

**ДУ «ІНСТИТУТ ГІГІЄНИ ТА МЕДИЧНОЇ ЕКОЛОГІЇ
ІМ. О.М. МАРЗЄВА»**

**КІЇВСЬКА НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА
ДЗ «ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ,
КЛІНІЧНОЇ ІМУНОЛОГІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ГЕНЕТИКИ**

Збірник наукових праць

Випуск 27

**Київ-Луганськ
2014**

УДК 618.2/7+618.1+612.0171+61:575(08)

Редакційна колегія:

В.Т. Германов (відповідальний редактор) – д. м. н., професор (м. Луганськ), І.В. Лоскутова – (заступник відповідального редактора) – д. м. н., професор (м. Луганськ), Н.В. Багацька – д. б. н. (м. Харків), В.Є. Казмірчук – д. м. н., професор (м. Київ), О.А. Коваль – д. м. н., професор (м. Дніпропетровськ), Я.М. Кремінський – д. м. н., професор (м. Луганськ), П.Т. Лещинський – д. м. н., професор (м. Луганськ), К.І. Обуханка – д. б. н. (м. Київ), Б.П. Романюк – д. б. н., професор (м. Луганськ), В.В. Сімрок – д. м. н., професор (м. Луганськ), І.Й. Сидорчук – д. м. н., професор (м. Чернівці), Л.А. Томашевська – д. б. н. (м. Київ), О.І. Тимченко – д. м. н., професор (м. Київ), С.М. Федченко – д. б. н., професор (м. Луганськ), В.В. Чоп'як – д. м. н., професор (м. Львів), В.В. Чуб – д. м. н., професор (м. Луганськ).

У збірнику наукових праць розглядаються питання патологічного акушерства та консервативної гінекології. Висвітлено питання клінічної імунології та генетики. Частина праць є фрагментами докторських та кандидатських дисертацій. Збірник розрахований на лікарів акушерів-гінекологів, імунологів, генетиків, інфекціоністів та наукових працівників.

Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 15.01.2009 р. № 21/16037, а також наказом ВАК України від 24.01.2009 р. № 29 щодо формування нового Переліку наукових фахових видань, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук. Затверджено постановою президії ВАК України від 10 березня 2010 р. № 1-05/2 (медичні науки), а також від 14 квітня 2010 р. № 1-05/3 (біологічні науки).

РЕЦЕНЗЕНТИ: згідно з фахом

© ЛДМУ, 2014

SE «INSTITUTE OF HYGIENE AND MEDICAL ECOLOGY
BY A.N. MARZEYEV» OF NAMS OF UKRAINE
KYIV NATIONAL MEDICAL ACADEMY
FOR POSTGRADUATE TRAINING BY P.L. SHUPICK
SE «LUGANSK STATE MEDICAL UNIVERSITY»

ACTUAL PROBLEMS OF OBSTETRICS, GYNECOLOGY, CLINICAL IMMUNOLOGY AND MEDICAL GENETICS

A collection of papers

Edition 27

Kyiv-Lugansk
2014

З М І С Т

АКУШЕРСТВО

Корява Т.Ф.

Вивчення кореляційних взаємозв'язків між концентрацією стабільних метаболітів оксиду азоту та вмістом ферментів печінки в сироватці крові у вагітних з преєклампсією на тлі хронічної патології печінки 5

Кравченко О.В., Волошинович Н.С.

Інтранатальні ризики вагінальних пологів у жінок з рубцем на матці 14

Кравченко О.В., Дяк К.В.

Аналіз інтранатальних факторів ризику при повторному кесаревому розтині 23

Кремінський Я.М., Макагонова В.В., Колеко Н.О., Леонов Д.О., Полтавець В.В.

Особливості патогенезу гнійно-запальних післяпологових захворювань 32

Кремінський Я.М., Макагонова В.В., Колеко Н.О.

Профілактика дистресу плода та післяопераційних захворювань у вагітних з хронічним пієлонефритом при кесаревому розтині 41

Курицина С.А.

