

МАТЕРІАЛИ

для підготовки студентів до ОСКІ-2

Узагальнююча інструкція для студента

1. Ви заходите в терапевтичний блок (що складається з 4-х станцій), який присвячений одній нозологічній одиниці.
2. Привітайтеся.
3. Пред'явіть індивідуальний лист проходження станцій ОСКІ-2.
4. Не користуйтеся нерегламентованими технічними засобами.
5. Проведіть розпитування пацієнта (1 станція).
6. Проведіть фізикальне обстеження (запропонованого варіанту практичної навички згідно алгоритму), за умови, що Вами попередньо виконано підготовку рук до дослідження (миття з милом, за необхідності Ви можете обробити руки антисептиком) і проаналізуйте запропоновані результати фізикального обстеження (2 станція).
7. Проведіть інтерпретацію запропонованих результатів лабораторних та/або інструментальних методів дослідження, встановіть і сформулюйте попередній діагноз (письмово), оберіть із запропонованого переліку 4 найбільш інформативних, мінімально необхідних лабораторних та/або інструментальних методів дослідження для підтвердження діагнозу у конкретній клінічній ситуації (3 станція).
8. Напишіть план лікування хворого згідно із запропонованим клінічним діагнозом із визначенням тактики, призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (до 4 найважливіших препаратів): вкажіть групу препаратів та напишіть рецепти з використанням міжнародних (непатентованих) назв препаратів (латинською мовою), доз, шляху введення, кратності прийому, за необхідності – тривалості лікування (4 станція).
9. Закінчуйте проходження кожної станції за звуковим сигналом.

Тривалість проходження терапевтичного блоку 20 хв (кожна станція 5 хв).

Перелік захворювань, винесених на ОСКІ-2

1. Хвороби дихальної системи: хронічне обструктивне захворювання легень, негоспітальна пневмонія.
2. Хвороби серцево-судинної системи: гіпертонічна хвороба (есенціальна артеріальна гіпертензія), ІХС: стабільна стенокардія напруження, ІХС: вазоспатична стенокардія, ІХС: постінфарктний кардіосклероз.
3. Хвороби опорно-рухового апарату: анкілозивний спондилоартрит, остеоартрит.
4. Хвороби крові та органів кровотворення: залізодефіцитна анемія, В₁₂-дефіцитна анемія.
5. Хвороби нирок: гострий гломерулонефрит, гострий пієлонефрит.
6. Хвороби травної системи: пептична виразка шлунку, пептична виразка 12-палої кишки, хронічний аутоімунний гепатит, гастрезофагеальна рефлюксна хвороба.

Інформаційні ресурси

Хронічне обструктивне захворювання легень

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease –Global Strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD: 2022 report
<http://www.goldcopd.org>
2. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.II.3.6>.

Негоспітальна пневмонія

1. [http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/Pneumonia_guidelines_2019_\[rev29\].pdf](http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/Pneumonia_guidelines_2019_[rev29].pdf)
2. <https://www.umj.com.ua/article/157209/negospitalna-pnevmoniya-u-doroslih-osib-etiology-patogenez-klasifikatsiya-diagnostics-antimicrobial-therapy-and-prevention-adapted-clinical-management-based-on-evidence-ukraine-2019>

Гіпертонічна хвороба (есенціальна артеріальна гіпертензія)

1. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Management-of>

2. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/2021-ESC-Guidelines-on-cardiovascular-disease-prevention-in-clinical-practice>

3. Рекомендації Європейського товариства кардіологів (European Society of Cardiology, ESC) і Європейського товариства гіпертензії (European Society of Hypertension, ESH) з лікування артеріальної гіпертензії 2018 р. // Артериальная гипертензия. - 2018. - №5(61). – С. 58-172. https://hypertension.at.ua/_ld/0/36__AG_5-61-2018-p.pdf

4. Коваль С.М., Снігурська І.О. Сучасна стратегія лікування артеріальної гіпертензії та профілактики її ускладнень у світлі нових європейських рекомендацій 2018 року. // Рациональна фармакотерапия. - 2019. - №1-2(50-51). – С. 11-18. <http://rpht.com.ua/ua-issue-article-1698>

ІХС: стабільна стенокардія напруження

1. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_152_ykpm_d_ihs.pdf

2. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>

ІХС: вазоспастична стенокардія

1. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>

2. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_152_ykpm_d_ihs.pdf

ІХС: постінфарктний кардіосклероз

1. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Chronic-Coronary-Syndromes>

2.

