

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра клінічної лабораторної діагностики

**ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ, МЕХАНІЗМИ
РОЗВИТКУ ТА СИМПТОМАТИКА НАЙБІЛЬШ
ПОШИРЕНИХ ЕНДОКРИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ЇХ
ДІАГНОСТИКА, ОСНОВИ ЛІКУВАННЯ ТА
ПРОФІЛАКТИКИ**

Модуль 1.

ПРАКТИКУМ

з ЕНДОКРИНОЛОГІЇ з ОЦІНКОЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ

*для самостійної аудиторної та позааудиторної підготовки
до практичних занять*

студента

групи III курсу II медичного
факультету
зі спеціальності: 6.120102
«Лабораторна діагностика»

Запоріжжя
2017

УДК 616.43-092-07-08(076.5)
ББК 54.15я7
П 77

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № від 20 р.) та рекомендовано для використання в освітньому процесі.*

Колектив авторів:

*Павлов С. В., д.біол.н., доцент
Біленький С. А., к.м.н., доцент
Горбачова С. В., д.біол.н., доцент
Євсєєва Л. В., к.фарм.н. асистент
Левченко К. В., асистент
Нікітченко Ю. В., викладач*

Рецензенти:

*Доценко С. Я., професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб-3, д.мед.н.
Кривенко В. І., професор, завідувач кафедри сімейної медицини, терапії і
кардіології ФПО, д.мед.н.*

Під загальною редакцією Павлова С. В.

П 69

Причини виникнення, механізми розвитку та симптоматика найбільш поширених ендокринних захворювань, їх діагностика, основи лікування та профілактики. Модуль 1. : практикум з ендокринології з оцінкою результатів досліджень для самостійної аудиторної та позааудиторної підготовки до практичних занять / С. В. Павлов [та ін.] ; під заг. ред. Павлова С. В. – Запоріжжя, 2017. – 84 с.

Запропонований практикум є необхідним навчальним посібником для вивчення дисципліни «Ендокринологія з оцінкою результатів досліджень» студентами третього курсу ІІ медичного факультету спеціальності «Лабораторна діагностика».

Практикум містить тематичний план лекцій та практичних занять з модулю 1. Для кожного заняття вказана актуальність теми, що вивчається, мета заняття, перелік теоретичних питань для підготовки. Обов'язковими елементами практикуму є матеріали відповідного тестового самоконтролю для студентів з кожної теми.

Зміст і об'єм практикуму відповідають кількості аудиторних годин, які відведені на вивчення модулю 1 (1,5 кредиту/45 годин), змісту відповідних розділів робочої програми з ендокринології з оцінкою результатів досліджень для студентів спеціальності «Лабораторна діагностика» в умовах кредитно-модульної системи навчання.

В практикумі міститься вся необхідна інформація щодо індивідуальної самостійної роботи студентів, а також питання для підготовки до складання підсумкового модульного контролю з модулю 1.

Все вище зазначене допоможе студентам в підготовці до практичних занять та модульного контролю.

**УДК 616.43-092-07-08(076.5)
ББК 54.15я7**

© Павлов С. В., Біленький С. А., Горбачова С. В., Євсєєва Л. В.,
Левченко К. В., Нікітченко Ю. В., 2017
©Запорізький державний медичний університет

Зміст:

1. Тематичний план лекцій	4
2. План лабораторно-практичних занять	5
3. Заняття № 1	6
4. Заняття № 2	9
5. Заняття № 3	18
6. Заняття № 4	26
7. Заняття № 5	34
8. Заняття № 6	44
9. Заняття № 7	52
10. Заняття № 8	61
11. Підсумковий контроль засвоєння модулю 1	73
12. Література	76
13. Додаток	77

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ЛЕКЦІЙ

№ п/п	Тема	Кількість годин
Модуль 1. Причини виникнення, механізми розвитку та симптоматика найбільш поширених ендокринних захворювань. Їх діагностика, основи лікування та профілактики		
1	Ендокринологія як наука. Основні етапи розвитку. Сучасні методи лабораторної діагностики ендокринних захворювань	2
2	Цукровий діабет: епідеміологія, класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії	2
3	Гострі ускладнення цукрового діабету (кетоацидотична, гіперосмолярна, лактацидемічна та гіпоглікемічна коми). Лабораторна діагностика ком	2
4	Хронічні ускладнення цукрового діабету (ангіопатії, ретинопатія, нефропатія, нейропатія, діабетична стопа). Методи діагностики та принципи терапії	2
5	Захворювання щитоподібної залози: епідеміологія, класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії	2
6	Захворювання надниркових залоз: класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії.	2
7	Вроджена дисплазія кори наднирників: класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії	2
8	Патологія гіпоталамо-гіпофізарної системи: класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії	2
9	Вроджені та набуті порушення статевого розвитку дітей. Клімакс у жінок та чоловіків	2
Всього		18

ПЛАН ЛАБОРАТОРНО-ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

№ п/п	Тема	Кількість годин
1	Ендокринологія як наука. Основні етапи розвитку. Сучасні методи лабораторної діагностики ендокринних захворювань.	3
2	Цукровий діабет: епідеміологія, класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії	3
3	Гострі ускладнення цукрового діабету (кетоацидотична, гіперосмолярна, лактацидемична та гіпоглікемічна коми). Лабораторна діагностика ком	3
4	Хронічні ускладнення цукрового діабету. Особливості перебігу та лікування цукрового діабету у хірургічних хворих та при вагітності.	3
5	Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози. Ознаки ендемічної місцевості за ВООЗ. Симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування	3
6	Гіпотиреоз та тиреоїдити. Класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування	3
7	Тиреотоксикоз. Клінічні форми. Класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування. Патологія прищитоподібних залоз	3
8	За захворювання надниркових залоз. Гіперкортицизм та хронічна недостатність кори наднирників. Класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування. Гормонально-активні пухлини наднирників	3
9	Підсумковий модульний контроль	3
Всього		27

ЗАНЯТТЯ № 1

1. ТЕМА: Ендокринологія як наука. Основні етапи розвитку. Сучасні методи лабораторної діагностики ендокринних захворювань.

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Ендокринологія є загальнобіологічною та загальномедичною дисципліною. Її загальнобіологічне значення полягає в першу чергу в тому, що вона займається вивченням механізмів регуляції та інтеграції функцій в цілісному організмі. Будь-яка ендокринна патологія є, по своїй суті, захворюванням всього організму. Ця обставина, а також повсюдне почастішання випадків ендокринної патології в останні роки та широке застосування гормональних препаратів при лікуванні самих різноманітних захворювань визначають загальномедичне значення ендокринології. Все це диктує нагальну необхідність вивчення майбутніми лікарями всіх спеціальностей основ клінічної ендокринології ще в стінах вищих медичних закладів.

Значимість вивчення ендокринології майбутніми лікарями-лаборантами визначається виключною важливістю лабораторних методів в діагностиці ендокринної патології. Зокрема, одне з досягнень сучасної лабораторної ендокринології – відкриття імунологічних і радіоімунологічних методів визначення рівня білкових гормонів в крові і сечі, які, завдяки їхній високій специфічності, дозволяють більш точно в порівнянні з біологічними тестами виявляти зміни секреції, метаболізму і виділення білкових гормонів з організму.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Добитись чіткого усвідомлення студентами важливості знань основ ендокринології для лікаря-лаборанта та ознайомити їх з різноманітними, насамперед сучасними, методами лабораторної діагностики ендокринних захворювань.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Ендокринологія як наука. Світова історія ендокринології, етапи розвитку та сучасний її стан в Україні.
2. Предмет, завдання, виникнення, основні етапи і сучасні напрямки розвитку ендокринології. Її зв'язок з іншими біомедичними науками.
3. Принципи та механізми нейро-гуморальної регуляції, її роль та значення.
4. Загальна характеристика ендокринної системи, центральні та периферичні ендокринні залози, їх взаємозв'язок та взаємозалежність.
5. Класифікація ендокринологічних захворювань згідно Міжнародної класифікації хвороб X перегляду.
6. Порядок та особливості обстеження хворих з ендокринною патологією.

7. Лабораторні дослідження в ендокринології та їх клініко-діагностичне значення. Діагностичні констеляції та алгоритми.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомлення студентів з методикою обстеження ендокринологічних хворих, порядком та правилами оформлення історії хвороби та докладне обговорення ролі і значення лабораторних діагностичних досліджень (дивись додаток). Заслуховування та обговорення підготовлених студентами рефератів (презентацій) з теми.

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Дайте визначення:

Нейро-гуморальна регуляція – _____

Ендокринологія – _____

Ендокринна залоза – _____

Гормон – _____

2. Вкажіть роль та особливості ендокринних залоз організму людини

3. Коротко охарактеризуйте центральні ендокринні залози та їх гормони

4. Коротко охарактеризуйте периферичні ендокринні залози та їх гормони

5. Наведіть класифікацію гормонів за будовою та механізмом дії

6. Перечисліть та охарактеризуйте основні властивості гормонів

7. Зазначте загальні причини порушення функцій гормонів

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 2

1. ТЕМА: Цукровий діабет: епідеміологія, класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика. Сучасні методи діагностики та принципи терапії.

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Цукровий діабет – це одна з найбільш серйозних проблем сучасної світової медицини. За останні 30 років відмічається різкий зріст розповсюженості та чисельності захворювань на цукровий діабет в усьому світі, в першу чергу в промислово розвинутих країнах (5-6% населення). За даними ВООЗ, на сьогодні діабетом хворіють більше 230 мільйонів людей, а, згідно прогнозів експертів, до 2025 року кількість хворих перевищить 300 мільйонів, з яких 80-90% будуть складати хворі на цукровий діабет другого типу.

Різноманітні ускладнення при цукровому діабеті є головною причиною інвалідізації хворих (найбільш ранньої серед усіх хронічних захворювань!), скорочення тривалості їх життя та високої летальності.

Однією з найбільш актуальних особливостей діабету в наш час є значне збільшення чисельності захворювань серед молодих людей працездатного віку (до 40 років) та, особливо, дітей.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу даного захворювання на прикладі клінічного розбору хворого на цукровий діабет (або аналізу відповідних історій хвороб) ознайомити студентів з основними клінічними проявами (симптомами, синдромами) діабету та принципами терапії, а також добитись чіткого засвоєння ними алгоритмів лабораторної діагностики даного захворювання та правильної оцінки результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Гормони підшлункової залози та їх ефекти.
2. Цукровий діабет: визначення поняття, епідеміологія, класифікація за МКХ-10.
3. Історія вивчення, основи етіології та патогенезу; фактори ризику розвитку цукрового діабету.
4. Прояви (клінічні симптоми) діабету. Цукровий діабет 2 типу, особливості перебігу.
5. Алгоритми лабораторної діагностики цукрового діабету та оцінка результатів досліджень.
6. Диференційна діагностика за синдромами (спрага, поліурія, гіперглікемія, глюкозурія і т.п.).
7. Загальні принципи та основи терапії і профілактики діабету.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. Хворий 20 років, після перенесеної черепно-мозкової травми став скаржитися на постійну спрагу, часте сечовипускання (кількість сечі 10-15 літрів на добу) Турбують слабкість, головний біль, серцебиття. Зазначає різку сухість у роті. При об'єктивному дослідженні: сухість шкіри, відсутність потовиділення, мізерні виділення слини, мікротріщини, запальні зміни, виразки на яснах.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. Хвора 18 років звернулася в поліклініку зі скаргами на спрагу, підвищений апетит, сухість в роті, посилене виділення сечі, схуднення. Хвора близько 2-х місяців. Об'єктивно: температура 36,6°C. Загальний стан задовільний. Шкіра суха, лущиться. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Дихання везикулярне. Тони серця чисті, ритмічні, ЧСС 72 в хв. АТ 110/80 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. У хворої 17 років відзначається виражена спрага, поліурія з низькою питомою вагою сечі. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Після проведення тесту з обмеженням рідини величина питомої ваги сечі не змінилася.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. Хворий 44 років, початок захворювання пов'язує з перенесеною психічною травмою (після автомобільної катастрофи). Скарги на загальну слабкість, сухість в роті, спрагу, підвищений апетит, зниження ваги тіла, часте виділення сечі, свербіж шкіри. Аналіз сечі: питома вага – 1,031, цукор – 2,1%, діурез – 2500 мл.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які клітини підшлункової залози виробляють інсулін:

- A. альфа-клітини
- B. бета-клітини
- C. дельта-клітини
- D. гама-клітини
- E. клітини ацинусів

2. До контрінсулярних гормонів відносять всі, крім:

- A. глюкокортикоїди
- B. катехоламіни
- C. глюкагон
- D. соматотропний гормон
- E. відносять всі

3. При якій концентрації глюкози в крові після багатого вуглеводами сніданку слід проводити глюкозотолерантний тест:

- A. 5,5–6,0 ммоль/л
- B. 6,0–6,5 ммоль/л
- C. 6,5–7,2 ммоль/л
- D. 7,2–7,6 ммоль/л
- E. 7,6–8,6 ммоль/л

4. Яка концентрація глюкози у крові через 2 години після перорального введення глюкози при проведенні стандартного глюкозотолерантного тесту характерна для порушення толерантності до глюкози

- A. 5,00–8,00 ммоль/л
- B. 8,00–11,0 ммоль/л
- C. 11,0–13,0 ммоль/л
- D. 12,0–14,0 ммоль/л
- E. 15,0–16,0 ммоль/л

5. Гіпоглікемічна дія інсуліну полягає в:

- A. посилення поглинання глюкози м'язами
- B. збільшенні поглинання глюкози печінкою
- C. збільшенні поглинання глюкози м'язами і печінкою
- D. збільшенні поглинання глюкози м'язами і жировою тканиною
- E. збільшенні поглинання глюкози м'язами, жировою тканиною і печінкою

6. Інсулін проявляє всі зазначені ефекти, крім:

- A. підсилює глікогенез
- B. підсилює липогенез
- C. підсилює гліколіз
- D. підсилює глюконеогенез
- E. всі відповіді вірні

7. Пацієнт звернувся до лікаря зі скаргами на диспепсію, схуднення, м'язову слабкість. Лабораторні дослідження виявили вміст глюкози в крові 12 ммоль/л, глюкозурію, кетонові тіла в сечі. Попередній діагноз:

- A. Цукровий діабет II типу
- B. Гіперфункція щитовидної залози
- C. Гострий панкреатит
- D. Цукровий діабет I типу
- E. Гіперкортицизм

8. Гіперглікемія не завжди супроводжується глюкозурією. Нирковий поріг для глюкози становить:

- A. 6,0-7,0 ммоль/л
- B. 7,0-8,0 ммоль/л
- C. 8,8-10,0 ммоль/л
- D. 11,0-12,0 ммоль/л
- E. 12,0-13,0 ммоль/л

9. У пацієнта спостерігається значне збільшення об'єму сечі (більш ніж 3 літри за добу) та спрага. При лабораторному дослідженні виявлена підвищена осмолярність сироватки крові та гіпоосмолярність сечі. З недостатністю якого гормону можуть бути пов'язані ці симптоми?

- A. Інсуліну
- B. Альдостерону
- C. Натрій-уретичного пептиду
- D. Кортизолу
- E. Вазопресину

10. Лабораторний аналіз виявив у хворого 30 років гіперглікемію та глюкозурію. Яка додаткова зміна у стані крові переконає лікаря в наявності у пацієнта цукрового діабету I типу?

- A. Респіраторний ацидоз

- В. Метаболічний алкалоз
- С. Підвищення вмісту кетонових тіл в крові
- Д. Гіпернатріємія
- Е. Гіперкапнія

11. Для ретроспективної оцінки вмісту глюкози в крові за останні 3-4 тижні проводиться визначення кількості глікозильованого гемоглобіну.

Глікозильований гемоглобін:

- А. присутній при інсуліннезалежному цукровому діабеті
- В. присутній при інсулінзалежному цукровому діабеті
- С. постійно присутній в крові
- Д. підвищується в крові хворих на діабет
- Е. все перераховане вірно

12. Критерієм компенсованого перебігу цукрового діабету I типу є наступний рівень HbA1c:

- А. 6,0-7,0%
- В. 8,0-9,0%
- С. 7,1-7,5%
- Д. 8,0-8,5%
- Е. 9,0-10%

13. З якою частотою необхідно визначати концентрацію глікозильованого гемоглобіну у пацієнтів з I типом цукрового діабету?

- А. 1 раз на місяць
- В. 1 раз в 3 місяці
- С. 1 раз в півроку
- Д. 1 раз в рік
- Е. Кожні 2 тижні

14. У жінки 65 років лікар підозрює наявність захворювання на цукровий діабет II типу. Яка з ознак є характерною для цього стану?

- А. Інсулінорезистентність
- В. Інсулінокомпетентність
- С. Інтоксикація
- Д. Значний дефіцит інсуліну
- Е. Імунокомпетентність

15. У жінки 45 років відсутні симптоми діабету, але натще визначається підвищений вміст глюкози в крові (7,8 ммоль/л). Який тест необхідно провести для уточнення діагнозу?

- А. Визначення толерантності до глюкози
- В. Визначення гліколізованого гемоглобіну
- С. Визначення кетонових тіл крові
- Д. Визначення глюкози у сечі
- Е. Визначення залишкового азоту в крові

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 3

1. ТЕМА: Гострі ускладнення цукрового діабету (кетואцидотична, гіперосмолярна, лактацидемічна та гіпоглікемічна коми). Лабораторна діагностика ком

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Важкі гострі ускладнення при цукровому діабеті (гіперглікемічні та гіпоглікемічна коми) є, передусім, головною причиною високої летальності хворих (діабет за смертністю посідає третє місце після серцево-судинної патології та злоякісних новоутворень). В діагностиці невідкладних станів при діабеті (ком) лабораторні дослідження є найважливішою ланкою, значення якої важко переоцінити.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу даного захворювання розібрати зі студентами причини та механізми розвитку кожного виду ком при діабеті, їх основні клінічні прояви (симптоми) та принципи терапії, а також добитись чіткого засвоєння ними алгоритмів лабораторної діагностики різних видів діабетичних ком, їх диференційної діагностики та правильної інтерпретації отриманих результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Діабетичні коми: визначення поняття, класифікація та види, причини виникнення.
2. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) кетואцидотичної коми.
3. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) гіперосмолярної коми.
4. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) лактацидемічної коми.
5. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) гіпоглікемічної коми.
6. Алгоритми лабораторної діагностики діабетичних ком та оцінка результатів досліджень. Диференційна діагностика ком.
7. Загальні основи невідкладної терапії діабетичних ком та принципи їх профілактики

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. Хворий на цукровий діабет отримує інсулін. Три дні тому після вживання недоброякісної їжі з'явилось блювання, часті, рідкі випорожнення до 10-12 раз на добу. У зв'язку з відмовою від їжі інсулін не приймав. Вранці стан різко погіршився, посилилась спрага, виникла сонливість, з'явилися судоми м'язів кінцівок, о 16 годині втратив свідомість. Об'єктивно: свідомість відсутня, шкіра суха. Тонус очних яблук понижений. Дихання поверхневе, прискорене. Запаху ацетону з рота немає. Пульс 116/хв., малий. АТ=80/50 мм рт.ст. Тони серця послаблені. Дихання везикулярне, послаблене. Язик сухий. Живіт м'який, не болючий. Добовий діурез 0,5 л, реакція сечі на ацетон негативна.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. Чоловік 23 років хворіє на цукровий діабет. Приймає інсулін, стан був компенсований. П'ять днів тому захворів на ангіну. Стан погіршився. Посилилась спрага, збільшився діурез (до 5 л на добу), погіршився апетит, з'явилась нудота. Об'єктивно: зріст 174 см, маса тіла 69 кг. Шкіра суха. Пульс – 92 уд./хв., ритмічний. АТ=115/70 мм рт.ст., реакція сечі на ацетон позитивна.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. Хворий 25 років, який страждає на цукровий діабет 1 типу під час підйому по сходах втратив свідомість. Об'єктивно: свідомість відсутня, дихання рівне, ритмічне, 28 за хвилину. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тонус очних яблук нормальний, язик вологий. Пульс=80/хв, ритмічний. АТ=110/70 мм рт.ст. Менінгеальні симптоми відсутні.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому) _____

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. В клініку поступив чотирьохрічний хлопчик у важкому стані, без свідомості. Протягом останніх 1,5 місяців відзначалася слабкість, млявість.

Він схуд, почав багато пити і часто мочитися. З анамнезу відомо, що дитина часто хворіє на гострі респіраторні захворювання. На тлі захворювання на грип стан дитини різко погіршився, з'явилася нудота, що перейшла в повторну блювоту, болі в животі, фруктовий запах з рота, сонливість. Дихання шумне (типу Куссмауля). Шкірні і ахіллові рефлекси знижені. Шкірні покриви сухі, тургор тканин і тонус очних яблук знижений, риси обличчя загострені, виражена гіперемія шкірних покривів в області щік і виличних дуг. Пульс прискорений до 140 ударів на хвилину, АТ 75/40 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації напружений. Сечовипускання посилене.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Хворий на цукровий діабет II типу доставлений в приймальне відділення в стані гіперглікемічної коми (вміст глюкози в крові – 50 ммоль/л, рН = 7,35). Об'єктивно: шкіра суха, дихання шумне. Який механізм є головним в розвитку цієї коми?

- A. Гіперосмія
- B. Лактацидемія
- C. Кетоацидоз
- D. Гіпокаліємія
- E. Гіпонатріємія

2. Чоловік у віці 37 років хворіє на інсулінозалежний цукровий діабет. Після перенесеного простудного захворювання посилилися скарги на спрагу, нудоту, блювоту, біль в животі, сонливість. Об'єктивно: шкіра суха, дихання шумне, язик сухий. Глюкоза крові - 28 ммоль/л, кетонурія. Яке ускладнення виникло у хворого?

- A. Кетоацидотична кома
- B. Гіперосмолярна кома
- C. Лактатацидемічна кома
- D. Гіпоглікемічна кома
- E. Печінкова кома

3. Гіпоглікемія особливо небезпечна для головного мозку. Вкажіть рівень глюкози сироватки крові, нижче якого розвиваються ознаки гіпоглікемічної коми:

- A. 1,5–2,0 ммоль/л
- B. 3,5–4,0 ммоль/л
- C. 4,5–5,0 ммоль/л
- D. 5,5–6,0 ммоль/л
- E. 6,5–7,0 ммоль/л

4. При якій формі цукрового діабету вміст кетонових тіл у крові і сечі може підвищуватися

- A. Латентний діабет
- B. Потенційний діабет
- C. Клінічний діабет, важка форма
- D. Клінічний діабет, легка форма
- E. Всі відповіді правильні

5. У хворого спостерігається значне збільшення добового діурезу без глюкозурії, ізогіпостенурія. Недостатність якого гормону є причиною такого стану?

- A. Альдостерону
- B. Вазопресину
- C. Глюкагону
- D. Інсуліну
- E. Натрій-уретичного пептиду

6. Яка кома характеризується наступними ознаками: провісники у вигляді відчуття голоду, тремтіння, пітливість, нормальне, іноді уповільнене дихання, волога шкіра з нормальним тургором, нормальний або підвищений тонус очних яблук, зіниці розширені:

- A. гіперкетонемічна
- B. гіпоглікемічна
- C. гіперосмолярна
- D. гіперлактацидемічна
- E. дані ознаки характерні для всіх трьох гіперглікемічних ком

7. В яких випадках при невідкладній терапії ком використовується гіпотонічний розчин хлориду натрію?

- A. гіперкетонемічна кома
- B. гіпоглікемічна кома
- C. гіперосмолярна кома
- D. гіперлактацидемічна кома
- E. при невідкладній терапії ком в разі необхідності використовується

фізіологічний, а не гіпотонічний розчин хлориду натрію

8. Назвіть кому, при якій показано застосування гідрокарбонату натрію для інфузійної терапії?

- A. гіперкетонемічна кома
- B. гіпоглікемічна кома
- C. гіперосмолярна кома
- D. гіперлактацидемічна кома
- E. при невідкладній терапії ком в разі необхідності використовується

фізіологічний розчин хлориду натрію, а не гідрокарбонату.

9. При якій з діабетичних ком найбільша частота летальних випадків - смертність може досягати 80%:

- A. гіперкетонемічна кома
- B. гіпоглікемічна кома
- C. гіперосмолярна кома

D. гіперлактацидемічна кома

E. частота летальних випадків приблизно однакова для всіх ком

10. З метою боротьби з ацидозом хворим, які знаходяться в стані кетоацидотичної коми, бікарбонат натрію вводиться при:

A. зниженні рН крові нижче 7,0

B. зниженні рН крові нижче 7,25

C. зниженні рН крові нижче 7,35

D. починається набряк мозку

E. бікарбонат натрію вводиться всім хворим, які знаходяться в стані кетоацидотичної коми.

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 4

1. ТЕМА: Хронічні ускладнення цукрового діабету. Особливості перебігу і лікування цукрового діабету у хірургічних хворих та при вагітності

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Важкі хронічні ускладнення при цукровому діабеті (ангіопатії, ретинопатія, катаракта, нефропатія, нейропатія, діабетична стопа) призводять до ранньої інвалідизації хворих (найбільш ранньої серед усіх хронічних захворювань!), скорочення тривалості їх життя та високої летальності. Лабораторна та інструментальна діагностика хронічних ускладнень цукрового діабету і правильна інтерпретація її результатів дозволяють призначити адекватну для кожного випадку терапію та проводити постійний моніторинг її ефективності з можливістю, при необхідності, своєчасної корекції.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу даного захворювання розібрати зі студентами причини та механізми розвитку хронічних ускладнень при діабеті, їх основні клінічні прояви (симптоми), принципи лікування та профілактики, а також добитись чіткого засвоєння ними алгоритмів діагностики різних видів хронічних ускладнень, їх диференційної діагностики та правильної інтерпретації отриманих результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Хронічні ускладнення цукрового діабету: визначення понять, класифікація та види, причини виникнення.

2. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) порушення зору при діабеті.

3. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) діабетичних нефропатій.

4. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) діабетичної стопи.

5. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) діабетичних нейропатій.

6. Лабораторна та інструментальна діагностика хронічних ускладнень цукрового діабету, інтерпретація отриманих результатів досліджень.

7. Загальні основи лікування та принципи профілактики хронічних ускладнень цукрового діабету.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. Хворий, 26 років, страждає на цукровий діабет 12 років. Постійно отримує інсулінотерапію, останнім часом вводить «Актрапид» і «Протафан» в добовій дозі 38 од. В анамнезі – гіпоглікемічні стани. Скаржиться на зниження зору, мерзлякуватість і біль в нижніх кінцівках. Спрага в першій половині дня. Об'єктивно: зріст 176 см, маса тіла 72 кг. Шкіра звичайної вологості. Пульс 80 уд/хв. АТ=130/75 мм рт.ст. Пульсація на нижніх кінцівках суттєво ослаблена, трофічні розлади на шкірі та нігтях, виразки в дистальних відділах нижніх кінцівок, набряки. Відзначається виражений больовий синдром в ділянках ураження.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. На консультації у ендокринолога жінка 22 років, з вагітністю терміном 27 тижнів. Скаржиться на напади різкої слабості, пітливості, нудоти. Як правило, напади виникають після фізичного напруження. Помітила, що прийом їжі знімає напади. Раніше була здоровою. Вагітність розвивалася нормально. Перший напад виник місяць тому. З боку внутрішніх органів без патології. АТ=130/80 мм рт.ст. Цукор крові натще в динаміці: 17 лютого 3,5 ммоль/л, 21 лютого 3,1 ммоль/л, 25 лютого 3,4 ммоль/л, 28 лютого 3,9 ммоль/л. Сеча: 17 лютого діурез 1,4 л, цукор 2%, 21 лютого діурез 1,9 л, цукор 3%, 25 лютого діурез 1,7 л, цукор 3,8%, 29 лютого діурез 2 л, цукор 3,8% . Загальний аналіз сечі: білок 0,23 г/л, реакція кисла, питома вага 1,021. Лейкоцити 5-6 в полі зору.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. Хвора 18 років скаржиться на слабкість, спрагу, сухість у роті, прискорене сечовивипускання, тупі болі в попереку, головний біль, болі в ногах. Захворіла на цукровий діабет гостро в 12 років. Відразу були призначені дієта і інсулін. Два тижні тому перенесла грип, після чого з'явилися зазначені вище скарги, незважаючи на суворе дотримання дієти і інсулінотерапії. Об'єктивно: обличчя бліде, одутле. Зріст 160 см, маса тіла 54 кг. АТ 150/95 мм рт.ст. Пульс 80 уд/хв. Язик сухий. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Температура 37,4°C. Аналіз крові: еритроцити 3,0; гемоглобін 89 г/л, лейкоцити $9,9 \cdot 10^9$, формула: п/я 11, с/я 68, лимф. 17, мон. 4; ШОЕ 33 мм. Аналіз сечі: каламутна, реакція лужна, питома вага 1,011 білок 0,99 г/л, лейкоцити 80-100 в полі зору, слиз +++, бактерії +++.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. Хворий 49 років страждає на цукровий діабет 1 типу з 19 років. Кілька років тому у нього розвинулася проліферативна ретинопатія, після застосування лазеротерапії зір у хворого нормалізувався. Надалі пацієнт нерегулярно відвідував діабетолога і кілька років жив без спостереження фахівця. Місяць тому під час ходьби хворий спіткнувся об камінь. Через кілька днів він звернувся до травм пункту з опухлою, гарячою на дотик щиколоткою. При рентгенологічному обстеженні були виявлені зміни, схожі на остеомієліт. Пацієнта помістили в лікарню і почали терапію з внутрішньовенного введення антибіотиків. Припухлість стопи зменшилася і через деякий час його виписали з рекомендацією продовжувати протягом трьох місяців призначене лікування. Через кілька тижнів кісточка деформувалася і суглоб перестав виконувати свою функцію. Зрештою суглоб став нерухомим. Згодом у пацієнта утворилася велика виразка на середній третині зводу стопи, який вирівнявся і став вигнутим. Протягом наступних 5 років у хворого неодноразово розвивалися інфіковані виразки на стопі, що врешті-решт викликало необхідність ампутації гомілки нижче коліна.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Частота досліджень сечі на предмет виявлення мікроальбумінурії у пацієнтів з I типом цукрового діабету становить:

- A. 1 раз в квартал
- B. 1 раз в рік, через 3 роки від початку захворювання
- C. 2 рази в рік, через 3 роки від початку захворювання
- D. 1 раз на рік, через 5 років від початку захворювання
- E. 2 рази в рік, через 5 років від початку захворювання

2. При обстеженні хворого виявлено, що вміст глюкози в сечі становить 0,9%. Дані клінічного дослідження без патології. Вміст глюкози в крові становить 4,2 ммоль/л. Яка можлива причина появи глюкози в сечі?

- A. Діабетична нефропатія
- B. Декомпенсований цукровий діабет
- C. Нецукровий діабет
- D. Аліментарна гіперглікемія
- E. Гіпоглікемія

3. Одним з характерних пізніх ускладнень цукрового діабету є діабетична нефропатія. Вкажіть лабораторний критерій розвиненої нефропатії:

- A. Протеїнурія > 0,5 г/добу
- B. Протеїнурія > 1,0 г/сут
- C. Протеїнурія > 2,0 г/добу
- D. Протеїнурія > 3,0 г/добу
- E. Протеїнурія > 4,0 г/добу

4. Лабораторні дослідження при цукровому діабеті важливі для контролю стану пацієнта. Яка діагностична цінність визначення в крові глікозильованого гемоглобіну?

- A. Оцінка ступеню компенсації цукрового діабету
- B. Діагностика діабетичної нефропатії
- C. Діагностика діабетичного кетоацидозу
- D. Діагностика макроангіопатій
- E. Діагностика діабетичної ретинопатії

5. Гіперглікемія супроводжується порушенням багатьох ланок метаболізму. Який тест необхідно провести для оцінки наслідків цукрового діабету, зокрема розвитку мікроангіопатії?

- A. Рівень глюкози в сироватці крові
- B. Рівень глікозильованого гемоглобіну
- C. Рівень кетонів в сироватці крові
- D. Наявність білка в сечі
- E. Наявність ацетону в сечі

6. У жінки 67 років, що на протязі 15 років хворіє на цукровий діабет, за останні 2 роки різко погіршився зір, останнім часом почала відчувати мерзлякуватість пальців рук та ніг. З яким характерним процесом пов'язане погіршення зору?

- A. Відслойка сітківки
- B. Кальциноз скловидного тіла

- C. Замутнення рогівки
 - D. Замутнення кришталика
 - E. Ангіопатія
- 7. Синдром Кіммельстіла-Вілсона – одне з найбільш актуальних хронічних ускладнень цукрового діабету – представляє собою:**
- A. Ретинопатію
 - B. Катаракту
 - C. Нефропатію
 - D. Нейропатію
 - E. Діабетичну стопу
- 8. Найбільш частою причиною смерті при цукровому діабеті I типу є:**
- A. Інсульт
 - B. Інфаркт
 - C. Діабетичні коми
 - D. Діабетична нефропатія
 - E. Гангрена нижніх кінцівок
- 9. Найбільш частою причиною смерті при цукровому діабеті II типу є:**
- A. Інсульт
 - B. Інфаркт
 - C. Діабетичні коми
 - D. Діабетична нефропатія
 - E. Гангрена нижніх кінцівок
- 10. Якій стадії діабетичної нефропатії за загально прийнятою класифікацією по Mogensen (1983) відповідає наступна клініко-лабораторна ситуація: збільшення швидкості клубочкової фільтрації > 140 мл/хв, збільшення ниркового кровотоку, гіпертрофія нирок, нормоальбумінурія?**
- A. I
 - B. II
 - C. III
 - D. IV
 - E. V

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 5

1. ТЕМА: Йододефіцитні захворювання щитоподібної залози. Ознаки ендемічної місцевості за ВООЗ. Симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Дефіцит йоду на сьогодні є глобальною медико-соціальною проблемою. За даними ВООЗ, патологічні стани, пов'язані з дефіцитом йоду, посідають третє місце в списку 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань людини: третина населення Землі відноситься до так званої «групи ризику», майже 1 мільярд мешканців планети мають клінічні прояви йододефіциту

різного ступеню, принаймні 750 мільйонів страждають на явний зоб, а, щонайменше, у 6 мільйонів – крайня ступінь йодної недостатності (кретинізм).

Дослідження, проведені науковцями Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України за підтримки ВООЗ, показали, що йододефіцит різного ступеню тяжкості притаманний всій території нашої країни: для більшості центральних областей – це йододефіцит легкого ступеню, для північних, деяких центральних і південних місцевостей – середнього, а для всіх західних – важкого ступеню.

Особливо небезпечними наслідками йододефіциту є висока частота патології у вагітних і дітей. Збільшення кількості мертвонароджених, передчасне переривання вагітності, безпліддя, туговухість та косоокість новонароджених, затримка фізичного, статевого та інтелектуального розвитку дітей, зростання показників серцево-судинних захворювань – це далеко не повний перелік негативного впливу на людину «прихованого йодного голоду». Дефіцит йоду в період внутрішньоутробного розвитку і в перші роки життя є причиною зниження в майбутньому інтелекту дитини (діти втрачають до 10-15 пунктів коефіцієнта IQ навіть при слабкому ступені йододефіциту), що може призвести до інтелектуального виродження нації. За прогнозами, в Україні внаслідок йододефіциту за **10 років** народиться **близько 20 тисяч розумово відсталих дітей (в т.ч. більше 5 тисяч дітей з кретинізмом), а понад 300 тисяч будуть відчувати труднощі з навчанням в школі.** Запровадження в Україні критеріїв, рекомендованих ВООЗ, розробка та впровадження методики визначення йодного забезпечення організму дозволило нашій країні приєднатися до міжнародної системи Equір-контролю забезпечення йодом.

Медико-соціальне і економічне значення йодного дефіциту полягає у значних втратах інтелектуального, освітнього та професійного потенціалу нації. Розрахунки економічних втрат для багатьох країн, внаслідок зниження продуктивності праці через йодну недостатність, становлять **сотні мільйонів доларів або євро.** Вченими Академії медичних наук України прораховані економічні наслідки цього для України: вона втрачає щонайменше **350 мільйонів гривень.** Інвестування в програму профілактики дефіциту йоду дозволить зменшити ці втрати на 80%. **Кожна гривня, вкладена у вирішення проблеми йододефіциту, дасть державі від 19 до 63 гривень прибутку(!)**

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу йододефіцитних станів, розібрати зі студентами механізми їх розвитку, основні клінічні прояви (симптоми), принципи лікування та профілактики, а також добитись чіткого засвоєння ними алгоритмів лабораторної діагностики різних форм та ступенів йододефіциту, диференційної діагностики та правильної інтерпретації отриманих результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Йододефіцитні стани: визначення поняття, епідеміологія, медико-соціальні аспекти, форми та ступені.

2. Розповсюдженість та медико-соціальна значимість дефіциту йоду на території України. Державні заходи боротьби та профілактики.

3. Характеристика йоду як життєво необхідного елементу: шляхи надходження в організм та використання, добові потреби, біологічна роль.

4. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) йододефіцитних станів різного ступеню.

5. Лабораторна та інструментальна діагностика йододефіцитних станів, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.

7. Загальні принципи лікування та профілактики йододефіцитних станів різного ступеню.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. На прийом поступила дитина 10 років, що проживає в гірській місцевості. З анамнезу: з 5 років батьки виявили відставання у фізичному і психічному розвитку дитини, замкнутість, похмурість, дратівливість. Дані обстеження: зоб IV ступеню, брахіцефалічна форма черепа, широке обличчя з низьким чолом, широкий рот і товсті губи, глибокі очні западини, суха зморшкувата шкіра, зуби каріозні, плоскостопість. Пульс 42 в хвилину, ритм його правильний. АТ=85/55 мм рт.ст. При радіоізотопному дослідженні виявлено значне зменшення виведення ^{131}J з сечею.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. За медичною допомогою звернувся хворий зі скаргами на неприємні відчуття в області шиї, який самостійно на передне-зовнішній поверхні шиї зліва виявив пухлиноподібне утворення. Інших скарг не пред'являє. З сімейного анамнезу встановлено, що по материнській лінії були онкологічні захворювання. При огляді в лівій долі щитовидної залози пальпується вузол розмірами 3x4 см, плотноватий. Лімфовузли на шиї не визначаються. При

УЗ-дослідженні отримані дані за вузловий зоб. Результати тонкогальної аспіраційної біопсії – проліферуючий зоб.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. Хвора була піддана рентгенівському опроміненню з приводу пухлини щитовидної залози. Через 2 місяці стала скаржитися на загальну слабкість, стомлюваність, головний біль, набряклість, сухість шкіри, відсутність апетиту, пригнічення настрою, підвищену сонливість, зміну голосу і мови. При об'єктивному дослідженні: шкіра суха, лущиться, холодна на дотик, обличчя набрякле, набряк поширився на шию, язик сухий, потовщений, покритий брудно-сірим нальотом, ледь поміщається в роті, зуби уражені карієсом, відзначається їх розхитування.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. У хворої, оперованої з приводу вузлового нетоксичного зобу на наступний день після геміструмектомії значно змінилась фонація голосу. При огляді – патології внутрішніх органів не виявлено.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому) _____

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Укажіть білок колоїду щитовидної залози, який приймає участь у біосинтезі тиреоїдних гормонів:

- A. Тиреоальбумін
- B. Тиреокальцитонін
- C. Йодтиреоглобулін
- D. Тиреоліберин
- E. Тиреостатин

2. Укажіть локалізацію в клітині рецепторів тиреоїдних гормонів:

- A. Ядро
- B. Ендоплазматичний ретикулум
- C. Плазматична мембрана

- D. Апарат Гольджі
 - E. Лізосоми
- 3. Укажіть найактивніший з йодтиронінів:**
- A. Дійодтиронін
 - B. Трийодтиронін
 - C. Тетрайодтиронін
 - D. Йодтиреоглобулін
 - E. Монойодтирозін
- 4. Укажіть причину виникнення мікседеми:**
- A. Гіпертиреоз
 - B. Гіпотиреоз
 - C. Гіпокальціємія
 - D. Гіперальдостеронемія
 - E. Гіперплазія наднирників
- 5. Перетворення тироксину в трийодтиронін в клітинах відбувається за допомогою ферменту монодейодинази, для активності якої необхідний:**
- A. Se
 - B. Mg
 - C. Ca
 - D. Na
 - E. Zn
- 6. Вплив тиреоїдних гормонів на обмін білків полягає в:**
- A. катаболічному ефекті
 - B. анаболічному ефекті
 - C. ефект залежить від концентрації гормонів
 - D. ефект залежить від виду тканин
 - E. суттєвого впливу немає
- 7. Щитовидна залоза виділяє в кров переважно:**
- A. монойодтирозин
 - B. дейодтирозин
 - C. трийодтирозин
 - D. тетрайдтирозін
 - E. всі сполуки в приблизно однакових кількостях
- 8. Харчовий дефіцит йоду – це проблема, яка стосується близько 70% населення. Розвиток ендемічного зобу характеризується:**
- A. Підвищеною секрецією тиреоліберину (TRF, TRG)
 - B. Зниженою секрецією тиреоліберину
 - C. Підвищеною секрецією тироксину
 - D. Підвищеною секрецією трийодтироніну
 - E. Появою аутоантитіл до щитоподібної залози
- 9. У хворого, який мешкає в гірській місцевості, виявлене збільшення щитоподібної залози, що заважає ковтанню. Спостерігається збільшення маси тіла, сонливість, загальмованість. Антитіла до тиреоглобуліну та пероксидази в межах норми. Ваш діагноз:**
- A. Ендемічний зоб

- В. Хвороба Грейвса
- С. Зоб Хашимото
- Д. Тиреоїдит де Кервена
- Е. Колоїдний еутиреоїдний зоб

10. У хворої 30 років надмірна вага, зниження температури тіла, малорухливість, гіпотонія. Обличчя пастозне з бідною мімікою, стовщеним носом і губами. Спостерігається ламкість нігтів та інші трофічні порушення. Статева функція зменшена, погіршилась пам'ять. Для якої ендокринної патології характерна така клінічна картина?

- А. Ендемічний зоб
- В. Акромегалія
- С. Мікседема
- Д. Хвороба Іценко-Кушинга
- Е. Аліментарне ожиріння

11. Чому в деяких регіонах України кількість людей з гіпертрофією щитовидної залози значно більша ніж в інших регіонах?

А. Радіоактивний фон в цих регіонах після Чорнобильської аварії стимулює ріст щитовидної залози.

В. Високий рівень кальцію у воді стимулює ріст щитовидної залози.

С. Низький рівень кальцію в питній воді викликає компенсаторну реакцію залози – її розростання.

Д. Низький рівень йоду в питній воді викликає компенсаторну реакцію залози – її розростання

Е. Високий рівень йоду в питній воді викликає компенсаторну реакцію залози – її розростання.

12. Які засоби ВООЗ рекомендує для індивідуальної профілактики йододефіциту?

- А. Калію йодид.
- В. L-тироксин.
- С. Харчові добавки з йодом.
- Д. Вітаміни групи В.
- Е. Йодовмісні полівітаміни.

13. Що найбільше підходить для групової йодної профілактики?

- А. Йодована кухонна сіль.
- В. Йодована вода у пляшках.
- С. Йодований хліб.
- Д. Йодид калію.
- Е. Молекулярний йод.

14. Показником вираженості йодного дефіциту в популяції є визначення рівня йодурії в індивідуальних порціях сечі в репрезентативній групі населення (діти молодшого шкільного віку), що проживає в тому чи іншому регіоні. Після цього розраховується інтегральний показник - медіана йодурії. Яке її значення вказує на відсутність йодного дефіциту:

- А. більше 25 мкг/л
- В. більше 50 мкг/л

- C. більше 100 мкг/л
- D. більше 150 мкг/л
- E. більше 200 мкг/л.

15. Яка добова потреба в йоді у здорових дорослих людей:

- A. 25 мкг/л
- B. 50 мкг/л
- C. 100 мкг/л
- D. 150 мкг/л
- E. 200 мкг/л

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 6

1. ТЕМА: Гіпотиреоз та тиреодити. Класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Гіпотиреоз – це клінічний синдром, зумовлений стійким дефіцитом тиреоїдних гормонів в організмі. Відомо, що гіпотиреоз є одним з найпоширеніших захворювань ендокринної системи в світі. За даними різних епідеміологічних досліджень, поширеність субклінічного гіпотиреозу серед населення досягає 10-12%, а у літніх людей – 7-26%.

Актуальність проблеми гіпотиреозу в клінічній практиці лікарів різних спеціальностей обумовлена тим, що при дефіциті тиреоїдних гормонів, необхідних для нормального функціонування практично кожної клітини, розвиваються важкі порушення в усіх без винятку органах і системах.

Особливу актуальність має проблема вродженого гіпотиреозу. Для новонароджених з цією патологією перші 6 місяців постнатального життя є найважливіші в відношенні прогнозу їх інтелектуального розвитку (адже це фаза остаточного формування головного мозку: гліогенез, мієлінізація аксонів та дендритів і т.п.), що обґрунтовує необхідність ефективної профілактики, вчасної (максимально ранньої) діагностики хвороби та призначення адекватної замісної гормональної терапії.

Гіпотиреоз є одним з небагатьох захворювань, для діагностики якого дані клінічної картини мають другорядне значення. Основні причини цього наступні:

- більшість симптомів гіпотиреозу має дуже низьку діагностичну чутливість, і жоден з них не є патогномонічним; симптоми даної патології часто можуть сприйматися за інше захворювання або стан;

- прояви гіпотиреозу значно варіюють в залежності від вираженості, тривалості та швидкості розвитку дефіциту гормонів, від віку пацієнта і наявності в нього супутніх захворювань;

- при однаковій тяжкості і тривалості гіпотиреозу клінічна картина дуже індивідуальна: маніфестний гіпотиреоз досить часто може не мати жодних клінічних проявів і виявитися випадково, в той час як деякі пацієнти з субклінічним гіпотиреозом висувають безліч різних скарг.

Тому в основі сучасної діагностики гіпотиреозу лежить лабораторна діагностика.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу гіпотиреозу, розібрати зі студентами основні клінічні прояви (симптоми), принципи лікування та профілактики, а також добитись чіткого засвоєння ними алгоритмів лабораторної діагностики різних форм та ступенів гіпотиреозу, його диференційної діагностики та правильної інтерпретації отриманих результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Гіпотиреоз: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
2. Прояви (клінічні симптоми) гіпотиреозу різного ступеню.
3. Лабораторна та інструментальна діагностика гіпотиреозу, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
4. Загальні принципи лікування та профілактики гіпотиреозу.
5. Характеристика тиреоїдитів: визначення поняття, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
6. Прояви (клінічні симптоми) тиреоїдитів. Загальні принципи лікування та профілактики.
7. Діагностика тиреоїдитів, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. Жінка 46 років в важкому стані доставлена в лікарню. 3 роки тому перенесла операцію тиреоектомії, після якої була призначена замісна терапія. Останнім часом препарати приймала нерегулярно, стан різко погіршився. ЧСС = 40 в 1 хв., АТ=80/50 мм рт.ст., t=34,2°C.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. Дівчинці 1 рік і 8 місяців, від другої вагітності, народилась доношеною, з масою тіла 3800 г та ростом 52 см. В матері виявлено еутиреоїдне збільшення щитовидної залози III ступеня, під час вагітності лікування тиреоїдними гормонами не отримувала. Перша вагітність закінчилася народженням здорової дитини. В період новонародженості у дівчинки відзначалася тривала жовтяниця, повільна епітелізація пупкової ранки, смоктала мляво. З пологового будинку виписана на 12 добу. На першому році життя була схильність до запорів, погана прибавка у вазі, зниження рухової активності, мляве смоктання. Голову початку тримати з 6 місяців, сидить з 10 місяців, не ходить. При надходженні в стаціонар стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, сухі, тургор знижений, м'язова гіпотонія. Волосся рідкісні, сухі, нігті ламкі. Велике джерельце відкрито. Аускультативно дихання проводиться в усі відділи, хрипи не вислуховуються. Тони серця приглушені. Живіт збільшений в розмірах («жаб'ячий» в положенні лежачи на спині), відзначається розбіжність прямих м'язів живота. Печінка і селезінка не збільшені.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. Хвора 25 років перенесла важку форму гострого респіраторного захворювання. В періоді одужання з'явилося відчуття тиску в області шиї зліва, болі при ковтанні, температура тіла 38°C. При пальпації ліва частка щитовидної залози збільшена, щільна, різко болюча.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому) _____

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. Хвора 37 років скаржиться на затруднення ковтання, потовщення ший; хворіє 16 років. Об'єктивно: нормального харчування, температура 36,7°C, пульс 72 уд. в хв., АТ=130/70 мм рт.ст., цукор крові – 4,4 ммоль/л, пальпаторно щитовидна залоза у вигляді вузлів м'якої консистенції, в діаметрі 8 см. основний обмін не змінений.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Які фізіологічні ефекти викликає тиреотропний гормон?

