

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

ЗАТВЕРДЖУЮ
В.о. проректора з науково-педагогічної роботи
Світлана КОТЮЖИНСЬКА
01 березня 2022 року




Методичні рекомендації
до самостійної роботи здобувачів вищої освіти
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

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. Збітнєва, к.мед.н., асистент; К.А. Українська, асистент; О.В. Гармідер, к.мед.н., асистент; В.В. Саморукова, к.мед.н., асистент.

Тема Структура медичного страхування, діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини

Тривалість заняття – 4 години.

Мета: Засвоїти основні принципи і види медичного страхування, опанувати практичні навички: складання плану ведення пацієнтів в умовах страхової медицини.

Основні поняття:

Агенти страхові - громадяни або юридичні особи, які діють від імені та за дорученням страховика і виконують частину його страхової діяльності(укладання договорів страхування, одержання страхових платежів, виконання робіт пов'язаних з виплатами страхових сум і страхового відшкодування).

Агентська угода - договір між страховим агентом (брокером) і страховою компанією про аквізиційно-посередницькі дії, що здійснюються від імені і за дорученням страхової компанії.

Добровільне медичне страхування – форма страхування, що виникає на основі добровільної угоди між страховиком і страхувальником.

Договір страхування - письмова угода між страхувальником і страховиком, згідно з якою страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку виплатити страхову суму або відшкодувати завданий збиток у межах страхової суми страхувальнику чи іншій особі, визначеній страхувальником, або на користь якого укладено договір страхування (подати допомогу, виконати послугу, тощо, а страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені терміни та інші умови договору).

Застрахований – фізична особа, на користь якої здійснюється страхування.

Об'єкт медичного страхування – життя і здоров'я громадян.

Обов'язкове медичне страхування – форма страхування, яка здійснюється за умовами і порядком, передбаченими законодавством і базовою програмою обов'язкового медичного страхування.

Ліміт страхування - максимальна грошова сума, на яку можна застрахувати матеріальні цінності, життя чи здоров'я.

Складові суб'єкти медичного страхування – страховик, страхувальник, застрахований та надавачі медичної допомоги.

Соціальне страхування - гарантована державою система заходів державного забезпечення трудящих і членів їх сімей у старості, при хворобах, втраті працездатності, підтримки материнства і дитинства, а також охорони здоров'я членів суспільства.

Страховики – юридичні особи, цільові страхові фонди, які здійснюють керівництво та управління окремими видами загальнообов'язкового державного соціального страхування, провадять збір та акумуляцію страхових внесків, контроль за використанням коштів, забезпечують фінансування виплат за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням та здійснюють інші функції згідно з затвердженим статутам.

Страхувальник – роботодавець та застраховані особи, якщо інше не передбачене законами України.

Страховий випадок – подія, з настанням якої виникає право застрахованої особи та/або членів її сім'ї на отримання матеріального забезпечення або соціальних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням.

Страховим випадком є:

- 1) звернення застрахованої особи за медичною допомогою з подальшою організацією й наданням медичних послуг;
- 2) нещасний випадок на виробництві або професійне захворювання, що спричинили застрахованому професійну зумовлену фізичну чи психічну травму;
- 3) професійне захворювання у разі його встановлення чи виявлення в період, коли особа, яка потерпіла, не перебувала у трудових відносинах з підприємством, на якому вона захворіла;

- 4) тимчасова непрацездатність внаслідок захворювання або травми, не пов'язаної з нещасним випадком на виробництві;
- 5) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю догляду за хворою дитиною;
- 6) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю догляду за хворим членом сім'ї;
- 7) тимчасова непрацездатність пов'язана з доглядом за дитиною віком до трьох років або дитиною-інвалідом віком до 18 років у разі хвороби матері або іншої особи, яка доглядає за цією дитиною;
- 8) тимчасова непрацездатність пов'язана з карантинном, накладеним органами санітарно-епідеміологічної служби;
- 9) тимчасове переведення застрахованої особи відповідно до медичного висновку на легшу, нижче оплачувану роботу;
- 10) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю протезування з поміщенням у стаціонар протезно-ортопедичного підприємства;
- 11) тимчасова непрацездатність пов'язана з необхідністю санаторно —курортного лікування

Страховий ризик – обставини, внаслідок яких громадяни та/або члени їх сімей можуть втратити тимчасово або назавжди засоби до існування і потребують матеріальної підтримки або соціальних послуг за загальнообов'язковим державним соціальним медичним страхуванням.

Страховий платіж – плата за страхування, яку страхувальник зобов'язаний внести страховику, згідно з договором про страхування.

Страховий стаж – період (строк), протягом якого особа підлягає страхуванню за певним видом і за який сплачено страхові внески.

Страховий медичний поліс – документ, що видається страховою організацією (страховиком) на ім'я страхувальника і засвідчує угоду про страхування.

Питання для самоконтролю:

1. Що таке медичне страхування?
2. Яка мета медичного страхування?
3. В яких видах здійснюється медичне страхування?
4. Що забезпечує обов'язкове медичне страхування?
5. Яким чином формуються кошти на обов'язкове медичне страхування?
6. Що включає поняття "соціальне страхування" ?
7. Яким чином і в якому об'ємі формуються кошти на соціальне страхування?
8. Що забезпечує добровільне медичне страхування?
9. Ким і залежно від яких фактів визначаються розміри страхових внесків при добровільному медичному страхуванні?
10. Хто відноситься до суб'єктів медичного страхування?
11. Які права матимуть громадяни України в системі обов'язкового медичного страхування?
12. Які обов'язки покладаються на страхувальника?
13. Чи вся система охорони здоров'я фінансується за рахунок засобів обов'язкового медичного страхування?
14. Між якими суб'єктами медичного страхування укладається договір?
15. Що являє собою договір між страховою медичною організацією і страхувальником?
16. Що повинен включати в себе договір між страховою медичною організацією і страхувальником?
17. Якими є взаємовідносини страхувальника і страхової медичної організації при обов'язковому медичному страхуванні?
18. Що представляє собою договір між страховою медичною організацією і

медичною установою?

19. Що повинен включати договір між страховою медичною організацією і медичною установою?

20. Які основні зобов'язання сторін визначає договір між страховою медичною організацією і територіальним фондом обов'язкового медичного страхування?

21. Що повинен містити договір між страховою медичною організацією і фондом обов'язкового медичного страхування?

22. Що таке страхова медична організація?

23. Яке основне завдання страхової медичної організації. При здійсненні обов'язкового медичного страхування?

24. Якими правами володіє страхова медична організація?

25. Які обов'язки страхової медичної організації?

26. Що включають витрати страхової медичної організації по обов'язковому медичному страхуванню?

27. Які медичні установи можуть бути суб'єктами медичного страхування?

28. Що таке фонд обов'язкового медичного страхування?

29. Для яких цілей створюються фонди обов'язкового медичного страхування?

30. Що таке страховий медичний поліс?

31. Які обов'язки покладаються на громадянина відносно страхового медичного полісу?

32. Які обов'язки покладаються на страхувальника при звільненні працівника?

33. Яка відповідальність покладається на суб'єкти медичного страхування?

34. Фінансування яких закладів охорони здоров'я повинен взяти на себе державний бюджет?

35. Чим відрізняється сімейний лікар від дільничного?

36. Особливості роботи сімейного лікаря в умовах функціонування страхової медицини?

1. Тестові завдання для самоконтролю:

1. В залежності від способу фінансування необхідно виділяти наступні системи фінансування сфери охорони здоров'я?

А. державну і соціальну;

В. соціальну і приватну;

С. приватну і державну;

Д. державну, приватну і соціальну.

2. За формою проведення медичне страхування класифікується на?

А. обов'язкове та індивідуальне;

В. добровільне та колективне;

С. обов'язкове і добровільне;

Д. індивідуальне та колективне.

3. У разі реалізації страхувальником принципу добровільності програма медичного страхування обирається?

А. страхувальником самостійно;

В. страхувальником за погодженням із страховою компанією;

С. страховою компанією;

Д. вірна відповідь відсутня.

4. Що є страховим випадком у добровільному медичному страхуванні?
- A. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до страхової компанії із заявою про нещасний випадок;
 - B. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я за умови, що симптоми захворювання відповідають переліченим у договорі випадкам, що вважаються страховими
 - C. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я, що погіршилось внаслідок самолікування;
 - D. звернення страхувальника (застрахованого) під час дії договору страхування до медичної установи зі скаргами на здоров'я, що погіршилось внаслідок інтоксикації організму від зловживання алкоголем.
5. Хто є страхувальниками у обов'язковому медичному страхуванні?
- A. тільки фізичні особи;
 - B. тільки юридичні особи;
 - C. держава, фізичні і юридичні особи ;
 - D. держава, дієздатні громадяни, підприємства.
6. Яка система фінансування охорони здоров'я населення є головною в Україні?
- A. приватна;
 - B. державна;
 - C. соціальна;
 - D. змішана.
7. Яка з нижче наведених нижче видів допомоги буде покриватись полісом категорії А?
- A. репатріація у випадку смерті;
 - B. передача термінових повідомлень;
 - C. евакуація дітей;
 - D. евакуація пасажирів у країну проживання.
8. За який період часу необхідно повідомити асистанську компанію про страховий випадок?
- A. 24 години;
 - B. 12 годин;
 - C. 48 годин;
 - D. 62 години.
9. Мета страхової медицини полягає в:
- A. гарантуванні громадян при виникненні страхового випадку на отримання медичної допомоги за рахунок накопичених коштів та фінансування профілактичних заходів;
 - B. контроль за обсягом та якістю виконання страхових медичних програм соціальними закладами;
 - C. розрахунок з медичними, соціальними установами та приватними лікарями за виконану роботу згідно з угодою через страхові фонди.
10. Страховик - це:
- A. установа, організація, органи місцевої виконавчої влади, які забезпечують страхування бенефіціара;
 - B. особа, на яку поширюється медичне страхування;

- С. юридична організація, яка бере на себе фінансовий ризик витрат на медичну допомогу застрахованому;
- Д. юридична особа, яка функціонує для здійснення страхової діяльності;
- Е. коли застрахований сам сплачує свої страхові внески.

Список рекомендованої літератури:

Основна:

1. Пояснювальна записка до проекту Закону України № 9163 «Про фінансування охорони здоров'я та загальнообов'язкове медичне страхування в Україні» 2018. 12 с. URL: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=64744.
2. Степурко Т. Г. Індекс здоров'я. Україна: Результати загальнонаціонального дослідження / Т. Г. Степурко, Т. В. Семигіна, Ю. Г. Барська. – Київ, 2018. – 175 с.
3. Брежнева-Єрмоленко О. В., Байдуж А. О. Медичне страхування в Україні: аналіз та перспективи розвитку 38 7. Степурко Т. Г. Індекс здоров'я. Україна: Результати загальнонаціонального дослідження / Т. Г. Степурко, Т. В. Семигіна. – Київ, 2017. – 213 с

Додаткова:

1. Insurance TOP рейтинг страхових компаній/за ред. О. Паращак, Н. Лисенко, О. Ромащенко // Київ: Український науково-дослідний інститут «Права і економічних досліджень», 2019. – № 3(67). – 56 с. 9.

Електронні ресурси:

1. <https://hotline.finance.ua/articles/vse-pro-dobrovilne-medichne-strahuvannya-v-ukrajini?>
2. <https://helsi.me/insurance>

Тема: «Доказова медицина. Основні положення. Поняття про рандомізовані клінічні дослідження» – 4 години

Мета: Вдосконалити знання здобувачів вищої освіти щодо методів доказової медицини в практиці сімейного лікаря для пошуку та використання найбільш ефективних та безпечних методів діагностики і лікування, прийняття рішення з урахуванням найкращих сучасних доказових даних, забезпечення оптимального та об'єктивного прийняття рішень у веденні пацієнтів.

Основні поняття: Доказова медицина, рандомізовані контрольовані дослідження, клінічні настанови.

План:

I. Теоретичні питання до заняття:

- Визначення доказової медицини.
- Перерахувати переваги доказової медицини.
- Визначення РКІ (рандомізованого подвійного засліпленого плацебо контрольованого дослідження).
- Як правильно сформулювати клінічне запитання?
- Що таке плацебо?
- Яка ієрархія цінностей доказових даних?
- Яку доказову силу мають різні типи дослідження?
- Які вимоги до рандомізованого подвійного засліпленого плацебоконтрольованого дослідження (засліплення, рандомізація, стратифікація, плацебо, критерії включення та виключення з дослідження)?
- Що таке первинні та вторинні кінцеві точки, істинні і сурогатні критерії, їх переваги та недоліки?
- Яке значення систематичних оглядів, їх переваги та недоліки?
- Мета-аналізи, їх переваги та недоліки.
- Можливості ресурсів інформації з доказової медицини.
- Які переваги мають бази даних Best Evidence, Cochrane Library, Clinical Evidence, MedLine, PubMed?

Питання для самоконтролю.

1. Що таке доказова медицина? Дайте визначення поняття.
2. Передумови виникнення доказової медицини
3. Поняття "золотого стандарту" клінічного випробування
4. Ознаки коректне проведених клінічних досліджень
5. Існуюча ієрархія клінічних досліджень за достовірністю їх результатів
6. Методика формулювання клінічного запитання
7. Назвіть найкращі доступні бази клінічних даних
8. Як оцінювати доказову силу рекомендацій у відповідності до їх класу та рівня доказовості?
9. Переваги доказової медицини
10. Визначення РКІ (рандомізованого подвійного засліпленого плацебоконтрольованого дослідження)
11. Що таке первинні та вторинні кінцеві точки, істинні і сурогатні критерії, їх переваги та недоліки
12. Що таке систематичний огляд, його переваги та недоліки
13. Що таке метааналіз, його переваги та недоліки
14. Значення клінічних досліджень для практики лікаря

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Словник основних понять з теми

Аналітичне дослідження – присвячене виявленню причин виникнення і поширення хвороб.

Відносний ризик – відношення частоти розвитку небажаного ефекту серед осіб, що піддавалися впливу фактору, який досліджується, до частоти розвитку аналогічного ефекту в групі осіб, що не піддавалися впливу цього фактору

Відношення шансів – показник, який використовується у медичній статистиці для кількісного визначення щільності зв'язку між ознаками в популяції

Вибірка – це спеціально відібрана частина популяції

Вибіркове дослідження – дослідження засноване на даних, що отримані під час вивчення захворюваності відносно малої частини населення – вибірки

Вторинна кінцева точка – характеризує покращення якості життя хворого або через зменшення захворюваності нелетальними формами ускладнень, або через полегшення клінічних ознак захворювання

Доказова медицина – розділ клінічної медицини, заснований на доказах

Дослідження випадок-контроль - аналітичне ретроспективне дослідження, метою якого є виявлення факторів ризику хвороби, що вивчається

Динамічне дослідження – передбачає систематичне вивчення інформації про захворюваність серед однієї і тієї ж групи населення

Експериментального дослідження – передбачає контрольоване втручання в природний перебіг захворювання з метою виявлення його причин

Кінцевий клінічний результат – явище, що має важливе значення для зміни показників здоров'я (одужання, інвалідизація, смертність, тривалість життя) та/або якості життя.

Клінічне дослідження – експеримент, що проводиться в клініці, по оцінці потенційної ефективності лікувальних препаратів, способів діагностики, схем лікування хворих

Клінічна епідеміологія – методологічна основа доказової медицини, яка вивчає закономірності розповсюдження захворювань

Кокранівське Співробітництво – міжнародна некомерційна організація, що вивчає ефективність медичних засобів та методик шляхом проведення рандомізованих контрольованих досліджень

Мета-аналіз – науковий метод узагальнення (інтеграції) кількісних результатів однорідних досліджень, проведених у різний час різними авторами однієї й тієї ж медичної технології з метою одержання сумарних статистичних показників цих досліджень
Наглядове дослідження не передбачає втручання в природний процес виникнення і поширення хвороб

Наукове дослідження – організовується саме для отримання (підтвердження) нових даних

Непрямий критерій ефективності – лабораторний показник чи симптом, динаміка якого безпосередньо характеризує стан хворого та відображається на кінцевому клінічному результаті

Одночасне дослідження – може бути як описовими, так і аналітичними головна мета – отримання інформації про захворюваність населення на якусь хворобу за обмежений проміжок часу, при необхідності такі дослідження можуть повторюватися

Описове дослідження – передбачає отримання описових епідеміологічних даних, тобто даних про захворюваність

Первинна кінцева точка – провідний показник, який вказує на можливе подовження життя хворого (зменшення загальної летальності, смертності від захворювання)

Польове дослідження – проведене поза лікувально-профілактичними установами

Популяція – це велика група людей, що проживає в певному географічному регіоні і відтворює себе в ряді поколінь

Проспективне дослідження – передбачає вивчення інформації по мірі появи нових (свіжих) випадків хвороби, що не існували до початку дослідження

Рандомізація – випадковий розподіл пацієнтів по групах

Ретроспективне дослідження – засноване на вивченні інформації про випадки хвороби, які виникли у будь-який період часу в минулому

Рутинне дослідження – не передбачає отримання нових наукових даних, проводиться в рамках існуючих на даний момент наукових уявлень про причини виникнення і поширення хвороби

Систематичний огляд – наукове дослідження низки опублікованих окремих однорідних оригінальних досліджень з метою їх критичного аналізу та оцінки

Сурогатні кінцеві точки – параметри захворювання, які передбачають безпосередній або віддалений результат дії фактору

Суцільне дослідження – це дослідження, що проводиться в обсязі генеральної сукупності, яку в епідеміології частіше позначають терміном популяція

Третинна кінцева точка – це показник, який не має відношення до покращення якості життя чи його подовження, але може вказувати на можливість попереджувати захворювання через усунення факторів ризику

GCP (Good Clinical Practice) – належна клінічна практика – міжнародний стандарт етичних норм і якості наукових клінічних досліджень

GIN (Guidelines International Network) – Міжнародна мережа розробників клінічних настанов і протоколів GLP (Good Laboratory Practice) – належна лабораторна практика – система норм, правил і керівництв, спрямованих на забезпечення достовірності результатів лабораторних досліджень

GMP (Good Manufacturing Practice) – належна виробнича практика – правила організації виробництва і контролю якості ЛЗ

ICH (International Conference on Harmonization) – Міжнародна конференція по гармонізації технічних вимог для реєстрації ЛЗ, які використовуються людиною

MEDLINE – найбільша бібліографічна база статей з медичних наук, створена національною медичною бібліотекою США

II. Практичні роботи (завдання):

1. знайти і використовувати клінічні рекомендації та протоколи ведення хворих з артеріальною гіпертензією, ІХС, фібриляцією передсердь, серцевою недостатністю, ХОЗЛ, пневмонією, КОВІД, ревматоїдним артритом тощо
2. оцінити клінічні рекомендації за доказовою силою і рівнем;
3. знаходити і використовувати мета-аналізи та систематичні огляди доказових даних

III. Тестові завдання для самоконтролю

Тестові завдання для контролю засвоєння матеріалу

1. Контрольоване випробування - це:

- A. ретроспективне
- B. проспективне
- C. наскрізне
- D. перпендикулярне

2. «Золотим стандартом» медичних досліджень називають:

- A. перехресні дослідження
- B. одиночне сліпе дослідження
- C. рандомізовані контрольовані
- D. парні порівняння

3. Метод, при якому ні хворий, ні лікар, що наглядає за ним, не знають, який метод лікування був використаний

- A. подвійний засліплений
- B. потрійний засліплений
- C. одиночний засліплений
- D. плацебоконтрольований

4. Безпечна неактивна речовина, що пропонується під видом ліків, яка не відрізняється від ліків за зовнішнім виглядом, смаком, запахом, текстурою, називається

- A. біодобавка
 - B. аналог препарату, що досліджується
 - C. гомеопатичний препарат
 - D. плацебо
5. Дослідження, в котрому пацієнт не знає, а лікар знає, яке лікування отримує пацієнт, називається
- A. плацебоконтрольоване
 - B. подвійне засліплене
 - C. потрійне засліплене
 - D. просте засліплене
6. Як створити умови, щоб в рандомізованому контрольованому дослідженні пацієнти, що отримують плацебо, не були ошукані:
- A. лікуючий лікар отримує усну згоду пацієнта на проведення випробування
 - B. пацієнт підписує «Інформовану згоду» (де передбачена його згода на використання плацебо)
 - C. плацебо не чинить шкідливого впливу на організм, тому його застосування не вимагає згоди
 - D. пацієнт підписує згоду на госпіталізацію
7. Дослідження з випадково відібраною контрольною групою та наявністю впливу з боку дослідника називається
- A. рандомізоване контрольоване клінічне випробування
 - B. нерандомізоване дослідження
 - C. обсерваційне дослідження
 - D. ретроспективне дослідження
8. В поняття «золотого стандарту» входять
- A. подвійні-сліпі плацебо-контрольовані рандомізовані дослідження
 - B. прості нерандомізовані дослідження
 - C. потрійні сліпі дослідження
 - D. подвійні-сліпі нерандомізовані дослідження
9. Свідоме, чітке і безпристрасне використання кращих із наявних доказів при прийнятті рішень про допомогу конкретним хворим - це одне з визначень поняття:
- A. біометрії
 - B. доказової медицини
 - C. клінічної епідеміології
 - D. медичної статистики
10. За способом відбору пацієнтів, дослідження розрізняють на
- A. випадкові і складні
 - B. рівноімовірні і неможливі
 - C. рандомізовані і нерандомізовані
 - D. первинні і третинні
11. Випадковий відбір спостережень носить назву
- A. рандомізація
 - B. медіана
 - C. мода
 - D. ймовірність
12. За ступенем відкритості даних дослідження може бути
- A. відкритим або сліпим
 - B. закритим або сліпим
 - C. відкритим або рандомізованим
 - D. рандомізованим або мультицентровим
13. З позиції доказової медицини лікар повинен приймати рішення про вибір методу лікування на підставі

- A. інформації з інтернету
 - B. досвіду колег
 - C. статті з рецензованого журналу з високим індексом цитування
 - D. статті з невідомого джерела
14. Показники, що характеризують надійність інформації, приведеної в науковому журналі, це
- A. індекс достовірності
 - B. індекс довіри
 - C. індекс значимості
 - D. індекс цитованості
15. Однією з передумов виникнення доказової медицини є
- A. обмеженість фінансових ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я
 - B. поява нових лікарських спеціальностей
 - C. вдосконалення методів наукових досліджень
 - D. розвиток математичної статистики
- Еталони відповідей на тести: 1-B; 2-C; 3-A; 4-D; 5-D; 6-B; 7-A; 8-A; 9-B; 10-C; 11-A; 12-A; 13-C; 14-D; 15-A.

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Розглянути різні (на вибір) клінічні рекомендації для практичних лікарів та оцінити наступні аспекти:

1. визначення завдань, які стоять перед лікарем;
2. опис захворювання (етіологія, поширеність, клінічна картина тощо);
3. алгоритми діагностичних процедур (програма обстеження, показання та протипоказання до призначення діагностичних маніпуляцій);
4. лікування (тактика, опис конкретних ЛЗ та лікувальних заходів, критерії ефективності та припинення лікування);
5. ускладнення, прогноз, показання до госпіталізації, диспансерне спостереження та ін.
6. визначення відносної цінності різних джерел інформації стосовно пошуку відповіді клінічні питання.

Список рекомендованої літератури

Основна

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

Основна:

1. Колесник Н. А. Теорія і практика доказової медицини / Н. А. Колесник, С. П. Фоміна. - Київ : Поліграф Плюс, 2017. - 246 с.
2. Sharon Strauss, Paul Glaziov, W. Scott Richardson, R. Brian Haynes Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 5th edition. – 2018. - 336 p.

Додаткова:

- Сайт МОЗ України, доказова медицина <https://en.moz.gov.ua/evidence-based-medicine>
- Клінічні докази BMJ <http://clinicalevidence.bmj.com>
- Medscape від WebMD <http://www.medscape.com>
- National Guideline Clearinghouse <https://www.guideline.gov/>
- Центри контролю та профілактики захворювань (CDC) <https://www.cdc.gov/>
- Кокранівська співпраця Кокранівська бібліотека <http://www.cochrane.org/>
- Резюме клінічних знань (CKS) <http://prodigy.clarity.co.uk/>

Електронні інформаційні ресурси:

1. Best Evidence. URL: <http://www.bestevidence.com/>
2. BritishMedicalJournal. URL: <http://www.bmj.com/specialties/evidencebased-practice>

3. Canadian Medical Association. URL: <http://www.cma.ca/>
4. Centre for Evidence-based Medicine at the University of Oxford. URL: <http://www.cebm.net/>
5. Clinical Evidence. URL: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/index.html>
7. Cochrane Library. URL: <http://www.thecochranelibrary.com/>
8. Current Controlled Trials. URL: <http://www.controlled-trials.com/mrct>
9. eGuidelines. URL: <http://www.eguidelines.co.uk/>
10. Evidence-Based Medicine. URL: <http://ebm.bmj.com/>
11. Canada Clinical Guidelines Database. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
12. JAMA Evidence. URL: <http://www.jamaevidence.com/>
14. National Institute for Clinical Excellence. URL: <http://www.nice.org.uk/>
16. Supercourse Epidemiology, the Internet and Global Health. URL: <http://www.pitt.edu/>
17. The Cochrane Collaboration. URL: <http://www.cochrane.org/>
18. The KT Clearinghouse. The Canadian Institute of Health Research. URL: <http://ktclearinghouse.ca/cebm>
19. UpToDate. URL: <http://www.uptodate.com/>

Тема заняття: «Психологічні аспекти діяльності сімейного лікаря» – 4 години

Мета: Удосконалити знання здобувача вищої освіти щодо: питань лікарської етики і деонтології та комунікативної компетентності лікаря; психологічних аспектів спілкування сімейного лікаря з пацієнтом та родиною пацієнта; поняття професійної деформації, клінічних проявів професійного стресу, особливостей та методів їх запобігання; поняття лікарської таємниці, критерії та відповідальність лікаря

Основні поняття:

Лікарська етика та деонтологія, комунікативна компетентність лікаря, лікарська таємниця

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці

План:

1. Теоретичні питання:

V. Зміст теми заняття:

Лікарська етика – це наукова дисципліна, яка вивчає специфіку появи і розвитку лікарської моралі у зв'язку з конкретними історичними умовами, а також нові моральні проблеми, які висувуються сучасним суспільством і науково-технічним прогресом. Вивчаючи об'єктивні закономірності удосконалення моралі лікаря, її норми, принципи, поняття, лікарська етика визначає динаміку моральних поглядів і проблем, активно впливає на виховання належних деонтологічних якостей лікаря.

Етика медичного працівника - це частина загальної етики, яка визначає моральні засади поведінки медичного працівника у сфері його діяльності. Медична етика включає в себе сукупність норм поведінки та моралі, створює підґрунтя для почуття обов'язку та честі, моральних переваг медичного працівника. Медична етика вивчає і визначає вирішення різних проблем міжособистісних взаємовідносин з трьох основних напрямів:

- медичний працівник – хворий;
- медичний працівник – здорова людина (родичі);
- медичний працівник – медичний працівник.

Як і професійна етика, професійні кодекси зазвичай містять основні цінності професії. Кодекси можуть втілювати професійну етику, але вони відрізняються від професійної етики, оскільки є більш формальними системами регулювання, зазвичай оформленими в письмовому вигляді та часто підтримуваними професійною організацією. Кодекси – це один зі способів формулювання й поширення професійної етики, але є й інші способи, скажімо, присяга, яку складають деякі професіонали, коли їм надають дозвіл займатися своєю професійною діяльністю. Відомим Освіта заради справедливості, прикладом є Клятва Гіппократа, яку дають лікарі. Сучасна версія – це Клятва лікаря, затверджена Всесвітньої медичною асоціацією.

Деонтологія – це наука і практика про морально-етичні обов'язки медика, у тому числі і студента-медика, у процесі його професійної, лікувально-діагностичної, навчальної і наукової клінічної діяльності, що визначає психоетичні норми взаємовідносин лікаря з пацієнтами і колегами. Це - сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка "Salus aegroti suprema lex" (Добро хворого - найвищий закон). Медична деонтологія припускає право медиків на професійну гідність і честь, включає нормативні принципи поведінки лікаря. У структурі медичної етики деонтологія займає особливе місце.

Визначаючи перелік особистісних якостей лікаря, найбільш важливими для ефективно професійної діяльності слід вважати: високий рівень особистої відповідальності, повага, терпимість, безоціночне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від співпадання його морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та

прийнятими для самого лікаря, щира зацікавленість особистістю пацієнта і причинами, що призвели до патологічних розладів; інтуїція, що ґрунтується на знаннях та життєвому і професійному досвіді, уміння прогнозувати події; прагнення до самопізнання, саморозвитку; тактовність, вихованість; уміння зберігати лікарську таємницю; допитливість; ініціативність, цілеспрямованість, наполегливість; креативність; ерудованість.

Сучасний комплексний підхід до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види терапевтичної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний.

Спілкування - це процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності. Він містить обмін інформацією, вироблення єдиної стратегії взаємодії, сприйняття та розуміння іншої людини.

Міжособистісне спілкування - взаємодія між кількома людьми, що здійснюється за допомогою засобів мовленнєвої та немовленнєвої взаємодії, в результаті якої виникає психологічний контакт і певні стосунки між учасниками спілкування.

Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:

- враховувати, що це безпосередня взаємодія, тобто її учасники перебувають у просторовій близькості, мають змогу бачити, чути, торкатися одне одного і обов'язково - здійснювати зворотний зв'язок;
- пам'ятати, що це особистісно-орієнтоване спілкування, тобто, що кожен з його учасників визнає незамінність, унікальність іншої людини, бере до уваги особливості її емоційного стану, самооцінки, особистісних характеристик;
- використовувати психічні процеси і стани співрозмовника, які забезпечують транзакцію (міжособистісне сприймання, потреби і мотивації, почуття й емоції, самооцінки, психологічні захисти);
- застосовувати комунікативні практики, що опосередковують взаємодію між людьми (мовлення, невербальні повідомлення);
- дотримуватись усталених норм і правил, що уможливають спілкування.

У спілкуванні виокремлюють такі взаємопов'язані складові:

- комунікативна - полягає в обміні інформацією між лікарем і пацієнтом;
- інтерактивна - в організації взаємодії між ними, коли потрібно узгодити певні дії, вплинути на настрій, поведінку, переконання пацієнта;
- перцептивна - включає процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння.

Комунікативна компетентність лікаря – професійно значуща якість. Професія лікаря передбачає в тій чи іншій мірі виражене інтенсивне і тривале спілкування: з хворими, їхніми родичами, медичним персоналом – від медичних сестер і санітарок до головних лікарів, керівників медичних установ.

У процесі професійної комунікативної діяльності лікар виконує лікувальну, діагностичну, психологічну, посередницьку та інші функції, а також розв'язує блок професійних завдань:

- встановлення контакту з пацієнтом;
- прийом-передачу інформації; прийом-передачу емоційного стану;
- вплив на поведінку та хід думок пацієнта.

У процесі лікування виникають ситуації, коли інформація про здоров'я пацієнта, може стати відомою стороннім особам. При повідомленні інформації про стан здоров'я пацієнта іншим особам, в тому числі членам родини, лікар має дотримуватися вимог чинного законодавства, яке регламентує питання надання медичної допомоги, дотримання конфіденційності та лікарської таємниці:

Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р. [статті 285 (ч. 4), 286]. «Право на таємницю про стан здоров'я: Фізична особа має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при її медичному обстеженні.

Забороняється вимагати та подавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування фізичної особи.

Фізична особа зобов'язана утримуватися від поширення інформації, зазначеної у частині першій цієї статті, яка стала їй відома у зв'язку з виконанням службових обов'язків або з інших джерел» (ст. 286).

Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р. [статті 132, 145]. «Незаконне розголошення лікарської таємниці: Умисне розголошення лікарської таємниці особою, якій вона стала відома у зв'язку з виконанням професійних чи службових обов'язків, якщо таке діяння спричинило тяжкі наслідки, – карається штрафом до п'ятдесяти неоподатковуваних мінімумів доходів громадян або громадськими роботами на строк до двохсот сорока годин, або позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років, або виправними роботами на строк до двох років» (ст. 145).

До інформації, що становить лікарську таємницю відносять:

- факт звернення людини до лікувального закладу за медичною допомогою;
- стан здоров'я людини;
- діагноз;
- обставини, що передували захворюванню або спровокували його;
- функціональні особливості організму;
- шкідливі звички,
- особливості психіки,
- майновий стан,
- інші відомості, отримані при медичному обстеженні, зокрема інформація про сімейне, інтимне життя людини, а також про стан здоров'я родичів, близьких пацієнта.

Медична таємниця - це не приховування інформації від пацієнта. Навпаки - пацієнт має право знати про всі аспекти своєї хвороби, варіанти лікування, можливі ризики тощо. Медична таємниця - це збереження в таємниці від інших людей відомостей, які за правом належать пацієнтові.

Об'єкт лікарської таємниці становить як медична, так і інформація немедичного характеру, така, що стосується особистого життя пацієнта. Кожну з цих груп можна розглядати як щодо пацієнтів (діагноз, прогноз, шкідливі звички, сімейне та особисте життя тощо), так і щодо членів сім'ї хворого (спадкові хвороби, стан здоров'я родичів, їх особисте та сімейне життя та інше) залежно від конкретної ситуації.

Обов'язковою умовою медичного втручання в Україні є **інформована згода пацієнта відповідно** до ч. 1 ст. 43 Основ. Інформаційна згода на медичну допомогу – вільне, усвідомлене рішення особи, що звернулася за медичною допомогою та/ або її законних представників щодо обрання та застосування методів діагностики, профілактики та лікування, яке базується на отриманні від лікаря в доступній формі інформації про стан його здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я. Необхідною умовою отримання згоди на втручання чи відмови від нього є медична інформація, що повинна надаватись з урахуванням психоемоційних і розумових особливостей пацієнта. У даному випадку акцентується увага на здатності пацієнта зрозуміти пояснення лікаря і прийняти своє рішення, на можливості оцінити свій стан і ступінь ризику медичного втручання та альтернативної допомоги, що пропонується лікарем, на необхідності робити вибір і усвідомлювати наслідки прийнятого рішення. Така згода має бути добровільною, що означає заборону жодного тиску на хворого, а також можливість відкликати такий дозвіл у будь-який час. Слово "добровільна" підкреслює, що дане рішення не може бути наслідком зовнішнього примусу чи активного переконання будь-кого (навіть лікаря) у необхідності певного спрямування дій. Це має бути лише результат особистого вибору пацієнта (його законного представника), що ґрунтується на

повній інформації про ситуацію. Основні організаційно-правові принципи інформованої згоди. До основних організаційно-правових принципів інформованої згоди належать:

- інформована згода - це право пацієнта й обов'язок медичного працівника, що здійснює медичне втручання;
- інформовану згоду необхідно отримувати на будь-який варіант медичного втручання, починаючи від виміру артеріального тиску, включаючи сеанс гіпнозу і закінчуючи багатогодинною складною хірургічною операцією;
- одержання інформованої згоди свідчить про повагу прав і законних інтересів пацієнта;
- інформована згода обумовлює активну участь самого хворого в процесі лікування;
- завдяки інформованій згоді підвищується ступінь відповідальності лікаря при наданні медичної допомоги.

Критерії правомірності інформованої згоди. З методологічної точки зору досить важливо визначити ті критерії, наявність яких свідчить про правомірність одержання інформованої згоди на медичне втручання. З огляду на нормативні правові визначення, а також використовуючи загальні принципи медичного права, можна виділити такі критерії правомірності згоди пацієнта на медичне втручання: інформованість; добровільність; компетентність.

Під інформованістю згоди розуміють надання лікарем перед медичним втручанням пацієнтові інформації про суть майбутнього втручання.

Відповідно до загальної універсальної структури інформованої згоди надана медиком інформація повинна містити відомості про:

- стан здоров'я пацієнта;
- результати проведеного обстеження; діагноз захворювання;
- мету медичного втручання; тривалість медичного втручання;
- прогноз захворювання з лікуванням і без нього;
- наслідки медичного втручання;
- існуючі методи лікування даного захворювання;
- ризик майбутнього медичного втручання;
- права пацієнта й основні способи їх захисту.

Професійна деформація - це зміна властивостей людини: характеру, поведінки, стилю спілкування, стереотипів сприймання, ціннісних орієнтацій, які настають внаслідок тривалої професійної діяльності. Професійна деформація лікаря виявляється, як у його професійній діяльності, так і поза нею.

Фактори, що призводять до професійної деформації, можна поділити на три групи:

1. Фактори, зумовлені специфікою діяльності (регламентація діяльності, що призводить до її формалізації з елементами бюрократизму; наявність значної влади щодо інших людей, що часто виявляється у зловживаннях; корпоративність діяльності, яка стає причиною психологічної ізоляції і відчуження від соціуму; підвищена відповідальність за результати своєї діяльності; психічні і фізичні перенавантаження, пов'язані з нестабільним графіком роботи; екстремальність діяльності; необхідність у процесі професійної діяльності контактувати з представниками різних верств населення, що може призводити до засвоєння елементів певної субкультури).
2. Фактори, що відображають особливості особистості (рівень домагань, неадекватний до ній стаж роботи; професійні установки (сприймання усіх інших людей як пацієнтів); зміна мотивації діяльності (втрата інтересу, розчарування).
3. Соціально-психологічні фактори: (неадекватний стиль керівництва; несприятливий вплив найближчого соціального оточення; низька суспільна оцінка діяльності).

Професійна деформація лікаря розвивається поступово, починаючи з його професійної адаптації. Однією з перших ознак такої адаптації стає зниження емоційного сприймання і реагування на страждання та смерть іншої людини. У

лікарів зі значним стажем роботи зазвичай спостерігається практично беземоційне ставлення до своїх пацієнтів, та водночас зберігається здатність до емпатії та повага до пацієнта, його переживань, його хвороб та його перспектив. В окремих випадках при значних професійних деформаціях з'являється ставлення до пацієнта як до "цікавого об'єкта дослідження", у якого наявні певні симптоми.

Внаслідок тривалого впливу професійних стресів різної інтенсивності може виникати **синдром емоційного вигорання** (згоряння).

Синдром емоційного вигорання - фізичні, емоційні та пізнавальні симптоми, які відчуває фахівець, неспроможний ефективно справитися зі стресом, викликаним обмеженнями, що стосуються його цілі та особистої кар'єри".

Вигорання - це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації (втрата індивідуальності, відокремленості від інших) і зниження особистих досягнень, що може виникнути у працівників, робота яких пов'язана з людьми. Це реакція на хронічне емоційне напруження з-за роботи з іншими людьми, особливо якщо вони стурбовані або мають проблеми. Таким чином, це може вважатися одним з видів стресу на роботі.

У Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) синдром емоційного вигорання віднесено до рубрики: "Проблеми, пов'язані з труднощами управління своїм життям". Згідно з МКХ-11, *вигорання* — це синдром, що виникає внаслідок хронічного стресу на робочому місці (МОЗ, 2019).

Причинами професійного вигорання у медичних закладах є:

- Емпатія - співпереживання емоційним станом пацієнта. Лікар сприймає проблеми пацієнта на особистому рівні.
- Невідповідність досвіду і знань роботі, яка виконується. Так як медична діяльність пов'язана зі здоров'ям людини, не маючи достатнього досвіду і практичних навичок, лікар особливо гостро переживає за наслідки своєї діяльності.
- Напружені відносини в колективі, з начальством.
- Недостатнє матеріальне заохочення медичного працівника.
- Надмірна завантаженість лікаря.
- Погані умови роботи.
- Невідповідність між бажаним і надаються рівнями відповідальності.
- Неможливість особистого розвитку.
- Інше.

Стадії емоційного вигорання:

- Працівник спершу задоволений роботою, працює з ентузіазмом, та по мірі накопичення робочих стресів діяльність починає приносити все менше задоволення і працівник стає менш енергійним.
- З'являються втома, апатія, можуть виникнути проблеми зі сном. За відсутності додаткової мотивації і стимулювання працівник втрачає інтерес до самої лікарської діяльності та до її результатів. У цей період з'являються порушення трудової дисципліни і намагання уникнути виконання професійних обов'язків.
- В результаті надмірних фізичних та емоційних навантажень лікар відчуває виснаження, у нього спостерігають надмірну дратівливість, репресивність, схильність до психосоматичних розладів або травматизації.
- Психосоматичні розлади набувають хронічного перебігу, у зв'язку з чим лікар втрачає працездатність, що призводить до поглиблення депресії та зростання агресивності (в першу чергу аутоагресії).

Фізичні та психологічні проблеми лікаря унеможливають його професійну діяльність і можуть спровокувати формування важких соматичних та психічних розладів. Для профілактики емоційного вигорання при виявленні перших ознак розладу психологи рекомендують застосовувати певні прийоми саморегуляції та допомоги, яка ґрунтується на

створенні відповідного рівня комунікації: інформування про причини та ознаки вигорання, неформальне спілкування, емоційна підтримка у групах.

Основні стратегії профілактики емоційного вигорання:

- Створення позитивної атмосфери на робочому місці.
- Забезпечення сприятливих умов в медичних навчальних закладах.
- Удосконалення технологій у сфері охорони здоров'я
- Зниження адміністративного тягаря
- Надання підтримки лікарям і студентам-медикам
- Інвестування в дослідження з вивчення професійного вигорання

Ятрогенія – це захворювання та патологічні процеси, що виникають під впливом медичних втручань, які були проведені з профілактичною, діагностичною або лікувальною метою і класифікуються як нещасний випадок з юридичної точки зору. Будь-які небажані або несприятливі наслідки профілактичних, діагностичних та лікувальних втручань або процедур, які призводять до порушень функцій організму, обмеження звичної діяльності та інвалідизації або навіть смерті; ускладнення медичних заходів.

Поняття ятрогенних захворювань включає в себе ті стани і хвороби, які були спровоковані необережними висловлюваннями лікарів при спілкуванні як з пацієнтом, так і з його оточенням або з медичним персоналом. Це можуть бути як фізичні проблеми, так і психологічні.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

- Скласти словник основних понять з теми

№ п/п	Термін	Визначення
1	Етика	галузь філософських знань, наука про мораль, що осмислює, узагальнює, систематизує історію становлення і розвитку етичних теорій, концепцій, які обґрунтовували природу, суть, специфіку, функції моралі, закономірності її розвитку і функціонування, взаємозв'язок з іншими формами духовного та матеріального життя людей.
2	Медична деонтологія	Сукупність етичних норм і принципів поведінки медичного працівника при виконанні своїх професійних обов'язків.
3	Біоетика	нормативне знання, що охоплює <u>моральну</u> проблематику, пов'язану з розвитком біомедичних наук, які стосуються питань <u>генетики</u> , <u>медичних досліджень</u> , <u>терапії</u> , турботи про <u>здоров'я</u> і життя <u>людини</u> .
4	Медико-соціальна робота	Мультидисциплінарна професійна діяльність медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, спрямованого на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я населення

1. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться:

Задача 1.

Лікарі зобов'язані зберігати конфіденційність інформації, яку надають пацієнти. Лікар, що лікує ВІЛ-інфікованого пацієнта, у розмові з пацієнтом дізнався, що в нього був незахищений статевий акт із декількома партнерами, і він не розповів партнерам про свій стан здоров'я. Пацієнт сказав лікареві, що ніхто не захоче бути його партнером, якщо він розповість про своє захворювання. Лікар пояснив небезпеку, на яку він наражає своїх партнерів, і пацієнт погодився більше не робити цього.

Які рекомендації ви можете сформулювати для лікаря, щоб допомогти йому розв'язати проблему?

Задача 2.

Пацієнт страждає неоперабельний формою раку підшлункової залози. Лікар вирішив не повідомляти пацієнтові діагноз та проінформувати про його стан родичів.

Дайте оцінку рішення лікаря з правової та етичної позицій.

Задача 3.

В клініку поступив пацієнт 20-ти років з проникаючим колото-різаним пораненням передньої черевної стінки, пораненням печінки, внутрішньочеревною кровотечею, геморагічним шоком III ступеня. Пацієнт без свідомості, доставлений швидкою допомогою с вулиці о 3 годині ночі, родичів немає.

Якими принципами і правилами біомедичної етики повинні керуватися медичні працівники в даній ситуації?

Задача 4.

При обстеженні лікар приватної комерційної поліклініки ставить жінці діагноз - сифіліс. З медичної карти він знає, що жінка працює в системі громадського харчування.

Чи повинен лікар повідомити про діагноз пацієнтки за місцем її роботи?

Задача 5.

Хворий оперується з приводу апендициту. На операції виявлено ознаки раку сліпої кишки. Виконується радикальна операція. Метастази не встановлені.

Чи необхідно доводити до відома хворого про розширення обсягу операції і причини цього?

Задача 6.

Пацієнт звернувся за медичною допомогою до лікаря, але не виконує його призначення, мотивуючи тим, що призначення лікаря йому не «подобаються», та наполягає на зміні лікування. Лікар зробив відповідну фіксацію порушень з боку пацієнта в амбулаторній картці та запропонував пацієнтові звернутися до іншого лікаря.

Чи має право лікар відмовитись від подальшого ведення пацієнта?

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Деонтологічні принципи діяльності сучасного лікаря
2. Основні поняття медичної деонтології.
3. Основні моделі взаємовідносин лікаря та пацієнта.
4. Особливості поведінки лікаря при роботі з пацієнтами різних нозологічних груп.
5. Моральні та правові аспекти лікарської таємниці. Принцип «інформованої згоди».
6. Поняття та причини виникнення хронічної втоми та емоційного вигорання лікаря.
7. Принципи терапії та профілактики професійного стресу.
8. Психологічні аспекти виникнення професійної деформації.
9. Проблема ятрогеній у сучасній медицині та деонтології.
10. Деонтологічні та психологічні аспекти спілкування з інкурабельними хворими та членами їх родини.

2. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

-Розробити заходи запобігання виникненню хронічної втоми та емоційного вигорання лікаря

-Розробити модель взаємовідносин лікаря і пацієнта

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

1. Біліченко О.В. Основи професійної етики медичних працівників: навчально-методичний посібник. – Вінниця: «Твори», 2019. – 224 с.
2. Калашников Н.А., Куница С.Н. Аспекты взаимодействия пациента и врача, возможности их оптимизации в медицинской практике (Часть 1, 2, 3) //Український медичний вісник. Therapia. – 2015. - № 6, 7–8, 9.

3. 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.
 4. Основы биоэтики и биобезопасности: учебник (ВУЗ III—IV ур. а.) / О.Н. Ковалева, В.Н. Лесовой, Т.Н. Амбросова, В.И. Смирнова. — К. : ВСИ «Медицина», 2015. — 424 с.
 5. 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. <https://ua-referat.com> ›
2. <https://pidru4niki.com>
3. <https://vo.uu.edu.ua>

Тема заняття. Основи інформаційного забезпечення роботи сімейного лікаря. Методи дистанційного навчання

Тривалість заняття – 4 години.

Мета: Вдосконалити знання здобувачів вищої освіти щодо методів інформаційного забезпечення в практиці сімейного лікаря для пошуку та використання найбільш ефективних та безпечних методів діагностики і лікування, прийняття рішення з урахуванням найкращих сучасних клінічних настанов, забезпечення оптимального та об'єктивного прийняття рішень у веденні пацієнтів.

Основні поняття: медичні інформаційні системи, доказова медицина, скринінг.

План:

I. Теоретичні питання до заняття:

1. Сучасні методи інформаційного забезпечення амбулаторій сімейного лікаря
2. Впровадження телемедицини в практику сімейного лікаря
3. Метод скринінгу в сімейній медицині
4. Головні принципи доказової медицини
5. Експертиза працездатності, раціональне працевлаштування

Питання для самоконтролю.

1. Що означає «автоматизація робочого місця» лікаря загальної практики – сімейної медицини?
2. Що означає «інформаційне забезпечення» роботи лікаря загальної практики – сімейної медицини?
3. Обсяг необхідної інформації в базі даних лікаря ПМСД? (перелічити)
4. Досвід впровадження нових інформаційних технологій в працю лікаря ПМСД в Україні?
5. Наявна нормативна база для реформування праці лікаря ПМСД на сучасному етапі?
6. Що означає «телемедицина»? Які її види вже існують в Україні? Перспективи розвитку? Перешкоди?
7. Що означає «скринінгові методи дослідження»? Які з них існують в теперішній час?
8. Впровадження яких скринінгові методів є доцільним у майбутньому?
9. Що означає «доказова медицина»?
10. Які інші сучасні медичні технології Ви знаєте?

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Словник основних понять з теми

Комплексні медичні інформаційні системи, як правило, складаються з модулів. Це дозволяє зібрати і налаштувати МІС у потрібній конфігурації для установ різного типу і забезпечити необхідний функціонал із можливістю подальшого додавання/видалення модулів. Структура медичної інформаційної системи - окремі компоненти, що можна об'єднати у кілька великих груп:

1. Аналітичні й управлінські компоненти. Модулі та засоби ведення управлінського обліку, інструменти аналізу якості та ефективності медичних послуг. Ці складові МІС дозволяють проаналізувати стан вашої медичної організації, виявити проблемні місця й оптимізувати бізнес-процеси. На рівні користувача - пошук медичних записів по будь-яким критеріям, з урахуванням обмежень за рівнем доступу. Результати аналізу можна вивести на екран у вигляді графіків, таблиць або на друк.

2. Медичні компоненти. Усі модулі, пов'язані з реєстрацією пацієнтів, ведення реєстру електронних медичних карт, облік лікарняних листів, ведення протоколів лікування, інформаційний супровід лікування пацієнтів у різних типах установ (амбулаторія, поліклініка, стаціонар), медична статистика й аналітика, історія хвороби та багато іншого.

3. **Фінансово-економічні компоненти.** До них відносяться інструменти ведення обліку медикаментів, управління запасами, розрахунок собівартості лікування і тарифів на надання медичних послуг, розрахунок надбавок лікарям, інструменти проведення економічного аналізу діяльності організації і т.д.

4. **Компоненти обміну даними.** Ведення уніфікованих реєстрів, каталогів і довідників, обмін даними в системі закладів охорони здоров'я, обробка отриманих даних.

5. **Загально технічні компоненти.** Контроль доступу користувачів і захист бази даних, а також підтримка можливостей інтеграції з іншими системами і програмами.

Medods - платформа для організації роботи приватних медичних центрів і стоматологій, а також мережі клінік від російських розробників. Програма доступна в локальній і хмарній версії (Saas), підтримує всі необхідні модулі і дозволяє записувати пацієнтів на прийом, вести їхні електронні карти, налаштувати онлайн-запис із сайту, автоматично формувати договори та інші документи, виставляти рахунки, проводити і відстежувати платежі, вести облік запасів, планувати маркетингові акції, email- і SMS-розсилки, отримувати зведену статистику роботи і багато іншого. Medods - приклад вдалого поєднання елементів CRM-системи з підтримкою розкладу і записи пацієнтів, і інструментами бізнес-аналітики.

Плюси. Важливі переваги Medods - наявність онлайн-запису, робочий стіл керівника, вбудована інтеграція з телефонією UIS, інтеграція з іншими телефонами по API, наприклад, з Asterisk, підтримка маркетингових інструментів, інтеграція з 1С та інше. Технічний і клієнтський супроводи включено у вартість придбання. Зручний, інтуїтивно зрозумілий інтерфейс.

Мінуси. Не підтримується багатofакторна авторизація, резервне копіювання в декількох місцях, обмежені можливості вбудованої інтеграції.

MedElement - медична інформаційна система, розроблена в Казахстані. Поєднання хмарних сервісів і потужної довідкової системи для лікарів, студентів-медиків і всіх, кому важлива турбота про здоров'я. Сфера застосування MedElement - автоматизація роботи клінік, клінік ДРТ, стоматологій, аптек, блоків живлення, приватних медичних практик. Цікавою особливістю даної МІС є те, що крім підтримки основних модулів, вона є потужною довідковою системою. Тут містяться довідники захворювань, медичних термінів, лабораторних показників, лікарських засобів, розміщуються огляди світової періодики та ін. Більш того, вона має переваги хмарної МІС: підтримується автоматизація всієї медичної документації, формування звітів, збір маркетингової інформації, облік фінансів, послуг та ін.

Плюси. Зручні веб-сервіси, наявність мобільного застосування для швидкого пошуку лікаря, записи на прийом і ведення комунікації. У програму закладено технологія допомоги у прийнятті клінічних рішень - MedElement пов'язана з онлайн-базою інтерактивних медичних довідників.

Мінуси. Не надто зручний інтерфейс, підтримка «всього і відразу» не завжди є плюсом, проте, це стосується усіх програм.

Clinic365 - більш спеціалізоване CRM-рішення для комерційних клінік, ніж комплексна медична інформаційна система. Може розвиватися як у хмарі, так і на сервері. Clinic365 включає базові функції для обліку пацієнтів, управління розкладом, контролю фінансових взаємин із пацієнтами. Щоб приступити до роботи в системі і забезпечити функціонування інших процесів, потрібно ввести вручну або імпортувати довідкову інформацію по таким блокам: співробітники та графіки роботи, ресурси, каталог послуг, «єдине вікно» пацієнта, картотека пацієнтів. Ключова особливість МІС Clinic365 - можливість побудувати гнучкий алгоритм роботи з пацієнтом. Підтримується інтеграція телефонії з Телфін, Oktell.

Плюси. Наявність інтегрованої CRM-системи, опції, що налаштовують роботу з електронними медичними картками пацієнта, підтримка IP-телефонії/контакт-центру, маркетингових інструментів, звіти й управління доступом.

Мінуси. Пробний доступ не надається. Відсутня багатofакторна авторизація, не підтримуються повідомлення клієнтів.

Doctor Eleks — комплексне рішення, що дозволяє оптимізувати роботу клінік будь-якого розміру і профілю (приватних і державних). Розробник - компанія Eleks (Львів, Україна). Doctor Eleks підтримує електронну медичну карту пацієнта, інструменти редагування шаблонів документів, особистий кабінет лікаря, модуль реєстратури та роботи зі звітністю, фінансами, персоналом. Підсистема розкладів дозволяє формувати графіки роботи співробітників з урахуванням побажань лікарів і пацієнтів. Лабораторна інформаційна система Doctor Eleks може використовуватися як окремий програмний продукт. Серед додаткових можливостей - повноцінний редактор для обробки відео і зображень, що можна додавати в документи. Гнучка технологія побудови звітів, є можливість проводити аудит медичних документів, підтримується модуль PACS, Web-клієнт і багато іншого.

Плюси. Потужний функціонал, наявність комунікаційного сервера для обміну даними у форматі HL7 із суміжними ІС, зовнішніми лабораторіями, страховими компаніями. Присутній інтеграція з Toshiba УЗД, підтримується імпорт DICOM-зображень, підключення DICOM-сумісного обладнання та багато іншого. Doctor Eleks підключений до системи [eHealth](#), система пройшла перевірку і рекомендована до використання МОЗ України.

Мінуси. Навіть якщо вони є (наприклад, не підтримуються електронні напрямки), то ці недоліки компенсуються іншими можливостями.

Медучет SQL - комп'ютерна програма для ведення медичного бізнесу в клініках, медичних центрах і лабораторіях від українських розробників. Вона складається з базового блоку - функціонального ядра системи - і ряду додаткових. Ключова особливість: вся інформація і процеси шикуються навколо пацієнта. Підтримуються електронні медичні картки, історія хвороби, інструменти ведення обліку та багато іншого, наприклад, організація роботи бригад невідкладної допомоги.

Плюси. Простота та зрозумілість, підтримка бланків лабораторних досліджень, наявність блоку "Комплексна лабораторія", до якої підключені основні комплексні аналізатори.

Мінуси. Обмеження функціоналу, недоліки інтерфейсу.

EMCiMED - передова українська медична інформаційна система для медичних установ, приватних клінік і лабораторій, підключена до системи [eHealth](#) України. Складається з модулів, що легко можна збирати в потрібній конфігурації для кожного окремого закладу. Основні підтримувані модулі: реєстратура, управління персоналом, управління організацією, поліклініка, стаціонар, лабораторія, управління партнерськими відносинами. Можна придбати додаткові модулі: облік послуг, управління запасами, архів медичних зображень PACS та інші. За необхідності вони можуть поставлятися в складі пакетів EMCiMED-Поліклініка і EMCiMED-Стаціонар.

Плюси. Можливість вибирати модулі відповідно до вимог організації, гнучке налаштування, потужна функціональна складова. Система захищена завдяки використанню USB-брелоків та шифрування всієї інформації, підтримує інтеграцію з іншими продуктами, наприклад, ІС. Пройшла перевірку і рекомендована до використання МОЗ України.

Мінуси. Якщо присутні, то істотно не впливають на роботу з програмою.

II. Практичні роботи (завдання):

4. Перелікуйте сучасні медичні інформаційні системи.
5. Охарактеризуйте сучасні медичні інформаційні системи.
6. Переваги та недоліки сучасних медичних інформаційних систем.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Як називаються МІС, що створюють єдиний інформаційний простір у сфері охорони здоров'я?

- А. банками інформації медичних установ
- В. медичними інформаційно-довідковими системами
- С. комп'ютерними телекомунікаційними мережами

- D. медичними консультативно-діагностичними системами
- E. АРМ – лікаря

2. Як називаються системи, призначені для інформаційної підтримки й автоматизації діагностичного й лікувального процесів, здійснюваних при безпосередньому контакті з організмом хворого?

- A. статистичними системами
- B. медичними апаратно-програмними комплексами (МАПК)
- C. адміністративно-управлінськими системами
- D. банками інформації медичних установ
- E. скринінговими системами

3. До яких систем відносять інформаційні системи для дослідження органів дихання, нервової системи, головного мозку, системи кровообігу, УЗД-Діагностика?

- A. приборо-орієнтованих комп'ютерних систем
- B. мониторних система
- C. систем керування лікувальним процесом
- D. інформаційно-довідкових систем
- E. систем лабораторної діагностики

4. Які задачі виконують МІС у клініках?

- A. упорядкування потоку інформації в самій лікарні
- B. автоматизація лабораторних досліджень: біохімічних, електро-фізіологічних, рентгенорадіологічних та ін.
- C. складання кошторису бюджету
- D. логічний аналіз і контроль звітної медико-статистичної інформації
- E. усі відповіді вірні

5. Для чого призначені медичні інформаційно-довідкові системи?

- A. створення довідників шляхом упорядкування медичної інформації
- B. обробки медико-біологічних даних
- C. обробки лабораторних досліджень
- D. пошуку й видачі медичної інформації із запиту користувача
- E. проведення статистичного аналізу

6. На що діляться медичні інформаційні системи (МІС) відповідно до ієрархічного принципу?

- A. рівні: базовий, державний, територіальний
- B. категорії: першу, другу й третю
- C. прості, складні й змішані інформаційні системи
- D. детерміновані, стохастичні й змішані МІС
- E. лінійні, розгалужені й циклічні види

7. Як називається організаційно впорядкована сукупність документів й інформаційних технологій, у тому числі з використанням засобів обчислювальної техніки й зв'язки, що реалізують інформаційні процеси?