<https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-and-Chronic-Heart-Failure>

3. Серцева недостатність та коморбідні стани. Рекомендації Асоціації кардіологів України з діагностики та лікування хронічної серцевої недостатності (2017).

https://strazhesko.org.ua/upload/ch_rekomendaciyi_dlya-sayta.pdf

Анкілозивний спондилоартрит

1. www.asas-group.org

2. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-211734>

3. Medicine\\Diseases:Internal Medicine.- 978-966-382-226-6, 2009

4. Практическая ревматология: современные акценты / Под ред. Яременко О.Б. // Справочник врача «Практическая ревматология: современные акценты» - К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015.- 536 с. – (Серия «Бібліотека «Здоров'я України»).

Остеоартрит

1. Немедикаментозне та медикаментозне лікування остеоартрозу на засадах доказової медицини: Клінічні рекомендації// Київ, 2017.- 36 с.

2. Практическая ревматология: современные акценты / Под ред. Яременко О.Б. // Справочник врача «Практическая ревматология: современные акценты» - К.: ООО Библиотека «Здоровье Украины», 2015.- 536 с.

3. Остеоартроз: Уніфікований клінічний протокол первинної , вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації// МОЗ України, 2016. <http://www.dec.gov.ua/mtd/reestr.html>.

4. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee/ S.L.Kovalski, T.Neogi, M.C.Hochberg [et al.]// Arthritis Care & Research.- 2020.- Vol.72, N2 .- P.149-162.

5. Recommendations for the Reporting of Harms in Manuscripts on Clinical Trials Assessing Osteoarthritis Drugs: A Consensus Statement from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO)/ Honvo G., R.R.Bannuru, O.Bruyere [et al.]// Drugs & Aging (2019) 36 (Suppl 1):S145–S159.

Залізодефіцитна анемія

1. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3197>
2. https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_709_ykpmd_zda.pdf

В₁₂-дефіцитна анемія

1. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3199>
2. <https://empendium.com/ua/chapter/B27.II.15.1.4>.

Гострий гломерулонефрит

1. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3117>
2. <https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO-2012-GN-Guideline-English.pdf>

Гострий пієлонефрит

1. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3120>
2. https://inephrology.kiev.ua/wp-content/uploads/2017/09/Протокол_гострий_ПН.pdf

Пептична виразка

1. https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_613ykpm_d_pept_vyr.pdf
2. <https://www.ueg.eu/education/document/management-of-helicobacter-pylori-infection-the-maastricht-v-florence-consensus-report/148511/>
3. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/helicobacter-pylori>

Хронічний гепатит

1. https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_826_ykpmd_aig.pdf
2. <https://www.filfoie.com/wp-content/uploads/2018/06/Treatment-of-AI-H-Paris-5-18.pdf>

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба

1. <https://www.dec.gov.ua/mtd/gastroe-zofagealna-reflyuksna-hvoroba/>
2. <https://www.ueg.eu/education/document/management-of-helicobacter-pylori-infection-the-maastricht-v-florence-consensus-report/148511/>
3. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/helicobacter-pylori>
- 4.

Станція «Розпитування хворого з терапевтичною патологією»

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ СТУДЕНТА

1. Пред'явити індивідуальний лист проходження станцій ОСКІ-2.
2. Провести розпитування пацієнта (здійснити збір скарг, виділити основну скаргу та деталізувати її, провести збір анамнезу захворювання та життя).
3. Озвучити висновок про отримані результати проведеного дослідження.
4. Закінчити проходження станції за звуковим сигналом, вийшовши з кімнати з отриманим результатом.

Інформаційні матеріали (алгоритм для всіх сценаріїв)

1. Студент одягнутий у халат і шапочку, має охайний вигляд, фонендоскоп та індивідуальні засоби захисту (маска та бажано – одноразові рукавички).
2. Презентація себе та привітання з пацієнтом.
3. Звертання та ідентифікація пацієнта.
4. Студент повинен запитати дозволу у пацієнта на проведення розпитування.
5. Студент повинен розпитати скарги.
6. Студент повинен виділити основну скаргу, задаючи такі питання: «На що Ви скаржитесь? Що Вас найбільше турбує?» та деталізувати її.
7. Студент повинен зібрати анамнез захворювання, з'ясувати подібні попередні епізоди і дії пацієнта, задаючи такі питання: «Коли захворіли? Як захворіли? З чим пов'язуєте свій стан? Що передувало хворобі? Де лікувались? Чи приймали препарати? Якщо приймали, то які, їх ефективність та побічна дія?» тощо.
8. Студент повинен з'ясувати анамнез життя.
9. Студент повинен запитати щодо наявності факторів ризику захворювання, спадкової схильності до захворювань в його родині.
10. Студент повинен запитати про наявність інших захворювань та станів і

чи потребують вони прийому препаратів, запитати про перенесені операції чи травми.

11. Студент повинен запитати щодо наявності алергічних реакцій в анамнезі та шкідливих звичок.
12. Студент повинен дотримуватися послідовності розпитування.
13. Студент повинен продемонструвати навички активного слухання.
14. Студент повинен запитати чи є питання у пацієнта.
15. Після закінчення розпитування студент повинен озвучити отримані результати, подякувати за відповіді на запитання та за участь у дослідженні.

Станція «Фізикальне обстеження хворого з терапевтичною патологією»

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ СТУДЕНТА

1. Пред'явити індивідуальний лист проходження станцій ОСКІ-2.
2. Студент повинен запитати дозволу у пацієнта на проведення фізикального обстеження.
3. Продемонструвати вміння виконання запропонованого варіанту практичної навички згідно алгоритму за умови, що Вами попередньо виконано підготовку рук до дослідження (миття з милом). За необхідності Ви можете обробити руки антисептиком та витерти паперовим рушником.
4. Озвучити висновок про отримані результати проведеного дослідження.
5. Після закінчення фізикального обстеження студент повинен повідомити про це, подякувати пацієнту за участь у дослідженні.
6. Проаналізувати запропоновані результати фізикального обстеження.
7. Закінчити проходження станції за звуковим сигналом, вийшовши з кімнати з отриманим результатом.

У пацієнта з підозрою на хронічне обструктивне захворювання легень Вам буде запропоновано провести порівняльну перкусію легень.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» (хвороби дихальної системи) див. <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/departement-propaedeutics-internal-medicine-1/pidgotovka-osce-1/>

У пацієнта з підозрою на негоспітальну пневмонію Вам буде запропоновано провести аускультатию легень.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» (хвороби дихальної системи) див. <https://www.youtube.com/watch?v=o3V4Z6EVz94>

У пацієнта з підозрою на анкілозивний спондилоартрит Вам буде запропоновано провести цільове фізикальне обстеження опорно-рухового апарату.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» з обстеження опорно-рухового апарату див.

<https://youtu.be/Wf7yJvu-9cU>

Слід звернути увагу, що при обстеженні пацієнта з підозрою на запальне захворювання суглобів хребта (наприклад, анкілозивний спондилоартрит) найуживанішими та найінформативнішими методами фізикального обстеження є тести Томайєра, Форест'є, Кушелевського I, проба «підборіддя-груднина». У разі скарг пацієнта на біль в зоні ахіллових сухожилків слід провести їх пальпацію.

У пацієнта з підозрою на остеоартрит Вам буде необхідно провести цільове фізикальне обстеження колінних суглобів.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» з обстеження опорно-рухового апарату див.

<https://youtu.be/Wf7yJvu-9cU>

При фізикальному обстеженні пацієнта з підозрою на дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів (наприклад, гонартроз/гонартрит) необхідно звернути увагу на наявність деформації та/або дефігурації суглобів, їх припухлість, можливе незначне підвищення температури шкіри над ними (у разі наявності реактивного синовіту), наявність обмежень активних та пасивних рухів, хрускіту в суглобі/суглобах при русі, больових відчуттів, що виникають при натисканні на місце проекції суглобової щілини суглоба з обох боків, а за наявності реактивного синовіту патогномонічною ознакою є балотація надколінка та кіста Бейкера.

У пацієнта з підозрою на залізодефіцитну або B_{12} -дефіцитну анемію Вам буде запропоновано провести зовнішній огляд шкірних покривів і видимих слизових оболонок та пальпацію периферичних лімфатичних вузлів.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» (патологія крові та органів кровотворення) див.

<https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/departament-propaedeutics-international-medicine-1/pidgotovka-osce-1/>

Зверніть увагу, що при обстеженні пацієнта з підозрою на захворювання крові при зовнішньому огляді шкірних покривів та видимих слизових оболонок важливо оцінити їх колір, наявність висипу, крововиливів, оглянути кон'юнктиви, склери очей, оцінити стан нігтів. При пальпації периферичних лімфатичних вузлів (підщелепних, передньо- і задньошийних, над- та підключичних, пахових та пахвинних) потрібно оцінити їх розміри, кількість, консистенцію, рухливість, відношення до сусідніх лімфовузлів та шкіри, чутливість при пальпації, флюктуацію, визначити стан шкіри над лімфатичними вузлами.

У пацієнта з підозрою на гострий гломерулонефрит або гострий пієлонефрит Вам буде запропоновано провести пальпацію нирок та визначити симптом Пастернацького.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» при нирковій патології див.

<https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/departament-propaedeutics-international-medicine-1/pidgotovka-osce-1/>

Візьміть до уваги, що пальпація нирок проводиться бімануально (частіше у положенні стоячи), кисть лівої руки розміщують у поперековій ділянці між XII ребром і крилом здухвинної кістки; праву долоню з трохи підігнутим середнім пальцем кладуть на відповідний фланк живота на рівні пупка;

проводять зближення пальців рук під час видиху з наростаючим заглибленням у черевну порожнину за 2-3 дихальні цикли.

У пацієнта з підозрою на гіпертонічну хворобу Вам буде запропоновано перкуторно визначити межі відносної тупості серця.

У пацієнта з підозрою на ІХС: стабільну стенокардію напруження Вам буде запропоновано провести аускультацию серця.

У пацієнта з підозрою на ІХС: постінфарктний кардіосклероз Вам буде запропоновано перкуторно визначити межі відносної тупості серця.

У пацієнта з підозрою на ІХС: вазоспастичну стенокардію Вам буде запропоновано провести аускультацию серця.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» із захворюваннями серцево-судинної системи див.

1.

<https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/departement-propaedeutics-intern-al-medicine-1/pidgotovka-osce-1/>

2. <https://www.youtube.com/watch?v=kgFHCzxEvVU&t=68s>

Слід пам'ятати, що аускультация серця повинна проводитися в певній послідовності: 1 - точка аускультации мітрального клапана, 2 - точка аускультации тристулкового клапана, 3 - точка аускультации клапана аорти, 4 - точка аускультации клапана легеневої артерії, 5 - точка Боткіна-Ерба. Над всіма точками аускультации потрібно проводити аускультацию при звичайному диханні, а також при затримці дихання на вдиху і видиху.

Слід пам'ятати, що межі серця необхідно визначати в такій послідовності: права, верхня, ліва. При визначенні правої межі відносної тупості серця необхідно визначити висоту стояння діафрагми по *lin. medioclavicularis dextra*. При визначенні лівої межі відносної тупості серця необхідно визначити положення верхівкового поштовху (пальпаторно). Перкуторне визначення лівої межі серця проводять по міжреберному

проміжку, в якому локалізується верхівковий поштовх. У випадках, коли верхівковий поштовх не визначається, то перкусію проводять по 5-му міжреберному проміжку.

У пацієнта з підозрою на пептичну виразку 12-палої кишки Вам буде запропоновано провести поверхневу пальпацію живота та визначення симптома Менделя.

У пацієнта з підозрою на хронічний гепатит Вам буде запропоновано провести глибоку ковзну пальпацію печінки.

У пацієнта з підозрою на пептичну виразку шлунку Вам буде запропоновано провести поверхневу пальпацію живота та визначення симптома Менделя.

У пацієнта з підозрою на гастрезофагеальну рефлюксну хворобу Вам буде запропоновано провести поверхневу пальпацію живота та визначення симптома Менделя.

Алгоритм виконання практичних навичок на станції «Фізикальне обстеження хворого» (хвороби травної системи) див. <https://nmuofficial.com/zagalni-vidomosti/kafedri/departament-propaedeutics-intern-al-medicine-1/pidgotovka-osce-1/>

Слід пам'ятати, що поверхнева пальпація живота проводиться долонею правої руки, яку потрібно покласти на живіт і робити легкий натиск на черевну стінку кінчиками II, III, IV і V пальців, отримуючи тактильну уяву про ступінь напруги передньої черевної стінки. У такий спосіб пальпують всю передню черевну стінку, включаючи епігастральну область, пілородуоденальну ділянку, ліве й праве підребер'я і т.д. Визначення симптома Менделя проводиться пальцями правої руки у епігастральній ділянці шляхом проведення легкої пальцевої перкусії.

**Станція «Інтерпретація лабораторних та інструментальних методів
дослідження, встановлення діагнозу, план обстеження»**

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ СТУДЕНТА

1. Пред'явити індивідуальний лист проходження станцій ОСКІ-2.
2. Для розрахунків можна використовувати калькулятор, лінійку та листи паперу, які знаходяться на станції.
3. Провести аналіз запропонованого результату лабораторного чи інструментального обстеження згідно алгоритму, усно коментуючи покрокові висновки.
4. Встановити і письмово сформулювати діагноз.
5. Позначити в наведеному плані обстеження 4 найважливіші, з Вашої точки зору, лабораторні та/або інструментальні методи дослідження, які є найбільш інформативними, мінімально необхідними (обов'язковими) методами дослідження для підтвердження діагнозу.
6. Закінчити проходження станції за звуковим сигналом, вийшовши з кімнати з отриманим результатом.

Алгоритм інтерпретації спірограми (мінімально необхідні дії)

1. Оцінити показник ФЖЄЛ. Зробити висновок: показник ФЖЄЛ знижений/нормальний/підвищений.
2. Оцінити показник ОФВ₁. Зробити висновок: показник ОФВ₁ знижений/нормальний/підвищений; який відсоток складає від належного показника. У випадку наявності обструктивних змін оцінити ступінь важкості обструкції бронхів.
3. Оцінити показник ЖЄЛ. Зробити висновок: показник ЖЄЛ знижений/нормальний/підвищений; який відсоток складає від належного показника. В нормі показник ЖЄЛ складає не менше 85% від належного показника. Зниження ЖЄЛ свідчить про наявність рестриктивних змін.

4. Оцінити показник ОФВ₁/ФЖЄЛ. Зробити висновок: показник ОФВ₁/ФЖЄЛ знижений/нормальний/підвищений; який відсоток складає від належного показника.

Алгоритм інтерпретації рентгенографії легень (мінімально необхідні дії)

1. Визначити, рентгенівське дослідження якої ділянки тіла Ви отримали.
2. Визначити локалізацію змін на рентгенівському знімку органів грудної клітки.
3. Оцінити прозорість легеневої тканини. Зробити висновок: знижена / нормальна / підвищена.
4. Описати виявлені зміни.
5. Зробити висновок.

NB! При проведенні аналізу рентгенограми легень важливо робити і озвучувати покрокові висновки після кожного пункту, оскільки у зв'язку із обмеженням часу на інтерпретацію рентгенівського знімку 5 хвилинами оцінка виконання практичної навички буде проводитись саме із урахуванням проміжних висновків.

Алгоритм інтерпретації результатів рентгенівського дослідження сакроіліальних суглобів

1. Визначити, рентгенівське дослідження якої ділянки тіла Ви отримали.
2. Визначити наявність/відсутність звуження суглобової щілини.
3. Визначити наявність/відсутність субхондрального склероза.
4. Визначити наявність/ відсутність анкілозу.
5. Зробити висновок: визначити, відповідають/ не відповідають вищеперераховані дані двобічному сакроіліїту; виставити рентгенологічну стадію.

Алгоритм інтерпретації результатів рентгенівського дослідження колінних суглобів

1. Визначити, рентгенівське дослідження якої ділянки тіла Ви отримали.
2. Визначити наявність/відсутність звуження суглобової щілини.
3. Визначити наявність/відсутність субхондрального склероза.
4. Визначити наявність/відсутність кісткової/кісткових деформацій.
5. Зробити висновок: визначити, відповідають чи не відповідають виявлені зміни остеоартриту; визначити рентгенологічну стадію захворювання.

Алгоритм інтерпретації загального клінічного аналізу крові

1. Оцінити кількісний вміст формених елементів крові.
2. Провести оцінку рівня гемоглобіну.
3. Оцінити еритроцитарні індекси.
4. Оцінити рівень гематокриту.
5. Проаналізувати колірний показник.
6. Оцінити вміст ретикулоцитів.
7. Оцінити ШОЕ.

Алгоритм інтерпретації загального аналізу сечі

1. Оцінити колір сечі.
2. Провести оцінку відносної щільності сечі.
3. Оцінити протеїнурію.
4. Оцінити вміст формених елементів у сечі.
5. Проаналізувати вміст та види циліндрів у сечі.

Алгоритм інтерпретації ЕКГ

1. Визначити походження ритму: у II стандартному відведенні проаналізувати наявність критеріїв синусового ритму (наявність зубця Р перед кожним комплексом QRS, позитивного у II стандартному відведенні). Зробити висновок: ритм синусовий/несинусовий.
2. Визначити регулярність ритму, порівнявши всі відстані R-R у II стандартному відведенні ЕКГ. Зробити висновок: ритм регулярний/нерегулярний.

3. Розрахувати ЧСС, для чого підрахувати відстань R-R у 5 послідовних серцевих циклах; визначити середнє арифметичне знайденого значення; підрахувати тривалість середнього інтервалу R-R шляхом множення знайденої середньої відстані (в мм) на 0,02 с (тривалість 1 мм при стандартній швидкості запису 50 мм/с); визначити ЧСС за формулою: $\text{ЧСС} = 60/\text{R-R}$. Зробити висновок: ЧСС в межах норми, тахікардія або брадикардія.
4. Визначити положення електричної осі серця за спрямованістю комплексу QRS

Положення електричної осі серця	Спрямованість комплексу QRS		
	I відведення	II відведення	aVF відведення
Нормальне положення електричної осі	+	+	+ або -
Відхилення вліво	+	-	-
Відхилення вправо	-	+ або -	+

Позитивний (+) QRS



Негативний (-) QRS



5. Виявити наявність одного з порушень:

- 1) При збільшенні ЧСС понад 90 уд./хв та збереженні синусового правильного ритму зробити висновок про наявність синусової тахікардії.
- 2) При сповільненні ЧСС менше 60 уд./хв та збереженні синусового правильного ритму зробити висновок про наявність синусової брадикардії.
- 3) Під час нападу стенокардії патогномонічною ознакою субендокардіальної ішемії міокарда є скороминуща горизонтальна або косонизхідна депресія сегмента ST на 1 мм і більше, зазвичай у кількох суміжних відведеннях, що вимірюється через 0,08 с від точки J.
- 4) Під час нападу вазоспастичної стенокардії патогномонічною ознакою субепікардіальної ішемії міокарда є скороминуща елевація сегмента ST в точці J (рисунок, ЄТК, 2018), яка має визначатися мінімум у двох суміжних відведеннях і становити $\geq 0,25$ мВ у чоловіків < 40 років, $\geq 0,2$ мВ у чоловіків ≥ 40 років або $\geq 0,15$ мВ у жінок у відведеннях V_2-V_3 і/або

$\geq 0,1$ мВ в інших відведеннях (за відсутності гіпертрофії лівого шлуночка або блокади лівої ніжки пучка Гіса).

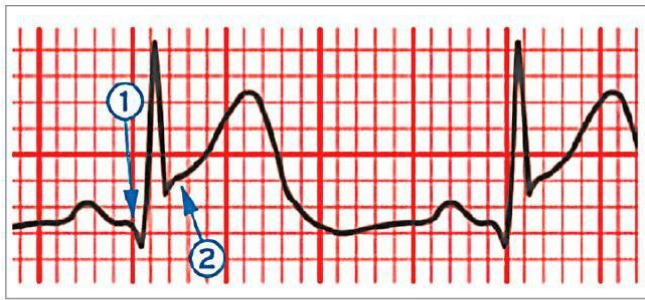


Рис. Приклад елевачії сегмента ST на ЕКГ

1 – початок комплексу QRS.

2 – початок сегмента ST, точка J.

Величину відхилення сегмента ST слід оцінювати за різницею цих двох точок. Це пов'язано з тим, що ізоелектричний інтервал TP може бути зміщеним при гострій ішемії чи тахікардії.

Локалізація ішемії:

- Передньо-перегородкова ділянка лівого шлуночка (ЛШ) – відведення V_1 - V_3
- Передньо-верхівкова ділянка ЛШ – відведення V_3 - V_4
- Передньо-бокова ділянка ЛШ – відведення I, aVL, V_{5-6}
- Задньо-діафрагмальна (нижня) ділянка ЛШ – відведення II, III, aVF
- Задньо-бокова ділянка ЛШ – відведення III, aVF, II, V_{5-6}
- Задньобазальна (задня) ділянка ЛШ – відведення V_7 - V_9 , S_1 - S_4 .

5) Визначити наявність гіпертрофії відділів серця:

Гіпертрофія лівого шлуночка: індекс Соколова-Лайона – $SV_{1(2)} + RV_{5(6)} > 35$ мм.

Алгоритм інтерпретації ЕКГ див.

<https://www.youtube.com/watch?v=mjyLKOIGJ5o>

Алгоритм визначення гіпертрофії і дилатації порожнин серця див.

https://m.youtube.com/watch?t=410s&v=pcydgZchH_M

Алгоритм ЕКГ-діагностики гострих та хронічних форм ІХС див.

https://www.youtube.com/watch?v=amTAL_wibns&feature=youtu.be

Алгоритм інтерпретації ЕхоКГ

1. Визначити наявність органічного ушкодження клапанного апарату серця (фіброз, кальциноз, вегетації, тощо), зміни площі отворів клапанів та величини градієнту тиску на клапанах, наявність клапанної регургітації та її ступінь (мінімальна, незначна, помірна, значна),

- Зробити висновок щодо наявності або відсутності клапанної вади серця.
2. Оцінити розміри порожнин серця та зіставити наведені величини з нормативними значеннями.
- Ліве передсердя ($N < 4,0$ см)
- ЛШ: КДО (N ж.: 46–106 мл, ч.: 62–150 мл), КСО (N ж.: 14–42 мл, ч.: 21–61 мл).
- Праве передсердя ($N < 4,0$ см).
- Правий шлуночок ($N < 2,5$ см).
- Зробити висновок щодо наявності чи відсутності дилатації конкретних порожнин серця.

3. Оцінити величину фракції викиду лівого шлуночка (ФВ ЛШ)

	Збережена	Помірно знижена	Знижена
Величина ФВ ЛШ	$\geq 50\%$	41-49%	$\leq 40\%$

- Зробити висновок щодо величини ФВ ЛШ: збережена, помірно знижена чи знижена.
4. Оцінити систолічний тиск в легеневій артерії (норма < 30 мм рт.ст.).
Зробити висновок щодо наявності легеневої гіпертензії.
5. Оцінити товщину стінок ЛШ.
Зробити висновок щодо наявності чи відсутності гіпертрофії міокарда ЛШ.
6. Оцінити регіонарну скоротливість ЛШ.
Зробити висновок щодо наявності чи відсутності дифузного ураження міокарда ЛШ або сегментарних порушень його скоротливості (зони гіпокінезії, акінезії, дискінезії), в разі наявності таких визначити їх локалізацію.
7. Оцінити ознаки наявності рідини в порожнині перикарда.
У разі її наявності зробити висновок щодо її орієнтовної кількості за величиною сепарації листків перикарда (< 10 мм – незначна кількість; 10-20 мм – помірна; > 20 мм – значна)
8. Оцінити ознаки наявності внутрішньопорожнинних утворень в передсердях та шлуночках серця.
Зробити висновок щодо їх наявності або відсутності.

9. Оцінити ознаки шунтування крові між порожнинами серця чи великими судинами.

У разі наявності шунтування зробити висновок щодо його напрямку.

10.Зробити узагальнюючий висновок.

Алгоритм визначення категорії серцево-судинного ризику на основі оцінки за шкалою SCORE2 (ризик фатальних і нефатальних (інфаркт міокарда, інсульт) серцево-судинних подій) для популяції дуже високого серцево-судинного ризику.

На основі визначеного ризику за шкалою SCORE2 за даними таблиці (див. нижче) визначити категорію серцево-судинного ризику з урахуванням віку хворого/хворої.

Таблиця. Категорії серцево-судинного ризику на основі оцінки за шкалою SCORE2

Вік	Низький до помірного серцево-судинний ризик	Високий серцево-судинний ризик	Дуже високий серцево-судинний ризик
<50 р.	<2,5%	2,5% до <7,5%	≥7,5%
50-69 р.	<5%	5% до <10%	≥10%
≥70 р.	<7,5%	7,5% до <15%	≥15%

Алгоритм інтерпретації езофагодуоденоскопії

1. Визначити наявність/відсутність ендоскопічних змін слизової оболонки стравоходу, шлунку, цибулини дванадцятипалої кишки, позацибулинних відділів, деформації відповідних відділів, наявність/відсутність змін функціонування нижнього стравохідного сфінктера. Зробити висновок: наявність/відсутність ознак запалення відповідних відділів.

2. Визначити наявність/відсутність ерозивних/виразкових дефектів.

3. Визначити локалізацію ерозивних/виразкових дефектів при їх наявності.

4. Визначити розміри ерозивних/виразкових дефектів при їх наявності.

5. Визначити кількість ерозивних/виразкових дефектів при їх наявності.

Алгоритм інтерпретації лабораторних показників стосовно захворювань травної системи

1. Оцінити рівень активності амінотрансфераз.

2. Оцінити результати серологічних досліджень.

Алгоритм виявлення Нр інфекції.

Оцінити наявність Нр інфікованості за результатами відповідного тесту.

NB! При проведенні аналізу результатів лабораторних та інструментальних методів дослідження важливо робити і озвучувати покрокові висновки після кожного пункту, оскільки у зв'язку із обмеженням часу (5 хвилин на станцію), оцінка виконання практичної навички буде проводитись саме із урахуванням проміжних висновків.

Приклади формулювання діагнозів:

Хронічне обструктивне захворювання легень, клінічна група В, GOLD II (легкий ступінь обструкції), стадія ремісії. Дихальна недостатність I ст.

Негоспітальна двобічна полісегментарна пневмонія, III група. Дихальна недостатність II ст.

Анкілозивний спондилоартрит, центральна форма, активність 3 ст., двобічний сакроіліїт Rg стадія 1-2, лівобічний іридоцикліт, функціональна недостатність 2 ст.

Остеоартрит із залученням колінних і кульшових суглобів, 2 рентгенологічна стадія. Реактивний синовіт лівого колінного суглоба. ФНС 2 ступеня.

Залізодефіцитна анемія аліментарного генезу, легкого ступеня тяжкості.

V₁₂-дефіцитна анемія, середнього ступеня тяжкості. Хронічний гастрит, тип А, ст. ремісії.

Гострий постстрептококовий мембранозний (за наявності нефробіопсії) гломерулонефрит з сечовим синдромом.

Гострий неускладнений пієлонефрит.

ІХС: стабільна стенокардія напруження III ФК. Постінфарктний кардіосклероз (Q-ІМ передньо-перегородково-верхівкової ділянки від 13.12.2015 р.). СН ІА стадії зі зниженою ФВ ЛШ.

Гіпертонічна хвороба I стадії, 1-й ступінь. Ризик I (низький). СН 0 стадії.

ІХС: вазоспастична стенокардія. Суправентрикулярна екстрасистолія. СН 0 стадії.

ІХС: постінфарктний кардіосклероз (не Q-ІМ передньої стінки ЛШ від 1.10.2019 р.). СН I стадії зі збереженою ФВ ЛШ, NYHA II.

Пептична виразка шлунку, поодинокі, мала, асоційована з прийомом глюкокортикоїдних препаратів.

Гастроезофагеальна рефлюксна хвороба, ерозивний езофагіт, ступінь А.

Хронічний гепатит, індукований ліками, малоактивний.

**Станція «ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ
ПАТОЛОГІЄЮ»**

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ СТУДЕНТА

1. Пред'явити індивідуальний лист проходження станцій ОСКІ-2.
2. Ознайомитися з наданим клінічним діагнозом.
3. Написати план лікування хворого згідно із запропонованим клінічним діагнозом із визначенням тактики, призначенням немедикаментозної та медикаментозної терапії (до 4 найважливіших препаратів): із вказівкою групи препаратів та випискою рецептів із написанням міжнародних (непатентованих) назв препаратів (латинською мовою), доз, шляху введення, кратності прийому.
4. Закінчити проходження станції за звуковим сигналом, вийшовши з кімнати з отриманим результатом.