

2. Ворон М. Методична робота в умовах кооперативного навчання (<http://osvita-ua.net/school/technol/1501>).
3. Мілерян В.С. Методичні основи підготовки та проведення практичних занять в медичних вузах (методичний посібник) / В.С. Мілерян // Київ: Хрещатик, 2004. – 80 с.
4. Пометун О.І. Сучасний урок. Інтерактивні технології навчання: Науково-методичний посібник / О.І. Пометун, А.В. Пироженко. – К.: Видавництво А.С.К., 2004. – 192 с.
5. Сисоєва С. Інтерактивні технології навчання дорослих. Навчально-методичний посібник / С. Сисоєва. – К.: ВД „ЕКМО”, 2011. – 324 с.
6. Сучасні технології вищої медичної освіти: інтерактивний

метод кооперативних груп / І.О. Михайлюк, Е.О. Кіндратів, З.Я. Гурик, Н.Я. Чуйко // Досвід впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах Прикарпаття III-IV рівнів акредитації: науково-методична конференція 29 квітня 2015 р.: тези доп. – Івано-Франківськ, 2015. – С. 144-146.

7. David W. Johnson. Cooperative Learning Returns To College / Johnson David W., Johnson Roger T., Smith Karl A. // Change. – 1998, July/August. – P. 27-35.

Одержано 21.09.2015 року.

УДК: 616.62-008.22+371.315+614.253.4

ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ РОЗЛАДІВ СЕЧОПУСКУ, ПРИ НАПИСАННІ АНАМНЕСТИЧНОЇ ЧАСТИНИ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ, СТУДЕНТАМИ III КУРСУ, ЩО ВИВЧАЮТЬ ПРОПЕДЕВТИКУ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

І.М. Гайова

Івано-Франківський національний медичний університет

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДИЗУРИИ, ПРИ НАПИСАНИИ АНАМНЕСТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ, СТУДЕНТАМИ III КУРСА, ИЗУЧАЮЩИМИ ПРОПЕДЕВТИКУ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

И.М. Гайова

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

DIAGNOSTIC IMPORTANCE OF DISURIA IN WRITING THE ANAMNESTIC PART OF HISTORY CASE BY THE 3rd YEAR STUDENTS STUDYING THE PROPEDEUTICS OF INTERNAL MEDICINE

I.M. Gaiova

Ivano-Frankivsk National Medical University

Резюме. Уміння детально розпитати скарги хворого про розлади сечопуску, виявити ведучий симптом і синдром, дозволяє запідозрити правильний діагноз на етапі збору анамнестичної частини історії хвороби.

Ключеві слова: ніктурія, поліурія, олігурія, поллакіурія.

Резюме. Умение детально расспросить жалобы больного о расстройствах мочевого выделения, определить ведущий симптом и синдром, позволяет заподозрить правильный диагноз на этапе сбора анамнестической части истории болезни.

Ключевые слова: никтурия, полиурия, олигурия, поллакиурия.

Abstract. The ability to ask in detail the patient's complains about disorder of urination, to detect the main symptom and syndrome, allows suggesting the correct diagnosis on the stage of anamnesic part of history case.

Keywords: nicturia, polyuria, oliguria, pollakiuria.

Ретельно зібраний анамнез є основою для правильної діагностики. З'ясування у хворого, чи пробуджується він уночі через потребу у сечопуску (ніктурія), дозволяє запідозрити **ранню стадію серцевої недостатності**.

Поліурія, поряд із підвищеною спрагою (полідипсія) та посиленням апетитом (булемія) – один із класичних симптомів **цукрового діабету**. Поліурія викликана підвищеною концентрацією в крові та сечі осмотично активної глюкози (осмотичний діурез).

Запитання про силу струменя сечі при сечопуску у чоловіка (чи описує сеча дугу) дозволяє лікарю запідозрити у хворого **аденому чи рак простати**. Вимушена, або компенсаторна поліурія виникає в стадії компенсації при **хронічній нирковій недостатності** (гломерулосклероз, атеросклеротичний нефросклероз, або ”первинно зморщена

нирка”, діабетичний гломерулосклероз, полікістоз нирок). Вона викликана зменшенням кількості функціонуючих нефронів та накопиченням у крові осмотично активних продуктів обміну, добовий діурез не перевищує 2-3 літрів.

Поліурія, що поєднується із поллакіурією та ніктурією, виникає при **нирковій недостатності**, зумовленій тривалим вживанням **аналгетиків**. Паралельно може виникнути виразкова хвороба шлунка чи дванадцятипалої кишки.

На початковій стадії **хронічного пієлонефриту**, поліурія може досягати 2-3 літрів на добу, а при прогресуванні захворювання вона зростає до 7 літрів, імовірно поєднання поліурії із поллакіурією та ніктурією. Тільки при розвитку хронічної ниркової недостатності, поліурію замінює олігурія.

Поліурія, полідипсія – характерні симптоми для гіпокаліємії та гіпернатрійемії, що виникають при **дизелектро-**

літній нефропатії (втрата концентраційної здатності нирок). Можливе виникнення набряків (через гіпернатріємію). Метаболічний алкалоз спричинює тетанічні судоми, гіпотонію та нервово-психічні розлади. Гіпокаліємія викликає сонливість, втрату апетиту, парез кишківника, метеоризм, екстрасистолію. Причини гіпокаліємії – часті проноси та діареї, тривале вживання кортикостероїдів, салуретиків, цукровий діабет із ацидозом, хвороба Іценко-Кушинга, синдром Конна, злоякісні пухлини, пієлонефрит. Гіпокаліємічна нефропатія повністю зворотна при вчасному лікуванні, в запущених випадках виникає нефросклероз та хронічна ниркова недостатність.

Дизелектролітна нефропатія при **гіпокальціємії** теж супроводжується поліурією та полідипсією. Патологія виникає при порушенні кальцієвого обміну, що супроводжується кальційурією (остеолітичні процеси, хвороба Іценко-Кушинга, акромегалія, постклімактеричний синдром, порушення каналцевої функції як первинної, так і вторинної, пов'язаної із гіперпаратиреозом).

Поліурія може бути викликана **гіперпаратиреозом**, що має низку специфічних симптомів. Найперше потрібно запитати про часті переломи, як наслідок дифузного остеопорозу. Дуже специфічний симптом – ураження основних і середніх фаланг пальців верхніх кінцівок (резорбція цих кісток). Часто виникають камені в жовчезовому та сечовому міхурі, виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки з перфорацією. Труднощі в дифдіагностиці виникають при двосторонньому нефролітазі, вторинному пієлонефриті та розвитку хронічної ниркової недостатності. Відчуття спраги при гіперпаратиреозі не зникає навіть тимчасово після рясного пиття.

Симптом поліурії може виникнути при **надмірному вживанні молока**, що викликає **гіперкальціємію**, відкладання кальцію у внутрішніх органах і описаний як синдром Барнетта.

Нецукровий діабет, що виникає при недостатці антидіуретичного гормону (АДГ) через пухлину гіпофіза, супроводжується значною поліурією, яка є провідним симптомом (виділяється 3-8 літрів сечі на добу і більше) та полідипсією, що виникає згодом. Хвороба може виникати як гостро, так і поступово, в будь-якому віці. Замісна терапія вазопресином ефективна. Відчуття спраги при нецукровому діабеті зникає після рясного пиття, на відміну від гіперпаратиреозу.

Надзвичайно рідкісною причиною поліурії, що виникає тільки у хлопчиків, відразу після народження, є **нефрогенний нецукровий діабет**. Причиною хвороби є відносна недостатність антидіуретичного гормону, через вроджену нечутливість антидіуретичних рецепторів ниркових каналців. Замісна терапія вазопресином неефективна, натомість, діуретики парадоксально зменшують поліурію вдвічі.

Поліурія із добовим діурезом 4-6 літрів, проте менш інтенсивна, ніж при нецукровому діабеті, виникає при **синдромі Кона**, первинному альдостеронізмі (причина – аденома клубочкової зони коркової речовини наднирників). У хворих підвищений артеріальний тиск (через гіпернатріємію), та характерні нервово-м'язеві розлади (м'язева слабкість, минаючий м'язевий параліч, парестезії, тетанія (виникають внаслідок гіпокаліємії)). Прийом спіронолактону протягом всього трьох днів, у дозі 400мг на добу, усуває гіпокаліємію.

Поліурія при **синдромі Фальконі** нерізка, виникає в тільки в половини хворих, супроводжується м'язевою слабкістю (гіпокаліємія). Синдром Фальконі – надзвичайно рідкісне захворювання, одна із ознак мієломи (плазмодитоми), хвороби Вальденстрема, медикаментозного генезу. Тріада симптомів, фосфатурія, викликана остеомаляцією, глюкозурія, аміноацидемія, дозволяє розпізнати синдром Фальконі.

Висновок

Уміння детально розпитати скарги хворого про розлади сечопуску, виявити ведучий симптом і синдром, дозволяє запідозрити правильний діагноз на етапі збору анамnestичної частини історії хвороби.

Література

1. Юрлов В.М. Диференційна діагностика внутрішніх хвороб / В.М.Юрлов, І.Г.Кульбаба.- Одеса: Одеський медуніверситет. 2002.-359с. (Навчальне видання).
2. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / [Карапата А.П., Федишин П.С., и др.] - Киев: Вища шк. Головное изд-во, 1984. - 272с.
3. Основы семиотики заболеваний внутренних органов / [Струтинский А.В., Баранов А.П., Ротберг Г.Е., Гапоненков Ю.П.] - Москва: "МЕДпресс-информ" 2013.-297с.- (Учебное пособие).
4. Децик Ю.І. Пропедевтика внутрішніх хвороб/ Децик Ю.І.- К.: "Здоров'я," 2000.- 321с. (Навчальне видання).
5. Єпішин А.В. Пропедевтика внутрішніх хвороб із доглядом за терапевтичними хворими/ Єпішин А.В.- Тернопіль: "Укрмедкнига," 2001.- 579с. (Навчальне видання).
6. Москаленко В.Ф. Пропедевтика внутрішніх хвороб/ В.Ф. Москаленко, І.І.Сахарчук.- К.: Книга плюс, 2007.-328с. (Навчальне видання).
7. Яворський О.Г. Пропедевтика внутрішньої медицини / Яворський О.Г.- Київ:"Медицина," 2013. - 551с. (Навчальне видання).
8. Василенко В.Х. Пропедевтика внутрішніх хвороб / В.Х.Василенко, А.Л.Гребенева. - Москва: " Медицина," 1983. - 639с. (Учебное пособие).

Одержано 28.09.2015 року.