

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді кафедри
пропедевтики внутрішньої медицини
завідувачка кафедри пропедевтики
внутрішньої медицини
професор
Наталія ПЕНТЮК
«_26_» серпня 2024 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ІНТЕРНІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Спеціальність	Внутрішні хвороби
Рік навчання	1
Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів при підготовці до практичного заняття заслухані та затверджені на методичній нараді кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, протокол №_1_ від «_26_» серпня 2024 р.	

Вінниця 2024

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на методичній нараді кафедри
пропедевтики внутрішньої медицини
завідувачка кафедри пропедевтики
внутрішньої медицини
професор
Наталія ПЕНТЮК
«_26_» серпня 2024 р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ ІНТЕРНІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

Спеціальність	Внутрішні хвороби
Рік навчання	2
Методичні рекомендації для самостійної роботи студентів при підготовці до практичного заняття заслухані та затверджені на методичній нараді кафедри пропедевтики внутрішньої медицини Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, протокол №_1_ від «_26_» серпня 2024 р.	

Вінниця 2024

Тема: «Артеріальні гіпертензії. Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактика.
Клінічна фармакологія антигіпертензивних засобів.

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: засвоїти сучасні стандарти діагностики та протоколи лікування хворих із АГ; засвоїти клінічну фармакологію сучасних класів антигіпертензивних препаратів; засвоїти принципи раціонального застосування антигіпертензивних препаратів та моніторингу ефективності антигіпертензивного лікування

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	10 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	30 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1. Хворий М., 56 років скаржиться на постійні головні болі, шум у вухах, мерехтіння мушок перед очима. В анамнезі відзначає тривале підвищення АТ, напади болю за грудниною під час фізичного навантаження і біль у ногах при ходьбі з приводу чого хворий неодноразово звертався до лікарів. Регулярно отримує гіпотензивну терапію, статини, нітрати. Однак за останні 2 роки, незважаючи на постійне лікування, АГ прийняла тяжкий перебіг. АТ: неухильно підвищується до високих цифр (> 240/140 мм рт.ст.), комбіноване лікування 3-4 препаратами не доводить рівень АТ до цільового.

При об'єктивному огляді виявлені асиметрія АТ на плечових артеріях, виражена гіпертрофія лівого шлуночка, систолічний шум над черевною аортою та в проекції ниркових артерій. В аналізі сечі - помірна протеїнурія. В аналізі крові відзначено підвищення рівня креатиніну, зниження швидкості клубочкової фільтрації.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові дослідження слід провести хворому для верифікації діагнозу?
3. Для якого типу АГ характерні наведені вище дані?
4. Якого лікування потребує пацієнт?
5. Які особливості консервативного лікування?

6. Які види хірургічного лікування показані пацієнтам зі стенозом ниркової артерії?

Задача №2. Пацієнт В., 54 роки, скаржиться на епізодичний головний біль, пов'язаний з підвищенням АТ (до 180/100 мм рт. ст.), появу набряків гомілок протягом 2 останніх тижнів, задишку при звичайному фізичному навантаженні. Підвищення АТ визначається до 2 років. Останніх півроку з приводу цього приймає фіксовану комбінацію лізіноприлу 10 мг і амлодипіну 5 мг (препарат Єкватор 10/5).

При фізикальному дослідженні визначається: відхилення лівої межі відносної тупості серця назовні, акцент II тону над аортою. На ЕКГ: ознаки гіпертрофії ЛШ за Мінесотськими критеріями. ЕхоКГ: концентрична гіпертрофія ЛШ, діастолічна дисфункція міокарда по типу порушення релаксації.

1. Оцініть стан хворого
2. Скорегуйте лікування даного хворого
3. Яких додаткових методів дослідження потребує даний пацієнт?

Задача №3. Хвора П., 67 років, тривалий час страждає на ЦД II типу, ГХ, 2 роки тому перенесла ГПМК за ішемічним типом. Останній час відмічає сильне запаморочення, високі цифри АТ до 200/110 мм рт.ст., задишку при мінімальному фізичному навантаженні, набряки на ногах і під очима, слабкість. Із медикаментів постійно приймає манініл 1 табл. 2 рази на добу, еналаприл 20 мг на добу, бісопролол 5 мг на добу, епізодично фуросемід 40 мг на добу і аделъфан 1 таблетку при високому АТ.

1. Оцініть стан хворого
2. Скорегуйте лікування даного хворого
3. Яких додаткових методів дослідження потребує даний пацієнт?

Тести КРОК 3

1. Цільовий рівень АТ для пацієнтів із неускладненою ГХ складає:

- A. <110/70 мм рт. ст.
- B. < 120/80 мм рт. ст.
- C. < 130/80 мм рт. ст.
- D. < 140/90 мм рт. ст.
- E. < 130/90 мм рт. ст.

2. Виберіть загальноприйняті заходи модифікації способу життя:

- A. Припинення тютюнопаління
- B. Дотримання здорової дієти
- C. Обмеження вживання солі та алкоголю
- D. Підвищення фізичної активності тощо
- E. Все перераховане

3. Наведіть принципи лікування хворих із ізольованою АГ

- A. Лікуються як пацієнти з систоло-діастолічною АГ
- B. Повинні застосовувати лише не медикаментозне лікування
- C. АТ знижується лише при наявності негативної симптоматики з боку органів-мішеней
- D. Лікування повинне проводитись у разі розвитку судинних ускладнень
- E. АТ знижується < 130/80 мм рт. ст.

4. При наявності симптоматичної АГ

- A. Лікування повинне проводитись у разі розвитку судинних ускладнень
- B. Лікується лише причина симптоматичної АГ
- C. АТ знижується лише при наявності негативної симптоматики з боку органів-мішеней
- D. Принципи лікування відповідають таким при есенціальній АГ
- E. АТ знижують < 130/80 мм рт. ст.

5. У пацієнта 81 рік внаслідок підвищення АТ до 160/88 мм рт. ст. було призначено антигіпертензивне лікування, що призвело до зниження АТ і погіршення суб'єктивного статусу пацієнта (скарги на запаморочення і загальну слабкість). Яку тактику слід обрати:

- А. Додатково слід призначити ноотропи
- В. Змінити групи антигіпертензивних засобів
- С. Відмінити антигіпертензивні препарати
- Д. Ще більш знизити досягнутий рівень АТ
- Е. Додатково призначити адреноміметичні препарати

6. Які з приведених груп антигіпертензивних препаратів не відносяться до базових:

- А. Бета-адреноблокатори
- В. Альфа-адреноблокатори
- С. Блокатори рецепторів до ангіотензину II
- Д. Антагоністи кальцію
- Е. Діуретики

7. Який з приведених препаратів не відноситься до діуретичних засобів:

- А. Гідрохлортіазид
- В. Валсартан
- С. Торасемід
- Д. Індапамід
- Е. Фуросемід

8. Який з приведених препаратів відноситься до бета-адреноблокаторів:

- А. Еналаприл
- В. Валсартан
- С. Торасемід
- Д. Бісопролол
- Е. Амлодипін

9. Яка з наведених комбінацій є найбільш доцільною для стартової терапії пацієнта з неускладненою АГ (максимальні цифри АТ 160/96 мм рт.ст.):

- А. Бісопролол + амлодипін
- В. Доксазозин + амлодипін
- С. Перидонприл + індапамід
- Д. Перидонприл + валсартан
- Е. Амлодипін + гідрохлортіазид

10. При наявності АГ в поєднанні з ІХС більш доцільною комбінацією

- А. Бісопролол + амлодипін або периндоприлом
- В. Доксазозин + амлодипін або торасемід
- С. Перидонприл + індапамід або гідрохлортіазид
- Д. Валсартан + раміприл або лізіноприл
- Е. Амлодипін + гідрохлортіазид або хлорталідон

III.. Контрольні питання для слухачів:

- Сучасні стандарти діагностики гіпертонічної хвороби (ГХ) та симптоматичних АГ, робоча класифікація ГХ.
- Неконтрольована АГ: причини неефективного лікування, наслідки.

- Резистентна АГ: основні причини резистентності.
- Сучасні протоколи лікування хворих із АГ.
- Клінічна фармакологія сучасних антигіпертензивних засобів.
- Сучасні принципи раціонального застосування антигіпертензивних засобів.
- Моніторинг ефективного лікування хворих із АГ

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонometr (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторування АТ
5. Результати добового моніторування АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
2. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
3. ISH 2020: оновлені клінічні рекомендації, нова класифікація артеріальної гіпертензії та спрощена класифікація кардіоваскулярного ризику
4. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019– 152 с.
2. Катеринчук П. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: Синдром обструктивного апное уві сні. Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, профілактику хворих на синдром нічного апное.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. За визначенням синдром нічного апное – це:

- А. короткочасна зупинка дихання, яка відбувається уві сні;
- В. тривала зупинка дихання, яка відбувається уві сні;
- С. з поодинокими (кілька за ніч) епізодами апное;
- Д. з частими нічними епізодами апное.

2. Синдром нічного апное:

- А. порушується структура сну;
- В. не порушується структура сну;
- С. погіршується самопочуття та працездатність вдень;
- Д. не впливає на денну активність.

3. Виділяють наступні види нічного апное:

- А. Обструктивне;
- В. Центральне;
- С. Змішане;
- Д. Переферичне.

4. Обструктивне апное пов'язано з:

- А. механічними перешкодами;

- В. надмірним розслабленням м'язів носоглотки;
- С. хропінням;
- Е. Емоційним перенавантаженням.

5. Механічними перешкодами на шляху повітря можуть бути:

- А. поліпи і кісти в носі;
- В. збільшені мигдалики та аденоїди;
- С. пухлини носоглотки.
- Д. все перераховане вірно.

6. До зниження тону м'язів носоглотки призводять:

- А. вживання алкоголю;
- В. прийом медикаментів, що володіють міорелаксуючою дією;
- С. гіпофункція щитовидної залози;
- Д. все перераховане вірно.

7. Центральне апное уві сні обумовлено:

- А. зниженням активності дихального центру;
- В. підвищенням активності дихального центру;
- С. механічними перешкодами в дихальних шляхах;
- Д. фізичним та психічним перенавантаженням.

8. Центральне апное уві сні зустрічається при:

- А. травми головного мозку;
- В. крововиливи у головний мозок;
- С. пухлини головного мозку;
- Д. все перераховане вірно.

9. Клінічні симптоми нічного апное:

- А. часті нічні пробудження;
- В. надмірна сонливість вдень;
- С. неспокійний сон, нічна пітливість;
- Д. все перераховане вірно.

10. При об'єктивному дослідженні мають місце зміни:

- А. артеріального тиску;
- В. індексу маси тіла;
- С. окружності;
- Д. все перераховане вірно.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Серед порушень функції дихального центру найбільш частою причиною хронічного легеневого серця є:

- А. Ожиріння (синдром Піквіка).
- Б. Ідіопатична альвеолярна гіповентиляція.
- В. Синдром нічного апное центрального походження.
- Г. Тривале перебування у високогірній місцевості.
- Д. Основна не вказана.

Визначте:

1. Причини виникнення
2. Методи діагностики

3. Лікування.

Задача2

Пацієнтка Л., 1949 р. н., поступила в клініку зі скаргами на значну денну сонливість та втомлюваність, головний біль, порушений нічний сон з частими пробудженнями, сухість у роті після пробудження, сухий кашель, задишку в спокої, що підсилюється при фізичному навантаженні. Також мали місце короткочасні засинання під час виконання монотонної роботи та керування автомобілем (останні три роки не сідає за кермо). Родичі хворої турбувалися з приводу наявності у неї голосного хрипіння та зупинок дихання під час сну.

Визначте:

- 1.Діагноз
- 2.Методи діагностики
- 3.Лікування.

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття «синдром нічного апное».
2. Основні ризики розвитку синдрому нічного апное.
3. Сучасна класифікація синдрому нічного апное.
4. Оцінка функціональних методів діагностики синдрому нічного апное
5. Диференційна діагностика синдрому нічного апное.
6. Лікування синдрому нічного апное.
7. Профілактика синдрому нічного апное.

IV.Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати полісомнографії.
8. Методи лікування та профілактики хворих на синдром нічного апное.

V. Рекомендована література

Базова:

1. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
2. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2019. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.

3. Кишенькове керівництво Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease, GOLD, перегляд 2019 р. / Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2019. №7(120). С.52-68.
4. . Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2020. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2020 – 152 с.
2. Катеринчук ПІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: «Атеросклероз. Особливості діагностики. Клінічна фармакологія гіполіпідемічних препаратів.»

Загальна тривалість заняття 0,2 год.

Мета: засвоїти основні клінічні прояви атеросклерозу, засвоїти клінічну фармакологію гіполіпідемічних лікарських засобів, засвоїти сучасні принципи проведення первинної та вторинної профілактики атеросклерозу

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	2 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	15 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	3 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1. Хворий Д. 60 років звернувся до поліклініки зі скаргами на періодичний біль у ділянці серця та за грудиною, що виникає під час фізичного навантаження (хода по сходах на 2 поверх). Біль іррадіює в ліву руку. Під час звернення до лікаря болю немає, показники гемодинаміки без патологічних змін. ЕКГ показники не змінені. Рівень загального холестерину – 6.7 ммоль/л.

1. Оцініть ситуацію
2. Препарати якої групи необхідно призначити даному пацієнту?
3. Чому саме ці лікарські засоби мають бути призначені хворому?

Задача №2. Хворий 72 років скаржиться на задишку, серцебиття, перебої в роботі серця. При обстеженні виявлено: тріпотіння передсердь, нормосистолічна форма. Дані фізикального обстеження без суттєвих змін. Призначені препарати варфарин 2.5 мг на добу під контролем МНО. Також отримує симвастатин в дозі 40 мг на добу (рівень загального холестерину в плазмі крові 5.6 ммоль/л).

1. Оцініть ситуацію
2. Чи підходить симвастатин в якості гіполіпідемічної терапії в даній ситуації?
3. Що не врахував лікар при призначенні симвастатину?

Задача №3. Хвора М., 63 р., тривалий час страждає на ЦД II типу. Поступила в кардіологічне відділення з гострим, пекучим болем за грудиною з іррадіацією в ліву руку. Пульс 80 за хв., ритмічний, АТ – 145/83 мм.рт.ст. Об'єктивні дані фізикального обстеження без особливих змін. На ЕКГ – куполоподібне зміщення догори сегмента ST у відведеннях II, III, aVF, а також появу патологічного зубця Q.

1. *Оцініть стан хворої*
2. *Крім визначення біохімічних маркерів захворювання, яке обстеження необхідно провести хворій?*
3. *Який статин, з якого періоду часу захворювання необхідно призначити пацієнтці?*

Тести КРОК 3

1. *Які з перелічених станів розвитку атеросклеротичного пошкодження мають місце?*

- A. Дисфункція та ушкодження ендотелію
- B. Адгезія та діapedез моноцитів та Т-лімфоцитів
- C. Поглинання моноцитів окислених ЛПНЩ з формуванням пінистих клітин
- D. Міграція в інтиму гладком'язевих клітин, їх проліферація з подальшим формуванням покриття
- E. Все перелічене

2. *Під час проведення аорто-коронарного шунтування у хворого виник інфаркт міокарда. До якого типу інфаркту міокарда відноситься дана ситуація?*

- A. I
- B. II
- C. III
- D. IV
- E. V

3. *Які клінічні прояви виникають у хворого, у якого на тлі прийому статинів підвищений рівень креатинінази?*

- A. Інтенсивний біль у м'язах
- B. болісність при доторканні до м'язів
- C. Генералізована слабкість
- D. Все перелічене
- E. Жодний з варіантів

4. *Про який побічний ефект прийому нікотинової кислоти необхідно проінформувати хворого?*

- A. Головний біль
- B. Почервоніння шкіри
- C. біль у животі
- D. Головокружіння
- E. Миготіння «мушок» в очах

5. *Які фармакологічні ефекти фібратів?*

- A. Гіполіпідемічний
- B. Нормалізують енергетичний обмін тканин
- C. антиагрегантний
- D. Підвищують фібринолітичну активність крові
- E. Все перелічене

6. *Верхня межа норми вмісту ХС ЛПВЩ складає:*

- A. 1,8 ммоль/л
- B. 1,7 ммоль/л
- C. 1,6 ммоль/л
- D. 1,5 ммоль/л

Е. 1,4 ммоль/л

7. При якому типі гіперліпідемії не підвищений ризик розвитку атеросклерозу?

А. І тип

В. Іа, Іб тип

С. ІІ тип

Д. ІV тип

Е. V тип

8. Який основний механізм дії статинів?

А. Підвищують рівень АСТ, АЛТ

В. Зменшують рівень фібриногену

С. Підвищують рівень альбуміну

Д. Зменшують рівень сечової кислоти в крові

Е. Інhibують фермент ГМГ-КоА редуктазу в гепатоцитах

1. В яких випадках недоцільно приймати фібрати?

А. Наявність печінкової недостатності

В. Наявність ниркової недостатності

С. Жовчнокам'яна хвороба

Д. При одночасному застосуванні фібрів і статинів

Е. Все перелічене

2. Який препарат відноситься до групи інгібіторів кишкового всмоктування холестерину?

А. Аторвастатин

В. Розувастатин

С. Нікотинова кислота

Д. Езетиміб

Е. Фенофібрат

ІІІ. Контрольні питання для слухачів:

- Основні теорії розвитку атеросклерозу
- Основні теорії розвитку атеросклеротичного ушкодження
- Сучасні стандарти призначення гіполіпідемічної терапії
- Значення ліпідного обміну
- Принципи раціонального застосування гіполіпідемічних препаратів різних груп.

ІV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тінометр (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторингу АТ
5. Результати добового моніторингу АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-тє вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
2. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
3. ISH 2020: оновлені клінічні рекомендації, нова класифікація артеріальної гіпертензії та спрощена класифікація кардіоваскулярного ризику
- 4.Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
- 5.Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.
- 2.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
3. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 4.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Патологічні порушення діяльності серцево-судинної системи в перименопаузальному періоді. Захворювання серцево-судинної системи у вагітних. Тактика лікаря. Методи профілактики»

Загальна тривалість заняття 0.2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференційну діагностику, лікування та профілактику захворювань серцево-судинної системи у вагітних та в перименопаузальному періоді.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	2хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль	15хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	3 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. У вагітної передбачається розродження методом кесарева розтину. Які антибіотики протипоказані для використання за 30 хв. до оперативного втручання та після нього для виключення ризику виникнення у дитини некротичного ентероколіту?

A Цефтріаксон 2,0 в/в

B Цефотаксим 2,0 в/в

C Цефазолін 2,0 в/в

D Аугментин 1,2 в/в

E. Все вище перераховане

2. Вагітна 28 тижнів, яка хворіє на хронічну ревматичну лихоманку та має мітральну недостатність II ступ., скаржиться на задишку при ходьбі і появу набряків ніг до вечора. Які діуретики призначити в даному випадку?

A Фуросемід

B Гідрохлортіазид

C Спіронолактон

D Торасемід

E Все вище перераховане

3. Вагітна 30 тижнів, хворіє на гіпертонічну хворобу 10 років, скаржиться на підвищення АТ – 180/100 мм рт.ст. Які групи антигіпертензивних препаратів будуть доцільними та безпечними в даному випадку?

А Інгібітори АПФ

В Блокатори А II рецепторів

С Бета-блокатори

Д Агоністи центральних α_2 – адренорецепторів

Е Всі вище перераховані

4. У вагітної 10 тижнів зявилося серцебиття та перебої в роботі серця. За порадою знайомої з такими ж скаргами стала приймати бісопролол 10 мг на добу. Які побічні дії даної групи препаратів можуть біти небезпечними в даному випадку?

А ЧСС < 60 уд/хв. вагітної

В Брадикардія плода

С Затримка росту плода

Д АТ < 90/60 мм рт.ст. вагітної

Е Все вище перераховане

5. У вагітної 40 років, яка хворіє на хронічну ревматичну лихоманку і має мітральний стеноз, виникла миготлива аритмія. Які препарати доцільно призначити при миготливій аритмії з тахісистолією шлуночків?

А Аміодарон

В Дигоксин

С Бісопролол

Д Жодний з перелічених

Е Всі перераховані

6. У вагітної 20 тижнів на тлі мітрального стенозу виникла задишка, відчуття хрипів у грудній клітці, біль у ділянці серця. Об-но: Загальний стан важкий. Шкіра волога, акроціаноз. Ps – 120 за 1 хв., аритмічний, миготлива аритмія. АТ – 140/90 мм рт.ст.

При аускультатії серця – ритм перепела. Дихання жорстке везикулярне, в нижніх відділах легень з обох сторін дрібно міхурцеві негучні вологі хрипи. Яке лікування доцільно призначити?

А Нітрогліцерин в/в

В Фуросемід в/в

С Дігоксин в/в крапельно

Д Жгути на кінцівки

Е Все вище перераховане

7. У вагітної 35 років з терміном 6-7 тижнів раптово виникла задишка, біль в грудній клітці.

В анамнезі підгострий тромбофлебіт глибоких вен. Об-но: Загальний стан середньої важкості. Шкіра бліда з ціанотичним відтінком. ЧД – 25 за 1 хв., Ps – 125 уд. за 1 мм

рт.ст.хв., АТ – 90/60 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, акцент II тону на а.pulmonale. Дихання

жорстке везикулярне. Живіт м'який безболісний. Печінка +1-2 см. Який найбільш вірогідний діагноз в даному випадку?

А Пневмонія

В Інфаркт міокарда

С ТЕЛА

Д ВСД за кардіальним типом

Е Жодний з перерахованого

8. Пацієнтка 20 років із синдромом Ейзенменгера планує вагітність. Який ризик материнської смертності в період вагітності?

- A Високий ризик
- B Середній ризик
- C Малий ризик
- D Немає ризику
- E Дуже високий

9. Вагітна 36 років у терміні 30 тижнів скаржиться на набряки обличчя і кінцівок, головний біль. Під час огляду відзначила збільшення головного болю, знепритомніла, розвинулися тоніко-клонічні судоми. АТ – 230/120 мм рт.ст. Які препарати вибору необхідні для надання невідкладної допомоги?

- A Нітрогліцерин
- B Німодипін
- C Магнію сульфат, ебрантіл
- D Пропранолол
- E Немає вірної відповіді

10. У жінки 21 р., з терміном вагітності 33 тижні з'явився різкий головний біль, нудота, біль в епігастрії, зниження гостроти зору, слуху. АТ – 180/100 мм рт.ст. на обох руках. Рс – 65/хв., ригідність м'язів потилиці, позитивний симптом Керніга. Спотерігається акроціаноз та розлади дихання. Який реанімаційний захід необхідно провести вагітній на даному етапі?

- A Штучна вентиляція легень
 - B Кортикостероїди
 - C Сечогінні препарати
 - D Протисудомні препарати, гіпотензивні
 - E Все вище перераховане
- Ситуаційні задачі:*

Задача 1. Жінка, вагітність 8 тижнів, поступила у жіночу консультацію для реєстрації на облік. Скажиться на болі у ділянці серця тупого характеру, підвищення температури до $37,5^{\circ}\text{C}$, задишку при ходьбі, періодично серцебиття, набряки ніг до вечора. Об-но: шкіра кольору кави з молоком, поодинокі геморагічні висипи на кінцівках. АТ- 100/60 мм рт.ст., Рс – 94 за 1 хв., ритмічний. ЧД – 20 за 1 хв. Дихання везикулярне жорстке, хрипів не має. І тон ослаблений, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка +2 см. Стопи пастозні. В анамнезі екстракція зуба 1,5 місяці тому. ЗАК: еритроцити - $3,9 \times 10^{12} / \text{л}$, Нб - 110 г / л., КП - 0,9, ШЗЕ - 35 мм / год, тромбоцити – $320 \times 10^9 / \text{л}$, лейкоцити - $14,8 \times 10^9 / \text{л}$: е - 3 %, п - 10%, с - 41%, л - 30%, м - 16%.

1. Який діагноз найбільш вірогідний?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження діагнозу?
3. Який ступінь ризику вагітності?
4. Яка тактика ведення вагітної?
5. План лікування.

Задача 2. Вагітна жінка 35 років, термін 30 тижнів скаржиться на серцебиття, періодично перебої в роботі серця, задишку при ходьбі та в положенні лежачи.

Хворіє 10 років. У віці 33 роки вийшла заміж, має першу вагітність. На облік вагітності стала у терміні 20 тижнів. Самопочуття погіршилось поступово зі збільшенням терміну вагітності, коли помітила наростання задишки при виконанні звичайної роботи та у положенні лежачи, що потребувало застосовувати під час сну другу подушку, з'явилися перебої в роботі серця та серцебиття, що минали самостійно. Перенесені захворювання: ГРВІ, ангіни.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові блідо-рожевого кольору, підвищеної вологості, чисті, тургор і еластичність в нормі. Периферійні лімфовузли не збільшені. ЧД 26 на хвилину. Перкуторно над легеньми визначається ясний легеневий звук однакової гучності. Дихання жорстке везикулярне, хрипів немає. Пульс на променевих артеріях однаковий з обох сторін, ритмічний, 105 в хв., задовільних якостей. АТ 135/80 мм рт.ст. Межі відносної серцевої тупості зміщені вгору та вправо. Тони серця ритмічні, I тон гучний на верхівці, акцент II тону на а.pulmonale, пресистолічний шум на верхівці. Язик вологий, чистий. Розмір живота відповідає строку вагітності. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Дані додаткових методів дослідження: 1. ЗАК: еритроцити - $4,3 \times 10^{12} / \text{л}$, Hb - 135 г/л., КП - 0,9, ШЗЕ - 25 мм / год, тромбоцити - $320 \times 10^9 / \text{л}$, лейкоцити - $4,3 \times 10^9 / \text{л}$: е- 3 %, п- 4%, с - 51%, л - 32%, м - 10%. 2. Біохімічне дослідження крові: глюкоза - 4,3 ммоль/л, білірубін загальний - 19,0 мкмоль/л, прямий - 4,0 мкмоль/л, непрямий - 15,0 мкмоль/л, креатинін - 0,07 ммоль/л, загальний білок - 75 г/л.

ЕКГ: ритм синусовий, частотою 88 на хв., електрична вісь розташована горизонтально. Ознаки збільшення лівого передсердя та правого шлуночка.

1. Який діагноз у вагітної?
2. Складіть план обстеження.
3. Тактика ведення вагітної.

III. Контрольні питання для слухачів:

- 1) Артеріальна гіпертензія у вагітних та перименопаузальному періоді.. Основні ознаки, диференціальна діагностика, тактика лікування.
- 2) Тактика лікаря-терапевта щодо обсягу обстежень при захворюваннях серця у вагітних та жінок в перименопаузальному періоді
- 3) Ступені ризику вагітності при захворюваннях серця.
- 4) Основні загальні питання тактики ведення вагітних та жінок в перименопаузальному періоді. із захворюваннями серця.
- 5) Госпіталізація вагітної та жінок в перименопаузальному періоді із захворюванням серця.
- 6) Медикаментозне лікування вагітних та жінок в перименопаузальному періоді з хронічною та гострою серцевою недостатністю.
- 7) Хірургічне лікування хвороб серця під час вагітності та жінок в перименопаузальному періоді
- 8) Розродження вагітних при захворюваннях серцево-судинної системи.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати полісомнографії.
8. Методи лікування та профілактики хворих .

V. Рекомендована література

Базова:

1. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
2. Кишенькове керівництво Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease, GOLD, перегляд 2019 р. / Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2019. №7(120). С.52-68.
3. . Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
4. 1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Акушерство, гінекологія, неонатологія. Збірник нормативних документів.- Київ, «Медінформ», 2019. – 608 с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ПП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Вібраційна хвороба. Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики. Хвороби, викликані переохолодженням. Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на вібраційну хворобу, переохолодження.

І. ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

ІІ. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

- Для якої стадії вібраційної хвороби характерне порушення чутливості за сегментарним типом ?
 - 2-ої
 - 1-ої
 - 3-ої
 - 4-ої
 - початкової
- Для чого проводять капіляроскопію при вібраційній хворобі?
 - Визначення змін судинного тону капілярів
 - Визначення змін судинного тону венул

- C. Визначення змін судинного тонуусу артеріол
 - D. Визначення змін тиску в капілярах
 - E. Визначення атонії капілярів
3. Які зміни знаходять при вібраційній хворобі при проведенні комп'ютерної капіляроскопії?
- A. зміни судинного тонуусу капілярів
 - B. зміни судинного тонуусу венул
 - C. зміни судинного тонуусу артеріол
 - D. зміни тиску в капілярах
 - E. атонію капілярів
- 4 Для якого захворювання є характерними наведені синдроми: ангіодистонічний, ангіоспастичний, вестибулярний, діенцефальний, синдром вегетативного поліневриту?
- A. Хронічна інтоксикація ртуттю
 - B. Вібраційна хвороба
 - C. Хронічна інтоксикація свинцем
 - D. Хронічна інтоксикація марганцем
 - E. Хронічна інтоксикація ТЕС
- 5 Виберіть синдроми, найбільш характерні для загальної форми вібраційної хвороби III стадії:
- A. Генералізований ангіодистонічний синдром
 - B. Синдром мієліту
 - C. Дисциркуляторна енцефалопатія
 - D. Синдром кардіоміопатії
 - E. Сенсо-моторна поліневропатія
- 6 При диференційній діагностиці хвороби Рейно і вібраційної хвороби для останньої є характерними :
- A. Наявність симетричного порушення больової чутливості

- В. Приступи ангіоспазмів тільки на руках
 - С. Нейроендокринні розлади
 - Д. Однобічне порушення вібраційної чутливості
 - Е. Двобічне порушення вібраційної чутливості
7. В яких з наведених випадків може бути виданий доплатний (трудовий) листок ?
- А. Обрубник металевого литва, у якого при періодичному медичному огляді виявлено початкову форму вібраційної хвороби
 - В. Вантажник, виписаний із стаціонару після апендектомії
 - С. Сушительщик піску ливарного цеху, у якого при періодичному медичному огляді виявлено силікоз II стадії
 - Д. Шофер у якого при огляді виявлено вібраційну хворобу III ступеня
 - Е. Прядильниця штучного волокна, виписана із стаціонару після легкої форми гострої професійної інтоксикації

Задача № 1

Хворий, 30 років, клепальник впродовж 16 років. Турбує різкий біль у плечовому поясі, особливо в нічний час. Затерплість та побіління пальців рук під час охолодження. Хворий скаржиться на підвищену дратівливість. Об'єктивно: кисті набряклі, холодні, ціанотичні. Різко знижені всі види чутливості (больова, температурна, вібраційна). Під час холодової проби симптом «мертвих пальців». Відзначається слабкість у привідних м'язах V пальця; змінена електрозбудливість. Сухожилкові та періостальні рефлекси жваві.

1. Яке захворювання найбільш імовірно?
2. Які методи дослідження дозволяють виявити порушення чутливості?

Задача № 2

Хворий працював 15 років бульдозеристом. Скаржиться на запаморочення голови, біль голови в кінці робочого дня, затерпання пальців і болі в м'язах ніг вночі. Виявлено порушення вібраційної і больової чутливості на пальцях стоп, болючість литкових м'язів.

1. Яке захворювання найбільш імовірно?
2. Виділіть основні клінічні симптоми та синдроми.

Задача № 3

Хворий П. працює 17 років на нафтопереробному заводі. Скаржиться на носові кровотечі, крововиливи на шкірі, загальну слабкість, біль голови, запаморочення. Аналіз крові: еритроцити $2,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, КП - 1,0, Нб - 60 г/л, лейкоцити $2,9 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити $82 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 44 мм/год.

1. Яке захворювання найбільш імовірно?
2. Які методи дослідження дозволяють встановити стадію захворювання?

Задача № 4

Хворий 47 років працює на виробництві кремнієвих сплавів 15 років. Скаржиться на сухий кашель, періодичний біль у грудній клітці, підвищену втомлюваність, пітливість.

Рентгенограма: прозорість легеневих полів не змінена, легеневий малюнок помірно підсилений і деформований з обох сторін, на фоні якого переважно в середніх відділах поодинокі вузликові тіні діаметром 1-2 мм. У верхній частці правої легені - поліморфні вогнищеві тіні. Праворуч невеликі плевродіафрагмальні спайки.

1. Поставте найбільш вірогідний діагноз.

2. Які додаткові дослідження та консультації фахівців повинні бути проведені?

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення понять «вібраційна хвороба», «переохолодження».
2. Етіологія, патогенез вібраційної хвороби, хвороб від переохолодження.
3. Класифікація вібраційної хвороби, хвороб від переохолодження.
4. Оцінка функціональних методів діагностики вібраційної хвороби, хвороб від переохолодження.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу вібраційної хвороби, хвороб від переохолодження.
6. Терапія вібраційної хвороби, хвороб від переохолодження.
7. Прогноз та трудова експертиза вібраційної хвороби, хвороб від переохолодження.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. Спірограф.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Спірограми.
8. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на вібраційну хворобу, хвороби від переохолодження.

V. Рекомендована література

Базова:

1. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
2. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2019. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
3. Кишенькове керівництво Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease, GOLD, перегляд 2019 р. / Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2019. №7(120). С.52-68.
4. . Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2018. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2018 – 152 с.
2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: «Вроджені вади серця. Тактика лікаря-терапевта. Методи лікування. Прогноз. Диспансеризація»

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: засвоїти сучасні стандарти та протоколи надання спеціалізованої допомоги при наявності вроджених вад серця (ВВС); засвоїти клінічну картину ВВС; засвоїти протоколи лікування лівошлуночкової та правошлуночкової серцевої недостатності при ВВС.

I ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	35 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. Коли клінічно проявляється ДМПП по типу Ostium primum?

А. В дитинстві

Б. До 30 років

В. В 40 – 50 років

2. На скільки систолічний тиск в легеневій артерії більше артеріального при 1 стадії ДМПП?

А. 10%

Б. 20%

В. 30%

Г. 40%

3. Куди відбувається відхилення ЕОС при вираженому ДМПП по типу Ostium secundum?

А. Вліво

Б. Вправо

В. Нормограма

Г. Різко вліво

4. Який дефект МПП вважається невеликим?

А. 2 мм

Б. 3 мм

В. 4 мм

Г. 5 мм

5. Яка аускультивна картина вираженого ДМПП?

А. Систолічний шум в 2-й аускультативній точці

Б. Систолічний шум в 4-му міжребер'ї справа

В. Систолічний шум в 4-му міжребер'ї зліва

Г. Систолічний шум в 1-й аускультативній точці

6. Де знаходиться епіцентр систолічного шуму при наявності відкритої артеріальної протоки?

А. В 1-й аускультативній точці

Б. В 2-й аускультативній точці

В. В 3-й аускультативній точці

Г. В 4-й аускультативній точці

7. Яко відхиляється ЕОС спостерігається при тетраді Фалло?

А. Нормограма

Б. Вліва

В. Вправо

Г. Горизонтальна позиція

8. Який систолічний тиск в правому шлуночку при 1-й стадії стенозу легеневої артерії?

А. До 30 мм рт. ст.

Б. До 40 мм рт. ст.

В. До 50 мм рт. ст.

Г. До 60 мм рт. ст.

9. В яку стадію стенозу легеневої артерії показане оперативне лікування?

А. 1 ст.

Б. 1 – 11 ст.

В. 11 ст.

Г. 11 – 111 ст.

10. Який систолічний тиск визначається в 1 ст. коарктації аорти?

А. До 145 мм рт. ст.

Б. До 150 мм рт. ст.

В. До 160 мм рт. ст.

Г. До 170 мм рт. ст.

Ситуаційні задачі

Задача № 1

Дівчинка 6-ти років погано ходить, швидко стомлюється, часто скаржиться на головний біль, шум у вухах, носові кровотечі. При огляді виявлено гіпотонію та гіпотрофію м'язів нижніх кінцівок, блідість шкіри над ними. Верхній плечовий пояс розвинений відповідно віку. Пульс на променевих артеріях напружений, пульсація черевної аорти і стегнових артерій слабка. АТ на руках – 120/80 мм рт. ст., на ногах – 60/0 мм рт.ст. При аускультатії серця вислуховується систолічний шум у 2-му м/р справа від грудини і між лопаткової ділянці. Поставте орієнтовний діагноз і обґрунтуйте його.

Відповідь: У дитини найбільш вірогідно має місце ВВС, а саме, коарктація аорти. Так як, для цієї вади характерні часті головні болі, носові кровотечі, гіпотонія і гіпотрофія м'язів нижніх кінцівок, слабка пульсація черевної аорти і стегнових артерій, велика різниця тиску на руках і ногах, систолічний шум над аортою.

Задача № 2

У дівчинки 4-х років періодично раптово виникає задишка, підсилюється ціаноз, дитина сідає навпочіпки. Напад триває від кількох хвилин до півтори години. Діагноз ВВС

встановлений при народженні. Шкіра та слизові оболонки помірно ціанотичні, пальці у вигляді «барабаних паличок», нігті – «годинникових скелець». Аускультативно везикулярне дихання, хрипи відсутні. ЧД 35 за 1 хв. у спокої. Межі серцевої тупості незначно зміщені вліво. ЧСС 125 за 1 хв. Аускультативно вислуховується по лівому краю грудини грубий систолічний шум з епіцентром у 3-му м/р, послаблення 2-го тону над легеневою артерією. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. На рентгенограмі ОГК судинний малюнок збіднений. На ЕКГ зміщення ЕВС вправо, ознаки гіпертрофії міокарду ПШ. Якій ВВС відповідає ця клінічна картина? Які додаткові методи діагностики слід призначити? Консультація якого спеціаліста необхідна?

Відповідь: Ця клінічна картина відповідає стенозу легеневої артерії. Для уточнення патології та ступеню її важкості слід призначити доплер-ЕхоКГ, УЗД внутрішніх органів, катетеризацію камер серця з визначенням тиску в них. Необхідна консультація кардіохірурга.

Задача № 3

У хлопчика 6-ти років спостерігається задишка при фізичному навантаженні. В анамнезі 4 перенесених пневмоній. З 3-річного віку лікарі вислуховують у нього шум в серці. Загальний стан не порушений, шкіра бліда. Перкуторно зміщення відносної серцевої тупості вправо. Аускультативно негучний систолічний шум в 2 – 3 м/р зліва від грудини, який не проводиться на судини шиї, акцент 2-го тону над легеневою артерією. Ваш діагноз?

- А. Відкрита артеріальна протока
- Б. Функціональний шум
- В. Стеноз мітрального отвору
- Г. Дефект міжпередсердної перетинки

III.. Контрольні питання для слухачів:

- Класифікація вроджених вад серця.
- Основні клінічні синдроми та симптоми, обумовлені наявністю ВВС.
- Диференціальна діагностика кардіомегалій, обумовлених ВВС.
- Лабораторна та інструментальна діагностика ВВС.
- Сучасні підходи до лікування ВВС.
- Надання невідкладної допомоги при гострій серцевій недостатності (СН), що розвинулася на тлі ВВС.
- Лікування та профілактика хронічної СН), що розвинулася на тлі ВВС.
- Принципи диспансерного спостереження за хворими з наявністю ВВС.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.

4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати полісомнографії.
8. Методи лікування хворих .

V. Рекомендована література

Базова:

1. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
2. Кишенькове керівництво Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease, GOLD, перегляд 2019 р. / Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2019. №7(120). С.52-68.
3. . Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
4. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2019 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1
5. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
6. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Захворювання стравоходу. Особливості діагностики та лікування гострого езофагеальної рефлюксної хвороби, ахалазії кардії, раку стравоходу»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вдосконалити та поглибити знання, вміння та практичні навички, сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення про принципи та методи діагностики захворювань стравоходу, активізувати самостійну навчальну роботу над монографіями, підручниками, посібниками.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1

Хвора М., 58 років, з надлишковою масою тіла, скаржиться на печію за грудиною, яка супроводжується больовим синдромом після вживання жирних та гострих страв. Біль купується прийомом лужних вод. Вищеописані скарги відмічаються протягом останніх 2-х місяців. При об'єктивному обстеженні патологічних змін з боку органів травлення не виявлено. При проведенні ендоскопічного дослідження виявлено гіперемію слизової оболонки нижнього відділу стравоходу.

1. Яке захворювання у пацієнтки?
2. Які захворювання можуть супроводжуватись схожою симптоматикою?

Задача №2

Хворий В., 48 років, знаходиться у хірурга на диспансерному обліку у зв'язку з діагнозом короткий стравохід Барретта. На протязі останнього місяця з'явилися болі за грудиною, порушення при проходженні твердої їжі. При ФЕГДС в с/з стравоходу (24 см від краю верхніх різців), визначається звуження, на 1/2 просвіту, при Ро-графії стравоходу визначається звуження с/з стравоходу протягом 4 см. При УЗД, рентгенографії ОГК патології не знайдено.

1. Яке ускладнення виникло у хворого?
2. Запропонуйте подальшу тактику лікування хворого.

