

Міністерство охорони здоров'я України  
Запорізький державний медичний університет

Кафедра внутрішніх хвороб -1

В. Д. Сиволап

# **МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ ОСНОВ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ**

Навчально-методичний посібник  
для викладачів та студентів до практичних занять та самостійної  
роботи з навчальної дисципліни «Внутрішня медицина»  
Модуль 1

Запоріжжя  
2017

УДК 616.1/.8(075.8)

С 95

*Навчально-методичний посібник рекомендовано до видання  
Центральною методичною Радою Запорізького державного медичного університету  
(протокол № 2 від «30» листопада 2017 р.)*

**Автор:**

*В. Д. Сиволап*, професор, завідуючий кафедрою внутрішніх хвороб-1

**Рецензенти:**

*С. Я. Доценко*, професор, д.мед.н., завідуючий кафедри внутрішніх хвороб-3;

*В. В. Сиволап*, професор, д.мед.н., завідуючий кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими.

**Сиволап В. Д.**

С 95

Методика викладання основ внутрішньої медицини : навчально-методичний посібник для викладачів та студентів до практичних занять та самостійної роботи з навчальної дисципліни «Внутрішня медицина». Модуль 1 / В. Д. Сиволап. – Запоріжжя, 2017. - 195 с.

Навчально-методичний посібник розроблено у відповідності до вимог нової програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» для вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, затвердженої МОЗ України (2016р). У посібнику до практичних занять та самостійної роботи наведено основні вимоги до організації навчального процесу на 4 курсі, зміст програми (Модуль 1), методичні матеріали до аудиторних занять і самостійної роботи студентів, методичні рекомендації та вимоги до написання академічної історії хвороби, перелік практичних навичок під час курації хворого, приклади аналізу лабораторних та інструментальних досліджень. Запропоновано алгоритми диференційної діагностики, наведено складові клінічного діагнозу та приклади його формулювання при основних терапевтичних захворюваннях. Подані в посібнику методичні та навчальні матеріали дозволять студентам не тільки засвоїти предмет «Внутрішня медицина», але й розвинути клінічне мислення майбутнього лікаря.

**УДК 616.1/.8(075.8)**

© Сиволап В. Д., 2017.  
© Запорізький державний медичний університет, 2017

## ЗМІСТ

|  |     |
|--|-----|
| Вступ  | 4   |
| Мета вивчення навчальної дисципліни «Внутрішня медицина»   | 5   |
| Зміст програми внутрішня медицина Модуль 1   | 6   |
| Змістовий модуль 1 Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань  | 7   |
| Змістовий модуль 2. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів                                  | 13  |
| Змістовий модуль 3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання  | 16  |
| Змістовий модуль 4. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення  | 19  |
| Змістовий модуль 5. Загальні питання внутрішньої медицини  | 23  |
| План і організаційна структура практичного заняття на кафедрі внутрішніх хвороб 1 ЗДМУ   | 26  |
| Перелік питань для підсумкового модульного контролю модуль 1 (4-й курс) «Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія)»                       | 29  |
| Перелік практичних робіт та завдань до підсумкового модульного контролю. модуль 1 (4-й курс). «Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія)» | 33  |
| Витяг із положення про оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-трансферній системі організації навчального процесу               | 40  |
| Методичні рекомендації та вимоги до написання історії хвороби в терапевтичній клініці  | 44  |
| Методичні рекомендації та вимоги до написання історії хвороби в ендокринологічній клініці  | 62  |
| Методика диференційної діагностики   | 82  |
| Рекомендована література   | 84  |
| Додаток 1. Аббревіатури в результатах лабораторних досліджень у зарубіжних аналізаторах  | 88  |
| Додаток 2. Приклади інтерпретації лабораторних та інструментальних досліджень  | 90  |
| Додаток 3. Ситуаційні задачі та обґрунтування їх вирішення   | 99  |
| Додаток 4. Приклади формулювання діагнозів в клініці внутрішніх хвороб   | 112 |
| Додаток 5. Протокол клінічного розбору хворого   | 119 |
| Додаток 6. Основні медичні маніпуляції   | 121 |

## ВСТУП

Доцільність видання навчально - методичного посібника обмовлена необхідністю внесення змін до організації навчального процесу згідно вимог нової програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина», що затверджена МОЗ України в 2016 році. В підготовці студентів за програмою «Основи діагностики, профілактики та лікування основних хвороб внутрішніх органів» особлива увага надається вивченню етіології, патогенезу, клінічних проявів захворювань внутрішніх органів, профілактиці та лікуванню. Найголовнішою частиною навчального процесу під час викладання основ внутрішньої медицини є практичні заняття, клінічні обходи з професором, доцентом або асистентом кафедри. Обов'язковими засобами навчання є участь студентів в діагностично-лікувальному процесі: курація тематичних хворих, оволодіння методикою диференційної діагностики, вмінням поставити клінічний діагноз на підставі зібраної інформації про хворобу та адекватної інтерпретації результатів лабораторних і інструментальних методів дослідження, написання академічної історії хвороби, профілактики та лікування хворих на основі принципів доказової медицини, а також набуття знань з питань лікарської етики і деонтології.

Наведені у посібнику методичні і навчальні матеріали сприятимуть удосконаленню практичної підготовки студентів з дисципліни «Внутрішня медицина», формуванню навичок клінічного мислення, як основи лікувально-діагностичного процесу.

**МЕТА ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**  
**«ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА»**  
**СПЕЦІАЛЬНІСТЬ «ЛІКУВАЛЬНА СПРАВА» (7.12010001)**  
**СПЕЦІАЛЬНІСТЬ «ПЕДІАТРІЯ» (7.12010002)**

**Мета (кінцеві цілі)** вивчення навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» встановлена на основі додатка Б і додатка Г освітньо-професійної програми (ОПП) підготовки спеціаліста. Кінцеві цілі вивчення дисципліни сформульовані з точки зору логіки підготовки спеціаліста, як загальні по відношенню до конкретних цілей. Кінцеві цілі навчальної дисципліни визначені у блоках змістових модулів ОПП.

**Кінцеві цілі дисципліни:**

- Проводити опитування і фізикальне обстеження хворих та аналізувати їх результати у клініці внутрішньої медицини.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори найбільш поширених захворювань у клініці внутрішньої медицини.
- Класифікувати і аналізувати типову клінічну картину найбільш поширених захворювань у клініці внутрішньої медицини.
- Виявляти різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених захворювань у клініці внутрішньої медицини.
- Визначати провідні синдроми і симптоми у клініці внутрішньої медицини
- Обґрунтовувати і формулювати попередній діагноз найбільш поширених захворювань у клініці внутрішньої медицини.
- Складати план обстеження хворого, інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень при найбільш поширених захворюваннях у клініці внутрішньої медицини та їх ускладненнях.
- Проводити диференціальну діагностику, обґрунтовувати та формулювати клінічний діагноз основних захворювань у клініці внутрішньої медицини.
- Визначати тактику ведення (рекомендації стосовно режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого при найбільш поширених захворюваннях у клініці внутрішньої медицини.
- Призначати немедикаментозне і медикаментозне лікування, в т.ч. прогноз-модифікуюче, при найбільш поширених захворюваннях у клініці внутрішньої медицини.
- Проводити немедикаментозну і медикаментозну первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях у клініці внутрішньої медицини.
- Визначати прогноз та працездатність хворих з основними захворюваннями у клініці внутрішньої медицини.
- Діагностувати та надавати медичну допомогу при невідкладних станах у клініці внутрішньої медицини.
- Застосовувати основні алгоритми інтенсивної терапії невідкладних станів у клініці внутрішньої медицини.
- Виконувати медичні маніпуляції.
- Вести медичну документацію у клініці у клініці внутрішньої медицини.
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

**ЗМІСТ ПРОГРАМИ ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА (В ТОМУ ЧИСЛІ  
ЕНДОКРИНОЛОГІЯ) МОДУЛЬ 1 (4 курс)  
(спеціальність «Лікувальна справа» 7.12010001, «Педіатрія» 7.12010002)**

**Кінцеві цілі модуля**

Мета (кінцеві цілі) вивчення навчальної дисципліни «Внутрішня медицина (в тому числі ендокринологія)» встановлена на основі ОПП та ОКХ підготовки спеціаліста і є основою для побудови змісту навчальної дисципліни.

**Студент повинен вміти:**

- Проводити опитування і фізикальне обстеження хворих з основними захворюваннями органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи та аналізувати їх результати.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Аналізувати типову клінічну картину найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Виявляти різні клінічні варіанти та ускладнення найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Формулювати попередній діагноз найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Складати план обстеження хворого та аналізувати дані лабораторних та інструментальних обстежень при найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи та їх ускладненнях.
- Проводити диференційний діагноз, обґрунтовувати та формулювати клінічний діагноз при найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Визначати тактику ведення (рекомендації стосовно режиму, дієти, лікування, реабілітаційні заходи) хворого та призначати немедикаментозне і медикаментозне лікування, в тому числі прогноз-модифікуюче, при найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи та їх ускладненнях.
- Оцінювати прогноз та працездатність при найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Діагностувати та надавати медичну допомогу при невідкладних станах.
- Проводити первинну і вторинну профілактику найбільш поширених захворюваннях органів травлення, дихання, крові та кровотворних органів, ендокринної системи.
- Виконувати медичні маніпуляції.
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

Організація навчального процесу має забезпечити участь студентів у веденні стаціонарних пацієнтів з написанням академічної історії хвороби та протоколів курації за вимогами програми навчальної дисципліни. Протоколи огляду студентами пацієнтів надаються доценту/асистенту для контролю. Доценти/асистенти слідкують за тим, щоб кожен студент отримав необхідну компетенцію в наступних областях: **розпитування хворого, фізикальне обстеження, усна доповідь, прийняття діагностичних рішень та визначення лікувальної тактики (критичне мислення), заповнення документації.**

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 1**

### **ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ**

### **ОСНОВНИХ ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

#### **Конкретні цілі**

**Студенти повинні вміти:**

- Використовувати основні методи обстеження хворих з ендокринологічною патологією, оцінити їх результати.
- Діагностувати, лікувати, організувати впровадження заходів профілактики цукрового діабету, йододефіцитних захворювань щитоподібної залози, тиреотоксикозу, гіпотиреозу, тиреоїдитів, захворювань гіпоталамо-гіпофізарної системи (хвороби Іценка-Кушінга, акромегалії, нецукрового діабету), хронічної недостатності надниркових залоз, кортикостероми, ожиріння; аналізувати та інтерпретувати результати аналізів при даних захворюваннях.
- Розпізнати природжений гіпотиреоз, вроджену дисфункцію надниркових залоз, порушення росту та статевого розвитку.
- Діагностувати та надавати невідкладну допомогу на догоспітальному і госпітальному етапах при діабетичній (гіперкетонемічній), гіпоглікемічній комах.
- Розпізнати менш поширені ендокринні захворювання, щоб направити пацієнта до спеціаліста-ендокринолога: гіперпролактинемію, гіпопітуїтаризм, соматотропну недостатність, пухлини щитоподібної залози, гіпарпаратиреоз та гіперпаратиреоз, гормональноактивні пухлини надниркових та статевих залоз, клімактеричний невроз.
- Проводити підтримуючу (протирецидивну) терапію, вироблену спільно зі спеціалістом-ендокринологом при вказаних захворюваннях.
- Розпізнати ендокринологічні аспекти синдромів: артеріальної гіпертензії та артеріальної гіпотензії, набрякового синдрому, сечового та нефротичного синдрому, анемії, болю в кінцівках, часткової або повної втрати зору, головного болю, судомного синдрому;
- Оцінити аналіз глюкози крові, кетонурію, ультразвукове та радіонуклідне дослідження щитоподібної залози.

**Тема 1. Цукровий діабет, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика.**

Визначення цукрового діабету. Епідеміологія діабету в Україні і світі, прогноз захворюваності, поширеність цукрового діабету в різних вікових групах. Етіологія і патогенез цукрового діабету. Цукровий діабет тип 1: роль

вірусної інфекції та автоімунних процесів, генетичної схильності. Цукровий діабет тип 2: роль генетичної схильності, ожиріння, зовнішніх факторів. Інсулінорезистентність та порушення секреції інсуліну. Класифікація порушень глікемії (ВООЗ, 1999 р.), клінічні типи цукрового діабету. Характеристика уражень внутрішніх органів за цукрового діабету: серцево-судинної системи, гепатобіліарної системи, органів сечовиділення, діабетичні остеоартропатії. Діагностика цукрового діабету. Критерії діагностики цукрового діабету та інших категорій гіперглікемії (ВООЗ, 1999 р.). Показання та правила проведення глюкозотолерантного тесту. Діагностичне значення визначення глікованого гемоглобіну, фруктозаміну, С-пептиду, глюкозурії, кетонурії.

## **Тема 2. Цукровий діабет тип 1 та тип 2, сучасні методи терапії.**

Загальні принципи терапії цукрового діабету. Критерії компенсації вуглеводного обміну у хворих на ЦД типу 1. інсулінотерапія. Характеристика основних препаратів інсуліну в т.ч. вітчизняного виробництва Показання до їх застосування. Класифікація препаратів інсуліну ультракороткої, короткої, проміжної та тривалої дії, аналоги інсуліну. Розрахунок добової потреби в інсуліні. Корекції дози інсуліну за допомогою хлібних одиниць. Режим інсулінотерапії: традиційна, інтенсифікована та помпова. Показання до помпової інсулінотерапії. Клітинна терапія. Ускладнення інсулінотерапії: гіпоглікемічні стани, алергія до інсуліну, постін'єкційні ліподистрофії, інсулінорезистентність, хронічне передозування інсуліну (синдром Сомоджі), інсулінові набряки. Санаторно-курортне лікування. Протоколи надання допомоги хворим на цукровий діабет типу 1.

Алгоритм лікування цукрового діабету 2 типу. Основні методи лікування цукрового діабету типу 2: раціональне харчування, дозоване фізичне навантаження, медикаментозна терапія, навчання хворого самоконтролю. Дієтотерапія цукрового діабету. Раціональне харчування: фізіологічність, енергетична цінність, обмеження рафінованих вуглеводів, вживання харчових волокон, мікроелементів, вітамінів. Дозоване фізичне навантаження та правила його призначення. Медикаментозна терапія: сенситайзери інсуліну (метформін, тіазолідіндіони), секретогоги інсуліну (похідні сульфонілсечовини, глініди), препарати інкретинового ряду (аналоги глюкагоноподібного пептиду 1 (ГПП-1), інгібітори діпептиділпептидази (ДПП – 4), інгібітори  $\alpha$ -глюкозидази, гліфлозини (блокатори реабсорбції глюкози в нирках), інсулінотерпія. Протоколи надання медичної допомоги хворим на цукровий діабет типу 2.

## **Тема 3. Гострі та хронічні ускладнення цукрового діабету. Особливості перебігу та лікування цукрового діабету у хірургічних хворих, при вагітності.**

Кетоацидотичні стани з діабетичної (гіперкетонемічною) комою. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, диференційний діагноз, лікування. Гіперосмолярна (неацидотична) діабетична кома. Молочнокислий ацидоз і кома. Гіпоглікемічна кома, гіпоглікемічні стани. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

Хронічні ускладнення цукрового діабету. Мікросудинні ураження (діабетична ретинопатія, нефропатія, нейропатія); макросудинні ураження (ішемічна хвороба серця, порушення мозкового кровообігу, діабетична стопа). Класифікація, діагностика та лікування. Принципи лікування вагітних, хворих



на цукровий діабет. Особливості проведення термінових та планових хірургічних втручань у хворих на цукровий діабет.

**Тема 4. Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози. Ознаки ендемічної місцевості за ВООЗ. Клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гіпотиреоз та тиреоїдити. Класифікація, діагностика, клініка, лікування.**

Визначення поняття “йододефіцитні стани”. Прояви йодного дефіциту. Визначення йододефіцитних територій за поширеністю зоба у різних вікових групах та даними йодурії. Визначення розмірів щитоподібної залози. Поняття про простий нетоксичний та вузлові форми зоба. Вплив екзогенних чинників довкілля та техногенних катастроф на об'єктах атомної енергетики на стан щитоподібної залози та поширеність її патології. Йодна профілактика: масова, групова, індивідуальна. Значення вживання йодованої солі у профілактиці йододефіцитних захворювань. Обмеження для використання препаратів на основі калію йодиду.

Гіпотиреоз, етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Гіпотиреоз первинний, центральний, периферичний, субклінічний, транзиторний. Своєчасна діагностика природженого гіпотиреозу. Вікові особливості перебігу гіпотиреозу. Гіпотиреоз на тлі аутоімунних поліендокринопатій. Субклінічний Гіпотиреоз. Лікування гіпотиреозу. Вагітність та Гіпотиреоз. Медико-соціальна експертиза хворих на гіпотиреоз. Тиреоїдити. Клініка, діагностика та лікування.

**Тема 5. Тиреотоксикоз. Клінічні форми. Діагностика, лікування. Рак щитоподібної залози. Класифікація, клініка, діагностика, лікування. Захворювання паращитоподібних залоз.**

Захворювання, що супроводжуються тиреотоксикозом. Етіологія, патогенез, клінічні прояви дифузного токсичного зоба, тиреотоксична та ендокринна офтальмопатія. Вікові особливості перебігу токсичного зоба у дітей та людей похилого віку. Клінічні відмінності вузлового токсичного зоба. Обґрунтування діагнозу тиреотоксикозу. Медикаментозне, хірургічне лікування токсичного зоба, використання <sup>131</sup>йоду з лікувальною метою. Ускладнення лікування зоба. Медико-соціальна експертиза хворих на токсичний зоб.

Вузлові форми зоба. Моніторинг із вузлами у щитоподібній залозі.

Патоморфологічна класифікація пухлин щитоподібної залози. Обґрунтування діагнозу раку щитоподібної залози. Роль аварії на ЧАЕС в розвитку раку щитоподібної залози. Сучасна схема лікування, реабілітації та диспансерного спостереження хворих на рак щитоподібної залози. Анатомо-фізіологічні дані. Захворювання прищитоподібних залоз. Гіперпаратиреоз. Етіологія. Патогенез. Класифікація. Клініка, клінічні форми гіперпаратиреозу. Діагностика. Диференціальна діагностика. Лікування. Показання до хірургічного лікування. Післяопераційний період і реабілітація хворих. Медикаментозна терапія. Гіпопаратиреоз. Етіологія. Патогенез. Класифікація. Клініка. Діагностика. Диференціальна діагностика. Прогноз. Профілактика. Лікування. Клінічні форми.

**Тема 6. Захворювання надниркових залоз. Хронічна недостатність кори надниркових залоз. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гормонально-активні пухлини надниркових залоз.**

Гормони кори та мозкового шару надниркових залоз. Визначення поняття, поширеність гострої та хронічної недостатності кори надниркових залоз. Хронічна недостатність надниркових залоз (хвороба Аддісона). Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гостра недостатність надниркових залоз. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика та лікування. Класифікація пухлин надниркових залоз. Синдром Іценка-Кушінга (кортикостерома, глюкокортикома). Клініка, діагностика та диференціальна діагностика, лікування. Андростерома, кортикостерома. Клініка, діагностика та диференціальна діагностика, лікування. Первинний гіперальдостеронізм (синдром Кона). Клініка, діагностика та диференціальна діагностика, лікування. Феохромоцитома. Клініка, діагностика та диференціальна діагностика, лікування. Визначення природженої гіперплазії кори надниркових залоз. Клінічні форми, діагностика, лікування.

### **Тема 7. Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи. Ожиріння. Захворювання статевих залоз.**

Класифікація гіпоталамо-гіпофізарних захворювань. Акромегалія. Етіологія і патогенез. Клініка. Діагностика та диференціальна діагностика. Лікування. Хвороба Іценка-Кушінга. Етіологія і патогенез. Класифікація. Клініка. Діагностика та диференціальна діагностика. Лікування. Синдром гіперпролактинемії. Класифікація. Етіологія і патогенез. Клініка. Діагностика, диференціальна діагностика. Лікування. Гіпопітуїтаризм. Етіологія і патогенез. Клініка. Діагностика і диференціальна діагностика. Лікування. Нецукровий діабет. Етіологія і патогенез. Клініка. Діагностика та диференціальна діагностика. Лікування. Соматотропна недостатність. Гіпопітуїтаризм. Класифікація. Етіологія і патогенез. Клініка. Діагностика, диференціальна діагностика. Лікування. Ожиріння. Етіологія та патогенез. Класифікація. Клініка. Діагностика. Лікування. Ожиріння у дітей та підлітків.

Статеві залози у чоловіків та жінок. Гормони. Природжені порушення статевого диференціювання. Агенезія гонад. Синдром Шерешевського – Тернера. Синдром гермафродитизму. Крипторхізм. Синдром моно- та анорхізму. Синдром Клайнфельтера. Порушення статевого розвитку у хлопчиків та дівчаток. Клімакс у жінок та чоловіків.

### ТЕМИ ЛЕКЦІЙ

Змістового модуля 1: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань»

| № з/п | Тема   |
|-------|--|
| 1.    | Цукровий діабет. Сучасна класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика. Хронічні ускладнення діабету.       |
| 2.    | Новітні методи лікування хворих на ЦД. Пероральні цукрознижувальні засоби, сучасні препарати інсуліну та його аналоги. |
| 3.    | Захворювання щитоподібної залози. Діагноз, диференційний діагноз, профілактика та лікування зоба.                      |
| 4.    | Захворювання надниркових залоз. Хронічна недостатність надниркових залоз. Гормонально-активні пухлини.                 |
| 5.    | Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи. Клініка, діагноз, лікування.   |

### ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Змістового модуля 1: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань»

| № з/п | Тема  |
|-------|---|
| 1.    | Цукровий діабет, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика.  |
| 2.    | Цукровий діабет тип 1 та тип 2, сучасні методи терапії.   |
| 3.    | Гострі та хронічні ускладнення цукрового діабету. Особливості перебігу та лікування цукрового діабету у хірургічних хворих, при вагітності.   |
| 4.    | Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози. Ознаки ендемічної місцевості за ВООЗ. Клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гіпотиреоз та тиреоїдити. Класифікація, діагностика, клініка, лікування. |
| 5.    | Тиреотоксикоз. Клінічні форми. Діагностика, лікування. Рак щитоподібної залози. Класифікація, клініка, діагностика, лікування. Захворювання прищитоподібних залоз.  |
| 6.    | Захворювання надниркових залоз. Хронічна недостатність кори надниркових залоз. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гормонально-активні пухлини надниркових залоз.            |
| 7.    | Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи. Ожиріння. Захворювання статевих залоз.  |

## САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ

### Змістового модуля 1: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань»

| № з/п | Тема  |
|-------|---|
| 1.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Цукровий діабет, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика».<br>Опанування навичками аналізувати дані лабораторних методів дослідження (тест толерантності до глюкози, глікемічний профіль, С-пептид, HbA1c, ліпіди).  |
| 2.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Цукровий діабет тип 1 та тип 2, сучасні методи терапії».<br>Опанування навичками інтерпретування глікемічного профілю, рівню глікованого гемоглобіну, виписування рецептів на основні цукрознижувальні препарати.   |
| 3.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Гострі та хронічні ускладнення цукрового діабету. Особливості перебігу та лікування цукрового діабету у хірургічних хворих, при вагітності».<br>Опанування навичками надання медичної допомоги хворим з кетоацидозом, при діабетичній кетоацидотичній та гіпоглікемічній комах.   |
| 4.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози. Ознаки ендемічної місцевості за ВООЗ. Клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гіпотиреоз та тиреоїдити. Класифікація, діагностика, клініка, лікування».<br>Опанування навичками трактування даних гормонального обстеження щитоподібної залози (ТТГ, Т <sub>3</sub> , Т <sub>4</sub> , АТПО).                    |
| 5.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Тиреотоксикоз. Клінічні форми. Діагностика, лікування. Рак щитоподібної залози. Класифікація, клініка, діагностика, лікування. Захворювання прищитоподібних залоз».<br>Опанування навичками трактування даних гормонального обстеження щитоподібної залози (ТТГ, Т <sub>3</sub> , Т <sub>4</sub> , АТПО, антитіла до рецепторів ТТГ, тиреоглобуліну).                     |
| 6.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Захворювання надниркових залоз. Хронічна недостатність кори надниркових залоз. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гормонально-активні пухлини надниркових залоз».<br>Опанування навичками трактування даних гормонального обстеження надниркових залоз (АКТГ, кортизол, альдостерон, ренін, електроліти крові та метанефрини у сечі). |

|    |  |
|----|--|
| 7. | Підготовка до практичного заняття за темою «Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи. Ожиріння. Захворювання статевих залоз».<br>Опанування навичками визначення ступеня ожиріння за ІМТ.<br>Опанування навичками трактування даних гормонального обстеження (СТГ, ІФР-1, пролактин, гонадотропіни, вазопресин) та аналізу сечі за Зимницьким. |
| 8  | Підготовка і написання історії хвороби   |

### **Види індивідуальної роботи студентів**

Змістового модуля 1: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань»

| <b>Тема</b>   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доповідь реферату на практичному занятті</li> <li>• Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр</li> <li>• Доповідь історії хвороби на практичному занятті</li> <li>• Написання тез, статей</li> </ul> |

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 2**

### **ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ ХВОРОБ КРОВІ ТА КРОВОТВОРНИХ ОРГАНІВ**

#### **Конкретні цілі**

##### **Студенти повинні вміти:**

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із основними захворюваннями крові та кровотворних органів.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Формулювати попередній діагноз основних захворювань крові та кровотворних органів.
- Складати план обстеження хворих з основними захворюваннями крові та кровотворних органів, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів і визначати показання та протипоказання для їх проведення і можливі ускладнення.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Оцінювати прогноз та працездатність при основних захворюваннях крові та кровотворних органів.
- Діагностувати та надавати допомогу при кровотечах при захворюваннях крові

та кровотворних органів.

- Визначати групу крові.
- Переливати компоненти крові та кровозамінники.
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

### **Тема 8. Гемофілії та тромбоцитопенічна пурпура**

Визначення. Етіологія та патогенез, основні клінічні синдроми. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Лікування. Профілактика кровотеч. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

**Тема 9. Анемії** (постгеморагічна, залізодефіцитна, В<sub>12</sub>-дефіцитна, фолієводефіцитна, апластична, гемолітична)

Визначення. Етіологічні фактори та патогенез. Механізми внутрішньосудинного та внутрішньоклітинного гемолізу. Особливості клініки та лабораторної діагностики різних форм. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування різних форм анемій. Переливання компонентів крові та кровозамінників. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 10. Гострі лейкемії**

Визначення. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікація. Основні клініко-гематологічні синдроми. Клінічні прояви. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Підтримуюча терапія. Трансплантація кісткового мозку. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 11. Хронічні лейкемії**

Визначення хронічної мієлоїдної лейкемії, хронічної лімфоїдної лейкемії, мієломної хвороби, справжньої поліцитемії. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікація. Основні клінічні прояви та клініко-гематологічні синдроми. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Трансплантація кісткового мозку. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

## **ТЕМИ ЛЕКЦІЙ**

Змістового модуля 2: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів»

| №  | Тема                        |
|----|-----------------------------|
| 6. | Анемії                      |
| 7. | Гострі та хронічні лейкемії |

## **ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

Змістового модуля 2: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів»

| № з/п | Тема                                   |
|-------|--|
| 8.    | Гемофілії та тромбоцитопенічна пурпура |
| 9.    | Анемії                                 |

|     |                   |
|-----|-------------------|
| 10. | Гострі лейкемії   |
| 11. | Хронічні лейкемії |

### САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ

Змістового модуля 2: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів»

| № з/п | Тема  |
|-------|---|
| 8.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Гемофілії та тромбоцитопенічна пурпура».<br>Опанування навичками інтерпретації загального аналізу крові.<br>Опанування методики визначення групи крові.<br>Опанування навичками інтерпретації коагулограми при гемофілії.   |
| 9.    | Підготовка до практичного заняття за темою «Анемії».<br>Опанування навичками інтерпретації загального аналізу крові.<br>Опанування навичками трактування результатів дослідження обміну заліза (залізо сироватки, загальна залізо зв'язуюча здатність сироватки, насичення трансферину залізом, рівень феритину).<br>Опанування навичками оцінки даних пунктату кісткового мозку. |
| 10.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Гострі лейкемії».<br>Опанування навичками інтерпретації загального аналізу крові та мієлограми.<br>Опанування методикою переливання компонентів крові та кровозамінників.<br>Оцінка даних цитохімічних досліджень.  |
| 11.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Хронічні лейкемії».<br>Опанування навичками інтерпретації загального аналізу крові та мієлограми.<br>Опанування навичками інтерпретації даних рентгенологічного дослідження кісток за темою.  |

### Види індивідуальної роботи студентів

Змістового модуля 2. «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб крові та кровотворних органів»

| Тема  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доповідь реферату на практичному занятті</li> <li>• Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр</li> <li>• Доповідь історії хвороби на практичному занятті</li> <li>• Написання тез, статей</li> </ul> |

## **ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 3**

### **ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ ХВОРОБ ОРГАНІВ ДИХАННЯ**

#### **Конкретні цілі**

##### **Студенти повинні вміти:**

- Проводити опитування та фізикальне обстеження хворих із захворюваннями органів дихання.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів дихання.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів дихання.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів дихання.
- Формулювати попередній діагноз основних захворюваннях органів дихання.
- Складати план обстеження хворих з захворюваннями органів дихання, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів і визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
  - На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз основних захворюваннях органів дихання.
  - Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів дихання.
  - Оцінювати прогноз та працездатність при основних захворюваннях органів дихання.
- Діагностувати та надавати допомогу при гострій дихальній недостатності, тяжкому загостренні бронхіальної астми.
  - Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

#### **Тема 12. Хронічне обструктивне захворювання легень**

Визначення. Значення паління, екологічних, професійних факторів та інфекції у розвитку хронічного обструктивного захворювання легень. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження залежно від стадії (ступеня тяжкості). Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Імунопрофілактика. Прогноз та працездатність.

#### **Тема 13. Бронхіальна астма**

Визначення. Етіологія, особливості патогенезу. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Невідкладна допомога при нападі бронхіальної астми. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

#### **Тема 14. Пневмонії**

Визначення. Етіологія. Класифікація. Клінічні прояви і особливості перебігу в залежності від збудника. Дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення (гострий



респіраторний дистрес-синдром, деструкція легеневої тканини, гостра дихальна недостатність та інші). Диференційоване лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

#### **Тема 15. Плеврити**

Визначення. Етіологічні фактори. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Показання до плевральної пункції та дренивання плевральної порожнини. Лікування. Первинна і вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

#### **Тема 16. Інфекційно-деструктивні захворювання легень**

Визначення. Фактори, які сприяють розвитку бронхоектатичної хвороби, абсцесу та гангрен легень. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

#### **Тема 17. Дихальна недостатність**

Визначення. Класифікація. Причини виникнення. Особливості клінічного перебігу різних форм. Діагностика, дослідження функції зовнішнього дихання, газів артеріальної та венозної крові, показників кислотно-основного стану крові. Диференційний діагноз. Лікувальна тактика. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **ТЕМИ ЛЕКЦІЙ**

Змістового модуля 3: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання»

| № з/п | Тема                                      |
|-------|---|
| 8.    | Хронічне обструктивне захворювання легень |
| 9.    | Бронхіальна астма                         |
| 10.   | Пневмонії                                 |

### **ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

Змістового модуля 3: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання»

| № з/п | Тема  |
|-------|---|
| 12.   | Хронічне обструктивне захворювання легень   |
| 13.   | Бронхіальна астма                           |
| 14.   | Пневмонії                                   |
| 15.   | Плеврити                                    |
| 16.   | Інфекційно-деструктивні захворювання легень |
| 17.   | Дихальна недостатність                      |

## САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

### Змістового модуля 3: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання»

| № з/п | Тема   |
|-------|--|
| 12.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Хронічне обструктивне захворювання легень».<br>Опанування навичками інтерпретації аналізу мокротиння (мікроскопічне, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження), визначення чутливості до антибіотиків.<br>Опанування навичками інтерпретації показників функції зовнішнього дихання за темою.       |
| 13.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Бронхіальна астма».<br>Опанування навичками інтерпретації аналізу мокротиння (мікроскопічне, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження).<br>Опанування навичками інтерпретації даних функції зовнішнього дихання за темою.   |
| 14.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Пневмонії».<br>Опанування навичками інтерпретації аналізу мокротиння (мікроскопічне, бактеріологічне, бактеріоскопічне дослідження), визначення чутливості до антибіотиків.<br>Опанування навичками інтерпретації рентгенографії органів грудної порожнини у двох проекціях за темою.                    |
| 15.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Плеврити».<br>Опанування навичками інтерпретації даних рентгенографії органів грудної порожнини за темою.<br>Опанування навичками інтерпретації аналізу плевральної рідини (мікроскопічне, бактеріологічне і бактеріоскопічне дослідження).  |
| 16.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Інфекційно-деструктивні захворювання легень».<br>Опанування навичками інтерпретації даних рентгенографії органів грудної порожнини за темою.<br>Опанування навичками інтерпретації загального аналізу крові, аналізу мокротиння (бактеріологічне, мікроскопічне, визначення чутливості до антибіотиків). |
| 17.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Дихальна недостатність».<br>Опанування навичками трактування складу газів артеріальної та венозної крові.  |
|       | Підготовка і написання історії хвороби.  |

## Види індивідуальної роботи студентів

Змістового модуля 3: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання»

| Тема   |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Доповідь реферату на практичному занятті</li><li>• Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр</li><li>• Доповідь історії хвороби на практичному занятті</li><li>• Написання тез, статей</li></ul> |

## ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 4 ОСНОВИ ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ОСНОВНИХ ХВОРОБ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

### Конкретні цілі

#### Студенти повинні вміти:

- Проводити опитування та фізикальне обстеження пацієнтів із захворюваннями органів травлення.
- Визначати етіологічні та патогенетичні фактори основних захворювань органів травлення.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань органів травлення.
- Виявляти основні варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань органів травлення.
- Формулювати попередній діагноз основних захворювань органів травлення.
- Складати план обстеження хворих із основними захворюваннями органів травлення, обґрунтовувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів і визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
- На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційний діагноз, обґрунтовувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях органів травлення.
- Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях органів травлення.
- Визначати прогноз та працездатність при основних захворюваннях органів травлення.
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах (стравохідна та шлунково-кишкова кровотеча, гостра печінкова недостатність, жовчна колька).
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

#### **Тема 18. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба**

Визначення. Етіологія, патогенез. Класифікація. Ерозивна та неерозивна ГЕРХ. Клінічні прояви залежно від варіанту та стадії. Дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Критерії діагнозу, диференціальна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика.

