

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет Медичний
Кафедра загальної практики

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Світлана КОЛОЖИНСЬКА
вересня 2022 року



Методична розробка
до практичних занять з навчальної дисципліни
Факультет медичний, VI курс
Навчальна дисципліна «Загальна практика сімейна медицина»

Затверджено

засіданням кафедри загальної практики

Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «29» 08 2022р.

Завідувачка кафедри, д.мед.н., проф. *Олена Волошина* Олена Волошина

Розробники: О.Б. Волошина, д.мед.н., професор; І.С. Лисий, к.мед.н., доцент; В.В. Бугерук, к.мед.н., доцент; І.В. Балашова, к.мед.н., доцент; О.Р. Дукова, к.мед.н., доцент; Л.І. Ковальчук, к.мед.н., доцент; О.В. Найдюнова, к.мед.н., доцент; В.О. Збітнева, к.мед.н., асистент; К.А. Українська, асистент; О.В. Гармідер, к.мед.н., асистент; В.В. Саморукова, к.мед.н., асистент.

Практичні заняття

Практичне заняття № 1

Тема: МІСЦЕ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАГАЛЬНІЙ СТРУКТУРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СІМЕЙНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ.

Мета: Удосконалити знання студентів щодо сімейної медицини, її місця в загальній структурі охорони здоров'я, розкрити принципи сімейної медицини, ознайомити з етапами та реформуванням первинної медичної допомоги (ПМД), ознайомити з принципами роботи лікаря первинної медичної допомоги – сімейного лікаря, навчитись заповнювати первинно-облікову медичну документацію.

Основні поняття: первинна медична допомога, сімейна медицина, реформування первинної ланки, нормативна правова база з ПМД, надавач ПМД, лікар з надання ПМД, електронна система охорони здоров'я, медичні послуги в межах ПМД,

Обладнання: Накази МОЗ України, зразки первинно-облікової документації, мультимедійне забезпечення

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань - фронтальне опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання.
 - Які існують рівні надання медичної допомоги?
 - Що таке первинна медична допомога ?
 - Сучасні уявлення про структуру ПМД?
 - Що таке сімейна медицина ?
 - Предмет і завдання сімейної медицини?
 - Хто такий сімейний лікар ?
 - Особливості роботи сімейного лікаря?
3. Формування професійних вмінь, навичок.
 - здобувач вищої медичної освіти повинен :
 - вміти користуватися сайтом moz.gov.ua для ознайомлення з нормативно-правовою базою щодо первинної медичної допомоги,
 - знати етапи реформування первинної ланки,
 - розуміти мету створення та функціонування Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), Національної Служби Здоров'я України (НСЗУ), Медичних інформаційних систем (МІС)
 - знати основні принципи та організацію роботи Лікаря ПМД - вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення
 - вміти оформляти первинно-облікову медичну документацію
 - вміти користуватися класифікацією первинної медичної допомоги ІСРС-2
 - матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Тестові завдання.

1. Що виконує лікар ПМД?

- 1) Веде прийом хворих
- 2) Веде прийом здорових осіб
- 3) Відвідує хворих на дому
- 4) Займається медичною профілактикою
- 5) Проводить хірургічні втручання

2. В обов'язки сімейного лікаря входить?

- 1) Динамічне спостереження за неускладненою вагітністю
- 2) Динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів
- 3) Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для здоров'я.
- 4) Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень для проходження медикосоціальної експертизи, а також лікарських свідоцтв про смерть.
- 5) Здійснення медичного спостереження за здоровою дитиною

4. Що повинен вміти лікар ПМД?

- 1) Надавати кваліфіковану медичну допомогу
- 2) Проводити експертизу тимчасової непрацездатності
- 3) Надання у випадках необхідності невідкладної медичної допомоги при нескладних супутніх захворюваннях
- 4) Відбір хворих на санаторно-курортне лікування
- 5) Діагностика та лікування захворювань внутрішніх органів
- 6) Проводити встановлення груп інвалідності

5. Якими навичками повинен володіти лікар ПМД?

- 1) Фізикальними методами обстеження хворих
- 2) Визначення гостроти зору
- 3) Ведення медичної документації
- 4) Технікою проведення ін'єкцій
- 5) Виконання УЗД

6. При яких невідкладних станах лікар загальної практики повинен встановити діагноз та надати невідкладну медичну допомогу?

- 1) Гостра серцева недостатність
- 2) Гостра судинна недостатність
- 3) Гіпертонічний криз
- 4) Гідроторакс
- 5) Астматичний статус

7. Якими маніпуляціями повинен володіти сімейний лікар?

- 1) Ін'єкції
- 2) Пункція плевральної порожнини
- 3) Трахеостомія
- 4) Лапароскопія
- 5) Визначення груп крові

8. Яку медичну документацію ведуть лікарі ПМД?

- 1) Журнал реєстрації амбулаторних пацієнтів
- 2) Листок непрацездатності
- 3) Медична карта амбулаторного хворого
- 4) Довідки
- 5) Направлення хворого на МСЕК

9. Які нозології входять до програм раннього скринінгу, яку проводять лікарі ПМД згідно наказу № 504, окрім:

- 1) Туберкульоз

- 2) Вірусні гепатити
- 3) ВІЛ
- 4) Гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання
- 5) Цукровий діабет
- 6) Рак передміхурової залози
- 7) Колоректальний рак
- 8) Рак молочних залоз

10. Хто такий надавач ПМД згідно наказу МОЗ 504

- 1) Лікар педіатр
- 2) Лікар терапевт
- 3) Сімейний лікар
- 4) Заклад охорони здоров'я
- 5) Лікар ФОП

4. Підведення підсумків: Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, відповіді на запитання які виникли під час заняття, оголошення наступної теми заняття. Список рекомендованої літератури :

Основна

1. Актуальні аспекти вищої медичної освіти за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» : Навч.-наук. посіб. / за ред. проф. Л.С. Бабінець. – Тернопіль : Осадца Ю.В., 2021. – 652с.
2. Організація надання первинної медичної допомоги поза годинами прийому пацієнтів (методичні рекомендації) 01.03.2019 м. Київ, затверджено консультативно-дорадчою групою з питань удосконалення законодавства у сфері надання первинної медичної допомоги.
3. Бабінець, Л. С. "Здоров'я українців у руках сімейного лікаря": не просто назва чергової конференції, а наша стратегічна мета / Л. С. Бабінець, І. О. Боровик // Здоров'я України. - 2017. - N 2. - С. 38-39.
4. Бабінець, Л. С. Місце сімейного лікаря в системі охорони здоров'я Угорщини / Л. С. Бабінець // Здоров'я України. - 2017. - N 9. - С. 40-41.
5. Бабінець, Л. С. Актуальні питання діагностики, лікування, раціональної фармакотерапії, диспансеризації та реабілітації в практиці сімейного лікаря / Л. С. Бабінець // Здоров'я України. - 2017. - N 11/12. - С. 44

Додаткова:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 504 від 19 березня 2018 року "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги"
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 503 від 19 березня 2018 року "Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу"

Електронні інформаційні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. [Всесвітня організація сімейних лікарів \(WONCA\)](http://www.wonca.org) . <http://www.wonca.org>
3. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
4. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
5. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
6. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
7. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
8. www.bundesaeztekammer.de – Німецька медична асоціація
9. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття № 2,3

Тема: МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ. ЕКСПЕРТИЗА ТИМЧАСОВОЇ НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ. РОЛЬ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ В ПОПУЛЯРИЗАЦІЇ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА ДИСПАНСЕРИЗАЦІЇ

Мета: Удосконалити знання студентів щодо медико-соціальних аспектів здоров'я: розкрити поняття здоров'я, смертність, основні причини смертності в Україні, роль лікарів ПМД в популяризації здорового способу життя, боротьбі із факторами ризику, знати принципи та види медичної профілактики, висвітлити стан сучасної диспансеризації населення, ознайомити студентів із нормативно-правовою базою та станом експертизи тимчасової непрацездатності згідно змін в законодавстві України та переході на електронні листки непрацездатності.

Основні поняття: здоров'я, фактори ризику, профілактика, диспансеризація, електронна система охорони здоров'я, стійка та тимчасова непрацездатність, експертиза тимчасової непрацездатності.

Обладнання: Накази МОЗ України, зразки документів про непрацездатність мультимедійне забезпечення

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань - фронтальне опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання.
 - Що таке здоров'я? Визначення, поняття про індивідуальне і групове здоров'я.
 - Які основні показники здоров'я.
 - Класифікація факторів ризику, їх роль у стратифікації прогнозів для пацієнта.
 - Що входить до первинної профілактики? Основні принципи, заходи, що застосовуються для первинної профілактики.
 - Що входить до вторинної профілактики? Основні принципи, заходи, що застосовуються для вторинної профілактики.
 - Які основні принципи диспансеризації. Яка роль сімейного лікаря.
 - Що таке експертиза тимчасової непрацездатності та хто її проводить.
 - Для чого у лікувальних закладах утворюється ЛКК?
 - Кого та у яких випадках спрямовують до МСЕК?
3. Формування професійних вмінь, навичок.
 - здобувач вищої медичної освіти повинен :
 - вміти користуватися сайтом moz.gov.ua для ознайомлення з нормативно-правовою базою щодо первинної медичної допомоги,
 - знати основні статистичні дані щодо захворюваності та смертності в Україні, показники здоров'я.
 - знати що таке фактори ризику, їх класифікацію та значення боротьби з модифікованими факторами ризику.
 - знати про медичну профілактику, її види та участь лікаря на кожному етапі мед профілактики
 - Знати програми раннього скринінгу деяких захворювань лікарями первинної медичної допомоги згідно наказу МОЗ 504
 - знати нормативно-правову бази стосовно експертизи тимчасової непрацездатності (ЕТН)

- Знати основні поняття та терміни щодо ЕТН
- вимоги до результатів роботи, в т.ч. до оформлення
 - вміти оформляти паперові листки непрацездатності
 - вміти заповнювати документи що підтверджують тимчасову непрацездатність (довідки ф095/0,095-2/0, довідки довільної форми)
- матеріали контролю для заключного етапу заняття:

Тестові завдання.

1. Фактори ризику поділяються на:

- А. Зовнішні та внутрішні
- Б. Модифіковані та немодифіковані
- В. Первинні та вторинні
- Г. Спадкові та набуті

2. До модифікованих факторів ризику розвитку захворювань належать:

- А. Спадковість
- Б. Вік
- В. Тютюнопаління
- Г. Вживання алкоголю

3. Об'єктом вивчення науки валеологія є:

- А. Здорова людина
- Б. Здорова популяція
- В. Хвороба людина
- Г. Суспільне здоров'я

4. Первинна профілактика це:

- А. Профілактика серцево-судинних хвороб
- Б. Запобігання розвитку ускладнень хвороби
- В. Комплекс заходів щодо попередження виникнення хвороб у здорових людей
- Г. Своєчасне проведення медичних оглядів

5. Який Наказ МОЗ України регламентує проведення скринінгових оглядів з метою раннього виявлення захворювань?

- А. Наказ МОЗ України № 728
- Б. Наказ МОЗ України № 504
- В. Наказ МОЗ України № 503
- Г. Наказ МОЗ України № 110

6. Що таке вторинна профілактика

- А. Реабілітація та покращення якості життя
- Б. Комплекс заходів щодо попередження виникнення хвороб у здорових людей
- В. Боротьба із факторами ризику розвитку захворювань
- Г. Попередження загострень, ускладнень, хронізації захворювань

7. Що таке тимчасова непрацездатність

- А. Непрацездатність внаслідок захворювання та/або травм
- Б. Непрацездатність в наслідок захворювання та інших причин, яка має тимчасовий зворотній зв'язок та відновлюється після лікування або проведення реабілітаційних заходів
- В. Непрацездатність яка привела до інвалідності
- Г. Непрацездатність з приводу вагітності та пологів

8. Які документи підтверджують тимчасову непрацездатність

- А. Листок непрацездатності

- Б. Довідка ф 086/о
- В. Довідка ф 095/о
- Г. Довідки довільної форми

Список рекомендованої літератури :

Основна

1. Сімейна медицина: у 3 книгах. — Книга 1. Загальні питання сімейної медицини: Підручник для мед. ВНЗ IV р. а. Затверджено МОН / / О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік, А.С. Свінціцький та ін. — К.: ВСВ «Медицина», 2013. — 672 с
2. Сімейна медицина: у 3 книгах — Кн. 3: Спеціальна частина. Поліпрофільність загальної лікарської практики: Підручник для мед. ВНЗ IV р. а. Затверджено МОН / За ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасієшвілі. — К., 2017. — 680 с
3. Актуальні аспекти вищої медичної освіти за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» : Навч.-наук. посіб. / за ред. проф. Л.С. Бабінець. – Тернопіль : Осадца Ю.В., 2021. – 652с.
4. Давидович І.Є. Медико-соціальні аспекти проблеми здоров'я населення України // *Новости медицины и фармации.* – 2017. – №19(227). – С.5-6
5. Наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»
6. Наказ МОЗ № 1066 від 1.06.2021 України від 01.06.2021 № 1066, редакція 26.01.2022, зі змінами у Наказах № 1836, 1609, 2086, 2608, 171, 233, 522, 675 (22.04.2022) «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки»
7. Наказ № 1234 від 17.06.2021 «Про затвердження Порядку видачі (формування) листків непрацездатності в Електронному реєстрі листків непрацездатності»
8. Постанова КМУ від 17.04. 2019 р. № 328 «Деякі питання організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього»
9. Наказ МОЗ № 2136 від 18.09.2020 «Про порядок ведення Реєстру медичних висновків в електронній системі охорони здоров'я України

Додаткова:

1. Коваленко В.М., Дорогой А.П. Хвороби системи кровообігу в Україні: проблеми і резерви збереження здоров'я населення // *Здоров'я України.* – 2004. – № 18 (103). – С. 4-10.
2. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 р. № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги»
3. Наказ МОЗ від 16.09.2011 № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів»

Електронні інформаційні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. [Всесвітня організація сімейних лікарів \(WONCA\)](http://www.wonca.org) . <http://www.wonca.org>
3. www.ama-assn.org – [Американська медична асоціація / American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
4. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
5. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - [Державний експертний центр МОЗ України](http://www.dec.gov.ua/mtd/home/)
6. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
7. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
8. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
9. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог
10. [Головна \(nszu.gov.ua\)](http://nszu.gov.ua) Національна служба здоров'я України

Практичне заняття 4, 5.

Тема 3. «Програма ведення хворих в амбулаторних умовах при найбільш поширених захворюваннях бронхо-легеневої системи (хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма)

«Фактори ризику, моніторинг у домашніх умовах, діагностика загострення, надання невідкладної допомоги, покази до госпіталізації»

Мета заняття

Удосконалити знання студентів щодо етіології, епідеміології, патогенезу, клінічних проявів ХОЗЛ та БА, сформувати професійне вміння зі складання плану обстеження (лабораторного та інструментального), комплексного плану ведення хворого в стабільному стані та при загостренні, необхідних профілактичних заходів.

Основні поняття:

хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, накази МОЗ України,

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання.

- Яка етіологія ХОЗЛ та основні фактори ризику?
- Які епідеміологія ХОЗЛ?
- Які основні ланки патогенезу ХОЗЛ?
- Який метод скринінгу ХОЗЛ та подальшого обстеження?
- Які основні клінічні симптоми та синдроми при ХОЗЛ?
- Який диференційний діагноз ХОЗЛ?
- Які коморбідні захворювання при ХОЗЛ?
- Які основні принципи лікування ХОЗЛ в стабільному стані згідно GOLD 2022?
- Які принципи ведення пацієнта з ХОЗЛ при загостренні?
- Які покази до госпіталізації при загостренні?
- Які методи профілактики, медичної реабілітації при ХОЗЛ?
- Яка етіологія БА, фактори ризику?
- Які епідеміологія БА?
- Які основні ланки патогенезу БА?
- Які основні фенотипи БА?
- Які основні клінічні симптоми та синдроми при БА?
- Який диференційний діагноз БА?
- Які можливі ускладнення БА?
- Які методи діагностики БА?
- Які основні принципи базисного лікування БА згідно GINA 2022?
- Яка тактика ведення пацієнта з загостренням БА на амбулаторному етапі?

- Які покази до госпіталізації при загостренні БА?
 - Які методи профілактики?
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти спілкуватися з хворим на ХОЗЛ та БА, збирати анамнез життя та захворювання, епідеміологічний анамнез, провести опитування за органами та системами;
- провести фізикальне обстеження хворого на ХОЗЛ та БА та визначити основні симптоми захворювання;
- Використовувати рекомендовані шкали для оцінки контролю над ХОЗЛ та БА;
- призначити комплекс лабораторних та інструментальних досліджень хворого на ХОЗЛ та БА та проаналізувати отримані результати;
- провести диференційну діагностику та обґрунтувати клінічний діагноз хворого на ХОЗЛ та БА;
- Сформулювати діагноз згідно Національних та міжнародних рекомендацій, оформити медичну документацію;
- Складати письмовий план лікування пацієнтів з ХОЗЛ та БА у стабільному стані з урахуванням стадії хвороби, наявності ускладнень, тяжкості стану, супутньої патології;
- Оцінити ризик загострення та тактику ведення при загостренні з ХОЗЛ та БА;
- Скласти план медичної реабілітації пацієнтам з ХОЗЛ та БА;
- зробити доповідь результатів обстеження хворого з ХОЗЛ та БА командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсяг призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для самоконтролю якості підготовки.

