

Дніпровський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини 2, фтизіатрії, професійних хвороб і
клінічної імунології

«Затверджено»
На засіданні кафедри
Внутрішньої медицини 2, фтизіатрії,
професійних хвороб і клінічної імунології
Протокол № ____ від _____.2024 р.
Зав.кафедрою, д.мед.н., професор
_____ Курята О.В..

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

для студентів

<i>Дисципліна</i>	Основи внутрішньої медицини
<i>Модуль №</i>	4
<i>Тема № 26</i>	Панкреатити. Холецистити. Жовчокам'яна хвороба.
<i>Курс</i>	3
<i>Факультет</i>	Стоматологічний

Тривалість заняття – 2 академічні години

Дніпро 2024

I. Актуальність теми.

Захворювання органів травлення є найбільш поширеними серед осіб працездатного віку, частота захворювання у чоловіків і жінок приблизно однакова. При цьому показники захворюваності і хронізації хвороби за останні роки мають тенденцію до зростання. Захворювання органів травлення, залишаються однією з провідних причин погіршення якості життя хворих, економічних витрат, пов'язаних з наданням спеціалізованої медичної допомоги, та тимчасової втрати працездатності.

Своєчасна діагностика та призначення сучасних методів лікування попереджують загострення та ускладнення хвороб, що має не тільки клінічне, але і соціально-економічне значення.

II. Мета навчання – уміти діагностувати хвороби органів травлення та їх ускладнення, що загрожують життю пацієнтів та надавати необхідну медичну допомогу.

III. Основні учбові цілі:

Вміти:

- визначати попередній клінічний діагноз: панкреатиту, жовчокам'яної хвороби, холециститу;
- оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубо- щелепної системи на виникнення і перебіг панкреатиту, жовчокам'яної хвороби, холециститу;
- визначитися у ролі та місці лікаря-стоматолога в профілактиці захворювань гепатобіліарної системи та їх ускладнень;
- діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах при панкреатиті, жовчокам'яній хворобі, холециститі;
- знати принципи лікування хворого на панкреатит, жовчокам'яну хворобу, холецистит.

Знати:

- основні директивні документи МОЗ України щодо стандартів діагностики, лікування та профілактики панкреатиту, жовчокам'яної хвороби, холециститу;
- питання етіології, клінічної діагностики панкреатиту, жовчокам'яної хвороби, холециститу та їх ускладнень;
- принципи сучасної медикаментозної та немедикаментозної терапії панкреатиту, жовчокам'яної хвороби, холециститу;
- роль лікаря-стоматолога в профілактиці панкреатиту, жовчокам'яної хвороби, холециститу;
- питання санітарно-просвітницької роботи.

IV. Зміст теми

Хронічний панкреатит – хронічне запально-дистрофічне захворювання підшлункової залози, що призводить до порушення прохідності її проток, склерозу паренхіми і значного порушення екзо - та ендокринної функцій.

Етіологія та патогенез.

Виділяють первинні та вторинні етіологічні чинники, що сприяють розвитку хронічного панкреатиту.

До первинних чинників належать:

- зловживання алкоголем;
- систематичне вживання жирної їжі;
- прийом медикаментів (азатіоприн, гіпотіазид, сульфаніламід);
- дефіцит білка у харчуванні;
- ішемія (при ураженні судин, що кровопостачають підшлункову залозу).

До вторинних чинників відносять:

- біліарна патологія (ЖКХ, холецистит);
- пенетрація пептичних виразок;
- патологія фатерового соска (папіліти, дисфункція сфінктера Одді);
- гепатити і цирози печінки;
- ентерити і коліт;
- гіперліпідемія;
- алергічні реакції.

Причиною, що сприяє виникненню панкреатиту є травматичне ушкодження підшлункової залози.

Однією із основних причин панкреатиту вважають обструкцію панкреатичного протока, що сприяє підвищенню тиску в протоці. Все це спричиняє розрив стінок протоків та безпосередній дії панкреатичного соку на тканину підшлункової залози.