- A. базою даних
- B. операційною системою
- C. програмним забезпеченням
- D. обчислювальною системою
- E. інформаційною системою

8. На які класи можна розділити завдання, що виникають у процесі функціонування лікувальних установ?

- A. структуровані
- B. неструктуровані
- C. систематизовані
- D. опосередковані
- E. периферійні

9. Які задачі розв'язує система керування?

- A. діагностування пацієнтів
- B. збір і передачу інформації про керований об'єкт
- C. переробку інформації
- D. спрямування керуючих дій на об'єкт керування
- E. усі відповіді вірні.

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

1. Проаналізувати сучасний стан організації роботи лікаря ПМСД.
2. Визначити конкретні кроки щодо реформування інформаційного забезпечення праці лікаря ПМСД (лікаря загальної практики та медичної реабілітації) як центральної фігури майбутньої системи охорони здоров'я.
3. Встановити відповідність основних концепцій, їх сутність.
4. Опис ситуаційної вправи. Вас призначили головним лікарем нової сімейної амбулаторії, в якій будуть працювати 4 сімейних лікарів. Населення району, на якому розташована сімейна амбулаторія – 10000, враховуючи дітей від народження. Запропонуйте конкретні заходи щодо влаштування робочих місць лікарів загальної практики – сімейної медицини. Формування бази даних лікарів.
5. Обґрунтуйте причини та необхідність інформаційного реформування в сучасній медицині.
 - A. Лікар ЗПСМ має обслуговувати 80% звертань за медичною допомогою, проводить не тільки медичну, профілактичну, але й соціальну роботу. Тому він повинен мати доступ до широкого кола інформації.
 - B. Медицина є частиною сучасної світової науки, яка переживає час «інформаційного вибуху».
 - B. Медицина «вживається» в процес «глобалізації», що охоплює всі сфери діяльності людини.

Список рекомендованої літератури

Основна

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

Основна:

1. Колесник Н. А. Теорія і практика доказової медицини / Н. А. Колесник, С. П. Фоміна. - Київ : Поліграф Плюс, 2017. - 246 с.
2. Sharon Strauss, Paul Glaziou, W. Scott Richardson, R. Brian Haynes Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 5th edition. – 2018. - 336 p.

Додаткова:

- Сайт МОЗ України, доказова медицина <https://en.moz.gov.ua/evidence-based-medicine>
- Клінічні докази BMJ <http://clinicalevidence.bmj.com>
- Medscape від WebMD <http://www.medscape.com>
- National Guideline Clearinghouse <https://www.guideline.gov/>
- Центри контролю та профілактики захворювань (CDC) <https://www.cdc.gov/>
- Кокранівська співпраця Кокранівська бібліотека <http://www.cochrane.org/>
- Резюме клінічних знань (CKS) <http://prodigy.clarity.co.uk/>

Електронні інформаційні ресурси:

1. Best Evidence. URL: <http://www.bestevidence.com/>
2. BritishMedicalJournal. URL: <http://www.bmj.com/specialties/evidencebased-practice>
3. CanadianMedicalAssociation. URL: <http://www.cma.ca/>
4. Centre for Evidence-based Medicine at the University of Oxford. URL: <http://www.cebm.net/>
5. Clinical Evidence. URL: <http://clinicalevidence.bmj.com/x/index.html>
7. Cochrane Library. URL: <http://www.thecochranelibrary.com/>
8. Current Controlled Trials. URL: <http://www.controlled-trials.com/mrct>
9. eGuidelines. URL: <http://www.eguidelines.co.uk/>
10. Evidence-Based Medicine. URL: <http://ebm.bmj.com/>
11. Canada Clinical Guidelines Database. URL: <http://www.phac-aspc.gc.ca/>
12. JAMAevidence. URL: <http://www.jamaevidence.com/>
14. National Institute for Clinical Excellence. URL: <http://www.nice.org.uk/>
16. Supercourse Epidemiology, the Internet and Global Health. URL: <http://www.pitt.edu/>
17. The Cochrane Collaboration. URL: <http://www.cochrane.org/>
18. The KT Clearinghouse. The Canadian Institute of Health Research. URL: <http://kteclearinghouse.ca/cebm>
19. UpToDate. URL: <http://www.uptodate.com/>

Тема: «Методичні підходи до аналізу діяльності сімейного лікаря» – 4 години.

Мета: Набуття студентом знань щодо ролі та місця первинної медико-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я; основних методичних підходів до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги; триетапної методики стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги, яка включає визначення переліку індикаторів.

Основні поняття: Визначення понять індикатори доступності, якості, ефективності/результативності, безпеки, чутливості закладів надання первинної медичної допомоги.

План

1. Теоретичні питання:

1. Роль первинної медико-санітарної допомоги в системі охорони здоров'я.
2. Основні обов'язки сімейного лікаря.
3. Роль сімейного лікаря в системі охорони здоров'я.
4. Основні підходи до оцінки діяльності закладів ПМД.
5. Перелік індикаторів оцінки діяльності закладів ПМД.
6. Поняття якості медичної допомоги.
7. Складові якості медичної допомоги.
8. Складові якості та підходи до її забезпечення та оцінки.
9. Перелік індикаторів якості медичного обслуговування.
10. Управління якістю медичної допомоги

Питання для самоконтролю

1. Які заклади відносяться до ПМД.
2. Скільки розроблено етапів методики стандартизації оцінки діяльності закладів ПМД. Опишіть їх.
3. Які групи індикаторів ПМД ви знаєте.
4. Перелік, вид та призначення індикаторів доступності ПМД.
5. Перелік, вид та призначення індикаторів якості ПМД.
6. Перелік, вид та призначення індикаторів ефективності ПМД.
7. Перелік, вид та призначення індикаторів безпеки ПМД.
8. Перелік, вид та призначення індикаторів чутливості закладів ПМД.

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

Словник основних понять з теми

Клінічний індикатор якості медичної допомоги – кількісний або якісний показник, відносно якого існують докази чи консенсус щодо його безпосереднього впливу на якість медичної допомоги; визначається ретроспективно.

Складові якості медичної допомоги (за рекомендаціями ВООЗ):

Технологічне виконання - ступінь виконання персоналом і закладом технічних вимог якості (дотримання стандартів).

Результативність послуг - ступінь досягнення бажаного результату.

Ефективність послуг - співвідношення результатів послуг до витрат на їх надання.

Безпека - ступінь мінімізації ризиків травм, інфікування або побічної дії втручань.

Доступність послуг - ступінь відсутності для медичних послуг географічних, економічних, соціальних, організаційних чи мовних бар'єрів.

Складові якості та підходи до її забезпечення та оцінки:

- **якість структури** – організація допомоги, людські та матеріально-технічні ресурси, що використовуються для надання медичної послуги;
- **якість процесу** – безпосередньо медична допомога, проведення лікувально-діагностичних процедур відповідно до клінічних настанов, протоколів і стандартів;
- **якість результату** - оцінювання співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів; те, що відбувається з пацієнтом після надання допомоги

(динаміка стану здоров'я пацієнта, результати лікування всіх хворих за звітний період, окремі показники стану здоров'я населення певної території.

Управління якістю медичної допомоги - систематичний, незалежний і задокументований процес безперервних, взаємопов'язаних дій, що включають планування, організацію, мотивацію, внутрішній аудит своєї діяльності, а також інші заходи, що забезпечують якість медичної допомоги, безпеку для пацієнтів і спрямовані на попередження та усунення недоліків у своїй діяльності на рівні організації охорони здоров'я.

Якість медичної допомоги – надання службами охорони здоров'я окремим особам і населенню в цілому медичних послуг на рівні сучасної професійної підготовки, новітніх досягнень медичної науки з метою отримання очікуваних результатів.

Якість медичної допомоги – це відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів.

2. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться:

1. Складіть основні групи індикаторів, за допомогою яких повинна проводитись оцінка діяльності закладу ПМД, розділіть їх за видом та призначенням.

3. Тестові завдання для самоконтролю:

1. До методів оцінювання якості медичної допомоги належать:

- A. Метод експертних оцінок
- B. Відповідність моделі кінцевих результатів діяльності
- C. Метод оцінювання виконання профілактичних і лікувальних заходів
- D. Аналіз і оцінювання демографічних показників

2. Які основні індикатори якості використовуються для оцінки роботи сімейного лікаря?

- A. Кількість випадків тимчасової непрацездатності, первинний вихід на інвалідність, кількість відвідувань амбулаторії
- B. Захворюваність, поширеність, кількість випадків з тимчасовою втратою працездатності
- C. Кількість відвідувань амбулаторії, повнота обсягу профілактичними оглядами, захворюваність, поширеність захворювань, смертність прикріпленого населення
- D. Повнота обсягу населення профілактичними оглядами та профілактичними щепленнями, частота виявлених занедбаних форм туберкульозу та онкопатології на інших етапах надання медичної допомоги, динаміка захворюваності по окремим нозологічним одиницям
- E. Кількість випадків з тимчасовою втратою працездатності, кількість відвідувань амбулаторії, структура захворюваності, повнота обсягу профілактичними оглядами

3. Медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики - сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань

пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта. Назвіть вид допомоги:

- A. Первинна
- B. Перша
- C. Вторинна
- D. Третинна

4. В обов'язки сімейного лікаря входить?

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

5. Що повинен вміти лікар загальної практики – сімейний лікар?

- A. Надавати кваліфіковану медичну допомогу
- B. Проводити експертизу тимчасової непрацездатності
- C. Надання у випадках необхідності невідкладної медичної допомоги при нескладних супутніх захворюваннях
- D. Відбір хворих на санаторно-курортне лікування
- E. Діагностика та лікування захворювань внутрішніх органів
- F. Проводити встановлення груп інвалідності

4. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- 1. Виписати індикатори структури забезпечення якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.
- 2. Виписати індикатори процесу якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.
- 3. Виписати індикатори результату якості медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги.

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

Основна:

- 1. К.О. Надутий, В.М. Лехан, О.К. Толстанов Методичні підходи до стандартизації оцінки діяльності закладів первинної медичної допомоги. УКР. МЕД. ЧАСОПИС, 3 (131), Т. 2 – V/VI 2019

Додаткова:

- WHO (2018) From Alma-Ata to Astana: Primary health care — reflecting on the past, transforming for the future Interim Report from the WHO European Region

Електронні ресурси:

- 1. OECD (2015) Health at a Glance 2015 OECD indicators (<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22177en/s22177en.pdf>).
- 2. WHO (2015) New partnership to help countries close gaps in primary health care (<https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/partnership-primaryhealth-care/en/>).

Тема 4: Виявлення туберкульозу органів дихання (активне і пасивне). Групи ризику. Обов'язкові та додаткові обстеження. Показання для направлення на консультацію до фтизіатра.

Мета: Розширення знань студентів про проблему туберкульозу органів дихання в Україні. Визначення ролі сімейного лікаря в питаннях виявлення хворих на туберкульоз, їх обстеження та тактики ведення таких пацієнтів.

Основні поняття: Визначити поняття туберкульозу. Шляхи передачі туберкульозу. Групи ризику по захворюванню на туберкульоз. Методи обстеження хворих на туберкульоз.

План

1. Теоретичні питання:

1. Визначити поняття туберкульозу.
2. Виявлення хворих на туберкульоз органів дихання в практиці сімейного лікаря. Види виявлення хворих.
3. Групи ризику хворих на туберкульоз серед дорослого та дитячого населення.
4. Основні і додаткові методи обстеження хворих з підозрою на туберкульоз.
5. Основні скарги, характерні для хворих на туберкульоз органів дихання.
6. Основні рентгенологічні зміни в легенях у хворих на туберкульоз.
7. Основні показання для направлення хворих з підозрою на туберкульоз до фтизіатра.
8. Визначення поняття ДКТ. Показання для його проведення.
9. Інтерпретація результатів проби Манту.
10. Оцінка результатів дослідження мазка мокротиння.

Питання для самоконтролю

1. Визначити поняття туберкульозу.
2. Виявлення хворих на туберкульоз органів дихання в практиці сімейного лікаря. Види виявлення хворих.
3. Групи ризику хворих на туберкульоз серед дорослого та дитячого населення.
4. Основні і додаткові методи обстеження хворих з підозрою на туберкульоз.
5. Діагностика ЛТБІ в умовах несприятливої епідеміологічної щодо туберкульозу ситуації в країні. Тактика щодо діагностики ЛТБІ серед визначених груп ризику та спостереження дітей. Які не отримали вакцинацію БЦЖ
6. Основні скарги, характерні для хворих на туберкульоз органів дихання.
7. Основні рентгенологічні зміни в легенях у хворих на туберкульоз.
8. Основні показання для направлення хворих з підозрою на туберкульоз до фтизіатра.
9. Визначення поняття ДКТ. Показання для його проведення.
10. Інтерпретація результатів проби Манту.
11. Оцінка результатів дослідження мазка мокротиння.
12. Алгоритм дії лікаря первинної ланки при виявленні активного ТБ та ЛТБІ.
13. який імунітет виробляється при вакцинації БЦЖ? Яка практична цінність БЦЖ вакцинації? До якого віку можливо проведення вакцинації БЦЖ?

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

Скласти словник основних понять з теми

• **Туберкульоз (ТБ)** – це інфекційне захворювання, що передається від хворої людини переважно повітряно-крапельним шляхом, викликається мікобактеріями туберкульозу (*Mycobacterium tuberculosis*), характеризується утворенням специфічних

гранульом в різних органах і тканинах та поліморфною клінічною картиною, що залежить від форми, стадії, локалізації та поширеності патологічного процесу.

• **Активний туберкульоз** – стан активного розмноження мікобактерій туберкульозу у хворих з бактеріологічно та гістологічно підтвердженою активністю процесу, а також з характерними для цієї хвороби клініко-рентгенологічними ознаками (симптомами інтоксикації, наявністю фіброзних та вогнищевих утворень з перифокальною реакцією; інфільтративних змін з деструкцією чи без неї при наявності чи відсутності бактеріовиділення, підвищеної швидкості осідання еритроцитів, зрушення у лейкоцитарній формулі тощо) і вимагає проведення лікувальних, протиепідемічних, реабілітаційних і соціальних заходів. Підтвердити активність туберкульозного процесу дозволяють також результати бронхологічних, цитологічних, біохімічних та імунологічних досліджень.

• **Вакцина БЦЖ** - це живий ослаблений штам *M bovis*, що використовується у багатьох частинах світу. Вакцинація БЦЖ є ефективною у профілактиці туберкульозного менінгіту та дисемінованого туберкульозу у новонароджених та дітей молодшого віку.

• **Добровільне консультування та тестування на ВІЛ (ДКТ)** - пропонується у разі підозри на ВІЛ-інфекцію, проводиться з дотриманням принципів добровільності та конфіденційності. Якщо пацієнт не бажає пройти тестування на ВІЛ, він має відмовитись від підписання інформованої згоди на проходження тестування на ВІЛ.

• **Залишкові зміни** - це щільні і кальциновані вогнища і фокуси різного розміру, фіброзно-рубцеві та циротичні зміни (в тому числі з залишковими санованими порожнинами), плевральні нашарування, післяопераційні зміни в легенях і плеврі.

Індексний випадок (індексний пацієнт) - вперше виявлений новий або повторний випадок ТБ у людини будь-якого віку в конкретному місці її проживання або інших співставних умовах, де існує ризик зараження для інших людей. Індексний випадок - це випадок, який підлягає розслідуванню та виявленню контактних осіб, хоча такий пацієнт може і не бути джерелом інфекції (вихідним випадком)

• **Латентна туберкульозна інфекція (ЛТБІ)** - безсимптомний стан, яке зберігається протягом багатьох років і при певних умовах може прогресувати до активних форм туберкульозу. Діагноз ЛТБІ встановлюється за такими критеріями: 1) відсутність будь-яких клінічних та рентгенологічних симптомів та ознак ТБ; 2) позитивний результат ТШП або ТГВІ. (синонім – туберкульозна інфекція – ТБ інфекція).

Легеневий ТБ - будь-який бактеріологічно підтверджений або клінічно діагностований випадок ТБ з ураженням паренхіми легень або трахеобронхіального дерева, у дітей – включно з ТБ внутрішньогрудних лімфовузлів без рентгенологічних змін у легенях. Міліарний ТБ класифікується як легеневий ТБ з огляду на наявність ураження в легенях

Людина, що живе з ВІЧ (ЛЖВ)

• **Контактна особа, контактний** - будь-яка особа, яка мала контакт з індексним випадком/пацієнтом або перебуває та/або перебувала у контакті з людиною чи твариною, хворою на заразну форму туберкульозу, і внаслідок цього має ризик зараження туберкульозом.

Профілактичне лікування ТБ інфекції (ПЛ ТБІ) – лікування, яке пропонується особам із ризиком можливого розвитку захворювання на ТБ з метою зменшення цього ризику

Позалегеневий ТБ - будь-який бактеріологічно підтверджений або клінічно діагностований випадок ТБ з ураженням органів, відмінних від легень (наприклад, плеври, периферичних лімфатичних вузлів, черевної порожнини, сечостатевої системи, шкіри, суглобів і кісток, мозкових оболонок). У дітей ТБ внутрішньогрудних лімфатичних вузлів класифікується як легеневий ТБ

Тест вивільнення гамма-інтерферону (ТВГІ) - використовується для діагностики ЛТБІ, заснований на вимірюванні імунної відповіді Тлімфоцитів людини на мікобактеріальні антигени, що проявляється продукцією гамма-інтерферону

Тест медикаментозної чутливості (ТМЧ)

• **Туберкулінова шкірна проба (Проба Манту)** - тест, заснований на внутрішньошкірному введенні комбінації мікобактеріальних антигенів (стандартний метод ідентифікації людей, інфікованих МБТ, з використанням проби Манту з препаратами туберкуліну в стандартному розведенні), які викликають імунну реакцію (гіперчутливість сповільненого типу), представлену індурацією, яку можна вимірювати в міліметрах.

WHO - ВООЗ, Всесвітня організація охорони здоров'я

Xpert MTB/RIF® - тест-система для одночасного виявлення ДНК мікобактерій туберкульозного комплексу (*Mycobacterium tuberculosis complex*) та визначення стійкості до рифампіцину

Xpert MTB/XDR - тест-система для виявлення ДНК мікобактерій туберкульозного комплексу (*Mycobacterium tuberculosis complex*) з широкою лікарською стійкістю

2. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться:

1. Скласти алгоритм діагностичних обстежень у випадку підозри на туберкульоз органів дихання.
2. Скласти алгоритм дії лікаря первинної ланки при виявленні ЛТБІ
3. Скласти план розслідування контактних осіб при виявленні індексного пацієнта
4. Скласти план активного вичвлення ТБ інфекції серед підлеглого населення.
5. Провести інтерпретацію результатів проби Манту
6. Провести інтерпретацію результатів дослідження мокротиння.
7. Вміти розпізнавати характерні для ТБ рентгенологічні зміни.

3. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Для систематичного скринінгу груп підвищеного ризику розвитку ТБ серед ВІЛ-негативних дорослих та дітей з осередкового або близького контакту з людьми, які мають захворювання на ТБ використовується:

- A. *Скринінгове анкетування+ радіологічне дослідження грудної клітини
- B. Комп'ютерна томографія.
- C. Бронхографія.
- D. Флюорографія.
- E. Спірографія.

2. Для систематичного скринінгу ТБ серед ЛЖВ дорослих та дітей віком від 10 років на стаціонарному етапі використовується

- A. * Xpert MTB/ RIF®(Ultra) – під час кожного епізоду госпіталізації з будь-яких причин.
- B. Комп'ютерна томографія.
- C. Бронхографія.
- D. Флюорографія.
- E. Спірографія.

3. Яким туберкуліном і в якій дозі користуються при проведенні масової туберкулінодіагностики?

- A. 100 % альт туберкуліном Коха.
- B. * ППД-Л в стандартному розведенні дозою 2 ТО.
- C. ППД-Л в стандартному розведенні дозою 5 ТО.
- D. ППД-Л в стандартному розведенні дозою 10 ТО.
- E. 25 % розведенням очищеного сухого туберкуліну.

4. Які біологічні рідини можливо використовувати для діагностики ТБ інфекції за допомогою молекулярно-генетичний метода дослідження Xpert MTB/ RIF®(Ultra).

- A. мокротиння (індуковане або відхаркуване)
 - B. шлунковий аспірат
 - C. Назофарінгеальний аспірат
 - D. зразок калу
 - E. Усе перелічене
5. Яка звичайна аускультативна картина при вогнищевому ТБ?
- A. Розсіяні сухі хрипи.
 - B. Сухі хрипи на верхівках.
 - C. * Немає змін.
 - D. Сухі та вологі хрипи на верхівках.
 - E. Розсіяні вологі хрипи.
6. Який шлях інфікування туберкульозом найчастіший?
- A. * Аерогенний
 - B. Аліментарний.
 - C. Черезшкірний.
 - D. Сечостатевий.
 - E. Плацентарний.
7. Який контингент населення не відноситься до соціальних груп ризику?
- A. Мігранти, біженці, переселенці.
 - B. Особи, які реєструються в державній службі зайнятості, як такі, що шукають роботу і безробітні.
 - C. Члени малозабезпечених сімей, які стоять на обліку в управліннях праці та соціального захисту.
 - D. * ВІЛ-інфіковані.
 - E. Особи без визначеного місця проживання.
8. Які з контингентів дітей не відносяться до груп ризику захворювання на туберкульоз?
- A. Діти, які мають контакт із хворою на ТБ людиною або твариною.
 - B. Інфіковані МБТ діти із хронічними захворюваннями різних органів і систем.
 - C. Інфіковані МБТ діти з первинним та вторинним імунодефіцитом.
 - D. * Діти, що не відвідують дитячий садок.
 - E. Діти, які тривалий час (більше місяця) приймали цитостатичні препарати, глюкокортикоїди або імунодепресанти.
9. Назвати симптом, що не характерний для хворого на туберкульоз.
- A. Кашель впродовж 2 тижнів і більше, сухий або з виділенням мокротиння
 - B. Лихоманка або субфебрилітет
 - C. Пітливість вночі, схуднення
 - D. Кровохаркання
 - E. * Постійний біль у грудній клітці, не пов'язаний з актом дихання
10. Вибрати основні обов'язкові методи діагностики при підозрі на ТБ легень.
- A. Рентгенологічне обстеження ОГК та триразове дослідження мокротиння.
 - B. Аускультация, проба Манту, рентгенологічне обстеження.
 - C. * Анкетування, дворазове дослідження мокротиння, рентгенологічне обстеження ОГК.
 - D. Проба Манту, дворазове дослідження мокротиння.
 - E. Дворазове дослідження мокротиння, рентгенологічне дослідження, загальний аналіз крові.
11. Вибрати, що з переліченого не є показанням для направлення хворого до фтизіатра.
- A. Виявлення КСБ хоча б у 1 зразку мокротиння.
 - B. Віраж туберкулінової проби.
 - C. * КСБ не виявлені в жодному з 2-х досліджуваних мазків мокротиння, а рентгенологічно виявляються інфільтративні або вогнищеві зміни в легенях.
 - D. ВІЛ-інфіковані з підозрою на туберкульоз.

Е. Негативний мазок мокротиння та відсутність позитивної рентгенологічної динаміки через 2 тижні від проведеної терапії антибактеріальними препаратами широкого спектру дії.

12. Який з варіантів запису результатів бактеріоскопії мазка мокротиння?

- A. +++.
- B. +3.
- C. * 3+.
- D. Три +.
- E. 3+++.

5. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

1. Відібрати контингенти населення для активного виявлення туберкульозу органів дихання.
2. Знати методи сучасної діагностики ТБ та ЛТБІ
3. Скласти план обстеження для пацієнта з кашлем більше 2 тижнів
4. Скласти план обстеження контактних у епідеміологічному очагу ТБ.
5. Скласти план обстеження груп ризику для виявлення ТБ інфекції
6. Знати основні радіологічні ознаки ТБ інфекції та проводити диференційний діагноз з іншими бронхо-легеневими захворюваннями.
7. Скласти алгоритм дій лікаря первинної ланки при виявленні ТБ та ЛТБІ

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

Основна література:

1. WHO Global tuberculosis report 2022 [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>
2. Клінічна настанова, заснована на доказах: «Туберкульоз» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/klinichna-nastanova-tuberkuloz-sichen-2023.pdf>
3. Наказ МОЗ України від 19.01.2023 №102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43242-dn_102_19012023.pdf
4. Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43243-dn_102_19012023_dod.pdf
5. "Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі" [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/2020_530_standarty_tb_dor_dit.pdf
6. Закон України "Про протидію захворюванню на туберкульоз" від 19.04.2012 [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4565-17#top>
7. "Внутрішні хвороби". Національний підручник// Л.В. Глушко та ін./ «МЕДИЦИНА», 2019. - с. 370

Додаткова література

1. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control, 2019. - [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>
2. Виявлення туберкульозу органів дихання. Матеріали тренінгу за підтримки Проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». 2017.
3. BMJ Best Practice - " Tuberculosis ", updated: Nov 30, 2022. [Електронний ресурс].– Режим доступу до ресурсу: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/165?q=Tuberculosis,%20pulmonary&c=suggested>

Тема: Загальні принципи лікування туберкульозу. Організація лікування в закладах ПМСД. Профілактика і лікування побічних реакцій на протитуберкульозні препарати

Мета: Розширити знання студентів про принципи лікування туберкульозу органів дихання в Україні в закладах ПМСД. Пояснити роль сімейного лікаря в питаннях ведення хворого на ТБ на амбулаторному етапі.

Основні поняття: Визначити поняття інфекційного контролю туберкульозу. Категорії лікування хворого на туберкульоз. Хіміопротифілактика туберкульозу. Етапи лікування хворого на туберкульоз на амбулаторному етапі. Побічні реакції від протитуберкульозних препаратів.

План

1. Теоретичні питання:

1. Забезпечення інфекційного контролю туберкульозу на амбулаторному етапі.
2. Загальні принципи ведення хворого на туберкульоз. Категорії лікування хворого на туберкульоз.
3. Групи та схеми прийому препаратів для лікування туберкульозу.
4. Етапи лікування хворого на туберкульоз на амбулаторному етапі.
5. Можливі побічні реакції від протитуберкульозних препаратів.
6. Профілактика та лікування побічних реакцій на протитуберкульозні препарати.
7. Організація та функції ДОТ-кабінету (безпосереднього нагляду медичних працівників за прийомом протитуберкульозних препаратів).

Питання для самоконтролю

1. Які загальні підходи до лікування туберкульозу?
2. Які основні принципи протитуберкульозної хіміотерапії?
3. Які існують основні курси хіміотерапії?
4. Які форми втручання необхідно використовувати з метою покращення дотримання режиму лікування ТБ, якщо пацієнт його порушує?
5. Яка роль сімейного лікаря в лікуванні хворого на ТБ?
6. Класифікація протитуберкульозних препаратів.
7. Перелічити і дати визначення усім можливим результатам лікування.
8. Які побічні ефекти протитуберкульозних препаратів, їх діагностика та профілактика?
9. Критерії виліковування туберкульозу.
10. На які два типи, згідно з новими визначеннями результатів лікування, поділяються пацієнти?
11. Які методи інфекційного контролю ТБ існують?

Орієнтовні завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

Скласти словник основних понять з теми

Антимікобактеріальний препарат (АМБП)

Антимікобактеріальна терапія (АМБТ)

Епідемічний процес - безперервний процес передавання збудника від джерела інфекції до сприйнятливої організму. Епідемічний процес включає три основні ланки: джерело інфекції, механізм передавання та сприйнятливий організм;

етикет кашлю - правила поведінки людини із кашлем, що запобігають розповсюдженню інфекцій повітряно-крапельним шляхом;

інфекційний контроль за туберкульозом (ІК ТБ) - система організаційних, протиепідемічних та профілактичних заходів, спрямованих на попередження виникнення та зниження ймовірності передавання мікобактерій туберкульозу здоровим особам, суперінфекції хворих на туберкульоз у закладах охорони здоров'я, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз;

контагіозність - здатність поширювати інфекцію;

лікарсько-стійкий ТБ (ЛС-ТБ)

оцінювання ризику поширення інфекції - безперервний процес перевірки відповідності стану інфекційного контролю в закладі охорони здоров'я вимогам до безпеки пацієнтів і персоналу;

паліативна допомога - підхід, що дає змогу поліпшити якість життя пацієнтів та їхніх сімей, перед якими постали проблеми смертельного захворювання, шляхом запобігання стражданням і їх полегшення завдяки ранньому виявленню, ретельній оцінці й лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також наданню психосоціальної і духовної підтримки;

респіратор - оснащена спеціальним фільтром маска, яка щільно прилягає до обличчя та захищає органи дихання людини від інфекцій з повітряно-крапельним шляхом зараження;

ультрафіолетове бактерицидне (УФ) опромінення - санітарно-протиепідемічний (профілактичний) захід, що спрямований на зниження кількості мікроорганізмів та профілактику інфекційних хвороб, який здійснюється за допомогою бактерицидного опромінення повітряного середовища приміщень;

ВІЛ - вірус імунодефіциту людини; **ДОТ** - контрольоване лікування під безпосереднім наглядом; **МБТ** - мікобактерії туберкульозу; **МРТБ** - мультирезистентний туберкульоз; **РРТБ** - туберкульоз із розширеною медикаментозною стійкістю; **СНІД** - синдром набутого імунодефіциту; **ХРТБ** - хіміорезистентний туберкульоз.