Тести для самоконтролю:

1. Хвора К., 22 роки, поступила у лікарню зі скаргами на напади ядухи до 3-4 раз на добу, кашель з виділенням густого прозорого харкотиння, задишку. При огляді: ціаноз губ, грудна клітка бочкоподібної форми, набряклі шийні вени, тахікардія (110 за хвилину). Тони серця ослаблені. Перкуторно - над легеньми коробковий звук. Дихання ослаблене, видох подовжений. З обох сторін маса сухих свистячих хрипів. Який попередній діагноз?

- A.** Спонтанний пневмоторакс
- B.** Серцева астма
- C.** Бронхіальна астма
- D.** Хронічний обструктивний бронхіт
- E.** Тривожно-депресивний синдром, панічна атака

2. Хворий А. 55 років скаржиться на постійну задишку, котра підсилюється при фізичному навантаженні, вранішній кашель з невеликою кількістю слизово-гнійного харкотиння. Хворіє біля 10-ти років. Курить 40 років. Об'єктивно: ЧДР- 20/хв, зріст - 175 см, вага - 95 кг. Грудна клітка бочкоподібної форми. Над легеньми на фоні послабленого везикулярного дихання - невелика кількість розсіяних сухих хрипів. Який механізм порушення альвеолярної вентиляції є провідним:

- А. Порушення рухливості грудної клітки
- В. Порушення функції нервовом'язового апарату
- С. Порушення функції дихального центру
- Д. Бронхіальна обструкція
- Е. Рестриктивна недостатність зовнішнього дихання

3. У жінки 25 років з обтяженим алергологічним анамнезом (поліноз) в терміні вагітності 26 тиж після стресової ситуації раптово з'явилося шумне свистяче дихання, задишка, ціаноз обличчя. При аускультативі: над легеньми дихання ослаблене, багато сухих свистячих хрипів; при перкусії – коробковий звук. Після нападу у жінки віділилась невелика кількість тягучого харкотиння. Який найбільш ймовірний діагноз?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії.
- В. набряк легень.
- С. Обструктивний бронхіт.
- Д. Приступ бронхіальної астми.
- Е. Загроза переривання вагітності.

4. Хворий 60 років скаржиться на задуху, що підсилюється при фізичному навантаженні, постійний кашель з незначною кількістю харкотиння. Палить понад 45 років. Об'єктивно: температура - 36,5°C, ЧДР - 24 за хв., пульс - 84 уд/хв., АТ - 125/85 мм рт. ст. Астенічний, шкіра блідо-рожевого кольору, видих подовжений через зімкнені губи, грудна клітка бочкоподібна, дихальні м'язи приймають активну участь у диханні. Аускультативно - над легеньми невелика кількість сухих хрипів. Абсолютна тупість серця не визначається. Спірограма: ЖЄЛ - 71%, ОФВ1 -45% від належних величин. Застосування якої терапії є найбільш ефективним методом вторинної профілактики емфіземи легень у хворого?

- А. Інгаляційні стероїдні гормон
- В. Бронхолітики тривалої дії
- С. Муколітичні засоби
- Д. Вакциноterapia
- Е. Низькопотокова киснева терапия

5. Чоловік 52-ти років впродовж 15-ти років хворіє на хронічний обструктивний бронхіт. Палить з 20-ти років. При спірографічному дослідженні встановлено: ФЖЄЛ < 40% від належної, ОФВ 34%. Яка ступінь вентиляційних порушень має місце у хворого:

- А. II
- В. I
- С. IV
- Д. III
- Е. 0

6. Чоловік 60 років скаржиться на ядуху, кашель з виділенням рожевого харкотиння, яке піниться, відчуття нестачі повітря, страх смерті. Об'єктивно: ортопноє, шкіра бліда, акроціаноз, холодний липкий піт. Дихання жорстке, в нижньозадніх відділах з обох боків - вологі дрібно- та середньопухирчасті хрипи. ЧДР- 40/хв. Тони серця різко приглушені. На верхівці серця - ритм галопа. Який найбільш вірогідний діагноз:

- А. Бронхіальна астма, важке загострення

- В.** Пневмонія
- С.** Інфаркт-пневмонія
- Д.** набряк легенів
- Е.** Тромбоемболія легеневої артерії

7. Хворий 56 років, водій, скаржиться на постійну задуху, котра підсилюється при фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель, частіше зранку. Хворіє понад 12 років. Палить понад 40 років (по 20 сигарет за добу). В анамнезі – запалення легенів. Об'єктивно: температура – 36,5 оС, ЧДР – 22/хв., пульс – 80/хв., АТ – 140/80 мм рт. ст. Ціаноз губ. Над легенями – послаблене везикулярне дихання, велика кількість розсіяних сухих хрипів. Зміни якого спірометричного показника найбільш вірогідно вкажуть на патофізіологічний механізм дихальної недостатності у хворого:

- А.** ФЖЄЛ (форсована життєва ємність легенів)
- В.** ОФВ1 (об'єм форсованого видиху за 1 секунду)
- С.** ЖЄЛ (життєва ємність легенів)
- Д.** ПОШвид. (пікова об'ємна швидкість видиху)
- Е.** ОФВ1/ФЖЄЛ

8. Хворий 49 р. скаржиться на ядуху, кашель. Мокроту не виділяє. Неодноразово застосовував сальбутамол, але без ефекту. Об'єктивно: сидить, спираючись на стіл. Ціаноз обличчя, акроціаноз. Дихання поверхневе, затруднене, місцями не вислуховується; розсіяні хрипи, значно подовжений видох. Серце - тони приглушені, тахікардія. Ps - 112/хв., АТ-110/70 мм рт.ст. Печінка біля краю реберної дуги. Периферичних набряків немає. Який попередній діагноз у хворого?

- А.** Бронхіальна астма, помірної важкості
- В.** Хронічний обструктивний бронхіт
- С.** Астматичний статус
- Д.** Аспірація стороннього тіла
- Е.** Серцева астма

9. У хворого напади бронхіальної астми виникають звичайно вночі, супроводжуються брадикардією, спастичними болями в кишечнику, поносом. Препарати якої групи можуть усунути ці симптоми?

- А.** Бета-адреноблокатори
- В.** Н-холіноблокаторі, Н2-гістаміноблокатори
- С.** Альфа-адреноблокатори
- Д.** М-холіноблокатори
- Е.** Транквілізатори.

10. Пацієнт протягом 15 років хворіє бронхіальною астмою. Які можливі зміни в лейкоцитарній формулі може знайти лікар у даного пацієнта?

- А.** Лейкопенія
- В.** Базофілія
- С.** Лейкоцитоз
- Д.** Еозинофілія
- Е.** Зсув лейкоцитарної формули вліво

Ситуаційні задачі:

1. 29-річний чоловік з легкою персистою астмою звернувся до амбулаторії для повторного огляду. Спочатку його направив 6 місяців тому лікар первинної медичної

допомоги після загострення астми, яке потребувало лікування у відділенні невідкладної допомоги.

Під час свого першого візиту він повідомив про хрипи та кашель 4 дні на тиждень і про нічні симптоми тричі на місяць. Спірометрія виявила форсовану життєву ємність ємності (FVC) 85% передбачуваної, об'єм форсованого видиху за 1 секунду (FEV1) 75% передбачуваної, FEV1/FVC 65%, а також збільшення FEV1 на 220 мл або 14 % після бронхолітика. Йому призначали низькі дози інгаляційного кортикостероїду двічі на день і короткодійний інгаляційний бета-агоніст за потреби. Він повернувся через 4 тижні з покращенням, але з продовженням денних симптомів 2 дні на тиждень. У нього також були симптоми риніту; тому його направили до алерголога для обстеження. Шкірні проби дали позитивний результат на дерева, амброзію, пилових кліщів і котів, і йому призначили назальний стероїдний спрей і неседативний пероральний антигістамін. Він прийшов сьогодні і не повідомляє про відсутність загострень астми з часу його останнього візиту. Крім того, протягом останніх 4 тижнів він не прокидався через астму, не відчував ранкових симптомів дихання, не пропускав роботу, не мав будь-яких обмежень у діяльності через астму або потребував використання рятувального альбутеролу. Наразі він заперечує задишку чи хрипи. Він виконує аеробні вправи 4 дні на тиждень по 45 хвилин на сеанс без симптомів, за умови, що він проводить премедикацію інгаляційним бета-агоністом короткої дії. Інших симптомів немає. Його поточні ліки включають низькі дози інгаляційного кортикостероїду, стероїдний назальний спрей, неседативний антигістамінний засіб по 1 таб. щоденно та інгаляційний бета-агоніст за потреби. Анамнез захворювання: інтермітуюча астма, діагностована у віці 13 років і часті «застуди». Ніколи не потребував госпіталізації через загострення астми. Працює лікарем-мікробіологом, не палить, не вживає алкоголю. Сімейний анамнез не обтяжений.

Під час медичного огляду він є чоловіком відповідного віку, гострого дистресу немає. Його зріст і вага пропорційні, а насичення киснем у стані спокою, виміряне пульсом (SpO₂), становить 98% на кімнатному повітрі. При огляді голови та шиї виявлено легку еритему слизової оболонки носа. Обстеження серця виявило нормальні серцеві тони, відсутність шумів, галопу чи тертя, а легені чисті при аускультатії. На кінцівках не було набряків, ціанозу та биття.

В кабінеті спірометрія абсолютно нормальна. Він стверджує, що почувається чудово, і запитує про припинення інгаляторів, зокрема інгаляційного стероїду.

Питання

Виходячи з наявних даних, який подальший план лікування? (Припиніть застосування інгаляційного кортикостероїду; розпочати низькі дози інгаляційного кортикостероїду/бета-агоніста тривалої дії, 1 інгаляція перед сном Метою лікування астми є мінімізація ризику та підтримка контролю над астмою за допомогою найменшої кількості ліків)

Як часто рекомендується проводити спірометрію, якщо попередні показники нормальні, а астма пацієнта добре контролюється? (Кожні 1-2 роки)

Які дані свідчать про те, що пацієнт потребує посилення лікування астми? (Два або більше нічних пробудження на місяць через астму)

Що з наведеного нижче слід робити регулярно під час кожного наступного візиту? (Огляд правильної техніки інгаляції та дотримання)

2. 44-річна жінка, яка зараз працює в пекарні, має протягом 1 року симптоми астми та алергічного риніту, включаючи епізодичний кашель, хрипи, задишку та стиснення в грудях із сверблячими червоними сльозоточивими очима та закладеним, нежитьом та сверблячим носом. Ці симптоми щодня посилюються протягом 1-2 годин після початку роботи та посилюються протягом робочого тижня. Особливо вона вважає, що червоні висівки погіршують її симптоми майже відразу після контакту. Вона помічає покращення протягом 1-2 годин поза робочим місцем. Вона працює на пекарні 13 років, а останні 10 років зважувала компоненти, в тканинній масці. Лінія, на якій вона працювала останні 2 роки,

більш запилена, ніж інші ділянки. В анамнезі сезонний алергічний риніу в літні місяці з дитинства. Вона не курить. Сімейний анамнез: астма у її матері та брата. Зараз вона щодня використовує інгаляційний стероїдний бронходилататор тривалої дії та інгаляційний бронходилататор короткої дії за потреби, зазвичай до 4 разів на день на роботі з полегшенням. Фізикальне обстеження в нормі. Рентген грудної клітки також нормальний. Спірометрія показує ОФВ1/ФЖЕЛ 0,62 (протягом 24 годин роботи), ОФВ1 1,9 л (прогнозовано 60%), а після прийому бронходилататора ОФВ1 підвищується до 2,2 л (300 см³, 16%). Рік тому, після 2 місяців перерви на роботі, її ОФВ1 становив 2,3 л. Шкірні прик-проби дали позитивний результат на суспензію борошна (3+), зародки пшениці (3+) і червоні висівки (2+). Її домашні показники максимального ПШВ коливалися від 270 до 340, з нижчими показаннями в робочі дні.

Який діагноз у хворої?

Яка причина астми у хворої?

Які дослідження можуть підтвердити діагноз?

Яка патофізіологія розвитку астми внаслідок впливу борошна чи інших агентів?

Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах: бронхіальна астма (Ю. І. Фещенко) Астма та Алергія, 2020, № 2, С. 5–26. Астма та Алергія, 2020, № 3, С. 5–22.
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах: бронхіальна астма (Ю. І. Фещенко) Укр. пульмонол. журнал. 2020, № 3, С. 5–36.
3. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи : нормативні показники, трактування змін / За ред. проф. Ю.М. мостового. – 27-ме вид., змін. – Київ : Центр ДЗК, 2020. – С. 33–74.

Допоміжна:

1. **Тестові завдання "крок-2" з пульмонології:** збірка тестових завдань з дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів 6-го курсу медичного факультету, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія» / С. Я. Доценко, О. В. Кулинич, Д. Г. Рекалов [та ін.]. – Запоріжжя, 2019. – 73 с.

Електронні ресурси:

1. <https://guidelines.moz.gov.ua/>
2. Asthma control questionnaire 5 http://u-breathe.ca/wp-content/uploads/2020/05/ACQ-5_asthma_control_questionnaire_may2020-fillable.pdf
3. <https://goldcopd.org/2022-gold-reports/>
4. <https://ginasthma.org/pocket-guide-for-asthma-management-and-prevention/>
5. <https://www.thoracic.org/professionals/clinical-resources>

Практичне заняття № 6

Тема: «Захворювання верхніх дихальних шляхів. Диференційна діагностика. Інтегроване ведення пацієнтів з гострими респіраторними вірусними захворюваннями. Диференційна діагностика загострень».

Мета:

Удосконалити знання студентів щодо етіології, епідеміології, патогенезу, клінічних проявів гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) та гострих респіраторних вірусних захворювань (ГРВІ); сформувати професійне уміння зі складання плану обстеження (лабораторного та інструментального), комплексного плану лікування хворого та необхідних профілактичних заходів.

Основні поняття:

Гострі респіраторні захворювання, гострі респіраторні вірусні інфекції, нова коронавірусна хвороба

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, спірограф, небулайзер, приклади спірограм, тематичні хворі.

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання.

- Яка етіологія ГРЗ, ГРВІ?
- Які епідеміологічні особливості ГРЗ та ГРВІ?
- Які основні ланки патогенезу ГРЗ та ГРВІ?
- Які основні клінічні симптоми та синдроми при ГРЗ та ГРВІ?
- Який диференційний діагноз ГРЗ та ГРВІ?
- Які можливі ускладнення ГРЗ та ГРВІ?
- Які неспецифічні та специфічні методи діагностики необхідні при ГРЗ?
- Які основні принципи лікування ГРЗ та ГРВІ?
- Яка етіологія нової коронавірусної хвороби (COVID-19)?
- Які епідеміологічні особливості коронавірусу?
- Які основні ланки патогенезу коронавірусу?
- Які основні клінічні симптоми та синдроми різних штамів COVID-19?
- Які можливі ускладнення COVID-19?
- Які специфічні методи діагностики COVID-19?
- Які принципи ведення пацієнта з COVID-19?
- Які методи профілактики COVID-19?

4. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти спілкуватися з хворим на ГРЗ та ГРВІ, збирати анамнез життя та захворювання, епідеміологічний анамнез, провести опитування за органами та системами;
- провести фізикальне обстеження хворого на ГРЗ та визначити основні симптоми захворювання;
- призначити комплекс лабораторних та інструментальних досліджень хворого на ГРЗ та проаналізувати отримані результати;
- провести диференційну діагностику та обґрунтувати клінічний діагноз хворого на ГРЗ;
- визначити тактику надання екстреної медичної допомоги при невідкладних станах у хворого на ГРЗ;
- створити комплексний план лікування хворого на ГРЗ на підставі попереднього клінічного діагнозу, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.
- визначити заходи профілактики ГРЗ;
- оформити медичну документацію хворого на ГРЗ;
- зробити доповідь результатів обстеження хворого на ГРЗ командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсяг призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для заключного етапу заняття

Тести для самоконтролю:

1. Які провідні клінічні синдроми при грипі?
 - А. Інтоксикаційний
 - Б. Ураження верхніх дихальних шляхів
 - В. Ураження нижніх дихальних шляхів
 - Г. Гіпертензивно-лікворний
 - Д. Екзантема

2. Які основні клінічні синдроми при COVID-19?
 - А. Інтоксикаційний
 - Б. Ураження верхніх дихальних шляхів
 - В. Ураження нижніх дихальних шляхів
 - Г. Діарейний синдром
 - Д. Артралгічний синдром

3. Які основні ускладнення COVID-19?
 - А. Розвиток гострого респіраторного синдрому
 - Б. Розвиток тромботичних ускладень
 - В. Гостра печінкова недостатність
 - Г. Гостра ниркова недостатність
 - Д. Анемія

4. Які специфічні методи лікування COVID-19?

- А. Ремдесевір
- Б. Балоксавір
- В. Аміксін
- Г. Ремантадін
- Д. Вітамін Д

5. Які критерії госпіталізації пацієнта з ГРЗ?
 - А. За бажанням хворого
 - Б. розвиток гострого респіраторного дистрес синдрому
 - В. Гіпертермія, що не піддається лікуванням антипіретиками
 - Г. Гіпертермія, що піддається лікуванням антипіретиками
 - Д. Розвиток серцево-судинної недостатності
6. Які клінічні покази до призначення антибіотика при ГРВІ?
 - А. Підвищення температури до 39С
 - Б. Кашель зі слизовим мокротинням
 - В. Кашель з гнійним мокротинням
 - Г. Нежить
 - Д. За бажанням хворого
7. Які лабораторні показники найбільш точно свідчать про наявність бактеріальної інфекції?
 - А. С-реактивний протеїн
 - Б. підвищення рівня нейтрофілів
 - В. підвищення швидкості зсідання крові
 - Г. підвищення рівня прокальцитоніну
 - Д. підвищення рівня еозинофілів

Тестові завдання:

1. У дитини 7 міс. на фоні ГРВІ на 3 добу захворювання вночі з'явилися неспокій, осиплість голосу, задишка. При огляді: периорбітальний та периоральний цианоз, тахіпноє. Дихання утруднено з участю допоміжної мускулатури. Аускультативно розсіяні вологі хрипи. Яку вірусну інфекцію клінічно можна запідозрити у дитини?
 - А. Риновірус
 - Б. Парагрип
 - В. Вірус грипу
 - Г. Аденовірус
 - Д. Респіраторно-синтиціальний вірус
2. У дитини віком 1 рік 8 місяців після перенесеної ГРВІ знову підвищилась температура до субфебрильних цифр з'явився сухий, нестерпний кашель, задишка. При огляді: утруднення видиху, роздування крил носа, участ в акті дихання допоміжних м'язів. Перкуторно коробковий звук. При аускультатії маса сухих свистячих та різнокаліберних вологих хрипів з обох боків. Найбільш вірогідний діагноз?
 - А. Гостра пневмонія
 - Б. Обструктивний бронхіт
 - В. Бронхіальна астма
 - Г. Муковісцидоз
 - Д. Бронхіоліт
3. Вночі машиною "швидкої" в стаціонар дитячої лікарні доставлений хлопчик 3-х років, у якого на другий день ГРВІ з'явилось шумне дихання, інспіраторна задишка,

- втягіння міжреберних проміжків, роздування крил носу та гавкаючий кашель. Який найбільш імовірний діагноз?
- А. Бронхіальна астма
 - Б. Епіглотит
 - В. Стороннє тіло дихальних шляхів
 - Г. Дифтерійний круп
 - Д. Вірусний (несправжній) круп
4. Новонароджена дитина поступила до лікарні на 3-тю добу захворювання зі скаргами на кашель, чихання, утруднене носове дихання, температуру 38,50С. При огляді пероральний ціаноз, тахіпноє, рінорея, гіперемія кон'юнктиви. Над легеньми провідні хрипи, перкуторно легеневий звук. В загальному аналізі крові - лімфоцитоз. Ваш діагноз?
- А. Пневмонія
 - Б. ГРВІ, клінічно пара грип
 - В. ГРВІ, клінічно RSV-інфекція
 - Г. ГРВІ, клінічно аденовірусна інфекція
 - Д. ГРВІ, клінічно грипозна інфекція
5. У дитини 10 років на 3-ю добу захворювання ГРВІ з'явився вологий кашель. При перкусії - легеневий перкуторний звук, при аускультатії - сухі хрипи над всією поверхнею легень. Який діагноз можна поставити дитині
- А. Гострий простий бронхіт
 - Б. Обструктивний бронхіт.
 - В. Бронхіальна астма.
 - Г. Рецидивуючий бронхіт
 - Д. Пневмонія

Ситуаційні задачі.

1. У студента, що відвідував хворого товариша, на 2 добу після цього з'явився озноб, сильний головний біль у лобній ділянці, ломота в тілі, підвищилася температура тіла до 39,0°C. До кінця першої доби з'явилися закладеність носа, сухий надсадний кашель з відчуттям дряпання за грудниною. Об'єктивно: обличчя гіперемійоване та дещо набрякле. Ін'єкція судин склер та кон'юнктив, утруднене носове дихання. Ротоглотка гіперемійована, зернистість задньої стінки глотки. У легнях жорстке дихання та одиничні сухі розсіяні хрипи. Пульс 96 уд/хв., ритмічний. АТ – 110/75 мм рт.ст. Тони серця приглушені. Менінгеальних знаків не виявлено.
- 1. Попередній діагноз
 - 2. План обстеження
 - 3. Лікування.
2. Хвора П., 28 років захворіла гостро. Хвороба почалася з закладеності носу та підвищення температури тіла до 37,8С. На наступну добу з'явився помірний біль в горлі під час ковтання, дертя в ділянці задньої стінки глотки, різь та відчуття піску в правому оці. Об'єктивно: на задній стінці глотки гіперплазовані фолікули, мигдалики помірно набряклі, гіперемовані, пальпуються м'якоеластичні, безболісні, не спаяні між собою та оточуючими тканинами лімфатичні вузли, очна щілина правого ока, повіки набряклі, гіперемійована та набрякла кон'юнктива.
- 1. Попередній діагноз.
 - 2. План обстеження.
 - 3. Лікування

3. Карета швидкої допомоги приїхала на виклик. Хлопчик 5 років захворів поступово. Захворювання розпочалось з нездужання, підвищення температури до 37,8 °С, осиплості голосу, гавкаючого кашлю, закладеність носу. Раптово вночі з'явилося відчуття нестачі повітря, шумне свистяче дихання з подовженим вдихом та участю допоміжної мускулатури, ЧД — 40 за 1 хвилину, парадоксальний пульс, неспокійний вираз обличчя, ціаноз носо-губного трикутника.

1. Попередній діагноз.
2. План обстеження.
3. Лікування.

Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Інфекційні хвороби: підручник / О.А. Голубовська, М.А. Андрейчин, А.В. Шкурба та ін.; за ред. О.А. Голубовської. 2-е вид., переробл. і допов. Київ: ВСВ «Медицина», 2018. с. 366-386.

Додаткова:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 березня 2020 року No 722 "Коронавірусна хвороба (COVID-19)"
2. Настанова МОЗ України від 28.02.2017р. «Інфекції дихальних шляхів у дорослих»
3. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим і дітям «Гострі респіраторні інфекції» Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 липня 2014 р. № 499 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11.02.2016 № 85)

Електронні інформаційні ресурси:

10. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
11. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2937>
12. <https://www.dec.gov.ua/mtd/koronavirusna-hvoroba-2019-covid-19/>
13. <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M22-2249>
14. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3030>
15. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2940>
16. <https://www.msmanuals.com/professional/infectious-diseases/respiratory-viruses/overview-of-viral-respiratory-infections>
17. <https://www.msmanuals.com/professional/infectious-diseases/respiratory-viruses/adenovirus-infections>
18. <https://www.msmanuals.com/professional/infectious-diseases/respiratory-viruses/influenza>
19. <https://www.msmanuals.com/professional/infectious-diseases/respiratory-viruses/parainfluenza-virus-infections>

Практичне заняття № 7, 8

1. Тема практичного заняття «Програми ведення хворих при найбільш поширених захворюваннях серцево-судинної системи (ІХС, ГХ). Гіпертонічна хвороба: фактори ризику, методи моніторингу АТ, неускладнені та ускладнені гіпертонічні кризи, надання невідкладної допомоги, показання до госпіталізації»

Тривалість практичного заняття - 4 години.

Мета:

Удосконалити та структурувати знання студентів щодо найбільш поширених кардіоваскулярних хвороб, медико-соціального значенням синдрому артеріальної гіпертензії (АГ) та його ускладнень у структурі серцево-судинної захворюваності та смертності, сформувати професійне вміння в умовах загальної практики сімейного лікаря складати план обстеження (лабораторне та інструментальне), розробляти комплексний план лікування коморбідного (АГ та ІХС) хворого, надавати невідкладну допомогу при гіпертензивних кризах та здійснювати програму необхідних профілактичних заходів.

Основні поняття:

Ішемічна хвороба серця. Есенціальна артеріальна гіпертензія. Вторинна артеріальна гіпертензія. Гіпертензивні кризи.

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

2. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на наступні запитання:
 - Перерахуйте найбільш поширені захворювання серцево-судинної системи.
 - Дайте сучасне визначення синдрому АГ, гіпертонічної хвороби (есенціальної гіпертензії).
 - Перерахуйте можливі причини виникнення вторинних, симптоматичних АГ.
 - Які фактори ризику виникнення та прогресування АГ та її ускладнень?
 - Яка градація рівнів АД (ступені АГ)?
 - Як визначити стадію АГ?
 - Як визначити кардіо-васкулярний ризик у хворого з АГ?
 - Які сучасні методи обстеження необхідні в хворих з АГ?
 - Які групи антигіпертензивних препаратів використовують для планового лікування хворих з АГ?
 - Який алгоритм призначення антигіпертензивних препаратів використовується в амбулаторній практиці?
 - Які особливості ведення коморбідного пацієнта з АГ та ІХС?
 - Охарактеризуйте особливості протікання АГ: вікові, статеві, у вагітних, представників різних рас.
 - Які є особливості протікання ускладненого та неускладненого ГК?
 - Які є основні правила лікування хворих з ускладненим та неускладненим ГК?

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- виявляти синдром АГ на основі опитування, огляду, об'єктивного обстеження хворого в практиці сімейного лікаря;
- стратифікувати кардіо-васкулярні ризики АГ у конкретного хворого;
- складати програми диференційного діагнозу для пацієнта при підозрі на вторинну гіпертензію;
- планувати обстеження хворого для виявлення гіпертензивного ураження органів-мішеней виключення вторинного характеру гіпертензії
- інтерпретувати дані лабораторного та інструментального обстеження хворого для оцінки важкості та особливості протікання ГК;
- проводити диференційний діагноз у конкретного хворого з ГК;
- формулювати клінічний діагноз хворому з АГ;
- призначати лікування хворому з АГ, враховуючи особливості перебігу та важкості захворювання, коморбідні стани, соціально-економічні умови життя пацієнта;
- визначати прогноз та надавати рекомендації щодо модифікації способу життя хворого з АГ
- доповісти результати обстеження хворого з АГ у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсяг призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційні задачі

Задача 1

Хвора 58 років страждає на артеріальну гіпертензію (АТ - 175/105 - 160/95 мм рт.ст.). Відзначає підвищення артеріального тиску протягом 18 років. Постійно приймає атенолол 50 мг на добу, гідрохлортіазид 25 мг на добу. За останні десять років стала важчою на 30 кг. Об'єктивно: підвищеного харчування. Індекс маси тіла - 36,5 кг / м². Об'єм талії - 120 см. Набряків немає. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритм правильний. ЧСС - 90 ударів в хвилину. Біохімічний аналіз крові: холестерин загальний - 7,2 ммоль / л; тригліцериди - 3,12 ммоль / л; ХС-ЛПВЩ - 0,9 ммоль / л; креатинін - 95,9 мкмоль / л; глюкоза крові натще - 6,3 ммоль / л; через 2 години після прийому 75 г глюкози - 9,0 ммоль / л. Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, відносна щільність - 1014, прозора, реакція кисла, білок, цукор відсутні, лейкоцити - поодинокі в полі зору. Аналіз сечі на мікроальбумінурію - 200 мг / добу. Кліренс креатиніну 81,7 мл / хв за формулою Кокрофта-Голта. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС - 70 ударів в хвилину, гіпертрофія лівого шлуночка. ЕХО-КГ: клапанної патології не виявлено, порожнини серця не розширені, індекс маси міокарду лівого шлуночка - 121 г / м², ознаки діастолічної дисфункції, ФВ - 65%.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть і обґрунтуйте план додаткового обстеження пацієнтки.

3. Які групи антигіпертензивних препаратів Ви б рекомендували пацієнтці в складі комбінованої терапії?

Відповідь: Артеріальна гіпертензія.

Задача 2

Чоловік 43 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на періодичний головний біль в потиличній області. Болі турбують близько 2 місяців на тлі напруженого робочого графіка (нічні чергування), палить. Головні болі почастишали протягом останнього тижня, при вимірюванні АТ 150-160/90 мм рт. ст. Батьки страждають на гіпертонічну хворобу, батько в 45 років мав інсульт. Об'єктивно: Маса тіла підвищена за абдомінальним типом, зріст - 172 см, вага - 86 кг. Об'єм талії - 105 см. Набряків немає. Аускультативно: дихання над легеньми везикулярне, хрипів немає. ЧД Р- 18 в хв. Тони серця ритмічні, перкуторно межі відносної тупості серця в межах норми. АТ - 150/90 мм рт. ст., ЧСС - 92 удари на хвилину. Дизуричних явищ немає. Клінічний аналіз крові: гемоглобін - 145 г / л; еритроцити - $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоцити - $7,0 \times 10^9$ /л; ШОЕ - 15 мм / год. Загальний аналіз сечі: відносна щільність - 1018, білок - немає, в сечовому осаді лейкоцити - 2-4 в полі зору. Біохімічний аналіз крові: загальний холестерин - 5,3 ммоль/л, сечова кислота - 500 мкмоль/л, креатинін - 78 мкмоль/л, глюкоза натще - 5,8 ммоль/л. мікроальбумінурія: 25 мг/сут. ЕКГ: ритм синусовий, ознаки гіпертрофії міокарда ЛШ, вогнищевих змін немає.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть і обґрунтуйте план додаткового обстеження пацієнта.
3. Які групи антигіпертензивних препаратів Ви б рекомендували хворому в складі комбінованої терапії? Обґрунтуйте свій вибір.

Відповідь: Артеріальна гіпертензія.

Задача 3

Хвора 52 років викликала швидку медичну допомогу, має скарги на головний біль, шум у вухах, запаморочення. Протягом 5 років підвищений артеріальний тиск. Протягом півроку нестабільний АТ (коливання від 110/80 до 185/110 мм рт. ст.), що супроводжується головними болями. Палить. Нерегулярно приймає фуросемід. Сьогодні вранці після перевтоми напередодні відчула головний біль, шум у вухах, «мушки» перед очима, запаморочення. Крім того, з'явилася нудота, одноразово була блювота, яка не принесла полегшення. ІМТ - 33 кг / м². Окружність талії (ОТ) - 116 см. В легенях дихання жорстке, хрипів немає. ЧДР - 20 на хвилину. Тони серця звучні, ритм правильний, акцент ІІ тону на аорті. Ліва межа серця - на 1,5 см назовні від серединно-ключичної лінії. ЧСС - 91 ударів в хвилину, АТ - 205/120 мм рт. ст. на обох руках. Живіт бере участь в диханні, м'який, безболісний, печінка не виступає з-під реберної дуги. Набряків немає. Фізіологічні відправлення не порушені. ЕКГ: ритм синусовий з ЧСС - 90 ударів в хвилину, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть план подальшого додаткового обстеження пацієнтки і обґрунтуйте його.
3. Яка тактика надання невідкладної допомоги при даному стані та подальша антигіпертензивна планова терапія?

Відповідь: Артеріальна гіпертензія.

Задача 4

Пацієнтка 50 років звернулася в ЦПСМД до сімейного лікаря зі скаргами на часті головні болі, періодичну спрагу, сухість в роті, прискорене сечовипускання вдень і до 6 разів останні кілька днів, тяжкість в поперековій області, особливо останні кілька днів після переохолодження і підвищену стомлюваність близько тижня. Піднімалася температура до 38,8 ° С. З анамнезу - ЦД 2 типу 5 років, отримує метформін 1000мг / добу, глюкоза крові більше 6 ммоль / л натще не підвищується. Приймає лізиноприл 20-40 мг/добу в залежності від рівня артеріального тиску. Максимальне підвищення артеріального тиску до 165/90 мм

рт. ст. Має малорухливий спосіб життя, працює позмінно диспетчером. Головні болі частіше виникають після нічної зміни. У матері гіпертонічна хвороба. Палить. ІМТ - 31 кг/м², об'єм талії - 108 см. Серцеві тони ослаблені, ритм правильний, акцент II тону над аортою, ЧСС - 88 ударів в хвилину. АТ - 145/85 мм рт. ст. (S = D). Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. В загальному аналізі крові: еритроцити - $4,4 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін - 134 г / л, кольоровий показник - 0,9, лейкоцити - 12×10^9 / Л, паличкоядерні - 8%, сегментоядерні - 72%, лімфоцити - 16%, моноцити - 4%. ШОЕ - 24 мм / год. В загальному аналізі сечі: питома вага - 1018, білок - сліди, лейкоцити – 30-45 в полі зору, еритроцити 1-2 в полі зору. В біохімічному аналізі крові: глюкоза крові - 5,2 ммоль / л, НвА1с - 5,7%, АЛТ – 25 МО / л, АСТ - 15 МО / л, креатинін - 120 мкмоль / л. Рентгенографія легенів - без патології. ЕКГ - синусовий ритм, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка, ЧСС - 84 удари на хвилину. УЗД нирок- не збільшені, деформація ЧЛС по обидва боки, мікронефролітаз, лівобічний нефроптоз.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть і обґрунтуйте план додаткового обстеження пацієнтки.
3. Призначте терапію. Обґрунтуйте свій вибір.