Етіологічні фактори також впливають на слизову оболонку дванадцятипалої кишки. Внаслідок цього виникають дистрофічні, а потім атрофічні зміни слизової оболонки, знижується секреція секретину, холецистокініну, панкреозаміну, при дефіциті яких спазмується сфінктер Одді, збільшується тиск в панкреатичній протоці, зменшується об'єм панкреатичного соку, секреція бікарбонатів, згущується панкреатичний сік, збільшується його в'язкість, що ще більше підвищує тиск в протоці.

Розширюються протоки залози, виникає набряк тканини підшлункової залози, атрофія і заміщення сполучною тканиною.

Також велике значення має активація калікреїн-кінінової системи, згортаючої та фібринолітичної систем. Це зумовлює розвиток тромбозів, крововиливів, некрозів, порушення мікроциркуляції. До них приєднуються аутоімунні механізми.

Класифікація.

I. За етіологічними ознаками:

- первинний;
- вторинний

II. За особливостями клініки:

- полісимптомна форма;
- больова форма;
- псевдопухлинна форма;
- диспептична форма;
- латентна (тривалий безсимптомний перебіг).

III. За морфологічною ознакою:

- набрякова форма;
- склеротично-атрофічна форма;
- фіброзна форма;
- псевдокістозна форма;
- кальцифікуюча форма.

IV. За перебігом:

- панкреатит легкого ступеня важкості (1 стадія);
- панкреатит з перебігом середньої важкості (2 стадія);
- панкреатит важкого ступеня.

V. Фаза захворювання:

- загострення;
- ремісія.

При 1 стадії – ознак порушення екзо – і ендокринної функції

підшлункової залози немає.

При 2 стадії – є ознаки порушення зовнішньої та/або внутрішньої секреторної функції підшлункової залози.

В 3 стадії – постійні «панкреатичні» проноси, прогресує виснаження.

Марсельсько – римська класифікація:

1. Хронічний кальцифікуючий.
2. Хронічний обструктивний.
3. Хронічний фіброзно – індуративний.
4. Хронічні кисти та псевдо кисти підшлункової залози.

Функціональна характеристика.

1) З порушенням зовнішньої секреції підшлункової залози :

- гіперсекреторний тип;
- гіпосекреторний тип;
- обтураційний тип;
- дуктулярний тип.

2) З порушенням інсулярної функції підшлункової залози:

- гіперінсулінізм;
- гіпофункція інсулярного апарату – панкреатичний цукровий діабет чи порушення толерантності до вуглеводів.

Клінічні синдроми захворювання.

- **Больовий синдром.** Виникає біль в епігастральній ділянці, оперізуючий, іррадіює в поперекову ділянку, ниючий, виникає після прийому великої кількості смаженої жирної їжі, алкоголю. При пальпації визначаються болючі зони : Шофара, точка Дежардена, Мейо-Робсона.

- **Диспептичний синдром** виявляється наполегливою нудотою, блюванням, що не приносить полегшення, метеоризмом.

- **Синдром мальдигестії** виявляється кашкоподібними випорожненнями 2 - 3 рази на добу, «великими панкреатичними випорожненнями», лієнтерезою (макроскопічно видимі залишки неперевареної їжі в калі), втратою маси тіла.

- **Синдром запальної і ферментної інтоксикації** характерний тільки для гіперферментних панкреатитів; характеризується загальною слабкістю, гіпотонією, лихоманкою, тахікардією.

- **Синдром здавлення сусідніх органів з підшлунковою залозою.** Розвивається при значному збільшенні підшлункової залози або наявності в ній псевдокисти.

План обстеження

Лабораторні методи дослідження:

- загальний аналіз крові (збільшення ШОЕ, лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво).

- загальний аналіз сечі (підвищення активності амілази, еластази).

- біохімічне дослідження крові (підвищення активності трипсину, амілази, сіалових кислот).

- дослідження активності панкреатичних ферментів у дуоденальному вмісті;

- глікоамілаземічна проба;

- копрограма (стеаторея, креаторея);

- йодоліполовий тест. Інструментальні

методи дослідження :

- УЗД, КТ (збільшення розмірів ПЗ, зниження ехогенності, дифузна неоднорідність, тощо).

- Рентгендослідження (розгорнутість дуоденального кільця, симптом Фростберга, «куліс»).

- ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія («симптом ланцюга озер»).

Лікування.