Тести КРОК 3

1. Хворий К., 49 років, скаржиться на порушення ковтання, особливо твердої їжі, гикавку, осиплість голосу, нудоту, зригування, значне схуднення (15 кг за 2,5 місяці). Об'єктивно: маса тіла знижена. Шкірні покриви бліді, сухі. Легені: дихання везикулярне, тони серця достатньої гучності, ритмічні. Живіт м'який, при пальпації болю нема. Печінка не збільшена. Яке дослідження найбільш необхідне для встановлення діагнозу?

- А. Дослідження шлункової секреції
- В. Клінічний аналіз крові
- С. Езофагогастродуоденоскопія з біопсією
- Д. Рентгенографія шлунка
- Е. Рентгенографія по Тренделенбургу

2. Хворий П., 36 років, скаржиться на постійний тупий біль у лівому підребер'ї, після прийому жирної та копченої їжі, блювання, яке приносить полегшення. Калові маси блискучі, з неприємним запахом. Хворіє протягом 8 років; зловживає алкоголем, багато палить. Об'єктивно: вгодованість знижена. Шкіра бліда і суха. Язик з білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, відзначається біль в зоні Шоффара, Губерґріца - Скульського, точках Дежардена, Мейо - Робсона. Який діагноз найбільш імовірний?

- А. Хронічний холецистит
- В. Хронічний панкреатит
- С. Виразкова хвороба
- Д. Хронічний гастродуоденіт
- Е. Хронічний ентероколіт

3. Хворий С, 23 років, скаржиться на тупий біль, відчуття важкості та розпирання в епігастрії одразу після їжі, відрижку тухлим, сухість у роті, нудоту, більш натщесерце, проноси. Об'єктивно: шкіра бліда, в міру схудлий. Живіт під час пальпації м'який, відмічається біль в епігастрії. Печінка не виступає з-під краю реберної дуги.

В аналізі крові: НЬ - 110 г/л, Ер - $3,4 \times 10^{12}$ /л, лейкоцитарна формула - без змін. ШОЕ - 16 мм/год. Назвіть найбільш необхідне дослідження, яке допоможе встановити діагноз:

- A. Езофагогастродуоденоскопія
- B. Рентгенографія органів травлення
- C. Дослідження шлункового соку
- D. рН-метрія
- E. Дуоденальне зондування

4. Хворий 24 років, сантехнік, звернувся в поліклініку зі скаргами на болі в епігастрії через 1-1,5 год. після їжі, нічні болі, часте блювання, яке дає полегшення. Багато курить, випиває. Об'єктивно: язик чистий. При поверхневій пальпації живота виявлений м'язевий дефанс, біль справа вище пупка. Лабораторно: реакція на приховану кров у калі позитивна. Який діагноз найбільш імовірний?

- A. Хронічний холецистит
- B. Хронічний гастрит
- C. Хронічний ентерит
- D. Хронічний коліт
- E. Виразкова хвороба

5. Жінка 35 років поступила в клініку зі скаргами на болі в епігастрії, які виникають через 1-1,5 год. після прийому їжі, печію, блювання, яке приносить полегшення. При огляді язик обкладений білим нашаруванням, живіт м'який, болючий в епіга-стральній ділянці. Спостерігаються позитивні симптоми Менделя, Образцова - Стражеска. Яке з наведених досліджень є найбільш інформативним для встановлення діагнозу?

- A. Колоноскопія
- B. рН-метрія
- C. Ультразвукове дослідження
- D. Езофагогастродуоденоскопія
- E. Рентгеноскопія шлунка

6. Хворий Т., 64 років, страждає на хронічний гастрит впродовж декількох років. Лікувався в стаціонарі щорічно. За останні місяці змінився характер болю, почастишало блювання, зменшилась вага тіла приблизно на 8 кілограмів, з'явилась анемія, зросла слабкість. Імовірний діагноз - рак шлунка. Яке із перелічених досліджень найбільш інформативне для підтвердження діагнозу "рак шлунка"?

- A. Фіброезофагогастродуоденоскопія з біопсією
- B. Дослідження калу на приховану кров
- C. Рентгенологічне дослідження

D. Цитологічне дослідження промивних вод шлунка

E. рН-метрія

7. Хворий К., 37 років, водій, скаржиться на біль у животі, що виникає через півтори-дві години після їжі, печію, нудоту, інколи блювання, яке викликає самотійно для зниження інтенсивності болю, часто приймає соду. ФЕГДС - виразковий дефект в цибуліні дванадцятипалої кишки діаметром приблизно 5 мм та дрібні ерозії. *Helicobacter pylori* (+). Ph-метрія: гіперацидний стан. Найбільш вірогідний діагноз?

A. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

B. Виразкова хвороба шлунка

C. Гастрит з підвищеною кислото-утворюючою функцією шлунка

D. Гастроезофагеальнорефлюксна хвороба

E. Рак шлунка

8. Пацієнт хворіє на гастрит. Останні 6 місяців турбують тупі болі в правому підребер'ї, нудота, відсутність апетиту, відраза до м'яса, схуднення. Об'єктивно: зниженої вгодованості, над лівою ключицею пальпується лімфовузол. Ваш діагноз:

A. Хронічний гастрит

B. Виразкова хвороба шлунка

C. Рак шлунка

D. Рак підшлункової залози

E. Рак жовчного міхура

9. Хворий скаржиться на часту блювоту з домішками їжі, жовчі, оперізуючий біль у верхній половині живота, підвищену температуру тіла. Зловживав алкоголем. Схуд на 5 кг за місяць. Стан хворого важкий, свідомість частково збережена, зорові галюцинації. Пульс - 130/хв., ритмічний, слабкого наповнення, АТ -85/60 мм рт. ст. Тони серця ослаблені,

ЧД - 24/хв., живіт з м'язовим дефансом в епігастрії, позитивні симптоми Мейо - Робсона, Вознесенського. Ваш діагноз?

A. Гострий гастрит

B. Гострий холецистит

C. Гострий панкреатит

D. Виразкова хвороба шлунка

E. Виразкова хвороба ДПК

10. У хворого Г, 68 р., на фоні прогресуючої слабкості, відсутності апетиту, схуднення, дискомфорту в шлунку, нудоти, болю в животі, що мало залежить від вживання їжі, з'явилась блювота "кавовою гущею". Який попередній діагноз?

- A. Виразкова хвороба шлунка
- B. Поліп шлунка
- C. Зашемлення киля стравохідного отвору діафрагми
- D. Рак шлунка
- E. Ерозивний гастрит

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Визначення гастроєзофагальнорефлюксної хвороби (ГЕРХ).
2. Етіологія та патогенез ГЕРХ., раку стравоходу
3. Класифікація ГЕРХ, раку стравоходу
4. Клінічні прояви ГЕРХ «стравохідні» і «позастравохідні» симптоми.
5. Диференційний діагноз ГЕРХ та раку стравоходу з іншими захворюваннями стравоходу.
6. Принципи лікування ГЕРХ та раку стравоходу, їх обґрунтування.
7. Основні питання профілактики ГЕРХ., раку стравоходу
8. Вміти сформулювати діагноз ГЕРХ, раку стравоходу в рамках класифікації.
9. Вміти виписати рецепти на основні препарати, що застосовуються для лікування ГЕРХ

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2021. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. - 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019 – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2020 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Гострий коронарний синдром. Нестабільна стенокардія. Інфаркт міокарда. Діагностика, диференційна діагностика. Ускладнення. Невідкладна допомога. Лікування. Реабілітація»

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: засвоїти діагностику та сучасні стандарти надання невідкладної допомоги при гострому коронарному синдромі.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	35 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1. Хвора А., 72 рок, біля 10 років страждає на гіпертонічну хворобу, Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, за грудинні болі при ходьбі до 200 м, які проходять в стані спокою. Подібні болі почали турбувати протягом останнього місяця. Раніше болі ніколи не відчувала. Різке погіршення стану протягом останніх двох діб (болі почали турбувати стані спокою). В анамнезі ТЕМ з приводу фібриляції митри. Об'єктивно: пульс – 76 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

ХМЕКГ: за час дослідження визначено: середньо-добова ЧСС –74 за 1 хв, середньо-денна –87 за 1 хв і нічна – 52 за 1 хв. Зареєстровано близько 580 епізодів шлуночкової політопної екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Епізоди депресії сегменту ST до 1 мм. Порогова ЧСС склала 84 уд/хвилину.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛШ (КДР=59 мм, КСР=43 мм), ФВ=58%, фіброзне потовщення стінок аорти.Концентрична гіпертрофія лівого шлуночку.

1. Встановіть клінічний діагноз?

2. Призначте план обстеження і лікування даного хворого?

3. Який прогноз у даного пацієнта?

Задача №2. Хворий М., 53 роки періодично протягом 2 років відмічав підвищення АТ до 150-160 мм.рт.ст., проте за допомогою не звертався і не обстежувався. В минулому році відмічав приступ за грудинних болей після психо-емоційного навантаження, проте не обстежувався. Сьогодні після психо-емоційного навантаження відчув пекучий біль за грудиною і запаморочення. БШД доставлений в кардіологічне відділення. Об-но: пульс – 72 в 1 хвилину, АТ – 130/70 мм рт.ст. На ЕКГ, записаної БШД ніяких змін не виявлено. При проведенні холтерівського моніторування ЕКГ виявлена транзиторна горизонтальна депресія сегменту ST до 2 мм незалежно від ЧСС, що супроводжувалась за грудинними болями. На другу добу перебування в стаціонарі рівень тропоніну I 27,3 нг/мл (норма – до 0,5 нг/мл).

1. *Сформулюйте клінічний діагноз?*
2. *Призначте план обстеження хворого?*
2. *Визначте тактику лікування хворого?*

Задача №3. Хворий 62 років госпіталізований в кардіологічне відділення з діагнозом ІХС., дифузний кардіосклероз. Під час добового моніторування електрокардіограми виявлено 5-ти кратну депресію сегменту ST на 1 мм протягом 0,08 с у V4-V6, яка не супроводжувалась больовим синдромом.

1. *Сформулюйте клінічний діагноз?*
2. *Призначте план обстеження хворого?*
2. *Визначте тактику лікування хворого?*

Задача №4. У хворого З.В., 49 років, який знаходиться на обліку з діагнозом стабільна стенокардія II ФК, раптово виникли типові стенокардитичні болі, які не знялися нітрогліцерином. Об'єктивно: АТ- 120/80 мм рт.ст., пульс 104 уд. за хв., поодинокі екстрасистоли. На ЕКГ: ЧСС - 104 /хв., рідкі лівошлуночкові екстрасистоли, депресія сегменту S -T у I, aVL та високі, гострокінцеві зубці T у V2, V3, V4 відведеннях.

1. *Сформулюйте клінічний діагноз?*
2. *Складіть план обстеження хворого?*
3. *Визначте тактику лікування хворого?*

1. Хворий М., 58 років, який знаходився на стаціонарному лікуванні з приводу нестабільної стенокардії, при ходьбі по сходах раптово втратив свідомість, впав. При огляді хворого констатовано: свідомість і пульсація на центральних артеріях відсутні, зіниці вузькі на світло не реагують, рідкі малоамплітудні рухи грудної клітки до 8-10 за 1 хв. З якого заходу необхідно почати невідкладну допомогу?

А. Інтубація трахеї та ШВЛ

В. Введення адреналіну

С. Імплантація штучного водія ритму

Д. Удар кулаком об грудину та компресія грудної клітки

Е. Введення лідокаїну

2. Хворий А., 50 років, госпіталізований зі скаргами на серцевий біль та задишку, які виникли раптово після значного фізичного перенавантаження. На ЕКГ зафіксовано елевацію сегмента ST в II, III, aVF відведеннях. Підвищення КФК- МВ майже вдвічі відносно норми. Який діагноз є найбільш вірогідним?

А. Гострий задній інфаркт міокарду

- В. Гострий передній інфаркт міокарду
- С. Стенокардія напруги
- Д. Стенокардія, що вперше виникла
- Е. Прогресуюча стенокардія

3. У хворого В., 48 років, відмічаються часті напади за грудинного болю, що виникає раптово. При цих станах допомагає ніфедипін або інші антагоністи кальцію. На ЕКГ, що була зареєстрована під час больового нападу, відмічалась швидкоплинна елевація сегменту ST в грудних відведеннях. Реакції з боку крові не відмічено. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Стенокардія, що вперше виникла
- В. Вазоспастична стенокардія
- С. Задній інфаркт міокарду
- Д. Передній інфаркт міокарду
- Е. Прогресуюча стенокардія

4. У хворого Т., 47 років, який хворіє на ішемічну хворобу серця близько 5 років, протягом останнього тижня відмічено значне погіршення клінічного стану, а саме: посилення інтенсивності та частоти виникнення за грудинних болів на висоті фізичних навантажень. На ЕКГ "коритоподібна" депресія сегменту ST в II, III, aVF відведеннях. Реакції з боку крові не відмічається. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Стенокардія, що вперше виникла
- В. Вазоспастична стенокардія
- С. Задній інфаркт міокарду
- Д. Передній інфаркт міокарду
- Е. Прогресуюча стенокардія

5. У хворого Д., 46 років, вперше в житті з'явилися болі, що локалізовані за нижньою третину грудни та виникають на фоні фізичного навантаження. На ЕКГ депресія сегменту ST більше 2 мм в II, III, aVF відведеннях. Реакції з боку крові не відмічається. Який діагноз є найбільш вірогідним?

- А. Стенокардія, що вперше виникла
- В. Вазоспастична стенокардія
- С. Задній інфаркт міокарду
- Д. Передній інфаркт міокарду
- Е. Прогресуюча стенокардія

6. Хворий Л., 55 років, скаржиться, що 1,5 тижні тому з'явився сильний нападopodobний біль в нижній щелепі, тривалістю 5-20 хв. З часом біль став частішати, до 10 разів на добу. Прийом анальгетиків та спазмолітиків безрезультатний, однак стан покращився після прийому 3 таблеток нітрогліцерину. Який з перерахованих діагнозів є найбільш ймовірним?

- А. Інфаркт міокарду
- В. Стенокардія
- С. Перикардит
- Д. Остеомієліт нижньої щелепи
- Е. Неврит трійчастого нерву

7. Чоловік 52 років скаржиться на стискаючий біль за грудиною, що виник вперше 7 годин назад після фізичного навантаження, не знімається прийомом кількох таблеток нітрогліцерину. При ЕКГ дослідженні змін не виявлено. Який діагноз є найбільш ймовірним?

- А. Нестабільна стенокардія

- В. Стенокардія напруги
- С. Інфаркт міокарду
- Д. Перикардит
- Е. міокардит

8. У хворого Н. о 5-й годині ранку з'явився напад сильного болю за грудиною, який супроводжувався кволістю, холодним потом. На ЕКГ – куполоподібний під'єм сегмента ST у відведеннях II, III, avF, V5-V6. Після вщухання болю показники ЕКГ повернулись до норми. Який діагноз є найбільш імовірним?

- А. Спонтанна стенокардія типу Prinzmetal.
- В. Гострий інфаркт міокарда в задньобочковій ділянці лівого шлуночка
- С. Дилатаційна кардіоміопатія
- Д. Міокардит
- Е. Перикардит

9. Жінка 46 років поступила у кардіологічне відділення зі скаргами на часті приступи пекучих болей в ділянці серця, які тривають більше 20 хв., практично не проходять після прийому нітрогліцерину. АТ – 100/70 мм.рт.ст., ЧСС – 86/хв.. Тони серця ритмічні, на ЕКГ депресія сегмента ST з інверсією зубця Т в I, avL, V1-V3, які спостерігаються впродовж 1 тижня. Який діагноз є найбільш імовірним?

- А. Міокардит
- В. Остеохондроз грудного відділу хребта
- С. Нестабільна стенокардія
- Д. Не-Q-інфаркт міокарду
- Е. ТЕЛА

10. Хворий Н., 49 р., поступив в кардіологічне відділення із скаргами на загрудинний біль, що виник вперше під час фізичного навантаження біля години назад. Біль ірадіював під ліву лопатку, в ліву половину шиї і ліву руку. Прийом нітрогліцерину викликав зменшення болювого приступу з повторним його загостренням. Протягом 3-х років хворіє на гіпертонічну хворобу, лікується нерегулярно. Багато курить, зловживає алкогольними напоями. При обстеженні АТ 170/110 мм. рт. ст., пульс 72 за хв., ритмічний. Ліва межа серця зміщена на 1 см назовні від лівої серединноключичиної лінії. І тон на верхівці серця помірно послаблений, акцент II тону над аортою. Іншої патології внутрішніх органів не виявлено. ЕКГ – помірна гіпертрофія лівого шлуночка, депресія сегменту ST у відведеннях V3-V5. Рівні тропонінів Т і G, активність креатинфосфокінази та її МВ-фракції визначаються на верхній межі норми. Який з перерахованих препаратів не слід призначати хворому?

- А. Метопролол
- В. фондапарінокс
- С. альтеплаза
- Д. нітрогліцерин
- Е. аспірин

III. Контрольні питання для слухачів:

- Сучасна класифікація гострого коронарного синдрому
- Основні патогенетичні ланки розвитку гострого коронарного синдрому
- Клінічні варіанти перебігу гострого коронарного синдрому

- Стандарти діагностики гострого коронарного синдрому
- Стандарти лікування гострого коронарного синдрому
- Клінічна фармакологія антиішемічних препаратів (бета-блокаторів, нітратів, антагоністів кальцію).
- Клінічна фармакологія тромболітичних препаратів.
- Клінічна фармакологія прямих та непрямих антикоагулянтів і дезагрегантів.
- Індивідуалізація лікування хворих на гострий коронарний синдром.
- Алгоритм надання невідкладної допомоги при гострому коронарному синдромі на догоспітальному етапі.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонometr (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторингування АТ
5. Результати добового моніторингування АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ : МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2019. - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)
2. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при гострому коронарному синдромі без елевaції сегмента ST. Наказ Міністерства охорони здоров'я 3.03.2016 №164.
3. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2019 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
5. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.

2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.

3. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.

4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: Нагнійні захворювання легень і плеври (абсцес легень, гангрена легень, бронхоектатична хвороба, емпієма плеври). Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: Вивчити клінічні прояви, діагностику, диференціальну діагностику нагнійних захворювань легень (НЗЛ)

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. У чоловіка 24 років скарги на підвищення температури тіла до 39 °С, сухий кашель, біль у животі справа. Об'єктивно: ціаноз носогубного трикутника, інспіраторна задишка, участь в акті дихання додаткової дихальної мускулатури. Перкуторно – укорочення перкуторного звуку. Аускультативно – ослаблення дихання, крепітація. Частота дихання – 30/хв, ЧСС – 120/хв. У гемограмі лейкоцитоз, нейтрофільний зсув вліво. Який ступінь легеневої недостатності у хворого?

A. II.

B. III.

C. I.

D. IV.

E. 0.

2. Хворий 54 років скаржиться на задишку під час незначного фізичного навантаження, кашель із харкотинням, що важко відходить. Об'єктивно: дифузний ціаноз. Грудна клітка бочкоподібна. У легенях ослаблене дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи. АТ – 140/80 мм рт. ст., PS – 92/хв, ритмічний. Спірографія – ЖЄЛ/ФЖЄЛ – 65%, ОФВ1/ФЖЄЛ – 50%. Визначити тип дихальної недостатності.

А. Ритмічний тип дихальної недостатності (ДН) з переважанням рестрикцій.

В. ДН немає.

С. Обструктивний тип ДН.

Д. Рестриктивний тип ДН.

Е. Змішаний тип ДН з переважанням обструкцій

3. Хворий 52 років скаржиться на задишку, постійний кашель із виділенням зранку невеликої кількості прозорого мокротиння. З анамнезу відомо, що хворий палить протягом 20 років, кашель непокоїть протягом 10–15 років, задишка – 1 рік. Об'єктивно: частота дихання – 18/хв. При перкусії над легенями коробковий звук, при аускультатії – дихання ослаблене. Рентгенологічно: двобічне симетричне підвищення прозорості тканини. Дані спірографії: ФЖЄЛ – 103%, ОФВ1 – 72%, індекс Тіффно – 62%, МВЛ – 79%. Дати оцінку результатам дослідження.

А. Порушення функції легень за рестриктивним типом.

В. Порушення функції зовнішнього дихання за обструктивним типом.

С. Порушення за змішаним типом.

Д. Порушення функції легень відсутні

4. Який препарат відноситься до групи холінолітиків :

А. Сальбутамол

В. Іpratропіуму бромід

С. Сальметерол

Д. Теофілін

5. У хворого з госпітальною пневмонією спостерігається періоральний ціаноз, помірна задишка, співвідношення пульсу до частоти дихання 2,5:1, ХОД підвищений, ЖЄЛ – знижена. Визначте ступінь дихальної недостатності.

А. I.

В. III.

С. II.

Д. IV.

6. У пацієнта 24 років раптово під час їжі виникло відчуття нестачі повітря, занепокоєня, болі у горлі, малопродуктивний кашель. Викликав бригаду "швидкої допомоги", доставлений у стаціонар. Об'єктивно: хворий неспокійний, ейфоричний, шкірні покриви вологі, бліді,

легкий акроціаноз, частота дихальних рухів 25 за 1 хв, непродуктивний кашель, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи. У легенях на видиху свистячі хрипи, діяльність серця ритмічна, пульс 110 за 1 хв, АТ – 150/90 мм рт. ст. Парціальний тиск у крові O_2 – 70 мм рт. ст., CO_2 35 мм рт. ст. Виділити провідний синдром.

А. Дихальної недостатності.

Д. Інтоксикаційний.

В. Гіпертензивний.

Е. Серцевої недостатності.

С. Больовий.

7. Хвора 25 років, що страждає на бронхіальну астму, скаржиться на відчуття нестачі повітря, утруднення видиху і вдиху. Об'єктивно: стан середньої важкості, виражені ціаноз і акроціаноз, ЧДР 36 за 1 хв, дихання свистяче, непродуктивний кашель, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, у легенях вислуховується велика кількість сухих свистячих хрипів. АТ – 140/90 мм рт. ст., діяльність серця ритмічна, ЧСС – 110 за 1 хв, тони значно приглушені. Який ступінь вираженості легеневої недостатності?

А. I.

В. II.

С. III.

Д. IV.

Е. Відсутній.

8. Потерпілий 36 років доставлений до лікарні у збудженому стані, періодично відзначаються слухові галюцинації, марення. Рани обличчя і шиї. Виражений ціаноз і акроціаноз. Дихання прискорене, поверхневе, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, частота дихальних рухів (ЧДР) 36 за 1 хв, діяльність серця ритмічна 130 за 1 хв, АТ – 150/95 мм рт. ст. Яке додаткове обстеження необхідне?

А. Рентгенографія органів грудної клітки.

В. Огляд ЛОР-органів.

С. Визначення CO_2 і O_2 .

Д. Дослідження функції зовнішнього дихання.

Е. Визначення центрального венозного тиску.

9. Пацієнт 45 років доставлений у несвідомому стані з вулиці. Визначається запах алкоголю. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки ціанотичні. На шиї і грудній клітці є садина. Дихання поверхневе, ЧДР 28 за 1 хв. У легенях – крепітація більше праворуч у нижніх відділах. Діяльність серця аритмічна, пульс 120 за 1 хв, АТ – 160/90 мм рт. ст. На ЕКГ – ритм синусовий, правильний, ЧСС 120 за 1 хв, депресія сегмента ST у відведеннях V3-V5 до 1 мм. Яка найбільш ймовірна причина розвитку ГДН?

А. Травма грудної клітки.

В. Гострий інфаркт міокарда.

С. Гостре порушення мозкового кровообігу.

Д. Пневмонія.

Е. Алкогольна інтоксикація.

10. Причиною кашлю з кровохарканням, що супроводжується задишкою, може бути:

А. .дольова пневмонія

В. .серцева лівошлуночкова недостатність

С. .тромбоемболія легеневої артерії

Д. .всі вищеперераховані причини

Е. .ні одна з вищеперерахованих причин

Задача 1

Хворий С., 62 роки, скаржиться на щоденний ранковий кашель з виділенням невеликої кількості слизового білого мокротиння, задишку при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості, утруднений видих..

Анамнестичні дані: вказані симптоми відчуває більше 5 років. За останній рік було 4 епізоди загострення у вигляді посилення кашлю, задишки та появи свистячого дихання. Палить більше 20 років, приблизно 1 пачку в день. Постійного лікування не отримував.

Об'єктивно: дифузний ціаноз. ЧД - 31/хв, сатурація кисню – 88%, температура тіла 36,6°C. Перкуторно над легеньми – коробковий звук, аускультативно – жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом, велика кількість сухих свистячих хрипів. Тони серця ослаблені, ритмічні. Пульс – 88 уд/хв. АТ – 135/85 мм рт. ст. Набряків немає.

Результати спірометрії: $\text{ОФВ}_1/\text{ФЖЕЛ} < 0,65$; ОФВ_1 - 42% від належного. Проба з вентоліном – зворотність обструкції 9%.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію спірометрії та проби з бронхолітиком..
2. Встановіть діагноз.
3. Призначте лікування, називаючи групу препаратів і представника

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасна класифікація НЗЛ
2. Клініко – рентгенологічні критерії діагностики абсцесу легень
3. Клініко-рентгенологічної діагностики бронхоектатичної хвороби

4. Роль дослідження харкотиння в диференціальній діагностиці нагнійних захворювань легень
5. Диференційована терапія НЗЛ
6. Ендобронхіальні методи лікування. Постуральний дренаж
7. Ускладнення НЗЛ

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми ОГК хворих
9. Набори лікарських препаратів
10. Пульсоксиметр

V Рекомендована література

Базова:

1. Очерки клинической пульмонологии. / под. ред. В.К.Гаврисюка. Київ, 2021-336с.
2. Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2020. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
4. Ідіопатичний легеневий фіброз: клініка, діагностика, лікування. / методичний посібник/ Ю.І.Фещенко, І.К.Гаврисюка, А.І.Ячника та інших. Київ, 2016-50с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.
4. Сучасні підходи до лікування гострої емпієми плеври (огляд літератури) / О. Ю.Троніна // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л. Я. Ковльчука. - 2018. - № 4. - С. 102-108. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/shpkhir_2017_4_21

Тема: «Гострий біль (біль голови, у шиї, у спині, у м'яких тканинах).»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: Вивчити клінічні прояви найбільш розповсюджених причин виникнення больового синдрому, провести диференційну діагностику, призначити лікування.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. У жінок, хворих на анкілозуючий спонділоартрит, у порівнянні із чоловіками частіше:

- 1) процес у хребті прогресує повільно
- 2) уражаються периферичні суглоби
- 3) захворювання починається в більш пізньому віці
- 4) зустрічається остеїт лобкового симфізу

2. При лікуванні хвороби Бехтерева неможливо досягти:

- 1) повного одужання
- 2) зниження активності захворювання
- 3) зниження інтенсивності болі
- 4) поліпшення показників функціонального стану опорно-рухового апарата

3. З перерахованих засобів найбільш ефективний при хворобі Бехтерева:

- 1) піроксікам
- 2) інфліксімаб
- 3) диклофенак

4) преднізолон

4. Патанатомічна картина анкілозуючого спонділоартриту:

- 1) анкілозуючий сакроілеїт.
- 2) односторонні остеофіти.
- 3) кальциноз м'язів.
- 4) остеоліз хребців.

5. Хворим із хворобою Бехтерева в програмі реабілітації необхідно рекомендувати все, крім:

- 1) ходити з опорою при ураженні колінних і тазостегнових суглобів
- 2) спати на твердому ліжку без подушки
- 3) зміцнювати м'язи спини
- 4) робити тривалі пішохідні прогулянки на великі відстані

6. Тетрада хвороби Рейтера включає всі перераховані нижче симптоми, крім:

- 1) кератодермії
- 2) уретрита
- 3) артрит
- 4) кон'юктивіта

7. Для системного остеопороза характерні всі перераховані зміни, за винятком:

- 1) підвищеної рентгенопрозорості кісткової тканини
- 2) підкресленості контурів тіл хребців
- 3) вираженої трабекулярності кісткової тканини
- 4) витонченні кортикальні шари діафізів трубчастих костей

8. Сакроілеїт рідше всього зустрічається:

- 1) при бруцельозі
- 2) при ревматоїдному артриті
- 3) при псориатичному артриті
- 4) при хворобі Бехтерева

9. Одним з найбільш рідких ознак псориатичного артрити є:

- 1) артрит дистальних міжфалангових суглобів
- 2) симетричний сакроілеїт
- 3) "сосискообразная" конфігурація пальців стоп
- 4) остеопенія

10. Для оцінки рухливості хребта використовуються всі перераховані показники, крім:

- 1) відстані від потилиці до вертикальної поверхні при положенні хворого стоячи (симптом Форест,є)
- 2) відстані від кінчиків пальців до підлоги при макс. згинанні тулуба вперед (симптом Томайера)
- 3) болю при пальпації остистого відростка V поперекового хребця
- 4) симптоми Шобера

Ситуаційні задачі

Задача 1.

За словами пацієнта, після травми голови у нього протягом тижня виникає безперервний головний біль і запаморочення. Що може порекомендувати лікар у даній ситуації? Дайте обґрунтування своєї відповіді.

Задача 2.

У жінки після випитого шампанського завжди виникає біль у лівій половині голови, яка триває 10-12 годин і посилюється при шумі. Напад супроводжує нудота, іноді блювання.

1. Назвіть можливий тип головного болю.
2. Запропонуйте препарати для цього типу болю.

II. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасна класифікація больових синдромів у рубриках МКХ – 10.
2. Клінічна класифікація головної болі (міжнародна асоціація по виявленню головної болі, 1988).
3. Клінічні ознаки мігрені.
4. Міофасціальний синдром – клінічні прояви, диференційна діагностика.
5. Синдром “драбинчастого м’язу”, каузальний синдром Пирогова – Вейр – Мітчела.
6. Диференційна діагностика болю в спині.
7. Перелік лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих з больовим синдромом.
8. сучасний підхід по лікуванню больових синдромів.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп’ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми суглобів, хребта.
9. Дані ультразвукового дослідження суглобів.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на гострий біль.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2019. – 372 с.

4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Ященко, С. В. Данилюк. - К., 2019 – 184 с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019– 152 с.
2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: «Синдром «гострого живота.Кров у випорожненні. Рак кишечника»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вдосконалити та поглибити знання, вміння та практичні навички лікарів-інтернів, сформувати сучасне уявлення про принципи та методи діагностики при наявності крові у випорожненнях, активізувати самостійну навчальну роботу над монографіями, підручниками, посібниками, електронними носіями інформації.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести:

1. Хвора 52 р. скаржиться на сильні болі у прямій кишці та незначні виділення крові при акті дефекації. Хворіє біля року. Протягом останніх 5 років страждає закрепам. Об'єктивно: по задній комісурі анального каналу дефект 0,7 x 0,5 см зі щільними краями, дно покрито грануляціями з фібринозним нашаруванням. Сфінктер різко спазмований. Поставте клінічний діагноз.

A. Хронічна анальна тріщина

B. Зовнішній геморой

C. Поліп анального каналу

D. Гострий підслизовий парапроктит

E. Гострокінцеві канділоми анального каналу

2. Хворий Н., 53 років, поступив зі скаргами на переймоподібні болі в животі, блювоту, затримку стільця і газів. Стан хворого важкий. Пульс - 110 за 1 хв. Язик сухий. Живіт щадиться при диханні, піддутий, асиметричний. Перкуторно – тимпаніт, перистальтика окремими, видимими хвилями. Позитивний с-м Валя. С-м Щоткіна-Блюмберга слабо позитивний. Який ваш діагноз?

- A. Кишкова непрохідність
- B. Гострий холецистит
- C. Мезентеріальний тромбоз
- D. Гострий апендицит
- E. Гострий панкреатит

3. Хворий К. 47 р., скаржиться на інтенсивні болі в животі, слабкість, затримку стільця і газів. Захворів 1,5 год. тому. Болі з'явилися раптово в епігастрії та правому підребер'ї, та розповсюдилися по всьому животу. $T=37,8^{\circ}\text{C}$, Пульс - 60 за 1 хв., слабого наповнення. Язик сухий. Живіт при пальпації напружений, болючий на всьому протязі. Позитивні перитонеальні симптоми. Печінкова тупість не визначається. Який діагноз у хворого?

- A. Перфоративна виразка.
- B. Кишкова непрохідність.
- C. Гострий панкреатит.
- D. Гострий холецистит.
- E. Мезентеріальний тромбоз.

4. Хворий І. 63 роки поступив в приймальне відділення зі скаргами на слабкість, запаморочення, блювоту масами темного кольору, чорний стілець. Ендоскопічно діагностовано кровоточиву виразку. Який стан найбільш ймовірно розвинеться у хворого.

- A. Постгеморагічна анемія
- B. Серцева недостатність
- C. Перитоніт
- D. Гостра ниркова недостатність
- E. Сепсис

5. Хворий Н., 65 років доставлений у хірургічне відділення зі скаргами на постійний тупий біль у правому підребер'ї з іррадіацією у праве плече та праву лопатку, підвищення температури тіла до $37,8^{\circ}\text{C}$. Була блювота, яка не принесла полегшення. Об'єктивно: пульс 90 ударів за хвилину, живіт при пальпації помірно здутий, напружений і болісний в епігастрії і правому підребер'ї. Позитивний симптом Ортнера. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Сформулюйте попередній діагноз.

- A. Гострий холецистит
- B. Гострий панкреатит
- C. Гострий апендицит
- D. Гостра кишкова непрохідність
- E. Загострення виразкової хвороби

6. В хірургічне відділення надійшов хворий 35 років, який тривалий час страждає виразковою хворобою 12-палої кишки, зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення при спробі встати з ліжка, помірну спрагу, випорожнення типу мелени. Хворіє другу добу. Об'єктивно: шкірні покриви та слизові оболонки бліді, сухі. АТ 110/70 мм рт.ст. Живіт м'який, передня черевна стінка бере участь у диханні. ФГДС: на передньої стінці луковиці 12-палої кишки виразка розміром до 1 см, дно її покрито фібрином. Аналіз крові: Ер $2,6 \times 10^{12}/л$, Нб 100 г/л, Нт 0,29. Який ступень крововтрати у хворого?

- A. Крововтрата II ступеню
- B. Крововтрата I ступеню
- C. Крововтрата III ступеню
- D. Крововтрата IV ступеню
- E. Крововтрата відсутня

7. У чоловіка 40 років з виразковою хворобою в анамнезі після прийому їжі з'явився біль в епігастральній ділянці живота, а через 4 години з'явилась загальна слабкість, блювота типу "кавової гущі". Як повинен діяти лікар невідкладної допомоги, який був викликаний до хворого?

- A. негайно транспортувати хворого в хірургічний стаціонар
- B. Призначити знеболюючі та протиблювотні засоби
- C. Рекомендувати звернутись до дільничного терапевта наступного дня в плановому порядку
- D. Призначити активоване вугілля
- E. Призначити серцеві препарати та спазмолітики

8. Хворий, 20 років, поступив в хірургічне відділення зі скаргами на кровотечу з різаної рани на правому передпліччі, що триває протягом 1,5 доби. Турбують загальна слабкість, запаморочення, холодний піт, мерехтіння "мушок" перед очима. Шкіра та видимі слизові оболонки бліді. Пульс 110 за 1 хв., АТ–100/70 мм рт. ст. Лабораторно: Нб–100 г/л, еритро.- $2,5 \times 10^{12}/л$. Чим обумовлений загальний стан хворого ?

- A. Післягеморагічною анемією

- В. Апластичною анемією
- С. Інфікуванням рани
- Д. Наявністю супутньої хвороби
- Е. Явищами гострого тромбофлебиту

9. Хвора 44 роки поступила через 10 годин від початку захворювання з скаргами на сильні оперізуючі болі в верхній половині живота, нудоту, багаторазову блювоту, здуття живота. Із слів хворої, напередодні приймала гостру їжу. Стан важкий. Шкіра та слизові бліді, сухі. Обличчя гіперемоване. Пульс 100 уд/хв, ритм правильний. АТ 100/60 мм.рт.ст. Язик дещо сухий, обкладений. Живіт помірно здутий, м'який, болючий в епігастальній ділянці. Симптоми подразнення очеревини не чітко визначені. Перистальтика кишечника млява. Жовчний міхур не пальпується. При ректальному обстеженні ампула прямої кишки не розширена, порожня. На оглядовій рентгенографії черевної порожнини виявлено газ в ободовій кишці. Назвіть попередній діагноз:

- А. Гострий панкреатит
- В. Гостра кишкова непрохідність
- С. Тромбоз мезентеріальних судин
- Д. Гострий холецистит
- Е. Перитоніт

10. Хворого Ж., 33 років, госпіталізовано із зупиненою повторною виразковою кровотечею. Хворий виснажений, блідий. Нв – 77 г/л, Нt – 0,25. У зв'язку з наявністю анемії двічі була спроба переливання однокрупної А(II) Rh(+) крові. Обидва рази переливання було зупинено у зв'язку з розвитком анафілактичної реакції. Переливання якого трансфузійного середовища необхідно в даному випадку?

- А. Відмитих еритроцитів
- Д. Свіжоцитратної крові
- С. Еритроцитарної маси (нативної)
- Д. Еритроцитарної суспензії
- Е. Еритроцитарної маси, збідненої на лейкоцити і тромбоцити

Задача 1.

Хвора 53 р., протягом 6 років відзначає болі в правому підребр'ї після жирної їжі. Останній тиждень напади щоденно (раніше були 1-2 рази на місяць). На 2-й день в стаціонарі з'явилися жовтушність склер і шкіри, замазкоподібний кал, темна сеча. Аналіз крові: лейкоцити – $13,1 \cdot 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 28мм/год.

Ваш діагноз?

Які необхідні обстеження?

Призначте лікування хворій.

Задача 2.

Хворий В., 20 років, скаржиться на біль в епігастрії, який виникає через 3-4 години після їжі, іноді вночі і вранці, зменшується і зникає після їжі. Тривалий час хворіє на хронічний гастродуоденіт, харчується нерегулярно. При об'єктивному обстеженні виявлена резистентність м'язів і болючість в пілородуоденальній зоні, точках Опенховського-Боаса. Позитивний симптом Менделя. Печінка не збільшена. Селезінка не пальпується. При пальпації по ходу товстого кишечника болючості немає. Нв – 120 г/л; лейкоцити – 7×10^9 /л; ШОЕ 10 мм/год. ФГДС: слизова шлунка гіперемована, складки збережені, багато слизу; на передній стінці цибулини 12-палої кишки є дефект 10 мм діаметрі, дно вкрите фібрином. Деннол тест позитивний.

1. Ваш діагноз?
2. Які ускладнення можуть виникнути при даній патології?
3. Призначте лікування хворому.

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Етіологію, патогенез виникнення абдомінального болю.
2. Класифікацію абдомінального болю.
3. Клініку захворювань, які супроводжуються болем у животі, в залежності від основної причини болю.
4. Фізикальне діагностику абдомінального больового синдрому (АБС).
5. Лабораторну, інструментальну і морфологічну діагностику захворювань, що супроводжуються АБС. Лікування та профілактику АБС, залежно від нозологій.
6. Етіопатогенез ШКК. Кровотечі з верхніх відділів ШКТ, клініка та діагностика.
7. Кровотечі з нижніх відділів ШКТ, клініка та діагностика.
8. Диференціальна діагностика ШКТ.
9. Лікування ШКК.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. УЗД ОЧП з захворюваннями даної тематики
4. КТ ОЧП з патологією даної тематики
5. Результати біохімічних досліджень кров, сечі, калу за даної тематики.

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2018. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.
5. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті В у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.06.2019 № 613
6. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті С у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18.07.2019 № 729.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2019. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Гострі респіраторні захворювання. Клінічна картина та діагностика основних форм і ускладнень. Лікування. Профілактика ГРВІ»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на гострі респіраторні захворювання.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. Якими є особливості мікроорганізмів, що викликають атипові пневмонії?

- А. Продуктування екзотоксину
- В. Здатність безперешкодно проникати через неушкоджені бар'єри організму при інфікуванні слизових оболонок
- С. Спроможність викликати патологічні зміни переважно у інтерстиціальній тканині легенів
- Д. Здатність до реплікації у клітинах макроорганізму
- Е. Блокування природних механізмів протиінфекційного імунітету.

2. Діагностичними критеріями атипової пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae* є наступні:

- А. Чітко проявлені фізікальні зміни при обстеженні легенів
- В. Поступовий початок хвороби, зазвичай неяскраві прояви симптомів інтоксикації
- С. Наявність нереспіраторних проявів
- Д. Інтенсивний кашель з виділенням невеликої кількості слизистого харкотиння, який довго спостерігається
- Е. Мала інтенсивність фізікальних проявів

3. До якої групи у відповідності зі стандартом (протокол №128, затверджений МОЗ) відносяться хворі пневмонією, у тому числі атиповою, які потребують госпіталізації у стаціонар за медичними показаннями, але не у палату інтенсивної терапії?

- A. I
- B. III
- C. I та II
- D. II
- E. IV

4. Якими є клінічні прояви тяжкого перебігу атипової пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*?