вперше діагностований ТБ (ВДТБ) - хворий на туберкульоз, який ніколи не лікувався протитуберкульозними препаратами (ППП) або лікувався менше одного місяця;

рецидив ТБ (РТБ) - хворий на туберкульоз, який успішно закінчив курс лікування та визнається вилікованим або закінчив його з результатом «Лікування завершено». РТБ може бути тільки з позитивним результатом виділення мікобактерій туберкульозу (КСБ+ чи/або МБТ+), гістологічно підтвердженим (ГІСТ+) і не підтвердженим гістологічно (ГІСТ -);

лікування після перерви - хворий на туберкульоз, який відновив лікування після перерви строком не менше 2 місяців поспіль;

лікування після невдачі 1-го курсу хіміотерапії - невдале лікування. Результат лікування вважається невдалим, якщо у хворого зберігається чи з'являється бактеріовиділення (за мікроскопією мазка або за культуральним дослідженням), негативна рентгенологічна картина після 5 місяців або понад 5 місяців лікування 1-го курсу хіміотерапії;

лікування після невдачі повторного курсу хіміотерапії;

переведений - хворий, який переведений з іншої адміністративно-територіальної одиниці або з іншого відомства;

інші - хворі на туберкульоз, які почали лікування і не відповідають критеріям для вищезазначених типів хворих на туберкульоз, а саме: хворі, анамнез яких не відомий, хворі з ризиком МР ТБ або хворі на туберкульоз, які лікувалися нерегулярно більше ніж 2 роки.

протиепідемічний режим - спеціальні протиепідемічні заходи (правила поведінки особи, хворої на заразну форму туберкульозу), встановлені центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я, спрямовані на захист населення, у тому числі медичних та інших працівників, від зараження збудником туберкульозу;

протитуберкульозні заклади - лікувально-профілактичні заклади охорони здоров'я (протитуберкульозні диспансери, лікарні, санаторно-курортні, інші заклади) чи їх структурні підрозділи, в яких надається медична допомога хворим на туберкульоз. Перелік протитуберкульозних закладів затверджується центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я;

протитуберкульозні заходи - комплекс соціально-економічних, організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів щодо захисту населення від туберкульозу, спрямованих на профілактику, виявлення, діагностику, лікування та реабілітацію хворих на туберкульоз;

ТБ із збереженою чутливістю до антимікобактеріальних препаратів (ЧТБ)

ТБ із широкою лікарською стійкістю (ШЛС-ТБ): стійкість до будь-якого фторхінолону та щонайменше до одного з додаткових препаратів групи А (бедаквіліну та/або лінезоліду) у доповнення до множинної лікарської стійкості або рифампіцин-резистентного ТБ

Рецидив туберкульозу - активізація туберкульозу, підтверджена виділенням культури мікобактерій або наявністю клінічних та рентгенологічних ознак туберкульозу, в осіб, які раніше хворіли на туберкульоз і вважалися вилікованими;

Система епідеміологічного моніторингу захворювання на туберкульоз - постійно діюча державна система спостереження, що використовується для аналізу стану поширення захворювання на туберкульоз, його впливу на соціальну та економічну ситуацію в державі, на стан здоров'я населення та для оцінки ефективності

ТБ із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ): стійкість, як мінімум до ізоніазиду та рифампіцину

Хіміопротифілактика туберкульозу - застосування протитуберкульозних лікарських засобів з метою профілактики захворювання на туберкульоз та його рецидивів.

WHO - ВООЗ, Всесвітня організація охорони здоров'я

Xpert MTB/RIF® - тест-система для одночасного виявлення ДНК мікобактерій туберкульозного комплексу (*Mycobacterium tuberculosis complex*) та визначення стійкості до рифампіцину

Xpert MTB/XDR - тест-система для виявлення ДНК мікобактерій туберкульозного комплексу (*Mycobacterium tuberculosis complex*) з широкою лікарською стійкістю

2. Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться:

1. Скласти алгоритм дій сімейного лікаря у випадку підтвердження діагнозу ТБ.
2. Скласти схему лікування хворого на ТБ.
3. Показання для проведення хіміопрофілактики.
4. Принципи інфекційного контролю ТБ.
5. Оцінка ефективності лікування ТБ.

3. Тестові завдання для самоконтролю:

1. Основний метод лікування хворих на туберкульоз:
 - A. Застосування штучного пневмотораксу.
 - B. Хірургічні методи.
 - C. * Хіміотерапія.
 - D. Гормональна терапія.
 - E. Фізіотерапія.
2. Який з перелічених препаратів не має антимикобактеріальної дії?
 - A. Ізоніазид.
 - B. Рифампіцин.
 - C. * Цефтріаксон.
 - D. Піразинамід.
 - E. Етамбутол.
3. Хворому, який надійшов до стаціонару на лікування, призначена комплексна хіміотерапія. Що є абсолютним протипоказанням щодо призначення стрептоміцину?
 - A. Цукровий діабет.
 - B. Гепатит.
 - C. Гіпертонічна хвороба.
 - D. Пієлонефрит.
 - E. * Ураження VIII пари черепно-мозкових нервів.
4. Хворий К., 42 р., страждає на фіброзно-кавернозний туберкульоз у поєднанні з алкоголізмом, хронічним гепатитом. Який препарат має виражену гепатотоксичну побічну дію?
 - A. Ізоніазид.
 - B. Стрептоміцин.
 - C. * Рифампіцин.
 - D. Етамбутол.
 - E. ПАСК.
5. Хворому на інфільтративний туберкульоз легень призначено 5 протитуберкульозних препаратів. Який з перелічених препаратів виявляє побічну дію на зоровий нерв?
 - A. Піразинамід.
 - B. Рифампіцин.
 - C. * Етамбутол.
 - D. Стрептоміцин.
 - E. Ізоніазид.
6. У хворого діагностовано вогнищевий туберкульоз верхніх часток легень. Призначено протитуберкульозну терапію. Після двотижневого прийому препаратів у хворого з'явилися жовтушність склер, нудота, біль у правому підребер'ї. В біохімічному

аналізі крові виявлено підвищення вмісту АсАТ, АлАТ. Який з даних препаратів найімовірніше викликав ускладнення?

- А. Рифампіцин.
- В. Ізоніазид.
- С. Стрептоміцин.
- Д. Етамбутол.
- Е. * Піразинамід.

7. Тривалість основного курсу хіміотерапії:

- А. 2-4 місяці.
- В. 1-2 місяці.
- С. * 6-18 місяців.
- Д. 20-24 місяці.
- Е. 12-24 місяці.

8. Який препарат призначають з метою попередження нейротоксичної дії ізоніазиду?

- А. Аскорбінова кислота.
- В. Ретинолу ацетат.
- С. * Піридоксину гідрохлорид.
- Д. Вітамін В12.
- Е. Діазолін.

9. Для якого з антимікобактеріальних препаратів властива ототоксична дія, через що його не можна призначати вагітним жінкам?

- А. Етамбутол.
- В. Рифампіцин.
- С. * Стрептоміцин.
- Д. Піразинамід.
- Е. Ізоніазид.

10. У хворого, який знаходиться на лікуванні з приводу інфільтративного туберкульозу легень, з'явився розлад сну, депресія, поліневрит. Це пов'язане з прийомом:

- А. Рифампіцина.
- В. Піразинаміду.
- С. Етіонаміду.
- Д. Стрептоміцину.
- Е. * Ізоніазиду.

4. Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

1. Скласти основні принципи забезпечення інфекційного контролю туберкульозу на амбулаторному етапі.
2. Визначити категорії лікування хворого на туберкульоз .
3. Скласти схему лікування випадку ВДТБ, визначити загальні принципи ведення хворого сімейним лікарем.
4. Проводити профілактику та лікування побічних реакцій на протитуберкульозні препарати.
5. Складіть план інфекційного контролю для амбулаторії сімейного лікаря.

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

Основна література:

8. WHO Global tuberculosis report 2022 [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>

9. Клінічна настанова, заснована на доказах: «Туберкульоз» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/klinichna-nastanova-tuberkuloz-sichen-2023.pdf>
10. Наказ МОЗ України від 19.01.2023 №102 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Туберкульоз» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43242-dn_102_19012023.pdf
11. Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43243-dn_102_19012023_dod.pdf
12. "Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі" [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2020/05/2020_530_standarty_tb_dor_dit.pdf
13. Закон України "Про протидію захворюванню на туберкульоз" від 19.04.2012 [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4565-17#top>
14. "Внутрішні хвороби". Національний підручник// Л.В. Глушко та ін./ «МЕДИЦИНА», 2019. - с. 370

Додаткова література

1. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control, 2019. - [Електронний ресурс] Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>
2. Виявлення туберкульозу органів дихання. Матеріали тренінгу за підтримки Проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні». 2017.
3. BMJ Best Practice - " Tuberculosis ", updated: Nov 30, 2022. [Електронний ресурс].– Режим доступу до ресурсу: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/165?q=Tuberculosis,%20pulmonary&c=suggested>

Тема: «Методи дослідження серцево-судинної системи» – 2 години

Мета: вміти проводити розпитування та оволодіти фізикальними методами обстеження хворих з патологією серцево – судинної системи. Знати методи дослідження в кардіології, особливості догляду за хворими та надання першої допомоги хворим з патологією серцево – судинної системи. Інтерпретувати основні синдроми при патології серцево – судинної системи і давати клінічну оцінку отриманим даним.

Основні поняття: частота серцевих скорочень і ритм серця, електрокардіограма, ехокардіографія, рентгенографія, ангиографія

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

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

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

1. Загальні правила, методика розпитування хворого, специфіка скарг у хворих з патологією серцево – судинної системи.

2. Топографія грудної стінки.

3. Топографо-анатомічні особливості розташування органів в грудній порожнині.

4. Перкусія серця, фізичні основи перкусії.

5. Аускультация серця.

6. Техніка, етапи проведення пальпації грудної клітки, діагностичне значення отриманих даних.

7. Провідні синдроми при патології органів серцево - судинної системи.

Діагностичне значення даних, які отримані за допомогою основних і додаткових лабораторних методів.

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 зібрати анамнез та провести загальний огляд хворого та визначити його загальний стан, зробити висновок про його відповідність нормі або певному ступеню порушення.

- вміти оцінити форму, розмір грудної клітки.

- засвоїти методику дослідження властивостей артеріального пульсу.

- зробити огляд і пальпацію серцевого і верхівкового поштовху.

- провести перкусію серця.

- визначити нормальні параметри розмірів серця при перкусії.

- провести вислуховування шуму на сонній артерії.

- провести аускультацию серця.

- оцінити тони серця.

- оцінити діагностичне значення симптомів

- знати основні синдроми при патології органів серцево - судинної системи

- знати діагностичне значення даних, отриманих за допомогою основних і додаткових інструментальних і лабораторних методів обстеження.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

Хвора К., 35 років, звернулася до лікаря з приводу кашлю з виділенням невеликої кількості мокротиння з домішкою червоної крові, що виникає при тривалому навантаженні, відчуття серцебиття, перебої в роботі серця. При об'єктивному обстеженні: Слизова ротової порожнини набрякла, суха, бліда з ціанотичним відтінком. В області серця визначається серцевий поштовх, симптом "котячого муркотіння" в фазу діастолі. Межі серця розширені вправо і вгору. На верхівці вислуховується посилення I тону, діастолічний шум, на легеневій артерії акцент II тону.

А. Ваш діагноз?

Б. Яке порушення ритму характерно для даної патології?

В. Що можна виявити при дослідженні пульсу?

Г. Яка конфігурація серця у даної хворої?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. мітральний стеноз

Б. миготлива аритмія

В. пульс малого наповнення

Г. мітральна конфігурація серця

Тестовий контроль

1. I тон серця виникає під час:

А. Систоли шлуночків

В. Діастолі шлуночків

С. Систоли передсердь

Д. Діастолі передсердь

Е. Систолічної паузи

2. Де локалізується точка вислуховування клапана аорти:

А. На верхівці серця

В. У другому міжреберному проміжку праворуч від грудини

С. У другому міжреберному проміжку зліва від грудини

Д. Над мечовидним відростком

Е. У четвертому міжреберному проміжку зліва від грудини

3. У якій послідовності вислуховуються клапани серця:

А. Лівий передсердно-шлуночковий, правий передсердно-шлуночковий, аортальний, легеневого стовбура

В. Аортальний, легеневого стовбура, лівий передсердно-шлуночковий, правий передсердно-шлуночковий

С. Лівий передсердно-шлуночковий, аортальний, легеневого стовбура, правий передсердно-шлуночковий

Д. Лівий передсердно-шлуночковий, аортальний, легеневого стовбура, правий передсердно-шлуночковий

Е. Правий передсердно-шлуночковий, лівий передсердно-шлуночковий, аортальний, легеневого стовбура

4. Акцент II тону над аортою вислуховується у разі:

А. Недостатності напівмісячних клапанів аорти

В. Стенозування гирла аорти

С. Артеріальної гіпертензії

Д. Підвищення тиску в малому колі кровообігу

Е. Артеріальної гіпотензії

5. Для нападу стенокардії характерно все, крім:

- А. Загрудинної локалізації болю
- В. Колючого характеру болю
- С. Виникнення болю на висоті фізичного навантаження
- Д. Ефекту від прийому нітрогліцерину під язик через 3-5 хв.
- Е. Стискаючого характеру болю

6. Пряма ознака стенозу гирла аорти:

- А. Систолічний шум в II міжребер'ї зліва від грудини
- В. Діастолічний шум на верхівці серця
- С. Посилений перший тон
- Д. Систолічний шум у мечоподібного відростка
- Е. Систолічний шум в II міжребер'ї справа від грудини в поєднанні з ослабленим II тоном

7. Що таке правильний синусовий ритм:

- А. Зубець Р перед будь-яким комплексом QRS негативний
- В. Зубець Р позитивний перед кожним комплексом QRS, тривалість Р коливається в межах 0,15-0,45 с.
- С. Зубець Р перед кожним комплексом QRS позитивний, тривалість Р коливається в межах до 0,10 с.
- Д. Зубець Р перед кожним комплексом QRS - не однакової амплітуди і форми
- Е. Не перед кожним комплексом QRS маєтья зубець Р, інтервал RR коливається від 0,25 до 0,35 с.

8. Що реєструє зубець Р на ЕКГ:

- А. Збудження передсердь
- В. Порушення шлуночків
- С. Скорочення передсердь
- Д. Скорочення шлуночків
- Е. Збудження ніжок передсердно-шлуночкового пучка

9. Типова ознака гострої стадії трансмурального інфаркту міокарда:

- А. Погана диференціація відрізків
- В. Зниження вольтажу
- С. Зникнення зубця R, формування QS D. Зміщення сегмента ST
- Е. Блокада

10. Вираз обличчя у хворих серцевою недостатністю називають:

- А. Facies mitralis
- В. Facies aortalis
- С. Facies Corvisara
- Д. Facies Hippocratica
- Е. Facies selenica

11. Для якої вади серця характерна пульсація сонних артерій (танок каротид)?

- А. Мітральна недостатність
- В. Аортальна недостатність

- C. Недостатність тристулкового клапана
- D. Аортальний стеноз
- E. Мітральний стеноз

12. Для якої патології характерно систолічне «котяче муркотіння»:

- A. Стенозування мітрального отвору
- B. Стенозування гирла аорти
- C. Недостатність напівмісячних клапанів аорти
- D. Недостатність мітрального клапана
- E. Недостатність тристулкового клапана

13. Що означає вираз "зубець Р синусового походження":

- A. Не перед кожним комплексом QRS є зубець Р
- B. Зубець Р нашаровується на комплекс QRS
- C. Зубець Р є перед кожним комплексом QRS, однакової форми і величини, позитивний
- D. Зубець Р є перед кожним комплексом QRS, неоднакової амплітуди
- E. Зубець Р негативний перед кожним комплексом QRS

14. Яку провідність реєструє комплекс QRS:

- A. Передсердно-шлуночкову
- B. Внутрішньошлуночкову
- C. Внутрішньопередсердну
- D. Провідність по правій ніжці передсердно-шлуночкового пучка
- E. Провідність по лівій ніжці передсердно-шлуночкового пучка

5. Підбиття підсумків:

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

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

Основна література

1. Функціональна діагностика: Підручник для лікарів-інтернів та лікарів- слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України \ за ред. О.Й. Жарінова, Ю.А. Іваніва, В.О. Куця. – 2-ге вид., допов. і переробл.- Київ: Четверта хвиля, 2021. – 784 с.: іл.
2. Жарінов О.Й., Куць В.О. (редактори) Основи електрокардіографії (четверте видання, перероблене і доповнене). – Київ: Четверта хвиля, 2020. – 248 с.
3. Жарінов О.Й., Куць В.О., Вережнікова Г.П., Серова О.Д. Практикум з електрокардіографії. – Львів, 2014. – 268 с.

Додаткова література

1. Клінічна електрокардіографія для професіоналів \ В.А. Скибчик, Я. В. Скибчик. – Львів : Видавець Марченко Т.В., 2021. – 568 с.
2. Фібриляція і тріпотіння передсердь \ за ред. О.Й. Жарінова, В.О. Куця. – Київ: Четверта хвиля, 2022. -248 с.: іл.

Електронні ресурси

1. Український портал функціональної діагностики <https://fd.org.ua/>
2. Dr. Smith`s ECG Blog <http://hqmeded-ecg.blogspot.com/>
3. American College of Cardiology <http://www.acc.org/>
4. American Heart Association <http://news.heart.org/>

5. European Society of Cardiology <http://www.escardio.org/>
6. National Comprehensive Cancer Network <https://www.nccn.org/>
7. The European Society for Medical Oncology <http://www.esmo.org/>
8. Up To Date <http://www.uptodate.com>
9. BMJ Clinical Evidence <http://clinicalevidence.bmj.com>
10. Medscape from WebMD <http://www.medscape.com>
11. National Guideline Clearinghouse <https://www.guideline.gov/>
12. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <https://www.cdc.gov/>
13. The Cochrane Collaboration The Cochrane Library <http://www.cochrane.org/>
14. Clinical Knowledge Summaries (CKS) <http://prodigy.clarity.co.uk/>
15. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я–України <https://moz.gov.ua/>
16. Офіційний веб-сайт Всесвітньої Асоціації сімейних лікарів <https://www.woncaeurope.org/>
17. Офіційний веб-сайт Української Асоціації сімейних лікарів -<http://www.ufm.org.ua/>
18. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. Настанови для первинної медичної допомоги Duodecimo Medical Publications Ltd.- <https://guidelines.moz.gov.ua/>
19. Онлайн платформа Британського медичного журналу -<https://bestpractice.bmj.com/>

Тема: «Диференційний діагноз кардіалгій» – 2 години

Мета: вміти проводити диференційну діагностику кардіалгій, використовуючи різні методи обстеження, вміти призначити лікування цього стану.

Основні поняття: кардіалгія, стенокардія, інфаркт міокарда, артеріальна гіпертензія, вади серця, гіпертрофічна кардіоміопатія, міокардити, перикардити, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, нейроциркуляторна дистонія

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

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

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

1. Визначення та класифікацію кардіалгій;
 2. Причини болю в грудній клітці;
 3. Особливості розпитування і анамнезу при кардіалгіях;
 4. Основні відмінності між ангінозним болем і кардіалгіями;
 5. Додаткові методи обстеження;
 6. Критерії діагностики різних кардіалгій (стенокардія, інфаркт міокарда, вертеброгенна, артеріальна гіпертензія, вади серця, гіпертрофічна кардіоміопатія, міокардити, перикардити, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, нейроциркуляторна дистонія, патологія стравоходу, діафрагми, захворювання легень та ін.);
 7. Діагностичні методи при кардіалгіях різного генезу;
 8. Тактика ведення хворих з кардіалгіями;
 9. Лікування різних форм кардіалгій.
9. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо).

Рекомендації (інструкції) щодо виконання завдань

Здобувач вищої освіти повинен:

- провести клінічне обстеження хворого із кардіалгіями;
- скласти план додаткових методів обстеження хворого;
- аналізувати дані додаткових методів обстеження;
- вміти виділити найбільш інформативні симптоми, що вказують на причину болю в грудній клітці;
- виробити діагностичний алгоритм кардіалгій;
- сформулювати діагноз;
- провести диференційний діагноз кардіалгій;
- скласти план лікування хворого;
- надати невідкладну допомогу при болях в серці.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

Хворий В., 60 років, 2 тижні назад з'явився сильний біль у нижній щелепі, поступово приступи болю частішали, в останні дні до 10-15 разів на добу. Теплі полоскання, анальгін не допомагають. Зубний лікар виявив ліворуч каріозний зуб, але сказав, що біль зумовлений якоюсь іншою причиною й направив хворого до невропатолога.

Питання:

1. Ваші запитання до хворого?
2. Під час огляду виник черговий напад. Ваші дії?
3. Ваша подальша лікарська тактика?

Ситуаційна задача 2

Хвора А., 37 років, надійшла в клініку по направленню дільничного лікаря зі скаргами на ниючий біль в області серця, що віддає в ліве плече, під ліву лопатку, задишку при фізичному навантаженні, перебої в області серця в положенні лежачи. Протягом 3 років хворіла хронічним аднекситом, рік тому виявлена фіброміома матки. В анамнезі 8 вагітностей, з них 7 штучно перервані.

При огляді: стан задовільний, температура нормальна, пульс 80 в 1 хв., ритмічний, лабільний. АТ 120/70 мм рт. ст. Ліва границя відносної тупості серця зміщена вліво на 1,5 см. від лівої серединно-ключичної лінії. Тони серця ослабленої звучності. В інших органах змін не виявлено.

Дані ЕКГ: зниження зубця Т у V1-U3, одиничні шлуночкові екстрасистоли.

Дані лабораторних і рентгенологічних досліджень без відхилень від норми. Визначаються емоційна лабільність, плаксивість, безсоння, дратівливість.

Питання:

1. Ваш попередній діагноз (обґрунтуйте його)?
2. Як можна пояснити зміни на ЕКГ?

Ситуаційна задача 3

Хвора Н., 26 років, скаржиться на біль у грудній клітці без іррадіації, серцебиття, перебої в діяльності серця. Біль у лівій половині грудної клітки ниючий, триває близько 20 хв., проходить самостійно. Ці симптоми хвора відзначає багато років. Близько 5 років спостерігалася ревматологом із приводу діагнозу «ревматизм, мітральна вада серця». У зв'язку із цим перебувала на інвалідності протягом 3 років. У цей час направлена в клініку з діагнозом «вроджена вада серця».

При огляді: хвора астеничної статури, зниженого харчування. Ціанозу, набряків немає. Пульс 88 в 1 хв. АТ 110/70 мм рт. ст. Перкуторно межі серця зміщені вліво на 2 см. І тон збережений відзначається систолічне «кляцання», систолічний шум.

Дані ЕКГ: ритм синусовий, зниження амплітуди зубців Т у стандартних і лівих грудних відведеннях. На ФКГ над верхівкою систолічний шум у другій фазі систоли, досягає II тон, систолічний "клич" перед шумом.

Рентгенологічно розміри серця не збільшені. Змін при клінічному аналізі крові, сечі не виявлено.

Питання:

1. Ваш діагноз?
2. Які додаткові дослідження необхідні?
3. Які захворювання слід виключити?

4. Ваша лікарська тактика?

Тестовий контроль

1. Юнак 16-ти років скаржиться на швидку втому, біль у ділянці серця, серцебиття, перебої в роботі серця, відчуття нестачі повітря, затерпільсть, похолодання кінцівок. Об'єктивно: хворий астеничної будови тіла. Межі серця не збільшені. Тони звучні, на верхівці – систолічний шум без іррадіації. На ЕКГ – синусова тахікардія. Який діагноз у хворого?

- A. НЦД по кардіальному типу
- B. Гонзіллогенний міокардит
- C. Міокардіодистрофія
- D. Недостатність мітрального клапану
- E. Дефект міжшлуночкової перетинки

2. Хвора 49 років, скаржиться на біль у серці, швидку втомлюваність, розгубленість. Біль виник 3 роки назад і пов'язаний з порушенням менструального циклу, появою "приливів". Об'єктивно: серце не збільшене, тони приглушені. АТ 155/90 мм рт.ст. ЕКГ: зглаженість зубців Т у V5-V6. На повторній ЕКГ – без динаміки. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Стенокардія напруги
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Дисгормональна міокардіодистрофія
- D. Нейро-циркуляторна дистонія
- E. Міокардитичний кардіосклероз

3. Хворий 30 років, футболіст, після чергового тренування втратив свідомість. До цього виникали епізоди тиснучого болю за грудниною, перебої в діяльності серця. Батько хворого раптово помер від невідомої причини у віці 44 років. АТ-120/70 мм рт.ст. Межі серця не розширені, на верхівці вислуховується 4-й тон серця; 1-й і 2-й тони не змінені. По лівому краю груднини та на основі серця - систолічний шум, інтенсивність якого зростає під час проби Вальсальви. Клінічні аналізи, рентгенологічне дослідження грудної клітки без особливостей. ЕКГ: вольтажні ознаки гіпертрофії лівого шлуночка з переважанням (глибокі від'ємні зубці Т у відведеннях I, aVL, V5- V6). Який попередній діагноз?

- A. Гіпертрофічна кардіоміопатія
- B. ІХС. Інфаркт міокарда
- C. Стеноз гирла аорти
- D. Спортивне серце
- E. Дилатаційна кардіоміопатія

4. Хворий 46 років скаржиться на майже постійні болі в ділянці серця з іррадіацією в ліву лопатку, руку. Раніше болі виникали, коли доводилось працювати з піднятими руками. В останній час стали з'являтися в ліжку, особливо при різкому повороті. При

пальпації в паравертебральних зонах виражена болючість з іррадіацією болю в серце. Який попередній діагноз?

- A. Остеохондроз шийно-грудного відділу хребця
- B. Плечелопатковий періартрит
- C. Стенокардія напруження
- D. Анкілозуючий спонділіт
- E. Синдром Тітце

5. Хвора 28 років, скаржиться на задишку, біль у ділянці серця, слабкість, підвищення температури до 38,3°C. Своє захворювання пов'язує з перенесеною 10 днів тому пневмонією. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, ціаноз губ. АТ – 110/70 мм рт. ст. ЧД - 24/хв. Над легеньми – дихання везикулярне. Межі серця не розширені, тони ослаблені, у III-IV міжребер'ї зліва біля краю грудини систоло-діастолічний шум м'якого тембру. ЧСС, пульс - 96/хв. Печінка +1 см. У крові: Л - 11,2x10⁹/л, ШОЕ - 38 мм/год.

Вкажіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Ревматична вада серця
- B. Інфекційно-алергічний міокардит
- C. Гострий фібринозний перикардит
- D. Гострий плеврит
- E. Ексудативний перикардит

6. Хвора 45 років, скаржиться на колючий біль в ділянці серця зліва від грудини з іррадіацією в ліву руку, чіткої залежності від фізичного навантаження встановити не може. Вісім років хворіє на хронічний тонзиліт з частими загостреннями. На ЕКГ: негативний зубець Т у відведеннях V1-V3. Дані ЕхоКГ відповідають віковій нормі. При проведенні велоергометрії зубець Т став позитивним. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. НЦД
- B. Дисметаболічна кардіоміопатія
- C. Ревматизм, латентний перебіг, ревмокардит
- D. Стенокардія напруження, II ФК
- E. Клімактерична кардіоміопатія

7. Жінка 65 років, скаржиться на ниючий біль у ділянці серця, головний біль, запаморочення, шум у вухах. Впродовж 6 років виявляється підвищення АТ. Об'єктивно: пульс - 64/хв., ритмічний, напружений, АТ - 170/70 мм рт. ст. Акцент II тону та систолічний шум у другому міжребер'ї справа від грудини, позитивний синдром Сиротініна-Куковерова. З боку і інших органів – без особливостей. Попередній діагноз:

- A. Атеросклероз аорти
- B. Гіпертонічна хвороба
- C. Коарктація аорти
- D. Сифілітичний мезоартит
- E. Субаортальний стеноз

8. Хвора 45 років, скаржиться на біль у ділянці серця тиснучого характеру, не зв'язаний з фізичним навантаженням, тривалістю до однієї години, приливи жару, підвищену

роздрато-ваність, порушення менструального циклу. Щоденно випиває 50 грамів виноградного вина. Маса тіла хворої – 62 кг. Для зменшення (ліквідації) симптомів Ви порекомендуєте:

- A. Нітросорбід
- B. Седуксен
- C. Рибоксин
- D. Верапаміл
- E. Аспаркам

9. Хворий 59 р., скаржиться на задишку, біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку при навантаженні, раптову втрату свідомості. Шкіра бліда. Розширення меж серця на 1 см вліво. Серцеві скорочення ритмічні, тони ослаблені, в V точці грубий систолічний шум, який проводиться на судини шиї. АТ - 110/95 мм рт. ст., Ps - 64/хв., малий, повільний. ЕКГ: Rv5-v6 - 26 мм, депресія - ST у V5-V6. Яка найбільш вірогідна патологія у хворого?

- A. Інфаркт міокарда бокової стінки без зубця Q
- B. Субаортальний стеноз
- C. Аортальний стеноз
- D. Незарощення боталової протоки
- E. Стабільна стенокардія напруги

10. Жінка 48 р., на 12-й день після екстирпації матки з придатками скаржиться на тривалий пекучий біль у ділянці серця, серцебиття, відчуття нестачі повітря. Об'єктивно: підвищена вгодованість. Везикулярне дихання, ЧД – 18/хв. Тони серця приглушені, ЧСС – 94/хв., АТ – 160/90 мм рт. ст. У крові – гемоглобін - 105 г/л, Л - $5,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ 32 мм/год. На ЕКГ: депресія Tv2-v4 (до 3 мм). Укажіть найбільш імовірний діагноз.