Відмова від алкоголю.

Дієта №5п з виключенням жирних, гострих страв, екстрактивних речовин; зменшення тваринних жирів (40 – 60г), часте добове харчування.

При загостренні – голод + лужна питна вода (не більше 2 -3 діб).

Патогенетичне лікування:

1) Поліпшення відтоку панкреатичного секрету :

- Міотропніспазмолітики:

- дуспаталін 200 мг 2 рази в день
- папаверину гідрохлорид 2% - 2 мл 2 рази в день

- При дуоденостазі – прокінетики (мотиліум 10мг 3 рази в день)

2) Купірування больового синдрому:

- Ненаркотичні анальгетики (анальгін)
- Наркотичні анальгетики (трамадол)

3) Замісна терапія при зовнішньо секреторній недостатності ПЗ – переважно гіпоферментних панкреатитах (панкреатин, креон).

4) Метронідазол

5) Азитроміцин

6) Гальмування зовнішньої секреції ПЗ (при атаці гіперферментного панкреатиту):

- Застосовують антисекреторні препарати:

- ІПП (омепразол, езомепразол)
- М – холінолітики (атропін, платифілін, гастроцепін)
- Блокатори H₂ – гістамінових рецепторів (фамотидин)

7) Дезінтоксикаційна терапія (при гіперферментному панкреатиті).

Ізотонічний розчин 0,9% 500 – 1000мл на добу.

Хронічний холецистит – хронічний запальний процес у жовчному міхурі, що поєднується з дискінезією жовчного міхура і сфінктерного апарату жовчовивідних шляхів і дисхолією – порушенням біохімічних властивостей жовчі.

Етіологія та патогенез.

Серед причин виникнення можна виділити основні та додаткові. Основні

– це умовно-патогенна і кокова інфекція.

Серед додаткових чинників виділяють : гіпо- та атонічні дискінезії жовчовивідних шляхів із застоєм жовчі, гіподинамію у поєднанні з нерегулярними прийомами їжі і незбалансованим харчуванням, панкреатичний рефлекс, спадковість, паразитарні захворювання (лямбліоз, опісторхоз).

Клінічна класифікація холециститів.

I. За етіологією:

- бактеріальний;
- паразитарний;
- аутоімунний;
- алергічний;
- ферментний;
- нез'ясованої етіології

II. За клінічною картиною :

- безкам'яний :
- з перевагою запального процесу;
- з перевагою дискінетичних явищ;
- калькульозний.

III. За характером перебігу холециститу :

- рідко рецидивуючий
- часторецидивуючий
- постійно рецидивуючий;
- латентний.

IV. Фаза захворювання :

- фаза вираженого загострення;
- фаза згасаючого загострення;
- фаза ремісії.

V. Ступінь важкості :

- легкий ;
- середньої важкості;
- важкий.

Основні клінічні синдроми:

1) *Больовий* (локалізується в зоні правого підребер'я, гостра приступоподібна або тупа, що залежить від форми супутньої дискінезії жовчного міхура; іррадіює у праву половину грудної клітки, праве плече, передпліччя);

2) *Диспепсичний* (відчуття гіркоти, нудота, метеоризм, блювання з домішкою жовчі, чергування запорів и проносів тощо);

3) *Синдром вегетативної дистонії* (депресія, загальна слабкість, головні болі, гіпотонія);

4) *Холецисто-кардіальний синдром* (кардіалгії, порушення ритму, метаболізму в міокарді);

5) *Солярний синдром* (біль в зоні пупка з іррадіацією в спину);

6) *Алергічний синдром* (кропивниця, вазомоторний риніт, бронхоспастичні явища).

При пальпації виникає біль в області проекції жовчного міхура (симптом Кера).

При ударі ребром долоні по краю реберної дуги справа виникають больові відчуття (*симптом Грекова-Ортнера*).

Для цього захворювання також характерні больові відчуття в точках *Маккензі* (місце перетину зовнішнього краю правого прямого м'яза живота з правою реберною дугою) та *Боаса* (по правій паравертебральній лінії Th X-XI), а також *симптом Алієва* – біль у точках Маккензі і Боаса в поєднанні з глибоким болем в ділянці жовчного міхура.