- A. Ексудативний плеврит
- B. Інфекційно-токсичний шок
- C. Синдром ДВЗ
- D. Втрата свідомості
- E. Гемосидероз легенів

5. Як довго спостерігається кашель у хворих на атипову пневмонію, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*?

- A. Один тиждень
- B. Не менш ніж 10-15 днів.
- C. Протягом року
- D. З першого до останнього дня підвищення температури
- E. Перші 3 дні від початку захворювання

6. Які зміни у клінічному аналізі крові є найбільш характерними для пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*?

- A. Лімфоцитоз
- B. Різке підвищення ШОЕ до 60 -80 мм/год
- C. Лейкоцитоз до $10-15 \times 10^9/\text{л}$
- D. Лімфопенія
- E. Поява атипових мононуклеарів(15-20%)

7. Які респіраторні клінічні прояви є характерними при атиповій пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*?

- A. Кашель з виділенням великої кількості гнійного харкотиння
- B. Фарингіт, трахеїт, бронхіт
- C. Плевральний випіт
- D. Утворення абсцесу легень
- E. Клінічні прояви бронхіоліту

8. Назвіть групи ризику при атиповій пневмонії, що викликається *Legionella pneumophyllia*

- A. Особи, що працюють в приміщеннях з кондиціонерами
- B. Особи, пов'язані по роду роботи з водним середовищем, каналізацією
- C. Пацієнти з супутньою хронічною бронхопульмональною патологією, курці, хворі на сухарний діабет
- D. Пацієнти з імунодефіцитними станами
- E. Усі зазначені

9. Розвиток яких рентгенологічних змін у легенях спостерігається як наслідок тяжкого перебігу пневмонії, що викликається *Mycoplasma pneumoniae*?

- A. Синдром Леффлера
- B. Хронічний інтерстиціальний легеневий фіброз
- C. Первинний бронхолегеневий амфілоїдоз
- D. Грануломатоз Вегенера
- E. Каверни

10. У якому випадку потрібно госпіталізувати хворого на атипову пневмонію?

- А. Число дихальних рухів >30 за 1 хв.,
- В. Артеріальний систолічний тиск < 90 мм рт.ст., або діастолічний < 60 мм рт.ст.,
- С. Азот сечовини < 7 ммоль/л
- Д. Тахікардія - 90 уд. за 1 хв.
- Е.Порушення свідомості

Ситуаційні задачі:

Задача 1

Хворий, 42 років, скаржиться на озноб, підвищення температури до 40°C, частий кашель зі слизово-гнійним харкотинням, біль у грудній клітці праворуч при кашлі, задишку, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що захворювання почалось гостро 3 дні тому, 10 серпня, коли виникла різка загальна слабкість, озноб, біль у суглобах. Протягом останніх років хворий страждає на алкоголізм. За 7 днів до початку хвороби купався у водоймищі. Шкіра бліда, акроціаноз. Перкуторно праворуч у нижніх відділах легенів укорочення звуку нижче 7 ребра, дихання не вислуховується. Тони серця приглушені, пульс – 120/хв., АТ- 90/60 мм рт.ст. При пальпації живота виявлене збільшення печінки. Госпіталізований у стаціонар. Результати лабораторних досліджень – гіпоальбумінемія – 20 г/л, гіпербілірубінемія, АЛАТ 2,2 ммоль/г.л., гематурія, протеїнурія, Л-15 x 10⁹ /л, п/я зсув, лімфопенія-8%, ШОЕ - 80 мм/год. Рентгенологічно - односторонні негомogenous вогнищеві інфільтрати праворуч у нижній ділянці. Через 3 години після госпіталізації з'явилося блювання, діарея, криваве харкотиння, галюцинації, хворий втратив свідомість. Незважаючи на комплексне лікування з використанням достатніх доз антибіотиків температура не знизилась, стан хворого не покращився.

1. Сформулюйте попередній діагноз.

2. План обстеження.

3. Лікування.

Задача 2

Хворий 45 років доставлений 26 липня у лікарню на 3 день хвороби зі скаргами на значно виражену задишку, різку загальну слабкість, підвищення температури до 40°C, біль у грудній клітці при кашлі. Повернувся з туристичної поїздки під час якої проживав у великому готелі, де працювали кондиціонери, повертався додому літаком. Захворювання почалось як нежить з дряпанням у зіві. При обстеженні - стан хворого тяжкий, шкіра бліда, акроціаноз. ЧДР – 32/хв. Тони серця значно приглушені, пульс – 60/хв., АТ- 100/60 мм рт.ст. Виникло одноразове блювання та діарея 3 рази на добу. Рентгенологічно – білатеральні інфільтрати значні фокальні та зливні тіні, залучена нижня та середня доля справа, плевральний випіт, з часом спостерігалось прогресування легневих інфільтратів, не дивлячись на антибактеріальну терапію. На 10 день перебування хворого у лікарні з'явилися симптоми міокардиту. При лабораторних дослідженнях - гіпонатріємія - 100 ммоль/л, у клінічному аналізі крові лейкоцитоз, різкий нейтрофільний зсув, ШОЕ - 50 мм/год.

1. Сформулюйте попередній діагноз.

2. План обстеження.

3. Лікування.

Задача 3

Хворий доставлений у відділення стаціонару в кінці серпня у вкрай тяжкому стані, без свідомості, на 3 день хвороби. При огляді у приймальному відділенні – шкіра бліда, на тулубі і кінцівках рясна геморагічна висипка, акроціаноз, задишка - 37 дихальних рухів за 1 хв., підвищення температури до 40°C, діарея. Пульс – 125/хв., АТ 70/40 мм рт.ст. Зі слів супроводжуючих осіб хвороба почалась гостро, спочатку у хворого виник частий сухий кашель та підвищення температури зразу до високих цифр, за 5 днів до цього він плавав у басейні. При перкусії грудної клітки – укорочення звуку з обох сторін нижче кутів лопаток,

аускультативно – незначна кількість вологих дрібнобульбашкових хрипів. При рентгенографічному обстеженні - обширна двостороння пневмонічна інфільтрація. ШОЕ 50 мм/год.,

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. План обстеження.
3. Лікування.

III.. Контрольні питання для слухачів:

- етіологія грипу, рино-вірусної, респіраторно-синцитіальної, аденовірусної інфекцій та атипових пневмоній, фактори патогенності збудників;
- епідеміологія грипу, парагрипу, рино-вірусної, респіраторно-синцитіальної, аденовірусної інфекцій та атипових пневмоній;
- патогенез грипу, ГРВІ, атипових пневмоній, що викликаються *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella pneumophyllia*;
- клінічні прояви парагрипу, грипу, рино-вірусної, респіраторно-синцитіальної та аденовірусної інфекцій, атипових пневмоній; клінічна класифікація; клініко-епідеміологічні особливості атипових пневмоній, що викликаються різними збудниками;
- патогенез, термін виникнення і клінічні прояви ускладнень грипу, парагрипу, рино-вірусної, респіраторно-синцитіальної, аденовірусної інфекцій та атипових пневмоній;
- діагностика грипу, ГРВІ та атипових пневмоній;
- принципи лікування;
- і принципи профілактики;
- покази до призначення антибактеріальних препаратів;
- покази до госпіталізації хворих на грип, ГРВІ та атипові пневмонії.
- тактика ведення хворих у разі виникнення невідкладних станів;
- правила виписки реконвалесцентів із стаціонару;

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми ОГК хворих на грип та ГРВІ.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на грип та ГРВІ.

V. Рекомендована література

Базова:

1. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.

2. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2018. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
3. Кишенькове керівництво Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease, GOLD, перегляд 2019 р. / Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2019. №7(120). С.52-68.
4. . Внутрішня медицина, ч. І. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2018. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2020. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: Основи електрокардіодіагностики, методика проведення, основні електрокардіографічні синдроми при захворюваннях серцево-судинної системи, їх значення.

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: Уміти записувати ЕКГ, розшифровувати та формувати висновки після розшифровки.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	110 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести Крок 3

Які ЕКГ-ознаки гіпертрофії лівого передсердя?

- A. у відведенні V1 збільшення другої фази зубця Р
- B. зубець Р не перевищує 0,10 сек
- C. збільшення амплітуди зубця R у відведеннях V1-V2
- D. збільшення амплітуди зубця R у відведеннях V5-V6
- E. збільшення амплітуди зубця S у відведеннях V1-V2

Визначте ЕКГ-ознаки мітрального стенозу:

- A. ліво грама
- B. право грама
- C. нормограма
- D. P-pulmonale
- E. ознаки гіпертрофії лівого шлуночка

У нормі амплітуди комплексу QRS у будь-якому з грудних відведень не повинні перевищувати:

- A. 10 мм
- B. 15 мм
- C. 20 мм
- D. 25 мм
- E. 30 мм

Провідною ЕКГ-ознакою ішемічної стадії крупновогнищового інфаркту міокарда є:

- A. блокада лівої ніжки пучка Гіса
- B. блокада правої ніжки пучка Гіса
- C. монофазна крива
- D. порушення атріовентрикулярної провідності
- E. блокади

Типовою ознакою гострої стадії трансмурального інфаркта міокарда є:

- A. погана диференціація відрізків
- B. зниження вольтажа
- C. зниження зубця R, формування QS
- D. зміщення сегмента ST
- E. інверсія зубця T

Електрокардіографічною ознакою анеризми серця є :

- A. зниження зубця R
- B. зниження вольтажа
- C. інверсія зубця T
- D. зміщення сегмента ST
- E. незмінна монофазна крива

ЕКГ-ознаки інфаркту бокової стінки:

- A. у відведеннях V1-V3
- B. у відведеннях I, avL, V5-V6
- C. у відведеннях II, III, avF
- D. у відведеннях I, II, avL
- E. у відведеннях I, avL

У нормі зубець T може бути негативним:

- A. у I відведенні
- B. у II відведенні
- C. у III відведенні
- D. у відведеннях III, avL
- E. у відведеннях I, avF

У нормі зубець Q не повинен реєструватися у відведеннях:

- A. V1-V2
- B. V2-V3
- C. V1-V3
- D. V5-V6
- E. V4-V6

III.. Контрольні питання для слухачів

- Яка нормальна подовженість і амплітуда зубця P?
 - Яка нормальна подовженість інтервала PQ?
 - Які в нормі амплітуда та подовженість зубця Q в грудних відведеннях та від кінцівок?
 - Як у нормі змінюється амплітуда зубця R у грудних відведеннях від V1 до V6?
 - Що таке час внутрішнього відхилення?
 - Яка в нормі подовженість комплексу QRS?
 - Як враховується ЧСС при правильному ритмі?
 - Якими електрокардіографічними ознаками характеризується синусовий ритм?
 - Як оцінити функцію провідності по передсердях, AV-вузлу, шлуночках?

- Назвіть величину кута альфа при нормальному положенні електричної вісі, вертикальному, горизонтальному положенні, відхиленні вліво та вправо.
- Що таке патологічний зубець Q?
- Назвіть основні пункти електрокардіографічного заключення.
- Які ЕКГ-ознаки гіпертрофії передсердь?
- Які ЕКГ-ознаки гіпертрофії шлуночків?
- Які електрофізіологічні процеси у серцевому м'язі відображають а) зубець Р; б) інтервал PQ; в) комплекс QRS; г) зубець Т; ?

Ситуаційні задачі:

Ситуаційна задача №1

Хворий М., 59 років, біля 10 років страждає на гіпертонічну хворобу, 6 років тому переніс інфаркт міокарда. Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, серцебиття, часті перебої в роботі серця. Об'єктивно: пульс – 92 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

Результати ХМ ЕКГ: за час дослідження визначено: середньо-добова ЧСС – 88 за 1 хв, середньо-денна – 98 за 1 хв і нічна – 78 за 1 хв. Зареєстровано близько 4580 епізодів шлуночкової екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Зареєстровано до 11 епізодів парної та групової шлуночкової екстрасистолії, 3 епізоди (максимально до 15 с) мономорфної шлуночкової тахікардії.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛПШ (КДР=69 мм, КСР=53 мм), збільшення ІММЛПШ до 184 г/м², ФВ=38%, фіброзне потовщення стінок аорти. Ознаки аневризми передньої стінки лівого шлуночка.

-
1. Встановіть клінічний діагноз?
 2. Призначте план обстеження і лікування даного хворого?
 3. Надайте прогноз екстрасистолії в даного пацієнта?

Ситуаційна задача №2

У хворого А, який 8 років хворіє на гіпертонічну хворобу, вперше в житті виник пароксизм фібриляції передсердь. Тривалість пароксизму 48 годин, пульс – 110, ЧСС – 160 за 1 хв, АТ – 160/110 мм рт.ст. На тлі виникнення аритмії відмічається значне збільшення задишки, виникнення набряків гомілок.

-
1. Сформулюйте клінічний діагноз?
 2. Призначте план обстеження хворого?
 3. Визначте тактику лікування хворого?

Ситуаційна задача №3

Чоловік 43 років звернувся до відділення невідкладної допомоги зі скаргами на нудоту, дискомфорт у животі, діарею та прогресуюче оніміння навколо рота протягом останніх 24 годин. 3 дні тому він пройшов тотальну тиреоїдектомію з приводу лікування папілярного раку щитовидної залози. Єдиним його медикаментом є комплекс полівітамінів. Хворий втомлений. Під час вимірювання артеріального тиску пацієнта медична сестра помітила спазм у руці пацієнта. При фізикальному обстеженні відмічається добре загоєння хірургічної

рани на шії. Який із наведених вище результатів ЕКГ є найбільш ймовірним у цього пацієнта?

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонometr (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторування АТ
5. Результати добового моніторування АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
3. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
4. Денесюк В.І., Мороз В.М., Денесюк О.В. Аритмії та блокади серця: 30-річний науково-практичний досвід вивчення порушень ритму серця з урахуванням рекомендацій доказової медицини; Практичне керівництво / Київ: Центр ДЗК, 2018 – 560 с.

Додаткова:

1. Впровадження діагностичних, прогностичних та лікувальних шкал з внутрішньої медицини у навчальний процес підготовки студентів та лікарів післядипломної освіти. Навчальний посібник // За редакцією проф. В.І. Денесюка, проф. Р.Г. Процюка. - Київ: Центр ДЗК, 2018 – 168 с.
2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2020 – 152 с.
3. ЕКГ у практиці = The ECG inPractice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. ХемптонДжон Р. Хемптон; за участю Девіда Едлема; наукові редактори перекладу Нестор М. Середюк, Олексій З. Скаун. - «Медицина». – 2018. – 560 с.
4. Превентивна кардіологія : імплементація міжнародних рекомендацій в Україні.- К.: МОРІОН, 2019. – 104 с.

Тема: «Захворювання шлунку Функціональна шлункова диспепсія, гастрити, дуоденіти, виразкова хвороба, Особливості скринінгової діагностики»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти обрати та ефективно застосовувати медикаментозні засоби для лікування хворих з функціональною кишковою диспепсією, синдромом подразненого кишковика.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Задача № 1

Ситуаційна задача.

Хвора А., 35 років, скаржиться на болі в животі нападоподібного характеру перед дефекацією, що полегшуються після спорожнення кишечника, здуття живота після прийому будь-якої їжі, дратівливість, часто поганий настрій, стілець до 3-4 разів на день, кашкоподібний, коричневого кольору, з невеликою кількістю слизу; вага стабільна.

Вважає себе хворою близько 3 років, коли вперше після стресу з'явилися слабкість, нездужання, болі в животі без чіткої локалізації, проноси. За медичною допомогою не зверталася, приймала ферменти, лікарські збори трав. Самопочуття поступово нормалізувалось, відчувала себе задовільно. З цього часу періодично після стресу відновлення симптоматики. Неодноразово обстежувалась у гастроентеролога, патологічних змін виявлено не було. Вчора після стресу відновлення симптоматики. У нічний час почувається задовільно, скарг немає.

Перенесені захворювання: ГРВІ. Професійний анамнез: інженер. Харчується нерегулярно, дієти не дотримується. Шкідливі звички заперечує. Спадковість: мати - артеріальна гіпертензія, батько - здоровий. Алергологічний анамнез не обтяжений.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, свідомість ясна, положення активне. Шкірні покриви і видимі слизові блідо-рожевого кольору, нормальної вологості, чисті, Тургор і еластичність в нормі. Підшкірно жирова клітковина розвинена помірно, розподілена рівномірно. ІМТ 21 кг/м². Набряків немає. Периферійні лімфовузли не збільшені. Тонус і сила м'язів в нормі, однакові з обох сторін. Опорно-руховий апарат - без патології. ЧД 16 на хвилину. Перкуторно над легеньми визначається ясний легеневий звук однакової гучності. Дихання везикулярне, хрипів немає. Пульс на променевих артеріях однаковий з обох сторін, ритмічний, 68 в хв., задовільних якостей. АТ 120/70 мм рт.ст. Область серця зовні не змінена. Межі відносної серцевої тупості в межах норми. Тони серця ясні, ритмічні, співвідношення тонів збережено, на верхівці ніжний систолічний шум, ЧСС 68 за хв. Язик вологий, чистий, сосочковий шар згладжений. Живіт правильної форми, рівномірно бере участь в диханні. При поверхневій пальпації м'який, безболісний у всіх відділах, перитонеальні симптоми, симптом флюктуації негативні. Пальпируются всі відділи товстого кишечника з гладкою поверхнею, еластичної консистенції, болючі, гурчать. Тонкий кишечник пальпаторно не визначається область пальпації безболісна. Методом аускультативної аффрикції нижня межа шлунку на 2 см вище пупка. Печінка не пальпується, область пальпації безболісна, розміри за Курловим 9-8-7см, міхурові симптоми негативні. Селезінка не пальпується, область пальпації безболісна. Підшлункова залоза пальпаторно не визначається, область пальпації безболісна. Поперекова ділянка зовні не змінена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін, нирки не пальпуються, ділянка пальпації безболісна.

Дані додаткових методів дослідження: 1. ЗАК: еритроцити - 4,31012 / л, Нb - 135 г / л, КП - 0,9, ШЗЕ - 10 мм / год, тромбоцити - 320 x 109 / л, лейкоцити - 4,3 x 109/л: е- 3 %, п- 4%, с - 51%, л - 32%, м - 10%. 2. Біохімічне дослідження крові: глюкоза - 4,3 ммоль/л, фібриноген - 2,4 г/л, протромбіновий індекс - 90%, АСТ - 0,38 ммоль/л, АЛТ - 0,36 ммоль/л, холестерин - 3,5 ммоль/л, білірубін загальний - 19,0 мкмоль/л, прямий - 4,0 мкмоль/л, непрямий - 15,0 мкмоль/л, амілаза - 5,7 г/лч, креатинін - 0,07 ммоль/л, загальний білок - 75 г/л, альбуміни - 54%, глобуліни - 46%: α₁ 5%, α₂ - 10%, β - 15%, γ - 16%. 3. Копрограма: коричневий, м'якої консистенції, запах - специфічний, м'язові волокна - ++, нейтральний жир - +, жирні кислоти і мила - +, крохмаль - +, перетравлена клітковина - ++, сполучна тканина - ++, слизу немає, стеркобілін - +, білірубін - немає. 4. ЕКГ: ритм синусовий, частотою 72 на хв., електрична вісь розташована горизонтально. Дифузно - дистрофічні зміни міокарда лівого шлуночка. 5. ФГДС: стравохід і кардіальний відділ шлунка не змінені. Кардіальний жом змикається щільно. Шлунок звичайної форми і розмірів. Слизова рожева, складки без змін. Стравохід прохідний. Цибулина 12 -палої кишки без особливостей, слизова рожевого кольору, в просвіті невелика кількість жовчі. УЗД: печінка нормальних розмірів, структура однорідна, підвищеної ехогенності, внутрішньопечінкові жовчні протоки і вени не розширені, загальний жовчний протік 7мм. Жовчний міхур нормальної форми і розмірів, стінка 2 мм. Підшлункова залоза нормальних розмірів, підвищеної ехогенності, неоднорідна, протока 1мм. Селезінка нормальних розмірів, однорідна, ехогенність в нормі. Конкременти і об'ємні утворення не візуалізуються. ФКС: патологічних змін не виявлено. 8. Іригоскопія: патологічних змін не виявлено.

1. Виділіть синдроми, виділіть провідний синдром.
2. Обґрунтуйте попередній діагноз.
3. Поясніть механізм розвитку болю.
4. Поясніть механізм розвитку диспепсичних явищ.
5. Опишіть дані, які будуть отримані при пальпації шлунка.
6. Оцініть дані загального аналізу крові.
7. Оцініть дані біохімічного аналізу крові.
8. Обґрунтуйте уточнений діагноз

Тести КРОК 3

1. Глибока пальпація кишківника проводиться в положенні:
А. На лівому боці;

- В. На правому боці;
- С. Лежачи на спині;
- Д. Стоячи;
- Е. Лежачи на спині підігнувши ноги в колінах .

2. Права рука лікаря при глибокій пальпації повинна:

- А. *Утворювати шкірну складку;
- В. Не утворювати шкірну складку;
- С. Пальпувати плазом;
- Д. Пальпувати лівою рукою;
- Е. Пальпувати 3-4 пальцями правої руки.

3. Як вірно називається глибока пальпація?

- А. Топографічна;
- В. Методична;
- С. Ковзаюча;
- Д. За В.П. Образцовим, М.Д. Стражеско;
- Е. Все вище згадане.

4. У чому полягають правила глибокої пальпації?

- А. Правило руки лікаря;
- В. Утворення шкірної складки;
- С. Заглиблення;
- Д. Ковзання;
- Е. Все вище згадане.

5. Як необхідно розташовувати руку при глибокій пальпації кишківника?

- А. Паралельно органу;
- В. Зверху;
- С. Перпендикулярно до продольної вісі органу;
- Д. З правого боку;
- Е. З лівого боку.

6. Як необхідно розташовувати руку при глибокій пальпації органів черевної порожнини?

- А. Паралельно до органа;
- В. Зверху;
- С. Не залежно від його краю;
- Д. Перпендикулярно до нижнього края пальпуючого органа;
- Е. Як краще лікарю.

7. Як проводиться глибока пальпація?

- А. На вдосі;
- В. На видосі;
- С. Не залежно від акту дихання;
- Д. При затримці дихання;
- Е. Як хоче пацієнт.

9. В якій послідовності пальпуються органи черевної порожнини?

- А. Сигмовидна кишка;
- В. Сліпа;
- С. Нисхідна;
- Д. Визначення нижньої межі шлунка;

Е. Послідовність вище вказаних органів.

10. Які властивості сигмовидної кишки в нормі?

- А. Гладкий циліндр;
- В. Розмірами 2-3 см;
- С. Рухливий на 5-6 см;
- Д. Не бурчить;
- Е. Всі вище згадані властивості

III. Контрольні питання для слухачів:

- 1. Які фактори сприяють виникненню синдрому подразненого кишковика?
- 2. Класифікація функціональних кишкових розладів.
- 3. Діагностичні критерії синдрому подразненого кишечника з діареєю.
- 4. Діагностичні критерії синдрому подразненого кишечника з закрепами.
- 5. Діагностичні критерії синдрому подразненого кишечника з больовим абдомінальним синдромом та метеоризмом.
- 6. Диференційна діагностика синдрому подразненого кишковика.
- 5. Лікування синдрому подразненого кишковика залежно від форми.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

- 1. Мультимедійний проектор.
- 2. ЕКГ-апарат.
- 3. УЗД-апарат.
- 4. Комп'ютер.
- 5. Загальний аналіз крові.
- 6. Загальний аналіз сечі.
- 7. Результати біохімічних аналізів крові
- 8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
- 9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

- 1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. - 488 с.
- 2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
- 3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2021. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
- 4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

- 1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2020 – 152 с.
- 2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «**Захворювання біліарної зони.** Хронічний некаменевий холецистит, жовчнокам'яна хвороби. особливості діагностики та лікування Синдром холестазу. Диференційний діагноз жовтяниць.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: засвоїти сучасну класифікацію хронічного некалькульозного холециститу (ХНХ) та жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ); засвоїти клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на ХНХ та ЖКХ; засвоїти тактику диспансерного спостереження; засвоїти методику призначення санаторно-курортного лікування.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі

Задача №1

Хвора Д., 34 років звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на напади болю у правому підребер'ї, які супроводжуються нудотою. Напади з'являються 2 – 3 рази на рік після вживання смаженої їжі. Болі проходять після прийому «но-шпи». При об'єктивному обстеженні шкіра та слизові оболонки без патологічних змін. Симптоми Мерфі, Ортнера, Кера позитивні.

1. Оцініть ситуацію
2. Складіть план обстеження
3. Визначте лікувальну тактику

Задача № 2

Хвора А., 42 років поступила в стаціонар зі скаргами на постійні ниючі болі в

правому підребер'ї, які підсилюються після вживання жирної їжі та алкоголю. Болі іррадіюють в праве плече та шию, підсилюються в положенні на правому боці та нахилах тулуба. Скаржиться на нудоту, гіркоту в роті, закрепи, підвищення температури тіла до 38°C. Обстеження виявило позитивні симптоми Мерфі, Кера, Ортнера. Лабораторні показники: лейкоцити – $12,2 \times 10^9/\text{л}$, білірубін – 34,2 мкмоль/л, холестерин – 8,2 ммоль/л, АлАТ – 1,6 мкмоль/мл×год., АсАТ – 0,96 мкмоль/мл×год., ЛФ – 1,8 ммоль/л. IV етап дуоденального зондування – 110 мл за 60 хв. УЗД ЖМ: товщина стінки 5 мм, подвійна тінь стінки ЖМ, позитивний сонографічний синдром Мерфі.

1. Оцініть ситуацію
2. Складіть план дообстеження
3. Визначте лікувальну тактику

Задача № 3

Хвора К., 63 роки скаржиться на інтенсивний біль в правому підребер'ї, який з'явився раптово 12 годин назад після вживання смаженої та жирної їжі. Об'єктивно склери та слизові оболонки жовтушні. Позитивні симптоми Мерфі, Кера, Ортнера. Лабораторне дослідження: лейкоцити – $12,4 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 20 мм/год., загальний білірубін – 51,3 мкмоль/л (прямий – 20,5; непрямий – 30,8). УЗД ЖМ: товщина стінки 4 мм, конкремент 12 мм в шийці ЖМ, 3 конкременти до 10 мм вільно розташовані в просвіті ЖМ.

1. Оцініть ситуацію
2. Складіть план дообстеження
3. Визначте лікувальну тактику

Тести КРОК 3

1. Які симптоми безпосередньо пов'язані з патологією ЖМ?

- А. Сегментарні рефлекси міліарної системи
- В. Ірритативні больові симптоми
- С. Рефлекторні больові симптоми
- Д. Вазовагальні рефлекси

1. Де розташована точка Маккензі?

- А. Середина правої лопатки
- В. Перетин зовнішнього краю правого прямого м'яз живота з правою реберною дугою
- С. Між ніжками правого кивального м'язу
- Е. На рівні 8 – 20 хребців паравертебрально справа

2. Яка норма загального білірубіну (мкмоль/л)?

- А. 1,05 – 5,5

- B. 6,5 – 15,5
- C. 8,5 – 20,5
- D. 20,5 – 25,5

3. Який в нормі СРБ у жовчі міхура (четвертій порції)?

- A. Відсутній
- B. +
- C. ++
- D. +++ та більше

4. Які протипокази до застосування пероральної ліолітичної терапії?

- A. Холестеринові камені до 15 мм
- B. Біліарні кольки 2 – 3 рази на рік
- C. Ознаки гострого холециститу
- D. Комплаєнс хворого

5. Який дієтичний стіл необхідно призначити пацієнту на ЖКХ?

- A. 1 – 1а
- B. 4 – 4а
- C. 5 – 5а
- C. 7 – 7а

6. Який із перерахованих препаратів є більш доцільним для усунення больового синдрому при ЖКХ?

- A. Сульфат магнію
- B. Дротаверин
- C. Аллохол
- D. Хлорфіліпт

7. Який із перерахованих препаратів слід використовувати при гіперкінетичній формі ЖМ?

- A. Сорбіт
- B. Налідонова кислота

С. Хлорфіліпт

Д. Дуспаталін

8. Який із перерахованих препаратів є більш доцільним для усунення нудоти та гикавки?

А. Мебеверин

В. Дротаверин

С. Дуспаталін

Д. Домперидон

9. Який із перерахованих препаратів є більш доцільним для підсилення жовчносинтезуючої функції гепатоцитів?

А. Мотіліум

В. Дуспаталін

С. Хофітол

Д. Холівер

III. Контрольні питання для слухачів:

- ХНХ, основні причини розвитку, сучасна класифікація.
- ЖКХ, основні причини розвитку, сучасна класифікація.
- Сучасні стандарти та протоколи надання медичної допомоги на ХНХ та ЖКХ.
- Клінічна фармакологія лікування хворих на ХНХ та ЖКХ в період загострення та під час ремісії.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Полум, 2019. - 488 с.

2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2021. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Інтерстиційні захворювання легень. (ідіопатичний легеневий фіброз).
Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики. Легенева гіпертензія»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: Вивчити клінічні прояви, диференційну діагностику та лікування захворювань, що проявляються інтерстиційними (дисемінованими) змінами в легенях

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Задача №3. Чоловік 64 років, скаржиться на задишку, котра підсилюється при мінімальному фізичному навантаженні, кашель з виділенням невеликої кількості (до 10 мл/добу) слизово-гнійного харкотиння. 2 тижні тому після переохолодження симптоми посилились. Палить, стаж паління 30 п/років. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧД - 24/хв., пульс - 90/хв., АТ - 125/80 мм рт. ст. "Теплий" ціаноз. Над легеньми -ослаблене везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. Тони серця послаблені на верхівці, акцент 2-го тону над легеневою артерією. Печінка не збільшена. Ваш попередній діагноз? Які необхідно провести допоміжні методи дослідження для уточнення діагнозу? План лікування.

Тести „Крок-3”

1. Хворий 55 років, після апендектомії протягом 2-х днів скаржиться на прогресуючу задишку і кашель з гнійним харкотинням. Такі симптоми відмічаються в осінній та весняний період. Палить 25 років. Температура - 37,1°С. В легенях - дихання ослаблене з поодинокими сухими свистячими хрипами. У крові: Л - 10х10⁹/л. Рентгенологічне: підвищена повітряність легень, посилений легеневий рисунок.

Бронхоскопія: гіперемія слизової оболонки з наявністю виділень гнійно-слизового характеру. Який попередній діагноз?

- A. Бронхіальна астма
- B. *Хронічний бронхіт
- C. Бронхоектатична хвороба
- D. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
- E. Пневмонія

2. Чоловік 39 років, шофер-"дальнобійник", скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, кашель з невеликою кількістю слизуватого харкотиння здебільшого вранці. Тривалий час хворіє на ХОЗЛ, гайморит. Палить, алкоголь, вживає епізодично. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧД - 24/хв., пульс - 90/хв., АТ - 120/ 80 мм рт. ст. При аускультатії дихання жорстке, помірна кількість сухих свистячих хрипів. ОФВ1 - 68 % від належного значення. Які профілактичні заходи доцільно провести в першу чергу, щоб попередити захворювання?

- A. Раціональне працевлаштування
- B. Відмова від вживання алкоголю
- C. Санація вогнищ хронічної інфекції
- D. *Відмова від паління
- E. Переїзд в іншу кліматичну зону

3. Чоловік 60 років, скаржиться на задишку з утрудненим видихом, що посилюється при фізичному навантаженні, кашель з невеликою кількістю слизово-гнійного харкотиння здебільшого зранку. Хворіє на ХОЗЛ. Об'єктивно: температура - 36,0 °С, ЧД- 22/хв., пульс - 84/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Шкіра волога, дифузний ціаноз. При аускультатії дихання жорстке, розсіяні свистячі хрипи. ОФВ - 62 % від належного значення; фармакологічна проба з атровентом - приріст 5 %. Який механізм розвитку бронхіальної обструкції найбільш імовірний у хворого?

- A. Гіперкринія
- B. Запальний набряк
- C. Бронхоспазм
- D. *Дифузно-склеротичні зміни
- E. Мукостаз

4. Пацієнт 29 років, скаржиться на кашель переважно зранку, з виділенням харкотиння, після кількох "кашлевих поштовхів", задишку при фізичному навантаженні протягом останніх трьох років. Погіршення наступило після переохолодження. В анамнезі - пневмонія. Об'єктивно: дихання жорстке, з подовженим видихом, на його фоні - розсіяні тріскучі хрипи. На рентгенограмі ОГК змін немає. Об'єм форсованого видиху за першу секунду [ОФВ1] складає 70 %. Який клінічний діагноз можна поставити хворому?

- A. Бронхоектатична хвороба
- B. ХОЗЛ
- C. Гострий бронхіт, рецидивний перебіг
- D. Бронхіальна астма, середньої важкості, персистуюча

Е. *Хронічний бронхіт

5. Жінка 40 років, надійшла до клініки зі скаргами на напад задишки, який триває кілька годин і не проходить під впливом раніш ефективного астмапенту.

З'явилося серцебиття та неспокій. 8 років хворіє хронічним бронхітом.

Об'єктивно: стан тяжкий, хвора сидить, спираючись руками об край столу, блідий ціаноз, на відстані чутно свистяче дихання. В легенях на фоні ослабленого дихання вислуховуються в невеликій кількості розсіяні сухі хрипи. Пульс - 108/хв. АТ -140/80 мм рт. ст. Застосування яких препаратів у першу чергу є обов'язковим у даному випадку?

А. Стабілізаторів мембран опасистих

В. Адреноміметиків

С. Антигістамінних

Д. Холінолітиків

Е. * Глюкокортикоїдів

6. Хворий 41 року, скаржиться на постійний кашель з виділенням невеликої кількості слизистого харкотиння. Ранковий кашель турбує впродовж 5 років, 2-3 рази на рік після переохолодження підсилюється. Палить, вживає алкоголь.

Об'єктивно: голосове тремтіння ослаблене. Перкуторно-коробковий відтінок легеневого звуку над легеньми. Поодинокі сухі хрипи. Рентгенообстеження - збільшення коренів легень, підсилення легеневого малюнка. Який із перерахованих нижче діагнозів є найімовірнішим?

А. Прикоренева пневмонія

В. Бронхоектатична хвороба

С. Емфізема легень

Д. ХОЗЛ

Е. *Хронічний необструктивний бронхіт

7. У хворого 53 років правосторонній гідроторакс. При пальпації з правої сторони лікар виявив відсутність голосового тремтіння нижче кута лопатки. Де найбільш імовірно при перкусії буде тупий перкуторний звук?

А. Над лінією Дамуазо

В. Над трикутником Гарланда

С. *Під лінією Дамуазо

Д. Над трикутником Раухфуса - Гроко

Е. Над простором Траубе

8. Хворий 22 років, через 3 дні після ГРВІ скаржиться на дряпання за грудиною, кашель зі слизовим харкотинням. Стан задовільний. Перкуторно-легеневий звук, над легеньми жорстке дихання. Рентгенограма легень не змінена. Який діагноз у хворого?

А. Гострий трахеїт.

В. Грип

С. Гострий ларингіт

Д. *Гострий бронхіт

Е. Бронхіальна астма

9. Чоловік 60 років скаржиться на задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні. Палить біля 30 років. Об'єктивно: температура -36,5 °С, ЧД -22/хв., пульс - 88/хв., АТ - 130/85 мм рт. ст. Грудна клітка бочкоподібної форми, легеневий звук з коробковим відтінком над усією поверхнею легеневих полів, ослаблене везикулярне дихання. Яке захворювання в анамнезі, найбільш імовірно, призвело до патологічних змін?

- А. *ХОЗЛ
- В. Бронхоектатична хвороба
- С. Туберкульоз легенів
- Д. Пневмонія
- Е. Пухлина бронху

10. Чоловік 64 років, скаржиться на задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧД - 24/хв., пульс - 90/хв., АТ -125/80 мм рт. ст. "Теплий" ціаноз, набухання шийних вен під час вдиху та видиху. Набряки на нижніх кінцівках. Над легенями -ослаблене везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. Тони серця послаблені, на верхівці та в V точці – систолічний шум. Печінка +5 см. Асцит. Яка патологія найбільш імовірно могла призвести до розвитку захворювання?

- А. Бронхіальна астма
- В. *Хронічний бронхіт
- С. Ревматична аортальна недостатність
- Д. Рецидивуюча тромбоемболія легеневої артерії
- Е. Полікістоз легенів

III.. Контрольні питання для слухачів:

- 1.Клінічні прояви та принципи діагностики дисемінованих процесів в легенях
- 2.класифікація дисемінованих процесів в легенях
3. Клінічні прояви та діагностика ідіопатичного фіброзуючого альвеоліту
4. Клінічні прояви та діагностика (екзогенного алергічного альвеоліту)
5. Клінічні прояви та діагностика токсичного фіброзуючого альвеоліту
6. Диференціальна діагностика фіброзуючих альвеолітів
7. Лікування ,прогноз , профілактика фіброзуючого альвеоліту

IV.Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми ОГК хворих
9. Набори лікарських препаратів

V Рекомендована література

Базова:

1. Очерки клинической пульмонологии. / под. ред. В.К.Гаврисюка. Київ, 2019-336с.
2. Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2020. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
4. Ідіопатичний легеневий фіброз: клініка, діагностика, лікування. / методичний посібник/ Ю.І.Фещенко, І.К.Гаврисюка, А.І.Ячника та інших. Київ, 2016-50с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2018 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: «Інфекційний ендокардит. Діагностичні критерії та методи лікування»

Загальна тривалість заняття 5 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на інфекційний ендокардит.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	35 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача 1. У хворого А., 43 років, після екстірпації зуба підвищилась температура тіла до 40⁰ С, з'явилась лихоманка, яка супроводжується значним потовиділенням. Об-но: шкіра бліда, геморагії на кон'юктиві, пульс лабільний, слабкого наповнення 100 уд./хв, АТ – 110/70 мм рт.ст. Поперечник серця 15 см, мінливий діастолічний шум над аортою. В крові: лейкоцитоз, ШЗЕ – 28 мм/год, позитивна формолова проба.

1. Який діагноз найбільш ймовірний?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження діагнозу?
3. План лікування.

Задача 2. Хвора 25 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39,5⁰ С, озноби впродовж трьох тижнів, носові кровотечі, задуху при ходьбі, загальну слабкість. В анамнезі – ревматизм. Об-но – шкіра бліда, дрібні петехії, «танок каротид». Над аортою і в т. Боткіна-Ерба – систолічний і протодіастолічний шуми. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, селезінка – на 2 см.

1. Який діагноз найбільш ймовірний?
2. Які великі та малі критерії інфекційного ендокардиту дозволять виставити діагноз «визначеного ендокардиту»?

3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційний діагноз?

Задача 3. Хворому Т., 34 років, який страждає на хронічну ревматичну хворобу серця з протезованим три роки назад мітральним клапаном, рекомендована складна зуболікарська процедура з видаленням зуба.

1. Профілактику якого захворювання необхідно передбачити в першу чергу?
2. Як проводиться профілактика даного захворювання?
3. Які альтернативні схеми профілактики даного ускладнення?

Тести КРОК 3

1. Збільшення захворюваності на інфекційний ендокардит пов'язано із:

- A. збільшенням оперативних втручань на серці
- B. зменшенням оперативних втручань на серці
- C. широким використанням інвазивної інструментальної техніки
- D. зменшенням використання інвазивної інструментальної техніки
- E. ні один із чинників не впливає на збільшення захворюваності.

2. Помірний ступінь ризику розвитку інфекційного ендокартиту мають особи із:

- A. метаболічною кардіоміопатією
- B. гіпертрофічною кардіоміопатією
- C. пролапсом мітрального клапану з регургітацією
- D. штучним клапаном серця
- E. функціональними шумами серця

3. Інфекційний ендокардит правих відділів серця вражає:

- A. мітральний клапан
- B. трікуспідальний клапан
- C. аортальний клапан
- D. клапан легеневої артерії
- E. всі перераховані клапани

4. Загальні симптоми, що виникають у хворих на інфекційний ендокардит:

- A. переміжна лихоманка
- B. постійна лихоманка
- C. субфебрилітет
- D. нічні поти
- E. підвищення потовиділення протягом всієї доби

5. Лабораторні ознаки інфекційного ендокартиту:

- A. Лейкопенія
- B. Лейкоцитоз
- C. зрушення лейкоцитарної формули вліво
- D. збільшення ШОЕ
- E. підвищення цукру крові

6. ЕхоКГ ознаки при інфекційному ендокартиті:

- A. виявляють при вегетації на клапанах розміром до 3 мм
- B. виявляють при вегетації на клапанах розміром до 4 мм
- C. виявляють при вегетації на клапанах розміром до 5 мм
- D. виявляють при вегетації на клапанах розміром 5 мм і більше
- E. вегетація з'являється через 2 тижні після постановки діагнозу

7. Забір крові для посіву проводять:

- A. з різних вен
- B. з однієї вени
- C. не менше 3-х разів
- D. не менше 5 разів
- E. з інтервалами не менше 10-15 хвилин

8. Патоморфологічні критерії інфекційного ендокардиту (Duke,1994):

- A. виявлення мікроорганізмів при бактеріологічному дослідженні вегетацій
- B. виявлення мікроорганізмів при гістологічному дослідженні вегетацій
- C. виявлення мікроорганізмів при гістологічному або бактеріологічному дослідженні вегетацій-емболів
- D. внутрішньосерцевий абсцес з гістологічним підтвердженням
- E. всі перераховані критерії

9. До великих критеріїв діагностики інфекційного ендокардиту (Duke,1994) належать:

- A. температура тіла більше 38° C
- B. осцилююча інтракардіальна маса на клапані
- C. нова клапанна регургітація
- D. нове часткове незімкнення штучних клапанів
- E. внутрішньовенне застосування препаратів

10. Хворий Ф., 46 років, доставлений каретою швидкої допомоги у клінічну лікарню. Пацієнт висуває скарги на виражену задишку, лихоманку, нічні поти, анорексію. Із анамнезу відомо, що рік назад хворий перебував на стаціонарному лікуванні з приводу інфекційного ендокардиту після проведеного протезування аортального клапану. Які ЕхоКГ ознаки можна очікувати у даного хворого?

