



ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

ПРОПЕДЕВТИКА

ФУНДАМЕНТ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

АКАДЕМІЧНА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТА
ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ

ваші питання – наші відповіді

Навчальний посібник

Електронне видання

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені В. Н. КАРАЗІНА

ПРОПЕДЕВТИКА – ФУНДАМЕНТ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ.
АКАДЕМІЧНА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТА
ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ:
ваші питання – наші відповіді

Навчальний посібник

Електронне видання

Харків – 2024

Рецензенти:

О. В. Більченко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри терапії № 1 ННІ післядипломної освіти ХНМУ, професор кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

Л. Л. Шерстюк – кандидат медичних наук, доцент, в.о. завідувача кафедри загальної практики – сімейної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Вченої ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 6 від 28 березня 2024 року)*

Пропедевтика – фундамент клінічної медицини. Академічна
П 54 історія хвороби пацієнта терапевтичного профілю: ваші питання – наші
відповіді : навчальний посібник [Електронне видання] / М. С. Бринза,
Е. В. Карнаух, І. В. Шокало, Е. Ю. Коробко. – Харків : ХНУ імені
В. Н. Каразіна, 2024. – (PDF 142 с.)

ISBN 978-966-285-787-0

Навчальний посібник є частиною серії навчально-методичних видань з основ сучасної діагностики захворювань внутрішніх органів, що розроблений викладачами кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Матеріал орієнтований на поглиблене вивчення найважливіших питань пропедевтики внутрішньої медицини, поданий із урахуванням сучасних методологічних підходів, ґрунтовно структурований, узагальнений та ілюстрований, є оригінальним за форматом нестандартної подачі у вигляді «питання – відповіді», що сприятиме зростанню інтересу студентства до внутрішньої медицини, стане джерелом клінічного мислення.

URI <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/18923>

УДК 616.15-07(075.8)

ISBN 978-966-285-787-0

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2024

© Бринза М. С., Карнаух Е. В., Шокало І. В.,
Коробко Е. Ю., 2024

© Пруднік Н. Є., макет обкладинки, 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	4
Розділ 1. Роль внутрішньої медицини в загальномедичній освіті.....	6
Пропедевтика внутрішньої медицини як наука	12
Розділ 2. Сучасна структура історії хвороби.....	30
1. Опитування пацієнта	31
2. Загальні відомості про пацієнта	32
3. Опитування хворого за системами органів	40
4. Об'єктивне обстеження: Огляд	45
Пальпація	86
Перкусія	93
Аускультация.....	100
Розділ 3. Академічна історія хвороби пацієнта терапевтичного профілю	104
Типові тестові завдання для самоконтролю знань	133
Література	138

ВСТУП

*В основі будь-якої лікарської діяльності
лежить діагноз – з грецької мови «діагноз» означає
досліджувати, точно зважити, відрізнити,
точно розпізнати, вирішити, скласти думку
Роберт Хегглін,
швейцарський терапевт та кардіолог,
професор Цюрихської поліклініки
(«Диференційна діагностика внутрішніх хвороб», 1965 р.)*

Шановні студенти та колеги!

Цей посібник складено для початку знайомства з майстерністю обстеження пацієнта.

Пропедевтика внутрішньої медицини, або введення в клініку внутрішніх хвороб – дисципліна, яка не одразу зрозуміла колегам з західних країн. Але, на нашу думку, це той випадок, коли ми маємо зберігати наші особливості, навчати та популяризувати серед українських та іноземних студентів.

Усі сучасні і технологічні лабораторні та інструментальні дослідження, які, безумовно, є невід’ємними складовими сучасної медичної практики, все ще в усьому світі називаються «додатковими» методами обстеження. Це свідчить про те, що основним діагностичним методом, як у попередні століття, залишається гострий розум, високий рівень знань та аналітичні здібності лікаря, що обстежує пацієнта. Опитування та обстеження пацієнта вимагає як інтелектуальної, так і емоційної майстерності.

Легендарна книга доктора Бернарда Лоуна «Загублене мистецтво зцілення» у свій час надихнула мене стати кардіологом та напрацювати свої навички обстеження до дуже високого рівня. Мабуть, не в останню чергу саме вона послугувала основою майбутньої кафедри пропедевтики і розуміння важливості цієї дисципліни у навчанні сучасного лікаря. Проте назва її спричинила протиріччя, називаючи обстеження та лікування пацієнта «мистецтвом» у протилежність «науці» медицині. Ця назва є суперечливою: найбільш переконливим є те, що позначення його як «мистецтво» видаляє спілкування з пацієнтом з області критичної оцінки і припускає, що в інтерв’юванні та обстеженні є щось магічне чи таємниче, що неможливо описати чи вивчити. Цей посібник створений для того, щоб продемонструвати вам обстеження як клінічну науку, засновану на

критичному спостереженні і аналізі пацієнта, підкреслюючи його значення як клінічної діяльності.

У першому розділі посібник описує загальну роль внутрішньої медицини у вищій медичній освіті та дає визначення основним поняттям цієї величезної частини сучасних медичних знань. Окремо розглядаються медична етика та деонтологія, які визначають основні етичні, юридичні та моральні особливості спілкування з пацієнтом, їх знання є обов'язковою умовою «доступу» студента в світ реального клінічного обстеження. Другий розділ присвячений опитуванню та об'єктивному обстеженню пацієнта, його основним правилам та поняттям, які вже структуровані за схемою історії хвороби. У третьому розділі детально розбираються правила оформлення та усе необхідне для написання академічної історії хвороби, яка є повною версією будь-якої клінічної історії хвороби у вашій майбутній клінічній практиці. Майстерність написання саме академічної історії хвороби, дотримання її принципів під час роботи з пацієнтом – засада правильного ведення медичної документації, яка є загальноприйнятою клінічною «мовою» лікарів, універсальний спосіб фіксувати, зберігати та передавати колегам інформацію про пацієнта.

Тож сподіваємось, цей посібник стане у нагоді студентам, інтернам та молодим лікарям для опанування базових підходів до пацієнта і надихне стати чудовими клініцистами!

Від щирого серця,

Марія Бринза
та колектив кафедри пропедевтики
внутрішньої медицини і фізичної реабілітації

РОЛЬ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ОСВІТІ



Як все починалося?

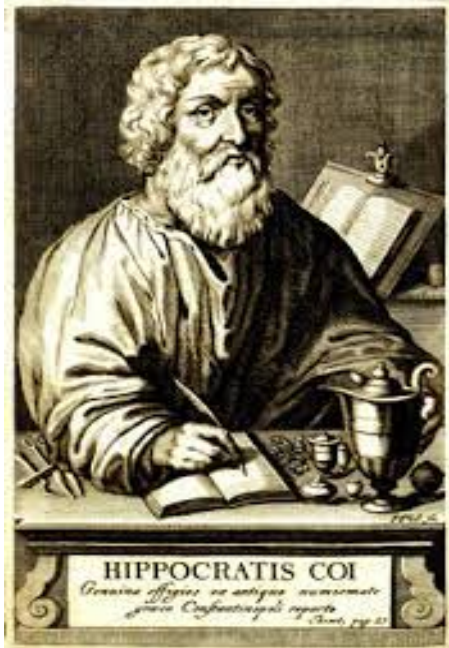


Рис. 1. Гіппократ
460–370 роки до н. е. [2]

Медичний фундамент та лікарські принципи було закладено ще в Давній Греції Гіппократом та Авіценою, який видав «Канон лікувальної науки», що досі є актуальним [1]. Фундаментальні роботи **Гіппократа** демонструють високий рівень знань в галузі тодішньої медицини, говорять про детальне вивчення анамнезу, огляду, використання перкусії та аускультатії (рис. 1). Гіппократом було описано безліч клінічних симптомів, деякі з них мають своє діагностичне значення і сьогодні: «шум плеску», «симптом падаючої каплі», «нігті Гіппократа» [3-4]. Також він активно висвітлював етичні проблеми лікувальної справи, його робота в цій галузі посіла важливе місце й відображена в «Присязі Гіппократа», яка є признаною в усьому світі (рис. 2).



Рис. 2. Текст присяги Гіппократа [5]

Вчення Гіппократа продовжив **Клавдій Гален**, який був лікарем римського імператора Марка Аврелія (рис. 3). Він перший ввів поняття об'єму та вагових пропорцій відносно виготовлення лікарських засобів, що є фундаментом фармакології в цілому [4].

Одним із основоположників клінічної медицини був **Жан Нікола Корвізар**. Він перший ввів у медичну практику метод перкусії, запропонований Ауенбругером (рис. 4). Корвізар понад 20 років застосовував перкусію в своїй практиці і, переконавшись в ефективності цього методу діагностики, переклав книгу Ауенбругера французькою мовою, доповнив її своїми коментарями та опублікував у 1808 році. Після цього метод перкусії отримав загальне значення в лікарській практиці.

Корвізар один із засновників семіотики – науки, що вивчає симптоми захворювання. Використовуючи розпит, огляд, пальпацію та перкусію, він описав диференційні ознаки між лівошлуночковою та правошлуночковою серцевою недостатністю (задуха, ціаноз, дефіцит пульсу тощо), вказав значення пресистолічного «котячого муркотіння» як ознаки мітрального стенозу. Також ним були описані перикардити та клапанні вади серця. Корвізар був надзвичайно авторитетним в лікувальній справі. Він лікував багатьох видатних людей своєї епохи, а також самого Наполеона I, який говорив про нього: «Я не вірю в медицину, але я вірю в свого лікаря Корвізара» [8-9].

Ще б хотілося відзначити наступних видатних клініцистів, які займають особливе місце в становленні та розвитку світової пропедевтики внутрішньої медицини:



*Рис. 3. Клавдій Гален
II ст. н.е. [6]*



*Рис. 4. Жан Нікола Корвізар
(1755–1825) [7]*



*Рис. 5. Мудров М. Я.
(1776–1831) [8]*

Матвій Якович Мудров заклав основу анамнестичному методу обстеження, ввів методику наукового розпиту хворого та розробив схему клінічного обстеження пацієнта (рис. 5). Саме він наполягав на необхідності «лікувати не хворобу, а хворого», що говорить про виявлення причин захворювання та проведення комплексних лікувально-профілактичних заходів.



*Рис. 6. Боткін С. П.
(1832–1889) [8]*

Один з засновників наукової клінічної медицини **Сергій Петрович Боткін** (рис. 6) вперше створив експериментальну лабораторію, де вивчали фізіологічну та фармакологічну дію лікарських засобів. Боткін першим встановив інфекційний характер вірусного гепатиту.



*Рис. 7. Образцов В. П.
(1849–1920) [8]*

Василь Парменович Образцов серед багатьох своїх робіт велике значення надавав удосконаленню методики аускультатії серця, використовуючи методику непрямой аускультатії з використанням стетоскопа, що значно розширило діагностичні можливості аускультатії (рис. 7). Були описані особливості розщеплення та роздвоєння I тону, описаний III тон при «ритмі галопу», вперше запропоновані терміни «ритм перепілки» та «бісистолія». Історичним внеском у світову медицину став опис Образцовим та його учнем Стражеском клінічної картини інфаркту міокарда в 1909 році. Образцовим була

створена українська школа терапевтів, яка розвивала прогресивні наукові напрямлення та клінічні традиції.

Михайло Георгійович Курлов займався питаннями гематології, розробив класифікацію мінеральних вод (рис. 7). Знаменитий як автор методики перкусії печінки.



*Рис. 8. Курлов М. Г.
(1859–1932) [8]*

Феофіл Гаврилійович Яновський заснував першу бактеріологічну лабораторію, відкрив Київський туберкульозний інститут (нині національний інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського), організовував санаторії для хворих на туберкульоз (рис. 9).



*Рис. 9. Яновський Ф. Г.
(1860–1928) [8]*

Георгій Федорович Ланг (рис. 10) найбільш видатний в області кардіології. Він розробив класифікацію серцево-судинних захворювань, серцевої недостатності; першу концепцію гіпертонічної хвороби як своєрідного неврозу; лікування миготливої аритмії хінідіном, препаратами наперстянки.



*Рис. 10. Ланг Г. Ф.
(1875–1948) [8]*



Рис. 11. Стражеско М. Д.
(1876–1952) [8]

Микола Дмитрович Стражеско (рис. 11). Вся його діяльність була направлена на розкриття найбільш складних проблем медицини, актуальних і в сьогоденні. Світового значення набула його наукова робота у співавторстві з Образцовим, присвячена симптоматиці та діагностиці тромбозу коронарних судин серця.



Рис. 12. Мала Л. Т.
(1919–2003) [8]

Любов Трохимівна Мала (рис. 12) була видатним терапевтом і кардіологом, академіком АМН, НАН України, мала звання Героя України. Є засновником сучасної школи терапевтів та кардіологів, ініціатором заснування АМН України. У 1986 р. заснувала Харківський НДІ терапії з відділеннями кардіології, гастроентерології, пульмонології, нефрології, який зараз з честю носить ім'я «Державна установа «Національний інститут терапії імені Л. Т. Малої НАМН України». Автор більше ніж 600 наукових робіт, в тому числі 26 монографій.

За монографії «Інфаркт міокарда» і «Серцеві глікозиди» Л. Т. Мала за життя була удостоєна іменних премій корифеїв вітчизняної медицини С. П. Боткіна, М. Д. Стражеска, С. І. Вавілова, П. І. Шатілова. Її основні наукові роботи присвячені вивченню серцево-судинної системи при атеросклерозі, ролі нейрогуморальних механізмів регуляції у виникненні і прогресуванні захворювань серця, в тому числі гіпертонічної хвороби, гострого інфаркту міокарда, недостатності кровообігу, проблемам клінічної фармакології.



Яка роль пропедевтики внутрішньої медицини в загально-медичній освіті?

Відповідь на це питання дуже проста! Вивчення пропедевтики внутрішньої медицини (ПВМ) – це фундамент клінічної практики лікаря будь-якої спеціальності. Саме пропедевтика внутрішньої медицини є тим предметом, який вводить здобувачів вищої медичної освіти в клініку внутрішніх хвороб [9].

Ціль дисципліни – надати основи діагностики та оцінку основних проявів захворювань внутрішніх органів, сформулювати у здобувача основи клінічного мислення, навички обстеження хворого та застосування на практиці знань з медичної етики та деонтології.

Основні розділи дисципліни (рис. 13):

Методи обстеження (розпит, огляд, пальпація, перкусія, аускультация та лабораторно-інструментальна діагностика).

Семіотика – вчення про ознаки, симптоми захворювань та їх діагностичне значення.

Загальне уявлення про **основні захворювання внутрішніх органів**.



Рис. 13. Основні розділи дисципліни ПВМ

Задача дисципліни ПВМ – сформулювати у здобувача вищої медичної освіти наступні навички:

- ◆ клінічного обстеження хворого;
- ◆ вміння оцінювати отримані симптоми;
- ◆ встановлювати діагностичне значення симптомів;
- ◆ пояснювати причини і механізми виникнення симптомів;
- ◆ скласти план обстеження;
- ◆ оцінювати результати лабораторних та інструментальних методів обстеження;
- ◆ самостійно діагностувати основні клінічні синдроми;
- ◆ обґрунтування клінічного діагнозу;
- ◆ оформлення й ведення історії хвороби;
- ◆ надання невідкладної допомоги при найбільш розповсюджених патологічних станах;
- ◆ проведення реанімаційних заходів.

Вивчаючи пропедевтику внутрішньої медицини, здобувачі знайомляться не лише з типовими, а й з атиповими формами захворювань, приділяючи увагу питанням диференційної діагностики, лікуванню, профілактиці, диспансерному нагляду, діагностиці невідкладних станів у клініці внутрішніх хвороб.

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ ЯК НАУКА

Термін «Пропедевтика» походить від грец. **Προπαιδεύω**, що означає «навчаю попередньо» [1; 8-9].

Пропедевтика внутрішньої медицини – наука про методи обстеження хворого, методи діагностики та постановку діагнозу.

Тобто вивчення ПВМ – це спосіб перетворити теоретичні знання з анатомії, фізіології, біології, хімії, гістології в клінічну практику, діагностичний пошук та клінічний досвід.



Чому саме ПВМ є однією з найважливіших наук у підготовці лікаря широкого профілю?

Тому що навички, які здобуваються при вивченні даної дисципліни (вміння обстежити хворого, знання про патологію внутрішніх органів), необхідні лікарю будь-якої спеціальності [4].

Хірург не зможе оперувати хворого, організовувати післяопераційний режим, якщо він не має чіткого уявлення про функції систем організму. Хворому з будь-якою патологією без уявлення про стан організму в цілому неможливо організувати правильний режим лікування. Вміння проводити загальне обстеження необхідне кожному лікарю! Особливо в умовах впровадження страхової медицини, де лікар має здійснювати систематичне спостереження за пацієнтом з народження і протягом всього життя [8-10].

Важливо!

Майбутнім лікарям треба засвоїти всі розділи дисципліни, оволодіти необхідними навиками, щоб усе це знайшло відображення в формуванні клінічного мислення.



А що це взагалі таке — «клінічне мислення»?

Клінічне мислення – це розумова діяльність, яка забезпечує ефективне використання теорії і практичного досвіду для вирішення усіх питань лікувального і діагностичного процесу щодо конкретного хворого [1].

Формування клінічного мислення залежить від таких обставин [4-10]:

- ◆ Особливого пізнання хворого (розуміти, що пацієнт є складною біологічною системою, він соціально активний, неможливо розглядати його лише з точки зору наявних скарг);
- ◆ Встановлення успішного та якісного психологічного контакту з хворим;
- ◆ Розпізнати захворювання та допомогти хворому – це специфічні завдання, виконання яких може бути ускладнене через недостатність часу, неповноту інформації та несприятливі обставини. Лікар має навчитися працювати за різних обставин і умов.

Все це допоможе не лише сформувати клінічне мислення, а й набути максимального клінічного досвіду.

Клінічний досвід – це не лише знання про варіанти перебігу захворювань та пам'ять про пацієнтів [10]. Це синтез практики та теорії. Мислення повинно відповідати рівню науки і суворо дотримуватися законів логіки. Отже, основна специфіка формування клінічного мислення – це **навчання в клініці!** Через це **немає заочної форми навчання в медицині**. Лікар має бути спостережливим, аналітичним, систематичним, вміти скласти всю отриману інформацію про хворого в один логічний «ланцюг» і давати цьому патогенетичне обґрунтування [8-9].

Умовно все вище сказане можемо об'єднати в окрему «формулу клінічного мислення» (рис. 14):



Рис. 14. «Формула клінічного мислення»



Поняття про симптом, синдром та діагноз

Під час обстеження хворого лікар виявляє певні ознаки захворювання, їх називають **симптоми** (від грец. Symtoma – ознака, співпадіння). Наприклад, задуха, біль, кашель та ін. [1].

Якщо симптом характерний виключно для конкретного захворювання (наприклад, характерний висип на обличчі у вигляді «метелика» при системній червоній вовчанці), його називають **патогномонічним**. Симптоми, які можуть зустрічатися при різних захворюваннях (наприклад, діастолічний шум при аортальній недостатності та мітральному стенозі), – **неспецифічні** [7]. Симптоми, що зустрічаються одночасно при різноманітних захворюваннях (наприклад, слабкість та втомлюваність, що характерно будь-якому захворюванню), є **відносними** [7-10].

Суб'єктивними є симптоми, які виявляються під час розпиту хворого, а **об'єктивними** – ті, які виявлені під час огляду хворого [1].

Симптоми можуть бути **патологічними**, що вказують на прояв хвороби (наприклад, нудота, головний біль), або **компенсаторні**, що розвиваються як прояв захисних реакцій організму (наприклад, тахікардія після фізичного навантаження) [8].

Також симптоми можуть бути **ранніми** – проявляються на початку захворювання, а іноді як перші прояви хвороби, або **пізніми** – з'являються на більш пізніх стадіях хвороби, а іноді як прояв ускладнення [9].

Ще симптоми можна розділити на **сприятливі**, що свідчать про сприятливий перебіг хвороби та одужання (наприклад, кашель на початку захворювання був сухим, зараз більш продуктивний, з виділенням мокротиння), та **несприятливі**, що свідчать про важкий, часто незворотній патологічний процес (наприклад, шум тертя перикарду при хронічному нефриті) [10].

Для систематизації симптомів введено поняття «синдром»!

Синдром (від грец. syndromos – «одночасний біг») – сукупність симптомів, взаємообумовлених єдиним патогенезом [8]. Синдромом може бути як окреме захворювання, так і прояв частини захворювання (рис. 15):



Рис. 15. Види синдромів

Для кращого запам'ятовування все вищесказане об'єднано та систематизовано у наступній схемі (рис. 16):



Рис. 16. Класифікація симптомів

Симптомокомплекс — сукупність симптомів, не взаємопов'язаних між собою [8-10]. Виділення синдромів — це важливий етап на шляху до встановлення діагнозу, оскільки деякі синдроми є характерними для певних захворювань.

Результатом клінічного обстеження завжди є діагноз!

Далі ми пропонуємо вам ознайомитися з поняттям про діагноз та його видами.

Діагноз (від грец. Diagnosis — розпізнавання) — короткий лікарський висновок про захворювання та стан хворого [1].

У своїй структурі діагноз завжди складається з [7-8]:

- ◆ **Основного захворювання** — захворювання, яке домінує в даний час;
- ◆ **Ускладнення основного захворювання** — патологія, що виникла під час основного захворювання як результат клінічних проявів;
- ◆ **Супутнє захворювання** — патологія, яка супроводжує основне захворювання, але не пов'язана з ним та не домінує в даний час.

В залежності від методів діагностики виділяють [1]:

- ◆ Діагноз **aegroti** — встановлений з урахуванням індивідуальних особливостей організму;
- ◆ Діагноз **morbietaeagroti** — повний діагноз;

- ♦ **Діагноз *perexclusionem*** – діагноз, що встановлений методом виключення;
- ♦ **Діагноз *exobservatione*** – встановлений на підставі спостережень;
- ♦ **Діагноз *exjuvantibus*** – встановлений на підставі лікувального ефекту.

В залежності від часу встановлення діагнозу та його обґрунтування діагноз розділяють на наступні види [8-9]:

- ♦ **Попередній** – встановлений на підставі фізикальних методів обстеження (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
- ♦ **Клінічний** – підтверджений результатами додаткових лабораторних та інструментальних методів обстеження, має визначатися протягом перших трьох діб знаходження пацієнта в стаціонарі;
- ♦ **Заключний** – встановлюється перед випискою пацієнта зі стаціонару;
- ♦ **Посмертний** – встановлюється у випадку смерті хворого;
- ♦ **Патологоанатомічний** – встановлюється на підставі даних розтину.

Важливо! Діагноз завжди має бути сформовано згідно з міжнародними загальноприйнятими класифікаціями, з обов'язковим вказуванням стадії хвороби (рецидив, ремісія); ступінь хвороби (компенсація, субкомпенсація, декомпенсація); функціональної оцінки (дихальна, ниркова, печінкова недостатність, недостатність кровообігу та ін.) [1].



Якою послідовністю керуватися для застосування усіх цих понять на практиці?

Відповідь на це питання краще зобразити схематично (рис. 17):

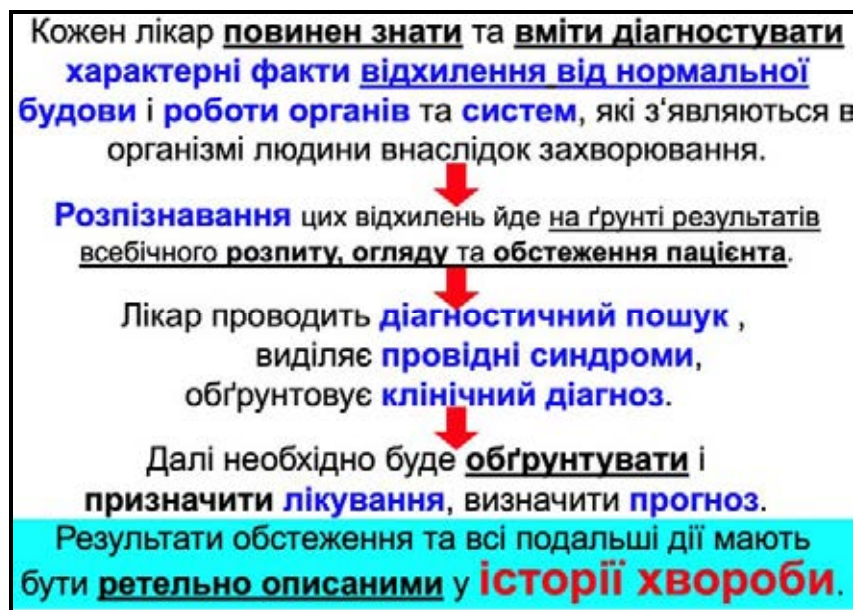


Рис. 17. Послідовність дій лікаря на шляху до діагнозу



Як працювати з пацієнтом?

Запам'ятайте! Кожен громадянин має право на доступність у галузі охорони здоров'я. Саме тому **доступність та якість медичної допомоги** – основні показники, що визначають ефективність системи охорони здоров'я. Мається на увазі, що, починаючи роботу з пацієнтом, треба розуміти: кожен громадянин має можливість звернутися за медичною допомогою та отримати необхідне лікування незалежно від фінансової спроможності, місця проживання та часу звернення за допомогою [8-10].

У своїй діяльності лікар завжди має керуватися чинним законодавством про охорону здоров'я, принципами та правилами медичної етики та деонтології, правилами трудового розпорядку та іншими локальними нормативними актами в медичній установі [11].

Якщо детальніше розбирати права пацієнта та лікаря в Україні, то ось основна **нормативна база** документів:

- ◆ Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР (зі змінами і доповненнями) [12];
- ◆ Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435-ІУ (зі змінами і доповненнями) [13];
- ◆ Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ (зі змінами і доповненнями) [14];
- ◆ Закон України «Про звернення громадян» від 2 жовтня 1996 р. № 393/96-ВР (зі змінами і доповненнями) [15].



Конкретніше про права пацієнтів

Це питання завжди буде актуальним. Тема прав пацієнтів обговорюється в засобах масової інформації дуже часто, особливо якщо йдеться про їх порушення. Для прикладу давайте розглянемо декілька статей з **Основ законодавства України про охорону здоров'я** [14].

Стаття 34. 38. Кожен пацієнт, який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій. Пацієнт вправі вимагати заміни лікаря.

Виходить, що законодавець надає пацієнту право обирати, хто надаватиме йому медичну допомогу, але при умові, що лікар матиме можливість запропонувати необхідні послуги. Тобто, скоріш за все, кожен лікар, на власний розсуд, визначає таку можливість. Якщо пацієнт

бажає змінити лікаря, а він має на це повне право, повинен звернутися з відповідною заявою до керівника лікувального закладу.

Стаття 39. Пацієнт має право на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються його здоров'я.

Тобто лікар не має права відмовляти пацієнту в отриманні всієї інформації щодо стану його здоров'я та в ознайомленні з медичною картою. В особливих випадках, наприклад, пацієнт знаходиться в непридатному стані, лікар інформує членів родини або законного представника пацієнта.

Стаття 43. Пацієнт має право на інформативну згоду щодо застосування методів діагностики, профілактики та лікування, а також право відмовитися від лікування.

Лікар перед початком лікування має надати пацієнту у доступній формі інформацію про стан здоров'я, мету проведення досліджень та лікувальних заходів, наявність ризику для життя і здоров'я. Винятковими є невідкладні стани, коли існує реальна загроза життю пацієнта.

Стаття 39-1. 40. Пацієнт має право на таємницю про стан свого здоров'я, факт звернення за медичною допомогою, діагноз, а також про відомості, одержані при його медичному обстеженні.

Лікар не повинен розголошувати відомості про пацієнта – це лікарська таємниця. Винятком є запити судово-слідчих органів, тоді лікарська таємниця не зберігається.

Запам'ятайте! Сам факт звернення за медичною допомогою вже є об'єктом лікарської таємниці й не може бути розголошений.

Стаття 6. Пацієнт, який перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я, має право на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката, а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду.

Медичні працівники не можуть перешкоджати вищевказаним особам в доступі до пацієнта.

Стаття 6. Пацієнт має право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я та право відшкодування заподіяної здоров'ю шкоди.

В разі заподіяння шкоди здоров'ю пацієнта, він має право на відшкодування, за умови доведення причинно-наслідкового зв'язку між діями медичного працівника та настанням негативних наслідків у пацієнта, заподіянням шкоди його здоров'ю.



А лікар на що має право?

Для відповіді на це питання для прикладу також скористаємось **Основами законодавства України про охорону здоров'я** та наведемо декілька основних статей [14].

Стаття 34. Лікар має право відмовитись від подальшого ведення пацієнта, якщо останній не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, за умови, що це не загрожуватиме життю пацієнта і здоров'ю населення.

Це одне з небагатьох прав лікаря під час надання медичної допомоги, але при дотриманні умови, що факт невиконання приписів зафіксований.

Стаття 39. Лікар має право обмежити надання інформації пацієнту про стан здоров'я, коли повна інформація може заподіяти шкоду здоров'ю пацієнта.

Лікар на власний розсуд визначає, чи може та чи інша інформація зашкодити здоров'ю пацієнта і чи потрібно її обмежувати.

Загалом хоча нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я достатньо, вони не врегульовують питання сучасної медицини належним чином, у тому числі питання взаємовідносин між лікарем і пацієнтом. Тому кожен окремий випадок розглядається індивідуально.



Як взагалі поводити себе з пацієнтом? Як з ним розмовляти?

Розпит хворого є дуже важливим суб'єктивним методом обстеження, але, перш ніж Ви почнете вивчати більш практичну сторону об'єктивного обстеження (що буде викладено у розділах 2 та 3 посібника), хотілося б детальніше зупинитися на правилах розпиту та його значенні.

Розпиту хворого завжди приділялося велике значення. Гіппократ у своїй діагностиці опирався на дані розпиту й обстеження хворого за допомогою своїх органів чуття. Один з видатних лікарів XVI століття, Бальвіні, говорив: «Хто добре розпитує, той добре діагностує». Також видатний лікар Г. А. Захар'їн казав: «Правильно зібраний анамнез – це половина діагнозу» [8]. В сучасних умовах клінічна практика тільки підтверджує правильність цих слів.

Анамнез (від грец. ἀνάμνησις — «спогад») – це спогад про минулий стан, збір даних, отриманих шляхом розпиту хворого. Отже, в анамнестичному методі, **розпит – це інструмент діагностики** [8-9].



Яке значення має розпит як метод діагностики?

Згідно зі статистикою, у 80% випадків правильний діагноз встановлюється вже на етапі розпиту хворого. **Розмова – це найпростіший спосіб встановити необхідний контакт із хворим.** Ще, використовуючи розпит як метод обстеження, можливо [8]:

- ◆ Оцінити функціональні розлади;
- ◆ Схарактеризувати нервово-психічний стан хворого;
- ◆ Виявити перші симптоми захворювання ще на етапі, коли фізикальними методами діагностувати патологію не вдається;
- ◆ Отримати дані про важливі симптоми;
- ◆ Провести діагностику деяких захворювань (наприклад, стенокардії);
- ◆ Виявити наявність алергічних реакцій;
- ◆ Виявити зв'язок захворювання з умовами проживання або праці;
- ◆ Встановити зв'язок захворювання з перенесеними захворюваннями;
- ◆ Вивчити хворого як особистість;
- ◆ Встановити тип нервової діяльності пацієнта, його конституційні особливості.

Пам'ятайте! Щоб розпит дійсно мав діагностичне, профілактичне, а іноді й лікувальне значення, проводьте його методично правильно! Деталізуйте всі виявлені скарги (детальніші пояснення зазначені в розділі 2) та користуйтеся наступними **правилами проведення розпиту хворого** [1-10]:

1. Розпит проводьте самостійно, не опираючись на інших колег.
2. Надайте хворому можливість невимуснено розповісти про свої скарги та те, що він захоче Вам розповісти.
3. Під час розпиту тактовно й не помітно для хворого направляйте викладення скарг у хронологічній послідовності.
4. Розмовляйте зрозумілою для хворого мовою (намагайтеся зрозуміло пояснювати складні медичні терміни).
5. Правильно формулюйте питання. Так, щоб, відповідаючи, хворий міг сам підібрати відповідь, яка буде в повній мірі правильною. Наприклад, не ставте питання, на яке можна відповісти «так» або «ні». «Вас турбує гострий біль?» Відповідь: «Так». Це не правильно! Сформулюйте питання так, щоб хворий сам підібрав слова, які характеризують тип болю. Наприклад: «Якого характеру біль Вас турбує?» Відповідь: «Ниючий, стискаючий біль».

6. Виділяйте головні та другорядні скарги. Окремо кожен деталізуйте, а потім проводьте розпит відносно загального самопочуття та усіх органів і систем.
7. Інтимні дані збирати на одинці з хворим.
8. Будьте уважними та терплячими під час розпиту. Це допомагає встановити довіру між хворим та лікарем.