#### **Тема 19. Диспепсія. Хронічні гастрити**

Визначення диспепсії. Етіологія та патогенез. Роль *H. pylori* у виникненні гастродуоденальної патології. Класифікація. Недосліджена та функціональна диспепсія. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Сучасні підходи до лікування функціональної диспепсії. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Визначення, етіологія та патогенез хронічних гастритів. Роль *H. pylori* у виникненні хронічних гастритів. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Значення ендоскопічного (з морфологією) дослідження. Сучасні підходи до лікування різних типів хронічного гастриту. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 20. Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки**

Визначення. Основні причини пептичних виразок (*H. pylori*, медикаменти та ін.). Класифікація. Клінічні прояви. Ускладнення (перфорація, пенетрація, кровотеча, стеноз, малігнізація). Значення інструментальних та лабораторних методів діагностики. Методи діагностики *Hp*-інфекції. Тактика ведення хворого. Ерадикаційна терапія, контроль ефективності ерадикації. Медикаментозна терапія *Hp*-негативних виразок. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 21. Целиакія та інші ентеропатії**

Визначення. Етіологія, патогенез. Роль непереносимості компонентів їжі, імунних факторів і ензимопатій (несприйняття лактози, фруктози, галактози та ін.). Синдроми мальабсорбції та мальдигестії. Критерії діагнозу, диференціальна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 22. Запальні захворювання кишечника. Синдром подразненої кишки**

Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона: визначення, етіологія та патогенез. Класифікація. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу. Лабораторна та інструментальна діагностика. Критерії діагнозу, диференціальна діагностика. Кишкові та позакишкові ускладнення та захворювання, асоційовані з запальними захворюваннями кишки (токсична дилатація, перфорація, склерозуючий холангіт, спондиліт, артрити, дерматози, увеїти та ін.). Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

Синдром подразненої кишки, визначення. Етіологія та патогенез. Класифікація. Клінічні прояви різних варіантів. Римські діагностичні критерії. Диференціальна діагностика. Лікування різних форм. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 23. Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення**

Визначення. Етіологія, патогенез. Значення інфекції, порушень моторики та дисхолії у розвитку хронічного холециститу, холангіту та жовчнокам'яної хвороби. Класифікація. Особливості клінічного перебігу. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Ускладнення жовчнокам'яної хвороби. Лікування. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 24. Хронічні гепатити**

Визначення. Класифікація. Роль персистенції вірусу, токсичних та медикаментозних агентів, імунних порушень та алкоголю. Методи діагностики вірусної інфекції. Аутоімунний гепатит, хронічні вірусні, токсичний (медикаментозний) гепатити. Алкогольна хвороба печінки. Основні клініко-біохімічні синдроми. Особливості клінічного перебігу та діагностики окремих форм. Диференційний діагноз. Ускладнення. Особливості лікування різних форм. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 25. Цирози печінки**

Визначення. Значення вірусної інфекції, нутритивних факторів, алкоголю, токсичних речовин та імунних порушень. Класифікація. Особливості клінічних проявів та діагностики різних варіантів. Диференційний діагноз. Печінкова недостатність та інші ускладнення. Диференційована терапія. Невідкладна терапія при ускладненнях. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

### **Тема 26. Хронічні панкреатити**

Визначення. Значення різних етіологічних факторів. Класифікація. Особливості клінічного перебігу, діагностики та диференціальної діагностики залежно від форми та локалізації патологічного процесу. Ускладнення. Методи дослідження при діагностиці панкреатиту. Диференційоване лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

## **ТЕМИ ЛЕКЦІЙ**

Змістового модуля 4: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

| №   | Тема  |
|-----|---|
| 11. | Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба  |
| 12. | Диспепсія та хронічні гастрити  |
| 13. | Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки                                |
| 14. | Запальні захворювання кишечника. Синдром подразненої кишки                      |
| 15. | Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення |
| 16. | Хронічні гепатити   |
| 17. | Цирози печінки  |
| 18. | Хронічні панкреатити  |

## **ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ**

Змістового модуля 4: «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

| № з/п | Тема   |
|-------|--|
| 18.   | Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба             |
| 19.   | Диспепсія. Хронічні гастрити                     |
| 20.   | Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки |
| 21.   | Целиакія та інші ентеропатії                     |

|     |   |
|-----|---|
| 22. | Запальні захворювання кишечника. Синдром подразненої кишки.                     |
| 23. | Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення |
| 24. | Хронічні гепатити   |
| 25. | Цирози печінки  |
| 26. | Хронічні панкреатити  |

### САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ

Змістового модуля 4. «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

| № з/п | Тема  |
|-------|---|
| 18.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Гастроезофагеальна рефлексна хвороба».<br>Опанування навичками трактування даних 24-годинного стравохідного рН-моніторингу за темою.<br>Опанування навичками трактування ендоскопічної картини стравоходу за темою.   |
| 19.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Диспепсія. Хронічні гастрити».<br>Опанування навичками трактування результатів дихальних тестів зі стабільним ізотопом ( <sup>13</sup> C-сечовиною).<br>Опанування навичками трактування дослідження кислотоутворення (внутрішньошлункова топографічна експрес рН-метрія, добове рН-моніторування).<br>Опанування навичками трактування результатів езофагогастроуденоскопії з біопсією за темою. |
| 20.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки».<br>Опанування навичками трактування ендоскопічної картини шлунка та дванадцятипалої кишки за темою.  |
| 21.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Целиакія та інші ентеропатії».<br>Опанування навичками трактування результатів копроцитограми.<br>Опанування навичками трактування результатів імуноферментного визначення антитіл до тканинної трансглютамінази та до пептидів гліадину при целиакії (метод ELISA), водневих тестів.   |
| 22.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Запальні захворювання кишечника. Синдром подразненої кишки».  |
| 23.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення».<br>Опанування навичками інтерпретації даних УЗД печінки, жовчних протоків та жовчного міхура за темою.<br>Опанування навичками трактування даних мікроскопічного та   |

|     |   |
|-----|---|
|     | біохімічного дослідження жовчі, отриманих за допомогою дуоденального зондування.  |
| 24. | Підготовка до практичного заняття за темою «Хронічні гепатити». Опанування навичками інтерпретації даних загального та біохімічного аналізу крові (загальний білок, білкові фракції, білірубін та його фракції, активність АЛТ, АСТ, лужної фосфатази). Опанування навичками оцінки результатів серологічного дослідження крові (сироваткові маркери вірусних гепатитів; полімеразна ланцюгова реакція, якісний і кількісний аналіз; генотипування вірусу). |
| 25. | Підготовка до практичного заняття за темою «Цирози печінки». Опанування навичками інтерпретації результатів біохімічного аналізу (АЛТ, АСТ, ГГТП, ЛФ, білірубін та його фракції, білки та білкові фракції, глюкоза, коагулограма). Опанування навичками трактування даних УЗД печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, селезінки та судин портальної системи (доплерографії) за темою.  |
| 26. | Підготовка до практичного заняття за темою «Хронічні панкреатити». Опанування навичками інтерпретації даних загального аналізу крові, сечі (а-амілаза), біохімічного аналізу крові (еластаза 1, а-амілаза), аналізу кала на фекальну еластазу 1. Опанування навичками оцінки результатів дослідження вуглеводного обміну (глюкоза, інсулін, С-пептид, панкреатичний поліпептид, глюкагон крові; проба із цукровим навантаженням, галактозою, Д-ксилозою).   |
|     | Підготовка і написання історії хвороби.   |

### Види індивідуальної роботи студентів

Змістового модуля 4 «Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів травлення»

| Тема  |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Доповідь реферату на практичному занятті</li> <li>• Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр</li> <li>• Доповідь історії хвороби на практичному занятті</li> <li>• Написання тез, статей</li> </ul> |

## ЗМІСТОВИЙ МОДУЛЬ 5 ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

### Конкретні цілі:

#### Студенти повинні вміти:

- Застосовувати принципи доказової медицини в клінічній практиці.
- Проводити опитування, фізикальне обстеження людей похилого віку та діагностувати основні захворювання внутрішніх органів.
- Виявляти типову клінічну картину основних захворювань внутрішніх органів у осіб похилого віку.
- Виявляти варіанти перебігу та ускладнення основних захворювань внутрішніх

- органів у осіб похилого віку.
- Формулювати попередній діагноз основних захворювань внутрішніх органів у осіб похилого віку.
  - Скласти план обстеження при основних захворюваннях внутрішніх органів у хворих похилого віку, обґрунтувати застосування основних інвазивних та неінвазивних діагностичних методів і визначати показання та протипоказання для їх проведення, можливі ускладнення.
  - На підставі аналізу даних лабораторного та інструментального обстеження проводити диференційний діагноз, обґрунтувати та формулювати діагноз при основних захворюваннях внутрішніх органів у осіб похилого віку.
  - Призначати лікування, проводити первинну та вторинну профілактику при основних захворюваннях внутрішніх органів у осіб похилого віку.
  - Оцінювати прогноз та працездатність при основних захворюваннях у хворих похилого віку.
  - Визначати надлишкову вагу та ступінь ожиріння за індексом маси тіла.
  - Проводити обстеження та діагностику захворювань внутрішніх органів у осіб з ожирінням.
  - Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

### **Тема 27. Принципи доказової медицини**

Визначення поняття. Роль доказової медицини у сучасній клінічній практиці. Складові доказової медицини. Основні поняття клінічних досліджень. Медичний та етичний аспекти доказової медицини.

### **Тема 28. Діагностика та лікування захворювань внутрішніх органів у людей похилого віку**

Особливості обміну речовин у похилому віку. Частота коморбідної патології у людей похилого віку. Особливості дії ліків на організм похилої людини. Особливості діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів у похилому віці.

### **Тема 29. Ожиріння та його наслідки**

Актуальність проблеми. Методи розрахунку надлишкової ваги (індексу маси тіла) та визначення ожиріння. Класифікація ожиріння. Основні медичні наслідки ожиріння – метаболічний синдром, цукровий діабет, серцево-судинні захворювання та захворювання шлунково-кишкового тракту. Сучасні підходи до медикаментозного та немедикаментозного лікування.

## **ТЕМИ ЛЕКЦІЙ**

### **Змістового модуля 5. «Загальні питання внутрішньої медицини»**

| № з/п | Тема  |
|-------|---|
| 19.   | Принципи доказової медицини   |
| 20.   | Діагностика та лікування захворювань внутрішніх органів у людей похилого віку |



### ТЕМИ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Змістового модуля 5 «Загальні питання внутрішньої медицини»

| № з/п | Тема                           |
|-------|--------------------------------|
| 27.   | Ожиріння та його наслідки      |
| 28.   | Підсумковий модульний контроль |

### САМОСТІЙНА РОБОТА СТУДЕНТІВ

Змістового модуля 5 «Загальні питання внутрішньої медицини»

| № з/п | Тема   |
|-------|--|
| 27.   | Підготовка до практичного заняття за темою «Ожиріння та його наслідки».<br>Опанування методикою розрахунку індексу маси тіла.<br>Підготовка до підсумкового модульного контролю. |

### Види індивідуальної роботи студентів

Змістового модуля 5 «Загальні питання внутрішньої медицини»

| № з/п | Тема   |
|-------|--|
|       | <ul style="list-style-type: none"><li>• Доповідь реферату на практичному занятті</li><li>• Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр</li><li>• Доповідь історії хвороби на практичному занятті</li><li>• Написання тез, статей</li></ul> |

**ПЛАН І ОРГАНІЗАЦІЙНА СТРУКТУРА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ  
НА КАФЕДРІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ 1 ЗДМУ**

| № з/п | Етапи заняття  | Розп оділ часу | Види контролю                                     | Засоби навчання (об'єкти які використовуються в навчальному процесі як носії інформації та інструменти діяльності викладача і студента)   |
|-------|--|----------------|---|---|
|       | 1  | 2              | 3   | 4   |
| 1.    | Підготовчий етап   | 15%            | Тестовий контроль (бланковий) -10 тестових питань | Навчально-методичні матеріали: (підручники, посібники, довідники, атласи, методичні рекомендації, карти орієнтовної основної дії (ООД), як інструкції в процесі засвоєння практичних навичок та формування вмінь, алгоритми (протоколи обстежень, постановки діагнозу, лікування, відповідно до стандартів доказової медицини), алгоритми набуття практичних навичок, тестові завдання, ситуаційні задачі, письмове опитування, історії хвороби, результати інструментальних та лабораторних досліджень, електронні довідники. Історії хвороби тематичних |
| 1.1   | Організація заняття<br><br>Визначення конкретної мети заняття і створення позитивної пізнавальної мотивації.                             |                |   |   |
| 1.2   | Відповіді на запитання студентів, які виникли під час СРС.   |                |   |   |
| 1.3   | Контроль початкового рівня підготовки (теоретичної та практичної за темою заняття, за результатами СРС, виставлення відповідної оцінки). |                |   |   |

|     |   |     |  |  |
|-----|---|-----|--|--|
| 2.  | Основний етап.  | 65% | Вирішення ситуаційних задач.<br>Практичний тренінг, контроль практичних навичок та професійних умінь в т.ч. оцінювання результатів лабораторних та інструментальних досліджень, проведення диференційної діагностики, встановлення попереднього діагнозу, призначення лікування та надання медичних рекомендацій хворому.<br>Контроль уміння виконувати медичні маніпуляції, оцінювати результати лабораторних та інструментальних досліджень<br>Оцінювання за кожне завдання:<br>«2», «3», «4», «5» | хворих та безпосередня робота з ними, результати лабораторних та інструментальних досліджень.<br>Обладнання, муляжі, комп'ютери з відповідним інформаційним забезпеченням, фантоми тощо) |
| 2.1 | Курація пацієнтів з заповненням протоколу обстеження хворого за темою заняття.                  |     |  |  |
| 2.2 | Захист протоколу обстеження хворого.  |     |  |  |
| 2.3 | Опанування професійних вмінь та навичок.  |     |  |  |
| 2.4 | Інтерпретація результатів лабораторних та інструментальних досліджень за темою заняття.         |     |  |  |
| 3.  | Заключний етап.   | 20% | Вирішення тестових завдань формату А4 (20 ТЗ).   |  |
| 3.1 | Контроль кінцевого рівня підготовки.  |     |  |  |
| 3.2 | Загальна оцінка навчальної діяльності студентів за результатами їх роботи протягом трьох етапів |     | Виставляється як середнє арифметичне всіх етапів заняття.<br>Оцінка конвертується в бали.  |  |
|     | Інформування  |     |  |  |

|  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
|  | студентів про тему наступного заняття, конкретні завдання для самостійної поза аудиторної роботи, в т.ч. творчі та індивідуальні. |  |  |  |
|--|---|--|--|--|

## ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ Модуль 1 (4-й курс). «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА (В ТОМУ ЧИСЛІ ЕНДОКРИНОЛОГІЯ)»

- Цукровий діабет, класифікація, етіологія, патогенез, клініка, діагностика: алгоритми та протоколи діагностики.
- Цукровий діабет тип 1 та тип 2, сучасні методи терапії: алгоритми та протоколи лікування.
- Гострі та хронічні ускладнення цукрового діабету. Особливості перебігу та лікування цукрового діабету у хірургічних хворих, при вагітності: алгоритми та протоколи лікування гіпоглікемічної коми, діабетичної кетоацидотичної коми, діабетичної нейропатії, діабетичної нефропатії, ретинопатії, синдрому діабетичної стопи.
- Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози. Ознаки ендемічної місцевості за ВООЗ. Клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гіпотиреоз та тиреоїдити. Класифікація, діагностика, клініка, лікування: алгоритми діагностики та лікування йододефіцитних захворювань, гіпотиреозу, тиреоїдитів.
- Тиреотоксикоз. Клінічні форми. Діагностика, лікування. Рак щитоподібної залози. Класифікація, клініка, діагностика, лікування. Захворювання прищитоподібних залоз: алгоритми діагностики та лікування тиреотоксикозу, раку щитоподібної залози, гіперпаратиреозу та гіпопаратиреозу.
- Захворювання надниркових залоз. Хронічна недостатність кори надниркових залоз. Етіологія, патогенез, клініка, діагностика, профілактика та лікування. Гормонально-активні пухлини надниркових залоз: алгоритми діагностики та лікування хронічної надниркової недостатності, синдрому Іценко-Кушінга, феохромоцитоми.
- Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи. Ожиріння. Захворювання статевих залоз: алгоритми діагностики та лікування соматотропної недостатності, хвороби Іценко-Кушінга, акромегалії, гіперпролактинемії, нецукрового діабету, гіпопітуїтаризму, ожиріння, захворювання статевих залоз.
- Гемофілії та тромбоцитопенічна пурпура. Визначення. Етіологія та патогенез, основні клінічні синдроми. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Лікування. Профілактика кровотеч. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Анемії (постгеморагічна, залізодефіцитна, В<sub>12</sub>-дефіцитна, фолієводефіцитна, апластична, гемолітична).
- Визначення. Етіологічні фактори та патогенез. Механізми внутрішньосудинного та внутрішньоклітинного гемолізу. Особливості клініки та лабораторної діагностики різних форм. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування різних форм анемій. Переливання компонентів крові та кровозамінників. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

- Гострі лейкемії. Визначення. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікація. Основні клініко-гематологічні синдроми. Клінічні прояви. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Підтримуюча терапія. Трансплантація кісткового мозку. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Хронічні лейкемії. Визначення хронічної мієлоїдної лейкемії, хронічної лімфоїдної лейкемії, мієломної хвороби, справжньої поліцитемії. Сучасні погляди на етіологію та патогенез. Класифікація. Основні клінічні прояви та клініко-гематологічні синдроми. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Ускладнення. Принципи лікування. Трансплантація кісткового мозку. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Хронічне обструктивне захворювання легень. Визначення. Значення паління, екологічних, професійних факторів та інфекції у розвитку хронічного обструктивного захворювання легень. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження залежно від стадії (ступеня тяжкості). Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Імунопрофілактики. Прогноз та працездатність.
- Бронхіальна астма. Визначення. Етіологія, особливості патогенезу. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Невідкладна допомога при нападі бронхіальної астми. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Пневмонії. Визначення. Етіологія. Класифікація. Клінічні прояви і особливості перебігу в залежності від збудника. Дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення (гострий респіраторний дистрес-синдром, деструкція легеневої тканини, гостра дихальна недостатність та інші). Диференційоване лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Плеврити. Визначення. Етіологічні фактори. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Показання до плевральної пункції та дренивання плевральної порожнини. Лікування. Первинна і вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Інфекційно-деструктивні захворювання легень. Визначення. Фактори, які сприяють розвитку бронхоектатичної хвороби, абсцесу та гангрен легень. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Диференційний діагноз. Ускладнення. Лікування. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Дихальна недостатність. Визначення. Класифікація. Причини виникнення. Особливості клінічного перебігу різних форм. Діагностика, дослідження функції зовнішнього дихання, газів артеріальної та венозної крові, показників кислотно-основного стану крові. Диференційний діагноз. Лікувальна тактика. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

- Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Визначення. Етіологія, патогенез. Класифікація. Ерозивна та неерозивна ГЕРХ. Клінічні прояви залежно від варіанту та стадії. Дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Критерії діагнозу, диференціальна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика.
- Диспепсія. Визначення диспепсії. Етіологія та патогенез. Роль *H. pylori* у виникненні гастродуоденальної патології. Класифікація. Недосліджена та функціональна диспепсія. Критерії діагнозу. Диференційний діагноз. Сучасні підходи до лікування функціональної диспепсії. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Хронічні гастрити Визначення, етіологія та патогенез хронічних гастритів. Роль *H. pylori* у виникненні хронічних гастритів. Класифікація. Клінічні прояви, дані лабораторних та інструментальних методів дослідження. Значення ендоскопічного (з морфологією) дослідження. Сучасні підходи до лікування різних типів хронічного гастриту. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. Визначення. Основні причини пептичних виразок (*H. pylori*, медикаменти та ін.). Класифікація. Клінічні прояви. Ускладнення (перфорація, пенетрація, кровотеча, стеноз, малігнізація). Значення інструментальних та лабораторних методів діагностики. Методи діагностики *H. pylori*-інфекції. Тактика ведення хворого. Ерадикаційна терапія, контроль ефективності ерадикації. Медикаментозна терапія *H. pylori*-негативних виразок. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Целиакія та інші ентеропатії. Визначення. Етіологія, патогенез. Роль непереносимості компонентів їжі, імунних факторів і ензимопатій (несприйняття лактози, фруктози, галактози та ін.). Синдроми мальабсорбції та мальдигестії. Критерії діагнозу, диференціальна діагностика. Ускладнення. Диференційована терапія. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Запальні захворювання кишечника. Неспецифічний виразковий коліт та хвороба Крона: визначення, етіологія та патогенез. Класифікація. Особливості клінічного перебігу залежно від ступеня активності, тяжкості і фази перебігу. Лабораторна та інструментальна діагностика. Критерії діагнозу, диференціальна діагностика. Кишкові та позакишкові ускладнення та захворювання, асоційовані з запальними захворюваннями кишки (токсична дилатація, перфорація, склерозуючий холангіт, спондиліт, артрити, дерматози, увеїти та ін.). Лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Синдром подразненої кишки, визначення. Етіологія та патогенез. Класифікація. Клінічні прояви різних варіантів. Римські діагностичні критерії. Диференціальна діагностика. Лікування різних форм. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Жовчнокам'яна хвороба, хронічний холецистит та функціональні біліарні порушення. Визначення. Етіологія, патогенез. Значення інфекції, порушень моторики та дисхолії у розвитку хронічного холециститу, холангіту та

жовчнокам'яної хвороби. Класифікація. Особливості клінічного перебігу. Лабораторні та інструментальні методи діагностики. Диференційний діагноз. Ускладнення жовчнокам'яної хвороби. Лікування. Показання до хірургічного лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.

- Хронічні гепатити. Визначення. Класифікація. Роль персистенції вірусу, токсичних та медикаментозних агентів, імунних порушень та алкоголю. Методи діагностики вірусної інфекції. Аутоімунний гепатит, хронічні вірусні, токсичний (медикаментозний) гепатити. Алкогольна хвороба печінки. Основні клініко-біохімічні синдроми. Особливості клінічного перебігу та діагностики окремих форм. Диференційний діагноз. Ускладнення. Особливості лікування різних форм. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Цирози печінки. Визначення. Значення вірусної інфекції, нутритивних факторів, алкоголю, токсичних речовин та імунних порушень. Класифікація. Особливості клінічних проявів та діагностики різних варіантів. Диференційний діагноз. Печінкова недостатність та інші ускладнення. Диференційована терапія. Невідкладна терапія при ускладненнях. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.
- Хронічні панкреатити. Визначення. Значення різних етіологічних факторів. Класифікація. Особливості клінічного перебігу, діагностики та диференціальної діагностики залежно від форми та локалізації патологічного процесу. Ускладнення. Методи дослідження при діагностиці панкреатиту. Диференційоване лікування. Первинна та вторинна профілактика. Прогноз та працездатність.



**ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ РОБІТ ТА ЗАВДАНЬ ДО ПІДСУМКОВОГО  
МОДУЛЬНОГО КОНТРОЛЮ  
Модуль 1 (4-й курс). «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА  
(В ТОМУ ЧИСЛІ ЕНДОКРИНОЛОГІЯ)»**

Перелік типових задач діяльності та умінь, що перевіряються при проведенні підсумкового модульного контролю модуля 1:

- Робота з хворим:
  - Збирати скарги, анамнез хвороби, анамнез життя.
  - Збирати інформацію про загальний стан пацієнта (свідомість, конституція, вгодованість) та оцінювати зовнішній вигляд (огляд шкіри, підшкірного жирового шару, пальпація лімфатичних вузлів, щитоподібної та молочної залоз), обстежувати стан кістково-м'язової системи, суглобів.
  - Обстежувати стан органів дихання (огляд грудної клітки, пальпація грудної клітки, перкусія та аускультация легень).
  - Обстежувати стан системи органів кровообігу (огляд і пальпація ділянки серця та судин, перкусія меж серця і аускультация серця та судин).
  - Обстежувати стан органів травлення (огляд, перкусія, поверхнева і глибока пальпація).
  - Обстежувати стан сечовидільної системи (огляд поперекової ділянки, пальпація нирок).
- Поставити попередній діагноз захворювання (Список 1).
- Призначити та обґрунтувати лабораторне та/або інструментальне обстеження хворого із захворюваннями (Список 1).
- Інтерпретувати результати лабораторних та інструментальних досліджень (Список 2)
- Здійснювати диференціальну діагностику при захворюваннях (Список 1).
- Поставити клінічний діагноз захворювань (Список 1).
- Визначати необхідний режим та дієту хворого із захворюваннями (Список 1).
- Визначати принципи та характер лікування (консервативне, оперативне) захворювань (Список1).
- Діагностувати та надавати допомогу при невідкладних станах (Список 3)
- Виконувати медичні маніпуляції (Список 4).
- Визначати тактику вторинної профілактики хворих, які підлягають диспансерному нагляду.
- Вести медичну документацію.

**Список 1 (захворювання)**

**Хвороби органів крові та кровотворення**

1. Анемії
2. Гострі та хронічні лейкомії
3. Мієломна хвороба
5. Гемофілії
6. Тромбоцитопенічна пурпура

### **Хвороби органів дихання**

1. Хронічне обструктивне захворювання легень
2. Бронхіальна астма
3. Пневмонії
4. Плеврити
5. Інфекційно-деструктивні захворювання легень
6. Дихальна недостатність

### **Хвороби органів травлення**

1. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба
2. Функціональні порушення шлунку, жовчного міхура, жовчовивідних шляхів і кишечника
3. Хронічні гастрити та дуоденіти
4. Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки
5. Целиакія та інші ентеропатії
6. Неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона
7. Жовчнокам'яна хвороба; хронічний холецистит
8. Хронічні гепатити
9. Цирози печінки
10. Хронічні панкреатити

### **Хвороби ендокринної системи**

1. Цукровий діабет, тип 1
2. Цукровий діабет, тип 2
3. Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози
4. Гіпотиреоз
5. Тиреоїдити
6. Тиреотоксикоз
7. Рак щитоподібної залози
8. Синдром та хвороба Іценка-Кушінга
9. Феохромоцитома
10. Альдостерома
11. Метаболічний синдром
12. Соматотропна недостатність
13. Акромегалія
14. Гіперпролактинемія
15. Нецукровий діабет
16. Гіпопітуїтаризм
17. Ожиріння
18. Захворювання статевих залоз

### **Список 2 (Лабораторні та інструментальні методи дослідження)**

1. Аналіз плевральної рідини
2. Аналіз асцитичної рідини
3. Аналіз сечі на діастазу
4. Біохімічні показники обміну заліза сироватки крові
5. Гострофазові показники крові, загальний білок крові та його фракції
6. Дослідження жовчі
7. рН-метрія шлунка та стравоходу

8. Дихальні тести з 13С-сечовиною, 13С-тригліцеридами, 13С-крохмалем, 13С-лактозою та дихальні водневі тести з глюкозою і лактулозою
9. Загальний аналіз крові
10. Загальний аналіз сечі
11. Загальний аналіз стернального пунктату
12. Загальний аналіз мокротиння
13. Електроліти крові
14. Кетонові тіла крові та сечі, йодурія
15. Коагулограма
16. Копроцитограма
17. Маркери вірусних гепатитів
18. Мікробіологічне дослідження біологічних рідин та виділень
19. Метанефрини у сечі
20. Показники кислотно-основного стану крові
21. Рівень ТТГ, Т4, Т3, антитіла до тиреопероксидази (АТПО), антитіла до рецепторів ТТГ, антитіла до тиреоглобуліну
22. Рівень АКТГ, кортизолу, альдостерону та реніну
23. Тест толерантності до глюкози, глікемічний профіль, С-пептид, глікований гемоглобін, фруктозамін
24. Трансамінази крові, загальний білірубін та його фракції, лужна фосфатаза
25. Альфа-амілаза крові
26. Фекальна еластаза-1
27. Дослідження функції зовнішнього дихання
28. Сонографія, сканування, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія щитовидної залози та наднирників
29. Промєневе дослідження органів черевної порожнини
30. Промєневе дослідження органів грудної порожнини
31. Промєневе дослідження черепа та кісток
32. Ендоскопічне дослідження бронхів
33. Ендоскопічне дослідження травного тракту
34. Цитологічне дослідження біоптату лімфатичного вузла

**Вміти інтерпретувати дані лабораторних і інструментальних методів дослідження:**

1. Загальний аналіз крові при:
  - анеміях /гострій постгеморагічній, залізодефіцитній, В-12-фолієво-дефіцитній, апластичній, гемолітичній/
  - гострій лейкемії
  - хронічній лімфоїдній лейкемії
  - хронічній мієлоїдній лейкемії
  - мієломній хворобі
  - тромбоцитопенічній пурпурі
  - пневмоніях
  - плевритах
  - інфекційно-деструктивних захворюваннях легень
2. Біохімічні показники в сироватці крові:
  - білок крові та його фракції

- загальний білірубін та його фракції
  - аланінамінотрансфераза (АЛТ)
  - аспартатамінотрансфераза (АСТ)
  - гамаглутамілтранспептидаза (ГГТП)
  - тимолова проба
  - лужна фосфатаза
  - альфа-амілаза ( $\alpha$ -амілаза)
  - вміст заліза ( $Fe^{++}$ )
  - вміст трансферину
  - загальна залізовв'язуюча здатність сироватки крові (ЗЗЗС)
  - насичення трансферину залізом
  - вміст феритину
3. Коагулограма при гемофіліях
4. Мієлограма при:
- гострій лейкемії
  - хронічній лімфоїдній лейкемії
  - хронічній мієлоїдній лейкемії
  - мієломній хворобі
5. Загальний аналіз харкотиння при:
- хронічному обструктивному захворюванні легень
  - бронхіальній астмі
  - пневмоніях
  - інфекційно-деструктивних захворюваннях легень
6. Мікробіологічне дослідження харкотиння при:
- пневмоніях
  - інфекційно-деструктивних захворюваннях легень
7. Аналіз плевральної рідини (загальний та мікробіологічний) при плевритах та плевральному випоті
8. Аналіз сечі на жовчні пігменти при:
- жовчнокам'яній хворобі
  - хронічному холециститі
  - функціональних біліарних порушеннях
  - хронічних гепатитах
9. Дослідження жовчі (біохімічне та мікробіологічне) при:
- жовчнокам'яній хворобі
  - хронічному холециститі
  - функціональних біліарних порушеннях
10. Кoproграма при:
- хронічних захворюваннях тонкої кишки
  - хронічних захворюваннях товстої кишки
  - хронічних панкреатитах
11. Визначення *Helicobacter pylori* (дихальний тест з сечовиною, фекальний антиген)
12. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки при:
- пневмоніях
  - плевритах та плевральному випоті
  - інфекційно-деструктивних захворюваннях легень

13. Рентгенологічне дослідження органів черевної порожнини
14. Рентгенологічне дослідження шлунку при виразковій хворобі та інших виразках шлунку та 12-палої кишки.
15. Рентгенологічне дослідження кісток при мієломній хворобі
16. Іригоскопія при:
  - хронічних захворюваннях тонкої кишки
  - хронічних захворюваннях товстої кишки
17. Бронхоскопія при хронічних обструктивних захворюваннях легень
18. Сцинтиграфія печінки при хронічних гепатитах
19. Фіброгастродуоденоскопія з біопсією при:
  - гастроєзофагальній рефлюксній хворобі
  - шлунковій диспепсії
  - хронічних гастритах
  - виразковій хворобі та інші виразках шлунку та 12-палої кишки
20. Функція зовнішнього дихання при:
  - хронічному обструктивному захворюванні легень
  - бронхіальній астмі
21. рН-метрія при:
  - шлунковій диспепсії
  - хронічних гастритах
  - виразковій хворобі та інші виразках шлунку та 12-палої кишки
22. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини (УЗД ОЧП) при:
  - жовчнокам'яній хворобі
  - хронічному холециститі
  - функціональних біліарних порушеннях
  - хронічних гепатитах
  - цирозах печінки
  - хронічних панкреатитах
  - хронічній лімфоїдній лейкемії
  - хронічній мієлоїдній лейкемії
23. Біопсія лімфатичного вузла при лімфогранулематозі
24. Гормональне обстеження наднирникових залоз, гіпофізу, щитоподібної залози
25. Тест толерантності до глюкози, глікемічний та глюкозурічний профіль, С-пептид, HbA1c
26. Сонографія, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія щитовидної залози, наднирників

### **Список 3 ( НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ)**

1. Аддісонічний криз
2. Гіпоглікемічна кома
3. Гостра дихальна недостатність
4. Гостра печінкова енцефалопатія
5. Діабетична кетоацидотична кома
6. Жовчна колька
7. Тяжке загострення бронхіальної астми
8. Тиреотоксичний криз
9. Стравохідна та шлунково-кишкова кровотеча

#### **Список 4 ( МЕДИЧНІ МАНІПУЛЯЦІЇ)**

- 1) Проводити ін'єкції лікарських речовин (підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні струменеві та крапельні)
- 2) Визначати групу крові

#### **Знати клінічну фармакологію основних груп медикаментозних препаратів:**

1. Антибактеріальних
2.  $\alpha$  і  $\beta$ - адреностимуляторів
3. Відхаркувальних
4. Гемостатиків
5. Інгібіторів протонної помпи
6.  $H_2$ -гістаміноблокаторів
7. Пероральних цукрознижувальних засобів та препаратів інсуліну, тироксину, похідних імідазолу
8. Препаратів заліза
9. Холінолітиків

#### **Перелік препаратів, які необхідно знати студенту**

1. Авелокс, таблетки, флакони
2. Адреналіну гідрохлорид, ампули
3. Азитроміцин, таблетки, флакони
4. Альмагель, суспензія
5. Амброксол, таблетки
6. Амоксицилін, таблетки, флакони
7. Атропіну сульфат, ампули
8. Баралгін, таблетки, ампули
9. Беклометазон, інгалятор
10. Бензатин бензилпеніцилін, флакон
11. Бензилпеніциліну натрієва/калієва солі, флакони
12. Гентаміцину сульфат, ампули
13. Дексаметазон, ампули, таблетки
14. Діцинон, таблетки, ампули
15. Домперидон, таблетки
16. Дротаверин, таблетки
17. Есенціале, капсули, ампули
18. Іміпенем, таблетки, ампули
19. Іпратропіуму бромід, інгалятор
20. Калія хлорід, розчин
21. Кларитроміцин, таблетки
22. Креон, таблетки
23. Лактулоза, сироп
24. Левофлоксацин, таблетки, флакони
25. Лоперамід, таблетки
26. Мебеверин, капсули
27. Месалазін, таблетки
28. Морфіну гідрохлорид, ампули
29. Натрія бікарбонат, розчин
30. Омепразол, капсули
31. Пантапразол, таблетки

32. Парацетамол, таблетки
33. Преднізолон, таблетки, ампули
34. Реосорбілакт, флакони
35. Рибавірин, капсули
36. Сальбутамол, інгалятор
37. Серетид, інгалятор
38. Тардиферон, таблетки
39. Урсодезоксіхіолева кислота, капсули
40. Фенспірид, таблетки
41. Фолієва кислота, таблетки
42. Цефтріаксон, флакони
43. Ціанкобаламін, ампули
44. Ципрофлоксацин, таблетки
45. L-тироксин
46. Мерказоліл
47. Фармасулін Н
48. Фармасулін ННР
49. Глібенкламід
50. Метформін
51. Гліклазид
52. Глімепірид

#### **Вміння оформляти медичну документацію**

1. Медичну карту стаціонарного хворого
2. Виписку із медичної карти стаціонарного хворого
3. Процедурний листок (форма У №28)
4. Направлення на МСЕК
5. Лікарське свідоцтво про смерть
6. Листок непрацездатності
7. Санаторно-курортну карту
8. Рецепти за всіма розділами дисципліни

# ВИТЯГ ІЗ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ОЦІНЮВАННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ ПРИ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНІЙ СИСТЕМІ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

## КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ УСПІШНОСТІ СТУДЕНТІВ 4 –го КУРСУ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ ЗДМУ

Оцінювання успішності студентів в умовах КМСОНП проводиться за методикою, яку розглянуто і затверджено на спільному засіданні Вчених Рад медичних та міжнародних факультетів ЗДМУ 28.04.2012 р. протокол № 8)

Оцінка за модуль визначається як сума оцінок поточної навчальної діяльності (у балах) та оцінки підсумкового модульного контролю (у балах), яка виставляється при оцінюванні теоретичних знань та практичних навичок відповідно до переліків, визначених програмою дисципліни.

Максимальна кількість балів, яку студент може набрати при вивченні кожного модуля, становить 200, в тому числі за поточну навчальну діяльність - 120 балів.

Поточну навчальну діяльність студентів контролюють на практичних заняттях відповідно до конкретних цілей. Рекомендовані до застосування такі засоби діагностики рівня підготовки студентів: тестовий контроль (машинний та без машинний), розв'язування ситуаційних задач, контроль практичних навичок, зокрема - уміння правильно проводити курацію хворого, призначати та трактувати результати лабораторного та інструментального обстеження, обґрунтовувати діагноз на підставі аналізу клінічних та допоміжних методів обстеження.

### Критерії оцінки поточної успішності:

#### Оцінка «5»

- знання і розуміння всього програмного матеріалу в повному обсязі;
- послідовне, логічне, обґрунтоване, безпомилкове викладання матеріалу;
- вміле та вірне формулювання висновків та узагальнень;
- самостійне, впевнене і правильне застосування знань при вирішенні практичної частини

#### Оцінка «4»

- знання та розуміння всього програмного матеріалу в цілому;
- послідовне, логічне, обґрунтоване викладення матеріалу;
- допущення окремих несуттєвих помилок під час відповіді;
- правильне і без особливих труднощів застосування знань при вирішенні практичних завдань.

#### Оцінка «3»

- знання та розуміння тільки основного програмного матеріалу в обсязі, який дозволяє застосувати наступний програмний матеріал;
- спрощення викладення матеріалу;
- допущення окремих суттєвих помилок під час відповіді;
- нечітке та непослідовне застосування окремих знань під час вирішення практичних завдань та відсутність ґрунтовних навичок тлумачення правових норм

#### Оцінка «2»



- поверхове знання і розуміння основного програмного матеріалу в обсязі, який дозволяє застосувати наступний програмний матеріал;
- непослідовне викладення матеріалу з допущенням багатьох істотних помилок;
- невміння робити висновки та узагальнення;
- невміння застосувати знання під час вирішення практичних завдань та відсутність навичок тлумачення правових норм.

Для визначення кількості балів поточної навчальної діяльності встановлюється єдина шкала, яка визначає фіксовані значення для **максимально можливої та мінімально необхідної кількості балів (110 балів, якщо поточні оцінки -«відмінно» та 60 балів, якщо поточні оцінки - «задовільно»**. До 110 максимальних балів можуть додаватись бали за індивідуальну роботу - не більше 10).

Бали за поточну успішність нараховуються відповідно до середньої арифметичної оцінки за традиційною п'ятибальною системою в залежності від кількості занять в модулі. **Мінімальна кількість балів за поточну успішність, яка необхідна для допуску до підсумкового контролю, складає 60 балів.**

Остаточна конвертація середньої арифметичної в кількість балів за КМСОНП проводиться перед підсумковим модульним контролем відповідно наступної таблиці:

| Середня арифметична оцінка за п'ятибальною шкалою | Бали ECTS | Середня арифметична оцінка за п'ятибальною шкалою | Бали ECTS |
|---|-----------|---|-----------|
| 4,97-5  | 110       | 3,97-4,0  | 85        |
| 4,93-4,96   | 109       | 3,93-3,96   | 84        |
| 4,89-4,92   | 108       | 3,89-3,92   | 83        |
| 4,85-4,88   | 107       | 3,85-3,88   | 82        |
| 4,81-4,84   | 106       | 3,81-3,84   | 81        |
| 4,77-4,8  | 105       | 3,77-3,80   | 80        |
| 4,73-4,76   | 104       | 3,73-3,76   | 79        |
| 4,69-4,72   | 103       | 3,69-3,72   | 78        |
| 4,65-4,68   | 102       | 3,65-3,68   | 77        |
| 4,61-4,64   | 101       | 3,61-3,64   | 76        |
| 4,57-4,6  | 100       | 3,57-3,60   | 75        |
| 4,53-4,56   | 99        | 3,53-3,56   | 74        |
| 4,49-4,52   | 98        | 3,49-3,52   | 73        |
| 4,45-4,48   | 97        | 3,45-3,48   | 72        |
| 4,41-4,44   | 96        | 3,41-3,44   | 71        |
| 4,37-4,4  | 95        | 3,37-3,40   | 70        |
| 4,33-4,36   | 94        | 3,33-3,36   | 69        |
| 4,29-4,32   | 93        | 3,29-3,32   | 68        |
| 4,25-4,28   | 92        | 3,25-3,28   | 67        |

|           |    |           |    |
|-----------|----|-----------|----|
| 4,21-4,24 | 91 | 3,21-3,24 | 66 |
| 4,17-4,20 | 90 | 3,17-3,20 | 65 |
| 4,13-4,16 | 89 | 3,13-3,16 | 64 |
| 4,09-4,12 | 88 | 3,09-3,12 | 63 |
| 4,05-4,08 | 87 | 3,05-3,08 | 62 |
| 4,01-4,04 | 86 | 3,01-3,04 | 61 |
|           |    | 3,0       | 60 |

**Індивідуальна робота студентів оцінюється за кожен вид роботи з урахуванням якості її виконання.** Максимальна кількість балів, яка може добавлятися до кількості балів поточної успішності **не може перевищувати 10 балів.** Конкретна кількість балів за індивідуальну роботу визначена терапевтичною методичною комісією (протокол № 7 від 19.04.2012р.) з урахуванням рівня, на якому вона виконана (кафедральний, університетський, міжуніверситетський або республіканський, тощо) і має такий зміст:

Оцінювання індивідуальної роботи на кафедрах терапевтичних дисциплін

| Види робіт \ Рівень                            | кафедральний | університет | державний |
|--|--------------|-------------|-----------|
| Підготовка та доповідь реферату                | 1            | -           | -         |
| Друк - тез                                     | -            | -           | 2         |
| - статей                                       | -            | -           | 3         |
| в т.ч. у фаховому журналі                      | -            | -           | 5         |
| Участь у роботі СНТ                            | 2            | -           | -         |
| Доповідь на студентських наукових конференціях | -            | 3           | 5         |
| Участь у олімпіадах                            | 2            | 3           | 5         |
| - призове місце                                | -            | -           | 10        |

**Підсумковий модульний контроль** здійснюється по завершенню вивчення всіх тем модуля на останньому контрольному занятті з модуля. Форми проведення підсумкового контролю стандартизовані і включають контроль теоретичної та практичної підготовки (захист історії хвороби). **Захист історії хвороби: оцінка «5» - 10 балів, «4» - 8 балів, «3» - 6 балів «2» - 0 балів.** Оцінювання історії хвороби відбувається згідно вимог щодо захисту історії хвороби.

**Максимальна кількість балів, яку може набрати студент при складанні підсумкового модульного контролю, становить 80 (складається з захисту історії хвороби (10 балів максимально) та підсумкового тестового контролю).** Підсумковий модульний контроль вважається зарахованим, якщо студент набрав не менше 50 балів.

## КОНВЕРТАЦІЯ БАЛІВ В ОЦІНКУ З ДИСЦИПЛІНИ

Оцінка з дисципліни виставляється лише студентам, яким зараховані усі модулі з дисципліни. Кількість балів, яку студент набрав з дисципліни, складається з середньої арифметичної кількості балів з усіх модулів дисципліни (сума балів за усі модулі ділиться на кількість модулів дисципліни).

### Шкала оцінювання: національна та ECTS

| Сума балів за всі види навчальної діяльності | Оцінка ECTS | Оцінка за національною шкалою                              |   |
|--|-------------|--|---|
|  |             | для екзамену, курсового проекту (роботи), практики         | для заліку  |
| 170-200                                      | <b>A</b>    | відмінно   | зараховано  |
| 160-169                                      | <b>B</b>    | добре  |   |
| 140-159                                      | <b>C</b>    |  |   |
| 120-139                                      | <b>D</b>    | задовільно   |   |
| 110-119                                      | <b>E</b>    |  |   |
| <110   | <b>FX</b>   | незадовільно з можливістю повторного складання             | не зараховано з можливістю повторного складання             |
|  | <b>F</b>    | незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни | не зараховано з обов'язковим повторним вивченням дисципліни |

### КОНВЕРТАЦІЯ КІЛЬКОСТІ БАЛІВ З ДИСЦИПЛІНИ В ТРАДИЦІЙНІ ОЦІНКИ

Від 170 до 200 балів – «**5**»  
 Від 169 до 140 балів – «**4**»  
 Від 139 до 110 балів – «**3**»  
 Нижче 110 балів – «**2**»

## МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ВИМОГИ ДО НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В ТЕРАПЕВТИЧНІЙ КЛІНІЦІ

Методичні рекомендації розроблено у відповідності до програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації. У методичних рекомендаціях надані необхідні методичні вказівки та вимоги щодо написання академічної історії хвороби з внутрішньої медицини та належного засвоєння практичних навичок під час курації хворого. Запропоновані алгоритми диференційної діагностики, складові клінічного діагнозу та приклади його формулювання дозволять студентам не тільки засвоїти предмет «внутрішня медицина», але й розвинути клінічне мислення майбутнього лікаря. Наведений у виданні матеріал сприятиме оптимізації практичної підготовки студентів з методики курації хворого та сприяти засвоєнню навичок клінічного мислення, як основи лікувально-діагностичного процесу.

Історія хвороби – основний документ, в якому лікар відображає і аналізує всі події, пов'язані зі здоров'ям пацієнта, виробляє концепцію діагностичного уявлення і лікування. Це документ, в якому ви повинні самостійно обґрунтувати діагноз, керуючись всіма отриманими знаннями і інформацією про хворого (опит, супровідний лист лікаря швидкої допомоги, амбулаторна карта, бесіда з родичами або свідками), даними безпосереднього (огляд, пальпація, перкусія, аускультация) та лабораторно-інструментального дослідження. Крім цього, в історії хвороби повинна міститися інформація про перебіг хвороби, проведене лікування, кінець хвороби.

Історія хвороби - медичний юридичний документ, що відображає роботу лікаря, його досвід, знання, професіоналізм, вміння клінічно мислити. Вона свідоцтво правильного ведення хворого лікарем та / або скоєних ним помилок.

**Схема історії хвороби будується з наступних основних розділів:**

- Титульний лист
- Скарги
- Історія (анамнез) теперішнього захворювання
- Історія (анамнез) життя хворого
- Об'єктивний стан хворого (теперішній стан)
- Попередній діагноз і його обґрунтування
- План обстеження
- Дані лабораторних, інструментальних методів дослідження і консультацій спеціалістів
- Температурний лист
- Диференційна діагностика
- Заключний клінічний діагноз і його обґрунтування
- Етіологія і патогенез основного захворювання
- Лікування і його обґрунтування
- Прогноз і експертиза працездатності
- Профілактика
- Щоденник
- Виписний епікриз
- Перелік використаної літератури

## Оформлення титульного листа

Завідувач кафедри  
внутрішніх хвороб-1 професор Сиволап В.Д.  
Викладач: \_\_\_\_\_

**ІСТОРІЯ ХВОРОБИ №** \_\_\_\_\_

Клінічний діагноз

Основне захворювання:

---

---

Ускладнення основного захворювання:

---

Супутнє захворювання:

---

---

Куратор: \_\_\_\_\_  
студент IV курсу \_\_\_ групи,  
\_\_\_\_\_ факультету  
Початок курації: \_\_\_\_\_  
Закінчення курації: \_\_\_\_\_

## Оформлення паспортної частини

### Паспортні дані

Ініціали хворого \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Надходження планове або екстрене \_\_\_\_\_

Час надходження в стаціонар (рік, місяць, дата, година)

Профіль відділення \_\_\_\_\_

Дата виписки \_\_\_\_\_

## СКАРГИ

У цьому розділі висловлюються скарги, які наводить хворий під час госпіталізації до клініки. Необхідно провести деталізацію їх (характер, ступінь виразності, причини їх, що викликають, тривалість і т.д.), якщо є нападopodobний перебіг захворювання, слід детально описати початок виникнення нападу, його перебіг, тривалість, які чинники або медикаментозні засоби полегшують або припиняють напад. Нерідко студент одержує для курації хворого, який провів в клініці 5-6 днів і більше. Терапія, що за цей час проводиться, цілком змінила як суб'єктивні, так і об'єктивні прояви хвороби. При бесіді з куратором хворий скарж не наводить. В таких випадках в історії треба висловлювати ті суб'єктивні прояви, які були у момент надходження. У такій ситуації в історії хвороби куратор констатує "На момент обстеження скарж не пред'являє» і наводить скарги на час госпіталізації.

Повне уявлення про скарги студент (лікар) отримує під час цілеспрямованого опиту хворого згідно нижченаведеної схеми. Слід зазначити, що опитування по системах в окремий розділ учбової історії хвороби не виноситься, а проводиться з метою уточнення і деталізації скарж. До історії хвороби скарги хворого заносять у відредагованому вигляді, у першу чергу зазначають скарги, які мають відношення до основного захворювання, а потому і всі інші.

### Схема цілеспрямованого опитування хворого по системах:

#### Система органів дихання

##### Кашель:

- сухий чи з харкотинням;
- коли з'являється: вранці, ввечері, вночі;
- постійний чи періодичний;
- характер кашлю: гучний, сильний, безголосий, лаючий;
- умови появи кашлю: у зв'язку з певним положенням тіла (яким саме), після їжі та т.п.

##### Харкотиння:

- добова кількість;
- як відкашлюється: легко, с натугою, у якому положенні краще;
- характер і кольору харкотиння;
- запах харкотиння;
- консистенція;
- кількість шарів та їх характеристика.

##### Кровохаркання:

- інтенсивність - прожилки або чиста кров;
- кольори крові: червона, темна;
- частота.

##### Біль у грудях:

- характер біль: тупа, гостра, ниюча, колюча,
- зв'язок із диханням;
- що полегшує біль;
- під час надавлювання на грудну клітину, під час нахилів тулуба у різні боки.

## **Задуха:**

- постійна, у спокої, під час фізичного навантаження, ходи, у залежності від положення у ліжку, під час розмови;
- інспіраторна, експіраторна, змішана.

## **Серцево-судинна система**

### **Біль у ділянці серця:**

- постійні або пароксизмальні
- локалізація (за грудиною, у ділянці серця, у ділянці верхівкового поштовху та т.п.);
- іррадіація;
- характер: ниючі, колючі, стискаючі, тупі;
- чим супроводжуються - відчуттям туги та страху, слабкістю, холодним потом, запамороченням та т.п.;
- інтенсивність;
- тривалість;
- частота больових нападів;
- причини та обставини появи болю (під час фізичного навантаження, хвилювання, під час сну та т.п.);
- поведження та поза хворого під час нападу болю;
- що має терапевтичний ефект.

### **Відчуття перебоїв серця.**

#### **Серцебиття:**

- характер серцебиття: постійне, нападами (інтенсивність, тривалість, частота);
- умови появи : під час фізичного навантаження, у спокої, під час зміни положення тіла, під час хвилювання та т.п.;
- чим супроводжуються (задухою, болями у серці та т.п.), від чого проходять.
- набряки: на ногах й інших місцях, час їх появи (вранці, надвечір)
- Відчуття пульсації: у яких частинах тіла, чим зумовлені, від чого проходять.
- ознаки спазма периферичних судин: інтермітуюче кульгання, відчуття “мертвого пальця”; чим вони викликаються, від чого проходять.

#### **Система органів травлення**

- апетит: добрий, знижений, підвищений, збочений, відразу до їжі (які).
- насиченість: звичайна, швидка, постійне відчуття голоду.
- спрага: скільки випиває рідини за добу, сухість у роті.
- смак у роті: кислий, гіркий, металічний, солодкуватий, притуплення або втрата смакових відчуттів.
- запах з рота: відразливий (гнилий), солодкуватий, аміачний, кислуватий, каловий, запах гнилих яблук та ін..
- ковтання й проходження їжі: болісне, утруднене, яка їжа не проходить?
- слинотеча.
- зригування: чим, час появи , виразність, гучність.
- печія: зв'язок із їжею, що полегшує печію?
- нудота: залежність від їжі та її характеру.



**Блювання:**

- натщесерце, після під час їжі (зараз же або через певний проміжок часу); які відчуття передують блюванню, чи полегшує вона самопочуття хворого;
- характер блювотиння: з'їденою їжею, жовчю, кольору кофейної густини, з домішками свіжої крові і т.п.; їх запах (гнилий, кислий та ін.), без запаху.

**Біль у животі:**

- локалізація та іррадіація болю;
- коли й під час яких обставин виникає, до їжі, після їжі (через який час), нічний біль. Чи не зменшується біль одразу після їжі? Інші фактори, що полегшують біль (блювота, прийом медикаментів, тепло та т.п.);
- залежність від характеру їжі (грубої, жирної, гострої та т.п.) або її кількості;
- характер білю: гострий, тупий, ниючий, у вигляді нападу або поступово зростаючий;
- тривалість болю;
- чим супроводжується;
- чи не з'являється жовтянка, темна сеча, знебарвлений кал після нападу болю .
- розпирання й важкість у животі.
- здуття живота, відходження газів, бурчання у животі.

**Випорожнення:**

- регулярно, нерегулярно, самостійно або після клізми, проносних ліків.
- закрепи, кілька діб.
- проноси: із чим пов'язані, скільки раз на добу;
- чи бувають тенезми;
- характер калових мас (рідкі водянисті, кашоподібні, типу рисового відвару та ін.); кольори і запах калу; домішки: кров, гній, залишки неперетравленої їжі, глисти;
- виділення крові (перед дефекацією, під час або в кінці її).
- Печія, сверблячка, біль у ділянці заднього проходу.
- Випадіння прямої кишки.

**Сечовивідна система**

**Болі у ділянці попереку:** характер (тупі, гострі, нападopodobні), іррадіація, тривалість, від чого з'являються або підсилюються, чим супроводжуються, що полегшує біль.

**Сечовипускання:**

- вільне, з натугою, звичайним струменем, тонкою, переривчастою, відвисне вниз (опитувати тільки чоловіків).
- різі, печія, біль під час сечовипускання;
- частота сечовипускань, особливо вночі;
- кількість сечі за добу.
- колір сечі: нормальний, темний, кольору "м'ясних змилок", пива і т.п.
- наявність крові під час сечовипускання: на початку, у всіх порціях, наприкінці.
- Наявність неконтрольованого сечовипускання.

**Опорно-руховий апарат**

- **Біль** у кінцівках, суглобах. Характер болів, летучість, зв'язок із зміною погоди, с навантаженням, с хвилюванням; поява болів у спокої, вночі.
- **Припухлість** суглобів, їх почервоніння (яких саме).
- **Утруднення** під час рухів (у яких суглобах), скованість вранці, її тривалість.
- **Біль** і утруднення під час рухів у хребті (у яких відділах), іррадіація болів.

#### **Ендокринна система**

- Порушення зросту і конституція.
- Порушення ваги (ожиріння, схуднення).
- Зміни шкіри (надмірна пітливість або сухість, грубість її, поява червоних шкіряних стрій, зміни кольору).
- Порушення первинних і вторинних статевих ознак; дисменорея і безплідність у жінок; імпотенція у чоловіків.
- Порушення волосяного покриву (надмірний розвиток, поява його на непритаманних даній статі місцях, випадіння волос).

#### **Нервова система, органи відчуттів**

- Нічний відпочинок (сон глибокий, поверхневий, із частими прокиданнями, нетривкий, без сновидінь, зі сновидіннями, кольорові сні і т.п.)
- Стан після сну (бадьорість, покращення самопочуття, змореність, слабкість, “розбитість”)
- Пам'ять (відмінна, добра, звичайна, знижена, дуже плоха).
- Настрій - вранці, у першу, у другу половину доби (відмінне, добре, задовільне, плохе, дуже плохе).
- Увага (відмінна, добра, задовільна, плоха, дуже плоха)
- Головний біль (локалізація, характер, с чим пов'язано його виникнення, періодичність, тривалість, супутні симптоми: шум у вухах, запаморочення)
- Порушення ходи, тремтіння кінцівок, судоми, порушення шкіряної чутливості.
- Лихоманка.
- Підвищення температури та її коливання протягом доби (характер кривої).
- Швидкість підвищення температури і тривалість лихоманки. Що знижує температуру?.
- Чи передують озноби підвищенню температури, чи з'являється пітливість після її зниження, інтенсивність потовиділення, нічні поти.

**Скарги, отримані при уважному розпиті, допомагають формуванню попереднього уявлення про діагноз.**

Приклад 1. Хворий Н., 45 років вперше відчув біль тиснутого характеру за грудиною, з'явилася вона у спокої, віддавала в IV і V пальці лівої руки і шию, тривала біля півгодини, після прийому нітрогліцерину біль пройшла протягом 10 хвилин. Вірогідний діагноз: «стенокардія»

Приклад 2. Хворий М., 56 років, захворів гостро з раптової лихоманки до 38,5, що не проходить від прийому жарознижуючих, з ознобом, кашлем з гнійною мокротою, опісля два дні – приєдналися болі в правій половині грудної клітки, що посилюються на вдиху, задишка при розмові. Останнє стало приводом для виклику дільничного лікаря. Вірогідний діагноз «пневмонія, позалікарняна».

## **ІСТОРИЯ ПОТОЧНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ (ANAMNESIS MORBI)**

У цьому розділі відображається початок захворювання та його динаміка до моменту поступлення у клініку (стаціонар).

У процесі розпитування необхідно отримати відповіді на такі питання:

- Коли, де й під час яких обставин захворів.
- Як почалось захворювання (гостро, поступово).
- Які причини захворювання (за думкою хворого). Встановлюється можливий вплив на виникнення та перебіг захворювання умов зовнішнього оточення (професійних, побутових, кліматично-погодних факторів), фізичного або психоемоційного перенапруження, інтоксикацій, погіршеності у дієті, інфекційних захворювань (аденовірусної інфекції, грипу, ангіні).
- Які перші ознаки хвороби.
- Коли і яка надана перша медична допомога, її ефективність. Які зміни у стані хворого відбулися від моменту початку захворювання до цього часу (динаміка скарг хворого).
- У випадку хронічного перебігу захворювання у хронологічній послідовності відбити рецидиви хвороби і їх прояви, також періоди ремісії, їх тривалість.
- Які дослідження проводились хворому, їх результати. При можливості використовується амбулаторна картка, виписки із історії хвороби, рентгенограми, спірограми, ЕКГ й інші документи.
- Яке застосовувалось лікування на різних етапах захворювання, його ефективність.
- Що стало причиною цього погіршення, докладно описати основні симптоми його прояв.
- Як змінився стан хворого за час перебування у стаціонарі до моменту курації хворого (конкретно по виразності і характеристиці симптомів).

## **ІСТОРИЯ ЖИТТЯ ХВОРОГО (ANAMNESIS VITAE)**

- Короткі біографічні данні (місце народження, якою за рахунком дитиною, як ріс і розвивався, навчання, спеціальність, одруження, вагітність, пологи).
- Трудовий анамнез (початок трудової діяльності, професія, її зміни, умови праці, виробничі шкідливості, використання відпуски, служба у рядах збройних сил, участь у війні).
- Житлово-побутові умови у різні періоди життя хворого, склад сім'ї.
- Вживання їжі (режим, регулярність, характер їжі - її різноманітність, калорійність).
- Перенесенні захворювання, травми, операції, контузії, поранення, туберкульоз, венеричні захворювання: вказують важкість і тривалість хвороби, ускладнення, лікувальні заходи; парентеральні втручання (підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні, переливання крові, лікування і видалення зубів), контакт із хворими, що перенесли вірусний гепатит "В" і "С".
- Епідеміологічний анамнез, контакт с інфекційними хворими.

- Шкідливі звички: паління, с якого віку, що палить, кількість на добу; алкоголь, з якого віку, у якій кількості, як часто; Інші шкідливі звички (наркотики, міцний кофе або чай).
- Сімейний анамнез і спадковість (батьки, брати, сестри, діти - їх здоров'я, причини смерті), спадкові захворювання (уроджені аномалії розвитку, психічні захворювання, сифіліс, хвороби обміну і др.), обтяженість анамнезу (алкоголізм, злоякісні новоутворення, ендокринні і психічні захворювання).
- Алергологічний анамнез: наявність алергічних захворювань у хворого, його рідних і дітей; реакції на переливання крові, введення сироваток, вакцин і прийом медикаментів (яких і коли); реакції на різні харчові продукти, напої (харчова алергія), косметичних засобів, запахів, а також пилку різних рослин. З'ясувати реакцію на контакт с різноманітними тваринами, одягом, шерстю, домашнім пилом, постільною білизною.
- Вплив на перебіг захворювань, умов праці, професійних факторів, різних факторів (охолодження, перегрів, інсоляція).
- Метеолабільність і сезонність. Встановити вплив на перебіг захворювання кліматично-погодних умов, магнітних збурень. Описати сезонність загострень, їх причину (інфекція, атипія, погода і др.).
- Працездатність: число днів непрацездатності протягом року, наявність групи інвалідності.

**За даними анамнезу життя вам швидше за все удалося з'ясувати етіологічні чинники даної патології, визначити провідну нозологічну форму, або коло синдромів. Зі всієї отриманої інформації треба вибрати ту, яка свідчить про зв'язок з основною патологією.**

### **ОБ'ЄКТИВНИЙ СТАН ХВОРОГО (STATUS PRAESENS)**

- Загальний стан хворого: задовільний, середньої важкості, важкий.
- Свідомість: ясна, пригнічена, ступор, сопор, кома, збудження, ейфорія, марення, галюцинації.
- Поза хворого: активна, пасивна, вимушена.
- Вираз обличчя: спокійне, збуджене, ніякове, страждальницьке, маскоподібне.
- Хода: вільна, скута, бадьора, качина, специфічна (геміпарез, паркінсонізм і т.п.).
- Статура: правильна, неправильна.
- Конституційний тип (нормостенічний, астеничний, гіперстенічний), зріст, вага. Індекс Кетле (кг/м<sup>2</sup>).
- Шкіра та видимі слизові оболонки: колір (бліда, блідо-рожева, червона, синюшна, жовтянична, землиста, пігментація, депігментація); висипи (еритема, розеола, папула, пустула, везикула, булла, петехії, струп, синці, ерозії, тріщини, виразки, розчухи); рубці, судинні зірочки, ксантоми, ксантелазми; вологість шкіри; тургор шкіри; тип оволосіння.
- Підшкірно-жирова клітинка: розвита слабо, помірно, надмірно; місця найбільшого відкладення жиру; наявність пастозності, характеристика набряків

за локалізацією та розповсюдженістю (загальні, місцеві); кольор шкіри у ділянці набряків (блідість, синюха, гіперемія), якості (рухливі, м'які та т.п.).

- Лімфатичні вузли: підщелепні, шийні, супра- та субклавікулярні, ліктьові, пахвинні. Визначення їх розміру, консистенції, болючості, рухливості, зрощень між собою та зі шкірою; мигдалики, їх розмір, забарвлення, наявність гнійних пробок у лакунах.

- М'язи: ступінь розвитку (нормальний, надмірний, слабкий, атрофія м'язів - загальний або місцевий), тонус (підвищений, знижений, нормальний); болючість під час пальпації і рухах; тремтіння або тремор окремих м'язів; парези, паралічі кінцівок.

- Кістки: досліджують кістки черепа, грудної клітини, тазу та кінцівок з метою виявлення деформації, періоститу, скривлення, акромегалії, Зміни кінцевих фаланг пальців рук і стоп, барабанні пальці, болючість під час пальпації.

- Суглоби: конфігурація (нормальна, припухлість, деформація); гіперемія шкіри і місцеве підвищення температури у ділянці суглоба; об'єм активних, пасивних рухів (вільний або обмежений); болючість під час пальпації та під час рухів; хруст, флуктуація, контрактури, анкілози.

### **СИСТЕМА ОРГАНІВ ДИХАННЯ**

- Огляд (*inspectio*) (при наявності задухи - її характер, тип дихання, число дихань за 1 хвилину), форма грудної клітки, западання або вибухання супра- та субклавікулярних ямок);

- пальпація (*palpatio*) (резистентність, болючість грудної клітки, голосове тремтіння);

- перкусія: порівняльна перкусія легенів, визначення зон притуплення, тимпаніту та т.п. із зазначенням їх розміру і точної локалізації, визначення характеру перкутованого звуку (ясний легеневий звук, притуплення, тупість, коробковий). Топографічна перкусія – визначення висоти стояння верхівок легенів спереду та ззаду, нижніх кордонів, екскурсії країв легеней у см;

- аускультация: характер дихання (везикулярне, бронхіальне, жорстке та т.п.), хрипи (сухі та вологі, крупно -, середнє - і дрібнопухиркові, звучні, не звучні, крепітація, шум тертя плеври, їх точна локалізація), бронхофонія.

### **СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА**

Огляд (наочна пульсація судин, “танок каротид”, серцевий горб, верхівковий і серцевий поштовх);

- пальпація (верхівковий і серцевий поштовх, його локалізація, систолічне і діастолічне тремтіння);

- перкусія (кордони серця - відносна і абсолютна тупість, конфігурація серця, ширина судинного пучка у см);

- аускультация (тони серця - ясні, глухі; шуми, їх характеристика, шум тертя перикарду);

- дослідження судин: огляд (наочна пульсація) і пальпація доступних артерій, звивистість і щільність судинних стінок скроневої, лучкової і плечової артерій,

прослуховування каротид, стегнових артерій, феномен Траубе-Виноградова-Дюрроз'є, прослуховування шийних вен (шум вовчка);

- Пульс: частота, наповнення, напруження, ритм, форма; наявність асиметрії пульсу, під час аритмії одночасне (з підрахунком пульсових ударів) прослуховування серця (визначення так званого дефіциту пульсу); капілярний пульс;
- Артеріальний тиск на обидвох руках: під час артеріальної гіпертензії - АД на нижніх кінцівках.

### **СИСТЕМА ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

Огляд: порожнина рота, слизові, язик, його нашарування, стан сосочків, тріщини, виразки, ясна, зуби;

- Живіт (форма, участь у акті дихання, розширення підшкірних вен), наочна перистальтика шлунка і кишковика;
- Пальпація - поверхнева (напряг черевної стінки, симптом Щоткина-Блумберга, болючість, її локалізація, розходження прямих м'язів живота); глибока (за Образцовим-Стражеско). Виявлення асцити перкуторно і шляхом визначення флюктуації.
- Випорожнення: регулярність і характер;
- Печінка: перкуторно визначення розміру печінки по орієнтовним лініям (розміри за Курловим). Якщо печінка досяжна пальпації, тобто виступає з-під краю реберної дуги – розмір, болючість, поверхня (гладка, бугриста), край (гострий, закруглений), консистенція (щільна, м'яка). Спеціальне дослідження ділянки жовчного міхура.
- Підшлункова залоза. Пальпація по Гроту
- Селезінка: пальпація у різних положеннях хворого (на спині, на правому боці), її розмір, форма, консистенція і стан поверхні; перкусія селезінки – розміри у см (довжина і перетин).

### **СЕЧОВИВІДНА СИСТЕМА**

- Огляд ділянки попереку;
- Пальпація нирок (розмір, форма, консистенція, поза). Симптом Пастернацького. Сечовипускання (вільне, болісне та т.п.).

### **НЕРВОВО-ЕНДОКРИННА СИСТЕМА**

Настрій хворого, сон, пам'ять, зіничні рефлексії, симптом Ромберга, характер дермографізму, екзофтальм (одно - або двосторонній), наявність очних симптомів, огляд і пальпація щитовидної залози. Зір. Слух.

### **ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ І ЙОГО ОБГРУНТУВАННЯ**

Попередній діагноз ставиться на основі скарг, анамнезу і об'єктивних даних, безпосередньо підтверджуючих наявність даного захворювання (використовується тільки ті ознаки, які характерні для хвороби), враховується й ефективність терапії що проводиться. По можливості в діагнозі відображаються й обґрунтовуються форма, фаза, стадія, перебіг захворювання та т.п.

Обґрунтування основного, супутніх (терапевтичних) захворювань і ускладнень проводяться роздільно.

Необхідно виділити суб'єктивні та об'єктивні симптоми, сформулювати синдроми і встановити нозологічний діагноз. **Діагноз повинен містити:**

- **Основне захворювання, яке стало причиною госпіталізації;**
- **Ускладнення, яке зумовлене основним захворюванням;**
- **Функціональний діагноз основного захворювання, який повинен відображати стан функції ураженого органа: компенсацію або декомпенсацію, ступінь її.**
- **Супутнє захворювання, яке патогенетично не пов'язане з основним;**
- **Ускладнення, зумовлене супутнім захворюванням;**
- **Функціональний діагноз супутнього захворювання.**

Обґрунтування попереднього діагнозу потрібно написати на підставі аналізу скарг, даних анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного огляду за наступними пунктами:

- перерахувати скарги, що дозволяють зробити висновок про переважне ураження того або іншого органу або системи (наприклад, типовий больовий синдром, наявність лихоманки, задишки і так далі)
- перерахувати дані анамнезу захворювання, по яких можна зробити висновок про передбачуваний діагноз (наприклад, вказівка на раніше перенесений інфаркт міокарду, аналіз наявних електрокардіограм, вказівка на перенесену ниркову коліку, вказівку на виконану операцію, і так далі)
- перерахувати дані анамнезу життя, що дозволяють припустити чинники даного захворювання (наприклад, обтяжений сімейний анамнез, наявність професійних впливів, шкідливих звичок – зловживання алкоголем, і так далі)
- перерахувати дані об'єктивного дослідження, що виявили відхилення від норми у фізикальному статусі, або які-небудь симптоми (наприклад, наявність ожиріння, кардіомегалії, хрипів у легенях, ціанозу і так далі), що дозволяють припустити дане захворювання
- окрім формулювання діагнозу основної нозологічної форми необхідно привести дані, по яких можна конкретизувати діагноз зі вказівкою стадії і форми перебігу хвороби, фази, ступені активності, ступені функціональних порушень і так далі
- перерахувати дані, що свідчать про наявність ускладнень даного захворювання
- сформулювати діагноз супутньої патології, яка може зробити вплив на наявне основне захворювання

**Приклад формулювання даного розділу можна представити таким чином:**

- На підставі скарг на тривалий дискомфорт в правому підребер'ї, періоди синхронного знебарвлення стільця і потемніння сечі, епізодичне шкірне свербіння, іктеричність шкіри і слизових оболонок, сонливість вдень і безсоння ночами
- На підставі даних анамнезу захворювання: відомий хворому факт (із слів лікарів) збільшення печінки, вказівок на перенесену операцію

холецистектомії 10 років тому, попередню госпіталізацію з приводу гастродуоденальної кровотечі

- На підставі даних анамнезу життя: зловживання алкоголем, незадовільне живлення і соціальні умови життя
- На підставі даних огляду: асцит, периферичні набряки, спленомегалія, розширення підшкірних вен на животі «голова Медузи», іктеричність шкіри і склер, наявність судинних зірочок і пальмарної еритеми.
- Можна сформулювати попередній діагноз: цироз печінки алкогольної етіології.
- Дані, що свідчать про портальну гіпертензію: асцит, спленомегалія, «голова Медузи», вказівка на кровотечу.
- Дані, що свідчать про жовтяницю: шкірне свербіння,
- іктеричність шкіри і склер, знебарвлення стільця і потемніння сечі.
- Дані, що свідчать про печінкову енцефалопатію: безсоння, неадекватне відношення до свого захворювання.
- Дані, що свідчать про печінкову недостатність: наявність пальмарної еритеми, судинних зірочок
- Супутня патологія: стан після холецистектомії, хронічний панкреатит

### **ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО**

Виходячи з попереднього діагнозу студент намічає індивідуальний план нагляду за хворим і його обстеження, консультації інших фахівців.

Додаткові методи дослідження повинні націлюватись на вирішення питань діагностики, функціонального стану органів і систем, які втягнуті у патологічний процес, ступеня активності і важкості захворювання.

План лабораторних і інструментальних методів дослідження повинен включати:

- Клінічний аналіз крові кожні 7-10 діб;
- Загальний аналіз сечі кожні 7-10 діб;
- Кал на яйця гельмінтів;
- Дослідження крові на СПИД, сифіліс;
- Визначення групи крові і резус-фактора;
- Цукор крові;
- Флюорографія грудної клітки (якщо протягом останнього року не проводилась);
- Електрокардіограма;
- Зважання хворих кожні 10 діб.
- Перелік спеціальних лабораторних і інструментальних досліджень, які необхідно провести при виявленні у хворого патології (вказати якої).

### **ДАНІ ЛАБОРАТОРНИХ І ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, КОНСУЛЬТАЦІЙ СПЕЦІАЛІСТІВ**

У даному розділі наводяться результати обов'язкових і додаткових досліджень, висновки консультантів. Доцільно привести нормальні параметри, і



одиниці вимірювання в додатковій графі лабораторних і інструментальних досліджень. Проводиться інтерпретація отриманих даних

Однотипні дослідження краще розташувати в таблиці, яка дозволить виділити динаміку показника лейкоцитів периферичної крові на фоні терапії пневмонії антибактеріальними препаратами або, наприклад, гемоглобіну у хворого з анемією, що отримує препарати заліза.

Також аналіз ЕКГ хворого інфарктом міокарду не має бути формальним. Він буде обґрунтований, якщо ви приведете динаміку зубців і сегментів в конкретних відведеннях (наявність патологічного зубця Q, підйому сегменту ST, в яких відведеннях і так далі).

Так ви зможете підтвердити свої припущення, висунуті, як концепцію діагностичного висновку в попередньому розділі.

## ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТ

Температурний лист: крива температури, частоти пульсу, числа дихань, графік АТ, маса тіла, об'єми випитої, введеної внутрішньовенно і виділеної з організму рідини.

## ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА

Диференційна діагностика проводиться шляхом порівняння найбільш важливих симптомів основного захворювання у хворого зі схожими ознаками інших захворювань.

Цей розділ починається з обґрунтування вибору захворювання, с яким буде проводитись диференціація. З початку описуються спільні прояви хвороби курируваного хворого зі схожим захворюванням. Далі проводиться порівняння кожного симптому у даного хворого з подібним симптомом іншого захворювання з відображенням особливостей (відмінностей) їх проявів.

Необхідно враховувати відсутність тих симптомів у курируваного хворого, які характерні для іншого захворювання, і навпаки, наявність тих симптомів, які не характерні для іншого захворювання.

Диференційна діагностика проводиться у тому ж порядку, в якому проводилось обстеження хворого: з початку порівнюються скарги, далі дані анамнезу захворювання і життя, результати об'єктивного обстеження і, насамкінець, додаткових методів дослідження, які підтверджують дане захворювання

Ремарка: використовують тільки ті симптоми і результати додаткових методів дослідження, які є у даного хворого.

**Приклад:** Хронічний: гломерулонефрит, гіпертонічний варіант, фаза загострення. Неускладнений. Без порушення функції нирок. Сечовий синдром є провідним синдромом при хронічному гломерулонефриті, без якого ми не маємо можливості підтвердити дане захворювання. Специфічними ознаками сечового синдрому для цього захворювання є: значна добова протеїнурія в поєднанні з мікрогематурією і циліндрурією. Такі ознаки бувають при вторинному амілоїдозі, васкулітах (синдром Гудпасчера), вузликковому периартеріїті. При хронічному гломерулонефриті пошкоджується гломерулярний апарат, розвиваються позаниркові синдроми - ниркова симптоматична артеріальна гіпертонія, відповідна компенсаторна реакція

цілісного організму на пошкодження паренхіми нирок (клубочкового апарату).

Артеріальна гіпертонія не характерна для амілоїдозу і синдрому Гудпасчера.

При синдромі Гудпасчера є ураження судин легенів (пульмоніт). Оскільки в даному випадку ураження легенів немає при давності захворювання більше 3-х років, цей процес менш вірогідний, але необхідні для остаточного виключення пульмоніту рентгенографія легенів і дослідження мокротиння на сидерофаги. При вторинному амілоїдозі при подібному сечовому синдромі повинен бути нефротичний синдром, у анамнезі хронічний гнійний процес, туберкульоз. Оскільки вони не відслідковуються, то й дане захворювання виключається. Отже, якщо знаходимо типовий сечовий синдром, починаємо активно вишукувати ознаки подібності чи повної розбіжності за основним синдромом із захворюваннями, включеними в диференційний ряд. Відсутність прямих критеріїв за основним синдромом, характерних для цих захворювань, дозволяє їх виключити. Тоді в диференціальну діагностику включають інші не ведучі, патогенетично пов'язані, наявні у хворого синдроми. Найбільш ймовірний процес формулюється як передбачуваний діагноз. Якщо виявляються риси подібності важко виключити одне-два захворювання, обґрунтовується план обстеження (лабораторно-інструментальних досліджень) для верифікації основного діагнозу або в диференціальному плані. Потім проводиться пошук синдрому, симптому, ознаки, які не можуть бути пояснені, виходячи зі знань патогенезу та клініки основного захворювання, тобто патогенетично не зв'язані з передбачуваним діагнозом. Лікарем висловлюється припущення по супутньому, конкуруючому або фоновому процесі. Виділяючи специфічні симптоми супутніх захворювань, обґрунтовується передбачуваний діагноз супутнього захворювання

## **ЗАКЛЮЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ І ЙОГО ОБҐРУНТУВАННЯ**

У даному розділі діагностична версія має бути по можливості повно розкрита і підтверджена, оскільки від правильно встановленого діагнозу залежатиме і вибране лікування.

Вкажіть, які саме дані обстеження підтвердили ваш попередній діагноз, які уточнили форму, фазу, ступінь активності і ускладнення. Цілком можливо, що діагностичне уявлення після дообстеження довелося переглянути на користь іншого діагнозу. Це не суперечить принципам лікарського мислення і не зменшує ваших здібностей роздумувати і інтерполювати інформацією. Відсутність сумнівів - нерідко супутник обмеженого кругозору і небезпечної самовпевненості.

Всі зміни і уточнення діагнозу повинні знайти віддзеркалення в тексті історії хвороби: щоденниках, етапних епікризах і так далі

Короткий виклад вашого уявлення міг би виглядати таким чином:

Обґрунтування остаточного діагнозу потрібно написати, повторивши аналіз скарг, даних анамнезу захворювання і життя, даних об'єктивного огляду, і доповнивши тими даними обстеження, які його підтвердили Під час обґрунтування клінічного діагнозу наводиться посилання на попередній діагноз і диференційну діагностику; далі використовується данні додаткових методів

дослідження, які підтверджують це захворювання. Необхідно роздільно проводити обґрунтування основного, супутніх захворювань і ускладнень, обґрунтовуючи кожне положення діагнозу.

Розгорнутий клінічний діагноз формулюється у відповідності з вимогами класифікацій, затверджених МОЗ України або з'їздами лікарів. У діагнозі відображають наступні розділи:

- Етіологію (якщо вона відома);
- Клінічний (клініко-морфологічний) варіант хвороби;
- Фазу (ремісія або загострення);
- Стадію перебігу;
- Окремі найбільш виразні синдроми (результат включення у патологічний процес різних органів і систем);
- Ускладнення.

**Приклад формулювання даного розділу можна представити таким чином:**

- На підставі скарг хворого на постійну задишку при ходьбі, відділення слизово-гнійної мокротини вранці на протязі останніх 3 років;
- На підставі даних анамнезу: вказівка на наявність протягом 15-ти років хронічного обструктивного бронхіту із загостреннями до 3-4 раз на рік;
- Наявністю таких проявів: виявлені при огляді горизонтальне положення в ліжку, дифузний теплий ціаноз, пульсація шийних вен, надчеревна пульсація, акцент II тону над легеневою артерією, синдрому правошлуночкової недостатності – тахікардії, задишки, позитивного симптому Плеша, гепатомегалії, периферичних набряків.
- На підставі даних обстеження: еритроцитоз в периферичній крові, даних рентгенологічного дослідження: у прямій проекції по лівому контуру збільшення II дуги серцевої тіні, в правому бічному положенні – *copus pulmonalis*; враховуючи ознаки гіпертрофії правого шлуночку по ЕКГ, і дані ЭХО КС: гіпертрофія правих відділів серця; показники функції зовнішнього дихання (ОФВ1=28%).

**Можна зробити висновок про наявність у хворого:**

ХОЗЛ IV стадії, переважно бронхітичний тип, загострення середнього ступеня важкості

Ускладнення: дихальна недостатність III ст., хронічне легеневе серце, декомпенсація, IV ФК по NYHA

## **Етіологія і патогенез основного захворювання**

Інформація для цього розділу має бути отримана на підставі аналізу сучасної літератури. Погляди на етіологію захворювання наводяться в стислій формі. Опишіть прийняті в даний час схеми патогенезу даного захворювання і найбільш вірогідні патогенетичні механізми, що мали місце у пацієнта. Коротко поясніть механізми клінічних симптомів і синдромів, виявлених у нього. Можна користуватися схемами, таблицями, графіками і малюнками.

## ЛІКУВАННЯ

(Викладати сучасні принципи лікування основного захворювання за наступним планом:

- Режим;
- Дієта;
- Психотерапія;
- Медикаментозне лікування;
- Фізіотерапія;
- Лікувальна фізкультура і масаж;
- Санаторно-курортне лікування;
- Оперативне лікування (показання);
- Диспансерний нагляд і протирецидивна терапія.

У цьому розділі необхідно відбити основні групи лікарських препаратів, які застосовують при лікуванні даного захворювання, показання і протипоказання до їх призначення. Описати механізм дії лікарських препаратів, що рекомендовані хворому, їх разові і добові дози, тривалість курсу лікування.

Обґрунтувати індивідуальне лікування курированому хворому, виписати рецепти.

## ПРОФІЛАКТИКА

Первинна – попередження хвороби, вторинна – попередження загострень, рецидивів хронічного процесу.

## ПРОГНОЗ І ЕКСПЕРТИЗА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

Прогноз обґрунтовується у відношенні захворювання, життя і працездатності. Прогноз може бути сприятливим, сумнівним і несприятливим.

Прогноз у відношенні захворювання вважається сприятливим, якщо є впевненість, що у курированого хворого настане одужання; сумнівний - якщо нема впевненості у повному одужанні і несприятливим якщо захворювання невиліковне і має хронічний прогресуючий перебіг.

Прогноз у відношенні життя може бути сприятливим у тому випадку, якщо хворому не загрожують ускладнення, небезпечні для життя; сумнівним - якщо при певних обставинах у хворого (с урахуванням його віку, перебігу захворювання, прогресування, ускладнень, ефективності лікування і т.п.) може наступити летальний випадок, і несприятливий якщо у хворого летальний випадок неминучий.

Прогноз у відношенні працездатності вирішується у плані тимчасової або стійкої втрати її (група інвалідності) з урахуванням ступеня функціональних порушень і професії хворого.

## ЩОДЕННИК

### Оформлення щоденника:

Дата                      Стан хворого                      Призначення

У розділі “Стан хворого” подається оцінка загального стану хворого, описуються скарги, об’єктивні данні з акцентом на патологічні зміни в органах; в наступні дні відображається динаміка перебігу хвороби.

У розділі “Призначення” вказують режим, дієту, лікування що проводиться, зміни у терапії, необхідні додаткові дослідження.

### ВИПИСНИЙ ЕПІКРИЗ

Епікриз - заключна частина історії хвороби. Це скорочені висновки лікаря про сутність захворювання, його причини, перебіг хвороби і результати лікування, стан хворого до моменту складання епікризу, висновки стосовно прогнозу захворювання, працездатності, про подальший режим, лікування і профілактику рецидивів захворювання.

У епікризі коротко викладається паспортна частина, скарги хворого і їх характеристика, історія розвитку захворювання, історія життя хворого (факти, що мають відношення до поточного захворювання), клінічні ознаки хвороби, основні данні лабораторних й інструментальних досліджень, які підтверджують діагноз. Потому виставляється діагноз і лікування що проводилося (разові та добові дози застосованих препаратів), результати лікування, зміни у стані хворого за час лікування. Кінець захворювання (повне одужання, неповне одужання, незначне погіршення, стан без змін, перехід із гострого захворювання у хронічне, погіршення стану, смерть).

Під час виписки хворого необхідно оцінити прогноз у відношенні одужання, подати оцінку працездатності с урахуванням його професії і місця роботи (працездатний, обмежено працездатний, показаний перевід на більш легку працю, необхідний перевід на інвалідність, група інвалідності), рекомендації у відношенні подальшого диспансерного нагляду, лікування і профілактиці рецидивів хвороби, санаторно-курортного лікування.

### ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

У цьому розділі вказують літературні джерела, що використовувались під час написання історії хвороби відповідно до загальноприйнятої бібліографічної форми (з зазначенням прізвища та ініціалів авторів у алфавітному порядку, назва роботи, джерело, рік і місце видання, сторінки).

Підпис студента

Дата

# МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА ВИМОГИ ДО НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ В ЕНДОКРИНОЛОГІЧНІЙ КЛІНІЦІ

## № ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

Клінічний діагноз

Основне захворювання:

---

---

---

Ускладнення основного захворювання:

---

---

---

Супутнє захворювання:

---

---

Куратор: \_\_\_\_\_  
студент IV курсу \_\_\_ групи,  
\_\_\_\_\_ факультету

Початок курації: \_\_\_\_\_

Закінчення курації: \_\_\_\_\_

## Паспортні дані

Ініціали хворого \_\_\_\_\_

Стать \_\_\_\_\_

Вік \_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_

Місце роботи, навчання \_\_\_\_\_

Домашня адреса \_\_\_\_\_

Надходження планове або екстрене \_\_\_\_\_

Час надходження в стаціонар (рік, місяць, дата, година)

Профіль відділення \_\_\_\_\_

Дата виписки \_\_\_\_\_

## СКАРГИ ХВОРОГО

У цьому розділі висловлюються скарги, які наводить хворий під час госпіталізації до клініки. Необхідно провести деталізацію їх (характер, ступінь виразності, причини їх, що викликають, тривалість і т.д.), якщо є нападаподібний перебіг захворювання, слід детально описати початок виникнення нападу, його перебіг, тривалість, які чинники або медикаментозні засоби полегшують або припиняють напад. Нерідко студент одержує для курації хворого, який провів в клініці 5-6 днів і більше. Терапія, що за цей час проводиться, цілком змінила як суб'єктивні, так і об'єктивні прояви хвороби. Наприклад, за цей час у хворого на цукровий діабет зникла спрага, часте сечовипускання, слабкість та ін. прояви декомпенсації. При бесіді з куратором хворий скарж не наводить. В таких випадках в історії треба висловлювати ті суб'єктивні прояви, які були у момент надходження. У такій ситуації в історії хвороби куратор констатує "На момент обстеження скарж не пред'являє. Проте п'ять днів тому під час госпіталізації вказував на слабкість, сухість в роті, спрагу, часті сечовипускання".

Після з'ясування основних суб'єктивних відчуттів та їх попереднього аналізу проводиться опитування по системам органів. Доцільно почати обстеження з тієї системи, яка, судячи зі скарг, страждає в першу чергу. Це дасть можливість одержати більш загальне уявлення про характер захворювання, нерідко визначає хід подальшого клінічної думки, дозволить не формально, а цілеспрямовано провести опит по системам, підтвердити спочатку передбачуваний діагноз або відкинути його.

Основні рекомендації по проведенню опитування по органам і системам. Слід зазначити, що опитування по системах в окремий розділ учбової історії хвороби не виноситься, а проводиться з метою уточнення і деталізації скарг.

а) Органи дихання. Болі в області грудної клітини при диханні, без зв'язку з диханням. Задишка: інспіраторна, експіраторна, змішана, тимчасова постійна. Давність задишки, умови її появи (при рухах, при хвилюванні). Час появи задишки. Положення хворого під час задишки (на боку, ортопное).

б) Серцево-судинна система. Серцебиття: при русі, у спокої, при хвилюванні, наступає пароксизмами. Відчуття пульсації в грудях, на шії, перебоїв в роботі серця та ін. Болі і неприємні відчуття в області серця у спокої, при фізичній напруженні, при хвилюваннях. Характер: що колють, ниють, стискають та ін., тривалість. Іррадіація болю, передбачувані причини, чим знімаються болі.

в) Органи травлення. Апетит, смак, ковтання, сухість в роті, спрага. Диспепсичні явища: відрижка, печія, нудота, блювота, час виникнення, гикавка. Тяжкість і болі в животі: локалізація, зв'язок з їжею, характер болю, іррадіація, нічні болі, чим полегшуються, світлі проміжки, період загострення болю. Здуття, бурчання в животі. Стілець: частота, характер калу, домішки слизу і крові. Гази, бурчання. Печінка: болі в правому підребер'ї, характер їх, сила, іррадіація, зв'язок з їжею, жовтяниця, підвищення температури, озноби.

г) Сечовивідна система. Порушення сечовипускання. Болі при сечовипусканні. Болі в області нирок, їх частота, тривалість, іррадіація. Відчуття тяжкості і болю в надлобковій області.



- д) Нервова система. Головні болі, запаморочення, пам'ять, настрій, дратівливість, запальність. Працездатність. Сон, сновидіння.
- е) Органи чуттів (слух, зір).
- ж) Органи руху. Болі в суглобах, м'язах.
- з) Підвищення температури, поти, нічні поти, озноби.

## **ІСТОРИЯ ЗАХВОРЮВАННЯ (ANAMNES MORBI)**

Анамнез починається з відомостей хворого про те, коли, де і за яких обставин з'явилися перші ознаки захворювання (з їх характеристикою). З'ясовується можливі причини, що викликали захворювання. Детально в хронологічній послідовності описується розвиток кожного симптому, приєднання нових, їх подальший розвиток. Описується лікування, що проводилося раніше, його ефективність. Відображаються рецидиви, причини їх виникнення, частота, тривалість ремісії. Детально описується останнє погіршення, вказуються мотиви останньої госпіталізації в клініку (погіршення стану, уточнення діагнозу, планове лікування і обстеження).

## **ІСТОРИЯ ЖИТТЯ ХВОРОГО (ANAMNES VITAE)**

Місце народження хворого. Розвиток в дитячі та шкільні роки. Мешкання в ендемічній по зубу місцевості. Початок трудової діяльності і подальша робота (професійний маршрут, служба в армії). Відомості про умови праці, профшкідливості, специфічні умови роботи, побуту (житло, одяг) і живлення хворого в даний час.

Перенесені захворювання у минулому, починаючи з дитинства. Венеричні хвороби, туберкульоз, вірусний гепатит, нервові і душевні хвороби. Шкідливі звички: алкоголь, куріння, сіль і ін.

Сімейно-статевий анамнез: у жінок - час появи менструацій, їх регулярність, болючість, тривалість, кількість вагітностей та їх результат. Клімакс, час його появи та ознаки. Майже при всіх захворюваннях ендокринної системи у жінок виявляються порушення менструальної функції. Одержавши для курації хворого, студент 4-го курсу, який ще не вивчив акушерство та гінекологію, випробовує значні утруднення. У зв'язку з цим, для оцінки порушень менструальної функції можна використовувати наступні критерії:

Аменорея - відсутність менструації протягом 6 міс. і більше. Слід розрізняти аменорею первинну (менархе, тобто перших місячних не було) і вторинну (місячні були, проте припинилися і їх немає протягом 6 мес); опсоменорея - скудні менструації; менорагія - менструальні кров'яні виділення більше 7 днів; поліменорея - рясні менструальні кровотечі більше 7 днів; метрорагія - безпорядні кров'яні виділення, дисфункціональні маткові кровотечі; олігоменорея - нерегулярні менструації з інтервалами між першими днями двох останніх менструацій більше 35 днів; дісменорея або альгоменорея - нерегулярні, болісні менструації. Спадкові захворювання, конституціональні особливості (тучність, подагра, діабет) у батьків і найближчих родичів. Хвороби і причини смерті батьків і близьких родичів. Алергічні реакції на природні, харчові, лікарські речовини.

## РЕЗУЛЬТАТИ ОБ'ЄКТИВНОГО ОБСТЕЖЕННЯ (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)

Цей розділ традиційно починається з оцінки загального стану хворого. Загальний стан хворого: задовільний, середньої тяжкості, важкий. Свідомість: ясна, пригнічена, ступор, сопор, кома, збуджена, ейфорія, марення, галюцинації.

Положення хворого: активне, пасивне, вимушене. Вираз обличчя: спокійний, збуджений, байдужий, страждальний, маскоподібний. Хода: вільна, скута, бадьора, качина, специфічна (геміпарез, паркінсонізм і ін.). Статура: правильна, неправильна. Конституціональний тип (нормостенічний, астеничний, гиперстенічний), зріст, вага. Індекс Кетлі.

Зміни шкіри виявляються при цілій низці ендокринних захворювань, що примушує запідозрити ту або іншу ендокринну патологію вже на початкових етапах огляду.

| Шкіряні прояви ендокринопатій   |   |
|---|---|
| Симптом   | Захворювання  |
| Гіперпигментація, особливо в області лучезапястних суглобів, ареол, геніталій, рубців, слизистих оболонок, долонних складок.  | Хвороба Аддісона<br>Синдром Нельсона<br>Апудома (кортиколиберин/АКТГ-продукуюча пухлина)  |
| "Чорний акантоз" (acanthosis nigricans) - симетрично розташовані ворсинчасті і бородавчасті розростання аспідно-чорного кольору, розташовані в області пахвових западин, промежини) | Ожиріння<br>Синдром полікістозних яєчників<br>Особливі форми цукрового діабету (наприклад, ліпоатрофічний діабет Лоренса)<br>HAIR-AN-синдром (hyperandrogenia+insulinresistance+acanthosis nigricans)<br>Метаболічний синдром (синдром X) |
| "Грязні локті" (симптом Бера)   | Гіпотироз<br>Хвороба Іценко-Кушинга   |
| Депігментація: генералізована або локальна (вітиліго)   | Пангіпопітуїтаризм<br>Часто - при автоімунній Аддісоновій хворобі (в поєднанні з дифузною гіперпигментацією)<br>Дифузний токсичний зоб<br>Гіпопаратироз (автоімунний)   |
| Груба кожа: - суха<br>- сальна, пітна   | Гіпотироз<br>Акромегалія  |
| Стрії:<br>-широкі, багрові, з синцями<br>-вузькі, рожеві або "перламутрові"   | Хвороба (синдром) Іценко-Кушинга<br>Пубертатно-юнацький диспитуїтаризм  |

|  |  |
|--|--|
| Гірсутизм, часто в поєднанні з вульгарними вугрями (acne vulgaris) | Різні форми гіперандрогенії (надниркового та яєчникового генезу)                   |
| Алопеція   | Гіпотироз<br>Гіпопитуїтаризм<br>Вірильний синдром<br>Тиротоксикоз<br>Гіпопаратироз |
| Липоїдний некробіоз, "плямиста голінь", синдром діабетичної стопи  | Цукровий діабет  |

Гіпертрофія і набряклість слизистих оболонок при акромегалії призводять до порушення прохідності носових ходів і навколоносових порожнин. Деструкція дна турецького сідла при пухлинах гіпофіза або деяких формах "порожнього" турецького сідла супроводжується розвитком ліквореї. Втрата нюху типова для синдрому Каллманна (особлива форма гіпогонадотропного гіпогонадизму в поєднанні з гіпо- та аносмією).

Вже при перших словах, які вимовляє хворий, можливо виявити деякі характерні для ендокрінопатій зміни: тихий, хрипкий голос при гіпотирозі через відкладення глікозаміногліканів та набряк голосових зв'язок, баріфонія - низький тембр голосу при вірильному синдромі. При тиротоксичній кризі може бути порушена вимова звуків, що вимагають притиснення язика до неба ("р", "л"); тембр голосу міняється при акромегалії, при якій розширення навколоносових пазух додає йому резонуючий відтінок. При допубертатному розвитку гіпогонадизма тембр голосу у чоловіка залишається високим. Тихий, слабкий голос типовий для аддісонічного і пангіпопитуїтарного кризів. Пігментація слизової оболонки ротової порожнини типова для первинної хронічної надниркової недостатності.

### Система органів дихання

Огляд: форма грудної клітини (нормостенічна, гіперстенічна, астенічна, плоска, паралітична, бочкоподібна і т.д.).

Деформація грудної клітини та хребта. Стан над- і підключичних ямок, положення лопаток. Симетричність дихальних рухів грудної клітини, їх частота, тип дихання (черевний, грудний, змішаний, Чейн-Стокса, Біота, Кусмауля). Задишка, характер (експіраторний, інспіраторний, змішаний, ступінь виразності). Пальпація: резистентність, хворобливість грудної клітини, голосове тремтіння.

Перкусія: порівняльна перкусія легені, визначення зон притуплення, тимпаніту та ін. з вказівкою їх розмірів і точної локалізації, визначення характеру перкуторного звуку (ясний легеневий звук, укорочення, притуплення, тупість, коробковий). Топографічна перкусія проводиться за необхідності.

Результати аускультатії: характер дихання (везикулярне, бронхіальне, жорстке та ін.), хрипи (сухі та вологі - крупно-, середньо- та мілкопухирцеві, звучні, не звучні, крепітація, шум тертя плеври, їх точна локалізація), бронхофонія.

## Серцево-судинна система

Ураження серцево-судинної системи спостерігається при багатьох ендокринопатіях. Одним з ендокринних захворювань, в клінічній картині якого патологія серцево-судинної системи займає ключове місце, є синдром тиреотоксикозу. Так, постійна синусова тахікардія є найчастішим симптомом тиреотоксикозу. Тенденція до збільшення пульсового тиску, підвищення частоти серцебиття при тиреотоксикозі супроводжуються своєрідним відчуттям "підсилення" серцебиття з видимою при огляді пульсацією сонних артерій, черевної аорти (особливо у важких випадках у осіб із значним зниженням маси тіла). При дифузному токсичному зобі та інших формах тиреотоксикозу можливий розвиток миготливої аритмії, що іноді є єдиним проявом захворювання. Наявність миготливої аритмії - одна з найважливіших ознак важкого тиреотоксикозу, її розвиток більш вірогідний при попередньому ураженні міокарду (атеросклероз, вади серця).

Екстрасистолія спостерігається при тиреотоксикозі, але звичайно зустрічається на фоні синусової тахікардії. Екстрасистолія на фоні нормального ритму нетипова для тиреотоксикозу. Пароксизмальна тахікардія (синусова, надшлуночкова, з міграцією водія ритму) характерна для феохромоцитом - пухлина мозкового шару надниркових залоз, що супроводжується масивним викидом в кров катехоламінів. Синусова тахікардія типова для всіх ендокринопатій, що протікають з дегідратацією (декомпенсований гіпокортицизм, діабетичний кетоацидоз). Тахікардію при гіперкортицизмі та цукровому діабеті пояснюють міокардіодистрофією, а також, автономною кардіальною нейропатою з поразкою блукаючого нерва.

Брадикардія характерна для гіпотироза, але не є обов'язковою його ознакою: як на початкових етапах захворювання (внаслідок компенсаторної активації симпатoadреналової системи, іноді з симпатoadреналовими кризами), так і при розвитку мікседематозного серця (недостатність кровообігу) може спостерігатися навіть тахікардія. Постійна артеріальна гіпертензія з високим пульсовим тиском типова для тиреотоксикозу, переважно діастолічна гіпертензія - для гіперальдостеронізму, синдрому Кушинга. Пароксизмальна артеріальна гіпертензія характерна для феохромоцитом.

Артеріальна гіпертензія розвивається внаслідок ураження нирок при цукровому діабеті та гіперпаратирозі. Артеріальна гіпертензія, рівно як і гіпотензія, може спостерігатися при первинному гіпотиреозі. Поєднання гіперліпідемії та артеріальної гіпертензії сприяє розвитку атеросклерозу, інфаркту міокарду, інсульту (ожиріння, первинний гіпотироз, цукровий діабет, синдром Кушинга).

Слід підкреслити, що при первинному гіпотиреозі та синдромі Кушинга реальна частота інфарктів значно нижче, ніж могла би бути, якщо виходити з даних про гіперліпідемію та гіпертензію. Зменшення розмірів серця може бути виявлене при Аддісоновій хворобі, гіпопітуїтаризмі, його збільшення - при гіпотиреозі, а також при всіх ендокринопатіях, що протікають з артеріальною гіпертензією. Збільшення розмірів серця при первинному гіпотиреозі пов'язано не тільки з дилатацією порожнин, але і з накопиченням в порожнині перикарду рідини, збагаченої на білки та глікозаміноглікани.

## Система травлення

Значне зниження апетиту відмічається при гіперпаратирозі, гіпопітуїтаризмі, кетоацидозі, менш виражене - при гіпотиреозі. Одним з найважливіших симптомів гіпокортицизма є зниження апетиту в поєднанні з пристрасстю до солоної їжі. Нудота та блювота характерні для діабетичного кетоацидозу, а також вираженої декомпенсації гіпокортицизма, гіперпаратироза. Підвищений апетит може виявлятися при тиротоксикозі, цукровому діабеті, синдромі Кушинга, інсуліномі. Складніший розлад харчової поведінки відбувається при нервовій анорексії. Затруднення ковтання, переважно твердої їжі, може бути пов'язане з діабетичним кетоацидозом, особливе у дітей, або у хворих з аддисонічним, рідше - тиротоксичним кризом. Великий зоб також може бути причиною дисфагії. Розлиті, невеликої інтенсивності постійні болі в животі достатньо характерні для гіпокортицизма, гіперпаратироза.

Пептичні рецидивуючі виразки з відповідною клінічною симптоматикою характерні для гіперпаратироза, синдрому Золінгера-Елісона і можуть ускладнюватися шлунково-кишковими кровотечами. При ендогенному синдромі Кушинга, всупереч поширеному переконанню, виразкова хвороба зустрічається не частіше, ніж в популяції, хоча при прийомі глюкокортикоїдів у великих дозах можуть виникати стероїдні виразки. Закреп - симптом, що зустрічається при багатьох ендокринних захворюваннях, таких як гіпотироз, гіперпаратироз, гіперальдостеронізм, синдром Кушинга. Нічна діарея може розвинутиися при гастроінтестинальній формі діабетичної автономної невропатії. Постійна діарея наголошується при карциноїдних пухлинах і медулярній карциномі щитоподібної залози, значно рідше - при синдромі Золінгера-Елісона. При тиротоксикозі може спостерігатися частий, погано оформлений стул (гіпердефекація), але не справжня діарея. Значні порушення функції печінки виявляються при вкрай важкому тиротоксикозі. Жирова дистрофія печінки типова для тривалого, декомпенсованого цукрового діабету, екзогенно-конституціонального ожиріння. Рівень ферментів печінки (аланінамінотрансферази, аспартатамінотрансферази, гамма - глутамілтранспептидази) підвищується при тиротоксикозі, гіпотирозі, синдромі Кушинга.

## Сечовивідна система

Полиурія та ніктурія часто спостерігаються у хворих на цукровий і нецукровий діабет, а також при гіперпаратирозі, первинному гіперальдостеронізмі. При діабетичній автономній невропатії виникають полакиурія, нетримання сечі або її затримка, пов'язані з ураженням нервів, що іннервують сечовивідні шляхи. Нетримання сечі та ніктурія типові для постменопаузальних урогенітальних розладів. Піелонефрит надзвичайно поширений у хворих на цукровий діабет, і його загострення можуть супроводжуватися такими важкими ускладненнями, як формування папілярного некрозу нирок або карбункула нирки.

Одним з найчастіших пізніх ускладнень цукрового діабету є діабетична нефропатія. Природжені аномалії сечовивідних шляхів типові для синдрому

Шерешевського-Тернера та інших генетичних синдромів, що супроводжуються ураженням ендокринної системи. Нефролітіаз та нефрокальциноз ускладнюють первинний гіперпаратироз, синдром Кушинга. Рідше камені сечових шляхів зустрічається у хворих з акромегалією, тиротоксикозом.

### **Репродуктивна система**

Статеві розлади (порушення лібідо, еректильна дисфункція) є підставою для ендокринологічного огляду, але лише у невеликого числа хворих з подібними відхиленнями виявляється реальна ендокринна патологія.

Еректильна дисфункція типова для тривало існуючого та декомпенсованого цукрового діабету, ускладненого розвитком автономної невропатії та мікроангіопатії, а також є нерідким симптомом у хворих на гіпокортицизм, гіпопітуїтаризм.

Гіперпролактинемія будь-якої етіології, в т.ч. і лікарська, веде до зниження лібідо у осіб обох статей, аменореї, і безплідності у жінок, до оліго- або азооспермії, а також еректильної дисфункції у чоловіків. Аменорея типова для дісгенезії яєчників, синдромів рефрактерних і виснажених яєчників, синдрому тестікулярної фемінізації (синдрому тотальної нечутливості до андрогенів), природженої дисфункції кори надниркових залоз, гіперпролактинемії.

Аменорея може розвинутиися і при будь-якому ендокринному захворюванні, що не супроводжується первинним ураженням гонад (синдром Кушинга, гіпопітуїтаризм, тиротоксикоз і гіпотироз), психосоматичних захворюваннях, наприклад нервовій анорексії.

Метрорагії (ациклічні маткові кровотечі) типові для гіперестрогенних станів (текома, гранульозоклітинна пухлина яєчників, кортикоестрома, синдром полікістозних яєчників). Ті ж причини, які ведуть до аменореї та олігоменореї, зумовлюють і безплідність.

Під впливом надлишку андрогенів у жінок розвивається вірильний синдром, що включає, окрім комплексу описаних шкірних проявів, зменшення молочних залоз і гіпертрофію клітора. Якщо дія андрогенів на жіночий організм почалася у внутрішньоутробному періоді, зовнішні статеві органи дитини будуть сформовані за чоловічим типом. Статеве дозрівання вважається передчасним, якщо воно почалося у дівчаток до 7 років і у хлопчиків до 9 років. Воно може бути слідством гормонально-активних пухлин, запальних і травматичних уражень головного мозку, конституціональних порушень.

Надмірні розміри грудних залоз у чоловіків можуть бути зумовлені істиною гінекомастією, тобто патологічним або фізіологічним надмірним розвитком залозистої тканини грудної залози. Фізіологічна гіперплазія типова для пубертатного періоду здорових хлопчиків з помірним надлишком маси тіла.

Гінекомастія вважається несправжньою, якщо зумовлена гіперплазією жирової тканини - липомастією, яка спостерігається при багатьох формах ожиріння. Патологічна гінекомастія, з якою достатньо часто доводиться зустрічатися ендокринологу, може бути слідством ендокринних, генетичних і соматичних захворювань. Її причиною є кортикоестроми, рідше змішані пухлини надниркових, або надзвичайно рідко - синдром Кушинга, а також пухлини яєчок або печінки, цироз печінки, тиротоксикоз. Гінекомастія типова для синдрому Рейфенштейна. Вона може розвиватися внаслідок прийому

різних препаратів: естрогену, андрогенів, нейролептиків, хорионічного гонадотропіну, а також наркотичних речовин.

Дуже рідко причиною гінекомастії та/або галактореї у чоловіків є гіперпролактинемія. У жінок надмірне збільшення грудних залоз - гігантомастія (мегаломастія, макромастія) практично ніколи не буває пов'язана з первинною ендокринною патологією, а є віддзеркаленням порушеної рецепції до статевих гормонів і, можливо, соматотропного гормону та пролактину. Описані випадки гігантомастії при первинному гіпотирозі.

Не пов'язана з пологами лакторея звичайно викликана підвищеною (постійною або транзиторною) секрецією пролактіна, але може бути і віддзеркаленням нервово-рефлекторних дій. Гіперпролактинемія з відповідною клінічною симптоматикою може спостерігатися і у хворих з первинним гіпотирозом - синдром Ван-Віка-Хенеса-Роса.

### **Опорно-руховий апарат**

Порушення росту у дітей (різке відставання або, навпаки, прискорення) найчастіше є серйозною ознакою низки захворювань і вимагає консультації ендокринолога. Низькорослість або навіть карликовість спостерігається у дітей при гіпофізарному нанізмі, гіпотирозі, декомпенсованому цукровому діабеті, пангіпопітуїтаризмі, гіперкортицизмі, синдромі Тернера. Є характерною динаміка росту у дітей з природженою дисфункцією кори надниркових залоз: вони народжуються крупними, з довжиною тіла на верхній межі норми, швидко ростуть, випереджаючи однолітків, до 10-12 років, а потім у зв'язку із закриттям зон росту їх зростання припиняється, і зрештою ці хворі залишаються низькорослими, з непропорційно довгим тулубом.

Високорослість типова для гігантизму, що розвинувся внаслідок аденоми гіпофіза, за умов продукції надмірної кількості гормону зростання, а також для первинного гіпогонадізму (наприклад, для синдрому Клайнфельтера є типовою диспропорційна високорослість з надмірною довжиною нижніх кінцівок).

Збільшення м'яких тканин особи, збільшення кистей та стоп, прогнатизм характерно змінюють зовнішність хворих з акромегалією. Втрата кальцію кістковою тканиною (остеопороз, остеопенія) спостерігається при багатьох ендокринопатіях: ендо- і екзогенному гіперкортицизмі, гіперфосфатазії дорослих, гіпогонадізму, дісгенезії гонад, в постменопаузальному періоді, при тривалому тиротоксикозі, ускладненому цукровому діабеті.

Укорочення IV п'ясткових кісток типове для псевдогіпопаратирозу та синдрому Тернера.

При гіперпаратирозі порушення структури кістки мають широкий спектр: від вираженого фіброзно-кістозного остеїта з множинними переломами до дифузного остеопорозу. При акромегалії надмірне зростання кістки з руйнуванням суглобової поверхні веде до артритів. Катаболізм кістки в поєднанні з невропатією нижніх кінцівок є однією з причин формування суглоба Шарко при цукровому діабеті (синдром діабетичної стопи).

Міопатичні синдроми та порушення моторної функції можуть спостерігатися при тиротоксикозі, гіпотирозі, гіперкортицизмі, порушеннях фосфорно-кальцієвого обміну. При тиротоксикозі особливо помітна слабкість м'язів тазового поясу і стегон, що супроводжується м'язовою атрофією, рідше

атрофуються м'язи плеча і передпліч. Тиротоксична артропатія розвивається як в результаті порушення обміну білків кістки, так і, можливо, внаслідок супутніх імунних змін. При гіпотирозі може бути міопатія без атрофії м'язів, але може спостерігатися і гіпертрофічна міопатія (синдроми Хоффмана, Дебре-Семеленя). Для міопатії при гіперкортицизмі, тривало існуючій акромегалії характерна слабкість, переважно проксимальної мускулатури. Атрофія м'язів можлива і при гіперпаратирозі, гіпофосфатемічному рахіті, остеомалачії. М'язова слабкість через дефіцит статевих гормонів спостерігається при різних формах гіпогонадізма. Епізодичні напади м'язової слабкості спостерігаються при первинному гіперальдостеронізмі, синдромі Бартера, рідше - при тиротоксикозі. Локальна атрофія м'язів може спостерігатися при цукровому діабеті.

Хайропатія - ураження суглобів кистей - типова для цукрового діабету 1 типу.

### **Центральна і периферична нервова система**

Пухлина гіпофіза, яка росте, справляє тиск на тверду мозкову оболонку, зумовлює головний біль, який може припинитися після розриву останньої. Стиснення пухлиною, що росте, зорового перехрестя веде до формування так званого хіазмального синдрому. Рідше, при пошкодженні або стисненні гіпоталамуса, можуть з'являтися сонливість, гіперфагія, спрага, поліурія, гіпертермія. При фронтальному зростанні пухлини можлива поява епілепсії, при поразці ольфакторного тракту -аносмія, при рості пухлини у бік кавернозних синусів уражаються III - VI пари черепних нервів, що призводить до птозу, діплопії, офтальмоплегії, зниження слуху.

Гостро виникаючий головний біль в поєднанні з хіазмальним синдромом зустрічається при крововиливі в гіпофіз. Внутрічерепна гіпертензія та синдром "порожнього" турецького сідла супроводжуються постійними головними болями, запамороченням. Судорожний синдром спостерігається при гіпопаратирозі, гіпоглікемії, гіпотирозі, Аддісоновій хворобі, гіпопітуїтаризмі, синдромі неадекватної секреції АДГ. При гіпопітуїтаризмі та гіпотирозі можуть розвиватися депресії та іноді психози з галюцинаціями, параноїдною поведінкою, деменцією. Розвиток психозу можливий при гіпер- і гіпокортицизмі, тиротоксикозі. Депресія, загальмованість, емоційна нестійкість, ейфорія можливі при гіперкортицизмі, загальмованість типова для гіпотироза; виражені іпохондричні риси набувають хворі з гіпопаратирозом. Невропатія - одне з найпоширеніших хронічних ускладнень цукрового діабету; частіше спостерігають поліневропатії. Збільшення часу розслаблення м'язів (уповільнення рефлексів) типове для гіпотироза, Аддісонової хвороби та синдрому неадекватної секреції АДГ. Зрідка скороминущі невропатії відзначають при інсуліномах. Дистальна частина серединного нерва здавлюється на рівні зап'ястка потовщеною (при акромегалії) або набряклого (через надлишок глікозаміногліканів при гіпотирозі) сполучною тканиною, що веде до формування карпального тунельного синдрому, що виражається в онімінні, кольках та болю в 2\3 долонній поверхні пальців з боку променевої кістки. Може формуватися порушення відведення і зіставлення великого



пальця. Рідкісним ускладненням тиротоксикозу є тиротоксичні парези і паралічі.

Метаболічні та судинні зміни в корі великого мозку в поєднанні з прямим впливом низки гормонів на центральну нервову систему ведуть до формування енцефалопатії - тиротоксичної, діабетичної, стероїдної.

### Зміни зору та слуху

Більшість ендокринних захворювань супроводжується змінами функції органа зору.

| Зміни функції органу зору при ендокринопатіях               |   |
|---|---|
| Симптом   | Захворювання (стан)   |
| Біль в очних яблуках  | Ендокринна офтальмопатія<br>Глаукома\іридоциклит при ЦД,<br>Гіперкортицизм                                      |
| Гостра міопія   | Гіперглікемія   |
| Гіперметропія (гостра, переходяча)                          | ЦД на початку цукрознижувальної терапії   |
| Стійке зниження зору внаслідок:                             |   |
| • діабетичної проліферативної ретинопатії                   | Тривало існуючий, декомпенсований ЦД  |
| • пігментної атрофії зорових нервів                         | Синдром Лоренса-Муна-Барде-Бідля  |
| • атрофія зорового нерва від здавлення                      | пухлини гіпофіза з супраселлярним ростом; супраселлярні позагіпофізарні пухлини; тяжка ендокринна офтальмопатія |
| Бітемпоральна геміанопсія, асиметричні порушення полів зору | Пухлини з супраселлярним ростом   |
| Гемералопія (сутінковий зір)                                | Гіпотироз   |
| Катаракта, помутніння кришталика                            | Цукровий діабет<br>Гіпопаратироз<br>Гіпотироз   |
| Крововилив в скловидне тіло                                 | Цукровий діабет   |
| Периорбітальний набряк м'яких тканин                        | Ендокринна офтальмопатія<br>Гіпотироз<br>Акромегалія  |
| Хемоз кон'юнктиви, припухлість вік                          | Ендокринна офтальмопатія  |
| Збільшення слізозних залоз                                  | Акромегалія   |
| Випадіння волосся в області латеральних ділянок бровей      | Гіпотироз<br>Гіпопаратироз  |

|   |  |
|---|--|
| Тотальне випадіння бровей                             | Гіпопаратироз  |
| Офтальмоплегія, диплопія                              | Гіпопаратироз<br>Пухлини гіпофіза, які ростуть в кавернозні синуси<br>Ендокринна офтальмопатія<br>Злоякісна міастенія<br>Діабетична офтальмоплегія з ураженням III та IV пар черепних нервів<br>Інсулінома |
| Різде випинання очного яблука (екзофтальм)            | Ендокринна офтальмопатія   |
| Кератит, кератокон'юнктивит                           | Ендокринна офтальмопатія<br>Цукровий діабет<br>Гіперпаратироз  |
| Кальцінати в тканинах вік та в бульбарній кон'юнктиві | Гіперпаратироз   |
| Ангіопатія  | Акромегалія<br>Первинний гіперальдостеронізм<br>Синдром Кушинга  |
|   | Феохромоцитома<br>Цукровий діабет  |
| Набряк диска зорового нерва                           | Ендокринна офтальмопатія<br>Гіпопаратироз<br>Синдром "порожнього" турецького сідла<br>Феохромоцитома   |
| Глаукома  | Цукровий діабет<br>Ендокринна офтальмопатія (рідко)<br>Йод-дефіцитний стан<br>Постменопауза (внаслідок кохлеарного неврита)  |

Одна з рідкісних природжених форм ензімопатій - зоб Пендера - характеризується поєднанням гіпотироза і туговухості. Зниження слуху також типове для дітей, внутріутробний розвиток яких проходив в умовах вираженого йодного дефіциту.

### Ендокринна система

#### • Гіпоталамус. Гіпофіз

Курація і оформлення історії хвороби пацієнта із захворюванням гіпоталамо-гіпофізарної системи мають свої особливості. На відміну від щитоподібної залози та яєчок, гіпофіз і гіпоталамус не доступні пальпаторно-візуальному дослідженню. Проте порушення діяльності цих залоз призводять до виникнення яскравої і різної симптоматики, а виявлення змін величини і форми досягаються за допомогою сучасних інструментальних і лабораторних

досліджень (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, визначення рівня тропних гормонів та ін.).

Вплив різних патогенних чинників на гіпоталамус, гіпофіз призводить до зміни їх інкреторної і регулюючої функції, а ці порушення викликають дисфункцію периферичних ендокринних залоз (щитоподібна залоза, надниркові, гонади). При цьому виникають клінічні синдроми (симптомокомплекси) гіпо- або гіперфункції периферійних залоз. Особливості хвороби гіпоталамо-гіпофізарної системи полягають в тому, що може випадати або знизитись функція однієї залози (гіпопітуїтаризм) або декількох залоз (пангіпопітуїтаризм).

При курації хворого з передбачуваним захворюванням гіпоталамо-гіпофізарної системи студент проводить цілеспрямований пошук по виявленню ендокринної недостатності або гіперфункції периферійних залоз.

#### • **Щитоподібна залоза.**

При захворюваннях залози вона може збільшуватися (зоб) або зменшуватися (гіпоплазія) в розмірах. Пальпація застосовується в першу чергу для дослідження щитоподібної залози. Після орієнтовної пальпації, яка дає уявлення про густину органу, характер його поверхні, наявність вузлів, переходять до спеціального пальпаторного дослідження. Досліджуючий поміщає чотири зігнуті пальці обох рук глибоко за задні краї грудино-ключично-сосцевидного м'яза, а великий палець - за передні краї цих м'язів. Під час пальпації залози хворому пропонують виробляти ковтальні рухи, при яких щитовидна залоза рухається разом з гортанню і переміщається між пальцями досліджуючого. Цей метод пальпації дозволяє знайти навіть невеликі зміни в розмірах щитовидної залози, які не уловлюються при звичному обмацуванні, а також визначити рухливість залози при ковтанні і механічному зсуві, наявність і відсутність пульсації, болючості. Полегшити пальпацію однієї бічної частки можливо шляхом натискання на щитоподібний хрящ з протилежної сторони. Перешийок щитоподібної залози досліджують за допомогою ковзаючих рухів пальців по його поверхні в напрямі зверху вниз, до рукоятки грудини. Якщо вузли, визначувані на поверхні щитоподібної залози лежать за верхнім відділом рукоятки грудини, необхідно ввести пальці досліджуючої руки за *juguli sternum* і при зсуві щитоподібної залози під час ковтання спробувати визначити верхній полюс вузла, його форму і консистенцію. Для динамічного спостереження за збільшеною щитоподібною залозою мають значення її розміри. Визначається її поперековий розмір, коло ший і величина окремих вузлів. При вимірюванні кола ший один з кінців сантиметрової стрічки фіксують на остистому відростку VII шийного хребця, а спереду стрічку поміщають на найбільш виступаючу частину залози. При вимірюванні поперекового розміру передньозовнішньої поверхні щитоподібної залози вимірювальну стрічку поміщають за зовнішніми задніми краями грудино-ключично-сосцевидного м'яза і розташовують її над передньою поверхнею щитоподібної залози.

При аускультатії у хворих на тиротоксикоз можна вислухати над збільшеною щитоподібною залозою тони і шуми, зумовлені прискореним потоком крові і посиленням кровопостачанням залози.

При описі властивостей щитоподібної залози необхідно відзначити її консистенцію (м'яка, еластична, щільна, дерев'яної щільності), характер поверхні (рівна, нерівна, горбиста, з вузловими утвореннями), болючість або її відсутність. Вельми важливий в діагностичному відношенні опис рухливості вузлів, спаяність з навколишніми тканинами. Вказується наявність лімфовузлів ший, стан шкіри над щитоподібною залозою, особливе при її болючості (почервоніння, набряк, гаряча на дотик та ін.).

Виявлення екзофтальму вимагає опису його виразності, характеру (одно-, двосторонній), наявності набрякості, рухливості очних яблук, обмеження їх рухливості.

### • Паращитоподібні залози.

Фізикальне обстеження хворих з порушенням функції паращитоподібних залоз вимагає окремого розгляду.

Огляд і пальпація області ший дуже рідко можуть виявити пухлину паращитоподібної залози (паратирому). Частіше у хворих з паратиреоїдною патологією виявляються післяопераційні рубці у області ший. При огляді звертають увагу на порушення зросту та маси тіла, зміни стану шкіри, її кольору ("землистий" колір при псевдогіпопаратирозі), наявність деформацій скелета, змін ходи ("качина хода" характерна при гіперпаратирозі та остеомалаяції). Низький зріст та округле обличчя характерне для псевдогіпопаратироза. Навіть при легких формах його при огляді можна виявити скорочення п'ясткових кісток або фаланг пальців. Перкусія по кістці в області кіст викликає специфічний "кавуновий" звук.

Ці залози (від 2 пар і більше) через малі розміри (діаметр до 5 мм) пальпаторно не визначаються. Їх локалізацію збільшені розміри виявляють за допомогою УЗІ, МР-томографічного і КТ-дослідження паращитоподібних залоз. Проте про порушення функції цих залоз судять не тільки по рівню паратгормона, кальцію та ін., але і ряду загальноклінічних ознак. При цьому визначають наявність м'язової гіпотонії, гіпертонусу, підвищення збудливості, нервово-м'язової збудливості, судорожні сипання, тонічні судоми.

Трофічні зміни нігтів, волосся, ламкість зубів, деформація кісток.

В історії хвороби хворого з гіпопаратирозом обов'язковим є визначення симптомів Хвостека, Труссо, Вейса, Шлезінгера, Гофмана.

### • Надниркові залози

У хворих з гіперфункцією надниркових залоз виявляється диспластичний розподіл жирової клітковини (андроїдний, гіноїдний). Наявність «жирового горбка» в області 7 шийного хребця.

Матронізм: округле, багряно-червоне, нерідко з ціанотичним відтінком обличчя, облісіння, гіпертрихоз, гірсутний синдром, які часто виявляються у хворих з гіперфункцією надниркових залоз (їх пухлинах, хворобі Іценко-Кушинга і ін.).

Особливості статури: вірілізація, фемінізація.

Гіперпігментація (меланодермія), депігментація (вітиліго), характер, локалізація, особливості. Пігментні плями на слизових оболонках роту.

Мармуровість, ціаноз шкіри; вугрі, крововиливи (локалізація, розповсюдженість). Стрії: характер (локалізація, колір, розміри).

### ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ

Формулювання попереднього діагнозу просте та лаконічне. Вона базується на аналізі викладених скарг, анамнезу та низки об'єктивних даних, отриманих при проведенні загально клінічних досліджень, (терапії ex juvantibus).

Іноді попередній діагноз може носити гіпотетичний характер та закінчуватися знаком питання. За можливості в попередньому діагнозі може зазначатися (без обґрунтування) форма, фаза, стадія, перебіг захворювання та ін.

Вже перше спілкування з хворим надає повне уявлення про анамнез, об'єктивний статус, результати обстежень, викладених в об'ємній амбулаторній карті та лікарняній історії хвороби. В такому разі попередній діагноз мало чим буде відрізнятися від заключного клінічного.

### ПЛАН ОБСТЕЖЕННЯ

Виходячи з попереднього діагнозу, студент призначає індивідуальний перелік необхідних обстежень хворого і консультації других фахівців.

Додаткові методи обстеження мають бути направлені на вирішення питань діагностики, функціонального стану органів і систем, залучених в патологічний процес, ступені активності захворювання, локалізації патологічного процесу, його протяжності та розповсюдженості.

У викладеному плані необхідних обстежень не всі можуть бути проведені в силу низки причин. Наприклад, у хворого з тиротоксичною аденомою і підозрою на дифузно-вузловий токсичний зоб необхідно крім визначення рівня тиреоїдних гормонів ще й результат УЗД або сканування залози. Однак до моменту закінчення курації це дослідження або другий функціональний тест не проведено. В такому разі в плані обстеження треба пояснити, для чого потрібний той тест та яке він має значення щодо діагностики, лікувальної тактики або оцінки ефективності лікування.

#### **План лабораторних та інструментальних методів дослідження:**

Клінічний аналіз крові кожні 7-10 днів; загальний аналіз сечі кожні 7-10 днів; кал на яйця гельмінтів; дослідження крові на СНІД, сифіліс; визначення групи крові і резус-фактора; цукор крові; флюорографія грудної клітини (якщо на протязі останнього року не проводилася); електрокардіограма; зважування хворих кожні 10 днів).

#### **Перелік спеціальних лабораторних та інструментальних досліджень, які необхідно провести при виявленій у хворого ендокринної патології**

| Патологія       | Перелік досліджень   |
|-----------------|--|
| Цукровий діабет | Аналіз крові та сечі на глюкозу, глікемічний профіль, глікозильований гемоглобін, С-пептид, інсулін, печінкові проби, проба Реберга, ліпидограма, аналіз сечі на ацетон, на мікроальбумінурію, реовазографія, капіляроскопія, консультація окуліста, невропатолога |
| Патологія       | Аналіз крові на тиреоїдні гормони (вільний Т3, вільний   |

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| щитоподібної залози              | T4), ТТГ, антитіла до ТГ та ТПО, кальцитонін, електроліти крові, УЗД щитоподібної залози, при наявності показань – тонкоголковка пункційна біопсія утворень щитоподібної залози, ліпідограма, екскреція йода з сечею, консультація окуліста, невропатолога  |
| Патологія паращитоподібних залоз | УЗД паращитоподібних залоз, кальцій, фосфор крові та сечі, лужна фосфатаза крові, паратгормон, протеїнограма, добова протеїнурія, білок Бен Джонса в сечі, рентгенографія кистей, трубчастих костей, денситометрія, ТАПБ новоутворень.  |
| Акромегалія                      | Рівень СТГ, ТТГ, пролактин, глюкоза крові, ЕЕГ. Рентгенографія черепа, КТ, МРТ головного мозку, консультація окуліста, невропатолога, нейрохірурга.   |
| Хвороба Іценко-Кушинга           | Рівень кортизолу, АКТГ крові, по показанням – пролактин крові, 11-ОКС, 17-ОКС, 17-КС добової сечі, протеїнограма, ліпідограма, електроліти крові, креатинін, коагулограма, рентгенографія черепа, КТ и МРТ головного мозку, УЗД надниркових залоз. Денситометрія. Консультація окуліста, невропатолога. |
| Нецукровий діабет                | Аналіз сечі за Зимницьким, ЕЕГ, Ехо-ЕГ, електроліти крові, коагулограма, вазопресин, ренін, альдостерон крові, рентгенографія черепа, КТ та МРТ головного мозку. Консультація окуліста, невропатолога.  |
| Хвороба Аддісона                 | Електроліти крові, ліпідограма, сечовина, креатинін, білки крові, АКТГ, кортизол, 11-ОКС, 17-ОКС, 17-КС добової сечі, ЕЕГ, Ехо-ЕГ. Консультація окуліста, невропатолога.  |
| Пангіпопітуїтаризм               | Аналіз сечі за Зимницьким, ЕЕГ, Ехо-ЕГ, електроліти крові, протеїнограма, креатинін, сечовина, ліпідограма. ТТГ, АКТГ, ЛГ, ФСГ, кортизол, вільний Т4, 11-ОКС, 17-ОКС, 17-КС добової сечі, ЕЕГ, Ехо-ЕГ. Консультація окуліста, невропатолога.  |
| Феохромоцитома                   | УЗД, КТ, МРТ надниркових залоз, катехоламіни добової сечі, ванілилмигдалева кислота сечі. Консультація окуліста, невропатолога, кардіолога  |

## РЕЗУЛЬТАТИ ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ, КОНСУЛЬТАЦІЙ СПЕЦІАЛІСТІВ

В цьому розділі приводяться результати лабораторних, рентгенологічних та інших методів дослідження з обов'язковою їх оцінкою при наявності їх патологічних змін. Приводяться консультації інших фахівців.

Якщо якісь дослідження проводилися багаторазово, в історію вносять два-три дослідження, які найбільш характерно відображають динаміку патологічного процесу.

Дані консультації окуліста, невропатолога та ін. фахівців, як і результати УЗД щитоподібної залози, надниркових залоз і др. спеціальні дослідження

переносяться з амбулаторної карти хворого з зазначенням дати проведення.

## ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТ

В температурному листі куратор помічає: температуру хворого, пульс, АД (графіки); діурез.

## ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА

Диференціальна діагностика проводиться шляхом порівняння найбільш важливих симптомів основного захворювання хворого під час курації з подібними ознаками при других захворюваннях.

Цей розділ починається з обґрунтування вибору захворювання, з яким буде проводитись диференціація. Спочатку описуються загальні прояви хвороби пацієнта під час курації з подібним захворюванням. В подальшому проводиться порівняння кожного симптому у даного хворого з подібним симптомом при другому захворюванні з відображенням особливостей (розбіжностей) їх проявів.

Необхідно враховувати відсутність тих симптомів у хворого при курації, які є характерними для другого захворювання, та навпаки, наявність тих симптомів, які не характерні для другого захворювання.

Іноді навпаки, спостерігається недооцінка або навіть ігнорування загальноклінічної симптоматики, а основою обґрунтування діагнозу стають спеціальні методи досліджень. Це характерно при курації хворих з дифузним токсичним зобом з невеликим ступенем збільшення залози і легкими проявами її гіперфункції. Під час написання історії хвороби в таких випадках треба обґрунтовано та аргументовано виключити захворювання, які мають подібну клінічну симптоматику - ревматизм, нейроциркуляторну дистонію, тиреоїдит та ін. Це здійснюється на підставі аналізу загальноклінічної симптоматики, використовуючи результати спеціальних методів дослідження.

Серйозну увагу слід приділяти обґрунтуванню ступеня тяжкості захворювання, стану компенсації, типу діабету та інших компонентів клінічного діагнозу.

Закінчується цей розділ історії хвороби розвернутим формулюванням клінічного діагнозу, супутніх захворювань. Обґрунтування супутніх хвороб не проводиться.

Диференціальна діагностика проводиться в тому ж порядку, в якому проводилося обстеження хворого: на початку порівнюються скарги, потім данні анамнезу захворювання та життя, результати об'єктивного обстеження і, нарешті, додаткових методів дослідження, які підтверджують дане захворювання.

**Примітка:** використовують тільки ті симптоми і результати додаткових методів дослідження, які є у даного хворого.

## **ЗАКЛЮЧНИЙ КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ ТА ЙОГО ОБГРУНТУВАННЯ.**

Традиційно обґрунтування клінічного діагнозу проводиться на підставі скарг, анамнезу даних об'єктивного огляду, клініки. Приводиться посилення на попередній діагноз і диференціальну діагностику: в подальшому використовуються дані додаткових методів дослідження, які підтверджують дані захворювання.

Однак, найголовніше в лікарняній практиці, це вміння клінічно мислити. Обґрунтування клінічного діагнозу - це етап до формування клінічного мислення. При описі цього розділу студент констатує факти: «на підставі скарг, об'єктивного обстеження, результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження, які підтверджують дане захворювання», а потім виставляє заключний діагноз. Залишається незрозумілим, на якій підставі виставлені: тяжкість захворювання, перебіг хвороби, стадія, стан компенсації. Тому студент повинен постійно ставити собі питання — чому? Наприклад, чому цукровий діабет, чому тип 1, чому середня тяжкість і т.д. ?

Необхідно обґрунтовувати кожне положення діагнозу. Крім того, слід роздільно проводити обґрунтування основного діагнозу, його ускладнень та супутніх діагнозів. Розгорнутий клінічний діагноз формується у відповідності з вимогами класифікацій, затверджених МОЗ України, ВООЗ або з'їздами лікарів.

## **ЕТІОЛОГІЯ ТА ПАТОГЕНЕЗ**

Куратор описує основні етіологічні фактори і ланки патогенезу захворювання у хворого при курації.

## **ЛІКУВАННЯ**

Викладають сучасні принципи лікування основного захворювання по наступному плану: режим; дієта; психотерапія. Медикаментозне лікування; фізіотерапія; лікувальна фізкультура та масаж; санаторно-курортне лікування; оперативне лікування (показання); диспансерне спостереження і протирецидивна терапія.

Описати механізм дії лікарських препаратів, рекомендованих хворому під час курації, їх разові та добові дози, тривалість курсу лікування.

Обґрунтувати індивідуальне лікування хворому, виписати рецепти.

## **ПРОГНОЗ ТА ЕКСПЕРТИЗА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ**

Прогноз обґрунтовується по відношенню до захворювання, життя або працездатності. Прогноз може бути сприятливим, сумнівним та несприятливим.

Прогноз по відношенню до захворювання вважається сприятливим, якщо має місце впевненість, що у хворого наступить видужання; сумнівний - якщо немає впевненості в повному видужанні та несприятливим - якщо захворювання невиліковне та має хронічний прогресуючий перебіг.

Прогноз по відношенню до життя може бути сприятливим в тому разі, якщо хворому не погрожують ускладнення, небезпечні для життя; сумнівним – якщо при певних умовах у хворого (з урахуванням його віку, перебігу захворювання, прогресування, ускладнень, ефективності лікування та ін.) може наступити летальний випадок та несприятливий - якщо у хворого летальний



випадок неминучий.

Прогноз по відношенню до працездатності вирішується в плані тимчасової та стійкої її втрати (групи інвалідності) з урахуванням ступеня функціональних порушень та професії хворого.

## ЩОДЕННИК

### Оформлення щоденника:

Дата                      Стан хворого                      Призначення

В розділі "Стан хворого" надається оцінка загального стану хворого, описуються скарги, об'єктивні дані з акцентом на патологічні зміни в органах; в подальші дні відображається динаміка перебігу хвороби.

В розділі "Призначення" вказується режим, дієта, проведене лікування, зміни в терапії, необхідні додаткові дослідження.

## ВИПИСНИЙ ЕПІКРИЗ

Епікриз - заключна частина історії хвороби. Це короткий висновок лікаря про суть захворювання, його причини, перебігу хвороби та результатах лікування, стану хворого на момент складання епікризу, висновку щодо прогнозу захворювання, працездатності, подальшого режиму, лікування та профілактики рецидивів захворювання.

У епікрizi стисло висловлюється паспортна частина, скарги хворого і їх характеристика, історія розвитку захворювання, історія життя хворого (факти, що мають відношення до даного захворювання), клінічні ознаки хвороби, основні дані лабораторних і інструментальних досліджень, що підтверджують діагноз. Потім ставиться діагноз і проводиться лікування (разові та добові дози вживаних препаратів), результати терапії, зміни в стані хворого за час лікування. Результати захворювання (повне одужання, неповне одужання, незначне погіршення, стан без змін, перехід з гострого захворювання в хронічне, погіршення стану, смерть).

При виписці хворого необхідно визначити прогноз відносно одужання, дати оцінку працездатності з урахуванням його професії і місця роботи (працездатний, обмежено працездатний, показаний переклад на легшу роботу, необхідний переклад на інвалідність, група інвалідності), рекомендації відносно подальшого диспансерного спостереження, лікування і профілактики рецидивів хвороби, санаторно-курортного лікування.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

У цьому розділі вказуються літературні джерела, використані при написанні історії хвороби згідно загальноприйнятих бібліографічних стандартів (з вказівкою прізвища і ініціалів авторів в алфавітному порядку, назви роботи, джерела, року і місця видання, сторінок).

Підпис студента

Дата

## МЕТОДИКА ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ

**Диференційний діагноз – це процес порівняння даного клінічного випадку з різними нозологічними формами з метою виключення інших можливих захворювань у конкретного хворого.**

**Диференційна діагностика** - це метод встановлення діагнозу. Вона починається з першого погляду на хворого і продовжується поки хворий знаходиться під спостереженням лікаря. Діагностичні робочі гіпотези в ході дослідження хворого повинні змінювати одна іншу до тих пір, поки остання з них не стане обґрунтованим діагнозом.

**Основою диференційної діагностики є виділення провідного синдрому або симптому.** За провідний симптом або синдром слід вважати ті патологічні прояви, які виступають на перший план в клінічній картині, визначаючи її тяжкість, небезпеку для життя і, як правило, патогенетично пов'язані з суттю захворювання. Для уміння виділити домінуючий синдром необхідні знання головних ознак і закономірностей перебігу багатьох хвороб. При виявленні у хворого декількох важливих синдромів або симптомів кожен з них може стати підставою для самостійного діагностичного аналізу.

Провідними синдромами можуть бути: кардіалгії, артеріальна гіпертензія, бронхообструктивний, нефротичний, анемічний, гарячковий, суглобовий, геморагічний, набряковий синдроми, жовтяниця, застійна серцева, гостра або хронічна ниркова недостатність, аритмія, шуми в серці, біль в животі та інші.

**Після виділення провідного синдрому лікар включає в діагностичний процес всі захворювання, що мають схожу клінічну картину.** Насамперед мають бути узяті захворювання найбільш вірогідні за частотою, потім всі можливі, включаючи найрідші. В учбовій історії хвороби роблять наступний запис (як приклад): "У куріруемого хворого провідним синдромом є поліартрит, який може бути при наступних захворюваннях: ревматизм, ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак і так далі".

**Відповідальним моментом в диференціальній діагностиці є порівняння випадку, що вивчається, з кожним з можливих захворювань.**

Виключення синдромоподібного захворювання відбувається при знаходженні відмінностей або протиріч на підставі одного з наступних принципів диференціальної діагностики:

- принцип суттєвої відмінності у зв'язку з відсутністю у куріруемого хворого симптомів і ознак, характерних для порівнюваного захворювання;
- принцип суттєвої відмінності у зв'язку з наявністю у куріруемого хворого симптомів і ознак, яких немає при порівнюваному захворюванні;
- принцип виключення через протилежність. Спостережуваний випадок немає захворювання, з яким ми порівнюємо, оскільки при останньому постійно зустрічається симптом прямо протилежний даному випадку;
- принцип виключення через неспівпадання характеру симптомів, неспівпадання (кількісне або якісне) ознак.

Ці чотири основні принципи повинні застосовуватися в процесі проведення диференціальної діагностики і виключення різних захворювань шляхом порівняння їх з клінічною картиною, що є куріруемого у хворого.

**Наступний етап діагностичного процесу** - встановлення клінічного діагнозу на підставі синтезу результатів проведеного клінічного обстеження і диференціального діагнозу. При формуванні клінічного діагнозу необхідно дотримуватися нозологічного принципу діагностики.

**Нозологічна хвороба** - це структурно-функціональне пошкодження, що має визначені етіологію, патогенез або характерну клініко-анатомічну картину, створює загрозу працездатності і життю, вимагає лікування, і що виділяється в самостійну статистичну рубрику на даному етапі розвитку медицини і охорони здоров'я в цілях вивчення захворюваності, смертності і підвищення ефективності профілактики і лікування.

**Клінічний діагноз** - це повноцінний, отриманий в ході диференціального діагнозу суб'єктивний висновок, про суть захворювання і стан хворого.

Клінічний діагноз має бути поставлений в терміни, що не перевищують 3 діб перебування хворого в стаціонарі, вноситься на титульний лист з вказівкою дати його установки і підпису лікаря, що встановив діагноз. Дата установки клінічного діагнозу і дата його обґрунтування в історії хвороби повинні збігатися.

Якщо діагноз не викликає сумніву вже при первинному обстеженні хворого (особливо у випадках частой госпіталізації хворого в дане відділення), то клінічний діагноз можна обґрунтувати і сформулювати в день надходження хворого в стаціонар. Обґрунтування повинне проводитися відповідно кожному фрагменту сформульованого діагнозу.

**Основним вважається захворювання**, яке само по собі або через свої ускладнення зявилося приводом для звернення за медичною допомогою, стало причиною госпіталізації і (або) смерті. Як основне захворювання повинна фігурувати певна нозологічна одиниця.

**До "ускладнень" відносяться** ті патологічні процеси, які патогенетично безпосередньо пов'язані з основним захворюванням, хоча у ряді випадків можуть мати іншу етіологію (наприклад, перитоніт при перфоративній виразці шлунку).

**"Супутні захворювання"** не пов'язані безпосередньо з основним захворюванням і не впливають на його розвиток і перебіг.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### Основна

1. Алгоритми в практиці гастроентеролога / за ред. О. Я. Бабака. – Київ : Бібліотека «Здоров'я України», 2015. – 162 с.
2. Ткач С. М. Современные подходы к диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* в Украине в свете Маастрихтского консенсуса V / С. М. Ткач // Здоровье Украины. – 2017. - № 2 (44). – С. 7.
3. Соловьева Г. А. От Маастрихтского консенсуса I до Маастрихтского консенсуса V: обзор последних рекомендаций (Часть 2) / Г. А. Соловьева // Укр. мед. вісн. = Therapia = Терапія. - 2017. - N 4. - С. 9-12.
4. Ткач С. М. Современные подходы к классификации, диагностике и ведению больных с хроническим гастритом в свете международного Киотского консенсуса / С. М. Ткач // Сучасна гастроентерологія = Contemporary Gastroenterology : наук.-практ. журн. - 2016. - N 1. - С. 110-116.
5. Ткач С. М. Римские критерии IV функциональных гастроинтестинальных расстройств: что нового в последней версии / С. М. Ткач // Сучасна гастроентерологія = Contemporary Gastroenterology. - 2016. - N 4. - С. 116-122.
6. Майданник В. Г. Римські критерії IV (2016): Що нового? / В. Г. Майданник // Міжнар. журн. педіатрії, акушерства та гінекології = Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии = International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology. - 2016. - Т. 10, N 1. - С. 8-18.
7. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії : довід.-посіб. / за ред. Ю. М. Мостового. - 18-е вид., допов. і переробл. - К. : Центр ДЗК, 2015. - 680 с.
8. Эндокринология : учеб. для студ. высш. мед. учеб. заведений / П. Н. Боднар [и др.] ; под ред. П. Н. - Вінниця : Нова книга, 2016. - 488 с.
9. Сміян С. І. Основи внутрішньої медицини : ендокринологія, гастроентерологія, гематологія, пульмонологія. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2015. - 474 с.
10. Швед М. І. Основи внутрішньої медицини : посіб. для студентів IV-V курсів медичного факультету / М. І. Швед. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2015. - 828 с.
11. Єпішин А. В. Невідкладні стани у практиці терапевта і сімейного лікаря : посіб. / А. В. Єпішин. - Тернопіль : Укрмедкнига, 2016. - 380 с.
12. Передерій В. Г., Основи внутрішньої медицини : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. У 3-х т. / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. - Вінниця : Нова книга, 2009.
13. Внутрішня медицина : підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. У 3 т. / К. М. Амосова, О. Я. Бабак, В. М. Зайцева [та ін.]; за ред. К. М. Амосової. - К. : Медицина, 2008
14. Пропедевтика внутрішньої медицини : підруч. для студ. вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації / Ю. І. Децик [та ін.] ; за ред. проф. О. Г. Яворського. - Вид. 4-те випр. і доп. - К. : ВСВ Медицина, 2016. - 552 с.

15. Практикум з внутрішньої медицини : навч. посіб. / К. М. Амосова [та ін.]. – К.: Український медичний вісник, 2012. – 416 с.
16. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения : справочное издание / под ред. О. Я. Бабака, Н. В. Харченко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Київ : Доктор-Медіа, 2007. - 308 с.
17. Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації : Наказ МОЗ України № 455 від 02.07.2014 р.
18. Гострий коронарний синдром без елевації сегмента st. Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Наказ МОЗ України № 164 від 03. 03. 2016
19. Стабільна ішемічна хвороба серця. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Наказ МОЗ України № 152 від 02.03.2016.
20. Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 613 від 03.09.2014 р.
21. Хронічний панкреатит Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації : Наказ МОЗ України № 638 від 10.09.2014 р.
22. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Аутоімунний гепатит». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит» : Наказ МОЗ України №826 від 06.11.2014 р.
23. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 943 від 31 жовтня 2013 р.
24. Диспепсія. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 600 від 03.08.2012.
25. Вірусний гепатит С. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям : Наказ МОЗ України № 723 від 04.11.2015.
26. Хронічне обструктивне захворювання легені. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації : Наказ МОЗ України № 555 від 27 червня 2013 р.
27. Бронхіальна астма. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 868 від 08 жовтня 2013 р.
28. Кашель у дорослих. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 8 червня 2015 р. № 327.
29. Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної

(високоспеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 866 від 08 жовтня 2013 р.

30. Хронічний лімфоїдний лейкоз. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 808 від 4 листопада 2014 р.
31. Множинна мієлома. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 710 від 02.11.2015
32. Хронічний мієлоїдний лейкоз. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 711 від 02.11.2015.
33. Залізодефіцитна анемія. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 709 від 02.11.2015.
34. Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 1021 від 29 грудня 2014.
35. Цукровий діабет 2 типу. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги : Наказ МОЗ України № 1118 від 21 грудня 2012 року.

#### Додаткова

1. Внутрішня медицина. Порадник лікарю загальної практики : навч. посіб. / за ред. проф. А. С. Свінціцького. – Київ : Медицина, 2014. – 1272 с.
2. Бронхіальна астма / М. С. Регеда, М. М. Регеда, Л. О. Фурдичко, М. А. Колішецька, С. І. Мироненко. – Львів, 2012. – 147 с.
3. Тодоріко Л. Д. Основні синдроми й методи обстеження в пульмонології та фтизіатрії : навч. посіб. / Л. Д. Тодоріко, А. В. Бойко. – Київ : Медкнига, 2013. – 432 с.
4. Ендокринологія : підручник / П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. П. М. Боднара. - Вид. 3-тє, перероб. та доп. - Вінниця : Нова книга, 2013. - 480 с.
5. Невідкладні стани в ендокринології: навч. : метод. посіб. / М. В. Власенко [та ін.]. – К.: ФЕРЗЬ, 2010. – 104с.
6. Стуклов Н. Анемии. Клиника, диагностика и лечение. / Н. Стуклов, В. Альпидовский, П. Огурцов. – МИА, 2013. - 264 с.
7. Лекції з гематології / П. М. Перехрестенко, Л. М. Ісакова, Н. М. Третяк, Д. А. Лисенко, С. В. Бондарчук. – К.: Нора-прінт, 2005. – 128 с.
8. Третяк Н. М. Гематологія : навч. посіб. – К.: Зовнішня торгівля, 2005.- 240 с.
9. Леонова Є. В. Патологічна фізіологія системи крові / Є. В. Леонова, А. В. Чантурія, Ф. І. Вісмонт. – К., 2009.
10. Диференціальна діагностика основних синдромів при захворюваннях органів дихання та додаткові матеріали з фтизіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. Л. Д. Тодоріко. – Чернівці : БДМУ, 2011. – 320 с.
11. Клінічно-рентгенологічний атлас з діагностики захворювань легень / за ред. проф. Л. Д. Тодоріко. – Чернівці : БДМУ, 2013. – 342 с.
12. Endocrinology : textbook for students of higher medical institutions with the 4th level accreditation / P. M. Bodnar [et al.] ; ed. by.: M. Bodnar. - 4th ed., updated. -

- Vinnytsya : Nova Knyha, 2017. - 328 p.
13. Basic & Clinical Endocrinology. Seventh edition. Edited by Francis S. Greenspan, David G. Gardner. – Mc Graw-Hill Companies, 2004. – 976p.
14. The Merck Manual of Diagnosis and Therapy. - 18<sup>th</sup> edition / Editors: M. H. Beers, R. S. Porter, Th. V. Jones. - Merck Sharp & Dohme Corp., 2006. – 2991 p.

#### **Інтернет – ресурси**

www\moz.gov.ua

www\testcentr.org.ua

www\cardiolog.org

www\zsmu.zp.ua

www\cardiosila.ru

www\booksmed.com/cardiologya

[www.escardio.org](http://www.escardio.org)

[www.ifp.kiev.ua/index\\_ukr.htm](http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm)

[www.ersnet.org/](http://www.ersnet.org/)

<http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/reiestr-mtd>

**Абревіатури, що використовуються в результатах лабораторних досліджень у зарубіжних аналізаторах.****Загальний аналіз крові:**

WBC - White Blood Cells - кількість лейкоцитів

GRA-Granulocytes - гранулоцити

LYM - Lymphocytes - лімфоцити

MON - Monocytes - моноцити;

RBC - еритроцити;

HGB - Hemoglobin - гемоглобін;

HCT - Hematocrit - гемокрит;

MCV - Mean Cell Volume - середній обсяг клітини;

MCH - Mean Corpuscular Hemoglobin - середній вміст гемоглобіну в 1 еритроциті;

MCHC - Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration - середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах;

RDW - Red Distribution Width - ширина розподілу еритроцитів за об'ємом;

PLT - Platelets - тромбоцити;

MPV-Mean Platelets Volume - середній обсяг тромбоцитів;

PCT-Plateletcrit - тромбокрит;

PDW - Platelet Distribution Width - ширина розподілу тромбоцитів за об'ємом.

**Біохімічні показники:**

TBIL - загальний білірубін;

DBIL - прямий білірубін;

TP - загальний білок;

ALB - альбумін;

URE - сечовина;

CRE - креатинін;

ALTR - аланінова тансаміназа

ASTR - аспарагінова трансаминаза;

GLU - глюкоза;

CHOL - холестерин;

TG-B - тригліцериди;

HDLD - ЛПВЩ;

DLDL - ЛПНЩ;

LDH - лактатдегідрогеназа;

URIC - сечова кислота;

LIPA - ліпаза;

AMIL - амілаза;

ALP - лужна фосфатаза;

GGT гамма-глутаматтранспептідаза;

CK (MB) - креатинкіназа

FE - залізо

Ferritin - феритин

Folate - фолати



TRF - трансферин  
ІВСТ-ОЖСС  
CRP - С-реактивний білок;  
RF - ревматоїдний фактор;  
ASO - антистрептолізін-О;  
HbA1c – гліколізований гемоглобін;  
MAU - мікроальбумінурія;  
BNP - натрійуретичний пептид;  
AMM - аміак;  
PSA - простатспецифічний антиген;  
AFP - альфа-фетапротеїн;  
CEA - раково-ембріональний антиген;  
Ostase - кісткова фракція лужної фосфатази;  
INR - міжнародне нормалізоване відношення;  
APTT - активований частковий тромбoplastиновий час;  
TSH - тиреостимулюючий гормон;  
T4 - тироксин загальний;  
T3 - трийодтиронін загальний;  
Fr T4 - тироксин вільний;  
AN TG - антитіла до тиреоглобуліну.

### **Кислотно-лужний стан (КЛС).**

pH-водневий показник  
pCO<sub>2</sub> - напруга двоокису вуглецю  
pO<sub>2</sub> - напруга кисню  
SO<sub>2</sub> - сатурація артеріальної крові  
Lac-лактати  
BUN - сечовина  
Розрахункові результати КЩР:  
BE-ECF - базовий залишок екстраклітинної рідини  
BE-B - базовий залишок крові  
SBC - стандартна бікарбонатна концентрація  
HCO<sub>3</sub> - бікарбонатний рівень  
TCO<sub>2</sub> - загальний діоксид вуглецю  
O<sub>2</sub>St-вміст кисню  
AaDO<sub>2</sub> - нахил напруги артеріального альвеолярного кисню

### **Спірометрія.**

VC IN - життєва ємкість легень  
ERV-резервний об'єм видоха  
IRV-резервний об'єм вдиху  
TV-дихальний обсяг  
FVC - ФЖЄЛ  
FEV<sub>1</sub> - ОФВ<sub>1</sub>  
FEV<sub>1</sub>% VC IN - проба Тіффно  
FEV<sub>1</sub>% FVC - проба Генслера  
PEF - пікова (найбільша швидкість)

## Приклади інтерпретації лабораторних та інструментальних досліджень

## Загальний аналіз крові

Дата \_\_\_\_\_

Ф.І.П. хворої: \_\_\_\_\_

| Показники   | Результат | Норма   |
|---|-----------|---|
| Лейкоцити   | 5.6       | 4.0-9.0 x10 <sup>9</sup> /л   |
| Гемоглобін  | 87        | Ч: 130-160 г/л<br>Ж: 120-140 г/л                                      |
| Еритроцити  | 2.1       | Ч: 4,0 – 5,0 x10 <sup>12</sup> /л<br>Ж: 3.7- 4.7 x10 <sup>12</sup> /л |
| Колірний показник                                     | 1.15      | 0.85-1.05   |
| Ретикулоцити  | 0.5       | 0.5-1.0 %   |
| Середній об'єм еритроцитів (MCV)                      | 113       | 81-99 мкм <sup>3</sup>  |
| Середній вміст гемоглобіну (MCH)                      | 57        | 27.0-36.0 пг  |
| Середня концентрація гемоглобіну в еритроцитах (MCHC) | 43        | 32.0-36.0 г/дл  |
| Гематокрит  | 30        | Ч.43-54%<br>Ж.36-47%  |
| Тромбоцити  | 167       | 150-390 x10 <sup>9</sup> /л   |
| ШОЕ   | 32        | Ч: < 10<br>Ж: < 15 мм/год   |

## ЛЕЙКОЦИТАРНА ФОРМУЛА

| Показники                 | Результат % | Норма %   | Абсолютне значення | Норма                       |
|---------------------------|-------------|-----------|--------------------|-----------------------------|
| Еозинофіли                | 1           | 0,5 – 5,0 | 0,06               | 0-0.5 x10 <sup>9</sup> /л   |
| Базофіли                  | 1           | 0-1       | 0,06               | 0-0.2 x10 <sup>9</sup> /л   |
| Мієлоцити                 | 0           | 0         | 0                  | 0                           |
| Метамієлоцити             | 0           | 0         | 0                  | 0                           |
| Паличкоядерні нейтрофіли  | 4           | 1-6       | 0,23               | 0.1-0.6 x10 <sup>9</sup> /л |
| Сегментоядерні нейтрофіли | 67          | 50-70     | 3,94               | 2.0-7.2 x10 <sup>9</sup> /л |
| Лімфоцити                 | 86          | 19-40     | 0,98               | 1.2-3.2 x10 <sup>9</sup> /л |
| Моноцити                  | 8           | 3-10      | 0,52               | 0.3-0.8 x10 <sup>9</sup> /л |

**Еталон відповіді.** В аналізі крові визначається зниження гемоглобіну, еритроцитів, збільшення колірного показника, еритроцитарних індексів (MCV, MCH, MCHC) і нормальний рівень ретикулоцитів. Виявлені зміни свідчать, що у хворої: гіперхромна, норморегенераторна В<sub>12</sub>-фолієводефіцитна анемія. Вона

може бути наслідком захворювання шлунково-кишкового тракту (пептична виразка шлунку, гельмінтоз, онкологічного захворювання).

### **Інтерпретація мієлограми**

#### **Підвищення норми спостерігаються при таких захворюваннях**

- Підвищене значення мегакаріоцитів в зразку пункції кісткового мозку: мієлопроліферативні процеси, метастази злоякісних новоутворень в кістковий мозок.
- Підвищене значення співвідношення лейкоцити/еритроцити: хронічний мієлолейкоз, сублейкемічний мієлоз, лейкемоїдні реакції.
- Підвищене значення індексу дозрівання нейтрофілів: владний криз, хронічний мієлолейкоз.
- Підвищено бласти більш ніж 20%: гострий лейкоз.
- Підвищено бласти до 20%: гострий лейкоз, мієлоїдні форми хронічного лейкозу, мієлодиспластичний синдром.
- Підвищено мієлобласти більш ніж на 20%: владний криз, хронічний мієлолейкоз.
- Підвищено мієлобласти до 20%: владний криз, хронічний мієлолейкоз, мієлодиспластичний синдром.
- Підвищені проміелоцити: лейкемоїдні реакції, хронічний мієлолейкоз, проміелоцитарний лейкоз.
- Підвищено нейтрофільні мієлоцити: лейкемоїдні реакції, хронічний мієлолейкоз, сублейкемічний мієлоз.
- Підвищено нейтрофільних метаміелоцитів: лейкемоїдні реакції, хронічний мієлолейкоз, сублейкемічний мієлоз.
- Підвищені нейтрофіли паличкоядерні: лейкемоїдні реакції, хронічний мієлолейкоз, сублейкемічний мієлоз, синдром "ледачих" лейкоцитів.
- Підвищені нейтрофіли сегментоядерні: лейкемоїдні реакції, хронічний мієлолейкоз, сублейкемічний мієлоз, синдром "ледачих" лейкоцитів.
- Підвищено еозинофіли: алергічні реакції, гельмінтози, злоякісні пухлини, гострий лейкоз, хронічний мієлолейкоз, лімфофануломатоз.
- Підвищено базофіли: базофільний лейкоз, хронічний мієлолейкоз, еритремія.
- Підвищені лімфоцити: хронічний лімфолейкоз, апластична анемія.
- Підвищені моноцити: хронічний мієлолейкоз, лейкоз, моноцитарний лейкоз, туберкульоз, сепсис.
- Підвищено плазматичні клітини більш ніж на 20%: мієломна хвороба.
- Підвищено плазматичні клітини до 20%: мієлома хвороба, апластична анемія, інфекції, імунний агранулоцитоз.
- Підвищено еритробластів: гемолітична, постгеморагічна, фолієводефіцитна і В12- дефіцитна анемії (нестача фолієвої кислоти і вітаміну В12), гострий еритромієлоз.

#### **Зниження норми спостерігаються при таких захворюваннях:**

- Знижені значення мегакаріоцитів у зразку пункції кісткового мозку: гіпопластичні і апластичні імунні і аутоімунні процеси, променеві та цитостатичні цитопенії.

- Знижене значення співвідношення лейкоцити /еритроцити: гемоліз, крововтрата, еритремія, гострий еритромієлоз.
- Знижений індекс дозрівання еритробластів: В12-дефіцитна анемія, "неефективний" еритропоез при гемолізі, крововтрата.
- Знижені промієлоцити: апластична анемія, в результаті дії цитостатиків, іонізуючого випромінювання, імунний агранулоцитоз.
- Знижені нейтрофільні мієлоцити: апластична анемія, в результаті дії цитостатиків, іонізуючого випромінювання, імунний агранулоцитоз.
- Знижені нейтрофільні метамієлоцитів: апластична анемія, в результаті дії цитостатиків, іонізуючого випромінювання, імунний агранулоцитоз.
- Знижені нейтрофіли паличкоядерні: апластична анемія, в результаті дії цитостатиків, іонізуючого випромінювання, імунний агранулоцитоз.
- Знижені нейтрофіли сегментоядерні: апластична анемія, в результаті дії цитостатиків, іонізуючого випромінювання, імунний агранулоцитоз.
- Зниження еритробластів: апластична анемія, в результаті дії цитостатиків, іонізуючого випромінювання, парціальна еритроцитарна аплазія

## Дослідження маркерів некрозу міокарду (тропонін І)

Дата дослідження \_\_\_\_\_

Ф.І.П. хворого \_\_\_\_\_

| Показники  | Величини показників<br>у хворого | Норма        |
|------------|----------------------------------|--------------|
| Тропонін І | 19,0                             | до 0,5 нг/мл |

**Еталон відповіді.** Підвищення у плазмі крові рівня тропоніну І свідчить про наявність некрозу міокарда незалежно від механізму та причини його виникнення. Ступінь його підвищення високий. При наявності коронарних змін на ЕКГ, клінічних проявів ішемічної хвороби серця ознака розвитку гострого інфаркту міокарда (нормалізація рівня тропоніну І спостерігається через 10-12 днів).

## Біохімічне дослідження крові (білок, креатини, електроліти, ШКФ)

Дата дослідження \_\_\_\_\_

П.І.П. \_\_\_\_\_

| Показник                         | Результат                    | Норма                                    |
|----------------------------------|------------------------------|--|
| Загальний білок                  | 48 г/л                       | 66-87 г/л                                |
| Альбуміни                        | 32 г/л                       | 36-50 г/л                                |
| Креатинін                        | 200 мкмоль/л                 | Ж: 44-80 мкмоль/л;<br>Ч: 62-106 мкмоль/л |
| Холестерол                       | 7,8 ммоль/л                  | < 5,2 ммоль/л                            |
| Калій                            | 4,9 ммоль/л                  | 3,5-5,3 ммоль/л                          |
| Натрій                           | 135 ммоль/л                  | 135-148 ммоль/л                          |
| Кальцій                          | 2,2 ммоль/л                  | 2,2-2,75 ммоль/л                         |
| Фосфор                           | 1,23 ммоль/л                 | 0,81-1,55 ммоль/л                        |
| Швидкість клубочкової фільтрації | 55 мл/хв/1,73 м <sup>2</sup> | ≥ 90 мл/хв/1,73 м <sup>2</sup>           |

**Еталон відповіді:** Зміни біохімічних показників характерні для хронічного захворювання нирок: збільшення рівня креатиніну до 200 мкмоль/л та зниження швидкості клубочкової фільтрації до 55 мл/хв/1,73м<sup>2</sup>. Зниження рівня загального білку та альбумінів при збільшенні рівня холестеролу ознака наявності нефротичного синдрому, що притаманно хронічному гломерулонефриту, можливо – амілоїдозу, синдрому Кіммельштиль-Вільсона.

## Біохімічне дослідження крові (ліпідний спектр)

Дата дослідження \_\_\_\_\_  
П.І.Б. хворого \_\_\_\_\_, ЧОЛ.,

|    | Біохімічні показники                       | Показники пацієнта |
|----|--|--------------------|
| 1. | Холестерин загальний                       | 5,3<br>ммоль/л     |
| 2. | Тригліцериди                               | 1,09<br>ммоль/л    |
| 3. | Холестерин ліпопротеїдів високої щільності | 1,32<br>ммоль/л    |
| 4. | Холестерин ліпопротеїдів низької щільності | 3,48<br>ммоль/л    |

**Еталон відповіді.** Рівень загального холестерину перевищує цільові рівні, як для загальної популяції (<5,0 ммоль/л), так і для хворих з високим серцево-судинним ризиком (<4,5 ммоль/л) і дуже високим серцево-судинним ризиком (<4,0 ммоль/л).

Підвищений рівень холестерину ЛПНЩ як для пацієнтів з помірним серцево-судинним ризиком (<3 ммоль/л), так і для хворих з високим серцево-судинним ризиком (<2,5 ммоль/л) і дуже високим серцево-судинним ризиком (<1,8 ммоль/л).

Визначення рівня холестерину ЛПВЩ і тригліцеридів має важливе значення при визначенні серцево-судинного ризику.

ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЧІ № \_\_\_\_\_  
 “\_\_\_” \_\_\_\_\_ 200\_\_ р.  
 П.І.Б. \_\_\_\_\_ відділення \_\_\_\_\_  
 Кількість \_\_\_\_\_ 120 мл Колір \_\_\_\_\_ черв. \_\_\_\_\_ Реакція лужна  
 Прозорість мутна Відносна щільність \_\_\_\_\_ 1020 \_\_\_\_\_  
 Білок \_\_\_\_\_ 2,4 г/л \_\_\_\_\_ Глюкоза \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 Ацетон \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_ Жовчні пігменти \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 Домішки: \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_

**Мікроскопія осаду**

Епітелій: плоский \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 перехідний \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 нирковий \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_

Лейкоцити \_\_\_\_\_ 2-3 в п/з \_\_\_\_\_

Еритроцити: незмінені \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 змінені \_\_\_\_\_ 20-30 в п/з \_\_\_\_\_

Циліндри: гіалінові \_\_\_\_\_ 2-4 в п/з \_\_\_\_\_  
 зернисті \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 восковидні \_\_\_\_\_ 1-2 в п/з \_\_\_\_\_  
 лейкоцитарні \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_

Слиз \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 Солі \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_  
 Бактерії \_\_\_\_\_ н/в \_\_\_\_\_

**Еталон відповіді.** В аналізі протеїнурія, еритроцитурія, циліндрурія (при відсутності лейкоцитурії). Про ураження нирок свідчить наявність циліндрурії у поєднанні зі значною протеїнурією, яка є клубочковою. Значна протеїнурія може бути при гострих та хронічних гломерулонефритах, амілоїдозі нирок. Зміни в представленому аналізі сечі більш характерні для гломерулонефриту, оскільки наявна еритроцитурія.

## КАРТА ЕХОКАРДИОГРАФІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

ПІБ \_\_\_\_\_ чол. Вік 40 р. \_\_\_\_\_

|                             | ГРАДІЄ<br>НТ<br>тиску | ПЛОЩ<br>А | РЕГУРГІТА<br>ЦІЯ | ІНШЕ              |
|-----------------------------|-----------------------|-----------|------------------|-------------------|
| Мітральний клапан           |                       |           | II ступеню       | Без особливостей. |
| Аортальний клапан           | 2,4 мм Hg             |           | відсутня         | Без особливостей. |
| Трьохстулковий<br>клапан    |                       |           | I ступеню        | Без особливостей. |
| Клапан легеневої<br>артерії |                       |           | відсутня         | Без особливостей. |

Корінь аорти (N<3,5 см) 3,5 см Ліве передсердя (N<4 см) 4,8  
см

Лівий шлуночок: КДО (N ж : 56-104 ч: 67-155 мл) 215  
мл

КСО (N ж : 19-49 ч: 22-58 мл) 147 мл ФВ 31,6  
%

Праве передсердя (N<2,5 см) 3,5 см Правий шлуночок (N<2,5 см) 3,1  
см

Систолічний тиск в легеневій  
артерії 35 mmHg; \_\_\_\_\_ ступеню

### Товщина стінок і регіонарна скоротлива здатність

МШП 0,8 см  
Задня 0,8 см  
Бічна \_\_\_\_\_ см  
Передня \_\_\_\_\_ см  
Верхівка \_\_\_\_\_ см

} дифузний гіпокінез

Аневризма \_\_\_\_\_

Інше: сепарація листків перикарду до 0,4 см у діастолу.

**Еталон відповіді.** Значна дилатація порожнин лівого передсердя , лівого шлуночка, правого шлуночка. Значне дифузне зниження скоротливої здатності лівого шлуночка. Відносна недостатність мітрального клапану II ступеню.

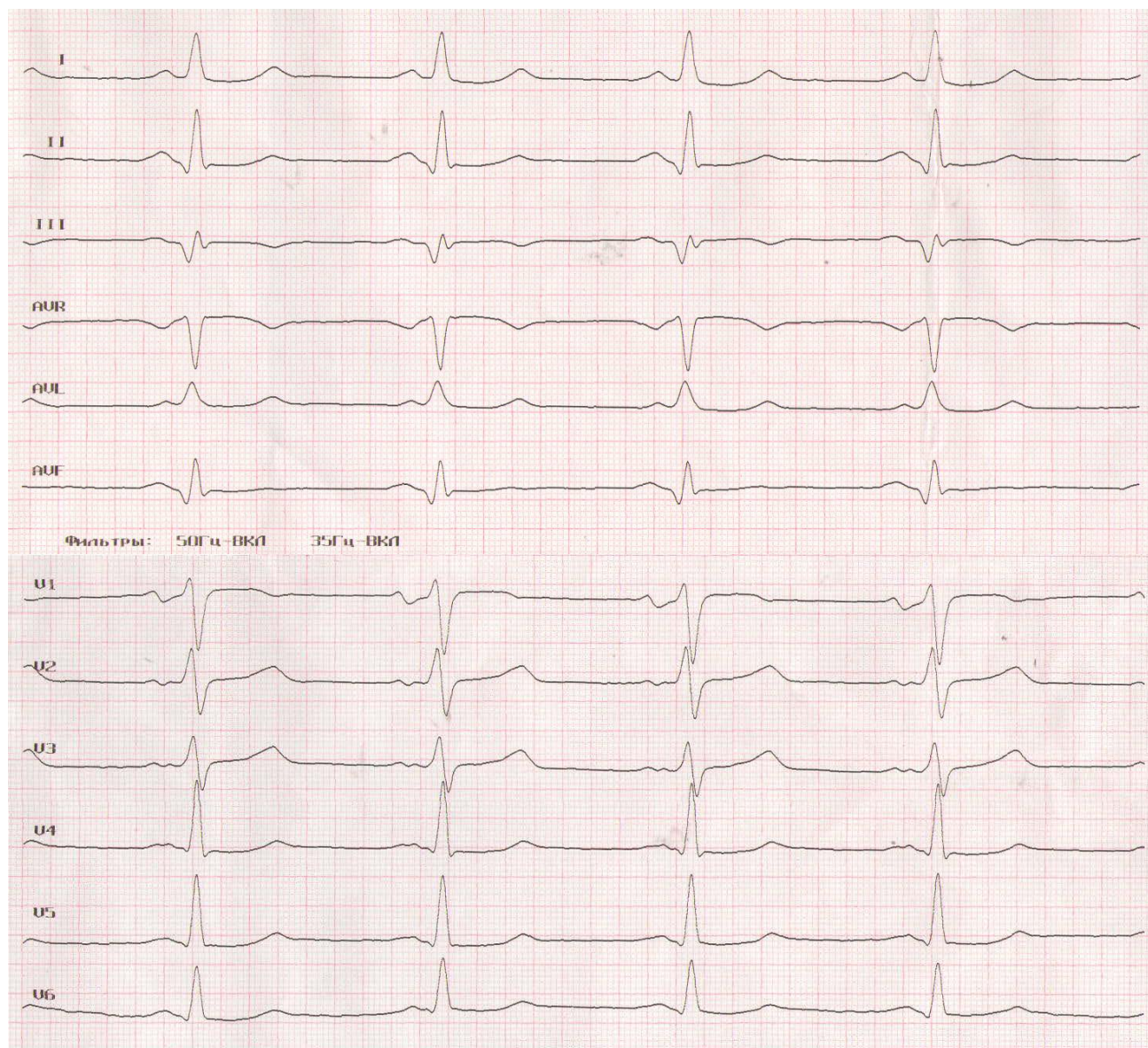
Легенева гіпертензія I ступеню. Зазначені зміни можливі при дилатаційній кардіоміопатії, гострому дифузному міокардиті.



## Електрокардіограма

Дата дослідження \_\_\_\_\_

ПБ хворого: чоловік, 62 роки. Артеріальний тиск 130/ 70 мм.рт.ст.



### Еталон відповіді

|     |      |
|-----|------|
| PQ  | 0,12 |
| QRS | 0,11 |
| QT  | 0,38 |

|     |      |
|-----|------|
| RR  | 0,85 |
| ЧСС | 70   |

Ритм синусовий, регулярний. Положення ЕВС горизонтальне. Реєструється патологічний зубець Q II, III, aVF, що може бути ознакою Q-інфаркту міокарда задньо-діафрагмальної стінки лівого шлуночка.

## Рентгенографія органів грудної порожнини



**Еталон відповіді.** Легеневі поля звичайної прозорості. Посилення легеневого судинного малюнку. Синуси вільні. Тінь серця розташована типово. Ознаки збільшення лівого передсердя та лівого шлуночка. Дилатація правих відділів серця. Вибухання стовбуру легеневої артерії, дилатація правих відділів серця.

## Ситуаційні задачі та обґрунтування їх вирішення

**Ситуаційна задача 1.**

Хвора К., 47 років. Скаржиться на біль у серці, плаксивість, тривогу, головний біль, поганий сон. Хворіє близько п'яти місяців. Не лікувалася.

Об'єктивні дані: екзофтальм, відставання верхньої повіки від райдужки, шкіра волога. Щитоподібна залоза дифузно збільшена, еластична, не болюча. Набряки відсутні. Тремор пальців рук. Пульс – 89 за 1 хв. АТ – 140 і 90 мм рт.ст. Діяльність серця ритмічна, тахікардія. Дихання везикулярне. Край печінки пальпується на 2 см нижче краю правої реберної дуги, чутливий.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $3,9 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $5,3 \cdot 10^9/л$ , ШОЕ – 14 мм год. Біохімічний аналіз крові: білірубін – 21,4 мкмоль/л, АЛАТ – 0,63 ммоль/л, АсАТ – 0,81 ммоль/л, глюкоза – 4,7 ммоль/л. Рівень ТТГ – 97 пкмоль/л, Т3 – 3,50 нмоль/л, Т4 – 182 нмоль/л. На ЕКГ – синусова тахікардія, гіпертрофія лівого шлуночка. Титр антитіл до тиреоглобуліну 30 % і мікросомальної фракції щитоподібної залози – 70%.

**Запитання**

1. Визначте найбільш імовірний у даній ситуації генез нервово-психічних розладів.

- А. Гіпертензивний.
- В. Клімактеричний.
- С. Кардіогенний.
- Д. Тиреотоксичний.
- Е. Неврогенний.

2. Визначте патогенетичні механізми порушення функції серцево-судинної системи у даній клінічній ситуації.

- А. Порушення обміну калію.
- В. Підвищення чутливості серцево-судинної системи до катехоламінів, вплив тироксину на міокард.
- С. Зниження чутливості серцево-судинної системи до катехоламінів.
- Д. Автоімунний генез.
- Е. Ішемія міокарда.

3. Вкажіть найбільш імовірне захворювання, якому відповідають клініко-лабораторні дані.

- А. Клімакс.
- В. Автоімунний тиреоїдит.
- С. Гіпотиреоз.
- Д. Тиреотоксикоз.
- Е. Синдром підвищеного вмісту тироксинозв'язуючого глобуліну.

4. Виберіть найбільш ефективну групу препаратів для лікування даної хворої.

- А. Гіпотензивні.
- В. Нейролептики.
- С. Серцеві глікозиди.

Д. Блокатори тиреоїдних гормонів.

Е. Тиреоїдні гормони.

### **Еталон рішення ситуаційної задачі 1.**

**Правильні відповіді: 1D, 2B, 3D, 4D.**

#### **Обґрунтування відповідей:**

1. В основі нервово-психічних розладів при тиреотоксикозі лежить надлишкова гіперсекреція тиреоїдних гормонів.

2. Серцево-судинні зміни при тиреотоксикозі зумовлені дією надлишку тиреоїдних гормонів на серцевий м'яз, підвищенням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи, порушенням енергетичного та пластичного забезпечення міокарда, зумовленими катаболічними процесами.

3. Описана клініка, лабораторні дані і підвищений рівень Т3 (норма –  $1,77 \pm 2,43$  нмоль/л), Т4 (норма – 65-155 нмоль/л), зниження ТТГ (норма –  $128 \pm 28$  пкмоль/л), відповідає діагнозу: дифузний токсичний зоб.

4. Для лікування дифузного токсичного зобу в першу чергу використовують блокатори тиреоїдних гормонів: мерказоліл, метилтіоурацил, перхлорат калію, карбонат літію.

Враховуючи, що у хворої наявні синдроми: тиреотоксикозу (дратівливість, тривожність, плаксивість, поганий сон, біль голови, тремор рук), офтальмопатії (екзофтальм, відставання верхньої повіки від райдужки), ураження щитоподібної залози (збільшення розмірів, дифузно-еластична консистенція), ураження серцево-судинної системи (тахікардія, помірна гіпертензія), гормональних порушень (збільшення рівня Т3 до 3,55 нмоль/л, Т4 – до 180 нмоль/л, зменшення ТТГ до 96 пкмоль/л можна встановити клінічний діагноз: дифузний токсичний зоб.

Дифузний токсичний зоб – автоімунне захворювання щитоподібної залози, яке характеризується дифузним збільшенням і гіперфункцією щитоподібної залози, а також токсичними змінами органів і систем внаслідок гіперпродукції тиреоїдних гормонів.

### **Ситуаційна задача 2.**

Хворий Б., 58 років скаржиться на наростаючу протягом року слабкість, сонливість, збільшення маси тіла, появу набряків на ногах.

Об'єктивні дані. Вага тіла 87 кг. Пастозність гомілок, стоп, сухість шкіри. Межі серця зміщені вліво і вправо на 2 см, І тон серця над верхівкою послаблений, ЧСС – 52 за 1 хв, ритм правильний, пульс повільний. АТ – 100 і 70 мм рт.ст. Щитоподібна залоза не пальпується.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові в нормі. Біохімічний аналіз крові: креатинін – 0,119 ммоль/л, сечовина – 8,1 ммоль/л, холестерин – 8,1 ммоль/л. Рівень ТТГ у сироватці крові – 200 пкмоль/л, Т3 – 1,0 нмоль/л, Т4 – 40 нмоль/л. На ЕКГ – синусова брадикардія, подовження інтервалу PQ – до 0,23 с.

#### **Запитання**

1. Дайте оцінку біохімічних параметрів крові:

А. Гіперхолестеринемія.

- В. Гіпохолестеринемія, гіпокреатиніемія.
- С. Гіперкреатиніемія, гіперхолестеринемія.
- Д. Гіперкреатиніемія, гіпохолестеринемія.
- Е. Гіперурикемія.

2. Дайте оцінку функції щитоподібної залози.

- А. Функція знижена.
- В. Функція підвищена.
- С. Функція в нормі.
- Д. Оцінити функцію щитоподібної залози неможливо.
- Е. Функція на верхній межі норми.

3. Про яке захворювання можна думати?

- А. ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз.
- В. Інфекційно-алергічний міокардит.
- С. Ожиріння.
- Д. Гіпотиреоз.
- Е. Гіпертиреоз.

4. Які препарати необхідно призначити хворому?

- А. Серцеві глікозиди.
- В. Сечогінні.
- С. Бета-адреноблокатори.
- Д. Препарати тиреоїдних гормонів.
- Е. Анаболічні гормони.

### **Еталон рішення ситуаційної задачі 2.**

**Правильні відповіді: 1А, 2В, 3А, 4Д, 5Д.**

#### **Обґрунтування відповідей:**

1. До змін біохімічних параметрів крові відноситься гіперхолестеринемія (максимально нормальний рівень холестерину в крові складає 5,2 ммоль/л).

2. У нормі рівень ТТГ в сироватці крові –  $128 \pm 28$  пкмоль/л, Т3 –  $1,77 \pm 2,43$  нмоль/л, Т4 – 65-155 нмоль/л. У хворого рівень ТТГ підвищений, Т3, Т4 – знижений, що вказує на зниження функції щитоподібної залози.

3. Враховуючи скарги на слабкість, сонливість, збільшення маси тіла, набряки, клініку (пастозність гомілок, стоп, сухість шкіри, послаблення серцевих тонів, брадикардію, гіпотонію, розширення меж серця); дані лабораторних досліджень (гіперхолестеринемія, підвищений рівень ТТГ, знижений рівень Т3, Т4,), має місце гіпотиреоз.

4. Для лікування гіпотиреозу використовують препарати тиреоїдних гормонів (у середньодобовій дозі на початку лікування: тиреоїдин – 0,05, трийодтиронін – 20-50 мг, L-тироксин – 25-50 мг, тиреокOMB – 1/2 таблетки, тиреотом – 1 таблетка із збільшенням доз у процесі лікування).

Враховуючи, що у хворого наявні синдроми: астено-вегетативний (слабкість, сонливість), набряковий (одутлість обличчя, набряки гомілок і стоп), серцево- судинних порушень (брадикардія, гіпотонія), зниження обмінних процесів (збільшення маси тіла, сухість шкіри), лабораторних змін (гіперхолестеринемія (8,2 ммоль/л), збільшення рівня ТТГ до 200 пкмоль/л, зниження Т3 до 1,0 нмоль/л, Т4 – до 40 нмоль/л можна встановити клінічний діагноз: гіпотиреоз.

Гіпотиреоз – це синдром недостатнього забезпечення організму гормонами щитоподібної залози, який характеризується зниженням або повним випаданням функції щитоподібної залози і порушенням функції різних органів і систем.

### **Ситуаційна задача 3.**

Хворий К., 37 років, звернувся зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, який виникає через 1-1,5 години після приймання їжі, вночі або вранці натще, печію, відрижку кислим, закрепи. Вважає себе хворим протягом двох років, загострення – кожної весни й осені. Характер роботи пов'язаний із частими відрядженнями і порушеннями режиму харчування. Курить, раніше не хворів. Батько страждає на виразкову хворобу.

Об'єктивні дані. Астенічної будови тіла, задовільного живлення. Язик обкладений білою осугою. Гемодинамічні показники в нормі. Серце і легені без патологічних відхилень. Живіт м'який, при поверхневій пальпації болючий в епігастрії. Глибока пальпація виявляє болючість в пілородуоденальній зоні. Позитивні симптоми Менделя Опенховського. Нижній край печінки – на рівні реберної дуги. Симптоми Кера, Ортнера і френікус-симптом від'ємні.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $3,3 \cdot 10^{12}/л$ ; гемоглобін – 92 г/л; лейкоцити –  $4,7 \cdot 10^9/л$ ; еозинофіли – 1 %, паличкоядерні нейтрофіли – 2 %, сегментоядерні нейтрофіли – 68 %, лімфоцити – 28 %, моноцити – 1 %; ШОЕ – 3 мм/год. Загальний аналіз сечі – без змін. Аналіз калу: яйця глистів не виявлені, реакція на приховану кров від'ємна.

Біохімічний аналіз крові: глюкоза – 4,3 ммоль/л, білірубін – 15,69 мкмоль/л, загальний білок – 77 г/л, амілаза – 25 г/(л·год), креатинін – 67 мкмоль/л.

ЕГДС: стравохід у нормі. У шлунку – значна кількість рідини, слизова шлунку гіперемійована, складки гіпертрофовані, цибулина дванадцятипалої кишки деформована, на передній стінці – дефект слизової діаметром 0,5 см. рН шлункового вмісту – 1,3.

### **Запитання**

1. Визначте наявні у хворого фактори агресії.

- А. Куріння, гіперсекреція, спадковість, порушення харчування.
- В. Гіперсекреція.
- С. Спадковість.
- Д. Порушення харчування.
- Е. Стресові ситуації.

2. Визначте важкість перебігу захворювання і характер виразки:

- А. Легкий перебіг, гостра виразка.
- В. Середньої важкості перебіг, хронічна виразка.
- С. Важкий перебіг, хронічна виразка.
- Д. Легкий перебіг, хронічна виразка.
- Е. Середньої важкості перебіг, гостра виразка.

3. Який із препаратів є інгібітором протонної помпи?

- А. Осид.
- В. Квамател.
- С. Ранісан.



D. Гастроцепін.

E. Солкосерил.

4. Коли, як і які мінеральні води порадите даному хворому:

A. У фазу ремісії, вода типу “Миргородська”, тепла, перед їдою.

B. У фазу ремісії, вода типу “Поляна Квасова”, холодна, після їди.

C. У фазу ремісії, вода типу “Поляна Квасова”, тепла, без газу за 1,5 год до їди.

D. У фазу загострення, вода типу “Миргородська”, без газу за 15 хв до їди.

E. У фазу ремісії, вода типу “Поляна Квасова”, холодна, без газу, за 15 хв до їди.

5. Який із перерахованих препаратів протипоказаний при виразковій хворобі?

A. Оmez.

B. Мізопростол.

C. Еглоніл.

D. Напроксен.

E. Перитол.

### **Еталон рішення ситуаційної задачі 3**

**Правильні відповіді: 1B, 2B, 3A, 4C, 5D.**

#### **Обґрунтування відповідей:**

1. Спадковість і супровідна патологія – не фактори агресії; вони можуть визначати схильність до даної патології. Гіперсекреція соляної кислоти – це один із важливих факторів агресії. Нікотин же є сильним стимулятором секреції.

2. Про хронічний перебіг виразки говорить рецидивний перебіг захворювання і наявність деформації цибулини дванадцятипалої кишки. Середньої важкості перебіг визначається частотою рецидивів (двічі на рік).

3. Осид – фірмова назва препарату омепразолу, який є інгібітором протонової помпи.

4. Мінеральна вода при виразковій хворобі з гіперсекрецією призначається теплою, без газу за 1,5 години до приймання їжі, маломінералізована, гідрокарбонатна. Компоненти води під час вживання їжі знаходитимуться в кишечнику і виявлятимуть гальмівний вплив на секрецію шлунка.

5. Напроксен – препарат із групи нестероїдних протизапальних засобів, який за своїм механізмом побічної дії є ульцерогенним.

Клінічний діагноз: пептична виразка, фаза загострення, перебіг середньої важкості, активна виразка цибулини дванадцятипалої кишки, деформація цибулини, хронічний гастрит із підвищеною секреторною і кислотоутворюючою функцією без порушення моторної функції шлунково-кишкового тракту.

Діагноз пептичної виразки встановлений на підставі скарг хворого на голодний і нічний біль, наявність диспепсичного синдрому, симптоми якого вказують на гіперсекрецію, сезонності загострень і характеру ендоскопічних змін (наявність активної виразки в цибулині дванадцятипалої кишки). Перебіг середньої важкості обґрунтовується частотою рецидивів двічі на рік.

Гіпертрофія і гіперемія складок шлунка при ендоскопії орієнтовно підтверджують діагноз гастриту типу В. Однак для остаточного підтвердження діагнозу гастриту необхідно провести біопсію слизової шлунка.

Показник рН-метрії шлунка (1,3) свідчить про підвищену секреторну і кислотоутворювальну функцію шлунка. Відсутність дуодено-гастрального чи гастро-езофагального рефлюксів свідчать про нормальну моторику шлунка.

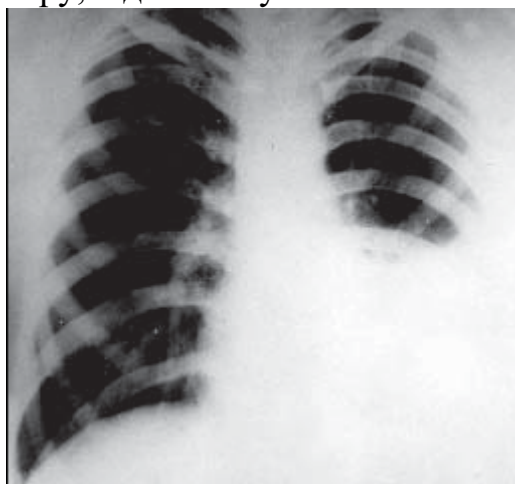
Пептична виразка – хронічне захворювання шлунка або дванадцятипалої кишки, яке характеризується виникненням виразкового дефекту в слизовій оболонці, перебігає циклічно і схильне до прогресування.

#### **Ситуаційна задача 4.**

Хвора Н., 44 років, госпіталізована зі скаргами на підвищення температури тіла до 40 °С, сухий кашель, біль колючого характеру у лівій половині грудної клітки, який посилюється при диханні та кашлі, загальну слабкість. Хворіє протягом 3-х днів.

Об'єктивні дані. Стан середньої тяжкості. Положення у ліжку вимушене, на лівому боці. ЧД – 24 за хвилину, відмічається відставання лівої половини грудної клітки при диханні. Шкірні покриви ціанотичні. При пальпації – послаблення голосового тремтіння зліва, при перкусії – там же вкорочення перкуторного звуку від середини лопатки донизу. Аускультативно – дихання зліва в нижніх відділах відсутнє, над іншими частинами легень – везикулярне. При дослідженні серцево-судинної системи та органів травлення патології не виявлено.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $3,9 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін – 128 г/л, КП – 0,9, лейкоцити –  $11,4 \cdot 10^9/л$ , еозинофіли – 4 %, паличкоядерні нейтрофіли – 9 %, сегментоядерні нейтрофіли – 41 %, лімфоцити – 37 %, моноцити – 8 %, ШОЕ – 33 мм/год. Загальний аналіз сечі: сліди білка, лейкоцити – 4-7 у полі зору. Рентгенограма органів грудної клітки додається. Аналіз плевральної рідини: білок 8,4 г/л; лейкоцити 25-32 в полі зору, відносна густина – 1022.



Рентгенограма хворої Н.

#### **Запитання**

1. Дайте оцінку рентгенологічних змін:

А. Інфільтрація легеневої тканини.



- В. Наявність рідини в лівій плевральній порожнині.
- С. Новоутворення зліва в нижніх відділах.
- Д. Плевральні нашарування.
- Е. Вогнищевий пневмосклероз.

2. Назвіть найбільш імовірний діагноз у хворі:

- А. Ексудативний плеврит.
- В. Лівобічна нижньочасточкова пневмонія ускладнена плевритом.
- С. Периферійний рак лівої легені. Канцероматозний плеврит.
- Д. Випітний плеврит туберкульозного генезу.
- Е. Інфаркт-пневмонія.

3. Які обстеження необхідно провести для встановлення остаточного діагнозу?

- А. Посів харкотиння.
- В. Томографію.
- С. Плевральну пункцію з наступним дослідженням ексудату.
- Д. Бронхографію.
- Е. Комп'ютерну томографію.

4. На що вказує отриманий результат дослідження плевральної рідини.

- А. Застійний випіт.
- В. Туберкульозний випіт.
- С. Ексудативний випіт.
- Д. Канцероматозний випіт.
- Е. Посттравматичний випіт.

5. Вкажіть раціональне поєднання препаратів для лікування хворі:

- А. Антибактеріальна терапія, фізіотерапія.
- В. Плевральна пункція, антибактеріальна терапія.
- С. Антибактеріальна та глюкокортикостероїдна терапія.
- Д. Протизапальна і вітамінотерапія.
- Е. Плевральна пункція і фізіотерапія.

#### **Еталон рішення ситуаційної задачі 4.**

**Правильні відповіді: 1В, 2А, 3С, 4С, 5В.**

Обґрунтування відповідей:

1. Інтенсивна гомогенна щільна тінь із косою лінією свідчить про наявність рідини у плевральній порожнині.

2. Враховуючи наявність інтоксикаційно-запального синдрому (підвищення температури тіла до 40° С, лейкоцитоз – 11,4 · 10<sup>9</sup>/л, паличкоядерні нейтрофіли – 9 %, ШОЕ – 33 мм/год), синдрому ураження легеневої тканини (сухий кашель, колючий біль у лівій половині грудної клітки, який посилюється при дихальних рухах, задишка, ціаноз, відставання лівої половини грудної клітки при диханні, послаблене голосове тремтіння, вкорочення перкуторного звуку зліва, відсутність дихання там же, наявність рідини у плевральній порожнині рентгенологічно), у хворі – лівобічний ексудативний плеврит.

3. Враховуючи наявність у хворі рідини у плевральній порожнині, яка, у тому числі, порушує функцію зовнішнього дихання, необхідно провести

плевральну пункцію з лікувальною і діагностичною метою та дослідити отриману рідину.

4. Ексудат характеризується великою кількістю білка (понад 3 г/л), про запальні зміни свідчить лейкоцитоз (25-30 у полі зору) та відносна густина (1,022).

5. При наявності великої кількості рідини (до 3-4 ребра) необхідно обов'язково провести плевральну пункцію, призначити антибіотики широкого спектра дії. Крім того, раціональним буде призначення хворій десенсибілізуючих засобів, вітамінотерапії та фізіотерапевтичного лікування (тільки при відсутності рідини у плевральній порожнині) для попередження утворення шварт.

Клінічний діагноз: лівобічний ексудативний плеврит, ДН І ст.

Ексудативний плеврит – гостре запальне бактеріальне ураження плевральних листків з ексудацією в плевральну порожнину, яке характеризується інтоксикаційно-запальним та больовим синдромами, синдромом ураження легень (вкорочення легеневого звуку, відсутність дихання, наявність інтенсивного затемнення з чітким верхнім рівнем при рентгенологічному обстеженні) та дихальною недостатністю за рестриктивним

### **Ситуаційна задача 5.**

Хворий Б., 47 років. Скаржиться на загальну слабкість, швидку втомлюваність, біль в язичку, епігастрії, правому підребер'ї, нудоту, проноси, які чергуються з закрепамі, відчуття оніміння нижніх кінцівок.

Об'єктивні дані. Шкірні покриви та видимі слизові чисті, лимонно-жовтого забарвлення. На язичку спостерігається атрофія сосочків. Температура – 37,2 °С. Пульс – 90 за 1 хв, ритмічний, задовільного наповнення і напруження. АТ – 110 і 70 мм рт.ст. Серцева діяльність ритмічна. І тон серця послаблений, над верхівкою – систолічний шум. Над легенями – везикулярне дихання. Живіт м'який, при пальпації незначно болючий у точці Кера. Нижній край печінки пальпується на 1,5 см нижче краю правої реберної дуги. Біля краю лівої реберної дуги пальпується нижній полюс селезінки. Набряків немає.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $1,22 \cdot 10^{12}/л$ , виявленні явища базофільної пунктації, тільця Кебота та Жолі, макроцитоз (рис. 1), анізоцитоз; гемоглобін – 52 г/л, КП – 1,3, лейкоцити –  $4,0 \cdot 10^9/л$ , паличкоядерні нейтрофіли – 7 %, сегментоядерні нейтрофіли – 63 %, лімфоцити – 24 %, еозинофіли – 2 %, базофіли – 2 %, моноцити – 2 %, відмічається полісегментація нейтрофілів (рис. 2), тромбоцити –  $60 \cdot 10^9/л$ , ШОЕ – 9 мм/год. У мієлограмі виявлені клітини, зображені на рис. 3.

Аналіз калу: діагностовано діфілобтріоз.

Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний – 40 мкмоль/л; прямий – 13 мкмоль/л; непрямий – 27 мкмоль/л.

ЕФГДС – атрофія слизової оболонки шлунка, при мікроскопічному дослідженні слизової оболонки (експрес-біоптат) виявлена лімфоцитарна інфільтрація слизової оболонки.

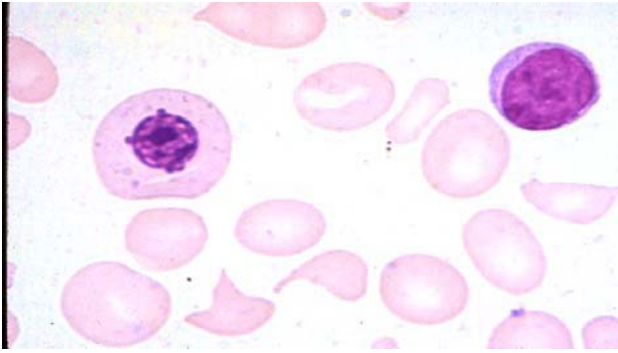


Рис. 1. Картина крові хворого Б.

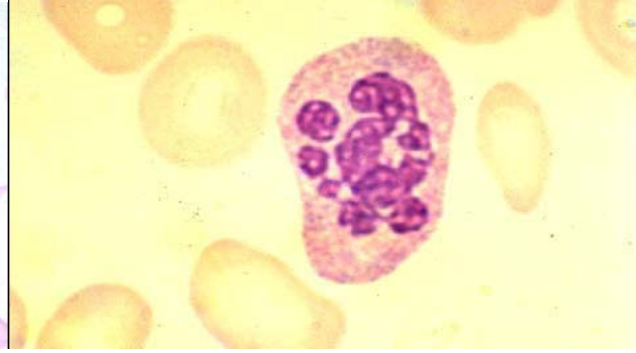


Рис. 2. Картина крові хворого Б.



Рис. 3. Мієлограма хворого Б.

#### Запитання

1. Як називаються великі клітини з цитоплазмою синього кольору, виявлені в мієлограмі (рис. 3)?

- A. Бласти.
- B. Мегакаріоцити.
- C. Мегалобласти.
- D. Мононуклеари.
- E. Пролімфоцити.

2. Який тип кровотворення спостерігається у хворого?

- A. Мегалобластний.
- B. Нормобластний.
- C. Еритробластний.
- D. Мегакаріобластний.
- E. Еритромієлобластний.

3. Лікування якого синдрому необхідно розпочати в першу чергу?

- A. Тромбоцитопенічного.
- B. Анемічного.
- C. Дифілоботріозного.
- D. Гепато-лієнального.
- E. Синдрому ураження серцево-судинної системи.

4. Консультації яких фахівців необхідні для дообстеження хворого:

- A. Невропатолога.
- B. Інфекціоніста.
- C. Кардіолога.

D. Невропатолога, інфекціоніста, кардіолога.

E. Хворий не потребує консультацій.

5. Який діагноз у хворого?

A. В12-дефіцитна анемія.

B. Залізодефіцитна анемія.

C. Фолієводефіцитна анемія.

D. Вроджена гемолітична анемія.

E. Набута гемолітична анемія.

### **Еталон рішення ситуаційної задачі 5**

**Правильні відповіді: 1D, 2C, 3B, 4C, 5C.**

**Обґрунтуванн відповідей:**

1. Великі клітини з цитоплазмою синього кольору, виявлені в стернальному пунктаті (рис 3), – мегалобласти.

2. Виявлені мегалобласти в мієлограмі свідчать про наявність у хворого мегалобластного типу кровотворення який, фактично, є морфологічним субстратом В12 дефіцитної анемії.

3. Хворому необхідно призначити лікування анемічного синдрому.

4. У зв'язку з наявністю симптомів дифілоботріозу, ознак ураження серцево-судинної системи та можливого ураження нервової системи слід призначити консультації невропатолога, гельмінтолога, кардіолога.

5. Діагноз В12-дефіцитної анемії встановлено на основі виявлення мегалобластного типу кровотворення при аналізі аспіраційного біоптату кісткового мозку.

**Клінічний діагноз:** діфілоботріозна В12-дефіцитна анемія важкого ступеня. Анемії, зумовлені дефіцитом вітаміну В12, незалежно від причин цього дефіциту, характеризуються появою в кістковому мозку мегалобластів, внутрішньокістковомозковим руйнуванням еритрокаріоцитів, гіперхромною макроситарною анемією, тромбоцитопенією і нейтропенією, атрофічними змінами слизової оболонки шлунково-кишкового тракту і змінами нервової системи у вигляді фунікулярного мієлозу.

### **Ситуаційна задача 6.**

Пацієнт М., 60 років. Скаржиться на загальну слабкість, біль голови, запаморочення, зниження гостроти зору, біль у попереку.

Об'єктивні дані. Стан задовільний. Шкіра бліда. Щитоподібна залоза не збільшена. Пульс – 88 за 1 хв, ритмічний. АТ – 130 і 85 мм рт.ст. Ліва межа серця розширена на 2 см, діяльність серця ритмічна, І тон послаблений. У легенях – дихання везикулярне. Живіт м'який, не болочий. При пальпації живота патологічних змін не виявлено.

Дані додаткових досліджень. Загальний аналіз крові: еритроцити –  $2,4 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобін – 80 г/л, КП – 1,0, лейкоцити –  $6,2 \cdot 10^9/л$ , паличкоядерні нейтрофіли – 2 %, сегментоядерні нейтрофіли – 60 %, еозинофіли – 2 %, базофіли – 1 %, лімфоцити – 28 %, моноцити – 7 %, тромбоцити –  $80,0 \cdot 10^9/л$ , ШОЕ – 72 мм/год.

Аналіз сечі: прозора, реакція слабокисла, відносна густина – 1,019, білок – 1,2 г/л, еритроцити – 3-4, лейкоцити – 0-5 у полі зору.

Біохімічний аналіз крові: сечовина – 6,4 ммоль/л, загальний білок – 106 г/л, кальцій – 4,2 ммоль/л, натрій – 134 ммоль/л. При електрофорезі білків виявлено М-парапротеїновий градієнт.

Рентгенографія кісток черепа наводиться.



Рентгенограма черепа пацієнта М

#### Запитання

1. Які зміни виявлені при рентгенографії черепа?

- A. Патологічних змін не виявлено.
- B. Посилення судинного малюнка.
- C. Остеодеструктивні зміни.
- D. Остеолітичні зміни.
- E. Деформація турецького сідла.

2. Який найбільш імовірний діагноз у хворого?

- A. Хронічний лімфолейкоз.
- B. Хронічний мієлолейкоз.
- C. Плазмоцитома.
- D. Лімфогранулематоз.
- E. Гострий лейкоз.

3. Вкажіть, які з вказаних ознак дозволяють верифікувати установлений Вами попередній діагноз?

- A. Морфологічне підтвердження пухлинного процесу та біохімічна ідентифікація продукту синтезу пухлинних клітин.
- B. Синдром недостатності антитіл, геморагічний діатез, синдром підвищеної в'язкості, периферійна сенсорна нейропатія.
- C. Гіперкальціємія, синдром недостатності антитіл, геморагічний діатез, синдром підвищеної в'язкості,
- D. Гіперкальціємія, синдром недостатності антитіл, геморагічний діатез, синдром підвищеної в'язкості, периферійна сенсорна нейропатія.
- E. Вісцеральні ураження, гіперкальціємія, синдром недостатності антитіл, геморагічний діатез, синдром підвищеної в'язкості, периферійна сенсорна нейропатія.

4. Яка стадія захворювання визначена у даному випадку?

- A. Початкова.
- B. Розгорнута.
- C. Стадія I.
- D. Стадія II.
- E. Стадія III.

5. Який із наведених нижче протоколів лікування слід обрати.

А. Сарколізин – 10 мг на добу (250-350 мг на курс), преднізолон – 10-15 мг на добу, ретаболіл – 50 мг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень.

В. Вінкрисдин – 1мг/м<sup>2</sup> 1 раз на 2 тижні, сарколізин – 10 мг на добу (250-350 мг на курс), преднізолон – 10-15 мг на добу, ретаболіл – 50 мг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень.

С. Циклофосфан – 400 мг на добу (курсова доза – 8-10 г), преднізолон – 10-15 мг на добу, ретаболіл – 50 мг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень.

Д. Вінкрисдин 1мг/м<sup>2</sup> 1 раз на 2 тижні, циклофосфан – 400 мг на добу (курсова доза – 8-10 г), преднізолон – 10-15 мг на добу, ретаболіл – 50 мг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень.

Е. Мелфалан – 10 мг на добу (250-350 мг на курс), преднізолон – 10-15 мг на добу, ретаболіл – 50 мг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень.

### **Еталони рішення ситуаційної задача 6.**

**Правильні відповіді: 1D, 2C, 3A, 4E, 5C.**

#### **Обґрунтування відповідей:**

1. На рентгенограмі виявлено остеолітичні зміни.

2. На основі виявлення змін у плоских кістках (остеоліз), гіперпротеїнемії – 106 г/л (норма – 65-85 г/л), змін в електролітному балансі: кальцій – 4,2 ммоль/л, а також наявності парапротеїнів при електрофорезі білків (М-парапротеїновий градієнт), протеїнурії (білок – 1,2 г/л) можна думати, що у хворого плазмоцитома.

3. Критеріями діагнозу мієломної хвороби є морфологічне підтвердження пухлинного процесу (в мієлограмі – збільшення кількості плазматичних клітин) та біохімічна ідентифікація продукту синтезу пухлинних клітин (М-градієнт).

4. Стадія захворювання встановлюється за класифікацією Salmon-Durie. Наявність у хворого гемоглобіну нижче 85 г/л, гіперкальціємії (4,2 ммоль/л), кісткової остеодеструкції дозволяють стверджувати, що у хворого III стадія захворювання.

5. Протокол лікування (циклофосфан – 400 мг на добу (курсова доза – 8-10 г), преднізолон – 10-15 мг на добу, ретаболіл – 50 мг внутрішньом'язово 1 раз на тиждень) може бути обраний на основі того, що згідно з класифікацією за Salmon-Durie діагностовано III стадію мієломної хвороби.

**Клінічний діагноз:** мієломна хвороба, дифузно-вогнищева форма, стадія III.

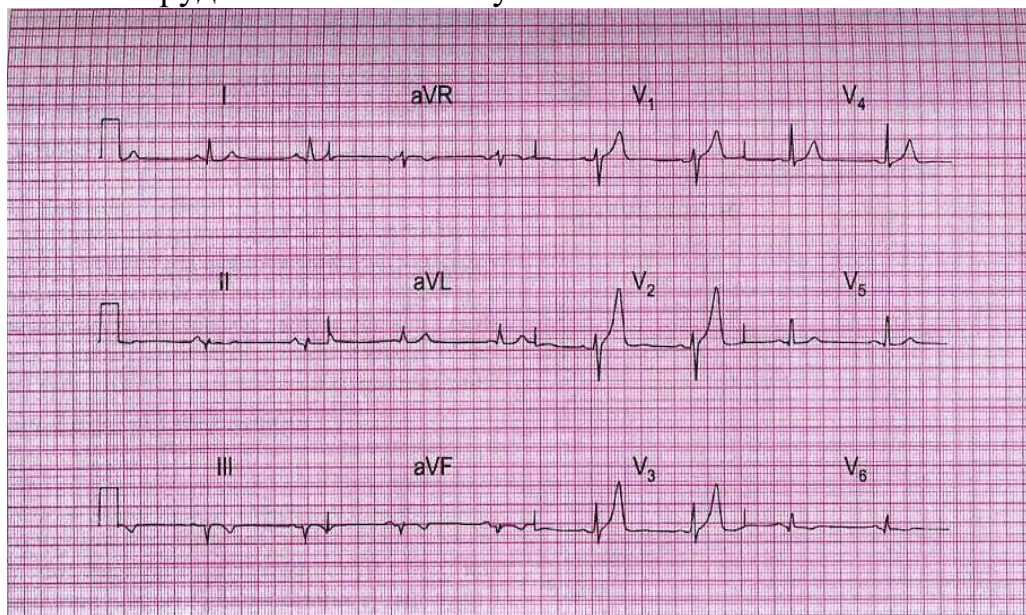
Мієломна хвороба (плазмоцитома) відноситься до групи В-лімфопроліферативних захворювань – пухлинних процесів у системі плазматичних клітин.

Виділяють солітарні (вогнищеві) плазмоцитоми (кісткові і позакісткові), генералізовані плазмоцитоми, множинно-пухлинні форми, дифузно-вузлові форми, дифузні форми. Обов'язковою ознакою плазматичної пухлини є виявлення продукту її синтезу – РІg – у сироватці крові або у сечі хворих, при так званих несекретуючих мієломах РІg визначається в клітинах.



### Ситуаційна задача 7.

Чоловік 60 років, звернувся до лікаря зі скаргами на невиражений біль за грудиною при фізичному навантаженні, що тримається 1-2 хвилини. У стані спокою болу за грудиною ніколи не було.



Запитання:

1. Проведіть аналіз ЕКГ.
2. Визначте патологічні зміни на ЕКГ
3. Визначте попередній діагноз
4. Які дослідження необхідно провести для підтвердження клінічного діагнозу.
5. Визначте тактику лікування

### Еталон рішення ситуаційної задачі 7:

1. На ЕКГ – ритм синусовий, ЧСС – 100 в хв., електрична вісь серця нормальна, незначні зубці Q у відведеннях II, III, aVF, інверсія зубця T у відведеннях III і aVF. Високі загострені зубці T у відведенні V1 – V3.
2. Клінічне обґрунтування змін на ЕКГ: зубці Q у «нижніх» відведеннях в сполученні з інверсією зубців T вказують на перенесений нижній (задньо-діафрагмальний) інфаркт міокарду. Вірогідно, що пацієнт переніс раніше інфаркт міокарду і біль за грудиною може бути обумовлений ішемією міокарда. Необхідно звернути увагу на наявність факторів ризику (куріння, підвищення артеріального тиску, гіперхолестеринемія).
3. Ішемічна хвороба серця. Постінфарктний кардіосклероз (перенесений задньо-діафрагмальний інфаркт міокарду). Стенокардія напруги. СН 0.
4. Показано проведення навантажувальної проби (ВЕМ), в залежності від її результатів прийняти рішення щодо виконання коронарної ангіографії.
5. Хворому доцільно рекомендувати довготривалий прийом аспірину і статинів.

## Приклади формулювання діагнозів в клініці внутрішніх хвороб

## Ендокринологія

- Автоімунний тироїдит, атрофічна форма, гіпотироз середньої тяжкості, декомпенсація.
- Автоімунний тироїдит, гіпертрофічна форма, еутироз.
- Адено-генітальний синдром. Вірильна форма.
- Аденокарцінома бронхів. Ектопічний АКТГ-синдром. Гіперкортицизм
- Анапластичний рак щитоподібної залози з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли шиї з обох сторін та легені, T<sub>4</sub>N<sub>2</sub>M<sub>1</sub>
- Вторинний тиротоксикоз, індукований вживанням аміодарону, середньої тяжкості, декомпенсація.
- Гострий гнійний тироїдит, абсцес правої долі щитоподібної залози.
- Дифузний ендемічний зоб Іст. Еутироз.
- Дифузний токсичний зоб Іст. Тиротоксикоз, середньої тяжкості, декомпенсація. Метаболічна кардіоміопатія. СН І.
- Дифузний токсичний зоб Іст. Тиротоксикоз, тяжка форма, декомпенсація. Метаболічна кардіоміопатія. Персистуюча форма фібриляції передсердь, СН І. Тиротоксична офтальмопатія Іст.
- Медулярний рак щитоподібної залози з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли шиї, T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>
- Нейрогенний нецукровий діабет, стан компенсації.
- Первинний гіперпаратироз, ниркова форма. Аденома паращитоподібних залоз.
- Підгострий тироїдит, фульмінантна форма, рання тиротоксична стадія.
- Післяопераційний гіпотироз, середньої тяжкості, декомпенсація.
- Полінодозний зоб Іст. Вузли правої та лівої долі. Еутироз.
- Пострадіаційний гіпотироз, середньої тяжкості, декомпенсація.
- Правосторонній мононодозний зоб Іст. Еутироз.
- Синдром Клайнфельтера. Гіпергонадотропний гіпогонадизм. Гінекомастія.
- Синдром Шерешевського-Тернера. Первинна аменорея.
- Субклінічний (лабораторний) гіпотироз.
- Субклінічний тиротоксикоз.
- Феохромоцитома лівої надниркової залози. Безсимптомна форма (інциденталом).
- Феохромоцитома правої надниркової залози. Синдром артеріальної гіпертензії, пароксизмальна форма. Катехоламінові кризи 2 стадії. Стан після перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу.
- Фолікулярний рак щитоподібної залози з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли шиї, T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>
- Хронічна недостатність (первинна) надниркових залоз, середньої тяжкості, декомпенсація.



- Цукровий діабет тип 1, тяжка форма лабільний перебіг зі схильністю до кетоацидотичних та гіпоглікемічних станів, декомпенсація. Діабетична периферична дистальна симетрична сенсорно моторна полінейропатія.
- Цукровий діабет тип 1, тяжка форма, декомпенсація. Діабетична периферична дистальна симетрична сенсорно-моторна полінейропатія. Діабетична ангіоретинопатія ІІІ ст. Діабетична нефропатія V ст (за Могенсоном). ХНН ІІІ ст. Симптоматична ренопаренхиматозна артеріальна гіпертензія.
- Цукровий діабет тип 2, вторинноінсулінзалежний, тяжка форма, декомпенсація. Діабетична периферична дистальна симетрична сенсорно-моторна полінейропатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок ІІІ ст. Трофічна виразка І пальцю правої стопи. Діабетична нефропатія ІІІ ст (за Могенсоном).
- Цукровий діабет тип 2, середньої тяжкості, субкомпенсація. Діабетична периферична дистальна симетрична сенсорно-моторна полінейропатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок ІІ ст. Ожиріння І ст. (ІМТ 32,4) аліментарно-конституціонального генезу, андроїдне, з елементами метаболічного синдрому.
- Цукровий діабет, вперше виявлений, декомпенсація. Кетоацидотичний стан ІІ ст.
- Ятрогенна хронічна недостатність надниркових залоз, легка форма, компенсація.

### Гастроентерологія

- Пептична виразка цибулини 12-палої кишки, Нр-позитивна (асоційована), активна (гостра) стадія, невелика язва на передній стінці цибулини (0,4 см), поверхневий антральний гастрит з кишковою метаплазією. Підвищена кислотність. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба.
- Пептична виразка цибулини 12-палої кишки, Нр-позитивна (асоційована), активна (гостра) стадія. Мала виразка цибулини (0,3см). Хронічний антральний гастрит, дуоденіт із шлунковою метаплазією. Підвищена кислотність. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба.
- Пептична виразка шлунку, Нр-негативна, тривало не заживаюча велика (1,5 см) виразка пілоричного відділу шлунка. Гастрит тіла шлунка з дисплазією ІІІ ст. та кишковою метаплазією. Підвищена кислотність. Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба.
- Вірусний гепатит В, фаза реплікації, помірний ступінь активності, слабо варажений фіброз (за даними біопсії та УЗД).
- Гепатит В – цироз, макронодулярний, фаза реплікації, помірна активність, стадія декомпенсації з системними проявами: поліартрит, гломерулонефрит.
- Гострий ерозивний езофагіт, 1 ступінь важкості
- Дискінезія жовчних шляхів, гіпермоторна форма, психогенно обумовлена.
- Синдром роздратованої товстої кишки, змішаний варіант, фаза загострення.
- Хронічний дуоденіт, загострення. Дискінезія жовчних шляхів, гіпермоторна форма.
- Хронічний атрофічний пангастрит з кишковою метаплазією в ділянці тіла

шлунка, з секреторною недостатністю III ступеня.

- Хронічний ентерит (постінфекційний) з переважним ураженням худої кишки, легкий ступінь, фаза загострення, еюніт з вираженими запальними змінами слизуватої оболонки без атрофії і без порушень усмоктувальної здатності.
- Хронічний кальцифікуючий панкреатит, фаза загострення, середньо-тяжкий перебіг
- Хронічний не виразковий коліт, постдизентерійний, переважно сигмопроктит, ерозивний, середнє тяжка форма, безупинний плин, фаза загострення, порушення моторної функції по гіпермоторному типу, виражена бродильна диспепсія.
- Хронічний невиразковий катаральний коліт на ґрунті дисбактеріозу (протейний), переважно тифліт, легка форма, рецидивуючий перебіг з порушенням моторної функції по гіпомоторному типі і явищами змішаної диспепсії.
- Хронічний некалькульозний холецистит, фаза загострення, важкий плин з частими рецидивами. Холецисто-кардіальний і астеноневротичний синдроми.
- Хронічний некалькульозний холецистит, фаза загострення, легка ступінь важкості. Гіпотонічна дискінезія жовчного міхура.
- Хронічний поверхневий гастрит (H.pilory-асоційований) з помірною атрофією в антральному відділі. Підвищена секреторна функція шлунка. Порушенням моторики по гіпермоторному типу.
- Хронічний радіаційний тотальний ентерит, важка форма, фаза загострення. Синдром мальабсорбції. Супутній коліт.
- Хронічний фіброзно-індуративний панкреатит, фаза загострення, тяжкий перебіг.
- Хронічний хімічний гастрит внаслідок тривалого прийому індометацину. Гіперплазія складок. Підвищена секреторна функція шлунку.
- Цироз печінки (після гепатиту В), макронодулярний, помірна активність, стадія декомпенсації. Портальна гіпертензія III ступеня. Спленомегалія. Асцит.

### Пульмонологія

- Бронхіальна астма, алергічна (алергія на домашній пил). Інтермітуючий перебіг, легкий ступінь загострення. ДН I ст.
- Бронхіальна астма, неалергічна. Важкий персистуючий перебіг. Загострення середньої важкості. Емфізема легенів. ДН II ст.
- Бронхоектатична хвороба: циліндричні бронхоектази в середній частці правої легені, S<sub>IV</sub> (латеральний сегмент), перебіг середньої тяжкості, фаза загострення. Хронічний обструктивний бронхіт II стадія, фаза ремісії; ДН II ст.
- Ексудативний, серозно - фібринозний, косно-діафрагмальний плеврит (туберкульозний), підгострий перебіг
- Негоспітальна аспіраційна пневмонія (стафілококова) в нижній долі правої легені з абцедуванням, IV група, тяжкий перебіг, ДН III ст. Цукровий діабет

I типу, важка форма, лабільний перебіг, стадія декомпенсації; діабетична нефропатія II ст., діабетична енцефалопатія.

- Негоспітальна пневмококова пневмонія в нижній долі правої легені (бронхопневмонія); I група; легкий перебіг. ДН I ст.
- Негоспітальна пневмококова пневмонія в нижній долі правої легені (бронхопневмонія); II група, легкий перебіг, ДН I ст. ІХС: стенокардія напруги, II ФК; Н I ст.
- Негоспітальна пневмококова пневмонія нижньої долі правої легені (крупозна), III група, тяжкий перебіг, ДН III ст. ІХС: післяінфарктний кардіосклероз (1997), Н II А ст.
- Негоспітальна пневмококова пневмонія нижньої долі правої легені (крупозна), IV група, тяжкий перебіг. Правосторонній ексудативний плеврит, ДН III ст. Інфекційно – токсична нирка.
- Нозокоміальна (стафілококова) пневмонія в нижній долі правої легені, III гр. (пізня), важкий перебіг (18.09), ДН III ст. ІХС: великовогнищевий інфаркт міокарда передньої стінки лівого шлуночка (12.09), гостра серцева недостатність (14.09) (Killip II).
- Нозокоміальна аспіраційна пневмонія в нижній долі лівої легені, II гр. (рання), помірний ступінь важкості. Хронічний обструктивний бронхіт, II ст.; фаза загострення, ДН II ст.
- ХОЗЛ, III стадія, фаза загострення, дифузний пневмосклероз, ЛН II супеня
- ХОЗЛ, IV стадія, фаза загострення. Дифузний пневмосклероз, ЛН III ступеня, хронічне легеневе серце, НК II стадії
- ХОЗЛ: II стадія, фаза ремісії, ЛН I ступеня
- Хронічний гнійний (стрептококовий) необструктивний бронхіт, фаза загострення, ДН I ст.
- Хронічний катаральний необструктивний бронхіт, фаза ремісії, ДН 0 ст.

### Кардіологія

- Аденома правого наднирника, первинний гіперальдостеронізм (хвороба Кона). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія III ст. Залишкові явища ішемічного порушення мозкового кровообігу в басейні лівої сонної артерії (січень, 1999). Правосторонній геміпарез. СН I ст.
- Гіпертонічна хвороба I ст.
- Гіпертонічна хвороба II ст. Гіпертензивна ангіопатія сітківки (генералізоване звуження артерій)
- Гіпертонічна хвороба II ст. Гіпертензивне серце (гіпертрофія лівого шлуночка) СН\* I ст
- Гіпертонічна хвороба II ст., гіпертензивне ураження нирок (за наявності протеїнурії)
- Гіпертонічна хвороба II ст. ІХС: стабільна стенокардія навантаження, II ф.кл.\*\* СН I ст.
- Гіпертонічна хвороба III ст. Гіпертензивна ретинопатія (крововиливи на очному дні)

- Гіпертонічна хвороба III ст. Гіпертензивне серце, СН ПА ст. (чи ІБ, III ст.) із систолічною дисфункцією, ЛШ, III ФК
- Гіпертонічна хвороба III ст. Залишкові явища гострого порушення мозкового кровообігу (вказати судинний басейн, вид інсульту)
- Гіпертонічна хвороба III ст. ІХС: постінфарктний кардіосклероз (вказати дату інфаркту). СН I ст.
- Гіпертонічна хвороба III ст. Первинний нефросклероз, ХНН\*\*\* I ст.
- Гіпертонічна хвороба III ст. Транзиторна ішемічна атака (вказати судинний басейн)
- Гіпертонічна хвороба III ст. Хронічна гіпертензивна енцефалопатія III ст. (або дисциркуляторна гіпертензивна енцефалопатія III ст., вказати неврологічний синдром)
- Гіпертонічна хвороба III ст., злякисний перебіг. Гіпертензивна ретинопатія (набряк диску зорового нерва, крововиливи на очному дні)
- Гостра ревматична лихоманка, активність III ст., кардит, поліартрит, анулярна ерітема, СН II А ст. ФК II.
- Гостре порушення мозкового кровообігу (вказати судинний басейн, вид інсульту). Гіпертонічна хвороба III ст.
- Гострий вірусний (грипозний) дифузний міокардит, екстрасистолічна аритмія, СН II А ст.
- Гострий стрептококовий ексудативний (серозно-фібринозний) перикардит, середній ступінь важкості (УЗД від 18.10.00), СН II А ст.
- Дилатаційна кардіоміопатія. Мерехтіння передсердь, постійна форма. СН II Б ст. ФК IV.
- Закрита травма голови. Струс головного мозку (15 серпня 2004). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія I ст. Неускладнений гіпертензивний криз (20 серпня 2004).
- ІХС. Гострий великовогнищевий інфаркт міокарда передньо-бокового відділу лівого шлуночка (11.01.99). Первинна транслюмінальна ангіопластика ПМША: прохідність ТІМІ – 3 (11.01.99). СН I.
- ІХС: великовогнищевий нижній Q-інфаркт міокарда (від 20.11). Гостра серцева недостатність I ст. (Killip I ст.) (21.11). СН I. ФК I.
- ІХС: великовогнищевий передньо-боковий інфаркт міокарда (від 10.11). Гостра серцева недостатність ІБ ст. (Killip III ст.) (11.11). Післяінфарктна рання стенокардія (18.11). Постінфарктний кардіосклероз (06.98). СН II А ст. ФК I.
- ІХС: прогресуюча стенокардія (з 21.10). СН I. ФК I.
- ІХС: стенокардія напруги II ФК, СН I ст.
- ІХС: стенокардія, що виникла вперше, СН<sub>0</sub>.
- Нейроциркуляторна дистонія за гіпертензивним типом, середнього ступеня важкості в фазі загострення
- НЦД, дизгормональна, середньої тяжкості, з гіпертензивним, тахікардіальним, депресивним синдромами. Панічні атаки. Фаза загострення.

- НЦД, есенціальна, середньої тяжкості, з кардіалгічним, респіраторним і невротичним синдромами у фазі загострення.
- Первинний стафілококовий ендокардит, III ст. активності; ураження аортального (недостатність клапану), мітрального (недостатність клапану); СН II Б ст., системний васкуліт, нефрит з ізольованим сечовим синдромом, спленомегалія.
- Природжена вада серця: дефект міжпередсердної перетинки. Вторинний інфекційний (гриби) ендокардит, III ст. активності, ураження аортального клапану (недостатність клапану), СН II А ст.
- Сечокам'яна хвороба. Вторинний хронічний пієлонефрит. Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія III ст. Гіпертензивне серце. Постійна форма фібриляції передсердь. СН II А ст. із збереженою систолічною функцією, II ФК
- Стеноз правої ниркової артерії. Стан після балонної ангіопластики (січень 2003). Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія II ст. Гіпертензивне серце, гіпертрофія ЛШ. Монотопна лівошлуночкова екстрасистолія. СН I ст.
- Феохромоцитома правого наднирника. Вторинна артеріальна гіпертензія II ст. Гіпертензивне серце. Пароксизми фібриляції передсердь. Неускладнений гіпертензивний криз (2 вересня 2004). СН I ст.
- Хронічна ревматична хвороба серця: мітральна вада з перевагою стенозу, II ст. СН II А ст. ФК III.
- Хронічний (ідіопатичний) констриктивний перикардит, СН II Б ст. ФК IV
- Хронічний післятуберкульозний адгезивний перикардит, СН I ст. ФК I.

### **Хвороби системи крові**

- АІГА (аутоімунна гемолітична анемія), гостра форма, гемолітичний криз
- В<sub>12</sub>-дефіцитна агастральна анемія, рецидив.
- В-клітинний хронічний лімфолейкоз; С (IV) стадія. Аутоімунна анемія, тромбоцитопенія.
- Гостра мієлоїдна лейкемія, М0 (з мінімальною диференціацією).
- Гострий еритролейкоз, М6.
- Гострий лімфобластний лейкоз, варіант L3.
- Залізодефіцитна анемія вагітних, легка форма.
- Залізодефіцитна анемія, ранній хлороз.
- Залізодефіцитна анемія, постгастрорезекційна, середньої тяжкості.
- Залізодефіцитна анемія, постгеморагічна, середньої тяжкості.
- Залізодефіцитна постгеморагічна анемія, фіброміома матки, метрорагії
- Лімфогранулематоз, ЗБ стадія, змішаноклітинний варіант, активна фаза. Амїлоїдоз нирок, ХПН-1.
- МДС: рефрактерна анемія з надлишком бластів гіперпластичний варіант.
- Мегалобластична (В<sub>12</sub>-дефіцитна) анемія, целиакія.
- Мієлодиспластичний (мієлопроліферативний) синдром
- МДС: хронічний мієломоноцитарний лейкоз, рефрактерна анемія, гіпопластичний варіант.

- Спадковий мікросфероцитоз (хвороба Зінківського-Шоффара), гемолітичний криз, сплено-гепатомегалія.
- Справжня поліцитемія, II стадія, фаза А.
- Справжня поліцитемія, II стадія, фаза В, спленомегалія.
- Справжня поліцитемія, III стадія (термінальна), трансформація в гострий лейкоз.
- Хвороба Маркіафава-Мікелі, гемолітичний криз
- Хронічний лімфолейкоз, початкова стадія, А(0) за Раі/Бине.
- Хронічний лімфолейкоз, Т-форма, термінальна стадія.
- Хронічний мієлолейкоз, варіант без Ph-хромосоми, стадія розгорнутої хвороби.
- Хронічний мієлолейкоз, стадія розгорнутих клінікогематологічних проявів (II стадія).
- Хронічний мієлолейкоз, термінальна стадія, бластний криз.
- Хронічний мієлолейкоз, фаза акселерації. Анемія середнього ступеня важкості, нормохромна. Тромбоцитопенія.
- Центробластно-центроцитарна неходжківська лімфома низького ступеня злості, 4А стадії. Аутоімунна гемолітична анемія.

**ПРОТОКОЛ КЛІНІЧНОГО РОЗБОРУ ХВОРОГО**

**П.І.Б. хворого** \_\_\_\_\_

**Вік** \_\_\_\_\_ **професія** \_\_\_\_\_

**Скарги хворого:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Anamnesis morbi:**

Вважає себе хворим з \_\_\_\_\_

коли вперше з'явилися \_\_\_\_\_

Останнє загострення з \_\_\_\_\_

**Anamnesis vitae:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Результати фізикального обстеження хворого:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Попередній діагноз:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**План обстеження:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Результати додаткових методів дослідження:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

**Обґрунтування клінічного діагнозу:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Клінічний діагноз:**

Основне захворювання \_\_\_\_\_

---

---

Супутні захворювання \_\_\_\_\_

---

---

---

Ускладнення \_\_\_\_\_

---

---

---

**Лікування:**

1. Режим \_\_\_\_\_

2. Дієта \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---



## ОСНОВНІ МЕДИЧНІ МАНПУЛЯЦІЇ

### Внутрішньошкірні ін'єкції.

**Показання:** знеболення та проведення діагностичних проб:

- метою діагностики туберкульозу (проба Манту);
- ехінококозу (проба Каццоні);
- бруцельозу (проба Бюрне);
- профілактики правця.

Для діагностичних проб використовують переважно шкіру внутрішньої поверхні передпліччя.

### Методика виконання.

1. Для виконання внутрішньошкірної ін'єкції використовують шприц місткістю 1—2 мл, найтоншу і найкоротшу ін'єкційну голку (№ 0415). Кількість рідини для введення — від кількох крапель до 1 мл.

2. Підготовку рук, збирання шприца, набирання ліків проводять за загальноприйнятими правилами. Як правило, ін'єкції виконують у процедурному кабінеті.

3. Місце ін'єкції протирають двома ватними кульками, змоченими 96 % спиртом.

4. Шприц беруть у праву руку так, щоб I, III і IV пальці утримували циліндр, II — муфту голки, а V — поршень.

5. Видаляють пухирці повітря з шприца, тримаючи його вертикально і легко натискаючи на поршень до появи краплі розчину з просвіту голки.

6. Після висихання шкіри, лівою рукою обхоплюють передпліччя хворого знизу і злегка розтягують шкіру. Тримаючи шприц з голкою зрізом догори і майже паралельно до поверхні шкіри, Під кутом 5°, вколюють голку на незначну глибину в товщу шкіри так, щоб занурився її зріз. Лівою рукою повільно натискаючи на поршень, вводять вміст шприца. При цьому, на місці ін'єкції утворюється білуватий горбик. Швидким рухом витягають голку. Стерильну ватну кульку, змочену спиртом, не прикладають до місця ін'єкції, щоб не витиснути введенний лікарський препарат.

### Ускладнення.

При порушенні правил асептики і антисептики на місці внутрішньо шкірної ін'єкції можуть утворюватись інфільтрати, рожисте запалення. Іноді спостерігаються алергічні реакції.

Категорично забороняється користуватися одним і тим самим шприцом для введення ліків декільком хворим. Для кожної ін'єкції треба брати окремі, одноразові шприци. Не дозволяється змішувати в одному шприці різні ліки і вводити їх разом.

### Проведення проби на чутливість до лікарського препарату.

1. Для проведення проби на чутливість до лікарського препарату необхідно приготувати до роботи: руки, стерильний шприц, місце проведення проби та набрати з ампули чи флакона необхідний лікарський засіб,.

2. Спочатку проводиться **нашкірна** або **крапельна проба**. На підготовлену шкіру наносять декілька крапель медичного препарату та перевіряють результат через 20 хв. При відсутності змін (почервоніння,

свербіж, набряк) проводиться **скарифікаційна проба**. Наносять на шкіру крапельку медичного препарату і через нього скарифікатором ( а в разі його відсутності – стерильною голкою) проводиться дві насічки розміром в 1 см. Результат перевіряють через 20 хв.

3. При відсутності змін – проводиться **внутрішньо шкірна проба**, вводячи 0,1 мл необхідного медичного препарату. Через 20 хв знову перевіряють результат.

За наявності **позитивного результату** (почервоніння, набряк чи припухлість будь-якого розміру, свербіж шкіри), на місці проведення проби **необхідно:**

- довести до відома пацієнта, що у нього до даного препарату позитивна реакція,
- зробити відмітку у листку лікарських призначень,
- зробити відмітку на титульній сторінці „Стаціонарної карти пацієнта”, вказавши назву препарату, дату проведення проби.

### **Підшкірні ін'єкції.**

**Показання:** введення ліків, що добре всмоктуються в пухкій підшкірній основі. Це забезпечує швидке (через 20 хвилин) всмоктування лікарських засобів у загальне коло кровообігу.

Ділянки тіла, які частіше використовують для ін'єкцій. Для підшкірних ін'єкцій частіше використовують зовнішню поверхню плеча, підлопаткові ділянки, передньозовнішню поверхню стегна, латеральні поверхні живота на рівні пупка. У цих ділянках шкіру та підшкірну жирову клітковину легко захопити в складку, до того ж відсутня небезпека пошкодження великих судин і нервів. Підшкірно вводять 1—2 мл розчину, максимальний об'єм не повинен перевищувати 5 мл. Уникають ділянок з ямками або вузлами, утвореними внаслідок ліподистрофій, оскільки вони можуть стати причиною зниженої абсорбції та ефективності лікарських засобів.

### **Методика виконання підшкірної ін'єкції**

1. Протерти чисто вимиті руки стерильним ватним тампоном, зволеним 70% розчином етилового спирту.

2. Підготувати шприц і набрати ліки згідно із загальноприйнятими правилами.

3. У місці ін'єкції шкіру протирають стерильним ватним тампоном, зволеним 70% розчином етилового спирту, двічі: спочатку обробляють ділянку розміром 10 x 10 см, потім другим тампоном — 5 x 5 см. Тампон затискають між IV і V пальцями лівої руки.

4. Наповнений ліками шприц беруть правою рукою так, щоб II палець притримував муфту голки, решта пальців невимушено тримають циліндр шприца. При цьому зріз голки направлений вгору.

5. Вказівним та великим пальцями лівої руки захоплюють шкіру з підшкірною жировою клітковиною у відповідній ділянці відтягуючи її догори .

6. Швидким рухом під гострим кутом (30—45°) за течією лімфи (від периферії до центру) вколюють голку зрізом догори, вводячи її на 2/3 довжини в основу утвореної складки, тобто на глибину 1-2 см.

7. Після проколу шкіри складку відпускають і II—III пальцями лівої руки обхоплюють обід циліндра шприца, а I пальцем натискають на рукоятку поршня і повільно вводять ліки під шкіру.

8. Лівою рукою прикладають до місця уколу стерильний ватний тампон і швидким рухом витягують голку.

#### **Ускладнення:**

- потрапляння голки в просвіт кровоносної судини і введення в неї медикаментозних речовин.

- поранення стінки судин голкою призводить до кровотечі і підшкірних крововиливів. Для зупинки кровотечі місце проколу притискають стерильною марлевою кулькою;

- при недостатньо глибокому вколюванні голки медикаментозні препарати потрапляють не в підшкірну основу, а в товщу шкіри, що може спричинити її некроз;

- не виключена можливість – поломки голки в товщі тканин. Найчастіше голка ламається в місці з'єднання її з муфтою, тому голку рекомендується вводити не повністю, а на 2/3 її довжини;

- в деяких випадках з'являється біль і почервоніння шкіри в місці проколу, а також утворюється підшкірний інфільтрат. Найчастіше це спостерігається при не дотриманні правил асептики, а також при одноразовому введенні великого об'єму ліків, при постійному введенні ліків в одне й те саме місце, при введенні не підігрітих олійних розчинів;

- для профілактики цих ускладнень слід: постійно чергувати місця ін'єкцій, не вводити великого об'єму ліків одно моментно, суворо дотримуватися правил асептики.

При виникненні ускладнень на місце ін'єкції прикладають зігрівальний компрес з 40 – 45% спиртом.

Від термінованими в часі можуть бути такі ускладнення, як гепатит В, СНІД.

#### **Техніка внутрішньовенних ін'єкцій**

Оснащення: Стерильні голка і шприц одноразового використання ємністю 10 або 20 мл в упаковці, стерильні гумові рукавиці одноразового використання в упаковці, лікарські препарати в ампулах і флаконах, пилочка, 70% р-н етилового спирту, ватні кульки, джгути, полотняна серветка (рушник), лоток для використаних інструментів і матеріалів, пінцети в потрібному розчині.

| Етапи   | Обґрунтування                      |
|---|------------------------------------|
| <b>I. Підготовка процедури</b>  |                                    |
| 1.Ретельно вимити двічі руки з милом, витерти рушником, обробити 70% розчином | Забезпечується інфекційна безпека. |
| 2.Звірити напис на ампулі, звернути увагу на термін придатності.              |                                    |
| 3.Звільнити одноразовий шприц і голку від упаковки.                           |                                    |
| 4.Розчин набрати із ампули в шприц.   |                                    |

|  |   |
|--|---|
| 5.Видалити з шприца пухирці повітря.   | Запобігання утворення емболій.  |
| 6.Покласти шприц з набраними лік. речовинами на лоток.   | Забезпечується інфекційна безпека.  |
| 7.На цей лоток покласти 3 ватні кульки, змочені у 70% р-ні етилового спирту.   | Забезпечується інфекційна безпека.  |
| 8.Провести психологічну підготовку пацієнта.   | Заохочується пацієнта до співпраці.   |
| 9.При виконанні ін'єкцій пацієнт має лежати в ліжку.   | Запобігання непритомності.  |
| 10.Рука пацієнта повинна розташовуватись на столі в зручному, максимально розігнутому у ліктьовому згині положенні.  |   |
| <b>II. Виконання процедури.</b>  |   |
| 1.Намітити місце ін'єкції.<br>Найзручніше виконувати внутрішньовенну ін'єкцію в вени ліктьового згину.   | Це пояснюється доброю фіксацією вени в підшкірній основі, що не дає їй можливості зміщуватись і спадатися під час ін'єкції. |
| 2.На плече вище ліктьового згину накласти гумовий джгут; під джгут підкласти полотняну серветку. Джгут зав'язати таким чином, щоб вільні кінці були спрямовані вгору і не заважали під час виконання ін'єкції, а також щоб його можна було легко розв'язати лівою рукою. | Забезпечується чітке контурування вен і створення штучного венозного спазму.  |
| 3.Запропонувати пацієнту кілька разів енергійно стиснути і розтиснути кулак. Розтерти згинальну поверхню передпліччя рукою у напрямку від кисті до ліктьового згину.   | Забезпечується посилення венозного застою.  |
| 4.Кінчиком вказівного пальця правої руки пропальпувати вени ліктьового згину і вибрати велику і малорухому вену.   |   |
| 5.Запропонувати пацієнту стиснути кулак.   | Забезпечується чітке контурування вени.   |
| 6.Двічі протерти місце ін'єкції стерильними ватними кульками, змоченими у 70% розчині етилового спирту.  | Забезпечується інфекційна безпека.  |
| 7.Взяти наповнений ліками шприц правою рукою так, щоб 2 палець підтримував муфту голки, 1, 3, і 4 пальці – циліндр шприца, а 5 палець розміщувався на поршні.  |   |
| 8.Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру нижче від наміченого місця ін'єкції.  | Забезпечується точна фіксація вени.   |
| 9.Голку шприца встановити під гострим кутом до поверхні шкіри по напрямі току крові. Зріз голки повинен бути догори. Обережно  |   |

|  |   |
|--|---|
| проколоти шкіру і стінку фіксованої вени.  |   |
| 10. Опустити шприц і провести голку ще на 5-10 мм по ходу вени. При правильному положенні голки у вені в шприці з'явиться темна венозна кров. У пацієнтів з низьким артеріальним тиском кров у шприці буде після того, як поршень шприца злегка потягнути на себе. Якщо з першого разу не вдалося потрапити у вену, потрібно потягнути голку трохи на себе або ввести її трохи глибше, але що вона залишалася у підшкірній основі. |   |
| 11. Перед введенням розчину лівою рукою обережно зняти накладений на плече гумовий джгут, запропонувати пацієнту розтиснути кулак.   | Забезпечується правильне і швидке попадання ліків в кров'яне русло.       |
| 12. Не змінюючи положення шприца першим пальцем лівої руки натиснути на рукоятку поршня, і повільно ввести препарат.   | При повільному введенні препарат не викликає небажаної реакції організму. |
| <b>III. Закінчення процедури</b>   |   |
| 1. Після закінчення введення лікарської речовини прикласти до місця ін'єкції стерильну ватну кульку змочену у 70% розчині етилового спирту.  | Забезпечується інфекційна безпека; запобігання виконання непритомності.   |
| 2. Запропонувати пацієнту зігнути руку в ліктьовому суглобі і затиснути ватну кульку з спиртом на 3-5 хв. Заборонити пацієнту різко вставити після ін'єкції.   | Забезпечується інфекційна безпека; запобігання виникнення непритомності.  |
| 3. Відпрацьовані ватні кульки занурити у 5% розчині хлораміну в ємкості, промаркірованій "Для використаних ватних кульок" на 1 годину.   | Забезпечується інфекційна безпека.  |
| 4. Відпрацьований шприц занурити у 5% розчині хлораміну, в ємкості промаркірованій "Для замочування одноразових шприців і голок" на 1 годину.  | Забезпечується інфекційна безпека.  |
| 5. Вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти.   | Забезпечується інфекційна безпека.  |

### **Виконання процедури взяття крові із вени для імунологічних та біохімічних досліджень**

Оснащення: Стерильні голка і шприц одноразового використання ємністю 10 або 20 мл в упаковці, стерильні гумові рукавиці одноразового використання в упаковці, стерильна маска одноразового використання в упаковці, пінцет, стерильний лоток, стерильні ватні кульки, 70% р-н етилового спирту, пробірки чисті, сухі в штативі, джгут, полотняна серветка, чистий лоток, лоток для використаних інструментів і матеріалів, ножиці.

| Етапи   | Обґрунтування  |
|---|--|
| <b>I. Підготовка процедури</b>  |  |
| 1. Принести з лабораторії чисті, сухі пробірки в штативі.   | Забезпечується інфекційна безпека.   |
| 2. Провести психологічну підготовку пацієнта.   | Заохочується пацієнта до співпраці.  |
| 3. Попередити пацієнта що аналіз з крові він повинен здати натще (забороняється пити, палити, вживати ліки)   | Заохочення пацієнта до співпраці.  |
| 4. Запропонувати пацієнту зручно сісти на стілець, руку покласти на спеціальний столик долонею доруги в максимально розігнутому положенні.                            | Заохочення пацієнта до співпраці.  |
| 5. Одягнути поліетиленовий фартух.  | Забезпечується інфекційна безпека.   |
| 6. Ретельно вимити руки двічі з милом під проточною водою, витерти рушником, обробити 70% розчином етилового спирту, одягнути гумові рукавички.                       | Забезпечується інфекційна безпека.   |
| 7. Одягнути стерильну маску.  | Забезпечується інфекційна безпека.   |
| <b>II. Виконання процедури</b>  |  |
| 1. Намітити місце пункції в ліктьовому згині.   | Забезпечується добра фіксація вен в підшкірній основі, що не дає їй можливості зміщуватися і спадатися під час ін'єкції. |
| 2. На плече вище ліктьового згину накласти гумовий джгут під джгут підкласти полотняну серветку.  | Забезпечується чітке контурування венозних стовбурів.  |
| 3. Запропонувати пацієнту кілька разів енергійно стиснути і розтиснути кулак. Розтерти згинальну поверхню передпліччя рукою у напрямку від кисті до ліктьового згину. | Забезпечується посилення венозного застою.   |
| 4. Кічиком вказівного пальця правої руки про пальпувати вени ліктьового згину і вибрати велику і малорухому вену.   |  |
| 5. Запропонувати пацієнту стиснути кулак.   | Забезпечується чітке контурування вени.  |
| 6. Двічі протерти місце ін'єкції стерильними ватними кульками, змоченими у 70% розчині етилового спирту.  | Забезпечується інфекційна безпека.   |
| 7. Взяти шприц правою рукою так, щоб 2 палець підтримував муфту голки, 1, 3, і 4 пальці – циліндр шприца, а 5 палець розміщувався на поршні.                          |  |

|  |   |
|--|---|
| 8.Першим пальцем лівої руки відтягнути шкіру нижче від наміченого місця пункції.   | Забезпечується точна фіксація вени.                       |
| 9.Голку шприца встановити під гострим кутом до поверхні шкіри по напрямі току крові. Зріз голки повинен бути догори. Обережно проколоти шкіру і стінку фіксованої вени.  | Забезпечується правильність догляду.                      |
| 10.Опустити шприц і провести голку ще на 5-10 мм по ходу вени. Якщо з першого разу не вдалося потрапити у вену, потрібно потягнути голку трохи на себе або ввести її трохи глибше, але що вона залишалася у підшкірній основі.   |   |
| 11.Під час взяття крові із вени джгут із руки не знімати, кулак пацієнт не повинен розтискувати. Після заповнення шприца необхідно кількістю крові (за призначенням лікаря)зняти джгут, запропонувати пацієнту розтиснути кулак. |   |
| <b>III. Закінчення процедури</b>   |   |
| 1.Після маніпуляції прикласти до місця пункції стерильну ватну кульку змочену у 70% розчині етилового спирту і витягнути голку із вени.  | Забезпечується інфекційна безпека.                        |
| 2.Пацієнту запропонувати зігнути руку в ліктьовому суглобі і затиснути ватну кульку з спиртом на 3-5 хв.   | Забезпечується інфекційна безпека.                        |
| 3.Від'єднати голку від шприца і покласти її в лоток.   |   |
| 4.В ліву руку взяти чисту, суху пробірку, нахилиючи її, а правою рукою обережно випустити кров із шприца по стінці пробірки.   | Запобігання швидкому розпаданню формених елементів крові. |
| 5.Пробірку з кров'ю поставити в штатив, закрити ватним тампоном.   |   |
| 6.Прикріпити етикетку-направлення до пробірки з зовнішньої сторони.  |   |
| 7.Відпрацьовані ватні кульки занурити у 5% розчині хлораміну в ємкості, промаркірованій "Для використаних ватних кульок" на 1 годину.  | Забезпечується інфекційна безпека.                        |
| 8.Через 3-4 години пробірки доставити у лабораторію.   |   |
| 9.Вимити двічі руки з милом під проточною водою, витерти чистим рушником.  | Забезпечується інфекційна безпека.                        |

### **Алгоритм визначення груп крові за системою АВО**

«Інструкція з визначення груп крові за системою АВО» (наказ МОЗ України від 05.07.1999 р. № 164) «Інструкції про застосування набору діагностичних моноклональних реагентів анти-А, анти-В та анти-АВ для визначення груп крові людини за системою АВО» від 16.02.2006р

Визначення групи крові за системою АВО проводять моноклональними реагентами (мишачі моноклональні Ig M) анти-А, анти-В та анти-АВ за звичайними методами виявлення антигенів еритроцитів та аглютинінів у сироватці (плазмі) крові за допомогою стандартних еритроцитів.

## **I. Визначення групи крові за допомогою моноклональних реагентів (цоліклонів) анти-А та анти-В**

### **Матеріали:**

- моноклональні реагенти (цоліклони) анти-А (рожевого кольору), анти-В (синього кольору) по 5мл у флаконах.
- маркировані піпетки («анти-А», «анти-В» і т.д.)
- біла порцелянова пластинка
- кров хворого (взята з антикоагулянтом)

### **Умови проведення досліджень:**

- Визначення групи крові проводиться у приміщенні з достатнім освітленням при температурі від 15 °С до 25 °С.
- Необхідно працювати в рукавичках.
- Необхідно перевірити термін придатності реагентів.
- Не слід користуватися моноклональними реагентами, якщо вони мають нерозчинний осад або помутніння.
- Для кожного реагенту використовують окрему промаркировану піпетку.
- Моноклональні реагенти не слід зберігати відкритими.

### **Техніка визначення групи крові за допомогою цоліклонів антигенів А і В:**

1 Нанести на планшет або на білу порцелянову пластинку під відповідними написами «Анти – А» та «Анти – В» по одній краплі (100 мкл) цоліклону анти-А та анти-В.

2. Поруч із краплями антитіл нанести по одній краплі (50 мкл) досліджуваної крові (співвідношення кров : реагент – 1:10)

- у разі визначення групи крові, взятої з пальця або взятої без консерванту, необхідно забезпечити достатньо велику кількість еритроцитів, тобто брати перші краплі з пальця (без сильного видавлювання) або вільні еритроцити з осаду крові, яка згорнулася (без надмірної кількості сироватки).

3. Реагенти та кров ретельно змішати чистою, сухою, скляною паличкою на пластині.

4. Спостерігати за ходом реакції при легкому похитуванні пластини або планшету протягом 5 хвилин (через можливість більш пізньої появи аглютинації з еритроцитами, які містять слабкі різновиди антигенів А або В).

### **Оцінка результатів:**

**Позитивний результат** - виражається в аглютинації (склеюванні) еритроцитів.

Аглютинацію можна спостерігати неозброєним оком у вигляді дрібних червоних агрегатів, які швидко зливаються, утворюють великі пластівці або один великий аглютинат.

**Негативний результат** - крапля залишається рівномірно забарвленою у червоний колір, аглютинати в ній не спостерігаються.

- Кров належить до **групи 0 (I)**, якщо **відсутня (-)** аглютинація з



цоліклонами анти-А та анти-В.

- Кров належить до **групи А (II)**, якщо **аглютинація (+)** спостерігається з цоліклоном анти-А.
- Кров належить до **групи В (III)**, якщо **аглютинація (+)** спостерігається з цоліклоном анти-В.
- Кров належить до **групи АВ (IV)**, якщо **аглютинація (+)** спостерігається з цоліклоном анти-А, з анти-В та анти-АВ.

Табл. 1 Тракткування результатів реакції

| Група досліджуваної крові | Реакція еритроцитів, які досліджуються, з моноклональними реагентами (цоліклонами) |          |                    |
|---------------------------|--|----------|--------------------|
|                           | Анти - А   | Анти – В | Контроль Анти - АВ |
| <b>0(I)</b>               | —  | —        | —                  |
| <b>А (II)</b>             | +  | —        | +                  |
| <b>В (III)</b>            | —  | +        | +                  |
| <b>АВ (IV)</b>            | +  | +        | +                  |