- A. Нейроциркуляторна дистонія
- B. Інфаркт міокарда без зубця Q
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Анемічна міокардіодистрофія
- E. Дисгормональна кардіопатія

10. Підбиття підсумків:

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

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

Основна література

1. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Долженко М.М. та ін. Актуальні питання серцево-судинних хвороб у практиці сімейного лікаря. –Видавничий дім Заславський. – К., 2017. – 414 с.
2. Сімейна медицина: у 3 кн. — Кн.2: Симптоми і синдроми в клініці внутрішніх хвороб: Підручник для мед. ВНЗ IV р.а. Затверджено МОН, Рекомендовано МОЗ / За ред. О.М. Гиріної, Л.М. Пасієшвілі. — К., 2016. — 456 с.

Додаткова література

1. Knowlman T, Greenslade JH, Parsonage W, et al. The association of electrocardiographic abnormalities and acute coronary syndrome in emergency patients with chest pain. Acad Emerg Med. 2017;24(3):344-352.
2. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Хімюн Л.В. та ін. Актуальні питання внутрішніх хвороб у практиці сімейного лікаря. – Видавничий дім Заславський. -К., 2018. – 600 с.

Електронні ресурси

20. Український портал функціональної діагностики <https://fd.org.ua/>
21. Dr. Smith`s ECG Blog <http://hqmeded-ecg.blogspot.com/>
22. American College of Cardiology <http://www.acc.org/>
23. American Heart Association <http://news.heart.org/>
24. European Society of Cardiology <http://www.escardio.org/>
25. National Comprehensive Cancer Network <https://www.nccn.org/>
26. The European Society for Medical Oncology <http://www.esmo.org/>
27. Up To Date <http://www.uptodate.com>
28. BMJ Clinical Evidence <http://clinicalevidence.bmj.com>
29. Medscape from WebMD <http://www.medscape.com>
30. National Guideline Clearinghouse <https://www.guideline.gov/>
31. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <https://www.cdc.gov/>
32. The Cochrane Collaboration The Cochrane Library <http://www.cochrane.org/>
33. Clinical Knowledge Summaries (CKS) <http://prodigy.clarity.co.uk/>
34. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я – України <https://moz.gov.ua/>
35. Офіційний веб-сайт Всесвітньої Асоціації сімейних лікарів <https://www.woncaeurope.org/>
36. Офіційний веб-сайт Української Асоціації сімейних лікарів -<http://www.ufm.org.ua/>
37. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. Настанови для первинної медичної допомоги <https://guidelines.moz.gov.ua/>
38. Онлайн платформа Британського медичного журналу -<https://bestpractice.bmj.com/>

Тема: «Інтенсивна терапія в кардіології» – 2 години

Мета: визначати рівень обстеження та лікування пацієнтів з невідкладними кардіологічними станами на амбулаторному етапі, застосовувати на практиці алгоритми обстеження та ведення хворих з невідкладними кардіологічними станами, проводити на практиці диференціальний діагноз основних синдромів, що зустрічаються у клініці невідкладних кардіологічних станів, опанувати методами лікування невідкладних кардіологічних станів, ефективність яких доведена даними доказової медицини, застосовувати на практиці стандарти діагностики та лікування хворих у клініці кардіологічних невідкладних станів.

Основні поняття: гіпертонічний криз, набряк легень, гострий коронарний синдром, інфаркт міокарда, кардіогенний шок, тромбоемболія легеневої артерії, раптова серцева смерть, пароксизмальні порушення ритму та провідності.

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

План:

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

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

1. Визначення поняття гіпертонічний криз
2. Класифікацію гіпертонічних кризів (неускладнені, ускладнені)
3. Поняття синдрому лівошлуночкової недостатності (серцева астма, набряк легень)
4. Патогенез лівошлуночкової недостатності при гіпертонічному кризі
5. Тактику ведення (обстеження, лікування) хворих з гіпертонічними кризами в залежності від ускладнень
6. Принципи медикаментозного лікування хворих з гіпертонічним кризом, ускладненим лівошлуночковою недостатністю
7. Визначення поняття гострого коронарного синдрому (ГКС) з елевацією та без елевації сегмента ST.
8. Етіологію та патогенез ГКС.
9. Ключові клінічні ознаки та критерії діагностики ГКС.
10. Електрокардіографічні ознаки гострої коронарної недостатності.
11. Місце інструментальних методів дослідження в діагностиці ГКС (ехокардіографія, добове моніторування ЕКГ та артеріального тиску (АТ), навантажувальні тести).
12. Біохімічні маркери пошкодження міокарда, запальної активності та тромбозу у хворого на гострий коронарний синдром.
13. Стратифікацію ризику виникнення гострого інфаркту міокарда та смерті.
14. Показання та протипоказання до проведення коронароангіографії.
15. Рекомендації щодо вибору сучасного методу лікування хворого на ГКС з елевацією та без елевації сегмента ST.

16. Визначення поняття тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА). Етіологію та патогенез ТЕЛА. Фактори ризику розвитку венозної тромбоемболії. Класифікацію ТЕЛА. Клінічні критерії діагностики ТЕЛА.
17. Основні маркери стратифікації ТЕЛАє Тактику лікування хворих з ТЕЛА. Стандарти надання невідкладної допомоги хворим з ТЕЛА. Профілактика ТЕЛА
18. Визначення порушення ритму та провідності серця
19. Етіологію та патогенез порушення ритму та провідності серця
20. Стратифікацію ризику серцево-судинних ускладнень, прогноз та працездатність хворих з порушенням ритму та провідності серця
21. Тактику ведення (обстеження, лікування) хворих з порушенням ритму та провідності серця залежно від типу порушень та ризику
22. Принципи немедикаментозного та медикаментозного лікування хворих з порушенням ритму та провідності серця
23. Препарати в лікуванні порушення ритму та провідності серця , показання та протипоказання до їх призначення
24. Сучасні рекомендації щодо вибору тактики терапії (медикаментозні або електрокардіостимуляції)
25. Типи постійних електрокардіостимуляторів, та критерії вибору
26. Первинну та вторинну профілактику при порушенні ритму та провідності серця

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:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження хворого з гіпертонічним кризом (ГК)
- Вимірювати та інтерпретувати АТ
- Виявляти різні варіанти ускладнень при ГК
- Складати план обстеження хворого з ГК, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних методів обстеження, визначати показання та протипоказання до їх проведення та можливі ускладнення
- Діагностувати та надавати допомогу при ускладненому гіпертензивному кризі
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз
- Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих на ГКС.
- Складати план обстеження хворого на ГКС, обґрунтувати застосування основних методів обстеження, визначити показання до їх проведення.
- Проводити реєстрацію та інтерпретацію ЕКГ при ГКС.
- Оцінити результати ехокардіографії, добового моніторингу ЕКГ та АТ, навантажувальних проб (велоергометрія, тредмілметрія).
- Оцінити результати лабораторних тестів на біохімічні маркери пошкодження міокарда, запальної активності та згортальної системи крові.
- Оцінити результати проведення коронароангіографії.

- Провести диференційний діагноз з патологічними станами, що супроводжуються гострим болем у грудній клітці.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстежень, обґрунтувати та сформулювати діагноз ГКС.
- Призначити відповідне лікування хворому ГКС з елевацією або без елевації сегмента ST.
- Проводити опитування та фізикальне обстеження хворого з ТЕЛА
- Виявляти різні варіанти перебігу ТЕЛА
- Складати план обстеження хворого з ТЕЛА, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних методів обстеження, визначати показання та протипоказання до їх проведення та можливі ускладнення
- На підставі аналізу даних клінічного, лабораторного та інструментального обстеження проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз
- Призначити лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при ТЕЛА
- Проводити опитування та фізикальне обстеження хворого з порушення ритму та провідності серця. Інтерпретувати ЕКГ
- Виявляти різні варіанти порушення ритму та провідності серця
- Складати план обстеження хворого з порушення ритму та провідності серця, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних методів обстеження, визначати показання та протипоказання до їх проведення та можливі ускладнення
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференціальний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях та станах, які перебігають з порушенням ритму та провідності серця
- Призначити лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при порушеннях ритму та провідності серця
- Діагностувати та надавати допомогу при неускладнених порушеннях ритму та провідності серця

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційні задачі

1. У чоловіка 55 років після ситого застілля з уживанням спиртних напоїв раптово виник інтенсивний біль в епігастрії і правому підребер'ї. Була однократна блювота. Пульс - 100/хв., ритмічний, АТ - 90/60 мм рт. ст. Аналіз крові: Нв - 152 г/л, Л - $9,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 8 мм/год. ЕКГ: зсув ST догори на 4 мм у відведеннях III, aVF. Яку патологію можна припустити у хворого?
 - A. Харчова інтоксикація
 - B. Гострий холецистит
 - C. Гострий панкреатит
 - D. Перфорація виразки шлунка
 - E. *Гострий інфаркт міокарда

2. Хворий 62 років, звернувся до кардіолога тільки на четвертий день після

приступу болю за грудиною, який тривав більше години. При огляді хворого – стан задовільний, АТ -120/75 мм рт ст, ЧСС 82/хвилину. ЕКГ: ритм синусовий, правильний. Ознаки повної блокади лівої ніжки пучка Гіса (раніше не фіксувалось). Який біохімічний показник слід призначити для лабораторного підтвердження діагнозу гострий інфаркт міокарда?

- A. АсАТ, АлАТ
- B. Міоглобін
- C. *Тропінін І
- D. МВ-КФК
- E. Лужна фосфатаза

3. В кардіологічне відділення госпіталізовано хворого із скаргами на біль за грудиною. Стан важкий, холодний піт, пульс аритмічний, АТ -140/90 мм рт. ст. На ЕКГ: в V1-V3 - QS. Про яке захворювання треба думати?

- A. Інфаркт міокарда бокової стінки
- B. *Інфаркт міокарда передньої стінки
- C. Інфаркт міокарда задньо-діафрагмальний
- D. Інфаркт міокарда без зубця Q
- E. Інфаркт міокарда правого шлуночка

4. Хворий 49 років, шофер, поступив у кардіологічну клініку зі скаргами на стискаючий біль за грудиною, що віддає у шию, який виник дві години тому, слабкість. Валідол і нітрогліцерин не дали ефекту, стан при поступленні важкий. Шкіра бліда, волога. Тони серця ослаблені, ЧСС - 96/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, печінка не збільшена. Набряків немає. Який попередній діагноз?

- A. Нейроциркуляторна дистонія
- B. Стенокардія спокою
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. *Гострий інфаркт міокарда
- E. Розшарування аорти

5. Хворий 54 роки, скаржиться на підвищення температури до 37,8°C, слабкість. Вчора після роботи на холоді відчув біль між лопатками. Об'єктивно: незначна блідість і підвищена вологість шкіри. ЧСС - 62/хв., І тон ослаблений. АТ - 110/70 мм рт. ст. В легенях везикулярне дихання, поодинокі хрипи (хворий палить). Живіт м'який, помірний метеоризм. На ЕКГ: ритм синусовий правильний, Q у відведеннях II, III, AVF - до 0,04 сек., з підйомом ST на 2 мм; депресія ST в I відведенні на 1 мм. У крові: Л -10,0x10⁹/л, ШОЕ - 12 мм/год. Який діагноз у пацієнта?

- A. Сухий плеврит
- B. Варіанта стенокардія
- C. *Інфаркт міокарда
- D. Респіраторна інфекція
- E. Гострий перикардит

6. Хворий 73 роки, госпіталізований у лікарню з приводу гострого інфаркту

міокарда лівого шлуночка. Помітна прекардіальна пульсація. Рецидивували пароксизми шлуночкової тахікардії. На ЕКГ - гостра стадія інфаркту з зубцем Q без динаміки. Рентгенологічно симптоми застійної серцевої недостатності. На 9-й день у хворого з'явилися пітливість, слабкість, стійка тахікардія та тривалий субфебрилітет. Який з діагнозів найбільш імовірний?

- A. Рецидив інфаркту міокарда
- B. *Тромбоемболія легеневої артерії
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Внутрішній розрив серця
- E. Вогнищева пневмонія

7. Чоловік 49 років, на 4 добу інфаркту міокарда поскаржився на задишку, ядуху, різку кволість. Об'єктивно: ціаноз, пульс - 110/хв., АТ-100/70 мм рт. ст., ЧД - 34/хв. Тони серця ослаблені, акцент II тону над легеневою артерією. Під ключицею вислуховуються вологі хрипи. Найбільш імовірне ускладнення?

- A. Двостороння лікарняна пневмонія
- B. Кардіогенний шок
- C. Напад шлуночкової тахікардії
- D. *Набряк легень
- E. Синдром Дреслера

8. Хворий 52 років, скаржиться на інтенсивні стискаючі болі за грудиною, тривалістю 4 години. На ЕКГ горизонтальна депресія ST у відведеннях III, aVF до 2 мм, високий зубець T і підйом сегмента ST у V1-V4 до 3 мм. При повторенні ЕКГ через 3 години вищеописані зміни зберігалися. Встановлений діагноз інфаркту міокарда. Коли може бути дозволене хворому ходіння по палаті при відсутності ускладнень захворювання?

- A. *На 4-5-й день
- B. З 1-го дня
- C. На 10-12-й день
- D. На 13-14-й день
- E. На 15-16-й день

9. Хворий 54 років, госпіталізований до кардіореанімаційного відділення з діагнозом: інфаркт міокарда з зубцем Q. Через добу перебування в стаціонарі стан хворого значно погіршився. Скаржиться на задуху. При огляді: шкіра бліда, волога, холодна на дотик. Дихання везикулярне, послаблене, за частотою - 36/хв., пульс - 110/хв., ритмічний, тони серця глухі, ритм галопу, АТ - 80/40 мм рт. ст., сечовиділення - 10 мл за 1 год. Яке ускладнення інфаркту міокарда у хворого в даному випадку?

- A. *Кардіогенний шок
- B. Серцева астма
- C. Набряк легенів
- D. Гостра аневризма серця
- E. Синдром Дреслера

10. Хворий 70 років, госпіталізований в інфарктне відділення через 4 години

після початку приступу за грудинного болю. Чотири місяці тому переніс інсульт. Встановлений діагноз: ІХС, гострий інфаркт міокарда з зубцем Q передньоперегородкової області, верхівки та бокової стінки лівого шлуночка. Повна АВ-блокада. АТ -160/80 мм рт. ст. В легенях вислуховуються вологі незвучні хрипи. Що з перерахованого є абсолютним протипоказанням до проведення тромболізу?

- A. Наявність вологих хрипів у легенях
- B. Вік хворого
- C. Високий АТ
- D. Повна АВ-блокада
- E. *Перенесений інсульт

Тестовий контроль

1. До групи дуже високого ризику серцево-судинного ускладнення відносять хворих з АГ, які мають:

- A. 1-2 фактори ризику на фоні I-II ступеня підвищення АТ
- B. Множинні фактори ризику при нормальному АТ
- C. 1-2 фактори ризику при високому нормальному АТ
- D. *Встановлене серцево-судинне захворювання
- E. Ураження органів-мішеней при високому нормальному АТ

2. Кризовий перебіг АГ характерний для:

- A. Реноваскулярної АГ
- B. Ренопаренхіматозної АГ
- C. Ізольованої систолічної АГ
- D. *АГ при феохромоцитомі
- E. АГ при синдромі Іценка-Кушинга

3. Медикаментозну антигіпертензивну терапію потрібно розпочати негайно у хворих з:

- A. 1-2 факторами ризику на фоні I-II ступеня підвищення АТ
- B. Множинними факторами ризику при нормальному АТ
- C. 1-2 факторами ризику при високому нормальному АТ
- D. *Встановленим серцево-судинним захворюванням
- E. Ураженням органів-мішеней при високому нормальному АТ

4. При лікуванні неускладненого гіпертензивного кризу рекомендован шлях ведення препаратів:

- A. Пероральний
- B. *Пероральний та/або внутрішньом'язовий
- C. Внутрішньом'язовий та/або внутрішньовенний
- D. Внутрішньовенний

5. Яка ознака патогномонічна для лівошлуночкової недостатності?

- A. А. Набухання шийних вен
- B. В. Асцит
- C. С. Збільшення печінки

- D. *Ортопноє
- E. E. набряки на ногах

6. Для гіпертонічного кризу першого типу характерно:

- A. Швидкий початок
- B. Переважно підвищення систолічного АТ
- C. Виражені вегетативні симптоми
- D. *Все перелічене
- E. Жодного з перелічених

7. Для гіпертонічного кризу другого типу характерно:

- A. Повільний розвиток
- B. Переважне підвищення діастолічного АТ
- C. Загроза розвитку ускладнень з боку органів –мішеней
- D. *Все перелічене
- E. Жодне з переліченого

8. Відомо, що для швидкого зниження АТ у разі гіпертонічного кризу необхідно застосувати препарати короткої дії парантерально. Назвіть їх:

- A. Нітропрусид натрію
- B. Нітрогліцерин
- C. Есмолол
- D. *Всі перелічені
- E. Жодний з перелічених

9. Для профілактики повторного підвищення АТ під час лікування гіпертонічних кризів застосовують препарати довготривалої дії всередину або парентерально. Назвіть їх:

- A. Еналаприл
- B. Лабетолол
- C. Корінфар-ретард
- D. Клонідін
- E. *Всі перелічені

10. До якого безпечного рівня необхідно знижувати АТ на першому етапі лікування гіпертонічного кризу:

- A. На 50%
- B. На 40%
- C. На 30_35%
- D. *На 20_25%
- E. Не має ніякого значення

11. При набряку легень, що перебігає з підвищеним артеріальним тиском препаратами вибору є:

- A. морфін, преднізолон, урегід, корглікон;
- B. дофамін, еуфілін, нітрогліцерин;

- C. *нітропрусид натрію, лазикс
- D. еуфілін
- E. строфантин

12. У підвищенні АТ беруть участь наступні механізми окрім:

- A. збільшення серцевого викиду
- B. затримка натрію
- C. збільшення активності реніна
- D. збільшення продукції катехоламінів
- E. *підвищення венозного тиску

13. При якому захворюванні спостерігається артеріальна гіпертензія пароксизмального типу?

- A. альдостерома
- B. вузликівий періартеріїт
- C. * феохромоцитома
- D. синдром Іценко-Кушинга
- E. акромегалія

14. Зміни крові, не характерні для гострої стадії інфаркту міокарда:

- A. збільшення рівня міоглобіна
- B. збільшення тропонину I
- C. поява С-реактивного білка
- D. *збільшення активності лужної фосфатази
- E. збільшення МВ-фракції КФК

15. Найбільш точною діагностичною ЕКГ-ознакою трансмурального інфаркту міокарда є:

- A. негативний зубець Т
- B. порушення ритму і провідності
- C. *наявність комплексу QS
- D. зміщення сегмента ST нижче ізолінії
- E. зниження амплітуди зубця R

16. При виникненні гострого приступу болів в епігастральній ділянці та за грудниною у чоловіка середнього віку обстеження слід починати:

- A. з зондування шлунку
- B. з рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту
- C. *з ЕКГ
- D. з гастродуоденоскопії
- E. з дослідження сечі на уропепсин

17. Який з перерахованих препаратів є найбільш ефективним антиагрегантом?

- A. кардікет
- B. *аспірин

- C. фенілін
- D. дихлотіазид
- E. ніфедіпін

18. Що таке синдром Дреслера, який розвивається при гострому інфаркті міокарда?

- A. розрив міжшлуночкової перетинки
- B. розрив міжпередсердної перетинки
- C. відрив сосочкового м'яза
- D. *аутоалергічна реакція
- E. ніщо з перерахованого

19. Які ехокардіографічні ознаки характерні для інфаркту міокарда?

- A. дифузний гіперкінез
- B. дифузний гіпокінез
- C. *локальний гіпокінез
- D. локальний гіперкінез
- E. дискінез

20. Яке лікування не показано в перші 6 годин інфаркту міокарда?

- A. тромболітична терапія
- B. антикоагулянтна терапія
- C. *дігіталізація
- D. терапія антагоністами кальцію
- E. терапія периферичними вазодилататорами

21. У хворого раптово з'явився різкий біль в лівій половині грудної клітки, виник приступ ядухи. Об-но: хворий збуджений, шкіра і слизові бліді, акроціаноз. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Пульс 120 за хв., артеріальний тиск 100/70 мм.рт.ст. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. ЧДР 28 за хв., дихання ослаблене зліва. Який попередній діагноз.

- A. Інфаркт міокарда
- B. Астматичний статус
- C. Синдром Дреслера
- D. Пневмонія
- E. * ТЕЛА

22. Хворий доставлений в клініку в непритомному стані. Об-но: шкіра бліда, акроціаноз, набряклість шийних вен. Дихання рідке, шумне; пульс 120 за хв., АТ 130/70 мм.рт.ст. На ЕКГ: ЧСС 120 за хв., ритм синусовий, ЕВС повернута вправо, Ppulmonale, позитивні симптоми SI, QII, TIII. Гостра блокада правої ніжки пучка Гіса, ознаки перенавантаження правого шлуночка. Який патологічний стан розвинувся у даного хворого?

- A. Інфаркт міокарда
- B. Гостра лівошлуночкова недостатність

- С. Синдром Дреслера
- Д. Кардіогенний шок
- Е. * ТЕЛА

23. У Хворої М., 70 років із гострою задишкою, болем у грудній клітці, що виникли після фізичного навантаження, акроціанозом, набуханням шийних вен виконано перфузійну пульмосцинтиграфію, за даними якої накопичення радіофармпрепарата визначається тільки у проекції правої легені. З анамнезу відомо, що іноді виникають приступи миготливої аритмії. Про що свідчать дані обстеження?

- А. Центральний бронхогенний рак лівої легені
- В. Гостре запалення лівої легені
- С. Емфізема лівої легені
- Д. * ТЕЛА
- Е. Хронічний бронхіт

24. Після ліквідації пароксизму миготливої аритмії у хворого раптом виник біль у грудній клітці, задишка. Об'єктивно: шкіра покрита потом, шийні вени набухлі, очі широко відкриті. Пульс малий, 140 за хвилину. Артеріальний тиск не визначається. На ЕКГ: відхилення ЕВС вправо, наявність Р-pulm., позитивні симптоми S1, QII, TIII. Яке ускладнення виникло у хворого?

- А. Кардіогенний шок
- В. Тампонада серця
- С. * ТЕЛА
- Д. Серцева астма
- Е. Синдром Дреслера

25. Хвора скаржиться на різку нестачу повітря, що з'явилась після фізичного навантаження. Довгий час страждає на тромбофлебіт нижніх кінцівок. Об-но: стан хворої важкий, ціаноз слизових оболонок, акроціаноз. ЧД 38 за хв., дихання поверхневе, в легенях – різко ослаблене везикулярне дихання справа. ЧСС 106 за хв., слабкого наповнення і напруження, АТ 90/60 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Який метод діагностики необхідно застосувати?

- А. УЗД серця
- В. Спірографію
- С. * Електрокардіографію
- Д. Бронхоскопію
- Е. Рентгеноскопія органів грудної клітки

26. У хворого 50 років, з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок, після фізичного навантаження з'явилась виражена задишка, біль в грудній клітці з правого боку, серцебиття, запаморочення, короткочасні стани непритомності. Об'єктивно: шкіра блідо-ціанотична. Тахіпноє – 40 дих. на 1 хв., сухі свистячі хрипи. Тахікардія – 130 уд. на хв. АТ 80/50 мм рт.ст. На ЕКГ – відхилення електричної осі праворуч, блокада правої ножки пучка Гіса. Який діагноз найбільш вірогідний у хворого?

- A. *Тромбоемболія легеневої артерії
- B. Інфаркт міокарду
- C. Спонтанний пневмоторакс
- D. Гостра інтерстиціальна пневмонія
- E. Плеврит

27. У хворого 65 років з тромбофлебітом нижніх кінцівок раптово з'явився біль у правій половині грудної клітини, виражена задишка, кровохаркання, різка слабкість. Об'єктивно: ціаноз обличчя, ший; пульс – 130 за хв., аритмічний, АТ –80/60 мм рт.ст. Миготлива аритмія, глухість тонів. Тахіпноє – 30 дих. за хв., дрібноста середньо-пухирцеві хрипи з правого боку. ЕКГ – QSIІІ. Який з препаратів слід призначити у першу чергу?

- A. Гепарин
- B. Реополіглюкін
- C. * Стрептокіназа
- D. Аспірин
- E. Нітрогліцерин

28. Хвора Д., знаходиться в непритомному стані. В анамнезі – часта миготлива аритмія. Об-но: акроціаноз, набряклість шийних вен. Дихання рідке, шумне. Ps-130 за хв., АТ 110/70 мм.рт.ст. На ЕКГ: ЧСС 130 за хв., ритм синусовий, ЕВС повернена вправо, R-primonale, позитивні симптоми SI, QII, TIII. Гостра блокада правої ніжки пучка Гіса. Що необхідно призначити в першу чергу?

- A. Пентамін
- B. Адреналін
- C. * Стрептокіназу
- D. Строфантин
- E. Атропін

29. Чоловік 55 років знаходився на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу гострого тромбофлебіту вен нижніх кінцівок. На 7 день лікування раптово з'явилися болі в лівій половині грудної клітки, задуха, кашель. Температура 36,1. ЧДД 36 в 1 хвилину. Над легеньми ослаблене дихання, хрипів немає. Пульс 140 в 1 хвилину, ниткоподібний. АТ 70/50 мм.рт.ст. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. *Тромбоемболія легеневої артерії
- B. ІБС: інфаркт міокарду.
- C. Сердечная астма.
- D. Бронхиальная астма.
- E. Пневмоторакс.

30. Хвора 36 р., скаржитья на сильну задишку ("нестачу" повітря) , різкі болі в нижньому відділі грудної клітки справа, кашель з появою крові у харкотинні, різку слабкість, що появилась раптово після фізичного напруження (копала на городі). Об'єктивно: стан хворої важкий, ціаноз слизових оболонок, акроціаноз. ЧД-32 в 1 хв. ЧП-106 в 1 хв. АТ-100/60 мм рт ст. Справа в нижньому відділі грудної клітки дозду різко

ослаблене везикулярне дихання, перкуторно-вкорочений звук. На правій гомілці в н/третині-варикоз з гіперемією навколишньої шкіри. Про який діагноз треба думати ?

- A. Правобічна вогнищева пневмонія в нижній долі.
- B. *Тромбоемболія легеневої артерії, правобічна інфаркт- пневмонія.
- C. Правобічний сухий плеврит.
- D. Спонтанний пневмоторакс.
- E. Правобічна нижньо-дольова пневмонія.

31. У хворого раптово з'явився різкий біль в лівій половині грудної клітки, виник приступ ядухи. Об'єктивно: хворий збуджений, шкіра і слизові бліді, з ціанотичним відтінком. Варикозне розширення вен нижніх кінцівок. Пульс 120 за хв., АТ 100 і 70 мм. рт. ст. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. Дихання ослаблене зліва. Запропонуйте попередній діагноз.

- A. *Тромбоемболія легеневої артерії
- B. Синдром Дресслера
- C. Пневмонія
- D. Інфаркт міокарда
- E. Ексудативний плеврит

32. У хворої на 4-ту добу після оперативного втручання з приводу кістоми правого яєчника раптово з'явилися болі в правій половині грудної клітки з відходженням харкотиння рожевого кольору, підвищення температури тіла до 37,7 С. При обстеженні легень виявлено притуплення легеневого звуку в нижніх відділах справа, там же вислуховуються поодинокі вологі хрипи. Яке ускладнення розвинулось у хворої?

- A. Абсцес легені
- B. Пневмонія.
- C. *Інфаркт легені.
- D. Ексудативний плеврит.
- E. Пневмоторакс.

33. Після ліквідації пароксизму миготливої аритмії у хворого раптово виникли біль в грудній клітці, задишка. Об'єктивно: шкіра покрита потом, шийні вени набухлі, очі широко відкриті. Пульс малий, 140 за хв. АТ не визначається. На ЕКГ відхилення осі серця вправо. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. Кардіогенний шок
- B. *Тромбоемболія легеневої артерії
- C. Розрив міжпередсердної перегородки
- D. Серцева астма
- E. Тампонада серця

34. У хворої 60 років, яка впродовж 20 років страждає на гіпертонічну хворобу, після стресової ситуації раптово виник напад задишки. Об'єктивно: положення ортопное, пульс - 120/хв., АТ - 210/120 мм рт. ст. I тон над верхівкою серця ослаблений, в діастолу прослуховується додатковий тон, частота дихання - 32/хв. Дихання

над нижніми відділами легень ослаблене, поодинокі незвучні вологі дрібнопухирчасті хрипи. Яке ускладнення виникло?

- A. Розшарування аорти
- B. Напад істерії
- C. Тромбоемболія гілок легеневої артерії
- D. Пневмонія
- E. * Гостра лівошлуночкова недостатність

35. Хвора 62 років, вступила до приймального відділення з нападом ядухи.

Хворіє на гіпертонічну хворобу 16 років, 3 роки тому перенесла інфаркт міокарда. Об'єктивно: ортопное, шкірні покриви бліді, холодний піт, акроціаноз. АТ - 230/130 мм рт. ст., пульс - 108/хв., частота дихання - 36/хв. Аускультативно: розсіяні сухі хрипи над усіма ділянками легень, в нижніх відділах - вологі середньопухирчасті. Яке найбільш імовірне ускладнення?