- A. вегетацію
- B. абсцеси
- C. незімкнення штучних клапанів.
- D. регургітацію
- E. все перераховане

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття інфекційний ендокардит.
2. Основні ризики розвитку інфекційного ендокардиту.
3. Сучасна класифікація інфекційного ендокардиту.
4. Оцінка функціональних методів діагностики інфекційного ендокардиту (ЕхоКГ, ЗАК, результатів бактеріологічного посіву крові).
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу інфекційного ендокардиту.
6. Терапія інфекційного ендокардиту.
7. Прогноз та трудова експертиза при інфекційному ендокардиті.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати бактеріологічного посіву крові.
8. Рентгенограми ОГК хворих на інфекційний ендокардит та іншу патологію.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на інфекційний ендокардит.

V Рекомендована література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ : МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2020. - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)
2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2015 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
4. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564
6. Інфекційний ендокардит. – К., Моріон, 2019. – 32с

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.
2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
3. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Хронічні коронарні синдроми (стабільна ішемічна хвороба серця). Особливості діагностики та перебігу. Клінічна фармакологія засобів, що використовуються при лікуванні хворих на ІХС.»

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: засвоїти сучасну класифікацію, алгоритми діагностики та стандарти лікування ІХС, сучасні стандарти діагностики ішемії міокарда, засвоїти сучасну класифікацію, алгоритми діагностики та стандарти лікування різних форм стенокардій

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	35 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1. Хворий С., 52 роки, скаржиться на відчуття розпирання за грудиною, що з'являється періодично під час швидкої ходьби або при фізичному навантаженні, через що він змушений зупинятися або припиняти роботу. Уперше ці явища виникли 4 міс. тому під час піднімання важкого, потім повторилися кілька разів. Не лікувався. Останній приступ був більш інтенсивним і тривав до 10 хв., у зв'язку із чим хворий звернувся в поліклініку. Стан задовільний. Пульс 86 в 1 хв. Границі серця в межах норми. Тони серця звучні, чисті. АТ 130/80 мм рт. ст., на ЕКГ змін не виявлено.

1. *Ваш попередній діагноз?*
2. *Ваша тактика? Яке необхідне лікування?*
3. *Ваш прогноз відносно працездатності?*

Задача №2. Хворий К., 49 років, скаржиться на біль в області серця й за грудиною з іррадіацією в ліве плече, лопатку, біль приступоподібного характеру, виникає під час швидкої ходьби, супроводжується відчуттям страху, у спокої швидко проходить. Хворий 2 міс. лікувався у невропатолога із приводу міжреберної невралгії анальгіном, гірчичниками. Пройшов курс лікування у фізіотерапевтичному кабінеті. Протягом останнього тижня приступи виникали частіше, переважно в ранкові години, супроводжувалися задишкою.

Багато років зловживає палінням. Страждає на гіпертонічну хворобу. Батько й старший брат хворого перенесли інфаркт міокарда.

При огляді: загальний стан задовільний. Має надлишкову масу тіла. Пульс 88 в 1 хв., ритмічний, трохи напружений. Границі серця розширені вліво на 3 см. Над верхівкою серця II тон ослабленої звучності, над аортою – акцент II тону. АТ 170/100 мм рт. ст. На ЕКГ – лівограма.

1. *Ваш попередній діагноз?*
2. *Які додаткові дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?*
3. *Яке необхідне лікування?*
4. *Ваш прогноз відносно працездатності?*

Задача №3. Хвора К., 45 років, лікар "швидкої допомоги", протягом декількох років періодично 1-2 рази на місяць у нічний час, частіше між 4 і 5 год. ранку, виникають приступи стискаючого болю за грудиною, що тривають від 5 до 15 хв. і купуються нітрогліцерином. У денний час почуває себе здоровою, добре переносить фізичне навантаження. При огляді: стан задовільне. Пульс 78 в 1 хв. Границі серця не змінені. Тони серця звучні, чисті. АТ 130/70 мм рт. ст. Менструальний цикл не змінений. На неодноразово знятій у спокої й після навантаження (велоергометрія) ЕКГ змін не виявлено. Аналіз крові: Нb 130 г/л, л. $5,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ 4 мм/год, β -ліпопротеїди 10 000 мкмоль/л. У період нічного чергування, у перерві між викликами, виник описаний вище приступ, що тривав близько 15 хв. ЕКГ: виражений підйом інтервалу S-T у відведеннях I, II, AVL, V₂-V₆. Після вжитих заходів біль зник. Стан хворої і показники ЕКГ повністю нормалізувалися.

1. *Ваш попередній діагноз?*
2. *Які заходи були проведені для ліквідації приступу болю?*
3. *Ваша подальша лікарська тактика?*

1. Ви спостерігаєте хвору 64 років з діагнозом ІХС: стабільна стенокардія ФК II, СН II. Приймаючи призначений Вами комплекс лікування (нітрати, інгібітори АПФ, статини), вона відзначила зменшення частоти й сили приступів стенокардії, але з'явився головний біль, запаморочення. Ці явища можуть бути спровоковані прийомом:

- A. Ренітека
- B. Нітросорбіда
- C. Ловастатина
- D. Анапріліну
- E. Аспіріну

2. У хворого 56-ти років, наукового працівника, виникають стискаючі болі за грудиною по декілька разів на день при ході на відстані 100-150 м, тривалістю до 10 хв., знімаються нітрогліцерином. Об'єктивно: підвищеного живлення, границі серця в нормі, тони ритмічні, пульс 78 уд. в хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. На ЕКГ: знижений Т в V4-5. Про яке захворювання можна думати ?

- A. Стабільна стенокардія III ФК
- B. Нестабільна стенокардія.
- C. Стабільна стенокардія I ФК
- D. Стабільна стенокардія II ФК
- E. Стабільна стенокардія IV ФК

3. У хворого 46-ти років діагностовано стенокардію напруги II функціонального класу на фоні гіпертонічної хвороби II стадії. Артеріальний тиск в межах 160/105 мм рт.ст. Якому антигіпертензивному препарату надасте перевагу?

- A. Метопролол
- B. Еналаприл

- C. Доксазозин
- D. Клофелін
- E. Адельфан

4. Хворий 48 років скаржиться на появу болю стискаючого характеру переважно після фізичного навантаження, який проходить самостійно після припинення фізичної активності. Об'єктивно: пульс – 67/хв, АТ - 140/90 мм рт. ст., тони серця ослаблені. При проведенні велоергометрії хворий почав скаржитись на стискаючий біль за грудниною з іррадіацією в ліву руку та лопатку, задуху. Пульс – 128/хв, АТ –180/110 мм рт.ст. Яка тактика лікаря в даній ситуації?

- A. Припинити проведення тесту
- B. Зменшити навантаження
- C. Дати нітрогліцерин і продовжувати тест
- D. Продовжити тест через 5-10 хв
- E. Дати бета-блокатор і продовжити тест

5. Жінка, 64 р., з нестабільною стенокардією під час ходи раптово впала. Черговим лікарем при огляді хворої констатована відсутність свідомості, пульсації на а.сarotis та тонів серця; вузькі зіниці та рідке, поверхнєве дихання. Ваш діагноз?

- A. Раптова зупинка кровообігу
- B. Асфіксія
- C. Непритомність
- D. Колапс
- E. Синкопа

6. Жінка 37 років, скаржиться на стискаючий біль грудниною, що виникає під час фізичного навантаження. Об'єктивно: систолічний шум над аортою, ЧСС і пульс – 72/хв., АТ – 130/80 мм рт. ст. На ЕКГ ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Найбільш інформативним методом обстеження у даному випадку є:

- A. Коронарографія
- B. Фонокардіографія
- C. Ехокардіографія
- D. Сфігмографія
- E. Рентгенографія

7. У лікарню звернувся хворий 42 років зі скаргами на напади болю за грудниною з іррадіацією в ліву лопатку. Біль з'являється при значному фізичному навантаженні, триває 5-10 хвилин і проходить у спокої. Хворіє 3 тижні. Який попередній діагноз?

- A. ІХС: прогресуюча стенокардія
- B. ІХС: вазоспастична стенокардія
- C. ІХС: стабільна стенокардія напруги, I ФК
- D. ІХС: стабільна стенокардія напруги, IV ФК
- E. ІХС: уперше виникла стенокардія

8. Ви спостерігаєте хвору 64 років із діагнозом ІХС: стабільна стенокардія II ФК, СН II А. Приймаючи призначений вами комплекс лікування (нітрати, інгібітори АПФ, статини), вона відзначила зменшення частоти і інтенсивності нападів стенокардії, але з'явився головний біль, запаморочення. Ці явища можуть бути спровоковані прийомом:

- A. Ренітека
- B. Нітросорбиду
- C. Ловастатину
- D. Анаприліну

Е. Аспіріну

9. Чоловік 34 років, скаржиться на періодичний біль в області серця у нічний час, що триває до 15 хв., нітрогліцерин помітного ефекту не дає. Учора біль виник удень, після ситного обіду. На ЕКГ, записаній сьогодні в поліклініці, змін немає. На ЕКГ, записаній раніше, у момент приступу, зафіксований підйом сегмента ST на 3 мм. У даному випадку варто запідозрити:

- А. Стабільну стенокардію I ФК
- В. Міжреберну невралгію
- С. Стенокардію Принцметала
- Д. Діафрагмальну килу
- Е. Прогресуючу стенокардію

10. Хворий 60 років, скаржиться на біль за грудиною стискаючого характеру під час ходьби по рівній місцевості до 200 м. АТ - 140/70 мм рт. ст. Пульс – 80/хв. Велоергометрія: зниження толерантності до фізичних навантажень, 50 Вт. Найбільш імовірний діагноз?

- А. Прогресуюча стенокардія
- В. Стабільна стенокардія III ФК
- С. Вазоспастична
- Д. Стабільна стенокардія II ФК
- Е. Стабільна стенокардія IV ФК

III.. Контрольні питання для слухачів:

- Сучасна класифікація стенокардій.
- Основні патогенетичні ланки розвитку нестабільної стенокардії.
- Стандарти діагностики стабільної та нестабільної стенокардії.
- Інформативність та можливості ЕКГ в діагностиці стенокардій.
- Стандарти лікування стабільної та нестабільної стенокардії.
- Клінічна фармакологія антиішемічних препаратів (бета-блокаторів, нітратів, антагоністів кальцію, інгібіторів АПФ, статинів).
- Клінічна фармакологія прямих та непрямих антикоагулянтів і дезагрегантів.
- Індивідуалізація лікування хворих на стабільну та нестабільну стенокардію.
- Алгоритм надання невідкладної допомоги при нестабільній стенокардії.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонометр (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторингу АТ
5. Результати добового моніторингу АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги при стабільній ішемічній хворобі серця. Наказ Міністерства охорони здоров'я 2.03.2016 № 152.
2. Воронков Л.Г. Рекомендації Української асоціації кардіологів з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності у дорослих, 2019.
3. Серцева недостатність: рекомендації CCS/CHFS 2020 р. Chan M., Rajda M., Ross H. J. et al. (2020) CCS/CHFS Heart Failure Guidelines: Clinical Trial Update on Functional Mitral Regurgitation, SGLT2 Inhibitors, ARNI in HFrEF, and Tafamidis in Amyloidosis. Society Guidelines, 36(Iss. 2): 159–169 (<https://doi.org/10.1016/j.cjca.2019.11.036>).
4. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-тє вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
5. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
6. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.
2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
3. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Незапальні кардіоміопатії. Діагностичні критерії та методи лікування»

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: вміти діагностувати та ефективно лікувати різні види патологій

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	35 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача 1. У хворого з НКЛШ наявна бівентрикулярна недостатність кровообігу. Фракція викиду лівого шлуночка – 17%; ритм синусів; ширина комплексу QRS – 0,14 сек.

1. Які причини призводять до розвитку НКЛШ ?
2. Яка функція міокарда найбільш страждає у даному випадку?
3. Які зміни у лікуванні показані у даному випадку?

Задача 2.

У неврологічне відділення доставили хворого 17р. з діагнозом струс головного мозку. З анамнезу відомо, що у пацієнта часті випадки знепритомлення. На ЕКГ на тлі шлуночкового ритму часті так звані «шлуночкові пробіжки». На Ехо КТ – значне потовщення міжшлуночкової перетинки, до 2,2 см; фракція випаду 75%.

1. Яка патологія у даного хворого?
2. Чим обумовленні часті запаморочення?
3. Який основний препарат доцільно призначити пацієнту?

Задача 3.

Хворий 41р. тракторист. Загальний стаж роботи – 25 років. Скарги на задишку у спокої, значні набряки нижніх кінцівок, збільшення живота. На Ехо КТ – збільшення усіх камер серця, ФВ – 19%. На ЕКГ – можлива аритмія ЧСС – 72-93 ві.

1. Яка патологія у хворого?
2. Який патологічний чинник виникнення даної патології?
3. Які основні напрямки у лікуванні?

Тести КРОК 3

- Ведучим симптомом кардіоміопатій є:
 - A. серцева недостатність;
 - B. болі в ділянці серця;
 - C. важкість у правому підребер'ї;
 - D. акроціаноз;
- Синдром мітральної та трикуспідальної недостатності характерний при:
 - A. ДКМП;
 - B. гіпертрофічній кардіоміопатії;
 - C. аритмогенній гіперплазії правого шлуночка;
 - D. кардіопатія Такацубо;
- Основним методом обстеження при кардіопатіях є:
 - A. Ехо КТ;
 - B. Ро-градія органів грудної клітини;
 - C. визначення міоглобіну;
 - D. Холтеровське моніторування;
- Яка характерна ознака ГКМП?
 - A. задишка;
 - B. біль у грудній клітці;
 - C. синкопальні стани;
 - D. біль у поперековому відділі хребта;
- Яка характерна маніфестація ДКМП?
 - A. серцева недостатність;
 - B. шлуночкові аритмії;
 - C. запаморочення;
 - D. системна та легенева емболія;
- Що не відноситься до кардіоміопатій?
 - A. ДКМП;
 - B. міокардит Абрамова-Фідлера;
 - C. рестриктивна;
 - D. аритмогенна дисплазія правого шлуночка;
- Факторами ризику раптової серцевої смерті є:
 - A. сімейний анамнез передчасної серцевої смерті;
 - B. головний біль;
 - C. мерзлякуватість;
 - D. слабкість;
- Який симптом не є спільним для міокардитів та ДКМП?

- A. порушення ритму та провідності;
 - B. розширення меж серця;
 - C. ослаблений тон на верхівні;
 - D. лікування кортикостероїдами;
- При якій кардіоміопатії вибуховується ритм “галопа”?
- A. ДКМП;
 - B. ГКМП;
 - C. метаболічний;
 - D. некомпактній кардіоміопатії лівого шлуночка;
- Який показник Ехо КТ не є характерним для ДКМП?
- A. дилатація порожнини серця;
 - B. змінена систологічна функція лівого шлуночка;
 - C. фракція випаду >45%;
 - D. збільшення розмірів лівого передсердя;

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Класифікація кардіоміопатій.
2. Дати визначення основних видів кардіоміопатій.
3. Клініка та діагностика ДКМП.
4. Клініка та діагностика ГКМП.
5. Клініка та діагностика аритмогенної аплазії правого шлуночка.
6. Клініка та діагностика НКЛШ.
7. Клініка та діагностика кардіоміопатії Такацубо.
8. Основні патогенетичні напрями у виникненні різних кардіоміопатій.
9. Основні напрями лікування різних кардіоміопатій.
10. Профілактика та прогноз для кардіоміопатій.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонometr (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторингу АТ
5. Результати добового моніторингу АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпидограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ :

МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2019. - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)

2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2019 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1

3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.

4. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.

5. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.

2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2018 – 152 с.

3. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.

4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Методи обстеження органів травлення, їх інформативність при захворюваннях. Основи рентгенологічної, ендоскопічної та ультразвукової діагностики. Методи дослідження мікробіоценозу, дигестивного тракту та гелікобактеріозу»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: засвоїти покази, протипокази, підготовку діагностичне значення візуальних методів обстеження, інтрагастральної РН-метрії, методів дослідження мікробіоценозу дигестивного тракту і гелікобактеріозу, навчитись співставляти результати додаткових методів обстеження з клінічними даними.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1.

Хворий К. 45 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на помірні тиснучі болі в епігастральній ділянці, періодично оперізуючого характеру, виникають через 40 хвилин після вживання їжі, супроводжуються здуттям живота; на періодичні нудоту та блювання що не приносить полегшення, відрижку повітрям.

Анамнез захворювання: хворим себе вважає близько двох років, коли з'явився біль в лівому підребер'ї. За медичною допомогою не звертався. 3 дні тому після алкогольного ексцесу та прийому великої кількості жирної їжі з'явилися вищевказані скарги. З анамнезу відомо, що пацієнт впродовж 5 років зловживає алкоголем.

Об'єктивно: стан відносно задовільний, свідомість ясна. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Язик вологий, обкладений біло-жовтим налетом. Живіт при пальпації м'який, болючий в епігастрії та в зоні Шофара Печінка не пальпується. Симптом Пастернацького негативний білатерально. Інші клінічно значимі зміни не виявляються.

Загальний аналіз крові: еритроцити - $4,3 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін - 136 г / л, кольоровий показник - 1,0; ШОЕ - 18 мм / год, тромбоцити - 320×10^9 / л, лейкоцити - $10,3 \times 10^9$ / л, еозинофіли - 3%, паличкоядерні нейтрофіли - 4%, сегментоядерні нейтрофіли - 51%, лімфоцити - 32%, моноцити -10%.

В загальному аналізі сечі клінічно значимі зміни не визначаються. В біохімічному аналізі: ліпаза крові – 290 Од, решта зміни клінічно не значимі. Копрограма - колір - сірувато-білий, консистенція - щільна, запах - специфічний, м'язові волокна +++, нейтральний жир +++, жирні кислоти та мила +++, крохмаль ++, сполучна тканина - немає, слиз – немає.

ФГДС: стравохід і кардіальний відділ шлунку без особливостей. Шлунок звичайної форми і розмірів. Слизова рожева, з ділянками атрофії. Складки добре виражені. Цибулина дванадцятипалої кишки без особливостей.

питання:

1. Виділіть основні синдроми.
2. Оцініть дані копрограми.
3. Сформулюйте діагноз.
4. Які візуалізаційні методи діагностики є найкращими для діагностики ХП та які візуалізаційні ознаки панкреатиту є патогномонічними?
5. Препарати яких груп слід призначити в даному випадку.

Задача №2.

Хворий С. 69 років, пенсіонер, звернувся в до сімейного лікаря зі скаргами на тупі, ниючі малоінтенсивні болі і відчуття тяжкості в надчеревній ділянці через 15-20 хвилин після їжі, нудоту, печію, що турбують пацієнта впродовж останніх 4-5 тижнів. Періодично турбують задишка, що тиснуть болі за грудиною, що виникають при помірних фізичних навантаженнях (підйом на 2-й поверх), купіруються прийомом нітромінта і при припиненні навантаження. Близько тижня тому пацієнт відзначив епізод появи чорного стільця протягом 2-х діб. В анамнезі – виразкова хвороба 12-палої кишки, ІХС; 1,5 роки тому - інфаркт міокарда, 10 місяців тому - стентування коронарних артерій (ЛКА, ПМЖА). Постійно приймає ацетилсаліцилову кислоту, клопідогрель, розувастатин.

Загальний аналіз крові: ер - $3,11 \times 10^{12}$ / л, Нб 103 г / л, лейкоцити $5,6 \times 10^9$ / л. ШЗЕ 8 мм/год. Загальний холестерин 7,8 ммоль / л, тригліцериди 2,6 ммоль / л. ЕКГ: ритм синусовий, 72 за 1 хв; RI> RII> RIII, в I, aVL, v1-4 відведеннях зубець Q> 1/3 зубця R, зубець T негативний.

1. Зробіть припущення щодо ймовірного діагнозу.
2. Обґрунтуйте діагноз.
3. Які додаткові методи дослідження Ви призначили б даному пацієнту?
4. Визначте план ведення пацієнта.
5. Вкажіть препарати з групи ІПП, які Ви вибрали б в даному випадку. Обґрунтуйте Ваш вибір. Вкажіть дози препаратів. Виберіть схему ерадикаційної терапії.

Тести КРОК 3

- А. Які показники визначають при проведенні добового моніторингу рН в стравоході:
- А. Загальне число епізодів ГЕР;
 - В. Число епізодів ГЕР тривалістю > 5 хвилин;
 - С. Найбільшу тривалість рефлюксу;
 - Д. Загальну кислотну продукцію протягом доби;
 - Е. Загальну тривалість часу зниження рН в стравоході протягом доби
2. В якості метода первинної діагностики *Helicobacter pylori* у осіб, що мають покази до проведення фіброгастродуоденоскопії не використовують:
- А. Швидкий уреазний тест
 - В. Дихальний тест з сечовиною меченою ^{13}C
 - С. Визначення антигену *Helicobacter pylori* в калі
 - Д. Визначення антитіл до *Helicobacter pylori* в крові

Е. . Жодна відповідь не вірна

3. При запальних захворюваннях кишечника проведення рентгеноконтрастного дослідження протипоказано за наявності ознак:

- А. . Кишкової непрохідності
- В. . Кишкової кровотечі
- С. . Токсичної дилатації кишки
- Д. . Високого ризику перфорації
- Е. . Всі відповіді вірні

4. Хворому із жовтяницею з діагностичною метою проведено сонографічне дослідження ОЧП. Які зміни можуть бути виявлені при жовтяниці печінкового походження:

- А. . Збільшенням розмірів селезінки
- В. . Зміни стану паренхіми печінки і селезінки з приєднанням ознак портальної гіпертензії
- С. . Розширення внутрішньопечінкових жовчних протоків і зміни розмірів жовчного міхура.
- Д. . Визначення конкрементів жовчовивідних шляхів.
- Е. . Жодна відповідь не вірна

5. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини призначають при підозрі на:

- А. . Механічна непрохідність тонкої кишки
- В. . Перфорація шлунка і кишечника
- С. . Пенетрацію виразки
- Д. . Гострий панкреатит
- Е. . Хронічний панкреатит

6. Середня товщина стінки незміненого жовчного міхура складає:

- А. . 1-2мм
- В. . 1,5-3 мм
- С. . 2-4.5 мм
- Д. . 0,5-1 мм
- Е. . 5 мм

7. Оцінку ефективності ерадикаційної терапії інфекції *Helicobacter pylori* необхідно здійснювати:

- А. . Не раніше ніж через 2 тижні після лікування;
- В. . Не раніше ніж через 1 тиждень після лікування;
- С. . Не раніше ніж через 4 тижні після лікування;
- Д. . Не пізніше ніж через 4 тижні після лікування;
- Е. . Жодна відповідь не вірна

8. Яка скарга найбільш характерна для внутрішньошлункової рН 1,0:

- А. . Проноси;
- В. . Порушення ковтання;
- С. . Сухість у ротовій порожнині;
- Д. . Голодний біль;
- Е. . Блювання «кавовою гущею»

9. У хворого з тривалим анамнезом хронічного панкреатиту при сонографічному дослідженні можуть бути виявлені наступні ознаки, крім:

- А. . Збільшення розмірів ПЗ
- В. . Зміна розмірів ПЗ (збільшення або зменшення)
- С. . Посилення та гетерогенність ехоструктури
- Д. . Розширення панкреатичної протоки
- Е. . Несправжні кісти

10. Ознака, що не характерна для ахалазії кардії, є:

- A. . Дисфагія твердої і рідкої їжі
- B. . Зниження маси тіла
- C. . Звуження дистального відділу стравоходу у вигляді мишачого хвоста
- D. . Позитивна фармакологічна проба з нітрогліцерином
- E. . Нерівність контурів дистального відділу стравоходу за даними рентгеноскопії

III.. Контрольні питання для слухачів:

- Покази, протипокази, підготовка до візуальних методів обстеження, інтрагастральної РН-метрії, методів дослідження мікробіоценозу дигестивного тракту і гелікобактеріозу.
- Діагностичні значення візуальних методів обстеження, інтрагастральної РН-метрії, методів дослідження гелікобактеріозу для діагностики захворювань стравоходу, шлунка, 12-палої кишки.
- Діагностичні значення візуальних методів обстеження для діагностики захворювань печінки, жовчного міхура, підшлункової залози..
- Діагностичні значення візуальних методів обстеження, методів дослідження мікробіоценозу дигестивного тракту для діагностики захворювань кишківника

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2021 – 152 с.
2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига, 2018. 228 с.
3. Свінціцький, А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Тема: Запальні захворювання кишечника (виразковий коліт, хвороба Крона).
Особливості діагностики та лікування»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти визначати діагностичні критерії хвороби Крона та неспецифічного виразкового коліту на основі результатів клінічних та лабораторно-інструментальних методів обстеження хворого, призначити необхідний об'єм лікування.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

Запитання: 1: "Загострення неспецифічного виразкового коліта частіше пов'язано з нижче перерахованими факторами, крім:"

- A. Прийом гострої їжі
- B. Вживання нестероїдних протизапальних препаратів
- C. Паління
- D. Вживання алкоголю
- E. Фізичне перенавантаження
- F. Психічне перенавантаження

Запитання: 2: "За 2-3 тижні перед виконанням планового оперативного втручання на товстій кишці хворому з неспецифічним виразковим колітом:"

- A. Дозу гормонів збільшують
- B. Дозу гормонів зменшують
- C. Гормони відміняють

Запитання: 3: "Чи потрібно проводити підготовку товстої кишки очисними клізмами перед оперативним втручанням в хворого з неспецифічним виразковим колітом:"

- A. Так
- B. Тільки перед плановими операціями
- C. Ні

Запитання: 4: "Яка частка хворих із хворобою Крона оперується з приводу гострого чи хронічного апендициту?"

- A. 15%
- B. 30%
- C. 0,5%
- D. 3%
- E. 0,1%

Запитання: 5: "Тотальне ураження товстої кишки при виразковому коліті виникає в:"

- A. 10% хворих
- B. 3% хворих
- C. 60% хворих
- D. 1% хворих
- E. 30% хворих

Запитання: 6: "Ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при хворобі Крона виникає в:"

- A. 1% хворих
- B. 10% хворих
- C. 5% хворих
- D. 25% хворих
- E. 0,5% хворих

Запитання: 7: "Індекс по Best використовують для оцінки перебігу:"

- A. Хвороби Крона
- B. Дивертикулярної хвороби
- C. Ішемічного коліту
- D. Псевдомембранозного коліту
- E. Неспецифічного виразкового коліту

Запитання: 8: "Який фактор не входить в четвірку прогностично негативних факторів ризику рецидиву хвороби Крона?"

- A. Перші симптоми захворювання з'явилися більше ніж 5 років тому
- B. Локалізація запальних змін в товстій кишці
- C. Медикаментозна терапія в період стійкої ремісії не застосовується
- D. Останній рецидив був менше ніж 6 місяців тому
- E. Вік молодший за 25 років

Запитання: 9: "Гостра затримка випорожнення у хворого із важким перебігом неспецифічного виразкового коліту, є прогностично:"

- A. Позитивним
- B. Непринциповим та можливим при вживанні лікарських засобів

С. Негативним

Запитання: **10:** "Чи є діарея обов'язковим симптомом при неспецифічному виразковому коліті?"

- А. Так
- В. Ні

Запитання: **11:** "Який симптом є найчастішим при виразковому коліті?"

- А. Біль
- В. Закреп
- С. Діарея
- Д. Кровотеча
- Е. Лихоманка

Ситуаційні задачі:

1. У хворого 18 років скарги на переймоподібний біль в животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та свіжої крові. Хворіє 2 роки. Схуд на 12 кг. Об-но: пульс 92/хв, АТ 100/70 мм рт. ст., температура тіла 37,4⁰С. Живіт м'який, болючий вздовж товстої кишки. Сигмовидна кишка спазмована. В крові: ер.-3,2x10¹²/л, Нв 92 г/л, лейкоц. 10,6 x 10⁹/л, ШЗЕ 32 мм/год. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури не чіткі, симптом "водопровідної труби".

1. Сформулюйте діагноз.
2. Назвіть додатковий метод обстеження для уточнення діагнозу.
3. Призначте лікування даної патології..

2. У чоловіка 26 років скарги на переймистий біль у животі, часті рідкі випорожнення з домішками слизу та крові. Хворіє протягом 3 років, схуд на 14 кг. Об-но: Пульс 96 уд/хв., АТ 110/70 мм рт. ст., t – 37,6⁰С. Живіт м'який, болючий при пальпації по ходу товстої кишки, особливо ліворуч. Іригоскопія – товста кишка звужена, гаустри відсутні, контури нерівні, нечіткі.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Яка імовірна гістологічна картина?
3. У якого лікаря має спостерігатись даний пацієнт?

3. У хворого 35 років хвороба почалась бурхливо: з ознобу, підвищення температури до 39⁰С, блювання, болю в епігастрії, проносу з водянистими смердючими випорожненнями. За 6 годин до захворювання з'їв сире яйце, смажену картоплю з тушкованим м'ясом, випив сік.

1. Ваш попередній діагноз.
2. Який додатковий метод обстеження необхідний для встановлення діагнозу?
3. Який імовірний збудник скоріш за все викликав подібний стан?

4. Жінка 75 років скаржиться на немотивовану слабкість, швидку втомлюваність, роздратованість, втрату ваги, нерізкий біль в животі, метеоризм, нестійке випорожнення. Вважає себе хворою біля 2 місяців. Об'єктивно: температура 37,2⁰С, ЧД 20 за хв., пульс 90 уд./хв., АТ 110/70 мм рт. ст. Шкіра бліда. Сигма щільна, бугриста, розширена, помірно болюча. Нв 82 г/л.

1. Яке захворювання у пацієнтки необхідно виключити?
2. Які методи необхідно застосувати з діагностичною метою?
3. Яким лікарем має здійснюватись обстеження пацієнтки?

III. Контрольні питання для слухачів:

1) Клінічна симптоматика, яка спостерігається при неспецифічних захворюваннях кишечника: хвороба Крона та неспецифічний виразковий коліт. Основні синдроми. Тривожні симптоми.

2) Тактика лікаря-терапевта щодо обсягу обстежень при захворюваннях кишечника. Застосування та інтерпретація інструментальних і лабораторних методів дослідження: ендоскопічних, рентгенологічних, УЗД; гістологічних методів діагностики.

3) Диференціальна діагностика захворювань нижніх відділів ШКТ.

4) Своєчасне направлення до гастроентеролога. Показання до стаціонарного лікування.

5) Обсяг лікувальних заходів та критерії ефективності лікування.

6) Методика диспансерного спостереження. Вторинна профілактика. Консультування з приводу харчування, фізичної активності, модифікації способу життя.

7) Санаторно-курортний відбір. Медична і трудова експертиза.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Тематичні хворі.
2. Комп'ютер.
3. Мультимедійний проектор.
4. Результати бактеріологічного обстеження.
5. Заключення колоноскопії.
6. Гістологічні заключення.
7. Рентгенограми, томограми органів черевної порожнини.
8. Набори лікарських препаратів для лікування хвороби Крона та неспецифічного виразкового коліту.

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2020. - 488 с.
3. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2020. - 432 с.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
5. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига, 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини: [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ: Медицина, 2019. – 1008 с.

**Тема: «ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ
ТРАВЛЕННЯ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ
СПЕЦІАЛЬНІСТЬ: ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ»**

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вдосконалити та поглибити знання, вміння та практичні навички, сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення про принципи та методи клінічної діагностики патології органів травлення в осіб старшого та похилого віку, активізувати самостійну навчальну роботу слухачів над монографіями, підручниками, посібниками. Підкреслити значення проблеми для подальшої професійної діяльності, навчити лікарів-інтернів проводити діагностику патології органів травлення у осіб похилого віку відповідно до сучасних вимог та принципів.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. Хворий М., 78 р., скаржиться на важкість в правому підреб'ї, швидко втому, Об'єктивно: печінка на 5 см виступає з під реберної дуги, щільна. В пунктаті печінки виявлено жирову дистрофію гепатоцитів, розростання сполучної тканини, ексцентричне розміщення вени в печінковій дольці. Вкажіть найбільш ймовірний діагноз.

A. Цироз печінки

B. Хронічний гепатит

C. Жирова дистрофія печінки

D. Рак печінки

Е. Гемохроматоз

2. Хворий О., 76 років. Скарги на печію, срыгивание, що посилюються при нахилі тулуби, біль при ковтанні за грудниною. При рентгенологічному обстеженні виявлена грижа стравохідного отвору діафрагми. Які зміни буде найбільше ймовірно виявлено під час гастроскопії?

- А. Рефлюкс-езофагіт
- В. Хронічний гастрит
- С. Виразкова хвороба шлунка
- Д. Гострий ерозивний гастрит
- Е. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки

3. Хворий Ж., 79 років. Скаржиться на гострий біль, що оперізує, у епігастрії, блювоту з желчью, рідкий стілець. Напередодні відзначав день народження. Об'єктивно: живіт роздутий, при пальпації різка хворобливість у лівому підребер'ї, позитивний симптом Воскресенського. Температура 37,9С. У крові лимфоцитоз, СОЕ 36 мм/ч. Ваш попередній діагноз?

- А. Гострий панкреатит
- В. Гострий холецистит
- С. Гострий гастрит
- Д. Харчова токсикоінфекція
- Е. Гострий холецистопанкреатит

4. Чоловік 78 років скаржиться на появу періодів погіршення самопочуття, коли відмічається схваткоподібний біль у лівій здухвинній ділянці й часте рідке випорожнення з кров'ю та гноєм, загальну слабкість, втрату маси тіла, високу температуру. Хворіє понад 5 років. Об'єктивно: температура - 37,4С, ЧДР - 20 за хв., пульс - 108 уд./хв., АТ - 100/60 мм рт.ст. Шкіра бліда. Над легеньми - везікулярне дихання. Тони серця приглушені, над верхівкою - систолічний шум. Живіт при пальпації болючий у лівій здухвинній ділянці. Печінка +2 см. Випорожнення 6-10 разів на добу. В крові: Нв - 80г/л; еритроцити - $3,5 \cdot 10^{12}/л$; ШЗЕ - 34 мм/год. Яке захворювання найбільш вірогідно сприяло формуванню анемічного синдрому у даного хворого?

- А. Неспецифічний виразковий коліт.
- В. Хронічний ентерит
- С. Хвороба Крона.
- Д. Поліпоз кишечника.
- Е. Рак кишечника.

5. Хворий 80 років хворіє виразковою хворобою 12-палої кишки з частими загострюваннями. На терапію Н-блокаторами відповідав позитивно. Поступив з кровоточивою виразкою. Переливалась кров. За 4 тижні терапії ранітідіном виразка зарубцювалася. Яка лікувальна тактика?

- A. Підтримуюча терапія Н-блокаторами
- B. Хірургічне лікування
- C. Терапія клацидом
- D. Курсова терапія омепразолом
- E. Фізіотерапія

6. Жінка 66 роки, робітниця харчоблоку, скаржиться на біль у лівому підребер'ї, який посилюється після обіду та зникає натще, нудоту, здуття живота, схильність до проносу. За останній рік схудла на 6 кг. Об'єктивно: температура - 37,7°C. Зріст 160 см., вага 86 кг. Живіт болючий при пальпації у лівому підребер'ї та підложечковій ділянці. Печінка + 2 см. У крові амілаза - 288 ммоль/л, білірубін - 22 мкмоль/л. Яке захворювання найбільш ймовірно?

- A. Хронічний панкреатит
- B. Хронічний гепатит.
- C. Хронічний ентероколіт
- D. Хронічний холецистит.
- E. Хронічний гастрит.

7. Хвора Д., 68 р., протягом 6 років страждає нападами болю у правому підребер'ї, який виникає після прийому жирної їжі. Рік тому була рекомендована холецистектомія, від якої хвора відмовилася. За останій тиждень напади болю стали щоденними і значно більш сильними. Хвору госпіталізували. На третій день перебування в лікарні з'явилась жовтушність склер та шкірних покривів, "замазкоподібний" стілець, темна сеча. Які біохімічні зміни ви очікуєте в цьому випадку?

- A. Підвищення білірубіну, лужної фосфатази, холестерину.
- B. Зниження білірубіну, лужної фосфатази, холестерину.
- C. Збільшення цукру крові, амілази крові.
- D. Підвищення АЛТ, АСТ, імуноглобулінів М, G, фракцій білірубіну.
- E. Збільшення протромбінового індексу, фібриногену В.

8. У гіперстенічної хворої 78 років із захворюванням гепатобіліарної системи виявлені ксантоми, "барабанні палочки", збільшена гладка печінка, в крові підвищений рівень

холестерину, фосфоліпідів, β -ліпопротеїдів, білірубін, лужної фосфатази. Про яке захворювання йде мова?

- A. Біліарний цироз печінки
- B. Вірусний цироз
- C. Алкогольний цироз
- D. Халангіт
- E. Хронічний холецистит

9. У хворої 83 років ниючий біль в правому підребер'ї, періодично відрижка гірким, нудота, зниження апетиту. 3 роки тому була апендектомія. Через 2 місяці після неї вперше появилась жовтяниця з приводу якої лікувалася в інфекційній лікарні. В даний час при обстеженні підвищення білірубін, збільшена на 2 см щільна печінка. Функціональні проби печінки змінені незначно. Яке захворювання у хворої?

- A. Хронічний персистуючий гепатит.
- B. Дискінезія жовчних шляхів.
- C. Хронічний холецистит
- D. Доброякісна жовтуха Жильбера.
- E. Цироз печінки.

10. Хворого 72 років турбує відчуття важкості, інколи переповнення в епігастрії після їди, відрижка їжею, нудота, метеоризм, періодично проноси. При ендоскопії шлунка виявлена блідість, витонченість та згладженість слизової оболонки антрального відділу шлунка. Рівень базальної кислотоутворюючої продукції становить 20 ммоль/л, а рівень стимульованої кислотної продукції - 45 ммоль/л. Встановіть діагноз?

- A. Хронічний гастрит тип В.
- B. Хронічний гастрит тип А.
- C. Виразкова хвороба шлунка.
- D. Хронічний гастрит тип С.
- E. Хвороба Менетріє.

Ситуаційні задачі:

Задача 1.

У хворого, 75 років, восени з'явилися болі в епігастрії, що виникають через 1,5-2 год. після їди, а деколи і вночі. печію, закрепи. Болі посилюються при прийомі гострої, соленої і кислої їжі, зменшуються - після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року. Хворий пониженого живлення, язик не обкладений, вологий. При перкусії і пальпації живота - болючість в епігастрії справа, в цій же ділянці - резистентність м'язів черевного пресу.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Ваша тактика? Яке необхідне лікування?
3. Ваш прогноз відносно працездатності?

Задача 2.

У хворого 45 років, приступ гострого болю в ділянці мечовидного відростку, блювота, що не принесла покращення, здуття живота. Менш виражені болі спостегігались протягом останнього року, особливо при споживанні молока. За останній рік втратив у вазі 10 кг. Об'єктивно: температура тіла нормальна, тони серця ритмічні, приглушені, 105 уд. на 1 хв. АТ-100/60 мм рт. ст. Живіт м'який, слабо болючий при пальпації в епігастрії. Печінка виступає на 1,5 см з під реберного краю, болюча при пальпації.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Яке необхідне лікування?

III. Контрольні питання для слухачів:**Теоретичні питання:**

1. Анатомо-фізіологічні особливості системи травлення у пацієнтів старшого та похилого віку.
2. Клінічні відмінності перебігу патології органів травлення у осіб старшого та похилого віку.
3. Принципи вибору медикаментозних середників у осіб старшого та похилого віку.
4. Ефективність та безпечність немедикаментозних видів лікування патології органів травлення у осіб старшого та похилого віку.
5. Особливості перебігу захворювань стравоходу та шлунку у осіб старшого та похилого віку.
6. Особливості перебігу захворювань підшлункової залози у осіб старшого та похилого віку.
7. Особливості перебігу захворювань печінки та жовчного міхура у осіб старшого та похилого віку.
8. Особливості перебігу захворювань кишківника у осіб старшого та похилого віку.
9. Особливості лікування захворювань органів травлення у осіб старшого та похилого віку.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. УЗД ОЧП з захворюваннями даної тематики
4. КТ ОЧП з патологією даної тематики

5. Результати біохімічних досліджень кров, сечі, калу за даної тематики.

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2021. - 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2018. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.
- 4.Клінічна гастроентерологія з основами ендоскопії та ультразвукової діагностики: Навчальний посібник / В.І.Вдовиченко, Є.Я.Скляров, А.В.Острогляд [та ін.]; за ред. В.І.Вдовиченка. – Львів, 2019 – 358 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Порушення провідності серця. Діагностичні критерії та методи лікування блокад серця».

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: вдосконалити та поглибити знання, вміння та практичні навички, сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення про принципи та методи діагностики блокад серця, активізувати самостійну навчальну роботу над монографіями, підручниками, посібниками..

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	10 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	30 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести:

1. Хворий 64 років, госпіталізований з приводу ІХС, післяінфарктного кардіосклерозу, СН ПА стадії, призначено дигоксин. Через 3 доби стан погіршився, з'явилась значна слабкість, запаморочення. Об-но: пульс 40 за хв., аритмічний. Серцеві тони ослаблені. Печінка виступає з під краю реберної дуги на 2 см, набряки кінцівок. ЕКГ: періодичне випадіння QRS, коритоподібна депресія інтервалу ST. Яке ускладнення виникло у хворої?

- A. Інтوكсикація серцевими глікозидами
- B. Анафілактичний шок
- C. Гостра серцева недостатність
- D. Кардіогенний шок
- E. Колапс

2. При лікуванні хворих із “синдромом слабкості синусового вузла”, вираженою брадикардией застосовують:

- A. Кордарон
- B. Дігосин
- C. Імплантацію ШВР
- D. Верапаміл
- E. Хінідін

3. Чоловік 57 років поступив зі скаргами на повторювані непритомність. При огляді: тони серця глухі, відзначається виражена брадикардія. Пульс 36 ударів на хвилину, ритмічний. АД 150/70 мм. тр. ст. Дані ЕКГ: число шлуночкових скорочень 32 в хвилину, пересердні і шлуночкові комплекси сліднують незалежно один від одного. Найбільш вірогідна причина непритомності:

- A. СА-блокада
- B. Повна АВ-блокада
- C. Синусова брадикардія
- D. Синусова аритмія
- E. Фібриляція передсердь

4. У хворого 68 років з діагнозом ІХС стабільна стенокардія напруги, атеросклеротичний кардіосклероз, повна АВ блокада з ЧСС 28 в 1 хв.. АТ-100/60 мм рт.ст. Яку схему лікування потрібно призначити?

- A. Ізадрін, атропін, імплантація ШВР
- B. Еуфілін, верапаміл
- C. Реополіглюкін
- D. Діосин
- E. Кордарон

5. Жінка 54 роки, з нестабільною стенокардією під час ходьби раптово впала. Черговим лікарем при огляді хворої констатована відсутність свідомості, пульсації на а. carotis та тонів серця; вузькі зіниці та рідке, поверхнєве дихання. З чого в даному випадку необхідно починати реанімаційні заходи?

- A. в/в адреналін
- B. в/в атропін
- C. з удара кулаком по грудині
- D. імплантації ШВР
- E. ШВЛ та непрямого масажу серця

6. Хвора (58 років) на ревматизм, мітрально-аортальний порок серця в останній час відчуває запаморочення, на тлі якого відзначились тричі епізоди непритомності (декілька секунд). Об-но: набряку гомілок немає, ЧСС 36, ритм правильний, на верхівці серця, аорт систолічний шум, АТ 160/70. ЕКГ: ЧСС 36, передсердні та шлуночкові комплекси сліднують незалежно один від одного, частота скорочень передсердь 82. Ваша лікарська тактика:

- A. Направити до терапевтичного відділення
- B. Направити до кардіохірургічного відділення
- C. Направити до кардіологічного стаціонару
- D. Амбулаторне лікування

Е. Направити до неврологічного стаціонару

7. Хворий 35 років через 2 тижні після ангіни відзначив появу задишки при фізичному навантаженні, слабкості, але за медичною допомогою не звертався. Через 5 днів несподівано відчув запаморочення з наступною непритомністю. При огляді: ЧСС 44, АТ 120/80, І тон послаблений на верхівці серця короткий систолічний шум, тони ритмічні. При огляді невропатолога неврологічний статус без патологічних змін. Для з'ясування причини непритомності в першу чергу необхідно здійснити:

- А. ЕКГ в стані спокою
- В. ЕКГ з навантаженням
- С. Атропінові проба
- Д. Добове моніторування ЕКГ
- Е. Проба з анаприліном

8. Хворий лікується з приводу повторного інфаркту міокарда задньої стінки лівого шлуночка. На 5-й день стан погіршився: турбував біль в ділянці серця, виникла аритмія. На ЕКГ частота скорочень передсердь 76, шлуночків 36, інтервали РР та RR – однакові. Яке ускладнення інфаркту міокарда виникло у хворого?

- А. Блокада лівої ніжки пучка Гіса
- В. Миготлива аритмія
- С. Синусова брадикардія
- Д. Повна АВ-блокада
- Е. CCCB

9. Хвора Т., 65 років, доставлена до лікарні з діагнозом гострий трансмуральний передньо-боковий інфаркт міокарду. Об'єктивно: стан тяжкий, шкіра бліда, волога. Тони серця глухі, аритмічні. АД = 120/80 мм рт.ст. Пульс 38 за хвилину. Дихання припинилось, пульс і АТ не визначається. Швидко зростає ціаноз обличчя. На ЕКГ – повна атріовентрикулярна блокада. Який препарат краще використати для нормалізації ЧСС:

- А. Строфантин
- В. Атропін
- С. Кордарон
- Д. Верапаміл
- Е. Ніфедипін

10. Хворий лікується з приводу повторного інфаркту міокарда задньої стінки лівого шлуночка, турбував біль в ділянці серця, виникла аритмія. На ЕКГ частота скорочень передсердь 76, шлуночків 36, інтервали РР та RR – однакові. Яке ускладнення інфаркту міокарда виникло у хворого?

- А. Повна атріовентрикулярна блокада
- В. Блокада лівої ніжки пучка Гіса

С. Синусова брадикардія

Д. Миготлива аритмія

Е. АВ-блокада II ступеню

Задача 1.

Хворий А., 67 років, біля 12 років страждає на гіпертонічну хворобу, 5 років тому переніс інфаркт міокарда. Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, часті перебої в роботі серця, гогокружіння запаморочення, 1 раз відмічалась втрата свідомості. Об'єктивно: пульс – 52 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця I тон на верхівці послаблений, акцент II тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

ХМ ЕКГ: за час дослідження визначенно: середньо-добова ЧСС – 54 за 1 хв, середньоденна – 52 за 1 хв і нічна – 38 за 1 хв. Зареєстровано близько 4580 епізодів шлуночкової екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Зареєстровано паузи асистолії до 4 секунд, яким передують вкорочення Р-Р.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛШ (КДР=59 мм, КСР=43 мм), ФВ=48%, фіброзне потовщення стінок аорти. Ознаки аневризми передньої стінки лівого шлуночка.

1. *Встановіть клінічний діагноз?*

2. *Призначте план обстеження і лікування даного хворого?*

3. *Який прогноз порушень ритму у даного пацієнта?*

Задача 2.

У хворого Н., 62 роки, який 10 років хворіє на гіпертонічну хворобу, вперше в житті втратив свідомість, перебуваючи на роботі. Зі слів колег він перебував без свідомості кілька секунд, а потім прийшов до тями. Пульс – 48 в 1 хвилину, АТ – 180/70 мм рт.ст. На ЕКГ, записаної БШД ніяких змін не виявлено. При проведенні холтеровського моніторингу ЕКГ виявлені епізоди АВ-блокади 2 ст. Мобітц 2 (2:1-4:1), періоди асистолії шлуночків до 3,5 сек.

1. *Сформулюйте клінічний діагноз?*

2. *Призначте план обстеження хворого?*

2. *Визначте тактику лікування хворого?*

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Патолофізіологічні механізми та найбільш часті етіологічні чинники порушень провідності.
2. ЕКГ-діагностика різних варіантів порушення провідності.
3. Клінічні прояви СССВ, синдрому Морганьї-Адамса-Стокса (МАС).
4. Інструментальні методи діагностики аритмій, діагностичні можливості та покази до проведення ЕКГ, ХМ ЕКГ, ЕхоКГ, електрофізіологічного дослідження.
5. Класифікацію і клінічну фармакологію антиаритмічних препаратів.
6. Сучасні стандарти лікування порушень провідності; відновлення синусового ритма та превентивного лікування при порушеннях провідності.
7. Алгоритм надання невідкладної допомоги при брадикардиях різного генезу, синдромі МАС.
8. Методика та покази до проведення електрокардіостимуляції.
9. хірургічні методи лікування аритмій серця, покази до їх застосування.

10. Первинну та вторинну профілактика при блокадах.
11. Прогноз при різних видах порушень провідності.

IV. Умови проведення заняття

- Мультимедійний проектор
- Презентації та відеофільми
- Палата інтенсивної терапії
- Дефібрилятор, кардіовертер
- Апарат для штучної вентиляції легень
- Стаціонарний монітор
- Заключення ХМ ЕКГ
- ЕКГ
- Обладнання для проведення черезстравохідної електрокардіостимуляції

V Рекомендована література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ : МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2019. - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)
2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2015 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019 - №1
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
4. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.
2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2018 – 152 с.

3. Катеринчук ПП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.

4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Професійні легеневі хвороби. Пневмоконіози. Пилові бронхіти. Екзогенні альвеоліти. Діагностика. Експертиза непрацездатності»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на пневмоконіози, пилові бронхіти, екзогенні альвеоліти.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. За етіологічним принципом виділяють такі пневмоконіози:

- А. силікоз;
- В. силікатоз;
- С. металококоніози
- Д. пневмоконіози від домашнього пилу;
- Е. пневмоконіози внаслідок дії рослинного пилку.

2. В залежності від характеру змін в легенях при пневмоконіозах виділяють:

- А. вузликосий;
- В. перибронхіальний;
- С. інтерстиціальний;
- Д. пухлиноподібний;
- Е. вузловий.

3. Характерною ознакою прогресу силікотичного процесу в легенях є:

- A. ускладнення його хронічним бронхітом;
- B. виникнення дихальної недостатності;
- C. зменшення маси тіла;
- D. анемія;
- E. диспепсія.

4 Ступінь фіброгенності виробничого пилу визначається вмістом в ній:

- A. мікроорганізмів і продуктів їх життєдіяльності;
- B. мікроелементів;
- C. діоксиду кремнію;
- D. чадного газу;
- E. залишків пестицидів.

5. До пневмоконіозів відносяться всі клінічні форми, за винятком:

- A. силікоз;
- B. антракоз;
- C. коніотуберкульоз;
- D. гранульоматоз Вегенера;
- E. бісіноз.

6. Основними формами туберкульозу, якими найчастіше ускладнюється силікоз є:

- A. позалегенева;
- B. дисемінована;
- C. інфільтративна;
- D. казеозна;
- E. фіброзно-кавернозна.

7. Для II стадії пневмоконіозу при рентгенологічному дослідженні характерно:

- A. двобічне дифузне посилення і деформація легеневого малюнка;
- B. значне посилення і деформація легеневого малюнка переважно в правій легені;
- C. чисельні вузлики, спостерігається злиття окремих вузликів;
- D. плевроперикардіальні та плевродіафрагмальні злуки;
- E. облітерація плевральної порожнини

8. Найбільш частими ускладненнями силікозу є:

- A. синдром Рейно;
- B. вузликовий поліартеріїт;
- C. туберкульоз легенів;
- D. легенево-серцева недостатність;
- E. бронхіальна астма.

9. Які адаптогени рекомендуються при лікуванні силікозу?

- A. настоянка календули;
- B. настоянка елеутерококу;
- C. пантокрин
- D/ лаферон;
- E. тімалін.

10. Формувальник ливарного цеху, 45 років, професійний стаж 14 років. Скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, сухий кашель, біль у грудній клітці. Над легеніми вислуховується жорстке дихання, поодинокі сухі хрипи. При рентгенологічному дослідженні відмічається посилення і деформація бронхо-судинного

малюнку, в нижніх легеневиx полях однотипні круглі тіні діаметром до 3 мм. Корені легень ущільнені.

Вибіріть найбільш ймовірний попередній діагноз:

- A. інтерстиціальна форма силікозу;
- B. вузлова форма силікозу;
- C. вузликова форма силікозу;
- D. пиловий бронхіт;
- E. силікотуберкульоз.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Хворий Н., 50 років, звернувся до клініки зі скаргами на кашель, задишку, болі у грудях.

Хворим вважає себе протягом останніх 10 років, коли вперше з'явився постійний кашель.

Стан здоров'я поступово погіршується. Поточне погіршення пов'язано з переохолодженням минулому тижні.

З анамнезу відомо, що протягом 27 років хворий працював на шахті у Луганській області на посадах гірського робочого, електрика, прохідника, де підлягав дії шкідливих факторів.

Завдання:

Сформулюйте повний клінічний діагноз у відповідності до клініко-функціональної і рентгенологічної класифікації пневмоконіозів

До задачі додаються додаткові дані щодо клініки, сан.-гіг. характеристики умов праці, лабораторного і інструментального обстеження.

Чоловік, 50 років

Шкідливі і небезпечні фактори трудового процесу:

Запиленість, переохолодження, значне фізичне навантаження. Концентрація пилу, що містить 75% вільного SiO₂, на робочому місці 150 мг/м³ (норма 0,5 мг / м³).

Скарги

Кашель, задишка, біль в грудній клітці.

Об'єктивно

Акроціаноз, перкуторний звук легеневиx з коробочним відтінком. При аускультатії - дихання везикулярне ослаблене, вислуховується значна кількість розсіяних сухих хрипів.

Лабораторні дослідження

ОАК: Ер. - 5.5 Т / л, Нб - 175 г / л, КП - 0.95, Лейк - 5.4 г / л, Лейк. формула без особливостей.

Аналіз мокротиння: Кількість - 15 мл, в'язка, без запаху, при мікроскопії - лейкоцити - 10 в п / з, Ер. - 1-2 в п / з, епітелій бронхів, альвеолярні макрофаги - 20- 40 в п / з.

Рентгенове обстеження

Дифузна сетчато-чарункова деформація і посилення легеневого малюнка, численні дрібні затемнення, коріння легень деформовані.

Функціональні дослідження:

ЕКГ: Ритм синусів. правильний, ЧСС - 72 / хв., правограма, «легеневе серце»

ФЗД : Зниження функції зовнішнього дихання по типу генералізованої обструкції і рестрикції, ЛН II с.

Задача 2.

Жінка 38 років, протягом 14 років працювала на меблевій фабриці в контактi з розчинниками. Концентрація бензолу в повітрі робочої зони складала від 5 до 30 мг/м³ (при ГДК 5 мг/м³). Через 5 років від початку роботи стала відзначати загальну слабкість, зниження працездатності, періодичні носові кровотечі. Протягом останнього року ознаки астенизації наростали, приєдналися болі та оніміння кистей рук. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, тони серця глухі, тахікардія, АТ 100/60 мм рт.ст. Печінка пальпується на 2-3 см нижче краї реберної дуги. Селезінка не пальпується. Визначається позитивний

симптом Кончаловського. В крові: Нб - 84 г/л, ер.- $3,3 \cdot 10^{12}/л$, КП - 0,70, лейкоцити - $2,9 \cdot 10^9/л$, тромбоцити - $130 \cdot 10^9/л$, тривалість кровотечі 5 хвилин.

Завдання

1 На підставі профмаршруту, санітарно-гігієнічної характеристики, даних об'єктивного огляду та лабораторного обстеження поставте діагноз.

2. Виділити діагностично значимі гематологічні зміни.

3 Сформулюйте висновок щодо працездатності та професійної придатності працівника

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення понять «пневмоконіоз», «пиловий бронхіт», «екзогенний альвеоліт».
2. Етіологія, патогенез пневмоконіозу, пилового бронхіту, екзогенного альвеоліту.
3. Класифікація пневмоконіозу.
4. Оцінка функціональних методів діагностики пневмоконіозу, пилового бронхіту, екзогенного альвеоліту.
5. Диференційна діагностика, формулювання пневмоконіозу, пилового бронхіту, екзогенного альвеоліту.
6. Терапія пневмоконіозу, пилового бронхіту, екзогенного альвеоліту.
7. Прогноз та трудова експертиза пневмоконіозу, пилового бронхіту, екзогенного альвеоліту.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. Спірограф.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Спірограми.
8. Рентгенограми ОГК хворих на пневмоконіоз, пиловий бронхіт, екзогенний альвеоліт та іншу патологію.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на пневмоконіоз, пиловий бронхіт, екзогенний альвеоліт.

V. Рекомендована література

Базова:

1. Пасечко Н. Ярема Н., Мартинюк Л. Практичний посібник з внутрішньої медицини або кишенькова книжка сімейного лікаря. У двох частинах (Ч.1: ендокринологія, пульмонологія, гастроентерологія, гематологія; Ч. 2: кардіологія, ревматологія, нефрологія). Для студентів та лікарів. - Підручники і посібники. – 2019.
2. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2016. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
3. Кишенькове керівництво Глобальної стратегії діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ GlobalInitiativeforChronicObstructiveLungDisease, GOLD, перегляд 2019 р. / Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2019. №7(120). С.52-68.
4. . Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2019. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: «Рак шлунку, хвороби оперованого шлунка.. Особливості діагностики та лікування. злоякісних пухлин органів травлення...»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих РШ і РС.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Визначте облігатне передракове захворювання шлунка:

- А) Перніціозна анемія.
- В) Рубці шлунка.
- С) Гіпертрофічний гастрит.
- Д) Хронічна виразка шлунка.
- Е) Аденоматозний поліпоз.

Назвіть найбільш агресивну локалізацію РШ:

- А) Пілороантральна.
- В) Кардіальна.
- С) Кут шлунка.
- Д) Тіло шлунка.

Е) Велика кривина.

Вкажіть в який орган найбільш часто попадають віддалені метастази РШ:

А) Кістки хребта.

В) Легені.

С) Печінку.

Д) Підшлункову залозу.

Е) Селезінку.

Назвіть основні симптоми, характерні для РС.

А. Біль за грудиною з іррадіацією в лопатку.

В. Порушення апетиту.

С. Дисфагія.

Д. Гіперсалівація.

Е. Безпричинна анемія.

Ф. Схуднення.

Визначте передракові стани стравоходу з великою потенцією до малігнізації:

А. Хронічна кальозна виразка.

В. Хронічний езофагіт.

С. Розширення вен стравоходу.

Д. Лейоміома стравоходу.

Е. Масивні опікові рубці.

Ф. Поліпи стравоходу.

При яких захворюваннях на рентгенограмах стравоходу вісь його залишається незміненою:

А. Лейоміома стравоходу.

В. Рак стравоходу.

С. Поліп стравоходу.

Д. Компресія стравоходу пухлиною середостіння.

Задачі

Хворий, 62 роки, скаржиться на біль за грудиною, важке проходження страви, неприємний запах з рота, підвищене виділення слини, схуд на 15 кг за 2 місяці. Апетит збережений. Риси обличчя загострені. Шкіра бліда із землистим відтінком, тургор її знижений.

Завдання: визначіть патологію, яка обумовила таку клінічну картину.

- A. Лейкоплакія стравоходу.
- B. Кардіоспазм.
- C. Езофагіт.
- D. Рак стравоходу.
- E. Післяопікові рубці.

Хворому 58 років, скаржиться на затруднення при проходженні страви. Вперше дисфагічні явища помітив 4 місяці назад. За останні два місяці вони посилились. В момент затримки в стравоході твердої їжі виникає біль за грудиною. При огляді змін у внутрішніх органах не виявлено. Поверхневі лімфовузли не змінені. В аналізі крові: лейкоцитоз не спостерігається, ШОЕ 57 мм/г. В сечі – сліди білка. Під час рентгенологічного дослідження стравоходу у фазі „тугого наповнення” визначається звуження просвіту стравоходу в середній третині протягом 6 см. Контраст проходить з труднощами. На передній стінці дефект наповнення з нерівними контурами, перистальтика на цьому рівні відсутня. Верхня третина грудного відділу значно розширена, має чіткі контури. Нижня третина стравоходу не змінена.

Завдання 1: встановіть клініко-рентгенологічний діагноз:

- A. Рак стравоходу.
- B. Спазм стравоходу.
- C. Варикозне розширення вен стравоходу.
- D. Рубцеве звуження стравоходу.
- E. Тракційний дивертикул.

Завдання 2: призначте необхідні методи обстеження.

Правильна відповідь: необхідно виконати езофагоскопію з біопсією, визначити гістологічну форму, провести УЗД печінки.

Завдання 3: призначте необхідне лікування.

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Зібрати анамнез у хворого на РШ і РС провести огляд, пальпацію, перкусію,

аускультацию у такого хворого.

2. Вибрати з даних анамнезу найбільш характерні ознаки РШ і РС.
3. Визначити наявність стенозу шлунка та ракової інтоксикації.
4. Діагностувати паранеопластичний синдром.
5. Призначити лабораторні методи дослідження: загальний аналіз крові та сечі, цукор та біохімічні аналізи крові, онкомаркери крові, групу крові, коагулограму, електроліти крові.
6. Призначити медичні заходи для підготовки хворих до спеціальних методів обстеження (фіброезофагогастроскопії, рентгенологічного обстеження, лімфосцинтиграфії).
7. Оцінити симптоми, отримані під час рентгенологічного дослідження шлунка у хворого, якого курує студент.
9. Проводити диференційну діагностику з іншими захворюваннями шлунка.
10. Здійснити оцінку результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження.
11. Аналізувати та інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних методів дослідження.
16. Визначити найбільш характерні клінічні ознаки РШ і РС.
12. Обґрунтувати призначення консервативної терапії у конкретного хворого на РШ і РС.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2018. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Тема: «Особливості ведення і реабілітації хворих після кардіохірургічних втручань.»

Загальна тривалість заняття 1,2 год.

Мета: вивчити особливості ведення та реабілітації хворих після кардіохірургічних втручань.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	60 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Завдання №1.

Хворий С., 65 років, пенсіонер. Скаржиться на загальну слабкість, болі в ділянці серця, серцебиття при фізичному навантаженні, а саме ході до 200 м. Страждає на АГ 15 років, 2 роки тому переніс гострий інфаркт міокарда, виконано АКШ та аневризмектомію. З того часу стан хворого був стабільним, погіршення стану відмічає протягом останнього місяця. Отримує регулярно бісопролол, ацетилсаліцилову кислоту, раміприл. Об'єктивно: Акроціаноз, ЧД 20 в хвилину, дихання везикулярне. Пульс 74 уд в хв., ритмічний, твердий, АТ 140/90 мм рт.ст.. Тони серця ритмічні, I тон ослаблений. Шуми не вислуховуються. Периферичних набряків немає, живіт м'який безболісний. ІМТ 41,6 кг/м². ЕКГ: ритм синусів правильний, ЧСС 78 уд в хвилину, ліво грама, рубцеві зміни передньої стінки лівого шлуночка.

Які обстеження слід виконати для верифікації діагнозу?

Як лікувальна тактика має бути в цього хворого?

Завдання №2

У хворого після АКШ через 14 діб виникла задишка, що підсилювалась при незначному фізичному навантаженні, відчуття нестачі повітря, серцебиття. Об'єктивно: загальний стан середнього ступеню важкості, свідомість ясна, ЧД 26 уд в хв., Дихання везикулярне, ослаблене нижче кута правої лопатки на фоні тупого перкуторного звуку. Пульс 80 уд в хв., ритм. АТ 120/70 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, ослаблені, живіт

м'який безболісний, периферичні набряки відсутні. На рентгенограмі ОГК відмічається гомогенне затемнення з горизонтальним рівнем рідини.

Яке ускладнення виникло у хворого?

Які методи діагностики та лікування слід застосувати?

Завдання №3

Хворий С., 42 років, 3 місяці тому стентований з приводу стенозуючого атеросклерозу коронарних артерій, було імплантовано елютинг стент, звернувся до лікаря з вираженим болем за грудиною, що супроводжується холодним липким потом, триває більше 15 хвилин, іррадіює вліво, знімається 3 таблетками нітрогліцерину. При оцінці анамнезу відомо, що близько 1 місяця тому самостійно відмінив прийом подвійної антитромбоцитарної терапії у зв'язку з появою диспепсичних розладів. При об'єктивному обстеженні: загальний стан важкий, ЧД 20 зв 1 хвилину, дихання везикулярне. Пульс 98 уд за хвилину, ритмічний. АТ 190/110 мм рт.ст. Тони ритмічні, звучні. Живіт м'який безболісний. Набряки відсутні. ЕКГ: ритм синусів правильний, ЧСС 98 уд в хв., депресія сегмента ST у відведенні II, III, avf.

Який метод обстеження є найбільш інформативний для верифікації діагнозу?

Сформулюйте діагноз у даного пацієнта.

Призначте лікування.

Тести КРОК 3:

1. Цільовим рівнем артеріального тиску у хворого з АГ на тлі хронічної хвороби нирок та мікроальбумінурії є:

- A. >160/90 мм рт.ст;
- B. >140/90 мм рт.ст.
- C. >130/80 мм рт.ст.
- D. >120/80 мм рт.ст.

2. Подвійна антитромбоцитарна терапія після перенесеного гострого коронарного синдрому становить:

- A. 1 рік;
- B. 6 місяців;
- C. 3 місяці;
- D. . по життєво.

3. Які препарати мають доведений вплив при вторинній профілактиці серцево-судинних ускладнень:

- A. статини
- B. іАПФ
- C. діуретики
- D. сартани

4.Протипоказами до переходу на наступний етап реабілітації у хворого після АКШ є:

- A. наявність гіпертонічної хвороби;
- B. супутній цукровий діабет;
- C. ознаки гнійної рани;
- D. все вище перераховане.

5. У хворого після постановки металевого стенту з приводу стенозуючого атеросклерозу коронарних артерій мінімальний термін призначення подвійної антитромбоцитарної терапії становить:

- A. 10 днів;
- B. 1 рік;
- C. 9 місяців;
- D. 1 місяць

6. Цільвий рівень глікованого гемоглобіну у хворих з ЦД та ІХС має бути менше:

- A. 6,5%;
- B. 2. 7%;
- C. . 10%;
- D. . 8,5%.

7. Пацієнт після аортокоронарного шунтування належить до групи серцево-судинного ризику:

- A. помірний;
- B. середній;
- C. високий;
- D. дуже високий.

8. Вкажіть препарати вибору у хворого з гіпертензивним кризом та гострим коронарним синдромом:

- A. . бета-адреноблокатори та нітрогліцерин;
- B. нітрогліцерин та фуросемід;
- C. нітрогліцерин та верапаміл;
- D. ніфедепін та бета-адреноблокатори.

9. Які препарати мають доведений вплив при вторинній профілактиці серцево-судинних ускладнень:

- A. Ацетилсаліцилова кислота
- B. іАПФ
- C. діуретики
- D. сартани

10. Які діагностичні тести дозволяють діагностувати серцеву недостатність у хворих після АКШ?

- A. проба з 6-ти хвилинною ходою;
- B. холтерівське моніторування;
- C. коронарографія;
- D. ехокардіографія .

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Основи реабілітації хворих після кардіологічних операцій.
2. Оцінка психосоматичного статусу хворих після кардіологічних операцій.
3. Вторинна профілактика серцево-судинних ускладнень у хворих після кардіологічних операцій.
4. Етапи фізичної реабілітації хворих після кардіологічних операцій.
5. Прогнозування ризику серцево-судинних ускладнень після кардіологічних операцій.

IV.Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонometr (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторування АТ
5. Результати добового моніторування АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, глікозильований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ
8. Результати ЕхоКГ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
2. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
3. ISH 2020: оновлені клінічні рекомендації, нова класифікація артеріальної гіпертензії та спрощена класифікація кардіоваскулярного ризику
4. 30 невідкладних станів у терапії: Навчальний посібник / За ред. проф. Ю.М. Мостового. – Київ: Центр ДЗК, 2019 – 128 с.
5. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи. Нормативні показники. Трактують змін. / За редакцією проф. Ю.М. Мостового. – 27-те вид., доп. і перероб. – Київ: Центр ДЗК, 2020. - 792 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019– 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Ревматична лихоманка. Особливості діагностики та лікування.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на ревматичну лихоманку.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	190 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

I. Хвора 15 років скаржиться на біль та припухлість колінних, гомілково-ступневих суглобах, біль в ділянці серця. 3 тижня тому перенесла простудне захворювання. Об'єктивно: t тіла 37,4 $^{\circ}\text{C}$, колінні, гомілково-ступеневі суглоби набряклі, гіперемовані, обсяг рухів у них обмежений. По передній поверхні стегон рожеві плями з фестончатим контуром, в аналізі крові лейкоцити $9,9 \times 10^9 / \text{л}$; СРБ +++.

1. Який найбільш ймовірний діагноз у даної хворої?
2. Які додаткові методи обстеження необхідно призначити?
3. Призначте лікування даній хворій.

II. Жінка 32 років перенесла простудне захворювання, через тиждень після видужання з'явився біль у коліних суглобах та надп'яtkово-гомілкових суглобах. Шкіра над ними червонувата, відзначається припухлість. Рентгенологічно – відхилень від норми немає. В аналізі крові: еритроцитів $4,24 \times 10^{12} / \text{л}$, Нв – 128 г/л, кольоровий показник 0,9, лейкоцитів $6,4 \times 10^9 / \text{л}$, ШОЕ 23 мм/год.

1. Який діагноз можна запідозрити у даній хворої?
2. Які необхідні додаткові методи дослідження для уточнення діагнозу?
3. Ваша лікарська тактика?

III. Хворому з активним ревматичним процесом і аортальною вадюю призначене лікування ацетилсаліциловою кислотою і дігоксином по 0, 00025 г 3 рази на день. На 8-й день лікування у хворого з'явилися слабкість, перебої в роботі серця, нудота. Об'єктивно: пульс – 56 за 1 хв., аритмічний. АТ 110/70 мм рт.ст. ЕКГ – часті шлуночкові екстрасистолі, зміщення ST донизу.

1. Ваш клінічний діагноз?
2. Яке ускладнення виникло у хворого?
3. Ваша тактика?

Тести КРОК 3

1. До «ревматогенних» штамів β -гемолітичного стрептококу групи А відносять:

- A. М 1;
- B. М 5;
- C. М 18;
- D. М 24;
- E. все вище перелічене;

2. Розвиток патологічного процесу в сполучній тканині проходить наступні фази:

- A. мукоїдне набрякання;
- B. фібриноїдне набрякання;
- C. гранульоматоз;
- D. склероз і гіаліноз;
- E. все вище перелічене;

3. До великих симптомів для діагностики першої атаки ревматичної гарячки відносять:

- A. кардит;
- B. лихоманка;
- C. поліартрит;
- D. артралгії;
- E. хорея;

4. Для ревматичної хореї характерні наступні симптоми:

- A. гіперкінези та м'язова дистонія;
- B. порушення статичної та координації;
- C. судинна дистонія;
- D. порушення психіки;
- E. все вище перелічене.

5. Діагностичними критеріями ревмокардиту є:

- A. біль або неприємні відчуття в ділянці серця;
- B. задишка;
- C. серцебиття;
- D. тахікардія;
- E. все вище перелічене;

6. До особливостей синдрому ураження міокарду ревматичної етіології належить:

- A. хронологічний зв'язок захворювання з носоглотковою стрептококовою інфекцією;
- B. наявність хронологічного зв'язку з гострою носоглотковою інфекцією (найчастіше вірусної етіології), загострення хронічного тонзиліту;
- C. існування латентного періоду тривалістю від 10 днів між закінченням попередньої інфекції і перших клінічних проявів кардиту;
- D. короткий (менше 5-7 днів) латентний період між клінічними проявами носоглоткової інфекції і початком кардиту;
- E. відсутній латентний період між клінічними проявами носоглоткової інфекції і початком кардиту.

7. Для аорталгії характерний біль за грудиною, який:

- A. не має безпосереднього зв'язку з фізичним навантаженням;

- В. не мінує після вживання нітрогліцерину;
- С. не має характерної для коронарного болю іррадіації;
- Д. характеризується тривалістю;
- Е. все вище перелічене;

8. Характерними ознаками ураження легень при ревматизмі є:

- А. розвиваються переважно у дітей на тлі панкардиту в разі загострення захворювання;
- В. виявляють у вигляді ревматичної пневмонії або легеневого васкуліту;
- С. резистентність до антибактеріальної терапії;
- Д. позитивний ефект протиревматичних засобів;
- Е. все вище перелічене.

9. Для безперервно-рецидивуючого перебігу гострої ревматичної гарячки характерно:

- А. повернення клінічних і лабораторних ознак хвороби на тлі ревматичного процесу, який не затух;
- В. ознаки процесу спочатку нарастають, а надалі відзначають їхній спад;
- С. на перший план в клінічній картині виступає тяжкий ревмокардит;
- Д. супроводжується панкардитом, полісерозитом, васкулітом, олігоартритом, гарячкою;
- Е. неповна відповідь на протиревматичну терапію.

10. Мінімальна ступень активності ревматичного процесу характеризується:

- А. моносиндромністю (легкий кардит або мала хорея);
- В. переважають помірно виражені симптоми враження серця, в поєднанні з субфібрильною температурою тіла, поліартралгіями або моноолігоартритом, можливо – хорея;
- С. лабораторні показники в нормі або змінені незначно
- Д. в загальному аналізі крові лейкоцитоз, ШОЄ в межах 20-40 мм/год;
- Е. переважають лихоманка, гострий ревматичний поліартрит, міокардит, можливі панкардит, серозит.

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття ревматичної лихоманки.
2. Основні причини розвитку ревматичної лихоманки.
3. Сучасна класифікація ревматичної лихоманки.
4. Оцінка функціональних методів діагностики ревматичної лихоманки.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу ревматичної лихоманки.
6. Терапія ревматичної лихоманки.
7. Прогноз та трудова експертиза при ревматичній лихоманці.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на ревматичну лихоманку.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2018. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Ященко, С. В. Данилюк. - К., 2016 – 184 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: Ревматоїдний артрит. Особливості діагностики та лікування. Клінічна фармакологія імунomodуючих препаратів.

Загальна тривалість заняття 1, 5 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на ревматоїдний артрит.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	75 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	10 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

ЗАДАЧА № 1

Хвора В., 33 роки, при поступленні в клініку скаржиться на біль в міжфалангових, пястко-фалангових, променевозап'ясткових, плечових, колінних та гомілковостопневих суглобах, обмеження рухів в них, вранці – відчуття скрутості в суглобах.

Об'єктивно: шкіра бліда, деформація проксимальних міжфалангових, пястно-фалангових, променевозап'ясткових, колінних та гомілковостопневих суглобів. Активні рухи в цих суглобах різко обмежені у зв'язку з болем. Пульс ритмічний, 80 за 1 хвилину. АТ – 130/80 мм рт. ст. Тони серця ритмічні. В легенях – везикулярне дихання. Живіт м'який, безболісний.

Аналізі крові: еритроцитів $3,4 \times 10^{12}/л$, Hb – 96 г/л, КР – 0,84, лейкоцитів – $7,7 \times 10^9 /л$, ШОЕ 50 мм/год, СРП +++.

Результати рентгенографії міжфалангових, пястно-фалангових, променевозап'ясткових суглобів: помірне руйнування хряща та кістки, звуження суглобової щілини, поодинокі узури суглобових поверхонь.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які необхідні додаткові методи дослідження для уточнення діагнозу?
3. Ваша лікарська тактика?

ЗАДАЧА № 2

У хворої 38-ми років відмічається ранкова скутість у всьому тілі, особливо у суглобах верхніх кінцівок, які зникають після активних рухів через 30 – 60 хв, артрит проксимальних фалангових суглобів, субфебрильна температура. ШЗЕ – 15 мм/год.

Рентгенологічно: в ділянці проксимальних міжфалангових суглобів кистей – незначне руйнування хряща та кістки, звуження суглобової щілини, поодинокі узури кісток.

1. Поставте попередній діагноз.
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Призначте лікування даній пацієнтці.

1. Назвіть клініко-імунологічні варіанти серопозитивного РА:

- А. дигітальний артеріїт
- Б. ревматоїдні вузли
- В. полінейропатія
- Г. ревматоїдна хвороба легенів
- Д. * усе вище перелічене

2. На рентгенограмі кисті хворого з РА виявлено відхилення пальців в бік ліктьової кістки (ульнарна девіація), навколо суглобовий остеопороз звуження суглобових щілин П-1У п'ястково-фалангових суглобів, поодинокі узури. Як називається така форма китиці?

- А. «шия лебедя»
- Б. * «плавники моржа»
- В. «бутонаєрки»
- Г. «лорнета»
- Д. «веретеноподібне»

3. Що є так званим «ревматоїдним фактором» (РФ) при РА? Де він виявляється?

- А. * це аутоантитіла до Fc фрагменту Ig (класу Ig M)
- Б. це циркулюючі антитіла до екзоферментів стрептококу - антистрептолізіну-О
- В. це циркулюючі антитіла до екзоферментів стрептококу - антистрептокінази
- Г. * в сироватці крові
- Д. * в синовіальній рідині

4. Які ураження легенів і плеври виявляються при РА?

- А. * сухий плеврит
- Б. * хронічна проміжна пневмонія
- В. * дифузний пневмосклероз
- Г. рецидивуюча ТЕЛА
- Д. усе вище перелічене

5. Яка тривалість, характер і інтенсивність скутості при РА?

- А. * вранішня скутість, що триває більше 1 години
- Б. вранішня скутість менше 1 години
- В. * симптом «тугих рукавичок» 2 години
- Г. загальна скутість 30 хвилин
- Д. скутість після періоду нерухомості до 1 години

6. Які рентгенологічні дані характерні для типової 1 стадії РА?

- А. * симетричність ураження
- Б. узури кісток
- В. * остеопороз епіфізів
- Г. відсутність деструктивних змін
- Д. усе вище перелічене

7. Суглоби яких відділів хребта вражаються при РА?

- А. * шийний (C1-C2)
- Б. грудний
- В. поперековий

- Г. сакроілеальні з'єднання
- Д. куприковий

8. З якими захворюваннями суглобів слід найчастіше диференціювати РА?

- А. * артрит при червоному вовчаку
- Б. * паранеопластичні артрити
- В. дерматоміозит
- Г. *ревматична поліміалгія
- Д. усе вище перелічене

9. Які селективні НПЗП використовуються для лікування РА?

- А. * мелоксикам 7,5 – 15 мг/добу
- Б. делагіл 0,25 -0,50 мг/добу
- В. *німесулід 100-200 мг/добу
- Г. * целекоксиб 100-400 мг/добу
- Д. усе вище перелічене

10. Які особливості системної дії глюкокортикоїдів при РА?

- А. дозволяє понизити активність при загостренні РА
- Б. уповільнює суглобову деструкцію
- В. знижує активність РА до початку дії базових засобів
- Г. показані при неефективності НПЗП і протипоказаннях до їх призначення
- Д. *усе вище перелічене

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття ревматоїдного артриту.
2. Основні ризики розвитку ревматоїдного артриту.
3. Сучасна класифікація ревматоїдного артриту.
4. Оцінка функціональних методів діагностики ревматоїдного артриту.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу ревматоїдного артриту.
6. Терапія ревматоїдного артриту.
7. Прогноз та трудова експертиза у хворих на ревматоїдний артрит.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми суглобів.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на ревматоїдний артрит.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.

2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2019. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Ященко, С. В. Данилюк. - К., 2019– 184 с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: «Саркоїдоз органів дихання Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики.**Муковісцидоз.** Етіопатогенетичні механізми розвитку, класифікація, клінічні прояви, методи діагностики, лікування, реабілітації та профілактики»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: Вивчити етіологію, патогенез, класифікацію, критерії діагностики, лікування і профілактику саркоїдозу, муковісцидозу органів дихання

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

1. Які додаткові обстеження необхідно провести у хворих на муковісцидоз при одержанні граничних даних хлоридів поту (40-60 ммоль/л)?

A. ДНК-аналіз.

B. Бронхографію.

C. Бронхоскопію.

D. Комп'ютерну томографію.

2. Хворий 54 років скаржиться на задишку під час незначного фізичного навантаження, кашель із харкотинням, що важко відходить. Об'єктивно: дифузний ціаноз. Грудна клітка бочкоподібна. У легенях ослаблене дихання з подовженим видихом, сухі свистячі хрипи. АТ – 140/80 мм рт. ст., PS – 92/хв, ритмічний. Спірографія – ЖЄЛ/ФЖЄЛ – 65%, ОФВ1/ФЖЄЛ – 50%. Визначити тип дихальної недостатності.

