

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ: СУЧАСНІ ОРІЄНТИРИ

Навчально-методичний посібник для лікарів, які проходять навчання
на циклі вторинної лікарської спеціалізації за спеціальністю
«Терапія», здобувачів вищої медичної освіти 5–6 років навчання
та лікарів-інтернів зі спеціальності «Внутрішні хвороби»

Електронний ресурс

Харків – 2026

Рецензенти:

Н. М. ЖЕЛЕЗНЯКОВА – завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Харківського національного медичного університету, доктор медичних наук, професор;

Н. В. ШУМОВА – доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, кандидат медичних наук, доцент.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 9 від 25 червня 2026 року)*

Основні клінічні протоколи та рекомендації з внутрішньої медицини:
О-75 сучасні орієнтири : навчально-методичний посібник [Електронний ресурс] / Т. В. Пересипкіна, В. В. Златкіна, А. О. Несен, Н. В. Біла, І. В. Шокало, Л. В. Сапричова, І. М. Коломицева. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – (PDF 147 с.)

Навчально-методичний посібник «Основні клінічні протоколи та рекомендації з внутрішньої медицини: сучасні орієнтири» містить систематизовані дані про чинні накази МОЗ України, клінічні настанови та актуальні міжнародні рекомендації з протоколами ведення, алгоритмами діагностики і лікування основних захворювань внутрішніх органів. Матеріал подано у зручному табличному форматі з використанням інтерактивних гіперпосилань для миттєвого доступу до першоджерел, що забезпечує швидку навігацію та високу практичну цінність. Видання доповнене системою самоконтролю (тести, ситуаційні задачі) для розвитку клінічного мислення і призначене для лікарів, які проходять навчання на циклі вторинної лікарської спеціалізації за спеціальністю «Терапія», здобувачів вищої медичної освіти 5–6 років навчання та лікарів-інтернів зі спеціальності «Внутрішні хвороби»

УДК 616.1/.4:002.1](075.8)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2026

© Пересипкіна Т. В., Златкіна В. В., Несен А. О., Біла Н. В., Шокало І. В., Сапричова Л. В., Коломицева І. М., 2026

ЗМІСТ

Структурна частина	Назва розділу	Нозологічні одиниці / зміст розділу	Стор .
Передмова		Мета, структура, призначення посібника, принципи використання клінічних протоколів, настанов і міжнародних рекомендацій	6
РОЗДІЛ I	Захворювання серцево-судинної системи	Гіпертонічна хвороба, артеріальна гіпертензія, вторинні артеріальні гіпертензії, гіпертензивні кризи; дисліпідемії; хронічна серцева недостатність; стабільна ішемічна хвороба серця; гострий коронарний синдром без елевації ST; гострий коронарний синдром з елевацією ST; міокардит; перикардит; інфекційний ендокардит; вроджені вади серця у дорослих; кардіоміопатії; аритмії; ревматична лихоманка; хронічна ревматична хвороба серця	7
Навчально-контрольний блок до розділу I	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		24
РОЗДІЛ II	Захворювання дихальної системи	Пневмонія; бронхіальна астма; хронічне обструктивне захворювання легень; легенева гіпертензія; тромбоемболія легеневої артерії; дихальна недостатність; бронхоектатична хвороба; плевральний випіт; пневмоконіоз; грибкові та паразитарні захворювання легень; саркоїдоз органів дихання; фіброзуючий альвеоліт	28
Навчально-контрольний блок до розділу II	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		39
РОЗДІЛ III	Захворювання органів травлення	Функціональна диспепсія; гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба; пептична виразка; <i>Helicobacter pylori</i> -асоційовані захворювання; синдром подразненого кишківника; хронічний панкреатит; захворювання тонкого кишківника; запальні захворювання кишківника, хвороба Крона, виразковий коліт; захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів; хвороби печінки, гепатити, метаболічно асоційована стеатотична хвороба печінки; цироз печінки та його ускладнення	43

Навчально-контрольний блок до розділу III	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		62
РОЗДІЛ IV	Захворювання нирок і сечовидільної системи	Гломерулонефрити; інфекції сечовидільних шляхів; діабетична нефропатія; полікістоз нирок; подагрична нефропатія; вагітність і хронічна хвороба нирок; гостре ураження нирок; сечокам'яна хвороба	66
Навчально-контрольний блок до розділу IV	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		77
РОЗДІЛ V	Захворювання ендокринної системи та обміну речовин	Ожиріння; метаболічний синдром; цукровий діабет 2 типу; цукровий діабет 1 типу; первинний і субклінічний гіпотиреоз; гіпертиреоз / тиреотоксикоз; зоб і доброякісні вузлові утворення щитоподібної залози; рак щитоподібної залози; аутоімунний тиреоїдит / тиреоїдит Хашимото; підгострий тиреоїдит; надниркова недостатність; синдром Кушинга; феохромоцитома; пухлини гіпофіза; нецукровий діабет; гіперпаратиреоз; гіпопаратиреоз; остеопороз; подагра	81
Навчально-контрольний блок до розділу IV	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		99
РОЗДІЛ VI	Системні та сполучнотканинні захворювання	Ревматоїдний артрит; системний червоний вовчак; системні васкуліти; системна склеродермія; дерматоміозит; остеоартрит; псоріатичний артрит; анкілозуючий спондиліт; хвороба Шегрена; антифосфоліпідний синдром; фіброміалгія	104
Навчально-контрольний блок до розділу VI	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		114

РОЗДІЛ VII	Захворювання системи крові та кровотворення	Залізодефіцитна анемія; мегалобластна анемія; анемія хронічних захворювань; синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові; порушення системи гемостазу; гострий мієлобластний лейкоз; хронічний мієлоїдний лейкоз; лімфома Ходжкіна; неходжкінські лімфоми; множинна мієлома; лімфаденопатії; паранеопластичний синдром; побічні гематологічні ускладнення лікарської терапії	118
Навчально-контрольний блок до розділу VII	Контрольні питання, тестування, ситуаційні задачі		129
Навчально-контрольний блок	Еталони відповідей на тестування, ситуаційні задачі		134
Перелік літературних джерел			144

Передмова

Навчально-методичний посібник «Основні клінічні протоколи та рекомендації з внутрішньої медицини: сучасні орієнтири» підготовлено з метою систематизації чинних нормативних документів Міністерства охорони здоров'я України, уніфікованих клінічних протоколів, настанов, заснованих на доказах, а також актуальних міжнародних рекомендацій, які визначають сучасні підходи до діагностики, лікування, профілактики та диспансерного ведення пацієнтів із захворюваннями внутрішніх органів.

Посібник призначений для лікарів, які проходять навчання на циклі вторинної лікарської спеціалізації за спеціальністю «Терапія», здобувачів вищої медичної освіти 5–6 років навчання та лікарів-інтернів зі спеціальності «Внутрішні хвороби». До нього включено найбільш актуальні клінічні протоколи та рекомендації з основних розділів внутрішньої медицини, що мають практичне значення для підготовки фахівця і щоденної лікарської діяльності.

Матеріали оновлено відповідно до офіційних джерел МОЗ України та провідних міжнародних професійних товариств станом на 2026 рік.

Особливістю посібника є структуроване подання матеріалу у вигляді таблиць та використання інтерактивних гіперпосилань на першоджерела. Такий формат значно полегшує сприйняття і систематизацію клінічної інформації, дає змогу швидко знаходити потрібні відомості та отримувати прямий доступ до актуальних нормативних документів і міжнародних настанов. Це дозволяє оперативно зіставляти алгоритми діагностики і лікування, критерії оцінки стану пацієнта, показання, протипоказання та інші ключові положення сучасних рекомендацій, що робить посібник максимально зручним як для навчального процесу, так і для швидкої довідки у практичній роботі.

Для закріплення матеріалу після кожного розділу подано питання для самоконтролю, тестові завдання та ситуаційні задачі, що потребують розгорнутих відповідей. Така побудова сприяє не лише перевірці засвоєння теоретичних знань, а й формуванню навичок клінічного мислення, диференційної діагностики, обґрунтування діагнозу та вибору оптимальної тактики ведення пацієнта відповідно до чинних протоколів і рекомендацій.

Поєднання довідкового матеріалу з елементами самоконтролю підвищує навчальну цінність посібника, активізує самостійну роботу здобувачів освіти та сприяє інтеграції теоретичних знань у практичну діяльність. Таким чином, посібник є не лише джерелом актуальної професійної інформації, а й ефективним засобом навчання, підготовки до практичних занять і професійного вдосконалення.

З глибокою повагою, колектив авторів.

РОЗДІЛ I. Захворювання серцево-судинної системи

	Гіпертонічна хвороба (артеріальна гіпертензія). Вторинні артеріальні гіпертензії. Гіпертензивні кризи
Національний документ (МОЗ)	КПМДУ “Артеріальна гіпертензія (Гіпертонічна хвороба)
Номер, дата, статус	12 вересня 2024 року № 1581 Чинний до 2029 р.
Міжнародні рекомендації	ESC/ESH Guideline for the Management of Arterial hypertension
Рік опублікування	2024
Короткий зміст	Рекомендації ESC/ESH 2024 визначають сучасні підходи до діагностики, стратифікації ризику та лікування артеріальної гіпертензії. Цільовий рівень артеріального тиску становить <140/90 мм рт.ст. для більшості пацієнтів і <130/80 мм рт.ст. для осіб молодшого віку або з високим ризиком. Базою терапії є комбінація препаратів у фіксованих дозах (іАПФ або БРА з антагоністом кальцію чи тіазидним діуретиком) з подальшою індивідуалізацією лікування та контролем супутніх факторів ризику.

Посилання	https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178 https://moz.gov.ua/storage/uploads/16883422-f721-4d41-af37-15ea3f753322/dn_1581_12092024_dod.pdf
	Дисліпідемії
Національний документ (МОЗ)	1) УКПМД Профілактика серцево-судинних захворювань, 2016 2) Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з дисліпідеміями, 2020 3) Настанова 00525. Лікування дисліпідемій, 2017
Номер, дата, статус	13.06.2016 № 564, чинний
Міжнародні рекомендації	ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias
Рік опублікування	2019, 2025
Короткий зміст	Переглянуто підходи до оцінки серцево-судинного ризику, фармакологічного зниження ХС ЛПНЩ, лікування під час гострих коронарних синдромів, ролі ліпопротеїну(а), ведення гіпертригліцеридемії, а також особливостей профілактики у пацієнтів з ВІЛ, онкологічних хворих і питань дієтичних добавок. Основу документа становить ризик-орієнтований підхід. Для осіб без відомого серцево-судинного захворювання рекомендовано використовувати SCORE2 і SCORE2-OP, а інтенсивність ліпідознижувальної терапії визначати залежно від загального ризику та вихідного рівня ХС ЛПНЩ. Цільові рівні ХС ЛПНЩ залишаються такими самими, як у настанові 2019 року: чим вищий ризик, тим нижчою має бути ціль, а додатковими модифікаторами ризику можуть бути субклінічний атеросклероз за даними візуалізації, підвищений коронарний кальцій та інші клінічні чинники. У лікуванні документ підкреслює пріоритет агресивного зниження ХС ЛПНЩ. Окрім статинів, езетимібу та інгібіторів PCSK9, додано нові дані щодо бемпедоевої кислоти та

	евінакумабу при гомозиготній сімейній гіперхолестеринемії. Окремо акцентовано на ранньому комбінованому ліпідознижувальному лікуванні вже під час індексної госпіталізації при гострому коронарному синдромі, а також на сучасному підході до Лп(а) і гіпертригліцеридемії.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_564_ykpm_d_pssz.pdf https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/dyslipidaemias/ https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3359 https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-15-uk/glava-2-standarti-dagnostiki-ta-likuvannya-zahvoryuvan-sertsevo-sudinnoyi-sistemi/05-klinichnij-protokol-nadannya-medichnoyi-dopomogi-hvorim-z-dislipidemiymi/

	Хронічна серцева недостатність
Національний документ (МОЗ)	Рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності
Номер, дата, статус	2024
Міжнародні рекомендації	ESC/ESH Guideline for the Management of Heart Failure
Рік опублікування	2021, 2023
Короткий зміст	Рекомендації 2024 року узагальнюють сучасні підходи до діагностики, лікування та профілактики хронічної серцевої недостатності з позицій доказової медицини. Документ орієнтований на лікарів різних спеціальностей і базується на оновлених міжнародних документах 2021–2023 років, адаптованих до української клінічної практики. У центрі рекомендацій стоїть сучасна класифікація серцевої недостатності за стадіями A-D та за фенотипами залежно від фракції викиду лівого шлуночка: зі зниженою, помірно

	зниженою, збереженою та покращеною ФВ. Для встановлення діагнозу потрібні симптоми й/або ознаки СН у поєднанні з об'єктивними даними про дисфункцію серця, а ключовими методами є ЕКГ, ехокардіографія, натрійуретичні пептиди, рентгенографія грудної клітки та базові лабораторні дослідження. Лікувальна стратегія залежить від стадії та фенотипу СН. Для пацієнтів із симптомною СН зі зниженою ФВ основою є 4-компонентна терапія: інгібітор РААС, бета-блокатор, антагоніст мінералокортикоїдних рецепторів та інгібітор НЗКТГ2; за потреби додають діуретики, івабрадин та апаратні методи лікування. Окремий акцент зроблено на профілактиці, навчанні пацієнта, самоконтролі, реабілітації та довготривалому спостереженні.
Посилання	https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/focused-update-on-heart-failure-guidelines/ https://cardiocongress.org.ua/wp-content/uploads/2024/09/%D0%A0%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97-%D0%A5%D0%A1%D0%9D-%D0%906-1.pdf

	Стабільна ішемічна хвороба серця
Національний документ (МОЗ)	УКПМД “Стабільна ішемічна хвороба серця”
Номер, дата, статус	23 грудня 2021 року № 2857, чинний
Міжнародні рекомендації	«Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes, European Society of Cardiology
Рік опублікування	2019,2024

Короткий зміст	Протокол розглядає стабільну ІХС як хронічне, зазвичай прогресуюче захворювання, яке потребує безперервного ведення пацієнта на всіх рівнях медичної допомоги. Документ базується на принципах доказової медицини та поєднує діагностику, лікування, профілактику і послідовну маршрутизацію пацієнта.
	Основу ведення становлять клінічна оцінка скарг і факторів ризику, ЕКГ, базові лабораторні дослідження, а на спеціалізованому рівні також ЕхоКГ, навантажувальні тести, методи візуалізації та, за показаннями, коронарографія. Важливе місце займає стратифікація ризику, оскільки саме вона визначає подальшу лікувальну тактику. Лікування включає модифікацію способу життя, навчання пацієнта, антиангінальну терапію, антитромботичні препарати, статини, а за показаннями іАПФ або БРА. Якщо симптоми не контролюються на тлі оптимальної медикаментозної терапії, розглядають реваскуляризацію шляхом ПКВ або АКШ.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/12/2021_2857_ykpm_d_stabihs.pdf https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/chronic-coronary-syndromes/

	Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST
Національний документ (МОЗ)	УКПМД «Гострий коронарний синдром без елевації сегмента ST»
Номер, дата, статус	15 вересня 2021 року № 1957, чинний
Міжнародні рекомендації	2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes
Рік опублікування	2023

Короткий зміст	Протокол визначає єдиний підхід до надання допомоги пацієнтам із гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST на всіх етапах: від догоспітального до спеціалізованого лікування та кардіореабілітації. Його мета полягає у швидкій діагностиці, правильній стратифікації ризику, зменшенні смертності та інвалідності, а також у забезпеченні наступності медичної допомоги. Ключовою ідеєю документа є ранній розподіл пацієнтів за ступенем ризику на основі клінічної картини, ЕКГ та лабораторних маркерів, насамперед серцевого тропоніну. Уже на догоспітальному етапі передбачені швидка оцінка стану, повторна реєстрація ЕКГ за потреби, пульсоксиметрія, початок невідкладної терапії та обов’язкова госпіталізація до спеціалізованого стаціонару. Лікування включає раннє застосування антитромбоцитарної терапії, антикоагулянтів, бета-блокаторів, статинів у високих дозах, нітратів, за показаннями іАПФ або БРА та своєчасне вирішення питання щодо інвазивної тактики. Терміни коронарографії та реваскуляризації залежать від ризику: пацієнти з дуже високим і високим ризиком потребують максимально раннього інтервенційного підходу, тоді як у стабільніших випадках тактика визначається після додаткової оцінки.
Посилання	https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/acute-coronary-syndromes-ac-s-guidelines/ https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/2021/08/04/2021_07_21_%D0%A3%D0%9A%D0%9F%D0%9C%D0%94_NSTEMI.pdf

	Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST
--	---

Національний документ (МОЗ)	УКПМД “Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST”
Номер, дата, статус	14 вересня 2021 року № 1936, чинний
Міжнародні рекомендації	2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes
Рік опублікування	2017, 2023
Короткий зміст	Протокол визначає єдиний підхід до надання допомоги пацієнтам із гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST на всіх етапах: від догоспітального до спеціалізованого лікування та кардіореабілітації. Його мета полягає у швидкій діагностиці, правильній стратифікації ризику, зменшенні смертності та інвалідності, а також у забезпеченні наступності медичної допомоги. Ключовою ідеєю документа є ранній розподіл пацієнтів за ступенем ризику на основі клінічної картини, ЕКГ та лабораторних маркерів, насамперед серцевого тропоніну. Уже на догоспітальному етапі передбачені швидка оцінка стану, повторна реєстрація ЕКГ за потреби, пульсоксиметрія, початок невідкладної терапії та обов’язкова госпіталізація до спеціалізованого стаціонару. Лікування включає раннє застосування антитромбоцитарної терапії, антикоагулянтів, бета-блокаторів, статинів у високих дозах, нітратів, за показаннями іАПФ або БРА та своєчасне вирішення питання щодо інвазивної тактики. Терміни коронарографії та реваскуляризації залежать від ризику: пацієнти з дуже високим і високим ризиком потребують максимально раннього інтервенційного підходу, тоді як у стабільніших випадках тактика визначається після додаткової оцінки.
Посилання	https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/acute-coronary-syndromes-acs-guidelines/

	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/09/2021_1936_ykpmd_gkszelev.pdf
--	---

	Міокардит
Національний документ (МОЗ)	1)Протокол надання медичної допомоги хворим із міокардитом, 2006 1)Рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики та лікування міокардиту, 2021 2) Настанова 00092. Міокардит оновлення, 2017
Номер, дата, статус	<u>Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436</u>
Міжнародні рекомендації	ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis
Рік опублікування	2025
Короткий зміст	Рекомендації з діагностики та лікування міокардиту, які узагальнюють сучасні дані про його визначення, етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні варіанти перебігу. Документ пояснює, які інфекційні, токсичні, медикаментозні та автоімунні чинники можуть спричиняти міокардит, і як запальний процес переходить у систолічну дисфункцію, серцеву недостатність та дилатаційну кардіоміопатію. Окремий великий розділ присвячений діагностиці. У рекомендаціях описані клінічні ознаки підозрюваного міокардиту, роль лабораторних маркерів, ЕКГ, холтерівського моніторування, ехокардіографії, кардіальної МРТ, ПЕТ та ендоміокардіальної біопсії. Акцент зроблено на тому, що МРТ є ключовим неінвазивним методом, а ендоміокардіальна біопсія залишається золотим стандартом у складних і тяжких випадках.

	У частині лікування документ рекомендує обмеження фізичного навантаження, ведення серцевої недостатності за сучасними стандартами, контроль аритмій і тромбоемболічних ускладнень. Для тяжких форм міокардиту окремо наведені показання до патогенетичної, зокрема імуносупресивної, терапії.
Посилання	https://www.rheumatology.kiev.ua/wp/wp-content/uploads/2021/10/1230.pdf?upload= https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2998 https://academic.oup.com/eurheartj/article/46/40/3952/8234483?login=false

	Перикардит
Національний документ (МОЗ)	1) Протокол надання медичної допомоги хворим із перикардитом, 2006 1) Рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хвороб перикарда, 2016 2) Настанова 001111. Перикардит, 2017
Номер, дата, статус	03.07.2006 № 436, чинний
Міжнародні рекомендації	ESC Guidelines for the management of myocarditis and pericarditis
Рік опублікування	2025
Короткий зміст	Документ присвячений сучасним підходам до діагностики та лікування хвороб перикарда. У ньому розглянуті основні перикардальні синдроми: гострий, рецидивуючий і хронічний перикардит, перикардальний випіт, тампонада серця, констриктивний перикардит та ураження перикарда в поєднанні з міокардитом. Також узагальнені інфекційні й неінфекційні причини цих станів. Окрема увага приділена діагностиці. У рекомендаціях наведені клінічні критерії гострого перикардиту, значення ЕКГ,

	ехокардіографії, рентгенографії, КТ, МРТ і лабораторних маркерів запалення. Для перикардіального випоту, тампонади та констриктивного перикардиту описані діагностичні алгоритми, критерії тяжкості та підходи до диференційної діагностики.
	У розділі лікування подані практичні схеми ведення пацієнтів. Для гострого і рецидивуючого перикардиту як базову терапію рекомендовано ацетилсаліцилову кислоту або НПЗП у поєднанні з колхіцином, а глюкокортикоїди розглядаються не як перша лінія. При тампонаді серця основним методом є невідкладне дренування, а при хронічному констриктивному перикардиті основним лікуванням є перикардектомія.
Посилання	https://academic.oup.com/eurheartj/article/46/40/3952/8234483?login=false https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3827 https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-15-uk/glava-2-standarti-diagnostiki-ta-likuvannya-zahvoryuvan-sertsevo-sudinnoyi-sistemi/11-klinichnij-protokol-nadannya-medichnoyi-dopomogi-hvorim-z-gostrim-perikarditom-hronichnim-konstriktivnim-perikarditom/ https://www.rheumatology.kiev.ua/wp/wp-content/uploads/2016/03/988.pdf?upload=

	Інфекційний ендокардит
Національний документ (МОЗ)	1) Протокол надання медичної допомоги хворим на інфекційний міокардит, 2006 2) Рекомендації Всеукраїнської асоціації кардіологів України. Інфекційний ендокардит. Рекомендації з профілактики, діагностики та лікування інфекційного ендокардиту* діагностики та лікування хвороб перикарда, 2015 3) Настанова 00963. Інфекційний ендокардит, 2017
Номер, дата, статус	<u>Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436</u>

Міжнародні рекомендації	ESC Guidelines for the management of endocarditis
Рік опублікування	2023
Короткий зміст	Документ присвячений сучасним підходам до діагностики та лікування хвороб перикарда. У ньому розглянуті основні перикардальні синдроми: гострий, рецидивуючий і хронічний перикардит, перикардальний випіт, тампонада серця, констриктивний перикардит та ураження перикарда в поєднанні з міокардитом. Також узагальнені інфекційні й неінфекційні причини цих станів. Окрема увага приділена діагностиці. У рекомендаціях наведені клінічні критерії гострого перикардиту, значення ЕКГ, ехокардіографії, рентгенографії, КТ, МРТ і лабораторних маркерів запалення. Для перикардального випоту, тампонади та констриктивного перикардиту описані діагностичні алгоритми, критерії тяжкості та підходи до диференційної діагностики. У розділі лікування подані практичні схеми ведення пацієнтів. Для гострого і рецидивуючого перикардиту як базову терапію рекомендовано ацетилсаліцилову кислоту або НПЗП у поєднанні з колхіцином, а глюкокортикоїди розглядаються не як перша лінія. При тампонаді серця основним методом є невідкладне дренивання, а при хронічному констриктивному перикардиті основним лікуванням є перикардектомія.
Посилання	https://www.webcardio.org/nakaz-moz-ukrajiny-vid-03072006-436-.aspx https://www.rheumatology.kiev.ua/wp/wp-content/uploads/2016/01/964.pdf?upload= https://academic.oup.com/eurheartj/article/44/39/3948/7243107?login=false https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3701

	Вроджені вади серця у дорослих
Національний документ (МОЗ)	1) Протокол надання медичної допомоги хворим з вродженими вадами серця, 2006 2) Клінічна настанова «Вроджені вади серця», 2020
Номер, дата, статус	<u>Наказ МОЗ України від 03.07.2006 № 436</u>
Міжнародні рекомендації	ESC Guidelines for the management of Adult Congenital Heart Disease (previously Grown-Up Congenital Heart Disease)
Рік опублікування	2020
Короткий зміст	Документ присвячений веденню дорослих пацієнтів із вродженими вадами серця. У ньому узагальнено сучасні підходи до лікування аритмій, легеневої артеріальної гіпертензії, септальних дефектів, клапанних уражень, коарктації аорти, аномалії Ебштейна, тетради Фалло, транспозиції магістральних артерій, стану після операції Фонтена та вроджених аномалій коронарних артерій. Основна ідея рекомендацій полягає в тому, що дорослі хворі з помірними і тяжкими ВВС мають спостерігатися у спеціалізованих центрах із мультидисциплінарною командою. Тактика залежить від типу вади, наявності симптомів, перевантаження камер серця, легеневої гіпертензії, аритмій, ступеня регургітації або обструкції та ризику ускладнень. Для прийняття рішень велике значення мають ехокардіографія, інвазивна гемодинамічна оцінка та мультимодальна візуалізація. У лікуванні документ робить акцент на своєчасному інтервенційному або хірургічному втручанні за наявності чітких показань. В одних випадках перевагу надають катетерним методам, наприклад абляції, стентуванню чи транскатетерним клапанним втручанням, в інших потрібна кардіохірургія. Окремо підкреслено важливість контролю аритмій, антикоагулянтної терапії за показаннями, ведення

	легеневої гіпертензії та оцінки ризику вагітності у жінок із складними ВВС.
Посилання	https://www.webcardio.org/protokol-nadannya-medychnoji-dopomoghy-khvorym-z-vrodzhenymy-vadamy-sertsya.aspx
	https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-12-uk/glava-3-vrodzheni-vadi-sertsya/ https://health-ua.com/multimedia/userfiles/files/2020/ZKR_Kardio_Revma_2020/ZKR_Kardio_Revma_2020_st89.pdf

	Кардіоміопатії
Національний документ (МОЗ)	1. Протокол надання медичної допомоги хворим із дилатаційною кардіоміопатією, гіпертрофічною, рестриктивною, метаболічною КМП, аритмогенною КМП правого шлуночка, некласифікованими КПМ, 2006 2. Настанова 00094. Дилатаційна кардіоміопатія, 2017 3. Настанова 00095. Гіпертрофічна кардіоміопатія, 2017 4. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим з ДКМП, ГКМП, РКМП
Номер, дата, статус	<u>03.07.2006 № 436</u> , чинний
Міжнародні рекомендації	ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies
Рік опублікування	2023
Короткий зміст	Документ присвячений сучасним підходам до діагностики та ведення кардіоміопатій. У ньому розглянуто основні фенотипи захворювання: гіпертрофічну, дилатаційну,

	недилатаційну лівошлуночкову, аритмогенну правошлуночкову та рестриктивну кардіоміопатії, а також синдромні, метаболічні форми й амілоїдоз. Окремо підкреслено, що кардіоміопатії слід оцінювати не лише за морфологією, а й з урахуванням етіології, генетики, рубцевих змін міокарда та клінічного перебігу.
	Основу документа становить поетапний, фенотип-орієнтований діагностичний підхід. Рекомендації охоплюють клінічне обстеження, ЕКГ, холтерівське моніторування, ехокардіографію, МРТ серця, КТ, ядерну візуалізацію, ендоміокардіальну біопсію, лабораторні дослідження, генетичне тестування та генетичне консультування. Великий акцент зроблено на сімейному скринінгу, стратифікації ризику раптової серцевої смерті та виявленні специфічної причини кардіоміопатії, що впливає на прогноз і тактику лікування. У розділі лікування наведено як загальні принципи ведення пацієнтів, так і окремі підходи для кожного фенотипу. Документ охоплює терапію серцевої недостатності, контроль передсердних і шлуночкових аритмій, показання до ІКД, трансплантації серця, механічної підтримки кровообігу, фізичної активності, вагітності, психологічної підтримки та довготривалого спостереження. Таким чином, настанова пропонує цілісну модель ведення пацієнта з кардіоміопатією і його родини на всіх етапах діагностики та лікування.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3000 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3001 https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-15-uk/glava-2-standarti-diaagnostiki-ta-likuvannya-zahvoryuvan-sertsevo-sudinnoyi-sistemi/08-klinichnij-protokol-nadannya-medichnoyi-dopomogi-hvorim-z-dkmp

	Аритмії
--	----------------

Національний документ (МОЗ)	1) УКПМД «Фібриляція передсердь», 2016 2) Настанова 00056. Симптоми аритмії та обстеження пацієнта з аритмією, 2017 3) Настанова 00979. Лікування гострої фібриляції передсердь, 2018 4) Настанова 01009. Лікування тріпотіння передсердь, 2017 5) Настанова 00065. Шлуночкова тахікардія, 2017
	6) Настанова 00064. Шлуночкова екстрасистолія, 2017 7) Стандарти діагностики та лікування захворювань серцево-судинної системи – клінічні протоколи лікування аритмій, 2021
Номер, дата, статус	15.06.2016 № 597
Міжнародні рекомендації	ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias (VA) and the prevention of sudden cardiac death (SCD). ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation
Рік опублікування	2022, 2024
Короткий зміст	Рекомендації з ведення аритмій охоплюють увесь спектр порушень ритму і провідності: фібриляцію та тріпотіння передсердь, надшлуночкові тахікардії, шлуночкові аритмії, профілактику раптової серцевої смерті, а також брадикардії й порушення провідності, що потребують електрокардіостимуляції. Їхня головна мета полягає у точному визначенні типу аритмії, оцінці її клінічної значущості, виявленні структурного захворювання серця та зниженні ризику інсульту, серцевої недостатності, синкопе і раптової смерті. Основу діагностики становлять клінічна оцінка симптомів, стандартна ЕКГ, холтерівське або інше тривале моніторування ритму, ехокардіографія, а за показаннями електрофізіологічне дослідження, навантажувальні тести, візуалізація серця та оцінка супутніх факторів ризику.