- A. Гострий інфаркт міокарда
- B. *Гостра лівошлуночкова недостатність
- C. Напад бронхіальної астми
- D. Тромбоемболія легеневої артерії
- E. Гостра правошлуночкова недостатність

36. Хворий 56 років, скаржиться на сильний біль за грудиною пекучого

характеру, що триває вже годину. Нітрогліцерин ефекту не дав. Об'єктивно: хворий збуджений. Пульс - 90/хв. АТ - 160/90 мм рт. ст. І тон над верхівкою послаблений. На ЕКГ: ритм синусовий, значне зміщення ST над ізолінією в I та AVL відведеннях. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Гіпертонічна хвороба, криз
- B. *Нестабільна стенокардія
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Інфаркт міокарда
- E. Перикардит

37. У хворого 42 років раптово з'явився біль за грудиною, непритомність,

утруднене дихання, через 2 дні - кровохаркання. Об'єктивно: ортопное, виражений дифузійний ціаноз, набряклі шийні вени. ЧД - 42/хв., ЧСС - 120/хв., АТ - 90/60 мм рт. ст. Печінка на 5 см нижче краю реберної дуги, більше справа, болючі варикозні вени гомілок. ЕКГ: синусова тахікардія, глибокі S1 QIII, підйом сегмента ST у III відведенні, R у V1 = 9мм. Клінічна ситуація розцінюється як:

- A. Клапанний пневмоторакс
- B. Інфаркт міокарда
- C. Крупозна пневмонія
- D. *Тромбоемболія легеневої артерії
- E. Пароксизм фібриляції передсердь

38. Хворий 46 років після зняття гіпсу з ноги раптово відчув біль за грудиною,

утруднене дихання. На 3 добу захворювання з'явилося кровохаркання. Об'єктивно: ортопноє, виражений дифузійний ціаноз, набряклі шийні вени. ЧДД - 40/хв., ЧСС -120/хв. АТ - 90/60 мм рт. ст. Печінка +4 см, болюча. Набряклість лівої гомілки. ЕКГ: синусова тахікардія. R у VI -9 мм. Який з додаткових методів дає найбільш достовірні дані для підтвердження діагнозу?

- A. Бронхоскопія
- B. Холтеровський моніторинг ритму серця
- C. Рентгенографія легень
- D. Визначення МВ КФК
- E. *Ангіографія легень

39. Хворий 58 років, після порожнинної операції скаржиться на біль у лівій половині грудної клітки. Об'єктивно: ЧСС 102/хв., послаблені тони серця. На ЕКГ патологічний зубець Q у I, aVL; QS у V₁, V₂, V₃ відведеннях та куполоподібний підйом ST з від'ємним T. Який найбільш вірогідний діагноз?

- A. Тромбоемболія легеневої артерії
- B. Розшарування аорти
- C. Варіантна стенокардія
- D. Ексудативний перикардит
- E. *Інфаркт міокарда

40. Хворий 54-х років звернувся зі скаргами на раптово виниклий біль у грудній клітці, задишку, серцебиття, кашель. Об'єктивно: набухлі шийні вени, акцент II тону на легеневої артерії, систолічний шум, екстрасистолія, збільшена печінка. У легенях - притуплення легеневого тону, шум тертя плеври. На ЕКГ: блокада правої ніжки пучка Гіса, SI, QIII. До якого відділення слід госпіталізувати хворого?

- A. Пульмонологічне
- B. *Судинне
- C. Хірургічне
- D. Інфарктне
- E. Терапевтичне

41. Ритм пароксизмальної тахікардії при фізичному навантаженні:

- A. Частішає
- B. Сповільнюється
- C. Не змінюється*

42. Виникненню фібриляції передсердь не сприяє:

- A. Підвищення збудливості
- B. Зміна рефрактерності
- C. Дилатація порожнин серця
- D. Гіпертрофія передсердь
- E. Шлуночкова екстрасистолія*

43. Частота хвиль f при дрібнохвильовій формі фібриляції передсердь:

- A. 350 -450 за хв

- В. 450 -550 за хв
- С. 550 – 700 за хв.*

44. Мале число хвиль тріпотіння передсердь (біля 220 за хв) може спостерігатися при лікуванні зазначеними препаратами, крім:

- А. Лідокаїн*
- В. Хінідин
- С. Новокаїнамід
- Д. Дизопірамід

45. При брадисистолічній формі фібриляції передсердь число скорочень шлуночків:

- А. Менше 60 за хв.*
- В. 60 -90 за хв
- С. Більше 90 за хв

4. Підбиття підсумків:

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

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

Основна література

1. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Долженко М.М. та ін. Актуальні питання серцево-судинних хвороб у практиці сімейного лікаря. –Видавничий дім Заславський. – К., 2017. – 414 с.
2. Функціональна діагностика: Підручник для лікарів-інтернів та лікарів- слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти МОЗ України \ за ред. О.Й. Жарінова, Ю.А. Іваніва, В.О. Куця. – 2-ге вид., допов. і переробл.- Київ: Четверта хвиля, 2021. – 784 с.: іл.
3. Жарінов О.Й., Куць В.О. (редактори) Основи електрокардіографії (четверте видання, перероблене і доповнене). – Київ: Четверта хвиля, 2020. – 248 с.
4. Жарінов О.Й., Куць В.О., Верещнікова Г.П., Серова О.Д. Практикум з електрокардіографії. – Львів, 2014. – 268 с.
5. Клінічна електрокардіографія для професіоналів \ В.А. Скибчик, Я. В. Скибчик. – Львів : Видавець Марченко Т.В., 2021. – 568 с.
6. Фібриляція і тріпотіння передсердь \ за ред. О.Й. Жарінова, В.О. Куця. – Київ: Четверта хвиля, 2022. -248 с.: іл.

Додаткова література

3. Knowlman T, Greenslade JH, Parsonage W, et al. The association of electrocardiographic abnormalities and acute coronary syndrome in emergency patients with chest pain. Acad Emerg Med. 2017;24(3):344-352.
4. Вороненко Ю.В., Шекера О.Г., Хімїон Л.В. та ін. Актуальні питання внутрішніх хвороб у практиці сімейного лікаря. – Видавничий дім Заславський. -К., 2018. – 600 с.

Електронні ресурси

39. Український портал функціональної діагностики <https://fd.org.ua/>
40. Dr. Smith`s ECG Blog <http://hqmeded-ecg.blogspot.com/>
41. American College of Cardiology <http://www.acc.org/>
42. American Heart Association <http://news.heart.org/>
43. European Society of Cardiology <http://www.escardio.org/>
44. National Comprehensive Cancer Network <https://www.nccn.org/>
45. The European Society for Medical Oncology <http://www.esmo.org/>
46. Up To Date <http://www.uptodate.com>
47. BMJ Clinical Evidence <http://clinicalevidence.bmj.com>
48. Medscape from WebMD <http://www.medscape.com>
49. National Guideline Clearinghouse <https://www.guideline.gov/>
50. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) <https://www.cdc.gov/>
51. The Cochrane Collaboration The Cochrane Library <http://www.cochrane.org/>
52. Clinical Knowledge Summaries (CKS) <http://prodigy.clarity.co.uk/>
53. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я – України <https://moz.gov.ua/>
54. Офіційний веб-сайт Всесвітньої Асоціації сімейних лікарів <https://www.woncaeurope.org/>
55. Офіційний веб-сайт Української Асоціації сімейних лікарів - <http://www.ufm.org.ua/>
56. Офіційний веб-сайт Міністерства охорони здоров'я України. Настанови для первинної медичної допомоги [Duodecim Medical Publications Ltd. - https://guidelines.moz.gov.ua/](https://guidelines.moz.gov.ua/)
57. Онлайн платформа Британського медичного журналу - <https://bestpractice.bmj.com/>

Тема: «Диференційний діагноз дисфагій» – 2 години

Мета: знати визначення синдрому дисфагії; основні причини та прояви синдрому дисфагії (орофарингеальні, пов'язані з нейром'язовими порушеннями, різні стравохідні дисфагії – грижі стравохідного отвору, ахалазія стравоходу, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, механічні звуження (пухлини стравоходу)); знати симптоми «червоних прапорів»; знати основні питання профілактики стравохідних диспепсій.

Основні поняття: дисфагії (орофарингеальні, пов'язані з нейром'язовими порушеннями, різні стравохідні дисфагії – грижі стравохідного отвору, ахалазія стравоходу, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, механічні звуження (пухлини стравоходу));

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці, тематичні хворі

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.

1. Визначення синдрому дисфагії.
2. Основні причини синдрому дисфагії (орофарингеальні, пов'язані з нейром'язовими порушеннями, різні стравохідні дисфагії – грижі стравохідного отвору, ахалазія стравоходу, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, механічні звуження (пухлини стравоходу)).
3. Основні клінічні прояви при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі, принципи діагностики, лікування та профілактики.
4. Основні клінічні прояви при ахалазії стравоходу, принципи лікування та профілактики.
5. Основні клінічні прояви раку стравоходу, тактика лікування.
6. Основні клінічні прояви функціональної дисфагії, можливість адекватного лікування та профілактики.
7. Симптоми «червоних прапорів».
8. Основні питання профілактики стравохідних диспепсій.

16. 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 обстежувати хворих із різними проявами стравохідної диспепсії (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ахалазія стравоходу, функціональна диспепсія та ін.).
- вміти скласти план обстеження та інтерпретувати дані необхідних лабораторних й інструментальних досліджень для постановки діагнозу та з метою його підтвердження.
- сформулювати діагноз гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, ахалазії стравоходу,

функціональної дисфагії та ін. відповідно до існуючих класифікацій.

- скласти схему адекватної терапії при синдромі дисфагії різного походження.
- вміти трактувати питань симптомів «червоних прапорів».
- визначити прогноз для конкретного хворого.
- виявити клінічні прояви синдрому дисфагії на прикладі хворого, при цьому продемонструвати здатність проводити медичний огляд та фізикальне обстеження, відповідно до основних скарг пацієнта та даних історії хвороби.
- демонструвати здатність пояснити та застосувати клінічні методи для виявлення проявів хвороби в умовах стаціонару.
- трактувати дані додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження у хворих з різними причинами дисфагії (результати рентгеноскопії та –графії, верхньої ендоскопії, біопсії, УЗД, загальних та біохімічних аналізів).
- проводити диференційний діагноз частих захворювань стравоходу, що призводять до стравохідної диспепсії (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, ахалазія стравоходу, функціональна дисфагія, рак стравоходу).
- правильно трактувати перебіг і ускладнення синдрому дисфагії.
- демонструвати здатність діагностувати та складати план лікування захворювань із стравохідною диспепсією.
- застосовувати диференційне, адекватне лікування при різних проявах стравохідної диспепсії, та при цьому вміти виписувати рецепти медикаментів, класифікувати лікарські засоби, залежно від їх механізму дії.
- призначати основні методи профілактики захворювань стравоходу.

Матеріали для заключного етапу заняття

Ситуаційна задача 1

Хворий К., 19 років. Скаржиться на часту печію (частіше 2-х разів на тиждень), одинофагію, слинотечу, відригування кислим, іноді відчуття комка за грудиною та дисфагію. Перераховані скарги посилюються в лежачому положенні або при нахилі тулуба вперед, важкій фізичній роботі. Вказує на нерегулярне безладне харчування, часто переїдання, палить з 15 років, вживає пиво, після якого самопочуття погіршується. Полюбляє гарячу їжу.

Об'єктивно: Зовнішній вид звичайний, маса тіла підвищена. Шкірні покриви вологі. Пульс – 60 уд./хв., ритмічний, середньої величини. АТ 120/70 мм. рт. ст. Межі серця не змінені. Аускультативно: тони звучні, шуми і акценти відсутні. Дихання над легенями везикулярне. Язик вологий, вкритий густим жовтувато-коричневим нашаруванням. Живіт м'який, злегка здутий.

При поверхневій пальпації визначається болісність в епігастральній ділянці, позитивний симптом Кера.

При ФГС – гіперемія нижнього відділу стравоходу (ознаки езофагіту) і наявність жовчі в шлунку.

Ваш діагноз.

ГЕРХ, дуоденогастральний рефлюкс.

Тестовий контроль

1. До функціональних розладів стравоходу належать:
 1. Комок
 2. Ахалазія стравоходу
 3. ГЕРХ
 4. Стравохід Барретта
 5. Дивертикул стравоходу

2. Гикавка частіше спостерігається при:
 1. Рак стравоходу
 2. Дивертикул стравоходу
 3. Ахалазія кардії
 4. Грижа стравохідного отвору
 5. ГЕРХ

3. Какосмія (неприємний запах з рота) частіше буває при:
 1. Дивертикул стравоходу
 2. Дискінезії стравоходу
 3. Ахалазії кардії
 4. Грижі стравохідного отвору
 5. ГЕРХ

4. Парадоксальна дисфагія частіше буває при:
 1. Раковому стенозі
 2. Дивертикулі стравоходу
 3. Ахалазії стравоходу
 4. Поліпах стравоходу
 5. ГЕРХ

5. Анемії частіше спостерігаються при:
 1. Аксилярній грижі
 2. Ахалазії кардії
 3. Рефлюкс-езофагіті
 4. Функціональній дисфагії
 5. Синдромі Меллорі-Вейса

6. Симптоми, характерні для захворювань стравоходу:
 1. Нудота, блювання, запаморочення
 2. Біль і важкість в епігастрії
 3. Метеоризм
 4. Дисфагія, печія, одиофагія

7. Хвора пред'являє скарги на печію, відригування кислим, одиофагію, дисфагію, нудоту, відчуття швидкого насичення. Скарги посилюються при митті підлоги, пранні, підйомі важких речей. Це характерно для:
 - А. гастроезофагальнорефлюксної хвороби
 - В. хронічного гастриту
 - С. виразкової хвороби дванадцятипалої кишки
 - Д. шлункової диспепсії

8. Хворого турбує печія вночі у горизонтальному положенні, відчуття комка за грудиною, відригування кислим. Вказані скарги посилюються при нахилі тулуба вперед, після прийому їжі. Чим обумовлений даний стан?

- A. гастроезофагальнорефлюксною хворобою
- B. виразковою хворобою дванадцятипалої кишки
- C. хронічним гастритом
- D. виразковою хворобою шлунку

9. Хворий 56 років скаржиться на печію, дисфагію, відригування, що посилюються при нахилі тулуба, біль при ковтанні за грудиною. При рентгенологічному обстеженні виявлена грижа стравохідного отвору. Чим це зумовлено?

- A. рефлюкс-езофагітом
- B. хронічним гастритом
- C. виразкою шлунку
- D. ерозивним гастритом

17. Підбиття підсумків:

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

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

Основна література

1. Гастроентерологія / за ред. Н. В. Харченко, О. Я. Бабака. - Київ, 2017. - 720 с.
2. Денісюк В. І. Доказова внутрішня медицина. Таємниці, стандарти діагностики та лікування / В. І. Денісюк, О. В. Денісюк. - Вінниця: ДП ДКФ, 2016. - 704 с.
3. Синдромна діагностика в гастроентерології. / За ред. Н. Е. Дорофєєва, В. М. Березова. - Донецьк, 2018. - 261 с.

Додаткова література

1. Бабак О. Я. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадєєнко. – Київ: Інтерфарма, 2017. – 175 с.
2. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / за ред. Ю. М. Мостового. – 11-е вид., доп. і перероб. – Вінниця : ДП "ДКФ", 2016. – 528 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
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

Тема: «Етіологія ВІЛ – інфекції. Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження» – 4 години

Мета: Поглибити знання здобувачів вищої освіти щодо етіології, патогенезу ВІЛ-інфекції, джерел та шляхів передачі та ризиків інфікування. Пояснити роль сімейного лікаря в питаннях виявлення та діагностики ВІЛ-інфекції на амбулаторному етапі.

Основні поняття: Визначити поняття етіологічний чинник ВІЛ-інфекції. Стадії ВІЛ-інфекції. Поняття СНІД. Джерела та шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Інфекційність біоматеріалів. Інфікуюча доза. Вірусне навантаження. Скринінгові та верифікаційні методи діагностики ВІЛ-інфекції.

План:

I. Теоретичні питання до заняття:

1. Етіологія ВІЛ-інфекції, структура ВІЛ.
2. Особливості патогенезу ВІЛ-інфекції.
3. Цикл розвитку ВІЛ-інфекції. Клінічні стадії ВІЛ-інфекції.
4. Джерела та шляхи передачі ВІЛ-інфекції.
5. Що таке ступінь інфекційності різних біологічних матеріалів.
6. Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.
7. Методи діагностики ВІЛ-інфекції.
8. Які клінічні стадії захворювання виділяють згідно з «Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» (Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551)?
9. Які захворювання характерні для клінічної стадії I?
10. Які захворювання притаманні клінічній стадії II?
11. Які захворювання типові для клінічної стадії III?
12. Які захворювання характерні для клінічної стадії IV?
13. Які сучасні методи лабораторної діагностики?
14. Організація скринінгових та верифікаційних обстежень на ВІЛ-інфекцію.
15. Порядок та вимоги до обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами.
16. Що таке скринінгові дослідження на ВІЛ?
17. Що таке верифікаційні дослідження на ВІЛ?
18. Що таке підтверджуючі дослідження на ВІЛ?

Питання для самоконтролю.

1. Яка структура ВІЛ, цикл розвитку та патогенез ВІЛ?
2. Які існують джерела та шляхи передачі ВІЛ?
3. Що таке ступінь інфекційності різних біологічних матеріалів?
4. Які є групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ?
5. Які клінічні стадії захворювання виділяють згідно з «Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» (Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551)?
6. Які захворювання характерні для клінічної стадії I?
7. Які захворювання притаманні клінічній стадії II?
8. Які захворювання типові для клінічної стадії III?
9. Які захворювання характерні для клінічної стадії IV?
10. Які сучасні методи лабораторної діагностики?
11. Вкажіть шляхи передачі ВІЛ до організму людини. Вкажіть якими шляхами ВІЛ не передається. У яких біологічних матеріалах знаходиться найбільша кількість ВІЛ на будь-якій стадії захворювання?
12. Організація скринінгових та верифікаційних обстежень на ВІЛ-інфекцію.

13. Порядок та вимоги до обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Словник основних понять з теми

- 1) **ВІЛ** - вірус імунодефіциту людини, що зумовлює захворювання на ВІЛ-інфекцію;
- 2) **ВІЛ-інфікована особа** - особа, в організмі якої виявлено ВІЛ, але яка перебуває у стані безсимптомного носійства ВІЛ;
- 3) **ВІЛ-статус особи** - стан організму особи стосовно відсутності чи наявності в ньому ВІЛ: негативний ВІЛ-статус особи характеризується відсутністю в її організмі ВІЛ, позитивний ВІЛ-статус особи характеризується наявністю в її організмі ВІЛ;
- 4) **групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ** - групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їхнього оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ. Визначення та перегляд переліку таких груп здійснюється центральним органом виконавчої влади, що забезпечує формування державної політики у сфері охорони здоров'я з урахуванням критеріїв та рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я;
- 5) **люди, які живуть з ВІЛ**, - ВІЛ-інфіковані особи та особи, які страждають на хворобу, зумовлену ВІЛ;
- 6) **особа, яка страждає на хворобу, зумовлену ВІЛ**, - особа, в якій за результатами медичного та лабораторного обстеження виявлено СНІД чи інші встановлені Міжнародною класифікацією хвороб клінічні прояви хвороби, зумовленої ВІЛ;
- 7) **партнер** - статевий партнер ВІЛ-інфікованої особи або її партнер із вживання наркотичних засобів та психотропних речовин ін'єкційним способом;
- 8) **постконтактна профілактика** - короткостроковий курс антиретровірусного лікування, метою якого є зниження вірогідності інфікування ВІЛ особи, яка зазнала підвищеного ризику такого інфікування;
- 9) **синдром набутого імунодефіциту (СНІД)** - стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІЛ (ВІЛ-інфекція), що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ;
- 10) **хвороби, зумовлені ВІЛ (ВІЛ-інфекція)**, - комплекс визначених Міжнародною класифікацією хвороб уражень організму людини, зумовлених пов'язаними з впливом ВІЛ ушкодженнями імунної системи, який на початковому етапі свого розвитку має характер стану безсимптомного носійства ВІЛ, а за умови відсутності відповідного лікування та впливу інших несприятливих для організму ВІЛ-інфікованої особи обставин набуває клінічних проявів у вигляді різноманітних інфекційних, паразитарних захворювань, злоякісних пухлин, інших хвороб чи зумовленого ВІЛ синдрому набутого імунодефіциту.

II. Практичні роботи (завдання):

1. Скласти основні групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ-інфекцією.
2. Проаналізувати ризик інфікування ВІЛ в залежності від ситуації та шляху передачі.
3. Оцінити ступінь інфекційності різних біологічних матеріалів.
4. Скласти алгоритм діагностичних (скринінгових) дій сімейного лікаря у випадку підозри на ВІЛ-інфекцію.
5. Скласти алгоритм верифікаційних досліджень на ВІЛ-інфекцію.
6. Діагностувати клінічні стадії ВІЛ-інфекції згідно з «Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» (Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551).
7. Алгоритм обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції:

А. парентеральний

- В. статевої
С. трансплацентарний (від матері плоду)
D. все перераховане
2. Для ВІЛ-інфекції характерні порушення імунної системи:
А. зниження Т-лімфоцитів (Т-хелперів)
В. зміна співвідношення Т-хелперів - Т-супресорів
С. підвищення сироваткових глобулінів
D. виявлення специфічних антитіл до вірусу
Е. все перераховане
3. При лабораторному дослідженні хворих на СНІД виявляється:
А. анемія
В. тромбоцитопенія
С. лейкопенія
D. лімфопенія
Е. усе перераховане
4. Найбільш характерні ознаки СНІДу:
А. лімфаденопатія більше 3 місяців, лихоманка протягом 3 місяців, торпидная до лікування антибіотиками
В. діарея (не менше 2 місяців)
С. рецидивний кандидоз рота
D. зниження маси тіла більше 10%, пітливість ночами
Е. все перераховане
5. Зберігання біологічного матеріалу зібраного для дослідження, має бути:
А. в мінімальних кількостях, в спеціально призначених для цієї мети ємностях, помічених "Обережно-СНІД"
В. зберігається в холодильнику, зразок повинен бути доставлений якомога швидше і чим більший об'єм зразка, тим краще
С. біологічний матеріал не зберігається, відразу ж після дослідження викидається
6. Вкажіть за яких умов гине у зовнішньому середовищі збудник ВІЛ:
А. 70-80 ° C протягом 10 хвилин
В. 50-60 ° C протягом 10 хвилин
С. 40-50 оC протягом 30 хвилин
7. Через який період після інфікування ВІЛ починають вироблятися антитіла в крові:
А. через 2-3 дні
В. через 2-3 тижні
С. через 6-12 тижнів і більше
8. Позитивна проба на антитіла до ВІЛ не означає:
А. контакт з вірусом
В. персистуюча інфекція (інфекційність)
С. вказівку на СНІД
9. Для персистуючої генералізованої лімфаденопатії характерно все, крім:
А. збільшені лімфовузли не менше 1 см в діаметрі в 2 або більше недотичних локусах
В. збільшені лімфовузли зберігають свій вигляд не менше 3 місяців при відсутності лікування

- С.лімфовузли уражаються симетрично
- Д. може супроводжуватися спленомегалією
- Е.лімфовузли зменшуються в розмірах самостійно через 1-2 місяці

10. Який вид пухлини є найбільш частим клінічним проявом СНІДу:

- А. саркома Капоші
- В. злоякісна лімфома
- С. плоскоклітинна карцинома ротової порожнини і прямої кишки

11. Часто виникають пневмонії при СНІДі викликаються:

- А. *Pneumocystis carinii*
- В. *Mycobacterium xenopi*
- С. *Streptococcus pneumoniae*

12. Важливою клінічною ознакою кандидозу слизової оболонки є всі, окрім:

- А. відсутність смердючий запаху
- В. еритематозні вогнища яскраво-червоного кольору
- С. на вогнище відзначається невелика набряклість і хворобливі тріщини
- Д. присутність смердючий запаху

13. Причиною втрати ваги при СНІДі є все, крім:

- А. анорексія
- В. діарея
- С. мальабсорбція
- Д. підвищений основний обмін

14. З інфікуванням яким збудником найчастіше пов'язаний пронос у хворих на СНІД?

- А. цитомегаловірус
- В. кампілобактер
- С. сальмонела
- Д. криптоспоридії

15. До класичної форми саркоми Капоші відносять:

- А. саркома Капоші, асоційована зі СНІДом
- В. саркома, яка виникає на ногах, у літніх осіб єврейського або східно-європейського походження
- С. різні види африканської саркоми Капоші

16. Саркома Капоші - це пухлина, яка походить:

- А. з епітелію шкіри
- В. з ендотелію судин
- В. з м'язової тканини

17. Головною мішенню ВІЛ є:

- А. моноцити
- В. лейкоцити
- С. Т-хелпери (індуктори)
- Д. В-лімфоцити

18. Які відхилення в лабораторних показниках не характерні для СНІДу?

- А. лейкоцитоз
- В. лімфопенія, лейкопенія

- C. тромбоцитопенія
- D. анемія

19. Які імунологічні тести не типові для СНІДу?

- A. знижена кількість Т-хелперів
- B. пригноблений бластогенез
- C. підвищений рівень гамма-глобулінів
- D. знижений рівень гамма-глобулінів

20. Одним з характерних уражень шкіри при СНІДі вважається:

- A. піодермія
- B. псоріаз
- C. себорейний дерматит, обумовлений кандидозною флорою
- D. рожисте запалення

21. Яка ознака характеризує діарею при СНІДі?

- A. тривалість не менше двох місяців
- B. тривалість до одного місяця
- C. не призводить до значної втрати маси тіла
- D. не викликає порушення всмоктування

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

1. Скласти алгоритм скринінгу ВІЛ-інфекції.
2. Визначити основні групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ-інфекцією.
3. Визначити критерії віднесення осіб до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ за різними формами поведінки.
4. Оцінити ступінь інфекційності різних біологічних матеріалів.
8. Оцінити ризик інфікування ВІЛ в залежності від ситуації та шляху передачі.
9. Відтворити алгоритм діагностичних (скринінгових) дій сімейного лікаря у випадку підозри на ВІЛ-інфекцію.
10. Скласти алгоритм верифікаційних досліджень на ВІЛ-інфекцію.
11. Диференційна діагностика клінічних стадій ВІЛ-інфекції згідно з «Клінічним протоколом антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків» (Наказ МОЗ України від 12.07.2010 р. №551).
12. Вимоги до обстеження на ВІЛ-інфекцію швидкими тестами.

Список рекомендованої літератури

Основна

1. Закон України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" від [12.12.1991](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text) [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>
2. Наказ МОЗ України від 16.05.2016 № 449 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги "Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_449_ukpmd_prof_vil.pdf
3. Клінічна настанова, заснована на доказах "Профілактика вІЛ-інфекції, діагностика, лікування та догляд для ключових груп населення", 2018р. [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_07_kn_profvil.pdf

4. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД). [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%20%D0%A2%D0%91%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85%20620%20%D0%BE%D1%82%20%2004%2009%2014.pdf>
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
6. "Внутрішні хвороби". Національний підручник// Л.В. Глушко та ін./ «МЕДИЦИНА», 2019. - с. 437
7. Сімейна медицина: у 3 книгах. — Книга 3. Загальні питання сімейної медицини: підручник / О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік, А.С. Свінцицький та ін. — К.: ВСВ «Медицина», 2015.
8. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем : навчально-методичний посібник для викладачів. – К.: Агентство «Україна». – 2015. – 520 с. ISBN 978-966-137-052-3

Додаткова

1. WHO Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations , 2016 update. - [Електронний ресурс].–Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>
2. «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» Матеріали тренінгу за підтримки Проекту USAID та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»-2017. Режим доступу до ресурсу: www.network.org.ua
3. BMJ Best Practice - " HIV-infection ", updated: Oct 17, 2019. [Електронний ресурс].– Режим доступу до ресурсу: <https://bestpractice.bmj.com/topics/uk-ua/555/pdf/555/%D0%92%D0%86%D0%9B%20%D1%96%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf>

Тема: «Консультування в контексті ВІЛ – інфекції. Добровільне тестування з до – та після тестовим консультуванням (ДКТ)» – 4 години

Мета: Розширити знання здобувачів вищої освіти у сфері консультування в контексті ВІЛ-інфекції. Визначення принципів, ролі, значення ДКТ для людини і суспільства.

Основні поняття: Визначити поняття, мету і завдання ДКТ та його основні принципи. Консультування стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування. Визначення ВІЛ-статусу людини.

План:

I. Теоретичні питання до заняття:

1. Які основні завдання ДКТ?
2. Якими є принципи ДКТ?
3. Що таке передтестове консультування? Цілі і завдання дотестового консультування.
4. Які існують види передтестового консультування?
5. У яких випадках може проводитись групове консультування?
6. Яка структура передтестового консультування?
7. Які вимоги до консультанта?
8. Що таке післятестове консультування і з якою метою воно проводиться?
9. Що таке «відкриті» й «закриті» запитання?
10. Що таке невербальне спілкування?
11. Основні типові помилки консультантів у ході консультування?
12. Назвіть засоби уникнення типових помилок ДКТ.
13. Назвіть основні принципи роботи консультанта.
14. Схема консультування при негативному результаті тесту
15. Схема консультування при невизначеному результаті тесту
16. Схема консультування при позитивному результаті тесту
17. Консультування з вагітною ВІЛ-інфікованого. Дати їй рекомендації.
18. Порядок огляду на Віл-інфекцію.

Питання для самоконтролю.

1. Що таке дотестове консультування відносно ВІЛ?
2. Цілі і завдання дотестового консультування
3. Схема дотестового консультування
4. Цілі і завдання післятестового консультування
5. Схема консультування при негативному результаті тесту
6. Схема консультування при непоредленом результаті тесту
7. Схема консультування при позитивному результаті тесту
8. Консультування з вагітною ВІЛ-інфікованого. Дати їй рекомендації.
9. Порядок огляду на Віл-інфекцію.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Словник основних понять з теми

Консультування – це процес взаємного спілкування, в ході якого один учасник допомагає іншому визначити проблеми його здоров'я та прийняти інформоване, добровільне та зважене рішення, стосовно проблеми.

