

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Кафедра внутрішніх хвороб -1

Сиволап В.Д.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ

ОСНОВ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

(ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія,
гематологія, загальні питання внутрішньої медицини)

Навчально – методичний посібник
для студентів 4 курсу медичного факультету,
які попередньо здобули освітньо-кваліфікаційний рівень
"Молодший спеціаліст"

Запоріжжя
2018

УДК 616.1/.8(075.8)

С-95

*Навчально-методичний посібник рекомендовано до видання
Центральною методичною Радою Запорізького державного медичного університету
(протокол № 1 від «27» вересня 2018 р.)*

Рецензенти:

Доценко С. Я.- професор, доктор медичних наук, завідуючий кафедрою внутрішніх хвороб-3 ЗДМУ .

Сиволап В. В., професор, доктор медичних наук, завідуючий кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими ЗДМУ.

Автор:

Сиволап В. Д., д.мед.н., професор, завідуючий кафедрою внутрішніх хвороб-1 Запорізького державного медичного університету.

С 95 Особливості викладання основ внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини): навчально-методичний посібник / В. Д. Сиволап. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. - 121 с.

Навчально-методичний посібник підготовлено відповідно до вимог програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» (МОЗ України, 2018) з метою оптимізації навчання та удосконалення оцінювання результатів під час викладання Розділу - 1 «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини) студентам, які попередньо здобули освітньо-кваліфікаційний рівень "молодший спеціаліст".

УДК 616.1/.8(075.8)

© Сиволап В. Д. 2018.

© Запорізький державний медичний університет, 2018

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Методи навчання та види навчальних занять.....	4
Види та методи контролю успішності.....	12
Методика проведення поточного контролю успішності.....	12
Методика проведення семестрового контролю (диференційний залік).....	18
Методика проведення підсумкового контролю за Розділом 1 «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини).....	18
Перелік питань до семестрового та підсумкового контролю за Розділом 1 «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини).....	20
Перелік практичних робіт та завдань до семестрового та підсумкового контролю за Розділом 1 «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини)».....	26
Тестові завдання до диференційованого заліку та підсумкового контролю за Розділом – 1, «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини)».....	32
Методичні рекомендації та вимоги до написання історії хвороби в терапевтичній клініці.....	80
Приклади формулювання діагнозів в клініці внутрішніх хвороб.....	98
Методика виконання основних медичних маніпуляцій.....	108
Перелік рекомендованої літератури.....	116

ВСТУП

Доцільність підготовки видання обумовлена необхідністю внесення змін до навчального процесу згідно вимог нової програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» (2018) до рівня теоретичної підготовки, володіння практичними навичками, удосконалення методів викладання та оцінювання успішності студентів під час поточного, семестрового та підсумкового контролю Розділ 1 «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальні питання внутрішньої медицини)».

МЕТОДИ НАВЧАННЯ ТА ВИДИ НАВЧАЛЬНИХ ЗАНЯТЬ

Методи навчання:

- **за джерелами знань:** словесні – розповідь, пояснення, лекція, інструктаж;
- **наочні** – демонстрація, ілюстрація; практичні – практична робота, вирішення задачі.
- **за характером логіки пізнання:** аналітичний, синтетичний, аналітико-синтетичний, індуктивний, дедуктивний.
- **за рівнем самостійної розумової діяльності:** проблемний, частково-пошуковий, дослідницький.

Види навчальних занять згідно з навчальним планом:

- лекції;
- практичні заняття (семінарські заняття);
- самостійна робота студентів;
- консультації.

Лекції. На лекціях розкриваються актуальні питання найбільш поширених захворювань внутрішніх органів за Розділом 1 навчальної дисципліни «Внутрішня медицина», сучасні досягнення клінічної медицини, що базуються на принципах доказової медицини. В лекційному курсі широко використовуються мультимедійні презентації, виписки історії хвороб за темами лекції та інші дидактичні заходи.

Практичні заняття передбачають детальний розгляд студентами окремих теоретичних положень навчальної дисципліни з викладачем і формування вміння та навичок їх практичного застосування шляхом індивідуального виконання студентом сформульованих завдань та вирішення ситуаційних задач. Практичні заняття проводяться на клінічних базах кафедри. Особлива увага приділяється опануванню навичками збору анамнезу, проведення фізикального обстеження та диференціальної діагностики клінічних проявів та захворювань. Студенти беруть участь в діагностично-лікувальному процесі амбулаторних та стаціонарних пацієнтів під керівництвом асистентів і доцентів кафедри. Передбачено оволодіння процедурами, що зустрічаються в практиці лікаря. Практичні заняття, клінічні обходи з асистентами та доцентами кафедри є найголовнішою частиною навчання. Кожен студент щоденно записує та показує клінічні данні щодо обстежених хворих асистенту, проводить клінічне обстеження хворого з написанням академічної історії хвороби (написана від руки, на її перевірку виділяється 0,5 академічної години). Студенти знайомляться та опановують навички реєстрації ЕКГ, інтерпретації УЗД, рентгенограм, удосконалюють методику фізикального обстеження хворого (курація), написання протоколу курації, історії хвороби, направлень на госпіталізацію, виписок з лікарні.

Методика організації клінічних практичних занять з внутрішньої медицини передбачає необхідність:

- зробити студента учасником процесу надання медичної допомоги пацієнтам від моменту їх госпіталізації, обстеження, постановки діагнозу, лікування до виписки зі стаціонару;
- оволодіти професійними практичними навичками; навиками роботи в

команді студентів, лікарів, інших учасників надання медичної допомоги;

- сформувані відповідальність студента як майбутнього фахівця за рівень своєї підготовки, її удосконалення протягом навчання і професійної діяльності.

Для реалізації зазначеного на першому занятті з відповідного розділу студенту надається докладний план роботи в клініці та методи його реалізації.

Цей план повинен включати:

- методи дослідження, які має засвоїти студент (або ознайомитись);
- алгоритми (протоколи) обстежень, постановки діагнозу, лікування, профілактики відповідно до стандартів доказової медицини;
- кількість пацієнтів для курації, яку має здійснювати студент протягом циклу;
- доповіді історії хвороби пацієнта у навчальній групі, на клінічних обходах, практичних конференціях.

Курація пацієнта передбачає:

- з'ясування скарг хворого, анамнезу захворювання та життя, проведення опитування за органами та системами;
- проведення фізикального обстеження хворого та визначення основних симптомів захворювання;
- аналіз даних лабораторного та інструментального обстеження хворого;
- формулювання діагнозу хворого;
- призначення лікування;
- визначення заходів первинної та вторинної профілактики;
- доповідь результатів обстеження хворого командою студентів у навчальній групі, розбір під керівництвом викладача правильності встановлення діагнозу, диференційного діагнозу, обсяг призначеного обстеження, лікувальну тактику, оцінку прогнозу та працездатності.

Практичні заняття передбачають:

- контроль початкового рівня знань за допомогою тестів, складених у форматі запитання з 5 варіантами відповіді, з яких 1 – правильна;

- ведення 1-2 хворих з захворюваннями та станами, що відповідають тематиці заняття, з наступним обговоренням правильності встановлення діагнозу, диференціальної діагностики та лікувальних заходів із застосуванням засад доказової медицини і у відповідності до Національних та Європейських настанов і протоколів;
- оцінювання результатів додаткових методів дослідження (лабораторних та інструментальних), які застосовуються при діагностиці і проведенні диференційного діагнозу, розгляд яких передбачений темою практичного заняття, протоколи курації, захист історії хвороби.
- контроль кінцевого рівня знань за тестовими завданнями, складеними у форматі Крок-2.

На практичних заняттях студентам рекомендується вести протоколи курації, у які вносити короткі відомості про хворих, обстежених під час практичного заняття, фіксувати формулювання діагнозу, план обстеження хворого та призначене лікування.

План і організаційна структура практичного заняття

№ з/п	Етапи заняття	Розподіл 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 хворих та безпосередня робота з ними, результати лабораторних та інструментальних досліджень. Обладнання, муляжі, комп'ютери з відповідним інформаційним забезпеченням, фантоми тощо)
1.1	<p>Організація заняття</p> <p>Визначення конкретної мети заняття і створення позитивної пізнавальної мотивації.</p>			
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. 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. Контроль уміння виконувати медичні маніпуляції, оцінювати результати лабораторних та інструментальних досліджень Оцінювання за кожне завдання: «2», «3», «4», «5»	
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		Виставляється як середнє арифметичне всіх етапів заняття.	

<p>результатами їх роботи протягом трьох етапів</p> <p>Інформування студентів про тему наступного заняття, конкретні завдання для самостійної поза аудиторної роботи, в т.ч. творчі та індивідуальні.</p>		<p>Оцінка конвертується в бали.</p>	
---	--	-------------------------------------	--

Самостійна робота студентів (СРС) передбачає:

- види діяльності щодо підготовки до практичного заняття (поза аудиторна) та під час практичного заняття (аудиторна);
- опрацювання тем, які не входять до плану аудиторних занять;
- роботу у відділеннях клінічних баз кафедр, у тому числі у лабораторіях та відділеннях (кабінетах) функціональної діагностики, інтерпретацію даних лабораторних та інструментальних методів дослідження при внутрішній патології у позааудиторний час;
- засвоєння практичних навичок за допомогою фантомів та роботи з хворими (згідно переліку);
- індивідуальну СРС (виступ на науково-практичній конференції клініки, написання статей, доповідь реферату на практичному занятті тощо);
- робота в комп'ютерному класі по підготовці до Кроку-2.

Консультації (індивідуальні або групові) проводяться з метою допомоги студентам розібратись та роз'яснити складні для самостійного осмислення питання, вирішити складні проблеми, які виникли при самостійному опрацюванні навчального матеріалу при підготовці до практичного заняття, підсумкового заняття або перед іспитом.

Викладачі та допоміжний персонал кафедри забезпечують можливість здійснювати СРС, під час практичних занять та підсумкового модульного контролю проводять контроль та оцінку її виконання. Теми, що винесено на самостійне опрацювання, оцінюються тільки під час підсумкового модульного контролю.

Засоби оцінювання результатів навчання.

Засобами оцінювання та методами демонстрування результатів навчання згідно рекомендацій МОЗ України (2018 р) можуть бути:

- екзамени;
- комплексні іспити;
- стандартизовані тести;
- наскрізні проекти;
- командні проекти;
- аналітичні звіти, реферати, есе;
- розрахункові та розрахунково-графічні работ;
- презентації результатів виконаних завдань та досліджень;
- студентські презентації та виступи на наукових заходах;
- розрахункові роботи;
- завдання по науковому обладнанні, тренажерах, реальних об'єктах тощо;
- інші види індивідуальних та групових завдань.

ВИДИ ТА МЕТОДИ КОНТРОЛЮ УСПІШНОСТІ

Види контролю навчання: поточний, семестровий (диференційний залік), підсумковий контроль за Розділом 1 програми, іспит

Методи контролю навчання:

- тестування та бліц-опитування;
- розв'язування ситуаційних задач;
- проведення клінічних досліджень;
- оцінка і трактування клініко-лабораторних та інструментальних обстежень;
- відповіді на питання до поточного контролю і диференційного заліку;
- контроль практичних навичок;

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ПОТОЧНОГО КОНТРОЛЮ УСПІШНОСТІ

Поточний контроль здійснюється на кожному практичному занятті відповідно конкретним цілям з кожної теми та під час індивідуальної роботи викладача зі студентами. При оцінюванні навчальної діяльності студентів необхідно надавати перевагу стандартизованим методам контролю: тестуванню, структурованим письмовим роботам, структурованому за процедурою контролю практичних навичок в умовах, що наближені до реальних.

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.

Оцінку “**відмінно**” отримує студент, який твердо знає програмовий матеріал, глибоко його засвоїв, вичерпно, послідовно, грамотно і логічно його викладає, у

відповіді якого тісно пов'язується теорія з практикою. При цьому студент не вагається з відповіддю при видозміні завдання, вільно справляється з задачами та питаннями другого та третього рівня оцінки знань, виявляє знайомство з монографічною літературою, вірно обґрунтовує прийняте рішення, володіє елементами лікарської техніки, різносторонніми навиками та прийомами виконання практичних робіт. Практичні навички виконує без помилок, вміє в професійній діяльності ефективно використовувати набуті знання.

Оцінку “**добре**” отримує студент, який знає програмовий матеріал грамотно і змістовно його викладає, який не допускає значних неточностей у відповіді на запитання, правильно використовує теоретичні положення при вирішенні практичних запитань і задач, володіє необхідними навиками і технікою їх виконання.

Оцінку “**задовільно**” отримує студент, який знає основний матеріал, але не засвоїв його деталей, допускає неточності, недостатньо правильні формулювання, порушує послідовність у викладанні програмового матеріалу і відчуває труднощі при виконанні практичних навиків або виконує їх з істотними помилками, з помилками вирішує ситуаційні задачі третього рівня контролю знань.

Оцінку “**незадовільно**” отримує студент, який не знає значної частини програмового матеріалу, допускає значні помилки у його викладанні, невпевнено, з великими труднощами виконує практичні навички.

Оцінювання самостійної роботи студентів: самостійна робота студентів, яка передбачена темою заняття поряд із аудиторною роботою, оцінювання академічної історії хвороби проводиться під час поточного контролю на відповідному занятті. Засвоєння тем, які виносяться лише на самостійну роботу, перевіряється під час підсумкового контролю за розділом 1.

Вимоги до захисту академічної історії хвороби, критерії оцінювання.

Студент повинен знати:

- клінічну класифікацію, що використовуються для постановки діагнозу у даного хворого;

- визначення понять «Основний діагноз», «Основний діагноз комбінований» і форми комбінованого діагнозу - конкуруючі захворювання, поєднані, основне і фонове »;
- принцип формування клінічного діагнозу;
- клінічні прояви захворювань внутрішніх органів;
- сучасні стандарти медичної допомоги, обстеження та лікування основного захворювання.

Студент повинен вміти:

- проводити повне фізичне обстеження хворого;
- формулювати синдроми і виділяти основний синдром, який визначає тяжкість стану хворого;
- пояснити механізми знайдених симптомів і синдромів;
- вміти скласти план обстеження з урахуванням протоколу по основному діагнозу і супутньої патології у даного хворого;
- проводити диференційну діагностику з урахуванням основного синдрому у конкретного хворого;
- дати оцінку проведеної терапії, пояснити механізми дії використовуваних лікарських засобів і їх можливі побічні ефекти;
- визначити прогноз і подальші рекомендації хворому при виписці зі стаціонару;
- правильно оформити історію хвороби відповідно до вимог.

Організаційні питання захисту навчальної історії хвороби

- Студенти допускаються до захисту історії хвороби за умови повної перевірки роботи викладачем (педнавантаження за перевірку однієї академічної «навчальної» історії хвороби 0,5 г). На титульному аркуші викладач відзначає основні зауваження з історії хвороби, ставить оцінку за її оформлення, зміст, відповідність даних, що аналізуються результатами обстеження хворого, використані джерела.
- Захист навчальної історії хвороби складається з усного опитування студента за всіма розділами представленої роботи.