Лікар завжди повинен аналізувати та обмірковувати отриману інформацію. У більшості випадків отримані анамнестичні дані будуть вказувати на напрямлення в проведенні клінічного обстеження [8-9]. Анамнез дозволяє проаналізувати все життя хворого [10]:

Анамнез хвороби (*Anamnesis morbi*) – це збір даних про початок, характер та перебіг захворювання, виявляються можливі причини виникнення хвороби, уточнюються методи та ефективність попереднього лікування.

Анамнез життя (*Anamnesis vitae*) – це збір даних про психічний, фізичний та соціальний розвиток хворого.



Діагностичний процес

Для загального розуміння діагностичного процесу необхідно чітко розуміти поняття «здоров'я» та «хвороби».

Згідно з визначенням експертів ВООЗ, **ЗДОРОВ'Я** – це стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювання чи інвалідизації.

ХВОРОБА – це відповідна реакція організму на вплив факторів зовнішнього середовища, специфічних інфекційних агентів, вроджених порушень чи комбінація цих факторів [1].

Таким чином, клінічна картина хвороби складається з пошкодження органів, тканин та загальної реакції організму на них. Беручи до уваги унікальність кожного організму, робимо висновок, що кожен організм реагує на хворобу індивідуально. Тобто клінічна картина може бути різноманітною, незважаючи на те, що хвороба одна й та сама [8-9].



Як аналізувати перебіг хвороби?

Кожна хвороба внутрішніх органів проходить дві стадії перебігу: компенсаторну та декомпенсаторну (рис. 18).

Компенсаторна стадія хвороби характеризується роботою компенсаторних механізмів, які відновлюють функцію органів та систем, але відновлення відбувається на фоні пошкодження тканин. З настанням

стадії декомпенсації з'являються прояви хвороби (знижується якість життя, працездатність, загальне самопочуття, з'являються скарги) [8-10].

Пам'ятайте! Компенсаторна стадія – це теж патологічний стан, при якому рівновага зберігається шляхом напруження організму, а отже, в будь-який момент процес може перейти в декомпенсаторну стадію [9].

Нерідко клінічні прояви хвороби визначаються ознаками ураження окремих органів та систем, але завжди хвороба – це загальний патологічний процес всього організму, тому оцінка загального стану хворого завжди має велике діагностичне значення [8].



Рис. 18. Стадії перебігу хвороби



Давайте докладніше про обстеження хворого?

Діагностика захворювань – це два взаємопов'язані процеси: обстеження хворого з ціллю виникнення симптомів захворювання та обґрунтування діагнозу з ціллю лікування та профілактики [8-10].

Обстеження – це комплекс маніпуляцій, направлених на виявлення індивідуальних особливостей організму, встановлення діагнозу, обґрунтування лікування, визначення прогнозу (рис. 19). Об'єм обстежень залежить від поставлених цілей: діагностика, контроль ефективності лікування або диспансерний нагляд чи профілактичний огляд [8-9].

Обстеження поділяють на загальноклінічні та спеціальні. За допомогою **загальноклінічних обстежень** ми отримуємо узагальнену інформацію про стан здоров'я хворого в залежності від даних обстеження будь-якої з систем організму. Такі обстеження є найбільш важливими в діагностиці захворювань внутрішніх органів [5]. Вони проводяться з ціллю встановити або виключити зв'язок ураження окремих органів

з патологією інших систем організму [9]. Наприклад, ураження органів зору за наявності цукрового діабету.

Спеціальні обстеження проводяться для діагностики окремих захворювань та не мають діагностичного значення для інших, супутніх, хвороб [1].

Ще методи обстеження поділяють на основні та додаткові. До **основних** належать: розпит хворого, збір анамнезу, огляд, пальпація, перкусія та аускультация [8]. Ці методи інформативні, доступні, прості у виконанні, безпечні для хворого та є обов'язковими до виконання лікарем будь-якої спеціальності.

До **додаткових** методів обстеження належать: лабораторні, інструментальні, різні функціональні тести, які необхідно провести для отримання інформації про стан хворого та встановлення діагнозу [10]. Говорячи про додаткові методи обстеження, маємо розуміти таке поняття, як «інвазивність».

Інвазивність методу – це ступінь порушення цілісності бар'єру між навколишнім середовищем і тканинами організму під час обстеження [9]. Інвазивними є біопсія, ангіографія тощо. Неінвазивними є електрокардіографія (ЕКГ), ультразвукова діагностика (УЗД), рентгенологічні обстеження тощо.

В залежності від способу отримання інформації про хворого, всі методи обстеження умовно розділяють на **суб'єктивні** (розпит хворого та збір анамнезу) і **об'єктивні** (огляд, пальпація, перкусія, аускультация, лабораторні та інструментальні методи обстеження) [10].

Правильне та повне клінічне обстеження хворого має складатися як з основних, так і з додаткових методів. Не менш важливою є умова їхнього раціонального поєднання.

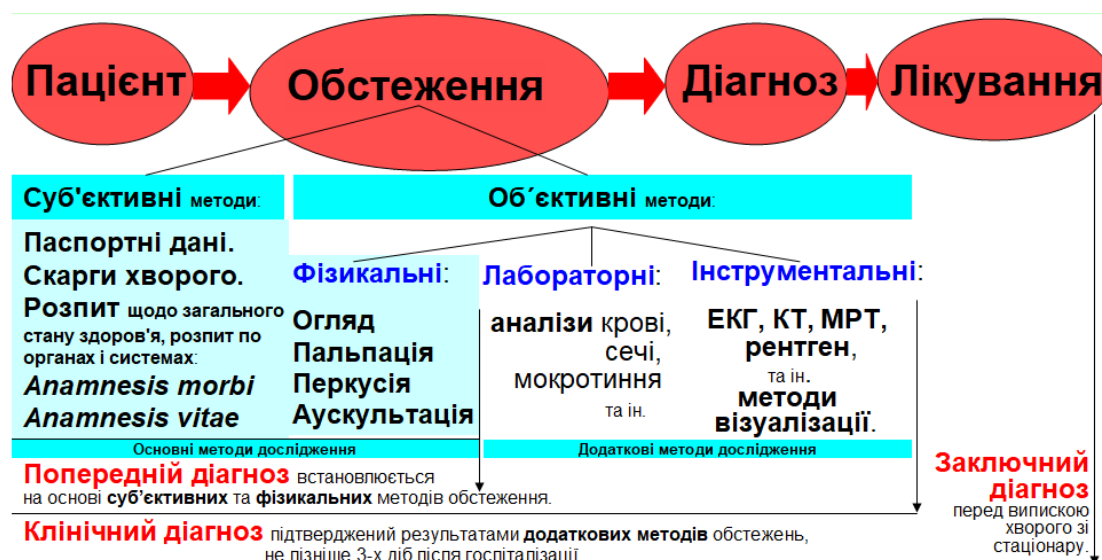


Рис. 19. Обстеження хворого



Які задачі має виконати обстеження?

Основні задачі обстеження хворих (рис. 20):

- ♦ отримати повну інформацію про стан пацієнта;
- ♦ встановити попередній діагноз;
- ♦ визначити необхідні додаткові методи обстеження;
- ♦ виявити основні синдроми шляхом систематизації наявних симптомів;
- ♦ встановити клінічний діагноз [8-10].

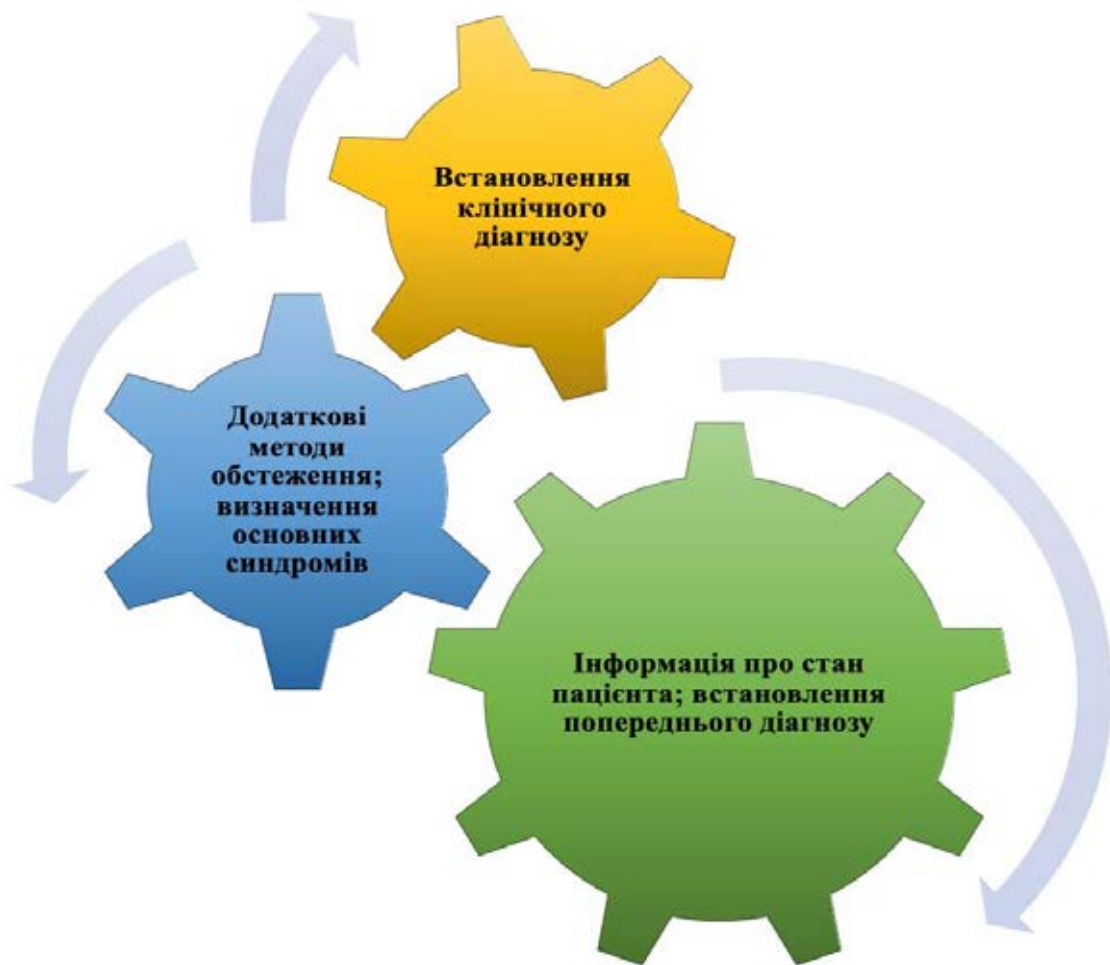


Рис. 20. Взаємний зв'язок задач обстеження



Чи є якась поетапність діагностичного процесу?

Це питання доречно для завершення розмови про обстеження! Взагалі в роботі з пацієнтом намагайтеся розділяти діагностичний процес (рис. 21). Умовно його можна розділити на декілька етапів: етап збору

інформації про хворобу у конкретного пацієнта; етап аналізу даних і диференційної діагностики; етап формування синдромів та діагнозу [8-9]:

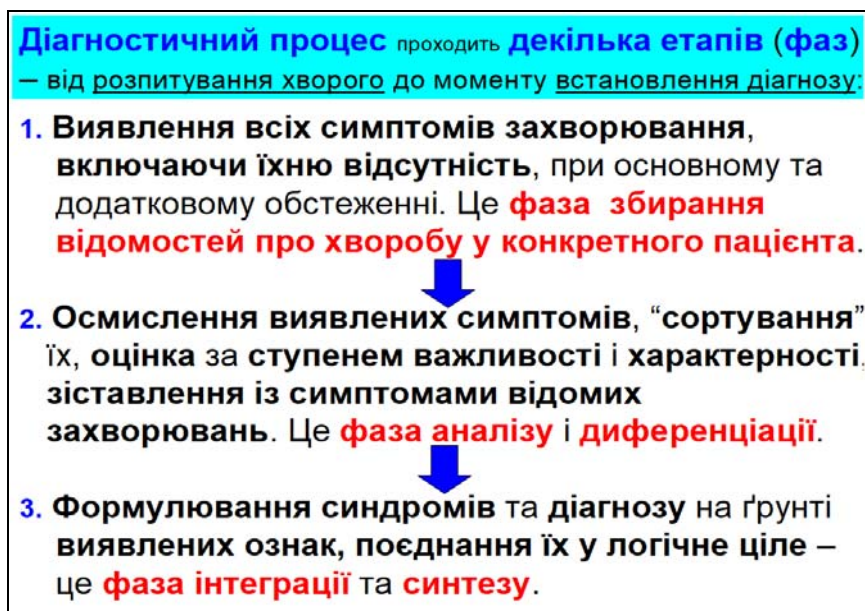


Рис. 21. Етапи діагностичного процесу



Медична етика та деонтологія в клініці внутрішніх хвороб

Медицина — це галузь, яка постійно прогресує. Сучасна медицина вирізняється застосуванням вискоєфективних методів діагностики та лікування. Однак високий професійний рівень фахівця не єдина складова успішного лікування. Етичні принципи, моральні характеристики — ось складові, за допомогою яких процеси лікування та діагностики виходять на новий рівень. Усі ці принципи закладені в поняття медичної етики та деонтології [16].

Медична етика — це розділ етики, що вивчає проблеми взаємовідносин медичних працівників з пацієнтами та колегами (рис. 22). Загалом це наука про мораль і поведінку лікаря у сфері його діяльності, яка об'єднує у собі почуття професійного обов'язку, гідності, честі і совісті [17].

«Присяга» Гіппократа є найяскравішим прикладом фахової медичної етики. Її основними положеннями є [16]:

- ◆ Повага до життя пацієнта;
- ◆ Заборона на заподіяння шкоди хворому;
- ◆ Повага до особистості хворого;
- ◆ Лікарська таємниця;
- ◆ Повага до професії.

Отже, медична етика об'єднує в собі наступні медичні принципи: гуманність, повага, благодійність та справедливість [16].

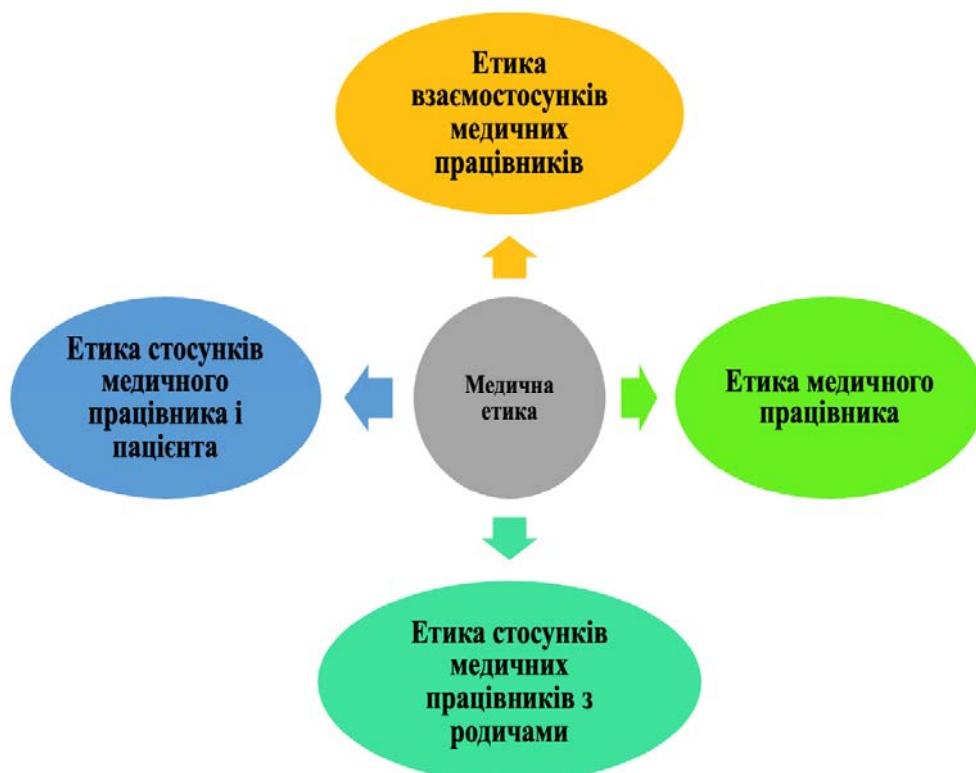


Рис. 22. Розділи медичної етики

Медична деонтологія, в свою чергу, вивчає проблеми моралі, професійну етику медичних фахівців, сукупність необхідних етичних норм і приписів у здійсненні професійної діяльності (рис. 23).

Медична деонтологія включає в себе [17]:

1. Проблеми взаємин з хворими і родичами хворих;
2. Відповідальність за життя і здоров'я хворого;
3. Взаємовідносини в медичному співтоваристві;
4. Питання дотримання лікарської таємниці.



Рис. 23. Розділи медичної деонтології

Американський лікар Роберт Віч, вивчаючи взаємовідносини медичних працівників і пацієнтів, описав наступні чотири **моделі поведінки** [16]:

- ◆ **Батьківська** – коли медичний персонал ставиться до хворого так, як батьки ставляться до своїх дітей. В цьому випадку лікар бере на себе велику частину відповідальності за пацієнта, бо сам може приймати за нього важливі рішення, визначаючи, що для нього буде більш корисним.
- ◆ **Інженерна** – лікар чітко виконує свої обов'язки щодо виявлення та лікування хвороби. Міжособистісні взаємини, в даному випадку, цілком або майже ігноруються. До прикладу, така модель поведінки більш характерна у роботі з хворими в несвідомому стані в реанімаційному відділенні.
- ◆ **Колегіальна** – повна взаємна довіра між лікарем, медичним персоналом і пацієнтом.
- ◆ **Контрактна** – в деяких випадках це юридично оформлений договір з пацієнтом або неписана угода, відповідно до якої лікар вважає здоров'я хворого пріоритетною метою, але сам пацієнт може інакше розуміти це для себе. Наприклад, пацієнтка з раком молочної залози відмовляється від радикальної операції з косметичних міркувань. Тобто ця модель не виключає повагу до прав пацієнта.



Медична етика та деонтологія в клініці внутрішніх хвороб

Над цим питанням дискутувати й розмірковувати можна дуже довго, але, все ж таки, давайте виділимо основні якості особистості лікаря: інтелектуально-пізнавальні (ерудованість, логічність, спостережливість, уважність, комунікабельність, належний рівень професійних знань тощо); естетичні (охайність, акуратність тощо); морально-вольові (щирість, чесність, терпіння, ввічливість, співчуття, доброзичливість, рішучість, принциповість, дисциплінованість тощо) [16-17].

Це не означає, що цими якостями має володіти лише лікар, вони мають бути притаманні кожній людині, але, мабуть, для медичних працівників ці якості професійні, їх наявність обов'язкова (рис. 24).

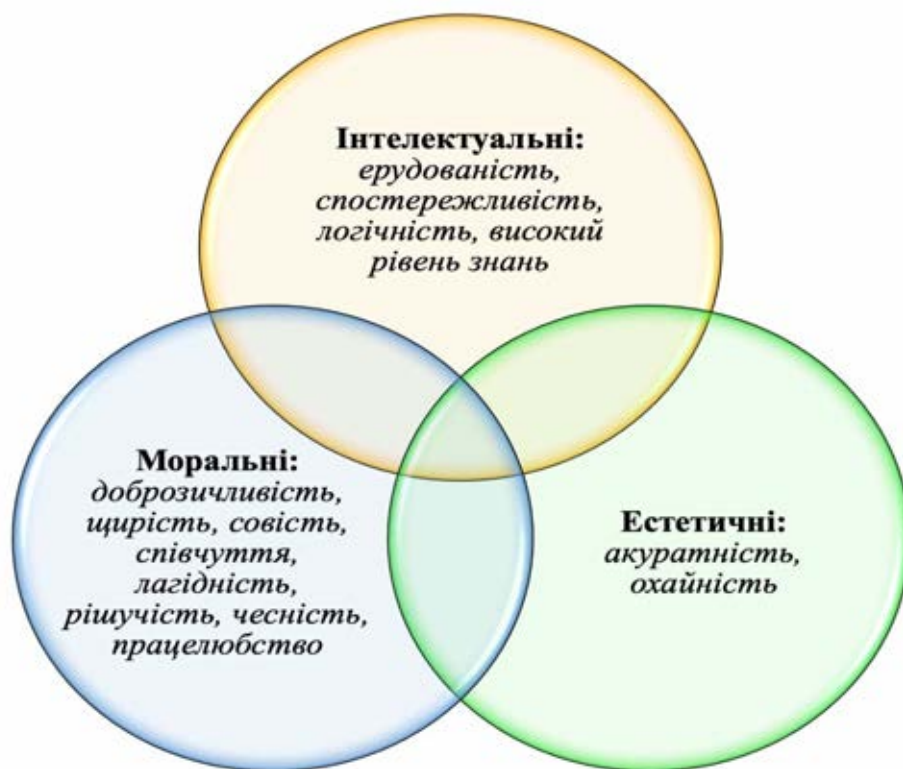


Рис. 24. Основні якості особистості лікаря



Чи є особливості деонтології саме у клініці внутрішніх хвороб?

Так, звичайно! Проблеми й питання деонтології розглядаються окремо в кожній галузі медицини, враховуючи специфіку відділень або медичних закладів. Це поняття **спеціальної деонтології**. Тобто окремо розглядаються особливості медичної етики і деонтології у терапевтичних, хірургічних, педіатричних, психіатричних та акушерсько-гінекологічних відділеннях [17].

Особливості медичної деонтології у клініці внутрішніх хвороб. У терапевтичних відділеннях завжди перебувають пацієнти з різними захворюваннями органів та систем, тобто хворі різного профілю. Нерідко їхні хвороби вимагають тривалого лікування. Саме тому тривога за свій стан, тривалий відрив від сім'ї та повсякденного життя викликають у них комплекс різних психогенних реакцій. У таких хворих з'являється багато неврозоподібних скарг: страх, млявість, слабкість, швидка стомлюваність, порушення сну тощо. У результаті цього може ускладнитися перебіг основного соматичного захворювання. Лікар має бути готовим до таких наслідків.

Окремої уваги заслуговують психотичні стани у літніх людей. Враховуючи особливості організму, тривожні стани можуть призвести до небажаних ускладнень основного захворювання. Наприклад, у літніх пацієнтів з гіпертонічною хворобою підвищується ризик виникнення інсультів та інфарктів.

В жодному разі не натякайте своїм пацієнтам на їх невротичні розлади. Це може призвести до порушення контакту з хворим. Для початку за хворим необхідно встановити посилений нагляд, проявляти більше терпіння та розуміння. При необхідності призначити такому пацієнту додаткову консультацію психоневропатолога.

Медичний персонал повинен знати й завжди пам'ятати про тісний взаємозв'язок між психічними і соматичними розладами [16-17].



Що включає сучасна історія хвороби?

- ✓ **Паспортна частина.**
- ✓ **Анамнез** (результати розпитування і вивчення попередніх медичних документів хворого):
 - ◆ скарги хворого;
 - ◆ анамнез хвороби;
 - ◆ анамнез життя.
- ✓ **Об'єктивне обстеження:**
 - ◆ загальний огляд;
 - ◆ послідовне обстеження всіх органів і систем;
 - ◆ аналіз усіх отриманих даних, результат якого формулюється у вигляді попереднього діагнозу.
- ✓ **План додаткових обстежень і лікування хворого.**
- ✓ **Результати додаткових лабораторних та інструментальних даних і консультацій суміжних спеціалістів.**
- ✓ **Результати аналізу всіх даних у вигляді клінічного діагнозу і плану коригованого лікування.**
- ✓ **Щоденник** спостережень лікаря і температурний лист, де графічно відображена динаміка основних симптомів хвороби.
- ✓ **Епікриз**, який містить остаточний діагноз, резюме з аналізом перебігу і рекомендаціями щодо подальшого лікування та профілактики [1; 4].

***Запам'ятайте!** Навчальна історія хвороби додатково може містити розділ диференційованого діагнозу, відомості про етіологію і патогенез хвороби, обґрунтування фармакотерапії, невідкладні стани та їх терапію, особливості тактики лікаря щодо даної хвороби [8].*

1. ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА



Що таке опитування?

Метод дослідження, в якому значення має бесіда, детальне розпитування, що дозволяє отримати відомості про захворювання не менш вагомі, ніж при використанні сучасних лабораторних чи інструментальних методів дослідження (рис. 25) [10].



Рис. 25. Розпитування хворого

Бесіда з хворим допомагає в розумінні його особистості та з'ясовує:

- ◆ особливості його професійної діяльності;
- ◆ звички;
- ◆ уподобання культурного рівня і соціального стану та реакцію на хворобу;
- ◆ соціальні, сімейні та інші проблеми, що виникли у зв'язку з захворюванням [8; 10].

Сукупність відомостей, отриманих при розпитуванні хворого, називається **анамнезом**, процес отримання цих відомостей при співбесіді називається **збиранням анамнезу** [9].

При першому контакті з обстежуваним лікар знайомиться з ним, уточнюючи паспортні відомості:

- ◆ прізвище, ім'я, по батькові;
- ◆ вік;
- ◆ місце проживання;
- ◆ місце роботи.

Пам'ятайте! Отримані відомості важливі не тільки для визначення особливостей спілкування з хворим залежно від освітнього і соціального рівня, але й можуть мати певне діагностичне значення [9-10].



Як правильно проводити бесіду?

- Бесіда з хворим повинна бути неспішною, проходити у спокійних обставинах, а лікар – терплячим і уважним. Розпитування вимагає такту, психологічної здатності увійти в переживання хворого, вміння знайти контакт з хворим. Важливо, щоб спочатку хворий виклав все, що пригнічує його.
- Сам характер викладу скарг дозволить визначити, наскільки критично слід відноситись до інформації, отриманої від хворого.
- Відомості про хворого з розладами свідомості можна отримати від родичів чи осіб, що супроводжували його, від дільничного терапевта чи сімейного лікаря, а також з медичної документації (направлення в стаціонар, карта амбулаторного хворого, витяг з історії хвороби).
- Опитувати родичів доводиться, якщо хворий глухонімих і не може дати письмових відповідей, якщо мова і письмові здібності втрачені внаслідок ураження головного мозку.
- Розповідь хворого може бути непослідовною, хаотичною, тому лікар повинен керувати у цій бесіді, ставлячи додаткові запитання.
- При цьому не слід бути дуже настирним, щоб не змушувати догадливих хворих підтверджувати те, що в них шукає лікар.
- Водночас не слід дозволяти хворому повести лікаря у напрямку певного, можливо неправильного діагнозу (якщо хворий був уже на обстеженні в інших лікувальних закладах) [8-10].

2. ЗАГАЛЬНІ ВІДОМОСТІ ПРО ПАЦІЄНТА



Що треба спитати у пацієнта при заповненні паспортної частини?

З паспортної частини починається заповнення історії хвороби. Відомості до неї входять – перше, що ми запитуємо у хворого при знайомстві.

До паспортної частини входить наступна інформація: прізвище, ім'я, по батькові; вік; стать; освіта; місце проживання; сімейний стан; місце

роботи, посада; адреса найближчих родичів; дата надходження в клініку (рис. 26).

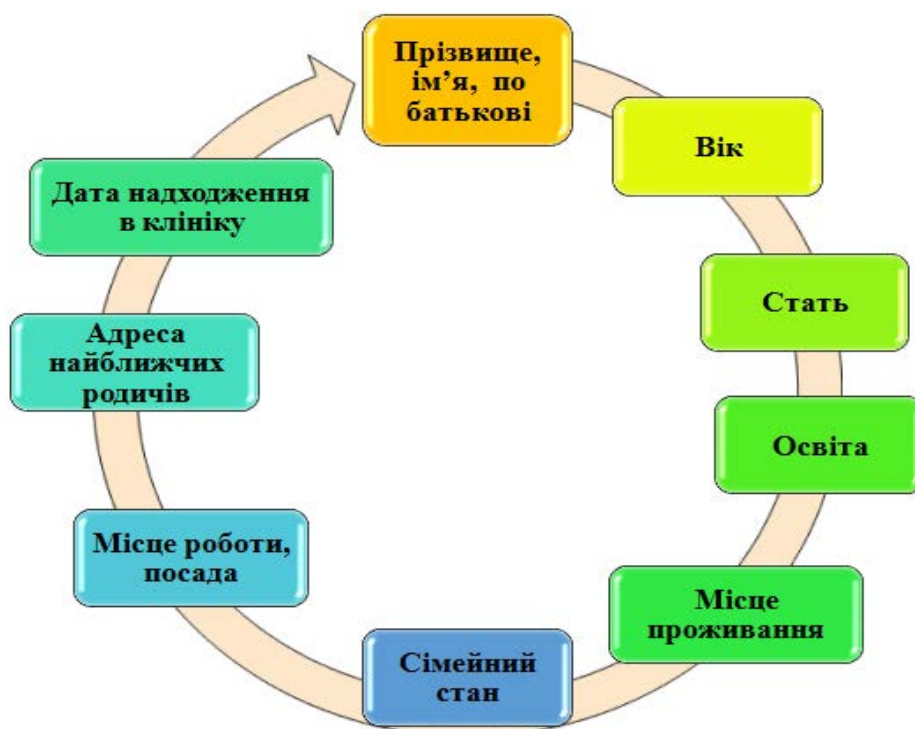


Рис. 26. Заповнення паспортної частини



Для чого нам інформація з паспортної частини?

- Вік обстежуваного важливо знати, щоб зіставити його з виглядом хворого.

Приклад !!! Молодий вигляд хворого може свідчити про ендокринну патологію чи вроджену ваду серця. Якщо хворий виглядає старшим за паспортний вік, це може свідчити про перенесені важкі захворювання чи передчасне старіння.

- Вік хворого може допомогти у визначенні причини захворювання.

Приклад !!! Недостатність клапанів аорти, виявлена у молодому віці, найчастіше є ревматичної етіології, у віці 40-50 років – сифілітичного, а у хворих, старших 50 років, — атеросклеротичного походження.

- Одна і та ж скарга хворого може бути ознакою різних захворювань залежно від віку обстежуваного.

Приклад !!! Болі в ділянці серця у молодих людей можуть бути ознакою міокардиту чи нейроциркулярної дистонії, а у осіб старшого віку – ішемічної хвороби серця.

- Перебіг захворювання також може залежати від віку.

Приклад !!! Пневмонія важко перебігає у осіб похилого віку, а цукровий діабет швидше прогресує у молодих.

- Професію і місце роботи хворого важливо з'ясовувати тому, що є захворювання, пов'язані з впливом шкідливих професійних факторів – професійні хвороби.

Приклад !!! Вібраційна хвороба, силікоз, антракоз.

- Місце проживання хворого може мати значення у виникненні ендемічних захворювань, пов'язаних з геобіохімічними особливостями місцевості.

Приклад !!! Ендемічний зоб при нестачі йоду, флюороз при надлишку фтору.

- Діагностичне значення має стать.

Приклад !!! Рак легень, виразкова хвороба, гемахроматоз, подагра частіше виявляються у чоловіків, а жовчнокам'яна хвороба, пієлонефрит, залізодефіцитна анемія – у жінок.



Що таке скарги?

Це неприємні відчуття, що виникають при порушенні функції чи структури функціональних систем і є ознаками захворювання [4; 9].

Починають з питання: «ЩО ВАС ТУРБУЄ?», і протягом п'яти хвилин пацієнт розповідає. Лікар повинен послідовно **ВИЗНАЧИТИ**:

Основні (molestiae basalis) **головні** скарги хворого при зверненні його до лікаря, які вказують на пошкоджений орган чи систему;

та

Додаткові (molestiae succenturiatus) **другорядні скарги**, що супроводжують основні та пов'язані з процесами запалення, астенії, інтоксикації і характеризують загальний стан хворого.

Скарги: **активні** та примусово **виявлені**.

Починаючи з головних скарг, необхідно **провести деталізацію** кожної скарги за схемою:

- ◆ Локалізація
- ◆ Характер
- ◆ Інтенсивність
- ◆ Іррадіація
- ◆ Постійні чи періодичні
- ◆ Причини виникнення
- ◆ Частота
- ◆ Фактори, що викликають полегшення або зникнення скарги
- ◆ Супутні симптоми

Отже, кожна скарга повинна бути деталізована. Наприклад, пацієнт скаржиться на біль. Користуйтеся сказаною вище інформацією для деталізації скарги та наведеною схемою (рис. 27).



Рис. 27. Деталізація скарги



Які є групи скарг?

- I. група чітких скарг** – при виражених змінах внутрішніх органів
- II. група неясних скарг** – при хронічних захворюваннях, функціональних розладах
- III. група багаточисельних, деталізованих і невизначених скарг** (рис. 28).



Рис. 28. Групи скарг



Як поділяються скарги?

- скарги на морфологічні зміни
Приклад!!! зміна форми, положення, вигляду окремих частин
- скарги на функціональні порушення
Приклад!!! розлади функцій – задишка, пронос

- скарги на патологічні відчуття

Приклад!!! психічні переживання – біль, погане самопочуття

Пам'ятайте! В процесі співбесіди може виявитись неадекватне ставлення пацієнта до захворювання або стану свого здоров'я [4; 8-9]:

- негативне (ігнорування факту хвороби, впливу факторів ризику, стану передхвороби);
- зверхнє – недооцінка тяжкості хвороби, факторів ризику;
- поринання у хворобу, передхворобу;
- іпохондричне ставлення – безпідставний страх за здоров'я і життя (при неврозах);
- утилітарне – одержання певної вигоди від хвороби, матеріальної чи моральної.

Запам'ятайте! Оцінювати скарги слід критично, при перебільшенні хворим ознак захворювань говоримо про **агравацию**.

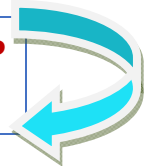
Запам'ятайте! Якщо хворий розповідає про ознаки, яких у нього немає, говоримо про **симуляцію**.

Запам'ятайте! Ігнорування хворим ознак захворювання або приховування їх називається **дисимуляцією**.

Запам'ятайте! Критично відноситись до відомостей, які повідомляють родичі, близькі й інші особи. Слід пам'ятати, що родичі іноді навмисне приховують або змінюють факти: частіше стосується захворювань, що виникли чи загострились у стані алкогольного сп'яніння або при суїцидальних спробах [4-10].



Що треба спитати у пацієнта про дане захворювання? Анамнез захворювання (anamnesis morbi)



Відомості про виникнення і перебіг хвороби (рис. 29).



Рис. 29. Анамнез захворювання

При опитуванні розвитку захворювання необхідно детально розпитати про початок захворювання:

- ◆ з якого часу вважає себе хворим;
- ◆ як захворювання починалось: раптово чи поступово;
- ◆ якими були перші прояви захворювання;
- ◆ з чим пов'язує виникнення захворювання;
- ◆ чи звертався за медичною допомогою.

Послідовно розпитують:

- ◆ динаміку захворювання;
- ◆ частоту і тривалість;
- ◆ причину загострень;
- ◆ появу інших ознак;
- ◆ результати попередніх обстежень;
- ◆ яке лікування проводилося, його ефективність (медикаментозне, санаторно-курортне).

Детально опитують мотиви звернення до лікаря:

- ◆ загострення хронічного захворювання;
- ◆ діагностичне обстеження;
- ◆ як довго знаходився попередньо на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні.

Тривалість перебування на листку непрацездатності – *страховий анамнез*.



Що треба спитати у пацієнта про попереднє життя? Анамнез життя (anamnesis vitae)

Відомості про життя хворого є медичною біографією, яка описує умови його дитинства, зрілого віку (рис. 30).



Рис. 30. Анамнез життя

Починають розпитувати з загальнобіографічних відомостей та загальних питань:

- ◆ де і в якій сім'ї народився хворий;
- ◆ місце проживання;
- ◆ матеріально-побутові умови;
- ◆ сімейні обставини;
- ◆ чи не відставав від своїх ровесників у фізичному та інтелектуальному розвитку;
- ◆ у якому віці пішов до школи і як давалось навчання;
- ◆ заняття фізкультурою;
- ◆ початок трудової діяльності (у підлітковому чи зрілому віці);
- ◆ простежують всі види роботи з огляду на можливість шкідливих професійних впливів – **професійний маршрут хворого** (звертають увагу на роботу в умовах впливу шуму, вібрації, запилення повітря, контакт з хімічними речовинами, переохолодження, роботу на відкритому повітрі, змінний чи вахтовий характер роботи);
- ◆ уточнюють відомості про проживання на радіаційнозабрудненій території та участь у ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС;
- ◆ уточнюють про житлово-побутові умови (облаштований особняк, ізольована квартира, гуртожиток);
- ◆ уточнюють режим харчування (чи є воно достатньо збалансованим, чи харчувався хворий у домашніх умовах, чи в закладах громадського харчування, чи не є прихильником вегетаріанства, роздільного харчування);
- ◆ запитують про побутові шкідливі звички: паління, вживання алкоголю, зловживання кавою чи міцним чаєм;
- ◆ детально опитують про перенесені захворювання, починаючи з раннього дитинства.

Пам'ятайте! При розпитуванні про перенесені захворювання не слід обмежуватись назвою, бо хворий може розуміти під цим зовсім інші захворювання. Тому хворому поряд з назвою захворювання зазначають головні ознаки його і допомагають згадати їх наявність в минулому [18].

Приклад!!! Захворювання дорослих можуть бути ускладненнями інфекційних хвороб, перенесених у дитячому віці (захворювання нирок після скарлатини, ураження органів дихання після корі).

- ◆ запитують про захворювання у підлітковому віці;

- ◆ запитують хворого про службу в армії, якщо хворий не служив, то що було цьому причиною (захворювання чи інші обставини);
- ◆ деталізують перенесені травми, оперативні втручання, захворювання тієї чи іншої системи в дорослому віці;
- ◆ запитують, чи не хворів на жовтяницю, малярію, туберкульоз, зважаючи на те, що ці захворювання можуть залишити після себе стійкі зміни структури органу і функції системи;
- ◆ в епідемічний період завжди запитують про контакт з інфекційними хворими;
- ◆ звертають увагу на наявність факторів ризику ВІЛ-інфекції: невідповідне статеве життя, повторні гемотрансфузії, оперативні втручання, проживання в епідеміологічно небезпечних регіонах, вживання ін'єкцій наркотичних засобів.

Важливо! При опитуванні необхідно звернути увагу на дрібниці, не варті уваги з точки зору хворого, або деталі, які легко забуваються, особливо людьми похилого віку [19].

Приклад!!! Такими є травми без важких наслідків, невеликі оперативні втручання з приводу ніби доброякісних пухлин, постійне вживання ліків.

- ◆ сімейний анамнез;
- ◆ запитують час настання статевої зрілості;
- ◆ у жінок запитують кількість вагітностей, пологів, їх перебіг, тривалість і періодичність місячних, вік, у якому встановилась менопауза, наявність ознак клімактеричного періоду;
- ◆ уточнюють алергологічний анамнез: чи не було у хворого алергічних реакцій на харчові продукти (цитрусові, шоколад, суниці), лікарські засоби, побутові засоби гігієни і санітарії, фарби, лаки (проявами алергії можуть бути висипання на шкірі, утруднене дихання, водянисті виділення з носа);
- ◆ для виявлення спадковості захворювання слід запропонувати хворому зіставити, чи не було подібних проявів захворювання у батьків, сестер, братів чи дітей.

Приклад !!! У терапії частіше передається схильність до того чи іншого захворювання (гіпертонічна хвороба, жовчокам'яна хвороба, подагра), яка може реалізуватись під впливом провокуючих зовнішніх факторів. Іноді спадкове захворювання може проявлятися через покоління (для прикладу – гемофілія передається від діда до онука через дочку, у якої немає клінічних проявів) [10, 18].

3. ОПИТУВАННЯ ХВОРОГО ЗА СИСТЕМАМИ ОРГАНІВ



На що хворий може скаржитись при захворюванні СИСТЕМИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ?

Кашель (tussis):

- ◆ характер (сухий або з виділенням мокротиння, надсадний, «гавкаючий»);
- ◆ час появи (вдень, вночі, вранці);
- ◆ тривалість (постійний, періодичний, нападopodobний);
- ◆ умови появи та купірування кашлю.

Мокрота (sputum):

- ◆ характер;
- ◆ колір та консистенція (серозна, слизова, слизово-гнійна, гнійна);
- ◆ кількість мокротиння одномоментно і за добу;
- ◆ домішки крові;
- ◆ положення, що сприяє кращому відходженню мокротиння.

Кровохаркання (haemoptoe):

- ◆ кількість крові (прожилки, згустки чи чиста кров);
- ◆ колір крові (червона, темна, іржава чи малинового кольору);
- ◆ умови появи кровохаркання.

Біль (dolor) у грудній клітці:

- ◆ локалізація;
- ◆ характер болю (гострий, тупий, колючий);
- ◆ інтенсивність (слабка, помірна, сильна);
- ◆ тривалість (постійна, нападopodobна);
- ◆ зв'язок з дихальними рухами та положенням тіла;
- ◆ іррадіація болю.

Задишка (dyspnoe):

- ◆ умови виникнення (у спокої, при фізичному навантаженні, при кашлі, зміні положення тіла);
- ◆ характер задишки (інспіраторна, експіраторна, змішана).

Задыха (asthma):

- ◆ час та умови виникнення;
- ◆ характер;
- ◆ тривалість нападів;
- ◆ їх усунення.



На що хворий може скаржитись при захворюванні СИСТЕМИ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ?

Біль в області серця (cardialgia):

- ◆ локалізація (за грудиною, в області верхівки серця, зліва від грудини на рівні II – V ребер);
- ◆ іррадіація, характер (стискаючі, колючі, давлячі, ниючі);
- ◆ інтенсивність;
- ◆ постійні або нападopodobні;
- ◆ тривалість болю;
- ◆ умови виникнення (при фізичному навантаженні, емоційній напрузі, у спокої);
- ◆ чим купуються (валідол, нітрогліцерин, седативні засоби, наркотики).

Задихка (dyspnoe):

- ◆ умови виникнення (при фізичному навантаженні, у спокої);
- ◆ характер і тривалість задишки;
- ◆ чим купується.

Задуха (asthma):

- ◆ час та умови виникнення (вдень, вночі, у спокої або за фізичного навантаження);
- ◆ тривалість нападів;
- ◆ їх купування.

Серцебиття (palpitatio cordis), перебої у серці:

- ◆ характер аритмії (постійний, нападopodobний, епізодичний);
- ◆ тривалість нападів;
- ◆ їх частота;
- ◆ умови виникнення;
- ◆ чим купуються.

Набряки (oedema):

- ◆ локалізація (кінцівки, попереки, обличчя, живіт);
- ◆ поширеність (місцеві або анасарка);
- ◆ вираженість (пастозність, помірно виражені або різко виражені);
- ◆ час та умови виникнення (до кінця робочого дня, після фізичного навантаження, постійні).



На що хворий може скаржитись при захворюванні СИСТЕМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ?

ШЛУНКОВО-КИШКОВИЙ ТРАКТ

Болі в животі (dolor abdominis):

- ◆ локалізація;
- ◆ іррадіація;
- ◆ інтенсивність;
- ◆ тривалість;
- ◆ умови виникнення та зв'язок з прийомом їжі (ранні, пізні, голодні болі);
- ◆ характер болю (постійний, переймоподібний, гострі, тупі, ниючі);
- ◆ купірування болю (самостійно або після їди, застосування тепла, холоду, медикаментів, після блювання).

Диспепсичні явища (dyspepsia):

- ◆ утруднення ковтання та проходження їжі стравоходом (dysphagia);
- ◆ нудота (nausea);
- ◆ блювання (vomitus);
- ◆ відрижка;
- ◆ печія;
- ◆ здуття живота (meteorismus).

Пам'ятайте! Детальна характеристика, ступінь виразності цих явищ, ставлення до їди, її якості та кількості, чим купуються диспепсичні явища [9].

Апетит (appetitus):

- ◆ збережений;
- ◆ знижений;
- ◆ підвищений (polyphagia);
- ◆ повністю відсутній (anorexia);
- ◆ спотворений;
- ◆ відраза до їжі (жирної, м'ясної).

Випорожнення (faeces):

- ◆ частота за добу;
- ◆ кількість (рясна, помірна, невелика);
- ◆ консистенція калу (оформлений, рідкий, кашкоподібний, твердий, «овечий»);
- ◆ колір калу (коричневий, жовто-коричневий, жовтий, сіро-білий, дьогтеподібний).

Кровотечі (haemorrhagia):

- ◆ ознаки стравохідної;
- ◆ шлункової;
- ◆ кишкової та гемороїдальної кровотечі – блювання кров'ю, кавовою гущею, чорні дьогтеподібні випорожнення (melena);
- ◆ свіжа кров у калі.

ПЕЧІНКА ТА ЖОВЧНИЙ МІХУР***Біль у правому підребер'ї:***

- ◆ характер болю (нападоподібні або постійні, гострі, тупі, ниючі, почуття тяжкості в області правого підребер'я);
- ◆ іррадіація болю;
- ◆ умови виникнення (залежність від їди, від зміни положення тіла, від фізичного навантаження тощо);
- ◆ чим купуються болі.

Диспепсичні явища (dyspepsia):

- ◆ нудота, блювання (характер блювотних мас, їх кількість, полегшення після блювання);
- ◆ відрижка;
- ◆ умови виникнення диспепсичних явищ;
- ◆ зв'язок із їдою;
- ◆ чим купуються.

Жовтяниця (icterus):

- ◆ зв'язок з болями у правому підребер'ї;
- ◆ диспепсичними явищами;
- ◆ свербіж шкіри;
- ◆ зміна кольору сечі, калу.

ПІДШЛУНКОВА ЗАЛОЗА***Біль (epigastralgia):***

- ◆ локалізація (у верхній половині живота);
- ◆ іррадіація (оперізуючі болі);
- ◆ характер болю (гострі, тупі, постійні, нападоподібні);
- ◆ умови виникнення (зв'язок з прийомом їжі, алкоголю, з фізичним навантаженням);
- ◆ чим купуються.

Диспепсичні явища (dyspepsia):

- ◆ нудота;
- ◆ блювання;
- ◆ метеоризм;
- ◆ проноси;
- ◆ запори.

**На що хворий може скаржитись при захворюванні СИСТЕМИ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЕННЯ?*****Біль (dolor):***

- ◆ локалізація (в поперековій ділянці, внизу живота, по ходу сечоводів);
- ◆ іррадіація;
- ◆ характер болю (гострий або тупий, постійний або нападopodobний);
- ◆ тривалість болю;
- ◆ умови виникнення болю (фізичне навантаження, зміна положення тіла, прийом гострої їжі, алкоголю, водне навантаження);
- ◆ чим купуються болі.

Сечовипускання (urinae):

- ◆ кількість сечі за добу (наявність поліурії, олігурії, анурії або затримки сечі – ішурії).

Дизуричні розлади (dysuria):

- ◆ утруднене сечовипускання (тонким струменем, краплями, переривчасте);
- ◆ наявність мимовільного сечовипускання;
- ◆ помилкові позиви на сечовипускання;
- ◆ різь;
- ◆ печіння;
- ◆ біль під час сечовипускання (на початку, в кінці або під час всього акту сечовипускання) – полакіурія;
- ◆ нічне сечовипускання – ніктурія.

Сеча (urinae):

- ◆ колір сечі (солом'яно-жовтий, насичено жовтий, темний, колір «пива», червоний, кольори «м'ясних помийв»);
- ◆ прозорість сечі;
- ◆ наявність домішок крові у сечі (на початку або наприкінці сечовипускання, у всіх порціях).

Набряки (oedema):

- ◆ локалізація;
- ◆ час появи (вранці, увечері, протягом доби);

- ♦ умови виникнення або посилення набряків (питне навантаження, надлишковий прийом солі);
- ♦ швидкість наростання набряків;
- ♦ фактори, що сприяють зменшенню чи зникненню набряків.

Узагальнити сказане вище та виділити найбільш поширені скарги з боку різних органів та систем можна за допомогою схеми (рис. 31).

РОЗПИТ ЗА ОРГАНАМИ та СИСТЕМАМИ			
ЦНС: Загальна працездатність, настрій, пам'ять, увага, сон, головні болі, запаморочення. Порухення зору, слуху, смаку, нюху, дотику. Відчуття запаху.	Респіраторна система: Нежить, зміна голосу. Болі у горлі, в грудній клітці. Задишка. Кашель. Харкотиння. Кровохаркання.	Травна система: Апетит. Спрага. Слинотеча, присмак у роті. Смакові відчуття, запах з рота. Кровоточивість ясен.	Сечовивідна система: Болі в попереку. Сечовипускання (частота, характер, біль, добовий діурез , співвідношення нічного і денного діурезу).
	Серцево-судинна система: Біль в області серця або за грудиною. Задишка. напади задухи Серцебиття. Перебої. Набряки.	Дисфагичні явища (порушення ковтання і проходження їжі по стравоходу). Диспептичні явища (печія, відрижка, нудота, блювота) та <u>їхні причини</u> Біль в животі. Дефекація, кал.	Сеча (кількість, колір, прозорість, запах, домішки). Опорно-рухова система: Болі в суглобах, кістках, м'язах. Зміна форми суглобів. Порушення рухів у суглобах.
		Залози внутрішньої секреції, та органи кровотворення.	

Рис. 31. Розпит за органами та системами

4. ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ: ОГЛЯД



Що дозволяє виявити загальний огляд?

Загальний огляд дає багато для діагностики захворювань. Цьому методу обстеження надавалося велике значення в стародавній час, коли лікар не мав інших методів обстеження, а встановлював діагноз, використовуючи лише дані одного огляду [8; 19].

Загальний огляд пацієнта проводиться у послідовності (рис. 32).

ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД
Загальний огляд — візуальне обстеження пацієнта: ● Оцінка загального стану хворого (задовільний, середньої важкості, важкий, критичний). ● Свідомість — ясна, потьмарена (ступор, сопор, кома), порушена (маячення, галюцинації), непритомність (зомління, супсора). ● Положення хворого в ліжку: активне, пасивне, вимушене (вказати яке, описати). ● Вік (відповідність біологічного і паспортного віку). ● Хода (впевнена, вільна, скута, хитка, невпевнена, "качача", "півняча", кульгаючи, спастична). ● Постава (пряма, в'яла, сутула, згорблена). ● Тілобудова, конституційний тип, зріст, вага, індекс маси тіла. ● Шкіра і видимі слизові оболонки (забарвлення, висипання, шрами, розчухи), еластичність і вологості шкіри. Деривати шкіри (нігті, волосся). ● Розвиток підшкірно-жирової клітковини. ● Пастозність, набряки. ● Лімфатичні вузли. ● М'язова система: розвиток м'язів, їх тонус, наявність атрофії, болючість. ● Кісткова система. Суглоби. Огляд окремих частин тіла: ● Огляд голови (форма, розміри — гідроцефалія, мікроцефалія, ознаки рахіту). ● Огляд обличчя. ● Огляд шиї. Розмір і консистенція щитоподібної залози.

Рис. 32. Загальний огляд



Що дозволяє дослідження загального стану хворого?

- Скласти загальне уявлення про стан організму хворого загалом.
- Виявити окремі симптоми, які грають важливу роль у діагностиці захворювання.

***Приклад!!!** Набряки ніг, пульсація зовнішніх артерій, жовтяниця, ціаноз.*

- Поставити діагноз захворювання з першого погляду.

***Приклад !!!** Тиреотоксикоз, мітральний порок серця.*



За якими ознаками визначається загальний стан хворого?

- Стан свідомості.
- Положення хворого.
- Зовнішній вигляд хворого.
- Стан шкірних покривів.



Які ступені тяжкості розрізняють?

- Задовільний стан.
- Стан середньої тяжкості.

- Тяжкий стан.
- Вкрай тяжкий стан.
- Стан клінічної смерті.

Задовільний стан: свідомість ясна, становище активне, хворий обслуговує себе, прагне спілкування з іншими хворими. Усі функції організму перебувають у стадії відносної компенсації [1; 4].

Середній стан тяжкості: свідомість ясна, малоактивний, обмежує свої рухи, не виходить із палати, не прагне спілкування з хворими. При зовнішньому огляді можуть виявлятися патологічні ознаки – зміна виразу обличчя, набряки підшкірної клітковини, помірна зміна забарвлення шкірних покривів та видимих слизових оболонок. У цьому стані основні функції організму перебувають у стадії декомпенсації, але загрози життю немає [4; 8].

Тяжкий стан: свідомість збережена, можуть спостерігатися розлади (ступор, сопор тощо). У ліжку хворий може займати вимушене положення, не може себе обслуговувати, потребує стороннього догляду. При зовнішньому огляді відзначаються патологічні вирази обличчя, більш інтенсивним стає зміна забарвлення шкірних покривів і слизових оболонок, розлади дихання, кровообігу. Основні функції організму при цьому стані перебувають у стадії декомпенсації, існує реальна загроза для життя хворого, у зв'язку з чим потрібна активна медична допомога [8-10].

Вкрай тяжкий стан: свідомість може бути збережена, але нерідко вона значно затьмарена або повністю відсутня. Положення пасивне, хворий байдужий. При зовнішньому огляді виявляються виражені ознаки патологічних симптомів – різка задишка, блідість чи ціаноз, масивні набряки ніг, тулуби. Зміна забарвлення шкірних покривів сягає крайнього ступеня. Наростають розлади дихання та кровообігу. Внаслідок різкого порушення основних життєво важливих функцій організму раптово може настати клінічна смерть, що потребує проведення екстрених лікувальних заходів [10; 18].

Стан клінічної смерті: повністю припиняються дихальні рухи та серцеві скорочення, артеріальний тиск не визначається, зіниці різко розширені, але незворотні зміни у внутрішніх органах і насамперед у головному мозку ще не відбулися. Тривалість клінічної смерті не більше 5-7 хвилин. Цей стан потребує проведення негайних реанімаційних заходів [19-20].



Які існують види свідомості хворого?

- Ясна;
- Приглушення;
- Сопор (Sopor);
- Кома (Coma).

При **ясній** свідомості хворий активно входить у контакт із лікарем, орієнтується в обстановці, часі, просторі.

При **оглушенні** хворий погано орієнтується у навколишній обстановці, повільно відповідає на питання («неосмислені відповіді»).

Приклад!!! Спостерігається при: *тяжких травмах, контузіїх, деяких отруєннях.*

При **сопорі** хворий перебуває у стані сплячки, байдужий до оточуючих, але при сильному роздратуванні може отямитися. Колінні та сухожильні рефлекси ще збережені.

Приклад!!! Сопор спостерігається при: *уремії, тяжких інфекційних захворюваннях.*

При **комі** хворий знаходиться в стані глибокої сплячки, непритомний, м'язи повністю розслаблені, зберігаються тільки дихальні рухи та серцеві скорочення. На відміну від сопору відсутні рефлекси на подразники, колінні та сухожильні рефлекси не викликаються [20].

Розрізняють такі види ком залежно від захворювання:

- ✓ діабетична,
- ✓ печінкова,
- ✓ уремична,
- ✓ мозкова,
- ✓ алкогольна.



Яке існує положення хворого?

- Активне,
- Пасивне,
- Вимушене.

При **активному** положенні хворий змінює положення довільно, без видимих обмежень залежно від свого бажання, самостійно пересувається палатою. Це положення спостерігається за хорошого самопочуття.

При **пасивному** положенні хворий зазвичай перебуває у несвідомому стані, лежить нерухомо, тіло сповзає з подушок, руки та ноги розслаблені, без сторонньої допомоги їх перемістити не може.

При **вимушеному** положенні хворий приймає позицію для полегшення свого стану, зменшення хворобливих відчуттів [21].

Види вимушеного положення (рис. 33).

Вимушене положення ортопное (з піднятим узголів'ям і нерідко зі спущеними ногами) зазвичай займають хворі з недостатністю кровообігу для зменшення задишки. У цьому положенні зміщується вниз діафрагма, що покращує умови кровообігу легень і серця, а при спущених ногах

частина крові депонується в судинах нижніх кінцівок, внаслідок чого зменшується маса циркулюючої крові та полегшується робота серця [20-21].

Вимушене положення на правому боці воліють займати хворі із захворюваннями серця, особливо при великих його розмірах (кардіомегалії), тому що при повороті на лівий бік різко збільшене серце, зміщуючись, викликає у хворого відчуття здавлення, посилює задишку, серцебиття [19-21].

Вимушене положення стоячи без руху приймають деякі хворі при нападі стенокардії. У цьому положенні у хворого відзначається зменшення болю за грудиною [21].

Вимушене положення з нахилом вперед (на подушку) приймають хворі зі скупченням рідини у порожнині перикарда. У цьому положенні у таких хворих полегшується робота серця внаслідок усунення рідини в серцевій сорочці до основи серця. У хворих на сухий перикардит у цьому положенні зменшується тертя листків перикарда, що призводить до ослаблення хворобливих відчуттів [20-21].

Вимушене положення на хворому боці приймають хворі на крупозну пневмонію, сухий плеврит, туберкульоз легень. У цьому положенні рухи плевральних листків обмежені, що зменшує біль у грудній клітці і одночасно покращує вентиляцію здорової легені, таке положення займають також хворі на абсцес легень і бронхоектаз. У цьому положенні у них зменшується кашель внаслідок зменшення подразнення рефлексогенних протикашльових зон бронхіального дерева мокротинням, яке затримується в порожнинах [18-20].

Вимушене положення на здоровому боці посідають хворі з переломом ребер. У цьому положенні зменшуються больові відчуття в грудній клітці, пов'язані з дотиком уламків ребер, подразненням міжреберних нервів, і запобігає можливості травми плеври [18-20].

Вимушене положення під час нападу бронхіальної астми (хворий сидить у ліжку, спираючись руками об край ліжка) займає хворий із метою фіксації плечового пояса. Це дає можливість брати участь у допоміжній мускулатурі в акті дихання [20].

Вимушене положення лежачи на спині з наведеною до живота однією чи двома ногами приймають хворі із сильними болями у животі. Таке положення спостерігається у хворих під час нападу гострого апендициту, холециститу, при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки, коліті.

Вимушене положення лежачи на животі займають хворі з наявністю пухлини підшлункової залози, з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки (при локалізації виразки на задній стінці шлунка). У цьому положенні внаслідок зменшення тиску залози на сонячне сплетення болі в животі стають менш інтенсивними [21-22].

Вимушене положення колінно-ліктьове (положення *a la vache*) – хворий стоїть на колінах і ліктях – можуть займати хворі на пухлину підшлункової залози, шлунка та інших органів черевної порожнини. У цьому положенні у хворих полегшується біль у животі [10; 22].

«Химерне положення» займають хворі в останній момент виникнення коліки (печінкової, ниркової). Таке динамічне положення (коли хворий то сідає навпочіпки, то схоплюється, бігає по палаті) пов'язане з гостротою больового синдрому, зміною положення, просуванням каменя [9; 22].

Вимушене положення на боці із закинutoю головою та притягнутими до живота зігнутими ногами (положення «лягавого собаки») спостерігається у хворих на менінгіт, правець [4; 22].



Рис. 33. Поведінка та вимушені положення хворого [8; 18]



Що таке постава та хода?

Постава – манера тримати тіло в певному положенні при різних фізичних станах організму.

Постава оцінюється візуально в процесі спілкування із хворим, тобто непомітно для самого хворого лікар під час дослідження спостерігає й оцінює особливості його ходи й рухів, положення тулуба, голови й кінцівок у момент ходьби, положення стоячи й сидячи (рис. 34) [18; 22].

Пам'ятайте! Пряма постава, швидка й певна хода вказують на те, що здоров'я хворого постраждало несуттєво. При деяких захворюваннях відзначається специфічна хода й постава [19; 23].

Постава свідчить про загальний фізичний і психічний тонус організму, активність кровообігу, дихання, є однією з ознак самопочуття й настрою пацієнта.

Пряма постава, яка супроводжується чіткими, певними рухами, свідчить про *задовільний стан організму*.

Нормальна постава характеризується помірною вираженістю вигинів хребта. При нормальній поставі голова піднята, плечі розправлені, живіт підтягнутий, ноги випрямлені. І хлопчик, і дівчинка, що мають нормальну поставу, виглядають підтягнутими і стрункими. Їм властиве вміння тримати своє тіло і при ходьбі, і при сидінні, під час будь-якого заняття і відпочинку. Рухи їх природні і граціозні [1; 4].

Сутулувата постава. При цьому виді постави шийна кривизна хребта збільшена, поперекова – згладжена, голова опущена, плечі теж опущені і зведені дещо вперед. Ноги часто напівзігнуті в колінних суглобах, руки безвільно висять уздовж тулуба. Сутулувата постава типова для старечого віку, тому молоду людину, яка має таку поставу, здалеку можна прийняти за старого [4; 8].

Кіфотична постава характеризується посиленням шийної і поперекової кривизни. При цій поставі спина кругла. Створюються несприятливі умови для роботи легенів і серця [9; 22].

Лордотична постава. При лордотичній поставі різко виражена вигнутість у поперековому відділі хребта. При цьому виді постави живіт виставлений вперед. Відзначається слабкість м'язів передньої стінки живота. Така постава частіше зустрічається у школярів молодших класів, але іноді зберігається на все життя. Створюється враження, що людина верхню частину тулуба відкинула назад, а живіт випнула уперед [4; 22].



Рис. 34. Види постави [24]

Виділяють:

«Горду» поставу, яка зовні проявляється відхиленою назад головою й випинанням уперед живота.

Приклад !!! Спостерігається при асциті, скривленні хребта вперед (лордозі), вагітності.

Млява, нечітко сформована постава, яка проявляється опущеною головою, нахиленим уперед тулубом, звисанням рук, невпевненою ходьбою.

Приклад !!! Спостерігається у хворих зі значним фізичним нездужанням або при деяких глибоких психічних розладах.

Постава може змінитися при деяких захворюваннях периферичної нервової системи й опорно-рухового апарата – радикуліті, ішіасі, сириномієлії, ревматоїдному артриті, остеоартрозі хребта [4; 23].

Хода – сукупність особливостей пози й рухів при ходьбі.

Хода визначається одночасно з поставою. Особливості ходи можуть мати важливе діагностичне значення. У здорової дорослої людини хода чітка, певна, рівномірна. При деяких захворюваннях хода здобуває специфічні, іноді – патогномонічні для певної хвороби особливості [18; 23].

Виділяють наступні види патологічної ходи:

Атактична: хворий при ходьбі високо піднімає стопи, зайво згинаючи ноги в колінних і тазостегнових суглобах, і з шумом опускає стопи на підлогу; хода характерна для хворих на поліневрит, сухотку спинного мозку [19; 25].

Спастична: хворі пересуваються дрібними кроками, із труднощами згинаючи ноги в колінах і відриваючи стопи від підлоги, чіпляючись носками за підлогу; хода обумовлена підвищеним тонусом м'язів розгиначів гомілки й згиначів підшви в результаті поразки пірамідних шляхів при центральному нижньому парапарезі [25].

Паретична: характеризується повільними рухами з утрудненим підняттям і волочінням атонічних ніг; обумовлена периферичним нижнім парапарезом [22; 25].

Мозочкова або «п'яна»: проявляється переважно однобічним відхиленням (погойдуванням) тулуба при ході; виникає при захворюваннях мозочка й при мен'єрівському синдромі [19; 23].

«Качина»: спостерігається у випадку вродженого вивиху тазостегнових суглобів; характеризується повільними, дрібними кроками, часто кульгавістю [8; 23].

«Півняча хода»: характеризується високим підняттям ніг, викиданням їх уперед і різким опусканням зі звуком ляпанцю об підлогу; обумовлена периферичним нижнім парапарезом або паралічем м'язів, розгинаючих стопу (відвисла стопа), і спостерігається при поразці малогомілкового нерва [10; 25].

«**Лялькова хода**» (подібно манекену, ляльці-іграшці) характеризується швидкими дрібними ковзними кроками без співдружних рухів рук із застиглими положеннями тулуба й голови, обумовлена поразкою екстрапірамідальних шляхів і загальною м'язовою ригідністю при паркінсонізмі, церебральному атеросклерозі [9; 23].

«**Танцююча хода**»: хворі переступають із ноги на ногу, злегка підстрибуючи (пританцьовують), наче на пружинах пересуваються вперед з поворотами й нахилами тулуба й голови по сторонах й іншими зайвими рухами; обумовлена поразкою екстрапірамідної системи у вигляді гіперкінетично-гіпотонічного синдрому при малій хореї, гепатоцеребральній дистрофії, енцефаліті й інших нейроінфекціях, інтоксикаціях, післяпологовій травмі, атеросклерозі [1; 23].

***Пам'ятайте!** Спостерігаються й інші зміни ходи, які мають значне прогностичне значення.*

Зміна ходи може відбутися в старечому віці (сенільна хода). Вона характеризується появою дрібних, іноді неритмічних кроків (у результаті підвищення тону м'язів нижніх кінцівок) [25-26].

Змінюється хода й при деяких захворюваннях опорно-рухового апарата. У результаті інтенсивного болю в суглобах хода часто утруднена [10; 26].

Кульгаюча хода може спостерігатися при різкому зниженні кровообігу в гомілкях і стопах при облітеруючому ендартеріїті (перемежована кульгавість).

Повільна хода з нерухливим або несильно зігнутим тулубом з'являється при сильному болю в попереку в результаті спондилоартриту, при спондилоартрозі.



На основі чого оцінити статуру людини?

- зріст,
- маса тіла,
- скелет,
- ступінь розвитку мускулатури.



Яка статура може бути?

- Правильна
- Неправильна.

При **правильній статурі** обидві половини тіла симетричні, розміри окремих частин тіла пропорційні, відсутні деформації грудної клітки, кінцівок, хребта та інших областей.

При **неправильній статурі** є видима асиметрія ділянок тіла, їх диспропорція. Неправильна статура виникає внаслідок вродженої чи набутої деформації скелета.



Які конституційні типи статури виділяють?

- Астенічний тип статури.
- Нормостенічний тип статури.
- Гіперстенічний тип статури.

Орієнтирами, що дозволяють визначити приналежність до конституційного типу, слугує вираженість над- і підключичних ямок, напрямок ребер і величина міжреберних проміжків, величина епігастрального кута, співвідношення передньозаднього та бічного розмірів грудної клітки, розташування лопаток відносно грудної клітки.

Для визначення величини епігастрального кута долонні поверхні великих пальців щільно притискають до реберних дуг, а кінці їх упирають у мечоподібний відросток (рис. 35) [27].

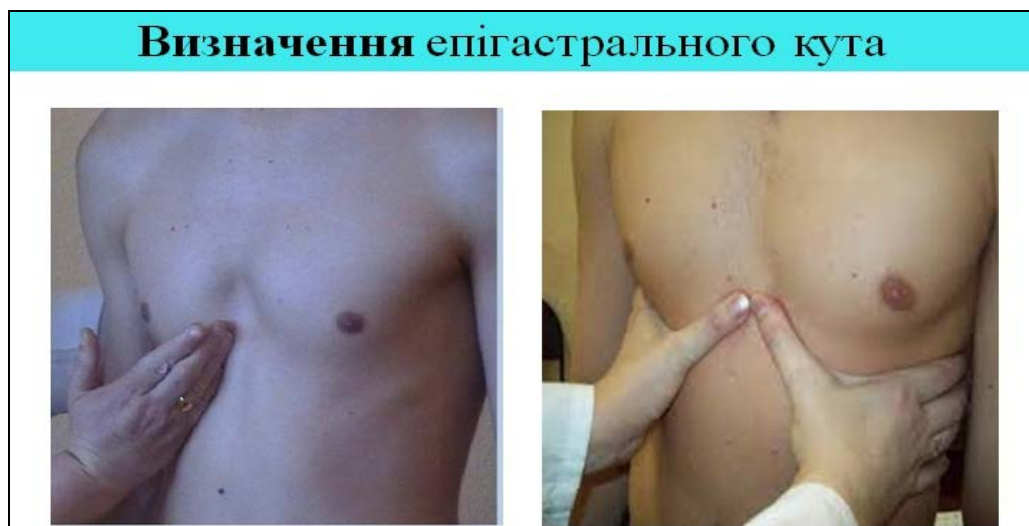


Рис. 35. Визначення величини епігастрального кута [28]

Особливості типів конституційної статури (рис. 36).

При **астенічному типі** статури зазвичай довга шия та кінцівки, вузька грудна клітка, гострий епігастральний кут. Розміри грудної клітки переважають розміри живота. У астеніків м'язова система та підшкірно-жирова клітковина розвинені слабо. Астеніки часто страждають на захворювання шлунково-кишкового тракту, туберкульоз легень, вегетативно-судинні реакції.

При **нормостенічному типі** статури зазвичай нормальних розмірів шия, грудна клітка, прямий епігастральний кут. Складено пропорційно. Розміри грудної клітки знаходяться у правильному співвідношенні з розмірами живота. Ступінь розвитку мускулатури та підшкірно-жирової клітковини достатня (рис. 14).

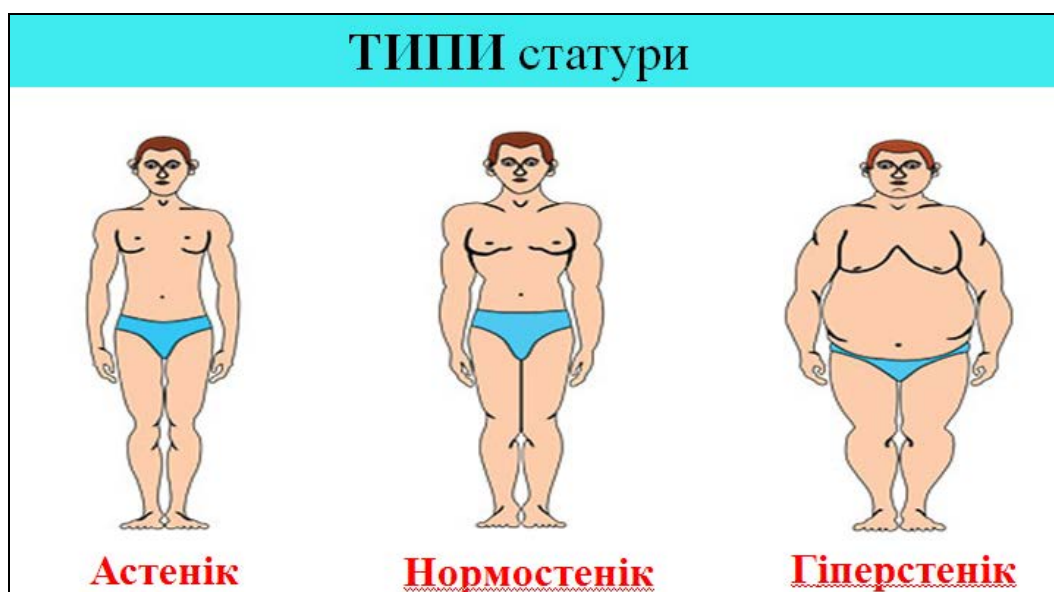


Рис. 36. Види та типи статури [29]

При *гіперстенічному типі* статури коротка шия та кінцівки, широка грудна клітина, тупий епігастральний кут. Розміри живота переважають над розмірами грудної клітки. Гіперстеніки мають розвинену мускулатуру та підшкірно-жирову клітковину. Гіперстеніки частіше страждають на ішемічну хворобу серця, ожиріння, жовчнокам'яну хворобу, цукровий діабет та інші захворювання (рис. 15) [8; 20].

В огляд грудної клітки (рис. 37 А, Б, В) входять визначення:

- ◆ болючості,
- ◆ еластичності,
- ◆ голосового тремтіння.

ВИЗНАЧЕННЯ болючості грудної клітки

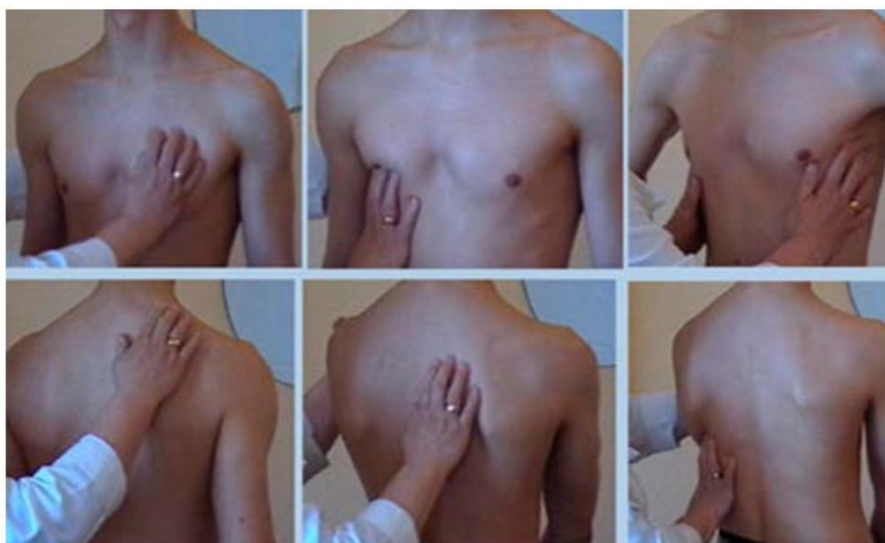


Рис. 37 А. Визначення болючості грудної клітки [28]

ВИЗНАЧЕННЯ еластичності грудної клітки



У передньозадньому напрямку



У бічних відділах грудної клітки

Рис. 37 Б. Визначення еластичності грудної клітки [19; 28]

ВИЗНАЧЕННЯ голосового тремтіння



Рис. 37 В. Визначення голосового тремтіння [9; 28]



Про що може сказати огляд обличчя?

Вираз обличчя має значення для оцінки стану хворого і дозволяє створити враження про характер, настрої, переживання хворого, тип нервової системи.

Вираз обличчя може бути спокійним, тривожним, страждальним (наявність больового синдрому), тривожним, збудженим, байдужим.

При низці захворювань можна виявити характерні вирази і типи обличчя, що мають діагностичне значення (рис. 38) [21; 30].

ОГЛЯД обличчя



Рис. 38. Огляд обличчя [25; 28]

Обличчя хворого на декомпенсовані мітральні вади серця (*facies mitralis*) має загальне бліде забарвлення з яскравим фіолетовим або багряним рум'янцем на щоках у вигляді метелика, виражений ціаноз губ.

Обличчя хворого на септичний ендокардит набуває жовтувато-сіре або блідо-жовте забарвлення, що нагадує колір «кави з молоком». Такий колір обличчя спостерігається у хворих із недостатністю клапанів аорти на тлі затяжного септичного ендокардиту.

Обличчя ниркового хворого (*facies nephritica*) – бліде, набрякле, з набряками і вузькими очними щілинами – у хворих із захворюваннями нирок.

«Обличчя Корвізара» – обрюзгле обличчя з сонним поглядом, із синюшністю, на тлі жовтувато-блідої шкіри, багряними, дещо випнутими губами і постійно напіввідкритим ротом, яким хворий ніби ловить повітря – спостерігається у хворих із вираженою серцевою недостатністю.

Обличчя хворого на крупозну пневмонію – це гарячкове обличчя (*facies febrilis*) з наявністю рум'янцю на щоках, зазвичай на стороні поразки; очі блискучі, губи сухі. На губах та навколо носа є герпетичні висипання.

Обличчя хворого під час нападу бронхіальної астми – бліде, напружене, нерідко одутле з нерізким ціанозом губ, при цьому відзначається прагнення хворого зробити великий глибокий вдих.

Обличчя хворого на швидкоплинні форми туберкульозу характеризується «гарячими, глибокими, блискучими очима», склери яких нерідко ясно-блакитного відтінку на блідому схудлому обличчі з наявністю яскравого рум'янцю (*habitus phthisicus*).

«Обличчя Гіппократа» — мертвенно-бліде забарвлення шкіри обличчя, іноді з синюшним відтінком і великими краплями холодного поту, обличчя має байдужий вираз, з щоками, що запали, і запалими очима. Риси обличчя, що загострилися. Такий вираз обличчя спостерігається при тяжких захворюваннях черевної порожнини – розлитий перитоніт, прободна виразка шлунка.

Кахектичне обличчя – змарніле з землистим відтінком – спостерігається у хворих на злоякісні пухлини.

Обличчя хворого на перніціозну анемію нагадує обличчя «воскової ляльки» – злегка одутле, бліде з лимонно-жовтим відтінком шкіри.

Обличчя хворого на тиреотоксикоз (*facies Basedowica*) – перелякане, тривожне, вираз обличчя з наявністю витрішкуватості, виразною мімікою, блиском очей. Очні щілини широкі, блимання рідкісне [20; 30].

Обличчя хворого на мікседему (мікседематозне обличчя) – амімічне з мало виразним виразом, сухою блідо-жовтою шкірою, позбавлене зовнішніх половин брів, рівномірно заплигло, очні щілини вузькі, ніс і губи потовщені.

Обличчя хворого на синдром Іценка-Кушинга («місяцеподібне обличчя») – лискуче округле синюшно-червоне, іноді з розвитком оволошіння у жінок і наявністю висипу вугрів.

Обличчя хворого на акромегалію (акромегалічне обличчя) характеризується збільшенням видатних частин. Великі та грубі риси обличчя, на якому відзначаються збільшений ніс, губи, нижня щелепа. Спостерігається у хворих на ендокринні порушення (патологія передньої частки гіпофіза).

Обличчя хворого на правць нагадує сардонічний сміх (*Risus sardonicus*), коли у результаті скорочення мімічних м'язів на обличчі хіба що відбивається два протилежні настрої: нижня частина обличчя розширюється як із сміху, а верхня частина утворює складки як із печалі [1; 8; 30].

При обстеженні очей оглядають:

- ◆ повіки,
- ◆ щілину ока,
- ◆ очні яблука,
- ◆ кон'юнктиви,
- ◆ рогівкову оболонку,
- ◆ зіниці.

У нормі два ока симетрично розташовані у очницях черепа. Очні щілини довгастої форми, завширшки 1,0-1,5 см. Для очей характерні здоровий блиск, адекватний конкретної ситуації вираз [25].

Відсутність ока/очей можлива внаслідок аномалії розвитку, травм, операцій, зміни форми та виду, характерні для різних патологічних станів (рис. 39).



Рис. 39. Огляд очей [19; 28]

Набряклість повік

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях нирок, серця, мікседемі, при нападах кашлю. Набряки повік можуть з'являтися у жінок під час менструацій, одутлість – внаслідок безсонних ночей, при трихінельозі, аліментарній дистрофії.

Опущення однієї повіки (птоз)

Приклад!!! Спостерігається в результаті крововиливу в мозок при сифілісі мозку.

Поява темного забарвлення повік

Приклад!!! Спостерігається у хворих при недостатності функції надниркових залоз, підвищеній функції щитовидної залози.

Синюшність під очима – симптом втоми

Приклад!!! Спостерігається при венозному застої, зниженні венозного тону, підвищенні внутрішньочерепного тиску.

Пучеглаззя (екзофтальм)

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях щитовидної залози (тиреотоксикозі), пухлинах головного мозку, сильному ступені короткозорості.

Западення очних яблук (енофтальм)

Приклад !!! Спостерігається при мікседемі, значній втраті організмом хворого на великі кількості рідини, запаленні очеревини, а також при агональних станах.

Одностороннє западання ока з одночасним звуженням очної щілини, зіниці та опущенням верхньої повіки (синдром Горнера)

Приклад !!! Спостерігається внаслідок здавлення симпатичного нерва, шийної його частини, пухлиною середостіння, аневризмою аорти.

При дослідженні зіниць звертають увагу на:

- ◆ форму,
- ◆ рівномірність,
- ◆ реакцію на світло,
- ◆ акомодацию.

В нормі зіниці округлої форми, звужені при світлі, розширюються у темряві (рис. 40) [18-19].



Рис. 40. Огляд зіниць [26; 28]

Звуження зіниці (міоз)

Приклад !!! Спостерігається при нирковій недостатності (уремії), пухлинах та запальних процесах головного мозку, при отруєнні препаратами морфіну та інтоксикаціях (нікотинова), у хворих на глаукому (що страждають на підвищений внутрішньоочний тиск), що закапують регулярно очні краплі пилокарпіну, при спинній сухоті).

Розширення зіниць (мідріаз)

Приклад !!! Спостерігається при агональних, коматозних станах (крім уремичного), крововиливі в мозок, отруєнні атропіном та його похідними, рідше – при дуже сильних болях, при глистових інвазіях.

Нерівномірне розширення зіниць (анізокорія)

Приклад!!! Спостерігається при ураженнях нервової системи, мігрені.

Пульсація зіниці (ритмічне звуження і розширення зіниці, що синхронно збігається з серцевими скороченнями).

Приклад!!! Спостерігається при недостатності клапанів аорти.

Реакція зіниць на світло (одне око хворого прикривають рукою, після відведення руки при потраплянні променів світла в око відбувається звуження зіниці). Це свідчить про те, що реакція зіниці на світло збережена.

Приклад!!! Спостерігається зміна реакції зіниці на світло при отруєнні препаратами морфіну, отруєннях хлороформом, атропіном, різних коматозних станах, захворюванні головного мозку. У цих випадках реакція зіниць на світло зникає.

Жовті кільця навколо рогівки

Приклад!!! Спостерігається при порушенні ліпідного обміну, атеросклерозі, цукровому діабеті.

Зеленувато-буре кільце Кайзера-Флейшера по периферії рогівки

Приклад!!! Спостерігається при хворобі Коновалова-Вільсона, характеризується зниженням синтезу в печінці церулоплазміну (транспортного білка міді) та відкладенням її в тканини [20-25].

**Що можна виділити при огляді носа?**

При огляді носа визначають його форму, розмір, колір, участь у акті дихання. У нормі ніс має правильну форму, помірних розмірів, безболісний, шкіра над ним тілесного кольору, крила не беруть участі в акті дихання, обидві ніздрі вільно пропускають повітря [26; 30].

Деформація носа зустрічається при різних патологічних станах (рис. 41).

Сідлоподібний ніс

Приклад!!! Спостерігається у хворих з вродженим або третинним сифілісом, при травмі.

Почервоніння носа

Приклад!!! Спостерігається у хворих, які зловживають алкоголем.

Деформація м'яких тканин носа

Приклад!!! Спостерігається у хворих зі шкірними проявами системного вовчака.

Збільшення та потовщення носа

Приклад !!! Спостерігається у хворих при акромегалії.

«Шишкоподібний ніс»

Приклад !!! Спостерігається у хворих внаслідок розвитку ринофімі

(переважно у чоловіків).



Рис. 41. Огляд носа [25; 28]



Що можна виділити при огляді ротової порожнини?

При огляді ротової порожнини оцінюється стан:

- ◆ зубів (кількість, відсутні зуби, зубні протези, каріозні зуби),
- ◆ ясен (забарвлення, нальоти, виразки – афти, кровоточивість),
- ◆ піднебінних мигдаликів (форма, забарвлення, наявність нальотів),
- ◆ язика.

При огляді язика звертають увагу на:

- ◆ забарвлення,
- ◆ наявність нальотів,
- ◆ виразність сосочкового малюнка.

В нормі язик блідо-рожевого кольору, вологий, без нальотів, повністю міститься в порожнині рота, не тремтить, з помірним розвитком сосочків, без патологічних плям, рубців, слідів прикушування зубами [31].

При патологічних станах спостерігаються зміни язика (рис. 42).



Рис. 42. Огляд язика [32]

Сухість язика з наявністю тріщин та темно-коричневого нальоту

Приклад!!! Спостерігається при запаленні очеревини (перитоніт), нирковій недостатності, тяжких інтоксикаціях, зневодненні.

Обкладеність язика і його кореня білим, сірувато-білим, коричневим нальотом

Приклад!!! Спостерігається при захворюваннях шлунково-кишкового тракту, гарячкових станах, деяких інфекційних захворюваннях, запорах.

Малиновий язык (колір «кардинальської мантиї»)

Приклад!!! Спостерігається при захворюваннях печінки.

«Лаковий» язык з яскраво-червоною блискучою поверхнею, зумовлений атрофією сосочків

Приклад!!! Спостерігається у хворих на рак шлунка, хронічний коліт, пелагру, при перніціозній (В12-дефіцитній) анемії Аддісона-Бірмера.

«Географічний» язык (десквамативний глосит) характеризується чергуванням вогнищ десквамації епітелію з осередками локального потовщення.

Приклад!!! Спостерігається у хворих на ексудативний діатез, авітаміноз групи В.

В нормі піднебінні мигдалики довгастої форми, однакових розмірів з обох сторін, невеликі, без патологічних виділень [25; 31].

При патологічних станах спостерігаються їх зміни (рис. 43).



Рис. 43. Огляд піднебіння [25-26]

При обстеженні хворого може виявлятися запах:

- ◆ ацетону,
- ◆ сечі,
- ◆ характерний солодкуватий запах печінки,
- ◆ тухлих яєць,
- ◆ гнильний смердючий запах,
- ◆ кислуватий запах від тіла хворого.

Солодкуватий запах ацетону (запах гнилих яблук)

Приклад !!! Спостерігається у хворих на цукровий діабет, що знаходяться в коматозному стані.

Запах сечі (уринозний запах)

Приклад!!! Спостерігається у хворих з термінальною нирковою недостатністю, уремічною комою.

Солодкуватий запах

Приклад!!! Спостерігається у хворим із захворюваннями печінки, що перебувають у коматозному стані.

Запах сірководню (запах тухлих яєць)

Приклад!!! Спостерігається у хворих із звуженням (стенозом) воротаря при відрижці.

Неприємний запах із рота

Приклад!!! Спостерігається за наявності каріозних зубів, розкладанні нальоту, гнійних захворюваннях мигдаликів, деяких захворюваннях шлунка (рак шлунка з розпадом, флегмонозний гастрит, рак стравоходу, дивертикул стравоходу).

Зловонний (солодкувато-гнильний) запах

Приклад!!! Спостерігається у хворих на гангрену легень, що дозволяє поставити діагноз при вході в палату. Такий же запах є у хворих, які страждають на смердючий нежить (озена).

Кислуватий запах поту

Приклад!!! Спостерігається у хворих при захворюваннях, що супроводжуються підвищеним потовиділенням, а також у деяких хворих на туберкульоз.

**Про що може свідчити огляд голови та шиї?**

Голова здорової дорослої людини в положенні стоячи займає пряме положення, має продолговату форму (дещо ширше у скроневих областях, звужена у напрямку до підборіддя), без патологічних випинань, розмір її адекватний розмірам тіла, з пропорційно розвиненими надбрівними дугами, глазницями, носом, ротом, щелепами, свободно рухлива, безболісна при пальпації. Положення: голова може бути закинута назад (при менінгіті), нахилена убік (при односторонньому шийному міозіті). Деформація черепа може бути вродженою та набутою. Різко зменшені розміри голови (мікроцефалія) свідчать про тяжке ураження головного мозку та розумову відсталість, а різко збільшені (макроцефалія) – про накопичення рідини у черепній коробці (у дітей) (рис. 44) [30-33].



Рис. 44. Деформація черепа [28; 31]

Огляд голови дозволяє виявити зміни:

- ◆ руху,
- ◆ форми,
- ◆ розміру.

Існують характерні зміни руху голови:

- ◆ Синхронне з ритмом серця похитування голови вперед і назад – симптом Мюссе.

Приклад!!! Спостерігається за недостатності клапанів аорти. Поява його зумовлена гемодинамічними особливостями цього пороку.

- ◆ Мимовільні рухи голови у формі «тремтіння»

Приклад!!! Спостерігається при хворобі Паркінсона і в старості, при хорей.

Ненормально більші розміри голови (гідроцефалія)

Приклад!!! Спостерігається при водянці голови.

Ненормально малі розміри голови (мікроцефалія)

Приклад!!! Спостерігаються при вроджених порушеннях розвитку, які зазвичай поєднуються з розумовою відсталістю (олігофренією).

«Баштовий» череп, вузький і високий.

Приклад!!! Спостерігається при гемолітичній жовтяниці та при розумовому недорозвиненні.

Квадратна форма голови зі сплющеною верхньою частиною і видатними лобовими буграми

Приклад!!! Спостерігається у хворих, які перенесли рахіт або страждають на вроджений сифіліс.

Огляд області ший дозволяє виявити:

- ◆ характерну деформацію у передньому відділі ший, пов'язану із збільшенням щитоподібної залози, шийних лімфатичних вузлів;
- ◆ різко виражену пульсацію сонних артерій («танок Каротид»).

Приклад!!! Спостерігається при недостатності клапанів аорти.

- ◆ пульсацію та набухання яремних вен, так званий позитивний венний пульс.

Приклад!!! Спостерігається при недостатності тристулкового клапана.

Виражена набряклість обличчя, ший та верхньої половини грудної клітини, що нагадує «пелерину» (комір Стокса)

Приклад!!! Спостерігається при винятковому перикардиті, пухлинах середостіння.

В нормі щитовидної залози при огляді не видно, однак перешийок її доступний для пальпування. Відомо кілька прийомів пальпації щитовидної залози. Рекомендуємо обмацувати залозу наступним чином. Спочатку лікар, ставши перед хворим, лівою рукою фіксує його шию, а долоню правої руки кладе подовжньо, пальцями вгору на передню поверхню ший, намагає щитовидний хрящ і просить хворого злегка підняти голову вгору. Потім, ковзаючи пальцями вниз по поверхні щитовидного хряща

і далі по дужці персневидного хряща, безпосередньо під нею знаходить поперечно лежачий валик перешийка щитовидної залози (рис. 45) [34].



Рис. 45. Огляд щитоподібної залози [31]



Про що може свідчити огляд кінцівок?

При огляді кінцівок можемо виявити їх деформацію, зміну кольору шкіри та наявність патологічних елементів (рис. 46).



Рис. 46. Деформація кінцівок [26; 28]

Зміна форми та розмірів кінцевих фаланг кистей з потовщенням у вигляді «барабаних паличок»

Приклад !!! Спостерігається при хронічних гнійних захворюваннях легень, затяжному септичному ендокардиті, вроджених вадах серця, цирозах печінки, периферичному раку легені.

Потовщення на кінцях фаланг кистей у вигляді невеликих вузликів (Геберденівські вузлики).

Приклад!!! Спостерігаються у хворих похилого віку, які страждають на обмінно-дистрофічний поліартрит (подагра).

Різко виражена деформація кистей з атрофією міжкісткових м'язів та зведенням пальців назовні, що нагадує «тюлені ласти».

Приклад!!! Спостерігається у хворих, які страждають на ревматоїдний артрит.

Загострені та укорочені кінцеві фаланги кистей, притягнуті досередини, так звана «кігтиста лапа»

Приклад!!! Спостерігається у хворих на системну склеродермію.

Значне непропорційне збільшення кистей у розмірах

Приклад!!! Спостерігається при акромегалії.

Гіперемія долонь рук, особливо в області thenar та hypothenar, внаслідок розширення дрібних судин шкіри «печінкові долоні».

Приклад!!! Спостерігається при цирозі печінки, активному гепатиті.

Контрактура Дююїтрена – фіброзне переродження долонного апоневрозу, що виявляється його укороченням і потовщенням, ускладнює розгинання пальців у проксимальних міжфалангових суглобах.

Приклад!!! Спостерігається у осіб, які страждають на алкоголізм, у людей похилого віку.



Про що скаже огляд шкірних покривів, придатків шкіри, видимих слизових оболонок?

Забарвлення шкіри здорової людини варіабельне у різних людей і зумовлене просвічуванням через неї дрібних кровоносних судин, а також наявністю пігменту (меланіну). Зазвичай колір шкіри характеризується як блідо-рожевий [18-20].

При обстеженні шкіри звертають увагу на:

- ◆ забарвлення,
- ◆ вологість,
- ◆ наявність патологічних елементів,
- ◆ тургор.

Вирізняють такі патологічні різновиди забарвлення шкірних покривів (рис. 47):

- ◆ бліда,
- ◆ синюшна,
- ◆ рожева,
- ◆ бронзова,
- ◆ червона,
- ◆ землиста,
- ◆ жовтянична.



Рис. 47. Огляд шкіри [25-28]

Бліде забарвлення шкіри виникає внаслідок низького вмісту гемоглобіну крові, також може бути обумовлена недостатнім заповненням кров'ю або звуженням периферичних судин.

Приклад !!! Спостерігається при масивній крововтраті, розладах гемодинаміки при аортальних вадах серця.

Почервоніння шкіри (гіперемія) виникає при збільшеному вмісті гемоглобіну крові. У цих випадках червоне забарвлення шкіри має дифузний, поширений характер, також може виникнути внаслідок розширення шкірних судин.

Приклад!!! Спостерігатися при гарячкових станах, опіках, у осіб, які працюють на вулиці, при бешиховому запаленні.

Еритема щоки, спинки носа може виникнути під дією зовнішнього середовища

Приклад !!! Спостерігається при фотосенсибілізації, викликаній лікарськими препаратами, косметичними засобами, аутоімунними захворюваннями. Еритема типу «метелика» характерна для системного червоного вовчака.

Жовтушне забарвлення шкіри обумовлене накопиченням у крові підвищеної кількості жовчного пігменту – білірубіну, що фарбує шкіру, видимі слизові та тканини у жовтий колір.

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях печінки, при яких її відтінки можуть бути від лимонно-жовтого до зеленувато-бурого. При справжніх жовтяницях забарвлюються в жовтий колір шкіра, видимі слизові оболонки, склери очей, нижня поверхня язика, м'яке небо. Поява жовтого фарбування склер і слизових оболонок зазвичай є першим симптомом жовтяниці, що розвивається. Жовте фарбування шкіри може бути при вживанні деяких ліків та продуктів харчування (акрихін, морква), при цьому склери очей та слизові оболонки порожнини рота залишаються незабарвленими. Ці жовтяниці виникають внаслідок вживання медикаментів та продуктів, що містять барвники у великих кількостях.

Синюшне (ціанотичне) забарвлення шкіри виникає внаслідок накопичення в організмі відновленого гемоглобіну через порушення вентиляційної функції легень та газообміну.

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях серця, ускладнених недостатністю кровообігу.

Бронзове та темно-буре забарвлення виникає внаслідок відкладення надлишкової кількості меланіну в епідермісі.

Приклад !!! Спостерігається зазвичай за недостатності функції надниркових залоз (хвороба Аддісона). Її не слід плутати з забарвленням шкірних покривів «колір засмаги» в результаті рясної інсоляції, при якій не фарбуються складки.

Сіро-бурий або коричневий колір шкіри

Приклад !!! Спостерігається при гемохроматозі.

Землистий або сіро-землистий відтінок шкіри

Приклад !!! Спостерігається при злоякісних пухлинах внутрішніх органів, а також при септичних станах, захворюваннях печінки.

Існують такі типи ціанозу:

Центральний ціаноз.

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях легень, супроводжуються дихальною недостатністю: емфізема легень, бронхіальна астма, дифузний прогресуючий інтерстиціальний пневмосклероз. У цих випадках ціаноз має легеневе походження.

Периферичний ціаноз.

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях серця, що протікають із явищами недостатності кровообігу. У цих випадках ціаноз має серцеве походження (рис. 48).



Рис. 48. Види ціанозу [26]

Пам'ятайте! Вологість шкіри визначається на око та на дотик. Нормальна шкіра здорової людини має блиск і не дає відчуття вологи на поверхні при пальпаторному дослідженні [27; 34].

Волога шкіра (гіпергідроз) характеризується краплями поту і чітко відчувається волога на поверхні шкіри.

Приклад !!! Спостерігається при гострих гарячкових станах, різкому зниженні рівня цукру в крові (гіпоглікемії), підвищеній функції щитовидної залози (тиреотоксикозі).

Суха шкіра на дотик шорстка, майже без блиску, нерідко з ознаками лущення.

Приклад !!! Спостерігається при цукровому діабеті (що характеризується підвищенням рівня цукру в крові – гіперглікемія), при мікседемі, склеродермії, деяких шкірних захворюваннях і при значній втраті рідини організмом (внаслідок проносів, виснажливої блювоти, різкого виснаження).

При огляді шкірних покривів можуть виявлятися такі патологічні елементи (рис. 49 А-Б):

- ◆ геморагії,
- ◆ судинні зірочки,
- ◆ ксантелазми,
- ◆ шкірні рубці,
- ◆ висипання,
- ◆ еритема,
- ◆ кропив'янка,
- ◆ герпес.



Рис. 49 А. Визначення патологічних елементів шкіри [25-28]

Геморагії (шкірні крововиливи) мають вигляд червоних, бурих плям різної форми та локалізації. Виникають внаслідок зміни проникності судинної стінки.

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях крові, що протікають з явищами геморагічного діатезу (хвороба Верльгофа, гемофілія), жовтяницях, забитих місцях.



Рис. 49 Б. Визначення патологічних елементів шкіри [25-28]

«Судинні зірочки» (телеангіоектазії) – розширення дрібних судин, головним чином капілярів, які при натисканні зникають і швидко знову з'являються внаслідок заповнення їх кров'ю, розташовуються на шкірі обличчя, рук, верхній половині тулуба.

Приклад !!! *Спостерігаються при цирозі печінки, хворобі Рандю-Ослера.*

Ксантелазми – утворення восковидно-жовтого кольору різноманітної форми, що зазвичай розташовуються біля внутрішнього кута ока. Є відкладення холестерину під епідермісом внаслідок порушення ліпідного обміну.

Приклад !!! *Спостерігаються при жовтяницях, атеросклерозі.*

Шкірні рубці (лінійні рубці)

Приклад!!! *Спостерігаються після перенесених операцій у типових місцях.*

Білі неглибокі рубці (стрії) на шкірі живота і стегон.

Приклад !!! *Спостерігаються при вираженому ожирінні, хворобі Іценко-Кушинга і після вагітності.*

Зірчастої форми рубці.

Приклад !!! *Спостерігаються після загоєння сифілітичних гум, свищів, кульових поранень.*

Розчіси.

Приклад!!! *Спостерігаються при жовтяницях, нирковій недостатності, еритремії, лімфогранулематозі.*

Розеола – світло-рожева плямка до 2-3 мм в діаметрі округлої форми, що зникає при натисканні, виникає внаслідок місцевого розширення судин.

Приклад!!! *Спостерігається при черевному тифі, паратифах, висипному тифі, сифілісі.*

Еритема – обмежена ділянка шкірної гіперемії, що злегка піднімається над поверхнею.

Приклад!!! *Спостерігається при лікарській непереносимості, септичних станах, деяких інфекційних захворюваннях.*

Кропивниця – невеликі пухирі, що підносяться над шкірою, нагадують опік кропиви, зазвичай супроводжуються свербінням.

Приклад!!! *Спостерігається при лікарській нестерпності.*

Герпес – шкірний висип у вигляді невеликих бульбашок, що викликається вірусом, що фільтрується, зазвичай розташовується на губах і носі, рідше – на тулубі, по ходу міжреберних проміжків, в області статевих органів.

Важливо! *Висипання на шкірі у вигляді розеол, еритеми, кропив'янки, герпетичного висипу мають значення для розпізнавання*

інфекційних, алергічних та шкірно-венеричних захворювань, лікарської хвороби [9; 22].

Знижений тургор шкіри обумовлений втратою еластичності, внаслідок чого шкіра набуває зморшкуватого вигляду. Особливо визначається станом шкіри обличчя.

Приклад !!! Спостерігається при тривалих виснажливих захворюваннях, у випадках різкого схуднення, різкої втрати рідини організмом, старінні.

Запам'ятайте! Тургор шкіри, тобто ступінь напруги, її еластичність визначається шляхом взяття шкіри в складку двома пальцями. При збереженому тургорі шкірна складка щільна і пружна, швидко розправляється після відібрання пальців. За зниженого тургору вона розправляється повільно (рис. 50) [34].



Рис. 50. Визначення тургору шкіри [21; 28]

До додатків шкіри відносять:

- ◆ нігті
- ◆ волосся.

Важливо! Нігті здорової людини мають блиск, на них відсутня поперечна смугастість, забарвлення нігтів зазвичай блідо-рожеве і відповідає забарвленню шкірних покривів [22; 33].

Тьмяні ламкі нігті з наявністю поперечної смугастості

Приклад!!! Спостерігаються при анеміях, авітамінозах, грибкових ураженнях, дистрофічних процесах в організмі.

Випуклі нігті у формі «годинного скла»

Приклад!!! Спостерігаються при хронічних гнійних захворюваннях легень, затяжному септичному ендокардиті, а також при цирозі печінки, хронічній недостатності кровообігу.

Увігнуті нігті (койлоніхія)

Приклад !!! Спостерігаються при залізодефіцитних анеміях, авітамінозах, а також після обмороження.

Підвищена ламкість нігтів

Приклад !!! Спостерігається у хворих із зниженням функції щитовидної залози (мікседемою), у хворих на анемію.

Сплюснені нігті

Приклад !!! Спостерігається при акромегалії.

Запам'ятайте! При оцінці стану волосся, волосяного покриву визначають відповідність його статі та віку, наявність випадання. Звертають увагу на зміни волосся, що збереглося, – ламкість, сухість, витонченість, передчасне випадання вій, брів, вросле волосся [20-21].

Підвищене випадання волосся

Приклад !!! Спостерігається при променевій хворобі, сифілісі.

Надмірне оволошіння тіла (гірсутизм, гіпертрихоз) може бути вродженим.

Приклад !!! Спостерігається при пухлинах кори надниркових залоз (синдром Іценко-Кушинга), статевих залоз.

Оглядають слизові оболонки: порожнини рота, глотки, кон'юнктиви (слизова оболонка ока) та склери.

При огляді слизових оболонок слід звертати увагу на:

- ◆ забарвлення,
- ◆ вологість,
- ◆ наявність патологічних елементів,
- ◆ судинний малюнок.

Нормальна слизова оболонка має блідо-рожеве забарвлення, досить вологе, відсутні будь-які патологічні зміни. Судинний малюнок не різко виражений.

Бліда слизова оболонка

Приклад !!! Спостерігається при аортальних вадах серця (внаслідок недостатнього наповнення кров'ю судин), при спазмі судин (охолодження, страх, непритомність).

Різко виражена блідість слизових оболонок

Приклад!!! Спостерігається при потужній крововтраті (анеміях).

Почервоніння (гіперемія) слизових оболонок зумовлено підвищеним вмістом гемоглобіну в крові.

Приклад!!! Спостерігається при еритреміях, еритроцитозах різного походження, прийомі деяких судинорозширювальних препаратів (нітриту). При запальних захворюваннях слизової оболонки очей спостерігається її різке почервоніння (кон'юнктивіти різного походження).

Дрібні крововиливи слизової оболонки нижньої повіки очей (плями Лукіна-Лібмана)

Приклад!!! Спостерігаються при затяжному септичному ендокардиті.

Дрібні виразки на слизовій оболонці порожнини рота (афти)

Приклад!!! Спостерігаються при стоматитах, захворюваннях шлунково-кишкового тракту.

Жовтяничне фарбування слизової оболонки порожнини рота, склер є ознакою жовтяниці, обумовленої підвищеним вмістом рівня жовчного пігменту – білірубіну в крові.

Приклад !!! Спостерігається при захворюваннях печінки.

Синюшне фарбування слизової губ (ціаноз)

Приклад!!! Спостерігається при дихальній недостатності, хронічній недостатності кровообігу.

Дрібні блакитно-білі цятки, оточені червоним обідком (плями Філатова-Коплика). З'являються вони за 2-3 дні до висипу на шкірі. На внутрішній поверхні щік.

Приклад!!! Спостерігаються при кору.

Дослідження підшкірно-жирової клітковини дозволяє оцінити рівень її вираженості, рівномірність розподілу по тілу, виявити наявність набряків.

Вираженість підшкірно-жирового шару оцінюють шляхом вимірювання товщини шкірної складки на рівні пупка та у підлопатковій ділянці на спині (рис. 51) [4; 9; 23].



Рис 51. Визначення ступеня підшкірно-жирового шару [9; 28]

Важливо!!! Нормальний ступінь вираженості товщини шкірної складки становить 2 см. При товщині складки менше 2 см констатують недостатній ступінь розвитку підшкірно-жирового шару, а при товщині складки понад 2 см – надмірну вираженість розвитку жирового шару (ожиріння). При різко вираженій недостатності розвитку підшкірної клітковини (кахексія) товщина складки складає 0,3-0,5 (практично товщина шкіри) [34].

Розподіл жирового шару по тілу може бути:

- ◆ рівномірним (переважно при переїданні);
- ◆ нерівномірним з переважним відкладенням жиру в певних місцях.

Приклад !!! Нерівномірний розподіл підшкірно-жирового шару має місце у разі порушення функції ендокринних залоз.

Набряки – це скупчення рідини в підшкірно-жировій клітковині і тканинах внаслідок надходження рідкої частини крові через стінку капілярів. Рідина, що накопичилася, може бути запального, алергічного походження (ексудат) [10; 35].

Приклад !!! Спостерігається внаслідок застою крові при захворюваннях серця, нирок (транссудат), обмінних порушеннях.

За поширеністю виділяють:

- ◆ загальні,
- ◆ місцеві,
- ◆ приховані набряки.

Загальні набряки характеризуються поширенням по всьому тілу (нерідко досягаючи ступеня анасарки) або виникають на симетричних областях (обличчя, нижні кінцівки).

Поширені та значні набряки характеризуються накопиченням транссудату в порожнинах тіла: черевній (ascites), плевральній (hydrothorax) та в порожнині перикарду (hydropericardium).

Пам'ятайте! Набряк виявляється шляхом натискання пальцем на шкіру, що покриває кісткові утворення (в області зовнішньої поверхні гомілки, кісточки, попереку та ін.). За наявності набряку після відібрання пальця залишається ямка, що зникає через 1-2 хв (рис. 52) [21; 34].

За ступенем вираженості виділяють такі різновиди набряків:

- ◆ **Пастозність** – незначні набряки, які не виявляються при огляді, тоді як при натисканні виявляється ледь помітна ямка.
- ◆ **Виражені набряки**, зумовлені на око, характеризуються припухлістю, натягом і гладкістю шкіри і навіть згладженістю зовнішнього контуру цієї частини тіла. При натисканні виявляється досить глибока ямка.



Рис. 52. Визначення набряків [36]

- ◆ *Анасарка* – це масивні набряки підшкірно-жирової клітковини всього тіла з накопиченням рідини також у порожнинах (черевній, плевральній, порожнині серцевої сорочки).

Приклад!!! Загальні набряки виникають внаслідок захворювань серця, нирок, при тривалому голодуванні.

Приклад!!! Місцеві набряки виникають внаслідок місцевого розладу крово- та лімфообігу, а також внаслідок запального або алергічного ураження.

Приклад!!! Місцеві набряки виникають при обмежених запальних процесах, алергічних реакціях (набряк Квінке), закупорці вени тромбом (флеботромбоз), лімфостазі.

Приклад!!! Приховані набряки виникають на ранніх стадіях істинного набряку, коли в інтерстиціальному просторі може накопичитися зовні непомітно 2-4 літри рідини.

Важливо! Клінічно проявляються наростанням ваги, зниженням діурезу, виявляються шляхом систематичного зважування, вимірювання добового діурезу, а також проведенням спеціальних проб виявлення набрякової готовності тканини (проба Мак Клюра-Олдріча) [34-35].



На що звернути увагу при огляді лімфатичних вузлів?

Лімфатичний вузол – найважливіший елемент лімфатичної системи, розташовується по ходу лімфатичних судин (рис. 53) [1; 18].



Рис. 53. Лімфатична система та розташування груп лімфатичних вузлів [37]

Виділяють такі групи лімфатичних вузлів:

- ◆ Потиличні
- ◆ Околовушні
- ◆ Шийні
- ◆ Підчелюсні
- ◆ Підборідні
- ◆ Надключичні
- ◆ Підключичні
- ◆ Пахові
- ◆ Ліктюві
- ◆ Пахвинні
- ◆ Підколінні

Оцінка лімфатичних вузлів проводиться пальпаторним методом, при цьому звертають увагу на (рис. 54):

- ◆ розміри (см),
- ◆ форму,
- ◆ консистенцію,
- ◆ рухливість,
- ◆ болючість і спаяність з оточуючими тканинами.

Збільшення пахових лімфатичних вузлів, пахових до 0,3-0,5 см у діаметрі.

Приклад!!! Спостерігається при травмах нижніх кінцівок.



Рис. 54. Огляд, пальпація лімфатичних вузлів [25]

Збільшення шийних лімфатичних вузлів

Приклад!!! Спостерігається при загостренні хронічного тонзиліту (запальний процес у піднебінних мигдаликах), захворюваннях ротової порожнини, системних захворюваннях крові (лімфолейкоз, саркоматоз, лімфогранулематоз), а також при деяких інфекціях (туберкульоз, туляремія).

Вілочкова залоза розташовується над ключицею зліва між ніжками грудинно-ключично-сосцевидного м'яза.

Приклад!!! Спостерігається її поява при метастазах раку шлунка, рідше за кишечник.

Збільшення підщелепних лімфатичних вузлів

Приклад!!! Спостерігається за наявності запальних процесів у ротовій порожнині, глотки (ангіни, стоматити, гінгівіти), а також у зубах (каріозні зуби).

Одностороннє збільшення пахвових лімфатичних вузлів

Приклад!!! Спостерігається при лімфаденітах туберкульозної етіології, раку молочної залози. Двостороннє збільшення пахвових лімфатичних вузлів (що нерідко поєднується із збільшенням інших груп лімфатичних вузлів) спостерігається при лімфопроліферативних процесах кров'яної системи (лімфолейкоз, лімфосаркоматоз тощо).

Збільшення пахових лімфатичних вузлів

Приклад!!! Спостерігається при захворюваннях сечовивідних шляхів, запальних процесах в органах малого тазу, нижніх кінцівок, пухлинних процесах.

Генералізоване системне збільшення всіх груп лімфатичних вузлів

Приклад!!! Спостерігається при лімфопроліферативних процесах системи крові, захворюваннях крові з групи гемобластозів, СНІДі. Рідше таке збільшення лімфатичних вузлів має місце при сифілісі, туберкульозі.



Про що каже огляд кістково-м'язової системи?

Виділяють такі показники, що характеризують мускулатуру:

- ◆ Ступінь розвитку мускулатури.
- ◆ М'язовий тонус.
- ◆ М'язова сила.
- ◆ Наявність ущільнень, хвороб, що виявляються при пальпації.
- ◆ Атрофія чи гіпертрофія будь-яких груп м'язів.
- ◆ Наявність судом та інших розладів функції м'язів.

За ступенем вираженості мускулатури можна дати таку характеристику:

Слабка вираженість розвитку мускулатури, коли контур м'язів (випуклості) майже відсутній, м'язи витончені, мляві, атонічні.

Приклад!!! Спостерігається при запущених формах туберкульозу легень, злоякісних новоутвореннях, хронічній недостатності кровообігу, а також гіпофізарної кахексії, аліментарної дистрофії, частіше у дітей (внаслідок недоїдання) [8; 20].

Середня вираженість розвитку мускулатури, коли контур м'язів (випуклості) виражений досить чітко, кінцівки помірно повні.

Значна вираженість розвитку мускулатури, коли контур м'язів різко виражений.

Приклад!!! Спостерігається у спортсменів та осіб, які займаються важкою фізичною працею. [4; 22].

Зниження м'язового тонусу

Приклад!!! Спостерігається у хворих з вираженим схудненням (кахексією), у осіб, які перебувають тривалий час у стані знерухомленості, а також при міастенії, дерматоміозиті, після травм, при захворюваннях нервової системи [21-23].

Підвищення м'язового тонусу (гіпертонус)

Приклад!!! Спостерігається при ураженнях нервово-м'язового апарату і зазвичай супроводжується розладом функції м'язів [10; 30].

Асиметричне зниження м'язової сили.

Приклад!!! Спостерігається у хворих, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, травму [23; 31].

Атрофія або гіпертрофія окремих груп м'язів

Приклад!!! Спостерігається при захворюваннях (ревматоїдний артрит, поліомієліт), може бути наслідком операцій, травм, переломів кісток [21; 31].

Судоми – мимовільні скорочення окремих м'язових груп або окремих м'язів.

Приклад!!! Спостерігається при ураженнях ЦНС (епілепсія), печінковій недостатності, порушенні електролітного обміну, а також при деяких інфекціях (правець, холера) [22; 32].

Парез, плегія, параліч

Приклад!!! Спостерігаються при ураженнях нервової системи: порушення мозкового кровообігу, травма або здавлення спинного мозку в результаті проростання пухлини [23; 33].

При огляді кісток виявляють:

- ◆ викривлення,
- ◆ випинання,
- ◆ деформації,
- ◆ правильність контурів,
- ◆ симетричність кісток.

Огляд кісток черепа, грудної клітки, хребта та кінцівок дозволяє виявити:

- ◆ деформацію черепа,
- ◆ грудної клітки,
- ◆ хребта (лордоз, кіфоз, сколіоз, кіфосколіоз, gibbus),
- ◆ кінцівок.

Пальпація кісток дозволяє виявити:

- ◆ деформації поверхнево розташованих кісток узури (западання),
- ◆ виступи при травмах, рахіті.

Болючість кісток

Приклад!!! Спостерігається у хворих на злоякісні гемобластози (лейкоз, мієломна хвороба, саркома), хвороби Аддісона-Бірмера.

При огляді суглобів звертають увагу на:

- ◆ до конфігурацію (форму, величину),
- ◆ забарвлення,
- ◆ температуру шкіри з них;
- ◆ перевіряють обсяг активних та пасивних рухів,
- ◆ ступінь рухливості,
- ◆ відзначають наявність хворобливості при пальпації.

Важливо! У нормі суглоби не збільшені в обсязі, зовні вони не деформовані, негарячі на дотик, фарбування відповідає забарвленню шкірних покривів, при пальпації безболісні, рухи здійснюються у повному обсязі без обмеження, активні [20-22; 34].

При **визначенні активної рухливості суглоба** необхідно попросити хворого самостійно зробити згинальні або розгинальні рухи у різних суглобах.

При **визначенні пасивної рухливості суглоба** лікар сам робить рух у досліджуваному суглобі відповідно до його фізіологічних норм (згинання, розгинання, ротація, пронація, супінація). У цьому відзначають наявність хрусту в суглобах, обмеження обсягу рухів.

Під час огляду суглобів можна виявити:

Зміна форми та величини суглобів з деформацією.

Приклад!!! Спостерігаються при набряку періартикулярної тканини, розвитку грубої сполучної (фіброзної) тканини, а також за рахунок підвищів суглобів, також при різноманітних запальних, обмінно-дистрофічних захворюваннях суглобів: остеоартроз, хвороба Бехтерева, ревматизм, подагра, ревматоїдний артрит.

Зміна забарвлення над поверхнею суглобів, болючість та підвищення температури (суглоби стають гарячими на дотик)

Приклад!!! Спостерігається при гострому суглобовому ревматизмі, артритах будь-якої етіології.

Зміна рухливості суглобів, обмеження рухливості до розвитку повної нерухомості суглоба (анкілоз)

Приклад!!! Спостерігається при ревматоїдному артриті, деформуючих артрозах, хворобі Бехтерева.



Що дає визначення температури?

Поняття про лихоманку. Це підвищення температури тіла внаслідок впливу пірогенних подразників, що супроводжується порушенням діяльності всіх систем організму [18; 34].

Основні фактори (агенти), що викликають лихоманку:

- ◆ Мікроби та віруси.
- ◆ Продукти розпаду мікробів та вірусів.
- ◆ Пошкоджуючі тканини речовини та дії, що викликають запалення.

Пам'ятайте! Температура тіла може підвищуватися у фізіологічних умовах при значній фізичній нарузі, під час вагітності, у жінок – у передменструальному періоді та при травленні [20-23].

Стадії лихоманки:

- I. Стадія наростання температури (Stadium incrementi).
- II. Стадія максимального підйому (Stadium fastigium).
- III. Стадія зниження температури (Stadium decrementi).

Типи лихоманок, що відрізняються за тривалістю:

- ◆ Блискавична – кілька годин, 1-2 доби.
- ◆ Гостра – до 15 діб.
- ◆ Підгостра – до 45 діб.
- ◆ Хронічна – понад 45 діб.

Типи лихоманок, що відрізняються за висотою:

- ◆ Субнормальна температура – від 35 °С до 36 °С. Спостерігається у людей похилого віку і різко ослаблених хворих.
- ◆ Нормальна температура – від 36 °С до 37 °С.
- ◆ Субфебрильна температура – від 37 °С до 38 °С.
- ◆ Помірна лихоманка – від 38 °С до 39 °С.
- ◆ Висока лихоманка – 39 °С – 41 °С.
- ◆ Надвисока (гіперпіретична) лихоманка – понад 41 °С.

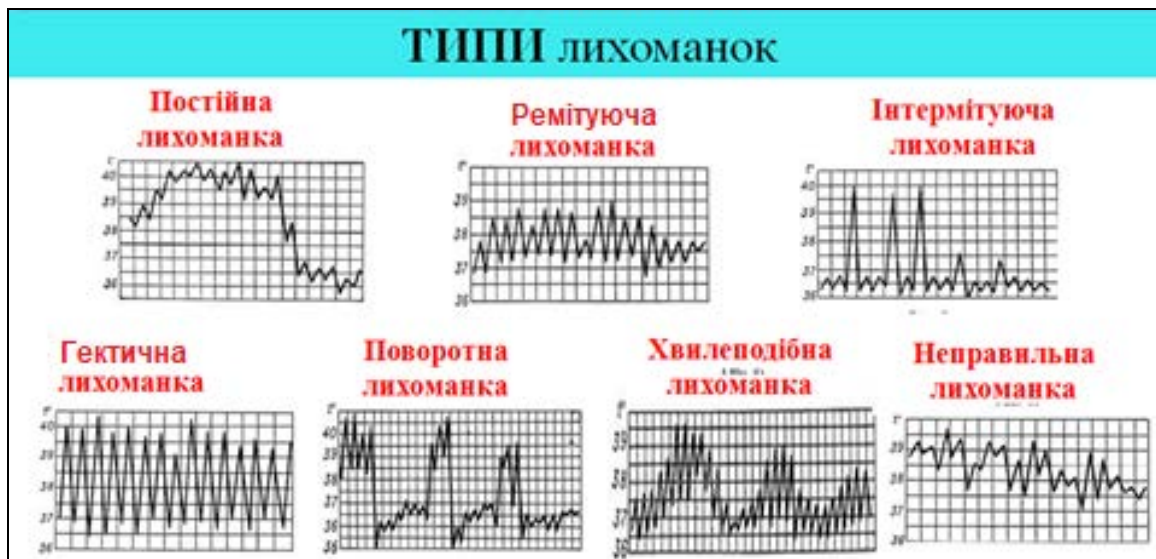
Типи лихоманок, що відрізняються характером (рис. 55).

Рис. 55. Типи лихоманок [38]

Постійна лихоманка (febris continua) – температура тіла зазвичай висока, в межах 39°C, тримається протягом декількох днів або тижнів з коливаннями в межах 1°C.

Приклад!!! Спостерігається при гострих інфекційних захворюваннях: висипний тиф, крупозна пневмонія.

Ремітуюча лихоманка (febris remittens) характеризується значними добовими коливаннями температури тіла (до 2 °С і більше).

Приклад !!! Спостерігається при гнійних захворюваннях.

Переміжна, або інтермітуюча лихоманка (febris intermittens) характеризується різким підйомом температури тіла до 39-40 °С і більше і спадом в короткий термін до нормальних і навіть субнормальних цифр; через 1-2-3 доби такий же підйом і спад повторюються.

Приклад!!! Спостерігається при малярії.

Гектична, або виснажуюча, лихоманка (febris hectica) характеризується великими добовими коливаннями температури тіла (понад 3 °С) і різким падінням її до нормальних та субнормальних цифр, причому коливання температури більші, ніж при ремітуючій лихоманці.

Приклад!!! Спостерігається при септичних станах і важких формах туберкульозу.

Поворотна лихоманка (febris recurrens). Температура тіла підвищується до високих цифр, тримається на цих значеннях кілька днів, потім знижується до норми. Через деякий час лихоманка повертається і знову змінюється ремісією (гарячкових приступів буває кілька, до 4-5).

Приклад!!! Спостерігається при спірохетозі (поворотний тиф)

Хвилеподібна лихоманка (febris undulans). Поступове день у день підвищення температури з аналогічним характером зниження. Може бути кілька хвиль підйому та зниження температури, відрізняється від поворотної лихоманки поступовим наростанням і спаданням температури.

Приклад!!! Спостерігається при бруцельозі і деяких інших захворюваннях

Неправильна лихоманка зустрічається найбільш часто. Добові коливання температури тіла різноманітні, тривалість не визначається.

Приклад!!! Спостерігається при ревматизмі, пневмоніях, дизентерії, грипі

Типи зниження температури: (рис. 56).

Критичне падіння (криза) – швидке зниження температури протягом кількох годин при крупозній пневмонії, малярії.

Літичне падіння (лізис) – поступове зниження температури протягом кількох днів при черевному тифі, скарлатині, сприятливому перебігу пневмонії.

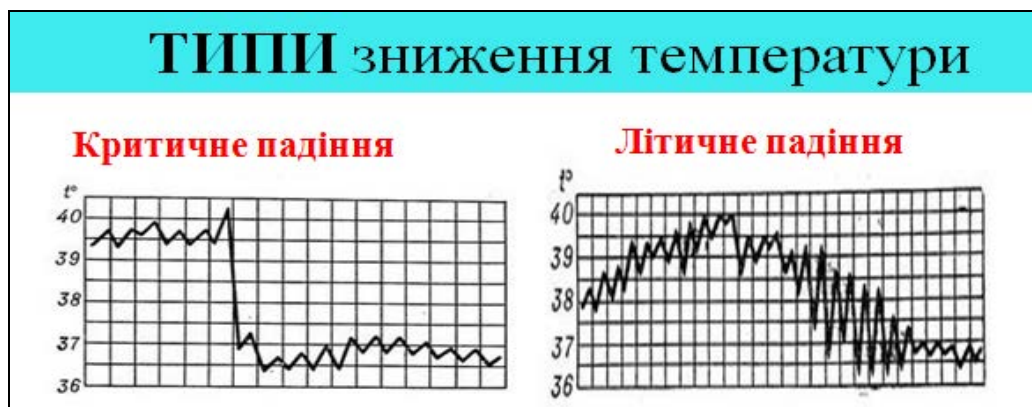


Рис. 56. Типи зниження температури [38]



Які ще існують фізикальні методи обстеження пацієнта?

Об'єктивне обстеження пацієнта проводиться у такий послідовності (рис. 57).



Рис. 57. Послідовність етапів об'єктивного обстеження пацієнта

Пальпація

Пальпація (від лат. palpatio – обмацування) – клінічний метод дослідження, в основі якого лежить вивчення за допомогою дотику фізичних властивостей тканин і органів, топографічних співвідношень між ними, їх чутливості і виявлення деяких функціональних явищ в організмі [4; 8; 19].

Пальпація була відома ще в давнину. Про неї згадується в працях Гіппократа. У XIX ст. пальпацію використовувати для виявлення деяких фізіологічних явищ у внутрішніх органах – вивчення голосового тремтіння і верхівкового поштовху (Лаенек, Піоррі, Шкода). Систематична пальпація черевної порожнини стала можлива в кінці XIX століття після публікації робіт С. П. Боткіна, В. П. Образцова і М. Д. Стражеска. У 1886 році В. П. Образцов наголошував, що для отримання цінних клінічних даних необхідна ретельно розроблена загальна методика пальпації і способи пальпації різних областей тіла. Подальша розробка В. П. Образцовим, а надалі – його учнями

М. Д. Стражеском, М. М. Губергріцем, Ф. О. Удінцовим і іншими вченими, методики пальпації черевної порожнини привели до створення вчення про глибоку, ковзаючу, топографічну і методичну пальпацію, що створила епоху в діагностиці органів травлення. Завдяки одній розробці методики глибокої пальпації ім'я В. П. Образцова (1849-1920) увійшло до історії медицини і стало широко відомим як в нашій країні, так і за її межами [8; 20-23].

Під час пальпації визначають властивості тканин та органів, їхнє:

- ◆ становище,
- ◆ величину,
- ◆ форму,
- ◆ консистенцію,
- ◆ рухливість,
- ◆ топографічні співвідношення,
- ◆ болючість досліджуваного органу,
- ◆ наявність патологічних утворень.



Пальпація буває таких видів (рис. 58):

Поверхнева пальпація проводиться без істотного тиску на тканини однією або обома долонями, покладеними плазом зі злегка зігнутими пальцями на досліджувану область.

Глибока пальпація проводиться шляхом натискання на область тіла, що обстежується; використовують для дослідження глибоко розташованих органів.

Запам'ятайте! Пальпація за методом В. П. Образцова – Н. Д. Стражеска дозволяє визначити місцезнаходження, величину, форму, консистенцію органів черевної порожнини [8-10].

Бімануальну пальпацію проводять одночасно обома руками.

Приклад !!! Застосовують для пальпації нирок, печінки, висхідного та низхідного відділів товстого кишечника.

Пальпація за методом В. Х. Василенка – метод глибокої ковзної пальпації висхідного і низхідного відділів ободової кишки, при якому вільну від пальпації долоню підкладають під спину досліджуваного в області проекції відповідної ділянки кишечника для обмеження його рухливості [8; 19].

Пальпація за методом Жильбера – метод пальпації печінки, зокрема її краю, одночасно двома руками. Для пальпації поперечно-

ободової кишки застосовують білатеральну пальпацію, що проводиться одночасно обома руками на симетричних ділянках тіл [8; 21].

Приклад !!! Застосовують при дослідженні лімфатичних вузлів, суглобів, виявлення набряків.

За характером руху пальців пальпуючої руки виділяють:

Ковзну пальпацію

Приклад!!! Застосовують при дослідженні поверхонь, меж і щільності об'ємних утворень.

Поштовхоподібну (балотуючу) пальпацію

Приклад !!! Застосовують для виявлення рідини в порожнині з податливими стінками – симптом флюктуації (черевної порожнини при асциті, в суглобовій сумці надколінка).

Проникаючу пальпацію проводять шляхом натискання кінчиками одного-двох пальців на певні області тіла для визначення болючих точок [8; 33].



Для дослідження внутрішніх органів застосовують
(рис. 58-59):

- ◆ бімануальну – нирок,
- ◆ трансректальну – органів малого тазу,
- ◆ вагінальну – матки та її придатків;
- ◆ рентгенівську, при рентгеноскопії для визначення ступеня зміщення досліджуваного органу, локалізації болювих точок та їх зв'язку з досліджуваним органом.



Рис. 58. Види пальпації [8; 28]

Пальпація від лат. *palpatio* — **обмацування** — метод медичного обстеження хворого, заснований на **відчутті дотику руки**, що виникає **при русі і тиску пальців та долоні**.

Як спосіб вивчення властивостей **пульсу**, пальпація згадується ще в працях **Гіппократа**. Як метод дослідження **внутрішніх органів** - з другої половини XIX ст.

За допомогою пальпації **визначають властивості тканин та органів**: їхній стан, величину, форму, консистенцію, еластичність, рухливість, топографічні співвідношення, а також **болючість** досліджуваного органу, можна оцінити **вологість шкіри, товщину підшкірної жирової клітковини, наявності набряків, визначення еластичності грудної клітини і голосового тремтіння, локалізацію і властивості верхівкового поштовху у передсерцевої області, наявності симптомів "котячого муркотіння"**...

Пальпація

Поверхнева (орієнтовна)

Глибока ковзна, проникаюча за Образцовим-Стражеском

Проводять однією або обома долонями, покладеними плазом на досліджувану область **шкіри, суглобів, серця. Судини** (їх наповнення, стан стінки) **обмацують** кінчиками пальців в місці їх проходження.

Здійснюють спеціальними прийомами, різними при дослідженні абдомінальних органів: **кишечника, шлунка, печінки, селезінки, а також нирок, прямої кишки, піхви** та ін.

Послідовність проведення поверхневої пальпації живота: а - орієнтовної, б - порівняльної

Рис. 59. Методи пальпації



Пальпацію починають вже з загального огляду хворого:

- ◆ дослідження шкіри (вологість, тургор, еластичність),
- ◆ виявлення набряків (пальпаторний спосіб),
- ◆ розвиток підшкірно-жирової клітковини,
- ◆ дослідження лімфатичних вузлів (розміри, еластичність, щільність, поверхня, хворобливість, спаяність між собою і оточуючими тканинами),
- ◆ дослідження м'язової системи (тонус, сила, атрофія, болючість),
- ◆ дослідження кістково-суглобової системи (хворобливість, рухливість),
- ◆ дослідження щитовидної залози;
- ◆ пальпація грудної клітки,
- ◆ дослідження передсерцевої області (верхівковий і серцевий поштовх, передсердне тремтіння),
- ◆ дослідження периферичних судин (визначення властивостей пульсу),
- ◆ дослідження живота,
- ◆ дослідження нирок.

Важливо! Пальпацію проводять чистими теплими руками, починаючи з легких дотиків до шкіри хворого, стежачи за його реакцією на натискання малої сили, і лише потім, з урахуванням реакції хворого, проводити подальше дослідження [33-34].

Пам'ятайте! Глибокій пальпації завжди передують поверхневі, що дозволяє хворому розслабитися, подолати страх можливого відчуття болю.

МЕТОДИ пальпації

Дослідження шкіри

Пальпацію шкіри проводять з метою оцінки її товщини, ступеня вологості, температури, пружності, еластичності, а також для диференціальної діагностики шкірних елементів [10; 33].

Проводять пальцем або злегка натискають, щоб відрізнити розеоли від петехій: розеоли при натисканні зникають, а петехії зберігаються. Якщо виявлено рубці, визначають не тільки їх локалізацію, але і пальпаторне зрощення з тканинами, які прилягають [8; 34].

Вологість шкірних покривів перевіряють шляхом ковзання тильною поверхнею кистей рук на симетричних ділянках тіла.

Температуру шкіри чола, різних ділянок тулуба, кінцівок визначають, прикладаючи до цих ділянок долоні або тильну поверхню кисті. Різницю температур на симетричних ділянках тіла оцінюють як місцеве її підвищення (запалення суглоба) або зниження (на кінцівки при порушенні кровообігу).

Еластичність шкіри визначають збираючи її у складку двома або трьома пальцями, складку злегка відтягують і промацують, хіба що розминаючи пальцями, потім відпускають; при нормальному стані шкіри складка розправляється швидко. Аналогічно оцінюють товщину і тургор підшкірної клітковини при глибшому захопленні тканини пальцями. Для визначення підшкірної крепітації кінчиками близько розташованих один від одного другого і третього пальців поперемінно натискають на шкіру в місці передбачуваної емфіземи – дотик «хрускоту» свідчить про розвиток підшкірної емфіземи.

Набряки визначають за допомогою кінчиків пальців, натискають на шкіру, розташовану поблизу підлягаючої кістки (великогомілкова, крижова, тильна поверхня стопи і кисті) – поява ямки в місці пальпації свідчить про наявність набряку [1; 4; 33].

Розвиток підшкірно-жирової клітковини. Огляд, визначення ступеня розвитку підшкірно-жирової клітковини можливе за допомогою пальпації: з цією метою двома пальцями збирають шкірну складку і вимірюють її товщину [1; 18; 33].

Дослідження лімфатичних вузлів

Пальпації підлягають периферичні лімфатичні вузли, які при збільшенні можливо пропальпувати.

Пальпацію лімфовузлів проводять наступним чином: подушечками пальців злегка натискають на шкіру над лімфатичними вузлами, а потім її зміщують ковзними рухами, звертаючи увагу на їх величину, щільність, ступінь спаяності між собою і з навколишніми тканинами, хворобливість (див. розділ Загальний огляд) [9; 34].

Пальпація м'язів, кісток та суглобів

Дозволяє оцінити стан опорно-рухового апарату. Пальпацію м'язів проводять наступним чином: пальцями обох рук, охоплюючи і злегка стискаючи симетрично розташовані окремі м'язи або групи м'язів, оцінюють їх ступінь та симетричність розвитку, тонус при розслабленні та скороченні, болючість. Пальпація кісток і суглобів дозволяє виявити патологічні зміни (наявність рахітичних чоток на ребрах, патологічну зміщуваність кісткових уламків і кісткову крепітацію при переломах); порушення рухливості у суглобах [19; 34].

Пальпація щитовидної залози

Проводиться для визначення її розмірів, консистенції, наявності вузлів, рухливості, хворобливості.

Пальпація грудної клітки

Пальпацію проводять для дослідження опорно-рухового апарату, стану легень та серця.

Дозволяє оцінити еластичність, виявити болючість, зміну обсягу грудної клітки, відставання однієї з її половин при диханні, виявити зміни легеневої тканини; для цього пальпаторно досліджують голосове тремтіння [25].

Пальпація передсердної ділянки

Пальпацію проводять з метою визначення:

- ◆ властивостей верхівкового поштовху (локалізацію, площу, силу);
- ◆ виявлення серцевого поштовху;
- ◆ патологічної пульсації в III-IV міжребер'ї зліва від грудини,
- ◆ специфічного тремтіння грудної стінки (так зване «котяче муркотіння» при деяких вадах серця).
- ◆ **Дослідження пульсу.** Проводять дослідження на сонних, стегнових, променевих та інших артеріях, поверхневих і глибоких венах у різних ділянках тіла (для виявлення тромбів, флебітів, варикозного розширення або болючості вен), що істотно доповнює інформацію про стан кровообігу [24-25].

Пальпація живота

Проводять при дослідженні органів черевної порожнини, за розробленою схемою, у певній послідовності – орієнтовна, поверхнева і глибока пальпація живота [9].

Методика глибокої пальпації. Рука лікаря проникає вглиб верхівками пальців, обережно просувається крок за кроком, ніби крадучись, використовуючи при кожному видиху розслаблення черевної стінки. Дійшовши до задньої стінки або до глибоко лежачого органу, верхівками пальців ковзають перпендикулярно осі досліджуваного органу, злегка придавлюючи і фіксуючи його до задньої черевної стінки [9; 18].

Глибока методична ковзна пальпація за Образцовим–Стражеском. Пальці досліджувача занурюються вглиб, доходячи до задньої стінки живота; методичної – здійснюється у певній послідовності; ковзної – пальці ковзають по досліджуваному органу, оцінюючи його властивості [9; 18].

Запропонований такий порядок пальпації:

- ✓ сигмовидна кишка,
- ✓ сліпа кишка,
- ✓ відрізок тонкої кишки,
- ✓ апендикс,
- ✓ поперечна ободова кишка (висхідний, поперечний і низхідний відділи),
- ✓ шлунок,
- ✓ печінка,
- ✓ підшлункова залоза,
- ✓ селезінка і нирки.

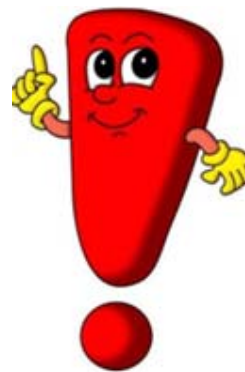
Важливо! Глибока пальпація за Образцовим–Стражеском включає такі основні моменти: постановка рук (пальпуюча рука розташовується перпендикулярно, а її кінчики пальців – паралельно осі або краю органу, що пальпується), усунення шкірної складки в напрямку, протилежному ковзанню, частіше до пупка: занурення пальців: на видиху, користуючись дихальними рухами хворого, пальці обережно занурюють углиб, притискаючи орган, що пальпується, до задньої стінки черевної порожнини, ковзання по органу у напрямку, перпендикулярному осі досліджуваного органу [9; 20; 24].

Дослідження сечовидільної системи

Для дослідження застосовують бімануальну пальпацію нирок, проникаючу пальпацію для дослідження больових точок сечоводів [9; 23].

NB !!!

Більш детально з методами та правилами пальпації можна ознайомитись у методичних рекомендаціях та навчальних посібниках з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» на кафедральному гугл Диску за посиланням: URL: <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Z8W1aycoOBWAsuAm4nTw3x5r199njRvk>



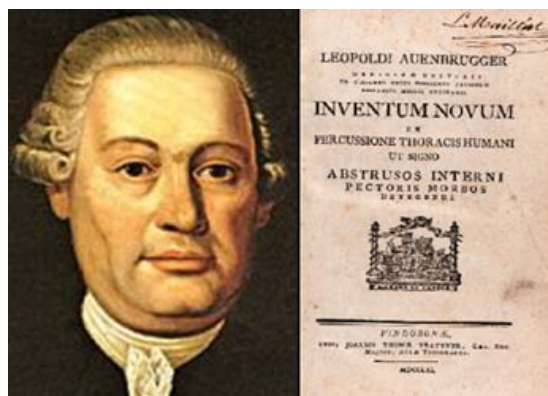
Перкусія

Перкусія (лат. percussio – простукування, удар) – метод клінічного обстеження хворого, заснований на простукуванні різних частин тіла, з подальшою інтерпретацією зміни звуку, що отримується при простукуванні. Перкусія дозволяє виявити порушення топографії органів, зміни їх щільності, фізичні властивості середовища в досліджуваній області (ущільнення та розрідження тканини, легкість, вміст рідини). Спроби застосовувати перкусію виникали в давнину. Ще Гіппократ шляхом простукування живота визначав скупчення в черевній порожнині рідини чи газів.

Перкусія як самостійний метод фізичної діагностики була розроблена віденським лікарем Л. Ауенбруггером, який описав її в 1761 р. в своєму трактаті «Нове відкриття, яке дозволяє на підставі вистукування грудної клітини виявити приховані грудні хвороби» [8; 31-34].

Ауенбруггер накривав перкутоване місце сорочкою або одягав на руку рукавичку і кінчиками витягнутих пальців завдавав повільних несильних ударів по грудній клітці.

Клініцист Корвізар переклав трактат Л. Ауенбруггера французькою мовою, метод перкусії отримав загальне визнання і тривалий час використовувався в клініці під назвою безпосередньої перкусії.



Леопольд Ауенбруггер (1722–1800) – автор безпосередньої перкусії грудної клітки

У 20-ті роки XIX ст. були запропоновані плесиметр та молоточок для перкусії. Перкусія, що проводиться за допомогою інструментів, отримала назву посередньої перкусії. Суттєвий внесок у вдосконалення

методу зробили вітчизняні клініцисти Г. І. Сокольський, В. П. Образцов, Ф. Г. Яновський [8; 31-34].

Перкусія дозволяє виявити:

- ✓ порушення топографії органів,
- ✓ зміни їх щільності,
- ✓ фізичні властивості середовища в досліджуваній області.



Фізичні основи перкусії

Важливо! В основі перкусії лежать звукові явища та їхній аналіз. Звук є поширенням пружних хвиль у середовищі з частотою 16 Гц – 20 кГц (1 Гц – 1 коливання на секунду). Звукові періодичні хвилі із зазначеною частотою сприймаються слуховим апаратом людини як тони, а неперіодичні – як шуми. Фізичні властивості звуку залежать від маси, щільності і напруги (пружності) тканин і сили удару, що завдається. Якщо припустити, що маса тканини (органу) і сила удару однакові, то характер звуку залежатиме від щільності та напруги тканини [8; 10; 23].

Звук характеризується: гучністю,
тривалістю,
висотою
тембром.

Гучність звуку визначається амплітудою коливань звукових хвиль і знаходиться у зворотній залежності від щільності тканини: чим більша щільність, тим менше амплітуда коливань звукових хвиль, тим тихіше звук, і навпаки, тканини та органи, що містять повітря, при перкусії дають гучний звук. Під силою удару мається на увазі кількість звукової енергії, повідомленої тканинам в одиницю часу, тоді як гучність – відображення сили звуку в нашій свідомості (суб'єктивна величина, похідна від сили).

Висота звуку визначається частотою коливань звукових хвиль і знаходиться у прямій залежності від щільності (напруги) тканини: чим більша частота коливань звукових хвиль, тим вище відбитий звук.

Тривалість звуку визначається швидкістю згасання коливань звукових хвиль і знаходиться у зворотній залежності від щільності (напруги) тканини. Чим більша щільність, тим більше частота коливань і менше амплітуда, тим швидше відбувається згасання звукових хвиль, тим коротше відбитий звук.

Тембр (відтінок) перкуторного звуку визначається характером звукових хвиль: більш вираженою висотою, що наближається до музичного тону.

Зазначені характеристики звуку – сила, тривалість і висота – перебувають у певних взаємовідносинах між собою. Чим більша легкість тканин, тим перкуторний звук буде гучнішим, тривалішим і нижчим і, навпаки, чим щільніше тканина, тим перкуторний звук тихіший, коротший і вищий.

Фізична сутність перкусії полягає у здатності різних тканин по-різному проводити звук (щільні – краще, що містять повітря – гірше), і щодо зміни відбитого від них звуку можна судити про зміну цих тканин [8; 10; 23; 31].



Методика одержання перкуторного звуку

Перкуторний звук отримують наступним чином: простукуючи грудну клітину, викликають коливання щільних структур тканин. Відбиті хвилі звукової частоти сприймаються як перкуторний звук, який характеризує властивість перкутованих тканин і є об'єктивним діагностичним критерієм їхнього стану [8; 31].

При перкусії у нормі можна отримати такі фізіологічні звуки [8]:

Перкуторний звук	Гучність (сила)	Тривалість	Висота	Тембр	Місце визначення
Ясний легеневий	Гучний	Тривалий	Низький	Не тимпанічний	Легені
Притуплений	Тихий	Короткий	Високий	Не тимпанічний	Прикордонні зони: легені/серце, легені/печінка, печінка/кишківник
Тимпанічний	Гучний	Тривалий	Високий або низький	Тимпанічний	Шлунок, кишківник
Тупий	Тихий	Короткий	Високий	Не тимпанічний	М'язи, паренхіматозні органи

Ясний легеневий звук (гучний, тривалий, низький) одержують при перкусії органів, що містять повітря (легкі). Характер легеневого звуку залежить від властивостей грудної клітини, розвитку мускулатури, величини підшкірно-жирового шару.

Тупий (стегновий) звук (тихий, короткий, високий) отримують при перкусії щільних органів, що не містять повітря (м'язи, печінка, абсолютна тупість серця, селезінка).

Тимпанічний звук (гучний, тривалий, має музичний відтінок, нагадує звук удару по барабану) отримують при перкусії порожнин, що містять повітря під тиском (шлунок, кишечник, ротова порожнина, горло).

Притуплений перкуторний звук (проміжний між ясным легеневим і тупим) отримують при перкусії прикордонних ділянок тканин різної щільності (відносна тупість серця, легень і печінки, печінки та кишківника). Розподіл перкуторного звуку над різними областями людського тіла у нормі.

Характеристика перкуторного звуку наведена на схемі (рис. 60).

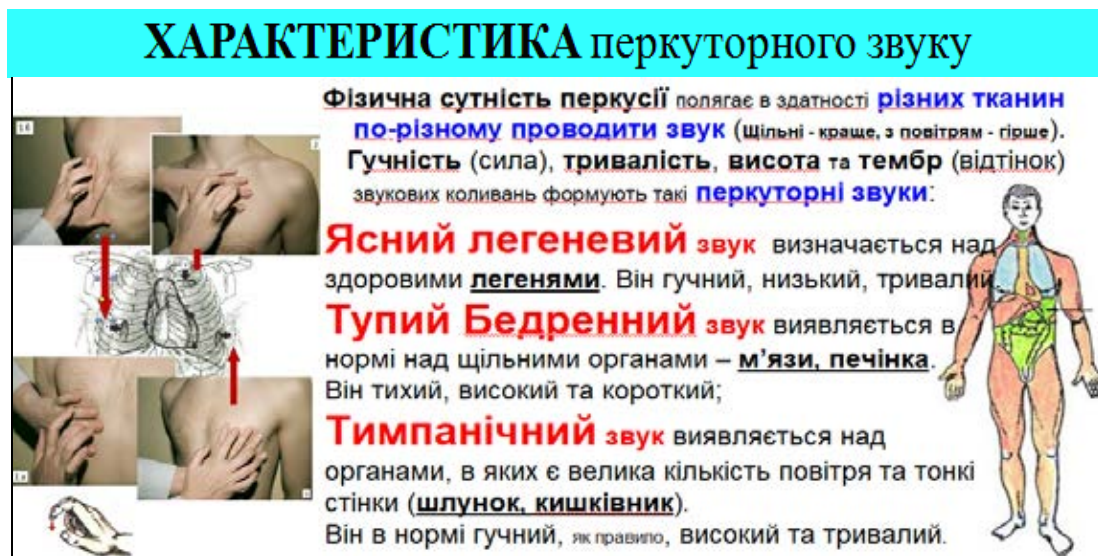


Рис. 60. Розподіл перкуторного звуку



Які правила перкусії?

1. Умови проведення: у приміщенні має бути тепло, тихо.
2. Положення хворого: стоячи чи сидючи, виняток становлять тяжкохворі, у яких перкусію проводять у положенні лежачи. Положення хворого має бути зручним без напруги м'язів: руки вільно звисають уздовж тулуба або лежать на колінах (при порівняльній перкусії з боку спини – руки схрещені на грудній клітці).
3. Положення лікаря: праворуч від хворого; руки – теплі, щоб не викликати неприємних відчуттів у хворого.
4. Положення плесиметра (середній палець лівої руки): щільно прикладають до поверхні тіла, але без тиску (при сильному тиску навіть слабкий перкуторний удар набуває характеру сильного, оскільки звук поширюється не тільки в глибину, але і по сторонах). Вказівний і безіменний пальці розводяться убік, децю розсовуючи шкіру хворого.
5. Положення перкусійного молоточка (середній палець правої руки) – зігнутий у кінцевій фаланзі.

6. *Техніка нанесення перкуторного удару: удар наноситься м'якоттю дистальної фаланги пальця-молоточка по середній фаланзі пальця-плесиметра, строго перпендикулярно до його поверхні; він повинен бути легким, коротким, уривчастим, схожим на пружний удар тенісного м'яча, що досягається рухом тільки кисті в променево-зап'ястковому суглобі при нерухомому положенні передпліччя і перкутуючого пальця.*

7. *Сила перкуторного удару та розташування перкутованого органу залежить від обраної мети перкусії [8; 25; 33].*

Техніка завдання перкуторного удару представлена на рисунку (рис. 61).



Рис. 61. Техніка завдання перкуторного удару [8]



Класифікація видів перкусії (рис. 62):

За способом проведення

Безпосередня перкусія – проводять одним або декількома пальцями безпосередньо поверхнею тіла).

Пам'ятайте!!! Використовується для визначення меж печінки, селезінки, абсолютної тупості серця.

Посередня (перкусія з використанням плесиметра або пальця-плесиметра, прикладеного до досліджуваної ділянки тіла).

За метою та діагностичним значенням

Порівняльна (порівнюють звуки, що виникають над поряд розташованими або симетричними ділянками поверхні тіла з метою виявлення ділянок зі зміненим перкуторним звуком).

Топографічна (проводиться з метою визначення границь, форми та величини органу).

За силою удару: *гучна (сильна);*

тиха (середньої сили);

тихіша (слабка).

В. П. Образцов використовував при перкусії вказівний палець правої руки (нігтьову фалангу), який для збільшення сили удару закріплював за

радіальну поверхню середнього пальця, і потім при зісковзуванні вказівного пальця з середнього наносив перкусійний удар. Лівою рукою при цьому розправляв шкірну складку області, що перкутується, обмежуючи розповсюдження звуку [8; 30].



Способи посередньої перкусії

Способи посередньої перкусії відрізняються за нанесенням перкуторного удару: за Плешем, за Герхардтом, аускультативна.

Перевага методу **Герхардта** у тому, що лікар поряд зі звуковим сприйняттям отримує пальцем-плесиметром відчутне відчуття сили опору тканин, що перкутуються.

Техніка перкусії: пальцем по пальцю (середній палець лівої руки слугує плесиметром) плазом щільно прикладають до досліджуваного місця, пальці цієї руки розведені і ледве торкаються поверхні тіла. Кінцевою фалангою середнього пальця правої руки, суглобом, розташованим майже під прямим кутом, ударяють по середній фаланзі пальця-плесиметра. Для отримання чіткого звуку наносять рівномірні, уривчасті, короткі удари, спрямовані перпендикулярно до поверхні пальця-плесиметра. При перкусії права рука, зігнута в ліктьовому суглобі під прямим кутом, здійснює лише згинання та розгинання в променево-зап'ястковому суглобі для нанесення перкуторних ударів [8; 30-31].

За способом Пляша можливо досліджувати області тіла, поверхня яких не дозволяє щільно притиснути до шкіри палець-плесиметр за його довжиною.

Техніка: палець-плесиметр згинають під прямим кутом у першому міжфаланговому суглобі і притискають до шкіри кінцем нігтьової фаланги, удари наносять пальцем-молоточком за основною фалангою [8; 30; 33].

Важливо! Гольдшайдер використовував положення пальця-плесиметра за Плешем і слабкий (тихий) перкуторний удар для проведення топографічної перкусії з метою визначення меж і розмірів внутрішніх органів (легені, печінка, селезінка, абсолютна тупість серця) [8; 30; 34].

Перевага **аускультативного методу перкусії** полягає у вислуховуванні перкуторного звуку стетоскопом, який встановлюють на протилежний орган, що перкутується, зі сторони грудної клітки (при дослідженні легень) або над перкутованим органом (при дослідженні печінки, шлунка, серця) у місці його прилягання до черевної або грудної стінки [8; 10; 25].

Слабкі перкуторні удари (або штрихові рухи по шкірі подушечкою пальця) наносять по тілу від місця зіткнення з ним стетоскопа у напрямку до краю органу, що досліджується. Поки перкуторні удари завдають

у межах органу, перкуторний звук чути ясно, як тільки перкусія виходить за межі органу, звук різко слабшає або зникає.

Сильною перкусією визначають глибоко розташовані органи та тканини (ущільнення або порожнину в легені на відстані 5-7 см від поверхні грудної стінки).

Середньою перкусією визначають відносну тупість серця та печінки.

Тихою перкусією визначають межі абсолютної тупості серця та печінки, межі легені та селезінки, невеликих плевральних ексудатів та поверхнево розташованих ущільнень легень.

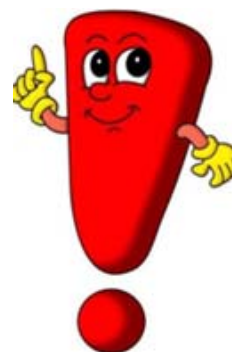
Тихішу перкусію проводять слабкими ударами, щоб звук, що при цьому виникає, знаходився на порозі сприйняття вухом; отримала назву **порогової перкусії**. Її застосовують для більш точного визначення абсолютної тупості серця. Види перкусії узагальнені у схемі (рис. 62):



Рис. 62. Види та методи перкусії

NB !!!

Більш детально з методами та правилами перкусії можна ознайомитись у методичних рекомендаціях та навчальних посібниках з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» на кафедральному гугл Диску за посиланням: URL: <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Z8W1aycoOBWAsuAm4nTw3x5r199njRvk>



Аускультация

Аускультация (від лат. auscultatio – вислуховування) є вислуховування явищ в організмі, які сприймаються нашим вухом при його безпосередньому прикладанні до тіла або ж за допомогою інструментів: стетоскопа, фонендоскопа і тому подібне. Таким чином, аускультация займається звуками, які утворюються в організмі самотійно, на відміну від перкусії, при якій лікар вивчає звуки, ним спеціально викликані.



Аускультация була відома з давніх-давен, і метод вислуховування був відомий ще медикам стародавнього світу. Так, ще Гіппократ описав ряд аускультативних феноменів при захворюваннях легень: вологі хрипи він порівнював з «кипінням оцту», шум тертя плеври він порівнював зі «скрипом шкіряного ремня», а шум плескоту при пневмогідротораксі відомий як «феномен Гіппократа», також він чув і описав шум плеску при струсі грудної клітки – succussio Hippocratis.



Рене Лаенек (1781–1826)

Надалі про аускультацию згадується у творах грецького лікаря Аретей, у XVII ст. ним займався Гук. Багато століть лікар прикладав вухо до тіла хворого, але ця безпосередня аускультация мала технічні та діагностичні недоліки. Проте вперше детально і науково обґрунтовано метод аускультации розробив французький клініцист **Рене Лаенек**. Він запропонував прилад у вигляді порожнього циліндра з щільного дерева (рис. 63), який отримав назву **стетоскоп** (від грец. **stethos** – груди, **scopea** – дивлюся). Ось чому історія аускультации як науково обґрунтованого клінічного методу дослідження людини веде свій початок з 1818 р., коли з'явилася робота Лаєнека: «Traite del' auscultation mediate et des poumons et du coeur» [8; 30-34].



Розрізняють два способи аускультации (рис. 63-64):

Безпосередню (пряму) аускультацию проводять безпосередньо вухом, приклавши його до тіла хворого.

Посередня (непряма) аускультация здійснюється за допомогою стето- або фонендоскопа і має ряд переваг: вона дозволяє вислуховувати звукові явища з обмеженої ділянки та місць, недоступних для безпосередньої аускультации (надключичні та пахвові області) [10; 21; 34].



Рис. 63. Еволюція методу аускультативної

МЕТОДИ аускультативної

Безпосередня



Проводиться шляхом прикладання вуха до шкіри певної частини чи ділянки тіла людини. Вона дає можливість швидко скласти уявлення про велику площу вислуховування легенів, дає більш правдиве уявлення про тони серця, та їх різні зміни (ритм галопу, маятникоподібний ритм). Недоліком цього методу варто вважати негігієнічність, неможливість вислухати дихання на верхівках, в підключичних ямках, пахвових западинах, встановити точну локалізацію вислуханого звуку.

Спосіб проведення



Посередня



Метод вислуховування хворого за допомогою стетоскопа, фонендоскопа. Він гігієнічний, зручний, дає можливість обстежувати хворого в будь-якому положенні, що особливо важливо при його важкому стані. Дозволяє вислуховувати звукові явища з обмеженої ділянки та місць, недоступних для безпосередньої аускультативної (надключичні та пахвові області)

Рис. 64. Основні відмінності безпосередньої та непрямой аускультативної



Фізичні основи аускультативної

Метод аускультативної, аналогічно перкусії, заснований на властивості різних тканин по-різному проводити звук, і по зміні аускультативного звуку судять про стан тканин і роботу органів. Відмінність у тому, що з аускультативної оцінюють природні звукові явища, що з'являються у результаті діяльності органів та систем організму, які характеризують їх функцію, а за перкусії – звук, штучно створений і відбитий від анатомічних структур, характеризує структуру органів та тканин. В обох випадках звукові явища, доповнюючи один одного, дозволяють виявити та диференціювати патологічні процеси в організмі, стежити за їх динамікою.

Робота внутрішніх органів супроводжується характерними звуками. При ураженні внутрішніх органів звуки, що супроводжують їх функцію, змінюються. Вислуховування та інтерпретація цих змінених звуків і складає принцип аускультативної [8; 19; 31].

Приклад!!! При поразках бронхів виникають хрипи; при ураженні клапанів серця – різні шуми, характером яких можна діагностувати конкретне захворювання.



Сучасні фонендоскопи (стетофонендоскопи)

Сучасні фонендоскопи (стетофонендоскопи) мають мембрани, що підсилює аускультативні звуки, і тому можна вислуховувати будь-яку ділянку в будь-якому положенні хворого (рис. 65). Зараз саме метод аускультативної є основним під час обстеження легенів, серця, судин, вимірювання артеріального тиску.



Рис. 65. Сучасні стетофонендоскопи



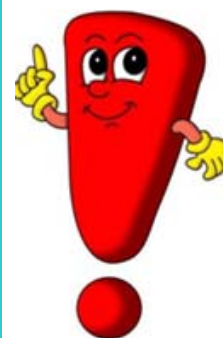
Загальні правила аускультативної:

1. Аускультативну проводять у положеннях стоячи або сидячи, у тяжкохворих – лежачи;
2. Грудна клітка або живіт мають бути повністю оголені, оскільки шарудіння одягу створює побічні звуки;
3. У приміщенні має бути тихо і тепло, щоб виключити звукові перешкоди та м'язову напругу (тремтіння);
4. Стето- або фонендоскоп прикладають перпендикулярно поверхні тіла хворого щільно, але без тиску (щоб не заподіяти біль і не обмежити коливання грудної клітки в ділянці вислуховування);
5. Необхідно користуватися одним і тим же стетоскопом або фонендоскопом [8; 30].

Важливо запам'ятати! Вищеописані фізичні методи клінічного обстеження хворого загальнодоступні, можуть бути використані в будь-якій обстановці, не вимагають ніяких спеціальних інструментів і при певних навичках і вмінні дають можливість правильно інтерпретувати їх результати, мають достатню інформативність для діагностики як хронічних захворювань, так і низки невідкладних станів. За сукупністю результатів первинного обстеження лікар робить висновок про стан хворого як попередній діагноз і встановлює план його додаткового обстеження. Результати додаткових методів дослідження підтверджують або уточнюють первинне уявлення про хворого та його діагноз. Однак існують захворювання або стадії розвитку хвороби, розпізнавання яких можливе тільки за допомогою відповідних лабораторно-інструментальних методів досліджень [1; 8; 19; 23].

NB !!!

Більш детально з методами та правилами аускультатії можна ознайомитись у методичних рекомендаціях та навчальних посібниках з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» на кафедральному гугл Диску за посиланням: URL: <https://drive.google.com/drive/u/1/folders/1Z8W1aycoOBWAsuAm4nTw3x5r199njRvk>



АКАДЕМІЧНА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ



Правила оформлення академічної історії хвороби

Розпочинаючи вивчати цей розділ, важливо не лише запам'ятати послідовність, правила та вимоги до написання академічної історії хвороби, а й добре розуміти, для чого це потрібно. Отже, відповімо на декілька запитань:

♦ ***Чому історія хвороби є основним медичним документом хворого?***

Історія хвороби складається окремо на кожного, хто проходить стаціонарне лікування. Цей документ має всі необхідні відомості, які характеризують стан хворого, дані об'єктивних досліджень та призначень упродовж усього періоду перебування в стаціонарі [1].

♦ ***Чому важливо дотримуватись правил оформлення?***

Історія хвороби – це не лише звітно-лікувальний, але й юридичний та фінансовий документ, який дає можливість судовим або контролюючим органам аналізувати правильність та своєчасність лікувальних або діагностичних заходів [8].

♦ ***Для чого здобувачі вивчають та пишуть академічну історію хвороби?***

Крім вище зазначеного, цей документ має наукове та педагогічне значення. Наукове, бо є первинним фактичним матеріалом для вивчення причин, особливостей перебігу хвороби та ефективності використаних методів діагностики і лікування у кожному клінічному випадку. Педагогічне, бо вчить молодого лікаря клінічному мисленню, правильності і методичності обстеження хворого, аналізувати отримані дані, уточнювати та встановлювати діагноз, визначати план лікування та корегувати його за необхідністю. Метою педагогічного значення є формування професійних знань здобувачів у клініці внутрішніх хвороб [1]. Написання академічної історії хвороби потребує активного вивчення літератури, навичок осмислення та узагальнення клінічної інформації. Завдяки цьому здобувач закріплює свої практичні знання з curaції хворого та вчиться систематизувати отримані дані.

Для написання академічної історії хвороби необхідно дотримуватися наступних правил оформлення [8]:

- 1) Текст історії хвороби має бути в друкованому або рукописному вигляді. Якщо це рукописний варіант, то текст має бути розбірливим, чітким та акуратним.
- 2) Не можна використовувати скорочення слів, окрім загальноприйнятих аббревіатур та одиниць вимірювання.

- 3) Академічна історія хвороби має відповідати прийнятій формі.
- 4) Всі назви розділів історії хвороби мають бути виділеними.
- 5) Дані потрібно вписувати послідовно, зрозуміло, точно.
- 6) У повному обсязі вказувати всі обстеження і трактувати їх результати.
- 7) Діагноз повинен бути обґрунтований та підтверджений.
- 8) Етіологія та патогенез мають стосуватися основного захворювання.
- 9) Лікування вказувати в повному обсязі згідно з діючими протоколами та міжнародними рекомендаціями.
- 10) Всі прийняті профілактичні заходи мають бути обґрунтованими.
- 11) Прогноз визначається не лише основним захворюванням, а станом пацієнта в цілому.
- 12) Щоденник коротко та чітко має визначати динаміку захворювання та зміни в лікуванні кожного дня в стаціонарі.
- 13) Закінчену академічну історію хвороби слід надати викладачеві на перевірку в зазначений термін.

Критерії оцінювання академічної історії хвороби, виконаної здобувачем вищої медичної освіти, згідно з робочою програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішніх хвороб».



Критерії оцінювання академічної історії хвороби:

- ◆ *Відмінно* – написана методично правильно, без зауважень;
- ◆ *Добре* – написана методично правильно, але окремі розділи недостатньо деталізовано;
- ◆ *Задовільно* – мають місце зауваження щодо повноти та послідовності описання розділів;
- ◆ *Незадовільно* – порушено схему та правила написання історії хвороби, мають місце суттєві помилки описання результатів фізикальних методів обстеження (в цьому випадку здобувачеві надається можливість переписати історію хвороби з урахуванням зауважень).

Запам'ятайте! Написання академічної історії хвороби допомагає у вивченні захворювань, вчить виділяти головне, формує клінічне мислення, навчає правильного спілкування з пацієнтом, що, в свою чергу, дозволяє кваліфіковано і обґрунтовано встановити діагноз та провести лікування [8-9].



Структура академічної історії хвороби

Як вказано вище, академічна історія хвороби включає в себе всі дані про пацієнта та про його захворювання, в ній фіксуються всі методи обстеження і лікування, які були проведені хворому [1]. Тому, користу-

ючись правилами опитування та огляду, які вказані в частині 1 та 2, лікар збирає всі необхідні дані та фіксує їх у історії хвороби.

Заповнювати академічну історію хвороби слід в наступній послідовності:

- I. Паспортна частина (загальні відомості про пацієнта)
- II. Скарги
- III. Історія даної хвороби – Anamnesis morbi
- IV. Історія життя – Anamnesis vitae
- V. Об'єктивний стан – Status praesens objectivus
- VI. Обстеження за системами органів – Status functionalis
- VII. Попередній діагноз та його обґрунтування
- VIII. План лабораторних та інструментальних досліджень
- IX. Результати досліджень
- X. Диференційний діагноз
- XI. Клінічний діагноз та його обґрунтування
- XII. Етіологія та патогенез захворювання
- XIII. Лікування та профілактика захворювання
- XIV. Прогноз
- XV. Щоденник курації (динамічного спостереження за хворим)
- XVI. Особливості захворювання
- XVII. Епікриз

Далі ми детально розберемо кожен вище зазначений пункт та, за допомогою наведених прикладів, наглядно допоможемо зрозуміти, як та навіщо заповнювати академічну історію хвороби.

I. Паспортна частина (загальні відомості про пацієнта)

Цей розділ включає в себе: прізвище, ім'я та по батькові; дату народження пацієнта; місце проживання; місце роботи (необхідно вказати назву підприємства або установи і посаду); дату госпіталізації; інформацію про те, звідки або як доставлений в стаціонар [8-10].

Наприклад:

ПІБ: Сидоренко Віктор Вікторович
Дата народження: 01.01.1980 року
Місце проживання: м. Харків, вул. Миру, 1, кв.1
Місце роботи: КП «Теплові мережі»
Посада: інженер
Дата госпіталізації: 21.01.2021 рік
Ким направлений: сімейним лікарем на планове лікування
або самозвернення
або ургентно бригадою швидкої допомоги
або переведений з іншого лікувального закладу/відділення
(вказати назву)

Вся вище вказана інформація, як і інші дані історії хвороби, описується лікарем у формі первинної облікової документації №003/о, затвердженій наказом Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року №110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 21 січня 2016 року № 29) [39]. Лікар стаціонару, користуючись інструкцією щодо заповнення даної форми, вносить всі відповідні дані про пацієнта та його стан, а також дані об'єктивних, функціональних, рентгенологічних, лабораторних та інших методів обстежень. Важливо пам'ятати, що форма № 003/о ведеться з метою контролю належної організації лікувально-діагностичного процесу та використовується для надання матеріалів за запитами (правоохоронних органів, суду тощо) [40]. Далі показана перша сторінка форми № 003/о медичної карти стаціонарного хворого (рис. 66):

Інформація про пацієнта, його адресу, місце проживання, місце роботи, місце навчання, місце перебування (для осіб, які перебувають у місці перебування)		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та адреса медичного закладу, де здійснюється лікування (назва медичного закладу, адреса медичного закладу, де здійснюється лікування)		Форма первинної облікової документації № 003/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України N _____	
Код за ДРГОУ		Код за МКБ-10	
МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО N _____			
1. Дата госпіталізації (число, місяць, рік)		2. Стать: чоловік - 1; жінка - 2	
3. Прізвище, ім'я, по батькові хворого		4. Дата народження (число, місяць, рік)	
5. Вік: (заповнюється тільки для дітей до 1-го року - місяць; до 1-го місяця - день)		6. Особа, яка послав хворого	
6.1. Номер документації, що послав хворого		6.2. Грамотність (письмо, грамотний)	
7. Постійне місце проживання/перебування: місто - 1; село - 2		7.1. Постійний індекс (число, місяць, рік)	
8. Місце роботи, посада (назва, місце, посада, місце роботи, місце роботи, місце роботи)		9. Клас напруги електричного струму (заповнюється тільки для осіб, які перебувають у місці перебування)	
10. Діагноз при госпіталізації		11. Відділення при госпіталізації	
12. Відділення при виписці		13. Госпіталізація: ургентна - 1; планова - 2	
14. Обстеження на ВІЛ-інфекцію		15. Група крові	
16. Результат аналізу крові		17. Реакція Вассермана (число, місяць, рік)	
18. Алергічні реакції, гіперчутливість чи непереносимість лікарського засобу (назва лікарського засобу, назва лікарського засобу)		19. Госпіталізація з приводу цього захворювання в часу реєстрації: перше - 1; повторне - 2	
19.1. Повторна госпіталізація з приводу цього захворювання до 30 днів: так - 1; ні - 2		20. Дата виписки/смерті (число, місяць, рік)	
21. Проведено лікувального дня		22. Діагноз записаний в медичній карті (у випадку смерті - записати в карті виписки - 1; виписки - 2)	
Назва діагнозу		Код за МКБ-10	
Основа			
23.1. Основний діагноз: у складенні основного діагнозу - 1; сукупні захворювання - 2		23.2. П. І. В. лікар	
23.3. Медичні прописки та лікувальні заходи		23.4. Інші види лікування	
23.5. Інші види лікування		23.6. Препарати: використана повністю - 1; використана - 2; тимчасово втрачена - 3; стійко втрачена - 4 (у випадку втраченого препарату - вказати причину - підкреслення)	
23.7. Висновки для тих, хто поступає на лікування		23.8. Результат лікування: виписаний(а) - 1; одужав(а) - 2; помер(а) - 3; без жін - 4; помер(а) - 5; переведений(а) до іншого закладу охорони здоров'я - 6; здоровий(а) - 7	
23.9. Спеціальні відвізки		23.10. Захистив(а): так [1]; ні [2]	
23.11. П. І. В. лікар		23.12. П. І. В. завідувач відділення	

Рис. 66. Медична документація, форма № 003/о, титульна сторінка медичної карти стаціонарного хворого [40]

II. Скарги

Важливо виділити головні та другорядні скарги, деталізувати їх. Також в розмові з хворим лікар активно виявляє скарги, які можуть бути, але пацієнт чомусь їх не згадав. Відмічайте скарги, які можливі при даному захворюванні, але відсутні у хворого [8-9]. Детальна інформація про правила та порядок опитування хворого викладена у розділі 2 цього посібника.

Запам'ятайте! Записувати отримані дані до історії хвороби слід уважно, аргументовано, послідовно та детально, не пропускати жодної інформації від пацієнта.

Наприклад:

Хворий скаржиться на кашель, високу температуру та слабкість.

Наведені вище скарги неправильно викладені. Не схарактеризовані та не деталізовані, що свідчить про неуважність лікаря в опитуванні. Отже, правильно буде викласти отриману інформацію більш детально:

Хворий скаржиться на постійний кашель з виділенням мокрот з прожилками крові, який посилюється після фізичного навантаження, періодичне підвищення температури тіла до 37,7 °C, що супроводжується вираженою загальною слабкістю.

III. Історія даної хвороби (Anamnesis morbid)

В цьому розділі описуємо початок, динаміку та особливості захворювання. Необхідно вказати, коли пацієнт захворів (дату), перебіг та розвиток захворювання від початку виникнення до огляду лікарем [1]. Динаміку симптомів описувати послідовно в хронологічному порядку. Вказати причини, що викликали хворобу або вплинули на її перебіг. Важливо відмічати відомості про попереднє лікування (стаціонарне чи амбулаторне, його тривалість та ефективність) [8-10].

Далі обґрунтовуємо необхідність госпіталізації. Вказуємо дату, причину останнього погіршення стану, симптоми та ціль госпіталізації (обстеження, уточнення діагнозу, профілактика, лікування, встановлення або переогляд групи інвалідності) [8-9].

Наприклад:

Зі слів пацієнта, захворів 20.11.2020 року, коли після переохолодження з'явився періодичний сухий кашель. До лікаря не звертався, самостійно не лікувався. Через два тижні стан погіршився. Підвищилася температура тіла до 37,7°C, з'явилася слабкість. За допомогою не звертався, самостійно приймав парацетамол 500 мг 2 рази на день, амброксол сироп 1 мірна ложка 3 рази на день. Стан не покращувався, кашель став постійним, температура тіла не збивалася, але до лікаря не звертався, продовжував самолікування. 20.01.2021 року під час кашлю почала виділятися мокрота з прожилками крові, самопочуття погіршилося, з'явилася виражена загальна слабкість. 21.01.2021 року звернувся до сімейного лікаря, був направлений на стаціонарне лікування у зв'язку з погіршенням стану. Госпіталізований для подальшого обстеження, уточнення діагнозу та лікування.

IV. Історія життя (Anamnesis vitae)

Це короткий біографічний опис життя хворого. Історія життя – важливий розділ в опитуванні та обстеженні пацієнта. Адже допомагає встановити ризик, можливі причини та етіологію захворювання або погіршення стану. Допомагає діагностиці, визначенню лікування та профілактичних заходів [9]. Включає в себе:

- ♦ **Біографічні дані.** Місце народження, умови життя в дитинстві, освіта, професія, трудова діяльність, час та місце проходження військової служби, зміна місця проживання (вказати причину).

Наприклад:

Народився та проживає в місті Харків. Освіта вища. За професією – інженер.

З 1987 року й по сьогодні працює в КП «Теплові мережі». З 1984 по 1986 рік проходив військову строкову службу в м. Чугуїв.

- ♦ **Побутовий анамнез.** Вказуються умови життя та особливості гігієнічного режиму.

Наприклад:

Умови побуту задовільні / Умови побуту розцінюються як незадовільні (у цьому випадку необхідно вказати причину).

◆ **Сімейний анамнез.** Сімейний стан, склад сім'ї.

Наприклад:

Одружений, має двох дітей.

◆ **Перенесені захворювання.** Вказуємо про перенесені захворювання в дитинстві та дорослому віці, операції, травми, поранення, венеричні, гінекологічні та інфекційні захворювання.

Наприклад:

В дитинстві хворів на вітрянку та застудні захворювання. Оперований в 1992 році – апендектомія. Гепатит, туберкульоз, венеричні, гінекологічні (якщо це жінка) хвороби заперечує (якщо такі є, вказати, з якого часу хворіє, де обстежується, які ліки приймає).

◆ **Хронічні інтоксикації.** Вказуємо схильність до паління, наркотиків, алкоголю, лікування з приводу алкоголізму чи наркоманії.

Наприклад:

Курить з двадцяти років по 1 пачці сигарет на день.

або

Шкідливих звичок не має.

◆ **Акушерський анамнез.** Стосується жінок. Вказуємо наявність менструацій, з якого віку почалися, їх регулярність, тривалість, болючість та кількість вагітностей, родів, абортів, викиднів [8].

◆ **Генеалогічний анамнез.** Тут вказуємо наявність спадкових захворювань, які зустрічаються в сім'ї хворого. Якщо такі є, то потрібно вказати діагноз, хто саме хворіє або хворів та який зараз стан родича [8].

◆ **Страховий анамнез.** В цьому розділі вказуємо всі випадки тимчасової непрацездатності, їх причини та терміни протягом останніх дванадцяти місяців, дані щодо шкідливих або небезпечних умов праці, професійних захворювань та наявності групи інвалідності (обов'язково вказати, з якого захворювання та з якого року) [8].

Запам'ятайте! Цей пункт є надзвичайно важливим для лікаря та пацієнта. На основі цих даних видаються листи тимчасової непрацездатності та приймаються рішення про необхідність відправлення

хворого на медико-соціальну експертну комісію. Регулюються дані страхового (експертного) анамнезу Наказом Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» від 09.04.2008 року № 189 та Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» від 13.11.2001 № 455 [41-42].

З 4 червня 2021 року в Україні запроваджено електронний лікарняний. В єдиному Електронному реєстрі листків непрацездатності на підставі медичних висновків лікуючого лікаря про тимчасову непрацездатність формується електронний лист непрацездатності та видається «е-лікарняний» [43].

Запровадження такої моделі лікарняних не лише суттєво економить бюджетні кошти, але й мінімізує необґрунтовану видачу лікарняних та спрощує процес отримання страхових виплат. Детальніше про порядок формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність у Порядку організації ведення Електронного реєстру листків непрацездатності та надання інформації з нього, затвердженому постановою Кабінету Міністрів України від 17 квітня 2019 року № 328 (у редакції постанови Кабінету Міністрів України від 31 березня 2021 року № 323), наказі Міністерства охорони здоров'я України від 1 червня 2021 року № 1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки» [43-44].

- ◆ **Алергологічний анамнез.** Вказуємо всі раніше перенесені алергічні захворювання та реакції: набряк Квінке, висип, лихоманка, задуха та ін.; реакція на переливання крові та її компонентів, введення вакцин та сивороток або медикаментів; алергія на будь-які харчові продукти, запахи чи косметичні засоби [9].

Наприклад:

Відмічається алергічна реакція на цитрусові у вигляді висипу на обличчі.

або

Відмічається алергічна реакція на новокаїн (в 2000 р. переніс набряк Квінке).

або

Пацієнт алергічні реакції заперечує

Всі вище роз'яснені пункти історії хвороби є суб'єктивними методами обстеження хворого. Для кращого розуміння пропонуємо вам поглянути на схематичне зображення суб'єктивного обстеження хворого та його послідовність (рис. 67).



Рис. 67. Суб'єктивні методи обстеження та їх послідовність

V. Об'єктивний стан (Status praesens objectivus)

В цьому розділі академічної історії хвороби ми описуємо загальний огляд хворого [1]. Починаємо з загального стану хворого:

- ◆ тяжкість стану (задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, вкрай тяжкий);
- ◆ положення пацієнта (активне, вимушене, пасивне);
- ◆ свідомість (ясна, потьмарена, ступор, сопор, кома);
- ◆ статура (вказати її правильність або наявність деформацій скелета);
- ◆ зріст;
- ◆ вага, розвиток підшкірно жирової клітковини;

- ◆ визначення індексу маси тіла;
- ◆ стан шкіри та видимої слизової оболонки (її еластичність, тургор, вологість);
- ◆ стан волосся та нігтів;
- ◆ наявність набряків та пастозності (при наявності обов'язково вказуємо локалізацію);
- ◆ пальпаторне обстеження периферичних лімфатичних вузлів (якщо виявляється збільшення лімфатичних вузлів, необхідно вказати локалізацію, болючість, рухливість та схарактеризувати шкіру над збільшеним лімфатичним вузлом);
- ◆ м'язова система: оцінюємо розвиток м'язів, тонус, болючість, силу, вказуємо наявність атрофії;
- ◆ кісткова система: стан хребта та кінцівок, болючість, деформація та наявність контрактур;
- ◆ стан суглобів: вказуємо наявність болючості або набряку, даємо характеристику кольору шкіри над суглобом, оцінюємо активні та пасивні рухи;
- ◆ огляд щитоподібної залози;
- ◆ огляд та пальпація молочної залози (пальпуємо на наявність пухлин, оцінюємо контур, втягнутість сосків та консистенцію);
- ◆ наявність видимої пульсації судин ший [8-10].

Наприклад:

Загальний стан хворого задовільний. Положення активне. Свідомість ясна. Конституційний тип – нормостенічний. Зріст – 170 см; Вага – 65 кг; ІМТ = 22,49 (норма).



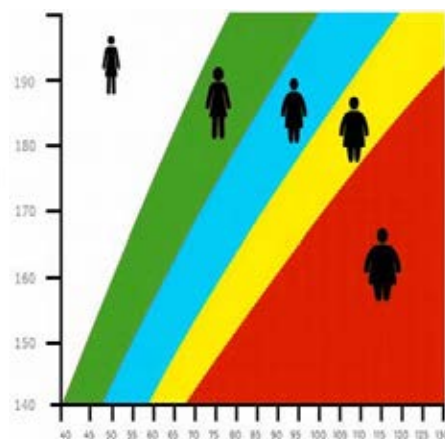
Як ми розраховували ІМТ для цього пацієнта?

Скориставшись формулою $ІМТ = m \text{ (вага, кг)} : h^2 \text{ (зріст, м)}^2$ [10], тобто

$$I = \frac{m}{h^2}, \text{ маємо такі дані:}$$

вага (65 кг) / зріст (170 см) в метрах квадратних = $65 : 1,7^2 = 22,49 \text{ кг/м}^2$, що відповідає нормі:

ІНДЕКС МАСИ ТІЛА	
ІМТ	НОРМА ЧИ ПАТОЛОГІЯ?
$16 \leq$	Надмірний дефіцит маси тіла
16-18,5	Дефіцит маси тіла
18,5-24,99	Нормальна вага
25-30	Передожиріння
30-35	Ожиріння 1 ступеня
35-40	Ожиріння 2 ступеня
≥ 40	Ожиріння 3 ступеня (морбідне)



Шкіра та видима слизова оболонка нормального рожевого кольору, без висипань (якщо такі є, необхідно вказати локалізацію, колір, форму, наявність болючості, свербіння та запалення).

Набряку та пастозності нижніх кінцівок не відзначається.

або

Відзначається пастозність стоп.

або

Відзначається набряклість нижніх кінцівок.

Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, при пальпації безболісні.

або

Пальпуються збільшені підщелепні лімфатичні вузли. Пальпаторно безболісні, рухливі, шкіра над ними не змінена. М'язова система розвинена достатньо, тонус м'язів відповідає нормі, атрофій немає. Кісткова система без патології, деформацій та контрактур не виявлено. Пальпаторно щитоподібна залоза не збільшена, безболісна. Видимої пульсації судин шії немає.

VI. Обстеження за системами органів (Status functionalis)

Тепер починаємо огляд хворого за окремими органами та системами (центральна нервова система, серцево-судинна система, органи дихання, органи травлення, сечовидільна система). Слід зазначити, що починати огляд хворого необхідно з тієї системи, на яку в нього основні скарги. Далі в зазначеному вище порядку (рис. 68), тобто «згори до низу» або «з голови до ніг» [1; 8-10].



Рис. 68. Послідовність огляду хворого за системами

Центральна нервова система. Опис цієї системи в вашій історії хвороби буде виглядати як характеристика нервово-психічного статусу.

Що мається на увазі? Оглядаючи пацієнта, необхідно схарактеризувати свідомість, мову, чутливість. При наявності необхідно вказати ділянку порушення чутливості. Після цього оцінюємо рухи пацієнта, його ходу, наявність парезів та паралічів. Закінчуємо огляд центральної нервової системи перевіркою рефлексів та оболонкових симптомів

Які рефлекси перевіряємо? Отже:

- ◆ глотковий рефлекс – відноситься до поверхневих безумовних рефлексів, який перевіряється за допомогою подразнення задньої стінки глотки шпателем. Це призводить до скорочення м'язів глотки та з подальшим виникненням кашльових або блювотних рухів;
- ◆ черевний рефлекс – подразнюючи шкіру живота ззовні паралельно реберній дузі, отримуємо скорочення м'язів передньої черевної стінки на стороні подразнення;
- ◆ ліктьовий рефлекс – відноситься до сухожильно-періостальних рефлексів. Перевіряється за допомогою удару молоточком по сухожилку двуголового м'яза ліктьового згину, в результаті рука згинається в ліктьовому згині;
- ◆ колінний рефлекс також є сухожильно-періостальним рефлексом. Нога розгинається в колінному суглобі завдяки удару молоточком по сухожилку чотириголового м'яза стегна, що нижче надколінника.

Які оболонкові симптоми перевіряємо?

- ◆ симптом Керніга. Хворий лягає на спину. При згинанні нижньої кінцівки в тазостегновому суглобі під кутом 90^0 , лікар розгинає її в колінному суглобі. Позитивним симптом вважається, коли мимовільне скорочення м'язів зробить неможливим розправлення в колінному суглобі, що викличе болісні відчуття та опір;

- ◆ симптом ригідності потиличних м'язів. При наближенні підборіддя хворого до грудини виникає неможливість пасивного згинання голови.

Наприклад:

Свідомість ясна. Мова чітка. Чутливість не порушена. Хода правильна. Патологічних рухів не спостерігається. Парезів та паралічів при огляді не виявлено. Позитивні глотковий, черевний, ліктювий та колінний рефлекси. Симптоми Керніга та ригідності потиличних м'язів негативні.

Серцево-судинна система. Починаємо з огляду та пальпації передсерцевої ділянки: даємо оцінку стану шкіри над ділянкою серця, виявляємо наявність випинань, таких як серцевий горб, оцінюємо видимі пульсації, верхівковий поштовх (обов'язково вказуємо його силу, висоту, площу та локалізацію), передсердне тремтіння (симптом «муркотіння кішки»).

Далі переходимо до вимірювання тиску (сistolічного та діастолічного); вимірювання пульсу (визначаємо його частоту, ритм, напругу, величину, швидкість, форму, наповнення, симетричність на обох променевих артеріях та наявність дефіциту пульсу); визначення частоти серцевих скорочень.

Наступний крок – перкусія. Визначаємо межі відносної тупості серця (права, верхня та ліва), абсолютної тупості серця, поперечник серця, ширину судинного пучка та конфігурацію серця.

Завершуємо об'єктивний огляд серцево-судинної системи аускультациєю серця. Даємо характеристики ритму серцевої діяльності, тонам серця (звучність, тембр, роздвоєння), наявність шумів серця (обов'язково вказуємо відношення до фаз серцевої діяльності, провідність та місце максимальної гучності).

Наприклад:

Шкіра над ділянкою серця не змінена, висипів немає. Випинань ділянки серця та видимої пульсації не спостерігається. Верхівковий поштовх при пальпації локалізується в V міжребір'ї на 1 см всередину від лівої середньо-ключичної лінії, його площа 2 см², достатньої висоти та сили. Симптом «мурликання кішки» не спостерігається.

АТ=120/80 мм.рт.ст. Однаковий на обох променевих артеріях. Частота серцевих скорочень (ЧСС) = 80/хв. Пульс (Ps) = 80/хв.,

симетричний на обох променевих артеріях, ритмічний, правильної форми, достатнього наповнення та величини. Дефіциту пульсу немає.

Перкуторно. Межі відносної тупості серця: права – IV міжребер'я на 1 см назовні від правого краю грудини; ліва – в V міжребер'ї на 1,5 см досередини від середньо-ключичної лінії; верхня – верхній край III ребра. Поперечник відносної тупості серця – 12 см. Ширина судинного пучка – 5 см. Межі абсолютної тупості серця: права – в IV міжребер'ї по лівій грудинній лінії; верхня – на рівні нижнього краю IV ребра по лівій білягрудинній лінії; ліва – на 2 см досередини від лівої межі відносної тупості серця.

Аускультативно ритм серця правильний; ЧСС 80/хв. Шуми серця не вислуховуються.

або

Аускультативно ритм серця правильний; ЧСС 80/хв. На верхівці серця вислуховується м'який систолічний шум.

Система органів дихання. Спочатку проводимо огляд грудної клітки: вказуємо стан шкіри над грудною кліткою; описуємо форму грудної клітки (при виявленні патологічної форми грудної клітки – вказуємо, яка саме форма спостерігається та можливу причину виникнення), її симетричність, частоту, глибину та ритм дихання, участь в акті дихання, тип дихання та наявність задухи.

Наприклад:

Під час огляду шкіра над грудною клітиною не змінена. Грудна клітка нормостенічної форми, симетрична, обидві половини беруть участь в акті дихання. Дихання ритмічне, достатньої глибини, ЧДР (частота дихальних рухів за хвилину) 18/хв., відмічається змішаний тип дихання. Задухи немає.

Далі проводимо пальпацію грудної клітини. Вказуємо наявність болючості, резистентність грудної клітини та описуємо голосове тремтіння.

Наприклад:

Пальпаторно грудна клітка безболісна, достатньої резистентності. Голосове тремтіння достатньої звучності, проводиться однаково на всіх симетричних ділянках.

Наступний крок – перкусія легень. Починаємо з порівняльної перкусії: даємо характеристику перкуторному звуку, вказуємо на наявність локальних змін (якщо такі є, обов'язково необхідно вказати область та який характер змін виявлено). Далі топографічна перкусія: виявляємо висоту стояння верхівок легень, межі нижніх країв легень та проводимо екскурсію нижніх країв легень.

Наприклад:

Перкуторно над всією поверхнею легень проводиться ясний легеневий звук.

або

Перкуторно над поверхнею легень ясний легеневий звук, в нижніх відділах з обох сторін відмічається притуплення легеневого звуку. Висота стояння верхівок легень в нормі, відзначається здаду на рівні остистого відростка VII шийного хребця. Ширина полів Креніга становить 5 см. Нижні межі обох легень горизонтального напрямлення, симетричні. Відзначаються в наступних міжребер'ях: l.parasternalis справа V м/р; l.medioclavicularis справа VI м/р; l.axillaris anterior справа VII м/р, зліва VII м/р; l.axillaris media справа VIII м/р, зліва VIII м/р; l.axillaris posterior справа IX м/р, зліва IX м/р; l.scapularis справа X м/р, зліва X м/р; l.paravertebralis справа остистий відросток XI грудного хребця, зліва остистий відросток XI грудного хребця.

Система органів травлення. Починаємо з оцінки стану органів ротової порожнини. Послідовно оглядаємо: губи, зуби, десна, внутрішню поверхню щік, язик, мигдалини та зів. Далі переходимо до огляду живота: звертаємо увагу на шкірний покрив, симетрію, розміри та форму, оцінюємо стан передньої черевної стінки, її участь в акті дихання, відмічаємо наявність чи відсутність видимої пульсації та перистальтики кишечника. Після цього переходимо до поверхневої пальпації: виявляємо ділянку болю та наявність пухлин, відмічаємо наявність болючих точок черевної стінки та специфічних симптомів ураження органів черевної порожнини. Далі проводимо глибоку пальпацію живота за наступною послідовністю: сигмоподібна кишка, сліпа кишка, тонкий кишечник, висхідна та низхідна ободова, поперечно ободова кишка, шлунок, печінка, селезінка та підшлункова залоза.

Наприклад:

Слизова оболонка ротової порожнини нормального блідо-рожевого кольору. Каріозного пошкодження зубів при огляді не виявлено. Язик нормального розміру, вологий з чистою рожевою поверхнею. Живіт має округлу форму, симетричний, рівномірно бере участь в акті дихання, пупок втягнутий, шкіра чиста, підшкірні вени не розширені, видима перистальтика відсутня. При проведенні поверхневої пальпації: передня черевна стінка м'яка, податлива та безболісна. При проведенні глибокої пальпації: сигмоподібна кишка пальпується у вигляді гладкого, безболісного, малорухливого циліндра, завтовшки 2 см. Сліпа кишка при пальпації має вигляд м'якого, гладкого, безболісного циліндра, завширшки 3 см з помірною напругою та слабкою рухливістю. Тонкий кишечник при пальпації безболісний, відчувається перистальтика. Висхідний та низхідний відділи ободової кишки безболісні, малорухливі, помірно-щільні. Попереково-ободова кишка пальпаторно безболісна, помірно-щільна, рухлива при пальпації. Поверхня шлунку пальпаторно гладка, безболісна, велика кривизна розташована на 3 см вище пупка. Підшлункова залоза не пальпується. Печінка при пальпації нормальних розмірів, безболісна. Селезінка не пальпується.

Сечовидільна система. Починаємо з огляду поперекової ділянки. Потім проводимо пальпацію нирок та сечового міхура.

Наприклад:

При огляді поперекової ділянки особливостей не виявлено, шкіра над ділянкою проекції нирок не змінена. Нирки та сечовий міхур не пальпуються, безболісні.

Загальний огляд хворого та обстеження за системами є об'єктивними методами обстеження. Для кращого розуміння пропонуємо узагальнити все вище сказане схематично (рис. 69):



Рис. 69. Об'єктивні методи обстеження та їх послідовність

VII. Попередній діагноз та його обґрунтування

Попередній діагноз – це той етап, яким завершується огляд хворого. Він являє собою загальний висновок отриманої інформації. Як правило, попередній діагноз встановлюється на підставі розпиту та об'єктивного огляду хворого, а також повинен відображати нозологічну форму захворювання. Обов'язково при встановленні попереднього діагнозу необхідно вказати тяжкість стану хворого та форму захворювання відповідно до діючої клінічної загальноприйнятої класифікації [8-10]. Також необхідно вказати, на підставі яких саме скарг, анамнестичних даних чи результатів огляду встановлено той чи інший попередній діагноз.

Наприклад:

На підставі отриманих скарг хворого (кашель з невеликою кількістю прозорого мокротиння, давлячий біль в грудній клітині, що підсилюється при глибокому диханні та кашлі); на підставі анамнестичних даних (вище вказані скарги з'явилися після переохолодження); на підставі об'єктивних даних (перкуторний звук над нижнім відділом правої легені у хворого притуплений, під час аускультатії легень над всією поверхнею жорстке дихання, у нижньому відділі правої легені вислуховуються вологі дрібнопухирцеві хрипи), можемо встановити наступний попередній діагноз:
Гостра позалікарняна правобічна нижньодольова пневмонія

Запам'ятайте! Після встановлення попереднього діагнозу закінчується анамнестична частина історії хвороби.

VIII. План лабораторних та інструментальних досліджень

В даному розділі історії хвороби перераховуються всі обстеження (лабораторні, інструментальні, консультації вузьких спеціалістів), які необхідні для підтвердження попереднього діагнозу або його спростування, встановлення наявності ускладнень та супутніх захворювань [8-9].

Слід відмітити, що є перелік обстежень, які є обов'язковими для хворих з будь-якою патологією:

- ◆ Клінічний аналіз крові;
- ◆ Клінічний аналіз сечі;
- ◆ Аналіз крові на цукор;
- ◆ Аналіз калу на наявність яєць глистів;
- ◆ Рентгенологічне обстеження грудної клітини або флюорографія;
- ◆ Електрокардіографічне обстеження серця.

Після вказується додатковий об'єм обстежень, необхідний для хворих з різною патологією внутрішніх органів. Пам'ятайте, що необхідно відмічати показання та протипоказання до спеціальних досліджень.

Доцільно складений план лабораторних та інструментальних досліджень надає можливість не лише встановити правильний клінічний діагноз, а й визначити план лікування та профілактичних заходів, дозволить зробити припущення про прогноз хвороби та про необхідність хірургічного втручання [1].

Наприклад:

Лабораторні дослідження:

- 1. Клінічний аналіз крові. Необхідний, наприклад, для виявлення в крові ознак запалення та анемії;*
- 2. Клінічний аналіз сечі. Необхідний для оцінки функції нирок;*
- 3. Мікроскопічне дослідження мокротиння, в тому числі посів мокротиння. Необхідний для уточнення етіології захворювання та визначення чутливості до антибіотиків мікрофлори...*

Інструментальні обстеження:

- 1. ЕКГ. Дозволить визначити роботу серця;*
- 2. Рентгенографія органів грудної клітини в трьох проекціях. Дозволить уточнити наявність пневмонії, оцінити уражену та неурражену ділянку легень...*

IX. Результати досліджень

В цьому розділі вказуються результати всіх обов'язкових та додаткових лабораторних та інструментальних методів обстежень, а також консультації вузьких спеціалістів. Здійснюємо запис з обов'язковим вказуванням назви, дати, результату та заключенням обстеження [10].

Наприклад:

Електрокардіографія від 10.01.2021 року. Заключення: ритм синусовий, правильний. ЧСС = 80 уд/хв.

Рентгенографія органів грудної клітини від 10.01.2021 року. Заключення: відмічається наявність запального інфільтрату в нижній долі правої легені. Випіт в плевральну порожнину. Застійні явища по малому колу кровообігу...

Х. Диференційний діагноз

За допомогою вище вказаних методів обстеження та розпиту хворого, лікар виявляє основні симптоми та синдроми захворювання, що дозволяє встановити діагноз та розпочати лікування [1]. Але нерідко виникають труднощі в рамках визначення клінічного діагнозу, пов'язані з тим, що певний симптомокомплекс є провідним не для однієї хвороби якоїсь із систем організму, а може бути схожим з декількома захворюваннями [8-9]. Все це пояснює необхідність проведення диференційної діагностики.

В сучасних умовах, коли в доступі є безліч спеціальних методів досліджень, може здатися, що диференційна діагностика є безглуздою тратою часу. Проте досвідчений лікар розуміє, що диференційна діагностика являє собою важливий «пазл» (рис. 70) в діагностиці та лікуванні. Це невід'ємний процес, який дозволяє досвідчено зіставити симптоми та синдроми, відобразити всі аспекти тієї чи іншої нозологічної форми хвороби та правильно оформити клінічний заключний діагноз [10].



Рис. 70. Діагностика пацієнта

Існує безліч методологічних підходів до диференційної діагностики, проте всі вони базуються на одному принципі – обрати основний синдром чи синдроми, характерні для клінічної картини конкретного хворого, та порівняти його з переліком захворювань, для яких характерний цей симптомокомплекс [8].

Наприклад:

При проведенні диференційної діагностики пневмонії необхідно виключити захворювання, що супроводжуються схожою клінічною картиною: рак легень та туберкульоз. Після цього виділяємо основні аспекти етіології, патогенезу, клінічної картини та діагностичних критеріїв всіх трьох нозологічних форм, порівнюємо з клінічною картиною конкретного хворого та робимо остаточні висновки.

Якщо виникають сумніви чи питання з приводу остаточного діагнозу, хворого необхідно направити на додаткові методи обстеження, що допоможе виключити те чи інше захворювання.

XI. Клінічний діагноз та його обґрунтування

Клінічний діагноз – це висновок про природу, основні прояви та перебіг хвороби [1; 8-10].

Навіщо він потрібен? Відповідь очевидна: це коротко представлений висновок ретельно проведеної роботи лікаря з пацієнтом, що відображає нозологічну форму хвороби, її класифікацію та загальний стан пацієнта. На основі цього висновку встановлюються принципи лікування даного хворого.

На чому він ґрунтується? На відміну від попереднього діагнозу, клінічний обґрунтований не лише скаргами, анамнезом та оглядом хворого, а й підтверджений результатами лабораторних та інструментальних методів обстеження, а також проведеною диференційною діагностикою.

Яку структуру має клінічний діагноз? На першому місці завжди основне захворювання, далі вказуємо ускладнення основного захворювання, після цього, за наявності, вказуємо супутні захворювання.

Як зрозуміти, що є ускладнення, та як відрізнити основне захворювання від супутнього? Ускладненням вважається патологічний процес або стан організму, який виник як наслідок попередньої хвороби. Тобто патогенетично цей стан пов'язаний з основним захворюванням, але формує відмінні від нього клінічні прояви. Основним захворюванням вважається те, що стало причиною звернення пацієнта за медичною допомогою та є причиною амбулаторного лікування, госпіталізації або смерті. Супутнє захворювання – це наявність хвороби, яка не пов'язана з основним захворюванням патогенезом чи етіологією.

XII. Етіологія та патогенез захворювання

Для того щоб зрозуміти, що саме треба вказати в даному розділі академічної історії хвороби, пропонуємо згадати визначення етіології та патогенезу взагалі. Отже, етіологія – це наука, що вивчає причини виникнення хвороб. Етіологічний фактор – це причина, без виникнення якої не розвивається те чи інше захворювання. Фактори ризику – це фактори зовнішнього та внутрішнього середовища, які підвищують вірогідність виникнення певної хвороби. Патогенез – це відображення механізму виникнення та розвитку хвороби та її окремих проявів [8-10].

Відображаючи етіологію та патогенез захворювання в історії хвороби, необхідно вказати спочатку загальні етіопатогенетичні дані

окремої нозологічної форми хвороби. Потім виділити, що саме стало причиною, фактором ризику виникнення захворювання саме вашого хворого. Також роз'яснити особливості патогенезу та механізм розвитку окремих симптомів, які присутні в пацієнта.

В окремих випадках вказується епідеміологія та особливості клінічних проявів хвороби, зокрема під час інфекційних захворювань.

ХІІІ. Лікування та профілактика захворювання

Процес лікування завжди направлений на усунення конкретної хвороби та симптомів. Перш ніж лікувати, чітко зрозумійте стан пацієнта та врахуйте особливості його організму. Завжди починайте з плану лікування [1; 8-10].



Що таке план лікування? Для чого він?

Спочатку давайте згадаємо відомий вислів, що яскраво відображає мету лікувального процесу: «**Лікуй не хворобу, а хворого!**». Одне з головних завдань лікаря не лише повністю усунути захворювання, бо це не завжди цілком можливо, а й зменшити вплив хвороби на спосіб життя пацієнта, поліпшити якість життя та зменшити смертність.

Для спрощення процесу лікування та діагностики лікарям по всій Україні дозволено використовувати в своїй роботі інструкції – клінічні протоколи та міжнародні настанови лікування та діагностики. Клінічний протокол – це основний медико-технологічний документ, яким мають керуватись медичні фахівці в кожній конкретній ситуації, уникаючи неефективних та помилкових рішень, а обираючи найефективніше втручання щодо пацієнта. Тобто це документ, в якому зібрані настанови для лікування конкретної хвороби, які довели свою ефективність. Все це регулюється наказом МОЗ України № 751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства охорони здоров'я №1422 від 29.12.2016 р.; № 1752 від 26.08.2018 р. [45-46].

Складаючи план лікування та заповнюючи академічну історію хвороби, дотримуйтесь наступного порядку [1; 8-10]:

1. **Режим.** Призначений режим повинен бути обґрунтований захворюванням та станом тяжкості хворого. Розрізняють наступні типи індивідуального режиму для хворого:

- ◆ Суворий ліжковий режим – хворому забороняється вставати з ліжка та рухатися в ньому, весь догляд за пацієнтом здійснює медичний персонал;
- ◆ Ліжковий режим – хворому заборонено вставати з ліжка, дозволено рухатися в ліжку, сидіти на ньому та частково здійснювати самообслуговування;
- ◆ Напівліжковий режим – заборонене пересування поза межі кімнати, дозволене самообслуговування, але при пересуванні хворого необхідно контролювати його стан;
- ◆ Палатний режим – дозволено половину часу проводити сидячи та поза межами ліжка, хворий самостійно переміщується по кімнаті, їсть та самообслуговується;
- ◆ Загально-лікарняний режим – немає обмежень в пересуванні по квартирі чи лікарняному відділенні або по території лікарні.

2. **Дієта.** Один з важливих методів лікування багатьох захворювань, а при деяких навіть єдиний. Наприклад, аліментарне ожиріння. Пам'ятайте, дієта – це не лише раціон, перелік продуктів, а й їх кількість, спосіб приготування та правила прийому їжі пацієнтом. Лікар повинен приділити достатньо уваги хворому для роз'яснення необхідності дотримання дієти, розповісти про важливість цього пункту в лікуванні та, якщо потрібно, спробувати переконати хворого змінити харчові звички. Якщо виникають труднощі з виконанням рекомендацій чи хворий потребує індивідуального підходу, слід направити його на консультацію до дієтолога. В загальнолікарській практиці нерідко користуються дієтою за Певзнером, яка налічує 15 столів при різних захворюваннях. Автором такого раціону є Мануїл Певзнер, який став законодавцем лікувальної дієтології. Він розробив 15 різних способів харчування, кожен з яких має свою окрему підкатегорію. Кожен з запропонованих раціонів харчування за Певзнером має обмеження в прийомі деяких продуктів та правила приготування та прийому їжі. В результаті кожна з дієт направлена на допомогу хворому перемогти ту чи іншу хворобу. Кожен стіл розділяється відповідно до конкретного захворювання шлунково-кишкового тракту, селезінки, печінки, жовчного міхура, цукровим діабетом, ожиріння та ін.

3. **Етіотропна терапія** – це лікування, направлене на усунення причини виникнення захворювання. Має свої особливості залежно від захворювання та застосовується в тих випадках, коли етіологічний фактор знаходиться в організмі та продовжує свій вплив на нього. Наприклад, застосування протимікробних препаратів, протигрибкових, протівірусних, анатоксинів та імуноглобулінів, антидотів до отруєнь та інші препарати.

4. **Патогенетична терапія** – спрямована на механізм розвитку патологічного процесу, сприяє відновленню функцій органів та тканин, а також нормалізації обмінних процесів. Застосовується разом з етіотропним лікуванням, а іноді, при неефективності етіотропної терапії, як замісна підтримуюча терапія. Наприклад, застосування інсуліну при цукровому діабеті в разі недостатньої продукції цього гормону підшлунковою залозою.

5. **Симптоматична терапія** – медикаментозний вплив на симптом будь-якої хвороби, спрямований на його ліквідацію чи послаблення. Наприклад, знизити температуру тіла, поліпшити носове дихання, полегшити відкашлювання, знеболення – все це симптоматична терапія. Застосовується для покращення самопочуття хворого, але не може бути самостійним методом лікування, адже не впливає на причину виникнення симптомів. Тому застосовувати її можливо тільки в парі з етіотропною чи патогенетичною терапією.

6. **Підтримуюча терапія** – це пролонговане лікування для запобігання рецидиву, спрямоване на сповільнення розвитку хвороби та подовження життя пацієнту.

7. **Профілактика** – комплекс медичних, санаторно-технічних, гігієнічних та соціально-економічних мір, спрямованих на запобігання, розповсюдження та хронізацію хвороб. Це завжди науково обґрунтовані заходи, направлені на зміцнення здоров'я пацієнта. Завданням профілактики є попередження патологічного стану та розвитку вторинних хвороб, а також загальне зміцнення здоров'я. Розрізняють наступні види профілактики:

- ◆ Первинна – спрямована на усунення причини захворювання та несприятливих факторів шляхом поліпшення умов життя та праці. Наприклад, відмова від паління знижує вірогідність розвитку злоякісної пухлини;

- ◆ Вторинна – проводиться серед здорових громадян, направлена на попередження хвороби. Наприклад, обстеження молочних залоз у жінок для запобігання раку;

- ◆ Третинна – спрямована на попередження розвитку ускладнень та рецидиву хвороби. Наприклад, зниження рівня холестерину у пацієнтів з перенесеним інфарктом міокарду;

- ◆ Індивідуальна – спрямована на попередження хвороби. Наприклад, дотримання здорового способу життя та раціонального режиму праці та відпочинку.

Вибір виду профілактики та профілактичних заходів є обов'язковим для кожного пацієнта та повинен бути обґрунтований лікарем.

XIV. Прогноз

Прогноз – це передбачений лікарем імовірний подальший перебіг хвороби та її результат. Визначається індивідуально для кожного пацієнта в залежності від нозологічної форми хвороби, тяжкості стану та відповіді організму на лікування. В історії хвороби завжди відображається прогноз для життя (він може бути сприятливий, сумнівний та несприятливий) та прогноз для працездатності (повне її відновлення, тимчасова втрата чи повна втрата).

XV. Щоденник курації (динамічного спостереження за хворим)

Щоденник – це запис в історії хвороби про щоденний огляд хворого, що відображає перебіг захворювання, динаміку скарг та об'єктивних даних, ефект лікування. Ведеться щоденник курації лікуючим лікарем кожного дня, протягом всього стаціонарного лікування пацієнта. В ньому вказується: дата та час курації, температура тіла хворого, частота серцевих скорочень, пульс, тиск та діурез, вказуються скарги на момент огляду, які зіставляються зі скаргами на момент надходження в стаціонар, загальний огляд хворого та рекомендації щодо лікування та обстеження [8-10].

Наприклад:

Запис лікуючого лікаря 10.01.2021 р. 9:30

Т тіла – 36,7⁰C; Ps= ЧСС=80 уд/хв; АТ 120/80 мм.рт.ст.; Діурез – 1,9 л за добу.

Скарги на момент огляду: періодичний кашель з виділенням прозорої мокроты, загальна слабкість. У порівнянні з надходженням до стаціонару пацієнт відмічає покращення стану, кашель турбує рідше, став більш продуктивним.

Об'єктивні дані без змін (якщо при огляді виявляються зміни в об'єктивному статусі, погіршення чи покращення, обов'язково вказуйте).

Лікування згідно з листком призначень (якщо виникає потреба в дообстеженні чи зміні лікування, обов'язково вказуйте, що саме змінено, додатково призначено чи відмінено та на якій підставі).

Також згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року № 110 (у редакції наказу Міністерства охорони

здоров'я України від 21 січня 2016 року №29) [39], пацієнтові на кожен день перебування в стаціонарі заповнюють Температурний лист – медична документація, форма 004/о (рис. 71):

Міністерство охорони здоров'я України		Код форми за ЗКУД		Код закладу за ЗКПО												
Найменування закладу		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА N 004/о		Затверджена наказом МОЗ України												
ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТ																
Карта N		Прізвище, ім'я, по батькові хворого														
Палата N																
Дата																
День хвороби																
День перебування у стаціонарі	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
П	АТ	Т°	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В	Р	В
140	200	41														
120	175	40														
100	150	39														
90	125	38														
80	100	37														
70	75	36														
60	50	35														
Дихання																
Вага																
Добова кількість сечі																
Випорожнення																
Ванна																

Рис. 71. Медична документація, форма №004/о, Температурний лист [16]

XVI. Особливості захворювання

В цьому розділі академічної історії хвороби розглядаються всі особливості перебігу, клінічної картини, лікування, виникнення ускладнень, що притаманні даному захворюванню. Вказати необхідно всі особливості захворювання за даними літератури та у конкретного хворого. Наприклад, розглянути особливості перебігу хвороби в людей похилого віку, вагітних жінок чи у пацієнтів з імунодефіцитом або на тлі хірургічного лікування, вказати причини виникнення можливих ускладнень та особливості лікування за таких умов [8-10].

XVII. Епікриз

Завершальний етап історії хвороби. Короткий висновок та переказ історії хвороби, що є докладним та об'єктивним підсумком перебування хворого в стаціонарі. Заповнюючи епікриз, необхідно вказати: стан пацієнта при госпіталізації, його особливості перебігу захворювання, результати всіх проведених лабораторних і додаткових методів об-

стеження, висновки консультацій додаткових спеціалістів, проведене лікування, його ефективність. За наявності ускладнень вказати причини їх виникнення. Обов'язково дати оцінку стану пацієнта на момент виписки зі стаціонару. Також відобразити рекомендації щодо подальшого лікування, нагляду за пацієнтом та профілактики захворювання [8-9].

Слід зауважити, що епікриз може бути наступних видів:

- ◆ **Перевідний** – оформлюється у випадку перевodu пацієнта до іншого відділення або іншого медичного закладу;
- ◆ **Виписний** – оформлюється у випадку завершення стаціонарного лікування;
- ◆ **Посмертний** – оформлюється у разі летального випадку, доповнюється патологоанатомічним епікризом.

На цьому етапі закінчується історія хвороби. Запам'ятавши все вище вказане, ви не лише зможете правильно написати академічну історію хвороби як здобувач вищої медичної освіти, а й зрозуміти всі тонкощі ведення медичної документації, її значущість та необхідність, що допоможе в формуванні вашого клінічного мислення і «лікарської» грамотності.



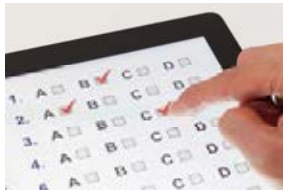
Підсумкове узагальнення змісту розділів академічної історії хвороби пацієнта терапевтичного профілю

Отже, підсумовуючи вказану вище інформацію, всі основні розділи академічної історії хвороби можна узагальнити у вигляді наступної таблиці:

Розділ історії хвороби	Інформація, що вказується
I. Паспортна частина	Зазначити дату та час госпіталізації; ПІБ, стать, вік, дату народження хворого; Місце проживання, роботи, посада; Найменування закладу охорони здоров'я, який направляє хворого до стаціонару; Діагноз при госпіталізації; Вид госпіталізації.
II. Скарги	Головні скарги – деталізувати їх; Другорядні скарги – деталізувати їх.
III. Анамнез хвороби	Детально розписати, зі слів хворого, початок, динаміку та особливості захворювання; Обґрунтувати причину госпіталізації.

IV. Анамнез життя	Біографічні дані; Побутовий анамнез; Сімейний анамнез; Перенесені захворювання; Хронічні інтоксикації; Акушерсько-гінекологічний анамнез; Генеалогічний (спадковий) анамнез; Страховий анамнез; Алергологічний анамнез.
V. Об'єктивний стан	Дати оцінку тяжкості стану, положенню пацієнта та свідомості; Оцінити статуру; Визначити ріст, вагу, індекс маси тіла, розвиток підшкірно-жирової клітковини; Стан шкіри, слизової оболонки, волосся, нігтів, наявність набряків та пастозності; Огляд та пальпація лімфатичних вузлів, щитовидної залози, молочних залоз, кісткової та м'язової систем.
VI. Обстеження за системами	Центральна нервова система: схарактеризувати свідомість, мову, чутливість, рухи, ходу, наявність парезів або паралічів; Серцево-судинна система: огляд, пальпація, перкусія передсерцевої ділянки, аускультация серця, вимірювання тиску, пульсу та частоти серцевих скорочень; Система органів дихання: огляд, пальпація, перкусія та аускультация легень; Система органів травлення: огляд порожнини рота та передньої черевної стінки, перкусія, поверхнева та глибока пальпація ШКТ; Сечовидільна система: огляд та пальпація ділянки проекції нирок.
VII. Попередній діагноз	Встановлюється на підставі розпиту та огляду хворого, повинен відображати нозологічну форму захворювання.
VIII. План лабораторних та інструментальних досліджень	Перераховуються всі обстеження, які необхідні для підтвердження чи спростування попереднього діагнозу: лабораторні, інструментальні, консультації вузьких спеціалістів.
IX. Результати досліджень	Вказуються результати всіх обов'язкових та додаткових лабораторних та інструментальних методів обстежень, а також консультації вузьких спеціалістів.

X. Диференційний діагноз	Виділити основні симптоми та синдроми захворювання, характерні для клінічної картини конкретного хворого, та зіставити його з переліком захворювань, яким характерний такий самий симптомокомплекс; Зафіксувати остаточні висновки.
XI. Клінічний діагноз	На основі вище вказаних даних про хворого встановити клінічний діагноз згідно з прийнятими класифікаціями та загальним станом пацієнта, дотримуючись наступної структури: 1) Основне захворювання; 2) Ускладнення основного захворювання; 3) Супутні захворювання.
XII. Етіологія та патогенез захворювання	Вказати загальні етіопатогенетичні дані окремої нозологічної форми хвороби та виділити причини виникнення захворювання хворого.
XIII. Лікування та профілактика	1) Режим; 2) Дієта; 3) Етіотропна терапія; 4) Патогенетична терапія; 5) Симптоматична терапія; 6) Підтримуюча терапія; 7) Профілактика.
XIV. Прогноз	Відобразити можливий результат перебігу хвороби, прогноз для життя та прогноз для працездатності.
XV. Щоденник курації	Запис в історії хвороби про щоденний огляд хворого; Заповнюється кожного дня перебування пацієнта в стаціонарі.
XVI. Особливості захворювання	Розглянути та відобразити всі особливості перебігу, клінічної картини, лікування, що притаманні даному захворюванню.
XVII. Епікриз	Коротко розглянути всі дані історії хвороби, зробити об'єктивні підсумки перебування хворого в стаціонарі. Вказати: стан пацієнта, особливості перебігу захворювання, результати методів обстеження, проведене лікування та його ефективність, рекомендації щодо подальшого лікування, нагляду за пацієнтом та профілактики захворювання.



Типові ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ для самоконтролю знань



1. Хто є засновником сучасного методу розпитування?
 - A. Боткін С. П.
 - B. Мудров М. Я.
 - C. Корвізар Ж.
 - D. Захар'їн Г. А.**
2. Що вивчає медична деонтологія?
 - A. Ятрогенні захворювання
 - B. Взаємовідносини між лікарем і родичами хворих
 - C. Питання професійної етики, обов'язку та моралі**
 - D. Взаємодія пацієнтів між собою
3. Що вивчає розділ семіотики?
 - A. Ознаки, симптоми захворювань та їх діагностичне значення**
 - a. Ятрогенні захворювання
 - b. Взаємовідносини між лікарем і родичами хворих
 - c. Взаємодія пацієнтів між собою
4. До яких методів діагностики належить розпит хворого?
 - A. Об'єктивних
 - B. Додаткових
 - C. Суб'єктивних**
 - D. Інструментальних
5. Який діагноз встановлюється на основі розпиту та загального огляду хворого?
 - A. Клінічний
 - B. Попередній**
 - C. Диференційний
 - D. Заклучний
6. Що з наведеного відноситься до анамнезу життя?
 - A. Біографічні дані, історія захворювання, сімейний анамнез
 - B. Сімейний анамнез, страховий анамнез, спадковість**
 - C. Скарги, розпит по органах та системах
 - D. Паспортні дані, алергологічний анамнез
7. В якому розділі історії хвороби вказують перенесені захворювання?
 - A. Анамнез життя
 - B. Анамнез захворювання**
 - C. Скарги хворого
 - D. Розпит по органах та системах

8. Медична етика – це:
- A. Наука, що допомагає виробляти у лікаря здібність до етичної орієнтації в складних ситуаціях, що вимагають високих морально-ділових і соціальних якостей
 - B. Наука, що розглядає питання лікарського гуманізму, проблеми боргу, честі, совісті і достоїнства медичних працівників
 - C. Специфічний вияв загальної етики в діяльності лікаря
 - D. Все вище вказане правильно**
9. До сфери яких взаємовідносин належать принципи медичної етики та деонтології?
- A. Взаємовідносини в медичному колективі
 - B. Взаємовідносини лікаря і родичів пацієнта
 - C. Взаємовідносини лікаря і пацієнта
 - D. Все вище вказане правильно**
10. Лікарська таємниця потрібна для:
- A. Захисту соціальних і економічних інтересів пацієнта
 - B. Створення основи довіри взаємовідносин між лікарем та пацієнтом
 - C. Захисту автономії пацієнта
 - D. Все вище вказане правильно**
11. Як називається симптом, характерний виключно для конкретного захворювання?
- A. Патогномонічний**
 - B. Неспецифічний
 - C. Ранній
 - D. Пізній
12. Синдром – це:
- A. Скарги, які з'являються на початку захворювання
 - B. Скарги, які проявляються на пізніх стадіях захворювання
 - C. Сукупність симптомів, взаємообумовлених єдиним патогенезом**
 - D. Симптом, який розвивається як прояв захисних реакцій організму
13. Діагноз – це:
- A. Короткий лікарський висновок про захворювання та стан хворого**
 - B. Лікарський висновок про обстеження хворого
 - C. Лікарський висновок про супутні захворювання
 - D. Лікарський висновок про наявні ускладнення захворювання
14. Згідно з визначенням експертів ВООЗ, здоров'я – це:
- A. Стан фізичного благополуччя

- В. Відсутність скарг
 - С. Відсутність будь-яких проявів хвороби
 - Д. Стан фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювання чи інвалідизації**
15. Що з наведеного відноситься до фізикальних методів обстеження?
- А. Клінічні аналізи крові та сечі
 - В. Огляд, пальпація, перкусія, аускультация**
 - С. ЕКГ, рентгенографія, КТ, МРТ
16. Що з наведеного відноситься до лабораторних методів обстеження?
- А. Клінічні аналізи крові та сечі**
 - В. Огляд, пальпація, перкусія, аускультация
 - С. ЕКГ, рентгенографія, КТ, МРТ
17. Що з наведеного відноситься до інструментальних методів обстеження?
- А. Клінічні аналізи крові та сечі
 - В. Огляд, пальпація, перкусія, аускультация
 - С. ЕКГ, рентгенографія, КТ, МРТ**
18. До якого розділу історії хвороби належить скарга на наявність алергічних реакцій?
- А. Розпит відносно загального самопочуття
 - В. Скарги хворого
 - С. Анамнез життя**
 - Д. Анамнез захворювання
19. До якого розділу історії хвороби належить скарга про зниження маси тіла?
- А. Розпит відносно загального самопочуття**
 - В. Скарги хворого
 - С. Анамнез життя
 - Д. Анамнез захворювання
20. До яких методів діагностики належить огляд хворого?
- А. Об'єктивних**
 - В. Додаткових
 - С. Суб'єктивних
 - Д. Інструментальних
21. Загальний огляд - це:
- А. Огляд шкірних покривів і слизових оболонок
 - В. Огляд області, де локалізується больовий процес
 - С. Оцінка стану хворого
 - Д. Огляд всього тіла, з голови до ніг, незалежно від локалізації больового процесу**
 - Е. Огляд окремих частин тіла

22. Для якого захворювання характерний рум'янець обличчя у вигляді метелика?
- А. Пневмонії
 - В. Гломерулонефриту
 - С. Бронхіту
 - Д. Системного червоного вовчаку**
 - Е. Виразкової хвороби
23. Надчеревний кут – це:
- А. Епігастральний кут**
 - В. Кут, під яким ребра відходять від хребта
 - С. Кут, утворений тілом грудини і її рукояткою
 - Д. Кут, який утворює грудина в яремній ямці
 - Е. Кут, утворений ключицею і грудиною
24. Зниження тургору шкіри не характерно для:
- А. Кахексія
 - В. Діабетична кома
 - С. Профузні проноси
 - Д. Анасарка**
 - Е. Нестримне блювання
25. Бліде забарвлення шкіри спостерігається при:
- А. Анемії**
 - В. Серцевій недостатності
 - С. Емфіземі легень
 - Д. Гепатиті
 - Е. Алергії
26. Що таке лордоз:
- А. Викривлення хребта вперед**
 - В. Викривлення хребта назад
 - С. Нормальний стан хребта
 - Д. Викривлення хребта в бік
 - Е. Викривлення хребта в бік і назад
27. Бліде, одутле обличчя з набряклими повіками і вузькими очними щілинами називається:
- А. Обличчя Корвізара
 - В. Нефротичне обличчя**
 - С. Маскою Гіппократа
 - Д. Обличчя «воскової ляльки»
28. Вкажіть тип температурної кривої, якщо у хворого протягом 1 тижня відзначається лихоманка в межах 38,0 - 38,8 °С.
- А. Febris continua**
 - В. Febris remitens

- C. Febris intermittens
 - D. Febris hectica
 - E. Febris recurrens
29. Положення «ортопное» полегшує стан, зменшуючи:
- A. Болі в області серця
 - B. Перебої в роботі серця
 - C. Набряки нижніх кінцівок
 - D. Задиху**
 - E. Головний біль
30. Перкуторна сфера - це:
- A. Ділянка нанесення перкуторного удару
 - B. Вся ділянка, що приходить у коливання під впливом перкуторного удару (має ширину і глибину)**
 - C. Ширина поширення перкуторного удару
 - D. Глибина поширення перкуторного удару
 - E. Площа коливань, викликаних перкуторним ударом



ЛІТЕРАТУРА



1. Пропедевтика внутрішніх хвороб : підруч. для студ. ВМНЗ IV р. а. / В. Ф. Москаленко, І. І. Сахарчук, П. Ф. Дудка [та ін.] ; ред. В. Ф. Москаленко, І. І. Сахарчук. Київ : Книга плюс, 2010. 935 с.
2. Портрет Гіппократа. Вікіпедія. Веб. сайт. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%96%D0%BF%D0%BF%D0%BE%D0%BA%D1%80%D0%B0%D1%82>
3. Ярослав Ганіткевич. Історія української медицини в датах та іменах. Львів, 2004. 368 с.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Є. М. Нейко та ін.; за ред. О. Г. Яворського. 5-те вид. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 552 с. + 12 с. кольор. вкл.
5. Присяга Гіппократа. Веб. сайт. URL: <https://www.lsmu.edu.ua/kliatva-hippokrata>
6. Портрет Клавдія Галена. Вікіпедія. Веб. сайт. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D0%B4%D1%96%D0%B9_%D0%93%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%BD
7. Портрет Жана Нікола Корвізара. Вікіпедія. Веб. сайт. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B0%D0%BD-%D0%9D%D1%96%D0%BA%D0%BE%D0%BB%D1%8F_%D0%9A%D0%BE%D1%80%D0%B2%D1%96%D0%B7%D0%B0%D1%80
8. Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова. Київ : ВСВ «Медицина», 2018. 720 с + 12 с. кольор. вкл.
9. Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Р.Я. Дутка [та ін.] ; за ред. проф. О. Г. Яворського. 3-тє вид., виправл. і допов. Київ : ВСВ «Медицина», 2013. 552 с.
10. Внутрішні хвороби / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель [та ін.]; за ред. М. С. Расіна. Вінниця : Нова Книга, 2015. 328 с. : іл
11. Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. Веб. сайт. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/paciyent-maye->

- pravo-yak-kozhen-ukrayinec-mozhe-realizuvati-svoye-pravo-na-dostupnist-u-galuzi-ohoroni-zdorovya
12. Конституція України від 28 червня 1996 р. № 254к/96-ВР Веб. сайт. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>
 13. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р. № 435-ІУ Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>
 14. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ Веб. сайт. URL: <https://zakononline.com.ua/documents/show/150853590550>
 15. Закон України «Про звернення громадян» від 2 жовтня 1996 р. № 393/96-ВР Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/393/96-%D0%B2%D1%80#Text>
 16. Основи деонтології : навчальний посібник [Електронний ресурс] : навч. посібн. для студ. спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спеціалізації «Фізична терапія» / укл. Ю. В. Копочинська, С. Б. Латенко; КПП ім. Ігоря Сікорського. Електронні текстові дані (558 КБ). Київ : КПП імені Ігоря Сікорського, 2019. 87 с.
 17. Авраменко О. М. Основи медичної деонтології : [навчальний посібник] / О. М. Авраменко. Харків : ХДАФК, 2006. 46 с.
 18. Курація хворих в клініці внутрішньої медицини : навчально-методичний посібник для аудиторної і позааудиторної роботи студентів 5 курсу медичного факультету. Запоріжжя : ЗДМУ, 2013. 47 с.
 19. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / за ред. А. В. Єпішина. Тернопіль : Укрмедпошта, 2001. 768 с.
 20. Василюк В. М. Семіотика і діагностика внутрішніх хвороб (фізичні методи обстеження) : навч. посіб. для ВМЗО ІІІ–ІV рівнів / В. М. Василюк, В. В. Василюк, Н. В. Кравчук ; за заг. ред. В. М. Василюка. [2-ге вид., перероб. і доп.]. Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. 459 с.
 21. Класифікації і діагностичні критерії у клініці внутрішніх хвороб : навч. посібник для студ. мед. ін-тів / І. К. Латогуз, В. М. Хворостинка, П. П. Гуйда та ін. ; за ред. І. К. Латогуза. Харків : Основа, 1994. 159 с.
 22. Архій Е. Й., Москаль О. М., Сірчак Є. С., Коваль В. Ю., Дербак М. А., Розумик Н. В. Пропедевтика внутрішніх хвороб : практикум. В 3-х ч. Ужгород : вид-во Говерла, 2017. 554 с.
 23. Пропедевтика внутрішньої медицини : національний підручник / К. О. Бобкович, Є. І. Дзісь, В. М. Жебель, Р. І. Ільницький та співав; за ред. проф. М. С. Расіна. Вінниця : Нова Книга, 2014. 208 с.
 24. Типи порушення постави. Веб. сайт. URL: <https://naurok.com.ua/korekciya-porushen-postavi-303858.html>

25. Graham Douglas, Fiona Nicol, Colin Robertson (eds.). Macleod's Clinical Examination, 13th edition. Elsevier, 2013. 452 p.
26. Harrison's Principles of Internal Medicine, 20th edition / Jameson J. L., Fauci A. S., Kasper D. L., Hauser S. L., Longo D. l., Loscalzo J. (eds.). McGraw-Hill, 2018. 3790 p. ISBN 978-1-259-64403-0. MHID 1-259-64403-0. Bickley L. S. Bates' Guide to Physical Examination, 12th edition. Wolters Kluwer, 2017. 1066 p.
27. Kumar Parveen, Clark Michael L. Kumar and Clark's Clinical Medicine, 9th edition. Elsevier, 2019. 1376 p.
28. Пропедевтика внутрішньої медицини для стоматологів : підручник для студентів стоматологічних факультетів / К. О. Бобкович, Є. І. Дзись, В. М. Жебель, Р. І. Ільницький, І. П. Кайдашев [та ін.]; ред. М. С. Расін. Вінниця : Нова Книга, 2013. 207 с.
29. Типи статури. Веб. сайт. URL: <https://srk.com.ua/https://srk.com.ua/normostenik-xto-takij-normostenik-xto-ce-takij-i-yak-jogo-viznachiti/>
30. Основні об'єктивні методи обстеження хворого в клініці внутрішніх хвороб (пальпація, перкусія, аускультация) : навчальний посібник для студентів 3-го курсу зі скороченим терміном навчання / В. В. Сиволап, Л. В. Лукашенко, І. В. Лихасенко, О. І. Олійник, Н. Ф. Авраменко, О. В. Візір-Тронова, М. П. Герасько, С. П. Жеманюк, Т. В. Кравченко, Л. О. Курілець, С. В. Полівода. Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 86 с.
31. Пелешук А. П., Передерій В. Г. Фізичні методи дослідження в клініці внутрішніх хвороб. Київ : Здоров'я, 1993. 104 с.
32. Патологічні зміни язика. Веб. сайт. URL: <https://cis.ua/ua/articles/terapiya/nalet-na-yazyke-hto-eto-znachit-i-kak-ego-ustranit/>
33. Крупін В. П. Основні та додаткові методи обстеження хворих у клініці внутрішніх хвороб / В. П. Крупін, А. Б. Зіменковський, М. С. Регеда та ін. Вінниця : НОВА КНИГА, 2005. 256 с.: іл.
34. Швець Н. І. Еталони практичних навиків з терапії / Швець Н. І., Підаєв А. В., Бенца Т. М. та ін. Київ : Главмеддрук, 2005. 540 с.
35. Glendinning E.H., Holmström B.A.S. English in Medicine. A course in communicatin skills. Second Edition. Cambridge University Press, 2000.
36. Визначення набряків. Веб. сайт. URL: <https://fitosana.com.ua/kak-sniat-otechnost-nog-v-domawnix-ysloviax>
37. Лімфотична система. Веб. сайт. URL: <https://lyapko.ua/ua/statti/limfatichna-sistema-ta-aplikatsijna-terapija-ljapko/>
38. Типи температурних кривих Веб. сайт. URL: <https://medical-enc.com.ua/temperature.htm>
39. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року №110 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від

- 21 січня 2016 року №29) Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0230-16#Text>
40. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №110 від 14.02.2012 року/ Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації №003/о Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0662-12#Text>
41. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» від 09. 04. 2008 р. №189 Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0589-08#Text>
42. Наказ Міністерства охорони здоров'я України «Про затвердження інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян» від 13.11.2001 № 455 Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1005-01#Text>
43. Веб. Сайт МОЗ України. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/elektronni-likarnjani-zamist-paperovih-listkiv-nepracezdatnosti-koli-ta-jak-formuvati>
44. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 1 червня 2021 року №1066 «Деякі питання формування медичних висновків про тимчасову непрацездатність та проведення їхньої перевірки» Веб. сайт. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE36350.html
45. Наказ Міністерства охорони здоров'я №1422 від 29.12.2016 р.; №1752 від 26.08.2018 р. Веб. сайт. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/klinichni-protokoli-scho-ce-i-chi-e-voni-v-ukraini->
46. Наказ МОЗ України №751 від 28.09.2012 р. «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» Веб. сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2001-12#Text>

Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Бринза Марія Сергіївна
Карнаух Елла Володимирівна
Шокало Ірина Володимирівна
Коробко Еліна Юріївна

**ПРОПЕДЕВТИКА – ФУНДАМЕНТ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ.
АКАДЕМІЧНА ІСТОРІЯ ХВОРОБИ ПАЦІЄНТА
ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ:
ваші питання – наші відповіді**

Навчальний посібник

Коректор *О. В. Анцибора*
Комп'ютерне верстання *Н. О. Ваніна*
Макет обкладинки *Н. Є. Пруднік*

Підписано до розміщення 28.03.2024. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 8,43. Обсяг 13,6 Мб. Зам. № 79/24.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна