

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ФАРМАЦЕВТИЧНІ ТА МЕДИЧНІ НАУКИ:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ»**

12–13 квітня 2019 р.

Дніпро
2019

УДК 61(063)
Ф24

Ф24 Фармацевтичні та медичні науки: актуальні питання : Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (м. Дніпро, 12–13 квітня 2019 р.). Дніпро : Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019. 88 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції **«Фармацевтичні та медичні науки: актуальні питання»**. Розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Усі матеріали подаються в авторській редакції.

УДК 61(063)

© Організація наукових медичних досліджень «Salutem», 2019

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРЕТИЧНА МЕДИЦИНА: СУЧАСНІ ПРІОРИТЕТИ РОЗВИТКУ

ВІКОВІ ОСОБЛИВОСТІ СКОРОЧУВАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ
ДЕТРУЗОРА ЩУРІВ

Глоба В. Ю., Божок Г. А., Легач Є. І., Глоба Д. В., Дунаєва О. В. 6

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ НАТУРОПАТІЇ
ЯК ОДНОГО ІЗ НАПРЯМКІВ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Костишин Л. В. 9

СТРУКТУРА ЦИРКАДІАННИХ ХРОНОРИТМІВ ПОКАЗНИКІВ
ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ГОМЕОСТАЗУ В ЕРИТРОЦИТАХ БІЛИХ ЩУРІВ

Степанчук В. В. 11

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

COMPLEX LOCAL TREATMENT OF ONIHYMYCOSES OF THE FEET

Gayevska M. Yu., Mudriak L. V., Basista O. L., Klimuk A. V. 17

РОЛЬ БІОЛОГІЧНИХ МАРКЕРІВ У СИНДРОМІ ГІЙЄНА-БАРРЕ

Глянцев П. П., Кошиль М. С. 19

КЛІНІЧНИЙ РОЗБІР ПАЦІЄНТА З САРКОЇДОЗОМ

Веремієнко О. В., Скляр Т. О., Гуцал К. В. 23

ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСКООРДИНАЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Лазуренко В. В., Звягина Н. Ю. 25

КЛІНІЧНІ ТА ЕЛЕКТРОМІОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ
СИНДРОМУ ПОЛІНЕЙРОПАТІЇ У ХВОРИХ
З ЛЕГЕНЕВОЮ ФОРМОЮ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ібрагімова О. Л., Гелетка О. О. 29

РОЛЬ ІМУННОЇ ЛАНКИ ТА ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ
В ПАТОГЕНЕЗІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧОЇ
СТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

Каліновська О. І., Старкова І. В., Білий Є. Є. 31

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ОСЛОЖНЁННЫЙ
ДЕСТРУКТИВНЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ПЕРФОРАЦИЯМИ
ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Капшитарь А. В. 35

ПСИХОАНАЛІТИЧНА БЕСІДА ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД Карвацька Н. С.....	41
МОНІТОРИНГ ЕТІОЛОГІЧНОЇ СТРУКТУРИ ФАРИНГІТІВ Коваленко Н. І., Замазій Т. М., Новікова І. В., Тараненко Г. П.....	46
ОСОБЛИВОСТІ ЗАТОСУВАННЯ РІЗНИХ МІСЦЕВИХ АНЕСТЕТИКІВ ЕПІДУРАЛЬНО ДЛЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЗНЕБОЛЕННЯ ТА ВІДНОВЛЕННЯ МОТОРНО-ЕВАКУАТОРНОЇ ФУНКЦІЇ КИШЕЧНИКА ПІСЛЯ АБДОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ Котко О. М., Ліпич О. П.....	49
СПІНАЛЬНО-ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНА АНЕСТЕЗІЯ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА Заїка О. Д., Волкова Ю. В., Лантухова Н. Д.	52
SEX HORMONES' INFLUENCE ON THE LIPID METABOLISM IN PATIENTS WITH ISCHEMIC HEART DISEASE ASSOCIATED WITH CLIMASTERIC DISORDERS Brek V., Kravtsova V., Malikova E.	54
КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА АДЕКВАТНОСТІ НЕЙРОПРОТЕКЦІЇ В УМОВАХ СПОНТАННОГО АБО АНЕВРИЗМАТИЧНОГО СУБАРАХНОЇДАЛЬНОГО КРОВОВИЛИВУ Полковнікова К. Ю.	60
ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ГІПЕРБАРИЧНОЇ ОКСИГЕНАЦІЇ ТА ОЗОНОТЕРАПІЇ ПРИ ХРОНІЧНИХ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЛЕГЕНЬ Попад'їна Г. А., Рвачова Г. С., Станін Д. М.	63
РЕБАМІПІД ЯК ФАКТОР ЗМІНИ РІВНЯ ЦИРКУЛЮЮЧОГО ПРОСТАГЛАНДИНУ E ₂ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ХВОРОБУ НИРОК II-III СТАДІЇ НА ТЛІ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВОГО УРАЖЕННЯ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ Піддубна А. А., Вівсянник В. В.....	65
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ АНТИГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГАСТРИТ З ЕРОЗІЯМИ, АСОЦІЙОВАНИЙ З HELICOBACTER PYLORI Смирнова О. В., Бардах Л. Б., Афендікова Г. П., Шипович Ю. В.....	70

НАПРЯМ 3. ФАРМАЦЕВТИЧНА НАУКА: СУЧАСНІСТЬ ТА МАЙБУТНЄ

МЕТА-АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ Баліцька О. П., Артемчук М. А., Кульчиковська О. М.	72
--	----

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ГРУПП БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ВАЛЕРИАНЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ КОРНЕВИЩ С КОРНЯМИ В СОСТАВЕ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ДОБАВОК МЕТОДОМ ТОНКОСЛОЙНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ	
Поспелова А. А., Малкова Т. Л., Карпова Л. Н., Сахратов В. А.	75
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ВЭЖХ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ АНТИАРИТМИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА МОНОМЕКАИНА В БИОЛОГИЧЕСКИХ ОБЪЕКТАХ	
Саидов Н. Д., Малкова Т. Л., Карпенко Ю. Н.	80
ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС ПРИ ПІДГОТОВЦІ ПРОВІЗОРІВ	
Хмельникова Л. І., Більчук В. С.	83

2. Виноградова О.П. Компоненты антиоксидантной защиты при воспалительных заболеваниях органов малого таза в гинекологии [Текст] / О. П. Виноградова, М. Н. Кузнецова // Мать и дитя: Матер. VII Регионального научного форума. – Геленджик, 2014. – С. 192–193.
3. Иванов В. Л., Шульга Л. В., Яковлев А. П., Иванов А. В. Информативность и корреляционные связи интерлейкинов на местном уровне при остром сальпингоофорите // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация, 2013. – № 11 (154). – С. 172–176.
4. Особенности иммунологической резистентности организма у больных с сальпингоофоритом [Текст] / С.С. Даташвили, В.Б. Цхай, Т.А. Макаренко, П.В. Сарап // Мать и дитя: матер. I Регионального научного форума. – Казань, 2007. – С. 222.
5. Mitchell C. Acute salpingitis: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment / C. Mitchell, M. Prabhu // Infect. Dis. Clin. North. Am. – 2013, Dec. – Vol. 27(4). – P. 793–809.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЙ ЯЗВЕННЫЙ КОЛИТ, ОСЛОЖНЁННЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ПЕРФОРАЦИЯМИ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

КАПШИТАРЬ А. В.

*доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры хирургии и анестезиологии факультета
последипломного образования*

*Запорожский государственный медицинский университет
г. Запорожье, Украина*

Актуальность. Неспецифический язвенный колит (НЯК) – хроническое язвенно-некротическое поражение слизистой и подслизистой оболочки ободочной и прямой кишки [4, с. 5; 6, с. 75; 9, с. 703]. Ограниченное поражение ободочной кишки при НЯК встречается у 4–10% больных [2, с. 76]. Эпидемиологические исследования последнего

времени свидетельствуют, что заболеваемость НЯК в Европе составляет 25–100 случаев на 100 тыс. населения, а в Украине – 25–40 случаев на 100 тыс. населения [7, с. 116]. Количество пациентов с этим тяжёлым заболеванием неуклонно возрастает [1, с. 93; 10, с. 573]. Развитие местных осложнений НЯК в виде перфорации, перитонита, инфильтрата и абсцесса брюшной полости, кровотечения, стриктур, кишечной непроходимости, токсической дилатации кишечника, малигнизации представляет весьма значительную опасность для больных [3, с. 200; 4, с. 8; 7, с. 116; 9, с. 704].

Развитие двух острых хирургических заболеваний встречается весьма редко, возможны диагностические ошибки даже во время оперативного вмешательства, т.к. внимание хирурга концентрируется на одном из заболеваний, а второе заболевание может быть просмотрено [2, с. 76–77]. Подобная ситуация чревата опасным для жизни пациента послеоперационным перитонитом, поэтому необходима тщательная ревизия органов брюшной полости после выявления основного заболевания [5, с. 56]. В открытой печати нами обнаружено единственное клиническое наблюдение острого деструктивного аппендицита в сочетании с перфорацией хронической язвы ректосигмоидного отдела ободочной кишки при НЯК лишь в одной публикации, что позволяет его отнести к казуистике [2, с. 76–77].

Цель исследования: акцентировать внимание хирургов на возможности развития сочетанных осложнений неспецифического язвенного колита в виде деструктивного аппендицита и перфораций ободочной кишки в процессе лечения больной с острой гнойной хирургической патологией.

Материал и методы. Больная Т., 68 лет, № ист. болезни 276 госпитализирована 27.01.2010 г. в 14-30 в хирургическое гнойное отделение КП «Городской клинической больницы № 2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, с жалобами на боли, онемение, отёк и гиперемию левой стопы. Впервые 1 неделю назад возникли и стали прогрессировать выше перечисленные жалобы. Не лечилась. Самостоятельно обратилась в хирургическое отделение. Оперирована в 2005 году по поводу синдрома диабетической стопы, гангрены 2 пальца

правой стопы: выполнена экзартикуляция 2 пальца правой стопы с резекцией головки 2 плюсневой кости. В 2005 году перенесла острый инфаркт миокарда. Страдает гипертонической болезнью.

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см. Вес 85 кг. Температура тела 36,4° С. Пульс 80 уд/мин. АД 120/70 мм.рт.ст. ЧДД 16 в 1 мин. 2 палец левой стопы отёчный, гиперемизированный с распространением на всю стопу. На основной фаланге свищевой ход 2х2 мм с наличием скудного серозного отделяемого. При пальпации умеренная болезненность, тактильная и болевая чувствительность снижены. Пульс на подколенной артерии резко ослаблен, на задней большеберцовой артерии – не определяется. Общий анализ крови: Нб 106 г/л, Ег $3,58 \times 10^{12}$ /л, L $5,7 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 6%, сегментоядерные 65%, лимфоциты 21%, моноциты 8%. СОЭ 10 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1012, сахар 0,5%, лейкоциты 7-8 в поле зрения, эпителий плоский 10–18 в поле зрения и почечный – 1–2, цилиндры гиалиновые 1–2. Глюкоза крови 6,2 ммоль/л. Диагноз «Синдром диабетической стопы, смешанная форма. Остеомиелит 2 пальца левой стопы, свищевая форма. Диабетическая нефропатия».

Результаты исследования. После записи ЭКГ пациентка осмотрена терапевтом: ИБС. Стенокардия напряжения 3 функциональный класс. Постинфарктный (2005 г.) кардиосклероз. Хроническая аневризма сердца. СН II А-Б ст. Гипертоническая болезнь 3 степени, очень высокий риск. На рентгенограмме левой стопы по наружному краю средней фаланги 2 пальца выявлен периостит. Заключение: остеомиелит 2 пальца левой стопы. Получала линкомицин, реосорбилакт, 5% раствор глюкозы, раствор Рингер-Локка, вазонит, аспикард, 25% раствор сернокислой магнезии на физ. растворе, манинил, перевязки.

С 04.02.2010 г. состояние больной становится тяжёлым, появился жидкий стул по 5 раз в сутки. В дальнейшем присоединились не локализованные периодические боли в животе, а с 06.02.2010 г. – стали нарастать. К 07.02.2010 г. на фоне нарастающей сердечной недостаточности появился срыв сердечного ритма и умеренные боли по всему животу постоянного характера, сухость во рту. Пульс 120 уд/мин.

АД 110/70 мм.рт.ст. ЧДД 20 в 1 мин. Температура тела 36,0° С. ЦВД 30 см. вод ст. Живот равномерно увеличен, мягкий, болезненный на всём протяжении без симптомов раздражения брюшины. Перистальтика кишечника удовлетворительная. Общий анализ крови: Нб 122 г/л, Ер $3,6 \times 10^{12}$ /л, L $25,5 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 33%, сегментоядерные 61%, лимфоциты 2%, моноциты 4%. СОЭ 46 мм/час. Общий анализ мочи: удельный вес 1015, сахар 0,5%, лейкоциты 4–7 в поле зрения, эритроциты неизменённые 3–6, эпителий плоский 2–4 в поле зрения и почечный – 2–3, цилиндры гиалиновые 3–6, реакция на ацетон слабо положительная. Глюкоза крови 14,0 ммоль/л. Начата коррекция системных нарушений. К 08.02.2010 г. у больной диагностирован перитонит неясной этиологии. Основание: жалобы на боли в животе, тошноту, слабость. Язык сухой. Живот резко вздут, болезненный во всех отделах, напряжённый с положительным симптомом Щёткина-Блюмберга в нижней половине. Перистальтика кишечника не определяется. Газы не отходят, стул задержан. Общий анализ крови: Нб 120 г/л, Ер $3,84 \times 10^{12}$ /л, L $30,8 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 23%, сегментоядерные 67%, лимфоциты 9%, моноциты 1%. Токсическая зернистость нейтрофилов +++.

После предоперационной подготовки 08.02.2010 г. в 9–40 выполнена неотложная операция: срединная лапаротомия. Во всех отделах брюшной полости 500,0 мл мутного выпота. Тонкий и толстый кишечник резко увеличенные в диаметре, в просвете газ и иное кишечное содержимое. Отёк и гиперемия стенки нисходящей ободочной кишки и сигмовидной с распространением на их брыжейки. Стенка правой половины поперечной ободочной кишки и печёночный угол также отёчные и гиперемизированные и рыхло прикрыты воспалённым большим сальником с налётами плёнок фибрина. Отступя 40 см от илеоцекального угла и проксимальнее на протяжении 40 см выявлены отёк и гиперемия стенки терминального отдела тонкой кишки с петехиальными кровоизлияниями. После рассечения париетальной брюшины латеральнее слепой кишки обнаружен червеобразный отросток длиной 8 см, у основания увеличен до 2 см, отёчный и напряжённый с каловым камнем в средней трети. Выполнена ретроградная аппендэктомия с погружением культи в

кисетный и Z-образный швы. Санация брюшной полости. Через контраппертуру в правой подвздошной области в заднее дугласово пространство введены 2 полихлорвиниловых дренажа. Рана в передней брюшной стенке послойно ушита. Послеоперационный диагноз «Болезнь Крона терминального отдела тонкого кишечника. Вторичный флегмонозный аппендицит. Диффузный гнойно-фибринозный перитонит». В палате интенсивной терапии продолжена многокомпонентная интенсивная терапия. Состояние оставалось крайне тяжёлым и, несмотря на продолженную интенсивную терапию, прогрессивно ухудшалось, а 09.02.2010 г. в 10–25 больная умерла.

При патологоанатомическом вскрытии диагностирован неспецифический язвенный колит с наличием острых и подострых эрозий, язв, микрополипоз всех отделов толстого кишечника. Фоновым заболеванием был сахарный диабет, облитерирующий склероз и гиалиноз артерий конечностей, остеомиелит левой стопы. Осложнениями неспецифического язвенного колита были флегмонозно-язвенный аппендицит и микроперфорации острых язв, разлитой фибринозно-гнойный перитонит. Следствием тяжёлой эндогенной интоксикации, вызвавшей полиорганную недостаточность, стали геморрагические некрозы центрлобулярных гепатоцитов, мозаичные некрозы эпителия канальцев почек, острые эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки. Дисметаболическая энцефалопатия проявлялась мозаичными селективно-нейронными, неполными некрозами нейронов полушарий и ствола мозга, набуханием и отёком головного мозга, аксиальной дислокацией полушарий, вклиниванием продолговатого мозга в затылочно-шейную дуральную воронку. Были уточнены морфологические изменения при ИБС (стенозирующий до 50% атерокальциноз передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии, до 25% – её огибающей ветви, постинфарктный кардиосклероз 2х2 см по передне-боковой стенке левого желудочка).

Обсуждение.

Выводы:

1. Диагностика неспецифического язвенного колита была впервые осуществлена лишь на аутопсии.

2. Клиническое течение неспецифического язвенного колита осложнилось крайне редким сочетанием двух осложнений – флегмонозно-язвенным аппендицитом и микроперфорациями ободочной кишки.

3. Показания к неотложной лапаротомии в связи с объективными и субъективными факторами были запоздалыми несмотря на лечение в хирургическом отделении по поводу синдрома диабетической стопы, остеомиелита основной фаланги 2 пальца левой стопы, свищевой формы.

Использованная литература:

1. Випадок успішного лікування хворої з ускладненою формою неспецифічного виразкового коліту / І.В. Кандаурова, Я.С. Фелештинський, Т.Ю. Пилипенко [та ін.] // Хірургія України. – 2015. – № 3. – С. 93–96.
2. Гусейнов А.Х. Острый деструктивный аппендицит в сочетании с перфорацией хронической язвы ректосигмоидного отдела толстой кишки / А.Х. Гусейнов, И.А. Алиев, Э.Я. Ачабеков // Хирургия. – 2009. – № 5. – С. 76–77.
3. Клиническая колопроктология / П.Г. Кондратенко, Н.Б. Губергриц, Ф.Э. Элин, Н.Л. Смирнов. – Харьков: Факт, 2006. – 385 с.
4. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных язвенным колитом / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, Д.И. Абдулганиева [и др.]. – М., 2013. – 22 с.
5. Магдиев Т.Ш. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии / Т.Ш. Магдиев, Н.В. Северенко // Хирургия. – 1999. – № 6. – С. 54–56.
6. Наказ № 90 від 11.02.2016 р. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при запальних захворюваннях кишечника // Збірник нормативно-директивних документів з охорони здоров'я. – 2016. – № 6. – С. 71–77.
7. Сучасні принципи діагностики, фармакотерапії та хірургічного лікування виразкового коліту / М.П. Захараш, О.І. Пойда, М.Д. Кучер [та ін.] (протокол № 1229/59 від 30.03.2011 р. засідання наукового товариства хірургів м. Києва та Київської області) // Хірургія. – 2012. – № 3. – С. 116–123.

8. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьёв, Н.В. Костенко, Т.Л. Михайлова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2003. – № 1. – С. 73–80.
9. Хірургія (базовий підручник) Том 3. У трьох книгах (книга 1) / За ред. Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова. – Дніпропетровськ: РВА «Дніпро-VAL», 2012. – 780 с.
10. Kaser A. Inflammatory bowel disease | A. Kaser, S. Zeissing, R.S. Blumberg // Annu. Rev. Immunol. – 2010. – Vol. 28. – P. 573–621.

ПСИХОАНАЛІТИЧНА БЕСІДА ЯК ДІАГНОСТИЧНИЙ МЕТОД

КАРВАЦЬКА Н. С.

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»

м. Чернівці, Україна

Психоаналітичний дослідницький і лікувальний метод був впроваджений Фрейдом у формі класичного психоаналізу з метою лікування людей, що страждають психічними розладами [1, с. 45].

Одним із найважливіших діагностичних методів у психотерапії є бесіда, діалог [3, с. 231]. Мета бесіди – поставити діагноз. У цьому сенсі ми говоримо про діагностичну бесіду. Діагностика – це завжди дослідження, хоча одночасно вона може бути і лікуванням [4, с. 119]. Місце, мета і метод бесіди мають бути заздалегідь ясні. Бесіда може проводитися у формі стандартизованого «інтерв'ю»: задаються різні питання, відповіді, що у тому числі допускають тільки, відповіді «так або ні», або вільну форму відповідей (відкриті питання), або відповіді з можливістю вибору з декількох альтернатив (множинний вибір). Полустандартизоване інтерв'ю частково складається із заздалегідь сформульованих питань, а частково – з бесіди в довільній формі.