Лабораторні та інструментальні дослідження:

- фракційне дуоденальне зондування: виявлення в порції «В» великої кількості лейкоцитів та циліндричного епітелію. Присутність кристалів холестерину, білірубіната кальцію. Спостерігається зниження рН міхурової жовчі (в нормі вона становить 6,5 - 7,5, при загостренні хронічного холециститу – 4,0 – 5,5).

Підтверджують діагноз УЗД (дифузне стовщення жовчного міхура більше 3мм і його деформація), проведенням холецистографії.

Ускладнення хронічного холециститу

- флегмона, абсцес жовчного міхура;
- перихолецистит;
- холангіт, холестатичний гепатит;
- біліарний цироз печінки, рак шийки жовчного міхура;
- хронічний панкреатит; Лікування.

Призначають постільний режим. Дієта №5а (виключення жирних, гострих страв) і роздрібнене, 4-6 разів у день, харчування.

1) Зняття больового синдрому:

- М-холінолітики (атропін, метацин, платифілін)
- При неефективності використовують селективні М-холінолітики (гастроцепін, мебеверин)
- Міотропні спазмолітики (но-шпа, папаверин)
- Ненаркотичні анальгетики (анальгін).

NB! Морфін не можна застосовувати, тому що він викликає спазм сфінктера Одді.

2) При загостренні хронічного холециститу з гіпотонічною дискінезією жовчного міхура показані холінокінетики: сорбіт, ксиліт, магнію сульфат

NB! Холінокінетики протипоказані при калькульозному холециститі.

3) У період загострення показані антибіотики широкого спектру дії – макроліти (кларитроміцин, еритроміцин протягом 7 днів)

4) Порушення відтоку жовчі регулюють жовчогінними препаратами:

- холеритичної дії (стимулює утворення та виділення жовчі печінкою – хофітол, гербіон, гепабене)
- холекінетичної дії (посилення скорочення жовчного міхура і знаходження жовчі в 12-палу кишку – сорбіт, ксиліт тощо).

При стиханні гострих явищ можна застосовувати фізіотерапевтичні процедури (УВЧ, СВЧ). Показанні лікувальні дуоденальні зондування.

Дискінезії жовчних шляхів – характеризуються порушенням тонусу, моторної і евакуаторної функції жовчного міхура і жовчних протоків.

Етіологія і патогенез.

Залежно від етіологічних чинників, дискінезії жовчних шляхів поділяються на

первинні та вторинні. В основі первинних дискінезії лежить розлад нейрогуморальної регуляції під впливом хронічних стресових ситуацій.

Причиною вторинних дискінезій є інші захворювання органів травлення, ендокринні та метаболічні розлади, оперативні втручання.

Причинами виникнення дискінезій також можуть бути:

- дієтичні погрішності (зловживання жирної, смаженою, копченою їжею);
- ожиріння;
- гіподинамія.

Класифікація

По походженню:

- Первинна: невротична, психогенна, медикаментозна;
- Вторинна: при гострому гепатиті, холециститах, ЖКХ, панкреатитах, хронічних захворюваннях ШКТ (гастритах, дуоденітах), виразковій хворобі.

Клінічна форма:

- Гіпермоторна форма;
- Гіпомоторна форма;
- Змішана.

Клінічні прояви.

Для гіпомоторної форми характерне зниження тону мускулатури жовчного міхура, через що останній слабко скорочується і часто буває збільшеним в об'ємі. Ця форма проявляється ниючими, тупими болями в ділянці правого підребер'я. Хворі скаржаться на загальну слабкість, загальну стомлюваність.

При пальпації виявляється помірна болючість в області проекції жовчного міхура.

При багатомоментному дуоденальному зондуванні виявляється збільшений об'єм порції «В».

Гіпермоторна форма дискінезії жовчних шляхів протікає з короткочасними нападами болю в правому підребер'ї ниючого і переймоподібного характеру. Спостерігаються короткочасні диспептичні явища, частіше нудота. При УЗД-дослідженні та холецистографії виявляється зменшення розмірів жовчного міхура. При фракційному дуоденальному зондуванні зменшення порції «В».

Жовчокам'яна хвороба — це захворювання гепатобіліарної системи, обумовлене порушенням обміну холестерину і білірубину, яке характеризується утворенням каменів у жовчному міхурі і жовчних протоках.

Етіологія та патогенез.

Існує досить багато чинників ризику, що призводить до каменеутворення.

До них належать :

- ожиріння і гіподинамія;
- висококалорійна, багата холестерином і бідна харчовими волокнами дієта;
- спадкова схильність;
- цукровий діабет;
- аномалії розв'язування жовчного міхура;
- хвороби тонкої кишки, її резекції (в результаті зниження пулу жовчних

кислот);

- хронічні інфекції жовчних шляхів.

Основними патогенетичними моментами каменеутворення є перенасичення міхурової жовчі холестерином, зниження її колоїдної стійкості внаслідок зменшення вмісту жовчних кислот, гіпомоторна дисфункція ЖМ, що сприяє застою жовчі, утворення центрів нуклеації холестерину з подальшою його кристалізацією і поступовою трансформацією в мікро- і макроліт.

Класифікація ЖКХ.

Стадії розвитку жовчнокам'яної хвороби:

- фізико-хімічна стадія (початкова);
- латентна безсимптомне камененосійство (стадія формування жовчних каменів);
- клінічна стадія (гострий калькульозний і хронічний калькульозний холецистит).

За клінічним перебігом виділяють:

- безсимптомний перебіг;
- симптоматичний неускладнений перебіг;
- ускладнений перебіг;

За локалізацією виділяють:

- конкременти дна і тіла;
- конкременти в області шийки жовчного міхура

За кількістю:

- одиничні;
- множинні

За розмірами:

- мікроліти (1-2 мм)
- дрібні (до 1 см);
- середні (1-3 см);
- великі (понад 3 см);

У багатьох хворих, особливо з одним каменем, розташованим в області тіла і дна ЖМ, хвороба тривалий час може протікати без симптомів.

Проте у значної кількості пацієнтів ЖКХ виявляється клінічно. Найбільш типовий симптом ЖКХ – це напад жовчної кольки пов'язаний з просуванням каменя, спазмом або обтурацією жовчних шляхів.

Жовчна колька проявляється гострим болем, який раптово виникає в правому підребе'ї, який часто іррадіює в праву руку, ключицю, лопатку. Больовий напад супроводжується нудотою і блюванням жовчю, яке не приносить полегшення. Біль виникає після їжі, порушення дієти.

У деяких хворих больовий синдром при ЖКХ не носить характеру жовчної кольки, а виявляється тупими, ниючими болями або відчуттям тяжкості в правому підребер'ї.

Ускладнення ЖКХ.

Емпієма або перфорація жовчного міхура, що проявляється жовчним перитонітом і сепсисом, які дають високу летальність.

Іноді перфорація жовчного міхура може супроводжуватися утворенням жовчнокишкового свища, через який камінь виходить у тонку кишку, а в біліарному протоці з'являється повітря.

дуги.

Основні міхурові симптоми.

Симптом Ортнера – болючість при постукуванні по краю правої реберної

Симптом Мерфі – посилення болю при пальпації в правому підребер'ї під

час глибокого вдиху.

Симптом Кера – поява або посилення болю при постукуванні на висоті вдиху в зоні проекції міхура.

Френікус-симптом (симптом Мюссі) – болючість при натисканні між ніжками правогогрудинн -ключично-соскоподібного м'яза .

Інструментальна діагностика.

- УЗД;
- оглядова рентгенографія ЖМ;
- холецистографія;
- ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія;
- КТ, МРТ.

Лікування ЖКХ.

Дієта №5 з виключенням жирної, висококалорійної їжі, з високим вмістом холестерин. Важливим чинником є регулярний прийом їжі. Зменшенню застою жовчі сприяє рослинна дієта – вживання до їжі 100-150 г свіжих овочів та фруктів.

Проводиться корекція ендокринних порушень;

Основний терапевтичний підхід – це медикаментозний літоліз жовчних каменів за допомогою препаратів уродезоксихолевої кислоти (медикаментозному літо- лізу піддаються тільки холестеринові камені);

NB! Основним методом лікування ЖКХ в даний час залишається хірургічний – шляхом проведення лапароскопічної або відкритої холецистектомії.