Аномальна плацентация и перинатальные исходы родоразрешения 47

Рожковська Н.М., Садовнича О.О.

Стан редокс-гомеостазу та ферокінетики у вагітних, що страждають на хронічний пієлонефрит 57

Рубан Я.А.

Влияние вспомогательных репродуктивных технологий на развитие перинатальной патологии при одно- и многоплодной беременности 67

Сенчук А.Я., Маркуш І.М., Чермак І.І.

Особенности функционирования плаценти та стан плода у вагітних із хронічним сальпінгофоритом 73

Сюсюка В.Г.

Психоемоциональное состояние и исход родоразрешения у женщин с первой беременностью 83

ГІНЕКОЛОГІЯ

Адамов М.М.

Тактика вспомогательных репродуктивных технологий при сочетанных формах бесплодия с учетом возраста пациенток 91

Адамчук Н.В.

Эффективность лечения аденомиоза с использованием внутриматочной рилизинг-системы 100

Бакшеев С.Н.

Влияние перенесенных различных методов прерывания беременности в первом триместре на развитие дисгормональных нарушений яичников 110

Берая Д.Ю.

Репродуктивная функция женщин и лечение аутоиммунной патологии щитовидной железы 118

Довгань А.А.

Особенности репродуктивного здоровья женщины с отягощенным анамнезом 126

Зуб В.О., Чермак І.І.

Запобігання запальних ускладнень після гістероскопії 135

Лысенко Б.М.

Влияние сочетанной патологии – эндометриоза и гипотиреоза – на изменения эндокринологического статуса пациенток 147

Микитенко Д.О., Линчак О.В., Коба О.П.,

Качко Г.О., Тимченко О.І.

Негативні фактори виникнення безпліддя в шлюбі: результати епідеміологічного дослідження населення в деяких областях України 156

Михайлив Н.П. Особенности эндокринологического статуса женщин с гиперпластическими процессами эндометрия	173
Палыга И.Е. Эффективность вспомогательных репродуктивных технологий при сочетании эндокринологических и микробиологических нарушений	182
Платонова И.Н. Влияние генитальной патологии на развитие доброкачественных заболеваний молочных желез	190
Прудников П.М. Тактика ведения пациенток с метроррагиями на фоне аденомиоза с учетом возрастного периода	197
Сенчук А.Я., Зуб В.О., Чермак И.И., Покровенко О.Б. Рівні деяких гіпофізарно-яєчникових гормонів у хворих із гіперпластичними процесами ендометрію	209
Феськова А.М., Жилкова Е.С., Безпечная И.М., Федота А.М. Особенности развития эмбрионов, полученных методами вспомогательных репродуктивных технологий от пациентов с повышенным содержанием анеуплоидных сперматозоидов в эякуляте	220
Шамрай В.А. Влияние сочетания миомы матки с аденомиозом на тактику хирургического лечения	229

КЛІНІЧНА ІМУНОЛОГІЯ ТА АЛЕРГОЛОГІЯ

Бойченко П.К., Павлов Є.О., Хорькова Е.А., Маснева Л.П., Бойченко О.В. Вивчення рівня IgE та антитіл до лямблій у дітей із клінічними проявами паразитарних інвазій	238
Бурмак Ю.Г., Игнатова А.Ю., Руденко И.В. Возможности применения симбиотика в реабилитации больных бронхиальной астмой	243

Гриньков Є.І., Лоскутова І.В. Показники фагоцитарної активності моноцитів у хворих на хронічний апікальний періодонтит	253
Завгородній І.В., Перцев Д.П., Нікуліна Н.О., Нікуліна Г.Л. Визначення показників загальної неспецифічної резистентності за допомогою винаходу №1180000 у робітників ливарної промисловості	263
Лейкіна В.В., Альошина Р.М. Інформативність факторів ризику формування бронхіальної астми в ранньому дитячому віці	269
Меркулова О.В., Лоскутова І.В. Стан клітинної ланки імунітету у хворих на хронічний фарингіт	275
Рычкова Т.А. Клинико-иммунологические особенности в дебюте реактивных артропатий у детей	288
Третьякевич З.М., Левчина А.М., Бабінова О.В., Рубан Г.В. Особливості клітинного і гуморального імунітету дітей 2-4 років із рекурентними респіраторними захворюваннями, які відвідують організовані дитячі колективи	302
Чашева О.Г., Лоскутова І.В. Характеристика локального імунітету у дітей, хворих на риносинусит	313
Шляхова Н.В. Цитокіновий дисбаланс у дітей з надлишковою масою тіла та ожирінням	325
Толстяк Я.Ф., Чоп'як В.В., Потьомкіна Г.О. Інфекційні антитіла до герпесвірусної інфекції 1/2 типу у хворих на системний червоний вовчак	336

————— МЕДИЧНА ГЕНЕТИКА. БІОЛОГІЯ —————

Агафонова О.О., Боброва А.Г., Попов Д.А. Вроджені вади розвитку як медична та соціальна проблема сучасності (огляд літератури)	345
Анцупова В.В. Проблеми діагностики дисплазії сполучної тканини	360
Багацкая Н.В., Свидан Инас Гх. Отягощенный семейный анамнез – фактор риска формирования депрессивных расстройств в детском и подростковом возрасте	369
Галаган В.О. Генетична характеристика вроджених вад розвитку кістково-м'язової системи у дітей	378
Козовый Р.В., Перцович В.М., Ковальчук Л.Є. Морфоденситометрические особенности хроматина в соматических клетках долгожителей Прикарпатья	393
Начетова Т.А. Особенности дерматоглифических показателей у девочек-подростков с вторичной аменореей	407
Федота А.М. Анализ ассоциаций однонуклеотидных полиморфизмов гена <i>VDR3</i> с эритроцитарными факторами системы АВ0 у больных псориазом	418
Федота А.М., Беляев С.Г., Гонтарь Ю.В., Яковенко Е.А. Клинико-генетический анализ при множественных пороках развития эмбриона и врожденных аномалиях половой системы матери	425
Филипцова О.В. Анализ мануаров правых и левых рук мужчин г. Харькова ...	436

————— РІЗНЕ —————

Андреева И.В., Воликов В.В., Михайловская И.А. Возможности изучения кровоснабжения челюстей при компьютерной томографии с ангиографией	442
--	-----

Бабинец О.М., Гришина Е.И., Мурадян О.В. Влияние терапии остеоартроза на течение артериальной гипертензии	450
Виноградов О.О., Виноградов О.А., Бойченко П.К. Биохимичні та клінічні маркери поліорганної дисфункції в експериментальних дослідженнях (огляд літератури)	459
Гришина Е.И., Бабинец О.М., Менкус Е.В. Проблемы эффективности и безопасности терапии остеоартроза у больных с сахарным диабетом и артериальной гипертензией	471
Дрель В.Ф., Виноградов А.А. Влияние физической нагрузки на уровень липидов в сыворотке крови экспериментальных животных	480
Запорожець Т.Ю. Гематологічні механізми порушень при ексудативному середньому отиті	491
Комнацки Р.А., Виноградов А.А. Влияние токсического гепатита на гистоструктуру почки	501
Коноводова В.Я. Важливість соціологічних, соціолінгвістичних, країнознавчих та культурологічних основ мовної педагогіки в навчанні іноземній мові в медичних вузах	509
Красюк О.А., Федорова О.О. Вплив комбінованої терапії трандолаприлом та верапамілом пролонгованої дії на добовий ритм та варіабельність артеріального тиску у хворих на артеріальну гіпертензію	518
Макаревич В.А. Клініко-гематологічні особливості у дітей, хворих на герпетичний стоматит	532
Носиков А.А., Копельян Н.М. Редокс-система у хворих на ожиріння у сполученні з генералізованим пародонтитом	543
Рычкова Т.А. Формирование клинического мышления у студентов при изучении пропедевтики педиатрии	555

Сенишин Н.Ю. Використання судинозміцнюючого препарату в місцевому лікуванні рожевих вугрів	564
Старикова М.В., Тертычная Н.Н. Технологический подход к обучению латинскому языку в медицинских вузах	575
Таловерова Л.И. Коррекция функциональных нарушений билиарной системы у подростков с вегетативными дисфункциями	585
Таловерова Л.И. Современные формы организации лекционного процесса – составляющая часть качественного процесса обучения на кафедре пропедевтики педиатрии	594
Тіщенко О.Б. Біохімічні методи прогнозування рецидивів хронічного некалькульозного холецистити у хворих на цукровий діабет 2 типу в періоді диспансерного спостереження	603
Фролова Т.В., Охупкіна О.В., Медведєва О.П. Регіональні особливості накопичення магнію у волоссі дітей з порушенням фібрилогенезу	617
Cherapakhina L. Results of research of students' knowledge about healthy life style	627

Для нотаток

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
АКЦІВЕРСЬКА ГІМНАЗИЯ
КАЛІНІНГІ ІМУНОЛОГІ
ТА МЕДИЧНОЇ ГІМНАЗИЯ

Ізбірник наукових праць

Випуск 27

Упорядкований редакцією та видавничою службою

Відповідальний редактор
ТЕРМАНОВ Володимир Тимофійович

Коректор – О.Ю. Гітарева
Техн. редактор – В.В. Романюк

Підписано до друку 14.01.2014
Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Кількість сторінок 272.
Друк офсетний. Умов. друк. арк. 72.
Тираж 100 екз. Замов. № 12.

Відомо-повідомлений центр «Естон-2»
91016 м. Рятівське, вул. Комсомольська, 22
Тел.: (0642) 22-10-83

Надруковано ПП «Літальні А.В.»
91016 м. Рятівське, вул. Комсомольська, 22
Тел.: (0642) 71-86-19.

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавничих підприємств України
№ 252 від 14.03.2012

Our aim was to study the activity of enzymes and non-enzymatic antioxidant defense system metabolites (AOP) in patients with obesity combined with the generalized periodontitis.

We observed 86 patients with generalized periodontitis obese between the ages of 28 to 59 years, of whom 45 were women and 41 men. In the anamnesis of all patients found that the duration of disease was 3-10 years on average. The control group included 34 people with obesity without signs of periodontal tissue destruction.

Besides general clinical and routine laboratory studies, in all the patients under observation additionally studied the activity of nonspecific enzymes AOP system – catalase and superoxide dismutase. Additional studies were linking nonenzymatic antioxidant defense system – the level of reduced and oxidized glutathione in the blood serum and specific activity of its enzymes: glutathione peroxidase, glutathione reductase and glutathione transferase in erythrocytes.

We also examined concentration of the vitamins with antioxidant properties in the serum – ascorbate (vitamin C), α -tocopherol, and retinol.

As a result of the study, all patients with comorbidity – obese and the aggravation of generalized periodontitis observed inhibition of the activity of the antioxidant defense enzymes – catalase and superoxidedismutase. In patients with concomitant pathology also occurred a marked imbalance in glutathione system: reducing the concentration of reduced glutathione and glutathione system enzymes, which facilitated the growth the content of oxidized glutathione.

We have also established that exacerbation of chronic inflammation in periodontal obese patients observed a significant reduction in blood concentration levels of vitamins with antioxidant (α -tocopherol, ascorbic acid and retinol), indicating a significant depletion of the antioxidant capacity of the organism of patients.

Obtained data indicate a significant reduction in antioxidant protection system and a chronic inflammatory process in periodontium among patients with obesity-associated acute cases of GP.

Key words: chronic periodontitis, lipid peroxidation, superoxidedismutase, catalase, glutathione.

ФОРМИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО МЫШЛЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ПРОПЕДЕВТИКИ ПЕДИАТРИИ

Т.А. Рычкова

*ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»
Кафедра пропедевтики педиатрии с уходом за больными*

Недостаточно только иметь хороший разум,
главное – это хорошо применять его.

Р. Декарт

Мышление как общечеловеческое свойство сформировалось в процессе общественно-исторической практики и развивается под влиянием профессиональных знаний, личных особенностей индивидуума и опыта.

Важнейшая задача медицинского образования – формирование и развитие у будущего врача клинического мышления (КМ) [2].

В.И. Катеров считает, что КМ (врачебно-клиническое в его определении) следует рассматривать двояко: как философию (мировоззрение) и как метод, отмечая, что КМ необходимо не только для постановки диагноза заболевания, но и для назначения лечения, обоснования прогноза и определения профилактических мероприятий.

В общей форме о КМ высказывается М.П. Кончаловский: «Преподаватель должен дать студенту определенный запас прочно установленных теоретических сведений, научить его умению приложить эти сведения к больному человеку и при этом всегда рассуждать, то есть логически, клинически, диалектически мыслить» [1, 2].

Специфичность КМ требует особых путей его формирования. Теоретическая подготовка сама по себе не может решить этой задачи. Основа подготовки практического врача – клиника. Следует подчеркнуть, что КМ как процесс почти не изучено. Исследование различных сторон КМ, его эмпирических и теоретических основ, логической структуры, вероятно, требует применения достижений философии, психологии, логики и других наук. Изучение особенностей

КМ позволило бы разработать научные рекомендации о путях и методах его формирования у будущих врачей. Не секрет, что высшая медицинская школа до сих пор решает эту задачу эмпирически. Мы плохо представляем, какие требования предъявляет к интеллекту деятельность практического врача, какие качества ума необходимо развивать и как это делать [1, 5].

Азы КМ начинают закладываться и формироваться при изучении клинических дисциплин на третьем курсе. На кафедре педиатрии студенты изучают теоретическую базу и овладевают профессиональными навыками общения со здоровым и больным ребенком, сбора жалоб, анамнеза, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации пациентов разного возраста. Нозологические формы болезней освещаются лишь в самом общем виде, основное внимание уделяется изучению отдельных симптомов и синдромов, их происхождению, клиническому значению и распознаванию. КМ нельзя научиться по учебникам и руководствам, как бы хорошо они ни были составлены. Для этого необходима практика под руководством опытного преподавателя [3, 4].

При изучении педиатрии в процессе беседы и объективного обследования ребенка студент выявляет определенные симптомы заболеваний. Как правило, их бывает несколько или множество.

Затем следует самая трудная часть изучения предмета – формирование КМ, т.е. разбор логико-диагностической работы врача, что предполагает способность студента к логическому мышлению, логическим операциям и включает следующие этапы:

- 1) анализ симптомов заболеваний;
- 2) синтез симптомов в симптомокомплексы и синдромы;
- 3) формулировка предварительного диагноза перед проведением лабораторных и инструментальных обследований;
- 4) проведение дополнительных лабораторных и инструментальных обследований;
- 5) далее проводится завершающий этап дифференциальной диагностики, которая была начата еще при проведении расспроса, осмотра и объективного обследования пациента.

6) после проведения дифференциальной диагностики выставляется окончательный клинический диагноз и назначается лечение [3, 4].

Это план построения прямого клинического диагноза. Творческий характер обоснования прямого клинического диагноза не вызывает сомнения. Так, студенты описывают, каким образом у них возникла диагностическая гипотеза и как она подтвердилась в процессе обследования. Диагностическая гипотеза всегда возникает при обнаружении причинно-следственной связи между синдромами. Прежде всего нужно разграничить синдромы, характеризующие местные изменения в органах и общую реакцию организма на патологический процесс. Если причинно-следственная связь будет найдена, исследователю нужно будет решить вопрос, какое заболевание данного органа или системы может сопровождаться имеющейся общей реакцией. Таким образом будет создана диагностическая гипотеза.

В этом процессе труднее всего объяснить механизм возникновения диагностической гипотезы, точнее, перейти от внутренней речи к внешней, но этому можно и нужно учиться. Для этого требуется сделать несложное обобщение и анализ клинической картины с помощью простых правил, включающих три возможных варианта:

- 1) одновременность появления, развития и исчезновения синдромов;
- 2) определенная последовательность развития, проявления и угасания синдромов;
- 3) отдельные симптомы и синдромы могут быть связующим звеном для других синдромов.

Предложенные критерии носят описательный характер, что дает понимание относительности доказательств истинности диагностического суждения. Тем не менее в клинической медицине не существует более надежных критериев доказательства причинно-следственных связей. Последнее, в свою очередь, позволяет исследователю задумываться над важнейшими фундаментальными вопросами клинической медицины. Если же исследователь задумался над такими вопросами, то это уже более половины пути к

познанию. Таким образом, уже в самом раннем, начальном периоде обучения у студентов стимулируется развитие пространственного мышления [5].

Понятие «клиническое мышление» отражает не только особенности мышления врача, но и определенные требования к его психике в целом. Прежде всего это наблюдательность. Наблюдательный врач, как правило, хороший диагност. На фасаде главного здания в Колтушах И.П. Павлов велел высечь слово «наблюдательность», напоминая своим сотрудникам, что он считает особо важным именно это качество.

Имеется несомненная связь между наблюдательностью и памятью: человек, лишенный памяти, не может быть наблюдательным, так как во всяком наблюдении есть элемент сопоставления с ранее известным. Именно склонность сравнивать отличает наблюдательность от простого запоминания. Наблюдательность должна развиваться еще на студенческой скамье. При этом собранные факты должны «работать»: от внешнего необходим переход к внутреннему, от симптоматики – к установлению патогенетических связей. Результативность КМ в значительной степени связана с концентрированностью – умением врача с начала обследования пациента выделить главное. В диагностике важно сосредоточить внимание на доминирующих симптомах, определяющих состояние больного и оказывающих решающее влияние на выбор лечебной тактики [2].

Подводя итог изложенному, необходимо отметить, что формирование КМ при изучении пропедевтики педиатрии на III курсе является важным этапом формирования клинического врачебного мышления, становление которого продолжается на старших курсах.

Литература

1. Абаев Ю.К. Логика врачебного мышления / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2007. – №5. – С. 16-22.
2. Абаев Ю.К. Особенности и противоречия клинического мышления врача / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2008. – №16. – С. 6-13.
3. Кривущев Б.И. Формирование мотивации обучения на кафедре пропедевтики педиатрии / Б.И. Кривущев // Проблеми питання педіатрії та вищої медичної освіти: зб. наук. пр., присвячений пам'яті професора Ю.М. Вітебського. – Донецьк: Світ книги, 2012. – С. 123-129.

4. Рычкова Т.А. Особенности формирования клинического мышления у студентов при изучении пропедевтики педиатрии в условиях кредитно-модульной системы // Т.А. Рычкова, Л.И. Таловерова // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: зб. наук. пр. – Вип. 25. – Київ – Луганськ, 2013. – С. 509-515.
5. Тетнев Ф.Ф. Значение теории диагностики при изучении внутренних болезней на педиатрическом факультете / Ф.Ф. Тетнев, Т.Н. Бодрова, О.В. Калинина // Бюллетень сибирской медицины. – 2011. – №1. – С. 97-100.

Рычкова Т.А. Формирование клинического мышления студентов при изучении пропедевтики педиатрии.

В статье рассмотрена важнейшая задача медицинского образования – формирование и развитие у будущего врача клинического мышления. Специфичность клинического мышления требует особых путей его формирования в условиях клиники под руководством опытного преподавателя. Исследование различных сторон клинического мышления, его эмпирических и теоретических основ, логической структуры требует применения достижений философии, психологии, логики и других наук. Азы клинического мышления начинают закладываться и формироваться при изучении клинических дисциплин на третьем курсе.

На кафедре пропедевтики педиатрии студенты изучают теоретическую базу и овладевают профессиональными навыками общения со здоровым и больным ребенком, сбора жалоб, анамнеза, осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации пациентов разного возраста. Нозологические формы болезней освещаются лишь в самом общем виде, основное внимание уделяется изучению отдельных симптомов и синдромов, их происхождению, клиническому значению и распознаванию. Затем следует самая трудная часть изучения предмета – формирование клинического мышления, т.е. разбор логико-диагностической работы врача, что предполагает способность студента к логическому мышлению, логическим операциям и включает следующие этапы:

- 1) анализ симптомов заболеваний;
- 2) синтез симптомов в симптомокомплексы и синдромы;
- 3) формулировка предварительного диагноза перед проведением лабораторных и инструментальных обследований;
- 4) проведение дополнительных лабораторных и инструментальных обследований;

5) далее проводится завершающий этап дифференциальной диагностики, которая была начата еще при проведении расспроса, осмотра и объективного обследования пациента;

6) после проведения дифференциальной диагностики выставляется окончательный клинический диагноз и назначается лечение.

В этом процессе труднее всего объяснить механизм возникновения диагностической гипотезы, точнее, перейти от внутренней речи к внешней, но этому можно и нужно учиться. Для этого требуется сделать несложное обобщение и анализ клинической картины с помощью простых правил, включающих три возможных варианта:

- 1) одновременность появления, развития и исчезновения синдромов;
- 2) определенная последовательность развития, проявления и угасания синдромов;
- 3) отдельные симптомы и синдромы могут быть связующим звеном для других синдромов.

Понятие «клиническое мышление» отражает не только особенности мышления врача, но и определенные требования к его психике в целом. Прежде всего это наблюдательность. Имеется несомненная связь между наблюдательностью и памятью: человек, лишенный памяти, не может быть наблюдательным, так как во всяком наблюдении есть элемент сопоставления с ранее известным. Клиническое мышление в значительной степени связано с концентрированностью – умением врача с начала обследования пациента выделить главное. Формирование клинического мышления при изучении пропедевтики педиатрии на третьем курсе является важным этапом формирования клинического врачебного мышления, становление которого продолжается на старших курсах.

Ключевые слова: клиническое мышление, диагностическая гипотеза, симптом, синдром, пропедевтика педиатрии.

Ричкова Т.А. Формування клінічного мислення у студентів при вивченні пропедевтики педіатрії.

У статті розглянуто найважливіше завдання медичної освіти – формування та розвиток у майбутнього лікаря клінічного мислення.

Специфічність клінічного мислення вимагає особливих шляхів його формування в умовах клініки під керівництвом досвідченого викладача. Дослідження різних сторін клінічного мислення, його емпіричних і теоретичних основ, логічної структури вимагає застосування досягнень філософії, психології, логіки та інших наук. Ази клінічного мислення починають закладатися і формуватися при вивченні клінічних дисциплін на третьому курсі.

На кафедрі пропедевтики педіатрії студенти вивчають теоретичну базу та оволодівають професійними навичками спілкування зі здоровою і хворою дитиною, збору скарг, анамнезу, огляду, пальпації, перкусії та аускультатії пацієнтів різного віку. Нозологічні форми хвороб висвітлюються лише в узагальненому вигляді, основна увага приділяється вивченню окремих симптомом і синдромів, їх походженню, клінічному значенню і розпізнаванню. Потім йде найважча частина вивчення предмету – формування клінічного мислення, тобто розбір логіко-діагностичної роботи лікаря, що передбачає здатність студента до логічного мислення, логічним операціям і включає наступні етапи:

- 1) аналіз симптомів захворювань;
- 2) синтез симптомів в симптомокомплекси і синдроми;
- 3) формулювання попереднього діагнозу перед проведенням лабораторних та інструментальних обстежень;
- 4) проведення додаткових лабораторних та інструментальних обстежень;

5) далі проводиться завершальний етап диференціальної діагностики, яка була розпочата ще при проведенні розпитування, огляду й об'єктивного обстеження пацієнта;

6) після проведення диференціальної діагностики виставляється остаточний клінічний діагноз і призначається лікування.

У цьому процесі найважче пояснити механізм виникнення діагностичної гіпотези, точніше, перейти від внутрішньої мови до зовнішньої, але цьому можна і потрібно вчитися. Для цього необхідно зробити нескладне узагальнення та аналіз клінічної картини за допомогою простих правил, що включають три можливих варіанти:

- 1) одночасність появи, розвитку та зникнення синдромів;
- 2) певна послідовність розвитку, прояви та згасання синдромів;

3) окремі симптоми і синдроми можуть бути сполучною ланкою для інших синдромів.

Поняття «клінічне мислення» відображає не тільки особливості мислення лікаря, а й певні вимоги до його психіки в цілому. Перш за все це спостережливість. Мається безсумнівний зв'язок між спостережливістю і пам'яттю: людина, позбавлена пам'яті, не може бути спостережливою, так як у всякому спостереженні є елемент зіставлення з раніше відомим. Клінічне мислення в значній мірі пов'язане з концентрованістю – умінням лікаря з початку обстеження пацієнта виділити головне. Формування клінічного мислення при вивченні пропедевтики педіатрії на третьому курсі є важливим етапом формування клінічного лікарського мислення, становлення якого продовжується на старших курсах.

Ключові слова: клінічне мислення, діагностична гіпотеза, симптом, синдром, пропедевтика педіатрії.

Rychkova T.A. Forming of the clinical thinking of students during the study of Propedeutics of Pediatrics.

The most important task of medical education – the formation and development of the clinical thinking of future doctors is considered in this article.

The specificity of the clinical thinking requires specific ways of its formation in the clinic under the supervision of an experienced teacher.

Study of various aspects of clinical thinking, its empirical and theoretical foundations of the logical structure requires using the achievements of philosophy, psychology, logics and other sciences. Foundations of clinical thinking begin to take shape in the study of clinical disciplines during the third year. At the Department of Propaedeutics of Pediatrics students learn and master the theoretical basis of communication skills with a healthy and sick child, identify certain symptoms and syndromes of diseases.

Then comes the most difficult part of the study of the subject – the formation of clinical thinking in the analysis of logical and medical diagnostic work, which involves the student's ability to think logically, to do logical operations and summarize the findings; and including six options for this needs to be done:

1) analysis of disease symptoms;

2) synthesis of symptoms in syndromes;

3) the wording of the preliminary diagnosis before the laboratory and instrumental examinations;

4) conducting additional laboratory and instrumental examinations;

5) further carried out the final stage of the differential diagnosis, which was started during the questioning, examination and physical examination of the patient;

6) after the differential diagnosis exhibited a definitive clinical diagnosis and treatment is prescribed.

The mechanism of a diagnostic hypothesis is most difficult to explain in this process, more precisely, to move from the inside to the outside of speech, but it can and should learn.

In this process it is the most difficult to explain the mechanism of a diagnostic hypothesis, more precisely, to move from the internal speech to external one, but it can be and must be learned.

For this simple generalization and analysis of the clinical picture with simple rules, including three options must be done:

1) the simultaneous appearance and disappearance of syndromes;

2) a specific sequence of development, appearance and extinction syndromes;

3) individual symptoms and syndromes may be a link to other syndromes.

The concept of «clinical thinking» reflects not only the characteristics of a thinking doctor, but also specific requirements for his mind as a whole.

First of all, it's observation. There is a clear link between observation and memory: a man without memory can not be observant, as in every observation there is an element of comparison with the prior art.

Clinical thinking is strongly associated with the concentration – the physician's ability to identify the main point from the beginning of the examination of the patient.

Formation of clinical thinking in the study of Propaedeutics of Pediatrics during the 3rd year is an important stage in the development of clinical medical thinking, the emergence of which goes to the senior years.

Key words: clinical thinking, diagnostic hypothesis, symptom, syndrome, Propaedeutics of Pediatrics.