- Захист історії хвороби проводиться на останньому практичному занятті відповідно до розкладу для даної групи в рамках диференційованого заліку за семестр.
- Захист залікової історії хвороби приймають завідувач кафедру, професора кафедри (відповідно до посадових інструкцій і Положення про функціональні обов'язки).
- При співбесіді на захисті студент має право користуватися даними, представленими в заліковій історії хвороби.
- Знання студентів оцінюються на «відмінно», «добре», «задовільно», «незадовільно».
- У випадку, якщо студент не виконав залікову історію хвороби в строк і не вийшов на захист за розкладом, то наступна захист проводиться в строк, погоджений із завідувачем кафедри або завідувачем навчальною частиною кафедри і викладачем.
- Студент, який отримав оцінку «незадовільно», протягом тижня повинен підготуватися до повторного захисту, який проводиться у завідувача кафедру після повторної перевірки роботи викладачем. Оцінка при повторному захисту не може бути вище, ніж «задовільно».

Критерії оцінювання академічної історії хвороби.

На оцінку «відмінно» заслуговує студент:

- який подав до захисту навчальну історію хвороби в призначений термін в повній відповідності з необхідним зразком, без виправлень за текстом, граматичних і стилістичних помилок;
- показав всебічне і глибоке знання внутрішніх хвороб (основних класифікацій, діагностичних критеріїв захворювань, СМП) за представленим клінічного випадку;
- вмів виділяти синдроми і серед них вибирати основний;
- показав вміння проводити диференційну діагностику з урахуванням основного синдрому у конкретного хворого;
- вмів скласти план обстеження і лікування відповідно до СМП по основної та супутньої патології у представленого хворого;

- засвоїв сучасну основну літературу і знайомий з додатковою, рекомендованою програмою.

На оцінку «добре» заслуговує студент:

- який виявив творчі здібності в розумінні, викладі і застосуванні навчального матеріалу в конкретному клінічному випадку;
- не має суттєвих зауважень з написання та оформлення історії хвороби.

Оцінку «добре» заслуговує студент:

- який оформив навчальну історію хвороби в покладений термін і в повній відповідності з необхідним зразком, без виправлень за текстом, граматичних і стилістичних помилок;
- показав повне знання внутрішніх хвороб (основних класифікацій, діагностичних критеріїв захворювань, СМП обстеження і лікування) за представленим клінічного випадку;
- вміє виділяти синдроми і пояснювати механізми їх розвитку;
- показав вміння проводити диференційну діагностику з урахуванням основного синдрому у конкретного хворого;
- вміє складати план обстеження і лікування відповідно до СМП по основній патології у представленого хворого;
- засвоїв сучасну основну літературу;
- має окремі непринципові зауваження з написання та оформлення історії хвороби.

На оцінку «задовільно» заслуговує студент:

- який оформив навчальну історію, не повністю відповідає необхідному зразком, з виправленнями та помилками;
- показав неповні знання основних розділів внутрішніх хвороб (основних класифікацій, діагностичних критеріїв захворювань, СМП обстеження і лікування) за представленим клінічного випадку;
- який не вміє чітко виділити синдроми і не можуть пояснити механізми розвитку окремих синдромів;
- показав неповне вміння проводити диференційну діагностику з урахуванням основного синдрому у конкретного хворого;

- вміє складати план обстеження та лікування, але без урахування СМП по основній патології у представленого хворого;
- знайомий з основною літературою по програмі курсу;
- має суттєві принципові зауваження по написанню і

На оцінку «незадовільно» заслуговує студент:

- який оформив історію хвороби невідповідну зразком;
- допустив принципові помилки в постановці і оформленні заключного клінічного діагнозу;
- показав дуже слабкі, поверхневі знання внутрішніх хвороб за представленим хворому;
- який не вміє проводити диференційну діагностику за основним синдрому у конкретного хворого;
- який не володіє умінням складати план обстеження і лікування відповідно до СМП;
- який не знає групи препаратів, які використовуються у даного хворого і механізми їх дії;
- використав застарілу основну літературу або не вказано її зовсім;
- має багато принципових істотних зауважень з написання та оформлення історії хвороби.

Після захисту академічної історії хвороби студент складає тестовий контроль.

Студент, який не написав академічну історію хвороби та не представив її викладачу до тестового контролю не допускається.

Індивідуальна робота студентів оцінюється за кожен вид роботи з урахуванням якості її виконання і зараховується до оцінки за темою практичного заняття, до якої відповідно виконана індивідуальна робота..

Процедура підрахунку та переведення у 200-бальну шкалу поточної успішності для всіх видів підсумкового семестрового контролю (залік, диф. залік, іспит) здійснюється автоматично з своєчасно заповненого електронного журналу в модулі АСУ «Електронна відомість» та перевіряється і контролюється відповідальним за АСУ кафедри.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ СЕМЕСТРОВОГО КОНТРОЛЮ (ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ЗАЛІК)

«Диференційований залік» – форма семестрового контролю за тематичним планом семестру програми «Внутрішня медицина», розділ 1 проводиться на останньому занятті. Оцінка з дисципліни за диференційований залік включає 50% оцінювання поточної успішності та 50% тестового контролю (заноситься до електронної відомості вручну) і виражається у 200-бальній шкалі.

Перескладання диференційованого заліку відбувається за графіком, узгодженим з деканатом.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ІСПИТУ З РОЗДІЛУ 1 «ОСНОВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ (ЕНДОКРИНОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ)

Іспит з Розділу -1 «Основи внутрішньої медицини (ендокринологія, гастроентерологія, пульмонологія, гематологія, загальна практика внутрішньої медицини» здійснюється по завершенню викладання всіх тем на останньому практичному контрольному занятті. Студент вважається допущеним до підсумкового контролю (іспиту) за Розділом 1, якщо він відвідав усі лекційні та практичні (семінарські) заняття, виконав всі види робіт, передбачені робочою навчальною програмою з дисципліни, опанував практичними навичками, написав і захистив навчальну історію хвороби.

«Іспит» з розділу 1 навчальної дисципліни «Внутрішня медицина», має дві складові: перша - тестування, друга –ситуаційна задача.

Іспит проводиться на останньому практичному занятті, спочатку проводиться тестова частина за допомогою комп'ютерного тестування і складає 50% від оцінки за іспит.

Після тестування проводиться друга складова іспиту - оцінювання результатів вирішення ситуаційної задачі, що складає також 50% від оцінки за іспит.

Перша складова підсумкового контролю Розділ 1 (іспиту): тестовий контроль шляхом відповідей на тестові завдання формату МЛП „Крок” проводиться в комп’ютерному класі кафедри. Завданням цієї частини є контроль теоретичних знань та умінь студентів згідно вимог програми внутрішня медицина Розділ -1. Тестовий контроль включає 50 тестових завдань, кожне з яких є конкретною клінічною ситуацією, запитання до неї та 5 варіантів відповідей, з яких необхідно вибрати 1 вірну. Запитання тестових завдань контролюють знання етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики, лікування, профілактики та прогнозу захворювань і відображають навчальну програму з «Внутрішньої медицини», Розділ-1 (4 курс).

Друга частина іспиту: вирішення ситуаційної задачі, проводиться шляхом оцінювання письмових відповідей студента, щодо питань ситуаційної задачі: попереднього діагнозу, необхідності додаткових інструментальних та лабораторних обстежень для постановки клінічного діагнозу, інтерпретації наведених результатів обстеження, призначення лікування, невідкладної допомоги.

Оцінювання вирішення ситуаційної задачі проводиться по 4 – бальній системі (виконано бездоганно - 5, виконано – 4, виконано не повністю - 3, не виконано – 0).

Кінцева оцінка за розділ 1 включає 50% оцінювання поточної успішності та 50% іспиту (заноситься до електронної відомості вручну). *АСУ використовує спеціальні коефіцієнти для приведення загальної оцінки з розрахунку 50% на 50% двох складових.*

Якщо студент не склав однієї із складових частин іспиту, він вважається таким, що іспит склав на «незадовільно». На перескладанні студент перескладає ту частину іспиту, яку він не склав. Перескладання іспиту відбувається за графіком, відповідно дозволу деканату.

**ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ (ІСПИТУ) З
РОЗДІЛУ - 1 «ОСНОВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
(ЕНДОКРИНОЛОГІЯ, ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ,
ГЕМАТОЛОГІЯ, ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ).**

- 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, В₁₂-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. 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 залежно 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.

- 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.
- 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 *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.
- Целіакія 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. 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, токсичний (медикаментозно-індукований) та хронічні вірусні 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, генетично детермінованих дефектів метаболізму 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.
- 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.
- 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.
- 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.

**ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ РОБІТ ТА ЗАВДАНЬ
ДО ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ
ЗА РОЗДІЛОМ - 1 «ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА»**

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

- Робота з хворим:
 - Збирати скарги, анамнез хвороби, анамнез життя.
 - Збирати інформацію щодо загального стану пацієнта щодо загального стану пацієнта (свідомість, конституція) та оцінювати зовнішній вигляд (огляд шкіри, підшкірного жирового шару, пальпація лімфатичних вузлів, щитоподібної та молочної залоз), обстежувати кістково-м'язову систему, суглоби.
 - Обстежувати органи дихання (огляд грудної клітки, пальпація грудної клітки, перкусія та аускультация легень).
 - Обстежувати серцево-судинну систему (огляд і пальпація ділянки серця та судин, перкусія меж серця і аускультация серця та судин).
 - Обстежувати органи травлення (огляд, перкусія, поверхнева і глибока пальпація).
 - Обстежувати сечовидільну систему (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 диференційний діагноз 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 (гостра та хронічна постгеморагічна анемія, залізодефіцитна, В12-дефіцитна, фолієводефіцитна, апластична, гемолітична).
2. Гострі та хронічні лейкомії (лімфоїдні та мієлоїдні)
3. Мієломна хвороба
4. Справжня поліцитемія
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, жовчновивідних шляхів і кишечника

3. Хронічні гастрити та дуоденіти
4. Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки
5. Целіакія та інші ентеропатії
6. 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-тригліцидами, 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 і аутоімунних 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. Гастропанель
26. Альфа-амілаза крові
27. Фекальна еластаза-1, фекальний кальпротектин
28. Дослідження функції зовнішнього дихання
29. Сонографія, сканування, комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія щитовидної залози та наднирників

30. Сонографія органів грудної порожнини (діагностика легеневих інфільтратів та плеврального випоту)
31. Променеве дослідження органів черевної порожнини
32. Променеве дослідження органів грудної порожнини
33. Променеве дослідження черепа та кісток
34. Ендоскопічне дослідження бронхів
35. Ендоскопічне дослідження травного тракту
36. Цитологічне дослідження біоптату лімфатичного вузла

Список 3 (НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ)

1. Аддісонічний криз
2. Гіпоглікемічна кома
3. Гостра дихальна недостатність
4. Гостра печінкова недостатність
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. α і β - адреностимуляторів
3. Антилейкотрієнових, глюкокортикоїдів
4. Відхаркувальних

5. Гемостатиків
6. Антисекреторних, прокінетиків
7. Пероральних цукрознижувальних засобів та препаратів інсуліну, тироксину, похідних імідазолу
8. Препаратів заліза
9. Холінолітиків

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

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДО ДИФЕРЕНЦІЙНОГО ЗАЛІКУ ТА
ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗА РОЗДІЛОМ 1**

**«ОСНОВИ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ (ЕНДОКРИНОЛОГІЯ,
ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ, ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ,
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ)»**

Варіант №1.

Ендокринологія

001. Цукровий діабет 1-го типу слід лікувати:

- а) тільки дієтотерапією;
- б) сульфаніламідними препаратами;
- в) інсуліном на тлі дієтотерапії;
- г) голодуванням;
- д) бігуанідами.

002. У юнака 18 років, зріст 180см, вага 65 кг, після простудного захворювання з'явилися спрага, поліурія, загальна слабкість. Рівень цукру в крові 16 ммоль / л, сечі 5%, ацетон у сечі позитивний. Тип діабету у хворого:

- а) цукровий діабет 1-го типу;
- б) цукровий діабет 2-го типу;
- в) цукровий діабет 2-го типу, вторинно інсулінзалежний;
- г) цукровий діабет 2-го типу у молодих (MODY);
- д) вторинний цукровий діабет.

003. Найбільш частою причиною смерті при цукровому діабеті 2-го типу є:

- а) кетонемічна кома;
- б) гіперосмолярна кома;
- в) інфаркт міокарда;
- г) гангрена нижніх кінцівок;
- д) діабетична нефропатія.

004. Якщо у хворого на цукровий діабет 1-го типу виникає захворювання, що супроводжується підйомом температури, то слід:

- а) відмінити інсулін;
- б) застосувати пероральні цукрознижувальні засоби;
- в) зменшити добову дозу інсуліну;
- г) зменшити вміст вуглеводів в їжі;
- д) збільшити одержувану добову дозу інсуліну.

005. Який з гормонів стимулює ліпогенез?

- а) Соматотропний гормон.
- б) Адреналін.
- в) Глюкагон.

- г) Інсулін.
- д) Тироксин.

006. Яку побічну дію бігуанідів можна очікувати у хворого на цукровий діабет за наявності у нього захворювань, що ведуть до тканинної гіпоксії (анемія, легенева недостатність)?

- а) Посилення поліурії.
- б) Кетоацидоз.
- в) Лактацидоз.
- г) Агранулоцитоз.
- д) Холестатична жовтяниця.

007. Тривала гіпоглікемія призводить до необоротних пошкоджень насамперед у:

- а) міокарді;
- б) периферичній нервовій системі;
- в) центральній нервовій системі;
- г) гепатоцитах;
- д) попереочно-смуғастій мускулатурі.

008. Який показник є найбільш надійним критерієм ступеню компенсації цукрового діабету при динамічному обстеженні?

- а) С-пептид.
- б) Середня добова глікемія.
- в) Глікований гемоглобін.
- г) Середня амплітуда глікемічних коливань.
- д) Рівень контрінсулярних гормонів у крові.

009. Специфічне для цукрового діабету ураження нирок носить назву:

- а) артеріосклероз Менкеберга;
- б) синдром Моріака;
- в) синдром Нобекур;
- г) синдром Сомоджи;
- д) синдром Кімелстіла–Уілсона.

010. Найбільш інформативним диференційно-діагностичним критерієм тиреотоксикозу і нейроциркуляторної дистонії є:

- а) йодопоглинальна функція щитоподібної залози;
- б) показники основного обміну;
- в) білково-зв'язаний йод;
- г) рівень тироксину в крові;
- д) вміст у крові холестерину.

011. Яке лікування слід призначити літньому хворому з важким гіпотиреозом?

- а) Направити в санаторій на бальнеологічне лікування.
- б) Почати лікування L-тироксином з малих доз.

- в) Почати лікування з великих доз L-тироксину під прикриттям глюкокортикоїдів.
- г) Призначити сечогінні.
- д) Відмовитися від лікування гіпотиреозу.

012. Абсолютним протипоказанням для застосування мерказолілу є:

- а) агранулоцитоз;
- б) вагітність;
- в) алергічні реакції на препарати йоду;
- г) гіповолемія;
- д) старечий вік.

013. При первинному гіпотиреозі в крові виявляється:

- а) підвищений рівень ТТГ;
- б) знижений рівень ТТГ;
- в) нормальний рівень ТТГ;
- г) ТТГ відсутня;
- д) дослідження ТТГ не має діагностичної важливості.

014. Наявність зоба у значної кількості осіб, які живуть в одній області, визначається як:

- а) епідемічний зоб;
- б) ендемічний зоб;
- в) спорадичний зоб;
- г) струміт де Кервена;
- д) дифузний токсичний зоб.

015. Велика дексаметазонова проба використовується для диференціальної діагностики:

- а) гіпоталамічного синдрому і синдрому Кушинга;
- б) ожиріння і хвороби Кушинга;
- в) норми і синдрому Кушинга;
- г) ожиріння і г гіпоталамічного синдрому;
- д) хвороби і синдрому Кушинга.

016. Для аддисонічного кризу характерно:

- а) нестримне блювання;
- б) падіння артеріального тиску;
- в) порушення свідомості;
- г) ацетонурія;
- д) все перераховане.

017. Кетоацидотична кома клінічно проявляється всіма перерахованими ознаками, крім:

- а) блідості і сухості шкіри;
- б) нормальної температури тіла;
- в) артеріальної гіпотензії;

- г) артеріальної гіпертензії;
- д) дихання Куссмауля, запаху ацетону у видихуваному повітрі.

018. При гострій недостатності кори надниркових залоз спостерігається все перераховане, крім:

- а) гіпонатріємії;
- б) гіпохлоремії;
- в) гіперкаліємії;
- г) гіпокаліємії;
- д) низького рівня цукру в крові.

019. Механізм цукрознижувальної дії препаратів сульфанілсечовини обумовлений всім перерахованим, крім:

- а) підвищення секреції ендogenousного інсуліну;
- б) потенціювання дії інсуліну;
- в) нейтралізації дії антагоністів інсуліну;
- г) поліпшення утилізації глюкози;
- д) підвищення глюконеогенезу.

020. Важка форма хвороби Іценка-Кушинга характеризується всім перерахованим, крім:

- а) прогресуючою м'язовою слабкістю;
- б) патологічних переломів кісток;
- в) серцево-легеневої недостатності;
- г) важких психічних розладів;
- д) збереженого менструального циклу.

Гастроентерологія

021. Який з перерахованих симптомів завжди зустрічається при неспецифічному виразковому коліті?

- а) Лихоманка.
- б) Схуднення.
- в) Болі в животі.
- г) Наявність крові в калі.
- д) Анемія.

022. Рівень кон'югованого (зв'язаного) білірубіну в крові не зростає:

- а) при синдромі Ротора;
- б) при синдромі Дабіна - Джонсона;
- в) при гемолітичній жовтяниці;
- г) при хронічному гепатиті;
- д) при первинному біліарному цирозі печінки.

023. Які з відділів травного тракту можуть дивуватися при хворобі Крона?

- а) Товстий кишечник.
- б) Тонкий кишечник.

- в) Стравохід.
- г) Шлунок.
- д) Всі відділи травного тракту.

024. До індикаторних ферментів печінки відносять:

- а) ЛДГ, АсАТ, АлАТ, альдолаза;
- б) фруктозо-1-6-діфосфатальдолаза;
- в) церулоплазмін;
- г) холіноестераза;
- д) урокіназа.

025. Який з нижчеперелічених синдромів не характерний для хронічного панкреатиту?

- а) Абдомінального болю.
- б) Стеаторея.
- в) Креаторея.
- г) Водна діарея.
- д) Порушення толерантності до глюкози.

026. У хворої протягом 5 років відзначається шкірний свербіж, стійка жовтяниця, пальмарна еритема, ксантоми, гепато- і спленомегалія. Визначте характер жовтяниці у хворої:

- а) мікросомальна;
- б) механічна;
- в) гемолітична;
- г) паренхіматозна;
- д) внутрішньопечінкова холестатична.

027. До маркерів порушення синтетичної функції печінки відноситься:

- а) АсАТ, АлАТ;
- б) гамма-глутамілтрансферази;
- в) ЛДГ;
- г) лужна фосфатаза;
- д) холіноестераза.

028. Синдром, який відрізняє хронічний гепатит від цирозу печінки:

- а) гепатомегалія;
- б) «печінкові» знаки;
- в) диспепсія;
- г) цитолитический синдром;
- д) портальна гіпертензія.

029. Найбільш характерний симптом первинного біліарного цирозу:

- а) гепатомегалія;
- б) позапечінкові знаки;
- в) спленомегалія;
- г) шкірний свербіж;

д) жовтяниця.

030. Етіологічні чинники хронічного холециститу

- а) бактерії;
- б) лямблії;
- в) віруси;
- г) токсичні фактори;
- д) все перераховане.

031. Для печінкового цитолітичного синдрому характерні всі перераховані біохімічні зміни, крім:

- а) підвищення активності АЛАТ;
- б) підвищення активності АсАТ;
- в) підвищення активності альдолази;
- г) підвищення рівня загального білірубіну;
- д) зниження всіх показників.

032. Основними методами діагностики ахалазії кардії є:

- а) рентгенологічний метод;
- б) езофагоскопія;
- в) езофаготонокімографія;
- г) фармакологічні проби;
- д) вірно а), б), в).

033. При псевдокоронарному (езофагальному) синдромі біль купує:

- а) нітрогліцерин;
- б) ІПП;
- в) транквілізатори;
- г) холінолітики;
- д) спазмолітики.

034. Методом дослідження, що дозволяє верифікувати діагноз хронічного гастриту, є:

- а) аналіз шлункового соку;
- б) рентгеноскопія шлунка;
- в) гастроскопія;
- г) морфологічне дослідження слизової оболонки шлунка;
- д) вірно в) і г).

035. Хворий, що довго страждав на виразкову хворобу шлунка, скаржиться на слабкість, нудоту, блювоту, постійні болі в епігастральній ділянці, схуднення. В даному випадку можна думати про таке ускладнення виразкової хвороби:

- а) пілоричний стеноз;
- б) малігнізація виразки;
- в) пенетрація виразки;
- г) кровотеча з виразки;
- д) перфорація виразки.

Фізіотерапія

036. Який фізичний фактор лежить в основі УВЧ-терапії:
- а) постійне електричне поле;
 - б) змінне електричне поле;
 - в) змінне магнітне поле;
 - г) постійне магнітне поле;
 - д) аерони.
037. Яка частота імпульсу використовується в методі електросну:
- а) 0,5 Гц;
 - б) 10 Гц;
 - в) 200 Гц;
 - г) 0,01 Гц;
 - д) 500 Гц.
038. Які з названих відносяться до апаратів для діадинамотерапії:
- а) СНІМ-1;
 - б) Ампліпульс-4;
 - в) Поток-1;
 - г) Полюс-101;
 - д) Тонус-1.
039. Інфрачервоні промені мають таку дію:
- а) хімічну;
 - б) біологічну;
 - в) теплову;
 - г) радіаційну.
040. Які реакції відбуваються в тканинах під дією інфрачервоного випромінювання:
- а) молекулярні зрушення;
 - б) підвищення температури опромінюваної ділянки;
 - в) прискорення фізико-хімічних процесів;
 - г) рефлекторні впливу на внутрішні органи;
 - д) все перераховане вище.

Пульмонологія

041. При якій патології зазвичай вислуховуються вологі хрипи в легенях?
- а) Пневмоторакс.
 - б) Пневмонія.
 - в) Плевральний випіт.
 - г) Рак легенів.

д) Емфізема легенів.

042. Для астматичного статусу характерні всі ознаки, крім:

- а) порушення свідомості;
- б) тахіпное;
- в) рясне мокротиння;
- г) зменшення кількості дихальних шумів;
- д) ознаки гострого легеневого серця.

043. Вкажіть основний рентгенологічний ознака крупозної пневмонії:

- а) гомогенне затемнення відповідно частці або сегменту;
- б) картина ателектазу;
- в) тяжистий легеневий малюнок;
- г) вогнищеві тіні;
- д) дифузне зниження прозорості.

044. Тривале кровохаркання при сухому кашлі потребує в першу чергу виключення:

- а) рака легенів;
- б) кавернозної форми туберкульозу легенів;
- в) бронхоектатичної хвороби;
- г) пневмоконіозу;
- д) ХОЗЛ.

045. До проявів бронхообструктивного синдрому при бронхіальній астмі не відноситься:

- а) надсадний кашель;
- б) сухі свистячі хрипи;
- в) експіраторна задишка;
- г) утруднення виділення мокротиння;
- д) інспіраторна задишка.

046. При якому збуднику пневмонії найбільш часто спостерігається деструкція легких?

- а) Пневмокок.
- б) Стрептокок.
- в) Стафілокок.
- г) Легионелла.
- д) Вірус грипу.

047. При яких захворюваннях найчастіше виявляється геморагічний характер плеврального випоту?

- а) Рак легенів.
- б) Негоспитальна пневмонія;
- в) Серцева недостатність;
- г) Туберкульоз легень;
- д) Абсцес легенів.

048. Лікування пневмонії, викликаной легіонелоюа, проводиться:

- а) амоксициліном;
- б) цефтазідімом;
- в) кларитроміцином;
- г) доксицикліном;
- д) гентаміцином.

049. Для оцінки ступеня тяжкості бронхіальної астми використовуються всі критерії, крім:

- а) частоти щорічних загострень і тривалості ремісії;
- б) кількості нічних нападів ядухи за тиждень;
- в) кількості денних нападів ядухи за день і тиждень;
- г) об'єктивних показників прохідності бронхів;
- д) тяжкості порушень фізичної активності та сну.

050. Найбільш частим збудником нозокоміальної (госпітальної) пневмонії у літніх хворих є:

- а) клебсієлла;
- б) хламідія;
- в) мікоплазма;
- г) пневмокок;
- д) дріжджові гриби.

051. Якщо в плевральному випоті переважають лімфоцити і незначна кількість мезотеліальних клітин, можна думати про таку етіологію випоту:

- а) туберкульоз;
- б) пухлина;
- в) ревматоїдний артрит;
- г) лімфолейкоз;
- д) пневмонія.

052. Дуже часті рецидиви накопичення рідини в плевральній порожнині як правило характерно для:

- а) хронічної серцевої недостатності;
- б) мезотеліоми плеври;
- в) аденокарциноми бронха;
- г) туберкульозу легень;
- д) системного червоного вовчака.

053. Сухий плеврит супроводжується всіма перерахованими симптомами, крім:

- а) болю в грудях;
- б) сухого кашлю;
- в) пітливості;
- г) субфебрилітету;
- д) акроціанозу.

054. Ускладненнями бронхоектатичної хвороби не є:
- а) кровохаркання;
 - б) легенева кровотеча;
 - в) бронхопневмонія;
 - г) дихальна недостатність;
 - д) хронічне легеневе серце.
055. Бронхіальна обструкція при бронхіальній астмі обумовлена:
- а) бронхоспазмом;
 - б) запальним набряком слизової оболонки бронхів;
 - в) закриттям просвіту бронхів в'язким секретом;
 - г) спаданням дрібних бронхів на видиху;
 - д) всім перерахованим.

Кардіологія

056. Яке твердження щодо варіантної стенокардії є вірним?
- а) На ЕКГ реєструється депресія сегмента ST.
 - б) Напад найчастіше провокується фізичним навантаженням.
 - в) Варіантна стенокардія виникає в результаті спазму коронарних артерій.
 - г) Для попередження нападів доцільно використовувати β -адреноблокатори.
 - д) Варіантна стенокардія відноситься до нестабільних форм стенокардії.
057. Що з перерахованого не входить в поняття «резорбційно-некротичний синдром»?
- а) Підвищення температури тіла.
 - б) Збільшення рівня лужної фосфатази.
 - в) Нейтрофільний зсув лейкоформули.
 - г) Збільшення ШОЕ.
 - д) Виявлення С-реактивного білка.
058. Який симптом типовий для синдрому Дреслера?
- а) Підвищення температури тіла.
 - б) Перикардит.
 - в) Плеврит.
 - г) Еозинофілія в периферичній крові.
 - д) Усе перераховане.
059. Ішемічна хвороба серця включає наступні захворювання, крім:
- а) стенокардії напруги;
 - б) безбольової ішемії міокарда;
 - в) варіантної стенокардії;
 - г) інфаркту міокарда;
 - д) серцевої недостатності.

060. Нестабільна стенокардія прогностично несприятлива, бо призводить до розвитку:

- а) інфаркту міокарда;
- б) тромбоемболії мозкових судин;
- в) порушень ритму серця;
- г) легеневої гіпертензії;
- д) серцевої недостатності.

061. Яке з ускладнень інфаркту міокарда є найчастішим, раннім і небезпечним?

- а) Кардіогенний шок.
- б) набряк легень.
- в) Фібриляція шлуночків.
- г) Розрив серця.
- д) Асистолія.

062. У хворого з діагнозом: ІХС: гострий трансмуральний передньо-перетинковий інфаркт міокарда, виникли часті шлуночкові екстрасистоли. Який з перерахованих препаратів необхідно йому ввести?

- а) Строфантин.
- б) Лідокаїн.
- в) Пропранолол.
- г) Верапаміл.
- д) Пропафенон.

063. Через 6 годин від початку болю при гострому інфаркті міокарда може визначатися високий рівень:

- а) креатинфосфокінази;
- б) ЛДГ;
- в) АсАТ;
- г) альдолази;
- д) тропонина І.

064. Патогномонічною ознакою для стенокардії є:

- а) за грудинний біль при фізичному навантаженні без змін ЕКГ;
- б) шлуночкова екстрасистолія після навантаження;
- в) за грудинний біль і депресія на ЕКГ сегмента ST на 1 мм і більше;
- г) підйом сегмента ST більше 1 мм;
- д) глибокий і широкий зубець Q в III стандартному і aVF відведеннях.

065. До ранніх ускладнень інфаркту міокарда відносяться:

- а) набряк легенів;
- б) зупинка кровообігу;
- в) розрив міокарда;
- г) блокада ніжок пучка Гіса;
- д) всі перераховані ускладнення.

066. У хворого, який переніс гострий інфаркт міокарда, з'явилися болі в грудній клітці, лихоманка, шум тертя перикарда, збільшення ШОЕ, динаміка змін ЕКГ при цьому без особливостей. Ваш діагноз:

- а) розповсюдження зони ураження міокарда;
- б) ідіопатичний перикардит;
- в) постінфарктний синдром (синдром Дреслера);
- г) розрив міокарда;
- д) розрив серцевих хорд.

067. Електрокардіографічним ознакою шлуночкової екстрасистолії є:

- а) розширення комплексу QRS (0.12 с), який слідує за зубцем Р;
- б) неповна компенсаторна пауза після екстрасистоли;
- в) передчасне поява широкого екстрасистоличного комплексу без попереднього зубця Р, компенсаторна пауза повна;
- г) наявність зубця Р перед Екстрасистолична комплексом QRS;
- д) все перераховане.

068. На ЕКГ при гострому інфаркті міокарда зону некрозу відображає:

- а) патологічний зубець Q;
- б) підйом сегмента ST;
- в) "коронарний" зубець T;
- г) депресія сегмента ST;
- д) негативний зубець T.

069. Причинами смерті при гострому інфаркті міокарда не є:

- а) кардіогенний шок;
- б) недостатність кровообігу;
- в) порушення ритму серця;
- г) блокада правої ніжки пучка Гіса;
- д) розрив міокарда.

070. Позитивна дія нітрогліцерину полягає в:

- а) збільшенні припливу венозної крові до серця;
- б) збільшенні периферичного опору і зниженні артеріального тиску;
- в) збільшенні кінцевого діастолічного тиску;
- г) зменшенні переднавантаження;
- д) збільшенні роботи серця.