Зміни ротової порожнини у хворих на панкреатит та холецистит.

Запальні захворювання підшлункової залози (панкреатити) часто супроводжуються змінами, що з'являються на слизовій оболонці порожнини рота. При огляді виявляється гіперемія слизової оболонки, чітко визначається судинний малюнок. Язик обкладений жовто – білим нальотом, збільшені нитковидні сосочки, часто спостерігається очагова десквамація епітелію дорсальної поверхні язика. Виражені сухість, порушення смакової чутливості. Можуть також утворюватися афти.

У хворих на холецистит характерною ознакою ураження ротової порожнини може бути спотворення смакових відчуттів, відчуття гіркоти, особливо зранку. При огляді виявляється іктеричність слизової оболонки ротової порожнини. Найчастіше хворі пред'являють скарги на пекучість та поколювання в язиці. Відчуття жару й болючості слизової оболонки часто поєднується з відчуттям свербіння, особливо вираженого в області піднебіння.

V. Матеріали для самопідготовки

1. А. Питання, що підлягають самостійному вивченню:

- Сформулюйте визначення поняття ХП, ЖКХ ДЖП. Визначте етіологію ЖКХ.
- Вкажіть ключові ланки патогенезу ХП.
- Наведіть основні положення клінічної класифікації ЖКХ та ХП.
- Назвіть типові клінічні прояви і зміни даних інструментальних методів дослідження при ЖКХ.
- Знати лікування ХП та ЖКХ залежно від періоду захворювання.
- Знати надання невідкладної допомоги при нападі жовчної кольки взагалі та на робочому місці.
- Зміни ротової порожнини при ЖКХ.

Б. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь Завдання

1.

Креаторея та стеаторея є ознакою:

1. хронічного панкреатиту;
2. рака голівки підшлункової залози;
3. рака тіла підшлункової залози;
4. гострого панкреатиту;
5. кісти підшлункової залози.

В. Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми

Завдання 1.

Хвора, 45 років, доставлена в хірургічне відділення зі скаргами на напад гострого переймистого болю у правому підребер'ї, який супроводжувався повторною блювотою із домішкою жовчі, яка не приносила полегшення, субіктеричністю склер, загальною слабкістю, підвищенням температури тіла до 38°C, тахікардією. Спровокувало появу болю вживання жирних, смажених та гострих страв. Незначне полегшення після прийому но-шпи.

А. Ваш попередній діагноз:

1. Виразкова хвороба шлунку;
2. Жовчнокам'яна хвороба;
3. Хронічний гепатит;
4. Хронічний панкреатит;
5. Механічна жовтяниця.

Б. Для уточнення діагнозу найбільш доцільне обстеження:

1. Дуоденальне зондування;
2. Комп'ютерна томографія;
3. Лапароскопія;
4. Ультразвукове дослідження жовчного міхура;
5. Гепатовенографія;
6. Рентгенологічне дослідження.

В. Для лікування найбільш доцільно використати:

1. Фестал;
2. Папаверину гідро хлорид;
3. Солізим;
4. Церукал;
5. Вікалін;
6. Де-нол;
7. Хенофальк;
8. Рифампіцин.

VI. Матеріали для позааудиторної роботи (НДРС)

Реферат за темою: «Зміни ротової порожнини у хворих на жовчокам'яну хворобу».

V. Контроль знань – оцінюється в процесі опитування, при рішенні тестів, ситуаційних завдань, при заключному тестуванні.

VIII. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Березов В.М. та співав. Внутрішні хвороби / В.М. Березов, В.М. Васильєв, Є.І. Дзись та ін. [та співав.] // Під редакцією проф. М.С. Расіна. – Полтава: ЧФ «Форміка». - 2012 . - 361с.
2. Класифікації терапевтичних захворювань : навч. посіб. для студ. вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів/ [В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська та ін.]. – Запоріжжя, 2006. – 204 с. –(Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України).
3. Клінічна імунологія та алергологія: підручник/ [Г.М.Дранік,О.С. Прилуцький, Ю. І. Бажора та ін.]; за ред. Г. М. Драніка. – К. : Здоров'я, 2006. – 888 с.