	Для фібриляції передсердь окремо важлива стратифікація тромбоемболічного ризику, для шлуночкових аритмій і кардіоміопатій — оцінка ризику раптової серцевої смерті, апри брадикардиях і блокадах — встановлення зв'язку між Лікування залежить від виду аритмії та клінічного контексту.
	Воно включає модифікацію факторів ризику і лікування основної хвороби серця, антикоагулянтну терапію при фібриляції передсердь за показаннями, контроль частоти або ритму, застосування антиаритмічних препаратів, катетерну абляцію, імплантацію кардіостимулятора при брадикардиях, а в пацієнтів із шлуночковими аритміями чи високим ризиком раптової смерті — ІКД та інші методи профілактики. Таким чином, сучасний підхід до аритмій є персоналізованим і базується не лише на ЕКГ-фенотипі, а й на прогнозі конкретного пацієнта.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_597_ykpmf_fibrpreds.pdf https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2979 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3710 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3733 https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-15-uk/glava-2-standarti-dagnostiki-ta-likuvannya-zahvoryuvan-sertsevo-sudinnoyi-sistemi/ https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2986 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2985 https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/ventricular-arrhythmias-and-the-prevention-of-sudden-cardiac-death/ https://www.escardio.org/guidelines/clinical-practice-guidelines/all-esc-practice-guidelines/atrial-fibrillation/

	Ревматична лихоманка
--	-----------------------------

Національний документ (МОЗ)	Настанова 00002. Тривала лихоманка у дорослих
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2018-02-19
Міжнародні рекомендації	Jones Criteria (ACR/АНА) — критерії діагностики гострої ревматичної лихоманки WHO Guidelines for the Prevention and Diagnosis of Rheumatic Fever and Rheumatic Heart Disease
Рік опублікування	Jones Criteria — оновлення 2015 (чинні, з урахуванням епідеміологічного ризику) WHO — 2023 (профілактика, діагностика, вторинна профілактика)
Короткий зміст	Гостра ревматична лихоманка — це імунезапальне захворювання, що виникає після перенесеної β-гемолітичної стрептококової інфекції групи А, з ураженням серця, суглобів, ЦНС, шкіри та підшкірної клітковини. Діагностика базується на критеріях Джонса, які включають великі та малі клінічні критерії у поєднанні з доказами перенесеної стрептококової інфекції. Враховується епідеміологічний ризик регіону. Лікування включає антибактеріальну, протизапальну та симптоматичну терапію.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2934 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25908771/ https://www.who.int/publications/i/item/9789240100077

	Хронічна ревматична хвороба серця
Національний документ (МОЗ)	Наказ МОЗ України № 676 від 12.10.2006.

Номер, дата, статус	Станом на 2025 рік: протокол застарілий / втратив чинність, у практиці рекомендовано керуватися міжнародними настановами
Міжнародні рекомендації	WHO Guidelines for the Prevention and Management of Rheumatic Heart Disease ESC Guidelines for the Management of Valvular Heart Disease
Рік опублікування	WHO — 2023 ESC — 2021 (оновлення чинні)
Короткий зміст	Хронічна ревматична хвороба серця — це наслідок перенесеної гострої ревматичної лихоманки, що характеризується прогресуючим ураженням клапанного апарату серця, переважно мітрального та аортального клапанів. Діагностика базується на ехокардіографії, яка дозволяє виявити морфологічні зміни клапанів (потовщення, зрощення комісур, кальцифікацію) та оцінити ступінь клапанної недостатності або стенозу. Лікування включає медикаментозну терапію серцевої недостатності, контроль ритму та профілактику тромбоемболічних ускладнень при фібриляції передсердь. Ключовим елементом ведення є тривала вторинна профілактика ревматичної лихоманки бензатин-бензилпеніциліном, а при значущих клапанних вадах — кардіохірургічне лікування.
Посилання	https://www.who.int/publications/i/item/9789240100077 https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/fbd835e1-b9b7-414a-b6aa-9c279472bbdf/content

Контрольні питання.

- 1) Які основні фактори ризику розвитку серцево-судинних захворювань?
- 2) Які клінічні симптоми найчастіше спостерігаються при ішемічній хворобі серця?
- 3) Які основні критерії діагностики артеріальної гіпертензії?

- 4) У чому полягає різниця між стабільною стенокардією та гострим коронарним синдромом?
- 5) Які основні причини розвитку хронічної серцевої недостатності?
- 6) Які зміни на електрокардіограмі характерні для фібриляції передсердь?
- 7) Які основні принципи лікування пацієнтів із серцевою недостатністю?
- 8) Які клінічні прояви, методи діагностики та принципи лікування перикардиту?
- 9) Які основні етіологічні чинники, клінічні ознаки та підходи до діагностики міокардиту?
- 10) Які діагностичні критерії, ускладнення та принципи лікування інфекційного ендокардиту?

Контрольне тестування до розділу I.

1) Який симптом є найбільш типовим для стабільної стенокардії напруження?

- A. Стискаючий біль за грудниною, що виникає при фізичному навантаженні
- B. Тривалий колючий біль у ділянці верхівки серця
- C. Біль у грудній клітці, що посилюється при диханні
- D. Біль у лівій половині грудної клітки при пальпації
- E. Раптовий короткочасний біль без зв'язку з навантаженням

2) Яка ознака є діагностичним критерієм артеріальної гіпертензії?

- A. Зниження артеріального тиску вночі
- B. Одноразове підвищення артеріального тиску після стресу
- C. Стійке підвищення артеріального тиску $\geq 140/90$ мм рт. ст.
- D. Різниця тиску на обох руках до 5 мм рт. ст.
- E. Підвищення лише діастолічного тиску до 85 мм рт. ст.

3) Яка аритмія характеризується відсутністю зубця Р та нерегулярними інтервалами R-R на ЕКГ?

- A. Шлуночкова екстрасистолія
- B. Синусова тахікардія
- C. Атріовентрикулярна блокада I ступеня
- D. Фібриляція передсердь
- E. Синусова брадикардія

4) Який препарат належить до базисної терапії хронічної серцевої недостатності зі зниженою фракцією викиду?

- A. Дротаверин
- B. Інгібітор ангіотензинперетворювального ферменту
- C. Дипіридамол

- D. Ацетазоламід
- E. Дигоксин як єдиний препарат

5) Яка ознака найбільш характерна для гострого перикардиту?

- A. Безболісний перебіг із вираженою артеріальною гіпертензією
- B. Біль, що виникає лише після фізичного навантаження
- C. Біль у грудній клітці, що зменшується в положенні сидячи з нахилом уперед
- D. Напади серцебиття без больового синдрому
- E. Біль, що повністю зникає після прийому їжі

6) Який метод є найбільш інформативним для виявлення випоту в порожнині перикарда?

- A. Спірографія
- B. Ехокардіографія
- C. Холтерівське моніторування ЕКГ
- D. Велоергометрія
- E. Капнографія

7) Яка із перелічених ознак найбільш типова для міокардиту?

- A. Зв'язок появи симптомів із перенесеною вірусною інфекцією
- B. Раптове підвищення артеріального тиску без інших проявів
- C. Ізольований біль у правому підребер'ї
- D. Стійка гіпоглікемія
- E. Відсутність будь-яких змін на ЕКГ та ехокардіографії

8) Яка ознака є найбільш характерною для інфекційного ендокардиту?

- A. Наявність лише набряків нижніх кінцівок
- B. Ізольоване підвищення артеріального тиску
- C. Короткочасний біль у грудній клітці після фізичного навантаження
- D. Брадикардія без змін у клапанах
- E. Поєднання гарячки, нового шуму в серці та позитивних гемокультур

9) Який лабораторний показник є основною мішенню гіполіпідемічної терапії у більшості пацієнтів високого серцево-судинного ризику?

- A. Тригліцериди натще
- B. Холестерин ліпопротеїнів високої щільності
- C. Загальний холестерин
- D. Холестерин ліпопротеїнів низької щільності
- E. Аполіпопротеїн A1

10. Яка ознака є найбільш характерною для гіпертрофічної кардіоміопатії?

- A. Ізольоване підвищення артеріального тиску без структурних змін серця
- B. Дилатація порожнин серця з різким зниженням товщини стінок

- С. Виражене ураження клапанів аорти ревматичного походження
- Д. Асиметрична гіпертрофія міокарда лівого шлуночка
- Е. Наявність лише синусової тахікардії без ехокардіографічних змін

Ситуаційна задача № 1 розділу I

Пацієнт 27 років звернувся зі скаргами на біль у грудній клітці, який посилюється при глибокому вдиху та в положенні лежачи на спині, зменшується в положенні сидючи з нахилом тулуба вперед, загальну слабкість, субфебрильну температуру. Два тижні тому переніс гостру респіраторну вірусну інфекцію.

Об'єктивно: стан відносно задовільний. Температура тіла 37,5 °С. ЧСС 96/хв. АТ 120/75 мм рт. ст. При аускультатії вислуховується шум тертя перикарда.

Загальний аналіз крові: Нв 136 г/л, еритроцити $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити $10,8 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофіли 74%, лімфоцити 18%, тромбоцити $280 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 32 мм/год.

Біохімічні показники: С-реактивний білок 48 мг/л, тропонін I 0,03 нг/мл.

На ЕКГ виявлено дифузний підйом сегмента ST у більшості відведень. За даними ехокардіографії: невеликий випіт у порожнині перикарда, сепарація листків перикарда до 6 мм, ознак тампонади немає.

Питання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження слід призначити?
3. Які основні принципи лікування цього пацієнта?

Ситуаційна задача №2 розділу I

Пацієнт 46 років госпіталізований зі скаргами на гарячку до 38,8 °С, загальну слабкість, пітливість, зниження апетиту, задишку при помірному фізичному навантаженні. В анамнезі: протезування мітрального клапана 2 роки тому.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді. Температура тіла 38,4 °С. ЧСС 104/хв. АТ 110/70 мм рт. ст. При аускультатії серця вислуховується систолічний шум.

Загальний аналіз крові: Нв 94 г/л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, колірний показник 0,88, лейкоцити $15,6 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні 10%, сегментоядерні 72%, лімфоцити 12%, моноцити 6%, тромбоцити $410 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 52 мм/год.

Біохімічні показники: С-реактивний білок 96 мг/л, креатинін 124 мкмоль/л, сечовина 9,8 ммоль/л, загальний білок 68 г/л, альбумін 34 г/л.

Загальний аналіз сечі: білок 0,33 г/л, еритроцити 10–15 у полі зору.

Гемокультури: ріст *Staphylococcus aureus* у 2 із 3 проб. За даними ехокардіографії: вегетації на протезованому мітральному клапані до 8 мм.

Питання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які обстеження потрібні для підтвердження діагнозу?
3. Яка лікувальна тактика є правильною?

РОЗДІЛ II. Захворювання дихальної системи

	Пневмонія
Національний документ (МОЗ)	Настанова ДЕТ МОЗ України
Номер, дата, статус	Настанова 00122 2018-03-19, чинна
Міжнародні рекомендації	Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society Consensus Guidelines on the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults / Mandell L. A. et al. // Medicine & Health, Clinical Infectious Diseases : Oxford Journals. 2007. Vol. 44., № 2. P. 27–72; BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: update 2009 / Lim W. S. et al. // Thorax. 2009. Vol. 64. P. 1–55; Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections – Full version. / Woodhead M. et al. : Joint Taskforce of the European Respiratory Society and European Society for Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Clin. Microbiol. Infect. 2011. Vol.17 (Suppl. 6). P. 1–59; NICE Guideline 191: Pneumonia: Diagnosis and management of community- and hospitalacquired pneumonia in adults https://www.nice.org.uk/guidance/cg191 (дата звернення 19.02.2019)
Рікопублікування	2016, 2019

Короткий зміст	Пневмонія – гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легень та наявністю внутрішньоальвеолярної ексудації.
посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00122&format=pdf

	Бронхіальна астма
Національний документ (МОЗ)	Настанова ДЕТ МОЗ України
Номер, дата, статус	Настанова КН 2021-285623.12.2021, чинна
Міжнародні рекомендації	SIGN 158 British Guideline on the Management of Asthma A national clinical guideline (2003, оновлення 2014 та 2019) GINA: Global Strategy For Asthma Management And Prevention. Revised 2020. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2024. Updated May 2024. Available from: www.ginasthma.org
Рікопублікування	2003, оновлення 2014 та 2019, 2020, 2024
Короткий зміст	Бронхіальна астма – це гетерогенне захворювання, яке характеризується хронічним запаленням дихальних шляхів, в розвитку якого беруть участь клітини і медіатори запалення. Хронічне запалення поєднується з гіперреактивністю бронхів, що проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, скованості у грудній клітині, кашлю, особливо вночі та вранці. Ці епізоди повторювані, що складає історію захворювання, та звичайно пов'язані з розповсюдженою але варіабельною (мінливою) бронхообструкцією, яка зворотна спонтанно або під впливом терапії. Але з часом прогресування запалення варіабільність може

	зменшуватися. Діагноз бронхіальної астми є клінічним; немає стандартного визначення типу, ступеня тяжкості або частоти симптомів, а також висновків досліджень. Відсутність визначення «золотого стандарту» означає, що неможливо зробити докази чіткими на основі рекомендацій щодо того, як поставити діагноз астми. Головним у всіх визначеннях є наявність симптомів (більш ніж одного, а саме: хрипів, ядухи, здавленості в грудях, кашлю) і обструкції дихальних шляхів, їх повторюваність.
посилання	https://www.brit-thoracic.org.uk/documentlibrary/guidelines/asthma/btssign-asthma-guideline-2014/ https://www.sign.ac.uk/media/1773/sign158-updated.pdfhttps://ginasthma.org/wp-content/uploads/2020/04/GINA-2020-full-report_-final-wms.pdf

	Хронічне обструктивне захворювання легень
Національний документ (МОЗ)	Уніфікований клінічний протокол первинної, спеціалізованої та екстреної медичної допомоги «Хронічне обструктивне захворювання легень» Клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічне обструктивне захворювання легень»
Номер, дата, статус	ГС 2024-1610, 20.09.2024, чинний КН 2024-1610, 20.09.2024, чинна
Міжнародні рекомендації	Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. 2021http://www.goldcopd.org/ Глобальна стратегія діагностики, лікування та профілактики ХОЗЛ (оновлена у 2023 р.), Кишеньковий посібник (оновлення у 2023 р.) та повний список літератури,

	перевірений Науковим комітетом, доступні на веб-сайті GOLD: www.goldcopd.org
Рікопублікування	2021, 2023
Короткий зміст	Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) - гетерогенний стан легень, що характеризується хронічними респіраторними симптомами (задишка, кашель, виділення мокротиння та (або) загострення) внаслідок патологічних змін дихальних шляхів (бронхіт, бронхіоліт) та (або) альвеол (емфізема), які спричиняють персистуючу, часто прогресуючу обструкцію повітряного потоку
Посилання	https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/

	Легенева гіпертензія
Національний документ (МОЗ)	Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги легенева гіпертензія у дорослих Клінічна настанова, заснована на доказах «Легенева гіпертензія»
Номер, дата, статус	ГС 2016-614-1, 21.06.2016, чинний КН 2016-614, 21.06.2016, чинна
Міжнародні рекомендації	1. Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension, European Society of Cardiology (ESC), European Respiratory Society (ERS), International Society of Heart and Lung Transplantation, 2009 2. 2009 ESC/ERS Pulmonary Hypertension Guidelines and Connective Tissue Disease

	3. ACCF/AHA 2009 Expert Consensus Document on Pulmonary Hypertension, American College of Cardiology Foundation, American Heart Association 4. Updated Clinical Classification of Pulmonary Hypertension, American College of Cardiology Foundation, 2013 5. Guidelines on diagnosis and treatment of pulmonary hypertension: The task force on diagnosis and treatment of pulmonary hypertension of the European society of cardiology (ESC) and the European Respiratory Society (ERS), endorsed by Association for European Pediatric and Congenital Cardiology (AEPC) and the International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT), 2015.
Рікопублікування	2009, 2013, 2015
Короткий зміст	Легенева гіпертензія (ЛГ) – це захворювання або ускладнення іншого захворювання, яке має прогресуючий перебіг, значно знижує якість та тривалість життя пацієнта. Своєчасна діагностика та призначення правильного лікування дозволяє покращити стан пацієнта та подовжити тривалість життя. Настанова полягала у представленні практичних, заснованих на принципах доказовості, рекомендацій щодо діагностики та лікування ЛГ різних класів.
Посилання	http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html .

	Тромбоемболія легеневої артерії
Національний документ (МОЗ)	Настанова “Тромбоемболія легеневої артерії”
Номер, дата, статус	КН 00085, 2017-03-20, чинна
Міжнародні рекомендації	Wells PS, Anderson DR, Rodger M, et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients’ probability of pulmonary embolism: increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. Thromb Haemost 2000;83:416–420

	•Aujesky D, Obrosky DS, Stone RA et al. Derivation and validation of a prognostic model for pulmonary embolism. Am J Respir Crit Care Med 2005;172(8):1041-6.2 •Jiménez D, Aujesky D, Moores L et al. Simplification of the pulmonary embolism severity index for prognostication in patients with acute symptomatic pulmonary embolism. Arch Intern Med 2010;170(15):1383-9
Рік опублікування	2000, 2005, 2010
Короткий зміст	ТЕЛА є основною причиною смертності, поширеності захворювання та госпіталізації. Більшість ТЕЛА мають прихований характер, маскуючись під різні захворювання, малосимптомні прояви на тлі важкої хвороби і низької обізнаності населення та медичних працівників у чинниках і проявах цього стану, вона залишається мало діагностованою. У даній настанові головним питанням є діагностика, лікування та вторинна профілактика ТЕЛА
Посилання	http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/haluzevi-standarty-ta-klinichni-nastanovy/item/110-tromboembolii-lehenevoi-arterii

	Дихальна недостатність
Національний документ (МОЗ)	Настанова “Дихальна недостатність” Новий клінічний протокол гостра дихальна недостатність (бойові поранення)
Номер, дата, статус	КН 00117, 2017-03-20, чинна КП № 1237 від 16 липня 2024 року, чинний
Міжнародні рекомендації	• Joint trauma system настанови з клінічної практики (JTS CPG) Acute Respiratory Failure (CPG ID: 06) Гостра дихальна недостатність (ідентифікатор CPG: 06).
Рікопублікування	2017

Короткий зміст	Під дихальною недостатністю, як правило, розуміють порушення газообміну між навколишнім повітрям і артеріальною кров'ю (pO_2 артеріальної крові < 8 кПа (60 мм рт. ст.), pCO_2 артеріальної крові $> 6,0$ кПа (45 мм рт. ст.) ДН - неспроможність дихальної системи забезпечити нормальний газовий склад крові, або її перенапруження.
	Найперші прояви ДН - компенсаторне збільшення роботи зовнішнього дихання і зменшення функціональних резервів. Відомо, що у пацієнтів із множинними травмами розвивається ураження легень, яке може призвести до тривалої втрати працездатності або навіть смерті. Мета цієї настанови – розглянути діагностичні критерії ГРДС, описати частоту виникнення цього розладу і рекомендувати низку стратегій для пацієнтів.
посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00117&format=pdf друкую: http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00117&format=pdf

	Бронхоектатична хвороба
Національний документ (МОЗ)	Настанова “ Бронхоектатична хвороба ”
Номер, дата, статус	КН 00124, 2017-03-21, чинна
Міжнародні рекомендації	- Wong C, Jayaram L, Karalus N et al. Azithromycin for prevention of exacerbations in noncystic fibrosis bronchiectasis (EMBRACE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2012;380(9842):660-7 - Pasteur MC, Bilton D, Hill AT et al. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. Thorax 2010;65 Suppl 1():i1-58

Рікопублікування	2010, 2012
Короткий зміст	Бронхоектатична хвороба — набуте захворювання з локальним хронічним гнійним процесом (гнійним ендобронхітом) у безповоротньо змінених (розширених, деформованих) і, як правило, функціонально неповноцінних бронхах, що виявляється переважно в
	нижніх відділах легень. Необхідно розглядати бронхоектатичну хворобу як можливу причину тривалих або рецидивуючих інфекцій дихальних шляхів, особливо у дорослих з тривалим кашлем, рецидивуючим синуситом, середнім отитом.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00124&format=pdf

	Плевральний випіт
Національний документ (МОЗ)	Настанова “ Плевральний випіт та торакоцентез”
Номер, дата, статус	КН 00130, 2015-04-12, чинна
Міжнародні рекомендації	
Рік опублікування	
Короткий зміст	Плевральний випіт, як однобічний, так і двобічний, може бути спричинений багатьма різними захворюваннями легень, плеври, інших органів або системними захворюваннями. • У діагностичному процесі важливо встановити, чи є плевральна рідина ексудатом чи трансудатом. ◦ Ексудат зазвичай спричинений захворюваннями легень, плеври або системними захворюваннями. ◦ Трансудат зазвичай спричинений

	серцевою недостатністю, або захворюваннями печінки чи нирок.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00130&format=pdf

Захворювання	Пневмоконіози (азбестоз, силікоз)
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00115. Хронічний кашель у дорослих Настанова 00139. Хвороби, спричинені впливом азбесту Настанова 00140. Силікоз
Номер, дата, статус	Настанова 00115 від 2017-03-16 Настанова 00139 від 2016-09-27 Настанова 00140 від 2017-03-21
Міжнародні рекомендації	National Institute for Occupational Safety and Health. July 22, 2015 World Health Association. December 31, 2016
Рік опублікування	2015 2016
Короткий зміст	Азбестоз — це хронічне захворювання легенів, спричинене вдиханням крихітних волокон азбесту, що призводить до фіброзу (рубцювання) легеневої тканини, ускладнюючи дихання, з'являються задишка, кашель та втома. Це різновид пневмоконіозу, пов'язаний із професійною діяльністю Силікоз (від лат. <i>silex</i> — креміль) — захворювання людини, спричинене шахтним пилом, що містить вільний діоксид силіцію, при тривалому його вдиханні. Силікоз належить до професійних захворювань, є незворотним і невиліковним

	захворюванням, яке може призвести до розвитку раку легенів.
Посилання	https://www.cdc.gov/niosh/updates/93-124.html https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289052481

Захворювання	Грибкові та паразитарні захворювання легень
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00128. Атипові мікобактеріальні інфекції Настанова 01048. Глибокі ендемічні мікози Настанова 00018. ВІЛ-інфекція Настанова 00024. Ехінококоз
Номер, дата, статус	Настанова 00128 від 2015-07-31 Настанова 01048 від 2017-02-13 Настанова 00018 від 2018-03-28 Настанова 00024 від 2017-02-28
Міжнародні рекомендації	European Respiratory Society. Aspergillus Guideline. August, 2014 IDSA 2024 Guidelines. July 12, 2024
Рік опублікування	2014 2024
Короткий зміст	Грибкові та паразитарні захворювання легень — це серйозні інфекції, спричинені грибами (наприклад, аспергіли, кандиди, криптококи) або паразитами (гельмінти, найпростіші). Неправильне або несвоєчасне лікування може призвести до серйозних наслідків, включаючи плеврит, дихальну недостатність, а в тяжких випадках – до летальних наслідків.
Посилання	https://publications.ersnet.org/content/erj/47/1/45 https://www.idsociety.org/practice-guideline/amr-guidance/

Захворювання	Саркоїдоз органів дихання
--------------	----------------------------------

Національний документ (МОЗ)	Настанова 00135. Саркоїдоз
Номер, дата, статус	Настанова 00135 від 2018-08-23
Міжнародні рекомендації	ERS clinical practice guidelines on treatment of sarcoidosis
Рік опублікування	2021
Короткий зміст	Саркоїдоз (лат. <i>sarcoidosis</i> ; від грец. <i>σάρκα</i> — плоть + грец. <i>εἶδος</i> вид; також — хвороба Бенъс — Бека — Шаумана) — системне захворювання, що характеризується появою гранульом з епітеліоїдних клітин, які найчастіше локалізуються в легенях та їхніх лімфатичних вузлах, печінці, серці та інших органах.
Посилання	https://publications.ersnet.org/content/erj/58/6/2004079

Захворювання	Фіброзуючий альвеоліт
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00136. Ідіопатичний легеневий фіброз Настанова 00137. Алергічний альвеоліт
Номер, дата, статус	Настанова 00136 від 2017-04-11 Настанова 00137 від 2017-03-21
Міжнародні рекомендації	Idiopathic Pulmonary Fibrosis (an Update) and Progressive Pulmonary Fibrosis in Adults: An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline
Рік опублікування	2022
Короткий зміст	Ідіопатичний фіброзуючий альвеоліт (синдром Хаммена-Річа, ідіопатична інтерстиційна пневмонія (пневмоніт), фіброзна дисплазія легень, синдром Скеддінга, склерозуючий альвеоліт, ідіопатичний легеневий фіброз) — специфічне прогресуюче захворювання легень невідомої етіології, яке характеризується розвитком неінфекційного

	запального процесу в стінці альвеол та оточуючої їх сполучної тканини, та супроводжується розвитком наростаючої дихальної недостатності та легеневого серця внаслідок прогресуючого пневмофіброзу.
Посилання	https://www.atsjournals.org/doi/full/10.1164/rccm.202202-0399ST

Контрольні питання.

- 1) Які основні клінічні групи пневмонії?
- 2) Які фактори ризику виникнення бронхіальної астми?
- 3) Які основні групи препаратів використовують для лікування ХОЗЛ?
- 4) Диференційна діагностика ексудату та трансудату?
- 5) Які три основні патогенетичні механізми розвитку ТЕЛА?
- 6) Які групи препаратів відносять до специфічної терапії легеневої гіпертензії?
- 7) Які інструментальні дослідження використовуються для діагностики пневмоконіозів?
- 8) Які категорії пацієнтів у групі ризику по розвитку грибкових та паразитарних захворювань легень?
- 9) Які стадії ураження легень при саркоїдозі?
- 10) Які групи препаратів використовуються в лікуванні фіброзуючого альвеоліту?