Гематологія

071. У хворого є панцитопенія, підвищення рівня білірубину і гепатоспленомегалія. Ви можете припустити:

- а) залізодефіцитну анемію;
- б) гострий лейкоз;
- в) В12-дефіцитну анемію;
- г) анемію Міньковського-Шоффара;
- д) таласемію.

072. Анурія і ниркова недостатність при гемолітичній анемії:

- а) не виникає ніколи;

- б) виникає тільки при гемолітико-уремічному синдромі;
- в) виникає завжди;
- г) характерна для внутрішньоклітинного гемолізу;
- д) характерна для внутрішньосудинного гемолізу.

073. При якому лейкозі спостерігається базофільно-еозинофільна асоціація?

- а) Гострому мієлобластному.
- б) Хронічному мієлолейкозі.
- в) Хронічному лімфолейкозі.
- г) Гострому лімфобластному.
- д) Ерітремії.

074. Для залізодефіцитної анемії характерно:

- а) гіперхромія, мікроцитоз, сідеробласти в стернальному пунктаті;
- б) гіпохромія, мікроцитоз, мішеньоподібні еритроцити;
- в) гіпохромія, мікроцитоз, підвищення залізо зв'язуючої здатності сироватки;
- г) гіпохромія, мікроцитоз, зниження залізо зв'язуючої здатності сироватки;
- д) гіпохромія, макроцитоз, позитивна десфералова проба.

075. Спадковість має вирішальне етіологічне значення:

- а) при хронічному мієлолейкозі;
- б) при хронічному лімфолейкозі;
- в) при лімфосаркомі;
- г) при гострому лімфобластному лейкозі;
- д) вірно а) і г).

076. Характерними особливостями периферичної крові при хронічному мієлолейкозі в розгорнутій стадії захворювання є:

- а) збільшення числа лімфоцитів;
- б) зсув формули крові вліво до метамієлоцитів;
- в) базофільно-еозинофільна асоціація;
- г) поява плазмобластів;
- д) вірно б) і в).

077. Основна кількість заліза в організмі людини всмоктується:

- а) у шлунку;
- б) у низхідному відділі ободової кишки;
- в) у дванадцятипалій і порожній кишках;
- г) у клубової кишці;
- д) вірно а) і в).

078. Типовими помилками при визначенні вмісту заліза в сироватці крові є:

- а) використання звичайної лабораторного посуду і одноразово перегнаної дистильованої води;
- б) проведення дослідження в період лікування препаратами заліза;
- в) використання двічі перегнаної дистильованої води;

- г) проведення дослідження через тиждень після останнього прийому препарату заліза;
- д) вірно а) і б).

079. Основні принципи лікування залізодефіцитної анемії зводяться:

- а) до своєчасного переливання цільної крові;
- б) до тривалого і акуратного введення препаратів заліза внутрішньовенно;
- в) до ліквідації причини залізодефіциту;
- г) до призначення препаратів заліза перорально на тривалий термін;
- д) вірно в) і г).

080. Класифікація лейкозів базується:

- а) на клінічній картині захворювання;
- б) на анамнестичних даних;
- в) на ступеню зрілості клітинного субстрату захворювання;
- г) на тривалості життя хворого;
- д) на ефективності проведеної терапії.

Варіант № 2

Ендокринологія

001. Основними патофізіологічними ознаками цукрового діабету 1 типу від цукрового діабету 2 типу є всі перераховані, крім:

- а) схильності до кетоацидозу;
- б) абсолютного дефіциту інсуліну;
- в) високого рівня С-пептиду;
- г) генетичного дефекту противірусного імунітету;
- д) деструкції бета-клітин.

002. Найактивнішим стимулятором секреції інсуліну є:

- а) амінокислоти;
- б) вільні жирні кислоти;
- в) глюкоза;
- г) фруктоза;
- д) електроліти.

003. Збільшення розмірів печінки у хворих на цукровий діабет є результатом:

- а) жирового гепатозу;
- б) гепатиту;
- в) цирозу;
- г) всього перерахованого.

004. Нормальний рівень глюкози в капілярної крові через 2 години після пероральної навантаження глюкозою становить:

- а) 8.43 ммоль / л;
- б) 7.22 ммоль / л;

- в) 9.6 ммоль / л;
- г) 10.1 ммоль / л;
- д) 7.8 ммоль / л.

005. Ознакою початкової стадії діабетичної ретинопатії є:

- а) наявність крововиливів на очному дні;
- б) зниження гостроти зору;
- в) проліферативні зміни сітківки;
- г) утворення аневризм судин сітківки;
- д) новоутворення судин сітківки.

006. Для ранньої діагностики діабетичної нефропатії не застосовують такі методи дослідження:

- а) загальний аналіз сечі;
- б) пробу Реберга;
- в) пробу Зимницького;
- г) пункційну біопсію нирки;
- д) визначення вмісту креатиніну в крові.

007. Метаболічними ознаками гіперосмолярної коми є:

- а) гіпернатріємія і кетоацидоз;
- б) кетоацидоз і гіперглікемія;
- в) гіперглікемія і гіперосмолярність;
- г) гіперосмолярність.

008. Гіпоглікемічна кома клінічно проявляється всіма перерахованими ознаками, крім:

- а) блідості і вологості шкіри;
- б) підвищеного тону м'язів, судом;
- в) зниження артеріального тиску;
- г) наявності хрипів в легенях.

009. Абсолютними протипоказаннями для застосування сульфаніламідних препаратів у хворих на цукровий діабет не є:

- а) кетоацидоз;
- б) лейкопенія, тромбоцитопенія;
- в) вагітність, пологи, лактація;
- г) інфаркт міокарда.

010. До побічних явищ бігуанідів відносяться:

- а) молочнокислий ацидоз;
- б) диспепсичні явища;
- в) алергічні шкірні реакції;
- г) всі перераховані.

011. Розвитку ожиріння сприяють всі перелічені аліментарні чинники, крім:

- а) частого калорійного харчування невеликими порціями;

- б) надмірного вживання рослинної їжі;
- в) надмірного вживання вуглеводів;
- г) надмірного вживання жирів.

012. З перерахованих симптомів для дифузного токсичного зобу характерно:

- а) схуднення;
- б) постійне серцебиття;
- в) загальний гіпергідроз;
- г) тремтіння кінцівок, м'язова слабкість;
- д) все перераховане.

013. У терапії дифузного токсичного зобу можуть використовуватися всі перераховані препарати, крім:

- а) карбонату літію;
- б) верошпірону;
- в) мерказолілу;
- г) глюкокортикоїдів;
- д) β -адреноблокаторів.

014. Для підгострого тиреоїдиту характерно все перераховане, крім:

- а) вираженого больового синдрому;
- б) лейкоцитозу, збільшення ШОЕ;
- в) підвищення температури тіла;
- г) екзофтальму;
- д) підвищення титру антитіл до тиреоїдних гормонів.

015. Для гіпотиреозу характерно все перераховане, крім:

- а) сухості шкіри;
- б) схильності до закрепів;
- в) сонливості;
- г) брадикардії;
- д) втрати маси тіла.

016. Для лікування гіпотиреозу застосовують все перераховане, крім:

- а) тиреоїдину;
- б) мерказолілу;
- в) трийодтироніну;
- г) тироксину.

017. Показанням для введення бікарбонату натрію хворим, які знаходяться в стані кетоацидотичної коми, є:

- а) бікарбонат натрію вводиться всім хворим, які знаходяться в стані кетоацидотичної коми, з метою боротьби з ацидозом;
- б) зниження рН крові нижче 7,36;
- в) якщо починається набряк мозку;
- г) зниження рН крові нижче 7,0;
- д) супутній лактоацидоз.

018. Первинний гіпокортіцизм необхідно диференціювати з усім перерахованим, крім:

- а) гемохроматоза;
- б) дифузного токсичного зобу;
- в) склеродермії;
- г) гіпотиреозу;
- д) хронічного ентериту.

019. При лікуванні адисонічного кризу використовують все перераховане, крім:

- а) гідрокортизону сукцинату;
- б) ДОКСА;
- в) 5% розчину глюкози;
- г) інсуліну;
- д) преднізолону.

020. Для важкої форми хвороби Іценка-Кушинга характерно:

- а) прогресуюча м'язова слабкість;
- б) патологічні переломи кісток;
- в) серцево-легенева недостатність;
- г) важкі психічні розлади;
- д) все перераховане.

Гастроентерологія

021. Кон'югований (зв'язаний) білірубін утворюється в клітинах печінки за допомогою ферменту:

- а) глюкуронілтрансферази;
- б) лейцінамінопептідази;
- в) кислій фосфатази;
- г) нуклеотидази;
- д) все перераховане невірно.

022. Підвищення змісту некон'югованого (незв'язаного, вільного) білірубину в сироватці крові не характерно для:

- а) гемолітичної анемії;
- б) синдрому Жильбера;
- в) синдрому Кріглера - Найяра;
- г) хронічного гепатиту;
- д) таласемії.

023. Уробіліноген утворюється:

- а) в кишечнику;
- б) в нирках;
- в) в печінці;
- г) вірно а) і б).

024. Збільшення активності лужної фосфатази спостерігається при:
- а) механічній жовтяниці;
 - б) вірусному гепатиті;
 - в) біліарному цирозі печінки;
 - г) гемолітичній анемії;
 - д) вірно а) і в).
025. Для печінкового цитолітичного синдрому не характерно:
- а) підвищення активності трансаміназ;
 - б) підвищення активності осадових проб;
 - в) підвищення активності альдолази;
 - г) підвищення рівня білірубіну;
 - д) підвищення рівня кислої фосфатази.
026. Внутрішньопечінковий холестаза характеризують всі перераховані показники, окрім:
- а) збільшення в сироватці крові некон'югованого (вільного) білірубіну;
 - б) білірубінурії;
 - в) збільшення в крові активності лужної фосфатази;
 - г) гіперхолестеринемії;
 - д) появи жовчних кислот у сечі.
027. Реакція калу на приховану кров може бути позитивною:
- а) при мікрокровотечі з виразки дванадцятипалої кишки або кишечнику;
 - б) при мікрокровотечі з пухлин шлунково-кишкового тракту;
 - в) при неспецифічному виразковому коліті;
 - г) при вживанні м'яса в їжу;
 - д) при всіх перерахованих станах.
028. Креаторея спостерігається:
- а) при ахілії;
 - б) при гнильній диспепсії;
 - в) при недостатності зовнішньої секреції підшлункової залози;
 - г) вірно а) і б);
 - д) все вірно.
029. Вкажіть симптоми, характерні для порушення зовнішньосекреторної функції підшлункової залози:
- а) сухість шкіри;
 - б) гіперглікемія;
 - в) зниження маси тіла, креаторея, стеаторея;
 - г) розширення вен передньої черевної стінки;
 - д) нирково-печінкова недостатність.
030. Синдром подразненої кишки спостерігається:
- а) у жінок в 2-4 рази частіше, у віці 30-40 років;
 - б) у чоловіків частіше, у віці 20-30 років;

- в) однаково часто серед чоловіків і жінок;
- г) частіше у дітей.

031. Дисфагія може спостерігатися при:

- а) килі стравохідного отвору діафрагми;
- б) ахалазії кардії;
- в) склеродермії;
- г) раку стравоходу;
- д) всіх перерахованих захворюваннях.

032. До передракових захворювань шлунка не відносяться:

- а) хронічний атрофічний гастрит;
- б) поліпи шлунка на широкій основі;
- в) поліпозний гастрит;
- г) ерозивний гастрит;
- д) ригідний антральний гастрит.

033. Що являє собою *Helicobacter pylori*?

- а) Грампозитивна паличка.
- б) Грампозитивний кокк.
- в) Грамнегативна мікроаерофільна бактерія з джгутиками.
- г) Найпростіші.

034. Класифікація дискінезій жовчного міхура та жовчовивідних шляхів включає:

- а) гіпокінетичну форму;
- б) гіперкінетичну форму;
- в) змішану форму;
- г) все перераховане;
- д) вірно а) і б).

035. Для лікування хронічного панкреатиту у фазі ремісії застосовуються:

- а) но-шпа;
- б) омепразол;
- в) панкреатин;
- г) соматостатин;
- д) фестал.

Фізіотерапія

036. Що передбачає техніка безпеки при роботі з апаратами УФ-випромінювання:

- а) світлозахисні окуляри;
- б) екранування апарату;
- в) заземлення апарату;
- г) перевірка середньої біодози лампи;
- д) а, в, г.

037. Чим обумовлена велика частина фотобіологічних процесів, що протікають в організмі під дією УФ-променів:

- а) розпадом великих білкових молекул;
- б) утворенням складних форм біохімічних з'єднань;
- в) поглинанням УФ-променів хромофорами;
- г) появою речовин, що мають високу біологічну активність (гістамін, ацетилхолін);
- д) а, б, г

038. Який колір гальмує нервово-психічну діяльність людини?

- а) Червоний.
- б) Жовтий.
- в) Зелений.
- г) Синій.
- д) Чорний.

039. Який з перерахованих видів енергії відображає специфічність дії магнітотерапії?

- а) Електричний змінний струм.
- б) Магнітне низькочастотне поле.
- в) Електромагнітне поле СВЧ.
- г) Постійне магнітне поле.
- д) Вірно б) і г).

040. В основі дії електрофорезу лежить такий фізичний фактор:

- а) постійний струм;
- б) електричне поле;
- в) імпульсний струм;
- г) постійне поле високої напруги;
- д) аеройони.

Пульмонологія

041. Амфоричне дихання спостерігається при:

- а) вогнищевій пневмонії;
- б) бронхіті;
- в) бронхіальній астмі;
- г) абсцесі легень;
- д) емфіземі легенів.

042. Назвіть збудників, що викликають інтерстиціальні пневмонії:

- а) пневмококк, стафілокок;
- б) кишкова паличка;
- в) клебсієлла, паличка Фридлендера;
- г) легіонелла, гриби;
- д) хламідії, мікоплазма.

043. Які препарати мають бронхоспастичну дію?
- а) Пропранолол.
 - б) Еналаприл.
 - в) Атропін.
 - г) Адреналін.
 - д) Верапаміл.
044. Для яких захворювань характерний зворотній характер бронхіальної обструкції?
- а) Бронхіальна астма.
 - б) Серцева астма.
 - в) ХОЗЛ.
 - г) Емфізема.
 - д) Все вірно.
045. Зворотність бронхіальної обструкції підтверджується:
- а) спіротестом із застосуванням β_2 -агоністів і холінолітичних засобів;
 - б) усуненням ознак загострення захворювання;
 - в) ефектом від лікування глюкокортикоїдами;
 - г) даними рентгенографії ОГК;
 - д) результатами алергопроб.
046. До зворотних компонентів бронхіальної обструкції не належать:
- а) спазм бронхів;
 - б) запальний набряк слизової оболонки бронхів;
 - в) порушення функції мукоциліарного апарату бронхів;
 - г) стеноз і облітерація просвіту бронхів.
047. Найчастішими інфекційними агентами, що викликають загострення ХОЗЛ, є:
- а) пневмокок;
 - б) гемофільна паличка;
 - в) стафілокок;
 - г) стрептокок;
 - д) вірно а) і б).
048. Показанням до антибактеріальної терапії при ХОЗЛ є:
- а) наявність свистячих сухих хрипів в легенях;
 - б) посилення кашлю і збільшення кількості мокротиння;
 - в) експіраторна задишка;
 - г) підвищення температури тіла;
 - д) набряки нижніх кінцівок.
049. Бронхіальна обструкція при бронхіальній астмі обумовлена:
- а) бронхоспазмом;
 - б) запальним набряком слизової оболонки бронхів;

- в) закриттям просвіту бронхів в'язким секретом;
- г) спаданням дрібних бронхів на видиху;
- д) всім перерахованим.

