно збільшується. Це призводить до значного економічного і соціального збитку, тимчасової втрати працездатності, інвалідності пацієнтів, великих матеріальних затрат на лікування, психологічного дискомфорту пацієнтів. Геморагічні діатези (ГД) – група захворювань, що характеризується підвищеною кровоточивістю. Виділяють ГД, зумовлені патологією судинної стінки (геморагічна телеангіоектазія (хвороба Рандю-Ослера), васкуліти (геморагічний васкуліт Шенлейна-Геноха, мікроскопічний поліангіїт, есенціальний кріоглобулінемічний)), патологією тромбоцитарного ланцюга гемостазу (тромбоцитопенії (тромбоцитопенічна пурпура (хвороба Верльгофа)) і тромбоцитопатії (хвороба Глянцмана)), дефіцитом плазматичного фактора згортання (гемофілія, хвороба фон Віллебранда). Хвороба Рандю-Ослера спостерігається з частотою 1 випадок на 50 000 населення за даними Guttmacher, а за даними McKinnon, Urton – 1 – на 16 500 населення. Симптоматика захворювання у вигляді кровотеч проявляється у ранньому дитинстві і зберігається протягом життя, але шкірні прояви хвороби з'являються у віці 20-40 років. У 90 % хворих спостерігаються носові кровотечі, що часто повторюються. Найбільш поширеною формою системного васкуліту є геморагічний васкуліт. Захворювання може розвинути у будь-якому, але частіше у дітей 5-14 років. За даними Stewart, геморагічний васкуліт спостерігається з частотою 13,5 на 100 000 дітей, а за даними Мазуріна А.М. – 23-25 на 10 000 дітей. Неонатальна тромбоцитопенічна пурпура (ТП), виникнення якої зумовлене імунізацією алогенними детермінантами організму матері, що розміщуються на тромбоцитах батька та дитини. У європейській популяції при неонатальній ТП батьки дитини у 70-80 % випадків несумісні за відповідним аллоантигеном. При



неонатальній ТП у 15-30 % новонароджених виникають крововиливи у мозок, що є загрозою для їх життя. У 20 % дітей розвивається жовтяниця з гіпербілірубінемією. Летальність становить 10-15 %. Післятрансфузійна ТП трапляється у жінок, що мали багато пологів (співвідношення жінки: чоловіки – 20:1) у віці 40-50 років, у яких відповідний тромбоцитарний алоантиген відсутній, але які були імунізовані ним під час вагітності або під час переливання препаратів крові. Гостра аутоімунна ТП виникає у дитячому та юнацькому віці (як правило < 21 року), хронічна аутоімунна ТП – у віці 20-40 і > років. Гострою формою однаково часто хворіють чоловіки і жінки, хронічною - їх співвідношення 1:2-3. Симптоматика хвороби Глянцмана з'являється у ранньому віці (до 5-6 років). Захворювання проявляється „синячковою” висипкою на шкірі, носовими, шлунково-кишковими, нирковими кровотечами, та кровотечами ясен Розшаровуючі гематоми і гемартрози не характерні. У цілому прогноз при цьому захворюванні задовільний, оскільки смерть від кровотеч виникає рідко. Тому тема „Геморагічні діатези” є багатоструктурною, складною і потребує детального вивчення.

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

### **Конкретні цілі**

Студенти повинні знати: Визначення. Етіологію та патогенез, основні клінічні синдроми. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Лікування. Терапію тромбоцитопенічної пурпури. Профілактику кровотеч. Первинну та вторинну профілактику. Прогноз та працездатність.

Студенти повинні вміти:

- проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із тромбоцитопенічною пурпурою;
- 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 тромбоцитопенічної пурпури;
- виявляти типову клінічну картину тромбоцитопенічної пурпури;
- виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення тромбоцитопенічної пурпури;
- складати план обстеження хворих з тромбоцитопенічною пурпурою;
- на підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційну діагностику, обґрунтовувати та формулювати діагноз при тромбоцитопенічній пурпури;
- призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при тромбоцитопенічній пурпури;
- діагностувати та надавати допомогу кровотечах внаслідок при тромбоцитопенічній пурпури;
- 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. До геморагічних діатезів, зумовлених змінами тромбоцитів, відносять усі захворювання, крім:**

- А. Хвороби Верльгофа.
- Б. Тромбоцитопенічної пурпури.
- В. Хвороби Глянцмана.
- Г. Хвороби Стюарта-Прауера

**2. До геморагічних діатезів, зумовлених змінами коагуляційного гемостазу, відносять усі захворювання, крім:**

- А. Гемофілії А,В,С.
- Б. Хвороби Віллебранда.
- В. Хвороби Глянцмана.
- Г. Хвороби Стюарта-Прауера.

**3. До геморагічних діатезів, зумовлених ураженням судин, відносять усі захворювання, крім:**

- А. Хвороби Шенлейна-Геноха.
- Б. Хвороби Рандю-Ослера.
- В. Гемангіоми.
- Г. Хвороби Віллебранда

**4. Гематомний тип кровоточивості трапляється при:**

А. Геморагічному васкуліті .

Б. Хворобі Верльгофа.

В. Геморагічній телеангіоектазії.

Г. Гемофілії

**5. Петехіально-плямистий тип кровоточивості спостерігається при:**

А. Тромбоцитопеніях та тромбоцитопатіях

Б. Хворобі Рандю-Ослера.

В. Геморагічному васкуліті.

Г. Гемофілії

**6. Змішаний мікроциркуляторно-гематомний тип кровоточивості спостерігається при:**

А. Хворобі Рандю-Ослера.

Б. Геморагічному васкуліті.

В. СВЗ-синдромі (синдром внутрішньосудинного згортання).

Г. Тромбоцитопенії.

**7. Васкулітно-пурпурний тип кровоточивості спостерігається при:**

А. Гемофілії.

Б. Хворобі Рандю-Ослера.

В. Тромбоцитопенії.

Г. Геморагічному васкуліті

**8. Ангіоматозний тип кровоточивості спостерігається при:**

А. Хворобі Віллебранда.

Б. Тромбоцитопенії.

В. Хворобі Рандю-Ослера.

Г. Гемофілії

**9. Лікування тромбоцитопенічної пурпури необхідно починати з призначення:**

А. Спленектомії

В.  $\epsilon$ -Амінокапронової кислоти.

Б. Кортикостероїдів.

Г. Імурану

**Відповіді на контрольні питання**

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

**Основні теоретичні питання теми**

1. Система гемостазу та її фізіологія.
2. Типи кровоточивості при геморагічних діатезах.
3. Визначення та класифікація тромбоцитопенічної пурпури.
4. Етіологія та патогенез тромбоцитопенічної пурпури.
5. Клінічні прояви тромбоцитопенічної пурпури.
6. Лабораторна діагностика проявів тромбоцитопенічної пурпури.
7. Диференційна діагностика тромбоцитопенічної пурпури.
8. Принципи лікування хвороби Верльгофа.
9. Профілактика кровотеч.

**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 використан- ням тіх платформи
2	Тематичний розбір хворих на тромбоцитопенічну пурпуру	45	Історії хворо- би, аналіз си- туац. задач		Палата, навчальна кім- ната, онлайн - з викори- станням тіх платформ
3	Контрольне опитування. Підведення підсумків	20	Контрольні питання		Навчальна кімната онлайн - з використан- ням 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. 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.

Електронне навчальне видання

**Методичні вказівки**  
до практичних занять  
із дисципліни «**Внутрішня медицина**»  
*(модуль 1 «Основи внутрішньої медицини:  
гастроентерологія, пульмонологія, гематологія»)*  
для студентів спеціальності 228 «*Педіатрія*»  
денної форми навчання

Відповідальна за випуск Л. Н. Приступа  
Редактор І.О. Дудченко  
Комп'ютерне верстання О. В. Овчарової

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 6,98. Обл.-вид. арк. 7,72.

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