- A. Знижує продукцію тиреоїдних гормонів
- B. Стимулює синтез тиреоїдних гормонів
- C. Підвищує рівень глюкози
- D. Регулює обмін кальцію
- E. Посилює розпад білків

2. Вплив тиреоїдних гормонів на обмін білків полягає в:

- A. катаболічному ефекті
- B. анаболічному ефекті
- C. ефект залежить від концентрації гормонів
- D. ефект залежить від виду тканин
- E. суттєвого впливу немає

3. Щитовидна залоза виділяє в кров переважно:

- A. моноіодтирозин
- B. дііодтирозин
- C. трийодтирозин
- D. тетраіодтірозин
- E. всі сполуки в приблизно однакових кількостях

4. Чоловік у віці 25 років протягом 2-3 років скаржиться на посилення головного болю, апатію, збільшення маси тіла. Його зріст 168 см, маса тіла 82 кг. Шкіра бліда, холодна, суха, спостерігається випадання волосся. Щитовидна залоза не збільшена. Рівень ТТГ – 30 мкг/л, рівень гонадотропних гормонів без змін, СТГ – 3 мкг/л. Вкажіть причину даного стану:

- A. Гіпертиреоз
- B. Гіпопітуїтаризм
- C. Гіпотиреоз
- D. Декомпенсований йододефіцитний стан
- E. Аліментарне ожиріння

5. Дані лабораторного дослідження: ТТГ – 1,7 мкОД/мл, вільний тироксин – 15,3 пмоль/л, антитіла до тиреоїдної пероксидази – 115 Од/мл, антитіла до тиреоглобуліну – 85 Од/мл. Попередній діагноз:

- A. Хронічний аутоімунний тиреоїдит
- B. Гіпотиреоз
- C. Дифузний токсичний зоб
- D. Дифузний нетоксичний зоб
- E. Еутиреоз

6. Лабораторними показниками, які підтверджують наявність субклінічного гіпотиреозу, є:

- A. підвищення ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- B. зниження ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- C. підвищення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- D. Зниження вільних Т3 і Т4 при нормальних показниках ТТГ
- E. зниження вільних Т3 і Т4 при знижених показниках ТТГ

7. Лабораторними показниками, які підтверджують наявність центрального (вторинного або третинного) гіпотиреозу, є:

- A. підвищення ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- B. зниження ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- C. підвищення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- D. Зниження вільних Т3 і Т4 при підвищених показниках ТТГ
- E. зниження вільних Т3 і Т4 при знижених показниках ТТГ

8. Лабораторним критерієм для диференційної діагностики вторинного і третинного гіпотиреозу є:

- A. визначення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- B. визначення ТТГ
- C. визначення вільних Т3 і Т4
- D. визначення антитіл до тиреоглобуліну
- E. проведення тесту з тиреоліберином

9. Лабораторними показниками, які підтверджують наявність первинного гіпотиреозу, є:

- A. підвищення ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- B. зниження ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- C. підвищення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- D. Зниження вільних Т3 і Т4 при підвищених показниках ТТГ
- E. зниження вільних Т3 і Т4 при знижених показниках ТТГ

10. У хворій 30 років надмірна вага, зниження температури тіла, малорухливість, гіпотонія. Обличчя пастозне з бідною мімікою, стовщеним носом і губами. Спостерігається ламкість нігтів та інші трофічні порушення. Статева функція зменшена, погіршилась пам'ять. Для якої ендокринної патології характерна така клінічна картина?

- A. Ендемічний зоб
- B. Акромегалія
- C. Мікседема
- D. Хвороба Іценко-Кушинга
- E. Аліментарне ожиріння

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 7

1. ТЕМА: Тиреотоксикоз. Клінічні форми. Класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування. Патологія прищитоподібних залоз

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Тиреотоксикоз в структурі ендокринної патології займає друге місце (після цукрового діабету). За даними різних дослідників його поширеність становить 2,1 -3,9%. Але проблема тиреотоксикозу визначається не стільки його поширеністю, скільки тяжкістю наслідків: впливаючи на обмінні процеси, він призводить до розвитку важких змін в багатьох системах організму (серцево-судинній, нервовій, травній, репродуктивній і ін.). При

цьому, найбільш важливим органом-мішенню при тиреотоксикозі є серце (за Міжнародною класифікацією хвороб зміни серцево-судинної системи при тиреотоксикозі трактуються як «тиреотоксична хвороба серця»). Так зокрема, частота фібриляцій передсердь у пацієнтів з тиреотоксикозом складає за різними даними від 8% до 12%. Тому своєчасність встановлення правильного діагнозу дозволяє значно зменшити кількість та ступінь важкості серцевих та інших життєнебезпечних ускладнень тиреотоксикозу.

Значно ускладнює діагностику наявність різноманітних причин тиреотоксикозу, серед яких, окрім дифузного токсичного зобу, гіпертиреоїдна фаза аутоімунного тиреоїдиту, токсична аденома щитовидної залози, багатовузловий токсичний зоб, ТТГ-секретуюча аденома гіпофізу, йод-індукований тиреотоксикоз, транзиторний тиреотоксикоз новонароджених, хронічний лімфоцитарний тиреоїдит (хашітоксикоз) та ін.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу гіпертиреозу, розібрати зі студентами його основні клінічні прояви (симптоми), принципи лікування та профілактики, а також добитись чіткого засвоєння ними алгоритмів лабораторної діагностики різних форм та ступенів гіпертиреозу, його диференційної діагностики та правильної інтерпретації отриманих результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Гіпертиреоз: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені,
2. Основи патогенезу тиреотоксикозу.
3. Прояви (клінічні симптоми) гіпертиреозу різного ступеню.
4. Лабораторна та інструментальна діагностика гіпертиреозу, інтерпретація отриманих результатів досліджень.
5. Диференційна діагностика тиреотоксикозу.
6. Загальні принципи лікування та профілактики гіпертиреозу.
7. Патологія прищитоподібних залоз, її діагностика та терапія.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. В приймальне відділення поступила хвора 39 років з аритмією, котра виникла після психічного перенапруження. В останні роки спостерігалася у терапевта з приводу підвищеного артеріального тиску. Об'єктивно: астенична конституція, шкіра волога, відзначається тремор кінцівок і екзофтальм, щитовидна залоза збільшена, набряки нижніх кінцівок. ЧСС до 120 ударів за хвилину, дефіцит пульсу до 40, АТ=180/60 мм рт.ст., частота дихання – 20 в хвилину. Температура тіла 37,2°C.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. Хвора 34 років скаржиться на болі в області серця, серцебиття та задишку, які з'являються при прискореній ходьбі, фізичному навантаженні, потовщення шії (з'явилося в останні 6 місяців), плаксивість, втрату ваги до 10 кг. Вважає себе хворою 7 років. Лікувалася з приводу захворювання серця і неврастенії. Об'єктивно: хвора зниженого харчування з виразом "застиглого переляку" на обличчі. Пульс – 120 уд./хв., АТ=130/70 мм рт.ст. Екзофтальм. Щитовидна залоза збільшена рівномірно з гладкою поверхнею, м'яко-еластичної консистенції, безболісна, зміщується при ковтанні.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. У хворої, оперованої з приводу дифузного зобу з явищами тиреотоксикозу середньої тяжкості, на наступний день після операції з'явилися парестезії в області кінчиків пальців рук, губ, язика, відчуття «лазання мурашок». Потім з'явився симптом «руки акушера», болі в м'язах передпліч.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому) _____

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. До лікаря звернулася хвора 43 років. Близько року тому в неї виникли зоб, екзофтальм, надмірна збудливість, тремор, кахексія. Від оперативного лікування відмовилася, призначені препарати приймала нерегулярно. При огляді: хвора різко збуджена, АТ=155/95 мм рт. ст., ЧСС=160 в 1 хв., аритмічний, $t = 40,2^{\circ}\text{C}$.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. У хворого з ендокринною патологією спостерігаються тахікардія, гіпертензія, підвищення температури тіла, дратівливість, схуднення, негативний азотистий баланс. Підвищення рівня якого гормону може призвести до такого стану?

- A. Соматотропіну
- B. Кортизолу
- C. Тироксину
- D. Інсуліну
- E. Альдостерону

2. Гіперпродукування щитоподібної залози, або гіпертиреоз, характеризується утворенням надлишкової кількості йодтиронінів – тироксину та трийодтироніну. При якій хворобі гіпертиреоз виявляється найчастіше?

- A. Мікседема
- B. Ендемічний зоб
- C. Базофільна аденома гіпофізу
- D. Хвороба Іценка-Кушинга
- E. Хвороба Грейвса

3. Лабораторними показниками, які підтверджують наявність вторинного тиреотоксикозу, є:

- A. підвищення ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- B. зниження ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- C. підвищення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- D. підвищення вільних Т3 і Т4 при нормальних показниках ТТГ
- E. підвищення вільних Т3 і Т4 при знижених показниках ТТГ

4. Лабораторними показниками, які підтверджують наявність первинного тиреотоксикозу, є:

- A. підвищення ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- B. зниження ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- C. підвищення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- D. підвищення вільних Т3 і Т4 при нормальних показниках ТТГ
- E. підвищення вільних Т3 і Т4 при знижених показниках ТТГ

5. Лабораторними показниками, які підтверджують наявність субклінічного тиреотоксикозу, є:

- A. підвищення ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- B. зниження ТТГ при нормальних показниках фракцій вільних Т3 і Т4
- C. підвищення ТТГ і вільних Т3 і Т4
- D. підвищення вільних Т3 і Т4 при нормальних показниках ТТГ
- E. підвищення вільних Т3 і Т4 при знижених показниках ТТГ

6. Вплив тиреоїдних гормонів на обмін білків полягає в:

- A. катаболічному ефекті
- B. анаболічному ефекті
- C. ефект залежить від концентрації гормонів
- D. ефект залежить від виду тканин
- E. суттєвого впливу немає

7. Щитовидна залоза виділяє в кров переважно:

- A. моноіодтирозин
- B. дііодтирозин
- C. трийодтирозин
- D. тетраіодтирозин
- E. всі сполуки в приблизно однакових кількостях

8. Хворій 36 років виконана субтотальна резекція щитовидної залози з приводу дифузного токсичного зобу. Післяопераційний період ускладнився ларингоспазмом з асфіксією, приступами тонічних судом. Що могло призвести до даних ускладнень?

- A. Пошкодження трахеї
- B. Трахеомалія
- C. Пошкодження n. recurrens
- D. Видалення паращитовидних залоз
- E. Надмірна резекція щитовидної залози

9. Укажіть гормон, який може знижувати рівень кальцію та неорганічних фосфатів у плазмі крові:

- A. Тироксин
- B. Інсулін
- C. Кортизол
- D. Кальцитонін
- E. Прогестерон

10. Укажіть гормон білкової природи, недостатність якого в організмі викликає тетанічні судоми на тлі різкого зниження концентрації кальцію:

- A. Інсулін
- B. Тироксин
- C. Паратгормон
- D. Вазопресин
- E. Адреналін

6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)

ЗАНЯТТЯ № 8

1. ТЕМА: Захворювання надниркових залоз. Гіперкортицизм та хронічна недостатність кори наднирників. Класифікація, етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування. Гормонально-активні пухлини наднирників

2. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

В надниркових залозах відбувається синтез ряду гормонів, які відіграють життєво важливу роль в регуляції водно-електролітного, вуглеводного, ліпідного обмінів, в підтримці гемодинаміки та інших важливих функцій, котрі забезпечують здатність організму до протидії стресовим умовам і факторам. Будь-які порушення надниркової регуляції призводять до виникнення суттєвих патологічних змін з боку різноманітних органів і систем. Так за даними статистики, 20-30% симптоматичних артеріальних гіпертензій складають гіпертензії надниркового походження. Причому даний вид патології, в порівнянні з гіпертонічною хворобою, характеризується важким і злорякисним перебігом, швидкою інвалідизацією і досить високою летальністю хворих працездатного віку. Найбільш частими причинами артеріальної гіпертензії надниркового генезу є первинний гіперальдостеронізм (1-4% всіх артеріальних гіпертензій), феохромоцитома (0,5-1,0%) і ендогенний гіперкортицизм (60-70%!).

Окремою важливою проблемою є гіперкортицизм, що виникає в результаті застосування синтетичних аналогів глюкокортикоїдів при лікуванні різноманітних захворювань (!).

Надниркова недостатність часто може бути проявом таких поширених захворювань, як інфекції, туберкульоз, аутоімунні ендокринопатії та інші. При несвоєчасній діагностиці або неадекватній терапії дана патологія може призвести до кризи.

Особливістю патології надниркових залоз в дитячому віці є відносно висока частота вроджених захворювань, зокрема вродженої дисфункції кори надниркових залоз (1 на 4-6 тисяч новонароджених), деякі форми якої призводять до розвитку життєнебезпечних станів, що потребують невідкладної адекватної терапії.

Виходячи з усього вище зазначеного, лабораторна діагностика даних станів є надзвичайно важливою ланкою практичної медицини.

3. МЕТА ЗАНЯТТЯ:

Використовуючи знання основ етіології та патогенезу порушень функцій наднирників, розібрати зі студентами основні клінічні прояви (симптоми) зазначених патологічних станів, принципи їх лікування та профілактики, а також добитись чіткого засвоєння студентами алгоритмів лабораторної діагностики різних форм та ступенів патології наднирників, диференційної діагностики та правильної інтерпретації отриманих результатів досліджень.

4. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ.

4.1. ТЕОРЕТИЧНІ ПИТАННЯ ДО ЗАНЯТТЯ

1. Гіпокортицизм: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
2. Прояви (клінічні симптоми) гіпокортицизму різного ступеню.

3. Лабораторна та інструментальна діагностика гіпокортицизму, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
4. Загальні принципи лікування та профілактики гіпокортицизму.
5. Гіперкортицизм: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
6. Прояви (клінічні симптоми) гіперкортицизму різного ступеню.
7. Лабораторна та інструментальна діагностика гіперкортицизму, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
8. Загальні принципи лікування та профілактики гіперкортицизму.
9. Вроджена дисфункція кори наднирників. Лабораторна діагностика.
10. Феохромоцитома: етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування.

4.2. ПРАКТИЧНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Клінічний розбір тематичного хворого (за наявності його в клініці на момент вивчення теми) або аналіз та обговорення відповідної історії хвороби з оцінкою результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

4.3. САМОСТІЙНА РОБОТА НА ЗАНЯТТІ

Ознайомившись с ситуаційними задачами, дайте відповіді на поставлені питання та обґрунтуйте їх:

1. У хворої 35 років рік тому діагностована гіпертонічна хвороба з кризовими станами. Не лікувалася. Після тривалого фізичного перенапруження раптово з'явилися відчуття страху, збудження, серцебиття, інтенсивний головний біль, біль в області серця, епігастрії, попереку, часте сечовипускання, нудота, блювота. Шкіра волога. Обличчя бліде. ЧСС – 120 в хв., ритмічний. Тони серця гучні. АТ=220/110 мм рт.ст. Цукор крові – 7,2 ммоль/л, лейкоцитоз, еритроцитоз.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

2. Хворий з приступом ниркової кольки при інструментальному обстеженні знепритомнів. АТ знизилося до 70/40 мм рт.ст. В анамнезі тривалий (6 років) прийом великих доз глюкокортикоїдів у зв'язку з ревматоїдним артритом. В останні 3 дні ліки не приймав. Об'єктивно: загальмований, шкіра звичайного кольору, тони серця глухі, пульс 100 на 1 хв., слабкого наповнення, ритмічний. Легені і органи черевної порожнини без особливостей. Суглоби кінцівок деформовані, припухлості і почервоніння немає. Глюкоза – 3,3 ммоль/л, натрій крові – 117 ммоль/л, калій крові – 6,0 ммоль/л.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

3. Хворий 38 років, скаржиться на постійний головний біль, спрагу, підвищену втому, підвищення артеріального тиску і збільшення ваги (26 кг за 3 роки). Захворювання пов'язує з грипом. При огляді: зріст – 176 см, маса – 143 кг, розподіл жирової клітковини переважно на стегнах, животі, тулубі; на стегнах та животі множинні стрії вишневого кольору. АТ=180/100 мм рт.ст.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому)

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

4. Хворий звернувся в клініку зі скаргами на різку слабкість, швидку стомлюваність, розлади в діяльності шлунково-кишкового тракту. За останні 4 місяці втратив у вазі 18 кг. При об'єктивному обстеженні було виявлено: різке виснаження організму, знижений тургор шкіри, явища зневоднення організму, шкірні покриви на долонях, в місцях складок і найбільшого тертя об одяг пігментовані значно сильніше, ніж інші ділянки. АТ=100/50 мм рт.ст., цукор крові 3,5 ммоль/л, швидкість безумовних рефлексів загальмована, виражена брадикардія, основний обмін знижений.

а) Попередній діагноз: _____

б) Тактика лікаря (рекомендації, амбулаторне лікування чи стаціонар – чому) _____

в) Диференційна діагностика (з якими захворюваннями і чому) _____

г) Лабораторні обстеження та їх ціль _____

д) Інструментальні та інші обстеження, їх ціль _____

е) Лікувальна тактика (групи препаратів та ціль їх призначення; інші медичні процедури та заходи) _____

5. МАТЕРІАЛИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. При надлишку якого гормону розвивається синдром Іценко-Кушинга?

- A. Соматотропний гормон
- B. Фолікулостимулюючий гормон
- C. Окситоцин
- D. Норадреналін
- E. Адренкортикотропний гормон

2. Укажіть гормон, що належить до класу стероїдних гормонів:

- A. Адреналін
- B. Інсулін
- C. Меланотонін
- D. Адренкортикотропін
- E. Кортизол

3. Укажіть клас складних білків, що виконують в організмі функцію рецепторів для гормонів:

- A. Ліпопротеїни
 - B. Фосфопротеїни
 - C. Нуклеопротеїни
 - D. Глікопротеїни
 - E. Хромопротеїни
- 4. Укажіть метаболіт, що є попередником стероїдних гормонів:**
- A. Триптофан
 - B. Фенілаланін
 - C. Холестерин
 - D. Левулінова кислота
 - E. Тирозин
- 5. Укажіть кінцевий продукт обміну кортикостероїдів, визначення якого в сечі має діагностичне значення:**
- A. 11-Дезоксикортизол
 - B. 18-Оксиpregнанелон
 - C. 17-Кетостероїди
 - D. 17-Оксиpregненолон
 - E. 21-Дезоксикортизол
- 6. Укажіть найактивніший мінералокортикоїд організму:**
- A. Альдостерон
 - B. Дезоксикортикостерон
 - C. Гідрокортизон
 - D. Тестостерон
 - E. Естріол
- 7. Укажіть назву патології, що викликана аномальним збільшенням концентрації кортизолу в організмі:**
- A. Хвороба Вільсона
 - B. Хвороба Аддісона
 - C. Хвороба Паркінсона
 - D. Хвороба Іценко-Кушинга
 - E. Хвороба Боткіна
- 8. При гіперальдостеронізмі спостерігається:**
- A. гіпонатріємія
 - B. гіпернатріємія, гіперкаліємія
 - C. гіпонатріємія, гіперкаліємія
 - D. гіпонатріємія, гіпокаліємія
 - E. гіпернатріємія, гіпокаліємія
- 9. При надлишковій продукції глюкокортикоїдів:**
- A. прискорюються процеси загоєння ран, але послаблюється опірність інфекціям
 - B. сповільнюються процеси загоєння ран і послаблюється опірність інфекціям
 - C. прискорюються процеси загоєння ран і посилюється опірність інфекціям
 - D. сповільнюються процеси загоєння ран, але посилюється опірність інфекціям

- Е. істотного впливу на дані процеси не відбувається
- 10. Вплив глюкокортикоїдів на обмін вуглеводів полягає в:**
- А. посиленні гліколізу і глюконеогенезу
 - В. посиленні гліколізу і глікогенезу
 - С. пригніченні гліколізу і посиленні глюконеогенезу
 - Д. пригніченні гліколізу і глюконеогенезу
 - Е. посиленні гліколізу і пригніченні глюконеогенезу
- 11. Вплив глюкокортикоїдів на білковий обмін полягає в:**
- А. істотного впливу немає
 - В. пригніченні синтезу білка в усіх тканинах
 - С. пригніченні синтезу білка в м'язах, сполучній тканині і печінці
 - Д. пригніченні синтезу білка в м'язах, сполучній тканині і посиленні синтезу в печінці
 - Е. посиленні синтезу білка в м'язах, сполучній тканині і пригніченні синтезу в печінці
- 12. Лабораторними ознаками хвороби Аддісона (первинного гіпокортицизму) є:**
- А. гіпернатріємія, гіпокаліємія
 - В. гіпернатріємія, гіперкаліємія
 - С. гіпонатріємія, гіперкаліємія
 - Д. гіпонатріємія, гіпокаліємія
 - Е. гіпонатріємія і нормальна концентрація калію
- 13. Для хвороби Аддісона (первинний гіпокортицизм) характерне:**
- А. підвищення продукції АКТГ
 - В. зниження продукції АКТГ
 - С. продукція АКТГ суттєво не змінюється
 - Д. підвищення секреції альдостерону
 - Е. всі перераховані ознаки
- 14. У хворого виявлено підвищений вміст глюкокортикоїдів в плазмі крові, рівень АКТГ в нормі. Для якого захворювання характерні ці зміни?**
- А. Хвороба Іценко-Кушинга
 - В. Феохромоцитома
 - С. Хвороба Конна
 - Д. Синдром Іценко-Кушинга
 - Е. Хвороба Аддісона
- 15. Ряд гормонів регулює водний баланс. Підвищена реабсорбція води в ниркових каналцях є наслідком впливу:**
- А. Вазопресину
 - В. Кортизолу
 - С. Кортикотропіну
 - Д. Натрій-уретичного пептиду
 - Е. Альдостерону
- 16. Гіперпродукція гормонів може бути причиною різних захворювань. Надлишок якого гормону може спричинити розвиток синдрому Іценко-**

Кушинга?

- A. Альдостерону
- B. Кортикотропіну
- C. Кортизолу
- D. Ангіотензину
- E. Натрій-уретичного пептиду

17. Ряд гормонів регулюють мінеральний баланс організму. Підвищений рівень натрію в крові (гіпернатремія) спостерігається при гіперпродукції:

- A. Вазопресину
- B. Кортикотропіну
- C. Альдостерону
- D. Натрій-уретичного пептиду
- E. Кортизолу

18. У пацієнта спостерігається значне збільшення об'єму сечі (більш ніж 3 літри за добу) та спрага. При лабораторному дослідженні виявлена підвищена осмолярність сироватки крові та гіпоосмолярність сечі. З недостатністю якого гормону можуть бути пов'язані ці симптоми?

- A. Інсуліну
- B. Альдостерону
- C. Натрій-уретичного пептиду
- D. Кортизолу
- E. Вазопресину

19. Мозковою речовиною наднирникових залоз синтезуються адреналін і норадреналін. Гіперфункція мозкової речовини наднирників зумовлена пухлинним процесом (хромафіновою). Який процес у печінці значно посилиться за цих умов?

- A. Глікогеноліз з наступною гіперглікемією
- B. Глюконеогенез з наступним глікогенезом
- C. Пентозний шлях окиснення глюкози
- D. Гліколіз з наступною гіпоглікемією
- E. Перенесення глюкози з крові в гепатоцити

20. В крові низький рівень кортикотропіну, кортизолу, а також тиреотропіну, соматотропіну, ФСГ, ЛГ; зменшене добове виділення з сечею 17-оксикетостероїдів та 17-кетостероїдів. Наведені лабораторні показники є ознаками:

- A. хвороби Іценко-Кушинга
- B. первинного гіпокортицизму
- C. вторинного (центрального) гіпокортицизму
- D. хвороби Симмондса-Шиена
- E. хвороби Базедова-Грейвса

21. Тривале застосування глюкокортикоїдів з лікувальною метою може призводити до виникнення:

- A. продукційної азотемії
- B. ретенційної позаниркової азотемії

- C. ретенційної ниркової азотемії
D. ретенційної ниркової азотемії тільки при супутніх ураженнях нирок
E. ретенційної ниркової азотемії тільки при явному передозуванні препаратів
- 22. Лабораторними ознаками хвороби Аддісона (первинного гіпокортицизму) є наступний електролітний дисбаланс:**
- A. гіпернатріємія, гіпокаліємія
B. гіпернатріємія, гіперкаліємія
C. гіпонатріємія, гіперкаліємія
D. гіпонатріємія, гіпокаліємія
E. істотного впливу на концентрацію даних катіонів не відбувається
- 23. Для хвороби Аддісона (первинний гіпокортицизм) характерно:**
- A. підвищення продукції АКТГ
B. зниження продукції АКТГ
C. продукція АКТГ суттєво не змінюється
D. підвищення секреції альдостерону
E. немає правильної відповіді
- 24. Вкажіть назву патології, викликаній аномальним збільшенням концентрації альдостерону в організмі:**
- A. Хвороба Штейна-Левенталя
B. Хвороба Аддісона
C. Хвороба Ліддла
D. Хвороба Іценко-Кушинга
E. Хвороба Конна
- 25. Вкажіть гормон, тропний для клітин клубочкової зони кори надниркових залоз:**
- A. АКТГ
B. Ангіотензин II
C. Альдостерон
D. Ренін
E. Кортизол
- 26. Для вторинного (гіпофізарного) гіпокортицизму найбільш характерне:**
- A. зниження продукції глюкокортикоїдів і підвищення продукції АКТГ
B. зниження продукції глюкокортикоїдів і альдостерону
C. зниження продукції АКТГ, глюкокортикоїдів і альдостерону
D. підвищення продукції альдостерону
E. зниження продукції глюкокортикоїдів і АКТГ
- 27. У 55-річного хворого на інфекційний менінгіт різко знизився артеріальний тиск, з'явилися ознаки азотемії, коагулопатії, на шкірі нижніх кінцівок та спині масивні крововиливи, порушення кровообігу в паренхіматозних органах. Який патологічний процес має місце?**
- A. Гіпофізарний гіпокортицизм важкого ступеню
B. Аддісоновський криз
C. Синдром Уотерхауса-Фрідеріксена

- D. Ліпоїдна дистрофія наднирників з тотальною стероїдною недостатністю
- E. Туберкульоз наднирникових залоз
- 28. У хворого, який раніше хворів на гематогенний туберкульоз, з'явилась гіперпігментація шкіри та слизових оболонок, кахексія, недостатність серцево-судинної системи. В аналізах – підвищений рівень кортикотропіну. Яке захворювання викликало такі зміни?**
- A. Первинний гіперкортицизм
- B. Первинний гіпокортицизм
- C. Гіпопітуїтаризм
- D. Гіпофізарний гіперкортицизм
- E. Гіпофізарний гіпокортицизм
- 29. Жінка 45 років страждає надмірною вагою, артеріальною гіпертонією. Виявлена гіперглікемія, вторинна дисфункція яєчників, гіпертрихоз, гірсутизм, стрії. В передній долі гіпофізу – пухлина (базофільна аденома); у наднирниках - гіперплазія пучкового шару. Який з перелічених діагнозів найбільш вірогідний?**
- A. Хвороба Іценко-Кушинга
- B. Синдром Іценко-Кушинга
- C. Хвороба Симондса
- D. Стероїдний діабет
- E. Ендокринне ожиріння
- 30. Жінка 60 років скаржиться на спрагу, поліурію, схуднення, болі в животі, пітливість ночами. АТ - 185/105 мм рт.ст., після в/в введення тропафена - 70/40 мм рт.ст. Добова екскреція вінілміндальної кислоти з сечею - 50 мкмоль (норма 2,5-3,8). Можливий діагноз:**
- A. Хвороба Іценко-Кушинга
- B. Феохромоцитома
- C. Хвороба Конна
- D. Синдром Іценко-Кушинга
- E. Хвороба Аддісона
- 6. ЛІТЕРАТУРА (див. стор. 76)**

ЗАНЯТТЯ №9

- 1. ТЕМА:** Підсумкове заняття з модулю 1.
- 2. МЕТА:** Визначити рівень засвоєння студентами матеріалу всіх тем, що входять в модуль 1.
- 3. ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ТА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ:**

Теоретичні питання до заняття

1. Ендокринологія як наука. Світова історія ендокринології, етапи розвитку та сучасний її стан в Україні.

2. Предмет, завдання, виникнення, основні етапи і сучасні напрямки розвитку ендокринології. Її зв'язок з іншими біомедичними науками.
3. Принципи та механізми нейро-гуморальної регуляції, її роль та значення.
4. Загальна характеристика ендокринної системи, центральні та периферичні ендокринні залози, їх взаємозв'язок та взаємозалежність.
5. Класифікація ендокринологічних захворювань згідно Міжнародної класифікації хвороб X перегляду.
6. Порядок та особливості обстеження хворих з ендокринною патологією.
7. Лабораторні дослідження в ендокринології та їх клініко-діагностичне значення. Діагностичні констеляції та алгоритми.
8. Цукровий діабет: визначення поняття, епідеміологія, класифікація за МКХ-10.
9. Історія вивчення, основи етіології та патогенезу; фактори ризику розвитку цукрового діабету.
10. Прояви (клінічні симптоми) діабету.
11. Цукровий діабет 2 типу, особливості перебігу.
12. Алгоритми лабораторної діагностики цукрового діабету та оцінка результатів досліджень.
13. Диференційна діагностика за синдромами (спрага, поліурія, гіперглікемія, глюкозурія і т.п.).
14. Загальні принципи та основи терапії і профілактики діабету.
15. Діабетичні коми: визначення поняття, класифікація та види, причини виникнення.
16. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) кетоацидотичної коми.
17. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) гіперосмолярної коми.
18. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) лактацидемичної коми.
19. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) гіпоглікемічної коми.
20. Алгоритми лабораторної діагностики діабетичних ком та оцінка результатів досліджень. Диференційна діагностика ком.
21. Загальні основи невідкладної терапії діабетичних ком та принципи їх профілактики
22. Хронічні ускладнення цукрового діабету: визначення понять, класифікація та види, причини виникнення.
23. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) порушення зору при діабеті.
24. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) діабетичних нефропатій.
25. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) діабетичної стопи.

26. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) діабетичних нейропатій.
27. Лабораторна та інструментальна діагностика хронічних ускладнень цукрового діабету, інтерпретація отриманих результатів досліджень.
28. Загальні основи лікування та принципи профілактики хронічних ускладнень цукрового діабету.
29. Йододефіцитні стани: визначення поняття, епідеміологія, медико-соціальні аспекти, форми та ступені.
30. Розповсюдженість та медико-соціальна значимість дефіциту йоду на території України. Державні заходи боротьби та профілактики.
31. Характеристика йоду як життєво необхідного елемента: шляхи надходження в організм та використання, добові потреби, біологічна роль.
32. Механізм виникнення та прояви (клінічні симптоми) йододефіцитних станів різного ступеню.
33. Лабораторна та інструментальна діагностика йододефіцитних станів, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
34. Загальні принципи лікування та профілактики йододефіцитних станів різного ступеню.
35. Гіпотиреоз: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
36. Прояви (клінічні симптоми) гіпотиреозу різного ступеню.
37. Лабораторна та інструментальна діагностика гіпотиреозу, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
38. Загальні принципи лікування та профілактики гіпотиреозу.
39. Характеристика тиреоїдитів: визначення поняття, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
40. Прояви (клінічні симптоми) тиреоїдитів. Загальні принципи лікування та профілактики.
41. Діагностика тиреоїдитів, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
42. Гіпертиреоз: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені,
43. Основи патогенезу тиреотоксикозу.
44. Прояви (клінічні симптоми) гіпертиреозу різного ступеню.
45. Лабораторна та інструментальна діагностика гіпертиреозу, інтерпретація отриманих результатів досліджень.
46. Диференційна діагностика тиреотоксикозу.
47. Загальні принципи лікування та профілактики гіпертиреозу.
48. Патологія прищитоподібних залоз, її діагностика та терапія.
49. Гіпокортицизм: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
50. Прояви (клінічні симптоми) гіпокортицизму різного ступеню.

51. Лабораторна та інструментальна діагностика гіпокортицизму, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
52. Загальні принципи лікування та профілактики гіпокортицизму.
53. Гіперкортицизм: визначення поняття, епідеміологія, причини, види, форми та ступені, основи патогенезу.
54. Прояви (клінічні симптоми) гіперкортицизму різного ступеню.
55. Лабораторна та інструментальна діагностика гіперкортицизму, інтерпретація отриманих результатів досліджень. Диференційна діагностика.
56. Загальні принципи лікування та профілактики гіперкортицизму.
57. Вроджена дисфункція кори наднирників. Лабораторна діагностика.
58. Феохромоцитома: етіологія, патогенез, симптоматика, діагностика, принципи профілактики та лікування.
59. Гіпоталамо-гіпофізарна система та регуляція її функціонування
60. Порушення синтезу гормонів у аденогіпофізі
61. Порушення синтезу гормонів у задній долі гіпофізу
62. Принцип прямого та зворотного зв'язку; довгі та короткі зворотні зв'язки в регуляції секреції гормонів.
63. Гормони гіпоталамусу (ліберини, статини):, секреція та вплив на гіпофіз.
64. Жіночі статеві гормони: регуляція синтезу, біологічна роль, порушення.
65. Чоловічі статеві гормони: регуляція синтезу, біологічна роль, порушення.

6. ЛІТЕРАТУРА (див. на стор. 76)

ЛІТЕРАТУРА

Базова:

1. Ендокринологія : підручник / П. М. Боднар [та ін.] ; за ред. П. М. Боднара. - Вид. 3-тє, перероб. та доп. - Вінниця : Нова книга, 2013. - 480 с.
2. Ендокринологія : підручник / за ред. А. С. Єфімова [та ін.]. – К.: Вища школа, 2004. – 494 с.

Допоміжна:

1. Посібник з ендокринології : навч. посіб. / за ред.: П. М. Боднара, С. Д. Максименка. - К. : Здоров'я, 2004. - 181 с.
2. Руководство по клинической лабораторной диагностике Ч. 3 : Клиническая биохимия : учеб. пособие. В 3-х ч. / под ред. М. А. Базарновой, А. И. Воробьева. - 2-е изд., перераб. и доп. - К. : Вища шк., 1991 - 1990. - 319 с.

3. Назаренко Г. И. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований / Г. И. Назаренко, А. А. Кишкун. - 2-е изд., стер. - М. : Медицина, 2006. - 544 с.
4. Эндокринология / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1072 с.

Додаток

СХЕМА ІСТОРІЇ ХВОРОБИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ З НАПИСАННЯ ЇЇ РОЗДІЛІВ

1. Паспортна частина: прізвище, ім'я та по-батькові пацієнта

Вік ___ Стать ___ Місце роботи, професія _____

2. Діагноз направлення: _____

3. Скарги хворого (із розпитуванням за органами та системами, деталізацією).

4. Анамнез захворювання (причина хвороби, динаміка перебігу хвороби!, об'єм та ефективність попереднього лікування, розвиток ускладнень).

5. Анамнез життя (вказати фактори, які могли привести до захворювання або сприяти його прогресуванню, усі перенесені хвороби в хронологічному порядку, шкідливі звички, родинний та алергологічний анамнез).

6. Дані об'єктивного обстеження (за органами та системами: зовнішній огляд, пальпація, перкусія, аускультация).

7. Попередній діагноз (вказати критерії діагнозу!).

8. Диференційний діагноз за основними симптомами захворювання.

9. План обстеження та його обґрунтування (необхідні для постановки діагнозу і диференціального діагнозу клінічні, лабораторні та інструментальні дослідження, діагностичні проби, консультації).

10. План лікування та його обґрунтування (режим, дієта, медикаментозне лікування, фізіотерапія і ін.).

11. Список використаної літератури (вказується автор, назва, рік видання, сторінки).

Паспортна частина (до пункту 1)

Прізвище, ім'я та по-батькові, вік, місце проживання, місце роботи, професія, посада. Якщо хворий не працює і є інвалідом, то вказується група інвалідності і з якого року. Дата надходження в клініку, діагноз лікувального закладу, який направив пацієнта, діагноз при надходженні в клініку, клінічний діагноз - основний, супутній, ускладнення (українською й латинською мовами).

Скарги хворого (до пункту 3)

З'ясовуються скарги, які пред'являє хворий при госпіталізації в клініку, проводиться їх деталізація (характер, ступінь вираження, причини, тривалість тощо); в разі приступоподібного перебігу захворювання, докладно описується початок приступу, його перебіг, тривалість, зазначаються фактори або медикаментозні засоби, які полегшують стан або ліквідують приступ.

Після виявлення основних скарг хворого здійснюється його опитування за системами. Опитування доцільно почати з тієї системи, яка на основі скарг, страждає в першу чергу. Це дає можливість скласти цілісну уяву про характер захворювання, нерідко визначає напрямок клінічного мислення, дозволяє підтвердити або відкинути початково обґрунтований діагноз.

Дані опитування за системами. Загальна слабкість, якою мірою виражена, зв'язок із часом доби (після сну, в кінці дня, постійна), із роботою, що виконується, загальна чи окремих м'язових груп (плечового чи тазового поясу, ніг, рук), адинамія.

Температура тіла (нормальна, підвищена, знижена), при гарячці - характер температурної кривої, час появи, чи супроводжується пітливістю, частим сечовипусканням або іншими вегетативними змінами.

Маса калу, її стабільність або зміна (підвищення, зниження), ступінь зміни та за який час. З чим пов'язане збільшення маси тіла або зменшення її, характер апетиту, фізичної активності.

Серцево-судинна система: Серцебиття - постійне, періодичне; приступи серцебиття, початок і характер розвитку (поступове, раптове, із відчуття поштовху в грудях), закінчення (поступове, раптове); зв'язок із якими-небудь факторами (хвилювання, фізичне напруження, зміна положення тіла, після прийому їжі тощо), чим супроводжується напад серцебиття (тремтінням, відчуттям жару, приливами до верхньої половини тулуба, обличчя; часті позиви до сечовипускання під час або після закінчення нападу), що полегшує стан (спокій, прийом ліків і яких).

Біль у ділянці серця: його характер (гострий, колючий, стискаючий, ниючий, пекучий), локалізація (за грудиною, в ділянці верхівки серця, над усією ділянкою серця); тривалість - постійний, періодичний, на протязі якого часу, іррадіація; чим супроводжується біль (серцебиття, задишка, почуття страху, запаморочення тощо), із чим зв'язано його виникнення (хвилювання, фізичне навантаження, прийом їжі, нічний біль), фактори, які полегшують або знімають біль (спокій, прийом коронароактивних чи седативних засобів).

Відчуття "перебоїв" у ділянці серця, завмирання (частота, із чим пов'язані, тривалість), пульсація (у ділянці шиї, грудей, голови), нестача повітря (незадоволеність вдихом).

Задишка: при хвилюванні, виконанні звичної фізичної роботи, під час фізичного навантаження; приступи ядухи: вночі, вдень, із чим зв'язані (фізичне або психічне перенапруження), тривалість, якими іншими явищами супроводжується (кашель, характер мокротиння, колір її, наявність або відсутність хрипів у грудній клітці).

Артеріальний тиск (нормальний, підвищений, понижений). Якщо хворий страждає на гіпертонічну хворобу - слід зазначити, чи була гіпертонічна криза, її частота й характер, час появи, тривалість, якими вегетативними та іншими симптомами проявлялася (головний біль, відчуття тяжкості в голові, пульсація, задишка, біль у ділянці серця, серцебиття, озноб, відчуття жару, часті позиви до сечовипускання).

Набряки (локалізація, ступінь вираження, постійні, періодичні, зв'язок із часом доби (після сну, в кінці дня), із фізичною активністю, характером їжі (солоня), у жінок - із менструальним циклом).

Мерзлякуватість ніг, терпкість, біль у ногах, переміжна кульгавість.

Нервова система. Характер - спокійний, дратівливий, запальний, зміни його за час хвороби. Загальмованість, сповільненість психічних реакцій, байдужість, зниження інтересу до оточуючого, замкнутість. Зниження пам'яті, погіршення успішності, конфліктність на роботі через емоційну лабільність, дратливість.

Сон - спокійний, порушений: безсоння уночі, сонливість удень, постійна сонливість чи безсоння, страхітні сновидіння. Головний біль: час появи (після сну, в кінці дня, після роботи) тривалість: постійна, періодична, локалізація, характер (давлючий, пульсуючий, свердлючий), інтенсивність, приступи головного болю, із чим пов'язані. Супутні явища: нудота, блювання, миготіння "мушок" перед очима, порушення зору. Запаморочення, стани непритомності, частота, характер, тривалість, з чим зв'язані (із швидким підйомом із

ліжка, після фізичного чи розумового перенапруження, із болем у ділянці серця, серцебиттям, виникненням приливів тощо).

Біль по ходу нервових стовбурів, парестезії, судоми, локалізація, характер (тонічні, клонічні), болючість їх, тривалість, умови виникнення.

Вегетативно-судинні порушення: пітливість (постійна, періодична, загальна, локальна), відчуття приливів до голови, шиї, верхньої частини тулуба. Приступи різкої слабкості, які супроводжуються пітливістю, відчуття голоду, неспокою, іноді втратою свідомості, виникають при фізичній роботі, голодуванні. Полегшення стану після прийому вуглеводів або введення глюкози.

Органи дихання. Носове дихання (вільне чи утруднене), нежить, характер носових виділень, носової кровотечі, сухість у носі, глотці, біль при ковтанні. Голос, чи змінився за час хвороби (охриплий, афонія). Біль у корені носу, в ділянці гайморових і лобних пазух. Біль у грудній клітці (локалізація), зв'язок з актом дихання, рухом тулуба, іррадіація, час виникнення, тривалість.

Задишка: постійна, періодична, ступінь вираженості, фактори, які викликають чи посилюють її (у спокої, фізичне напруження, переміна погоди, простудні захворювання, підвищення артеріального тиску та ін.). Приступи ядухи, умови їх виникнення, час появи, інтенсивність, тривалість, частота, проходять самостійно чи після прийому яких-небудь засобів (вказати яких). Кашель сухий чи з харкотинням, частота, періодичність, інтенсивність, зв'язок з якими-небудь факторами (охолодження, паління, запахи яких-небудь речовин, час доби, приступи ядухи). Харкотиння і її характеристика, кровохаркання (інтенсивність, частота, кількість крові в харкотинні).

Органи травлення. Апетит: збережений, підвищений, зіпсований, знижений, непостійний, анорексія, відчуття голоду (постійне, періодичне), булемія, поліфагія, час та умови виникнення, прогресування. Відчуття при неможливості своєчасно угамувати почуття голоду (слабкість, пітливість, головний біль, тремтіння, поява немотивованих вчинків, дезорієнтація тощо).

Ковтання: вільне, утруднене (для якої їжі - твердої, рідкої), біль у горлі, шиї, її іррадіація (у вуха, нижню щелепу, потиличну ділянку). Сухість у роті.

Спрага: постійна, періодична, зв'язок її з певним часом, вживанням їжі (зранку після сну, після сніданку, обіду, вечері, вночі, незалежно від часу доби та вживання їжі), із характером їжі, кількістю рідини, що випиває хворий (за день, вночі, за добу).

Диспепсичні явища. Відрижка (повітрям, гірким, кислим, їжею, запахом тухлих яєць), печія, зв'язок із часом та характером їжі. Нудота, блювота, час виникнення (натщесерце, після їжі, вплив їжі, ліків), характер блювотних мас (слиз, залишки їжі, прийнятої напередодні та раніше, домішка крові, жовчі). Зв'язок блювоти з головним болем, болями в животі, чи передувала їй нудота.

Тяжкість та біль в животі: локалізація, характер (ниючий, тупий, гострий, переймистий, приступоподібний), його іррадіація (в попереку, хребет, підбер'я, низ живота, праве плече, шию), інтенсивність, тривалість (постійний, періодичний), зв'язок з характером, кількістю та часом уживання їжі, нічний голодний біль, від чого настає полегшення (проходять самостійно: після їжі, якщо так - то якої; медикаментів, після блювоти, застосування тепла). Здуття живота, бурчання в животі. Випорожнення: регулярне, нерегулярне (запор, пронос), характер калу (кашоподібний, твердий, овечий, дьогтьоподібний, із домішками слизу, крові, гною, неперетравленої їжі), колір (звичайний, ахолічний, темний). Печіння, свербіння, біль у прямій кишці, промежині.

Сечостатева система. Біль у ділянці нирок (постійний, періодичний, приступоподібний), іррадіація. Сечовипускання: частота, анурія, олігурія, поліурія, денний та нічний діурез, кількість добової сечі, зв'язок частоти сечовипускання та діурезу з характером вживаної їжі (вуглеводна), кількістю випитої рідини. Енурез. Відчуття тяжкості та болю в надлобковій ділянці, біль, різі, печіння при сечовипусканні в уретрі.

Менструація, регулярність, кількість виділень (велика, мізерна), тривалість, болючість. При порушенні менструального циклу - його характер, з чим пов'язано (з основним захворюванням, перенесеною вагітністю, інфекцією, травмою, оперативним утрученням, застосованим гормональним чи іншим лікуванням). Аменорея. Олігоменорея. Опсоменорея. Маточні кровотечі (частота, тривалість, кількість). Число і перебіг вагітностей, пологів, штучних і спонтанних абортів (викиднів).

Статевий потяг: нормальний, ослаблений, відсутній, підвищений. Ерекція нормальна, ослаблена, посилена. Стан вторинних статевих ознак. Лактація.

Органи чуття. Зір - нормальний, однаковий на обидва ока, знижений, відсутній, миготіння "мушок" перед очима, "полуда", двоїння в очах, біль, відчуття "піску", різь в очах, світлобоязнь, сльозотеча. Витрішкуватість очних яблук, почервоніння. Зв'язок болю в очах із головним болем.

Слух - нормальний, знижений (на одне, обидва вуха), глухота, виділення з вушних раковин, їх характер. Нюх, смак - особливості порушення.

Шкіра, кістково-м'язова система. Пігментація, сухість шкіри, лущення, набряклість, наявність виразок, фурункульоз, піодермії, свербіння шкіри, локалізація, час появи, випадіння волосся (локалізація), ріст волосся (локалізація).

М'язова слабкість постійна, періодична, час посилення, приступи різкої м'язової слабкості. Біль в м'язах, характер, зв'язок із фізичним навантаженням або іншими факторами. Біль у суглобах, кістках, локалізація, характер, зміна форми суглобів, їх розмірів, пропорції тіла: збільшення за час хвороби росту, розміру кистей, ступнів, затримка темпу росту (у *dimeй*).

Історія розвитку захворювання (до пункту 4). Збір відомостей про історію розвитку захворювання необхідно проводити цілеспрямовано з урахуванням передбачуваного діагнозу. Важливо уточнити, коли почалася хвороба та які були перші симптоми, на які в ряді випадків хворий не звертав уваги. Слід вияснити можливі причини її виникнення (перенесена психічна або фізична травма, інфекція, операція, обтяжена спадковість, застосування лікарських засобів, у тому числі гормонів, із приводу інших захворювань).

Перше звернення до лікаря. Результати проведених досліджень. Діагноз. Яке застосовувалося лікування (назва та дози медикаментів, які застосовувалися), тривалість (курсова, циклічна або постійна терапія), його ефективність. Ремісії, рецидиви та загострення, причини погіршення стану (припинення лікування, психічна травма, порушення режиму харчування та ін.). Поява нових симптомів, прогресування старих. Якщо хворий повторно звертається до лікаря, то чи лікувався він амбулаторно, чи стаціонарно - докладно викладається час, тривалість його, характер лікування та ефективність.

Ступінь прогресування захворювання в останні роки, місяці. Якщо студент почав курацію через якийсь час після вступу хворого до клініки, то слід з'ясувати динаміку захворювання, самопочуття хворого, ефективність лікування у стаціонарі до початку курації.

Історія життя хворого (до пункту 5)

Місце народження хворого, якою дитиною за рахунком був розпитуваний у сім'ї, перебіг вагітності у матері. Маса тіла при народженні. Розвиток, якщо це дитина - тривалість фізіологічної жовтяниці, вигодовування - (штучне, грудне). Коли почав тримати головку, сидіти, стояти, ходити. Закриття великого тім'ячка, прорізування зубів. Розумовий розвиток. Коли почав говорити. Інтерес до навколишнього, активність, рухливість. Успішність у школі. Фізичний та розумовий розвиток у порівнянні з однолітками. Статевий розвиток і відповідність його віку. Початок статевого дозрівання. Час появи менструації, характер становлення. Вагітність, перебіг вагітності. Пологи. Післяпологові ускладнення. Аборти. Мертвородженість. Чи є зміни місячних після пологів. Лактація. Чи були зміни при повторних пологах. Менопауза, коли почалася. Початок трудової діяльності. Умови праці та побуту, професійні шкідливості, характер харчування, перенесені захворювання. Спадкова обтяженість. Наявність серцево-судинних, ендокринних та обмінних захворювань у сім'ї та у близьких родичів. Шкідливі звички: паління (скільки цигарок за добу), алкоголь, наркоманія.

Об'єктивне обстеження хворого (до пункту 6)

Стан хворого задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, дуже тяжкий, агональний. Положення в ліжку - активне, пасивне, вимушене. Свідомість - ясна, потьмарена, ступор, сопор, кома, маячення, галюцинації. Вираз обличчя - спокійний, переляканий, збуджений, страждальний, маскоподібний, байдужий та ін. Блиск очей, екзофтальм (одно-, двобічний), ступінь вираженості, лагофтальм, птоз, симптоми Грефе, Мебіуса, Кохера, Штельвага, Еллінека та ін. Ширина та рівномірність очних щілин, зіниць. Трофічні ураження очей. Склери - звичайні, ін'єктовані. Набряклість повік, кон'юнктиви, гіперемія її. Рухи очних яблук - у повному об'ємі, обмежені (угору, униз, назовні, досередини).

Статура - по чоловічому чи жіночому типу: розвиток кістяка - пропорційний, диспропорційний, евнухoidний, хондродистрофічний та ін.

Зріст, маса тіла (належний зріст та маса тіла для дитячого віку). Надмірна маса тіла, дефіцит маси тіла. Розподіл жирової клітковини - рівномірний, диспластичний (переважно на обличчі, шиї, плечовому поясі, на животі, у вигляді фартуха, в ділянці тазу при непропорційно худих кінцівках, відкладання жиру в ділянці VII шийного хребця, буйволоподібний тип ожиріння). Матронізм. Виражена схудлість обличчя й ожиріння нижньої частини тулуба.

Шкіра - колір (нормальний, блідий, субіктеричність, іктеричність, бронзовий, землісто-сірий та ін.), при наявності пігментації - характер, локалізація (відкриті частини тіла, обличчя, шия, тил кистей, розгинальні поверхні ліктьових, колінних суглобів, пігментація післяопераційних рубців, сосків, навколо очей та ін.). Депігментовані плями. Пігментація слизової губ, щік, ясен. Ціаноз (дифузний, акроціаноз), виражений судинний малюнок, мармуровість шкіри, стрії (білясті, рожеві, багряно-червоні), локалізація їх, ступінь вираженості, вугрі, лущення. Шкіра тонка, блискуча, атрофічна. Трофічні виразки. Крововиливи. Некрози.

Розвиток волосяного покрыву, на голові, у пахових западинах, на лобку, тулубі. Тип волосяного покрыву (чоловічий, жіночий). При вираженому гірсутизмі уточнити ступінь розвитку волосяного покрыву у батьків, братів, сестер. Облісіння, тотальне, локальне. Випадіння волосся на бровах. Сивина, посилення пігментації волосся. Вологість шкіри (нормальної вологості, суха, волога, пітливість дифузна, локальна, тугор її, температура (холодна, тепла, гаряча), ніжна на дотик. Нігті - нормального кольору й форми, тьмяні, ламкі, краї з'їдені, їх особливості.

Периферичні лімфатичні вузли (шийні, підщелепні, над- і підключичні, пахові, пахвинні та ін.), їх розміри, рухомість, консистенція, болючість.

М'язова система. Ступінь розвитку, гіпертрофія, атрофія м'язів (вказати яких груп), тонус, м'язова сила (динамометрія). Посмикування окремих груп м'язів, судоми (локалізація).

Кісткова система. Ступінь розвитку кісткової тканини, деформації, пропорційність розвитку кінцівок, тулуба, лицьової та мозкової частини черепа; риси обличчя - правильні, акромегалоїдні та ін., особливості (описати). Трофічні зміни зубів. Прогнатизм. Пропорційність розвитку кісток кисті, стоп; розмір взуття,

рукавиць, окружність голови (при акромегалії). Суглоби, конфігурація, рухомість, біль при пальпації, рухах, об'єм активних та пасивних рухів, контрактури, анкілози. Хода, характер її та особливості.

Огляд шиї, дослідження щитовидної залози. Колір шкіри над щитовидною залозою (звичайний, гіперемірований), пульсація судин шиї (венозна, артеріальна), набухання шийних вен. Форма, симетричність шиї, ступінь збільшення щитовидної залози (0, Ia, Ib, II, III); правої та лівої частки, характер зоба (дифузний, вузловий, змішаний), консистенція (щільний, м'який, еластичний, щільно-еластичний), характер поверхні (рівна, горбиста), рухомий, нерухомий, зв'язок зобу з оточуючими тканинами. Болючість при пальпації, при ковтанні. Обвід шиї (в см) у ділянці максимального збільшення щитовидної залози.

Серцево-судинна система. Пульс - властивості (частота, ритм) величина, напруженість, швидкість; властивості променевої артерії (звичайна, тверда, звивиста). Пульсація артерій - стоп, підколінної, стегнової артерії (не змінена, послаблена, відсутня). Стан вен кінцівок (розширення, звивистість, вузлуотворення, болючість при пальпації).

Огляд ділянки серця. Наявність випинань, пульсація. Властивості серцевого поштовху (локалізація, поширеність, резистентність). Межі відносної тупості серця, поперечник серця. Ширина судинного пучка (у см). Аускультация серця: ритм, число серцевих скорочень за хвилину (дефіцит пульсу), тони серця на верхівці, в точці Боткіна і на основі серця, їх властивості (послаблення, посилення, акцент, роздвоєння, розщеплення); наявність шумів - їх зв'язок із фазами серцевого циклу (систолічний, прото-, мезодіастолічний, пресистолічний), характеристика (нижній, грубий, музичний та ін.), точна локалізація максимального вислуховування, місце проведення. Шум тертя перикарда. Вислуховування крупних артерій (черевної аорти, ділянки ниркових та сонних артерій), вен.

Артеріальний тиск на обох руках, в горизонтальному та вертикальному положенні (особливості при наявності артеріальної гіпертензії чи гіпотензії), на ногах (при артеріальній гіпертензії для виключення коарктації аорти).

Органи дихання. Голос (чистий, тихий, сиплий, афонія). Огляд грудної клітки. Форма її (нормальна, астенична, гіперстенічна, бочковидна та ін.). Деформація грудної клітини та хребта. Вираженість над - і підключичних ямок, міжреберних проміжків при диханні. Симетричність дихальних рухів. Характер дихання (правильний, ацидотичний, Куссмауля, Чейна-Стокса, стридорозне та ін.). частота, глибина (нормальна, поверхнева, глибока).

Задишка, характер (експіраторна, інспіраторна, змішана), ступінь вираженості. Порівняльна перкусія легень, наявність зон притуплення, тупості, тимпаніту (вказати точну локалізацію, розміри). Експерсія нижнього легеневого краю. Межі легень. Аускультация легень. Характер дихання (везикулярне, послаблене, жорстке та ін.), наявність хрипів, характеристика їх (сухі, вологі, звучність, калібр), локалізація, шум тертя плеври.

Органи травлення. Порожнина рота: губи, слизова порожнини рота (колір, пігментація, ціаноз, покриття виразками, лейкоплакія, афти). Стан ясен. Язик (розмір, колір, стан сосочків, відбитки зубів, тріщини, виразки, "географічний" язик). Наявність тріщин у куточках рота. Зів та глотка: блідість, гіперемія, сухість, нальоти. Мигдалики: величина, колір (гіперемія), припухлість, нальоти, гнійні пробки.

Живіт. Форма, величина, участь в акті дихання, симетричність, наявність випинань, розширення поверхневих вен, видима перистальтика. Поверхнева пальпація: м'який, напружений (локалізація м'язової напруги, ступінь вираженості). Болісність (локальна, розлита). Симптом Щоткіна-Блюмберга. Глибока пальпація. Стан частин товстого кишечника, їх властивості (рухомість, еластичність, бурчання, болючість). Перкуторні межі печінки, розміри її по Курлову. Пальпація нижнього краю печінки, його локалізація по правій середньоключичній та стернальній лінії. Властивості краю (гострий, закруглений, рівний, щільний, болісний, безболісний), поверхні (рівна, гладенька, горбиста). Пальпація ділянки жовчного міхура. Симптоми - Кера, Ортнера, Мерфі, Менделя, Георгієвського. Селезінка: пальпується, не пальпується. Пальпація шлунка, пілородуоденальної зони, підшлункової залози. Болючість. Симптом Мейо-Робсона.

Сечовидільна система. Огляд ділянки нирок, пальпація, аускультация ділянки ниркових артерій з обох сторін. Симптом Пастернацького.

Нервова система. Розумовий розвиток (нормальний, знижений, дебільність). Міміка (характер, особливості). Рефлекси (сухожилльні, черевні, глотковий, рогівковий). Зіниці. Анізокорія. Реакція на світло.

Дермографізм, його властивості. Біль по ходу нервових стволів, корінців, спинномозкових нервів. Больова чутливість шкіри: збережена, знижена, підвищена, локалізація. Хода, її характер та особливості. Стійкість у положенні Ромберга. Тремор пальців витягнутих рук (мілкий, крупний, симетричний, асиметричний, стабільний, зникає при відволіканні уваги). Стан нервово-м'язового збудження: симптоми - Хвостика I, II, III, Труссо, Вейса, Шлезингера.

Статеві залози. Тип оволошіння. Вторинні статеві ознаки, ступінь їх розвитку. Грудні залози (нормальних розмірів, недорозвинені, відсутні). Будова зовнішніх статевих органів (правильна, порушена, характер порушення). Великі й малі статеві губи, ступінь розвитку, клітор (гіпертрофований, не збільшений), вхід у піхву, локалізація, зміни, особливості. Дані бімануального обстеження внутрішніх статевих органів. Матка - розміри (нормальна, гіпоплазована, атрофічна, збільшена); яєчники - розмір (нормальні, збільшені, збільшені обидва, один), горбисті, щільні, форма, болючість.

Розвиток мошонки, пігментація; яєчка: розташування (в мошонці, підтягнуті до пахвинного каналу, в пахвинному каналі), розмір (обвід у см), консистенція, чутливість при пальпації, аномальне розташування

ячок або яєчка; статевий член - розмір, особливість будови. Пігментація промежини. Гінекомастія. Ступінь збільшення залоз, характер часточок, болючість, наявність виділень із протоків.

Місцевий статус. З урахуванням скарг та загального обстеження може бути виділений підрозділ "Місцевий статус", де описуються об'єктивні зміни окремого органу чи частини тіла (наприклад, зовнішніх та внутрішніх геніталій при порушенні статевого диференціювання, ноги при гангрені та ін.).

Попередній діагноз та його стисле обґрунтування (до пункту 7)

На основі скарг або даних об'єктивного обстеження хворого виділяється провідна скарга чи об'єктивна ознака хвороби (наприклад, біль ділянці серця, швидка втрата маси тіла, біль у попереку, аменорея, безпліддя, спрага, набряки тіла, миготлива аритмія, гепатомегалія, бронзовий колір шкіри), які не тільки є ведучими, але і зустрічаються порівняно рідко. В тому випадку, коли у хворого на основі скарг та об'єктивного обстеження виявляється не один, а ряд провідних симптомів, які можуть бути об'єднані патогенетично, формується синдром. Таким чином, в основу попереднього діагнозу може бути взятий як симптом, так і синдром. Наприклад, відсутність місячних, ріст волосся у жінки по чоловічому типу складає поняття вірильного синдрому; загальна слабкість, втома, зниження працездатності, дратливість, нервовість - астено-невротичний синдром; похудіння при доброму апетиті і нормальному харчуванні, погана адаптація до тепла, загальна пітливість - синдром підвищеного основного обміну і та ін.

Таким чином, на основі провідних скарг, об'єктивних змін за даними фізичного обстеження, того чи іншого синдрому ставиться попередній діагноз - основний, супутній та ускладнення з урахуванням яких намічається план додаткових (інструментальних, біохімічних, рентген-радіологічних та ін.) обстежень, включаючи необхідні консультації суміжних спеціалістів (терапевта, ЛОР, окуліста та ін.). Після отримання результатів додаткових методів обстеження проводиться диференційний діагноз.

Диференційний діагноз (до пункту 8)

Диференційний діагноз ґрунтується на пошуку різниці між даним захворюванням та всіма можливими в даному випадку. Використовуються тільки дані, які здобуті при обстеженні. Послідовність викладення цього розділу має бути наступною.

1. Визначається ведучий симптом, симптомокомплекс або синдром (він може бути клінічним, параклінічним, змішаним), який не повинен бути надто загальним, тому що в такому випадку чимало захворювань повинно бути залучено для диференціації. Більш швидка диференціація можлива тільки тоді, коли в її основі не один ізольований симптом, а сполучення симптомів - симптомокомплекс.

2. Перераховуються всі ті захворювання, для яких цей симптом (синдром) є загальним.

3. Описується послідовно схожість та відмінності (як по числу збіжних симптомів, так і по їх характеру) порівнювальних захворювань (даного та можливого).

4. На основі порівняння виділяються захворювання, які мають найбільшу схожість та найменші відмінності з картиною хвороби і з урахуванням параклінічних обстежень обґрунтовується заключний основний діагноз згідно прийнятої сучасної класифікації.

ПЕРЕЛІК ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ МАЮТЬ ОДНАКОВІ СИМПТОМИ З ЕНДОКРИННИМ ХВОРОБАМИ

Цукровий діабет

По спразі й поліурії

Нецукровий діабет

Хвороби нирок (хронічний пієлонефрит, нефрит у фазі вимушеної поліурії)

Гіперпаратиреоз

Гіперальдостеронізм

Психогенна полідипсія

По гіперглікемії

Хвороба й синдром Іценка-Кушінга

Акромегалія

Феохромоцитома

Тиреотоксикоз

Захворювання підшлункової залози

Захворювання печінки

Гемохроматоз

Захворювання нервової системи

Аліментарна гіперглікемія

По глюкозурії

Ниркова глюкозурія

Синдром Де-Тоні-Дебре-Фанконі

Глюкозурія вагітних

Аліментарна глюкозурія

2. Тиреотоксикоз

Окремі симптоми, подібні до тиреотоксикозу, бувають при:

Нейроциркуляторна дистонія (вегетоневроз)
Міокардит
Туберкульоз
Клімактеричний синдром

Синдром тиреотоксикозу спостерігається при таких захворюваннях і станах:

Дифузний токсичний зоб
Тиреотоксична аденома щитовидної залози
Тиреоїдити
а. підгострий
b. автоімунний
Надлишкова продукція тиреотропного гормону (пухлина гіпофіза)
Рак щитовидної залози
Екзогенне введення тиреоїдних гормонів
Надлишок прийому йоду (йод-базедов)

Миготлива аритмія

1. Тиреотоксикоз
2. Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору
3. Міокардіосклероз (атеросклеротичний і післяінфарктний)
4. Міокардити
5. Дилатаційна кардіопатія

3. Гіпотиреоз

Набряковий синдром

Гіпотиреоз
Захворювання нирок
Захворювання серцево-судинної системи
Захворювання печінки
Синдром Пархона (синдром надлишкової продукції антидіуретичного гормону)
Алергічні набряки

Надлишкова маса тіла

Аліментарно-конституціональне ожиріння
Нейроендокринне ожиріння
Дифузно-церебральне ожиріння
Ендокринно-метаболічне ожиріння
Змішаний тип

Сухість шкіри

Іхтіоз

Блідість, сонливість, загальмованість

Анемія
Енцефаліт
Атеросклероз судин головного мозку
Первинний чи вторинний гіпотиреоз

4. Підгострий тиреоїдит

Біль в області передньої поверхні шиї

Підгострий тиреоїдит
Гострий тиреоїдит
Крововилив у щитовидну залозу
Медіастиніт
Хондроперихондрит
Паротит
Запальні захворювання (ангіна, тонзиліт, фарингіт, ларингіт)
Патологія хребта і шийний міозит

5. Хвороба Аддісона (гіпокортицизм)

Гіперпигментація шкіри

Інсоляція
Гемохроматоз
Пелагра
Тиреотоксикоз, пігментна форма
Склеродермія
Хронічне отруєння солями важких металів (свинець, ртуть, срібло, миш'як)
Acanthosis nigricans

Слабкість, гіпотонія, зниження маси тіла

Гіпотонічна хвороба
Гіпопітуїтаризм
Нервова анорексія
Злоякісні новоутворення
Хронічний панкреатит
Виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки
Первинний чи вторинний гіпокортицизм

Хвороба Іценка-Кушінга (гіперкортицизм)

Ожиріння

Аліментарно-конституціональне
Пубертатний диспітуїтаризм
Гірсутний синдром

Синдром Штейна-Левенталя

Аренобластома
Первинний чи вторинний гіперкортицизм

Ожиріння

1. Аліментарно-конституціональне
2. Нейроендокринне:
 - по типу Іценка-Кушінга
 - адипозогенітальна дистрофія
 - хвороба Баракер-Сімонса
3. Дифузно-церебральне
4. Ендокринно-метаболічне:
 - гіпотиреоїдне
 - наднирикове
5. Змішаний тип ожиріння

Орієнтовний план обстеження хворого в залежності від діагнозу (до пункту 9)

Цукровий діабет

1. Аналіз крові загальний.
2. Аналіз сечі загальний. За показаннями: аналіз сечі за Нечипоренко, Адісом-Каковським.
3. Аналіз крові на цукор (натщесерце).
4. Аналіз добової сечі на цукор (добова глюкозурія), ацетон сечі, мікроальбумінурія, добова протеїнурія (за показаннями).
5. Дослідження глікемічного й глюкозуричного профілю.
6. Біохімічне дослідження крові: жировий обмін (загальні ліпіди, ліпопротеїди, тригліцериди, холестерин), білковий обмін (загальний білок, білкові фракції), електроліти, показники функції печінки (білірубін, сулемова й тимолова проби, активність трансаміназ), показники функції нирок (сечовина, креатинін у крові, проба Зимницького, клубочкова фільтрація, канальцева реабсорбція, ізотопна ренографія), коагулограма.
7. Кислотно-лужний баланс, молочна і пірвіноградна кислоти у крові, осмолярність, рН крові (за показаннями).
8. ЕКГ. За показаннями: велоергометрія, визначення центральної й периферичної гемодинаміки.
9. УЗД дослідження печінки, підшлункової залози (за показаннями рентгеноскопія, - графія органів черевної порожнини).
10. Капіляроскопія нігтьового ложа пальців рук і ніг, реовазографія ніг, швидкість розповсюдження пульсової хвилі, біомікроскопія кон'юнктиви
11. Доплерографія судин ніг.
12. Консультація невропатолога, окуліста, хірурга. За показаннями: гінеколога, стоматолога та інших спеціалістів.

Захворювання щитовидної та паращитовидних залоз

1. Аналіз крові й сечі загальний.
2. Біохімічне дослідження крові: жировий обмін, білковий обмін, електроліти крові (за показаннями: дослідження функції печінки, нирок, "ревмопроби", коагулограма тощо).
3. Дослідження імунологічного статусу: антитиреоїдні антитіла (за показаннями).
4. Визначення у крові рівня гормонів: тироксину, трийодтироніну, тиротропіну. Проба з тиротропіном (за показаннями).
5. Визначення основного обміну.
6. Сканування щитовидної залози, визначення швидкості поглинання I¹³¹ щитовидною залозою.
7. Ультразвукове дослідження щитовидної залози.
8. Пункційна біопсія щитовидної залози.

9. Аналіз крові на цукор (за показаннями ОТТГ – цукрова крива).
10. ЕКГ. За показаннями: дослідження гемодинаміки, велоергометрія, ехокардіо-графія та інші дослідження.
11. Рентгеноскопія, -графія грудної клітки (за показаннями: рентгеноскопія за грудинного простору з контрастуванням стравоходу, рентгенографія за грудинного простору, турецького сідла).
12. Консультація окуліста, невропатолога, (за показаннями: хірурга, ЛОР-спеціаліста та ін.).
13. Визначення у крові рівня кальцитоніну (за показанням, при можливості).
14. Визначення лужної фосфатази у крові.
15. Визначення рівня кальцію у сечі (проба Сулковича).

Захворювання надниркових залоз (хвороба Аддісона, синдром Іценка-Кушінга, феохромоцитом, синдром Кона, адреногенітальний синдром)

1. Аналіз крові й сечі загальний.
2. Аналіз крові на цукор (за показаннями ОТТГ).
3. Біохімічне дослідження крові: жировий і білковий обмін, дослідження функції печінки, нирок.
4. Визначення рівня гормонів надниркових залоз у крові.
5. Визначення екскреції 17-КС, 17-ОКС, катехоламінів, ванілілмгдалевої кислоти, альдостерону із сечею.
6. Електролітний склад крові (калій, натрій, кальцій, хлор, фосфор тощо).
7. Кислотно-лужний баланс крові.
8. Імунологічні дослідження крові: антитіла до тканини надниркових залоз.
9. Рентгенологічні дослідження: рентгенографія черепа з прицілом на турецьке сідло, кистей рук, комп'ютерна томографія.
10. УЗД надниркових залоз, інших органів.
11. ЕКГ (за показаннями: дослідження гемодинаміки).
12. Консультація окуліста, невропатолога (за показаннями інших спеціалістів).
13. При приступі, підвищенні АТ: аналіз крові на лейкоцити, еозинофіли, цукор; аналіз сечі на ванілілмгдалеву кислоту, цукор (підозра на феохромоцитому).
14. Проби: із дексаметазоном (мала і велика), тропафеном (реджитином), верошпіроном, кортикотропіном (АКТГ).
15. Туберкулінові проби (за показаннями рентгенографія легень).

Захворювання гіпоталамо-гіпофізарної системи (хвороба Іценка-Кушінга, акромегалія, гіпотітаризм, нецукровий діабет, затримка росту та статевого розвитку, пубертатний дисгітаризм)

1. Аналіз крові й сечі загальний.
2. Аналіз крові на цукор (за показаннями ОТТГ).
3. Біохімічне дослідження крові: жировий і білковий обмін, дослідження функції печінки, нирок, електроліти у крові.
4. Визначення рівня гормонів гіпофіза у крові: АКТГ, СТГ, ТТГ, ФСГ, ЛГ.
5. Діагностичні проби: із хоріогоніном, кортикотропіном, тиротропіном, дексаметазоном.
6. Аналіз крові на статевий хроматин.
7. Аналіз сечі на 17-КС, 17-ОКС, альдостерон, гонадотропіни, естрогени.
8. Дослідження сечі за Зимницьким.
9. ЕКГ, ЕЕГ, ЕхоЕГ.
10. Рентгенографія черепа з прицілом на турецьке сідло, кистей рук (зони росту, остеопороз тощо), оксигеносупраренографія, комп'ютерна томографія.
11. Радіоізотопне та УЗД дослідження щитовидної залози.
12. УЗД дослідження надниркових залоз, яєчників.
13. Обстеження шлунково-кишкового тракту (кислотність шлункового соку, активність ферментів, ФГДС).
14. Консультація окуліста (очне дно, поля зору), невропатолога, нейрохірурга, гінеколога, уролога.
15. Проби: із дексаметазоном (мала і велика), АКТГ.

План лікування (до пункту 10)

Обґрунтовується лікування хворого з урахуванням особливостей клінічного перебігу захворювання, ступеня тяжкості, віку, наявності ускладнень і супутніх захворювань, переносимості і побічної дії ліків. Лікування включає дієту, режим, медикаментозні засоби, фізіотерапевтичні процедури, ЛФК. Потрібно виділити лікування основного захворювання, його ускладнень і супутніх захворювань, прагнути уникати поліпрагмації.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ПОБУДОВИ ДІАГНОЗУ ПРИ ЕНДОКРИННІЙ ПАТОЛОГІЇ ТА ПРИКЛАДИ ЇХ ФОРМУЛЮВАННЯ
Цукровий діабет

При побудові діагнозу цукрового діабету після назви хвороби вказується патогенетичний тип (тип 1 чи тип 2), ступінь тяжкості (легка, середня, тяжка), стан компенсації (компенсований, субкомпенсований, декомпенсований), гострі ускладнення (прекома, кома). Доцільно вказати особливості перебігу: лабільний або інсулінорезистентний, схильність до гіпоглікемій; етіопатогенетичні особливості: гіпофізарний, стероїдний та інші варіанти. Вказуються ускладнення ЦД: мікро- і макроангіопатії, діабетична полінейропатія, ураження інших органів і систем. При ураженні окремих органів необхідно вказати вираженість ураження, функціональний стан.

Діагноз супутніх захворювань формулюється згідно їх класифікацій.

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Цукровий діабет типу 2, середньої тяжкості, у стадії компенсації. ІХС. Післяінфарктний (1990) і атеросклеротичний кардіосклероз. Миготлива аритмія, тахісistolічна форма. ХНК II-A ст. Склероз судин головного мозку.

Цукровий діабет типу 1, тяжка форма, у стадії субкомпенсації. Діабетична нефропатія III стадія, діабетична ретинопатія II стадія. Діабетична дистальна сенсорна полінейропатія ніг, явна стадія.

Аденома гіпофіза. Акремегалія. Вторинний цукровий діабет, тяжка форма, стадія декомпенсації.

Цукровий діабет типу 2, легка форма, стадія компенсації. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок II стадія. Діабетична дистальна полінейропатія ніг, початкова стадія. Ожиріння II ступеня., аліментарно-конституціонального генезу. Стабільний перебіг.

Тиреотоксичний зоб

При формулюванні діагнозу "тиреотоксичний зоб" необхідно вказати форму (дифузний, вузловий, змішаний), ступінь збільшення щитовидної залози, тяжкість перебігу тиреотоксикозу (легка, середня, тяжка), наявність ускладнень тиреотоксикозу (кардіоміопатія, офтальмопатія, енцефалопатія та інші), їх ступінь тяжкості і функціональний стан уражених внутрішніх органів.

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Дифузний токсичний зоб III ступеня, середньої тяжкості в стадії декомпенсації. Тиреотоксична офтальмопатія I стадія.

Змішаний токсичний зоб III ступеня, тяжка форма, у стадії компенсації. Тиреотоксична кардіоміопатія, миготлива аритмія, ХНК II-A ст.

Дифузний токсичний зоб II ступеня, тяжка форма, у стадії декомпенсації. Тиреотоксична офтальмопатія III стадія Тиреотоксична енцефалопатія, важка форма.

Гіпотиреоз

Формулюючи діагноз, необхідно вказати нозологічну форму (первинний гіпотиреоз - після запального процесу, струмектомії, ідіопатичний тощо; вторинний гіпотиреоз), ступінь тяжкості (легка, середня, тяжка), ускладнення, їх вираженість.

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Первинний гіпотиреоз (після тироїдектомії), середньої тяжкості, у стадії декомпенсації. Гіпотиреоїдна міокардіодистрофія. ХНК 0 ст.

Первинний гіпотиреоз, ідіопатичний, тяжка форма. Гіпотиреоїдна міокардіодистрофія, ХНК II Б ст. Гідроперикард. Жовчнокам'яна хвороба.

Автоімунний тиреоїдит, гіпертрофічна форма. Дифузний зоб III ступеня Гіпотиреоз, легка форма.

Синдром Шисна: вторинний гіпотиреоз середньої тяжкості, вторинна аменорея, вторинний гіпокортицизм середньої тяжкості.

Тиреоїдити

Формулювання розгорнутого клінічного діагнозу повинно включати назву нозологічної форми (гострий, підгострий, автоімунний тиреоїдит тощо), функціональний стан щитовидної залози (еутиреоз, гіпотиреоз, тиреотоксикоз). При збільшенні щитовидної залози – характер і ступінь збільшення залози.

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Гострий гнійний тиреоїдит. Еутиреоз.

Підгострий тиреоїдит. Тиреотоксикоз легкого ступеня.

Аутоімунний тиреоїдит, атрофічна форма. Гіпотиреоз середньої тяжкості. Синдром Ван Віка - Хенеса - Росса.

Хвороба й синдром Іценка-Кушінга

При побудові клінічного діагнозу необхідно вказати форму гіперкортицизму (хвороба або синдром Іценка-Кушінга), локалізацію характеру процесу при синдромі Іценка-Кушінга (надниркове, позанадниркове ураження, ятрогенний гіперкортицизм тощо), ступінь важкості, стадію хвороби, наявність ускладнень (нефролітіаз, патологічні переломи кісток, некоронарогенні ураження міокарда, серцева, недостатність, стероїдний цукровий діабет тощо).

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Хвороба Іценка-Кушінга, тяжка форма, розгорнута стадія. Патологічна компресія II-IV поперекових хребців із радикулярним синдромом. Симптоматична артеріальна гіпертензія II ст., ХНК I ст.

Синдром Іценка-Кушінга з локалізацією пухлини у лівому наднирнику залозі, гіперкортицизм тяжкого ступеня. Нефролітіаз. Стан після перенесеного порушення мозкового кровообігу.

Синдром Іценка-Кушінга - ятрогенний гіперкортицизм середньої тяжкості внаслідок терапії глюкокортикоїдами. Стероїдна кардіоміопатія, артеріальна гіпертензія II ст., ХНК II-A ст. Стероїдний цукровий діабет, легка форма, у стадії компенсації.

Хронічна недостатність надниркових залоз

Розгорнутий клінічний діагноз повинен включати в себе назву нозологічної форми (первинна, вторинна), ступінь тяжкості (легка, середня, тяжка), стан компенсації (компенсована, субкомпенсована, декомпенсована) і відобразити етіологію захворювання.

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Хвороба Аддісона середньої тяжкості, у стадії субкомпенсації, туберкульозної етіології.

Хронічна недостатність надниркових залоз, важка форма, у стадії декомпенсації, автоімунного генезу. Аддісононічна криза.

Вторинний ятрогенний гіпокортицизм (легка форма, у стадії компенсації).

Гіпопітуїтаризм, стан після видалення аденоми гіпофіза: вторинний гіпокортицизм середньої тяжкості, субкомпенсований; вторинний гіпотиреоз середньої тяжкості, субкомпенсований; гіпогонадізм середньої тяжкості.

Ожиріння

При формулюванні діагнозу необхідно вказати форму ожиріння (аліментарно-конституціональне, нейроендокринне, симптоматичне тощо), ступінь ожиріння (I-IV), фазу ожиріння (прогресуюча, стабільна), ураження органів і систем.

Приклади формулювання клінічного діагнозу.

Аліментарно-конституціональне ожиріння III ступеня, прогресуючий перебіг. Міокардіодистрофія. ХНК I ст.

Гіпоталамічне ожиріння IV ст., стабільна фаза. ІХС, атеросклеротичний мікардіокардіосклероз. СН II ст. Хронічний калькульозний холецистит, фаза ремісії.