Контрольне тестування до розділу II

1) У хворого на рентгенограмі визначається гомогенне затемнення в правій половині грудної клітки з чіткою верхньою межею, яка йде навскоси від грудної клітки до середостіння зверху вниз. Для чого це характерно?

- A. Ексудативний плеврит
- B. Рак легені
- C. Бронхоектатична хвороба
- D. Пневмонія
- E. Абсцес легені

2) У хворого було запідозрили хронічне обструктивне захворювання легенів. За допомогою якого методу можна оцінити важкість порушення бронхіальної прохідності?

- A. Рентгеноскопія
- B. Бронхоскопія
- C. Спірографія
- D. Пікфлуометрія

Е. Комп'ютерна томографія

3)В хірургічне відділення доставлений хворий Н., 46 років прооперований з приводу апендициту. Через 4 діб з'явилися рецидивуючі озноби, кашель, ядуха, лихоманка 38,5°C, відновився лейкоцитоз з палочкоядерним зсувом. На ренгенограмі виявлен інфільтративний очаг в нижній долі правої легені. Який стан розвився у хворого ?

- А. Туберкульоз леге
- В. Негоспітальна пневмонія
- С. Абсцес легені
- Д.Тромбінфарктна пневмонія
- Е. Нозокоміальна пневмонія

4)Жінка 34 років протягом 15 років хворіє бронхіальною астмою. В останній час напади ядухи виникають 2-3 рази на тиждень, нічні напади - 1-2рази на місяць. Об'єктивно: стан відносно задовільний. ЧД - 20/хв. ЧСС - 76/хв, АТ- 120/80 мм. рт.ст. В легенях дихання везикулярне. Який препарат необхідно призначити для профілактики нападів бронхіальної астми на першому етапі?

- А. Кромоглікат натрію
- В. Регулярне застосування сальбутамолу
- С. Кортикостероїди інгаляційні
- Д. Кортикостероїди таблетовані
- Е. Кортикостероїди ін'єкційні

5)Хвора 52-х років скаржиться на біль у правій половині грудної клітини, задишку, кашель з великою кількістю пінистого харкотиння у вигляді "м'ясних помий", з неприємним запахом. Об'єктивно: стан тяжкий, ціаноз, ЧДР- 31/хв, при перкусії вкорочений перкуторний звук над правою легенею, аускультативно - різнокаліберні вологі хрипи. Який найбільш вірогідний діагноз?

- А. Хронічна пневмо
- В. Абсцес легені
- С. Емпієма плеври
- Д. Бронхоектатична хвороба
- Е. Гангрена легені

6) Чоловік 46 років скаржиться на загальну слабкість, біль в грудній клітці зліва, котрий підсилюється при глибокому диханні, кашель з густим тягучим харкотинням з домішками крові та запахом підгорілого м'яса. Хворіє 2 дні. Зловживає алкоголем. Об'єктивно: температура – 39,6°C; ЧД- 28/хв, пульс120/хв, АТ-100/50 мм. рт. ст. Стан тяжкий. Акроціаноз. Над легеньми зліва нижче лопатки – послаблене дихання з

бронхіальним відтінком, невелика кількість дрібнопухирчастих хрипів. Рентгенологічно: в нижніх відділах лівої легені – інфільтрація. Який збудник найбільш ймовірно призвів до захворювання пацієнта?

- A. Мікоплазма
- B. Стафілокок
- C. Стрептокок
- D. Паличка Фрідлендера
- E. Пневмокок

7) У пацієнта 32 років, який зловживав алкоголем, із масивною пневмонією погіршився стан, підвищилась температура тіла до 39-40°C, з'явився неприємний запах з рота, збільшилася кількість гнійного харкотиння; зросла ШЗЕ та кількість паличкоядерних лейкоцитів. На Ro ОГК – у нижній долі правої легені масивна інфільтрація з просвітленням у центрі. Яке із ускладнень можна запідозрити?

- A. Гострий абсцес легень
- B. Бронхоектатична хвороба
- C. Інфаркт пневмонія
- D. Гангрена легень

8) Чоловік, 45 років, працює на борошномельному виробництві. Скаржиться на тривалий сухий кашель, що посилюється під час роботи. Температура нормальна. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A. Бронхіальна астма
- B. Пневмонія
- C. Пиловий бронхіт
- D. Туберкульоз

9) Пацієнт із саркоїдозом має підвищений рівень кальцію в крові. Що є причиною цього?

- A. Дефіцит гормонів
- B. порушення функції нирок
- C. Руйнування кісток
- D. Активація вітаміну D макрофагами
- E. Емпієма плеври

10) Найбільш характерна рентгенологічна ознака пневмоконіозів:

- A. Вогнищеві затемнення
- B. Дифузний пневмосклероз
- C. Порожнини розпаду
- D. Гідроторакс

Ситуаційна задача 1

Жінка, 45 років. Працювала протягом 18 років на виробництві азбестових. Куріння заперечує. Хронічні захворювання не зазначає. Хворіє близько 5 років. Захворювання почалося поступово: з'явився сухий кашель, який з часом став вологим. Протягом останніх 2 років відзначає прогресуючу задишку, спочатку при фізичному навантаженні, тепер — у спокої. Відзначає зниження маси тіла, підвищену втомлюваність, періодичний біль у грудній клітці. Температура тіла нормальна.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, шкіра бліда, ЧД 22/хв, ЧСС 90/хв, АТ: 130/80 мм рт. ст. Перкуторно притуплення легеневого звуку у нижніх відділах. Аускультативно ослаблене везикулярне дихання, дрібнопухирчасті хрипи в базальних відділах, крепітація.

Питання:

1. Які інструментальні методи дослідження треба провести? Які результати?
2. Який діагноз?
3. Які заходи лікування і прогноз?

Ситуаційна задача №2

Хворий В., 35 років звернувся зі скаргами на підвищення температури тіла до 38,4° С, задишку, сухий кашель, інтенсивний біль в правій половині грудної клітини, що посилюється при диханні і кашлі. Захворів гостро 6 днів назад, коли раптово підвищилася температура тіла до 39,0° С, з'явився головний біль, сухий кашель. Самостійно приймав жарознижуючі засоби (аспірин, парацетамол) без суттєвого ефекту. На третій день захворювання з'явився нежить, помірний біль при ковтанні. Через 4 дні хвороби температура знизилася до 38,4° С, з'явився інтенсивний біль в правій половині грудної клітки при диханні і кашлі.

Стан середньої тяжкості. Відзначається невелике відставання правої половини грудної клітини при диханні. У легенях жорстке дихання, над нижніми відділами правої легені вислуховується інтенсивний шум на вдиху і видиху. АТ = 120/70 мм рт. ст., ЧСС = 115 уд/хв, ритм правильний. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах, печінка і селезінка не збільшені.

В аналізі крові: лейкоцити - $14,0 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні - 2%, сегментоядерні - 27%, лімфоцити - 54%, ШОЕ - 30 мм/год.

При рентгенографії органів грудної клітини вогнищевих та інфільтративних змін не виявлено.

Питання:

1. Сформулюйте попередній діагноз на основі даних клінічного обстеження та анамнезу.
2. Оцініть результати лабораторних та інструментальних даних та визначте план додаткового обстеження.
3. Сформулюйте клінічний діагноз з уточненням діагностичних критеріїв.
4. Призначте лікування з його обґрунтуванням.

РОЗДІЛ III. Захворювання органів травлення

Захворювання	Функціональна диспепсія
Національний документ (МОЗ)	1) Ведення диспепсії у дорослих Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах 2) Настанова 00186. Диспепсія, 2017
Номер, дата, статус	НАКАЗ МОЗ 03.08.2012 № 600
Міжнародні рекомендації	British Society of Gastroenterology guidelines on the management of functional dyspepsia
Рік опублікування	2022
Короткий зміст	Документ присвячений сучасним підходам до ведення функціональної диспепсії як одного з найпоширеніших розладів взаємодії кишківника і мозку. У настанові підкреслено, що функціональна диспепсія є частою причиною диспепсичних скарг у клінічній практиці, а її основними симптомами є епігастральний біль або печіння, раннє насичення та відчуття переповнення після їжі. Мета рекомендацій полягає у створенні практичного, доказового алгоритму діагностики та лікування пацієнтів із цим синдромом. Оснoву документа становить клінічний підхід до діагностики. За відсутності симптомів тривоги

	функціональну диспепсію пропонують діагностувати на підставі типових скарг тривалістю понад 8 тижнів, а не розглядати виключно як діагноз після ендоскопії. Водночас у рекомендаціях чітко визначені показання до ендоскопії та інших дообстежень, підкреслена важливість емпатичної комунікації з пацієнтом, пояснення природи захворювання як розладу взаємодії кишківника і мозку, а також обов'язкового підходу «test and treat» щодо <i>Helicobacter pylori</i> .
	У розділі лікування наведено поетапну тактику ведення пацієнтів. До терапії першої лінії віднесено ерадикацію <i>Helicobacter pylori</i> за його наявності, інгібітори протонної помпи, окремі прокінетики та рекомендації щодо регулярної фізичної активності. При недостатній ефективності розглядають нейромодулятори, зокрема трициклічні антидепресанти, а також психотерапевтичні й поведінкові методи. Для тяжких і рефрактерних форм рекомендовано мультидисциплінарний підхід із залученням гастроентеролога, дієтолога та фахівця з психічного здоров'я.
Посилання	https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0600282-12#n261 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3080 https://gut.bmj.com/content/71/9/1697 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33939891/

Захворювання	Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
Національний документ (МОЗ)	1) УКПМД «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба» 2) Клінічна Настанова Української Асоціації Гастроентерологів «Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба»
Номер, дата, статус	31 жовтня 2013 року № 943, чинний

Міжнародні рекомендації	ACG Clinical Guideline: Guidelines for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease
Рік опублікування	2022, 2025
Короткий зміст	Протокол «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба» визначає організацію первинної та вторинної спеціалізованої медичної допомоги дорослим пацієнтам із ГЕРХ. Документ базується на адаптованій доказовій клінічній настанові і спрямований на створення єдиної, послідовної та ефективної системи ведення таких пацієнтів. У протоколі також підкреслено, що своєчасне виявлення і правильне лікування ГЕРХ покращують якість життя та зменшують ризик ускладнень. Зміст документа охоплює профілактику, діагностику, лікування, госпіталізацію та подальше спостереження. У розділі діагностики зазначено, що в багатьох пацієнтів, особливо молодого віку з типовими скаргами, діагноз може ґрунтуватися на ретельно зібраному анамнезі та пробному лікуванні. Водночас протокол чітко визначає показання до ЕГДС, ЕКГ, рН-метрії, консультацій гастроентеролога, хірурга та онколога, а також акцентує увагу на необхідності виключення тривожних симптомів і диференційної діагностики з іншими захворюваннями, зокрема серцево-судинними. Окремий великий блок присвячений лікуванню. Протокол наголошує на обов'язковій корекції способу життя, застосуванні інгібіторів протонної помпи як основи терапії, визначає тривалість основного курсу, підходи до підтримувального лікування, показання до додаткових препаратів і до хірургічного втручання при ускладненому перебігу. Також документ регламентує диспансерне спостереження пацієнтів із ГЕРХ, щорічний контроль та профілактику прогресування захворювання й розвитку ускладнень, зокрема стриктур, кровотечі та стравоходу Барретта.

Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2013_943_ykpmg_gerx.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2017_akn_gerh.pdf https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8754510 https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(24)03559-4/fulltext
-----------	--

Захворювання	Пептична виразка, <i>Helicobacter pylori</i> асоційовані захворювання
Національний документ (МОЗ)	1) УКПМД Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей, 2023 2) Клінічна настанова, Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки, 2023 3) Настанова 00187. Пептична виразка, інфекція <i>Helicobacter pylori</i> та хронічний гастрит, 2017
Номер, дата, статус	25.08.23 №1514, чинний
Міжнародні рекомендації	A scoping review of worldwide guidelines for diagnosis and treatment of <i>Helicobacter pylori</i> infection
Рік опублікування	2025
Короткий зміст	Визначені єдині підходи до профілактики, своєчасного виявлення, діагностики, лікування та подальшого ведення пацієнтів із пептичною виразкою шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих і дітей. Документ орієнтований на лікарів первинної ланки, терапевтів і гастроентерологів та базується на принципах доказової медицини. У протоколі підкреслено, що пептична виразка є значущою проблемою через ризик кровотечі, перфорації та інших ускладнень.

	Ключовими етапами є верифікація виразки за допомогою ЕГДС та встановлення наявності <i>H. pylori</i>. Основними чинниками розвитку названо <i>H. pylori</i>, який пов'язаний з більшістю випадків, а також прийом НПЗЗ. Лікування залежить від <i>H. pylori</i>-статусу, локалізації виразки та наявності ускладнень: при <i>H. pylori</i>-позитивній виразці призначають ерадикаційну терапію, при <i>H. pylori</i>-негативній застосовують ППП на визначений строк, а при виразці шлунка обов'язково виключають злоякісний процес морфологічно. Подальше ведення залежить від типу виразки та перебігу хвороби. Після успішної ерадикації при неускладненій дуоденальній виразці регулярне спостереження не потрібне, тоді як пацієнти з виразкою шлунка або ускладненим перебігом мають перебувати під наглядом гастроентеролога. Протокол вимагає контролю ефективності ерадикації не раніше ніж через 4 тижні після антибіотикотерапії, а при виразці шлунка також контрольної ЕГДС з біопсією для підтвердження загоєння та виключення передракових змін.
Посилання	https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5%20%D0%BE%D0%B1%D0%B3%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F/2023/08/01-08.1/2023_07_21_%D0%A3%D0%9A%D0%9F%D0%9C%D0%94%20%D0%9F%D0%B5%D0%BF%D1%82%D0%B8%D1%87%D0%BD%D0%B0%20%D0%B2%D0%B8%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BA%D0%B0.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/08/2023_kn-peptychna_vyrazka_.pdf https://link.springer.com/article/10.1186/s13643-025-02816-0 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3081

Захворювання	Синдром подразненого кишківника
--------------	--

Національний документ (МОЗ)	Настанова 00184. Функціональні захворювання кишечника та синдром подразненого кишечника, 2017 Настанова 00176. Тривала діарея у дорослих, 2017 Настанова 00182. Закрепи у дорослих, 2017 Настанова 00189. Колоноскопія та сигмоскопія, 2017
Номер, дата, статус	
Міжнародні рекомендації	1)European guidelines on functional bowel disorders with diarrhoea: United European Gastroenterology (UEG) and European Society for neurogastroenterology and motility (ESNM) statements and recommendations, 2022 2) European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults, 2019
Рік опублікування	2022, 2019

Короткий зміст	У документі подано стислий огляд синдрому подразненого кишечника як поширеного функціонального розладу травної системи. Описано основні клінічні прояви стану: абдомінальний біль, дискомфорт, здуття, зміни частоти випорожнень, діарею, закреп або їх чергування. Окремо підкреслено, що при СРК симптоми є вираженими, хоча структурних змін кишечника зазвичай не виявляють. Документ акцентує увагу на підходах до діагностики СРК. Основою є клінічна оцінка симптомів та виключення органічної патології. Значну увагу приділено так званим тривожним ознакам, серед яких втрата маси тіла, анемія, кров у калі, нічні симптоми, гарячка та обтяжений сімейний анамнез, оскільки їх наявність потребує поглибленого обстеження. У заключній частині документа викладено сучасні підходи до лікування СРК. Наголошено на важливості пояснення пацієнту природи захворювання, корекції харчування, зменшення впливу стресу та індивідуального підбору симптоматичної терапії. Також зазначено, що тактика ведення залежить від клінічного варіанту СРК, а тривалий контакт лікаря з пацієнтом має важливе значення для контролю симптомів.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3869 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3072 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3078 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3082 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ueg2.12270 https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/nmo.13762

Захворювання	Хронічний панкреатит
--------------	-----------------------------

Національний документ (МОЗ)	1)УКПМД «Хронічний панкреатит», 2023 2)Клінічна настанова Української асоціації гастроентерологів «Хронічний панкреатит», 2023 3) Настанова 00209. Хронічний панкреатит, 2017
Номер, дата, статус	4 липня 2023 року № 1204, чинний
Міжнародні рекомендації	1) ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis, 2020 2) United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis , 2017
Рік опублікування	2020, 2017
Короткий зміст	Уніфікований клінічний протокол «Хронічний панкреатит» визначає єдині підходи до профілактики, своєчасного виявлення, діагностики, лікування та подальшого спостереження пацієнтів старше 18 років із хронічним панкреатитом. Документ створений на основі доказової клінічної настанови з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій і спрямований на забезпечення якості, ефективності та однакової доступності медичної допомоги на первинному і спеціалізованому рівнях. Основна частина протоколу описує дії лікаря на етапі первинної та спеціалізованої допомоги. У документі наведено фактори ризику захворювання, критерії діагностики, перелік обов'язкових лабораторних та інструментальних обстежень, а також принципи диференційної діагностики. Окремо підкреслено, що діагноз має ґрунтуватися не лише на клінічних симптомах, а й на даних візуалізації підшлункової залози, оцінці екзокринної та ендокринної функції, нутритивного статусу та виявленні ускладнень. Важливий розділ присвячений лікуванню і спостереженню. Протокол наголошує на повній відмові від алкоголю і тютюну, дієтотерапії, застосуванні панкреатину при зовнішньосекреторній недостатності, корекції дефіциту вітамінів, лікуванні болю та своєчасному залученні ендоскопічних або хірургічних методів при ускладненому

	перебігу. Також документ регламентує планові огляди, моніторинг глюкози, HbA1c, фекальної еластази, щільності кісткової тканини та обстеження пацієнтів із підозрою на рак підшлункової залози.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/1204_05072023_ukpmd.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/2023_kn_hronichnyj-pankreatyt.pdf https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3099 https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2020/03000/acg_clinical_guideline_chronic_pancreatitis.9.aspx https://doi.org/10.1177/2050640616684695

Захворювання	Захворювання тонкого кишківника
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00192. Целиакія, 2016
Номер, дата, статус	-
Міжнародні рекомендації	1)ACG Guideline: Diagnosis and Management of Celiac Disease, 2023 2)European Society for the Study of Coeliac Disease 2025 Updated Guidelines on the Diagnosis and Management of Coeliac Disease in Adults. Part 1: Diagnostic Approach 3)ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth, 2020 4) AGA Clinical Practice Update on Small Intestinal Bacterial Overgrowth, 2020

Рік опублікування	-
Короткий зміст	Українська настанова «Целиакія» 00192. Це офіційна клінічна настанова МОЗ України, присвячена одному з найважливіших органічних захворювань тонкої кишки. Вона охоплює клінічні підстави для підозри на целиакію, алгоритм серологічної діагностики, значення біопсії слизової оболонки тонкої кишки, принципи призначення безглютенової дієти та подальше спостереження за пацієнтом. Практична цінність документа в тому, що він дає лікарю структурований підхід до підтвердження діагнозу, оцінки ефективності лікування і профілактики ускладнень, пов'язаних із хронічною мальабсорбцією. ACG Clinical Guideline: Small Intestinal Bacterial Overgrowth, 2020. Це основний американський доказовий гайдлайн по СІБР, у якому системно викладені сучасні уявлення про визначення синдрому, його патофізіологію, фактори ризику та підходи до діагностики. Документ детально розбирає, у яких клінічних ситуаціях варто проводити тестування, як трактувати дихальні тести, яке місце займає аспірат тонкої кишки, а також які варіанти лікування вважаються найбільш обґрунтованими. Для лекції або методички це найзручніший міжнародний документ, бо він поєднує діагностику і лікування в одному алгоритмі. AGA Clinical Practice Update on Small Intestinal Bacterial Overgrowth, 2020. Це практичний експертний документ Американської гастроентерологічної асоціації, який робить більший акцент на клінічному мисленні, ніж на формальному алгоритмі тестування. У ньому підкреслено, що СІБР потрібно оцінювати не ізольовано, а в контексті симптомів, фонової патології, можливих порушень моторики, мальабсорбції та нутритивних дефіцитів. Документ корисний тим, що допомагає лікарю не лише підтвердити або запідозрити СНБР, а й зрозуміти, чому він виник, як шукати причину та як будувати лікування з урахуванням основного захворювання пацієнта.

Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3085 https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2023/01000/acg_guideline_diagnosis_and_management_of_celiac.12.aspx https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40999951/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32023228/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32679220/
-----------	---

Захворювання	Запальні захворювання кишківника (хвороба Крона, виразковий коліт)
Національний документ (МОЗ)	1) УКПМД «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)», 2023 2) Клінічна настанова, заснована на доказах лікування хвороби Крона у дорослих, 2023 3) Клінічна настанова, заснована на доказах, запальні захворювання кишечника, 2023
Номер, дата, статус	06.10.2023 № 1742, чинний
Міжнародні рекомендації	1) ECCO Guidelines on Therapeutics in Ulcerative Colitis: Medical Treatment, 2021 2) ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Medical Treatment, 2024
Рік опублікування	2021, 2024
Короткий зміст	Протокол «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)» визначає єдину комплексну та ефективну систему надання медичної допомоги дорослим пацієнтам із запальними захворюваннями кишечника. Документ розроблено на основі доказових клінічних настанов з урахуванням сучасних міжнародних рекомендацій. Його метою є раннє виявлення, своєчасна діагностика, організація кваліфікованої медичної

	допомоги, зменшення смертності, інвалідизації та покращення якості життя пацієнтів. У документі детально викладено підходи до ведення пацієнтів на первинному та спеціалізованому рівнях. Протокол охоплює профілактику, алгоритми діагностики, диференційну діагностику, критерії активності хвороби Крона та виразкового коліту, а також перелік необхідних лабораторних, ендоскопічних, гістологічних і візуалізаційних досліджень. Окремо підкреслено, що встановлення діагнозу ґрунтується на поєднанні анамнестичних, клінічних, ендоскопічних, морфологічних, лабораторних та променевих даних. Важливий розділ присвячено лікуванню та подальшому спостереженню. Протокол визначає, що метою терапії є контроль перебігу захворювання, досягнення та підтримання ремісії, профілактика ускладнень і покращення якості життя. У документі наведено принципи вибору медикаментозної терапії, показання до імунобіологічного та хірургічного лікування, а також правила тривалого моніторингу пацієнтів із залученням гастроентеролога, сімейного лікаря та, за потреби, хірурга-проктолога
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/10/ukpmd_1742_06102023.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/10/2023_kn_hkrona_u_droslyh.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/10/2023_kn_zzk.pdf https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjab178 https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae091

Захворювання	Захворювання жовчного міхура, жовчних шляхів
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00219. Жовчнокам'яна хвороба, 2017 Настанова 00218. Первинний біліарний холангіт, 2018

	Настанова 00220. Первинний склерозуючий холангіт, 2017
Номер, дата, статус	
Міжнародні рекомендації	1) EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones, 2016 2) EASL Clinical Practice Guidelines: The diagnosis and management of patients with primary biliary cholangitis, 2017 3) Practice Guidance Primary Sclerosing Cholangitis and Cholangiocarcinoma, 2022
Рік опублікування	2016, 2017, 2022
Короткий зміст	Українська настанова «Жовчнокам'яна хвороба» описує, як підтвердити, що симптоми пов'язані саме з каменями жовчного міхура або жовчних проток, коли достатньо спостереження, а коли потрібне оперативне чи ендоскопічне втручання. У ній також розглядаються ускладнення жовчнокам'яної хвороби, зокрема гострий холецистит і гострий холангіт, тобто це базовий український документ для більшості поширених біліарних станів. Українська настанова «Первинний біліарний холангіт» присвячена хронічному автоімунному холестатичному захворюванню дрібних жовчних проток. Вона охоплює клінічні прояви, лабораторну та імунологічну діагностику, підходи до лікування, моніторинг перебігу хвороби і контроль симптомів, передусім свербіжу, слабкості та прогресування холестази. Українська настанова «Первинний склерозуючий холангіт» описує діагностику і ведення пацієнтів із хронічним фіброзно-запальним ураженням жовчних шляхів. Основний акцент зроблено на візуалізації жовчних проток, виключенні вторинних причин стриктур, спостереженні за прогресуванням хвороби,

	виявленні передракових змін і ускладнень, а також визначенні показань до трансплантації печінки. EASL Clinical Practice Guidelines on Gallstone Disease є головним європейським документом по жовчнокам'яній хворобі. У ньому системно розібрані профілактика, діагностика каменів жовчного міхура, медикаментозне і хірургічне лікування, діагностика й терапія каменів жовчних проток, внутрішньопечінкових каменів та особливості ведення під час вагітності. EASL Guideline on Primary Biliary Cholangitis описує діагностику, стратифікацію ризику, стандартне лікування і контроль відповіді на терапію при ПБХ. Окрему увагу документ приділяє веденню свербіж, втоми, остеопорозу, дефіциту жиророзчинних вітамінів і своєчасному направленню на трансплантацію печінки. AASLD Practice Guidance on Primary Sclerosing Cholangitis and Cholangiocarcinoma охоплює не лише сам ПСХ, а й ризик холангіокарциноми. У ньому є підходи до діагностики великопротокового і дрібнопротокового ПСХ, оцінки домінантних стриктур, спостереження за онкоризиком, зв'язку з запальними захворюваннями кишківника та ведення пацієнтів із підозрою на злоякісне ураження жовчних шляхів.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3109 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3108 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3110 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27085810/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28427765/ https://www.aasld.org/practice-guidelines/primary-sclerosing-cholangitis-and-cholangiocarcinoma

Захворювання	Хвороби печінки, гепатити, метаболічно асоційована стеатотична хвороба печінки (МАСХП)
Національний документ (МОЗ)	1) Стандарт медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих», 2025

	2) Клінічна настанова, заснована на доказах вірусний гепатит В, 2025 3) Стандарт медичної допомоги вірусний гепатит С у дорослих, 2025 4) Клінічна настанова, заснована на доказах «Вірусний гепатит С», 2024 5) УКМПД «Алкогольний гепатит», 2014 6) УКМПД «Аутоімунний гепатит», 2014 7) УКМПД «Неалкогольний стеатогепатит», 2014
Номер, дата, статус	27 січня 2025 року 165 (1,2), чинний, 23 липня 2025 року № 1178 (3), 06 листопада 2014 року № 826 (5,6,7)
Міжнародні рекомендації	AASLD: practice guideline по chronic hepatitis B, 2025 AASLD-IDSA: Hepatitis C Guidance 2023 Update. EASL: recommendations on treatment of hepatitis C, final update 2020 EASL: Management of alcohol-related liver disease, 2024. AASLD: Alcohol-Associated Liver Disease practice guidance, 2019 Clinical Assessment and Management of Metabolic Dysfunction-Associated Steatotic Liver Disease, 2025
Рік опублікування	2014-2025
Короткий зміст	Представлені протоколи і настанови з хвороб печінки присвячені веденню основних хронічних гепатологічних станів: вірусних гепатитів В і С, аутоімунного та алкогольного гепатиту, а також метаболічно асоційованої стеатотичної хвороби печінки. Їхній спільний зміст полягає в ранньому виявленні ураження печінки, встановленні етіології, оцінці активності запалення та стадії фіброзу, а також у виборі лікування, яке знижує ризик цирозу, печінкової недостатності, гепатоцелюлярної карциноми і смерті.