A. Ритмічний тип дихальної недостатності (ДН) з переважанням рестрикцій.

В. ДН немає.

С. Обструктивний тип ДН.

Д. Рестриктивний тип ДН.

Е. Змішаний тип ДН з переважанням обструкцій

3. Хворий 52 років скаржиться на задишку, постійний кашель із виділенням зранку невеликої кількості прозорого мокротиння. З анамнезу відомо, що хворий палить протягом 20 років, кашель непокоїть протягом 10–15 років, задишка – 1 рік. Об'єктивно: частота дихання – 18/хв. При перкусії над легеньми коробковий звук, при аускультатії – дихання ослаблене. Рентгенологічно: двобічне симетричне підвищення прозорості тканини. Дані спірографії: ФЖЄЛ – 103%, ОФВ1 – 72%, індекс Тіффно – 62%, МВЛ – 79%. Дати оцінку результатам дослідження.

А. Порушення функції легень за рестриктивним типом.

В. Порушення функції зовнішнього дихання за обструктивним типом.

С. Порушення за змішаним типом.

Д. Порушення функції легень відсутні

4. Який препарат відноситься до групи холінолітиків :

А. Сальбутамол

В. Іpratропіуму бромід

С. Сальметерол

Д. Теофілін

5. У хворого з госпітальною пневмонією спостерігається періоральний ціаноз, помірна задишка, співвідношення пульсу до частоти дихання 2,5:1, ХОД підвищений, ЖЄЛ – знижена. Визначте ступінь дихальної недостатності.

А. I.

В. III.

С. II.

Д. IV.

6. У пацієнта 24 років раптово під час їжі виникло відчуття нестачі повітря, занепокоєня, болі у горлі, малопродуктивний кашель. Викликав бригаду "швидкої допомоги", доставлений у стаціонар. Об'єктивно: хворий неспокійний, ейфоричний, шкірні покриви вологі, бліді, легкий акроціаноз, частота дихальних рухів 25 за 1 хв, непродуктивний кашель, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи. У легень на видиху свистячі хрипи, діяльність серця ритмічна, пульс 110 за 1 хв, АТ – 150/90 мм рт. ст. Парціальний тиск у крові O₂ – 70 мм рт. ст., CO₂ 35 мм рт. ст. Виділити провідний синдром.

А. Дихальної недостатності.

Д. Інтоксикаційний.

В. Гіпертензивний.

Е. Серцевої недостатності.

С. Больовий.

7. Хвора 25 років, що страждає на бронхіальну астму, скаржиться на відчуття нестачі повітря, утруднення видиху і вдиху. Об'єктивно: стан середньої важкості, виражені ціаноз і акроціаноз, ЧДР 36 за 1 хв, дихання свистяче, непродуктивний кашель, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, у легенях вислуховується велика кількість сухих свистячих хрипів. АТ – 140/90 мм рт. ст., діяльність серця ритмічна, ЧСС – 110 за 1 хв, тони значно приглушені. Який ступінь вираженості легеневої недостатності?

А. I.

В. II.

С. III.

Д. IV.

Е. Відсутній.

8. Потерпілий 36 років доставлений до лікарні у збудженому стані, періодично відзначаються слухові галюцинації, марення. Рани обличчя і шиї. Виражений ціаноз і акроціаноз. Дихання прискорене, поверхнєве, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, частота дихальних рухів (ЧДР) 36 за 1 хв, діяльність серця ритмічна 130 за 1 хв, АТ – 150/95 мм рт. ст. Яке додаткове обстеження необхідне?

А. Рентгенографія органів грудної клітки.

В. Огляд ЛОР-органів.

С.. Визначення CO₂ і O₂.

Д. Дослідження функції зовнішнього дихання.

Е. Визначення центрального венозного тиску.

9. Пацієнт 45 років доставлений у невідомому стані з вулиці. Визначається запах алкоголю. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки ціанотичні. На шиї і грудній клітці є садина. Дихання поверхнєве, ЧДР 28 за 1 хв. У легенях – крепітація більше праворуч у нижніх відділах. Діяльність серця аритмічна, пульс 120 за 1 хв, АТ – 160/90 мм рт. ст. На ЕКГ – ритм синусовий, правильний, ЧСС 120 за 1 хв, депресія сегмента ST у відведеннях V3-V5 до 1 мм. Яка найбільш ймовірна причина розвитку ГДН?

А. Травма грудної клітки.

В. Гострий інфаркт міокарда.

С. Гостре порушення мозкового кровообігу.

Д. Пневмонія.

Е. Алкогольна інтоксикація.

10.. Який тип успадкування при муковісцидозі?

- A. Автосомно – рецесивний.
- B. Автосомно – домінантний.
- C. . Х-зчеплений домінантний.
- D. . Х-зчеплений рецесивний.

Задача 1. До вас на прийом звернулася мати з дитиною 8 років Людмилою С. зі скаргами на часті респіраторні захворювання. Кожного ранку спостерігається кашель з відходженням мокротиння. Мати відмічає, що хворіти респіраторними захворюваннями дівчинка почала з 2-місячного віку. Дитина знаходилася на стаціонарному лікуванні в дитячому відділенні ЦРЛ по 3-5 разів на рік. Захворювання мали затяжний характер. Кашель супроводжувався ціанозом, задишкою, мав кашлюкоподібний характер, але апное не було. Дитина неодноразово обстежувалася на кашлюк.

Алергологічний анамнез необтяжений. При виписці виставляли діагноз бронхопневмонії. При огляді дитини відмічаються астенична тілобудова, блідість шкіри, потовщення дистальних фаланг пальців, деформація нігтів. У легенях – перкуторно звук із коробковим відтінком. При аускультатії по аксиллярній лінії з двох боків – середньопухирцеві та дрібнопухирцеві хрипи. Частота дихання – 23 за хвилину. Живіт м'який, доступний пальпації. Випорожнення та сечовиділення – без особливостей. Про яке захворювання йдеться? Які ваші дії?

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Визначення поняття "саркоїдоз" та муковісцидоз
2. Етіологія СД, муковісцидозу
3. Патогенез СД, муковісцидозу
4. Класифікація СД, муковісцидозу
5. Оцінка важкості перебігу СД, муковісцидозу
6. Критерії діагностики СД, муковісцидозу
7. Сімейний анамнез
8. Рентгенологічна діагностика
9. Діагностика атипових форм СД, муковісцидозу
10. Базисна терапія хворих на СД, муковісцидозу
11. Профілактика СД, муковісцидозу

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.

3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми ОГК хворих
9. Набори лікарських препаратів
10. Пульсоксиметр

V Рекомендована література

Базова:

1. Очерки клинической пульмонологии. / под. ред. В.К.Гаврисюка. Київ, 2019-336с.
2. Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2019. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
4. Ідіопатичний легеневий фіброз: клініка, діагностика, лікування. / методичний посібник/ Ю.І.Фещенко, І.К.Гаврисюка, А.І.Ячника та інших. Київ, 2021-50с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2020 – 152 с.
2. Катеринчук П. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: «Системна склеродермія, дерматоміозит(поліоміозит), паранеопластичні артропатії. Особливості діагностики та лікування»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на системну склеродермію.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести Крок 3

1. Системна склеродермія це:

- A. асистемне захворювання, що характеризується генералізованими дегенеративно-склеротичними змінами сполучної тканини, шкіри, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів та вазоспастичними порушеннями;
- B. системне захворювання сполучної тканини, що характеризується ураженням поперечносмугастої мускулатури та шкірних покривів;
- C. захворювання, що обумовлене дефектом імунно-регулюючих процесів, які призводять до неконтрольованої продукції та відкладенню в тканинах патогенних ауто антитіл та імунних комплексів, що викликає полісиндромну патологію;
- D. захворювання, що викликане β-гемолітичним стрептококом групи А;
- E. генералізоване ураження судин з запаленням та некрозом судинної стінки.

2. Стадії розвитку склеродермії:

- A. початкова;
- B. . генералізована;
- C. субкомпенсації;
- D. . термінальна;
- E. . прихована.

3. Клініко-морфологічна характеристика уражень шкіри і судин при системній склеродермії включає:

- A. набряк;
- B. біндурація;
- C. гіпергідроз;
- D. синдром Рейно;
- E. . вазодилатація.

4. Клініко-морфологічна характеристика уражень легень при системній склеродермії включає:

- A. інтерстиційна пневмонія;
- B. бронхіальна астма;
- C. виникнення бронхоектазів;
- D. фіброзуючий альвеоліт;
- E. . плеврит.

5. Клініко-морфологічна характеристика уражень опорно-рухового апарату при системній склеродермії включає:

- A. поліартрит;
- B. контрактури;
- C. кальциноз;
- D. . остеоліз;
- E. . всі відповіді вірні.

6. CREST- синдром включає:

- A. . кальциноз, хвороба Вегенера, ураження стравоходу, склеродактилія, телеангіоектазії;
- B. . кальциноз, синдром Рейно, ураження стравоходу, склеродактилія, телеангіоектазії;
- C. . склеродактилія, геморагічний коліт, кальциноз, синдром CLC, телеангіоектазії;
- D. ураження стравоходу, кальциноз, телеангіоектазії, синдром Рейно, арахнодактилія;
- E. . склеродактилія, синдром Рейно, телеангіоектазії, інтерстиційний нефрит, кальциноз.

7. Патоморфологічні зміни стравоходу при системній склеродермії включають:

- A. . витончення слизової оболонки;
- B. . потовщення слизової оболонки
- C. збільшення маси колагену у підслизовому шарі;
- D. . збільшення маси колагену у серозній оболонці;
- E. зниження маси колагену.

8. До антифіброзних засобів відносяться:

- A. . метотрексат;
- B. . синкумар;
- C. піаскледин;
- D. гронідаз;
- E. діклофенак.

9. Препаратами першого ряду для лікування системної склеродермії є:

- A. . глюкокортикостероїди;
- B. . імунодепресанти;
- C. антифіброзні засоби;
- D. . протизапальні препарати;
- E. антиагреганти.

10. Хвора Н., 35 років, скаржиться на біль у суглобах, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, посиніння та оніміння кистей рук на холоді. Після обстеження було встановлено діагноз системної склеродермії. Яке ураження шкіри найбільш характерно для даного захворювання?

- A. еритема на відкритих ділянках по типу «декольте»;
- B. . еритема та періорбітальний набряк у вигляді окулярів;

- C. . еритема обличчя в ділянці виличних дуг;
- D. . щільний набряк та індурація шкіри обличчя, кистей, гомілок;
- E. . вузлувата еритема.

Ситуаційні задачі

Задача №1

Жінка 35 р. шліфувальниця, скаржиться на мерзлякуватість, похолодання та посиніння кінчиків пальців, тугорухомість у суглобах кистей, відчуття стягнутості шкіри обличчя та кистей. При огляді: амімія обличчя, звуження ротової щілини за типом "кисета". Шкіра на щоках та кистях потовщена, кінчики пальців рук бліді, холодні. Над легеньми коробочний звук, поодинокі сухі хрипи. Аналіз крові: ер. – $3,8 \times 10^{12}/л$, лейкоц. – $4,8 \times 10^9 /л$, ШОЕ – 25 мм/год, СРБ++.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які методи до обстеження необхідно призначити хворій?
3. Лікування.

Задача №2

Жінка 50 р. скаржиться на набряк кистей, зміну кольору шкірних покривів на обличчі та грудях, ускладнення проходження їжі. Хворіє 5 років. Під час огляду: ніс загострений, симетричне потовщення, натяг та індурація шкіри пальців. Над легеньми сухі хрипи; тони серця глухі, ритм неправильний, акцент II тону над легеневою артерією, ЧСС – 98/хв. У крові прискорена ШОЕ, гіпергаммаглобулінемія.

1. Який найбільш вірогідний основний механізм розвитку захворювання?
2. Ваш діагноз?
3. Лікування.

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття системної склеродермії,
2. Основні ризики розвитку системної склеродермії.
3. Сучасна класифікація інфекційного ендокартиту.
4. Оцінка функціональних методів діагностики системної склеродермії,
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу системної склеродермії,
6. Терапія системної склеродермії,
7. Прогноз та трудова експертиза системної склеродермії

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.

8. Рентгенограми суглобів, хребта.
9. Дані ультразвукового дослідження суглобів.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на системну склеродермію.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2018. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Яценко, С. В. Данилюк. - К., 2019 – 184 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук П. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: « Системні васкуліти. Вузликовий пери артеріїт. Диференційно-діагностичні критерії. Сучасні програми лікування.»

Загальна тривалість заняття 1,5 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на системні васкуліти.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	75 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	10 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційна задача:

До лікаря звернулася пацієнтка 35 років, в якої через два місяці після пологів виникли скарги на виражену загальну слабкість, втомлюваність, підвищення температури тіла до 37,5 °С, біль в м'язах, суглобах, ранкову скутість дрібних суглобів до 30 хвилин, припухлість в них, задишку при помірному фізичному навантаженні, серцебиття, біль за грудниною ниючого характеру, що не пов'язаний з фізичним навантаженням. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді. На шкірі обличчя відмічається симетричний еритематозний висип у вигляді метелика. ЧД – 17 за хв. Перкуторно над легеньми - притуплення. Аускультативно над легеньми жорстке дихання, дрібнопухирцеві хрипи. Тони серця послаблені, на верхівці визначається легкий систолічний шум. Пульс – 96 за хв. АТ 115/65 мм.рт.ст. Язик вологий. В порожнині рота відмічаються дрібні безболісні виразки. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. На шкірі ніг до рівня колін відмічаються геморагічні мілковогніщеві висипи розмірами 3 x 4 мм. Суглоби кистей та стоп набряклі, гіперемовані, шкіра над ними гаряча на дотик. ЗАК: ер. – $2,5 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 90 г/л, Le – $3,7 \cdot 10^9/л$, тромбоцити – $136 \cdot 10^9/л$. ШОЕ–56 мм/год. ЗАС: колір – солом'яно-жовтий, 1022, епітелій плоский 2-3 в полі зору, лейкоцити 4-6 в полі зору, еритроцити – не виявлені. Антинуклеарні антитіла – 1 : 1000. СРБ – 56 мг/л. Рентгенографія ОГК корені структурні, з обох сторін – вогнища ущільнення легеневої тканини. ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС 90 за хв. Вольтаж зубців знижений.

Рентгенографія суглобів кистей: рівномірне звуження суглобових щілин. УЗД серця: ознаки недостатності МК I ст. ФВ – 56%.

1. Ваш імовірний діагноз?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Яка лікувальна тактика?

Тести КРОК 3

1. З якими із зазначених чинників найчастіше пов'язаний розвиток системного червоного вовчака:

- A. з вірусним гепатитом, курінням;
- B. із загостренням хронічних вогнищ інфекції;
- C. з ангіною і переохолодженням;
- D. з пологами, інсоляцією, уживанням ліків;
- E. із псоріазом, кишковою чи сечо-статевою інфекцією.

2. Які клінічні прояви можуть бути в хворих на системний червоний вовчак:

- A. ендокардит;
- B. поліневрит;
- C. фіброзуєчий легенево-плевральний синдром;
- D. нефрит із нефротичним синдромом;
- E. все вище перелічене.

3. Найхарактернішими ураженнями шкіри при системному червоному вовчаку є:

- A. алопеція, виразковий стоматит;
- B. еритема на перенісці, вилицях, капілярити долонь;
- C. еритема і пері орбітальний набряк у вигляді окулярів;
- D. гіперпігментація, телеангіектазії;
- E. щільний набряк та індурація на обличчі, кистях, гомілкях.

4. Характерним ураженням легень при системному червоному вовчаку є:

пневмоніт;

- A. обструктивний бронхіт;
- B. бульозна емфізема;
- C. абсцес;
- D. саркоїдоз.

5. Le-клітини – це:

- A. лейкоцити з токсичною зернистістю;
- B. лімфоцити з чисельними вакуолями в цитоплазмі;
- C. нейтрофіли з фагоцитованими фрагментами ядер загиблих лейкоцитів;
- D. лімфоцити з фрагментами власної де полімеризованої ДНК;
- E. тканинні макрофаги, які фагоцитували імунні комплекси.

6. Лабораторно-діагностичні критерії при системному червоному вовчаку:

- A. наявність в крові Le-кліток;
- B. бпанцитопнія;
- C. протеїнурія, циліндрурія;
- D. анти – ДНК антитіла;
- E. все перелічене.

7. До II ступені активності системного червоного вовчака характерні наступні ознаки:

- A. дискоїдні вогнища на шкірі;
- B. ексудативна еритема;
- C. вогнищевий міокардит;
- D. нефротичний або сечовий синдром
- E. хронічний гломерулонефрит.

8. Виберіть необхідні рекомендації хворому на системний червоний вовчак:

- A. уникати ультрафіолетового опромінювання;
- B. вітаміни;
- C. антибіотики – лише по життєвим показникам;
- D. поєднати глюкокортикоїди далагил, плаквеніл;
- E. гіалуронідаза і лідаза по 64 ОД п/ш через день;

9. Абсолютними протипоказами для цитостатиків при системному червоному вовчаку є:

- A. вагітність;
- B. пізня стадія хвороби;
- C. супутній інфекційний процес в активній фазі;
- D. порушення функції печінки і нирок;
- E. наявність вогнищ хронічної інфекції;

10. Хвора 42 років страждає на системний червоний вовчак упродовж 4 років. Вживає преднізолон (10 мг) і далагил (250 мг). Два тижні тому після переохолодження підвищилась температура тіла, з'явилися біль у суглобах, еритематозна висипка, набряки на кінцівках і обличчі. За день до госпіталізації виникли судоми, мінуща непритомність. Аналіз крові: Нb – 92 г/л, ер. – $2,9 \times 10^{12}/л$, тромбоц. – $110 \times 10^9/л$, ШОЕ – 62 мм/год. Аналіз сечі: білок – 3,6 г/л, ер. – вкривають усе поле зору, л. – 6 – 10 у полі зору. Виберіть варіант адекватної терапії:

- A. збільшити дозу преднізолону та далагілу;
- B. пульс-терапія метилпреднізолоном та циклофосфамідом;
- C. НПЗП, азатіоприн;
- D. преднізолон, далагил, гепарин, пентоксифілін;
- E. НПЗП, курантил, гепарин, азатіоприн;

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття системних васкулітів
2. Основні ризики розвитку системних васкулітів
3. Сучасна класифікація системних васкулітів.
4. Оцінка функціональних методів діагностики системних васкулітів.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу системних васкулітів
6. Терапія системних васкулітів.
7. Прогноз та трудова експертиза при системних васкулітах..

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми суглобів, хребта.
9. Дані ультразвукового дослідження суглобів.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на системні васкуліти.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2018. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Ященко, С. В. Данилюк. - К., 2019 – 184 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2018– 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: Спондиліти (анкілозивний спондиліт, псоріатичний артрит, реактивні поліартрити).
Особливості діагностики та лікування

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на анкілозуючий спондилоартрит (АС), псоріатичний артрит, реактивні поліартрити, хворобу Рейтера.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	10 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	10 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт П., 38 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на біль у поперековому і грудному відділах хребта постійного характеру, біль у правому плечовому суглобі. Біль виникає чи посилюється при кашлі чи глибокому вдиху. Біль у ділянці хребта посилюється після фізичних навантажень, іррадіює в сідниці і по задній поверхні стегон. Ранкова скутість — близько години. Больові відчуття знімаються НПЗП, однак останнім часом інтенсивність больового синдрому значно зросла. Дані об'єктивного обстеження: загальний стан пацієнта задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Органи дихання, серцево-судинна система, сечостатева система — без особливостей. АТ — 120/85 мм рт.ст. ЧСС — 74 уд/хв. Обстеження опорно-рухового апарату: виражений грудний і шийний кіфоз, згладжений поперековий лордоз. Болючість при пальпації остистих відростків хребта. Об'єм рухів у шийному, грудному й поперековому відділах хребта обмежений: проба «підборіддя — груднина» — при максимальному нахилі не досягає груднини на 2–3 см, проба Отта (+) (2 см), проба Шобера (3 см). Напруженість м'язів спини (болючі валики, що простежуються в нижньогрудному й поперековому відділах хребта). Лабораторне обстеження: ЗАК: ер. — $3,2 \cdot 10^{12}/л$, Hb — 100 г/л, Le — $8,7 \cdot 10^9/л$, тромбоцити — $236 \cdot 10^9/л$. ШОЕ — 58 мм/год. ЗАС: колір солом'яно-жовтий, ПВ 1015, білок та цукор не виявлені. Епітелій плоский 1 – 2 в полі зору, лейкоцити 2 - 3 в полі зору, еритроцити – не виявлені. СРБ — 45 мг/л, фібриноген В –

6,5 г/л. HLA B27 – виявлено. При рентгенографії сакроілеальних з'єднань у пацієнта виявлено ущільнення замикаючих пластинок за рахунок субхондрального склерозу. Крижово-здухвинні з'єднання простежуються на всьому протязі. Відзначаються нечіткість контурів суглобових щілин, нерівномірне розширення суглобових щілин, поодинокі ерозії з обох сторін. Рентгенологічна картина відповідає II стадії двобічного сакроілеїту. При обстеженні грудного відділу хребта — звуження суглобових щілин. Осифікація передньої поздовжньої зв'язки, виражений дифузний остеопороз, анкілоз передніх відділів хребців.

1. Ваш імовірний діагноз?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Яка лікувальна тактика?

ЗАДАЧА № 2

До сімейного лікаря звернувся пацієнт Є., 42 років зі скаргами на виражений біль, набряк та припухлість в правому колінному та лівому гомілково-ступневому суглобах, біль та дискомфорт при сечовипусканні, підвищення температури тіла до 37,5 °С, загальну слабкість, втомлюваність.

Об'єктивно: шкіра і видимі слизові блідо рожевого кольору. Органи дихання, серцево-судинна система без особливостей. АТ — 130/85 мм рт.ст. ЧСС — 72 уд/хв. Обстеження опорно-рухового апарату: правий колінний суглоб та лівий гомілково-ступневий суглоби набряклі, шкіра над ними гіперемована, гаряча на дотик, пасивні рухи обмежені через сильний біль. Лабораторне обстеження: ЗАК: ер. – $3,9 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 145 г/л, Le – $11,3 \cdot 10^9/л$, тромбоцити – $296 \cdot 10^9/л$. ШОЕ – 49 мм/год. ЗАС: колір солом'яно жовтий, ПВ 1015, білок та цукор не виявлені. Епітелій плоский 1 – 2 в полі зору, лейкоцити 6-7 в полі зору, еритроцити – не виявлені. СРБ – 40 мг/л, фібриноген В – 4,5 г/л. HLA B27 – виявлено. Антитіла IgG до Chlamidia trachomatis – 1:512. Мікроскопія мазка з уретри: виявлено Chlamidia trachomatis.

1. Ваш імовірний діагноз?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Яка лікувальна тактика?

Тести КРОК 3

1. З появою яких симптомів (синдромів) збільшується вірогідність діагнозу АС?

- А. несиметричний артрит великих і середніх суглобів нижніх кінцівок
- В. біль в п'ятах
- С. передній увеїт
- Д. хвороба Крона, неспецифічний виразковий коліт
- Е. усе вище перелічене

2. Які клінічні симптоми використовують для визначення рухливості різних відділів хребта при АС?

- А. симптом «підборіддя-грудини»
- В. симптом Форестье
- С. симптом Отта
- Д. симптом Рейтера
- Е. симптом Лайма

3. Які зміни форми хребта характерні для АС?

- А. сколіоз
- В. кіфоз шийного відділу
- С. S - подібний сколіоз
- Д. гіперкіфоз грудного відділу
- Е. гіперлордоз поперекового відділу

4. Яка найбільш часта локалізація ентезитів при АС ?

- A. . ділянка п'ят
- B. . ліктьові та плечові суглоби
- C. . колінні суглоби
- D. . кульшові суглоби
- E. . усе вище перелічене

5. Які скарги виникають у хворих АС ?

альтернуючий біль в сідничних ділянках

- A. . біль триває тижні, проходять самостійно
- B. . біль триває роками, посилюється при ходінні
- C. . при пальпації в проекції крижово-клубових суглобів виявляється локальна болючість
- D. . альтернуючий біль в ногах

6. Де виникають ентезопатії при АС?

- A. . в крижово-клубових зчленуваннях
- B. . в надколінку
- C. . в вертлюгах стегнових кісток
- D. . в п'ятковій кістці (ахілодія, підшвовий фасцит)
- E. . усе вище перелічене

7. Яке ураження очей характерне для АС ?

- A. . гострий передній рецидивуючий увеїт
- B. . вторинна глаукома
- C. . катаракта
- D. . набряк зорового нерва
- E. . усе вище перелічене

8. Які покази до госпіталізації хворих АС?

- A. . контроль за станом хворого під час пульс-терапії глюкокортикоїдами
- B. . розвиток повної а-в блокади (з метою імплантації штучного водія ритму)
- C. . компресійні переломи хребта на тлі остеопорозу після травм
- D. . ускладнення, обумовлені приєднанням до АС неспецифічного виразкового коліту або хвороби Крона
- E. . усе вище перелічене

9. З якими хворобами необхідно диференціювати АС?

- A. . інфекційний спондилодисцит (деструкція тіл хребців і зниження висоти між хребцевого диску)
- B. . туберкульоз хребта
- C. . бруцельоз
- D. . малярія
- E. . усе вище перелічене

10. Яка медикаментозна терапія застосовується при АС ?

неселективні НПЗП

- A. . селективні НПЗП
- B. . глюкокортикоїди
- C. . базові препарати (сульфасалазин)
- D. . усе вище перелічене

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття анкілозуючий спондилоартрит, псоріатичний артрит, реактивна артропатія, хвороба Рейтера.
2. Основні ризики розвитку анкілозуючий спондилоартриту, псоріатичний артрит, реактивної артропатії, хвороби Рейтера.

3. Сучасна класифікація анкілозуючий спондилоартриту, псоріатичний артрит, реактивної артропатії, хвороби Рейтера.
4. Оцінка функціональних методів діагностики анкілозуючий спондилоартриту, псоріатичний артрит, реактивної артропатії, хвороби Рейтера.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу анкілозуючий спондилоартриту, псоріатичний артрит, реактивної артропатії, хвороби Рейтера.
5. Терапія анкілозуючий спондилоартриту, псоріатичний артрит, реактивної артропатії, хвороби Рейтера.
6. Прогноз та трудова експертиза у хворих на анкілозуючий спондилоартрит, псоріатичний артрит, реактивну артропатію, хвороби Рейтера.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми суглобів, хребта.
9. Дані ультразвукового дослідження суглобів.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на анкілозуючий спондилоартрит.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОПІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2018. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Яценко, С. В. Данилюк. - К., 2019 – 184 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019– 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Тема: «Системний червоний вовчак. Особливості діагностики та лікування.»

Загальна тривалість заняття 1,5 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на системний червоний вовчак.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <div>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</div> <div>Тестовий контроль КРОК 3</div>	75 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	10 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційна задача:

До лікаря звернулася пацієнтка 35 років, в якій через два місяці після пологів виникли скарги на виражену загальну слабкість, втомлюваність, підвищення температури тіла до 37,5 °С, біль в м'язах, суглобах, ранкову скутість дрібних суглобів до 30 хвилин, припухлість в них, задишку при помірному фізичному навантаженні, серцебиття, біль за грудниною ниючого характеру, що не пов'язаний з фізичним навантаженням. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді. На шкірі обличчя відмічається симетричний еритематозний висип у вигляді метелика. ЧД – 17 за хв. Перкуторно над легеньми - притуплення. Аускультативно над легеньми жорстке дихання, дрібнопухирцеві хрипи. Тони серця послаблені, на верхівці визначається легкий систолічний шум. Пульс – 96 за хв. АТ 115/65 мм.рт.ст. Язик вологий. В порожнині рота відмічаються дрібні безболісні виразки. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка не виступає з-під реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. На шкірі ніг до рівня колін відмічаються геморагічні мілковогнищеві висипи розмірами 3 x 4 мм. Суглоби кистей та стоп набряклі, гіперемовані, шкіра над ними гаряча на дотик. ЗАК: ер. – $2,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 90 г/л, Le – $3,7 \cdot 10^9/л$, тромбоцити – $136 \cdot 10^9/л$. ШОЕ–56 мм/год. ЗАС: колір – солом'яно-жовтий, 1022, епітелій плоский 2-3 в полі зору, лейкоцити 4-6 в полі зору, еритроцити – не виявлені. Антинуклеарні антитіла – 1 : 1000. СРБ – 56 мг/л.

Рентгенографія ОГК: корені структурні, з обох сторін – вогнища ущільнення легеневої тканини. ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС 90 за хв. Вольтаж зубців знижений. Рентгенографія суглобів кистей: рівномірне звуження суглобових щілин. УЗД серця: ознаки недостатності МК I ст. ФВ – 56%.

1. Ваш імовірний діагноз?
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Яка лікувальна тактика?

Тести КРОК 3

1. З якими із зазначених чинників найчастіше пов'язаний розвиток системного червоного вовчака:

- А. з вірусним гепатитом, курінням;
- В. із загостренням хронічних вогнищ інфекції;
- С. з ангіною і переохолодженням;
- Д. з пологами, інсоляцією, уживанням ліків;
- Е. із псоріазом, кишковою чи сечо-статевою інфекцією.

2. Які клінічні прояви можуть бути в хворих на системний червоний вовчак:

- А. ендокардит;
- В. поліневрит;
- С. фіброзуєчий легенево-плевральний синдром;
- Д. нефрит із нефротичним синдромом;
- Е. все вище перелічене.

3. Найхарактернішими ураженнями шкіри при системному червоному вовчаку є:

- А. алопеція, виразковий стоматит;
- В. еритема на перенісці, вилицях, капилярита долонь;
- С. еритема і пері орбітальний набряк у вигляді окулярів;
- Д. гіперпігментація, телеангіектазії;
- Е. щільний набряк та індурація на обличчі, кистях, гомілках.

4. Характерним ураженням легень при системному червоному вовчаку є:
пневмоніт;

- А. обструктивний бронхіт;
- В. бульозна емфізема;
- С. абсцес;
- Д. саркоїдоз.

5. Le-клітини – це:

- А. лейкоцити з токсичною зернистістю;
- В. лімфоцити з чисельними вакуолями в цитоплазмі;
- С. нейтрофіли з фагоцитованими фрагментами ядер загиблих лейкоцитів;
- Д. лімфоцити з фрагментами власної де полімеризованої ДНК;
- Е. тканинні макрофаги, які фагоцитували імунні комплекси.

6. Лабораторно-діагностичні критерії при системному червоному вовчаку:

- А. наявність в крові Le-кліток;
- В. бланцитопнія;
- С. протеїнурія, циліндрурія;
- Д. анти – ДНК антитіла;
- Е. все перелічене.

7. До II ступені активності системного червоного вовчака характерні наступні ознаки:

- А. дискоїдні вогнища на шкірі;
- В. ексудативна еритема;
- С. вогнищевий міокардит;
- Д. нефротичний або сечовий синдром

Е. хронічний гломерулонефрит.

8. Виберіть необхідні рекомендації хворому на системний червоний вовчак:

- А. уникати ультрафіолетового опромінювання;
- В. вітаміни;
- С. антибіотики – лише по життєвим показникам;
- Д. сочетати глюкокортикоїди делагил, плаквеніл;
- Е. гіалуронідаза і лідаза по 64 ОД п/ш через день;

9. Абсолютними протипоказами для цитостатиків при системному червоному вовчаку є:

- А. вагітність;
- В. пізня стадія хвороби;
- С. супутній інфекційний процес в активній фазі;
- Д. порушення функції печінки і нирок;
- Е. наявність вогнищ хронічної інфекції;

10. Хвора 42 років страждає на системний червоний вовчак упродовж 4 років. Вживає преднізолон (10 мг) і делагил (250 мг). Два тижні тому після переохолодження підвищилась температура тіла, з'явилися біль у суглобах, еритематозна висипка, набряки на кінцівках і обличчі. За день до госпіталізації виникли судоми, мінуща непритомність. Аналіз крові: Нб – 92 г/л, ер. – $2,9 \times 10^{12}/л$, тромбоц. – $110 \times 10^9/л$, ШОЕ – 62 мм/год. Аналіз сечі: білок – 3,6 г/л, ер. – вкривають усе поле зору, л. – 6 – 10 у полі зору. Виберіть варіант адекватної терапії:

- А. збільшити дозу преднізолону та делагілу;
- В. пульс-терапія метилпреднізолоном та циклофосфамідом;
- С. НПЗП, азатіоприн;
- Д. преднізолон, делагил, гепарин, пентоксифілін;
- Е. НПЗП, курантил, гепарин, азатіоприн;

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття системний червоний вовчак.
2. Основні ризики розвитку системного червоного вовчака.
3. Сучасна класифікація системного червоного вовчака.
4. Оцінка функціональних методів діагностики системного червоного вовчака.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу системного червоного вовчака.
6. Терапія системного червоного вовчака.
7. Прогноз та трудова експертиза при системному червоному вовчаку.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми суглобів, хребта.
9. Дані ультразвукового дослідження суглобів.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на СЧВ.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2019. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Яценко, С. В. Данилюк. - К., 2019 – 184 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

Професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: «Основи фармакотерапії захворювань органів травлення, Клінічна фармакологія препаратів що застосовуються для лікування пацієнтів із захворюваннями органів травлення»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: засвоїти сучасну фармакологію лікарських засобів, які використовують при кислото-залежних захворюваннях, засвоїти клінічну фармакологію препаратів, що стимулюють гастроінтестинальну моторику, антидіарейних, проносних та протиблювотних засобів, засвоїти сучасні принципи раціонального застосування ентеросорбентів, пробіотиків та пребіотиків, засвоїти клінічну фармакологію препаратів для лікування запальних захворювань кишечника

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести

Варіант №1,6

1. Які побічні явища характерні для антацидів, що містять алюмінію гідроксид?

- А. Закрепи
- В. Ниркова недостатність
- С. Проноси
- Д. Гіперчутливість
- Е. Затримка рідини

2. Показами до застосування антагоністів гістамінових H₂ рецепторів не є:

- А. ГЕРХ
- В. Пептична виразка
- С. Функціональна диспепсія
- Д. Профілактика кровотеч, спричинених стрес-індукованим гастритом

Е. Ерадикація НР

3. Побічні дії інгібіторів протонного насоса є:

- А. Вплив на всмоктування В₁₂
- В. Кишкова метаплазія
- С. Рак шлунку
- Д. Пневмонія
- Е. Вторинні виразки шлунку

4. До протидіарейних засобів не відносять:

- А. Лоперамід
- В. Октреотид
- С. Лактулозу
- Д. Соматостатин
- Е. Колестипол

5. Побічні дії сульфасалазину включають:

- А. Спастичний біль у животі
- В. Супресія кістового мозку
- С. Гіперчутливість
- Д. Кишкові кровотечі
- Е. Гостре ураження нирок

6. Вкажіть показання до призначення ферментів підшлункової залози:

- А. Хронічний панкреатит
- В. Панкреатектомія
- С. Хронічний гастрит
- Д. Тотальна гастректомія
- Е. Муковісцидоз

7. Фармакотерапія печінкової енцефалопатії при цирозі печінки включає призначення:

- А. Лактулози
- В. Рифаксиміну
- С. Цефтриаксону
- Д. Орнітину-аспартату
- Е. Петлевих діуретиків

8. Для профілактики інфікування асцитичної рідини при цирозі печінки призначають:

- А. Метронідазол
- В. Ампіцилін
- С. Ципрофлоксацин
- Д. Хлорамфенікол
- Е. Цефтриаксон

Задача №1. Хворому М., 45 років, який страждає на атрофічний гастрит, асоційований з НР, була проведена ерадикаційна терапія (пантопразол, кларитроміцин, амоксицилін). Через 2 тижні після завершення лікування 13С-уреазний тест позитивний.

1. Оцініть ситуацію
2. Яка тактика подальшого ведення хворого?

Задача №2. Хворий І., 38 років, протягом 5 років страждає на неспецифічний виразковий коліт. Протягом останніх 9 місяців приймає метотрексат 25 мг/тиждень, месалазін 4 г/добу. В зв'язку з погіршенням стану та посиленням клінічної симптоматики 4 тижні тому був призначений метилпреднізолон 24 мг/день. Наразі стілець 4-5 разів на добу з видимими домішками крові у половині порції стільця, ендоскопічно – виражена гіперемія, контактна кровоточивість, ульceraція протягом 30 см вище анального сфінктеру.

1. *Оцініть ситуацію*
2. *Яка подальша тактика ведення хворого?*

Задача №3. Хвора П., 47 років, тривалий час страждає на цироз печінки, ускладнений асцитом. 2 місяці тому перенесла масивну кровотечу з варикозних вен стравоходу. Отримує спіронолактон 200 мг/день, фуросемід 40 мг/день.

1. *Оцініть клінічну ситуацію та обсяг медикаментозної терапії*
2. *Яка подальша тактика ведення хворої?*

III.. Контрольні питання для слухачів:

- характеристика лікарських засобів, які використовують при кислото-залежних захворюваннях
- характеристика лікарських засобів, що стимулюють гастроінтестинальну моторику, антидіарейних, проносних та протиблювотних засобів
- застосування ентеросорбентів, пробіотиків та пребіотиків у хворих з патологією органів травлення
- характеристика лікарських засобів для лікування запальних захворювань кишечника

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. УЗД ОЧП з захворюваннями даної тематики
4. КТ ОЧП з патологією даної тематики
5. Результати біохімічних досліджень кров, сечі, калу за даної тематики.

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.
5. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті В у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.06.2019 № 613
6. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті С у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18.07.2019 № 729.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2021 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2020. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Захворювання кишечника (синдром надлишкового бактеріального росту, синдром подразненого кишечника, целиакія). Особливості діагностики та лікування. Клінічна фармакологія препаратів.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: засвоїти сучасні погляди на діагностику і лікування целиакії, синдрому надлишкового бактеріального росту

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі

Задача №1. Пацієнтка С. 22 років направлена в стаціонар для обстеження зі скаргами на виражену слабкість, діарею до 3-4 разів на добу, стілець кашкоподібний, без патологічних домішок, зниження маси тіла на 5 кг за 6 місяців, болі в навколопупкової ділянці, сухість у роті, постійну спрагу.

Пацієнтка вважає себе хворою протягом 6 років, коли вперше з'явилася діарея до 5-6 разів на добу, почала знижуватись вага, з'явилися набряки на ногах. Періодично приймала протидіарейні препарати, після чого відбувалась короткочасна нормалізація стільця. Пацієнтка відзначає, що порушення стільця з'являлися після вживання в їжу молочних продуктів, хлібобулочних виробів, макаронів, каш та припиняється після їх виключення. Обстежувалась у інфекціоніста - інфекційна патологія виключена. З анамнезу відомо, що впродовж 6 років хворіє на аутоімунний тиреоїдит.

Загальний огляд. Стан середнього ступеня тяжкості за рахунок вираженої слабкості, свідомість ясна. Зріст - 163 см, вага - 45 кг. Шкірні покриви бліді, чисті Лімфовузли безболісні, не збільшені. Язик сухий, обкладений біля кореня білим налетом. АТ - 100/70 мм рт. ст., ЧСС - 75 ударів в хвилину, пульс ритмічний. Живіт при пальпації м'який, бере участь в акті дихання, болючий в епігастральній, навколопупкової ділянці. Печінка, селезінка не збільшені. Визначаються незначна пастозність гомілок і ступнів.

Лабораторні дослідження: гемоглобін - 89 г / л, еритроцити - $3,72 \times 10^{12}$ / л, лейкоцити - 6,1

× 109 / л, тромбоцити - 266 × 109 / л, ШЗЕ - 34 мм / год. Аналіз сечі - без особливостей. Реакція калу на приховану кров - негативна. натрій - 137 мкмоль / л, калій - 4,3 мкмоль / л, креатинін - 44 мкмоль / л, сечовина - 4,3 мкмоль / л, загальний білок - 51 г / л, антитіла до тканинної трансглютамінази (tTG) в крові класу IgA та IgA не виявлені.

Консультація проктолога: скарги на періодичну діарею, часом з домішкою слизу. Проведена ректороманоскопія. Патологічних змін не виявлено.

1. *Сформулюйте попередній діагноз.*
2. *Як синдроми розвинулись у хворої?*
3. *Складіть план додаткового обстеження.*
4. *Складіть план лікування.*

Задача №2.

Студентка 21 років звернулася в поліклініку зі скаргами на періодичну діарею, біль і здуття живота протягом останніх 6 місяців, незрозумілу втрату ваги (близько 8 кг). Помітила, що діарея стає не такою вираженою, якщо вона припиняє вживати в їжу хліб. Також стурбована висипом на розгинальних поверхнях обох ліктів, що свербить та невеликими крововиливами в шкіру, що виникають спонтанно. Зазначає, що почала відчувати загальну слабкість і нездужання останній місяць.

При огляді температура тіла - 36,8 ° С, ЧСС - 80 ударів на хвилину, АТ - 115/75 мм рт. ст., ЧДД - 16 в хвилину. З анамнезу відомо, що хворіє на ЦД 1 типу

За даними загального аналізу крові, сироваткового заліза, феритину, вільного трансферину, встановлена залізодефіцитна анемія.

1. *Який діагноз можна припустити у хворої та яка його етіологія і патогенез?*
2. *Які зміни стільця характерні для даного захворювання?*
3. *Назвіть і опишіть синдром, що розвивається при тривалому неконтрольованому перебігу даного захворювання?*
4. *Які дослідження необхідно виконати для підтвердження діагнозу захворювання?*
5. *Які основні принципи лікування даного захворювання?*

Тести КРОК 3

1. *Синдром надлишкового бактеріального росту це:*

- А. Збільшення кількості та/або паталогічний тип бактерій в товстому кишківнику
- В. Зменшення кількості та/або паталогічний тип бактерій в тонкому кишківнику
- С. Зменшення кількості та/або паталогічний тип бактерій в товстому кишківнику
- Д. Збільшення кількості та/або паталогічний тип бактерій в тонкому кишківнику
- Е. Жодна відповідь не вірна

2. *Які продукти можуть викликати симптоми целіакії:*

- А. Гречка
- В. Рис
- С. Пшениця
- Д. Ячмінь
- Е. Жито

3. *До найбільш важливих етіологічних факторів СНБР відносять:*

- А. Порушення захисних бактеріальних механізмів
- В. Анатомічні порушення
- С. Порушення моторики
- Д. Порушення секреції
- Е. Всі відповіді вірні

4. До симптомів целиакії у дорослих відносять всі, крім:

- A. Блювання
- B. Втрата ваги
- C. Хронічна діарея
- D. Залізодефіцитна анемія
- E. гіпопротеїнемічні набряки

5. Втрата толерантності до глютену може відбутись у:

- A. Дитячому віці
- B. Підлітковому віці
- C. Зрілому віці
- D. Старечому віці.
- E. Будь-якому віці

6. Основними клінічними симптомами СНБР є:

- A. Хронічна стеаторея і мегалобасна анемія
- B. Хронічна діарея і нормохромна анемія
- C. Хронічна стеаторея і залізодефіцитна анемія
- D. Жодна відповідь не вірна
- E. Всі відповіді вірні

7. Найбільш характерними гістологічними змінами у пацієнтів з целиацією є всі, крім:

- A. Підвищена щільність інтраепітеліальних лімфоцитів ($> 25/100$ епітеліальних клітин)
- B. Криптова гіперплазія з підвищеним співвідношенням ворсинки/крипти
- C. Спотворення архітектури крипт
- D. Притуплення, або атрофічні ворсинки
- E. інфільтрація мононуклеарних клітин у власну пластинку

8. Золотим стандартом діагностики СНБР (синдрому надмірного бактеріального росту) є:

- A. Водневі дихальні тести
- B. Мікробіологічне дослідження аспірата порожньої кишки
- Г. Визначення вмісту коротколанцюгових жирних кислот в аспіраті порожньої кишки
- D. Визначення неконюгованих сироваткових жовчних кислот
- E. Визначення рівня екскреції з сечею p-амінобензойної кислоти

9. Які ендоскопічні знахідки можуть бути виявлені у пацієнтів з підозрою на целиацію:

- A. Фестончастість дуоденальних складок
- B. Глибокі складки слизової оболонки, щільовидні виразки-тріщини
- C. Тріщини на складках і мозаїчний вигляд слизової
- D. Зменшення кількості складок, або їх зникнення
- E. Гранулярний вигляд цибулини 12-палої кишки

10. Біопсія при целиакії має бути виконана:

- A. В період, коли пацієнт отримує безглютенову дієту впродовж не менше 2 тижнів
- B. В період, коли пацієнт отримує дієту, що містить глютен (не менше 6 грамів глютену на добу впродовж 1 тижня)
- C. В період, коли пацієнт отримує дієту, що містить глютен (не менше 3 грамів глютену на добу впродовж 2 тижнів)
- D. Жодна відповідь не вірна.

III.. Контрольні питання для слухачів:

- Целіакія: визначення, етіологія, патогенез, діагностика та лікування
- Синдром надлишкового бактеріального росту: визначення, етіологія, діагностика та лікування.
- Диференційна діагностика целіакії, синдрому надлишкового бактеріального росту.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2021. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2021. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Запальні захворювання міокарда (міокардит, міокардіофіброз). Діагностичні критерії та методи лікування»

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: засвоїти диференційну діагностику стенокардії з різними кардіалгіями, визначити тактику лікаря при стенокардії та різних варіантах кардіалгій на догоспітальному етапі.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	10 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	100хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	30 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1

Хворий В., 60 років, 2 тижні назад з'явився сильний біль у нижній щелепі, поступово приступи болю частішали, в останні дні до 10-15 разів на добу. Теплі полоскання, анальгін не допомагають. Зубний лікар виявив ліворуч каріозний зуб, але сказав, що біль зумовлений якоюсь іншою причиною й направив хворого до невропатолога.

- ✓ *Ваші запитання до хворого?*
- ✓ *Під час огляду виник черговий приступ. Ваші дії?*
- ✓ *Ваша подальша лікарська тактика?*

Задача №2

Хвора А., 37 років, надійшла в клініку по направленню дільничного лікаря зі скаргами на ниючий біль в області серця, що віддає в ліве плече, під ліву лопатку, задишку при фізичному навантаженні, перебої в області серця в положенні лежачи. Протягом 3 років хворіла хронічним аднекситом, рік тому виявлена фіброміома матки. В анамнезі 8 вагітностей, з них 7 штучно перервані.

При огляді: стан задовільний, температура нормальна, пульс 80 в 1 хв., ритмічний, лабільний. АТ 120/70 мм рт. ст. Ліва границя відносної тупості серця зміщена вліво на 1,5 см. від лівої серединно-ключичної лінії. Тони серця ослабленої звучності. В інших органах змін не виявлено.

Дані ЕКГ: зниження зубця Т у V₁-У₃, одиничні шлуночкові екстрасистоли.

Дані лабораторних і рентгенологічних досліджень без відхилень від норми. Визначаються емоційна лабільність, плаксивість, безсоння, дратівливість.

- ✓ *Ваш попередній діагноз (обґрунтуйте його)?*
- ✓ *Як можна пояснити зміни на ЕКГ?*

Задача №3

Хвора Н., 26 років, скаржиться на біль у грудній клітці без іррадіації, серцебиття, перебої в діяльності серця. Біль у лівій половині грудної клітки ниючий, триває близько 20 хв., проходить самостійно. Ці симптоми хвора відзначає багато років. Близько 5 років спостерігалася ревматологом із приводу діагнозу «ревматизм, мітральна вада серця». У зв'язку із цим перебувала на інвалідності протягом 3 років. У цей час направлена в клініку з діагнозом «вроджена вада серця».

При огляді: хвора астеничної статури, зниженого харчування. Ціанозу, набряків немає. Пульс 88 в 1 хв. АТ 110/70 мм рт. ст. Перкуторно границі серця зміщені вліво на 2 см. І тон збережений відзначається систолічне «клацання», систолічний шум.

Дані ЕКГ: ритм синусовий, зниження амплітуди зубців Т у стандартних і лівих грудних відведеннях. На ФКГ над верхівкою систолічний шум у другій фазі систоли, досягає II тон, систолічний "клич" перед шумом.

Рентгенологічно розміри серця не збільшені. Змін при клінічному аналізі крові, сечі не виявлено.

- ✓ *Ваш діагноз?*
- ✓ *Які додаткові дослідження необхідні?*
- ✓ *Які захворювання слід виключити?*
- ✓ *Ваша лікарська тактика?*

1. Юнак 16-ти років скаржиться на швидку втому, біль у ділянці серця, серцебиття, перебої в роботі серця, відчуття нестачі повітря, затерпільсть, похолодання кінцівок. Об'єктивно: хворий астеничної будови тіла. Межі серця не збільшені. Тони звучні, на верхівці – систолічний шум без іррадіації. На ЕКГ – синусова тахікардія. Який діагноз у хворого?

- A. НЦД по кардіальному типу
- B. Тонзіллогенний міокардит
- C. Міокардіодистрофія
- D. Міокардит
- E. Дефект міжшлуночкової перетинки

2. Хвора 49 років, скаржиться на біль у серці, швидку втомлюваність, розгубленість. Біль виник 3 роки назад і пов'язаний з порушенням менструального циклу, появою "приливів". Об'єктивно: серце не збільшене, тони приглушені. АТ 155/90 мм рт.ст. ЕКГ: зглаженість зубців Т у V5-V6. На повторній ЕКГ – без динаміки. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Стенокардія напруги
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Дисгормональна міокардіодистрофія
- D. Нейро-циркуляторна дистонія
- E. Міокардитичний кардіосклероз

3. Хворий 30 років, футболіст, після чергового тренування втратив свідомість. До цього виникали епізоди тиснучого болю за грудниною, перебої в діяльності серця. Батько хворого раптово помер від невідомої причини у віці 44 років. АТ-120/70 мм рт.ст. Межі серця не розширені, на верхівці вислуховується 4-й тон серця; 1-й і 2-й тони не змінені. По лівому краю груднини та на основі серця - систолічний шум, інтенсивність якого зростає під час проби Вальсальви. Клінічні аналізи, рентгенологічне дослідження грудної клітки без особливостей. ЕКГ: вольтажні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка з переважанням (глибокі від'ємні зубці Т у відведеннях I, aVL, V5- V6). Який попередній діагноз?

- A. Гіпертрофічна кардіоміопатія
- B. ІХС. Інфаркт міокарда
- C. Стеноз гирла аорти
- D. Спортивне серце
- E. Дилатаційна кардіоміопатія

4. Хворий 46 років скаржиться на майже постійні болі в ділянці серця з іррадіацією в ліву лопатку, руку. Раніше болі виникали, коли доводилось працювати з піднятими руками. В останній час стали з'являтися в ліжку, особливо при різкому повороті. При пальпації в паравертебральних зонах виражена болючість з іррадіацією болю в серце. Який попередній діагноз?

- A. Остеохондроз шийно-грудного відділу хребця
- B. Плечелопатковий періартрит
- C. Стенокардія напруження
- D. Анкілозуючий спонділіт
- E. Синдром Тітце

5. Хвора 28 років, скаржиться на задишку, біль у ділянці серця, слабкість, підвищення температури до 38,3°C. Своє захворювання пов'язує з перенесеною 10 днів тому пневмонією. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, ціаноз губ. АТ – 110/70 мм рт. ст. ЧД - 24/хв. Над легеньми – дихання везикулярне. Межі серця не розширені, тони ослаблені, у III-IV міжребер'ї зліва біля краю грудини систоло-діастолічний шум м'якого тембру. ЧСС, пульс - 96/хв. Печінка +1 см. У крові: Л - $11,2 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ - 38 мм/год.

Вкажіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Ревматична вада серця
- B. Інфекційно-алергічний міокардит
- C. Гострий фібринозний перикардит
- D. Гострий плеврит
- E. Ексудативний перикардит

6. Хвора 45 років, скаржиться на колючий біль в ділянці серця зліва від грудини з іррадіацією в ліву руку, чіткої залежності від фізичного навантаження встановити не може. Вісім років хворіє на хронічний тонзиліт з частими загостреннями. На ЕКГ: негативний зубець Т у відведеннях V_1 - V_3 . Дані ЕхоКГ відповідають віковій нормі. При проведенні велоергометрії зубець Т став позитивним. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. НЦД
- B. Дисметаболічна кардіоміопатія
- C. Ревматизм, латентний перебіг, ревмокардит
- D. Стенокардія напруження, II ФК
- E. Клімактерична кардіоміопатія

7. Жінка 65 років, скаржиться на ниючий біль у ділянці серця, головний біль, запаморочення, шум у вухах. Впродовж 6 років виявляється підвищення АТ. Об'єктивно: пульс - 64/хв., ритмічний, напружений, АТ - 170/70 мм рт. ст. Акцент II тону та систолічний шум у другому міжребер'ї справа від грудини, позитивний синдром Сиротініна-Куковерова. З боку і інших органів – без особливостей. Попередній діагноз:

- A. Атеросклероз аорти
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Коарктація аорти
- D. Сифілітичний мезоартит
- E. Субаортальний стеноз

8. Хвора 45 років, скаржиться на біль у ділянці серця тиснучого характеру, не зв'язаний з фізичним навантаженням, тривалістю до однієї години, приливи жару, підвищену роздратованість, порушення менструального циклу. Щоденно випиває 50 грамів виноградного вина. Маса тіла хворої – 62 кг. Для зменшення (ліквідації) симптомів Ви порекомендуєте:

- A. Нітросорбід
- B. Седуксен
- C. Рибоксин
- D. Верапаміл
- E. Аспаркам

9. Хворий 59 р., скаржиться на задишку, біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку при навантаженні, раптову втрату свідомості. Шкіра бліда. Розширення меж серця на 1 см вліво. Серцеві скорочення ритмічні, тони ослаблені, в V точці грубий систолічний шум, який проводиться на судини шиї. АТ - 110/95 мм рт. ст., Ps - 64/хв., малий, повільний. ЕКГ: Rv₅-v₆ - 26 мм, депресія - ST у V₅-V₆. Яка найбільш вірогідна патологія у хворого?

- A. Інфаркт міокарда бокової стінки без зубця Q
- B. Субаортальний стеноз
- C. Аортальний стеноз
- D. Незарощення боталової протоки
- E. Стабільна стенокардія напруги

10. Жінка 48 р., на 12-й день після екстирпації матки з придатками скаржиться на тривалий пекучий біль у ділянці серця, серцебиття, відчуття нестачі повітря. Об'єктивно: підвищена вгдованість. Везикулярне дихання, ЧД – 18/хв. Тони серця приглушені, ЧСС – 94/хв., АТ – 160/90 мм рт. ст. У крові – гемоглобін - 105 г/л, Л - 5,6x10⁹/л, ШОЕ 32 мм/год. На ЕКГ: депресія Tv₂-v₄ (до 3 мм). Укажіть найбільш імовірний діагноз.

- A. Нейроциркуляторна дистонія
- B. Інфаркт міокарда без зубця Q
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Анемічна міокардіодистрофія
- E. Дисгормональна кардіопатія

III. Контрольні питання для слухачів:

Структура основних причин болю в ділянці серця.

Основні патогенетичні ланки розвитку кардіалгій при міокардиті

Диференційна діагностика стенокардії та різними варіантами кардіалгій.

Тактика лікаря при стенокардії та різних варіантах кардіалгій на догоспітальному етапі.

Алгоритми надання невідкладної допомоги при стенокардії та різних кардіалгіях на догоспітальному етапі.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор
2. Презентації та відеофільми
3. Тонometr (механічний та електронний)
4. Інструментальне забезпечення для добового моніторингу АТ
5. Результати добового моніторингу АТ
6. Результати біохімічних досліджень крові: ліпідограма, креатин, сечовина, цукор крові, гліколізований гемоглобін
7. Лінійка для розрахунку ШКФ

8. Результати ЕхоКТ, доплерсонографії

V Рекомендована література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ : МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2019. - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)
2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2019 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
4. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.
2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019– 152 с.
3. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

Професор ЗВО Леся РАСПУТИНА

Тема: «Захворювання печінки (хронічні гепатити, неалкогольна жирова хвороба печінки, алкогольна хвороба печінки). Особливості діагностики та лікування.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на хронічні гепатити.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі

Задача 1. Хвора М. – 45 років, звернулася до лікаря зі скаргами слабкість, знижений апетит, важкість в правому підребер'ї. Об'єктивно: шкіра та слизових оболонок звичайного кольору, печінка на 2 см нижче реберної дуги, край її загострений, болючий. З анамнезу відомо, що 2 роки тому перенесла гострий гепатит В. У сироватці крові наявні наступні маркери: HBs-Ag, ДНК HBV.

1. Який діагноз найбільш ймовірний?
2. Які додаткові методи обстеження необхідні для підтвердження діагнозу?
3. План лікування.

Задача №2

Пацієнтка Д., 32 роки, лікар-стоматолог, скаржиться на виражену слабкість, швидку стомлюваність, зниження працездатності. Зазначені скарги тривають протягом півтора років, з'явилися безвидимої причини поступово нарастають. Анамнестичних даних про вживання алкоголю і перенесений вірусний гепатит не отримано. При огляді: стан середньої тяжкості. Температура тіла 36,8 ° С. Шкірні покриви і слизові бліді, іктеричні, сухі. ЧД - 16 за хвилину. При аускультатії легень дихання везикулярне. Тони серця ясні, шумів немає. ЧСС - 80 на хвилину, ритмічний, АТ 120/60 мм рт.ст. Живіт округлої форми, при пальпації - м'який, чутливий в правому підребер'ї. Розміри печінки за Курловим: 10х9х8 см. Нижній край печінки злегка закруглений, гладкий, м'який, чутливий.

Селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Периферичних набряків немає

Загальний аналіз крові: рівень гемоглобіну -115 г/л, еритроцити - $3,9 \times 10^{12}$ /л, колірний показник -0,88, лейкоцити - $8,8 \times 10^9$ /л, п/я -1%, с/я -74%, еозинофіли -2%, моноцити -4%, лімфоцити -19%. ШОЕ -30 мм/год.

Загальний аналіз сечі: без патологічних змін. Біохімічний аналіз крові: загальний білок -70 г/л. Електрофорез білкових фракцій: альбуміни -45%, α_1 -глобулін -5%, α_2 -глобулін -9%, β -глобулін -13%, γ -глобулін -28%, креатинін -135 мкмоль/л, калій -4 екв/л, загальний білірубін -46 мкмоль/л, прямий білірубін -25 мкмоль/л, АСТ -62 ОД/л, АЛТ -84 ОД/л. У крові визначаються антитіла до вірусу гепатиту С. За даними скінтіграфії та УЗД печінки патології не виявлено. При серологічному дослідженні виявлено: HBsAg(-), сумарні anti-HCV(+).

1. Виділіть у даної хворої клінічні синдроми.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Які додаткові лабораторні та інструментальні дослідження необхідні для уточнення діагнозу?
4. Призначте лікування

Задача №3.

Пацієнтка М., 20 років, студентка, скаржиться на слабкість, підвищення температури тіла до субфебрильних значень, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, порушення менструального циклу, болі в дрібних суглобах і їх припухлість. Вважає себе хворою протягом 2 міс, коли після повернення з Туреччини (відпочивала протягом 14 днів) стала поступово наростати зазначена симптоматика. Алкоголь не вживає. При огляді: надмірного харчування, помірна припухлість суглобів кистей, на шкірі нижньої частини живота і сідницях рожеві стрії, поодинокі телеангіоектазії на шкірі плечового пояса, пальмарна еритема. Живіт округлої форми, при пальпації м'який, чутливий в правому підребер'ї. Розміри печінки по Курлову: 15x12x10 см. Нижній край печінки кілька закруглений, пальпується на 4 см нижче реберної дуги, гладкий, м'який, чутливий. Селезінка не пальпується, перкуторні розміри селезінки 12x7 см. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Периферичних набряків немає.

У клінічному аналізі крові - ШОЕ -42 мм/год, у біохімічному аналізі крові - АСТ -360 ОД/л, АЛТ -440 ОД/л, загальний білірубін -34 мкмоль/л. При електрофорезі білків виявлена виражена гіпергамаглобулінемія. Маркери вірусних гепатитів А, В, С в крові не виявлено. При УЗД черевної порожнини: печінка -15x12x10 см, дифузно-неоднорідної структури, підвищеної ехогенності. Жовчний міхур звичайної форми. Конкременти не виявлено. Портальна вена -11 мм, селезінкова вена -5 мм. Загальний жовчний проток -6 мм. Селезінка -12,5x7 см. Підшлункова залоза - без патології. Нирки розташовані звичайно, без патологічних змін.

1. Виділіть у даної хворої клінічні синдроми.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Які додаткові лабораторні та інструментальні дослідження необхідні для уточнення діагнозу?
4. Призначте лікування.

Тести Крок 3

1. вкажіть серологічні тести, які свідчать про реплікації вірусу гепатиту С:

А. анти-HCV IgG;

В. HBsAg;

С. РНК вірусу гепатиту С;

Д. анти-HBsAg;

Е. нічого з перерахованого вище.

2. Препаратом вибору при лікуванні хронічного аутоімунного гепатиту вважається:

- A. а-Інтерферон;
- B. рибавірин;
- C. преднізолон;
- D. урсодезоксихолева кислота;
- E. ессенціале.

3. Рішення про призначення пацієнту з ХГС противірусної терапії має ґрунтуватись на аналізі всіх факторів крім одного:

- A. ступені ураження печінки (стадії захворювання);
- B. ймовірності успіху лікування;
- C. стать пацієнта;
- D. потенційні ризики розвитку небажаних явищ ПВТ;
- E. наявності супутньої патології;
- F. готовності пацієнта почитати лікування.

«Золотим стандартом» діагностики активності та стадії хронічного гепатиту вважається:

- A. морфологічне дослідження біоптату печінки;
- B. визначення рівня трансаміназ крові;
- C. сцинтиграфія печінки;
- D. УЗД печінки та селезінки;
- E. КТ печінки і селезінки.

4. У пацієнтів з ВГС та генотипами 2-3, а також ІМТ <25 кг/м² рибавірин призначається в фіксованій дозі:

- A. *800 мг/добу;
- B. 1000 мг/добу;
- C. 1200 мг/добу;
- D. 400 мг/добу.

5. Немедикаментозне лікування хворих з алкогольним гепатитом включає все, крім:

- A. дотримання режиму праці та відпочинку;
- B. повна відмова від вживання алкоголю;
- C. дотримання необхідної калорійності харчового раціону з високим вмістом білку, збалансованості за складом вітамінів та мікроелементів;
- D. вмістом білку;
- E. призначення противірусної терапії.

6. Діагностичними критеріями неактивного носійства HBsAg є всі, крім:

- A. виявлення HBsAg > 6 місяців;
- B. HBeAg–, антитіла до антигену «е» вірусу гепатиту В (анти-HBe)+;
- C. рівень ДНК ВГВ у сироватці < 2000 МО/мл;
- D. стійко нормальні рівні активності АЛТ/АСТ;
- E. дані біопсії печінки підтверджують відсутність активного гепатиту;
- F. *виявлення HBsAg > 2 місяців.

7. Для неінвазивної діагностики фіброзу печінки використовують все, крім:

- A. еластометрія (еластографія);
- B. лабораторний ФіброТест;
- C. лабораторний ФіброМетр;
- D. аналіз крові на загальний білірубін, альбумін, креатинін.

8. Діагностичними критеріями неалкогольного стеатогепатиту є всі нижче перераховані, крім:

- А. підвищену активність АЛТ і АСТ (АЛТ>АСТ);
- В. ознаки стеатозу печінки при УЗД в осіб, які не зловживають алкоголем (вживання <210 г/тиж. у чоловіків і 140 г/тиж. у жінок);
- С. виключення інших причин хронічного гепатиту (особливо вірусного гепатиту В і С, аутоімунного гепатиту, гемохроматозу, хвороби Вільсона-Коновалова);
- Д. підвищення активності гамма-глутамілтранспептидази (ГГТ).

10. Повільна вірусологічна відповідь при лікуванні хронічного вірусного гепатиту С - це:

- А. негативний тест на РНК ВГС в крові після 4-го тижня терапії, що зберігається до закінчення лікування;
- В. негативний тест на РНК ВГС в крові після 12-го тижня терапії, що зберігається до закінчення лікування;
- С. зниження рівня РНК ВГС в крові на 2 log₁₀ (в 100 разів) нижче початкового рівня після 12-го тижня терапії, але негативний тест на РНК ВГС через 24 тижні лікування, що зберігається до закінчення терапії;
- Д. відсутність відповіді на лікування- після 12-го тижня терапії рівень РНК ВГС знизився менш ніж на 2 Log₁₀ МО /мл (менше, ніж у 100 разів) від початкового рівня.

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Які фактори сприяють виникненню хронічних гепатитів?
2. Що таке синдром цитолізу і які його клінічні і лабораторні ознаки?
3. Клінічні і лабораторні ознаки синдрому імунного запалення.
4. Хронічні гепатити, визначення, етіологія, патогенез. Клінічні прояви.
5. Класифікація хронічних гепатитів. Ускладнення хронічних гепатитів.
6. Діагностичні критерії вірусних гепатитів В, С, аутоімунного гепатиту, алкогольного і неалкогольного гепатитів.
7. Диференційний діагноз гепатитів.
8. Лікування хронічних гепатитів, залежно від етіології.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. - 488 с.

2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.
5. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті В у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.06.2019 № 613
6. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті С у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18.07.2019 № 729.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2021 – 152 с.
2. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2020. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «Захворювання підшлункової залози (хронічний панкреатит, рак підшлункової залози). Особливості діагностики та лікування. Основи фармакотерапії. Клінічна фармакологія препаратів.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: засвоїти принципи діагностики патології підшлункової залози., засвоїти сучасні стандарти та протоколи надання медичної допомоги при хронічному панкреатиті., засвоїти діагностичні заходи, що спрямовуються на встановлення наявності хронічного панкреатиту, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області, засвоїти сучасні принципи призначення терапії, корекція способу життя з метою позитивного впливу на перебіг захворювання та запобігання розвитку ускладнень.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі

Задача №1.

Чоловік 43 років поступив в гастроентерологічне відділення із болем в животі, тошноту. З 30 річного віку турбують болі ниючого характеру в животі зліва, пов'язані з жареною їжею і прийомом газованих напоїв, почуття тяжкості в верхній половині живота у зонах Шоффера та Губерґріца, біль віддає на спину, позитивні симптоми Гротта. Печії не буває, апетит знижений. Загострення не пов'язані з порою року, а з'являються після жирної та гострої їжі. До лікаря не звертався. При огляді астенічна конституція, харчування знижене, блідий. Температура тіла 36,7°C. Пульс 86 за хв. А/т 110/70 мм.рт.ст. При пальпації живота виявлені болючість в у зонах Шоффера та Губерґріца, біль віддає на спину, позитивні симптоми Гротта. Язик обложений густим білим нальотом.

1. Оцініть ситуацію, встановіть попередній діагноз.

2.Визначте план додаткового обстеження.

3.Визначте план лікування.

Задача №2.

Хвора 68 років госпіталізована в терапевтичне відділення зі скаргами на біль у верхній половині живота, переважно у власне епігастральній ділянці з ірадіацією в спину, блювання, задишку. Стан погіршився на протязі 7 діб. Страждає ожирінням II ступеня. В анамнезі подібні напади болю протягом 5 років, лікувалась стаціонарно 1-2 рази на рік з нестійким ефектом. Об'єктивно: Загальний стан хворої середньої важкості. Видимі слизові оболонки та покриви шкіри бліді. Температури тіла 37°C. Пульс 86 за хв. А/т 110/70 мм.рт.ст. Дихання послаблене, особливо в нижніх відділах грудної клітки. Тони серця приглушені. Живіт помірно надутий, при пальпації відмічається посилення болю у власне епігастральній ділянці, та в області лівого підребр'я. Захисного напруження м'язів передньої черевної стінки та симптомів подразнення очеревини не встановлено. При глибокій пальпації визначається інфільтрат у власне епігастральній області, болючий і обмежений рухомий.

Загальний аналіз крові. Гемоглобін 116 г/л., еритроцити 4,1 Т/л., лейкоцити 9,6 Г/л., п. 8, с. 69, л. 19, м. 4. Загальний аналіз сечі, білок 0,033 г/л, питома вага 1014, лейкоцити 4-6 в полі зору, еритроцити 2-4 в полі зору, Діастаза сечі 64 одиниць. Білірубін (загальна фракція) 28 мкмоль/л, пряма -22 мкмоль/л, непряма 6 мкмоль/л. Сечовина крові 8,4 ммоль/л. Фекальна еластаза 120 мкг/г

1.Оцініть ситуацію, встановіть попередній діагноз.

2.Визначте з якими захворюваннями слід провести диференціальну діагностику? Які до обстеження необхідні.

3.Визначте план лікування

Тести КРОК 3

1. Вкажіть анатомічне положення підшлункової залози.

- A. Позаду шлунка вnutрішньоочеревно
- B. Позаду шлунка поза очеревно
- C. Підшлунком поза очеревно
- D. Підшлунком вnutрішньоочеревно

2. Які фактори спричиняють зростання панкреатичної токсемії?

- A. Відсутність в організмі людини захисних механізмів цитокінової, ферментної, калікреїнової, оксид азотної активації.
- B. Зростання лейкоцитозу та підвищення температури тіла.
- C. Гіперкоагуляція.
- D. Тахіпное.
- E. Метаболічний алкалоз.

3. Чим зумовлені морфологічні зміни в підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині?

- A. Деструкцією мембранних структур, виходом секреторного матеріалу за межі центрального протоку, передчасною активацією ферментів підшлункової залози.

- В. Підвищення активності ферментів підшлункової залози.
- С. Виникненням ацидозу.
- Д. Парезом кишечника.
- Е. Гіперкоагуляцією.

4. Хронічний рецидивний панкреатит спостерігається найчастіше при:

- А. Виразковій хворобі;
- В. Холелітазі;
- С. Постгастрорезекційному синдромі;
- Д. Хронічному коліті;
- Е. Лямбліозі.

5. Пальпація підшлункової залози за Гротом проводиться в наступних положеннях хворого:

- А. Лежачи на правому боці зі злегка притягнутими до тулуба колінами
- В. Стоячи, злегка нахиливши тулуб вперед і вліво
- С. Лежачи на спині з підкладеними під поперекову зону руками, по чергово стиснувши їх в кулак
- Д. Жодний
- Е. Усе перераховане

6. При переважній локалізації патологічного процесу в голівці підшлункової залози основна болючість визначається:

- А. В точці Дежардена і зоні Шоффара
- В. В точці Кера
- С. В точці Мейо-Робсона
- Д. В точці Мерфі
- Е. В зоні Губерґріца-Скульського

7. Гіпосекреторний тип порушень зовнішньосекреторної функції підшлункової залози характеризується:

- А. Зниження активності ферментів панкреатичного соку
- В. Підвищення концентрації гідрокарбонатів панкреатичного соку
- С. Підвищення об'єму секреції
- Е. Інтоксикація

8. Для профілактики болю після діхворим хронічним панкреатитом рекомендують приймати:

- А. Антиоксиданти
- В. Креон
- С. Відвар жовчогінних трав
- Д. Гепатопротектор
- Е. Вітаміни

9. В першідні загострення хронічного панкреатиту хворим рекомендують вживати діету з:

- А. Високою енергетичною цінністю
- В. З підвищеним вмістом рослинної олії
- С. Низьким вмістом жиру
- Д. Високим вмістом харчових волокон
- Е. Високим вмістом вітамінів

10. У хворого Б., 44 р, після зловживання алкоголю та жирної їжі розвився приступ оперізуючих болів у верхній половині живота на фоні вираженої гіперамілаземії. Який з препаратів можна застосувати для найбільш ефективної антиферментної терапії?

А. Гастроцепін
В. Предукал
С. Контрикал
Д. Фестал
Е. Вітаміни

III.. Контрольні питання для слухачів:

- Загальні принципи виявлення наявності хронічного панкреатиту, диференційної діагностики щодо інших чинників болю в абдомінальній області.
- Рекомендації з корекції способу життя, зокрема: режиму харчування, фізичних навантажень, праці та відпочинку.
- Принципи раціонального застосування ферментних препаратів при панкреатиті із зовнішньосекреторною неостатністю.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2018. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.
5. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті В у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.06.2019 № 613
8. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті С у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18.07.2019 № 729.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

доцент ЗВО Галина Томашкевич

Тема: «ХОЗЛ. Класифікація. Критерії бронхіальної обструкції. Програми лікування. Покази до госпіталізації. Реабілітаційна терапія. Бронхіальна астма, диференційна діагностика.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: Вивчити діагностику, диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих з ХОЗЛ, Бронхіальною астмою

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none">- розв'язання тестів вихідного рівня знань- самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні;- участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення;- клінічний розбір тематичного хворого;- отримання завдання на наступний день <p>Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач</p> <p>Тестовий контроль КРОК 3</p>	90 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	25 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача №1. Хвора Б., 38 років. Скарги на кашель з виділенням слизистого харкотиння (до 20 мл на добу), задишку при значному фізичному навантаженні, загальну слабкість. Кашель на протязі 4-5 місяців на рік, погіршується при переохолодженні. Це відбувається вже протягом 7 років. Неодноразово лікувалась різними антибіотиками з тимчасовим покращанням.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура 37,2°C. Пульс 84 в 1 хв., ритмічний.

Тони серця чисті. АТ 125/80 мм рт.ст. Легені - на всій довжині чистий перкуторний звук, везикулярне жорсткувате дихання і невелика кількість розсіяних сухих і вологих хрипів, які змінюються при покашлюванні.

Рентгенологічно: інфільтративних та вогнищевих змін не має.

Спірограма: ЖЄЛ 112%, ОФВ1 – 92%, Тифно 88%.

Аналіз крові: ер. - 4,1x10¹²/л, лейкоц. - 8,2x10⁹/л, е. - 3%, п. - 6%, с. - 66%, л. - 21%, м. - 4%.

ШОЕ -15 мм/год.

Загальний аналіз харкотиння: слизово-гнійне, лейкоц. 30-35 у п/з, епіт.плоск. 10-12 у п/з. БК, АК-не виявлено.

Посів харкотиння: золотистий стафілокок нечутливий до пеніциліну, аміноглікозидів, макролідів і тетрацикліну.

1. Ваш ймовірний діагноз?
2. Скласти план лікування.

3. Які ускладнення можливі?

Задача № 2. Хворий Ф.. 54 роки. Скарги на задишку, навіть при помірному фізичному навантаженні, кашель з виділенням до 10 мл харкотиння на добу, швидку втомлюваність. Хворіє 5 років. Неодноразово лікувався стаціонарно з при загостренні хвороби. Палить до 10-15 сигарет на добу на протязі 36 років. Стаж паління 42 п/років. Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Дифузний ціаноз, температура 36.3°C. Пульс - 86, ритмічний. Тони серця ослаблені. Дихання - 20/хв., подовжений видих. Легені – на всій поверхні легеневиий звук з коробковим відтінком, значно ослаблене везикулярне дихання (особливо у нижніх відділах) з великою кількістю сухих і вологих, різної гучності хрипів над всією поверхнею легень. Нижній край печінки на рівні реберної дуги. Набряків немає.

Аналіз крові: еритроцити - $4.7 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $8.8 \times 10^9/л$, ШОЕ -- 20 мм/год.

Рентгенографія: легеневі поля підвищеної прозорості. В базально-медіальних відділах посилений легеневиий рисунок. Корені розширені, ущільнені.

Спірограма: ЖЄЛ 92%, ОФВ1 – 52%, Тифно 48%, після сальбутамолу ОФВ1 – 58%.

Посів харкотиння: кишкова паличка, чутлива до левоміцитину,

1. Ваш ймовірний діагноз?
2. Призначити антибактеріальну і бронхолітичну терапію.
3. Які ускладнення захворювання очікуванні?

Задача №3. Чоловік 64 років, скаржиться на задишку, котра підсилюється при мінімальному фізичному навантаженні, кашель з виділенням невеликої кількості (до 10 мл/добу) слизово-гнійного харкотиння. 2 тижні тому після переохолодження симптоми посилились. Палить, стаж паління 30 п/років. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧД - 24/хв., пульс - 90/хв., АТ - 125/80 мм рт. ст. "Теплий" ціаноз. Над легенями -ослаблене везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. Тони серця послаблені на верхівці, акцент 2-го тону над легеневою артерією. Печінка не збільшена. Ваш попередній діагноз? Які необхідно провести допоміжні методи дослідження для уточнення діагнозу? План лікування.

Тести „Крок-3”

1. Хворий 55 років, після апендектомії протягом 2-х днів скаржиться на прогресуючу задишку і кашель з гнійним харкотинням. Такі симптоми відмічаються в осінній та весняний період. Палить 25 років. Температура - 37,1°C. В легенях - дихання ослаблене з поодинокими сухими свистячими хрипами. У крові: Л - $10 \times 10^9/л$. Рентгенологічне: підвищена повітряність легень, посилений легеневиий рисунок. Бронхоскопія: гіперемія слизової оболонки з наявністю виділень гнійно-слизового характеру. Який попередній діагноз?

- А. Бронхіальна астма
- В. *Хронічний бронхіт
- С. Бронхоектатична хвороба
- Д. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
- Е. Пневмонія

2. Чоловік 39 років, шофер-"дальнобійник", скаржиться на задишку при фізичному навантаженні, кашель з невеликою кількістю слизуватого харкотиння здебільшого вранці. Тривалий час хворіє на ХОЗЛ, гайморит. Палить, алкоголь, вживає епізодично. Об'єктивно:

температура - 36,5 °С, ЧД - 24/хв., пульс - 90/хв., АТ - 120/ 80 мм рт. ст. При аускультатії дихання жорстке, помірна кількість сухих свистячих хрипів. ОФВ1 - 68 % від належного значення. Які профілактичні заходи доцільно провести в першу чергу, щоб попередити захворювання?

- А. Раціональне працевлаштування
- В. Відмова від вживання алкоголю
- С. Санація вогнищ хронічної інфекції
- Д. *Відмова від паління
- Е. Переїзд в іншу кліматичну зону

3. Чоловік 60 років, скаржиться на задишку з утрудненим видихом, що посилюється при фізичному навантаженні, кашель з невеликою кількістю слизово-гнійного харкотиння здебільшого зранку. Хворіє на ХОЗЛ. Об'єктивно: температура - 36,0 °С, ЧД- 22/хв., пульс - 84/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Шкіра волога, дифузний ціаноз. При аускультатії дихання жорстке, розсіяні свистячі хрипи. ОФВ - 62 % від належного значення; фармакологічна проба з атровентом - приріст 5 %. Який механізм розвитку бронхіальної обструкції найбільш імовірний у хворого?

- А. Гіперкринія
- В. Запальний набряк
- С. Бронхоспазм
- Д. *Дифузно-склеротичні зміни
- Е. Мукостаз

4. Пацієнт 29 років, скаржиться на кашель переважно зранку, з виділенням харкотиння, після кількох "кашлевих поштовхів", задишку при фізичному навантаженні протягом останніх трьох років. Погіршення наступило після переохолодження. В анамнезі - пневмонія. Об'єктивно: дихання жорстке, з подовженим видихом, на його фоні - розсіяні тріскучі хрипи. На рентгенограмі ОГК змін немає. Об'єм форсованого видиху за першу секунду [ОФВ1] складає 70 %. Який клінічний діагноз можна поставити хворому?

- А. Бронхоектатична хвороба
- В. ХОЗЛ
- С. Гострий бронхіт, рецидивний перебіг
- Д. Бронхіальна астма, середньої важкості, персистуюча
- Е. *Хронічний бронхіт

5. Жінка 40 років, надійшла до клініки зі скаргами на напад задишки, який триває кілька годин і не проходить під впливом раніш ефективного астмопенту.

З'явилося серцебиття та неспокій. 8 років хворіє хронічним бронхітом.

Об'єктивно: стан тяжкий, хвора сидить, спираючись руками об край столу, блідий ціаноз, на відстані чути свистяче дихання. В легенях на фоні ослабленого дихання вислуховуються в невеликій кількості розсіяні сухі хрипи. Пульс - 108/хв. АТ -140/80 мм рт. ст. Застосування яких препаратів у першу чергу є обов'язковим у даному випадку?

- А. Стабілізаторів мембран опасистих
- В. Адреноміметиків

- С. Антигістамінних
- Д. Холінолітиків
- Е. * Глюкокортикоїдів

6. Хворий 41 року, скаржиться на постійний кашель з виділенням невеликої кількості слизистого харкотиння. Ранковий кашель турбує впродовж 5 років, 2-3 рази на рік після переохолодження підсилюється. Палить, вживає алкоголь.

Об'єктивно: голосове тремтіння ослаблене. Перкуторно-коробковий відтінок легеневого звуку над легеньми. Поодинокі сухі хрипи. Рентгенообстеження - збільшення коренів легень, підсилення легеневого малюнка. Який із перерахованих нижче діагнозів є найімовірнішим?

- А. Прикоренева пневмонія
- В. Бронхоектатична хвороба
- С. Емфізема легень
- Д. ХОЗЛ
- Е. *Хронічний необструктивний бронхіт

7. У хворого 53 років правосторонній гідроторакс. При пальпації з правої сторони лікар виявив відсутність голосового тремтіння нижче кута лопатки. Де найбільш імовірно при перкусії буде тупий перкуторний звук?

- А. Над лінією Дамуазо
- В. Над трикутником Гарланда
- С. *Під лінією Дамуазо
- Д. Над трикутником Раухфуса - Гроко
- Е. Над простором Траубе

8. Хворий 22 років, через 3 дні після ГРВІ скаржиться на дряпання за грудиною, кашель зі слизовим харкотинням. Стан задовільний. Перкуторно-легеневий звук, над легеньми жорстке дихання. Рентгенограма легень не змінена. Який діагноз у хворого?

- А. Гострий трахеїт.
- В. Грип
- С. Гострий ларингіт
- Д. *Гострий бронхіт
- Е. Бронхіальна астма

9. Чоловік 60 років скаржиться на задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні. Палить біля 30 років. Об'єктивно: температура -36,5 °С, ЧД -22/хв., пульс - 88/хв., АТ - 130/85 мм рт. ст. Грудна клітка бочкоподібної форми, легеневий звук з коробковим відтінком над усією поверхнею легених полів, ослаблене везикулярне дихання. Яке захворювання в анамнезі, найбільш імовірно, призвело до патологічних змін?

- А. *ХОЗЛ
- В. Бронхоектатична хвороба
- С. Туберкульоз легень
- Д. Пневмонія
- Е. Пухлина бронху

10. Чоловік 64 років, скаржиться на задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні. Об'єктивно: температура - 36,5 °С, ЧД - 24/хв., пульс - 90/хв., АТ -125/80 мм рт. ст. "Теплий" ціаноз, набухання шийних вен під час вдиху та видиху. Набряки на нижніх кінцівках. Над легеньми -ослаблене везикулярне дихання, розсіяні сухі хрипи. Тони серця послаблені, на верхівці та в V точці – систолічний шум. Печінка +5 см. Асцит. Яка патологія найбільш імовірно могла призвести до розвитку захворювання?

- А. Бронхіальна астма
- В. *Хронічний бронхіт
- С. Ревматична аортальна недостатність
- Д. Рецидивуюча тромбоемболія легеневої артерії
- Е. Полікістоз легенів

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Визначення поняття ХОЗЛ
2. Патогенез та патофізіологія ХОЗЛ
3. Діагностика ХОЗЛ
4. Фактори ризику ХОЗЛ
5. Основні скарги, фізикальні та рентгенологічні ознаки
6. Дослідження функції зовнішнього дихання
7. Диференціальна діагностика
8. Класифікація ХОЗЛ
9. Клінічна класифікація дихальних та гемодинамічних порушень при ХОЗЛ
10. Лікувальна програма хворих на ХОЗЛ обсяг медичних послуг обов'язкового та додаткового асортименту
11. Загострення ХОЗЛ(лікування в домашніх умовах, показання для госпіталізації).
12. Профілактичне лікування та реабілітаційні заходи
13. Фактори ризику розвитку БА
14. . Фактори, що сприяють розвитку загострення БА
15. . Клінічні симптоми БА
16. Критерії порушення зовнішнього дихання
17. Фармакотерапія хворих БА
18. Клінічна кваліфікація БА
19. . Ступені важкості загострення БА
20. Лікування із загостренням БА на амбулаторному етапі
21. . Лікування хворих із загостренням БА на госпітальному етапі

IV.Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Рентгенограми ОГК хворих
9. Набори лікарських препаратів
- 10.Пульсоксиметр

V Рекомендована література

Базова:

1. Очерки клинической пульмонологии. / под. ред. В.К.Гаврисюка. Київ, 2018-336с.
2. Внутрішня медицина, ч. I. / за ред. М.А.Станіславчука. Вінниця. 2018-438с.
3. Клінічна пульмонологія : навч. посіб. / І.М.Скрипник, Н.Л. Соколюк, О.Ф. Гопко; ВДНЗУ «УМСА». – Полтава: ТОВ « Фірма «Техсервіс», 2018. – 260 с. ISBN978- 617-7038-45-9.
4. Фещенко Ю.І. Хронічне обструктивне захворювання легень: нові відтінки проблеми. Монографія. Івано-Франківськ. 2018-400с.
5. Бронхіальна астма : адаптов. клініч. настанова, заснована на доказах / Нац. ін-т фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського, Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика, Асоц. фтизіатрів і пульмонологів України ; уклад.: Ю. І. Фещенко, Д. М. Бойко, В. К. Гаврисюк [та ін.]. – Вид. офіц. – Київ : НАМН України, 2019. – 113 с.

Додаткова:

- 1.Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2018 – 152 с.
2. Катеринчук П.І. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
- 3.Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

Доцент ЗВО Наталія СЛЕПЧЕНКО

Тема: «Хронічна ревматична хвороба серця. Діагностика. Лікування. Набуті вади серця. Тактика лікаря-терапевта. Методи лікування. Прогноз. Диспансерізація.»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: вміти діагностувати, проводити диференціальну діагностику, лікування, трудову експертизу, профілактику і реабілітацію хворих на хронічну ревматичну хворобу серця.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі:

Задача 1. Хвора С., 25 років, скаржиться на постійний біль в ділянці серця ниючого характеру, серцебиття, перебої в роботі серця, задишку при ході, біль у великих суглобах рук і ніг. Протягом останніх 8 років спостерігалась з приводу ревматизму. При поступленні стан хворої середньої тяжкості, температура - 37,5°C, суглоби зовнішньо не змінені, задишки в спокої не виявлено. Ціаноз губ. РС -96/ хв., ритмічний, АТ 105/70 мм рт. ст., права межа відносно тупості серця - на 2 см назовні від правого краю груднини, верхня досягає 2 ребра, ліва на 2 см назовні від лівої середньо-ключичної лінії. І тон над верхівкою послаблений, вислуховується тривалий систолічний шум, над легеневою артерією ІІ тон посилений. В задньо-нижніх відділах легень - поодинокі вологі дрібнопухирчасті хрипи. Печінка на 3 см виступає з-під краю реберної дуги, м'яка, край заокруглений, чутлива при пальпації. Набряки на гомілках.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Призначте план обстеження.
3. Призначте план лікування хворої.

Задача 2. Хвора Д., 38 років, доставлена у клініку машиною «швидкої допомоги» із скаргами на ядуху, яка виникла у транспорті, сухий кашель та відчуття тяжкості у грудях. Страждає на ревматизм та мітральну ваду серця з 18 років, регулярно не лікувалась. За останні 3 місяці після фізичного навантаження виникають напади ядухи.

При огляді: нерізко виражений акроціаноз. ЧД – 30 за хв. ЧСС – 110 за 1 хв., ритм правильний, пульс м'який, слабкого наповнення. АТ 90/60 мм рт.ст., при вислуховуванні серця – мелодія мітрального стенозу. В задньо-нижніх відділах легень - вологі дрібнопухирчасті хрипи.

ЕКГ: ознаки перенавантаження лівого передсердя і правого шлуночка.

1. Чим можна пояснити стан хворої?
2. Які негайні заходи необхідні?
3. Яка подальша тактика ведення хворої?

Тести КРОК 3

1. Жінка 27 років пред'являє скарги на задуху, біль в ділянці серця, серцебиття, кашель. Тони серця аритмічні, I тон на верхівці хлопаючий. При рентгенівському дослідженні легеневої малюнок підсилений за рахунок венозного застою. Корені легень розширені, безструктурні. Середина тінь збільшена, по лівому контуру випинається дуга легеневої артерії. В першому косому положенні ретрокардіальний простір звужений збільшеним лівим передсердям, яке зміщує стравохід назад по дузі малого радіусу. В другому косому положенні виявляється збільшення дуги правого шлуночка. Аорта не змінена. Найбільш ймовірне заключення?

- A. Мітральний стеноз
- B. Недостатність аортального клапану
- C. Кардіоміопатія
- D. Аневризма аорти
- E. Тетрада Фалло

2. У хворого 40 років, який раніше тривалий час хворів ангінами і не лікувався, виявлено послаблення I тону та систолічний шум на верхівці, що проводиться в II міжребір'я зліва та в ліву підпахвинну впадину, акцент II тону на легеневої артерії. Для якого патологічного стану характерні наведені клінічні симптоми?

- A. Недостатності мітрального клапану
- B. Недостатності напівмісячних клапанів аорти
- C. Стенозу гирла аорти
- D. Недостатності тристулкового клапану
- E. Мітрального стенозу

3. Хвора В. 63 років. Скарги на задишку, серцебиття при фізичному навантаженні. Межі відносно серцевої тупості розширені вгору та вліво. Діяльність серця ритмічна, I тон ослаблений, акцент II тону над A.pulmonalis, гучний систолічний шум над верхівкою, проводиться у fossa axillaris sinistra. ЕКГ - лівограма, зубець Р дорівнюється 0,12 сек, ФКГ - I тон у вигляді низькоамплітудних коливань, систолічний шум, що зливається з I тоном, але не досягає II тону. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A. Мітральна недостатність
- B. Мітральний стеноз
- C. Аортальний стеноз
- D. Гіпертонічна хвороба
- E. Міокардит

4. На прийомі в поліклініці у хворого на ревматизм виявили: права границя серця – 1 см назовні від правої парастернальної лінії, верхня – нижній край I ребра, ліва – 1 см досередини від лівої середньключичної лінії. Аускультативно: миготлива аритмія, підсилений I тон на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією. ЕКГ виявляє П-

подібний рух стулок мітрального клапана. Картині якої вади серця відповідає наявна симптоматика ?

- A. Мітральний стеноз
- B. Пролапс мітрального клапану
- C. Недостатність мітрального клапану
- D. Стеноз гирла аорти
- E. Недостатність трикуспідального клапана

5. Хворий 17 років на призовній комісії поскаржився на шум в ухах, який підсилюється при фізичному навантаженні. АТ 150/30 мм рт ст , вислуховувався діастолічний шум над аортою. На обзорній рентгенограмі, тінь серця аортальної конфігурації, збільшені дуга аоти та лівого шлуночка. Легеневий малюнок не змінений. Пульсація аорти підсилена. Виявлені рентгенологічні зміни найбільш ймовірно відповідають:

- A. Аортальна недостатність
- B. Атеросклерозу аорти
- C. Гіпертонічний хворобі
- D. Декстрапозиції аорти
- E. Коарктації аорти

6. У наркомана 26 років протягом 2-х місяців підвищується температура тіла до 38-39°C, з'явилися задишка, набряки ніг. Визначається позитивний венний пульс, пульсація печінки. Над нижньою частиною грудини вислуховується голосистолічний шум, що посилюється під час вдиху. Необхідне ехокардіографічне дослідження для діагностики

- A. Недостатності тристулкового клапана
- B. Недостатності клапана аорти
- C. Ексудативного перикардиту
- D. Недостатності мітрального клапана
- E. Недостатності клапана легеневої артерії

7. Чоловік 35 років звернувся до кардіолога з приводу серцебиття, болей в ділянці серця, запаморочення. Хворіє біля 10 років. При обстеженні виявили блідість шкірних покривів, наявність симптомів Мюссе і Квінке , а також діастолічний шум над аортою з розповсюдженням вліво і вниз. Який інший симптом може відповідати цьому захворюванню?

- A. Підсилена пульсація сонних артерій
- B. Мерехтлива аритмія
- C. Зменшення пульсового АТ
- D. Гіпертрофія правого шлуночка
- E. Малий твердий пульс

8. У хворого 44 років з ревматичним стенозом гирла аорти з'явилися приступи задухи вночі. Об-но: I тон послаблений, систолічний шум на верхівці серця, акцент II тону над легеневою артерією, грубий систолічний шум над аортою. На рентгенограмі: серцева талія згладжена, ліва межа серця зміщена ліворуч на 5 см. Чим обумовлена поява систолічного шуму на верхівці серця?

- A. Мітралізацією аортальної вади
- B. Розвитком стенозу лівого атривентрикулярного отвору
- C. Приєднанням аортальної недостатності
- D. Збільшенням ступеня стенозу гирла аорти
- E. Тромбоемболія легеневої артерії

9. У хворого К., 22 років, який хворіє на ревматизм впродовж 11 років з'явилися скарги на відчуття пульсації в голові, ритмічне похитування голови, запаморочення. При обстеженні хворого виявлено позитивний пульс Квінке, наявність симптомів Ландольфі, Мюссе, АТ – 170/40 мм.рт.ст. Чим зумовлені геодинамічні розлади у хворого?

- A. Недостатністю аортального клапана
- B. Стенозом аортального клапана

- С. Недостатністю трикуспідального клапана
- Д. Комбінованою мітральною вадою серця
- Е. Проявами “малої хореї”

10. Хворий 70 років. Скарги на ядуху, різкий біль за грудиною з ірадіацією в ліву руку. Шкіра бліда. Діяльність серця ритмічна, I тон ослаблений над верхівкою, II тон ослаблений над аортою; в II меж_ребер'ї справа грубий систолічний шум, який проводиться на судини ший. ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- А. Аортальний стеноз
- В. Стенокардія напруження
- С. Інфаркт міокарду
- Д. Лівосторонній плеврит
- Е. Сухий перикардит

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Сучасне визначення поняття «хронічна ревматична хвороба серця».
2. Основні ризики розвитку хронічної ревматичної хвороби серця.
3. Сучасна класифікація хронічної ревматичної хвороби серця.
4. Оцінка функціональних методів діагностики хронічної ревматичної хвороби серця.
5. Диференційна діагностика, формулювання діагнозу хронічної ревматичної хвороби серця .
6. Терапія хронічної ревматичної хвороби серця.
7. Прогноз та трудова експертиза при хронічній ревматичній хворобі серця.

IV. Умови проведення заняття

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові.
8. Набори лікарських препаратів для лікування хворих на ревматичну лихоманку.

V Рекомендована література

Базова:

1. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
2. Рекомендації EULAR (2019) лікування ревматологічних захворювань (подагри, остеоартриту, ревматоїдного артрити)
3. Свінціцький А.С. Діагностика та лікування ревматичних захворювань: навчальний посібник. – Медкнига. – 2018. – 372 с.
4. Хіміон, Л. В. Основи ревматології для лікарів загальної практики – сімейних лікарів. Методичні рекомендації [Текст] /Л. В. Хіміон, О. Б. Яценко, С. В. Данилюк. - К., 2019– 184 с.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук П. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

Професор ЗВО Наталія ПЕНТЮК

Тема: «Хронічна серцева недостатність. Діагностичні критерії та методи лікування»

Загальна тривалість заняття 1,2 год.

Мета: вдосконалити та поглибити знання, вміння та практичні навички, сформувати у лікарів-інтернів сучасне уявлення про принципи та методи діагностики серцевої недостатності, активізувати самостійну навчальну роботу над монографіями, підручниками, посібниками..

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	60 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести:

1. У чоловіка Г., 39 років, що палить по 2 пачки цигарок в день впродовж тривалого часу, спостерігається задишка, ціаноз, субфебрильна температура, кашель без виділення мокротиння, астенизація. Температура тіла 37,1 ° С, ЧД 18/ хв. Пульс 88 уд./хв, АТ 100/60 мм.рт.ст. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А) Пневмонія
- Б) Туберкульоз
- В) ХОЗЛ у стадії загострення
- Г) Плеврит

2. Хвора С., 66 років., скаржиться на болі в грудній клітці справа, що підсилюються при глибокому вдиху, кашлі, наростаючу протягом 2-х тижнів задишку і ціаноз. Хвора

займає в ліжку вимушене положення з піднятою частиною тулуба на хворій стороні. На рентгенограмі виявлено скупчення рідини в правій плевральній порожнині. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А) Пневмофіброз
- Б) Саркоїдоз
- В) Плеврит
- Г) ХОЗЛ

3. Пацієнт М., 14 років, скаржиться на задишку при помірному навантаженні, напади непритомності, кровохаркання, ціаноз. У III-IV міжребер'ї по лівому краю грудина вислуховується грубий дуючий інтенсивний систолічний шум, акцент II тону над легеневою артерією. Найбільш вірогідний діагноз?

- А) ДМШП
- Б) ТЕЛА
- В) Пневмонія
- Г) Перикардит

4. Чоловік Д., 57 років, скаржиться на задишку, набряки гомілок, перебої в роботі серця, біль в лівій половині грудної клітки з іррадіацією в ліву лопатку. Лікування малоефективне. Об'єктивно: тони серця глухі, м'який систолічний шум на верхівці, пульс – 100 уд./хв., аритмічний, АТ – 115/75 мм рт. ст. Печінка збільшена на 2 см, болюча. При рентгенологічному дослідженні виявлені розширена тінь серця. На ЕКГ – лівошлуночкова екстрасистолія, знижений вольтаж. Який метод дослідження необхідний для визначення діагнозу?

- А) ЕХОКГ
- Б) повторна ЕКГ
- В) ВЕМ
- Г) Вентрикулографія

5. Хворий С., 66 років, скаржиться на задишку у спокої та набряки ніг. Впродовж 20 років хворіє на артеріальну гіпертензію. Палить 30 цигарок в день. Об'єктивно: притуплення перкуторного звуку і ослаблення везикулярного дихання в нижніх відділах правої легені. Зліва - сухі хрипи. АТ 170/110 мм рт. ст., пульс 105 уд./хв., аритмічний. ОРОГК: однорідне зниження прозорості з косим рівнем справа. Вкажіть найбільш вірогідну причину патології у хворого?

- А) Серцева недостатність з гідротораксом.
- Б) Пневмонія, ексудативний плеврит.
- В) Рак легені с ателектазом.
- Г) загострення ХОЗЛ

6. У чоловіка Г., 39 років, що палить по 2 пачки цигарок в день впродовж тривалого часу, спостерігається задишка, ціаноз, субфебрильна температура, кашель без виділення мокротиння, астенизація. Температура тіла 37,1 ° С, ЧД 18/ хв. Пульс 88 уд./хв, АТ 100/60 мм.рт.ст. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А) Пневмонія
- Б) Туберкульоз
- В) ХОЗЛ у стадії загострення
- Г) Плеврит

7. Хвора С., 66 років., скаржиться на болі в грудній клітці справа, що підсилюються при глибокому вдиху, кашлі, наростаючу протягом 2-х тижнів задишку і ціаноз. Хвора займає в ліжку вимушене положення з піднятою частиною тулуба на хворій стороні. На рентгенограмі виявлено скупчення рідини в правій плевральній порожнині. Який діагноз найбільш вірогідний?

- А) Пневмофіброз
- Б) Саркоїдоз
- В) Плеврит
- Г) ХОЗЛ

8. Пацієнт М., 14 років, скаржиться на задишку при помірному навантаженні, напади непритомності, кровохаркання, ціаноз. У III-IV міжребер'ї по лівому краю грудини вислуховується грубий дууючий інтенсивний систолічний шум, акцент II тону над легеневою артерією. Найбільш вірогідний діагноз?

- А) ДМШП
- Б) ТЕЛА
- В) Пневмонія
- Г) Перикардит

9. Чоловік Д., 57 років, скаржиться на задишку, набряки гомілок, перебої в роботі серця, біль в лівій половині грудної клітки з іррадіацією в ліву лопатку. Лікування малоефективне. Об'єктивно: тони серця глухі, м'який систолічний шум на верхівці, пульс – 100 уд./ хв., аритмічний, АТ – 115/75 мм рт. ст. Печінка збільшена на 2 см, болюча. При рентгенологічному дослідженні виявлені розширена тінь серця. На ЕКГ – лівошлуночкова екстрасистолія, знижений вольтаж. Який метод дослідження необхідний для визначення діагнозу?

- А) ЕХОКГ
- Б) повторна ЕКГ
- В) ВЕМ
- Г) Вентрикулографія

10. Хворий С., 66 років, скаржиться на задишку у спокої та набряки ніг. Впродовж 20 років хворіє на артеріальну гіпертензію. Палить 30 цигарок в день. Об'єктивно: притуплення

перкуторного звуку і ослаблення везикулярного дихання в нижніх відділах правої легені. Зліва - сухі хрипи. АТ 170/110 мм рт. ст., пульс 105 уд./хв., аритмічний. ОРОГК: однорідне зниження прозорості з косим рівнем справа. Вкажіть найбільш вірогідну причину патології у хворого?

А) Серцева недостатність з гідротораксом.

Б) Пневмонія, ексудативний плеврит.

В) Рак легені с ателектазом.

Г) загострення ХОЗЛ

Задача 1.

Пацієнт 68 років доставлений в приймальне відділення лікарні в зв'язку з різким погіршенням загального стану, розвитку вираженої задишки, слабкості. Три роки тому переніс інфаркт міокарда. Страждає на напади фібриляції передсердь внаслідок чого епізодично самостійно застосовує хінідин. До погіршення стану хворий самостійно прийняв 0,8 г хінідину. Об'єктивно: хворий блідий, акроціаноз. Пульс – 62 за 1 хв, аритмічний. АТ – 100/80 мм рт.ст. В легенях при аускультатії велика кількість вологих хрипів. На ЕКГ зареєстровано: подовження інтервалу Q-T до 0,52 с, епізоди веретеноподібної тахікардії з ЧСС до 240 за 1 хв.

1. Поставте діагноз.

2. Який препарат буде патогенетичним у даному випадку?

3. Призначте лікування данному хворому.

Задача 2.

Хвора А., 72 рок, біля 10 років страждає на гіпертонічну хворобу, Останній час відмічає задишку при незначному фізичному навантаженні, за грудиною болі при ходьбі до 200 м, які проходять в стані спокою. Подібні болі почали турбувати протягом останнього місяця. Раніше болі ніколи не відчувала. Різке погіршення стану протягом останніх двох годин (задишка в стані спокою в горизонтальному положенні, сухий кашель, відчуття нехватки повітря). В анамнезі ТЕМ з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: пульс – 76 за 1 хв, аритмічний по типу екстрасистолії, АТ – 160/94 мм рт.ст. При аускультатії серця І тон на верхівці послаблений, акцент ІІ тону на аорті. При аускультатії легень дихання везикулярне, ослаблене в нижніх, вологі мілко пухирчасті хрипи з обох сторін. При огляді визначається пастозність обох гомілок.

ЕКГ – ритм синусовий правильний з ЧСС 68 в 1 хвилину. Елевація сегменту ST в II, III, aVF відведеннях.

ХМ ЕКГ (за 2 доби до приступу): за час дослідження визначенно: середньо-добова ЧСС –74 за 1 хв, середньо-денна –87 за 1 хв і нічна – 52 за 1 хв. Зареєстровано близько 580 епізодів шлуночкової політопної екстрасистолії епізодами по типу бігіменії (в середньому 190 епізодів за 1 годину дослідження). Епізоди депресії сегменту ST до 1 мм. Порогова ЧСС склала 84 уд/хвилину.

ЕхоКГ: визначається дилатація ЛШ (КДР=59 мм, КСР=43 мм), ФВ=58%, фіброзне потовщення стінок аорти.Концентрична гіпертрофія лівого шлуночку.

1. Встановіть клінічний діагноз?

2. Призначте план обстеження і лікування даного хворого?

3. Яке ускладнення виникло у пацієнта?

3. Який прогноз у даного пацієнта?

III. Контрольні питання для слухачів:

1. Визначення ядухи, задишки, ціанозу, акроціанозу, серцевої недостатності.
2. Класифікація задишки та ціанозу в залежності від часу (швидкості) виникнення.
3. Основні причини задишки, ядухи, цанозу, серцевої недостатності.
4. Клінічні особливості задишки та ціанозу при різній патології.
5. Диференціальний діагноз синдрому задишки та ціанозу.
6. Диференціальний діагноз серцевої та бронхіальної астми.
7. Клінічні особливості синдрому СН при різній патології.
8. План обстеження пацієнта із ядухою, задишкою та ціанозом, СН.
9. Диференціальний діагноз правошлуночкової, лівошлуночкової та бівентрикулярної СН.
10. Принципи купірування ядухи різного генезу.
11. Принципи лікування синдрому хронічної задишки та ціанозу.
12. Принципи лікування СН в залежності від етіологічного чиннику.

IV. Умови проведення заняття

- Мультимедійний проектор
- Презентації та відеофільми
- Палата інтенсивної терапії
- Дефібрилятор, кардіовертер
- Апарат для штучної вентиляції легень
- Стаціонарний монітор
- Заключення ХМ ЕКГ
- ЕКГ
- Обладнання для проведення черезстравохідної електрокардіостимуляції

V Рекомендована література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ : МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2019. - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)

2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2015 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.
4. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.
5. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.
2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ:Центр ДЗК, 2019– 152 с.
3. Катеринчук П. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.
4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

Професор ЗВО Леся РАСПУТІНА

Тема: «Цироз печінки. Особливості діагностики та лікування його проявів та ускладнень. Гепатоцелюлярна недостатність. Синдром портальної гіпертензії Основи фармакотерапії. Клінічна фармакологія препаратів»

Загальна тривалість заняття 2 год.

Мета: засвоїти принципи діагностики цирозу печінки, гепатоцелюлярної недостатності, печінкової недостатності та синдрому портальної гіпертензії, засвоїти сучасні стандарти та протоколи надання невідкладної допомоги при цирозі печінки, гепатоцелюлярній недостатності, печінковій недостатності та синдромі портальної гіпертензії, засвоїти сучасні принципи призначення терапії в залежності від етіології захворювання (вірусна, токсична, алкогольна тощо), корекція способу життя з метою позитивного впливу на перебіг захворювання та запобігання розвитку ускладнень.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час, хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	5 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100 хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	15хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Ситуаційні задачі

Задача №1.

Хворий М., 45 років, що страждає на цироз печінки на протязі 5 років, з'явилася різка слабкість, блідість шкіри, холодний піт, спрага, відмічалася блювота з домішками крові темно-вишневого кольору, з приводу чого викликав швидку допомогу. При огляді – шкіра бліда, вологі, пульс – 92/хвил, АТ 90/60 мм рт.ст.

1. Оцініть ситуацію

2. Надайте невідкладну допомогу

3. Яка тактика лікаря повинна бути після надання невідкладної допомоги хворому?

Задача №2.

Хворий І., 58 років, що страждає на цироз печінки на протязі 2 років останнім часом скаржитись на помірний біль у надчревній ділянці, постійне здуття живота, яке посилюється

після вживання їжі, задишку при незначних фізичних навантаженнях. Об'єктивно: живіт збільшений, змінює форму та локалізацію тупого перкуторного звуку під час зміни положення тіла, помірно напружений. Позитивний симптом флюктуації. Пупок вип'ячений.

1. *Оцініть ситуацію*

2. *Надайте невідкладну допомогу*

3. *Яка тактика лікаря повинна бути після надання невідкладної допомоги хворому?*

Задача №3.

49-річний чоловік, інвалід II групи, протягом кількох років лікується з приводу цирозу печінки.

Сьогодні вранці родичі помітили монотонність та уповільнення мови хворого, неможливість правильного виконання простих арифметичних дій та написання слів. Останній тиждень спостерігалось порушення режиму сну – сонливість в денний час. Викликали дільничного терапевта.

1. *Оцініть стан хворого*

2. *Надайте невідкладну допомогу*

3. *Яка тактика лікаря повинна бути після надання невідкладної допомоги хворому?*

Тести Крок 3

1. Які з перерахованих факторів сприяють виникненню цироза печінки?

- A. Віруси, зловживання алкоголем
- B. Бактерії, гриби
- C. Дія вітамінних препаратів
- D. Рікетсії, мікоплазма
- E. Захворювання жовчного міхура

2. Які клінічні симптоми характерні для початкової стадії цироза печінки?

- A. Нудота, блювота, зниження маси тіла
- B. Зниження маси тіла, метеоризм, почуття важкості в правому підребер'ї
- C. Гіркота у роті, печія
- D. Збільшення печінки, селезінки, —печінкові ознаки
- E. Ксантелазми, —печінкові долоні, асцит

3. Чим обумовлене збільшення селезінки при цирозі печінки?

- A. Венозним застоєм
- B. Дифузним фіброзом червоної пульпи
- C. Портальною гіпертензією
- D. Всіма перерахованими факторами
- E. Збільшення артеріо-венозних шунтів

4. Скільки клінічних стадій виділяють в перебігу печінкової коми?

- A. 2-і
- B. 3-и
- C. 4-і
- D. 1-у
- E. Ні одної

5. Які групи препаратів використовують при лікуванні цирозу печінки?

- A. Антибіотики, гепатопротектори, вітаміни
- B. Гепатопротектори, цитостатики, імунодепресанти

- C. Гепатопротектори, холеретики, спазмолітики
- D. Гепатопротектори, холекинетики, анаболіки
- E. Сульфаніламідні, гепатопротектори, нітрати

6. Назвіть найбільш інформативні методи діагностики для паренхіматозної жовтяниці:

- A. Біохімічне дослідження крові
- B. Дуоденальне зондування
- C. Холецистографія
- D. УЗД
- E. Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія

7. Хворий П. (54 років) тиждень тому переніс кровотечу з варикозно розширених вен стравоходу. Сьогодні, під час обходу лікаря, звертають на себе увагу монотонність та уповільнення мови хворого, неможливість правильного виконання простих арифметичних дій та написання слів. Яке ускладнення виникло?

- A. Синдром печінково-клітинної недостатності
- B. Синдром портальної гіпертензії
- C. Синдром печінкової коми
- D. Астено-невротичний синдром
- E. Печінкова енцефалопатія.

8. 49-річний чоловік, інвалід II групи, протягом кількох років лікується з приводу цирозу печінки. За останній місяць помітно збільшився живіт, зросла загальна слабкість. Протягом 2 тиж. щоденно приймав фуросемід. Направлений у стаціонар. Які зміни можна виявити під час дослідження електролітів крові?

- A. Гіпокальціємію
- B. Гіпокаліємію.
- C. Гіпернатріємію
- D. Гіперкальціємію
- E. Гіперкаліємію

9. Хворий на цироз печінки останнім часом скаржиться на помірний біль у надчревій ділянці, постійне здуття живота, яке посилюється після вживання їжі. Об'єктивно: розширенні підшкірні вени живота, ознаки наявності вільної рідини в черевній порожнині, збільшені печінка і селезінка. Дані УЗІ: розширення портальної вени, збільшення печінки і селезінки. Про яке ускладнення цирозу печінки можна думати в першу чергу?

- A. Перитоніт
- B. Дисбактеріоз кишечника
- C. Портальна гіпертензія.
- D. Печінково-клітинна недостатність
- E. Тромбоз ворітної вени

10. Для гострої печінкової енцефалопатії не характерно:

- A. Тривалий анамнез захворювання печінки
- B. Зменшення печінки
- C. Наявність жовтяниці на фоні захворювання
- D. Розвивається рано від початку захворювання
- E. Короткий анамнез захворювання печінки

III. Контрольні питання для слухачів:

- Цироз печінки: основні причини розвитку, сучасна класифікація. Сучасні стандарти діагностики цирозу печінки та його ускладнень.
- Протоколи надання допомоги при цирозі печінки, гепатоцелюлярній недостатності, печінковій недостатності та синдромі портальної гіпертензії.
- Сучасні принципи призначення терапії в залежності від етіології захворювання (вірусна, токсична, алкогольна тощо) та клінічна фармакологія цих препаратів.

IV УМОВИ ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ

1. Мультимедійний проектор.
2. ЕКГ-апарат.
3. УЗД-апарат.
4. Комп'ютер.
5. Загальний аналіз крові.
6. Загальний аналіз сечі.
7. Результати біохімічних аналізів крові
8. Дані ультразвукового дослідження ОЧП.
9. Набори лікарських препаратів для лікування хворих

V Рекомендована література

Базова:

1. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2018. - 488 с.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. проф Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2019. – 432 с.
3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах/ За ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2019. – Т. 1. – 488 с., іл., табл.; 8 стор. кольор.
4. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах / За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. – 2-е вид., переробл., доповн. – Кіровоград: Поліум, 2020. – Т. 2. – 432 с., іл., табл.; 4 стор. кольор. вкл.
5. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті В у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.06.2019 № 613
6. Уніфікований клінічний протокол екстренної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації при вірусному гепатиті С у дорослих. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 18.07.2019 № 729.

Додаткова:

1. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2019 – 152 с.
2. Катеринчук ІІ. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2019. 228 с.
3. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Тема: «Шлуночкові порушення ритму. (шлуночкова екстрасистолія, пароксизмальна шлуночкова тахікардія, фібриляція шлуночків), Діагностика. Диференціальна діагностика. Діагностичні критерії та методи лікування. Клінічна фармакологія антиаритмічних засобів.».

Загальна тривалість заняття 2,2 год.

Мета: вміти розпізнати клінічні прояви захворювань, вміти діагностувати і лікувати, надати невідкладну допомогу, визначити подальшу тактику ведення хворого.

І ПЛАН ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ

№ з/п	Р о з д і л и	Час,хв.
		Т В
1	Вступ. - Ознайомлення з темою та метою заняття	10 хв.
2	Викладення основного матеріалу: <ul style="list-style-type: none"> - розв'язання тестів вихідного рівня знань - самостійна робота лікарів-інтернів в спеціалізованому відділенні; - участь у обході хворих професором, доцентом, завідувачем відділення; - клінічний розбір тематичного хворого; - отримання завдання на наступний день Аналіз і корекція самостійної роботи. Обговорення хворих та ситуаційних задач Тестовий контроль КРОК 3	100хв.
3	Висновок: - обговорення, підведення підсумку проведеного заняття та відповідь на запитання інтернів	30 хв.

II. Методичні матеріали до практичного заняття

Тести:

1. Найхарактернішою ознакою політонно і шлуночкової екстрасистолії є

- 1) змінюється форма комплексу QRS та інтервал сщеплення
- 2) однакова форма комплексу QRS
- 3) не відрізняється від звичайного комплексу QRS
- 4) всі правильні відповіді
- 5) правильної відповіді немає

2. При екстрасистолії з правого шлуночка

- 1) форма комплексу QRS екстрасистоли на гадуєв відведеннях V1-V6 блокаду правої ніжки пучка Гіса.
- 2) форма комплексу QRS екстрасистоли у відведеннях V1-V6 нагадує блокаду лівої ніжки пучка Гіса
- 3) правильної відповіді немає
- 4) може бути будь-яка форма комплексу QRS
- 5) не відрізняється від звичайного комплексу QRS

3. При екстрасистолії злівого шлуночка

- 1) форма комплексу QRS екстрасистоли нагадує в відведеннях V1-V6 блокаду правої ніжки пучка Гіса.
- 2) форма комплексу QRS екстрасистоли у відведеннях V1-V6 нагадує блокаду лівої ніжки пучка Гіса
- 3) правильної відповіді немає
- 4) може бути будь-яка форма комплексу QRS
- 5) не відрізняється від звичайного комплексу QRS

4. Екстрасистолією НАЗИВАЮТЬ

- 1) передчасне скорочення серця
- 2) імпульси, що з'являються після паузи
- 3) групу в понад 10 імпульсів
- 4) вірно 1 і 2
- 5) все перераховане

5. Ознакою шлуночкової екстрасистоли є:

- 1) Відсутність компенсаторної паузи
- 2) Неповна компенсаторна пауза
- 3) Повна компенсаторна пауза
- 4) Наявність звичайного комплексу QRS
- 5) Жодна з перерахованих

6. У пацієнта 67 років на фоні гострого інфаркту міокарда наступила клінічна смерть. Проведено успішну серцево-легеневу реанімацію. Після проведення невідкладних лікувальних заходів утримується зниження артеріального тиску, на електрокардіограмі - політропна шлуночкова екстрасистоли. Який з перерахованих препаратів найбільше ефективний в даній ситуації?

- 1) Лідокаїн
- 2) Новокаїнамід
- 3) Ізоптин
- 4) Верапаміл
- 5) Дігосин

7. При ішемічній хворобі серця частіше зустрічаються екстрасистоли:

- 1) Лівошлуночкові
- 2) Правошлуночкові
- 3) Передсердні
- 4) Вузлові
- 5) Сино-атріальні

8. Для прогностичної оцінки шлуночкових екстрасистол використовуються класифікації:

- 1) B. Low та M. Wolf
- 2) W. Dressler
- 3) Ф.Е. Остапюка
- 4) I. T. Bigger
- 5) B. Low та M. Wolf та I. T. Bigger

9. II градація шлуночкових екстрасистол по B. Low - це:

- 1) Більше 30 екстрасистол за годину
- 2) Поліморфні екстрасистоли

- 3) Парні та групові екстрасистоли
- 4) Шлуночкові екстрасистоли типу "R на T"
- 5) До 30 за 1 годину

10. При синдромі подовженого Q-T найчастіше виникає пароксизмальна тахікардія:

- 1) Передсердна
- 2) Вузлової
- 3) Шлуночково-монотопна
- 4) Шлуночково-політопна
- 5) Сино-атріальна

Ситуаційні задачі:

Завдання 1.

Хворий М., 63 роки, страждає на ішемічну хворобу серця. Під час перебування в стаціонарі раптово розвився напад тахікардії з ЧСС 190 уд/хв. На ЕКГ: мономорфна тахікардія з широкими комплексами QRS. Розвилася гемодинамічна нестабільність: знизився артеріальний тиск, з'явився больовий синдром, запаморочення.

Вибери раціональну тактику протиаритмічної терапії 1 кроку?

- А. Негайна кардіоверсія синхронізованим електричним розрядом
- Б. Введення лідокаїна
- В. Введення верапаміла
- Г. Введення дігосина
- Д. Введення прокаїнаміда

Завдання 2.

У хворого М., 54 роки, що страждає на ішемічну хворобу серця, розвився епізод фібриляції шлуночків. В умовах блоку інтенсивної терапії кардіологічного відділення була виконана успішна дефібриляція з відновленням синусового ритму.

Який із препаратів Ви рекомендуєте для профілактичної терапії?

- А. Аймалін
- Б. Лідокаїн
- В. Верапаміл
- Г. Дігосин
- Д. Кордарон

Завдання 3.

У хворого П., 58 років, що страждає на ІХС, стенокардію напруги, ФКП, постінфарктний кардіосклероз, СН2а, за реєстрова на мономорфна шлуночкові тахікардія. Фракція викидання лівого шлуночка 37%. Введення аміодарону і лідокаїну ефекту не дало.

Ваша тактика?

- А. Проведення кардіоверсії синхронним електричним розрядом
- Б. Введення прокаїнаміда
- С. Введення соталола
- Д. Введення магнію сульфату
- Е. Проведення дефібриляції несинхронізованим електричним розрядом

III.. Контрольні питання для слухачів:

1. Визначення порушення збудливості. Класифікація порушення збудливості.
2. Клініка, ЕКГ- діагностика та класифікація шлуночкової мекстрасистолії.
3. Клініка, ЕКГ- діагностика та класифікація пароксизмальної шлуночкової тахікардії.
4. Клініка, ЕКГ-діагностика тріпотіння та фібриляції шлуночків.
5. Диференційна діагностика фібриляції та тріпотіння шлуночків.
6. Невідкладна допомога при фібриляції та тріпотінні шлуночків.
7. Ускладнення. Первинна та вторинна профілактика раптової смерті.
8. Показання до імплантації кардіо вертера-дефібрилятора.
9. Прогноз та працездатність.

IV.Умови проведення заняття

- Мультимедійний проектор
- Презентації та відеофільми
- Палата інтенсивної терапії
- Дефібрилятор, кардіовертер
- Апарат для штучної вентиляції легень
- Стаціонарний монітор
- Заключення ХМ ЕКГ
- ЕКГ
- Обладнання для проведення черезстравохідної електрокардіостимуляції

V Рекомендована .література

Базова:

1. Клінічні протоколи надання медичної допомоги. Медицина невідкладних станів : [зб. док.] / Департамент охорони здоров'я викон. органу Київ. міськради (Київ. міськдержадмін.), Київ. міськ. наук. інформ.-аналіт. центр мед. статистики ; [відп. ред. Т. В. Марухно]. - Київ : МНІАЦ мед. статистики : Медінформ, 2019 - 273 с. : рис., табл. - (Нормативні директивні правові документи)
2. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2019 року щодо діагностики та лікування захворювань міокарда та перикарда //Серце і судини.- 2019. - №1
3. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / Всеукр. асоц. кардіологів ; За ред. В. М. Коваленка [та ін.]. - 3-те вид., переробл. і допов. - Київ : Моріон, 2018. - 223 с.

4. Денесюк В.І., Денесюк О.В. Внутрішня медицина. Підручник для студентів закладів вищої освіти III-IV рівня акредитації та лікарів післядипломної освіти на основі рекомендацій доказової медицини / За ред. В.М. Коваленка. – К.: МОРІОН, 2019. – 960 с.

5. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги: профілактика серцево-судинних захворювань. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 13.06.2016 №564

Додаткова:

1. Клінічна фармакологія : навч. посіб. / Є. І. Шоріков [та ін.] ; Буковин. ДМУ. – Вінниця : Нова Книга, 2019. – 512 с.

2. Діагностичні, лікувальні та профілактичні алгоритми з внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник. // За редакцією проф. В.І. Денесюка. - Київ: Центр ДЗК, 2018 – 152 с.

3. Катеринчук ІП. Клінічне тлумачення й діагностичне значення лабораторних показників у загально-лікарській практиці: навчальний посібник. 2-е вид. Київ: Медкнига; 2018. 228 с.

4. Свінціцький А. С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини : [навч. посіб. для лікарів-інтернів і студентів мед. закл. вищ. освіти] / А. С. Свінціцький. – Київ : Медицина, 2019. – 1008 с.

Методичні рекомендації
склала

Професор ЗВО Леся РАСПУТІНА