050. Принципами лікування бронхіальної астми є:

- а) елімінація алергенів;
- б) гіпосенсибілізація;
- в) попередження і лікування респіраторних інфекцій;
- г) використання кортикостероїдів;
- д) все перераховане.

051. Після прориву гострого абсцесу в бронх зазвичай спостерігаються такі симптоми, крім:

- а) порожнина з горизонтальним рівнем на рентгенограмі;
- б) підвищення температури тіла до 39⁰С і вище;
- в) кашель з виділенням великої кількості харкотиння;
- г) поліпшення загального стану;
- д) кровохаркання.

052. При аускультатії легень у хворих на пневмонію можна виявити:

- а) ослаблене дихання при відсутності хрипів;
- б) сухі хрипи;
- в) вологі хрипи;
- г) дрібнопухирцеві вологі хрипи;
- д) все перераховане.

053. Збудником негоспітальної пневмонії найчастіше є:

- а) пневмококк;
- б) стрептокок;
- в) стафілокок;
- г) кишкова паличка;
- д) клебсієлла.

054. У осіб з синдромом набутого імунодефіциту найбільш частим збудником пневмонії є:

- а) пневмококк;
- б) клебсієлла;
- в) пневмоциста;
- г) мікоплазма;
- д) кишкова паличка.

055. Ознаками ексудативного плевриту є:

- а) притуплення перкуторного звуку в області випоту;
- б) вологі хрипи в зоні притуплення перкуторного звуку;
- в) зміщення органів середостіння в бік ураження;
- г) тимпанічний перкуторний звук в області випоту;
- д) сухі хрипи в зоні притуплення перкуторного звуку.

Кардіологія

056. Що з перерахованого не є ознакою нестабільної стенокардії?
- а) Стенокардія напруги – близько 10 нападів на день протягом 4 місяців.
 - б) Стенокардія напруги, що з'явилася вперше 3 тижні тому.
 - в) Збільшення частоти і тяжкості нападів стенокардії.
 - г) Поява стенокардії на 5 день гострого інфаркту міокарда.
 - д) Поява стенокардії спокою на тлі звичайних нападів стенокардії напруги.
057. У перші 2-6 годин від початку розвитку інфаркту міокарда показано застосування:
- а) тромболітиків;
 - б) гепарину;
 - в) ненаркотичних анальгетиків;
 - г) нітратів;
 - д) антагоністів кальцію.
058. Протипоказаннями для застосування β -адреноблокаторів при інфаркті міокарда є:
- а) миготлива аритмія;
 - б) надшлуночкова екстрасистолія;
 - в) шлуночкова екстрасистолія;
 - г) атріовентрикулярна блокада;
 - д) блокада лівої ніжки пучка Гіса.
059. Для стенокардії Принцметалу не характерно:
- а) циклічний характер болю;
 - б) виникнення болю у спокої вночі;
 - в) підйом сегмента ST вище ізолінії під час нападу;
 - г) поява болю при фізичному навантаженні.
060. До факторів ризику ішемічної хвороби серця належать:
- а) артеріальна гіпертензія;
 - б) психоемоційні навантаження;
 - в) куріння;
 - г) ожиріння;
 - д) всі перераховані.
061. Препаратами вибору при консервативному лікуванні нестабільної стенокардії є:
- а) серцеві глікозиди, препарати калію, діуретики;
 - б) нітрати, β -адреноблокатори (або недигідропіридинові блокатори повільних кальцієвих каналів), гепарин, ацетилсаліцилова кислота;
 - в) фібринолітичні засоби, наркотичні анальгетики, ацетилсаліцилова кислота;

- г) ненаркотичні анальгетики, інгібітори АПФ, дигідропіридинові блокатори повільних кальцієвих каналів;
- д) нітрати, серцеві глікозиди, діуретики.

062. При нападі вазоспастичної стенокардії доцільним є застосування:

- а) нітратів;
- б) ніфедіпіну;
- в) інгібіторів АПФ;
- г) ненаркотичних анальгетиків;
- д) β -адреноблокаторів.

063. Основний метод виявлення безбольової ішемії міокарда:

- а) ЕКГ у спокої;
- б) ехокардіографія;
- в) добове моніторування ЕКГ;
- г) визначення рівня тропоніну;
- д) проба з навантаженням.

064. Для якої локалізації інфаркту міокарда є характерним абдомінальний клінічний варіант:

- а) нижньо-діафрагмальний;
- б) верхівковий;
- в) інфаркт сосочкових м'язів;
- г) передньо-перетинковий;
- д) передньо-боковий.

065. Для повної атріовентрикулярної блокади проксимального рівня характерно:

- а) зменшення частоти скорочень шлуночків (менше 40 на хвилину);
- б) широкий комплекс QRS, рівні за тривалістю інтервали RR, різні інтервали PQ;
- в) нормальний по ширині комплекс QRS, рівні інтервали RR, зміна положення P по відношенню до QRS;
- г) блокада лівої ніжки пучка Гіса;
- д) різні за тривалістю інтервали RR.

066. Найчастішою причиною розвитку хронічного легеневого серця є:

- а) ХОЗЛ;
- б) туберкульоз легенів;
- в) інтерстиціальний легеневий фіброз (синдром Хамман - Річа);
- г) тромбоемболія легеневої артерії;
- д) бронхіальна астма.

067. Атріовентрикулярна блокада II ступеня, 1 типу (за Мобітцом) з періодами Венкебаха - Самойлова характеризується:

- а) збільшенням інтервалу PQ (більше 0.2 с);

- б) поступовим збільшенням інтервалу PQ в подальших циклах і періодичним зникненням зубця P і комплексу QRST;
- в) нормальним інтервалом PQ і періодичним зникненням зубця P;
- г) поступовим збільшенням інтервалу PQ у наступних циклах і періодичним зникненням комплексу QRST при збереженні в паузі зубця P.

068. Ознакою передсердної екстрасистолії є:

- а) передчасна поява зубця P, що відрізняється від P решти циклів, з наступним комплексом QRS;
- б) наявність повної компенсаторної паузи після передчасного скорочення;
- в) негативні зубці P перед комплексами QRS, що йдуть в регулярному ритмі;
- г) зубець P слідом за комплексом QRS;
- д) все перераховане.

069. Які ліпопротеїди мають вирішальну роль у розвитку атеросклерозу:

- а) ЛПНЩ.
- б) ЛПВЩ.
- в) Тригліцериди.
- г) Ліпополісахариди.
- д) Поліненасичені жирні кислоти.

070. Для вторинної профілактики ІХС застосовуються такі лікарські препарати:

- а) бета-адреноблокатори;
- б) серцеві глікозиди;
- в) АТФ;
- г) триметазідін;
- д) нітрогліцерин.

Гематологія

071. В основі класифікації лейкозів на гострі та хронічні лежить:

- а) характер перебігу захворювання;
- б) вік хворих;
- в) ступінь пригнічення нормальних паростків кровотворення;
- г) ступінь диференціації пухлинних клітин.

072. При якому з наведених захворювань має місце виражений абсолютний лімфоцитоз?

- а) Лімфогранулематоз.
- б) Хронічний лімфолейкоз.
- в) Лімфосаркома.
- г) Туберкульоз лімфатичних вузлів.
- д) Мієломна хвороба.

073. Лікування гострих лейкозів включає:

- а) заходи, спрямовані на індукцію ремісії;

- б) заходи, спрямовані на консолідацію досягнутої ремісії;
- в) безперервну підтримуючу терапію;
- г) курси реіндукційної терапії;
- д) все перераховане.

074. Трансплантація кісткового мозку застосовується:

- а) в фазі індукції ремісії гострих мієлоїдних лейкозів;
- б) у фазі ремісії після першого рецидиву гострого лімфобластного лейкозу у дітей;
- в) у фазі ремісії після першої атаки гострого мієлоїдного лейкозу (перша ремісія);
- г) вірно а) і б);
- д) вірно б) і в).

075. Основна кількість заліза в організмі людини всмоктується:

- а) у шлунку;
- б) у низхідному відділі ободової кишки;
- в) у дванадцятипалій і порожній кишках;
- г) у клубової кишці;
- д) вірно а) і в).

076. Залізо всмоктується найкраще:

- а) у формі феритину;
- б) у формі гемосидерину;
- в) у формі гему;
- г) у вигляді вільного тривалентного заліза;
- д) у вигляді вільного двовалентного заліза.

077. За добу заліза може всмоктатися не більше:

- а) 0.5-1.0 г;
- б) 2.0-2.5 г;
- в) 4.0-4.5 г;
- г) 10.0-12.0 г.

078. До діагностичних ознак хронічного мієлолейкозу відносять всі перелічені нижче, окрім:

- а) спленомегалії;
- б) лейкоцитозу;
- в) наявності «філадельфійської» хромосоми;
- г) «лейкемічного провалу»;
- д) еозинофільно-базофільної асоціації.

079. Найчастішою причиною залізодефіцитної анемії у чоловіків є:

- а) крововтрати з шлунково-кишкового тракту;
- б) носові кровотечі;
- в) алкогольний гепатит;
- г) гематурична форма гломерулонефриту;

д) хронічний геморої.

080. Які порушення не є характерними для тромбоцитопатії?

- а) Геморагічні прояви.
- б) Порушення адгезивно-агрегаційної функції тромбоцитів.
- в) Подовження часу згортання крові за Лі-Уайтом.
- г) Подовження тривалості кровотечі за Дюке.
- д) Зменшення ретракції кров'яного згустку.

Варіант №3

Ендокринологія

001. Цукровий діабет 1 першого типу підрозділяється на:

- а) аутоімунний і ідіопатичний;
- б) інсулінзалежний і інсуліннезалежний;
- в) первинний і вторинний.

002. Основні фактори патогенезу цукрового діабету 1-го типу:

- а) інсулінорезистентність і деструкція бета-клітин;
- б) деструкція бета-клітин і інсулінова недостатність;
- в) інсулінова недостатність і підвищення контрінсулярних гормонів;
- г) підвищення контрінсулярних гормонів та інсулінорезистентність.

003. Пероральний глюкозотолерантний тест проводиться з:

- а) інсуліном;
- б) глюкагоном;
- в) 75 г глюкози;
- г) 100 мл 5% розчину глюкози.

004. Калорійність дієти хворого цукровим діабетом розраховують, виходячи з:

- а) реальної маси тіла;
- б) ідеальної маси тіла;
- в) фізичного навантаження; г) віку;
- д) наявності супутніх захворювань шлунково-кишкового тракту.

005. Найактивнішим стимулятором секреції інсуліну є:

- а) амінокислоти;
- б) вільні жирні кислоти;
- в) глюкоза;
- г) фруктоза;
- д) електроліти.

006. Хворому з кетоацидотичною комою протягом першої години слід ввести 0,9% розчин хлориду натрію в кількості:

- а) 250 мл;
- б) 500 мл;

- в) 1 л;
- г) 2.5 л;
- д) 4 л.

007. До хронічних ускладнень цукрового діабету не відноситься:

- а) діабетична ретинопатія;
- б) діабетична полінейропатія;
- в) діабетична атропатія;
- г) діабетичний кетоацидоз;
- д) діабетична нефропатія.

008. Раціональне співвідношення білків, вуглеводів і жирів в дієті хворих цукровим діабетом 1 типу:

- а) білки 16%, вуглеводи 60%, жири 24%;
- б) білки 25%, вуглеводи 40%, жири 35%;
- в) білки 30%, вуглеводи 30%, жири 40%;
- г) білки 10%, вуглеводи 50%, жири 40%;
- д) білки 40%, вуглеводи 30%, жири 30%.

009. Потреба в інсуліні при цукровому діабеті 1-го типу становить при тривалості захворювання менше одного року:

- а) 0,1 ЕД на кг фактичної маси;
- б) 0,7 ЕД на кг фактичної маси;
- в) 0,9 ЕД на кг фактичної маси;
- г) 1,0 ЕД на кг фактичної маси;
- д) 0,5 ЕД на кг фактичної маси.

010. При тривалості цукрового діабету 1-го типу більше року і відсутності нефропатії потреба в інсуліні становить в середньому за добу:

- а) 0,1-0,2 ЕД на кг ідеальної маси;
- б) 0,3-0,4 ЕД на кг ідеальної маси;
- в) 0,5-0,6 ЕД на кг фактичної маси;
- г) 0,7-0,8 ЕД на кг ідеальної маси;
- д) 0,9-1,0 ЕД на кг ідеальної маси.

011. До ускладнень інсулінотерапії відносяться: а) гіпоглікемічні стани; б) кетоацидоз; в) постінсулінові ліподистрофії; г) синдром Нобекур; д) синдром Сомоджі. Виберіть правильну комбінацію відповідей:

- а) а, в, д;
- б) а, г;
- в) б, в;
- г) а;
- д) б, г, д.

012. Перелічіть можливі причини гіпоглікемії: а) велика доза інсуліну; б) недостатня кількість хлібних одиниць в раціоні; в) недостатня доза інсуліну; г)

прийом алкоголю; д) фізичне навантаження. Виберіть правильну комбінацію відповідей:

- а) а, б, д
- б) а, б, г, д;
- в) б, в, г;
- г) а, г;
- д) б, в, д.

013. При типовому дифузному токсичному зобі секреція тиреотропного гормону:

- а) нормальна;
- б) пригнічена;
- в) підвищена.

014. Для дифузно-токсичного зобу не характерно:

- а) тахікардія;
- б) тремор;
- в) запори;
- г) діарея;
- д) збільшення щитоподібної залози.

015. Для дифузно-токсичного зобу характерно:

- а) збільшення рівня вільного Т4 в крові;
- б) зменшення рівня вільного Т4 в крові;
- в) нормальний рівень вільного Т4 в крові;
- г) зменшення рівня вільного Т3 в крові;
- д) збільшення рівня ТТГ в крові.

016. При гіпотиреозі не виявляється:

- а) сухість шкіри;
- б) брадикардія;
- в) підвищений рівень ТТГ;
- г) позитивні очні симптоми;
- д) параорбітальної набряки.

017. Призначення невиправдано високих доз L-тироксину може призвести до:

- а) аменореї;
- б) тиреотоксикозу;
- в) повної атріовентрикулярної блокади;
- г) анемії;
- д) тяжкої гіпокаліємії.

018. До ускладнень струмектомії не належать:

- а) гіпотиреоз;
- б) кровотеча;
- в) травма гортанних нервів;
- г) гіпопаратиреоз;

д) тиреотоксикоз.

019. Показанням до хірургічного лікування є:

- а) абсцес щитовидної залози;
- б) підгострий тиреоїдит;
- в) хронічний аутоімунний тиреоїдит;
- г) одновузловий зоб;
- д) дифузний еутиреоїдний зоб.

020. Для гострої надниркової недостатності характерні: а) лихоманка; б) болі в животі; в) нудота; г) артеріальна гіпертензія. Виберіть правильну комбінацію відповідей:

- а) а;
- б) б, г;
- в) а, б, в;
- г) б, в;
- д) а, г.

Гастроентерологія

021. Шлункову секрецію стимулює:

- а) гастрин;
- б) секретин;
- в) холецистокінін;
- г) соматостатин;
- д) серотонін.

022. Креаторея характерна для:

- а) хронічного панкреатиту;
- б) хвороби Крона;
- в) ішемічного коліту;
- г) синдрому подразненої кишки;
- д) дискінезії жовчного міхура.

023. Захворювання, що супроводжуються печією, не включають:

- а) виразкову хворобу дванадцятипалої кишки;
- б) виразку малої кривини шлунка;
- в) рефлюкс-езофагіт;
- г) хронічний поверхневий гастрит;
- д) дискінезію жовчного міхура.

024. Ознакою перфорації виразки є:

- а) лихоманка;
- б) блювота;
- в) печія;
- г) ригідність передньої черевної стінки;
- д) гіперперистальтика.

025. У дорослих найчастішою причиною стенозу воротаря є:
- а) рак шлунка;
 - б) виразкова хвороба шлунка;
 - в) виразкова хвороба 12-палої кишки;
 - г) атрофічеській гастрит;
 - д) поліп шлунка.
026. Вірогідним клінічною ознакою стенозу воротаря є:
- а) блювота жовчю;
 - б) бурчання в животі;
 - в) блювота з'їденої напередодні їжею;
 - г) здуття живота;
 - д) діарея.
027. Омепразол відноситься до групи препаратів:
- а) альфа-адреноблокатори;
 - б) М-холіноблокатори;
 - в) блокатори гістамінових H1-рецепторів;
 - г) блокатори гістамінових H2-рецепторів;
 - д) блокатори протонового насоса.
028. Найбільш частою причиною анемії після резекції шлунка з приводу виразкової хвороби є:
- а) зниження всмоктування вітаміну В 12;
 - б) дефіцит заліза;
 - в) гемоліз еритроцитів;
 - г) порушення функції кісткового мозку;
 - д) дефіцит фолієвої кислоти.
029. Для купування больового синдрому при хронічному панкреатиті не слід використовувати:
- а) атропін;
 - б) новокаїн;
 - в) баралгін;
 - г) промедол;
 - д) морфін.
030. Для загострення неускладненій виразковій хворобі не характерно:
- а) «голодні» болі в епігастрії;
 - б) «нічні» болю;
 - в) терапевтичний ефект від прийому антацидів;
 - г) печія;
 - д) блювота з'їденої напередодні їжею.
031. При пенетрації виразки в підшлункову залозу підвищується рівень:
- а) амілази;

- б) ліпази;
- в) глюкози;
- г) лужної фосфатази;
- д) гаммаглутамілтранспептидази.

032. Консервативна терапія хронічного панкреатиту не включає:

- а) дієту;
- б) кортикостероїди;
- в) ферментні препарати;
- г) анальгетики;
- д) антибіотики.

033. Основними клінічними симптомами неспецифічного виразкового коліту є:

- а) болі в животі;
- б) наявність крові в калі;
- в) порушення функції кишечника;
- г) анемія;
- д) всі перераховані вище симптоми.

034. Вкажіть можливі причини розвитку хронічного панкреатиту:

- а) зловживання алкоголем;
- б) хронічні вірусні інфекції;
- в) жовчнокам'яна хвороба;
- г) надлишкова маса тіла, гіперліпідемія;
- д) все перераховане вище.

035. Ускладненнями хронічного панкреатиту може бути все, крім:

- а) кісти підшлункової залози;
- б) панкреонекрозу;
- в) внутрішньокишкових нориць;
- г) механічної жовтяниці;
- д) плеврального випоту.

Фізіотерапія

036. Які з перерахованих захворювань є протипоказанням для грязелікування:

- а) травматичний неврит лівого променевого нерва, термін травми 10 днів;
- б) виразкова хвороба шлунка, стадія ремісії;
- в) сальпінгофорит, стадія загострення;
- г) ХОЗЛ, стадія ремісії;
- д) ДДЗХ шийного відділу, вестибулярний синдром.

037. Вказати розподілення водолікувальних процедур: а) холодні; б) теплі; в) прохолодні; г) гарячі. Виберіть комбінацію відповідей:

- а) а, б;
- б) а, г;
- в) а, в;

- г) б, в;
- д) все перераховане вірно.

038. Протипоказанням для кишкових промивань є:

- а) хронічний панкреатит;
- б) виразкова хвороба шлунка;
- в) геморой, гостра стадія;
- г) атонічний коліт;
- д) хронічний холецистит.

039. Через 3 місяці після перенесеного інфаркту міокарда можна призначати такі ванни:

- а) хвойні;
- б) кисневі;
- в) радонові;
- г) сірководневі;
- д) всі ванни протипоказані.

040. Абсолютним протипоказанням для призначення загальних ванн є:

- а) гіпертонічна хвороба III стадії;
- б) бронхіальна астма, ст. ремісії;
- в) ХОЗЛ, II стадія;
- г) ЖКХ;
- д) ожиріння III ступеня.

Пульмонологія

041. Тришарове мокротиння після відстоювання характерне для:

- а) бронхіальної астми;
- б) раку легенів;
- в) ХОЗЛ;
- г) абсцесу легені;
- д) пневмонії.

042. Назвіть збудників, що викликають інтерстиціальні пневмонії:

- а) пневмокок;
- б) віруси;
- в) мікоплазма;
- г) стафілокок;
- д) легіонелла.

043. Які стани повертають до розвитку абсцесу легені? а) зловживання алкоголем; б) СНІД; в) наркоманія; г) чужорідне тіло бронха; д) нейтропенія при гемобластозах. Виберіть правильну комбінацію відповідей:

- а) всі відповіді правильні;
- б) а, в, г;
- в) а, д;

- г) а, в, д;
- д) а, г.

044. Найбільш частим збудником нозокоміальної (госпітальної) пневмонії у літніх хворих є:

- а) клебсієлла;
- б) хламідія;
- в) мікоплазма;
- г) пневмокок;
- д) вірус простого герпесу.

045. Які з перелічених клінічних ознак характерні для хворих з синдромом бронхіальної обструкції? а) порушення вдиху; б) порушення видиху; в) задишка; г) акроціаноз; д) дифузний ціаноз. Виберіть правильну комбінацію відповідей:

- а) б, в, г;
- б) б, в, г, д;
- в) а, б;
- г) б, в, д;
- д) б, д.

046. Який характер задишки у хворих з синдромом бронхіальної обструкції?

- а) експіраторна;
- б) інспіраторна;
- в) змішана.

047. Які з перелічених препаратів відносяться до антихолінергічних засобів? а) еуфілін; б) платифілін; в) адреналін; г) атропін; д) іпратропіума бромід.

Виберіть правильну комбінацію відповідей:

- а) а, г, д;
- б) б, г, д;
- в) а, б;
- г) а, б, г;
- д) г, д.

048. Беродуал - це:

- а) бета-адреноміметик;
- б) холінолітик;
- в) комбінація бета-адреноміметику і холінолітику;
- г) альфа-адреноміметик;
- д) симпатоміметик.

049. Для якого захворювання характерний зворотний характер бронхіальної обструкції?

- а) ХОЗЛ.
- б) Бронхіальна астма.
- в) Серцева астма.

- г) Емфізема легенів.
- д) Тромбоемболія легеневої артерії.

050. Які положення, що стосуються атопічної форми бронхіальної астми, правильні? а) часто розвивається в літньому віці; б) поєднується з іншими атопічними захворюваннями; в) підвищений рівень IgE в крові; г) знижений рівень IgE в крові; д) характерна еозинофілія крові. Виберіть правильну комбінацію:

- а) б, в, г, д;
- б) в, д;
- в) а, д;
- г) а, в, д;
- д) б, в, д.

051. Які лікарські препарати є найбільш ефективними протизапальними засобами при бронхіальній астмі?

- а) Салбутамол.
- б) Беклометазон.
- в) Іпратропіума бромід.
- г) Недокроміл натрію.
- д) Теофілін.

052. Життєва ємність легень (ЖЕЛ) - це:

- а) максимальний об'єм повітря, який потрапляє в легені при вдиху;
- б) максимальний об'єм повітря, який виходить з легень при видиху;
- в) максимальний об'єм повітря, який потрапляє в легені при вдиху і виходить при видиху.

053. При яких захворюваннях спостерігається кровохаркання? а) тромбоемболія легеневої артерії; б) бронхоектатична хвороба; в) рак легені; г) мітральний стеноз; д) емфізема легенів. Виберіть правильну комбінацію:

- а) а, в;
- б) б, в;
- в) а, б, в;
- г) а, в, г, д;
- д) а, б, в, г.

054. Яка базисна терапія використовується для лікування бронхіальної астми середнього персистуючого перебігу?

- а) щоденне використання інгаляційних кортикостероїдів;
- б) епізодичні інгаляції бета-2-агоністів короткої дії;
- в) щоденне використання інгаляційних кортикостероїдів, пролонгованих бета-2-агоністів, метилксантинів;
- г) щоденне використання системних кортикостероїдів;
- д) щоденне використання пролонгованих бета-2-агоністів, метилксантинів.

055. Яка базисна терапія використовується для лікування бронхіальної астми легкого персистуючого перебігу?

- а) щоденне використання інгаляційних кортикостероїдів;
- б) епізодичні інгаляції бета-2-агоністів короткої дії;
- в) щоденне використання інгаляційних кортикостероїдів, пролонгованих бета-2-агоністів, метилксантинів;
- г) щоденне використання стабілізаторів мембран огрядних кліток;
- д) щоденне використання пролонгованих бета-2-агоністів, метилксантинів.

Кардіологія

056. До модифікованих факторів ризику ІХС відносять:

- а) стать;
- б) вік;
- в) сімейний анамнез ІХС;
- г) цукровий діабет.

057. ЕКГ - ознаками фібриляції передсердь є всі, крім:

- а) відсутності зубців Р;
- б) наявності зубців Р;
- в) хвиль f;
- г) різних інтервалів R-R;
- д) частоти хвиль f 400-700 за хвилину.

058. До 55 років захворюваність ІХС серед чоловіків порівняно із захворюваністю серед жінок:

- а) вище в 3-4 рази;
- б) нижче в 2-3 рази;
- в) однакова;
- г) стать не має значення.

059. Причинами інфаркту міокарда можуть бути:

- а) атеросклероз вінцевих артерій;
- б) спазм вінцевих артерій;
- в) розшарування вінцевих артерій;
- г) аномалії вінцевих артерій;
- д) все перераховане.

060. Які з перелічених механізмів гіпоксії міокарда мають місце при ІХС?

- а) Артеріальна гіпоксемія.
- б) Недостатнє надходження кисню.
- в) Зниження утилізації кисню.
- г) Артеріальна гіперкапнія.

061. Які із зазначених змін ЕКГ характерні для стенокардії напруги?

- а) патологічний зубець Q;
- б) депресія сегмента ST;
- в) часті екстрасистоли;
- г) мінуща блокада лівої ніжки пучка Гіса;
- д) елевація сегмента ST.

062. Яке захворювання шлунково-кишкового тракту може імітувати приступ стенокардії?

- а) ГЕРХ.
- б) Хронічний гастрит.
- в) Виразкова хвороба шлунка.
- г) Хронічний коліт.
- д) Хронічний холецистит.

063. Механізм дії нітратів при стенокардії:

- а) збільшення діастолічного об'єму шлуночків серця;
- б) поліпшення кровообігу в субендокардіальних шарах міокарда;
- в) збільшення зовнішньої роботи серця;
- г) зменшення серцевого викиду;
- д) збільшення ударного об'єму.

064. До блокаторів повільних кальцієвих каналів не відноситься:

- а) верапаміл;
- б) амлодіпін;
- в) фелодіпін;
- г) атенолол;
- д) ділтіазем.

065. Зовнішніми ознаками атеросклеротичного процесу є:

- а) ксантоми і ксантелазми;
- б) папілломи;
- в) ревматичні вузлики;
- г) «судинні зірочки»;
- д) плями Лукіна-Лібмана.

066. Які лікарські засоби найбільш ефективні при нападі стенокардії:

- а) нітрати;
- б) антагоністи кальцію;
- в) антикоагулянти;
- г) ненаркотичні анальгетики;
- д) антиагреганти.

067. Ознаками нестабільної стенокардії є:

- а) зміна тривалості і інтенсивності больових нападів;
- б) порушення ритму і провідності;
- в) зниження АТ без гіпотензивної терапії;
- г) поява патологічного зубця Q на ЕКГ.

068. Нестабільна стенокардія прогностично несприятлива в плані:

- а) розвитку інфаркту міокарда;
- б) тромбоемболії мозкових судин;
- в) розвитку фатальних порушень ритму серця;
- г) розвитку легеневої гіпертензії;
- д) розвитку венозної недостатності.

069. Які зміни на ЕКГ характерні для гострого інфаркту міокарда?

- а) Конкордантний підйом сегмента ST.
- б) Поява блокади правої ніжки пучка Гіса.
- в) Поява негативних зубців T.
- г) Патологічний зубець Q.
- д) Відхилення осі серця вправо.

070. Через 3-5 днів після розвитку інфаркту міокарда в крові зберігається підвищений рівень:

- а) МВ-креатинфосфокінази;
- б) лактатдегідрогенази;
- в) амінотрансфераз;
- г) тропонинов I, T;
- д) міоглобіну.

Гематологія

071. До симптомів анемії відносяться:

- а) задишка, блідість;
- б) кровоточивість ясен, болі в кістках;
- в) спленомегалія,
- г) лімфаденопатія;
- д) лихоманка.

072. Препарати заліза призначаються:

- а) на 1-2 тижні;
- б) на 3-4 місяці;
- в) на місяць;
- г) на півроку;
- д) довічно.

073. Якщо у хворого є анемія, тромбоцитопенія, бластемія, то в першу чергу можна думати про:

- а) еритремію;
- б) апластичну анемію;
- в) гострий лейкоз;
- г) В12-дефіцитну анемію;
- д) хронічний мієлолейкоз.

074. До препаратів, що призводять до тромбоцитопенії, відноситься:

- а) ацетилсаліцилова кислота;
- б) вікасол;
- в) кордарон;
- г) верошпірон;
- д) бісопролол.

075. Для діагностики гемофілії застосовується:

- а) визначення часу згортання крові;
- б) визначення часу кровотечі;
- в) визначення рівня плазміногену;
- г) визначення агрегації тромбоцитів.

076. Хворий, 57 років, скаржиться на болі в епігастрії після їжі, рідкий стілець, підвищення температури тіла $37,5^{\circ}\text{C}$, відчуття оніміння і поколювання в кінцівках, загальну слабкість. 5 років тому - резекція шлунка з приводу виразкової хвороби. 2 роки тому з'явилися болі в животі, проноси, анемія. Об'єктивно: шкіра жовтява. Печінка +3 см. Селезінка +2 см. Тахікардія, м'який систолічний шум над верхівкою і в 5 точці. Ан. крові: Ер. $2,3 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб 80 г/л, ЦП 1,1, Л $2,3 \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити $90 \cdot 10^9/\text{л}$, формула не змінена, ШОЕ 45 мм/год, макроцитоз. Які дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу?

- а) УЗД органів черевної порожнини.
- б) Визначити рівень феритину в крові.
- в) ФГДС.
- г) Визначити рівень В12 в крові.
- д) Визначити час згортання крові.

077. Який із зазначених ознак не характерна для вродженої гемолітичної анемії?

- а) Аномалії розвитку черепа.
- б) Початок у дитячому віці.
- в) Зниження осмотичної резистентності еритроцитів.
- г) Позитивна проба Кумбса.
- д) Спленомегалія.

078. Поставте діагноз за формулою крові: Ер. $2,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Нб 80 г/л, ЦП 0,9, ретикулоцити 20%. Тромбоцити $200 \cdot 10^9/\text{л}$. Лейкоцити $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$, Е 2%, П 4%, С 54%, Л 37%, М 3%, ШОЕ 15 мм/год, мікросфероцитоз.

- а) В-12 дефіцитна анемія.
- б) Фолієво-дефіцитна анемія.
- в) Анемія Міньковського-Шофара.
- г) Залізодефіцитна анемія.
- д) Апластична анемія.

079. Хворий 68 років госпіталізований з приводу важкої анемії. При огляді виявлено: атрофія сосочків поверхні язика, жовтявість склер, симетричні

парестезії, порушення ходи, атрофічний гастрит з ахлоргідрією, спленомегалія і макроцитоз. Для якого захворювання це характерно?

- а) В-12 дефіцитна анемія.
- б) Фолієво-дефіцитна анемія.
- в) Таласемія.
- г) Залізодефіцитна анемія.
- д) Апластична анемія.

080. У хворого 18 років після екстракції зуба почалося рясна кровотеча. При зборі анамнезу було з'ясовано, що пацієнт страждає на гемофілію А. Який препарат найефективніший при лікуванні такої кровотечі?

- а) Амінокапронова кислота.
- б) Хлорид кальцію.
- в) Вікасол.
- г) Кріопреципітат.
- д) Етамзілат.

Еталони відповідей

Варіант 1

001-в	011-б	021-г	031-д	041-б	051-б	061-в	071-в
002-а	012-а	022-в	032-д	042-в	052-в	062-б	072-б
003-в	013-а	023-д	033-б	043-а	053-д	063-а	073-б
004-д	014-б	024-а	034-г	044-а	054-в	064-в	074-в
005-г	015-д	025-г	035-а	045-д	055-д	065-д	075-а
006-в	016-д	026-д	036-б	046-в	056-в	066-в	076-д
007-в	017-г	027-д	037-б	047-а	057-б	067-в	077-в
008-в	018-г	028-д	038-а	048-в	058-д	068-а	078-д
009-д	019-д	029-г	039-в	049-а	059-д	069-г	079-д
010-г	020-д	030-д	040-д	050-а	060-а	070-г	080-в

Варіант 2

001-в	011-б	021-а	031-д	041-г	051-б	061-б	071-г
002-в	012-д	022-г	032-г	042-д	052-д	062-б	072-а
003-в	013-б	023-а	033-в	043-а	053-а	063-в	073-г
004-б	014-д	024-д	034-д	044-а	054-в	064-а	074-б
005-г	015-д	025-д	035-в	045-а	055-а	065-в	075-в
006-б	016-б	026-а	036-д	046-г	056-а	066-а	076-д
007-в	017-г	027-д	037-д	047-д	057-а	067-г	077-д
008-г	018-г	028-д	038-г	048-г	058-г	068-а	078-г
009-г	019-г	029-в	039-д	049-д	059-г	069-а	079-а
010-а	020-д	030-а	040-а	050-д	060-д	070-а	080-в

Варіант 3

001-а	011-а	021-а	031-а	041-г	051-б	061-б	071-а
002-б	012-б	022-а	032-б	042-в	052-в	062-а	072-б
003-в	013-б	023-д	033-д	043-а	053-д	063-б	073-в
004-б	014-в	024-г	034-д	044-а	054-в	064-г	074-а
005-в	015-а	025-б	035-в	045-г	055-а	065-а	075-а
006-в	016-г	026-в	036-в	046-б	056-г	066-а	076-г
007-г	017-б	027-д	037-д	047-б	057-б	067-а	077-г
008-а	018-д	028-а	038-в	048-в	058-а	068-а	078-в
009-д	019-а	029-д	039-д	049-б	059-д	069-г	079-а
010-г	020-в	030-д	040-а	050-д	060-б	070-г	080-г

**Тестові завдання за темою
«Основи доказової медицини»**

1. Контрольоване випробування - це:

- а) ретроспективне
- б) проспективне
- в) поперечне
- г) перпендикулярне

2. «Золотим стандартом» медичних досліджень називають:

- а) перехресні дослідження
- б) одиночне сліпе дослідження
- в) рандомізовані контрольовані
- г) парні порівняння

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

- а) подвійний засліплений
- б) потрійний засліплений
- в) одиночний засліплений
- г) плацебоконтрольований

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

- а) біодобавка
- б) аналог препарату, що досліджується
- в) гомеопатичний препарат
- г) плацебо

5. Дослідження, в котрому пацієнт не знає, а лікар знає, яке лікування отримує пацієнт, називається

- а) плацебоконтрольоване
- б) подвійне засліплене
- в) потрійне засліплене
- г) просте засліплене

6. Як створити умови, щоб в рандомізованому контрольованому дослідженні пацієнти, що отримують плацебо, не були відвержені обману:

- а) лікуючий лікар отримує усну згоду пацієнта на проведення випробування
- б) пацієнт підписує «Інформовану згоду» (де передбачена його згода на використання плацебо)

- в) плацебо не чинить шкідливого впливу на організм, тому його застосування не вимагає згоди
- г) пацієнт підписує згоду на госпіталізацію

7. Дослідження з випадково відібраною контрольною групою та наявністю впливу з боку дослідника називається

- а) рандомізоване контрольоване клінічне випробування
- б) нерандомізоване дослідження
- в) обсерваційне дослідження
- г) ретроспективне дослідження

8. В поняття «золотого стандарту» входять

- а) подвійні-сліпі плацебо-контрольовані рандомізовані дослідження
- б) прості нерандомізовані дослідження
- в) потрійні сліпі дослідження
- г) подвійні-сліпі нерандомізовані дослідження

9. Свідоме, чітке і безпристрасне використання кращих із наявних доказів при прийнятті рішень про допомогу конкретним хворим - це одне з визначень поняття:

- а) біометрії
- б) доказової медицини
- в) клінічної епідеміології
- г) медичної статистики

10. За способом відбору пацієнтів, дослідження розрізняють на

- а) випадкові і складні
- б) рівноімовірні і неможливі
- в) рандомізовані і нерандомізовані
- г) первинні і третинні

11. Випадковий відбір спостережень носить назву

- а) рандомізація
- б) медіана
- в) мода
- г) ймовірність

12. За ступенем відкритості даних дослідження може бути

- а) відкритим або сліпим
- б) закритим або сліпим
- в) відкритим або рандомізованим
- г) рандомізованим або мультицентровим

13. З позиції доказової медицини лікар повинен приймати рішення про вибір методу лікування на підставі

- а) інформації з інтернету
- б) досвіду колег

- в) статті з рецензованого журналу з високим індексом цитування
- г) статті з невідомого джерела

14. Показники, що характеризують надійність інформації, приведеної в науковому журналі, це

- а) індекс достовірності 18
- б) індекс довіри
- в) індекс значимості
- г) індекс цитованості

15. Однією з передумов виникнення доказової медицини є

- а) обмеженість фінансових ресурсів, що виділяються на охорону здоров'я
- б) поява нових лікарських спеціальностей
- в) вдосконалення методів наукових досліджень
- г) розвиток математичної статистики

Правильні відповіді до тестів:

1-б; 2-в; 3-а; 4-г; 5-г; 6-б; 7-а; 8-а; 9-б; 10-в; 11-а; 12-а; 13-в;14-г;15-а.

**Тестові завдання за темою
«Діагностика та лікування захворювань внутрішніх органів
у людей похилого віку»**

1. Хворий К., 72 років, скаржиться на інтенсивний біль в правому підребер'ї, нудоту, блювоту, гіркоту в роті. При пальпації живота відзначається болючість в проекції жовчного міхура, позитивні симптоми Мерфі, Ортнера.

Яке захворювання найбільш ймовірно?

- А. гострий панкреатит
- В. пептична виразка шлунка
- С. шлунково - стравохідний рефлюкс
- Д. дискінезія жовчовивідних шляхів
- Е. жовчнокам'яна хвороба

2. Хворий 75 років. Протягом 3-х останніх місяців з'явилися скарги на дискомфорт в епігастральній ділянці, іноді за грудиною, нудота, блювота. В останні 2 роки хворий отримував лікування нестероїдними протизапальними препаратами з приводу ревматоїдного артрити. Шкірні покриви блідо-рожеві, гемодинаміка стабільна, при пальпації живота - локальна болючість в епігастральній ділянці. Про яке захворювання йде мова?

- А. пептична виразка шлунка
- В. жовчно-кам'яна хвороба
- С. пептична виразкова 12-ти палої кишки
- Д. стенокардія напруги
- Е. неспецифічний виразковий коліт

3. Хвора 72 років. Протягом 1 місяця відмічає ниючий біль епігастральній ділянці, іноді за грудиною, нудота. В останній рік хвора приймала ібупрофен 400 мг з приводу остеоартриту. Об'єктивно: АТ 130/80 мм рт.ст., пульс 75 за хвилину, при пальпації живота - локальна болючість під мечовидним відростком. Можлива причина даного захворювання?

- A. прийом НПЗП
- B. порушення дієти
- C. загострення остеоартриту
- D. вік
- E. панкреатит

4. У хворого 64 років скарги на печію за грудиною при нахилі тулуба, а також відрижку кислим вночі. Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, язик густо обкладений білим нальотом; помірна болючість при пальпації в епігастрії. ЕФГДС- слизова стравоходу набрякла, гіперемована, кардія не зімкнена, в нижній третині стравоходу - безліч дрібних ерозій. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний?

- A. жовчнокам'яна хвороба
- B. хронічний гастрит
- C. гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба
- D. хронічний холецистит
- E. хронічний панкреатит

5. 66-річний хворий з хронічною серцевою недостатністю протягом 2 місяців приймає дигоксин (0,25 мг / добу), фуросемід (20-40 мг / добу), верошпірон (250 мг / добу). За 2 дні до госпіталізації з'явилися біль в животі, м'язова слабкість, парестезії в руках і ногах. На ЕКГ відзначається підвищення амплітуди зубця Т, розширення комплексу QRS. Причина погіршення стану:

- A. Гіпокаліємія
- B. Гіперкаліємія
- C. Гіпонатріємія
- D. Інтоксикація серцевими глікозидами
- E. Гіпомагніємія

6. Хвора К., 67 р., госпіталізована у хірургічне відділення на третій день захворювання із скаргами на гарячку до 39°C, біль в правому підребер'ї, жовтяницю. При ультразвуковому дослідженні конкременти в жовчному міхурі відсутні, діаметр холедоха 4 мм. Ваш попередній діагноз?

- A. Гострий холангіт
- B. Гострий холецистит
- C. Гострий панкреатит
- D. Синдром Каролі
- E. Гострий вірусний гепатит

7. Хворий 62 років, протягом 12 років відмічає періодичний біль в лівому підребер'ї з іррадіацією в спину, у зв'язку з чим вимушений дотримуватися дієти з обмеженням жирних, смажених, гострих, копчених страв. За останні 1,5

роки відмічає приєднання здуття живота; стілець до 2-3 разів на добу, рясний, смердючий, з блискучою поверхнею, з залишками неперетравленої їжі. Зміна симптоматики у хворого обумовлено приєднанням:

- A. Екзокринної недостатності підшлункової залози.
- B. Ендокринної недостатності підшлункової залози.
- C. Холестатичного синдрому.
- D. Синдрому подразненого кишківника.
- E. Недостатності шлункової секреції.

8. Хвора 65 р., скаржиться на біль в епігастрії з іррадіацією в спину, блювання без полегшення, проноси. Об'єктивно: блідість, сухість шкіри, тахікардія, болючість живота вище пупка на 3 см. Аналіз крові: лейкоцити 10×10^9 /л, ШОЕ 18 мм /год., діастаза сечі 128 од. УЗД - підшлункова залоза гіперехогенна, голівка-24 мм, хвіст-37 мм. Найбільш ймовірний діагноз?

- A. Хронічний панкреатит
- B. Виразка шлунка
- C. Ерозивний дуоденіт
- D. Туберкульозний мезаденіт
- E. Ентероколіт

9. Хвора, 70 років, прибула у відділення зі скаргами на постійний розпираючий і, нерідко, спастичний біль в животі, виражене здуття живота, затримку випорожнення 4 дні, блювоту 4 рази за останню добу, загальну слабкість (4 місяці). Протягом 5 років - закрепи, останній місяць в калі відмічала появу слідів крові, що зв'язувала з гемороєм. Об'єктивно: зниженого харчування, шкіра і слизові бліді з іктеричним відтінком. АТ-160/90 мм рт. ст. Пульс 88 уд/хв. Живіт напружений, виражений метеоризм, у правому фланку візуально визначається перистальтика петель товстого кишечника. В аналізі крові: еритроцити $3,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ 45 мм/год. На оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини на тлі роздутих петель кишечника визначаються численні горизонтальні рівні рідини. Ваш попередній діагноз?

- A. Неспецифічний виразковий коліт.
- B. Атеросклероз мезентеріальних судин
- C. Рак спадного відділу товстої кишки.
- D. Рак висхідного відділу товстої кишки.
- E. Дивертикул тонкого кишечника.

10. Хвора Д., 71 рік, скаржиться на чередування проносів і закрепів, відчуття неповного спорожнювання кишечника після акту дефекації, випорожнення зі слизом, періодичний біль внизу живота, посилене відходження газів. Спостерігається у терапевта протягом 3 місяців з приводу дисбактеріозу кишечника 3 ступеня. Живіт м'який, болючість при пальпації по ходу товстого кишечника. Іригоскопія: коліт. Які препарати необхідно призначити?

- A. Пробіотики + Спазмолітики
- B. Прокінетики.
- C. Ферментні препарати.

- D. Вірно А,В
- E. Вірно А, С.