	Українські стандарти 2025 року для HBV і HCV та чинні українські документи для аутоімунного гепатиту, алкогольного гепатиту і стеатогепатиту побудовані саме за цією логікою. У практичному сенсі ці документи описують, як підтвердити саме печінкове захворювання і відрізнити одну його форму від іншої. Для цього вони регламентують біохімічні проби печінки, вірусологічні маркери, аутоантитіла, оцінку метаболічних факторів ризику, неінвазивну оцінку фіброзу, ультразвукові та інші методи візуалізації, а в окремих випадках і біопсію печінки. Для МАСХП сучасні міжнародні гайдлайни роблять акцент на стеатозі, метаболічній дисфункції та стратифікації фіброзу, а для гепатитів основою є верифікація причини ураження печінки і визначення показань до етіотропної терапії. Лікувальна частина цих протоколів стосується саме захисту печінки і попередження її прогресуючого ушкодження. Для вірусних гепатитів ідеться про противірусне лікування та моніторинг вірусного навантаження, для аутоімунного гепатиту про імуносупресивну терапію, для алкогольного гепатиту про припинення дії токсичного чинника та лікування ускладнень, для МАСХП про корекцію маси тіла, метаболічних порушень і відбір пацієнтів із високим ризиком прогресування. Усі ці документи також регламентують довготривале спостереження за печінкою: контроль фіброзу, виявлення цирозу, портальної гіпертензії, печінкової декомпенсації та скринінг гепатоцелюлярної карциноми в групах ризику.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/01/smd_virusnyj-gepatyt-v-u-doroslyh.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/01/kn_vgv.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/07/dn_1178_23072025_dod_2.pdf

	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/07/klinichna-nastanova-vgs-2024.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_826_ykpm_d_ag.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_826_ykpm_d_aig.pdf https://easl.eu/publication/easl-guidelines-management-of-hepatitis-b https://www.aasld.org/practice-guidelines/hepatitis-c https://easl.eu/wp-content/uploads/2020/10/EASL-recommendations-on-treatment-of-hepatitis-C.pdf https://easl.eu/publication/management-of-alcohol-related-liver-disease https://www.aasld.org/practice-guidelines/alcohol-associated-liver-disease https://www.aasld.org/practice-guidelines/clinical-assessment-and-management-metabolic-dysfunction-associated-steatotic
--	---

Захворювання	Цирози печінки і його ускладнення
Національний документ (МОЗ)	1) УКПМД Ускладнення цирозу печінки: кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, 2026 2) УКПМД Ускладнення цирозу печінки: тромбоз портальної вени, 2026 3) УКПМД Ускладнення цирозу печінки: печінкова енцефалопатія, 2026 4) УКПМД Ускладнення цирозу печінки: гепаторенальний синдром, 2024 5) УКПМД «Цироз печінки компенсований», 2024 6) Клінічна настанова «Цироз печінки», 2024
Номер, дата, статус	13 березня 2026 року № 315 10 жовтня 2024 року № 1734

Міжнародні рекомендації	1)EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosisq European Association for the Study of the Liver, 2018 2) Baveno VII – Renewing consensus in portal hypertension Journal of Hepatology, 2022 3)Practice Guidance. Diagnosis, Evaluation, and Management of Ascites, Spontaneous Bacterial Peritonitis and Hepatorenal Syndrome, updated August 2021. 4) Practice GuidelineAASLD Practice Guidance on the Use of TIPS, Variceal Embolization, and Retrograde Transvenous Obliteration in the Management of Variceal Hemorrhage,updated June 2023.
Рік опублікування	2018, 2022, 2021, 2023
Короткий зміст	Усі українські документи з теми цирозу печінки побудовані як практичні маршрути ведення пацієнта. Вони охоплюють діагностику, стратифікацію ризику, диспансерний нагляд, профілактику декомпенсації та послідовність дій на різних рівнях медичної допомоги. Окремо винесені протоколи для найнебезпечніших ускладнень: гепаторенального синдрому, кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, тромбозу портальної вени і печінкової енцефалопатії; базова клінічна настанова також охоплює інфекції, спонтанний бактеріальний перитоніт, печінковий гідроторакс та інші прояви декомпенсації. Європейські рекомендації EASL і консенсус Baveno VII дають ширшу патофізіологічну і клінічну рамку. Їхній фокус: перехід від компенсованого до декомпенсованого цирозу, портальна гіпертензія, неінвазивна оцінка тяжкості хвороби, профілактика першої декомпенсації, ведення асцити, кровотеч, енцефалопатії, інфекцій, ниркової дисфункції та вибір інтервенцій, зокрема TIPS. По суті, це документи, які допомагають зрозуміти логіку сучасного ведення цирозу як системного захворювання з багатьма взаємопов'язаними ускладненнями

	Американські рекомендації AASLD більш детально структуровані навколо конкретних клінічних проблем і рішень у щоденній практиці. Вони докладно розбирають, як підтверджувати асцит, коли підозрювати та лікувати спонтанний бактеріальний перитоніт, як вести гепаторенальний синдром, як оцінювати портальну гіпертензію і варикози, коли потрібна профілактика кровотечі, а також як розпізнавати і лікувати печінкову енцефалопатію. У підсумку всі ці документи разом формують єдину сучасну модель ведення пацієнта з цирозом: раннє виявлення, профілактика декомпенсації, швидке лікування ускладнень і своєчасне направлення до спеціалізованого центру.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2026/03/dn_315_13032026_dod_1.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2026/03/dn_315_13032026_dod_2.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2026/03/dn_315_13032026_dod_3.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/10/ykpm_d_1734_10102024_dod_1.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/10/ykpm_d_1734_10102024_dod_2.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/10/kn_2024_czyroz-pechinky-1.pdf https://easl.eu/wp-content/uploads/2018/10/decompensated-cirrhosis-English-report.pdf journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(2021)29022-9/fulltext https://www.aasld.org/practice-guidelines/diagnosis-evaluation-and-management-ascites-spontaneous-bacterial-peritonitis https://www.aasld.org/practice-guidelines/transjugular-intrahepatic-portosystemic-shunt-tips

Контрольні питання.

1. Які симптоми є типовими для функціональної диспепсії? Який підхід до *Helicobacter pylori* рекомендований при диспепсії без симптомів тривоги?
2. На підставі чого встановлюють діагноз ГЕРХ? У яких випадках пацієнту показана ЕГДС?
3. Які основні етіологічні чинники пептичної виразки? Коли потрібно контролювати ефективність ерадикації *Helicobacter pylori*?
4. Які клінічні прояви характерні для синдрому подразненого кишківника? Які симптоми належать до тривожних ознак?
5. Які фактори ризику мають значення у розвитку хронічного панкреатиту? У чому полягає замісна терапія при зовнішньосекреторній недостатності підшлункової залози?
6. Які серологічні та морфологічні методи використовують для діагностики целиакії? Який основний принцип лікування целиакії?
7. Що таке синдром надлишкового бактеріального росту тонкої кишки? Які методи застосовують для його діагностики?
8. Які методи використовують для підтвердження запальних захворювань кишківника? Яка мета лікування при хворобі Крона і виразковому коліті?
9. Які ускладнення характерні для жовчнокам'яної хвороби? Які методи застосовують для діагностики патології жовчних шляхів?
10. Які основні ускладнення цирозу печінки потребують окремих протоколів ведення? Які принципи профілактики декомпенсації цирозу?

Контрольне тестування до розділу III:

- 1. У пацієнта з диспепсією без симптомів тривоги скарги на диспепсію, які зберігаються понад 8 тижнів. Яка тактика найбільше відповідає сучасним рекомендаціям?**
 - А. Встановлювати діагноз лише після обов'язкової колоноскопії
 - В. Призначити ферментні препарати як стартову терапію всім пацієнтам
 - С. Оцінити типові симптоми, розглядати функціональну диспепсію як клінічний діагноз і застосувати стратегію test and treat щодо *Helicobacter pylori*
 - Д. Розпочати тривалу антибактеріальну терапію без обстеження
 - Е. Негайно госпіталізувати пацієнта без додаткової оцінки
- 2. У молодого пацієнта з типовими симптомами ГЕРХ без тривожних ознак який стартовий підхід є найбільш обґрунтованим?**
 - А. Призначити лише прокінетики без антисекреторної терапії
 - В. Одразу провести КТ органів грудної клітки
 - С. Обов'язково виконати ЕГДС у день звернення
 - Д. Відкласти лікування до морфологічного підтвердження
 - Е. Встановити попередній діагноз на підставі анамнезу та розпочати емпіричну терапію

3. Який підхід до ведення виразки шлунка є найбільш правильним з позиції клінічної безпеки?

- A. *Helicobacter pylori* не впливає на подальшу тактику
- B. Контрольна ЕГДС після лікування не має значення
- C. Біопсія не потрібна, якщо симптоми зменшилися на тлі ІПП
- D. Виразку шлунка і дванадцятипалої кишки ведуть однаково
- E. Поряд із лікуванням обов'язково виключити злоякісний процес морфологічно

4. Яка з наведених ознак у пацієнта з підозрою на синдром подразненого кишківника потребує особливо настороженого пошуку органічної патології?

- A. Чередування закрепи та діареї без інших змін
- B. Втрата маси тіла, анемія або кров у калі
- C. Зв'язок симптомів зі стресом
- D. Полегшення після дефекації
- E. Здуття живота після їжі

5. Який підхід найбільш повно відображає сучасне ведення хронічного панкреатиту?

- A. Орієнтація лише на інтенсивність больового синдрому
- B. Ігнорування алкогольного й тютюнового анамнезу
- C. Оцінка екзокринної та ендокринної функції підшлункової залози, нутритивного статусу та ускладнень
- D. Призначення панкреатину лише при цукровому діабеті
- E. Відмова від інструментальної візуалізації за наявності схуднення

6. Який варіант найточніше відображає принцип діагностики целиакії?

- A. Безглютенову дієту слід починати до будь-якого обстеження
- B. Біопсія повністю замінює серологію в усіх випадках
- C. Діагноз ґрунтується на поєднанні клінічної підозри, серологічних тестів і оцінки слизової оболонки тонкої кишки
- D. Серологічні тести не мають суттєвого значення
- E. Для встановлення діагнозу достатньо лише скарг на здуття

7. Який принцип найбільш точно характеризує сучасний підхід до синдрому надлишкового бактеріального росту тонкої кишки (СНБР)?

- A. СНБР є ізольованим діагнозом і не потребує пошуку причини
- B. Лікування СНБР не залежить від клінічного контексту
- C. Будь-яке здуття автоматично підтверджує СНБР
- D. Дихальний тест повністю замінює клінічну оцінку
- E. СНБР слід оцінювати в контексті фонової патології, порушень моторики, мальабсорбції та нутритивних дефіцитів

8. Який підхід до діагностики запальних захворювань кишківника є найбільш правильним?

- A. Діагноз підтверджують тільки після відповіді на глюкокортикоїди
- B. Достатньо лише підвищеного С-реактивного білка
- C. Достатньо лише колоноскопії без біопсії
- D. Достатньо лише ультразвукового дослідження
- E. Діагноз встановлюють за сукупністю анамнестичних, клінічних, ендоскопічних, гістологічних, лабораторних і променевих даних

9. Який клінічний акцент є найбільш важливим при веденні пацієнта з первинним склерозуючим холангітом?

- A. Візуалізація жовчних проток не має принципового значення
- B. Зв'язок із запальними захворюваннями кишківника клінічно неважливий
- C. Необхідно оцінювати стан жовчних проток, виключати вторинні причини стриктур і враховувати онкологічний ризик
- D. Захворювання потребує лише симптоматичного знеболення
- E. Спостереження щодо ризику холангіокарциноми не потрібне

10. Який варіант найбільш повно відображає сучасну логіку ведення пацієнта з цирозом печінки?

- A. Основна тактика зводиться до призначення гепатопротектора
- B. При компенсованому цирозі динамічне спостереження не потрібне
- C. Ведення пацієнта визначається лише рівнем трансаміназ
- D. Ускладнення цирозу не потребують окремих клінічних маршрутів
- E. Потрібні стратифікація ризику, профілактика декомпенсації, раннє виявлення ускладнень і окремі алгоритми ведення енцефалопатії, гепаторенального синдрому, варикозної кровотечі та тромбозу портальної вени

Ситуаційна задача 1.

Чоловік, 46 років, звернувся до терапевта зі скаргами на печію, відрижку кислим, періодичне печіння за грудиною після їжі та вночі. Симптоми турбують близько 8 місяців, останні 6 тижнів виникають 4–5 разів на тиждень. Печія посилюється після рясної вечері, кави, шоколаду, гострої їжі, а також у положенні лежачи. Іноді пацієнт самостійно приймає антацид, після чого стан поліпшується.

З анамнезу відомо: працює водієм, харчується нерегулярно, вечеряє пізно. Курить 15 сигарет на добу протягом 20 років. Алкоголь епізодично. Маса тіла 98 кг, зріст 178 см, ІМТ 30,9 кг/м². НПЗП не приймає. За останні 6 місяців маса тіла не зменшувалася. Дисфагії, блювання, мелени, анемії в анамнезі не було.

Об'єктивно: стан задовільний. Шкіра звичайного кольору. Ps 78/хв, ритмічний, АТ 128/82 мм рт. ст., ЧДР 16/хв, SpO₂ 98%. Живіт м'який, помірно

чутливий в епігастрії, без симптомів подразнення очеревини. Печінка не збільшена.

Лабораторні дані: Нв 142 г/л, еритроцити $4,7 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити $6,4 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити $248 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 8 мм/год, загальний білірубін 14 мкмоль/л, АЛТ 26 Од/л, АСТ 22 Од/л, креатинін 84 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л.

ЕКГ: синусовий ритм, 76/хв, гострих ішемічних змін немає.

Питання

1. Який найбільш імовірний попередній діагноз?
2. Які дані в цьому випадку свідчать на користь ГЕРХ?
3. Чи є у пацієнта показання до негайної ЕГДС?
4. Яка стартова тактика лікування є найбільш обґрунтованою?
5. Які немедикаментозні рекомендації слід надати пацієнту?
6. Які дії потрібні, якщо через 8 тижнів лікування симптоми збережуться?

Ситуаційна задача 2

Чоловік, 58 років, доставлений у терапевтичне відділення зі скаргами на збільшення живота, набряки гомілок, слабкість, зниження апетиту, періодичну нудоту, сонливість удень і дезорієнтацію ввечері. Протягом останніх 5 днів з'явилися тупий біль у животі, підвищення температури до $37,8^\circ\text{C}$ та посилення загальної слабкості.

З анамнезу відомо: понад 15 років зловживав алкоголем, 2 роки тому встановлено цироз печінки. Останні 6 місяців відзначає прогресування асцити. Сечогінні приймав нерегулярно. За останній тиждень маса тіла збільшилась на 4 кг. Блювання кров'ю та мелени не було.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, свідомість збережена, але пацієнт загальмований, відповідає повільно. Шкіра субіктерична, на грудній клітці судинні зірочки. Живіт збільшений у розмірах, напружений, позитивний симптом флюктуації. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка +2 см. Набряки гомілок. АТ 102/64 мм рт. ст., Ps 96/хв, ЧДР 18/хв, $t 37,8^\circ\text{C}$.

Лабораторні дані: Нв 108 г/л, еритроцити $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити $12,8 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити $92 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ 28 мм/год, загальний білірубін 68 мкмоль/л, прямий білірубін 34 мкмоль/л, АЛТ 42 Од/л, АСТ 78 Од/л, альбумін 28 г/л, загальний білок 58 г/л, креатинін 112 мкмоль/л, сечовина 9,8 ммоль/л, натрій 128 ммоль/л, калій 4,3 ммоль/л, INR 1,8, аміак 74 мкмоль/л.

УЗД органів черевної порожнини: печінка з нерівним контуром, ознаки портальної гіпертензії, селезінка 16,5 см, вільна рідина в черевній порожнині до 8–10 см у латеральних каналах.

Діагностичний парацентез: асцитична рідина прозора, солом'яного кольору, білок 11 г/л, альбумін 8 г/л, лейкоцити $860/\text{мм}^3$, нейтрофіли $620/\text{мм}^3$, еритроцити поодинокі, глюкоза 5,1 ммоль/л. Посів асцитичної рідини через 48 годин: *Escherichia coli*.

Питання

1. Який найбільш імовірний клінічний діагноз?
2. Яке ускладнення цирозу розвинулося в пацієнта?
3. Які дані асцитичної рідини підтверджують це ускладнення?
4. До якого класу за Child–Pugh належить пацієнт?
5. Яка невідкладна тактика лікування є найбільш обґрунтованою?
6. Які подальші кроки ведення потрібні після стабілізації стану?

РОЗДІЛ IV. Захворювання нирок і сечовидільної системи

Захворювання	Гломерулонефрити
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00229. Гломерулонефрити Настанова 00224. Протеїнурія. Настанова 00446. Системний червоний вовчак (СЧВ). Настанова 00449. Васкуліти. Настанова 00226. Лікування хронічної хвороби нирок. Настанова 00227. Нефротичний синдром. Настанова 00230. IgA-нефропатія.
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-05-22
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org

Короткий зміст	Група запальних захворювань клубочків нирок з розвитком структурних і функціональних змін, а саме змін проникності клубочків В основі захворювання лежать імунологічні механізми, ймовірно, пов'язані з генетично зумовленим типом реакції (на власні або зовнішні антигени, мікроорганізми, лікарські препарати). Патологія розвивається у вигляді первинного захворювання із ізольованим ураженням нирок або у складі системного захворювання (діабет, СЧВ, амілоїдоз, системний васкуліт).
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00229&format=pdf

Захворювання	Інфекція сечовидільних шляхів
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00232. Інфекції сечовивідних шляхів Настанова 00634. Інфекції сечовивідних шляхів у дітей Настанова 00233. Аналіз сечі і бактеріальний посів сечі Настанова 01005. Больовий синдром сечового міхура (інтерстиційний цистит) Настанова 00547. Запальні захворювання жіночих статевих органів Настанова 00244. Гострий бактеріальний простатит Настанова 00245. Хронічний простатит Настанова 00205. Синдром спастичного тазового дна Настанова 00905. Визначення об'єму залишкової сечі з допомогою ультразвукового дослідження
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-05-22

Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease Посібник 00006. Urinary tract infections - Quick Reference.
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org
Короткий зміст	Інфекція сечових шляхів - збірне поняття для означення бактеріального або іншого ураження сечових шляхів. Ураження нижніх сечових шляхів призводить до виникнення циститу (запалення сечового міхура), тоді як ураження верхніх сечових шляхів призводить до пієлонефриту (запалення нирок). Прояви запалення нижніх сечових шляхів: болісне і часте сечовипускання, часті позиви до нього, що об'єднується у збірне поняття дизурія, часто одночасне поєднання цих проявів, тоді як при пієлонефриті до цього часто додається гарячка та ниркові коліки. У людей похилого віку та у маленьких дітей прояви можуть бути нечіткими та невиразними. Зазвичай, основним збудником обох захворювань є <i>Escherichia coli</i>, але можуть бути й інші бактерії чи найпростіші, паразитні грибки. Інфекції сечових шляхів частіше уражають жінок, ніж чоловіків. Захворювання часто рецидивують. До факторів ризику відносять: анатомічні особливості жінок, безладні статеві відносини та генетичну схильність. Пієлонефрит зазвичай виникає на тлі інфекції сечового міхура, але може також виникнути внаслідок бактеріємії. У молодих, здорових в іншому плані жінок, діагноз можна встановити лише на основі клінічних проявів. Діагностування захворювання у пацієнтів із невиразними проявами ускладнюється тим, що збудник може бути присутнім в організмі, але при цьому не провокувати виникнення хвороби. Неускладнені бактеріальні інфекції сечових шляхів виліковуються курсом антибіотиків, проте, кількість антибіотиків, які використовують при лікуванні та до яких у бактерій виробилась резистентність, зростає. При ускладненнях застосовують триваліший курс лікування

	пероральними або ж антибіотиками з парентеральним введенням, але за відсутності покращення стану хворого протягом двох чи трьох днів, виникає необхідність проведення додаткових діагностичних досліджень. У жінок інфекція сечових шляхів є найпоширенішою формою бактеріальних інфекцій. Щорічно 10 % жінок захворюють на інфекції сечових шляхів.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3120

Захворювання	Діабетична нефропатія
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00494. Діабетична нефропатія Настанова 00222. Збільшена концентрація креатиніну в крові, розрахункова швидкість клубочкової фільтрації і тести функції нирок.
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2018-03-05
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease Посібник 00006. Urinary tract infections - Quick Reference.
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org
Короткий зміст	Діабет 1 типу У близько 20-30 % пацієнтів з діабетом 1 типу тривалістю більше 15 років розвивається мікроальбумінурія. У близько половини цих пацієнтів вона буде прогресувати у виражену нефропатію. У значної частини пацієнтів можна досягти ремісії при нормоальбумінурії або мікроальбумінурія може залишитися стабільною. Цей процес чітко залежить від глікемічного контролю та рівня артеріального тиску.

	Кількість випадків прогресування захворювання до кінцевої стадії ниркової недостатності за останні кілька десятиліть різко скоротилась. Діабет 2 типу На момент встановлення діагнозу, мікроальбумінурія наявна у майже 20 % пацієнтів. Через 10 років після встановлення діагнозу мікроальбумінурія зустрічається у близько 30 % пацієнтів, макроальбумінурія - у 5 %; дещо з меншою частотою зустрічається підвищення рівнів креатиніну плазми. Щорічно у близько 2 % пацієнтів спостерігається прогресування до наступної стадії захворювання. Як і у випадку з діабетом 1 типу, можлива ремісія до нормоальбумінурії. Прогресування ушкодження нирок, ймовірно, буде подібне до такого при діабеті 1 типу, хоча і важче описати прогресування захворювання через труднощі у зв'язку із визначенням точного часу виникнення і високою частотою захворюваності на недіабетичні хвороби нирок. Пацієнти з діабетом страждають нирковою недостатністю на різних стадіях частіше, ніж населення в цілому: приблизно у 40 % пацієнтів з діабетом 2 типу розвиваються порушення функції нирок під час хвороби. Тільки у частини пацієнтів ниркова недостатність спричинена діабетичною нефропатією. Альбумінурія і зниження рШКФ є факторами серцево-судинного ризику, що потенціюють ефект один одного. Висока смертність від серцево-судинних захворювань, і лише у невеликої частини пацієнтів ниркова недостатність прогресує до кінцевої стадії. Однак у зв'язку з високою поширеністю діабету 2 типу щорічно діалізу потребують більше пацієнтів з діабетом 2 типу, ніж з діабетом 1 типу.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00494&format=pdf

Захворювання	Полікістоз нирок
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00228. Кісти нирок Настанова 00226. Лікування хронічної хвороби нирок Настанова 00999. Ведення пацієнта на діалізній терапії на рівні первинної медичної допомоги
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-01-23
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org
Короткий зміст	Полікістоз нирок є генетично детермінованим захворюванням. Найбільш поширеними симптомами у дорослих пацієнтів є біль в животі та гематурія. Діагноз ставиться на основі ультразвукового дослідження. Аутосомно-домінантний полікістоз нирок Успадковується за аутосомно-домінантним типом, тобто діти пацієнта мають 50 % ризик наслідування даного захворювання. Зустрічається з частотою 1:400-1:1000. Кісти розвиваються в обох нирках, їх кількість і розмір збільшуються з віком. Нирки збільшуються у розмірі (їх вага може досягати кількох кілограмів), прогресує ниркова недостатність. Близько 70 % пацієнтів у віці від 40 до 70 років потребують діалізу. Причиною захворювання є мутація генів PKD1 або PKD2. У разі мутації гена PKD2 захворювання має більш м'який перебіг, потреба в діалізі у таких пацієнтів виникає, в середньому у віці 69 років, тоді як у тих, хто має мутацію гена PKD1 середній вік початку діалізу складає 53 роки. У 85 % пацієнтів із полікістозом нирок захворювання викликається мутацією гена PKD1. Аутосомно-рецесивний полікістоз нирок (дитяча форма)

	Поширеність 1:10000-1:40000. Як правило, проявляється при народженні; у найважчих випадках перші прояви спостерігаються вже після 24-го тижня гестації. Більш легкі форми маніфестують у дитинстві або молодому віці.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00228&format=pdf

Захворювання	Подагрична нефропатія
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00451. Подагра і псевдоподагра
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-04-26
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease EULAR Recommendations for the Management of Gout (2023) ADA Standards of Medical Care in Diabetes - 2024 UpToDate (2024) – "Chronic urate nephropathy", "Treatment of gout in patients with CKD", "Pegloticase in refractory gout" Medscape: Pegloticase – Drug Monograph
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org
Короткий зміст	Подагрична нефропатія – це ураження нирок, яке виникає внаслідок подагри. Подагра характеризується відкладенням в різних органах і тканинах кристалів солі сечової кислоти. Від подагри частіше страждають чоловіки, і у половини хворих розвивається подагрична нефропатія.

Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00451&format=pdf https://kdigo.org/guidelines/ckd-evaluation-and-management/ http://dx.doi.org/10.1136/ard.2006.055269 https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S1/153630 https://reference.medscape.com/drug/krystexxa-pegloticase-999601 https://www.uptodate.com/contents/search
-----------	--

Захворювання	Вагітність і хронічна хвороба нирок
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00561. Системні захворювання під час вагітності Клінічні настанови щодо вагітності і хвороб нирок
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-17
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease Wiles et al. BMC Nephrology.
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org 2019; 20: 401 https://doi.org/10.1186/s12882-019-1560-2
Короткий зміст	Захворювання нирок Гломерулярна фільтрація збільшується на 30-50 % під час вагітності. Це призводить до зниження концентрації креатиніну в плазмі крові; рівень <80 мкмоль/л вважається нормальним. Прогноз вагітності значно погіршується, якщо у матері є гіпертонія або збільшена концентрація креатиніну в плазмі крові і протеїнурія вже до вагітності.

	Вагітність не рекомендується, коли у невагітної жінки діастолічний АТ перевищує 90 мм рт. ст., або концентрація креатиніну в плазмі становить 125–175 мкмоль/л. Вже наявна помірна ниркова недостатність (кліренс креатиніну 30–50 мл/хв/1,73 м²) значно погіршує прогноз вагітності. Вагітність повинна бути під ретельним наглядом, і це має відбуватись в лікарні, що спеціалізується на таких станах. Гіпертензія і прееклампсія зустрічаються у більше, ніж 50 % випадках, навіть при менш тяжких випадках ниркової недостатності, що призводить до порушення функції плаценти, затримки розвитку плоду та передчасних пологів. На прогноз вагітності значною мірою впливає нефропатія при червоному вовчаку, мембранному гломерулонефриті, склеродермії та вузликовому поліартеріїті, навіть якщо результати аналізів функції нирок ще не значно порушені. Тому ці стани розглядаються як відносні протипоказання до вагітності. Асимптомну бактеріурію слід лікувати, наприклад, нітрофурантоїном, цефалоспорином або мециламіном вже протягом першого триместру вагітності [доказ 00221 С] . Якщо не лікувати, ризик пієлонефриту становить близько 30-40 %. Пацієнтку з пієлонефритом, який асоціюється з лихоманкою, найкраще лікувати в стаціонарі. Антимікробну терапію слід починати парентерально, наприклад з цефалоспоринів, і продовжують, відповідно до чутливості мікрофлори. Пероральна антимікробна терапія триває протягом 3 тижнів. Якщо інфекція повторюється під час вагітності, доцільним є призначення профілактичного лікарського засобу протягом періоду вагітності. Вагітність не рекомендована раніше, ніж через 1–2 роки після трансплантації нирок, якщо немає проблем з функцією нирок або імуносупресивною терапією. Такі вагітності є успішними під час ретельного спостереження, коли ці передумови виконуються.
--	--

Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00561&format=pdf https://kidneysjournal.com/index.php/journal/article/view/255
-----------	--

Захворювання	Гостре ураження нирок
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00225. Гостре ураження нирок
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-05-22
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org
Короткий зміст	При гострому ураженні нирок (ГУН) погіршується здатність клубочків до фільтрації, що веде до порушення кислотно-лужної та водної рівноваги, а також до накопичення кінцевих продуктів азотного обміну. Протягом 24–48 годин після початку ГУН концентрація креатиніну в сироватці крові зростає, а діурез знижується. ГУН слід ідентифікувати до моменту значного підвищення концентрації креатиніну і зниження швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ). Типовим пацієнтом є особа старшого віку з передумовами до пошкодження нирок, яка, наприклад, має гостру діарею або отримує нефротоксичні препарати (наприклад, НППЗ, інгібітори АПФ), тобто загострення хронічної хвороби нирок. Гіповолемія є найчастішою причиною олігурії і може бути усунена регідратаційною терапією. Необхідно контролювати діурез пацієнтів у важкому стані. Потрібно вчасно розпізнати та усунути затримку сечі. Одночасне застосування інгібіторів АПФ, діуретиків та НППЗ підвищує ризик ГУН.

Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00225&format=pdf
-----------	---

Захворювання	Сечокам'яна хвороба
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00238. Сечокам'яна хвороба
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-09-06
Міжнародні рекомендації	KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease
Рік опублікування	VOLUME 105 / ISSUE 4S / APRIL 2024 www.kidney-international.org
Короткий зміст	Сечокам'яна хвороба (СКХ) – це поліетіологічне захворювання, що пов'язане з порушенням обміну речовин і супроводжується утворенням каменів у сечових шляхах. Лікування гострої ниркової коліки розпочинається з внутрішньовенного введення НППЗ, комбінації анальгетика зі спазмолітиком або опіоїдами в умовах першого лікувального закладу, куди був доправлений пацієнт. Пацієнтам, яким показане консервативне лікування, першою лінією терапії є призначення альфа1-блокаторів. Діагноз має бути підтверджений за допомогою ультразвукового дослідження та спіральної комп'ютерної томографії у спеціалізованій медичній допомозі. Функціональний стан нирок підтверджується подальшим обстеженням. Камінь видаляється та направляється на аналіз. Лабораторні дослідження, що направлені на визначення етіології формування каменів сечового міхура, завжди знижують ризик рецидиву.

Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00238&format=pdf
-----------	---

Контрольні питання.

- 1) Які основні клініко-лабораторні критерії встановлення діагнозу хронічної хвороби нирок?
- 2) Як класифікується ХХН за рівнем ШКФ та категорією альбумінурії?
- 3) Які ознаки сечового синдрому дозволяють запідозрити гломерулонефрит?
- 4) Які основні клінічні форми гломерулонефритів виділяють у практиці терапевта?
- 5) У яких випадках пацієнту з підозрою на гломерулонефрит показана біопсія нирки?
- 6) Які критерії дозволяють відрізнити діабетичну нефропатію від недіабетичного ураження нирок?
- 7) Яке значення має співвідношення альбумін/креатинін сечі у діагностиці діабетичної хвороби нирок?
- 8) Які основні принципи нефропротективної терапії при діабетичній нефропатії?
- 9) Які лабораторні та інструментальні методи потрібні для діагностики сечокам'яної хвороби?
- 10) Які чинники ризику рецидиву сечокам'яної хвороби(СКХ) та які методи профілактики використовують у пацієнтів із СКХ?

Контрольне тестування до розділу III:

1. Які властивості повинні мати антибіотики, що застосовуються при ІСС?
 - A. Висока активність до збудника;
 - B. Виводяться переважно нирками в незмінному виді;
 - C. Не мають нефротоксичної дії;
 - D. Все вищеперелічене.
2. Які терміни призначення антибактеріальних препаратів при неускладненій інфекції сечової системи (ІСС)?
 - A. 3-5 днів
 - B. 5-7 днів
 - C. 7-10 днів
 - D. До нормалізації мікроскопії сечового осаду.
3. Яка група препаратів на сьогодні має найбільш доведену нефропротекторну дію?

- A. ІАПФ
- B. БРА II
- C. ІНЗКТГ-2
- D. АМКР

4. Який гіпоурикемічний препарат може призначатись пацієнтам з наявністю хронічної ниркової недостатності без корекції дози?

- A. Алопуринол
- B. Фенофібрат
- C. Фебуксостат
- D. Лозартан

5. У вагітної 25 років, (вагітність II, 12 тижнів) з'явився постійний ниючий біль в поперековій ділянці, підвищилась температура тіла. В сечі: білок 0,066 г/л, лейкоцити 20-30 екземплярів у полі зору, іноді скупчення до 40 екземплярів, бактерії багато. При проведенні УЗД права нирка опущена, ліва в звичайному положенні, розміри не змінені, чашково-мискова система розширена, стінки ущільнені, деформовані. Який діагноз є найбільш імовірним?

- A. Гострий пієлонефрит
- B. Нефроптоз правої нирки
- C. Загострення хронічного пієлонефриту
- D. Нефропатія вагітної
- E. Сечокам'яна хвороба

6. У хворої 22 років, після переохолодження з'явилися болі в поперековій ділянці, мутна сеча, підвищення температури тіла до 38,8 °C. У крові: лейкоцити $13,2 \times 10^9/\text{л}$, зсув лейкоцитарної формули вліво, ШЗЕ 28 мм/год. У сечі: білок 0,33 г/л, лейкоцити 30-40 в полі зору, місцями на все поле зору, бактерії. Виберіть найбільш оптимальну емпіричну антибактеріальну терапію.

- A. Пеніциліни
- B. Тетрацикліни
- C. Напівсинтетичні пеніциліни
- D. Напівсинтетичні пеніциліни з клавулоновою кислотою
- E. Фторхінолони
- F. Макроліди

7. Вагітна 20 років (вагітність I, 12 тижнів) скаржиться на нудоту, блювання, головний біль. При огляді: набряки на гомілках, АТ - 170/105 мм рт.ст. У сечі: білок - 3,3 г/л, еритроцити - 10-15 екземплярів у полі зору,

лейкоцити - 6-8 екземплярів у полі зору, циліндри гіалінові - 5-6 екземплярів у полі зору. Що з переліченого є найімовірнішим діагнозом?

- А. Еклампсія вагітних
- В. Ранній токсикоз вагітних
- С. Гестаційний пієлонефрит
- Д. Хронічний гломерулонефрит
- Е. Хронічна гіпертензія

8. 22-річний чоловік поступив до інфекційного відділення з діагнозом фолікулярної ангіни. При огляді: температура тіла 39 °С, пульс 110 ударів на 1 хв, АТ 110/60 мм рт.ст. В крові: лейкоцити $14,2 \times 10^9/\text{л}$, ШЗЕ 26 мм/год; в сечі: білок - 0,066 г/л, еритроцити – 2-3 екземпляри в полі зору, лейкоцити – 4-6 екземплярів у полі зору, циліндри гіалінові 1-3 екземпляри в полі зору. Яке дослідження необхідно провести хворому для визначення і лікування патології нирок?

- А. Аналіз сечі за Нечипоренком
- В. Креатинін, сечовина в крові; співвідношення альбумін/креатинін сечі (САК)
- С. Бактеріологічне дослідження мазку із зіву і чутливість до антибіотиків
- Д. УЗД нирок
- Е. Повторне дослідження загального аналізу сечі
- Ф. Усе вищепереліковане

9. 24-річний чоловік поступив до інфекційного відділення з діагнозом фолікулярної ангіни. В амбулаторних умовах приймав неодноразово парацетамол. При огляді: температура тіла 38,6 °С, пульс 112 ударів за хв., АТ 120/70 мм рт.ст. В крові: лейкоцитоз із зсувом вліво, підвищене ШОЕ; в сечі: білок - 0,066 г/л, еритроцити – 1-2 екземпляри у полі зору, лейкоцити – 5-6 екземплярів у полі зору, циліндри гіалінові 2-3 екземпляри у полі зору. Про який стан нирок в першу чергу слід думати?

- А. Гострий гломерулонефрит
- В. Тонзілогенна нефропатія (Лихоманкова протеїнурія)
- С. Загострення хронічного гломерулонефриту
- Д. Амілоїдоз нирок
- Е. Гострий пієлонефрит

Ситуаційна задача №1 розділу IV

Пацієнт Л., 68 років. Зріст 1,82 м. Вага 130 кг. ІМТ 39,2 кг/см². АТ 160/90 мм рт.ст. Підвищений АТ – з 1973 р. З 1995 р. – ЦД 2 типу. Ознаки ХНН – з

2022 р. УЗД нирок: симетричні, звичайної форми і положення, 10,0х5,0 см, товщина паренхіми 1,7 см. Поодинокі мікроліти до 5-7 мм. Лабораторні методи дослідження: у крові - еритроцити $3,79 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 118 г/л, Нт 0,333, креатинін 439 мкмоль/л, сечовина 22,3 ммоль/л, глюкоза 5,51 ммоль/л; у сечі: білок 0,702 г/л; глюкоза 22,8 ммоль/л, циліндри не виявлені. Який діагноз ХХН згідно сучасної класифікації хвороб нирок?

Варіанти відповідей:

А. ХХН V стадія. (ШКФ за СКD-EPI 11 мл/хв/1,73 м²). Хронічний гломерулонефрит, стадія загострення. ХНН IV стадія. Вторинна анемія. Симптоматична артеріальна гіпертензія III стадія, III ступінь, дуже високий ризик.

В. ХХН IV стадія. Діабетична нефропатія. ХНН III стадія. Вторинна анемія. Симптоматична артеріальна гіпертензія III стадія, III ступінь, дуже високий ризик.

С. ХХН V стадія. (ШКФ за СКD-EPS 11 мл/хв/1,73 м²). Первинний нефроангіосклероз. ХНН II стадія. Гіпертонічна хвороба III стадія, III ступінь, дуже високий ризик. Гіпохромна анемія.

Д. ХХН V стадія. (ШКФ за СКD-EPI 11 мл/хв/1,73 м²). Гіпертензивна хвороба нирок. Діабетична нефропатія (діабетична хвороба нирок). Сечокам'яна хвороба. ХНН IV стадія. Вторинна анемія. Гіпертонічна хвороба III стадія, III ступінь, дуже високий ризик.

Е. ХХН V стадія. (ШКФ за СКD-EPI 11 мл/хв/1,73 м²). Хронічний гломерулонефрит, стадія загострення. Діабетична нефропатія. ХНН термінальна стадія. Вторинна анемія. Симптоматична артеріальна гіпертензія III стадія, III ступінь, дуже високий ризик.

Ситуаційна задача 2

Пацієнт Л., 68 років. Зріст 1,82 м. Вага 130 кг. ІМТ 39,2 кг/см². АТ 160/90 мм рт.ст. Підвищений АТ – з 1973 р. З 1995 р. – ЦД 2 типу. Ознаки ХНН – з 2022 р. УЗД нирок: симетричні, звичайної форми і положення, 10,0х5,0 см, товщина паренхіми 1,7 см. Поодинокі мікроліти. Лабораторні методи дослідження: у крові - еритроцити $3,79 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб 118 г/л, Нт 0,333, креатинін 439 мкмоль/л, сечовина 22,3 ммоль/л, глюкоза 5,51 ммоль/л; у сечі: білок 0,702 г/л; глюкоза 22,8 ммоль/л, циліндри не виявлені. Які лабораторні данні ще потрібні для діагностики? Чи потрібна біопсія нирок для постановки діагнозу і призначення терапії?

Варіанти відповідей:

А. Співвідношення рівня альбуміну/креатиніну сечі, біопсія нирки.

В. Рівень цистатину С, біопсія нирки.

С. Співвідношення рівня альбуміну/креатиніну сечі, сечова кислота сироватки крові, біопсія нирки не потрібна.

Д. Біопсія нирки.

Е. КТ нирок з контрастуванням.

РОЗДІЛ V. Захворювання ендокринної системи та обміну речовин

	Ожиріння
Національний документ (МОЗ)	Клінічна настанова, заснована на доказах «Ожиріння»
Номер, дата, статус	КН 2023-427, 03.03.2023 чинна
Міжнародні рекомендації	• Primary care and primary healthcare in obesity management (Канада, 2020) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/15-Primary-Care-v6-withlinks.pdf; • Medical nutrition therapy in obesity management (Канада, 2020) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2020/11/8-Medical-NutritionTherapy-v5-with-links.pdf;

	• Pharmacotherapy in obesity management (Канада, 2020) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/Pharmacotherapy-v6-withlinks.pdf; • Prevention and Harm Reduction of Obesity (Канада 2020) https://obesitycanada.ca/wp-content/uploads/2021/05/4-Prevention-and-HarmReduction-v5-with-links.pdf • National Institute for Health and Care Excellence (NICE) Obesity: identification, assessment and management 2022, https://www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identificationassessment-and-management-pdf-35109821097925
Рікопублікування	2020, 2022
Короткий зміст	Настанова розроблена для надання медичної допомоги пацієнтам із ожирінням та ґрунтується на даних доказової медицини стосовно ефективності та безпеки медичних втручань, фармакотерапії та організаційних принципів її надання. Лікування людей із надлишковою масою тіла або ожирінням має бути комплексним, персоналізованим і довгостроковим та вимагає насамперед змін в харчуванні, фізичній активності та поведінкову терапію. Окрім цього, за необхідності, може застосовуватися фармакологічне та хірургічне лікування ожиріння.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/mtd/home/

	Метаболічний синдром
Національний документ (МОЗ)	Настанова “Метаболічний синдром”
Номер, дата, статус	КН 00498, 2017-02-16, чинна

Міжнародні рекомендації	• Cornier MA, Dabelea D, Hernandez TL, et al. The metabolic syndrome. Endocr Rev. 2008 Dec;29(7):777-822. Grundy SM, Hansen B, Smith SC Jr, et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. Circulation. 2004 Feb 3;109(4):551-6. American Diabetes Association. Standards of care in diabetes - 2025. Diabetes Care. 2025;48(Suppl_1):S1–5.
Рікопублікування	2008, 2004, 2025
Короткий зміст	Метаболічний синдром (МС) - сукупність чинників, що підвищують ризик розвитку атеросклеротичних захворювань та діабету. ° Ризик розвитку судинної патології протягом 5-10 років є вдвічі вищим, ніж у людей без МС; співвідношення ймовірності виникнення патології протягом життя є, ймовірно, ще вищим. Ризик розвитку діабету збільшується в 5 разів. МС включає центральне ожиріння, гіпертензію, дисліпідемію (високий рівень тригліцеридів у плазмі крові та низький рівень ЛПВЩ) та порушення обміну глюкози.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00498&format=pdf

Захворювання	Цукровий діабет (ЦД) 2 типу
Національний документ (МОЗ)	Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу у дорослих»; Клінічна настанова (КН) «Цукровий діабет»

Номер, дата, статус	Наказ МОЗ України від 24.07.2024 № 1300; чинний документ (ГС 2024-1300). КН 2024-1300; опублікована разом із наказом МОЗ 24.07.2024; чинна.
Міжнародні рекомендації	American Diabetes Association (ADA). Standards of Care in Diabetes (настанови ADA)
Рік опублікування	Оновлюється щорічно; остання доступна 2024/2025–2026 версія.
Короткий зміст	Уніфікований клінічний протокол «Цукровий діабет 2 типу у дорослих» визначає стандарти первинної та спеціалізованої допомоги дорослим пацієнтам з ЦД 2 типу. Клінічна настанова «Цукровий діабет» узагальнює доказові рекомендації щодо ведення пацієнтів із ЦД, акцентується увага на індивідуалізації терапії. Міжнародна настанова ADA пропонує сучасні стандарти діагностики, лікування та моніторингу ЦД, включаючи використання новітніх стратегій лікування та технологій контролю глікемії. Цільовий рівень глікемії становить HbA1c <7% для більшості дорослих пацієнтів, при індивідуалізації – 6,5–7,5% залежно від віку та коморбідностей. Базою терапії є модифікація способу життя та фармакотерапія (метформін як препарат першого вибору), із подальшим індивідуальним підходом до лікування та контролем серцево-судинних та ниркових ризиків.
Посилання	https://moz.gov.ua/storage/uploads/b30256fd-30e1-470b-8870-691fe4e2e14a/dn_1300_24072024.pdf https://moz.gov.ua/storage/uploads/b30256fd-30e1-470b-8870-691fe4e2e14a/dn_1300_24072024_dod.PDF https://www.dec.gov.ua/mtd/czukrovyj-diabet-2-typu/?utm_source=chatgpt.com https://professional.diabetes.org/standards-of-care?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Цукровий діабет (ЦД) 1 типу
Національний документ (МОЗ)	Наказ МОЗ України «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих» Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих» Клінічна настанова, заснована на доказах «Цукровий діабет»
Номер, дата, статус	Наказ МОЗ України № 151 від 26.01.2023, чинний УКП Реєстровий № ГС 2023-151, опубл. 26.01.2023, чинний КН 2023-151, опубл. 26.01.2023, чинна
Міжнародні рекомендації	American Diabetes Association (ADA) – <i>Standards of Care in Diabetes</i>
Рік опублікування	ADA щорічно оновлювані стандарти, найновіша 2025/2026 версія
Короткий зміст	Рекомендації МОЗ України та ADA визначають сучасні підходи до діагностики, моніторингу та ведення пацієнтів із цукровим діабетом 1 типу. Цільовий рівень глікемії: HbA1c близько 7% для більшості пацієнтів, із можливою індивідуальною корекцією залежно від віку, тривалості захворювання та ризику гіпоглікемій. Базовою терапією є інсулінотерапія (базальний/болюсний або інсулінова помпа), самоконтроль глікемії, використання сучасних технологій та автоматичного введення інсуліну з подальшою персоналізацією лікування та контролем ускладнень.

Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43349-dn_151_26012023.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/43348-dn_151_26012023_dod.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/01/2023_nastanova-czd_dorosli.pdf https://www.dec.gov.ua/mtd/czukrovyj-diabet-1-typu-u-doroslyh/?utm_source=chatgpt.com https://professional.diabetes.org/standards%E2%80%91of%E2%80%91care
-----------	---

Захворювання	Первинний/субклінічний гіпотиреоз
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00514. Гіпотиреоз
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	Клінічна настанова NICE «Первинний та субклінічний гіпотиреоз» American Thyroid Association – Guidelines for the Treatment of Hypothyroidism European Thyroid Association – Levothyroxine Treatment Guidelines
Рік опублікування	NICE (National Institute for Health and Care Excellence), 2019 ATA, 2014 (Guideline) ETA, 2025 update

Короткий зміст	Рекомендації NICE 2019 і ATA/ETA 2014–2025 визначають стратегію діагностики, моніторингу та гормонозамісної терапії гіпотиреозу. Принципи лікування базуються на левотироксині з регулярним моніторингом ТТГ та тироксину, підтримання еутиреозу.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3350 https://umj.com.ua/uk/novyna-168435-pervinnij-ta-subklinichnij-gipotireoz-klinichna-nastanova-nice-2019?utm_source=chatgpt.com https://www.thyroid.org/professionals/ata-professional-guidelines/?utm_source=chatgpt.com https://www.eurothyroid.com/guidelines/eta_guidelines.html?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Гіпертиреоз / тиреотоксикоз
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00513. Гіпертиреоз
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	Клінічна настанова NICE «Гіпертиреоз і тиреотоксикоз» American Thyroid Association – Hyperthyroidism and Thyrotoxicosis Guidelines European Thyroid Association – Graves’ Hyperthyroidism (ETA, 2018)
Рік опублікування	NICE (2019) ATA, 2016 ETA, 2018

Короткий зміст	Міжнародні настанови NICE 2019, ATA 2016 та ETA 2018 описують принципи діагностики та лікування гіпертиреозу, включно з фармакотерапією, радіойодом та хірургічним лікуванням, а, також, включають моніторинг після терапії.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3349 https://umj.com.ua/uk/novyna-169168-gipertireoz-i-tireotoksikoz-klinichna-nastanova-nice-2019?utm_source=chatgpt.com https://www.thyroid.org/professionals/ata-professional-guidelines/?utm_source=chatgpt.com https://www.eurothyroid.com/guidelines/eta_guidelines.html?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Зоб / вузлові утворення ЩЗ (доброякісні)
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00510. Вузлове або дифузне збільшення щитоподібної залози
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	European Thyroid Association – Thyroid Nodule Management Guidelines American Thyroid Association – Thyroid Nodules and DTC Guidelines
Рік опублікування	ETA, 2023 ATA, 2015/updated 2025
Короткий зміст	ETA 2023 та ATA 2015/2025 є міжнародними рекомендаціями, які визначають підходи до обстеження та менеджменту вузлів щитоподібної залози з оцінкою ризику злоякісності, визначають показання до аспірації

	та операційного лікування або активного спостереження.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3346 https://etj.bioscientifica.com/view/journals/etj/12/5/ETJ-23-0067.xml?utm_source=chatgpt.com https://www.thyroid.org/professionals/ata-professional-guidelines/?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Рак щитоподібної залози
Національний документ (МОЗ)	Настанова 01064. Спостереження за пацієнтами з раком щитоподібної залози на первинній медичній допомозі після початку лікування. Український медичний стандарт – радіойодотерапія диференційованого раку ЩЗ
Номер, дата, статус	Настанова 01064. Дата останнього оновлення: 2017-08-08 DEC/Ukrainian Standard 2025
Міжнародні рекомендації	American Thyroid Association – Differentiated Thyroid Cancer Management Guidelines
Рік опублікування	АТА, 2025
Короткий зміст	Український медичний стандарт роз'яснює застосування радіоактивного йоду при диференційованому раку ЩЗ в Україні, що регламентує використання радіойодотерапії після первинного лікування. АТА 2025 є міжнародними рекомендаціями, які описують принципи обстеження та ведення пацієнтів з вузлами щитоподібної залози з оцінкою ризику злоякісності і показань до хірургічного лікування або активного спостереження.

Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3894 https://www.dec.gov.ua/news/v-ukrayini-vpershe-zyavyvsya-medychnyj-standart-shhodo-zastosuvannya-radioaktyvnogo-jodu-v-likuvanni-raku-shhytopodibnoyi-zalozy/?utm_source=chatgpt.com https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40844370/
-----------	---

Захворювання	Аутоімунний (хронічний) тиреоїдит / Тиреоїдит Хашимото
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00512. Аутоімунний тиреоїдит
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	American Thyroid Association (ATA) – рекомендації щодо аутоімунного тиреоїдиту / Hashimoto's thyroiditis (класичний підхід) Клінічні рекомендації/огляд AAFP (American Academy of Family Physicians)
Рік опублікування	ATA Guidelines (2014 та 2024) AAFP Guidance (оновлено 2021)
Короткий зміст	Рекомендації ATA та клінічні настанови AAFP визначають сучасні підходи до діагностики та менеджменту хронічного аутоімунного тиреоїдиту (тиреоїдит Хашимото). Моніторинг ТТГ/вільного Т4 із оцінкою антитіл (анти-ТРО, анти-Tg) проводиться для визначення етапу хвороби та потреби у терапії. При наявності гіпотиреозу застосовують левотироксин, як замісну гормонотерапію з регулярним контролем ТТГ та адаптацією дози; при субклінічних формах — спостереження і періодичні ТТГ-тести.

Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3348 https://www.thyroid.org/hashimotos-thyroiditis/ https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2021/1200/p609.html?utm_source=chatgpt.com
-----------	---

Захворювання	Підгострий тиреоїдит
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00511. Підгострий тиреоїдит
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	MSD Manual Professional Edition – підгострий тиреоїдит (Subacute Thyroiditis)
Рік опублікування	MSD Manual 2024 Professional Edition
Короткий зміст	Сучасні рекомендації визначають підгострий тиреоїдит як запальне захворювання щитоподібної залози з больовим синдромом у ший та фазами тиреотоксикозу, що згодом переходять у гіпотиреоз. Основний підхід лікування легких форм — НПЗП для контролю болю та запалення; при помірних або тяжких симптомах застосовують кортикостероїди; бета-блокатори застосовуються для контролю симптомів тиреотоксикозу.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3347 https://www.msdmanuals.com/uk/professional/endocrine-and-metabolic-disorders/thyroid-disorders/subacute-thyroiditis?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Надиркова недостатність: гостра та хронічна
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00515. Хвороба Аддісона та інші стани, що викликають гіпокортицизм
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society / ESE – Adrenal Crisis & Acute Adrenal Insufficiency Endocrine Society / ESE – Adrenal Crisis & Acute Adrenal Insufficiency NICE – Adrenal insufficiency: identification and management
Рік опублікування	Clinical guidance (ESE/Endocrine Society), 2024 NICE guideline No. 243, 2024
Короткий зміст	Менеджмент включає оцінку функції надиркових залоз, проведення тесту із стимуляцією АКТГ і невідкладне введення глюкокортикоїдів.
	Також, визначають сучасні підходи до діагностики та ведення хронічної надиркової недостатності, включно з тестами на АКТГ/кортизол і замісною терапією гідрокортизоном і мінералокортикоїдами, з акцентом на навчання хворих самоконтролю та профілактиці кризи. Рекомендується комплексна діагностика первинної надиркової недостатності (хвороби Аддісона) із визначенням рівнів кортизолу, АКТГ, реніну та альдостерону, стандартні тести стимуляції АКТГ та замісну терапію гідрокортизоном і, за потреби, флюдрокортизоном. Пацієнтів необхідно навчати самоконтролю, використанню глюкокортикоїдів в умовах стресу/захворювання і профілактиці адреналового кризи.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3351 https://www.endocrinology.org/clinical-practice/clinical-guidance/adrenal-crisis/?utm_source=chatgpt.com https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK609655/?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Синдром Кушинга
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00516. Синдром Кушинга
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-08
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society – Diagnosis of Cushing’s Syndrome Endocrine Society / ESE – Treatment of Cushing’s Syndrome
Рік опублікування	Clinical Practice Guideline, 2008 Clinical Practice Guideline, 2015 (оновлені підходи актуальні у 2024–2025)
Короткий зміст	Синдром Кушинга — це клінічний синдром, зумовлений хронічним надлишком кортизолу, який може бути АКТГ-залежним або АКТГ-незалежним. Рекомендації визначають сучасні підходи до діагностики та лікування синдрому Кушинга, з обов’язковим первинним гормональним скринінгом і подальшою етіологічною диференціацією. Основою лікування є хірургічне усунення джерела гіперкортицизму, а медикаментозна терапія використовується як підготовчий або альтернативний метод з метою зниження рівня кортизолу та профілактики ускладнень.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3352 https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/diagnosis-of-cushing-syndrome https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/treatment-of-cushing-syndrome

Захворювання	Феохромоцитома
--------------	-----------------------

Національний документ (МОЗ)	Настанова 00517. Рідкісні ендокринні пухлини Настанова 00075. Вторинна гіпертензія
Номер, дата, статус	Настанова 00517. Дата останнього оновлення: 2018-02-19 Настанова 00075. Дата останнього оновлення: 2018-08-09
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society – Pheochromocytoma and Paraganglioma European Society of Endocrinology (ESE)
Рік опублікування	Clinical Practice Guideline, 2014 (чинна, використовується у 2025) ESE Guideline, 2020
Короткий зміст	Феохромоцитома — це гормонально активна пухлина, що продукує катехоламіни та проявляється пароксизмальною або стійкою артеріальною гіпертензією. Рекомендації Endocrine Society та ESE визначають сучасні підходи до діагностики феохромоцитом з обов'язковим біохімічним підтвердженням з подальшою локалізацією пухлини за допомогою КТ/МРТ. Хірургічне видалення пухлини є методом вибору, з обов'язковою профілактикою гіпертензивних кризів.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3353 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2990 https://pheopara.org/wp-content/uploads/2018/11/The-Endocrine-Societys-Clinical-Practice-Guidelines.pdf?utm_source=chatgpt.com https://www.endocrine.org/error/404?item=%2fclinical-practice-guidelines%2fpheochromocytoma-and-paraganglioma&user=extranet%5cAnonymous&site=endocrine https://www.ese-hormones.org/

Захворювання	Пухлини гіпофіза (аденоми гіпофіза)
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00520. Пухлини гіпофіза
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-09
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society – Pituitary Incidentaloma Endocrine Society – Acromegaly Endocrine Society – Hyperprolactinemia European Society of Endocrinology (ESE)
Рік опублікування	Clinical Practice Guideline, 2011 (чинна) Clinical Practice Guideline, 2014 (актуалізація 2024–2025) Clinical Practice Guideline, 2011 (чинна) ESE Clinical Guidelines, 2021–2023
Короткий зміст	Пухлини гіпофіза — це переважно доброякісні аденоми, які можуть бути гормонально активними або нефункціональними та спричиняти як ендокринні порушення, так і компресійний синдром. До них відносяться пролактинома, акромегалія, хвороба Кушинга тощо. Міжнародні рекомендації Endocrine Society та ESE передбачають обов’язкову гормональну оцінку та МРТ гіпофіза при підозрі на пухлину, з подальшим вибором лікування залежно від типу аденоми. Основу лікування становить хірургічне втручання або медикаментозна терапія залежно від типу пухлини, з обов’язковим мультидисциплінарним підходом та довготривалим спостереженням.

Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3356 https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/pituitary-incidentoma https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/acromegaly https://www.endocrine.org/clinical-practice-guidelines/hyperprolactinemia https://www.e-se-hormones.org/
-----------	---

Захворювання	Нецукровий діабет
Національний документ (МОЗ)	МОЗ України – Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Нецукровий діабет»
Номер, дата, статус	Наказ МОЗ № 1946 від 14.09.2021, чинний
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society – Evaluation and Management of Diabetes Insipidus European Society of Endocrinology (ESE)
Рік опублікування	Clinical Practice Guideline, 2018, чинна Clinical Guidance, 2021–2023
Короткий зміст	Вітчизняний уніфікований клінічний протокол МОЗ України та міжнародні рекомендації Endocrine Society визначають сучасні підходи до діагностики та лікування нецукрового діабету, з обов’язковою диференціацією центральної та нефрогенної форм. Основою лікування центрального нецукрового діабету є замісна терапія десмопресином, із постійним моніторингом водного балансу та електролітів.

Посилання	https://moz.gov.ua/uploads/6/33024-dn_1946_14_09_2021_dod.pdf?utm_source=chatgpt.com https://www.endocrine.org/ https://www.e-se-hormones.org/
-----------	---

Захворювання	Гіперпаратиреоз/гіпопаратиреоз
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00502. Гіперкальціємія та гіперпаратиреоз Настанова 00501. Гіпокальціємія, гіпопаратиреоз і дефіцит вітаміну D
Номер, дата, статус	Настанова 00502. Дата останнього оновлення: 2018-08-07 Настанова 00501. Дата останнього оновлення: 2017-09-12
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society – <i>Hypoparathyroidism</i> European Society of Endocrinology (ESE) Endocrine Society – <i>Primary Hyperparathyroidism</i>
Рік опублікування	Guideline, 2016 Guideline, 2014
Короткий зміст	Гіперпаратиреоз — це ендокринне захворювання, що характеризується надмірною секрецією паратгормону з розвитком гіперкальціємії, ураженням кісткової тканини та нирок. Міжнародні рекомендації Endocrine Society та ESE визначають сучасні підходи до діагностики та лікування гіперпаратиреозу, з обов’язковою оцінкою рівнів кальцію та паратгормону і визначенням показань до хірургічного втручання. Гіпопаратиреоз — це стан, що супроводжується дефіцитом паратгормону та гіпокальціємією, найчастіше після хірургічних втручань на щитовидній залозі. Основою лікування є довготривала замісна терапія кальцієм та активними формами вітаміну D, з регулярним моніторингом кальцій-фосфорного обміну та функції нирок.

Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3338 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3337 https://www.endocrinology.org/media/txbkbhvb/jbmr_4691.pdf?utm_source=chatgpt.com https://www.endocrinology.org/media/boodt50x/bilezikian-et-al-guidelines.pdf?utm_source=chatgpt.com
-----------	--

Захворювання	Остеопороз
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00419. Остеопороз
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-09-22
Міжнародні рекомендації	Endocrine Society – Pharmacological Management of Osteoporosis in Postmenopausal Women European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women
Рік опублікування	Guideline Update, 2019–2020 (чинна, актуалізована) ESCEO/IOF 2012
Короткий зміст	Остеопороз — це системне захворювання скелета, що характеризується низькою мінеральною щільністю кісткової тканини (МЩК) та порушенням її мікроархітектури з підвищеним ризиком переломів. Діагностика базується на DXA-денситометрії та оцінці ризику переломів із використанням інструментів на кшталт FRAX® для 10-річного ризику переломів. Сучасні настанови рекомендують фармакотерапію для пацієнтів із високим ризиком переломів (початково бісфосфонати чи деносумаб), з можливістю переходу до анаболічних агентів (теріпаратид, ромосозумаб) у випадках дуже високого ризику, а також обов'язкове вживання кальцію і вітаміну D, профілактика падінь та моніторинг лікування.

Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3278 https://www.endocrine.org/-/media/endocrine/files/cpg/pharmacological-management-of-osteoporosis-for-postmenopausal-women.pdf?utm_source=chatgpt.com https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3587294/?utm_source=chatgpt.com https://www.fraxplus.org/uk https://health-ua.com/multimedia/7/6/1/1/7/1707493745.pdf?utm_source=chatgpt.com
-----------	---

Захворювання	Подагра
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00451. Подагра і псевдоподагра
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-04-26
Міжнародні рекомендації	American College of Rheumatology Guideline for the Management of Gout. Wiley Online Library, May 11 (https://doi.org/10.1002/acr.24180)
Рік опублікування	2020 American College of Rheumatology
Короткий зміст	Подагра — це метаболічне захворювання, зумовлене депозитами кристалів сечової кислоти в суглобах і тканинах, що проявляється гострими нападами артрити, тофусами та ураженням нирок. Національні та міжнародні рекомендації визначають критерії діагностики подагри, лікування гострого нападу (НПЗЗ, колхіцин, кортикостероїди) та довготривалу профілактичну терапію для контролю гіперурикемії. Основою профілактики є досягнення цільового рівня сечової кислоти $<360 \mu\text{mol/L}$ ($\approx <6 \text{ mg/dL}$) у більшості пацієнтів і $<300 \mu\text{mol/L}$ ($\approx <5 \text{ mg/dL}$) — у пацієнтів з

	частими загостреннями або тофусами, а також лікування коморбідних станів і модифікація способу життя.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3304 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32391934/ https://umj.com.ua/uk/publikatsia-182087-podagra-suchasni-rekomendatsiyi-shhodo-uratznizhuvalnoyi-terapiyi

Контрольні питання.

- 1) Які лабораторні критерії ЦД?
- 2) Які заходи немедикаментозного лікування рекомендовані при наявному ЦД 2 типу?
- 3) Який сучасний алгоритм медикаментозного лікування ЦД 2 типу
- 4) Які характерні симптоми та лабораторні зміни дозволяють запідозрити гіпотиреоз?
- 5) Які клінічні ознаки характерні для тиреотоксикозу?
- 6) Які фактори впливають на розвиток ендемічного зобу?
- 7) Які основні симптоми гострої надниркової недостатності?
- 8) Які симптоми та лабораторні показники допомагають запідозрити феохромоцитому?
- 9) Які фактори ризику розвитку остеопорозу слід враховувати при обстеженні?
- 10) Що входить в визначення “метаболічний синдром”?

11) Які класичні клінічні прояви подагри дозволяють встановити діагноз?

Контрольне тестування до розділу V

1) На прийом до гастроентеролога звернулася хвора М., 38 р., зі скаргами на загальну слабкість, втомлюваність, втрату ваги (20 кг за півроку), головокружіння, відсутність апетиту, нудоту, блювоту. З анамнезу: погіршення стану відмітила близько 6 – 7 місяців тому, початок ні з чим пов'язати не може. 1,5 роки тому лікувалася з приводу хронічного гастриту типу А. Об'єктивно: хвора правильної тілобудови, зниженого живлення. Шкіра суха, темного кольору, гіперпигментація більше виражена навколо губ, ареол сосків, на ліктях, колінах, долонних складках. АТ – 90/60 мм. рт. ст. Лабораторно: глікемія 3,5 ммоль/л, каліємія – 5,2 ммоль/л. Попередній діагноз?

- А. Синдром Шихана
- В. Неврогенна анорексія
- С. Адісонова хвороба
- Д. Вторинний гіпокортицизм
- Е. Синдром Сімондса

2. Який із нижчеперерахованих препаратів обов'язково застосовують у комплексному лікуванні тиреотоксикозу?

- А. Інгібітори АПФ
- В. Сечогінні препарати
- С. В-адреноблокатори
- Д. Статини

3. Для якої форми гіпотиреозу характерне підвищення рівня ТТГ?

- А. Третинний
- В. Периферичний
- С. Первинний
- Д. Вторинний

4. Тиреостатичний засіб - це:

- А. Тироксин

- В. Мерказоліл
- С. Трийодтиронін
- Д. Тиреокомб
- Е. Тиреоїдин

5. Яка найбільш вірогідна причина артеріальної гіпертензії у хворі?

- А. Гіпертонічна хвороба
- В. Феохромоцитома
- С. Тиреотоксикоз
- Д. Патологічний клімакс
- Е. Синдром Кона

6. Який попередній діагноз найбільш імовірний?

- А. ЦД I типу
- В. Гіпертиреоз
- С. Гіпотиреоз
- Д. Тиреотоксикоз
- Е. ЦД II типу

7. Який найбільш імовірний діагноз?

- А. Гіпертонічний криз
- В. Гіперглікемічна кома
- С. Набряк Квінке
- Д. Тиреотоксичний криз
- Е. Гіпоглікемічна кома

8. Характерними скаргами хворих цукровим діабетом є всі зазначені, крім:

- А. Поліурії
- В. Схуднення
- С. Анорексії
- Д. Полідіпсії
- Е. Сверблячки шкіри

9. Для проведення стандартного глюкозотолерантного тесту використовують однократне навантаження:

- А. 100 г глюкози
- В. 65 г глюкози
- С. 75 г глюкози
- Д. 45 г глюкози
- Е. 85 г глюкози

10. Якій цукрознижуючій терапії віддати перевагу?

- А. Інсулінотерапія
- В. Бігуаніди (метформін)

- С. Гліфлозини
- D. Агоністи рецепторів глюкагоноподібного пептиду
- Е. Похідні сульфонілсечовини

Ситуаційна задача № 1

Хворий 39 років скаржиться на слабкість, прискорене сечовипускання, порушення сну, схуднення. З анамнезу відомо, що перші симптоми захворювання з'явилися приблизно через 2 місяці після тяжкого грипу, що протікав із розладом свідомості та судомами, з приводу чого пацієнт був госпіталізований до інфекційної лікарні. Після виписки зі стаціонару зберігалася стомлюваність, наростала слабкість, безсоння, погіршення апетиту, зниження пото- та слиновиділення, з'явилася спрага, через яку почав щодня випивати до 5-6 літрів рідини, втратив 4 кг.

Під час обстеження патології внутрішніх органів не виявлено. Порушень обміну глюкози не виявлено.

Дослідження сечі по Зимницькому: добовий діурез – 7,5 л при відносній питомій вазі сечі 1001-1005 г/л.

Питання:

1. Сформулюйте та обґрунтуйте діагноз.
2. Порушення секреції якого гормону призводить до розвитку даного захворювання, який його патогенез?
3. Які дослідження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?
4. Сформулюйте та обґрунтуйте рекомендації щодо дотримання питного режиму для пацієнта з таким захворюванням.
5. Який препарат слід призначити пацієнту?

Ситуаційна задача № 2

Хвора С., 54 років доставлена до ендокринологічного відділення у невідомому стані. Сестра хворої повідомила, що вона страждає на цукровий діабет 1-го типу протягом 15 років, постійно лікується препаратами інсуліну, робить ін'єкції інсуліну сама 2 рази на добу. Добову дозу та вид інсуліну сестра

хворої не знає. Вранці вона зайшла до неї додому і знайшла її в непритомному стані.

При огляді: свідомість втрачено. Шкіра дуже суха, холодна, тургор різко знижений. Дихання шумне, глибоке, при диханні визначається запах ацетону в повітрі, що видихається. Язик дуже сухий, губи потріскані, живіт м'який, дещо болючий при пальпації в епігастральній ділянці та правому підребер'ї (під час пальпації живота у хворої з'являється гримаса болю на обличчі). Пульс 100 ударів за хвилину, слабкого наповнення, артеріальний тиск 80/50 мм рт. ст. Тони серця глухі, ритмічні. У легенях дихання ослаблене.

Питання:

1. Про яке ускладнення ЦД можна думати в даної хворої?
2. Що потрібно для уточнення діагнозу?
3. Назвіть основні напрямки лікування цієї хворої.

РОЗДІЛ VI. Системні та сполучнотканинні захворювання

Захворювання	Ревматоїдний артрит (РА)
--------------	--------------------------

Національний документ (МОЗ)	УКП первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації ревматоїдний артрит Настанова 00456. Ревматоїдний артрит
Номер, дата, статус	Наказ Міністерства охорони здоров'я України 11.04.2014 № 263, чинний Настанова 00456. Дата останнього оновлення: 2016-10-31
Міжнародні рекомендації	EULAR – European Alliance of Associations for Rheumatology Recommendations/ NICE RA
Рік опублікування	EULAR 2023/2024 (основні міжнародні оновлені рекомендації)
Короткий зміст	Міжнародні рекомендації EULAR/NICE охоплюють діагностику та лікування РА, спрямовані на покращення якості життя пацієнтів та уповільнення прогресування хвороби, а, також, контроль симптомів. Сучасними підходами до діагностики та моніторингу є рання верифікація, оцінка активності, критерії ремісії. Базисною терапією є метотрексат з переходом до біологічних/таргетних DMARD при неефективності чи високій активності.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_263_ykpmnd_ra.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_263_nakaz_ra.pdf https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3306 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39389412/ https://nras.org.uk/uk/resource/nice-ra-guidelines/?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Системний червоний вовчак (СЧВ)
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00446. Системний червоний вовчак (СЧВ)
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-07-31
Міжнародні рекомендації	EULAR 2023 / EULAR/ACR Recommendations for the Management of Systemic Lupus Erythematosus (European Alliance of Associations for Rheumatology)
Рік опублікування	2023–2024 (оновлені EULAR рекомендації)
Короткий зміст	EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) регулярно оновлює рекомендації для СЧВ на основі доказової медицини, остання оновлена версія 2023/2024 року включає нові підходи до терапії та цілей лікування. Рекомендує гідроксихлорохін для всіх хворих СЧВ, якщо немає протипоказань (5 мг/кг) для зниження частоти загострень та органних ушкоджень. Глюкокортикоїди використовують під час загострень. За неефективності базисної терапії додають метотрексат, азатіоприн, мікрофенолят, біологічні агенти чи імунодепресанти при тяжкому перебігу.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3299 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37827694/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30926722/

Захворювання	Системні васкуліти
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00449. Васкуліти
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-08-01
Міжнародні рекомендації	EULAR 2022 Update – Recommendations for the Management of ANCA-Associated Vasculitis (AAV). ACR/Vasculitis Foundation Guidelines 2021 for management of AAV (GPA, MPA, EGPA).
Рік опублікування	EULAR Update 2022 (опубл. в Ann Rheum Dis 2024). ACR/VF 2021 Guidelines (опубл. 2021).
Короткий зміст	Системні васкуліти — гетерогенна група автоімунних захворювань із запаленням судин різного калібру, що призводить до ураження органів. Оцінка та лікування системних васкулітів більше орієнтується на міжнародні рекомендації (EULAR, ACR/VF).
	Рекомендації EULAR 2022, при ANCA-асоційованих васкулітах у тяжких випадках рекомендована індукція ремісії високими дозами глюкокортикоїдів у поєднанні з ритуксимабом або циклофосфамідом із подальшим поступовим зниженням дози стероїдів. Для підтримки ремісії перевагу надають ритуксимабу, альтернативами є азатіоприн або метотрексат, тоді як рекомендації ACR/VF 2021 додатково визначають місце меполізумабу в лікуванні еозинофільного гранулематозу з поліангіїтом.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3302 https://ard.bmj.com/content/83/1/30?utm_source=chatgpt.com https://vasculitisfoundation.org/anca-associated-vasculitis-gpa-mpa-egpa-guidelines/?utm_source=chatgpt.com

Захворювання	Системна склеродермія
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00445. Системний склероз
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-07-29
Міжнародні рекомендації	EULAR Recommendations for the Treatment of Systemic Sclerosis
Рік опублікування	2023 (оновлені рекомендації EULAR)
Короткий зміст	Системна склеродермія — це хронічне автоімунне захворювання сполучної тканини, що характеризується мікросудинним ураженням, імунною дисрегуляцією та прогресуючим фіброзом шкіри й внутрішніх органів. В Україні відсутній оновлений уніфікований клінічний протокол МОЗ, тому міжнародні рекомендації EULAR є основним орієнтиром для діагностики та лікування, вони визначають сучасні підходи до ведення системної склеродермії з урахуванням органного ураження. Ключовим підходом є рання оцінка органного ураження та персоналізована, орган-специфічна терапія.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3298 https://ard.bmj.com/content/early/2024/10/17/ard-2024-226430

Захворювання	Дерматоміозит
Національний документ (МОЗ)	Настанова 01149. Міозит
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-11-02

Міжнародні рекомендації	EULAR/ACR Recommendations for the Management of Idiopathic Inflammatory Myopathies (IIM)
Рік опублікування	2022–2024 (актуальні рекомендації та оновлення EULAR/ACR)
Короткий зміст	Дерматоміозит — ідіопатична запальна міопатія з характерним ураженням шкіри та проксимальних м'язів, що може супроводжуватися інтерстиціальним ураженням легень і підвищеним онкологічним ризиком. Міжнародні рекомендації підкреслюють необхідність ранньої діагностики, включно з оцінкою м'язової сили, рівнів КФК та автоантитіл. Базисом лікування є системні глюкокортикоїди у поєднанні з імуносупресивною терапією. Обов'язковим є скринінг злоякісних новоутворень, особливо у пацієнтів старше 40 років та при наявності специфічних автоантитіл.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3859 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5736307/ https://ard.eular.org/article/S0003-4967(24)31049-0/abstract

Захворювання	Остеоартрит
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00440. Специфічні ознаки і симптоми у пацієнтів із запальними захворюваннями суглобів Настанова 00438. Клінічне обстеження пацієнтів із запаленням суглобів у первинній медичній допомозі Настанова 00396. Остеоартроз Настанова 00439. Клінічна діагностика запалення суглобів у дорослих Настанова 00421. Біль у коліні

Номер, дата, статус	Настанова 00440. Дата останнього оновлення: 2017-07-26 Настанова 00438. Дата останнього оновлення: 2017-07-25 Настанова 00396. Дата останнього оновлення: 2017-05-29 Настанова 00439. Дата останнього оновлення: 2017-05-12 Настанова 00421. Дата останнього оновлення: 2017-05-22
Міжнародні рекомендації	EULAR Recommendations for the Management of Osteoarthritis Osteoarthritis: Care and Management, NICE Guideline
Рік опублікування	EULAR — 2023 NICE — 2022
Короткий зміст	Остеоартрит — це хронічне дегенеративне захворювання суглобів, що характеризується руйнуванням хряща, субхондрального кісткового склерозу та запальними змінами синовіальної оболонки. Діагностика включає клінічну оцінку симптомів та рентгенологічне дослідження. Ключовим є комплексний, індивідуальний підхід з метою зменшення болю, збереження функції суглобів та покращення якості життя.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3876 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3875 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3259 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3295 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3280 https://www.nice.org.uk/guidance/ng226 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38212040/

Захворювання	Псоріатичний артрит
Національний документ (МОЗ)	УКП. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії. КН. Псоріаз, включаючи псоріатичні артропатії.
Номер, дата, статус	УКП ГС 2015-762 20.11.2015, чинний КНп 2017-126, серпень, 2016, чинна
Міжнародні рекомендації	EULAR Recommendations for the Management of Psoriatic Arthritis GRAPPA Guidelines for the Treatment of Psoriatic Arthritis
Рік опублікування	EULAR — 2023 GRAPPA — 2021
Короткий зміст	Псоріатичний артрит — це хронічне запальне захворювання суглобів, що поєднується з псоріазом шкіри та нігтів. Діагностика включає клінічну оцінку суглобів та шкірних проявів, лабораторні та інструментальні дослідження для виявлення деструктивних змін. Ключовим є раннє виявлення та міждисциплінарний підхід для запобігання деструкції суглобів і підтримки якості життя.
Посилання	https://www.dec.gov.ua/mtd/psoriaz/ https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/kn_psoriaz.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_762_nakaz_psoriaz.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_762_ykpm_d_psoriaz.pdf https://ard.bmj.com/content/83/6/706 https://www.nature.com/articles/s41584-022-00798-0

Захворювання	Анкілозуючий спонділіт
Національний документ (МОЗ)	Стандарт медичної допомоги «Аксіальний спонділоартрит» КН «Аксіальний спонділоартрит» Настанова 00443. Анкілозуючий спондиліт та аксіальний спондилоартрит
Номер, дата, статус	СМД затверджено Наказом МОЗ України 17 жовтня 2025 року № 1582 КН від 2017 року, чинна Настанова 00443. Дата останнього оновлення: 2017-03-17
Міжнародні рекомендації	EULAR Recommendations for the Management of Axial Spondyloarthritis ASAS-EULAR Recommendations for the Management of Ankylosing Spondylitis
Рік опублікування	EULAR — 2022 ASAS — 2021
Короткий зміст	Анкілозуючий спонділіт — це хронічне запальне захворювання хребта та сакроілеальних суглобів, що належить до групи спондилоартропатій. Характеризується больовим синдромом у попереку та крижах, обмеженням рухливості хребта, ентезитами та можливим ураженням периферичних суглобів. Лікування включає немедикаментозні методи (регулярна фізична активність, лікувальна фізкультура, ергономіка), НПЗП як першу лінію терапії, а при недостатньому ефекті — біологічні препарати. Ключовим є рання діагностика, підтримка рухливості хребта та міждисциплінарний підхід для зменшення болю, запобігання структурним ураженням і покращення якості життя.

Посилання	https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/10/dn_1582_17102025_dod.pdf https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/akn_akss.pdf https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3296 https://ard.bmj.com/content/82/1/19 https://ard.eular.org/article/S0003-4967(24)20220-X/abstract
-----------	---

Захворювання	Хвороба Шегрена
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00448. Первинний синдром Шегрена
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2016-11-09
Міжнародні рекомендації	EULAR Recommendations for the Management of Sjögren's Syndrome ACR/EULAR Classification Criteria for Primary Sjögren's Syndrome
Рік опублікування	EULAR — 2022 ACR/EULAR — 2016
Короткий зміст	Хвороба Шегрена — це хронічне автоімунне захворювання, яке вражає слизові залози, особливо слюзові та слинні, що призводить до ксеростомії (сухість у роті) та ксерофтальмії (сухість очей). Може супроводжуватися системними проявами: артралгіями, ураженням нирок, легень, периферичної нервової системи. Діагностика базується на комбінації клінічних ознак, лабораторних маркерів, оцінці слинних залоз та офтальмологічних тестах. Лікування включає симптоматичну терапію (зволожувальні краплі, штучна слина, протиінфекційні засоби), підтримку функції залоз та при системному ураженні — імуномодуючу

	терапію (глюкокортикоїди, базисні препарати, біологічні засоби у важких випадках).
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3301 https://ard.bmj.com/content/79/1/3 https://www.msmanuals.com/professional/multimedia/table/eularacr-criteria-for-the-classification-of-primary-sj%C3%B6gren-syndrome

Захворювання	Антифосфоліпідний синдром
Національний документ (МОЗ)	-
Номер, дата, статус	-
Міжнародні рекомендації	ACR/EULAR antiphospholipid syndrome classification criteria
Рік опублікування	ACR/EULAR 2023
Короткий зміст	Антифосфоліпідний синдром — це аутоімунне захворювання, що характеризується формуванням антифосфоліпідних антитіл та тромботичними ускладненнями у венозних, артеріальних судинах або при вагітності (викидні, прееклампсія). Діагностика базується на клінічних критеріях (тромбози, акушерські ускладнення) та лабораторних тестах, що підтверджують наявність антифосфоліпідних антитіл у два або більше обстеження з інтервалом ≥ 12 тижнів. Лікування включає антитромботичну терапію (пероральні антикоагулянти — варфарин, прямі антикоагулянти у деяких випадках), при вагітності — низькомолекулярний гепарин + аспірин. Важливий індивідуальний підхід залежно від типу тромботичних проявів та коморбідностей.
Посилання	https://ard.bmj.com/content/82/10/1258

Захворювання	Фіброміалгія
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00395. Фіброміалгія
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-03-07
Міжнародні рекомендації	EULAR Recommendations for the Management of Fibromyalgia ACR 2016 Diagnostic Criteria for Fibromyalgia
Рік опублікування	EULAR — 2017 ACR — 2016
Короткий зміст	Фіброміалгія — це хронічний генералізований больовий синдром, що супроводжується втомюю, порушенням сну, когнітивними розладами та емоційними симптомами. Механізм пов'язаний із центральною сенситизацією болю, при цьому лабораторні та візуалізаційні дослідження не виявляють структурних уражень. Діагностика базується на критеріях Американського коледжу ревматологів (ACR): генералізований біль ≥ 3 місяців, оцінка індексу болю та симптомів, виключення інших захворювань.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3258 https://ard.bmj.com/content/76/2/318 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27377815/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279092/table/fibromyalgia.T.2016_revisions_to_the_201/

Контрольні питання.

- 1) Які клінічні та лабораторні ознаки ревматоїдного артриту враховуються при постановці діагнозу?
- 2) Які лабораторні критерії та аутоантитіла використовуються для діагностики СЧВ?
- 3) Які рентгенологічні зміни суглобів є типовими для остеоартриту?

- 4) Які клінічні ознаки ураження хребта та суглобів характерні для анкілозуючого спонділіту?
- 5) Які симптоми є типовими для первинної хвороби Шегрена?
- 6) Які лабораторні критерії та клінічні прояви дозволяють запідозрити антифосфоліпідний синдром?
- 7) Які типи ураження суглобів характерні для псоріатичного артриту?
- 8) Які діагностичні методи використовуються для діагностики фіброміалгії?
- 9) Які класичні клінічні прояви подагри дозволяють встановити діагноз?
- 10) Які клінічні прояви допомагають відрізнити васкуліти великих, середніх та дрібних судин?

Контрольне тестування до розділу VI

1. Жінка 32 років скаржитися на підвищення температури тіла до 38°C, біль у суглобах «летючого» характеру впродовж останнього місяця, загальну слабкість. Об'єктивно: на ділянці щік і носа ерітема. В клінічному аналізі крові виявлено підвищену ШОЕ – 45 мм/год. Попередньо встановлено діагноз: системний червоний вовчак. Виявлення яких антитіл буде найбільш значущим для підтвердження діагнозу?

- A. Ревматоїдний фактор
- B. Антитіла до двоспиральної нативної ДНК.
- C. Кріоглобуліни
- D. Антитіла до фосфоліпідів
- E. Антитіла до тромбоцитів

2) Жінка 54 років звернулася до лікаря зі скаргами на біль у колінних суглобах, який підсилюється під час ходіння або довгого стояння. Вище вказані скарги турбують протягом останніх 6 років. Об'єктивно: колінні суглоби набряклі, деформовані. Рентгенологічно: суглобова щилина звужена, виявлено субхондральний склероз та крайові остеофіти. Який діагноз найбільш імовірний в даному випадку?

- A. Системний червоний вовчак
- B. Подагричний артрит
- C. Остеоартрит
- D. Реактивний артрит
- E. Ревматоїдний артрит

3) Що з нижче наведеного є акушерським критерієм антифосфоліпідного синдрому?

- A. Порушена толерантність до глюкози у вагітних
- B. Підвищений артеріальний тиск у вагітної

С. Ранній токсикоз
D. Один або більше випадків внутрішньоутробної загибелі плода після 10 тижнів гестації

Е. Багатоводдя

4) Яка класична тріада симптомів характерна для синдрому Шегрена?