Добровільне консультування і тестування (ДКТ) на ВІЛ - довело свою важливу роль як в профілактиці ВІЛ, так і в якості відправної точки для надання медичної допомоги людям, інфікованим ВІЛ. ДКТ дає можливість дізнатися і сприйняти свій серологічний

статус відносно ВІЛ в конфіденційній обстановці, з наданням консультації і напрямом на постійне медичне обслуговування і отримання емоційної підтримки.

II. Практичні роботи (завдання):

1. Провести за схемою дотестового консультування відносно ВІЛ
2. Провести консультування при негативному результаті тесту
3. Провести консультування при невизначному результаті тесту
4. Провести консультування при позитивному результаті тесту
5. Консультування з вагітною ВІЛ-інфікованого. Дати їй рекомендації.
6. Порядок огляду на Віл-інфекцію.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Чи можливе виникнення пухлинного процесу в ЦНС при Віл-інфекції?

A. Можливо, як наслідок генералізації саркоми Капоши

B. Ні

C. Так, завжди

D. Можливо, у вигляді первинної і вторинної лімфоми головного мозку

E. Немає вірної відповіді

2. До яких вірусів відноситься збудник ВІЛ-інфекції?

A. Параміксовіруси (вірус парагрипу)

B. Гепаднавіруси (вірус гепатиту В)

C. Ретровіруси (вірус імунодефіциту людини)

D. Арбовіруси (вірус кліщового енцефаліту)

E. Немає вірної відповіді

3. Нуклеїнова кислота ВІЛ :

A. РНК і ДНК

B. РНК

C. ДНК

D. тРНК

E. іРНК

4. Основна відмітна ознака ретровірусів :

A. Наявність суперкапсиду

B. Наявність зворотної транскриптази (ревертази)

C. Диплоїдний геном

D. Наявність 3-х основних і 4-х додаткових генів

E. Всі відповіді вірні

5. Чи настає інактивація ВІЛ під впливом розчину перекису водню?

A. Так, проте потрібний 5% розчин і експозиція не менше 8-10 годин

B. Немає

C. Так, при дії 6% розчину упродовж 30 хвилин

D. Може бути, але за умови чистої культури ВІЛ

E. Можливо

6. Джерело збудника при Віл-інфекції:

A. Гризуни

B. Дикі тварини

C. Домашні тварини

D. Людина

Е.Птаха

7.Механізм передачі ВІЛ-інфекції :

- А.Парентеральний
- В.Повітряно-краплинний
- С.Парентеральний, статевий
- Д.Трансмісивний
- Е.Фекально-оральний

8.Які категорії з нижче перерахованих Ви не віднесете до груп ризику відносно ВІЛ-інфекції?

- А.Медичні працівники
- В.Наркомани
- С.Діти дошкільного віку
- Д.Чоловіка, що мають сексуальні відношення з чоловіками
- Е.Особи, що практикують незахищений секс і мають випадкових сексуальних партнерів

9. У якій з біологічних рідин організму можливо визначити ВІЛ?

- А.Кров
- В.Визначення ВІЛ можливе тільки у стадії СНІДУ
- С.Слина, сеча, випорожнювання
- Д.Піт, слізна рідина
- Е.В усіх рідинах організму

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Завдання №1. Під час профосмотра у донора П. 35 років, методом імуноферментного аналізу виявлені антитіла до ВІЛ. Пацієнт одружений 15 років, дружині не зраджує. Наркотичні речовини не вживає. Скарг не пред'являє. Самопочуття хороше. Об'єктивно змін з боку систем і органів не виявлено.

Питання:

1. Попередній діагноз.
2. Куди слід направити пацієнта?
3. Кому треба рекомендувати провести аналогічні дослідження?

Відповідь: ВІЛ-інфекція. Направити в територіальний центр СНІДу. Обстежувати дружину.

Завдання №2. У дитини у віці 3 міс. виявлені антитіла до ВІЛ - 1/ 2 з підтвердженням в імуноблот . Мати була обстежена на ВІЛ при прийнятті в пологовий будинок і мала негативний ИФА результат. Дитина знаходилася на грудному вигодовуванні.

1. Чи Можна робити висновок про ВІЛ - інфікованість дитини?
2. Який метод можна запропонувати для підтвердження факту ВІЛ - інфікованості дитини ?
3. Якщо ВІЛ - інфікованість доведена, як могло статися зараження дитини ?
4. Чи Треба додаткове обстеження матері на ВИЧ- інфекцію ?

Відповідь:

1. Так. Наявність антитіл до ВІЛ - 1/ 2 у дитини при їх відсутності у матері на момент пологів свідчить про інфікованість дитини.

2. Кращим методом доведення ВІЛ - інфікованості дитини являється ПЛР.

3. Можна думати, що мати під час госпіталізації в пологовий будинок вже була ВІЛ - інфікованою і знаходилася у фазі " серологічного вікна" (стадія первинної вірусемії і відсутності антитіл). Мати могла інфікувати дитину під час пологів або при грудному

Завдання №3. На прийом до лікаря-терапевта звернувся пацієнт С., 29 років, із скаргами на слабкість, нежить, підвищення температури тіла до 37,60С, біль в суглобах верхніх кінцівок. З анамнезу відомо, що 1 місяць тому пацієнт закінчив цикл лікування уrogenітального хламідіоза .

Визначте тактику лікаря відносно ВІЛ- статусу пацієнта.

Відповідь: Під час прийому, за бажанням пацієнта, провести дослідження зразка крові на наявність антитіл до ВІЛ- 1/2 з використанням швидких ІХА-тестів, дотримуючись вимог інструкції. Дослідження проводити тільки за умови проведення обов'язкового до- і послетестового консультування. Отриманий за допомогою ІХА-тесту позитивний результат має бути підтверджений в ИФА з використанням діагностичних тест-систем, зареєстрованих в Україні, в спеціалізованих лабораторіях по діагностиці ВІЛ-інфекції. У разі негативного ІХА-тесту результату дослідження цьому пацієнту бажано запропонувати повторне дослідження на наявність антитіл до ВІЛ-1/2 через 1-15 міс.

Список рекомендованої літератури

Основна

9. "Внутрішні хвороби". Національний підручник// Л.В. Глушко та ін./ «МЕДИЦИНА», 2019.
10. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. №415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію».
11. Закон України " Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" від [12.12.1991](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text) [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>
12. Наказ МОЗ України від 16.05.2016 № 449 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги "Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_449_vkpm_d_prof_vil.pdf
13. Клінічна настанова, заснована на доказах "Профілактика віл-інфекції, діагностика, лікування та догляд для ключових груп населення ", 2018р. [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2018_07_kn_profvil.pdf
14. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги ко-інфекція (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД). [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу:<https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D0%BB%20%D0%A2%D0%91%20%D1%83%20%D0%B2%D0%B7%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%8B%D1%85%20620%20%D0%BE%D1%82%20%2004%2009%2014.pdf>
15. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.12.2010 р. №1141 «Про затвердження Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, форм первинної облікової документації щодо тестування на ВІЛ-інфекцію, інструкцій щодо їх заповнення».
16. Сімейна медицина: у 3 книгах. — Книга 3. Загальні питання сімейної медицини: підручник / О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік, А.С. Свінцицький та ін. — К.: ВСВ «Медицина», 2015.
17. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем : навчально-методичний посібник для викладачів. – К.: Агентство «Україна». – 2015. – 520 с. ISBN 978-966-137-052-3
18. Базові питання добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Навчальний посібник для лікарів [Електронний ресурс]. – Режим

доступу:http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/491_1_VCT_Guide_u.pdf.

19. Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. В помощь консультанту [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://hivmed.od.ua/published/dobrovolnoe_konsultirovanie_i_testirovanie_v_pomosh.pdf.

Додаткова

4. WHO Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations , 2016 update. - [Электронный ресурс].–Режим доступа до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>
5. «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» Матеріали тренінгу за підтримки Проекту USAID та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»-2017. **Режим доступу до ресурсу:**www.network.org.ua
6. BMJ Best Practice - " HIV-infection ", updated: Oct 17, 2019. [Электронный ресурс].– **Режим доступа до ресурсу:** <https://bestpractice.bmj.com/topics/uk-ua/555/pdf/555/%D0%92%D0%86%D0%9B%20%D1%96%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf>

Тема: «Правила і методи захисту медичних працівників від інфікування на ВІЛ на робочому місці. Медична пост контактна профілактика» – 4 години

Мета: Розширити знання здобувачів вищої освіти про: правила і методи захисту медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці; засоби індивідуального захисту від ВІЛ-інфекції; порядок проведення екстреної постконтактної профілактики (ПКП) ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків; порядок першої допомоги особі з ризиком професійного ВІЛ-інфікування; показання до призначення та проведення медичної постконтактної профілактики (МПКП); випадки, у разі настання яких призначення МПКП є недоцільним; лабораторні дослідження та організація МПКП.

Основні поняття: Шляхи передачі ВІЛ інфекції. Правила і методи захисту медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці. Екстрена Постконтактна профілактика. Медична ПКП ВІЛ-інфекції.

План:

I. Теоретичні питання до заняття:

1. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції?
2. Часті причини внутрішньолікарняного зараження ВІЛ-інфекцією?
3. Які медичні працівники схильні найбільш високому ризику зараження ВІЛ?
4. Фактори, від яких залежить ризик зараження медичного персоналу ВІЛ-інфекцією.
5. Які шляхи зниження ризику інфікування медичного персоналу?
6. Як проводиться постконтактна профілактика ВІЛ-інфекції при пошкодженні шкіри, при попаданні інфікованого матеріалу на обличчя і інші відкриті ділянки тіла, на одяг, при попаданні інфікованого матеріалу на підлогу, стіни, меблі, обладнання та інші навколишні предмети?
7. Яка хіміопротекція парентеральної передачі ВІЛ?
8. Які заходи спостереження постраждалих співробітників від інфікування ВІЛ?
9. Основні засоби індивідуального захисту від професійного ВІЛ-інфікування.

Питання для самоконтролю.

1. Назвіть основні засоби індивідуального захисту від професійного ВІЛ-інфікування.
2. Як має вчинити адміністрація ЗОЗ щодо спеціаліста з травмами, ранами на руках, ексудативними ураженнями шкіри, які неможливо закрити пов'язкою?
3. Як швидко має бути організована перша допомога при «аварійній» ситуації?
4. У яких працівників проводиться екстрена ПКП при виконанні професійних обов'язків? Що таке підтвердуючі дослідження на ВІЛ-інфекцію?
5. Назвіть лабораторні дослідження та організація МПКП.
6. Назвіть порядок спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП.
7. Назвіть показання щодо обстеження на ВІЛ-інфекцію методом полімеразної ланцюгової реакції.
8. Назвіть показання до обстеження на ВІЛ-інфекцію двома швидкими тестами, одним швидким тестом.
9. Назвіть порядок проведення первинних скринінгових досліджень на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Словник основних понять з теми

Випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ, пов'язаний з виконанням професійних обов'язків, - безпосередній відкритий фізичний контакт з

кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами внаслідок потрапляння їх під шкіру, на слизову оболонку, на ушкоджену шкіру (тріщини, садна), який трапився при виконанні професійних обов'язків;

Екстрена постконтактна профілактика (далі - ПКП) - медичний захід, спрямований на попередження розвитку ВІЛ-інфекції у працівників, які проводять діагностичні дослідження на ВІЛ-інфекцію, надають медичну допомогу та соціальні послуги людям, які живуть з ВІЛ, або контактують з кров'ю чи біологічними матеріалами людини, забрудненими ними інструментарієм, обладнанням чи предметами, що передбачає надання першої допомоги, консультування і оцінку ризику інфікування ВІЛ, тестування на ВІЛ після отримання інформованої згоди і залежно від ступеня оціненого ризику проведення медикаментозної ПКП з наданням підтримки й подальшого медичного спостереження;

Медикаментозна постконтактна профілактика (далі - МПКП) - проведення короткого курсу (28 днів) антиретровірусної терапії (далі - АРТ), спрямованого на попередження розвитку ВІЛ-інфекції.

II. Практичні роботи (завдання):

- 1) Перерахувати необхідне забезпечення на робочому місці засобами захисту від ВІЛ-інфекції.
- 2) Визначити порядок проведення екстреної постконтактної профілактики ВІЛ-інфекції у працівників при виконанні професійних обов'язків.
- 3) Визначити показання до екстреної ПКП у працівників при виконанні професійних обов'язків
- 4) Визначити умови, за яких ПКП проводити недоцільно.
- 5) Скласти алгоритм проведення екстреної ПКП, щоб уберегти працівника від можливого ВІЛ-інфікування. у разі виникнення т. зв. «аварійної» ситуації
- 6) Оцінити фактори, які негативно впливають на проведення повноцінної МПКП
- 7) Скласти алгоритм обстеження та спостереження за особою, яка мала випадок контакту із джерелом потенційного інфікування ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків та отримує МПКП.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. ВІЛ-інфекція це:
 - A. зооноз.
 - B. антропозооноз.
 - C. антропоноз.
 - D. сапроноз.
 - E. Захворювання з невідомим джерелом інфекції.
2. У ВІЛ-інфікованих людей ВІЛ міститься:
 - A. У крові.
 - B. У спинномозковій рідині.
 - C. У грудному молоці.
 - D. У спермі.
 - E. У всьому вищепереліченому.
3. Найбільшу концентрацію ВІЛ містить наступна біологічна рідина ВІЛ-інфікованого:
 - A. Грудне молоко.
 - B. Вагінальний секрет.
 - C. Сперма.
 - D. Кров.
 - E. Слина.

4. Вірогідність зараження медичного персоналу при пораненні голкою, контамінованої кров'ю ВІЛ-інфікованого пацієнта, становить:
- A. 0,3-0,5%.
 - B. 1-3%.
 - C. 5-10%.
 - D. 40-50%.
 - E. 90-100%.
5. ВІЛ може передаватися:
- A. При статевих контактах.
 - B. При рукостисканні.
 - C. При усному спілкуванні.
 - D. При використанні загального телефону.
 - E. При аускультатції ВІЛ - інфікованого.
6. ВІЛ може передаватися:
- A. При переливанні аутокрові.
 - B. При статевих контактах.
 - C. Від інфікованої матері плоду під час вагітності.
 - D. Вірно 2,3.
 - E. Вірно 1,2,3.
7. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції:
- A. Статевий, контактний, від матері до плоду.
 - B. Парентеральний, контактний, від матері до плоду.
 - C. Статевий, парентеральний, трансмісивний.
 - D. Парентеральний, статевий, від матері до плоду.
 - E. Статевий, від матері до плоду, трансмісивний.
8. Від інфікованої матері до дитини ВІЛ передається:
- A. Антенатально, під час годування грудьми.
 - B. Інтранатально, постнатально.
 - C. Антенатально, інтранатально.
 - D. Постнатально, під час годування грудьми.
 - E. У всіх перерахованих випадках.
9. ВІЛ може передаватися:
- A. Від інфікованої дитини матері під час годування груддю.
 - B. Через волосся в процесі стрижки.
 - C. При вимірюванні АТ через манжету тонометра.
 - D. Вірно 2,3
 - E. Вірно 1,2,3
- 10 ВІЛ може передаватися:
- A. Через контаміновані ВІЛ медичні інструменти.
 - B. При трансплантації контамінованих ВІЛ органів і тканин.
 - C. При переливанні не тестували на ВІЛ крові.
 - D. Вірно 1,2.
 - E. Вірно 1,2,3.

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

1. Складіть план дій медичного працівника щодо профілактики захворювання на ВІЛ-інфекцій при контакті з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованого пацієнта.
2. Назвіть елементи спеціального одягу медичного персоналу, що працює в режимі можливого контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнта.
3. Перелічіть склад аварійної СНІД-аптечки.
4. Дайте рекомендації хворому щодо профілактики зараження і поширення ВІЛ-інфекції.
5. Розглянути ситуаційні задачі:

Ситуаційна задача № 1

При виконанні лабораторних досліджень в клініко-діагностичної лабораторії сироватка крові потрапила на відкриту ділянку шкіри лаборанта.

Завдання

1. Розкажіть, якими інфекційними захворюваннями може заразитися лаборант. Назвіть шляхи передачі ВІЛ-інфекції і який шлях є пріоритетним при даній ситуації.
2. Складіть план дій медичного працівника щодо профілактики захворювання на ВІЛ-інфекцій при контакті з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованого пацієнта.

Еталон відповіді:

1. Лаборант ризикує при даній ситуації заразитися такими інфекційними захворюваннями, як ВІЛ-інфекція, парентеральні гепатити, сифіліс і т.д. Шляхи передачі при ВІЛ-інфекції: статевий, парентеральний, трансплацентарний, в пологах, при годуванні грудним молоком. При даній ситуації парентеральний шлях (через кров) є пріоритетним.

2. План дій медичного працівника щодо профілактики захворювання на ВІЛ-інфекцією при контакті з біологічними рідинами ВІЛ-інфікованого:

а) при попаданні біологічних рідин:

- шкіру слід протягом двох хвилин обробити розчином антисептика (70% розчином спирту), не втираючи, через 5 хвилин вимити теплою водою з милом дворазово і повторити обробку антисептиком;

- слизові оболонки обробити 0,05% розчином перманганату калію, рот і горло можна прополоскати 70% розчином спирту;

- при уколах і порізах кров видавити або дати їй стекти, шкіру обробити 70% розчином спирту, ретельно вимити руки під проточною водою, краї рани обробити 5% розчином йоду рану заклеїти лейкопластиром.

б) про аварійну ситуацію повідомити керівника і зафіксувати в спеціальному журналі;

в) звернутися до лікаря-інфекціоніста для консультації і спостерігатися у нього протягом 12 місяців;

г) пройти лабораторне обстеження на наявність антитіл до ВІЛ;

д) за призначенням лікаря, не пізніше 3 діб почати хіміопротекцію антиретровірусними препаратами;

Ситуаційна задача № 2

У приймальний pokій лікарні за медичною допомогою звернувся пацієнт. З анамнезу стало відомо, що хворий інфікований ВІЛ.

Завдання

1. Перелічіть, до яких категорій осіб, званих «групою ризику», може мати відношення пацієнт, і чому їх так називають.
2. Назвіть елементи спеціального одягу медичного персоналу, що працює в режимі можливого контакту з кров'ю та іншими біологічними рідинами пацієнта.
3. Перелічіть склад аварійної СНІД-аптечки.

Еталон відповіді:

1. Групи ризику - це категорії осіб, серед яких реєструється найбільший рівень захворюваності ВІЛ-інфекцією. До них відносяться:

- Гомо- і бісексуали;
 - Внутрішньовенні наркомани;
 - Особи з безладними статевими зв'язками;
 - Реципієнти крові, біологічних рідин, тканин і органів.
2. Всі маніпуляції, при яких може відбутися контакт з біологічними рідинами хворого, проводяться в хірургічному халаті, гумових рукавичках, шапочці, змінного взуття; при загрозі розбризкування слід використовувати маску, окуляри, захисний екран, клейончатий або гумовий фартух.
3. До складу аварійної СНІД - аптечки входять:
- 70% спирт;
 - 5% розчин йоду;
 - Навішування марганцевокислого калію по 0,05 г;
 - Стерильна вода по 100 мл для розведення марганцевокислого калію;
 - Стерильний перев'язочний матеріал;
 - Стерильні піпетки - 2 шт .;
 - Лейкопластир;
 - Туалетне мило;
 - 6% розчин перекису водню або 3% розчин хлораміну.

Ситуаційна задача № 3

У поліклініку звернувся молодий чоловік 19 років зі скаргами на нездужання, слабкість, важкість у правому підребер'ї, втрату апетиту. Об'єктивно: збільшені підщелепні і задньошийні лімфовузли, безболісні, не спаяні один з одним і з навколишньою тканиною. На руках сліди від ін'єкцій. Печінка на 1,5 см виступає з-під краю реберної дуги.

Завдання

1. Чи має пацієнт ставлення до групи ризику по ВІЛ-інфекції?
2. Сформулюйте і обґрунтуйте проблеми пацієнта.
3. Складіть план збору епідеміологічного анамнезу.
4. Дайте рекомендації хворому щодо профілактики зараження і поширення ВІЛ-інфекції.
5. Розкажіть про правила обробки спеціальної одягу, обладнання при забрудненні їх кров'ю.

Еталон відповіді

1. Клінічні дані не виключають у хворого наявність вірусного гепатиту та ВІЛ-інфекції (нездужання, слабкість, важкість у правому підребер'ї, втрата апетиту, збільшення печінки) сліди від ін'єкцій можуть свідчити про внутрішньовенному вживанні наркотиків. Шляхи передачі ВІЛ-інфекції та гепатитів В, С, D однакові.

2. Проблеми пацієнта

Справжні проблеми: нездужання, втрата апетиту, важкість у правому підребер'ї.

Потенційні проблеми: при підтвердженні діагнозу гепатит В або С можливий перехід в хронічну форму, цироз і рак печінки, при ВІЛ-інфікуванні - приєднання вторинних захворювань.

Пріоритетна проблема: нездужання і втрата апетиту.

3. При зборі епідеміологічного анамнезу приділяють увагу наступним питанням:

а) статеве життя, кількість партнерів, наявність випадкових партнерів, статеві зв'язки з особами своєї і протилежної статі, застосування презерватива, наявність статевих зв'язків з іноземцями (з яких країн);

б) застосування наркотиків, у тому числі внутрішньовенно, загальним або індивідуальним шприцом, протягом якого часу вживає наркотики, коло партнерів, технологія приготування наркотиків;

в) відомості про статеві партнерів і партнерах по внутрішньовенному введенню наркотиків із зазначенням П.І.Б., віку, адреси, місця навчання або роботи;

г) соціальна схильність;

- д) у жінок - наявність виділень, штучне переривання вагітності (дата, місце), число пологів (коли, де), характер вигодовування;
- е) чи передає хворий донором;
- ж) чи дотримується хворий особисту гігієну;
- з) чи користується послугами перукарень, підкорених, манікюрних, косметичних кабінетів, чи отримував стоматологічну допомогу.
4. Для виключення зараження ВІЛ-інфекцією слід дотримуватися правил особистої гігієни: користуватися індивідуальним бритвою, зубною щіткою, манікюрними ножицями, при статевих контактах використовувати презервативи, ін'єкції робити шприцами одноразового застосування. Для профілактики поширення інфекції в додаток до вищесказаного - попередити про свій статус статевих партнерів, використовувати презерватив.

Список рекомендованої літератури

Основна

- 1) Наказ МОЗ України від 05.11.2013 р. № 955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <https://soic.in.ua/base65>
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1978-13#Text>
- 2) "Внутрішні хвороби". Національний підручник// Л.В. Глушко та ін./ «МЕДИЦИНА», 2019. - с. 370
- 3) Сімейна медицина: у 3 книгах. — Книга 3. Загальні питання сімейної медицини: підручник / О.М. Гиріна, Л.М. Пасієшвілі, Г.С. Попік, А.С. Свінцицький та ін. — К.: ВСВ «Медицина», 2015.

Додаткова

1. WHO Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations , 2016 update. - [Електронний ресурс].–Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311259/9789241550512-eng.pdf>
2. «Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем» Матеріали тренінгу за підтримки Проекту USAID та ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»- 2017. Режим доступу до ресурсу: www.network.org.ua
3. BMJ Best Practice - " HIV-infection ", updated: Oct 17, 2019. [Електронний ресурс].– Режим доступу до ресурсу: <https://bestpractice.bmj.com/topics/uk-ua/555/pdf/555/%D0%92%D0%86%D0%9B%20%D1%96%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F.pdf>

Тема: «Організація медичної допомоги ВІЛ – інфікованим. Догляд та психологічна підтримка ВІЛ – інфікованих. Симптоматичне лікування та ведення хворих. Первинна профілактика ВІЛ – інфекції. Організація профілактичних програм інфікування ВІЛ для різних груп населення» – 4 години

Мета: Поглиблення існуючих та набуття нових знань здобувачів вищої освіти щодо надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим, підходів до симптоматичного лікування та ведення таких пацієнтів, організації профілактичних програм. Набути навичок з догляду, відпрацювати навичку спілкування та психологічної підтримки хворих на ВІЛ-інфекцію та їхніх родичів.

Основні поняття: консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію, вірусне навантаження, антиретровірусна терапія, прихильність до лікування, опортуністичні інфекції.

План:

I. Теоретичні питання до заняття:

1. Розкрийте поняття ВІЛ-інфекції. Сучасний стан епідемії в Україні та світі.
2. Які є документи в Україні щодо проблеми ВІЛ-інфекції/СНІДу? Права та обов'язки лікарів та пацієнтів.
3. Консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію. Основні принципи ДКТ. Алгоритм ДКТ для лікаря загальної практики/сімейного лікаря
4. Принципи лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції. Скринінгові та верифікаційні дослідження
5. Захист медичних працівників від інфікування ВІЛ на робочому місці.
6. Диспансерний нагляд за ВІЛ-позитивними пацієнтами.
7. Медичний нагляд за вагітними ВІЛ-позитивними жінками та профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.
8. Медичний нагляд за дітьми, які народжені ВІЛ-позитивними матерями.
9. Паліативна допомога при ВІЛ-інфекції.
10. Етичні та деонтологічні аспекти ведення ВІЛ-позитивних хворих. Стигма, дискримінація та толерантне ставлення до ВІЛ-позитивних пацієнтів.

Питання для самоконтролю.

1. **Тестування на ВІЛ: характеристика у різних груп населення.**
2. **Які є методи профілактики ВІЛ-інфекції? Дайте коротку характеристику.**
3. **Діагностика ВІЛ-інфекції. Основні поняття та їхня характеристика.**
4. Особливості діагностики ВІЛ у немовлят та дітей.
5. Особливості діагностики ВІЛ у вагітних.
6. Які рекомендації щодо профілактики ко-тримоксазолом у пацієнтів із ВІЛ?
7. Які особливості діагностики у пацієнтів з ВІЛ з підозрою та туберкульоз?
8. Які підходи до діагностики та профілактики крипто кокової інфекції у ВІЛ-інфікованих пацієнтів?
9. Оцінювання та контроль неінфекційних захворювань у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.
10. Які основні компоненти щодо втручання з покращення прихильності та досягнення вірусологічної супресії?
11. Порядок організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
12. Показаннями для надання стаціонарної спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД;
13. Ким призначається АРТ(антиретровірусна терапія)?
14. Принципи АРТ;
15. Препарати АРТ;
16. Схеми АРТ;

17. Мета АРТ;
18. Терміни початку АРТ у дорослих;
19. Терміни початку АРТ у дітей;
20. Терміни початку АРТ у вагітних та жінок, що годують груддю;
21. Опортуністичні інфекції;
22. Лікування опортуністичних інфекцій.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу

Словник основних понять з теми

Консультування – це процес взаємного спілкування, в ході якого один учасник допомагає іншого визначити проблеми його здоров'я та прийняти інформоване, добровільне та зважене рішення, стосовно проблеми.

Термін "консультування" по відношенню до ВІЛ - має на увазі діалог і створення таких стосунків між консультантом і пацієнтом, які дозволяють запобігти поширенню ВІЛ-інфекції і зробити підтримку тим, хто торкнувся цієї проблемою.

Вірусне навантаження – кількість частинок РНК ВІЛ в 1мл крові.

Високоактивна антиретровірусна терапія (скорочено — ВААРТ) — це метод лікування ВІЛ-інфекції та СНІДу, що полягає у одночасному застосуванні хворими кількох антиретровірусних препаратів на відміну від монотерапії (застосування одного препарату), що застосовувалась раніше.

Прихильність до лікування– міра, якою поведінка особи (прийняття лікарських засобів, дотримання дієти та/або зміна способу життя) відповідає узгодженим рекомендаціям медичного працівника.

II. Практичні роботи (завдання):

13. Повідомити пацієнту і його близьким про можливе/підтвержене інфікування ВІЛ.
14. Провести дотестове консультування (з дотриманням принципів ДКТ) з пацієнтом та його родичами перед проходженням тесту на ВІЛ.

III. Тестові завдання для самоконтролю

1. Хворий М 31 рік скаржить на слабкість, зниження маси тіла, лихоманку в межах 37,2 °С у ввечері, появу на шкірі тулуба рясного, розповсюдженого висипу, який супроводжується болем. Антитіла проти вірусу ВІЛ знайдені три доби тому. Який найбільш вірогідний вміст Т-лімфоцитів?

- A. 950-1000
- B. 550-600
- C. 750-800
- D. 350-400
- E. 1150-1200

2. Хворий С34р. знаходиться на обліку в СНІД-центрі протягом 7 років. Захворів поступово:лихоманка 37,8 °С, кашель сухий, неможливість зробити вдих. Рентгенологічно в області корня правої легені гомогенне затемнення з неправильними контурами. Найбільш вірогідна етіологія пневмонії.

- A. Пневмоцистоз
- B. Цитомегаловірусна
- C. кандидоз
- D. Туберкульоз
- E. Всі відповіді вірні

3. Хворий 18 років, 3 роки вживає наркотики внутрішньовенно. Відмічається збільшення множинних лімфатичних вузлів більше 6 місяців, неодноразові епізоди розповсюджених герметичних висипів, значне зниження маси тіла. Останні 4 тижня скаржить на появу

водянистих випорожнень 5-6 разів на добу. Лікування антибіотиками неефективне. Які дослідження найбільш доцільно провести для визначення етіології діареї?

- A. Біопсія слизової 12-палої кишки для визначення *Helicobacter pylori*
- B. Дуоунальне зондування для виявлення *Lambliya intestinalis*
- C. Біопсія товстої кишки для виявлення *Entamoeba histolytica*
- D. Вірусологічне дослідження для виявлення рота вірусів
- E. Мікроскопія кала для виявлення *Cryptosporidium*

4. Хвора 18 років, декілька років вживає внутрішньовенно наркотики. Скаржиться на тривалий кашель більше півроку, підвищення температури до 38°C, збільшення множинних вузлів, часті розповсюджені герметичні висипи, значне зниження маси тіла. В імунограмі співвідношення Т-4-лімфоцитів-хелперів Т-8 лімфоцитів –супресорів дорівнює 0,3. Цевідбувається тому, що:

- A. Індукує проліферацію Т-хелперів
- B. Збудник захворювання інфікує клітини з рецепторами CD4
- C. Індукує проліферацію Т-супресорів
- D. Індукує проліферацію макрофагів
- E. Стимулює синтез лейкотрієнів

5. Хвора 18 років, декілька років вживає внутрішньовенно наркотики. Скаржиться на тривалий кашель протягом 4 місяців, , підвищення температури до 38°C. Лікування з приводу «інтерстиціальної пневмонії» неефективне. Були епізоди розповсюджених герметичних висипів, знизилась маса тіла. Найбільш вірогідними будуть наступні зміни в імунограмі:

- A. Підвищення абсолютної кількості Т-лімфоцитів
- B. Підвищення імунорегуляторного індексу T4/T8
- C. Підвищення числа Т-лімфоцитів –хелперів
- D. Зниження числа Т-лімфоцитів –хелперів
- E. Підвищення показників гіперчутливості сповільненого типу

6. Хворий 28 років скаржиться на збільшення лімфовузлів протягом 6 місяців, прогресуючу слабкість, пітливість, періодичне підвищення температури до 38°C. Декілька років вживає наркотики внутрішньовенно. Зниженого харчування, розповсюджений себорейний дерматит, пальпуються збільшені безболісні шийні, пахвинні та пахвові лімфовузли величиною до 2-2,5 см. Яке дослідження в першу чергу слід призначити?

- A. Дослідження крові на наявність антитіл до ВІЛ
- B. Бактріологічне дослідження крові
- C. Біопсія лімфовузла
- D. Стернальна пункція
- E. Дослідження крові на наявність антитіл до вірусу Ебштейн-Бара

7. ВІЛ- позитивний пацієнт, 28 років, в минулому ін'єкційний наркоман пред'являє скарги на задишку, непродуктивний кашель, підвищення температури до 37,5°C протягом 2 місяців. Об'єктивно: шкірні покриви бліді, в легенях вислуховується послаблене дихання, особливо в задньонижніх відділах, задишка 24 за хв. Рентгенологічно-хмареподібні білатеральні інфільтрати у вигляді «крил метелика». Підберіть найбільш ефективні підходи до лікування:

- A. Противірусний гама-глобулін+вітаміни групи В,С
- B. Антибіотики+інгібітори траскриптази
- C. Пересадка кісткового мозоку+ інгібітори траскриптази
- D. Інгібітори протеаз. Інгібітори траскриптази
- E. Дезінтоксикаційна терапія

8. Які білки ВІЛ найбільш підтверджені антигенними варіаціями?
- GP41
 - P24
 - P7
 - P9
 - GP120
9. У хлопчика з асоціальної сім'ї, хворого на гемофілію, на фоні генералізованої лімфаденопатії та рецидивуючого кандидозу ротової порожнини розвинулась пневмоцистна пневмонія, суттєво знизився коефіцієнт співвідношення Т-хелперів до Т-супресорів. Яка найбільш вірогідна причина маніфестації опортуністичних інфекцій у цього хворого?
- Вікова транзиторна імуносупресія
 - Хронічне захворювання системи органів травлення
 - ВІЛ- інфекція, СНІД
 - Гемофілія.
 - Соціально-побутові негаразди
10. Найважливішими діагностичними білками оболонки вірусу імунодефіциту людини є:
- p24, p18
 - p7 , p9
 - p17 , gp41
 - gp 41, gp120
 - Всі відповіді вірні

IV. Індивідуальні завдання для студентів з теми заняття

Розглянути ситуаційні задачі:

1. Хворий І., 19 років госпіталізований в хірургічне відділення 6.01.98 р. з діагнозом перелом 8-го ребра зліва, підозра на закриту травму черевної порожнини. Діагностичне лапаротомія дозволила виключити травму черевної порожнини. 7.01.98 р. з діагнозом опійна наркоманія, абстинентний синдром, сепсис, перелом 8-го ребра був переведений у відділення реанімації та інтенсивної терапії психіатричної лікарні. Там при обстеженні у нього виявлені ВІЛ- антитіла. У зв'язку з цим 19.01.98 р. хворого переводять до інфекційної лікарні з діагнозом сепсис, посттравматичний лівобічний ексудативний плеврит, нижньодольова правобічна пневмонія, закритий перелом 8-го ребра зліва, хронічна опійна наркоманія, ВІЛ-інфекція.

В анамнезі вживання наркотику "ширка" в/в протягом 6 років.

При госпіталізації стан хворого дуже тяжкий. У відділення потрапив на носилках, самостійно рухатися не міг. Скарги на надзвичайно виражену слабкість, біль в грудній клітці зліва, рідке покашлювання, лихоманку до 38° С.

Об'єктивний стан: положення в ліжку вимушене, на спині або правому боці із-за виникаючої задишки при зміні положення тіла. Кахексія (вага 49 кг), блідий, шкіра землистого кольору, поліаденопатія (збільшені всі групи периферичних лімфатичних вузлів). Слизова оболонка ротової порожнини бліда, чиста. Язик обкладений білим нальотом. Над легеньми справа жорстке дихання, сухі хрипи. Зліва дихання різко послаблене на верхівці, далі донизу не прослуховується, там же різке укорочення перкуторного звука. Дихання поверхневе – 28-30 за 1 хв. Тони серця слабкі. ЧСС- 126 за 1 хв. Пульс 126 за 1 хв., слабого наповнення і напруги. АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт м'який,

печінка збільшена (+2см), селезінка збільшена. Менінгознаків немає. Фізіологічні відправлення не порушені.

Загальний аналіз крові (19.01.98 р.): ер. – $2,3 \cdot 10^{12}/л$; Нб – 60; КП – 0,7; тромб. – $160 \cdot 10^9/л$; лейк. – $10,6 \cdot 10^9/л$; е. – 1%; п. – 16%; с. – 70%; лімф. – 11%; м. – 2%; ШОЕ – 36 мм/год.

Загальний аналіз сечі (19.01.98 р.): світло-жовтого кольору, питома вага 1016; білка та цукру не виявлено; епітелій: сечового міхура на пів-поля зору, перехідний – групами, уретральний небагато; лейкоцити 5-7 в полі зору; еритроцити незмінні 1-3 в полі зору; циліндрів немає; багато слизу.

Ро-графія ОГК (19.01.98р.): тотальне затемнення лівого легеневого поля, зміщення органів середостіння вправо. Заключення: лівостороння пневмонія, ускладнена ексудативним плевритом.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте необхідні лабораторні дослідження для підтвердження діагнозу.
3. Про які опортуністичні хвороби можна думати в даному випадку?
4. Які обстеження потрібно призначити для їх підтвердження?
5. Призначте лікування хворому.
6. Які правила протиепідемічного режиму повинен виконати медперсонал при роботі з хворим?
7. Коли хворий може бути виписаним з лікарні?
8. Чи становить цей хворий небезпеку для оточуючих після виписки з лікарні?
9. Хто виконує диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими?
10. Який прогноз для життя?

Відповідь:

1. ВІЛ-інфекція: III клінічна стадія (лімфаденопатія, лівобічна нижньодольова пневмонія, ексудативний плеврит). Опійна наркоманія.
 2. Обстеження крові методом ІФА, імуноблотингу.
 3. Пневмоцистна пневмонія, туберкульоз легень, сепсис, кандидоз.
 4. а) баканаліз харкотиння та ексудату на пневмоцисти, ВК, грибки та іншу патогенну мікрофлору; б) баканаліз крові на стерильність; в) баканаліз сечі на стерильність.
 5. До виявлення збудника пневмонії – антибіотики широкого спектру дії, бісептол, дезінтоксикаційну терапію, антигрибкову терапію.
 6. Медпрацівники при роботі з хворим працюють у гумових рукавичках, масках, захисних окулярах, капелюхах чи косинках. Обстеження усіх контактних на наявність у них ВІЛ-антитіл.
 7. При значному поліпшенні клінічного стану Хворий виписаний з лікарні через 67 днів з поліпшенням стану, зменшення клінічних проявів хвороби, з масою тіла 63 кг.
 8. Так, при статевих стосунках; при користуванні спільним шприцом з іншими наркоманами, при використанні його крові для приготування “ширки”; в ЛПЗ – при інфікуванні його кров’ю медпрацівників та інших хворих при недотриманні режиму обробки медінструментарію (хірургічного, стоматологічного).
 9. Лікар-інфекціоніст за місцем проживання
 10. Прогноз для життя несприятливий.
2. Хворий К., 24 р. ін’екційний наркоман з 18 років, ВІЛ-інфікований протягом 4 років. Звернувся зі скаргами на втрату маси тіла, лихоманку та діарею протягом 3-х місяців, слабкість, кашель з харкотинням.
При клінічному обстеженні виявлено: тяжкий стан, адинамія, загальмованість,

кахексія, поліаденопатія, білий крихтоподібний наліт на слизовій оболонці ротоглотки, двостороння пневмонія та двосторонній ексудативний плеврит, асцит, гепатоспленомегалія.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте план обстеження.
3. Вкажіть принципи терапії.

Відповідь:

1. ВІЛ-інфекція, IV клінічна стадія (сепсис, поліаденопатія, двостороння пневмоцистна пневмонія? туберкульоз легень з ексудативним плевритом, кандидоз ротової порожнини, асцит, гепатоспленомегалія, токсична енцефалопатія).
2. а) загальноклінічні аналізи; б) бактеріологічні дослідження крові; в) бактеріоскопічне дослідження харкотиння на пневмоцисти; г) Ро-графія органів грудної клітки; д) УЗД органів черевної порожнини; ж) визначення CD4-лімфоцитів; з) консультація фтизіатра.
3. а) антиретровірусна терапія; б) терапія опортуністичних інфекцій – антибіотики широкого спектру дії, далі залежно від результатів лабораторних досліджень.

Список рекомендованої літератури

1. **Наказ Міністерства охорони здоров'я України №1292 від 05.06.2019 «Новий клінічний протокол із застосування Антиретровірусних препаратів для лікування та Профілактики ВІЛ-інфекції» [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: https://moz.gov.ua/uploads/2/12794-dn_20190605_1292_dod.pdf**
2. Жилка Н.Я. Ведення пацієнта з ВІЛ-інфекцією/СНІДом сімейним лікарем: навчально-методичний посібник для викладачів циклу тематичного удосконалення, в рамках підвищення кваліфікації сімейних лікарів / Н.Я. Жилка, Г.В. Бацюра, Л.І. Гетьман та ін. – Київ, 2015.
3. **Всесвітня організація охорони здоров'я.** Планування та впровадження послуг з паліативної допомоги: керівництво для керівників програм. – 2016.
4. Принципи та приклади спілкування з родичами хворого / Медична справа [Електронний ресурс]. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.medsprava.com.ua/article/710-printsipi-ta-prikladi-splkuvannya-z-rodichami-hvorogo>
5. Гузій О. В. Паліативна допомога в Україні: що має змінитися [Електронний ресурс] / О. В. Гузій // Журнал «Український медичний часопис». – 2018. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.umj.com.ua/article/129968/paliativna-dopomoga-v-ukrayini-shho-maye-zminitisya>.

Тема: «Принципи мультидисциплінарного підходу в роботі з інкурабельними хворими. Деонтологічні аспекти спілкування з невиліковними хворими та їх родичами» – 2 години

Мета: Удосконалити знання здобувача вищої освіти щодо мультидисциплінарного підходу в роботі з інкурабельними хворими та ролі лікаря загальної практики – сімейного лікаря щодо організації паліативної допомоги у тому числі, психологічних, деонтологічних аспектів діяльності сімейного лікаря в роботі з інкурабельними хворими та членами їх родини; формуванні комплексної програми медико-соціальної допомоги та особливостей спілкування з пацієнтом та його родиною; формування у паліативного пацієнта мотивованої поведінки щодо розв'язання проблем.

Основні поняття:

Паліативний пацієнт, паліативний підхід, паліативна допомога

Обладнання: ілюстративний матеріал, таблиці

План:

19. Теоретичні питання

1. Організація допомоги інкурабельним хворим

Під медико-соціальною роботою (МСР) розуміється мультидисциплінарна професійна діяльність медичного, психолого-педагогічного та соціально-правового характеру, спрямована на відновлення, збереження та зміцнення здоров'я населення. МСР передбачає втручання на ранніх етапах розвитку хвороби і соціальної дезадаптації, які потенційно ведуть до важких ускладнень чи інвалідності. Таким чином, МСР має не тільки виражену реабілітаційну, а й профілактичну спрямованість.

Паліативна допомога (визначення ВООЗ) – підхід, що дозволяє покращити якість життя пацієнтів та їх сімей, що стикнулися з проблемами захворювання, яке загрожує життю, шляхом попередження та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню, належній оцінці і лікуванню болю та інших фізичних симптомів, а також здійсненню психосоціальної та духовної підтримки.

Паліативна медицина – це усебічна кваліфікована медична допомога невиліковному хворому на етапі неконтролюючого прогресування захворювання. Паліативне лікування спрямоване не на вилікування, а на покращення якості життя пацієнта.

Паліативне лікування проводиться невиліковним онкологічним хворим на етапі неконтрольованого прогресування захворювання, а також невиліковним хворим, які постраждали в результаті травми або тяжкої не онкологічної патології, не продовжує і не скорочує життя, допомагає сприймати помирання як природний вихід з життя, позбавляє пацієнта від болю і страждань, допомагає сім'ї хворого та обслуговуючому персоналу, забезпечує прийнятну якість життя і достойний вихід з нього.

В умовах України основна координуюча роль в організації та проведенні паліативної допомоги відводиться сімейному лікарю, який безпосередньо спостерігає за хворим і залучає до лікування, у разі необхідності, спеціалістів інших профільів.

Мультипрофесійний та міждисциплінарний підхід

Командна робота вважається основою паліативної допомоги. До складу мультипрофесійної команди входять люди різних спеціальностей та клінічних дисциплін, що працюють разом щодо надання допомоги пацієнту та/або підвищення її якості. Склад мультипрофесійної команди буде різним залежно від багатьох факторів, серед яких характеристика пацієнтів, об'єм допомоги, що надається та розміри території обслуговування.

Паліативна допомога повинна здійснюватися в межах мультипрофесійного та міждисциплінарного підходу. Рішення складних завдань спеціалізованої паліативної допомоги можливо тільки шляхом постійного спілкування та співробітництва представників різних спеціальностей та професій з метою надання пацієнту медичної допомоги, психологічної, соціальної та духовної підтримки. Існують переконливі докази того, що командна робота в паліативній допомозі приносить пацієнту більше користі,

сприяє виявленню та задоволення потреб пацієнта та його родичів, зменшує загальні витрати на здійснення допомоги завдяки зменшенню часу, що пацієнт проводить в відділеннях екстреної медичної допомоги. Склад команди може бути розширеним залежно від необхідності. Мінімальний склад команди включає лікаря загальної практики, медичну сестру, що мають відповідну спеціалізацію. В більшості випадків мінімальну команду складають також соціальні працівники, волонтери, психологи. Відповідно до рекомендацій Ради Європи лідируючу роль в кожній команді щодо паліативної допомоги має виконувати спеціаліст, що має кваліфікацію в області паліативної допомоги.

Паліативна допомога стверджує життя і ставлення до смерті як до природного процесу; не має намірів ні відстрочити, ні наблизити настання смерті. Іншими словами, паліативна допомога - це не тільки медична послуга, що надається невиліковному хворому пацієнту, а цілий комплекс заходів, спрямованих на пацієнта і його найближче оточення і покликаних сприяти досягненню можливо найкращої якості життя пацієнта і його близьких.

Права паліативного пацієнта:

- на повагу до гідності;
- на чуйне ставлення, на дії і помисли, що ґрунтуються на принципах загальнолюдської моралі, з боку медичних і фармацевтичних працівників;
- на згоду та відмову від медичних, у тому числі паліативних, втручань;
- на медичну інформацію, а саме про стан здоров'я, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів (зокрема паліативних), прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я;
- на кваліфіковану медичну допомогу в повному обсязі;
- на медичну таємницю;
- на свободу вибору в сфері надання паліативної допомоги, тобто вільний вибір лікаря, вибір закладу охорони здоров'я;
- без вільної згоди не бути підданим медичним, науковим чи іншим дослідям;
- на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката.

Основним завданням паліативної допомоги є забезпечення максимально можливої якості життя пацієнту і членам його родини шляхом вирішення фізичних, психологічних та духовних проблем, які мають місце у пацієнта.

Основні складові паліативної допомоги: попередження та лікування хронічного больового синдрому; симптоматична терапія, догляд, психологічна і духовна підтримка пацієнта та його родини.

Надання паліативної допомоги ґрунтується на принципах доступності, високої якості, безперервності та наступності з урахуванням етичного і гуманного ставлення до пацієнта та членів його родини.

Паліативна допомога передбачає моніторинг стану пацієнта та застосування необхідних високоспеціалізованих діагностичних і лікувальних методів при зміні статусу пацієнта.

2. Завдання та зміст роботи хоспісу

Хоспіс є лікувально-профілактичним закладом, що призначається для цілодобового кваліфікованого догляду, надання медичної та соціальної допомоги, включаючи забезпечення паліативної та симптоматичної допомоги, психологічної та соціальної підтримки інкурабельним онкологічним хворим, хронічним хворим у термінальній стадії та іншим контингентам, що потребують такого виду допомоги.

Рішення про відкриття хоспісу приймається територіальним органом охорони здоров'я, якому підпорядковується хоспіс. Діяльність хоспісу здійснюється відповідно до чинного законодавства, директивних та інструктивно-методичних документів МОЗ України, територіальних органів місцевого самоврядування.

Хоспіс розміщується в спеціально збудованій або пристосованій будівлі, що за набором та площею службових приміщень відповідає діючим санітарно-гігієнічним та будівельним нормам та правилам, вимогам техніки безпеки та протипожежним вимогам. Хоспіс має бути забезпеченим всіма видами комунальних вигод для перебування тяжкохворих, що потребують медичної та соціальної допомоги.

Основні завдання хоспісу

1. Підвищення доступності кваліфікованої стаціонарної та амбулаторної медичної допомоги інкурабельним хворим та хронічно хворим у термінальній стадії.
2. Здійснення медичного догляду за інкурабельними онкологічними хворими, хронічно хворими у термінальній стадії.
3. Надання госпіталізованим хворим та їх родичам активної психологічної та соціальної підтримки.
4. Забезпечення наданням екстреної медичної допомоги госпіталізованим хворим в разі невідкладних станів.
5. Забезпечення належного лікувально-охоронного, санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму.
6. Забезпечення взаємодії з іншими медичними та немедичними закладами при вирішенні питань надання медико-соціальної допомоги.
7. Організація патронажного нагляду за інкурабельними онкологічними хворими та хронічними хворими у термінальній стадії вдома в разі неможливості їх госпіталізації в стаціонарне відділення хоспісу.

Співпрацює з установами соціального захисту та іншими медичними та немедичними закладами та громадськими, релігійними організаціями з питань надання медико-соціальної допомоги.

Основні принципи діяльності хоспісу, що підтримуються ВООЗ в тому, що паліативна медицина:

- затверджує життя та розглядає смерть як нормальний процес;
- не прискорює та не уповільнює смерть;
- забезпечує полегшення болю та інших симптомів, що непокоять;
- пропонує систему підтримки, щоб допомогти хворим жити активним життям до кінця;
- пропонує систему підтримки, щоб допомогти сім'ям впоратися з труднощами під час хвороби родича, а також після його смерті.

Деонтологічні аспекти спілкування з невиліковними хворими та їх родичами.

Деонтологія – це наука і практика про морально-етичні обов'язки медика, у тому числі і студента-медика, у процесі його професійної, лікувально-діагностичної, навчальної і наукової клінічної діяльності, що визначає психоетичні норми взаємовідносин лікаря з пацієнтами і колегами. Це - сукупність етичних принципів і правил поведінки медичного працівника під час виконання професійних обов'язків, тобто надання хворій людині максимального обсягу фахової допомоги, а також передбачає виключення ймовірності завдання їй шкоди та сприяє підвищенню ефективності лікування пацієнта і запобігання виникненню ускладнень, хронізації процесу та приєднанню супутніх захворювань. Загалом сутності поняття медичної психології найкраще відповідає латинська приказка "Salus aegroti suprema lex" (Добро хворого - найвищий закон). Медична деонтологія припускає право медиків на професійну гідність і честь, включає нормативні принципи поведінки лікаря. У структурі медичної етики деонтологія займає особливе місце.

Визначаючи перелік особистісних якостей лікаря, найбільш важливими для ефективної професійної діяльності слід вважати: високий рівень особистої відповідальності, повага, терпимість, безоціночне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від співпадання його морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та прийнятними для самого лікаря, щира зацікавленість особистістю пацієнта і причинами, що призвели до патологічних розладів; інтуїція, що ґрунтується на знаннях та життєвому і

професійному досвіді, уміння прогнозувати події; прагнення до самопізнання, саморозвитку; тактовність, вихованість; уміння зберігати лікарську таємницю; допитливість; ініціативність, цілеспрямованість, наполегливість; креативність; ерудованість.

Комунікація (від лат. *communicatio* — єдність, передача, з'єднання, повідомлення від лат. дієслова *communico* — роблю спільним, повідомляю, з'єдную, спілкуюсь) — це процес обміну інформацією (фактами, ідеями, поглядами, емоціями тощо) між двома або більше особами, спілкування за допомогою вербальних і невербальних засобів із метою передавання та одержання інформації.

Основною ознакою ефективної комунікації є якісний зворотній зв'язок між тим, що ви повідомили, і тим, як вас почули і зрозуміли. Для того щоб підтримувати довірчі відносини і бути ефективним в наданні якісної педіатричної паліативної допомоги, необхідно розуміти специфіку та особливості групи людей, з якими спілкуєтесь. Говорячи про роботу з родичами і сім'єю в цілому, необхідно враховувати мультидисциплінарний характер надання допомоги і особиста готовність кожного фахівця до контакту.

Довіра до фахівців — одна з основних стратегій, яку використовують люди, щоб впоратися з невизначеністю і тривогою. Родичі дитини — це ті люди, які змушені довіряти фахівцям. Це означає, що фахівцеві необхідно розуміти їх потреби та особливості.

Якщо ви помітили неефективність комунікації, зверніть увагу, на якому рівні стався розлад: емоційний (раптовий прояв негативних емоцій), когнітивний (заперечення, складності в розумінні, пошук інших варіантів) або поведінковий (розбіжність в словах і вчинках людини).

Емоційна підтримка для пацієнта - це прийняття його родичами, товаришами по службі, медичним персоналом, пацієнтами, визнання його особистісної, людської цінності та значущості незалежно від того, якими якостями він володіє, хворий він, або здоровий; пацієнт приймається таким, яким він є, не дивлячись на те, що він може відрізнятись від інших.

Так само необхідно допомогти пацієнтові і його близьким повірити в позитивний результат.

У роботі з сім'єю потрібно враховувати вплив хворого члена сім'ї на всю сім'ю, а також міру впливу сімейного оточення на хворого. При захворюванні одного члена сім'ї, медпрацівник, який працює з цією сім'єю, зобов'язаний стежити за станом здоров'я і життєдіяльністю всієї родини. Він спостерігає, як сім'я впливає на прояви захворювання. Це один з головних принципів сімейної медицини: захворювання розглядається не сама по собі, а у зв'язку з функцією всієї родини.

Необхідно завжди цікавитися ставленням до хворого інших членів сім'ї, близькими родичами хворого, їх заняттями, роботою, навчанням, навіть при їх відсутності під час візиту.

Хвора людина, залишаючись наодинці зі своїми проблемами, відчуває себе абсолютно відокремленого. Треба дати зрозуміти пацієнту, що він не самотній у своєму горі. Необхідно дати раду близьким, як можна більше приділяти хворому уваги і турботи. Допомогти хворому психологічно подолати свою недугу можна також, запропонувавши йому захоплююче заняття.

Сім'я - служить основним, а іноді і єдиним джерелом соціальної підтримки пацієнта.

При спілкуванні з невиліковним хворим та членами його родини, лікарю потрібно:

- Вміти контролювати і правильно висловлювати свої власні емоції;
- Не конфліктувати з пацієнтом і його сім'єю навіть у тих випадках, коли свідомо правильна інформація або пропозиція виходить саме від медика;
- Регулярно відвідувати заняття, тренінги та консультацій психолога.

Завдання для опрацювання теоретичного матеріалу:

- Скласти словник основних понять з теми

1.Практичні роботи (завдання), які виконуватимуться:

1. У приймальне відділення стаціонару звернувся хворий з вулиці у важкому стані, неохайно одягнений, брудний, без документів. Лікар відмовив в огляді і наданні допомоги, посилаючись на асоціальний стан хворого та відсутність документів. Оцінити дії лікаря:
 - А. Лікар має рацію.
 - В. Лікар повинен був викликати міліцію для переведення пацієнта в спецприймник.
 - С. Кожна людина має право на меддопомогу.
 - Д. Лікар повинен надати допомогу після встановлення особи пацієнта.
 - Е. Лікар повинен надавати допомогу тільки мешканцям за місцем реєстрації.
2. Під час відпустки лікар приховав своє відношення до медицини і не надав допомогу хворому з серцевим нападом, аргументуючи тим, що він перебуває у відпустці. Оцінити дії лікаря:
 - А. Кожна людина має право на відпочинок.
 - В. Кожна людина має право на меддопомогу.
 - С. Лікар зобов'язаний надати допомогу в будь-якій час.
 - Д. Лікар зробив правильно.
 - Е. Лікар несе кримінальну відповідальність за непередставлення меддопомоги.
3. Хворий відмовляється від проведення необхідного обстеження і лікування, пояснюючи це своїм віросповіданням. Лікар докладає всіх зусиль, щоб роз'яснити хворому необхідність в обстеженні і виконати свій професійний обов'язок. Оцініть дії лікаря:
 - А. Лікар повинен виконати свої професійні обов'язки.
 - В. Хворий має право відмовитися від меддопомоги.
 - С. Лікар повинен переконати родичів хворого в необхідності його лікування.
 - Д. Лікар може призначити лікування хворому без обстеження.
 - Е. Хворий не має права відмовлятися від обстеження та лікування.
4. Лікар-інтерн хірургічного відділення постійно конкурує з колегами, намагається за будь-яку ціну довести, що він кращий, прагне бути присутнім на всіх операціях, обов'язково отримати дозвіл асистувати, чергувати разом із куратором, ставить багато питань на засіданнях. Який тип поведінки він вибрав?
 - А. Пристосування.
 - С. Компроміс.
 - Е. Співпраця.
 - В. Змагання.
 - Д. Уникнення.
5. На прийомі в поліклініці хворому не сподобався зовнішній вигляд лікаря: брудний пом'ятий халат, відсутність шапочки, неакуратно підстрижені нігті. Хворий відмовився від консультації лікаря. Ваша думка:
 - А. Хворий правий, велике значення має зовнішній вигляд лікаря.
 - В. Якщо лікар – гарний фахівець, зовнішній вигляд не має значення.
 - С. Якщо хворий потребує допомоги лікаря, то його вигляд не має значення
 - Д. Тактовний хворий зробить вигляд, що не звернув уваги на зовнішній вигляд лікаря.
 - Е. Всі відповіді можливі

Тестові завдання для самоконтролю:

1. Визначення паліативної допомоги.
2. Паліативний пацієнт
3. Завдання та зміст роботи хоспісу
4. Права паліативного пацієнта

5. Основні принципи надання паліативної допомоги.
6. Основи мультидисциплінарного підходу у роботі з інакурабельними пацієнтами.
7. Деонтологічні та психологічні аспекти спілкування з інакурабельними хворими.
8. Деонтологічні аспекти спілкування з родичами невиліковного хворого
9. Завдання та зміст роботи хоспісу
10. Права паліативного пацієнта

Індивідуальні завдання для здобувачів вищої освіти з теми:

- Розробити індивідуальний план надання допомоги паліативному хворому
- Виписати рецепт за формою №3
- Розробити схему знеболюючої терапії паліативному хворому

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

4. 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.
5. Навички комунікацій в педіатричній паліативній допомозі. Посібник для фахівців, які працюють з дітьми з невиліковними захворюваннями / О. О. Ріга, А. Ю. Пеньков. — Х. : Водний спектр Джі-Ем-Пі, 2017. — 44 с.
6. Наказ МОЗ України від 04.06. 2020 № 1308 Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE34892.html
7. Наказ МОЗ України від 04.03.2022 №409 Про надання паліативної допомоги та замісної підтримувальної терапії пацієнтам в умовах воєнного стану.
8. Паліативна та хоспісна допомога: підручник за ред. В.Ю. Вороненка, Ю.І. Губського. – Вінниця: Нова книга, 2017. – 392 с.
9. Паліативна та хоспісна допомога хворим на туберкульоз: навчальний посібник (ВНЗ ІV р. а.) / Ю.І. Феценко, В.М. Князевич, О.М. Разнатовська, Н.А. Гріцова. – Київ: Медицина, 2017. – 128 с.
10. 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.
11. Електронний ресурс ВООЗ <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>