Еталони відповідей:

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

**Тестові завдання за темою
«Ожиріння та його наслідки»**

1. Вкажіть фактор, який не є характерною причиною поширення ожиріння в країнах, що розвиваються, порівняно з економічно розвиненими:
 - A. вживання дешевих продуктів з підвищеним вмістом вуглеводів
 - B. надлишком в раціоні жирів тваринного походження
 - C. нестачею в раціоні білку
 - D. нестачею в раціоні клітковини (овочів та фруктів)
 - E. надлишком в раціоні білку
2. Який з наведених аліментарних факторів не має істотного значення в розвитку ожиріння?
 - A. переїдання
 - B. харчування в основному в другій половині доби
 - C. надмірне вживання легкозасвоюваних вуглеводів
 - D. надмірне вживання клітковини
 - E. надмірне вживання тваринних жирів
3. При яких перерахованих ураженнях ЦНС і гіпоталамуса не розвивається ожиріння?
 - A. руйнування вентромедіального ядра гіпоталамуса пухлиною
 - B. руйнування вентролатерального ядра гіпоталамуса пухлиною
 - C. нейроінфекції
 - D. черепно-мозкова травма
 - E. метастази злоякісних пухлин в гіпоталамус
4. При яких ендокринних захворюваннях не розвивається ожиріння?
 - A. інсулінома
 - B. гіпотиреоз
 - C. хвороба Іценко-Кушинга
 - D. гіпокортицизм
 - E. гіпогонадизм
5. Ожиріння не є результатом:
 - A. переїдання (надлишку надходження енергії в організм)
 - B. зниження енергетичних витрат (зниження рухової активності)
 - C. зміни обмінних процесів
 - D. зниження ліполізу
 - E. частого низькокалорійного харчування
6. Розвитку ожиріння сприяє все перераховане, крім:
 - A. прийому легкозасвоюваних вуглеводів
 - B. вживання висококалорійної їжі
 - C. надмірного вживання тваринних жирів
 - D. рідкісного харчування в основному в другій половині дня

- Е. багаторазового (5-6 разів на день) низькокалорійного харчування
7. Для ожиріння характерні всі наступні гормональні порушення, крім:
- А. гіперінсулінізму
 - В. гіпоінсулінізму
 - С. гіпопролактинемії
 - Д. зниження секреції СТГ
 - Е. гіперкортицизму
8. В організмі зміни ендокринної системи при ожирінні виявляються усім перерахованим, крім
- А. порушення вуглеводного обміну аж до розвитку цукрового діабету
 - В. порушення менструального циклу
 - С. безпліддя
 - Д. переважного розвитку 1 типу цукрового діабету
 - Е. підвищеної частоти загибелі плоду в різні терміни вагітності
9. Ожиріння гіпоталамо-гіпофізарного генезу характеризується всім перерахованим, крім:
- А. швидкого надмірного наростання протягом декількох місяців маси тіла
 - В. булемії
 - С. полідипсії
 - Д. симптомів органічного ураження ЦНС
 - Е. повільного наростання маси тіла
10. Ожиріння є фактором ризику розвитку всіх перерахованих захворювань, крім:
- А. цукрового діабету
 - В. ішемічної хвороби серця
 - С. гіпертонічної хвороби
 - Д. гіпотонії

Еталони відповідей:

1D; 2D; 3C; 4D; 5E; 6E ;7C; 8D; 9E; 10D; 11C; 12E.

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 _____

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 скарг 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 скарг 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 скарг. 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.);
- поводження 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, відраза 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 непридатних 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 погана).
- Настрій - вранці, у першу, у другу половину доби (відмінне, добре, задовільне, погана, дуже погана).
- Увага (відмінна, добра, задовільна, погана, дуже погана)
- Головний біль (локалізація, характер, с чим пов’язано його виникнення, періодичність, тривалість, супутні симптоми: шум у вухах, запаморочення)
- Порушення ходи, тремтіння кінцівок, судом, 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».

ІСТОРІЯ 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, погрішності у дієті, інфекційних захворювань (аденовірусної інфекції, грипу, ангін).
- 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).

ІСТОРІЯ 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/м²).
- Шкіра та видимі слизові оболонки: колір (бліда, блідо-рожева, червона, синюшна, жовтянична, землиста, пігментація, депігментація); висипи (еритема, роzeола, 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 легеневої 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-Дюроз'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, знічні 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 цилиндрурією. Такі ознаки бувають при вторинному амілоїдозі, васкулітах (синдром Гудпасчера), вузилковому 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 Пleshа, 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 – *conus 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

ЕТИОЛОГІЯ 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

ПРИКЛАДИ ФОРМУЛЮВАННЯ ДІАГНОЗІВ В КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Ендокринологія

- Автоімунний тироїдит, атрофічна форма, гіпотироз середньої тяжкості, декомпенсація.
- Автоімунний тироїдит, гіпертрофічна форма, еутироз.
- Адрено-генітальний синдром. Вірільна форма.
- Адренокарцінома бронхів. Ектопічний АКТГ-синдром. Гіперкортицизм
- Анапластичний рак щитоподібної залози з метастазами в регіонарні лімфатичні вузли шиї з обох сторін та легені, T₄N₂M₁
- 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, T₃N₁M₀
- 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 гіпогонадізм. Гінекомастія.
- Синдром Шерешевського-Тернера. Первинна аменорея.
- Субклінічний (лабораторний) гіпотироз.
- Субклінічний тиротоксикоз.
- Феохромоцитома лівої надниркової залози. Безсимптомна форма (інциденталома).
- 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 ший, T₃N₁M₀
- 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 III ст. Діабетична нефропатія V ст (за Могенсоном). ХНН III ст. Симптоматична ренопаренхиматозна артеріальна гіпертензія.
- Цукровий діабет тип 2, вторинноінсулінзалежний, тяжка форма, декомпенсація. Діабетична периферична дистальна симетрична сенсорно-моторна полінейропатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок III ст. Трофічна виразка I пальцю правої стопи. Діабетична нефропатія III ст (за Могенсоном).
- Цукровий діабет тип 2, середньої тяжкості, субкомпенсація. Діабетична периферична дистальна симетрична сенсорно-моторна полінейропатія. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок II ст. Ожиріння I ст. (ІМТ 32,4) аліментарно-конституціонального генезу, андроїдне, з елементами метаболічного синдрому.
- Цукровий діабет, вперше виявлений, декомпенсація. Кетоацидотичний стан II 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. Гастроєзофагеальна 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. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.
- Пептична виразка шлунку, Нр-негативна, тривало не заживаюча велика (1,5 см) виразка пілоричного відділу шлунка. Гастрит тіла шлунка з дисплазією III ст. та кишковою метаплазією. Підвищена кислотність. Гастроєзофагеальна 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_{IV} (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 ступеня
- 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 ІІБ, 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, ангулярна 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 ІІБ 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, СН₀.
- НЦД, 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 IIА 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 екстрасистоля. СН I ст.
- Феохромочитома 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
- В₁₂-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. Амілоїдоз нирок, ХПН-1.
- МДС: рефрактерна анемія з надлишком бластів гіперпластичний варіант.
- Мегалобластична (В₁₂-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/Біне.
- 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 злякисності, 4А стадії. Аутоімунна гемолітична анемія.

МЕТОДИКИ ВИКОНАННЯ ОСНОВНИХ МЕДИЧНИХ МАНПУЛЯЦІЙ

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 охоплюють 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 введений 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, зволженим 70% розчином етилового спирту.

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

3. У місці ін'єкції шкіру протирають стерильним ватним тампоном, зволженим 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
I. Підготовка процедури	
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.	
II. Виконання процедури.	
1.Намітити місце ін'єкції. 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.
III. Закінчення процедури	
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, про маркірованій "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
I. Підготовка процедури	
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.
II. Виконання процедури	
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	Забезпечується правильність догляду.

повинен бути догори. Обережно проколоти шкіру і стінку фіксованої вени.	
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.	
III. Закінчення процедури	
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 М) 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. Тракування результатів реакції

Група досліджуваної крові	Реакція еритроцитів, які досліджуються, з моноклональними реагентами (цоліклонами)		
	Анти - А	Анти – В	Контроль Анти - АВ
0(I)	—	—	—
A (II)	+	—	+
B (III)	—	+	+
AB (IV)	+	+	+

Перелік рекомендованої літератури

Основна (базова)

1. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінціцького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с. + 16с. кольоров. вкл.
2. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.1 / за ред. Проф. Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2016. - 488 с.
3. Гастроентерологія. Підручник: У 2 Т. - Т.2 / за ред. Проф. Н.В Харченко., О.Я. Бабака. - Кіровоград: Поліум, 2017. – 432 с.
4. Ендокринологія: підручник (П.М. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.І. Комісаренко та ін.) За ред. професора П.М. Боднара, - Вид. 4, перероб. та доп. – Вінниця: Нова Книга, 2017. – 456 с.
5. Наказ МОЗ України від 27.06.2013 № 555 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному обструктивному захворюванні легень». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічне обструктивне захворювання легені».
6. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма».
7. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 866 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при неходжкінських лімфомах та лімфомі Ходжкіна». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна».

8. Наказ МОЗ України від 31.10.2013 № 943 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при гастроєзофагеальній рефлюксній хворобі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба».
9. Наказ МОЗ України від 15.01.2014 №34 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги». Уніфікований клінічний протокол екстреної медичної допомоги «Гемофілія», «Гостра дихальна недостатність».
10. Наказ МОЗ України від 03.09.2014 № 613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Пептична виразка шлунка та дванадцятипалої кишки у дорослих».
11. Наказ МОЗ України від 06.11.2014 № 826 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічних неінфекційних гепатитах». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Неалкогольний стеатогепатит».
12. Наказ МОЗ України №1021 від 29.12.2014 «Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у молодих людей та дорослих».
13. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 709 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при залізодефіцитній анемії». Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Залізодефіцитна анемія».
14. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 710 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної

допомоги при множинній мієломі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Множинна мієлома».

15. Наказ МОЗ України від 02.11.2015 № 711 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному мієлоїдному лейкозі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Хронічний мієлоїдний лейкоз».
16. Наказ МОЗ України від 11.02.2016 № 90 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при запальних захворюваннях кишечника». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт)».
17. Наказ МОЗ України від 12.05.2016 № 439 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при хронічному лімфоїдному лейкозі». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Хронічний лімфоїдний лейкоз».
18. Наказ МОЗ України від 21.06.2016 №613 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті В». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної, третинної (високоспеціалізованої) допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих».
19. Наказ МОЗ України від 18.07.2016 №729 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при вірусному гепатиті С». Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної, третинної (високоспеціалізованої) допомоги «Вірусний гепатит С у дорослих».
20. Уніфікований протокол надання медичної допомоги дорослим хворим на негоспітальну пневмонію. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб:

етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія та профілактика. - Київ, Національна академія медичних наук України- 2016.

21. Ендокринологія: учебник (П.Н. Боднар, Г.П. Михальчишин, Ю.И. Комиссаренко и др.) Под ред. профессора П.Н. Боднара, - Изд. 2, перераб. и дополн. – Винница: Нова Книга, 2016. – 488 с.
22. В.Д. Сиволап та співроб. Класифікація терапевтичних захворювань. – Запоріжжя. – 2010 - 203 с.
23. Сиволап В.Д. Клиническая электрокардиография. Типографское объединение» Запоріжжя», 2008.- 276 с
24. Davidson's Principles and Practice of Medicine 23rd Edition. Editors: Stuart Ralston, Ian Penman, Mark Strachan Richard Hobson. Elsevier. - 2018. – 1440 p.
25. Endocrinology: textbook /Ed. by prof. Petro M. Bodnar.- 4th ed. updated – Vinnitsa: Nova Knyha, 2017. – 328 p.
26. USMLE Step 2 CK Lecture Notes 2017: Internal Medicine (Kaplan Test Prep). - 2016. - Published by Kaplan Medical. - 474 pages.

Допоміжна

1. Алгоритми в практиці гастроентеролога / За редакцією О.Я.Бабака. – Київ: ТОВ «Бібліотека «Здоров'я України», 2015. – 162 с.
2. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 1 /За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2008. – 1056 с.
3. Внутрішня медицина. У 3 т. Т. 2 /А.С.Свінцицький, Л.Ф.Конопльова, Ю.І.Фещенко та ін.; За ред. проф. К.М. Амосової. – К.: Медицина, 2009. – 1088 с.
4. Губергріц Н.Б., Харченко Н.В. Хронічні гепатити та цирози печінки: навч. посібник. за ред. проф. Н.Б. Губергріц, Н.В.Харченко.- Кіровоград: Поліум. - 2015. – 343 с.
5. Діагностика та лікування захворювань системи крові: Посібник [для студ. та лікарів-інтернів]: до 170-річчя Нац. мед. ун-ту ім. О.О.Богомольця / А.С.Свінцицький, С.А.Гусева, С.В.Скрипниченко, І.О.Родіонова. – К. : Медкнига, 2011. – 335 с.

6. Зак К.П., Тронько М.Д., Попова В.В., Бутенко А.К. Цукровий діабет, імунітет і цитокіни. Київ: Книга-плюс, 2014. – 500 с.
7. Звягінцева Т.Д. та ін. Функціональні захворювання жовчного міхура та жовчовивідних шляхів: навчальний посібник / за ред. проф. Т.Д. Звягінцевої. - Харків, 2014. – 304 с.
8. Класифікації захворювань органів травлення: довідник / за редакцією Н.В. Харченко / О.Я. Бабак, О.А. Голубовська, Н.Б. Губергриц, А.Е. Дорофєєв, Т.Д. Звягінцева, І.М. Скрипник, С.М. Ткач, Г.Д. Фадєєнко, Н.В. Харченко, М.Б. Щербиніна – Кіровоград: ПП «Поліум», 2015. – 54 с.
9. Клінічно-рентгенологічний атлас з діагностики захворювань легень: навчальний посібник / Л.Д. Тодоріко, І.О. Сем'янів, А.В. Бойко, В.П. Шаповалов. – Чернівці: Медуніверситет, 2014. – 342 с.
10. Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 600 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при диспепсії». Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Диспепсія».
11. Наказ МОЗ України №1118 від 21.12.2012 «Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу».
12. Стандарти надання медичної допомоги хворим з патологічними станами щитоподібної та прищитоподібних залоз в умовах дії негативних чинників довкілля (видання третє, розширене) / За ред. О.В. Камінського. – Харків: «Юрайт», 2017. – 312 с.
13. Тодоріко Л.Д. Основні синдроми й методи обстеження в пульмонології та фтизіатрії : навчальний посібник / Л.Д. Тодоріко, А.В. Бойко. – Київ:Медкнига, 2013. – 432 с.
14. Тронько Н.Д., Соколова Л.К., Ковзун Е.И., Пастер И.П. Инсулинотерапия: вчера, сегодня, завтра. К.: Медкнига, 2014. – 192 с.
15. 100 избранных лекций по эндокринологии. / Под ред. Ю.И. Караченцева, А.В. Казакова, Н.А. Кравчун, И.М. Ильиной. – Х: 2014. – 948 с.

16. International Textbook of Diabetes Mellitus, 2 Volume Set. Ed. by R.A. Defronzo, E. Ferrannini, P. Zimmet, G. Alberti. 4th Edition, 2015. – 1228 p.
17. Harrison's Endocrinology. Ed. by J. Larry Jameson, Mc Graw – Hill., New York, Chicago, Toronto. e.a. 4rd edition, 2016. - 608 p.
18. Williams Textbook of Endocrinology. Ed. by Henry M. Kronenberg, Shlomo Melmed, Kenneth S. Polonsky, P. Reed Larsen. Saunders. 13 edition, 2015. – 1936 p.

Інформаційні ресурси

1. <https://www.aasld.org/>
2. <https://www.diabetes.org>
3. <http://www.eagen.org/>
4. <http://www.ers-education.org/guidelines.aspx>
5. <http://www.esmo.org/Guidelines/Haematological-Malignancies>
6. <https://ehaweb.org/organization/committees/swg-unit/scientific-working-groups/structure-and-guidelines/>
7. <http://www.gastro.org/guidelines>
8. www.ginasthma.org
9. <http://goldcopd.org>.
10. http://www.ifp.kiev.ua/index_ukr.htm
11. <http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/>
12. <https://www.nice.org.uk>
13. <http://www.oxfordmedicaleducation.com/>
14. <https://www.thyroid.org>
15. <https://www.ueg.eu/guidelines/>
16. <http://ukrgastro.com.ua/>