Відповідь: Артеріальна гіпертензія.

Задача 5

Хвора 18 років скаржиться на головний біль, носові кровотечі, болі в ногах після тривалої ходьби. При огляді відзначається гиперстенічна конституція, розвинений плечовий пояс, гіперемія обличчя, лімфедема ніг, «перетинкова»пнчатой шия, квадратна форма грудної клітини, вальгусна деформація кільового суглоба. Пульс на променевої артерії напружений, ритмічний з частотою 64 на хвилину, симетричний з обох сторін. Ліва межа серця на 2 см назовні від лівої серединно-ключичній лінії. Тони серця звучні, ясні, на всіх точках аускультатії вислуховується грубий систолічний шум, який проводиться на судини шиї і в міжлопаточний простір, акцент II тону на аорті. АТ на плечовій артерії - 170/110 мм рт. ст., на стегнової артерії - 150/80 мм рт. ст. з обох сторін.

Питання:

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Намітьте план обстеження пацієнтки для диференціального діагнозу та визначення чи має пацієнтка ознаки вродженої вади.
3. Визначте тактику лікування.

Відповідь: Артеріальна гіпертензія.

4. Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

5. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

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.

Додаткова:

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. Уніфікований клінічний протокол первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при артеріальній гіпертензії. Наказ Міністерства 2 охорони здоров'я 24.05.2012 № 384.

Електронні інформаційні ресурси:

20. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
21. www.escardio.org
22. www.escardio.org/guigelines
23. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
24. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
25. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
26. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
27. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
28. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
29. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття № 9

Тема практичного заняття «Соматоформна вегетативна дисфункція. Скарги, діагностика, методи лікування та реабілітації».

Тривалість практичного заняття - 2 години.

Мета:

Удосконалити та структурувати знання студентів щодо медико-соціального значення синдрому соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) та його клінічних проявів, сформуванню професійне вміння в умовах загальної практики сімейного лікаря складати план обстеження (лабораторне та інструментальне), проводити диференційний діагноз, розробляти комплексний план лікування хворого, надавати невідкладну допомогу при панічних атаках та здійснювати необхідні профілактичні заходи.

Основні поняття:

Соматоформна вегетативна дисфункція. Панічні атаки.

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

6. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на наступні запитання:

- Дайте сучасне визначення СВД.
 - Перерахуйте можливі причини виникнення функціональних порушень кардіоваскулярної системи при СВД.
 - Назвіть основні ланки патогенезу, що відповідають за появу клінічних симптомів СВД.
 - Які клінічні синдроми найбільш характерні для СВД?
 - Які клінічні типи перебігу СВД виділяють.
 - Перелічіть основні клінічні ознаки симпатикотонії та парасимпатикотонії.
 - Які сучасні методи обстеження необхідні в хворих з СВД?
 - Які нефармакологічні методи лікування ефективні у хворих з СВД?
 - Який алгоритм призначення медикаментозних препаратів використовується в амбулаторній практиці?
 - Які є особливості протікання панічних атак?
 - Які основні правила надання допомоги пацієнтам з панічними атаками?
7. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- виявляти синдром СВД на основі опитування, огляду, об'єктивного обстеження хворого в практиці сімейного лікаря;
- розпізнавати клінічні ознаки панічних атак;
- складати програми диференційного діагнозу для пацієнта для виключення органічного ураження серцево-судинної системи;
- планувати обстеження хворого з СВД;
- інтерпретувати дані лабораторного та інструментального обстеження хворого для оцінки важкості та особливості протікання СВД;
- формулювати клінічний діагноз хворому з СВД, згідно вимог МКХ XI;

- призначати лікування хворому з СВД, враховуючи особливості перебігу та важкості захворювання, соціально-економічні умови життя пацієнта;
- надавати невідкладну допомогу хворим з панічними атаками;
- визначати прогноз та надавати рекомендації щодо модифікації способу життя хворого з СВД;
- доповісти результати обстеження хворого з СВД у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсяг призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційні задачі

Задача 1

Жінка 35 років, хворіє 3 місяці після вимушеного переїзду до іншого міста. Скаржиться на безсоння, бліді та холодні руки та ноги, тривожний настрій, зниження працездатності, психічну і моторну лабільність. Об'єктивно: підвищеного харчування. Набряків немає. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця звучні, ритм правильний. ЧСС - 98 ударів в хвилину. Пульс - 98 уд/хв, ритмічний. АТ – 148/95 мм рт.ст. ЕКГ: ритм синусовий, ЧСС - 97 ударів в хвилину. ЕХО-КГ: клапанної патології не виявлено, порожнини серця не розширені, індекс маси міокарду лівого шлуночка - 107 г / м², ФВ - 65%.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть план додаткового обстеження пацієнтки.
3. Які препаратив Ви б рекомендували пацієнтці для лікування?

Відповідь: Соматоформна вегетативна дисфункція.

Задача 2

Чоловік 27 років звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на щоденний головний біль в потиличній області, почервонінням шкіри тіла (плями) та шиї («судинне намисто») і верхньої частини тулуба, лабільний артеріальний тиск, «мерехтінням мушок» перед очима, відчуттям пульсації в голові, пульсуючий шум у вухах. Напади виникають близько 2 місяців на тлі напруженого робочого графіка (нічні чергування), палить. Головні болі почастишали протягом останнього тижня, при вимірюванні АТ 145-155/90 мм рт. ст. Об'єктивно: Маса тіла підвищена за абдомінальним типом, зріст - 172 см, вага - 86 кг. Об'єм талії - 105 см. Набряків немає. Виразений червоний дермографізм («гра вазомоторів»). Аускультативно: дихання над легенями везикулярне, хрипів немає. ЧДР- 18 в хв. Тони серця ритмічні, перкуторно межі відносної тупості серця в межах норми. АТ - 150/90 мм рт. ст., ЧСС - 92 удари на хвилину. Дизуричних явищ немає. ЕКГ: ритм синусовий, вогнищевих змін немає, високий зубець Т у 5-6 грудних відведеннях.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть і обґрунтуйте план додаткового обстеження пацієнта.
3. Які препарати Ви б рекомендували хворому? Обґрунтуйте свій вибір.

Відповідь: Соматоформна вегетативна дисфункція.

Задача 3

Хвора 32 років має скарги на часті головні болі, шум у вухах, запаморочення, коливання артеріального тиску, короточасні порушення зору, «мерехтінням мушок» перед очима, відчуттям пульсації в голові, пульсуючий шум у вухах, похолоданням кінцівок. Протягом півроку нестабільний АТ (коливання від 90/50 до 135/100 мм рт. ст.), що супроводжується головними болями. Палить. Сьогодні вранці після перевтоми напередодні відчула сильний головний біль, шуміло в голові, боїться інсульту. ІМТ - 23 кг / м². Окружність талії (ОТ) - 78 см. Долоні вологі. В легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР - 16 на хвилину. Тони серця звучні, ритм правильний. ЧСС – 91 ударів в хвилину, АТ - 105/88 мм рт. ст. на

обох руках. Живіт бере участь в диханні, м'який, безболісний, печінка не виступає з-під реберної дуги. Набряків немає. Фізіологічні відправлення не порушені. ЕКГ: ритм синусовий з ЧСС - 90 ударів в хвилину.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть план подальшого додаткового обстеження пацієнтки і обґрунтуйте його.
3. Яка тактика надання допомоги при даному стані та подальша планова терапія?

Відповідь: Соматоформна вегетативна дисфункція.

Задача 4

Пацієнтка 40 років звернулася в ЦПСМД до сімейного лікаря зі скаргами на часті головні болі, погіршенням фізичного стану (слабкість, втома, порушення координації та точності рухів), зміною настрою, а також розумовою втомлюваністю, зниженням пам'яті та здатності до концентрації уваги; при цьому часто виникають порушення сну. Максимальне підвищення артеріального тиску протягом останнього місяця до 155/90 мм рт. ст. Має малорухливий спосіб життя, працює позмінно диспетчером в нічну зміну. У матері гіпертонічна хвороба. Палить. ІМТ - 31 кг/м². Серцеві тони звучні, ритм правильний, ЧСС - 82 ударів в хвилину. АТ - 145/85 мм рт. ст. (S = D). Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Рентгенографія легенів - без патології. ЕКГ - синусовий правильний ритм, ЧСС - 84 удари на хвилину. УЗД нирок без патологічних відхилень, правобічний нефроптоз.

Питання:

1. Зробіть припущення та обґрунтуйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть і обґрунтуйте план додаткового обстеження пацієнтки.
3. Призначте терапію. Обґрунтуйте свій вибір.

Відповідь: Соматоформна вегетативна дисфункція.

Задача 5

Хвора 20 років скаржиться на головний біль, серцебиття, підвищену тривожність, тремтіння рук, зниження апетиту, нудоту, блюванням, печію, відрижку, болі в животі, схильність до послаблення кишківника, метеоризм. Симптоми турбують протягом місяця після тривалого періоду голодування для зниження ваги. ІМТ - 21 кг/м². АТ на плечовій артерії - 147/89 мм рт. ст. Пульс 85 в хв. Стійкий червоний дермографізм. УЗД органів ШКТ і фіброгастроскопія – без патологічних відхилень.

Питання:

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Намітьте план обстеження пацієнтки для диференціального діагнозу.
3. Визначте тактику лікування.

Відповідь: Соматоформна вегетативна дисфункція.

8. Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

9. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

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. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Anxiety, Trauma, and OCD-Related Disorders, Third Edition./ Edited by Naomi Simon, M.D., MSc, Eric Hollander, M.D., Barbara O. Rothbaum, Ph.D., A.B.P.P., and Dan J. Stein, M.D., Ph.D. 2020. – 754 p.

Додаткова:

1. Вегето-судинна дистонія: етіопатогенез, клінічна картина, діагностика, лікування (клінічна лекція)/ Т. Чередниченко, В. Середя, Н. Свиридова, Т. Парнікоза, Г. Чуприна, Н.

Ханенко, Р. Сулик, О. Микитей, В. Свистун / East European Journal of Neurology. № 1(13) (2017) [https://doi.org/10.33444/2411-5797.2017.1\(13\).34-39](https://doi.org/10.33444/2411-5797.2017.1(13).34-39)

2. Черчілль, Ч. Барбуї, Д. Колдуелл, А. Сіпріані, Т. Фурукава. Психологічна терапія панічного розладу з або без агорафобії у дорослих: мережевий мета-аналіз // Кокранівська бібліотека. – 2016. .-Р.1-11

3. Адольф Д., Марграф Дж. Диференційний зв'язок між ознакою тривоги, депресії та лобної α -асиметрії спокою. //J Neural Transm (Відень). -2016.-Р.113-119

Електронні інформаційні ресурси:

30. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

31. www.escardio.org

32. www.escardio.org/guigelines

33. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association

34. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

35. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

36. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

37. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)

38. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

39. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття № 10, 11

Програма ведення пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу. Скринінг пацієнтів, глікемічний контроль, принципи лікування, показання до призначення інсулінотерапії, діабетичні коми, допомога на догоспітальному етапі – 4 години

Мета: сформувати відчуття настороженості щодо цукрового діабету; сформувати уявлення значення цукрового діабету та його ускладнень у структурі серцево-судинної захворюваності та смертності; ознайомити студентів з принципами скринінгу та ведення пацієнтів хворих на цукровий діабет на амбулаторному етапі.

Основні поняття: цукровий діабет, глюкоза крові натще, стандартний пероральний глюкозо-толерантний тест, глікемічний профіль, цукрознижуючі препарати; препарати інсуліну; глікований гемоглобін.

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання.
 1. Які типи діабету ви знаєте?
 2. Які фактори ризику цукрового діабету ви знаєте?
 3. Особливості цукрового діабету 1 та 2 типу?
 4. Як діагностувати цукровий діабет?
 5. Які ускладнення цукрового діабету ви знаєте?
 6. Які підходи до лікування цукрового діабету типу 2?
 7. Які групи цукрознижуючих препаратів ви знаєте?
 8. Які види ком при цукровому діабеті ви знаєте? Основні відмінності.
 9. Діагностика та невідкладна допомога при гіпоглікемії.
 10. Які показання до призначення інсулінотерапії?
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- знати визначення цукрового діабету, епідеміологічний стан в Україні та в світі;
- знати класифікацію цукрового діабету та предіабету;
- знати етіологію та патогенез цукрового діабету типу 2, фактори ризику його розвитку;
- знати ускладнення цукрового діабету та їх діагностику;
- знати лабораторні методи діагностики ЦД (глюкоза крові натще, стандартний пероральний глюкозо-толерантний тест, глікований гемоглобін, глікемічний профіль);
- знати класифікацію цукрознижуючих препаратів, препаратів інсуліну;
- знати принципи лікування хворих на цукровий діабет; класифікацію діабетичних ком;
- проводити відбір пацієнтів з факторами ризику цукрового діабету для проведення раннього скринінгу;
- розуміти мету лікування та критерії компенсації цукрового діабету 2 типу;
- розуміти принципи дієтотерапії при цукрового діабету (хлібні одиниці);
- визначати показання і протипоказання до призначення пероральних цукрознижувальних препаратів;
- визначати показання до призначення інсулінотерапії;

- користуватися методами самоконтролю при цукровому діабеті;
- навчитися проводити диференційну діагностику ком при цукровому діабеті та знати алгоритм надання медичної допомоги на амбулаторному етапі.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

Хворий Р. 18 років. Після грипу відчув спрагу, сухість в роті, поліурію, став худнути. Глюкоза крові натще становить 13 мм/л, діурез 3,5 л., глюкозурія 3%. Ацетон в сечі негативний.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно призначити для визначення заключного діагнозу?

Ситуаційна задача 2

Хворому К., 14 років. Зріст 167 см, маса тіла – 51 кг. Після ангіни став скаржитись на сухість в роті, спрагу, випиває до 5 л рідини за добу, поліурія до 4 л, схуднення на 4 кг за останній тиждень. Глікемія натще – 15,2 мм/л.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.
3. Яка тактика ведення хворого?

Ситуаційна задача 3

На прийом до гінеколога звернулась жінка 32 років із скаргами на свербіж піхви. Хворіє хронічним панкреатитом 5 років. Цукор крові натщесерце – 13,2 мм/л.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.
3. Яка тактика ведення хворого?

Ситуаційна задача 4

Хвора Я., 38 років. Скаржиться на підвищення АТ, виражену слабкість, головний біль, серцебиття, поліурію, слабкість в м'язах кінцівок та судоми. При обстеженні АТ – 210/120 мм рт.ст., калій плазми – 3,012 мм/л натрій плазми – 148 мм/л. Реакція сечі – лужна питома вага – 1010 . Альдостерон плазми високий – 715 нмоль/л. Цукор плазми крові через 2 год. після вуглеводного навантаження = 7,5 мм/л.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.
3. Яка тактика ведення хворої?

Ситуаційна задача 5

Хвора З., 24 років. Скаржиться на збільшення маси тіла за останні 3 роки на 30 кг, головний біль, підвищення АТ – 180/110 мм рт. ст., порушення менструального циклу. Зріст 160 см, маса тіла 95 кг, ожиріння диспластичне, виражені ціанотичні смуги на шкірі живота, молочних залозах, в області пахових ділянок. Глікемія натщесерце = 9,4 мм/л.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно призначити для визначення заключного діагнозу?
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальний діагноз?

Тестовий контроль

1. Критерій діагностики цукрового діабету це:
 1. Рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) \geq 4,5%
 2. Рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) \geq 5,5%
 3. Рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) \geq 6,0%

4. Рівень глікованого гемоглобіну (HbA1c) $\geq 6,5\%$

2. Критерій діагностики цукрового діабету це:

1. Рівень глюкози плазми $\geq 9,1$ ммоль/л під час проведення ТТГ з використанням 75 г глюкози;

2. Рівень глюкози плазми $\geq 6,1$ ммоль/л під час проведення ТТГ з використанням 75 г глюкози;

3. Рівень глюкози плазми $\geq 11,1$ ммоль/л під час проведення ТТГ з використанням 75 г глюкози;

4. Рівень глюкози плазми $\geq 8,1$ ммоль/л під час проведення ТТГ з використанням 75 г глюкози;

3. Критерій діагностики цукрового діабету це:

1. Рівень глюкози плазми натще $\geq 6,0$ ммоль/л або цільної капілярної крові $\geq 5,1$ ммоль/л (після голодування не менше 8 годин);

2. Рівень глюкози плазми натще $\geq 7,0$ ммоль/л або цільної капілярної крові $\geq 6,1$ ммоль/л (після голодування не менше 8 годин);

3. Рівень глюкози плазми натще $\geq 8,0$ ммоль/л або цільної капілярної крові $\geq 7,1$ ммоль/л (після голодування не менше 8 годин);

4. Рівень глюкози плазми натще $\geq 9,0$ ммоль/л або цільної капілярної крові $\geq 9,1$ ммоль/л (після голодування не менше 8 годин);

4. Цільовий рівень HbA1c для більшості пацієнтів

1. $< 7\%$

2. $< 6,5\%$

3. $< 8\%$

4. $< 6\%$

5. $< 5\%$

5. Для медикаментозної профілактики ЦД 2 типу можна застосовувати:

1. метформін

2. глібенкламід

3. репаглінід

4. акарбоза

6. До препаратів групи сенситайзерів інсуліну відноситься:

1. Гліклазид

2. Метформін

3. Акарбоза

4. Ситагліптин

5. Дапагліфлозин

7. До препаратів групи секретогоги інсуліну відноситься:

1. Глімепірид

2. Метформін

3. Акарбоза

4. Ситагліптин

5. Дапагліфлозин

8. До групи препаратів, які блокують всмоктування глюкози в кишечнику, відноситься:

1. Гліклазид

2. Метформін

3. Акарбоза
4. Ситагліптин
5. Дапагліфлозин

9. До препаратів групи арГПП-1 відноситься:

1. Гліклазид
2. Метформін
3. Акарбоза
4. Ліксисенатид
5. Дапагліфлозин

10. Сімейні лікарі є фахівцями 1-ї лінії в наданні медичної допомоги хворим на ЦД 2 типу та відповідають за такі напрямки, КРІМ:

1. Виявлення ЦД 2 типу серед груп ризику
2. Призначення терапії препаратами групи бігуанідів і похідними сульфонілсечовини.
3. У разі недосягнення цільового рівня HbA1c протягом 6 місяців - направляти пацієнта до ендокринолога
4. Підбір інсулінотерапії
5. Проведення заходів по ранньому виявленню ускладнень ЦД 2 типу.

11. Вибір медикаментозної терапії у пацієнтів з ЦД 2 типу при рівні HbA1c <9%:

1. Зміна способу життя + метформін
2. Зміна способу життя + глібенкламід
3. Зміна способу життя + метформін + глімепірид
4. Зміна способу життя + метформін + іНЗКТГ-2
5. Зміна способу життя + метформін + аГПП-1р

12. До препаратів групи інгібіторів ДПП-4 відноситься:

1. Гліклазид
2. Метформін
3. Вілдагліптин
4. Акарбоза
5. Дапагліфлозин

13. Вибір медикаментозної терапії у пацієнтів з ЦД 2 типу при рівні HbA1c \geq 9%:

1. Зміна способу життя + метформін
2. Зміна способу життя + глібенкламід
3. Зміна способу життя + метформін + глімепірид
4. Зміна способу життя + метформін + іНЗКТГ-2+ глімепірид
5. Зміна способу життя + інсулін

14. Дитину 6 років протягом двох місяців непокоять спрага, поліурія, підвищений апетит. При цьому відзначаються зниження маси тіла на 3 кг. Протягом тижня приєднався нічний енурез. Під час обстеження виявлено гіперглікемія 14 ммоль/л. Встановлено діагноз: цукровий діабет, тип I. Який найбільш вірогідний генез даного захворювання?

1. Аутоімунний
2. Вірусний
3. Бактеріальний
4. Нейрогенний
5. Вірусно-бактеріальний

4. Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

5. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу». Наказ МОЗ від 21 грудня 2012 року № 1118. Режим доступу: https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2012_1118/2012_1118YKPM.pdf

2. Рекомендації ESC/EASD (2019) по цукровому діабету, предіабету та серцево-судинним захворюванням.

Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31497854/>

3. American Diabetes Association (2021) Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care;44(Suppl 1):S4-S6. doi: 10.2337/dc21-Srev.

Додаткова:

1. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 9th edition. – Brussels, Belgium, 2019. URL: <https://www.diabetesatlas.org>

2. Ковалевська І. В., Рубан О. А., Євтушенко, О. М. Дослідження асортименту препаратів для лікування цукрового діабету II типу на фармацевтичному ринку України // Фармац. журн. – 2019. – № 2. – С. 13–23. <https://doi.org/10.32352/0367-3057.2.19.02>

3. Riddle, M.C., Cefalu, W.T., Evans, P.H. et al. Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. Diabetologia (2021). <https://doi.org/10.1007/s00125-021-05542-z>

4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) – Режим доступу: http://www.cdc.gov/foodborneoutbreaks/info_healthprofessional.htm

5. Bergenstal R.M., Gal R.L., Connor C.G. et al. (2017) T1D Exchange Racial Differences Study Group. Racial differences in the relationship of glucose concentrations and hemoglobin A1C levels. Ann. Intern. Med.; 167: 95–102.

8. ВГО «Українська діабетологічна асоціація» Режим доступу: <https://diabetes-ukraine.org.ua/>

Електронні інформаційні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України

5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація

6. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*

7. www.bundesaeztekammer.de – Німецька медична асоціація

8. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття 12.

Тема: «Анемії, найпоширеніші симптоми, обстеження в первинній медичній допомозі. Методи лікування та профілактики» - 2 години.

Мета:

Удосконалити знання студентів щодо етіології, епідеміології, патогенезу, клініко-лабораторних проявів анемічного синдрому; сформувати професійне вміння зі складання плану обстеження (лабораторного та інструментального), комплексного плану лікування хворого та необхідних профілактичних заходів.

Основні поняття:

Клініко-лабораторний синдром анемії, залізодефіцитний стан, залізодефіцитна анемія

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

6. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

7. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання.

- Дайте визначення анемічного синдрому.
 - Перелікуйте фактори ризику розвитку анемій.
 - Дайте характеристику сучасним класифікаціям анемій (етіопатогенетичній, за ступенем важкості, за розміром клітин, за ступенем насиченості еритроцитів гемоглобіном).
 - Перелікуйте та надайте характеристику сучасним еритроцитарним індексам.
 - Критерії діагностики анемій.
 - Основні клінічні прояви анемічного синдрому, диференційна діагностика в залежності від етіопатогенетичної належності анемії.
 - Перелікуйте критерії ефективності лікування анемічного синдрому.
 - Принципи ведення пацієнтів з залізодефіцитним станом та залізодефіцитною анемією в практиці сімейного лікаря.
8. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти спілкуватися з хворим на анемічний синдром, зібрати скарги, анамнез життя та захворювання, епідеміологічний анамнез, провести опитування за органами та системами;
- провести фізикальне обстеження хворого на анемічний синдром та визначити основні симптоми захворювання;
- призначити комплекс лабораторних та інструментальних досліджень хворого на анемічний синдром та проаналізувати отримані результати;
- провести диференційну діагностику та обґрунтувати клінічний діагноз хворого на анемічний синдром;

- створити комплексний план лікування хворого на анемічний синдром, дотримуючись відповідних етичних та юридичних норм, шляхом прийняття обґрунтованого рішення за існуючими алгоритмами та стандартними схемами.
- визначити заходи профілактики анемічного синдрому;
- оформити медичну документацію хворого на анемічний синдром;
- зробити доповідь результатів обстеження хворого на анемічний синдром командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсяг призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

Хвора 39 років, звернулася до дільничного терапевта зі скаргами протягом 6 місяців на загальну слабкість, запаморочення, задишку, зниження апетиту. Має 4 дітей. Вегетаріанка. Об'єктивно: зріст 172 см, вага 52 кг, слизові оболонки бліді, сухі, койлоніхії. Діяльність серця ритмічна, тони звучні, АТ 90/65 мм. рт. ст., ЧСС 120 за хв. В легенях – везикулярне дихання. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Набряків немає.

ЗАК: Ер. - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, КП – 0,6, Нв - 90 г/л, ШОЕ – 10 мм/год. Сироваткове залізо – 8,7 кмоль/л.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно призначити для визначення заключного діагнозу?
3. Ваші рекомендації медикаментозного та немедикаментозного лікування хворої.

Ситуаційна задача 2

Хворий 56 років, працює рентгенологом 30 років. Звернувся зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, задишку, серцебиття, кровоточивість ясен.

Об'єктивно: слизові оболонки бліді з жовтиною, на животі – геморагічні висипання. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Діяльність серця ритмічна, ліва границя серця + 2см, АТ 160/95 мм. рт. ст., ЧСС 100 за хв. В легенях – везикулярне дихання. Печінка та селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Набряків немає.

ЗАК: Ер. - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 90 г/л, КП - 0,7; лейкоц. - $3,3 \cdot 10^9/л$, тромбоц. - $80 \cdot 10^9/л$, ШОЕ – 20 мм/год.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальний діагноз?

Ситуаційна задача 3

Хворий 23 років, направлений в терапевтичне відділення міської лікарні зі скаргами на головні болі, загальну слабкість, запаморочення, задишку, жовтяницю.

Об'єктивно: шкіряні покриви лимонно-жовтого кольору. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Діяльність серця ритмічна, ліва границя серця + 2см, тони серця глухі, АТ 160/95 мм. рт. ст., ЧСС 100 за хв. В легенях – везикулярне дихання. Печінка +1,5 см, при пальпації болюча, селезінка збільшена. В крові - Ер. - $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 95 г/л; лейкоц. - $5,3 \cdot 10^9/л$, тромбоц. - $210 \cdot 10^9/л$, ШОЕ – 20 мм/год., зниження осмотичної резистентності еритроцитів, загальний білірубін 68 ммоль/л, некон'югований – 46 ммоль/л. При УЗД органів черевної порожнини – каміння жовчного міхура, гепато- та спленомегаля.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз?
2. Складіть план обстеження пацієнта.

3. Яка тактика ведення хворого?

Тести для самоконтролю:

1. Жінка 30 років скаржиться на наростаючу слабкість, задишку при фізичному навантаженні. Більше 10 років страждає епілепсією, 3 року постійно приймає діфенін і фенобарбітал. 6 міс. назад прооперована з приводу гострого апендициту. У ЗАК: Ер. - $1,4 \times 10^{12}/л$, Нв - 65 гр./л, Тр. - $80 \times 10^9/л$, Лейк. - $3,1 \times 10^9/л$, Ю-1%, Е-0%, П-4%, С-34%, Л-37%, М-4%, ШОЕ - 40 мм/год. Мієлограма: Червоний паросток роздратований, змінений по "синьому" типу, зустрічаються одиничні мегалоцити. Чим обумовлений розвиток анемічного синдрому?

- А Еритромієлозом
- В Антагонізм протисудомних препаратів до віт. В-12
- С Розвитком залізодефіциту
- Д Антагонізм протисудомних препаратів до фолієвої кислоти
- Е Гіпоплазією кісткового мозку

2. Чоловік, 43-х років, скаржиться на періодичні домішки крові в калі, загальну слабкість, стомлюваність, задишку при ходьбі, запаморочення при вставанні з ліжка, серцебиття. При огляді: блідість шкіряних покривів і слизових оболонок, ЧД - 20 за хв., ЧСС - 92 за хв., АТ 105/70 мм рт.ст. ЗАК: Ер. - $2,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 74 гр./л, рет.-0,2% Тр-ти $160 \times 10^9/л$, Лейк. $7,8 \times 10^9/л$, е - 2%, п. - 6%, с/я - 64%, лф.- 20%, м - 8%, ШОЕ 17 мм/год. Яка анемія має місце?

- А Хронічна післягеморагічна анемія
- В Гостра післягеморагічна анемія
- С В12 - дефіцитна анемія
- Д Фолієводефіцитна анемія
- Е Гіпопластична анемія

3. Хвора 30-ти років, в анамнезі щелепно-лицьова травма дві доби тому, скарги на носову і ясенну кровотечу, що не купіруються. При огляді: блідість шкіряних покривів, тахішное, помірна тахікардія, гіпотонія. У ЗАК: ер. - $2,0 \times 10^{12}/л$, Нв - 60 гр./л, рет.- 4%, Тр-ти — $150 \times 10^9/л$, Лейк. - $9,0 \times 10^9/л$, е - 3%, п - 8%, с/я - 72%, лімф.- 15%, м - 2%, ШОЕ 18 мм/год. Яка анемія має місце?

- А.Гостра післягеморагічна анемія
- В.Хронічна післягеморагічна залізодефіцитна анемія
- С.Гемолітична анемія
- Д.В12 - фолієводефіцитна анемія
- Е.Анемія при хворобі Рандю-Ослера

4. Чоловік 46-ти років, БОМЖ, з ознаками виснаження. У аналізі крові: Ер. $1,5 \times 10^{12}/л$, Нв - 70 гр./л, рет.- 0,1. Еритроцити різко гіпохромні, мікроцитоз, анізоцитоз, пойкилоцитоз; Тр-ти - $170 \times 10^9/л$, Лейк. - $4,5 \times 10^9/л$, лейкоформула без особливостей, ШОЕ - 16 мм/год. Яка анемія має місце?

- А. Апластична анемія
- В.Мікросфероцитарна анемія
- С.Гемолітична анемія
- Д.Фолієводефіцитна анемія
- Е.Аліментарна залізодефіцитна анемія

5. Жінка, 47 років, рясні місячні з 13 років, 2 пологів, 5 абортів. Скарги: на загальну слабкість, стомлюваність, задишку при ходьбі, запаморочення при вставанні з ліжка, серцебиття. При огляді: блідість шкіряних покривів і слизових оболонок, ЧД - 21 за хв., ЧСС - 95 за хв., АТ 100/70 мм рт.ст. ЗАК: Ер. - $2,3 \times 10^{12}/л$, Нв - 74 гр./л, рет. - 0,2% Тр-ти - $160 \times 10^9/л$, Лейк. - $7,8 \times 10^9/л$, е - 2%, п - 6%, с/я - 64%, лімф. - 20%, м - 8%, ШОЕ - 17 мм/год., сироваткове залізо - 6,0 мкмоль/л. Яка анемія має місце?

- А.Хронічна післягеморагічна анемія
- В.Гостра післягеморагічна анемія
- С.В12 - дефіцитна анемія
- Д.Фолієводефіцитна анемія
- Е.Гіпопластична анемія

6. Студентка 20-ти років, на диспансерному обліку у дільничного терапевта з приводу анемії. Лікувалася не регулярно. За останніх 2 місяці самолікування у формі голодування і занять шейпінгом. Самопочуття погіршало. Визначається ламкість нігтів, волосся, бажання їсти крейду. При огляді: виражена блідість шкіряних покривів і слизових оболонок, тахікардія, гіпотонія. ЗАК: Ер. - $2,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 62 гр./л, мікроцитоз, анізоцитоз, пойкилоцитоз, КП - 0,65; рет.-0,1%, Тр-ти - $180 \cdot 10^9/л$, Лейк. - $4,6 \cdot 10^9/л$, лейкоформула без особливостей, ШОЕ - 17 мм/год, сироваткове залізо - 5,4 мкмоль/л. Про який діагноз можна думати?

- А. Гемолітична анемія
- В.Гіпопластична анемія
- С.В12 - дефіцитна анемія
- Д.Хронічна залізодефіцитна анемія
- Е.Мікросфероцитоз

7. Чоловік 42-х років скаржиться на слабкість, серцебиття, носові кровотечі, появу синяків на шкірі. Об'єктивно: стан тяжкий, на шкірі тулуба і кінцівок петехіальні крововиливи, лімфовузли не пальпуються, Рс- 116/хв., печінка +2 см, селезінка не пальпується. В крові: виражена панцитопенія. Про яке захворювання потрібно думати насамперед?

- А. Гіпопластична анемія
- В. Геморагічний васкуліт
- С. Гострий агранулоцитоз
- Д. Хвороба Верльгофа
- Е. Гострий лейкоз

8. Хвора 37 років протягом останніх 6 років відзначає часті носові кровотечі, виражені метроррагії, періодичне утворення синяків на шкірі. 10 днів тому, після значної носової кровотечі посилилася слабкість, з'явилися запаморочення і серцебиття. Об'єктивно: шкіряні покриви бліді, на передній поверхні тулуба, ніг і рук виражені петехіальні геморагії і одиничні екхимози. В крові: Нв- 80 гр./л, Ер.- $4,0 \cdot 10^{12}/л$, КП - 0,7; лейк. - $5,3 \cdot 10^9/л$, п - 2%, з - 65%, е - 2%, л - 24%, м - 5%, тромб. - $10 \cdot 10^9/л$, ШОЕ - 15 мм/год. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А.Апластична анемія
- В.Залізодефіцитна анемія
- С.Гемофілія
- Д.Хвороба Верльгофа
- Е.Геморагічний васкуліт

9. Хвора 56 років поступила в клініку зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, задуху при ходьбі, печію в язиці, оніміння кінцівок. Хворіє близько 5 місяців. Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки бліді; гомілки пастозні; лімфовузли не збільшені. Тони серця приглушені, над верхівкою систолічний шум. Язик малинове-червоного кольору, сосочковий шар згладжений. Живіт м'який, печінка виступає на 2 см, селезінка – на 1 см, неболюча. Ан. крові: ер - $1,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 60 г/л, лейк. - $2,5 \cdot 10^9/л$, е. - 1%, п. - 5%, с. - 57%, л. - 36%, м. - 1%, ШОЕ - 62 мм/год., мегалоцити 6 в полі зору. Назвіть основний діагностичний метод для діагностики даного захворювання:

- А. Аналіз пунктату кісткового мозку
- В. Визначення заліза сироватки

- С. Визначення білірубіну у крові
- Д. Визначення осмотичної резистентності еритроцитів
- Е. Реакція Кумбса

10. Жінка 26 років скаржиться на загальну слабкість, підвищену ламкість нігтів, випадіння волосся. Об'єктивно: пульс 94 уд. за хв, АТ 110/70 мм рт. ст. Шкіра бліда. У крові: Нв - 90 г/л, Ер. - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, КП - 0,7, ШОЕ – 20 мм/год. Сироваткове залізо – 8,7 мкмоль/л. Яке призначення доцільно зробити цій хворій?

- А. Препарати заліза per os
- В. Препарати заліза парентерально
- С. Вітамін В₁₂ в/м
- Д. Переливання цільної крові
- Е. Переливання еритроцитарної маси

9. Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

10. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Клінічна гематологія. Частина 1. Анемії: метод. вказ. для студентів і лікарів-інтернів / упоряд. Л. В. Журавльова, О. О. Янкевич. – Харків: ХНМУ, 2015. – 44 с.
2. Мостовий Ю. М. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів. – Київ. Центр ДЗК, 2018 – 616с
3. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Анемії. - 2009. - С.332-342.
4. Сиволап В.Д. Діагностика та лікування анемій у людей похилого віку: навчальний посібник/В.Д.Сиволап, О.В.Назаренко – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 88с.

Допоміжна література:

1. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії".

Електронні інформаційні ресурси:

9. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
10. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
11. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
12. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
13. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
14. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
15. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
16. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття № 13

Тема: «Клінічна класифікація болю. Невідкладна допомога в практиці сімейного лікаря при больовому синдромі» - 2 години

Мета:

Удосконалити знання студентів щодо сучасного визначення болю та больового синдрому, основних причин виникнення больового синдрому, клінічної класифікації болю; сформувати професійне вміння зі складання плану обстеження та надання невідкладної допомоги при больовому синдромі.

Основні поняття:

Біль, больовий синдром, клінічна класифікація болю, невідкладна допомога при больовому синдромі

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хвори

План:

11. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

12. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання:

- Визначення понять «біль», «больовий синдром».
- Класифікація больового синдрому.
- Основні причини гострого болю. Клінічна характеристика хворих.
- Диференційна діагностика ноцицептивного та невропатичного болю.
- Критерії психогенного болю.
- Поняття специфічного та неспецифічного, первинного та вторинного болю.
- Принципи надання невідкладної допомоги на догоспітальному етапі при больовому синдромі (гострий коронарний синдром, ниркова колька)
- Діагностика та диференційна діагностика больового синдрому.
- Фармакотерапія больового синдрому. Принципи мультимодального ведення пацієнтів з больовим синдромом.

13. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти спілкуватися з хворим з проявами больового синдрому, зібрати анамнез життя та захворювання, епідеміологічний анамнез, провести опитування за органами та системами;
- проводити фізикальне обстеження хворого;
- призначити комплекс лабораторних та інструментальних досліджень та проаналізувати отримані результати;
- проводити диференційну діагностику больового синдрому;
- оперативно оцінювати стан пацієнта і надати належну медичну допомогу при основних больових синдромах, які потребують невідкладної медичної допомоги в практиці сімейного лікаря;
- визначати захворювання та стани, які вимагають невідкладної допомоги;
- визначати показання та протипоказання, режим дозування при використанні основних лікарських засобів для невідкладної допомоги оформити медичну документацію хворого;
- зробити доповідь результатів обстеження хворого з больовим синдромом командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсягу призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача №1

У хворого 40 років скарги на біль у лівому підребер'ї оперізуючого характеру з іррадіацією у спину, що посилюються після прийому жирної, смаженої їжі, особливо у вечірній час. Біль не знімається після прийому антацидів, прикладання тепла, дещо зменшується після прикладання холоду, у положенні на животі та коліно-ліктьовому. Біль супроводжується багаторазовим блюванням без полегшення, здуттям живота, проносами. Хворіє протягом трьох років. Об'єктивно: язик вологий, обкладений білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, при пальпації болючий у точці Мейо-Робсона. Печінка біля краю реберної дуги. Селезінка не пальпується.

1. Про яке захворювання слід думати?
2. Які заходи необхідні для зняття больового синдрому?

Ситуаційна задача №2

Пацієнт поступив ургентно в стаціонар зі скаргами на інтенсивні головні болі. АТ 240/120 мм.рт.ст. Останніх два тижні призначених йому гіпотензивних засобів не приймав. В аналізі сечі змін не виявлено. На ЕКГ – гіпертрофія лівого шлуночка, синусова тахікардія, ЧСС 98' за хв. На очному дні: набряк дисків зорового нерва.

1. Попередній діагноз.
2. Яка невідкладна терапія в даному випадку є необхідною і допоможе позбутися больового синдрому?

Ситуаційна задача №3

Хворий 60 років скаржитися на болі в лівій половині грудної клітки, які підсилюються при поворотах тіла. Застосування нітрогліцерину не надало ефекту. Біль зменшився після застосування диклофенаку. Аускультативна картина легенів та серця, ЕКГ без патології.

1. Попередній діагноз
2. Ваша подальша лікарська тактика?

Ситуаційна задача №4

У хворого Ф., 55 років, із задишкою та раптовим інтенсивним болем за грудиною, який триває до години, на ЕКГ знайдено: ритм синусовий, правильний, частота 100/хв., у V1 – V4 сегмент ST на 8 мм вище над ізолінією, позитивний зубець T. В анамнезі упродовж 5 років страждає на стенокардію напруги. Об'єктивно: ЧСС – 60/хв., тони серця послаблені. АТ – 140/90 мм рт.ст. При Ехо-КГ – зона гіпокінезії в ділянці передньої стінки лівого шлуночка. ФВ – 34%.

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм надання невідкладної допомоги.

Ситуаційна задача №5

У хворого К., 48 років, після важкого фізичного навантаження (переставляв меблі у зв'язку з ремонтом) виник інтенсивний біль в поперековій ділянці, по ходу сечовода, який іррадіює в праве стегно, промежину, супроводжується нудотою. Сеча кольору «м'ясних ополісків». Подібний напад, меншої інтенсивності, спостерігався рік тому.

1. Попередній діагноз.
2. Алгоритм надання невідкладної допомоги.

4. Підбиття підсумків:

Проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Сімейна медицина: підручник / за заг. ред. Матюха Л.Ф., Колесніка П.О, Igor Švab, Milica Satić. – Ужгород: РІК-У, 2022. – 692 с.
2. Матюха Л.Ф. Больовий синдром, його вплив на організм і підходи до ефективного знеболення у практиці сімейного лікаря. Український медичний часопис., 4 (108) – VII/VIII 2015 | www.umj.com.ua
3. Орос М.М. Діагностика та лікування болю в спині в практиці сімейного лікаря. Здоров'я України. 2020. 22(491)

Додаткова:

1. Надання невідкладної допомоги пацієнту з болем у грудях – Гострий коронарний синдром з елевацією сегменту ST та його еквіваленти / ОСКІ/OSCE рекомендації. <https://clincasequest.academy/acs-st-elevation-osce-guide/>
2. Нейропатичний біль (лекція для лікарів первинної ланки медичної допомоги) Укр. Мед. Часопис, 6 (128), Т. 1 – XI/XII 2018 /WWW.UMJ.COM.UA

Електронні інформаційні ресурси:

17. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
18. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / American Medical Association
19. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
20. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
21. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
22. www.gmc-uk.org - General Medical Council (GMC)
23. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
24. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття № 14, 15

«Програма ведення пацієнтів з скаргами на біль у шиї та спині» – 2 години.

«Диференційна діагностика. Больовий синдром пов'язаний з патологією хребта, програма ведення пацієнтів» - 2 години

Мета: Удосконалити знання студентів щодо синдромального підходу в загальній лікарській практиці, основних причин виникнення больового синдрому у ділянці шиї та спини, у тому числі, пов'язаного з патологією хребта, диференціальної діагностики болю у спині; сформувати професійне уміння зі складання програм ведення пацієнтів з больовим синдромом у ділянці спини, у тому числі, що пов'язаний з патологією хребта

Основні поняття:

Біль у шиї та спині, диференційна діагностика, вертеброгенний больовий синдром, програма ведення пацієнтів

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання:

- Характеристику неспецифічного болю у спині.
- Роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря щодо організації допомоги хворим з дорсалгіями.
- Основні причини болю у шиї. Диференційна діагностика
- Алгоритм обстеження пацієнтів з болем у шиї, додаткові методи дослідження.
- Основні причини болю у нижній ділянці спині. Диференційна діагностика.
- Алгоритм обстеження пацієнтів з болем у спині.
- Ознаки «загрозливого» стану у пацієнтів зі скаргами на біль у шиї та спині.
- Принципи надання допомоги хворим з неспецифічним болем у спині.
- Основні групи препаратів для купірування больового синдрому при дорсалгіях.
- Немедикаментозні методи лікування дорсалгій.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти спілкуватися з хворим з проявами больового синдрому в нижній ділянці спини та шиї, зібрати анамнез життя та захворювання, епідеміологічний анамнез, провести опитування за органами та системами;
- проводити фізикальне обстеження хворого;
- призначити комплекс лабораторних та інструментальних досліджень та проаналізувати отримані результати;
- проводити диференційну діагностику больового синдрому у нижній частині спини та шиї;
- оперативно оцінювати стан пацієнта і надати належну медичну допомогу при основних больових синдромах, які потребують невідкладної медичної допомоги в практиці сімейного лікаря;
- визначати захворювання та стани, які вимагають невідкладної допомоги;
- визначати показання та протипоказання, режим дозування при використанні основних лікарських засобів при больовому синдромі у нижній частині спини та ділянці шиї;
- оформити медичну документацію хворого;

- зробити доповідь результатів обстеження хворого з больовим синдромом у шії та нижній частині спини командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсягу призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача №1

Чоловік 38 років, упродовж 3 років відчуває загальну втому, болі та скутість в нижньому та середньому відділах спини, ілео-сакральному зчленуванні та шії. Біль особливо посилюється між 4 та 6 годинами ранку. Біль та скутість зменшуються при фізичних вправах та прийомі НПЗП. Також, відмічає почервоніння, біль в очах та чутливість до світла. ШОЕ - 27 мм/год. На оглядовій рентгенограмі хребта було виявлено синдесмофіти в грудному та поперековому відділах хребта.

1. Яка найбільш імовірна причина больового синдрому у хворого?
Попередній діагноз.
2. Ваша подальша лікарська тактика.

Ситуаційна задача №2

Паліативний пацієнт, що знаходився тривалий час у лежачому положенні почав скаржитися на стріляючий біль у поперековому відділі хребта з іррадіацією у праву нижню кінцівку; відчуття «горіння», бігання мурашок, зниження чутливості у правій нозі.

1. Який тип болю характеризується зазначеними симптомами?
2. Ваша подальша лікарська тактика.

Ситуаційна задача №3

На прийомі у поліклініці дівчинка 12 років скаржиться на ниючий біль у спині та швидку стомлюваність під час ходьби або тривалого сидіння, що виник близько двох місяців тому. Дівчинка зростала та розвивалася відповідно до віку, хронічних захворювань і травм в анамнезі немає, зір задовільний. Спадкових захворювань у сім'ї немає. У контакті зі хворими на інфекції не була. У батька є скарги на біль у попереку, пов'язаний із травмою. Загальний стан дитини задовільний, температура тіла 36,6 °С. Без неврологічних розладів. Патології внутрішніх органів не виявлено. При огляді хребта є сутулість, у грудному відділі 5 суміжних хребців відхиляються від прямої лінії у фронтальній (бічний) площині, формуючи дугу викривлення праворуч, суміжну з первинною дугою, вторинна дуга викривлення нижніх грудних і поперекових хребців спрямована опуклістю вліво (торсія або скручування). Подовження трубчастих кісток скелета, гіпермобільності суглобів та їх деформації не виявлено.

1. Яка найбільш імовірна причина болю у спині?
2. Які діагностичні дослідження доцільно призначити в першу чергу?
3. Які рекомендації сімейного лікаря є доцільними?

Ситуаційна задача №4

Чоловік 32 років звернувся до лікаря зі скаргами на біль у шийному відділі хребта, що іррадіює в плече, по променевому краю передпліччя, до великого пальця правої руки. При огляді виявлено слабкість та гіпотрофію двоголового м'яза плеча, тенара, зниження біцепс-рефлекс праворуч. Гіпостезія у сфері променевого краю передпліччя.

1. Попередній діагноз?
2. План обстеження?
3. План лікування?

Ситуаційна задача №5

У чоловіка 26 років, наступного дня після першої в сезоні лижної прогулянки (18 км), виник біль у попереку, що зберігається протягом трьох днів. Під час огляду виявляється напруга м'язів спини поперекової області, обмеження рухливості в поперековому відділі. Інших порушень під час огляду не виявлено.

1. Попередній діагноз.
2. План лікування.

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Колісник П.Ф. Лекції з клінічної вертебології. Вінниця: Нова книга, 2019. – 184 с.
2. Сімейна медицина: підручник / за заг. ред. Матюха Л.Ф., Колесніка П.О, Igor Švab, Milica Satič. – Ужгород: РІК-У, 2022. – 692 с.
3. Наказ МОЗ України 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0311282-12#top>
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини 2018/2019, ORTS, Вроцлав, - 1632 с. Керівник проекту А. Кубец, Переклад І. Авраменко та інш.

Додаткова:

1. Орос М.М. Діагностика та лікування болю в спині в практиці сімейного лікаря // Здоров'я України. - № 22. - 2020. – С. 39 – 40.
2. Міщенко В.М., Харіна К.В. Біль у спині сучасний погляд на патогенез та лікування // Здоров'я України. - № 3. - 2020. – С. 27 – 30.
3. Насонова Т.І. Пацієнт з болем у ший в практиці сімейного лікаря або що таке комп'ютерна шия // Здоров'я України. - № 3. - 2020. – С. 28 – 29.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.ama-assn.org)
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
6. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог

Практичне заняття № 16

Тема: «Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря у випадку раптової смерті на догоспітальному етапі»

Тривалість практичного заняття – 2 години.

Мета:

- удосконалити знання студентів щодо проведення невідкладної медичної допомоги пацієнтам у випадку раптової смерті в практиці сімейного лікаря, а саме організацію етапів допомоги, проведення серцево-легеневої реанімації, дефібриляції, застосування лікарських засобів; застосування принципів мультидисциплінарного підходу в роботі з хворими із захворюваннями серця; лікування та профілактики факторів ризику раптової серцевої смерті;
- сформуванню професійне вміння в заповненні медичної документації пацієнтів із серцевими захворюваннями, а також висвітлити психологічні, деонтологічні аспекти діяльності сімейного лікаря в роботі з хворими та членами їх родини.

Основні поняття: раптова зупинка кровообігу, раптова серцева смерть, безпульсова електрична активність серця, фібриляція шлуночків, шлуночкова тахікардія без пульсу, асистолія, серцево-легенева реанімація

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, навчальні відеоматеріали.

План:

14. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

15. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання:

- Визначення понять «раптова зупинка кровообігу» (РЗК), «раптова смерть», «раптова серцева смерть» (РСС).
- Механізми РЗК, електрокардіографічна діагностика.
- Фактори ризику виникнення РСС.
- Захворювання та стани, при яких найчастіше розвивається РСС.
- Основні етапи згасання життєво важливих функцій організму.
- Загальні принципи надання невідкладної допомоги при РЗК.
- Протипоказання до проведення серцево-легеневої реанімації (СЛР).
- Стадії СЛР.
- Методика проведення СЛР.
- Фармакологічне забезпечення реанімації.
- Методика проведення дефібриляції.
- Критерії припинення реанімаційних заходів.
- Покази до встановлення імплантованого кардіовертера-дефібрилятора

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо)

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти розпізнавати ознаки РЗК;
- провести об'єктивне дослідження при РЗК;
- інтерпретувати результати електрокардіографічного дослідження при РСС;

- визначити тактику і алгоритм надання екстреної медичної допомоги при РСС;
- вміти контролювати та відновлювати прохідність дихальних шляхів;
- проводити серцево-легеневу реанімацію при РСС;
- проводити медикаментозну терапію при РСС;
- проводити дефібриляцію при дефібриляційних ритмах серця;
- визначити і лікувати причину РСС;
- оформити медичну документацію хворого з РСС;
- знати тактику подальшого ведення хворих, що перенесли СЛР.

Матеріали контролю для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

Постраждалий, приблизно 45 років, лежить на майданчику, і один з оточуючих проводить йому штучну вентиляцію легень, розводячи руки та стискаючи ними грудну клітку. Постраждалий непритомний. Зіниці розширені, рефлексів відсутні, пульс на сонних артеріях не визначається. Дихання відсутнє. Шкіра блідо-сірого кольору.

Питання:

1. Визначте, стан постраждалого.
2. Вкажіть заходи з надання медичної допомоги.

Діагноз: Раптова смерть

Ситуаційна задача 2

Чоловік, 55 р., якому виставлено діагноз ІХС: нестабільна стенокардія під час ходи по коридору впав. Лікарем загальної практики встановлено відсутність свідомості та пульсації на а. Carotis, тонів серця; звужені зіниці та поверхневе дихання.

Питання:

1. Ймовірний діагноз.
2. Етапи надання невідкладної медичної допомоги.

Діагноз: Раптова зупинка кровообігу

Ситуаційна задача 3

Випадковий перехожий (медичний працівник) знайшов хворого 30- 35 років на тротуарі. Під час огляду: хворий непритомний, пульс на периферичних артеріях не визначається, на сонних артеріях пульс частий, слабкого наповнення, дихання самостійне, 20 за 1 хв.

Питання:

1. Що має зробити перехожий
2. Чого він не повинен робити і чому.

Відповідь: потрібно надати хворому положення на боці обличчям донизу і викликати швидку медичну допомогу.

Тестове завдання 1

Яка основна ознака необхідності розпочати реанімаційні заходи:

- A. Відсутність самостійного дихання**
- B. Зміна кольору шкіри
- C. Відсутність свідомості
- D. Широкі зіниці
- E. Відсутність тонів серця

Тестове завдання 2

Після первинної зупинки серця свідомість зникає через:

- A. 10-15 с**
- B. 2 хв
- C. 15-20 с

- D. 1 хв
- E. 30 с

Тестове завдання 3

Хворий 66 років скаржиться на гострий біль за грудиною протягом 40 хв. Під час розмови знепритомнів, пульс та артеріальний тиск відсутні, на ЕКГ – хвилі різної форми та амплітуди з частотою 300 за 1 хв. Яка патологія зумовлює таку картину? А. Надшлуночкова пароксизмальна тахікардія.

- В. Фібриляція передсердь.
- С. Фібриляція шлуночків.**
- D. Шлуночкова пароксизмальна тахікардія.
- E. Повна АВ-блокада.

Тестове завдання 4

У хворого на гострий інфаркт міокарда, який знаходиться у відділенні реанімації під моніторним спостереженням, через 40 хв після закінчення введення тромболітика зафіксована раптова зупинка ефективного кровообігу та дихання. На моніторі – великохвильова фібриляція шлуночків. Що необхідно в першу чергу для надання допомоги?

- A. Електрична дефібриляція.**
- В. Лідокаїн внутрішньовенно.
- С. Адреналін внутрішньосерцево.
- D. Преднізолон в/в.
- E. Тимчасовий кардіостимулятор

Тестове завдання 5

Хворий у палаті раптово впав і знепритомнів. Спонтанне дихання відсутнє. Що буде першочерговим діагностичним заходом?

- A. Провести аускультацию серцевих тонів.
- В. Визначити пульсацію на сонних артеріях.**
- С. Оцінити ступінь мідріазу.
- D. Оцінити глибину пригнічення свідомості.
- E. Перевірити наявність окуловестибулярного рефлексу.

Тестове завдання 6

Жінка 64 років зі слабкістю синусового вузла під час ходьби раптово впала. Черговим лікарем при огляді констатована відсутність свідомості, пульсації на сонних артеріях та тонів серця; вузькі зіниці та рідке, поверхнєве дихання. З чого в даному випадку необхідно починати реанімаційні заходи?

- A. В/в введення атенололу.
- В. Удар кулаком по грудині.**
- С. В/в введення лазиксу.
- D. Імплантація штучного водія ритму.
- E. Інтубація та проведення штучної вентиляції легень

Тестове завдання 7

Хворий 57 років доставлений до приймального відділення з кардіалгіями і розповсюдженою депресією сегмента ST на ЕКГ, знепритомнів, пульс на центральних артеріях не визначається, зіниці вузькі. негайно розпочата серцево-легенева реанімація. З яких заходів вона розпочинається?

- A. Штучне дихання та масаж серця.**
- В. Внутрішньосерцеве введення адреналіну.
- С. Постановка штучного водія ритму.

- D. Внутрішньовенне введення лідокаїну.
- E. Сублінгвальне введення нітрогліцерину

Тестове завдання 8

Головна умова можливості транспортування після надання допомоги хворому в стані клінічної смерті?

- A. В/в доступ
- B. Успішна інтубація**
- C. Відновлення самостійної серцевої діяльності
- D. Наявність транспортного засобу
- E. Звуження зіниць

Тестове завдання 9

Для проведення штучного дихання лікар ЕМД встановив, що закидання голови хворого майже неможливе у зв'язку з малорухомістю шийного відділу хребта. Які додаткові дії необхідно виконати за цих обставин?

- A. Підняти нижню щелепу хворого догори та відкрити йому рота, при помірному відхиленні голови**
- B. Повернути закинуту голову хворого вбік та відкрити йому рота
- C. Покласти під голову хворого подушку
- D. Прикласти додаткове зусилля для максимального закидання голови хворого
- E. Положити подушку або складений рушник під плечі хворого.

4. Підбиття підсумків: проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

5. Список рекомендованої літератури: (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна

1. Г.Г. Рошін, В.О. Крилюк та ін. Екстрена медична допомога (базова підтримка життя). Київ, 2009.125с.
2. Невідкладні стани : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації / М. С. Регеда [и др.]. - Л. : Магнолія 2008. - 835 с.
3. Фармакотерапія внутрішніх захворювань та їх невідкладних станів: навч. посіб. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації та лікарів-інтернів / О. М. Біловол, І. К. Латогуз, В. Ф. Москаленко. - Х. : Основа, 2001. - 238 с.
4. Шлапак І.П., Нетяженко В.З., Галушко О.А. Інфузійна терапія в практиці лікаря внутрішньої медицини. — К.: Логос, 2013. — 308 с.

Додаткова

1. Рекомендації Європейського товариства кардіологів 2015 року щодо лікування пацієнтів із шлуночковими аритміями та профілактика раптової серцевої смерті // Аритмологія. – 2016. – № 1. – С. 5-54; 2016. - № 2. – С. 5-56.
2. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1269 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги"
3. Усенко Л.В. Посібник для практичних занять з анестезіології та реаніматології. - Київ: Здоров'я, 2003.

Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог
5. <https://phc.org.ua/uptodate> - глобальний клінічний ресурс доказової медицини
6. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
7. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
8. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація

Практичне заняття № 17

Тема: «Організація надання невідкладної медичної допомоги в практиці сімейного лікаря при судомах та втраті свідомості на догоспітальному етапі».

Тривалість практичного заняття – 2 години.

Мета: удосконалити знання студентів щодо діагностики, лікування, надання невідкладної допомоги пацієнтам з нападами судом та втратою свідомості в практиці сімейного лікаря; систематувати особливості ведення пацієнтів з патологією нервової системи у практиці сімейного лікаря; сформувати професійне вміння в заповненні медичної документації пацієнтів з захворюваннями нервової системи, а також висвітлити психологічні, деонтологічні аспекти діяльності сімейного лікаря в роботі з хворими та членами їх родини.

Основні поняття: судоми, епілепсія, епілептична реакція, епілептичний синдром, непритомність, синкопальний стан, колапс

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, навчальні відеоматеріали.

План:

16. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

17. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання:

- Визначення поняття «судоми», класифікація судомних станів.
 - Визначення поняття «епілепсія», «епілептичний напад», «епілептичний статус».
 - Види судом за наявності патологічної активності в головного мозку та за залученням в судомний пароксизм скелетних м'язів.
 - Причини судом у різні вікові періоди, патогенез судом.
 - Клінічна картина епілептичного нападу та характерні ознаки судомного стану, що супроводжує інші захворювання.
 - Діагностичні та диференціально-діагностичні критерії епілептичного нападу.
 - Обов'язкові та додаткові методи обстеження при судомних станах.
 - Алгоритм надання невідкладної медичної допомоги на догоспітальному етапі при судомах.
 - Особливості надання медичної допомоги при фебрильних, афективних-респіраторних судомах, спазмофілії та інших обмінних порушеннях.
 - Визначення понять «непритомність», «синкопе», «колапс».
 - Стадії розвитку і клінічна картина непритомності.
 - Класифікація та характерні ознаки груп синкопальних станів.
 - Алгоритм первинного оцінювання стану пацієнта з втратою свідомості.
 - Невідкладна допомога при непритомності на догоспітальному етапі.
 - Причини, патогенез, діагностичні критерії колапсу.
 - Алгоритм надання невідкладної допомоги під час колапсу на догоспітальному етапі.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо)

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- розпізнавати ознаки судомних станів, синкопального стану, колапсу та вмійти оперативно оцінити вітальні функції пацієнта;

- володіти особливостями методики збору анамнезу, скарг, проведення клінічного обстеження хворих з судомами та втратою свідомості;
- визначити план обстеження хворого з судомами та втратою свідомості;
- інтегрувати дані клінічного обстеження, спеціальних методів дослідження, оцінити показники лабораторних методів;
- знати диференціально-діагностичні критерії судомних станів та непритомності;
- чітко розуміти причини або стани, які привели до розвитку судом та непритомності;
- знати і вміти надавати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі при судамах та непритомності;
- правильно вирішувати питання про необхідність екстреної госпіталізації і транспортування пацієнтів в реанімаційні відділення та профільні центри;
- вміти правильно оформити медичну документацію пацієнтів з захворюваннями нервової та серцево-судинної системи;
- вміти проводити профілактику причин судомних станів та непритомності.

Матеріали контролю для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

У дитини 2 років після переохолодження підвищилася температура до 39,5С, з'явилися сухий кашель, насморок, млявість, пропав апетит. Увечері у дитини розвинувся напад клоніко-тонічних судом, який тривав 1 хвилину.

Встановіть діагноз, визначте тактику ведення пацієнта та призначте рекомендації матері дитині.

Діагноз: фебрильні судоми

Ситуаційна задача 2

Чоловіку 42-х років, з діагнозом спастичний парепарез призначено міорелаксант тизанідин за схемою поступового збільшення дози. Хворий порушив рекомендацію і вжив відразу добову дозу, після чого відчув загальну слабкість, запаморочення, зниження сили в ногах та на короткий час втратив свідомість. При фізикальному обстеженні артеріальний тиск - 75/55 мм рт.ст., пульс - 69/хв., температура тіла - 36,6°С, загальна м'язова гіпотонія.

Встановіть попередній діагноз, визначте обсяг необхідних досліджень для проведення диференційної діагностики.

Діагноз: колапс, викликаний передозування міорелаксантів

Ситуаційна задача 3

У хворого на епілепсію 50 років під час обстеження спостерігаються багаторазові повторні генералізовані тонікоклонічні судомні напади, непритомний, піна з рота, шкіра сірувато-білого кольору, на лобі підшкірна гематома 1x2 см, частота серцевих скорочень - 120/хв., коливання артеріального тиску від 130/80 до 170/100 мм рт.ст. При неврологічному обстеженні: зіниці на світло не реагують, погляд не фокусує, патологічні рефлекси нижніх кінцівок.

Визначте тактику ведення пацієнта та алгоритм невідкладної допомоги.

Діагноз: епілептичний статус

Ситуаційна задача 4

Дівчинка, 13 років, після тривалого стояння на сонці поскаржилася на запаморочення, знепритомніла, упала, АТ 80/40 мм рт ст, пульс 100 за 1 хв., слабого наповнення, дихання поверхневе, лице бліде. Через 4 хв. симптоми регресували.

Сформулюйте найімовірніший діагноз. Визначте етапи невідкладної допомоги.

Діагноз: непритомність під впливом термічного фактору (теплового удару)

Ситуаційна задача 5

Вагітна, 38 тижнів 1 вагітність. При підвищенні АТ виникли судоми. Об'єктивно: свідомість відсутня, клонічні судоми. набряк обличчя та рук. Пульс 80 за 1 хв, ритмічний. АТ 230/130 мм рт. ст. З боку серця та легень змін не виявлено.

Сформулюйте попередній діагноз. Визначить тактику ведення пацієнтки та алгоритм невідкладної допомоги.

Діагноз: еклампсія вагітних. Допомога – сульфат магнію, діазепам, ніфедипин.

Тестове завдання 1

У приймальне відділення лікарні ургентне доставлений хворий 19-ти років. Під час обстеження спостерігаються багаторазові повторні генералізовані тонікоклонічні судомні напади, непритомний, піна з рота, шкіра сірувато-білого кольору, на лобі підшкірна гематома 1x2 см, частота серцевих скорочень - 120/хв., коливання артеріального тиску від 130/80 до 170/100 мм рт.ст. При неврологічному обстеженні: зіниці на світло не реагують, погляд не фокусує, патологічні рефлекси нижніх кінцівок. Який стан у хворого?

- A. Епілептичний статус**
- B. Правець
- C. Гостре порушення мозкового кровообігу
- D. Менінгіт
- E. Делірій

Тестове завдання 2

З дому надійшла дитина 3-х років, у якої на тлі гіпертермічного синдрому, спричиненого грипом, протягом 50-ти хвилин тривають тоніко-клонічні генералізовані судоми. Терапія не проводилася. Для негайного лікування судомного синдрому необхідно:

- A. Ввести лоразепам внутрішньовенно
- B. Ввести кальцію глюконат внутрішньовенно
- C. Терміново накласти дитині холодні компреси
- D. Ввести фенобарбітал внутрішньом'язово
- E. Призначити парацетамол у високих дозах**

Тестове завдання 3

У хворі 33 років діагностовано пароксизм надшлуночкової тахікардії. Відразу після швидкого внутрішньовенного введення 10 мл 10% розчину новокаїнамідю в пацієнтки з'явилася загальна слабкість, потемніння в очах, холодний піт, вона знепритомніла. Об'єктивно: блідість шкіри, АТ 60/40 мм рт ст, пульс 120 за 1 хв, слабкого наповнення, тони серця приглушені. Яке ускладнення виникло у хворі? Яку невідкладну допомогу повинен вжити лікар?

- A. Кома
- B. Анафілактичний шок
- C. Синкопальний стан
- D. Ваго-інсулярний криз
- E. Колапс**

Тестове завдання 4

У хворого після проведеного оперативного втручання раптово розвинулися тетанічні судоми дистальних відділів кінцівок ("рука акушера"), спостерігаються явища бронхоспазму. Яка невідкладна терапія необхідна?

- A. Введення розчину калію хлориду
- B. Введення розчину сульфату магнію
- C. Введення розчину фуросеміду
- D. Введення сибазону

Е. Введення розчину кальцію хлориду

Тестове завдання 5

При неефективності повторного введення діазепаму препаратом вибору є:

А. ГОМК

В. Люмінал (фенобарбітал)

С. Мідазолам

Д. Гексенал

6. Підбиття підсумків: проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

7. Список рекомендованої літератури: (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна

1. Педіатрія: диференційна діагностика, невідкладні стани : навч. посібник / М. Л. Аряєв, Н. В. Котова, О. О. Зелінський [та ін.] ; за ред. М. Л. Аряєва, Н. В. Котової. — Одеса : ОНМедУ, 2017. — 280 с

2. Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

3. Наказ МОЗ України від 17.04.2014 р. № 276 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при епілепсіях».

4. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (ESC) 2018: синкопе.

Додаткова

1. Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при судомах та втраті свідомості: навчальний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Михайловська Н.С., Грицай Г.В. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2014. – 119 с.

3. Тактика сімейного лікаря при синкопальних станах: навчально-методичний посібник для студентів VI курсу спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Михайловська Н.С., Грицай Г.В. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. – 132 с.

4. Екстрена та невідкладна медична допомога : посібник для лікарів-інтернів з підготовки до складання ліцензійного іспиту "Крок-3" / Н. В. Банадига [та ін.] ; Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України, Навч.-наук. ін-т післядиплом. освіти. - Тернопіль : ТДМУ; Укрмедкнига, 2017. - 383 с.

5. Зозуля І.С. Синкопальні стани: клінічна картина, діагностика, невідкладна допомога / І.С. Зозуля, А.І. Зозуля // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. – 2015. – № 3-4. – С. 5-8.

Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України

2. <https://library.gov.ua> — Національна науко-медична бібліотека України

3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я

4. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> — Електронний каталог

5. <http://medlib.bsmu.edu.ua> – Медичні бібліотеки он-лайн - Бібліотека БДМУ

5. <https://phc.org.ua/uptodate> - Глобальний клінічний ресурс доказової медицини

6. <https://health-ua.com> – Медичний портал

Практичне заняття № 18

Тема: «Надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря при жаленнях, укусах, електротравмах, утопленнях та дії низьких та високих температур на догоспітальному етапі»

Тривалість практичного заняття – 2 години.

Мета: удосконалити знання студентів щодо проведення невідкладної медичної допомоги пацієнтам при жаленнях, укусах, електротравмах, утопленнях та дії низьких та високих температур, а саме організацію етапів допомоги, застосування лікарських засобів; проведення серцево-легеневої реанімації.

Основні поняття: біологічна дія отрути, тепловий удар, опіки, переохолодження, відмороження, електротравма, утоплення, серцево-легенева реанімація

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, навчальні відеоматеріали.

План:

18. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

19. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання:

- які типи реакцій організму викликають укуси перетинчастокрилих комах?
- патогенез і клінічні прояви при укусах перетинчастокрилими комахами;
- етапи надання невідкладної допомоги при укусах перетинчастокрилих;
- невідкладна допомога при анафілактичному шоці;
- клінічні ознаки та надання невідкладної допомоги при укусах отруйних змій;
- клінічні прояви і надання невідкладної допомоги при укусах павукоподібних;
- профілактичні заходи і надання невідкладної допомоги при укусах кліщів;
- етапи надання невідкладної допомоги при укусах медуз;
- алгоритм надання невідкладної допомоги при тепловому ударі;
- класифікація та критерії визначення ступеня тяжкості опіків;
- правила визначення площі та глибини опіків;
- показання для госпіталізації при опіках;
- етапи надання невідкладної допомоги при опіках;
- діагностику періодів обмороження за клінічними ознаками; основні стадії замерзання;
- надання невідкладної допомоги при загальній холодової травми і при відмороженнях;
- вплив електричного струму на організм, чим визначається ступень впливу дії електроструму на організм людини;
- основні клінічні ознаки електротравм, різниця між дією електроструму високої та низької напруги на організм людини;
- алгоритм надання невідкладної допомоги при ударах струмом;
- види утоплень;
- невідкладна допомога при утопленні.

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення

курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо)

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен вміти:

- надавати невідкладну допомогу при укусах перетинчастокрилими комахами;
- вміти розпізнати анафілаксію, та провести лікувальні заходи на догоспітальному етапі при анафілактичному шоці;
- надавати невідкладну допомогу при укусах змій;
- надавати невідкладну допомогу при укусах павуків;
- надавати невідкладну допомогу при укусах медуз;
- видалити кліща; знати методи захисту від кліщів та міри профілактики кліщового енцефаліту та бореліозу;
- надавати невідкладну допомогу при травмах нанесених дією низьких температур;
- надавати невідкладну допомогу при травмах нанесених дією високих температур;
- надавати невідкладну допомогу при електротравмах;
- проводити серцево-легеневу реанімацію;
- правильно вирішувати питання транспортування пацієнтів в реанімаційні відділення та профільні центри.

Матеріали контролю для заключного етапу заняття

Ситуаційне завдання 1

У лікарню доставлена хвора 36 років у якої після укусу бджоли з'явилися запаморочення, потемніння в очах, утруднене дихання. Під час огляду – стан важкий, шкіра бліда, ЧСС 124 за 1 хв, АТ 80/40 мм рт.ст., у легенях велика кількість сухих хрипів. Ваш діагноз? Визначте тактику ведення пацієнта.

Діагноз: анафілактичний шок.

Ситуаційне завдання 2

З прісноводної водойми дістали постраждалого в стані клінічної смерті. Зі шлунка та дихальних шляхів видалена вода, розпочата легенево-серцева реанімація. Через 3 хв дихання та серцева діяльність відновились. Якою має бути подальша терапевтична тактика? Обґрунтуйте відповідь.

Ситуаційне завдання 3

Дівчина 17 років отримала електротравму, випадково доторкнувшись рукою оголеного проводу. Знепритомніла, була зупинка кровообігу. Після проведення реанімаційних мір свідомість та кровообіг відновили. Якою повинна бути подальша тактика і чому?

Ситуаційне завдання 4

Чоловік 3., 32 років, впродовж 1-ї години знаходився на зупинці громадського транспорту при температурі повітря +2°C та високій відносній вологості (98%). На роботі звернувся до цехового терапевта. Скаржиться на похолодіння кінцівок, тремор дрібних м'язів всього тіла. Шкіра холодна, невеликий ціаноз губ та кінцівок. ЧСС 102 за 1 хв., АТ 150/80 мм рт.ст. Температура тіла 36,2°C. Яку медичну допомогу потрібно надати хворому?

Діагноз: загальне переохолодження.

Тестове завдання 1

Хвора 42 років, доставлена у прийомне відділення лікарні зі скаргами на запаморочення, слабкість, утруднення дихання. Погіршення стану відбулося раптово після укусу бджоли у ліву руку. При огляді – стан важкий, блідість шкірних покривів, ЧСС – 110в хв., АТ 90/60

мм рт ст. Яку невідкладну допомогу потребує хвора?

- A. Накласти джут вище місця укусу, прикласти грілку.
- B. Накласти джут нижче місця укусу, прикласти лід.
- C. Обколоти місце укусу лідокаїном.
- D. Накласти джут вище місця укусу, прикласти лід.**
- E. Накласти джут нижче місця укусу, прикласти грілку.

Тестове завдання 2

Хворий скаржиться на утруднення подиху, печіння й біль у горлі, захриплість, чоловік похлинувся при прийомі води. Годину назад під час їжі кавуна його укусила оса. В анамнезі харчова й медикаментозна алергія. При огляді різкий набряк язика, який із трудом міститься в роті, температура 37,3° С, тахікардія, зниження АТ. Хворий потребує негайного введення:

- A. Глюканату кальцію.
- B. Супрастину.
- C. Еуфіліну.
- D. Адреналіну.**
- E. Фуросеміду.

Тестове завдання 3

Жінку 27 років в шоку вжалила оса. Швидко виникли щільний набряк щоки, губ, язика, шиї, інспіраторна задишка, стридорозне дихання, шкіряні покрови бліді з ціанотичним відтінком. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. набряк Квінке**
- B. Гостра алергічна кропив'янка
- C. Анафілактичний шок
- D. Інородне тіло гортані
- E. Харчова алергія.

Тестове завдання 4

Після множинних жалень осами стан постраждалого різко погіршився: виникла різка кволість, запаморочення, серцебиття, стиснення в грудях, задишка. Об-но: виражена блідість, пітливість, ЧСС-110 за 1 хв., А Т-80/50 мм рт.ст.

- A. набряк Квінке
- B. Гостра алергічна кропив'янка
- C. Анафілактичний шок**
- D. Інородне тіло гортані
- E. Харчова алергія.

Тестове завдання 5

Які ускладнення виникають у хворого, якого вкусила отруйна змія, якщо йому не була надана якісна перша допомога ?

- A. Гемокоагуляційний шок, постгеморагічний шок, «турнікетний шок»
- B. Важкі внутрішні кровотечі: шлунково-кишкові, носові, ниркові кровотечі
- C. ДВЗ- синдром, лімфаденіти, флеботромбози,
- D. Гангрена, флегмони, абсцеси
- E. Усе перелічене**

Тестове завдання 6

В палату інтенсивної терапії доставлений потерпілий В. 34 р., який заснув в сауні. Під час огляду: свідомість відсутня, шкіра та видимі слизові сухі, зіниці розширені, реакція їх на світло в'яла, ністагм, пульс 148 ударів за 1 хв., АТ-80/40 м.рт.ст., дихання Чейнс-Стокса - 40 за 1 хв., клонічні судоми, температура тіла 42⁰С. Який патологічний стан розвинувся у хворого?

- A. Тепловий удар легкого ступеня.

- В. Перегрівання
- С. Тепловий удар середньої тяжкості.
- Д. Тепловий удар тяжкого ступеня.**
- Е. Клінічна смерть.

Тестове завдання 7

Під час весняної повені рятувальники дістали з води, температурою 14⁰С, потерпілого С. 45р. Під час огляду: свідомість відсутня, зіниці розширені, реакція їх на світло в'яла, пульс ниткоподібний, брадіаритмія, уповільнене дихання, мармуровість шкіри, ректальна температура 27-29⁰С. Який патологічний стан розвинувся у хворого?

- А. Замерзання, адинамічна стадія.
- В. Потоплення.
- С. Замерзання, ступорозна стадія.**
- Д. Замерзання, судорожна стадія.
- Е. Обмороження.

4. Підбиття підсумків: проведення оцінювання студентів, підведення підсумків, оголошення наступної теми заняття.

5. Список рекомендованої літератури: (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Медицина невідкладних станів: Екстрена (швидка) медична допомога: Підручник для мед. ВНЗ IV р.а. Затверджено МОН / І.С. Зозуля, В.І. Боброва, Г.Г. Рошін та ін.; за ред. І.С. Зозулі. — 3-тє вид., перероб. і доп. — К., 2017. — 960 с.

Додаткова

2. Наказ МОЗ України № 1269 від 05.06.2019 р. «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги».

Електронні інформаційні ресурси

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://library.gov.ua> — Національна науко-медична бібліотека України
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> — Електронний каталог
5. <http://medlib.bsmu.edu.ua> – Медичні бібліотеки он-лайн - Бібліотека БДМУ
5. <https://phc.org.ua/uptodate> - Глобальний клінічний ресурс доказової медицини
6. <https://health-ua.com> – Медичний портал
7. <http://adau.allergo-ua.info> – Медичний портал

Практичне заняття № 19 «Організація медичної допомоги інкурабельним хворим. Методи паліативного лікування основних симптомів та синдромів при невиліковному захворюванні» - 2 години

Мета: Удосконалити знання студентів щодо організації медичної допомоги інкурабельним хворим, методів паліативного лікування основних симптомів та синдромів при невиліковному захворюванні; сформувати професійне уміння зі складання програм ведення інкурабельних пацієнтів

Основні поняття:

Паліативна допомога, організація паліативної допомоги, методи паліативного лікування при невиліковному захворюванні.

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хвори

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань проводиться методом фронтального опитування. Для контролю опорного рівня знань здобувач вищої освіти повинен знати відповіді на питання:
 - Визначення поняття «Паліативний пацієнт», «Паліативна допомога»;
 - Основні принципи надання паліативної допомоги;
 - Форми та рівні паліативної допомоги;
 - Паліативна і хоспісна медицина. Основні принципи діяльності хоспісів
 - Роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря щодо організації паліативної допомоги інкурабельних хворим;
 - Критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної допомоги;
 - Основні принципи фармакотерапії хронічного болю у паліативних хворих. Сходінки ВООЗ;
 - Основні принципи симптоматичної терапії у інкурабельних хворих (нудота, блювання, закреп, сухість у роті, гикавка);
 - Профілактика та лікування пролежнів;
 - Основні принципи догляду за паліативними пацієнтами зі стомами;
 - Деонтологічні та психологічні аспекти спілкування з інкурабельними хворими та членами їх родини.
3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- вміти спілкуватися з хворим з паліативним хворим;
- проводити фізикальне обстеження хворого;
- проводити диференційну діагностику больового синдрому у паліативного пацієнта;
- оперативно оцінювати стан паліативного пацієнта і надати належну медичну допомогу при основних симптомах в практиці сімейного лікаря;
- визначати показання та протипоказання, режим дозування при використанні основних лікарських засобів при больовому синдромі та інших симптомах у паліативних пацієнтів;
- оформити медичну документацію хворого у тому числі виписувати рецептурні бланки на наркотичні, психотропні речовини;
- зробити доповідь результатів обстеження хворого з больовим синдромом у ший та нижній частині спини командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсягу призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.
- володіти особливостями спілкування з пацієнтами та його родиною.

Матеріали для заключного етапу заняття

Тести

1. Паліативний пацієнт, що знаходився тривалий час у лежачому положенні почав скаржитися на стріляючий біль у поперековому відділі хребта з іррадіацією у праву

- нижню кінцівку; відчуття «горіння», бігання мурашок, зниження чутливості у правій нозі. Який тип болю характеризується зазначеними симптомами?
- A. Нейропатичний тип болю
 - B. Соматичний тип болю
 - C. Вісцеральний тип болю
 - D. Ноцицептивний тип болю
 - E. Проривний тип болю
2. Паліативний хворий страждає від хронічного больового синдрому ноцицептивного типу помірної інтенсивності. Препарати якої групи будуть базовими при формуванні схеми знеболення для даного пацієнта.
- A. Ненаркотичні анальгетики
 - B. Слабкі опіюїдні анальгетики
 - C. Нестероїдні протизапальні препарати
 - D. Сильні опіюїдні анальгетики
 - E. Ад'ювантні препарати
3. Паліативна хвора отримує знеболюючу терапію опіюїдними анальгетиками на постійній основі. Раптово, після психоемоційного стресу, хвора відчула значне посилення болю, який не купірувався призначеними дозами знеболювальних препаратів. Як розцінювати стан, що виник у пацієнтки?
- A. Погана переносимість препаратів
 - B. Звикання до призначених препаратів
 - C. Передозування препаратів
 - D. Перерваний прийом препаратів
 - E. «Прорив» болю
4. Паліативному хворому було встановлено діагноз невралгія трійчастого нерва. Який ад'ювантний препарат слід додати до базової схеми лікування для адекватного контролю больового синдрому, пов'язаного з ускладненням, що виникло у даного хворого?
- A. Карбамазепін
 - B. Мотіліум
 - C. Морфін
 - D. Лактулозу
 - E. Дексаметазон
5. У хворого Н. діагностовано метастатичне ураження печінки без встановленого первинного вогнища. Пальпаторно – печінка горбиста, тверда, збільшена в розмірах до 6 см нижче реберної дуги, різко болюча. Призначення якого ад'ювантного лікарського засобу зменшить набряк та відчуття болю, пов'язані з ураженням печінки у даного пацієнта?
- A. Лідокаїну
 - B. Морфіну сульфату
 - C. Дексаметазону
 - D. Оливкової олії
 - E. Ректальних суппозиторіїв з гліцерином
6. Паліативному хворому, що страждає на хронічний больовий синдром, слід призначити адекватну схему знеболення. Обрати основний анальгетик та ко-анальгетик слід у залежності від:
- A. Інтенсивності болю та його патогенетичного механізму
 - B. Локалізації злоякісного новоутворення
 - C. Віку та статі пацієнта
 - D. Супутньої патології
 - E. Бажань хворого

7. У паліативного хворого на тлі базової знеболюючої терапії з'явилися симптоми нудоти та блювання. Препарати якої групи будуть препаратами вибору для корекції зазначених побічних ефектів?
 - A. Седативні препарати
 - B. Протисудомні препарати
 - C. Послаблюючі засоби
 - D. Антагоністи допаміну
 - E. Місцеві анестетики
8. У паліативної хворої, що страждає на важку деменцію визначаються зміни у поведінці: постійне неспокійне скрикування, що переходить у плач, епізодичне ускладнення дихання, поява гримас на обличчі, виникнення раптових різких рухів, хвору неможливо заспокоїти. Як ви розцінюєте стан пацієнтки?
 - A. Потрібно негайно визначити причини погіршення стану хворої, можливо хвору турбує сильний або нестерпний біль
 - B. У хворої поганий настрій
 - C. Цей стан є нормальним для останніх стадій деменції
 - D. Потрібно через деякий час знову оцінити стан хворої
9. Дівчинка 3 років, страждає від різновиду раку мозку, відомої під назвою гліобластома (4 стадія). Прогноз захворювання вкрай несприятливий. В умовах стаціонару пацієнтці було проведено курс хіміо- та радіотерапії, і 6 днів тому вона була виписана. У домашніх умовах її стан залишався стабільним до сьогоднішнього ранку, коли дівчинку почав турбувати сильний біль. Якими будуть Ваші дії?
 - A. Заспокоїти батьків, больовий синдром – є симптомом погіршення стану
 - B. Призначити знеболення морфіном
 - C. Призначити НПЗП
 - D. Призначити седативні препарати
 - E. Госпіталізувати дитину
10. Хлопчик 18 місяців, страждає на тяжку форму гідроцефалії, не може сидіти, не тримає голову і не говорить. Цілими днями дивиться в простір і іноді безцільно рухає руками. Останнім часом, мати виявляє тривогу щодо появи больового синдрому у дитини. За якими критеріями можливо діагностувати больовий синдром у дитини?
 - A. Підвищення температури тіла, озноб
 - B. Рухи тіла, плач і неможливість втішити дитину, вираз обличчя
 - C. Затримка фізичного розвитку дитини
 - D. Відсутність координованого ковтального рефлексу, блювання, регургітація
 - E. Позитивна реакція на знеболювальні препарати

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Паліативно-хоспісна допомога: навчальний посібник / В.С. Тарасюк, Г.Б. Кучанська — 2-е вид. — К.: ВСВ «Медицина», 2021. — 328 с. + 4 с. кольор. вкл.
2. Актуальні питання паліативної та хоспісної допомоги у практиці сімейного лікаря : навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів - слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Ю.В. Вороненко [та ін.]; за ред. Ю.В. Вороненка та ін. ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України, Ін-т сімейн. медицини МОЗ України. - Київ : Заславський О.Ю., 2017. - 206 с.
3. Наказ МОЗ України від 04.06. 2020 № 1308 Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні
http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/RE34892.html

4. Наказ МОЗ України 25.04.2012 № 311 Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0311282-12#top>
5. Паліативна та хоспісна допомога: підручник за ред. В.Ю. Вороненка, Ю.І. Губського. – Вінниця: Нова книга, 2017. – 392 с.
6. Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05. 2013 № 333 [Порядок придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я від 13 травня 2013 року № 333 https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text)
7. Сімейна медицина: підручник / за заг.ред. Матюха Л.Ф., Колесніка П.О, Igor Švab, Milica Satić. – Ужгород: РІК-У, 2022. – 692 с.
Додаткова:
1. Паліативна та хоспісна допомога хворим на туберкульоз: навчальний посібник (ВНЗ ІV р. а.) / Ю.І. Фещенко, В.М. Князевич, О.М. Разнатовська, Н.А. Гріцова. – Київ: Медицина, 2017. – 128 с.
2. Ріга О.О., Пеньков А.Ю., Коновалова Н.М. Принципи надання паліативної допомоги дітям. Посібник для тренерів з дитячої паліативної допомоги. – Харків: 2017. – 97 с.

Електронні інформаційні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> – Міністерство охорони здоров'я України
2. www.ama-assn.org – Американська медична асоціація / [American Medical Association](http://www.americanmedicalassociation.org)
3. www.who.int – Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> – Британська медична асоціація
6. www.gmc-uk.org - *General Medical Council (GMC)*
7. www.bundesaerztekammer.de – Німецька медична асоціація
8. <https://library.odmu.edu.ua/catalog/> - Електронний каталог
9. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>