- A. Артрит, стоматит, кон'юнктивіт
- B. Ксеростомія, лихоманка, артрит
- C. Синусит, артрит, кон'юнктивіт
- D. Лихоманка, висип, артрит
- E. Ксеростомія, ксерофтальмія, артрит

5) Пацієнтка 47 років скаржиться на біль та набряклість суглобів кистей, ранкову скутість тривалістю понад 1,5 години, загальну слабкість. Хворіє близько року. Об'єктивно: симетричний набряк проксимальних міжфалангових та п'ястно-фалангових суглобів, болючість при пальпації, рухливість обмежена. Лабораторно: ШОЕ 42 мм/год, С-реактивний білок підвищений, ревматоїдний фактор позитивний, anti-CCP позитивні. Встановіть діагноз?

- A. СЧВ
- B. Ревматоїдний артрит
- C. Псоріатичний артрит
- D. Синдром Шегрена
- E. Остеопороз

6) У пацієнта діагностовано гранулематоз з поліангіїтом. Назвіть найбільш характерний імунологічний маркер даної патології?

- A. Антинуклеарні антитіла (ANA)
- B. Антитіла до кардіоліпіну
- C. c-ANCA (антитіла до протеїнази-3)
- D. Антитіла до дволанцюгової ДНК (anti-dsDNA)
- E. Ревматоїдний фактор

7) Жінка 47 років скаржиться на відчуття стягнутості шкіри обличчя, ранкову скутість в суглобах кистей, іноді виникає утруднення під час ковтання їжі. Об'єктивно: обличчя амімічне, спостерігається звуження ротової порожнини по типу «кисета» кінчики пальців рук бліді, холодні. У аналізі крові виявлено підвищену ШОЕ до 37 мм/год. Який найбільш імовірний діагноз?

- A. Системний червоний вовчак
- B. Подагра
- C. Синдром Шегрена

D. Склеродермія

E. Фіброміалгія

8) Який симптом фіброміалгії вважається провідним?

A. Ксеростомія

B. Підвищення температури тіла

C. Запальне ураження суглобів

D. Ксерофтальмія

E. Генералізований м'язово-скелетний біль

9. Де найчастіше локалізуються папули Готтрона?

A. На розгинальних поверхнях суглобів пальців

B. На спині

C. На животі

D. На колінах

E. На обличчі

10. Що з нижче наведеного найбільш характерно для псоріатичного артрити?

A. Дактиліт («сосископодібні» пальці)

B. Деформація по типу «шиї лебедя»

C. Деформація по типу «бутон'єрки»

D. Тремор

E. Вранішня скутість

Ситуаційна задача 1

Пацієнтка 24 років скаржиться на біль в суглобах кистей, відчуття ранкової скутості до 1 години, висип на обличчі, який стає яскравішим після перебування на сонці, підвищення температури тіла до 37,2 °C, загальну слабкість. З анамнезу: Вважає себе хворою на протяжі останніх 8 місяців, коли вперше стали з'являтися болі в суглобах кистей та ранкова скутість, періодично відмічала епізоди субфебрильної температури. Близько місяця тому з'явився висип на обличчі, який посилюється після перебування на сонці. За допомогою не зверталася, самотійно, під час підвищеної температури тіла, приймала парацетамол.

Під час об'єктивного огляду на себе звертає увагу наявність ерітематозного висипу на обличчі у вигляді «метелика». Відмічається неерозивний артрит дрібних суглобів. В загальному аналізі крові: Hb 101 г/л, лейкоцити $3,3 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити $139 \times 10^9/\text{л}$. В біохімічному аналізі крові виявлено підвищений рівень СРП. Імунологічно визначаються ANA позитивні, anti-dsDNA високі, знижений комплемент.

Питання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження слід запропонувати?
3. Які основні принципи лікування?

Ситуаційна задача 2

Пацієнтка 40 років звернулася до лікаря зі скаргами на сухість ротової порожнини, через яку виникає утруднене ковтання їжі, постійне відчуття «піску» в очах, біль у суглобах. Під час проведення об'єктивного обстеження звертає на себе увагу сухість слизових та збільшені привушні залози. Лабораторно виявлено ANA+, anti-SSA (Ro)+ антитіла. Усі інші клініко-лабораторні показники у межах норми.

Питання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження потрібно застосувати?
3. Які основні принципи лікування?

РОЗДІЛ VII. Захворювання системи крові та кровотворення

Захворювання	Залізодефіцитна анемія
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00315. Залізодефіцитна анемія
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2018-02-22
Міжнародні рекомендації	1. Recommendations for diagnosis, treatment, and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia 2. AGA Clinical Practice Update on Management of Iron Deficiency Anemia: Expert Review
Рік опублікування	1.2024 2. 2024
Короткий зміст	Рекомендації Американської гастроентерологічної асоціації 2024 року визначають сучасні підходи до діагностики, стратифікації ризику та лікування залізодефіцитної анемії. Жодна форма пероральних препаратів заліза не має

	переваг над іншими. Сульфат заліза є препаратом вибору як найдешевша форма заліза. До пероральної терапії залізом слід додавати вітамін С для покращення абсорбції. Перевагу слід надавати внутрішньовенним формам заліза, які дозволяють відновити дефіцит за 1–2 інфузії, порівняно з тими, що потребують більше ніж 2 інфузій.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00315&format=pdf https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(24)00410-5/fulltext https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11247274/pdf/HEM3-8-e108.pdf

Захворювання	Мегалобластна анемія
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00318. Мегалобластна анемія
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-06-02
Міжнародні рекомендації	Guidelines for the diagnosis and treatment of cobalamin and folate disorders. British Society for Haematology
Рік опублікування	2014
Короткий зміст	Рекомендації Британського товариства гематологів 2014 року визначають сучасні підходи до діагностики, стратифікації ризику та лікування мегалобластної анемії. Базою терапії є усунення дефіциту вітаміну В12 та/або фолієвої кислоти, що досягається внутрішньом'язовими ін'єкціями ціанокобаламіну (В12) та/або прийомом таблеток фолієвої кислоти, а також корекцією харчування (м'ясо, зелень) та лікуванням основної причини, таких як захворювання шлунково-кишкового тракту.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3199

	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjh.12959
--	---

Захворювання	Анемія при хронічних захворюваннях
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00317. Вторинні анемії
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-09-03
Міжнародні рекомендації	Anaemia of chronic disease. BMJ Publishing Group Ltd 2025 Anemia of inflammation
Рік опублікування	2025 2019
Короткий зміст	Клінічна довідкова система BMJ Best Practice надає узагальнені міжнародні гайдлайни 2025 року щодо сучасних підходів до діагностики, стратифікації ризику та лікування анемії хронічних захворювань.
Посилання	1. https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/95/pdf/95/Anaemia%20of%20chronic%20disease.pdf 2. https://ashpublications.org/blood/article/133/1/40/6617/Anemia-of-inflammation

Захворювання	Синдром десимінованого внутрішньосудинного згортання крові
Національний документ (МОЗ)	Наказ Міністерства охорони здоров'я України 24.03.2014 № 205 клінічний протокол "Акушерські кровотечі"

Номер, дата, статус	№ 205, 24.03.2014 чинний
Міжнародні рекомендації	Guidance for diagnosis and treatment of disseminated intravascular coagulation from harmonization of the recommendations from three guidelines. Scientific and Standardization Committee
Рік опублікування	2013
Короткий зміст	Рекомендації являють собою об'єднання трьох настанов щодо ДВЗ-синдрому (настанови Британського комітету зі стандартів у гематології (BCSH), Японського товариства з тромбозу та гемостазу (JSTH) та Італійського товариства з тромбозу та гемостазу (SISST)), здійснене активними членами підкомітету з ДВЗ-синдрому Науково-стандартизаційного комітету (SSC) Міжнародного товариства з тромбозу та гемостазу (ISTH).
Посилання	https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0205282-14#Text https://www.jthjournal.org/article/S1538-7836(22)13716-5/fulltext

Захворювання	Порушення системи гемостазу
Національний документ (МОЗ)	1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги гемофілія А 2. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України, Всеукраїнське громадське об'єднання інвалідів «Всеукраїнське товариство гемофілії» "Гемофілія. Клінічна настанова, заснована на доказах" 3. Державний експертний центр міністерства охорони здоров'я України, Всеукраїнське громадське об'єднання інвалідів «Всеукраїнське товариство гемофілії» "Хвороба Віллебранда. Клінічна настанова, заснована на доказах" 4. Настанова 00312. Тромбоцитопенія

Номер, дата, статус	1. 26 березня 2025 року No 537 діючий 2. 2016 3. 2016 4. Дата останнього оновлення: 2017-04-25
Міжнародні рекомендації	1. WFH Guidelines for the Management of Hemophilia, 3rd edition. Haemophilia. 2. Guidelines for management of hemophilia-why, what, and how? International Society on Thrombosis and Haemostasis. American Society of Hematology 2019 Guidelines for Immune Thrombocytopenia 3. Evidence-based management of immune thrombocytopenia: ASH guideline update
Рік опублікування	1. 2020 2. 2025 3. 2018
Короткий зміст	1. Це нове видання настанов Всесвітньої федерації гемофілії (WFH) щодо ведення пацієнтів із гемофілією виходить у надзвичайно важливий та динамічний період розвитку діагностики й лікування цього захворювання. 2. Клінічні настанови (Clinical Practice Guidelines, CPGs) — це систематично розроблені рекомендації, засновані на наявних доказах, які допомагають медичним працівникам обирати найбільш доцільні варіанти ведення пацієнтів для досягнення найкращих результатів лікування у конкретних клінічних ситуаціях та підтримують процеси спільного прийняття клінічних рішень. 3. Оновлені настанови Американське товариство гематологів (American Society of Hematology, ASH) ASH з імунною тромбоцитопенією ґрунтуються на новому розумінні захворювання, а також на напрямках майбутніх досліджень, необхідних для заповнення наявних прогалин у знаннях.
Посилання	1. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2025/03/2025_ykpmnd_537_gemofiliya-a.pdf

	2. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/KN/KN_Gemof.pdf 3. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/kn_vill.pdf 4. https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3194 5. https://www1.wfh.org/publications/files/pdf-1863.pdf 6. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12158498/ 7. https://ashpublications.org/hematology/article/2018/1/568/277615/Evidence-based-management-of-immune
--	---

Захворювання	Гострий мієлобластний лейкоз
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00328. Гострі лейкози у дорослих
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-04-24
Міжнародні рекомендації	Diagnosis and management of AML in adults: 2022 recommendations from an international expert panel on behalf of the ELN
Рік опублікування	2022
Короткий зміст	Рекомендації 2022 року від міжнародної експертної панелі від імені European LeukemiaNet (ELN) щодо діагностики та лікування гострої мієлоїдної лейкемії у дорослих визначають оновлення класифікації хвороби, технологічного прогресу в галузі геномної діагностики та оцінки вимірюваної залишкової хвороби, а також успішну розробку нових терапевтичних агентів, таких як інгібітори FLT3, IDH1, IDH2 та BCL2. Рекомендації включають переглянуту генетичну класифікацію ризику ELN, оновлені критерії відповіді на лікування та рекомендації щодо терапії.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3209 https://ashpublications.org/blood/article/140/12/1345/485817/Diagnosis-and-management-of-AML-in-adults-2022

Захворювання	Хронічний мієлоїдний лейкоз
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00321. Хронічний мієлоїдний лейкоз (ХМЛ)
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2017-06-13
Міжнародні рекомендації	2025 European LeukemiaNet recommendations for the management of chronic myeloid leukemia
Рік опублікування	2025
Короткий зміст	У цій п'ятій версії настанов European LeukemiaNet (ELN) для дорослих пацієнтів відображено важливі зміни в кількох аспектах ведення захворювання, що ґрунтуються на доказах, накопичених з 2020 року, зокрема на перекласифікації хронічної мієлоїдної лейкемії (ХМЛ) Всесвітньою організацією охорони здоров'я як біфазного захворювання. Попередні рекомендації щодо зміни інгібітора тирозинкінази (ІТК) у разі недосягнення молекулярних контрольних точок було модифіковано, щоб краще враховувати індивідуальні обставини пацієнта.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3202 https://www.nature.com/articles/s41375-025-02664-w

Захворювання	Лімфома Ходжкіна
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00329. Лімфоми
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2018-07-25
Міжнародні рекомендації	Classic Hodgkin Lymphoma: The LYSA pragmatic guidelines
Рік опублікування	2024
Короткий зміст	У прагматичні настанови LYSA представлено комплексні рекомендації щодо ведення лімфоми Ходжкіна, які

	охоплюють різні аспекти діагностики, стратифікації ризику, обстеження та лікування. Ці рекомендації ґрунтуються на найновіших доказових клінічних настановах, експертному консенсусі та даних клінічних досліджень і мають на меті надати лікарям практичний інструментарій для забезпечення оптимальної допомоги пацієнтам із лімфомою Ходжкіна.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3210 https://www.ejcancer.com/action/showPdf?pii=S0959-8049%2824%2901204-8

Захворювання	Неходжкінська лімфома
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00329. Лімфоми
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2018-07-25
Міжнародні рекомендації	1. Large B-cell lymphoma (LBCL): EHA Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment, and follow-up 2. Peripheral T- and natural killer-cell lymphomas: ESMO-EHA Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment, and follow-up
Рік опублікування	1. 2025 2. 2024
Короткий зміст	1. Настанови “Великоклітинна В-клітинна лімфома (LBCL): клінічні настанови ЕНА з діагностики, лікування та подальшого спостереження” мають на меті надати доказові рекомендації щодо діагностики, лікування, подальшого спостереження та супровідної допомоги пацієнтам із великоклітинною В-клітинною лімфомою (LBCL) у країнах Європи. Вони призначені для медичних працівників. 2. Ці настанови були розроблені Європейською гематологічною асоціацією (ЕНА) та Європейським товариством медичної онкології (ESMO). Настанови були затверджені Правлінням ЕНА та Комітетом з настанов ESMO у липні 2024 року. Представлені комплексні

	рекомендації щодо ведення лімфоми Ходжкіна, які охоплюють різні аспекти діагностики, стратифікації ризику, обстеження та лікування.
Посилання	1. https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3210 2. 1. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hem3.70207 3. 2. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/hem3.70128

Захворювання	Множинна мієлома
Національний документ (МОЗ)	Настанова 00325. Множинна мієлома (ММ)
Номер, дата, статус	Дата останнього оновлення: 2018-03-05
Міжнародні рекомендації	Guidelines on the diagnosis, investigation and initial treatment of myeloma: a British Society for Haematology/UK Myeloma Forum Guideline
Рік опублікування	2021
Короткий зміст	Метою Настанови щодо діагностики, обстеження та початкового лікування множинної мієломи Британського товариства гематологів / Форуму з множинної мієломи Великої Британії є надання медичним працівникам чітких рекомендацій щодо антимієломного лікування пацієнтів із вперше діагностованою множинною мієломою. Водночас у кожному конкретному випадку індивідуальні обставини пацієнта можуть зумовлювати необхідність альтернативного підходу.
Посилання	http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00325&format=pdf https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjh.17410

Захворювання	Лімфаденопатії
Національний документ (МОЗ)	Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на неуточнене збільшення лімфатичних вузлів
Номер, дата, статус	Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України № 626 від 8.10.2007 р.
Міжнародні рекомендації	BMJ (British Medical Journal Best Practice Assessment of lymphadenopathy). Overview
Рік опублікування	2025
Короткий зміст	Лімфаденопатія є частою знахідкою в клінічній практиці лікарів і потребує комплексної оцінки. Розпочинаючи обстеження, лікар повинен звернути особливу увагу на розміри, локалізацію, консистенцію та кількість збільшених лімфатичних вузлів, а також на вік пацієнта, тривалість лімфаденопатії, можливі впливи та наявність супутніх симптомів.
Посилання	https://kiai.com.ua/ua/archive/2007/6%2811%29/article-135/klinichniy-protokol-nadannya-medichnoyi-dopomogi-hvorim-naneutochnene-zbilshennya-limfaticnih-vuzliv https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/838/pdf/838/Assessment%20of%20lymphadenopathy.pdf

Захворювання	Паранеопластичний синдром
Національний документ (МОЗ)	Немає
Номер, дата, статус	-
Міжнародні рекомендації	1. Paraneoplastic Syndromes: An Approach to Diagnosis and Treatment. Review 2. Paraneoplastic Syndromes. Overview
Рік опублікування	1. 2010 2. 2023

Короткий зміст	1. Цей огляд присвячений діагностиці та лікуванню паранеопластичних синдромів із акцентом на ті з них, які найчастіше зустрічаються в клінічній практиці. 2. У цьому матеріалі розглядаються підходи до оцінки та необхідність раннього виявлення паранеопластичних синдромів, а також підкреслюється роль міжпрофесійної команди в обстеженні та веденні пацієнтів із цим складним медичним станом.
Посилання	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2931619/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507890/

Захворювання	Побічні гематологічні ускладнення лікарської терапії (цитопенії, агранулоцитоз, тромбоцитопенія).
Національний документ (МОЗ)	1. Клінічний протокол “Надання медичної допомоги хворим на апластичну анемію” 2. Настанова 00307. Лейкопенія 3. Настанова 00312. Тромбоцитопенія 4. Настанова 00319. Гемолітична анемія 5. Настанова 00318. Мегалобластна анемія
Номер, дата, статус	1. 30.07.2010 N 647 2. Дата останнього оновлення: 2009-06-23 3. Дата останнього оновлення: 2017-04-25 4. Дата останнього оновлення: 2018-08-23 5. Дата останнього оновлення: 2017-06-02
Міжнародні рекомендації	1. Guidelines for the diagnosis and management of adult aplastic anaemia: A British Society for Haematology Guideline. 2. Drug-induced agranulocytosis: a disproportionality analysis and umbrella review 3. Drug-associated thrombocytopenia. American Society of Hematology. Education Program 2018. 4. Guidelines on the management of drug-induced immune and secondary autoimmune, haemolytic anaemia 5. Drug-induced megaloblastic, aplastic, and hemolytic anemias: current concepts of pathophysiology and treatment. Review
Рік опублікування	1. 2024 2. 2025 3. 2018

	4. 2017
Короткий зміст	1. Ці настанови були розроблені відповідно до процедури Британського товариства гематологів (BSH). Представлені комплексні рекомендації щодо ведення апластичної анемії, які охоплюють різні аспекти діагностики, стратифікації ризику, обстеження та лікування 2. Лікарсько-індукований агранулоцитоз (DIA) є рідкісним, але життєзагрозливим гематологічним розладом, який потребує підвищеної уваги з боку клініцистів і дослідників. Метою цього дослідження було надати сучасний огляд DIA з метою клінічного керівництва. 3. У цьому огляді надано оновлену інформацію щодо патофізіології, діагностики та лікування як лікарсько-індукованої імунної тромбоцитопенії, так і гепарин-індукованої тромбоцитопенії. 4. Групу з розробки настанов було сформовано таким чином, щоб вона представляла експертів Великої Британії з діагностики та лікування автоімунної гемолітичної анемії. Метою цих настанов є надання медичним працівникам рекомендацій щодо ведення пацієнтів із вторинною автоімунною гемолітичною анемією.
Посилання	https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3189 https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0647282-10#Text https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3194 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/32003199 https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3199 https://doi.org/10.1111/bjh.19236 https://www.studocu.com/in/document/rk-university/pharmaceutical-biotechnology/drug-induced-hematologic-disorders/49791171 https://ashpublications.org/hematology/article/2018/1/576/277620/Drug-associated-thrombocytopenia https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjh.14654

Контрольні питання.

1. Які лабораторні маркери залізодефіцитної анемії є найбільш інформативними для підтвердження діагноза?
2. Які особливості патогенезу анемії хронічних захворювань?
3. Які особливості застосування антикоагулянтів при дисемінованому внутрішньосудинному згортанні крові?
4. Які ранні клінічні ознаки гемофілії?
5. Які патогенетичні особливості гострого мієлобластного лейкозу?

6. Яка лікувальна тактика при хронічному мієлоїдному лейкозі?
7. Які стадії лімфоми Ходжкіна за класифікацією Ann Arbor?
8. Які рентгенологічні ознаки множинної мієломи?
9. Які основні групи захворювань, які супроводжуються лімфаденопатією?
10. Які препарати можуть викликати апластичну анемію, агранулоцитоз, тромбоцитопенію, гемолітичну анемію?

Контрольне тестування до розділу VII

1) Який із наведених лабораторних показників є найбільш характерним для залізодефіцитної анемії?

- A. Знижений рівень феритину
- B. Підвищений рівень сироваткового заліза
- C. Підвищений рівень вітаміну B12
- D. Підвищений колірний показник
- E. Лейкоцитоз

2) Яка з наведених ознак є найбільш характерною для мегалобластної анемії?

- A. Гіпохромія еритроцитів
- B. Макроцитоз еритроцитів
- C. Мікроцитоз еритроцитів
- D. Зниження кольорового показника
- E. Підвищення рівня сироваткового заліза як єдина ознака

3) Який тип анемії найчастіше супроводжує тривалі запальні процеси?

- A. Гемолітична анемія
- B. Апластична анемія
- C. Анемія хронічних захворювань
- D. Постгеморагічна анемія
- E. Мегалобластна анемія

4) Який лабораторний показник є найбільш характерним для синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдрому)?

- A. Підвищення рівня альбуміну
- B. Підвищення рівня гемоглобіну
- C. Зниження швидкості осідання еритроцитів
- D. Зниження рівня фібриногену
- E. Збільшення кількості еритроцитів

5) Який фактор згортання крові найчастіше дефіцитний при гемофілії А?

- A. Фактор VIII
- B. Фактор II
- C. Фактор V
- D. Фактор VII

Е. Фактор XI

6) Що є основною патогенетичною особливістю гострого мієлобластного лейкозу?

- А. Ізольоване зниження рівня гемоглобіну без проліферації бластів
- В. Переважне ураження лише зрілих еритроцитів
- С. Підвищене утворення тромбоцитів без змін у кістковому мозку
- Д. Посилене дозрівання лімфоцитів у периферичній крові
- Е. Неконтрольована проліферація незрілих мієлоїдних клітин у кістковому мозку

7 Який клінічний прояв є найбільш характерним для лімфоми Ходжкіна?

- А. Гострий біль у суглобах після травм
- В. Виражений гемартроз
- С. Різде зменшення селезінки
- Д. Безболісне збільшення лімфатичних вузлів
- Е. Масивна кровотеча після незначного ушкодження

8) Яка ознака є найбільш характерною для множинної мієломи?

- А. Зниження рівня загального білка
- В. Виражений мікроцитоз
- С. Остеолітичні ураження кісток
- Д. Підвищення фактора VIII
- Е. Безболісне збільшення шийних лімфовузлів

9. Який метод є найбільш інформативним для уточнення причини лімфаденопатії?

- А. Біопсія лімфатичного вузла
- В. Вимірювання артеріального тиску
- С. Електрокардіографія
- Д. Загальний аналіз сечі
- Е. Спірометрія

10. Яке з наведених ускладнень може розвинутиися під впливом деяких терапевтичних препаратів внаслідок пригнічення кісткового мозку?

- А. Поліцитемія
- В. Апластична анемія
- С. Лейкоцитоз
- Д. Тромбоцитоз
- Е. Еритроцитоз

Ситуаційна задача 1

Скарги

Хворий 46 років, звернувся до лікаря зі скаргами на слабкість, підвищену втомлюваність, низьку толерантність до фізичного навантаження — при швидкій ходьбі з'являється відчуття тиску за грудиною та задишка, які

в спокої минають протягом 5–10 хвилин, періодичні запаморочення, «миготіння мушок» перед очима, значне зниження працездатності. Останнім часом відзначав зміну смаку та нюху.

Анамнез захворювання. Зазначені симптоми виникли півроку тому, їхня інтенсивність поступово наростала. Перебуває на диспансерному обліку у гастроентеролога. У 35 років була виявлена виразкова хвороба шлунка. У віці 41 року була виконана резекція шлунка за Більротом II з приводу шлункової кровотечі. **Анамнез життя - без особливостей**

Об'єктивний статус. Стан задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, чисті, помірно вологі, сухі, місцями лущаться. Нігті шаруються. При аускультатії серця: тони ясні, ритмічні. Над усіма точками аускультатії вислуховується легкий систолічний шум. Пульс 94 за 1 хвилину, артеріальний тиск 125/70 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом, відзначається згладженість сосочків язика, наявні ознаки ангулярного стоматиту. При поверхневій пальпації живіт м'який, безболісний. Симптомів подразнення очеревини немає. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Питання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які додаткові методи обстеження слід призначити?
3. Які основні принципи лікування цього пацієнта?

Ситуаційна задача 2

Скарги. Хворий М., 60 років, звернувся зі скаргами на нічну пітливість, втрату маси тіла, свербіж шкіри в ділянці шиї та паху, хвилеподібну гарячку до 37,5 °С.

Анамнез захворювання. Хворіє протягом трьох місяців. Проводилося лікування ГРВІ противірусними препаратами без ефекту.

Об'єктивний статус. При огляді: пальпуються збільшені, рухомі, безболісні, не спаяні зі шкірою, щільно-еластичні шийні лімфовузли в шийно-надключичній ділянці зліва, які зливаються між собою в конгломерати розміром 3 × 4 см. Дихання везикулярне, хрипів немає. Частота дихальних рухів — 17 за хвилину. Тони серця ясні, ритмічні. Частота серцевих скорочень — 82 уд/хв. Артеріальний тиск — 122/70 мм рт. ст. Печінка біля краю реберної дуги. Селезінка не збільшена.

Питання:

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які обстеження потрібні для підтвердження діагнозу?
3. Яка лікувальна тактика є правильною?

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ТА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

РОЗДІЛ I. Захворювання серцево-судинної системи

Еталони відповіді до тесту розділу I

1- A; 2- C; 3- D; 4- B; 5- C; 6-B; 7-A; 8-E; 9- D; 10- D

Еталон відповіді ситуаційної задачі №1 розділу I.

Найбільш імовірний діагноз: гострий перикардит, імовірно вірусної або ідіопатичної етіології. Для діагнозу гострого перикардиту достатньо наявності щонайменше 2 з 4 критеріїв: плевритичний біль у грудях, типові зміни ЕКГ, шум тертя перикарда, новий або наростаючий перикардіальний випіт. У цього пацієнта наявні всі ключові ознаки.

1. Додаткові методи обстеження:
динамічне ЕКГ-спостереження;
контроль ехокардіографії;
контроль С-реактивного білка та інших маркерів запалення в динаміці;
за показаннями рентгенографія органів грудної клітки;
за сумніву щодо супутнього ураження міокарда або при атиповому перебігу КТ чи МРТ серця. У стабільних пацієнтів без високого ризику можливе амбулаторне ведення з раннім контролем відповіді на терапію.

2. Основні принципи лікування:
ібупрофен 600–800 мг per os 3 рази на добу протягом 1–2 тижнів з подальшим зниженням дози на 200 мг на тиждень;
колхіцин 0,5–0,6 мг 2 рази на добу протягом 3 місяців; якщо маса тіла <70 кг, 0,5 мг 1 раз на добу;
інгібітор протонної помпи для гастропротекції на період терапії НПЗП;
обмеження фізичного навантаження до зникнення симптомів і нормалізації С-реактивного білка, ЕКГ та ехокардіографії;
оцінка відповіді на лікування через 1 тиждень.

При неефективності НПЗП, їх непереносимості або протипоказаннях, після виключення бактеріальної причини, можливе призначення преднізолону 0,2–0,5 мг/кг/добу per os протягом 2–4 тижнів з дуже повільним зниженням дози протягом 2–3 місяців, у поєднанні з колхіцином. При появі ознак тампонади серця або збільшенні випоту потрібна невідкладна госпіталізація та вирішення питання про перикардіоцентез.

Еталон відповіді ситуаційної задачі №2 розділу I

Найбільш імовірний діагноз: інфекційний ендокардит протезованого мітрального клапана. У пацієнта є два великі критерії: позитивні

гемокультури з типовим для ІЕ збудником, *S. aureus*, та позитивна візуалізація з вегетаціями на клапані.

1. Обстеження для підтвердження та стадіювання:
повторні гемокультури до початку антибіотикотерапії, якщо це ще не зроблено;
ехокардіографія, причому при протезованому клапані перевагу надають черезстраховідній ехокардіографії;
біохімічний контроль функції нирок і печінки;
за показаннями КТ, МРТ головного мозку, ПЕТ/КТ або інші методи для пошуку перивальвулярних та емболічних ускладнень. Діагностика ІЕ ґрунтується на клінічній підозрі, гемокультурах та візуалізації; ехокардіографія є першим методом, але при протезованих клапанах її обмеження більші, тому додаткові методи візуалізації використовують ширше.

2. Лікувальна тактика включає:
негайна госпіталізація;
внутрішньовенна бактерицидна антибіотикотерапія;
моніторинг гемодинаміки, креатиніну, повного аналізу крові, ознак серцевої недостатності та емболічних ускладнень. Для протезованого клапана антибактеріальна терапія триває довше, не менше 6 тижнів, а відлік тривалості ведуть від першого дня ефективної терапії, тобто від моменту негативних гемокультур при початково позитивному посіві.

Остаточну схему слід визначати після встановлення метицилін-чутливості *S. aureus*. Для стафілококового ендокардиту протезованого клапана рифампіцин додають не одразу, а через 3–5 діб ефективної терапії, коли бактеріємія вже ліквідована.

Якщо виділено метицилін-чутливий *S. aureus*:
(цефазолін 6 г/добу в/в у 3 введеннях;
рифампіцин 900 мг/добу в/в або per os у 3 рівних прийоми щонайменше 6 тижнів;
гентаміцин 3 мг/кг/добу в/в або в/м у 1 введення, переважно, або у 2 введення протягом 2 тижнів.

Якщо виділено метицилін-резистентний *S. aureus*:
ванкоміцин 30–60 мг/кг/добу в/в у 2–3 введеннях;
рифампіцин 900–1200 мг/добу в/в або per os у 2–3 прийоми щонайменше 6 тижнів;
гентаміцин 3 мг/кг/добу в/в або в/м у 1 введення, переважно, або у 2 введення протягом 2 тижнів.

За наявності клапанної дисфункції, абсцесу, персистуючої бактеріємії, серцевої недостатності або високого емболічного ризику потрібна термінова

консультація кардіохірурга. Ризик нефротоксичності на тлі аміноглікозидів слід враховувати окремо.

РОЗДІЛ II. Захворювання дихальної системи

Еталони відповіді до тесту розділу II

1-А; 2-С ; 3-Д ; 4-А ; 5-Е ; 6-С; 7-А ; 8-С ; 9- Д ; 10- В

Еталон відповіді ситуаційної задачі №1 розділу II

1. Рентгенографія ОГК, на якій посилення легеневого малюнка, дифузні затемнення у нижніх частках, потовщення плеври. КТ органів грудної клітки, на якій множинні плевральні бляшки, інтерстиціальні зміни, потовщення плеври. Спірометрія, на якій рестриктивний тип порушення вентиляції.

2. Азбестоз, II стадія, дихальна недостатність II ступеня

3. Лікування складається з кількох аспектів:

Етіологічне - повне виключення контакту з азбестом

Патогенетичне - глюкокортикостероїди (короткі курси), антифібротична терапія (за показами)

Симптоматичне - інгаляції (бронхолітики), киснева терапія при гіпоксії, муколітики

Реабілітація - дихальна гімнастика, фізіотерапія

Прогноз: частково несприятливий через можливе прогресування навіть після припинення контакту і незворотні зміни легеневої тканини.

Еталон відповіді ситуаційної задачі №2 розділу II

1. При оцінці скарг у хворого виявляється синдром системного запалення (лихоманка, ознаки інтоксикації), а також ознаки ураження органів дихання (кашель, біль в грудній клітці, пов'язаний з кашлем та дихальними рухами). Гострий початок хвороби з високою лихоманки, інтоксикацією, сезонність захворювання, відсутність суттєвого ефекту від жарознижуючих засобів характерний для грипу. Больовий синдром, пов'язаний з диханням, свідчить про розвиток сухого плевриту.

При об'єктивному обстеженні виявляється основна аускультативна ознака сухого плевриту - шум тертя плеври. Відставання половини грудної клітини при диханні може бути пов'язано з тим, що пацієнт «щадить» уражену сторону внаслідок вираженого болю.

2. При оцінці загального аналізу крові виявляються гострофазові показники - лейкоцитоз, збільшення ШОЕ. Відносний і абсолютний

лімфоцитоз в гемограмі можуть свідчити про те, що причиною захворювання є вірусна інфекція. Відсутність при рентгенологічному дослідженні органів грудної клітини вогнищевих і інфільтративних змін, а також ексудату в плевральних порожнинах робить малоімовірним наявність інших легеневих захворювань і дозволяє поставити діагноз сухий плеврит вірусної етіології.

3. Клінічний діагноз: Гострий правобічний сухий плеврит вірусної етіології.

4. Оскільки плеврит має вірусну етіологію, хворий не потребує антибіотикотерапії. Слід призначити нестероїдні протизапальні препарати (диклофенак, ібупрофен) для зменшення больового синдрому.

РОЗДІЛ III. Захворювання органів травлення

Еталони відповіді до тесту розділу III

1-С; 2-А ; 3-Е ; 4-В ; 5-С ; 6-С ; 7-Е ; 8-Е ; 9-С ; 10-Е

Еталон відповіді ситуаційної задачі №1 розділу III

Найбільш імовірний попередній діагноз: гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, неускладнений перебіг, без симптомів тривоги. На користь цього діагнозу свідчать типові симптоми: печія, кисла регургітація, посилення після їжі, у положенні лежачи та вночі, а також наявність факторів ризику, зокрема ожиріння і куріння.

Показань до негайної ЕГДС у цього пацієнта немає, оскільки відсутні дисфагія, одиофагія, кровотеча, анемія, схуднення або інші симптоми тривоги. У такій клінічній ситуації діагноз на першому етапі може бути клінічним, а стартова тактика передбачає емпіричне лікування інгібітором протонної помпи в стандартній дозі 1 раз на добу за 30–60 хвилин до сніданку протягом 8 тижнів.

Пацієнту слід рекомендувати зниження маси тіла, відмову від куріння, уникнення пізніх вечерь, обмеження переїдання, а також зменшення вживання продуктів, які провокують симптоми. При нічних симптомах доцільно підняти головний кінець ліжка. Якщо через 8 тижнів симптоми зберігаються, потрібно оцінити прихильність до лікування, правильність прийому ІПП і розглянути проведення ЕГДС з подальшою функціональною діагностикою за потреби.

Еталон відповіді ситуаційної задачі №2 розділу III

Найбільш імовірний діагноз: цироз печінки, декомпенсований, з портальною гіпертензією, асцитом, печінковою енцефалопатією I–II ступеня,

спонтанним бактеріальним перитонітом. Асцит є одним із ключових маркерів печінкової декомпенсації, а поява енцефалопатії та інфекції в пацієнта з цирозом означає клінічно значуще погіршення прогнозу. Пацієнти з клінічно значущим асцитом і його ускладненнями мають розглядатися для направлення на оцінку можливості трансплантації печінки.

У цього пацієнта розвинувся спонтанний бактеріальний перитоніт. Діагноз ґрунтується на даних діагностичного парацентезу: нейтрофіли в асцитичній рідині 620/мм³, тобто понад діагностичний поріг 250/мм³. Для встановлення СПБ культура не є обов'язковою, хоча її треба виконувати для корекції антибактеріальної терапії. Усі госпіталізовані пацієнти з цирозом і асцитом потребують діагностичного парацентезу без затримки, особливо за наявності гарячки, болю в животі, енцефалопатії або погіршення функції нирок.

Клас за Child–Pugh: C, 11 балів. Розрахунок: білірубін 68 мкмоль/л, це 3 бали, альбумін 28 г/л, це 2 бали, INR 1,8, це 2 бали, клінічно виражений асцит, це 2 бали, печінкова енцефалопатія I–II ступеня, це 2 бали. Сума 11 балів, що відповідає класу C і вказує на тяжкий декомпенсований цироз з високим ризиком ускладнень.

Невідкладна тактика: негайний початок антибактеріальної терапії після забору матеріалу на посів, госпіталізація, моніторинг гемодинаміки, діурезу, креатиніну, натрію, рівня свідомості. Як емпірична терапія СПБ у класичному сценарії використовуються цефалоспорины III покоління. У пацієнтів зі СПБ внутрішньовенний альбумін знижує ризик гепаторенального синдрому і смертності; особливо це важливо у хворих із білірубіном ≥ 68 мкмоль/л або креатиніном ≥ 88 мкмоль/л, а в нашого пацієнта наявні обидва ці критерії.

Після стабілізації стану потрібні контроль клінічної відповіді, повторна оцінка асциту, корекція діуретичної терапії, обмеження натрію в харчуванні, профілактика рецидиву СПБ, контроль енцефалопатії, оцінка функції нирок і вирішення питання про подальше ведення в спеціалізованому гепатологічному центрі. У хворого є декомпенсація цирозу з інфекційним ускладненням, тому подальше спостереження має бути не лише симптоматичним, а й прогностично орієнтованим.

РОЗДІЛ IV. Захворювання нирок і сечовидільної системи

Еталони відповіді до тесту розділу IV

1-D; 2-A ; 3-C ; 4-C ; 5-C ; 6-D ; 7-D ; 8-F ; 9-B;

Еталони відповіді ситуаційної задачі №1 розділу IV

D. ХХН V стадія. (ШКФ за СКD-EPI 11 мл/хв/1,73 м²). Гіпертензивна хвороба нирок. Діабетична нефропатія (діабетична хвороба нирок). Сечокам'яна хвороба. ХНН IV стадія. Вторинна анемія. Гіпертонічна хвороба III стадія, III ступінь, дуже високий ризик.

У пацієнта має місце ХХН V стадії, оскільки розрахункова ШКФ за СКД-ЕРІ становить 11 мл/хв/1,73 м². Це відповідає категорії G5.

Найімовірніша етіологія ураження нирок комбінована: тривалий цукровий діабет 2 типу та багаторічна артеріальна гіпертензія. На користь діабетичної хвороби нирок свідчать тривалий анамнез ЦД 2 типу, протеїнурія, глюкозурія та прогресуюче зниження функції нирок. На користь гіпертензивної хвороби нирок свідчить багаторічна артеріальна гіпертензія.

За даними УЗД нирок виявлені поодинокі мікроліти до 5–7 мм, тому до діагнозу слід включити сечокам'яну хворобу. Нв 118 г/л у пацієнта з ХХН V стадії відповідає вторинній анемії при хронічній хворобі нирок.

Отже, найбільш коректний діагноз:

ХХН V стадія. ШКФ за СКД-ЕРІ 11 мл/хв/1,73 м². Гіпертензивна хвороба нирок. Діабетична нефропатія / діабетична хвороба нирок. Сечокам'яна хвороба. ХНН IV стадія. Вторинна анемія. Гіпертонічна хвороба III стадії, 3 ступеня, дуже високий ризик.

Відповідь D є правильною, оскільки вона найповніше враховує стадію ХХН, імовірні причини ураження нирок, дані УЗД, анемію та ступінь артеріальної гіпертензії.

Еталони відповіді ситуаційної задачі №2 розділу IV

С. Співвідношення рівня альбуміну/креатиніну сечі, сечова кислота сироватки крові, біопсія нирки не потрібна.

Співвідношення альбумін/креатинін сечі потрібне для визначення категорії альбумінурії та повної класифікації ХХН за схемою CGA: Cause, GFR, Albuminuria. У пацієнта вже є різке зниження ШКФ, але для повного нефрологічного формулювання потрібна категорія A1, A2 або A3. KDIGO 2024 вказує оцінювати ХХН за ШКФ і альбумінурією.

Сечова кислота сироватки крові також доречна, бо у пацієнта є ожиріння, ЦД 2 типу, ХХН V стадії, мікроліти за УЗД і високий кардіометаболічний ризик.

Біопсія нирки не потрібна для постановки діагнозу і призначення терапії в цьому випадку. Є тривалий ЦД 2 типу, багаторічна артеріальна гіпертензія, протеїнурія, відсутність циліндрів і немає ознак активного сечового осаду або швидкого нефритичного сценарію. При діабеті ХХН зазвичай встановлюється клінічно за наявності альбумінурії та/або зниження еШКФ за відсутності ознак іншого первинного захворювання нирок.

РОЗДІЛ V. Захворювання ендокринної системи та обміну речовин

Еталони відповіді до тесту розділу V

1-С; 2-С ; 3-С ; 4-В ; 5-В ; 6-С ; 7-В ; 8-С ; 9-С ; 10-В

Еталони відповіді ситуаційної задачі №1 розділу V

1. На підставі вищезгаданих скарг, анамнезу та лабораторних зрушень встановлено діагноз «центральный нецукровий діабет».

2. В основі центрального нецукрового діабету лежить дефіцит антидіуретичного гормону (АДГ, аргінін-вазопресин). Це порушення пов'язане зі зниженням ниркової реабсорбції води, виділенням великої кількості сечі з низькою питомою вагою, як наслідок зменшується кількість води в організмі, компенсаторно споживається велика кількість рідини.

3. Необхідне проведення клінічного аналізу сечі, а також визначення концентрації калію, кальцію, глюкози, сечовини та креатиніну в біохімічному аналізі крові для виключення запальних захворювань нирок та найчастіших електролітно-метаболічних причин виникнення інших форм нецукрового діабету; МРТ мозку для діагностики причин центрального нецукрового діабету.

4. При підтвердженому нецукровому діабеті необхідно встановити вільний (відповідно до потреби/спраги) питний режим. Без адекватного заповнення рідини, що виділяється, при практично не знижується рясному діурезі дегідратація стає вираженою. Це призводить до слабкості, психічних порушень, посилюється біль голови, тахікардія, знижується артеріальний тиск, настає згущення крові, знижується фільтраційна здатність нирок, може розвинути колапс.

5. При нецукровому діабеті призначають синтетичний аналог Вазопресину – Десмопресину у формі таблеток, під'язичних таблеток або спрею.

Еталони відповіді ситуаційної задачі №2 розділу V

1. Гіперкетонемічна діабетична кома.
2. Аналіз крові на глюкозу, аналіз сечі на глюкозурію, ацетон.
3. Інсулінотерапія, регідратація, препарати калію внутрішньовенно, гідрокарбонат натрію внутрішньовенно.

РОЗДІЛ VI. Системні та сполучнотканинні захворювання

Еталони відповіді до тесту розділу VI

1-B; 2-C ; 3-D ; 4-E ; 5-B ; 6-C ; 7-D ; 8-E ; 9-A; 10-A

Еталон відповіді ситуаційної задачі №1 розділу VI

1. Найбільш імовірний діагноз: системний червоний вовчак. У пацієнтки характерна клінічна картина: висип на обличчі у вигляді «метелика», суглобові прояви а, також, характерні гематологічні та імунологічні прояви.

2. Загальний аналіз сечі з оцінкою протеїнурії для виявлення або виключення наявного ураження нирок (вовчаковий нефрит є одним із найчастіших і найнебезпечніших проявів СЧВ). Визначення добової протеїнурії дозволить оцінити втрату білка, що важливо для визначення тяжкості нефриту і контролю ефективності лікування. Визначення Anti-Sm антитіл (вони є високоспецифічними маркерами СЧВ).

3. Базисною терапією є гідроксіхлорохін. Під час загострень додатково застосовують глюкокортикоїди та імуносупресанти. Рекомендувати пацієнтці ефективний фотозахист та контроль активності хвороби.

Еталон відповіді ситуаційної задачі №2 розділу VI

1. Найбільш імовірний діагноз: синдром Шегрена. У пацієнтки наявна характерна для синдрому Шегрена тріада симптомів: ксеростомія, ксерофтальмія, артрит, також, виявлені автоантитіла ANA+, anti-SSA (Ro)+.

2. Додатково потрібно провести тест Ширмера. Інформативною може бути біопсія малих слинних залоз, сіалометрія, також, потрібно провести оцінку системних уражень.

3. Основні принципи лікування: призначити симптоматичну терапію (рекомендувати застосування штучних сліз та стимуляторів слиновиділення); при системних проявах призначити гідроксихлорохін; імуносупресанти застосовували лише при тяжкому перебігу хвороби.

РОЗДІЛ VII. Захворювання системи крові та кровотворення

Еталони відповіді до тесту розділу VII

1-A; 2-B ; 3-C ; 4-D ; 5-A ; 6-E ; 7-D ; 8-C ; 9-A ; 10-B

Еталон відповіді ситуаційної задачі №1 розділу VII

1. Найбільш імовірний діагноз: Залізодефіцитна анемія, імовірно пострезекційного генезу (після резекції шлунка за Більротом II), середнього ступеня тяжкості, із сидеропенічним синдромом. Для діагнозу залізодефіцитної анемії у хворого присутні анемічний і сидеропенічний синдром.

2. Необхідні обстеження.

Клінічний аналіз крові (уровень гемоглобіна, рівень еритроцитів, наявність анізоцитозу, кольоровий показник)

Рівень феритину, коефіцієнт насичення трансферину залізом.

Визначення рівня вітаміну B12 та фолієвої кислоти.

Ендоскопічні методи дослідження шлунково-кишкового тракту з метою виключення онкологічної патології.

3. Лікувальна тактика включає:

Корекція дієти.

Препарати двохвалентного заліза, шлях введення буде залежати від ступеня анемії. Контроль ефективності терапії через 3 тижні. При неефективності терапії (відсутність приросту рівня гемоглобіну на 20 г/л) розглянути перехід на трьохвалентні препарати заліза та парентеральний шлях введення.

Додавання препаратів цианокобаламіну та фолієвої кислоти у разі наявності їх супутнього дефіциту.

Еталон відповіді ситуаційної задачі №1 розділу VII

1. Найбільш імовірний діагноз: Лімфома Ходжкіна, шийно-надключична форма, з В-симптомами. У хворого наявні типові ознаки лімфоми Ходжкіна (безболісні збільшені шийно-надключичні лімфовузли, що

утворюють конгломерат, В-симптоми: лихоманка, нічна пітливість, втрата маси тіла; наявний свербіж шкіри, характерний для лімфоми Ходжкіна.

2. Обстеження для підтвердження та стадіювання:

Клінічний аналіз крові (мікроцитарна анемія, лейкоцитоз, підвищення ШОЕ).

Біохімічний аналіз крові (підвищення рівня лактатдегідрогенази)

Комп'ютерна томографія шиї, органів грудної, черевної порожнини та малого тазу з контрастуванням.

Ексцизійна біопсія лімфатичного вузла (перевага віддається максимально збільшеному лімфатичному вузлу, який з'явився першим) з імуногістохімічним дослідженням з виявленням характерних клітин Штернберга.

3. Лікувальна тактика включає: проведення хіміотерапії за схемою ABVD хіміотерапія за схемою + променева терапія

ПЕРЕЛІК ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Внутрішні хвороби: навчальний посібник / за ред. Якименко О. О. — 2-ге вид. — Київ: Олді+, 2023. — 548 с.
2. Гаврисюк В. К. та ін. Нові підходи до ведення хворих на саркоїдоз легень // Український пульмонологічний журнал. — 2022. — Т. 2–3. — С. 48–62.
3. Гематологічні захворювання в клінічній практиці: навч. посібник / Бульда В. І., Дземан М. І., Родіонова І. О. — Київ: МЕДКНИГА, 2022. — 196 с.
4. Журавльова Л. В., Кривоносова О. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань. — Київ: МЕДКНИГА, 2024. — 444 с.
5. Катеренчук І. П. Клінічна оцінка, діагностичне й прогностичне значення результатів лабораторних досліджень. Ч. 4. Пульмонологія. — Київ: МЕДКНИГА, 2022. — 124 с.
6. Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на неуточнене збільшення лімфатичних вузлів // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. — 2007. — № 6 (11).
7. Клінічні рекомендації з терапії. Частина 1: навч. посібник / за ред. Пасечко Н. В. — Київ, 2024. — 368 с.
8. Коутс Л. К. та ін. Група з дослідження псоріазу та псоріатичного артрити (GRAPPA): оновлені рекомендації 2021 // Nat Rev Rheumatol. — 2022. — Vol. 18. — P. 465–479.
9. Невідкладні стани в клініці внутрішньої медицини: навч. посібник / Скрипник І. М. та ін. — Київ: МЕДИЦИНА, 2024. — 335 с.
10. Опанасенко М. С. та ін. Інвазивна діагностика та хірургічне лікування аспергільозу легень та плеври // Український пульмонологічний журнал. — 2018. — Т. 3. — С. 13–16.
11. Пасечко Н. В., Яреми Н. І. Практичний посібник з внутрішньої медицини. Частина 2. — Київ, 2022. — 432 с.
12. Ревматологія: національний підручник / за ред. В. М. Коваленка, О. М. Поворознюка. — Київ: МОРІОН, 2020. — 672 с.
13. Рекомендації ASAS/EULAR щодо лікування анкілозуючого спондиліту / Цохлінг Дж. та ін. // Літопис ревматичних захворювань. — Т. 65, № 4. — С. 442–452.
14. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / за ред. В. М. Коваленка. — 7-ме вид. — Київ, 2024. — 432 с.
15. Ткачишин В. С. Основні клінічні синдроми при ураженнях органів дихання в професійній патології // Український пульмонологічний журнал. — 2025. — Т. 1. — С. 37–40.
16. Тронько М. Д. та ін. Фармакотерапія ендокринних захворювань. Кн. 2. Хвороби ендокринних залоз. — Київ: МЕДКНИГА, 2024. — 316 с.

- 17.Ходош Е. М. Клініко-біологічні силуети пневмоконіозів... // INFUSION & CHEMOTHERAPY. — 2025. — Т. 2. — С. 30–38.
- 18.Ходош Е. М. Радіологічні характеристики дифузного альвеолярного ураження (пневмонії), зумовленого COVID-19 // Клінічна імунологія. — 2022. — Т. 6. — С. 5–12.
- 19.Ходош Е. М., Щербань М. (Варіант назви: Клініко-біологічні силуети пневмоконіозів). — 2025.
- 20.Гаврисюк В. К. та ін. Нові підходи до ведення хворих на саркоїдоз легень (2022).
- 21.Опанасенко М. С. та ін. (2018) — Аспергільоз легень.
- 22.Ткачишин В. С. (2025) — Професійна патологія органів дихання.
- 23.2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes // Eur Heart J. — 2024. — Vol. 45 (13).
- 24.Al Qahtani S. A. Drug-induced megaloblastic, aplastic, and hemolytic anemias // Int J Clin Exp Med. — 2018. — № 11(6).
- 25.American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes — 2025.
- 26.Ansell S. M. Hodgkin lymphoma: 2025 update // Am J Hematol. — 2024.
- 27.Apperley J. F. et al. 2025 ELN recommendations for CML // Leukemia. — 2025.
- 28.Bakchoul T., Marini I. Drug-associated thrombocytopenia // Hematology. — 2018.
- 29.BMJ Best Practice. Anaemia of chronic disease. — 2025.
- 30.BMJ Best Practice. Assessment of lymphadenopathy. — 2025.
- 31.Bornstein S. R. et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency // J Clin Endocrinol Metab. — 2016.
- 32.d'Amore F. et al. Peripheral T- and NK-cell lymphomas: ESMO-EHA Guideline // HemaSphere. — 2025.
- 33.DeLoughery T. G. et al. AGA Clinical Practice Update on Iron Deficiency Anemia // Clin Gastroenterol Hepatol. — 2024.
- 34.Devalia V. et al. Guidelines for cobalamin and folate disorders // Br J Haematol. — 2014.
- 35.Döhner H. et al. Diagnosis and management of AML in adults: 2022 // Blood. — 2022.
- 36.Estell R. et al. Pharmacological Management of Osteoporosis // J Clin Endocrinol Metab. — 2019.
- 37.Fanouriakis A. et al. EULAR recommendations for SLE: 2023 update // Ann Rheum Dis. — 2024.
- 38.Fautrel B. et al. 2024 update for rheumatoid arthritis // Joint Bone Spine. — 2024.
- 39.FitzGerald J. D. et al. 2020 ACR Guideline for Gout.
- 40.Gewitz M. H. et al. Revision of the Jones Criteria for acute rheumatic fever // Circulation. — 2015.

41. Global burden of pneumoconiosis... / M. Qingsong et al. // Front Public Health. — 2025.
42. Halvorsen S. et al. 2022 ESC Guidelines on non-cardiac surgery.
43. Hariz A., Bhattacharya P. T. Megaloblastic Anemia. StatPearls. — 2025.
44. Heidenreich P. A. et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for Heart Failure.
45. Hill Q. A. et al. Guidelines on drug-induced immune haemolytic anaemia // Br J Haematol. — 2017.
46. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas 11th Edition. — 2024.
47. Iolascon A. et al. Recommendations for iron deficiency anemia // Hemasphere. — 2024.
48. Kulasekararaj A. et al. Guidelines for adult aplastic anaemia // Br J Haematol. — 2024.
49. Lu Y. et al. Drug-induced agranulocytosis: a disproportionality analysis // Front Pharmacol. — 2025.
50. Lyon A. R. et al. 2022 ESC Guidelines on cardio-oncology.
51. Maas A. H. E. M. et al. Cardiovascular health after menopause transition // Eur Heart J. — 2021.
52. Macfarlane G. J. et al. EULAR recommendations for fibromyalgia // Ann Rheum Dis. — 2017.
53. Mach F. et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for dyslipidaemias. — 2020.
54. McEvoy J. W. et al. 2024 ESC Guidelines for hypertension // Eur Heart J. — 2024.
55. Moseng T. et al. EULAR recommendations for osteoarthritis: 2023 update.
56. Neunert C. E., Cooper N. Management of immune thrombocytopenia: ASH update // Hematology. — 2018.
57. Pelosof L. C., Gerber D. E. Paraneoplastic syndromes // Mayo Clin Proc. — 2010.
58. Rao K. V. Drug-Induced Hematologic Disorders. — RK University, 2025.
59. Richette P. et al. EULAR Recommendations for Gout // Ann Rheum Dis. — 2016.
60. Rossi C. et al. Classic Hodgkin Lymphoma: LYSA guidelines // Eur J Cancer. — 2024.
61. Sive J. et al. Guidelines on myeloma // Br J Haematol. — 2021.
62. Sorokman T., Makarova O. Echinococcosis in children // ACTUAL INFECTOLOGY. — 2019.
63. Srivastava A. et al. WFH Guidelines for Hemophilia, 3rd ed. — 2020.
64. Srivastava A. et al. Guidelines for hemophilia — why, what, and how? — 2025.
65. Thieblemont C. et al. Large B-cell lymphoma: EHA Guidelines // HemaSphere. — 2025.
66. Van Gelder I. C. et al. 2024 ESC Guidelines for atrial fibrillation.
67. Vrints C. et al. 2024 ESC Guidelines for chronic coronary syndromes.
68. Wada H. et al. Guidance for DIC // J Thromb Haemost. — 2013.
69. Weiss G. et al. Anemia of inflammation // Blood. — 2019.

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Пересипкіна Тетяна Валентинівна
Златкіна Віра Владиславівна
Несен Андрій Олексійович
Біла Наталя Володимирівна

Шокало Ірина Володимирівна
Сапричова Лариса Віталіївна
Коломицева Ірина Миколаївна

ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ: СУЧАСНІ ОРІЄНТИРИ

Навчально-методичний посібник для лікарів, які проходять навчання
на циклі вторинної лікарської спеціалізації за спеціальністю
«Терапія», здобувачів вищої медичної освіти 5–6 років навчання
та лікарів-інтернів зі спеціальності «Внутрішні хвороби»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 25.06.2026. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 11,75. Обсяг 1,726 Мб. Зам. № 347/26.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна