

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра внутрішньої медицини №1



**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

Ендокринологія

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

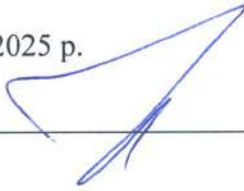
Затверджено:

Засіданням кафедри внутрішньої медицини № 1 Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від "28" серпня 2025 р.

Завідувач кафедри _____

(підпис)



Юрій КАРПЕНКО

Розробники:

Потапчук Олександр Васильович, к.мед.н., доцент

Юрданова Ілона Георгіївна, асистент

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття № 1

Тема: Ведення хворого з метаболічним синдромом.

Мета: закріпити свої знання в плані обстеження хворих, складання плану диференціально - діагностичного пошуку та оцінка результатів додаткових (інструментальних та лабораторних) методів обстеження хворого. Під час роботи з хворим здобувачи повинні дотримуватись принципів етики та деонтології лікаря.

Основні поняття: метаболічний синдром, вуглеводний обмін, синдром інсулінорезистентності, фруктоза, глікований гемоглобін, глюкоза

План:

1. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності).

2. Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

1. Визначення поняття метаболічний синдром. Етіологічні чинники.

2. Клінічні прояви і значення метаболічного синдрому. Повні і неповні форми, ранні і пізні прояви метаболічного синдрому.

3. Інсулінорезистентність при метаболічному синдромі: причини, наслідки. Форми інсулінової недостатності. Виявлення порушень толерантності до глюкози.

4. Гіпер-, дисліпопротеїдемія при метаболічному синдромі: причини, наслідки, діагностика.

5. Ожиріння при метаболічному синдромі: варіанти, критерії. Визначення індексу маси тіла, його значення.

6. Артеріальна гіпертензія при метаболічному синдромі: критерії діагнозу, особливості течії, ускладнення.

7. Програма обстеження у стадії доклінічних проявів.

8. Програма лікування хворих на метаболічний синдром. Зменшення дії провокуючих чинників (зміна образу життя).

9. Лікування інсулінорезистентності і цукрового діабету при метаболічному синдромі.

10. Лікування артеріальної гіпертензії при метаболічному синдромі.

11. Лікування ожиріння при метаболічному синдромі

3. Формування професійних вмінь, навичок (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

1. У хворого 56 років під час диспансеризації з приводу ІХС, постінфарктного кардіосклерозу, СН ПА, виявлена гіперглікемія (натще - 9 ммоль/л), гіперхолестеринемія (загальний холестерин - 7,3 ммоль/л). Запідозрено метаболічний синдром. Який синдром разом з виявленими включається в поняття метаболічного синдрому?

А. Синдром порушень серцевого ритму.

В. Синдром артеріальної гіпертензії.

С. Синдром інспіраторної задишки.

Д. Синдром кардіалгії.

Е. Ні один з перерахованих.

2. Хворий 38 років скаржиться на постійний головний біль, спрагу, підвищену втомлюваність, пітливість, підвищення артеріального тиску. За 3 останні роки маса тіла збільшилася на 46 кг. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом. При огляді: зріст – 176 см, вага – 143 кг, розподіл жирової клітковини переважно в ділянці тулуба, на стегнах і животі множинні стрії вишневого кольору. АТ 180/100 мм.рт.ст.. Найбільш вірогідний діагноз?

А. Хвороба Іценко-Кушинга.

В. Метаболічний синдром

С. Гіпоталамічне ожиріння.

Д. Аліментарно-конституціональне ожиріння.

Е. Ні один не підходить.

4. По індексу маси тіла визначить варіант порушення маси тіла.

А. Надлишок маси тіла.

- В. Ожиріння 1 ст.
- С. Ожиріння II ст.
- Д. Ожиріння III ст.
- Е. Маса тіла нижче за норму.

5. Хворий 52 років. Скарги на слабкість, зниження пам'яті, сонливість, надмірну вагу, запори. Хворіє 3 роки. Об'єктивно: зріст – 164 см., вага – 87 кг Шкіра суха, щільна, холодна, розподіл жирової клітковини рівномірний. Пульс - 58 в 1 хв, АТ – 165/95 мм рт. ст. Тони серця приглушені. Попередній діагноз?

- А. Аліментарно-конституціональне ожиріння.
- В. Гіпоталамічний синдром.
- С. Гіпотиреоз.
- Д. Хвороба Іценко-Кушинга.
- Е. Метаболічний синдром.

6. Хвора з ожирінням II ст. (ІМТ 36кг/м²) звернулась до ендокринолога з ціллю схуднути. Який вид дієтотерапії слід запропонувати хворій?

- А. Фізіологічна субкалорійна дієтотерапія.
- В. Дієта з обмеженням білків.
- С. Дієта з обмеженням вуглеводів.
- Д. Дієта з обмеженням жирів.
- Е. Голодання протягом 2-х тижнів.

7. Хвора 24-х років звернулась зі скаргами на збільшення маси тіла, підвищений апетит. Об-но: гіперстенік, ІМТ 33,2 кг/м², окружність талії 100 см. Відношення окружності талії до окружності стегон 0,95. Ваш попередній діагноз?

- А. Аліментарно-конституційне ожиріння, II ст., абдомінальний тип.
- В. Гіпоталамічне ожиріння по типу Іценко-Кушинга, II ст., Геноїдний тип.
- С. Аліментарно-конституційне ожиріння, III ст., Геноїдний тип.
- Д. Аліментарно-конституційне ожиріння, II ст., абдомінальний тип.
- Е. Гіпоталамічне ожиріння по типу Іценко-Кушинга, II ст., абдомінальний тип.

8. Жінка 45 років скаржиться на підвищення артеріального тиску, надлишкову вагу, підвищену стомлюваність. Надлишкова вага з дитинства. Мати та старший брат з ожирінням. Об-но: температура - 36,6°C, ЧДД – 20/хв., Пульс – 88 уд./хв., АТ - 160/95 мм рт. ст. Зріст 166 см, вага 95 кг. Шкіра суха, чиста, пігментно-сосочкова дегенерація. Підшкірно жирова клітчатка розвита надлишково, рівномірно. Набряків немає. В легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт м'який, безболісний. Який найбільш вірогідний механізм розвитку ожиріння у хворої?

- А. Аліментарно-конституційний.
- В. Гіповаріальний.
- С. Гіпоталамічний.
- Д. Церебральний.
- Е. Наднирковий.

9. Хвора К., 42 років. Зріст 162 см, вага 87 кг, ІМТ - 33, кг/м². Загальний стан задовільний. Тони серця глухі, при аускультії шуми не прослуховуються. ЧСС 72 уд./хв.. В легенях дихання везикулярне. Нижній край печінки виступає на 1,5-2 см. Набряків немає. Звернулась на консультацію до ендокринолога з ціллю виявлення ожиріння, його ступінь, лікування. АТ: справа - 140/90 мм рт.ст., зліва - 145/85 мм рт.ст. Виявіть тип ожиріння та його ступінь?

- А. Аліментарно-конституційне ожиріння, 1 ст.
- В. Аліментарно-конституційне ожиріння, 2 ст.
- С. Аліментарно-конституційне ожиріння, 3 ст.
- Д. Гіпоталамічне ожиріння 2 ст.
- Е. Надлишкова вага.

10. Жінці 57 років, з ожирінням 3 ст. два місяці тому виставили діагноз цукровий діабет. Ендокринологом хворій було рекомендовано субкалорійну дієту та дозовані фізичні навантаження. Рівень глікемії натще 9,2 ммоль/л. Який гіпоглікемічний препарат можна рекомендувати хворому?

- A. Метформін.
- B. Глібенкламід.
- C. Гліквідон.
- D. Гліпізід.
- E. Репагінід.

Задачі

1. Хворому 55 років, протягом 5 років на диспансерному обліку з приводу гіпертонічної хвороби. На прийомі у лікаря скаржиться на головний біль, задишку при фізичному навантаженні. Приймає бета-адреноблокатори, гіпотіазид. Батьки хворого страждають на цукровий діабет. Об'єктивно: Зріст - 175 см., вага - 95 кг .ЧСС/пульс – 78 в 1 мін, АТ – 170/100 мм. рт. ст.. У легенях дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, приглушені, акцент II тону над аортою. Живіт збільшений за рахунок розвитку підшкірножирової тканини, безболісний. Печінка біля края реберної дуги. Невелика пастозність гомілок.

- 1.Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
 - 2.Об'єднайте чинники ризику серцево-судинної патології у хворого в синдром.
 - 3.Який можливий патогенетичний механізм метаболічних порушень у хворого?
- Діагностика.

- 4.Який варіант ожиріння може бути виявлений? Критерії. Ступінь.
 - 5.Програма обстеження.
 - 6.Програма лікування (немедикаментозні, медикаментозні методи).
2. Жінка 48 років, кухар. При диспансерному обстеженні виявлені підвищення АТ 160/95 мм. рт. ст., коло талії - 102 см, зріст - 167 см., вага - 88 кг. З боку інших органів і систем патологія не виявлена. Призначені дослідження: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, глюкоза крові натще, загальний холестерин крові, ЕКГ.

- 1.Які синдроми виявлені у хворої.
 - 2.Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
 - 3.Очікувані можливі результати досліджень.
 - 4.Програма дообстеження і очікувані результати.
 - 5.Ризик розвитку яких захворювань і ускладнень можливий?
 - 6.Програма лікування (медикаментозне, немедикаментозне)
3. Хворий 57 років доставлений в кардіологічне відділення з діагнозом: ІХС: нестабільна, вперше виявлена стенокардія, метаболічний синдром.
- 1.Приведіть клінічні симптоми, згідно яким можна діагностувати метаболічний синдром.
 - 2.Особливості ожиріння при метаболічному синдромі. Діагностика. Лікування.
 - 3.Дайте визначення поняттям: інсулінорезистентність, порушення толерантності до глюкози, цукровий діабет. Діагностика. Лікування . Зв'язок з метаболічним синдромом.
 - 4.Патогенез артеріальної гіпертензії при метаболічному синдромі.
 - 5.Лікування.

4. Підведення підсумків:

5. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. - 5-те вид, оновл. та доповн. — Вінниця : Нова Книга, 2024. - 536 с.: іл. ISBN - 978-966-382-821-3.
2. Діагностика та лікування хворих із вузловою формою зоба/ [Власенко М.В., Паламарчук А.В., Прудіус П.Г.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2021.- 72 с.: ISBN - 978-966-1597-82-1.
3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань/ [Журавльова Л.В., Кривоносова О.М]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2024.- 444 с.: ISBN - 978-617-7994-02-1.

4. Мала енциклопедія ендокринолога. Основні нозології та синдроми/ [Большова О.В., Ткач С.М., Тронько М.Д.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2022.- 424 с.: ISBN - 978-966-1597-91-3

Додаткова:

1. Наказ МОЗ України від 26.01.2023 № 151 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної, екстреної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 1 типу у дорослих»"
2. Наказ МОЗ України від 24.07.2024 № 1300 "Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Цукровий діабет 2 типу у дорослих»"

Електронні інформаційні ресурси:

<https://compendium.com.ua/uk/clinical-guidelines-uk/cardiology-uk/section-4-uk/glava-4-metabolichnij-sindrom-diabet-i-sertsevo-sudinni-zahvoryuvannya/>

Практичне заняття 2

Тема: Ведення хворого з хронічними ускладненнями цукрового діабету.

Мета: навчити здобувачів сучасній тактиці ведення хворих з хронічними ускладненнями цукрового діабету, на практиці застосувати сучасні стандарти діагностики, лікування та профілактики ускладнень цукрового діабету на підставі курації пацієнтів в умовах стаціонару та поліклініки.

Основні поняття: діабетична нефропатія, ішемічна хвороба серця, діабетична ретинопатія, діабетична ангіопатія, нейропатія, синдром Сомоджі, інсулінові набряки.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності).

Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою

1. Патогенез порушень метаболізму при цукровому діабеті.

2. Діабетична нефропатія: стадії, діагностика, ускладнення. Програма лікування, профілактики.

3. Діабетична ретинопатія: стадії, діагностика, ускладнення. Програма лікування, профілактики.

4. Діабетична нейропатія: класифікація, клінічні прояви, діагностика. Програма лікування, профілактики.

5. Визначення поняття «Діабетична стопа». Класифікація. Патогенез невропатичних (невропатична виразка, остеоартропатія, невропатичний набряк стопи) і ішемічних порушень.

6. Цукровий діабет і вагітність. Особливості перебігу, ускладнення. Протипоказання до збереження вагітності.

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

8. Інсулінотерапія при цукровому діабеті. Показання. Методи розрахунку дози, режими введення, комбінації, критерії ефективності. Ускладнення інсулінотерапії.

3. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тести для самоконтролю:

1. У чоловіка 28 років через дві доби після операції з приводу доброякісної пухлини мозку з'явилися спрага, часте рясне сечовипускання до 7 літрів на добу. Результат якого з

перелічених показників буде найбільш вірогідно змінений?

- А. Глюкоза крові натще.
- В. Глікемія після прийому глюкози.
- С. Глюкоза в сечі.
- Д. Відносна щільність сечі.
- Е. Калій плазми.

2. Хворий 62 років, страждає на ІЗЦД 24 роки, в останні 6 років перебіг захворювання ускладнився артеріальною гіпертензією, погіршенням зору, запамороченням і погіршенням пам'яті. Проте має місце зменшення глікемії і глюкозурії. Вкажіть можливу причину даного стану?

- А. Приєднання панкреатиту.
- В. Прогресування гіпертонічної хвороби.
- С. Діабетичний гломерулосклероз.
- Д. ІХС.
- Е. Церебральний атеросклероз.

3. Жінка 40 років з 10-річного віку страждає на ІЗЦД, діабетичну ретинопатію. Протягом останнього року з'явилася резистентна артеріальна гіпертензія, набряклий синдром (набряки у ділянці гомілковостопних суглобів). Протеїнурія-8 г/добу. Яка найбільш вірогідна причина протеїнурії?

- А. Хронічний пієлонефрит.
- В. Хронічний гломерулонефрит.
- С. Амілоїдоз нирок.
- Д. Спадкова нефропатія.
- Е. Синдром Кіммстїл-Уїльсона.

4. Хворому 37 років, скаржиться на спрагу, виділення великої кількості сечі (до 10 л/добу), слабкість. Захворювання пов'язує з перенесеною черепно-мозковою травмою. В анамнезі - гострий гломерулонефрит (3 роки тому). При обстеженні: патології з боку внутрішніх органів немає. ЗАК без змін. ЗАС: питома вага – 1.001, білок – немає, цукор – немає, лейкоцити – 2-3 в п. зор. Передбачений діагноз?

- А. Психогенна полідипсія.
- В. Цукровий діабет.
- С. Первинний альдостеронізм.
- Д. Безцукровий діабет.
- Е. Хронічний гломерулонефрит.

5. Пацієнтка 45 років хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом 7 років, лікувалась метформіном 1500 мг на добу. Регулярно відвідує салон краси з ціллю догляду за стопами. Після чергового візиту помітила появу виразки на правій пятці діаметром 2см. Виразка не болить, але й не гоїться. Прийом яких препаратів буде патогенетичнообумовленим?

- А. Інсулінотерапія.
- В. Ангіопротектори.
- С. Антиоксиданти.
- Д. Антикоагулянти.
- Е. Антибіотики.

6. Хворий 53-х років хворіє на ЦД біля 5 років. В останній час з'явилися скарги на біль та судоми в ногах, відчуття онеміння в них, зябкість. При дослідженні нижніх кінцівок: ступні звичайного кольору, теплі, всі види чутливості значно знижені, гіперкератози, пульсація на артеріях кінцівок збережена.

- А. Синдром діабетичної стопи, нейропатична форма.
- В. Синдром діабетичної стопи, ішемічна форма.
- С. Облітеруючий ендартеріїт.
- Д. Синдром діабетичної стопи, змішана форма.
- Е. Хронічна венозна недостатність.

7. Хвора 54 років скаржиться на слабкість, схуднення, при збереженому апетиті, часте сечовипускання, зуд шкіри протягом півроку. Лікувалась по поводу фурункульоза. НЕ

обстежувалась. Об-но: пониженого харчування, шкіра суха, следирозчісів. Змін з боку внутрішніх органів не виявлено. Яке дослідження необхідно призначити в першу чергу?

- A. Цукор крові натще.
- B. Загальний аналіз крові.
- C. Ендоскопія шлунка.
- D. Біопсія лімфовузла.
- E. Посів крові на стерильність.

8. Хвора 22 років, хворіє на ЦД другий рік. Діабетичних ускладнень в неї не виявлено. Глікемія натще в межах 6,0-7% ммоль/л. Вишла заміж. Хочє мати здорову дитину. С ціллю профілактики патології плода, виберіть найбільш інформативний метод обстеження для розрешення питання зачаття:

- A. Глікозулірований гемоглобін (HbA1c).
- B. Глікемічний профіль.
- C. Глюкозуричний профіль.
- D. Постпрандіальна глікемія /глікемія після їжі/.
- E. С-пептид.

9. Хворий 46 років, протягом 5 років лікує гіпертонічну хворобу. Батько хворіє на цукровий діабет. Об-но: зріст – 170 см, вага – 96 кг, пульс – 72/хв., АТ – 190/110 мм рт.ст., печінка + 3 см.. Пастозність голених. Глюкоза крові натще – 5,4 ммоль/л. Що включає первинна профілактика у цукрового діабету у данного хворого?

- A. Призначить сечогінні препарати.
- B. Нормалізувати артеріальний тиск.
- C. Призначити бігуаніди.
- D. Призначити гепатопротектори.
- E. Позбавитись надлишкової ваги.

Ситуаційні задачі для самоконтролю:

№ 1. Хворому 70 років, хворіє на протязі 10 років на цукровий діабет. Перші 7 років захворювання компенсувалося лише дієтою з обмеженням вуглеводів. Останні 3 роки приймає манініл від 2 до 4 пігулок на добу. Декілька років скаржиться на похолодання у ділянці нижніх кінцівок, відчуття переміжної кульгавості. 2 тижні тому при посадці в автобус відчув різкий біль у другому пальці стопи справа. Палець посинілий, стопа опухнула. Температура тіла підвищилася до 38°C. Пульсація на тильній артерії стопи – не визначається, на задній великій гомілковій – різко послаблена.

1. Яке ускладнення цукрового діабету розвинулося у хворого?
2. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
3. Програма обстеження.
4. Якою повинна бути лікувальна тактика?

№2. Хворий 67 років поступив в терапевтичне відділення з скаргами на слабкість, нудоту, зниження апетиту, головний біль, набряки. Страждає на ІНЦД протягом 18 років. Останні 2 роки переведен з терапії пероральними цукрознижуючими препаратами на інсулін. При огляді: Шкіряні покрови бліді, сухі. Набряклість обличчя. Над легенями дихання з жорстким відтінком, сухі розсіяні хрипи. ЧСС/пульс - 54 в 1 хв., АТ 170/120 мм. рт. ст. Серце розширене в поперечнику. Тони глухі. Язик сухий, покритий білим нальотом. Живіт звичайної форми, м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка + 2 см, край округлий, болісний. Стопи і гомілки набряклі, шкіра суха, сліди від розчухів.

1. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз з урахуванням ускладнень.
2. Програма обстеження.
3. Як можна пояснити брадикардію?
4. Головні верифікуючі показники розвинутого ускладнення?
5. Тактика і стратегія лікування.

№3. Хворий 52 років знаходиться на лікуванні з приводу ІХС: не Q інфаркта міокарду. ІНЦД середньої тяжкості. На цукровий діабет страждає 12 років. ІХС виявлена вперше. Об'єктивно: Хворий підвищеного живлення. Шкіряні покрови звичайного забарвлення, на шкірі ксантоми. Над легенями дихання везикулярне. ЧСС/пульс - 78 в 1 хв.,

АТ 130/95 мм. рт. ст. Межі серця не зміщені. Тони серця приглушені, діяльність ритмічна. Язик вологий. Живіт безболісний, м'який. Печінка біля краю реберної дуги. Периферичних набряків немає. ЕКГ: ритм синусовий, відхилення електричної вісі вліво, глибокий Q П, Ш, aVF. Підйом сегменту ST над ізолінією в П, Ш, aVF.

1. Обґрунтуйте, сформулюйте попередній діагноз.
2. Який зв'язок ІХС і ІНЦД, патогенетичні механізми.
3. Програма обстеження хворого.
4. Програма лікування.
5. Призначення яких цукрознижувальних препаратів небажане

Перелік навчальних практичних завдань, які необхідно виконати під час практичного (лабораторного) заняття:

1. Оцінити скарги хворого.
2. Виділити клінічні синдроми, визначити ведучий.
3. Обстежити хворого: огляд, пальпація, перкусія, аускультация.
4. На основі ведучого синдрому збудувати попередній діагноз.
5. Призначити план обстеження хворого.
6. Оцінити данні лабораторних та інструментальних методів дослідження.
7. Встановити заключний діагноз: основний, ускладнення, супутні захворювання.
8. Скласти лист призначень: дієта, режим рухальної активності, лікарські препарати, фізіотерапія.

4. Підведення підсумків:

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. - 5-те вид, оновл. та доповн. — Вінниця : Нова Книга, 2024. - 536 с.: іл. ISBN - 978-966-382-821-3.
2. Діагностика та лікування хворих із вузловою формою зоба / [Власенко М.В., Паламарчук А.В., Прудіус П.Г.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2021.- 72 с.: ISBN - 978-966-1597-82-1.
3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань / [Журавльова Л.В., Кривоносова О.М]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2024.- 444 с.: ISBN - 978-617-7994-02-1.

Додаткова:

1. Мала енциклопедія ендокринолога. Основні нозології та синдроми / [Большова О.В., Ткач С.М., Тронько М.Д.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2022.- 424 с.: ISBN - 978-966-1597-91-3

Електронні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> - Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://phc.org.ua/> - Центр громадського здоров'я МОЗ України
3. www.who.int - Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> - Британська медична асоціація
6. https://health-ua.com/newspaper/med_gaz_zu - медична газета «Здоров'я України»

Практичне заняття 3

Тема: Ведення хворого з синдромом зобу

Мета: навчити здобувачів сучасній тактиці ведення хворих із захворюваннями щитоподібної залози, на практиці застосовувати сучасні стандарти діагностики, лікування та профілактики захворювань щитоподібної залози на підставі курації пацієнтів з різною патологією ЩЗ умовах стаціонару та поліклініки.

Основні поняття: тиреотоксикоз, зоб, тиреоїдити, вузлові форми, рак щитоподібної залози.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності).

2. **Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою**

1. Визначення поняття – зоб, ступені збільшення щитоподібної залози.
2. Причини збільшення щитоподібної залози, варіанти зобів.
3. Клінічна семіотика гіпертиреозу, ступеня тяжкості, причини.
4. Клінічна семіотика гіпотиреозу, ступені, причини.
5. Дифузний токсичний зоб. Критерії діагнозу. Тактика ведення: медикаментозне, хірургічне лікування, радіойодтерапія.
6. Вузловий зоб: Критерії діагнозу. Тактика ведення хворого.
7. Пухлини щитоподібної залози: Критерії діагнозу. Тактика ведення хворого. Значення методів пункційної діагностики.
8. Тиреоїдити: Класифікація. Клінічна семіотика. Тактика ведення хворого.
9. Автоімунний тиреоїдит: Клінічна семіотика, місце серед внутрішньої патології. Тактика ведення хворого.
10. Ускладнення резекції щитоподібної залози. Тактика ведення хворих.
11. Особливості замісної терапії тиреоїдними гормонами.

12. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тестові завдання попереднього рівня знань здобувачів

1. До характерних ознак гіпертиреозу належать перелічені нижче, крім:
 - A. Приросту маси тіла
 - B. Гарячої шкіри
 - C. Емоційної невідновленості
 - D. Тахікардії
 - E. Екзофтальму
2. Який стан є протипоказанням до хірургічного лікування?
 - A. Аденома ЩЗ
 - B. Вузловий нетоксичний зоб
 - C. Токсичний зоб у вагітних
 - D. Дифузний токсичний зоб у стадії декомпенсації
 - E. Дифузний токсичний зоб у стадії компенсації.
3. Визначте найбільш інформативний лабораторний показник для діагностики первинного гіпотиреозу:
 - A. ТТГ.
 - B. Загальний тироксин.
 - C. Вільний тироксин.
 - D. Трийодтиронін.
 - E. Рівень антитіл до тиреопероксидази.

4. Яка найчастіша причина виникнення підгострогогранульоматозного тиреоїдиту?

- A. Вагітність.
- B. Імунна дисфункція.
- C. Травма.
- D. Вірусна інфекція.
- E. Нестача йоду.

5. У пацієнтки з діагнозом «хронічний автоімунний тиреоїдит» існує ризик виникнення насамперед:

- A. Дисменореї.
- B. Дисліпідемії.
- C. Гіпотиреозу.
- D. Галактореї.
- E. Дисбактеріозу.

6. Хвора К, 52 роки, скаржиться на збільшення маси тіла, слабкість, закрепи, погіршення пам'яті. Вказані симптоми повільно наростали протягом останніх 1,5 року. Об'єктивно: сухість шкіри, помірний набряк обличчя та кінцівок, межі серця розширені, тони приглушені, пульс - 66/хв., АТ - 110/70 мм рт. ст., щитоподібна залоза не пальпується. У крові виявлені антитіла до тиреоглобуліну (+) та мікросомального антигену (+++); рівень тиреотропного гормону - 15,2 мОД/л. УЗД щитоподібної залози: залоза зменшених розмірів, неоднорідної структури. Встановіть діагноз:

- A. Дифузний нетоксичний зоб.
- B. Автоімунний тиреоїдит без порушення функції ЩЗ.
- C. Ендемічний зоб.
- D. Підгострий тиреоїдит.
- E. Автоімунний тиреоїдит, гіпотиреоз.

7. У жінки 25-ти років під час профогляду виявлено збільшення щитоподібної залози. Постійно проживає у Сколівському районі Львівської області. З боку внутрішніх органів відхилень не зафіксовано. Щитоподібна залоза дифузно збільшена до II ст., м'яко-еластична, гладка, не болить. Рівень тиреоїдних гормонів у межах норми. УЗД: щитоподібна залоза збільшена, ехогенність не змінена. Вкажіть найбільш імовірний діагноз:

- A. Нетоксичний дифузний еутиреоїдний зоб II ст.
- B. Автоімунний тиреоїдит без порушення функції щитоподібної залози.
- C. Ендемічний дифузний еутиреоїдний зоб II ст.
- D. Вузловий зоб.
- E. Хронічний тиреоїдит.

8. У жінки 40 років при пальцевому обстеженні щитоподібної залози в лівій частці виявлено вузол, пальпаторно ущільнений, помірно болючий під час пальпації, "холодний" при сцинтиграфії з I131. Яке обстеження найбільш доцільне для уточнення діагнозу?

- A. Тонкоголковааспіраційна біопсія.
- B. Визначення рівня ТТГ в крові.
- C. Рефлексометрія.
- D. Визначення екскреції йоду з сечею.
- E. Термографія щитоподібної залози.

9. Жінка 36 років, приймає щоденно 50 мкг L-тироксину в зв'язку з первинним гіпотиреозом. Яке обстеження доцільне для оцінки ефективності дози препарату?

- A. Визначення рівня тироксину
- B. Визначення рівня трийодтироніну
- C. Визначення рівня тиреотропіну
- D. Визначення рівня тиреоглобуліну
- E. Визначення рівня холестерину

10. Хвора 32 років, щитоподібна залоза дифузно збільшена до III ст, клінічні прояви тиреотоксикозу відсутні. УЗД: щитоподібна залоза неоднорідна, в обох частках візуалізуються гіпоехогенні структури розмірами від 1x1 до 4x4 мм; лімфатичні вузли не збільшені. Яка лікувальна тактика доцільна?

- A. Тотальна тиреоїдектомія
- B. Спостереження і контроль через 6 місяців
- C. Призначення мерказолілу і контроль через 3 місяці
- D. Субтотальна резекція щитоподібної залози
- E. Призначення тиреоїдних гормонів і контроль через 3 місяці

Ситуаційні задачі

Ситуаційна задача № 1

Хворий Д., 22 років, здобувач, скаржиться на дратівливість, неухвалюваність, відчуття жару, тремтіння тіла, серцебиття, яке залежить від положення тіла і часу доби, різь і двоїння в очах, рідкий стілець. Вважає себе хворим протягом 3-4 тижнів, коли після нервового перенапруження з'явилися серцебиття і дратівливість. Поступово приєдналися інші вищеописані скарги. Спадковість не обтяжена. Об'єктивно: хворий метушливий; зріст 178 см., вага 70 кг, температура тіла 37,2°C. Шкіра тепла, волога, тургор збережений. Підшкірна жирова клітковина розвинена помірно, набряків немає. Дихання в легенях везикулярне, хрипів немає. ЧД 19 в хвилину. Пульс на променевих артеріях однаковий з обох сторін, 100 в хвилину, ритмічний, задовільного наповнення, напруги. Межі відносної серцевої тупості: права - по правому краю грудини, верхня - нижній край III ребра, ліва - на 1,5 см досередини від середньключичної лінії. Тони серця приглушені, ритмічні, на верхівці вислуховується систолічний шум. ЧСС 100 в 1 хв., АТ 140/70 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах при поверхневій та глибокій пальпації. Печінка не пальпується, розміри по Курлову 10* 9* 7 см; при пальпації безболісна. Симптом Пастернацького негативний. Шия потовщена, при ковтанні видно щитовидна залоза. Набряклий двосторонній екзофтальм. Симптоми Дальримпля, Грефе, Штельвага, Мебіуса, Елінека позитивні.

ЗАВДАННЯ: 1. Виділіть і обґрунтуйте синдроми, виділіть ведучий.

2. Який механізм появи скарг?

3. Які скарги з боку системи травлення можуть бути виявлені у даного хворого?

4. Що може бути виявлено у даного хворого при пальпації щитовидної залози?

5. Що таке симптоми Грефе, Штельвага, Мебіуса, Елінека?

6. З чим пов'язана поява змін серцево-судинної системи при об'єктивному дослідженні?

7. Призначте додаткове обстеження.

8. Сформулюйте попередній діагноз.

Ситуаційна задача №2

Хворий М., 45 років, інженер, скаржиться на прогресуюче пожовтіння шкірних покривів, слабкість, зниження працездатності, періодичні ниючі болі в правому підребер'ї, тривалі тупі головні болі без чіткої локалізації, запори. Вважає себе хворим близько 4 років, коли став помічати появу млявості. Тоді ж з'явилися гострі болі в правому підребер'ї, з приводу чого пацієнт був госпіталізований; Діагностовано: холецистит, дискінезія жовчовивідних шляхів, проведено лікування - без істотного ефекту. Хворий став відзначати зниження пам'яті, мерзлякуватість рук і ніг, випадання волосся, задишку змішаного характеру при 64 підйомі на 2-й поверх. Слабкість, апатія прогресували, протягом останнього року приєдналися запори. Хворий обстежувався в зв'язку з підозрою на онкологічний процес, пухлини не виявлено. Об'єктивно: зріст 175 см, вага 75 кг. Мова уповільнена. Голос сиплий. Лице амімічне, періорбітальна набряклість, одутлість губ. Шкіра холодна на дотик, суха, гіперкератоз ліктів. Волосся на голові тьмяні, рідкісні. Склери чисті. Пальці потовщені. ЧД 16 в хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної серцевої тупості в межах норми. Тони серця глухі, ритмічні. ЧСС 55 в хвилину. АТ 120/80 мм рт.ст. Язик чистий, вологий, збільшений в розмірах, з відбитками зубів. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах. Печінка не пальпується; розміри по Курлову 9* 8* 7 см. Симптом Пастернацького негативний. При огляді шия потовщена, щитовидна залоза видна при ковтанні. При пальпації щитовидна залоза збільшена, щільна, безболісна, горбиста, рухома; регіонарні лімфовузли не пальпуються. Дані додаткових методів дослідження: 1. ЗАК: Нв- 96 г / л, ер.- $3,1 \times 10^{12}$ / л, КРП- 0,78, лейкоц.- $7,1 \times 10^9$ / л, ШОЕ-18 мм / год . 2. Цукор - 3,5 ммоль / л, фібриноген - 4,0 г /

л, білірубін - 8,8 мкмоль / л, холестерин - 6,8 мкмоль / л. 3. ТТГ - 18,5 мМО / л (норма до 4,0 мМО / л)

ЗАВДАННЯ:

1. Виділіть і обґрунтуйте синдроми, виділіть ведучий.
2. З чим пов'язана зміна шкірних покривів пацієнта?
3. З чим пов'язана зміна обличчя і пальців пацієнта?
4. Який механізм ураження системи травлення?
5. З чим пов'язані ураження системи кровообігу у даного хворого?
6. Зробіть висновок за лабораторними даними.
7. Призначте додаткове обстеження.
8. Сформулюйте попередній діагноз.

4. Підведення підсумків:

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. - 5-те вид, оновл. та доповн. — Вінниця : Нова Книга, 2024. - 536 с.: іл. ISBN - 978-966-382-821-3.
2. Діагностика та лікування хворих із вузловою формою зоба/ [Власенко М.В., Паламарчук А.В., Прудіус П.Г.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2021.- 72 с.: ISBN - 978-966-1597-82-1.
3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань/ [Журавльова Л.В., Кривоносова О.М]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2024.- 444 с.: ISBN - 978-617-7994-02-1.

Додаткова:

1. Мала енциклопедія ендокринолога. Основні нозології та синдроми/ [Большова О.В., Ткач С.М., Тронько М.Д.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2022.- 424 с.: ISBN - 978-966-1597-91-3

Електронні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> - Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://phc.org.ua/> - Центр громадського здоров'я МОЗ України
3. www.who.int - Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> - Британська медична асоціація
6. https://health-ua.com/newspaper/med_gaz_zu - медична газета «Здоров'я України»

Практичне заняття 4

Тема: **Ведення хворого з гіпоглікемічною комою. Ведення хворого з гіперглікемічною (кетоацидемічною) комою**

Мета: Здобувачи повинні володіти методикою постановки діагнозу та аналізу даних, отриманих під час опитування та безпосереднього обстеження хворих з гіпоглікемічними станами; Призначити необхідні обстеження для виявлення гіпоглікемічних станів та гіпоглікемічної коми ; Проводити діагностику та диференціальну діагностику гіпоглікемічних станів та гіпоглікемічної коми; Визначати тактику лікування та профілактики гіпоглікемії, гіпоглікемічної коми за умов цукрового діабету.

Основні поняття: фруктозамін, глікований гемоглобін, кетоацидоз, глюкозурія, кетонурія.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності).
2. **Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою**
 1. Дайте визначення гіпоглікемічної коми.
 2. Які етіологічні чинники спричиняють розвиток гіпоглікемічної коми?
 3. Який патогенез розвитку коми при гіпоглікемії?
 4. При якому рівні глюкози крові можливий розвиток гіпоглікемічної коми?
 5. Які особливості прекоматозного стану при гіпоглікемії?
 6. Дайте характеристику клінічним проявам гіпоглікемічної коми.
 7. Які діагностичні критерії гіпоглікемічного стану?
 8. Дайте характеристику ускладнень гіпоглікемії, особливо у пацієнтів похилого віку.
 9. Яку невідкладну допомогу потрібно надати хворому на гіпоглікемічний стан на догоспітальному етапі ?
 10. Які методи надання невідкладної допомоги на стаціонарному етапі?
 11. Які показання для невідкладної госпіталізації хворих на гіпоглікемічний стан?
3. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тестові завдання:

1. Хворий 42 років, лікується інсуліном. Глікемія натще до 7,2 ммоль/л, впродовж дня не більше 8,0 ммоль/л. Для укріплення здоров'я щоденно перед обідом грає у великий теніс впродовж 45 хвилин. Скаржиться на нестерпний голод зразу після тренування, серцебиття, значну пітливість, тремтіння тіла, підкошування ніг, інколи легкі запаморочення. Чим зумовлено стан чоловіка?
 - A. Перевантаженням під час гри.
 - B. Автономною діабетичною невропатією серця.
 - C. Периферичною діабетичною полі невропатією.
 - D. Гіпоглікеміями після фізичної роботи.
 - E. Накопиченням молочної кислоти у м'язах під час гри.
2. Хвора М., 52 років. Хворіє на цукровий діабет тип 2, лікується глібенкламідом по 10мг вранці та ввечері. Скаржиться на неспокійний сон, пітливість щоночі, біль в серці від якого вона просинається. Вірогідна причина страждань хворої?
 - A. Дисметаболічна кардіопатія .
 - B. Гіпоглікемічні стани вночі.
 - C. Стенокардія спокою.
 - D. Дисциркуляторна енцефалопатія.
 - E. Клімактеричний синдром.
3. Хвора 34 років надійшла в клініку без свідомості. Зі слів родичів страждає інсулінозависною формою цукрового діабету. Об'єктивно: шкіра волога, підвищений м'язовий тонус, АТ 110/70, ЧСС 108/хв. Який метод діагностики найінформативніший у даному випадку?
 - A. Печінкові проби.
 - B. Солі уратів.
 - C. Глюкоза крові.
 - D. Загальний аналіз крові.
 - E. Рівень ТТГ.
4. У жінки, 56 років, що хворіє на цукровий діабет і отримує інсулін, після тривалої перерви в прийманні їжі стан різко погіршився: з'явилися слабкість, пітливість, невиразна мова, невдовзі - втрата свідомості. Об-но: корчі кінцівок, мімічних м'язів обличчя, тонус очних яблук збережений. Язик та шкіряні покриви вологі. Тони серця ослаблені. Пульс 96/хв. АТ 170/90 мм.рт.ст. Яке ускладнення у хворої?
 - A. Гіпоглікемічна кома .

- В. Кетоацидотична кома.
- С. Гіперосмолярна кома.
- Д. Лактатемічна кома.
- Е. Геморагічний інсульт.

5. Хворий 60 років протягом 9 років хворіє на цукровий діабет, отримує для корекції гіперглікемії інсулін - семіленте. 10 днів тому почав лікування гіпертонічної хвороби. Через годину після прийому гіпотензивного препарату розвинулась гіпоглікемічна кома. Який з перелічених препаратів міг викликати подібне

- А. Анаприлін.
- В. Празозин.
- С. Верапаміл.
- Д. Каптоприл.
- Е. Ніфедипін.

Задачі.

1. Хворий 35-ти років, страждає протягом 15 років цукровим діабетом 1 типу, зловживає алкоголем. Лікується регулярно. Після вживання алкоголю з'явилася різка слабкість, тремтіння в тілі, пітливість. Об'єктивно: збуджений, ЧСС - 98/хв, АТ -120/70 мм рт. ст.

1. Чим викликане погіршення стану хворого?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати у даному випадку?

2. Хворий 37 років на протязі 12 років хворіє на інсулінозалежний цукровий діабет, доз інсуліну, призначених лікарем ретельно додержується. Вчора ввечері був на фуршеті, де прийняв помірну дозу алкоголю, самостійно без пригод повернувся додому. Вранці знайдений дружиною в непритомному стані: виражене потовідділення, гіпорексія, тонус м'язів підвищений, періодами клоніко-тонічні судоми. АТ-1 35/95 мм рт.ст. Р-1 12 за 1 хв. Т-36,4°C.

1. Яке ускладнення виникло у хворого?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати у даному випадку?

3. 30-річний чоловік, хворий на цукровий діабет, який отримує інсулінотерапію, без свідомості доставлений в кліку після того, як був виявлений родичами. Очні яблука тверді, шкіра бліда, волога. Гіпертонус м'язів.

1. Який найімовірніший діагноз у хворого?

2. Які діагностичні методи необхідно застосувати у першу чергу ?

4. Підведення підсумків:

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. - 5-те вид, оновл. та допови. — Вінниця : Нова Книга, 2024. - 536 с.: іл. ISBN - 978-966-382-821-3.
2. Діагностика та лікування хворих із вузловою формою зоба/ [Власенко М.В., Паламарчук А.В., Прудіус П.Г.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2021.- 72 с.: ISBN - 978-966-1597-82-1.
3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань/ [Журавльова Л.В., Кривоносова О.М]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2024.- 444 с.: ISBN - 978-617-7994-02-1.

Додаткова:

1. Мала енциклопедія ендокринолога. Основні нозології та синдроми/ [Большова О.В., Ткач С.М., Тронько М.Д.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2022.- 424 с.: ISBN - 978-966-1597-91-3

Електронні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> - Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://phc.org.ua/> - Центр громадського здоров'я МОЗ України
3. www.who.int - Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> - Британська медична асоціація
6. https://health-ua.com/newspaper/med_gaz_zu - медична газета «Здоров'я України»

Практичне заняття 5

Тема: **Ведення хворого з тиреотоксичним кризом.**

Мета: здобувач повинен вміти: на основі анамнезу, даних об'єктивного обстеження визначити симптоми тиреотоксикозу та ступінь важкості; провести диференційну діагностику основних синдромів захворювання, інтерпретувати результати лабораторно-інструментальних та гормональних методів досліджень при тиреотоксикозі; призначити замісну та симптоматичну терапію, виписати рецепти; визначити тактику надання невідкладної допомоги при тиреотоксичному кризі; оцінити ефективність лікування; надати рекомендації щодо диспансеризації та реабілітації хворим з тиреотоксичним кризом.

Основні поняття: коматозний стан, тиреотоксичний криз, тахікардія, кома.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності).
2. **Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою**
 1. Дайте визначення тиреотоксичного криза.
 2. Які провокаційні фактори можуть спричинити розвиток тиреотоксичного криза?
 3. Який механізм розвитку тиреотоксичного криза?
 4. Дайте характеристику клінічним проявам тиреотоксичного криза.
 5. Які методи діагностики даної патології?
 6. Основні принципи лікування тиреотоксичного криза.
 7. Які препарати слід застосовувати з метою зниження рівня тиреоїдних гормонів крові?
 8. Що включає еферентна терапія?
 9. Який прогноз у хворих на тиреотоксичний криз?
3. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тести:

1. Хвора 20 років, прооперована з приводу дифузного токсичного зобу III ст. Після операції у хворої з'явилися серцебиття, пітливість, почуття страху, пронос. Шкіра волога, гаряча на дотик, T - 40°C. Набряки відсутні. Ps - 160/хв., аритмічний, напружений. АТ - 170/60 мм рт.ст. Тони серця звучні, миготлива аритмія. Яке ускладнення розвинулося у хворої?
 - A. Тиреотоксична криза.
 - B. Анафілактичний шок.
 - C. Гіпертонічний криз.
 - D. Гостра респіраторна вірусна інфекція.
 - E. Гіпотиреоїдна кома.
2. На первинний огляд до поліклініки прийшла жінка 42 років, зниженої ваги, екзофтальм, тремор верхніх кінцівок. Була збуджена, всім невдоволена, безчинно поводити себе в реєстратурі. Раптово втратила свідомість, тахіпное, порушення серцевого ритму. АТ - 190/110 мм рт.ст., P-160 за 1 хв. T- 38,8° C. Найбільш вірогідний діагноз:
 - A. Гіпертонічний криз.
 - B. Гіпотиреоїдний криз.
 - C. Тиреотоксичний криз

D. Шизофренія.

E. Діабетична кома.

3. У хворої на дифузний токсичний зоб після психоемоційного стресу погіршився стан, з'явилися скарги на головний біль, серцебиття. Жінка збуджена, шкіряні покриви гіперемовані, профузний піт, підвищена температура тіла. АТ 150/100 мм рт.ст., ЧСС – 150/хв. Яке ускладнення розвинулося у хворої?

A. Анафілактичний шок.

B. Тиреотоксична криза.

C. Гіпертонічний криз.

D. Гостра респіраторна вірусна інфекція.

E. Гіпотиреоїдна кома

4. Хвора 54 років з дифузним токсичним зобом IV ступеню доставлена в важкому стані із скаргами на підвищення температури тіла до 40° С, серцебиття, задуху, нудоту, блювоту, пронос. При огляді обличчя маскоподібне, очні щілини широко розкриті, шкіра гіперемірована, волога, тахікардія до 200 уд./хв. Назвіть ускладнення дифузного токсичного зобу:

A. Гіпотиреоїдна кома.

B. Судинна криза.

C. Гостра серцево-судинна недостатність.

D. Гострий психоз.

E. Тиреотоксична криза.

5. Хвора 34р. прооперована з приводу дифузного токсичного зобу Після операції у хворої з'явилися психомоторне збудження, тахікардія з частими екстрасистолами, гіпертермія до 38° С, в подальшому зниження АТ до 60/10 мм рт ст., оглушення. З препаратів якої групи треба починати невідкладну допомогу?

A. Бета – адреномиметики.

B. Бета – адреноблокатори.

C. Глюкокортикоїди.

D. Препарати полівінілпиролідона.

E. Мерказоліл або його аналоги.

6. Хворий 47 років звернувся за медичною допомогою у важкому стані зі скаргами на серцебиття, безсоння, схуднення на 20 кг, м'язову слабкість, тремтіння всього тіла, втрату працездатності. Об'єктивно: свідомість затьмарена, шкіра волога, гаряча, температура 39°С. Витрішкуватість. Щитоподібна залоза II ст. щільно-еластична, рухома. Серце – миготлива аритмія. Тони серця звучні, систолічний шум над верхівкою. АТ 130/40 мм.рт.ст. Дрібний тремор рук і всього тіла. Ан.крові – Нв-120г/л, лейкоц. 7·10⁹/л, ШЗЕ – 12 мм/год. ТЗ – 9 нмоль/л. ТТГ – не визначається. Яке лікування необхідно хворому призначити?

A. Кортикостероїди, не стероїдні протизапальні.

B. Антибіотики, нестероїдні протизапальні.

C. Кортикостероїди, інфузійна терапія.

D. Лікування в неврологічному відділенні.

E. Мерказоліл, мікродози йоду, кортикостероїди, бета-блокатори, регідрація.

7. У хворого на дифузний токсичний зоб після перенесеного ГРВЗ з'явилися витрішкуватість, пітливість, нудота, абдомінальний біль, діарея. ЧСС – 120/хв, АТ – 170/100 мм. рт. ст. Який метод дослідження слід застосувати у даному випадку?

A. УЗД внутрішніх органів.

B. Бактеріологічне дослідження калу.

C. Копрограму.

D. Рівень ТЗ, Т4.

E. ЕКГ.

8. У хворого 26 років після операції з приводу дифузного токсичного зобу з'явилися пітливість, роздратованість, порушення сну, тахікардія, підвищення АТ. Визначте тактику подальшого лікування.

A. Призначити бета-адреноблокатори.

- В. Призначити седативні препарати.
- С. Призначити мерказоліл.
- Д. Призначити все вище перелічене.
- Е. Призначити тироксин.

9. Хвора 34 років приймає мерказоліл в дозі 30 мг на добу з приводу дифузного токсичного зоба II ст., тиреотоксикозу середньої важкості. Після операції холецистектомії відмічене погіршення стану хворої: психомоторне збудження, тахікардія, підвищення АТ, гіпертермія. Ваша подальша лікувальна тактика?

- А. Додати тироксин.
- В. Відмінити мерказоліл.
- С. Збільшити дозу мерказолілу.
- Д. Додати гіпотензивну терапію.
- Е. Додати глюкокортикоїди.

10. Хвора 28 років після фізичного перенавантаження скаржиться на нервозність, роздратованість, підвищення температури тіла, тахікардію, підвищення АТ. Об'єктивно: тремор рук, шкіра волога, щитоподібна залоза дифузно збільшена, безболісна, м'яка, не зв'язана з прилеглими тканинами. Який найбільш інформативний метод діагностики у даному випадку?

- А. Визначення рівню катехоламінів.
- В. Аналіз крові на Т3, Т4.
- С. Визначення ванілілміндальної кислоти сечі.
- Д. Визначення рівню ТТГ.
- Е. Визначення рівню глюкози.

Задачі:

1. Жінка 39 років, 2 роки тому перенесла операцію – тиреоїдектомію, після якої була призначена замісна терапія. На відпочинку, після тривалої інсоляції, звернулась зі скаргами на біль голови, нудоту, тахікардію. Була однократна блювота, після якої стан хворої покращився. Об'єктивно: хвора збуджена. Шкірні покриви гіперемовані, помірно вологі. $T=37,3^{\circ}C$, $Ps=98/хв$, ритмічний, АТ-110/70 мм рт.ст. Над поверхнею легень везикулярне дихання, ЧДР 22/хв.. Живіт м'який, при пальпації не болючий. Який діагноз найбільш вірогідний?

2. В реанімаційне відділення поступив хворий у якого раптово з'явилися гострий біль в епігастральній ділянці, нудота, блювання, спрага, поліурія. Хворий блідий, збуджений. Шкіра бліда. Пульс 100 уд/хв. АТ 90/50 мм. рт. ст. М'язова слабкість. На УЗД місяць тому виявили утвір діаметром 1,5 см, котрий щільно прилягає до лівого верхнього полюса щитовидної залози. Ваш діагноз?

4. Підведення підсумків:

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. - 5-те вид, оновл. та допови. — Вінниця : Нова Книга, 2024. - 536 с.: іл. ISBN - 978-966-382-821-3.
2. Діагностика та лікування хворих із вузловою формою зоба / [Власенко М.В., Паламарчук А.В., Прудіус П.Г.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2021.- 72 с.: ISBN - 978-966-1597-82-1.
3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань / [Журавльова Л.В., Кривоносова О.М.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2024.- 444 с.: ISBN - 978-617-7994-02-1.

Додаткова:

1. Мала енциклопедія ендокринолога. Основні нозології та синдроми/ [Большова О.В., Ткач С.М., Тронько М.Д.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2022.- 424 с.: ISBN - 978-966-1597-91-3

Електронні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> - Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://phc.org.ua/> - Центр громадського здоров'я МОЗ України
3. www.who.int - Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> - Британська медична асоціація
6. https://health-ua.com/newspaper/med_gaz_zu - медична газета «Здоров'я України»

Практичне заняття 6

Тема: Ведення хворого з гострою наднирковою недостатністю

Мета: здобувач повинен вміти: на основі анамнезу, даних об'єктивного обстеження визначити симптоми гіпокортицизму та ступінь важкості; провести диференційну діагностику основних синдромів захворювання, інтерпретувати результати лабораторно-інструментальних та гормональних методів досліджень при гострій наднирковій недостатності; призначити замісну та симптоматичну терапію, виписати рецепти; визначити тактику надання невідкладної допомоги при гострій наднирковій недостатності; оцінити ефективність лікування; надати рекомендації щодо диспансеризації та реабілітації хворим з гіпокортицизмом.

Основні поняття: надниркова недостатність, хвороба Аддісона, Аддисонічна криза, глюкокортикоїдна терапія.

План:

1. **Контроль опорного рівня знань** (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування тощо) (у разі необхідності).
2. **Обговорення теоретичних питань для перевірки базових знань за темою**
 1. Дайте визначення гострої надниркової недостатності
 2. Яка етіологія гострої надниркової недостатності
 3. Патогенез надниркової недостатності
 4. Які клінічні прояви гострої надниркової недостатності?
 5. Які методи діагностики гострої надниркової недостатності?
 6. Які методи лікування гострої надниркової недостатності?
3. **Формування професійних вмінь, навичок** (оволодіння навичками, проведення курації, визначення схеми лікування, проведення лабораторного дослідження тощо):

Тестові завдання:

1. Хвора 25 років, оперована з приводу кортикостероми. Через 2 дні у хворої з'явилися нудота, блювота, холодний липкий піт, тахікардія, АТ знизився до 50/0 мм рт.ст. Ваш діагноз?

1. Гостра недостатність кори наднирників.
2. Інфаркт міокарда.
3. Гостра серцева недостатність.
4. Тромбоемболія.
5. Післяопераційна кровотеча.

2. У породіллі, народилась дівчинка з важкою пологовою травмою. Відразу після пологів у новонародженої з'явився ціаноз, холодний піт, в'ялість, тахікардія, нитковидний пульс, різке падіння артеріального тиску. Яке ускладнення виникло у дитини?

1. Гостра недостатність кори наднирників.
2. Гостра серцева недостатність.
3. Сепсис.

4. Менінгоенцефаліт.

5. Гостра дихальна недостатність.

3. Хлопчик 6 років, захворів важкою формою грипу. На фоні масивної антибактеріальної терапії у дитини раптово спостерігалось падіння артеріального тиску, нитковидний пульс, озноб, ціаноз, геморагічний висип на шкірі грудної клітки, ший, живота, на слизовій оболонці рота та кон'юнктиві, $t_0 - 41^{\circ}\text{C}$. Лабораторно: гіпоглікемія, гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіперкаліємія, лейкоцитоз. Який препарат необхідно призначити в першу чергу?

1. Гідрокортизон.

2. Кордіамін.

3. ДОКСА.

4. Вікасол.

5. Глюкоза.

4. У пологовому будинку народилась дівчинка з адреногенітальним синдромом, частим блюванням фонтаном, проносом, поліурією, артеріальною гіпотензією. АТ - 50/0 мм рт. ст. Лабораторно: гіпоглікемія, гіпонатріємія, гіпохлоремія, гіперкаліємія. З чим може бути зв'язаний стан дівчинки?

1. Гостра недостатність кори наднирників.

2. Ферментопатія.

3. Харчова токсикоінфекція.

4. Дисбактеріоз.

5. Гострий гастродуоденіт.

5. Хвора 28 років скаржиться на різку м'язову слабкість, головокружіння, розлитий біль в животі, нудоту, блювоту, яка не покращує стан хворої. Хворіє на протязі 5 місяців. Захворювання почалося поступово. Посилювалася загальна слабкість, хвора худнула, потемніла шкіра, особливо обличчя. Стан різко погіршився 3 дні тому після погіршності в дієті, виник біль в животі і часта блювота. Об'єктивно: зріст – 163 см, маса тіла – 52 кг. Шкіра суха, дифузно пігментована. Тони серця різко послаблені, ЧСС – 60 уд./хв., АТ – 80/40 мм рт.ст. Живіт приймає участь в акті дихання, при пальпації м'який, дещо болючий в епігастральній ділянці. Лейк.крові – $8,1 \cdot 10^9/\text{л}$, глюкоза крові – 3,0 ммоль/л.

Який найбільш імовірний діагноз?

1. Хронічна наднирникова недостатність. Аддісонічна криза.

2. Гострий панкреатит.

3. Гострий апендицит.

4. Гостре харчове отруєння.

5. Гострий холецистит.

6. Жінка 32 років скаржиться на слабкість, апатію, мерзлякуватість, аменорею, які розвинулись протягом року після пологів, ускладнених сильною кровотечею. Об'єктивно: зріст – 165 см, вага – 54 кг. Пульс – 56/хв., АТ - 90/50 мм рт. ст. Шкіра бліда, суха. Глікемія натще – 3,3 ммоль/л. Розвиток якого ускладнення гострої крововтрати найбільш імовірно має місце?

А. Первинна недостатність наднирникових залоз.

В. Гіпофізарна недостатність.

С. Первинний гіпогонадізм.

Д. Гіпоталамічний синдром.

Е. Аденома гіпофізу.

7. Лікар-ендокринолог був терміново викликаний в урологічне відділення до хворого М., 46 років, який поступив з приступом ниркової кольки. Під час інструментального обстеження хворий втратив свідомість, АТ знизився до 40/20 мм рт. ст. В анамнезі тривалий (6 років) прийом глюкокортикоїдів у зв'язку з ревматоїдним артритом. Припинив прийом глюкокортикоїдів 3 дні тому. Об'єктивно: загальмований, тони серця глухі, пульс – 100/хв., слабого наповнення, ритмічний. Легені та органи черевної порожнини без особливостей. Яка найбільш вірогідна патологія зумовила таку клінічну картину?

А. Аддісонічна криза.

В. Кардіогенний шок.

С. Гостра наднирникова недостатність.

Д. Гіповолемічний шок.

Е. Анафілактичний шок.

8. Хвора 30 років звернулася до лікаря зі скаргами на відсутність місячних на протязі 2-х років після других пологів. Пологи ускладнились масивною кровотечею. Після пологів хвора відмічає випадіння волосся, втрату ваги тіла. Об'єктивно: хвора астенична, зовнішні статеві органи гіпопластичні, шийка матки циліндричної форми, тіло матки маленьке, безболісне. Додатки матки не визначаються. Який діагноз?

А. Синдром Штейна-Левенталя.

В. Маткова вагітність.

С. Первинна аменорея.

Д. Гіпофізарна аменорея (Синдром Шихана).

Е. Пухлина гіпофізу (хвороба Іценка-Кушинга).

9. Хвора Р. 28 років багато перебувала на сонці. В анамнезі: туберкульоз легень. Хвора схудла, з'явилась пігментація сосків молочних залоз та димчасті плями на слизові оболонці губ. АТ – 80/50 Найбільш імовірний попередній діагноз?

А. Аддісонова хвороба

В. Пелагра

С. Рак молочної залози

Д. Мастопатія

Е. Медикаментозна хвороба

Задачі.

1. Лікар-ендокринолог був терміново викликаний в урологічне відділення до хворого М., 46 років, який поступив з приступом ниркової кольки. Під час інструментального обстеження хворий втратив свідомість. АТ знизився до 40/20 мм рт. ст. В анамнезі тривалий (6 років) прийом глюкокортикоїдів у зв'язку з ревматоїдним артритом. Припинив прийом глюкокортикоїдів 3 дні тому. Об'єктивно: загальмований, тони серця глухі, пульс - 100/хв., слабого наповнення, ритмічний. Легені та органи черевної порожнини без особливостей.

1. Яка найбільш вірогідна патологія зумовила таку клінічну картину?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати хворому?

2. У хворого 43 років, що 2 неділі тому переніс гострий інфаркт міокарду та продовжує прийом антикоагулянтів, раптово погіршився стан. Хворий збуджений, скаржиться на біль в животі, загальну слабкість. Симптоми подразнення брюшини відсутні. АТ-70/50 мм рт.ст.. Р-116 за 1 хв., Т-38,2° С.

1. Що спричинило погіршення стану?

2. Яку невідкладну допомогу необхідно надати хворому ?

3. У хворого, який страждає хронічною наднирковою недостатністю, після апендектомії різко погіршився стан – прогресуюче зниження АТ, глухість тонів серця, тахікардія, пульс слабого наповнення, акроціаноз, "мармурість" шкіри.

1. Яке ускладнення виникло у хворого?

2. З препаратів якої групи треба починати невідкладну допомогу?

4. Підведення підсумків:

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Ендокринологія: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / [П. М. Боднар, Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин та ін.] ; за ред. Ю. І. Комісаренко, Г. П. Михальчишин. - 5-те вид, оновл. та допови. — Вінниця : Нова Книга, 2024. - 536 с.: іл. ISBN - 978-966-382-821-3.
2. Діагностика та лікування хворих із вузловою формою зоба/ [Власенко М.В., Паламарчук А.В., Прудіус П.Г.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2021.- 72 с.: ISBN - 978-966-1597-82-1.

3. Основи діагностики, лікування та профілактики основних ендокринних захворювань/ [Журавльова Л.В., Кривоносова О.М.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2024.- 444 с.: ISBN - 978-617-7994-02-1.

Додаткова:

1. Мала енциклопедія ендокринолога. Основні нозології та синдроми/ [Большова О.В., Ткач С.М., Тронько М.Д.]; видавництво - Видавничий дім "Медкнига", 2022.- 424 с.: ISBN - 978-966-1597-91-3

Електронні ресурси:

1. <http://moz.gov.ua> - Міністерство охорони здоров'я України
2. <https://phc.org.ua/> - Центр громадського здоров'я МОЗ України
3. www.who.int - Всесвітня організація охорони здоров'я
4. www.dec.gov.ua/mtd/home/ - Державний експертний центр МОЗ України
5. <http://bma.org.uk> - Британська медична асоціація
6. https://health-ua.com/newspaper/med_gaz_zu - медична газета «Здоров'я України»