

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до практичних занять з навчальної дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»
для студентів II курсу, спеціальність **«Стоматологія»**
та викладачів

Тема 1: «Введення в клініку внутрішніх хвороб. Основні правила розпитування та огляду хворого. Методи дослідження хворого. Схема обстеження хворого. Загальний огляд хворого. Огляд окремих частин тіла»

Запоріжжя
2020

Затверджено:

на засіданні кафедри загальної практики –
сімейної медицини
та внутрішніх хвороб ЗДМУ

протокол № 13.1 від 20 травня 2020 р.

на ЦМК з терапевтичних
дисциплін ЗДМУ

протокол № 10 від 21 травня 2020 р.

Рецензенти:

Доценко С. Я. – д-р мед.наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 3 ЗДМУ;

Кисельов С.М. – д-р мед.наук, професор кафедри внутрішніх хвороб 1 ЗДМУ.

Автори:

Михайловська Н.С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Шершньова О.В., к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Грицай Г.В., к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Кулинич Т.О., к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Лісова О.О., к.мед.н., асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Стецюк І.О., асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Методичні рекомендації складені відповідно до робочої програми з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для студентів-стоматологів. Методичні рекомендації мають на меті допомогти студентам підготуватися до практичних занять та краще засвоїти матеріал. Можуть бути використані у навчальному процесі студентів-стоматологів при вивченні дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини»

Тема 1. Введення в клініку внутрішніх хвороб. Основні правила розпитування та огляду хворого. Методи дослідження хворого. Схема історії хвороби. Загальний огляд хворого. Огляд окремих частин тіла.

I. Актуальність теми: огляд хворого вважається одним з найдревніших методів діагностичної медицини. В історії клінічної медицини відомо чимало випадків встановлення діагнозу на основі огляду хворого. Професійний огляд хворого вимагає виняткової спостережливості. Не дивлячись на те що на сьогоднішній день сучасні практичні лікарі мають у своєму розпорядженні високоінформативні засоби інструментальної і лабораторної діагностики, необхідно надавати належного значення огляду хворого - цьому технічно простому, але надто важливому методу діагностичного обстеження. Кожен лікар повинен повністю осягати роль огляду в своєму діагностичному арсеналі і в удосконаленні лікарського діагностичного мистецтва.

Важлива методична особливість огляду полягає в тому, що метод хоча і є наступним після анамнезу етапом обстеження, в дійсності він проводиться впродовж всього періоду спілкування з хворим – від початкового анамнестичного і подальшого фізикального обстеження.

Історія хвороби включає в себе: паспортну частину; скарги хворого; анамнез захворювання; анамнез життя; об'єктивний статус; попередній діагноз; лабораторні дані; диференціальний діагноз; остаточний діагноз; етіологія захворювання; патогенез; лікування; щоденник спостереження; профілактика; прогноз та його обґрунтування; епікриз; список літератури.

II. Загальна мета: демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та вміння застосовувати їх при огляді хворої людини, вміти проводити розпит та загальний огляд хворого, знати методи дослідження і семіотику систем та органів, фізикальні методи дослідження, вміти проводити огляд та опитування пацієнта, ознайомитись з лабораторними та інструментальні методами дослідження.

III. Кінцеві цілі:

- визначати роль і місце загального огляду хворого в діагностичному процесі;
- вміти методично вірно проводити загальний огляд хворого, дотримуючись схеми дослідження;
- вміти аналізувати загальний стан пацієнта і стан його свідомості та робити висновок про їх відповідність нормі або певному ступеню порушення;
- вміти узагальнювати дані огляду хворого з визначенням типу його тіло будови;
- демонструвати методику дослідження шкіри, її властивостей та підшкірної клітковини, трактувати зміни кольору, вологості,

тургору, температури шкіри, наявність висипів із встановленням основних симптомів захворювання;

- демонструвати методику дослідження м'язів та суглобів з подальшою оцінкою стану кістково-м'язової системи;
- демонструвати послідовність та техніку дослідження лімфатичних вузлів, аналізувати основні їх властивості та робити висновок про відповідність нормі;
- вміти оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубощелепної системи на виникнення і перебіг захворювань внутрішніх органів;
- визначити роль та місце лікаря-стоматолога в профілактиці захворювань.

IV. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня знань.

1. Що вивчає медична деонтологія?
 - A. Взаємовідносини хворих між собою
 - B. Взаємовідносини між лікарем та хворим
 - C. Питання обов'язку, моралі і професійної етики**
 - D. Ятрогенні захворювання
 - E. Взаємовідносини між медичним персоналом і родичами хворого
2. Надчеревній кут це:
 - A. Епігастральний кут**
 - B. Кут, під яким ребра відходять від хребта
 - C. Кут, утворений тілом грудини і її рукояткою
 - D. Кут, який утворює грудина в яремній ямці
 - E. Кут, утворений ключицею і грудиною
3. Що таке кіфосколіоз:
 - A. Викривлення хребта вперед
 - B. Викривлення хребта назад
 - C. Нормальний стан хребта
 - D. Викривлення хребта в бік
 - E. Викривлення хребта в бік і назад**
4. Як називається положення пацієнта в ліжку, при якому він самотійно не може змінити свого положення?
 - A. Пасивне**
 - B. Активне
 - C. Пасивне вимушене
 - D. Вимушене
 - E. Пасивне активне

5. При опитуванні хворого перенесені захворювання описують у розділі :
- A. В історії життя**
 - В. В історії розвитку захворювання
 - С. При опитуванні за системами
 - Д. У скаргах хворого
 - Е. При деталізації скарг
6. До якого розділу опитування хворого відноситься скарга на ядуху:
- A. Скарги хворого**
 - В. Деталізація скарг
 - С. Опитування по системах
 - Д. Історія розвитку хвороби
 - Е. Історія життя
7. Який розділ анамнезу називають медичною біографією?
- А. Головні скарги хворого
 - В. Другорядні скарги хворого
 - С. Історію життя**
 - Д. Історію хвороби
 - Е. Опитування по системах
8. До якого розділу анамнезу входить скарга на значне зниження маси тіла?
- A. Розпит щодо загального самопочуття**
 - В. Скарги хворого
 - С. Історія життя
 - Д. Історія хвороби
 - Е. Опитування по системах
9. Докладний опис, вивчення кожної скарги проводять у наступному розділі історії хвороби:
- А. Опитування за системами
 - В. Деталізація скарг**
 - С. Історія розвитку хвороби
 - Д. Скарги хворого
 - Е. Історія життя
10. В якому розділі анамнезу при опитуванні хворого описуються шкідливі звички?
- А. У скаргах
 - В. В анамнезі хвороби
 - С. В анамнезі життя**
 - Д. При опитуванні за системами
 - Е. При вивченні другорядних скарг хворого

V. Основні питання за темою:

1. Що таке огляд хворого і до якої групи діагностичних методів він належить.
2. Якими мають бути умови проведення загального огляду хворого та на що слід звертати увагу при загальному огляді хворого.
3. Які різновиди загального стану хворого вам відомі? Дайте їх характеристику.
4. Які бувають порушення свідомості, охарактеризуйте їх.
5. Як характеризується положення хворого в ліжку? Дайте характеристику активного, пасивного та вимушеного положень хворого.
6. Фізіологічні дихальні шуми - везикулярне і бронхіальне дихання, механізм їх виникнення, зміни при патології.
7. Конституціональні типи та їх характеристики.
8. На що слід звертати про огляді шкіри, від чого залежить зміни кольору шкіри, як може він змінюватися та при яких захворюваннях.
9. Які бувають типи висипів та при яких патологічних станах вони спостерігаються.
10. Основні групи лімфатичних вузлів. Послідовність та методика дослідження лімфатичних вузлів.

VI. Практична робота – види та завдання:

1. Огляд хворого та визначення його загального стану, свідомості та положення в ліжку.
2. Визначення конституційного типу хворого.
3. Огляд шкіри, її придатків та підшкірної клітковини з визначенням симптомів хвороби.
4. Пальпація лімфатичних вузлів з аналізом їх стану.
5. Оформлення у письмовому вигляді даних про загальний огляд пацієнта.

VI. Зміст теми

Схема історії хвороби

1. Паспортна частина
2. ПІБ хворого
3. Вік, дата народження
4. Місце проживання
5. Місце роботи, посада
6. Дата надходження
7. Ким був направлений
8. Діагноз, з яким хворий був направлений в стаціонар
9. Клінічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання)

10. Скарги хворого
11. Анамнез захворювання (збирається в хронологічному порядку, для максимального відображення динаміки розвитку клінічної симптоматики. Дізнайтеся, яке лікування хворий отримував до курації, тому що багато терапевтичних засобів змінюють клініку захворювання)
12. Анамнез життя
 - біографічні дані: місце народження, які пологи, як ріс і розвивався, навчання, спеціальність, заміжжя, вагітність, пологи і т.д.;
 - трудової анамнез: початок трудової діяльності, професія, її зміни, умови праці, виробничі травми, участь у війні. Житлово-побутові умови в різні періоди життя хворого, склад сім'ї;
 - харчування: режим, регулярність, різноманітність, калорійність і т.д.;
 - перенесені захворювання, травми, операції, поранення, венеричні захворювання, з описом тяжкості та тривалості хвороби, ускладнення;
 - лікування, всілякі втручання, контакт з хворими;
 - епідеміологічний анамнез: контакти з інфекційними хворими.
 - шкідливі звички;
 - сімейний анамнез і спадковість (батьки, брати, сестри, діти - їх стан здоров'я, причини смерті);
 - алергічний анамнез: наявність алергічних реакцій у хворого, його родичів та дітей.
13. Об'єктивний статус
 - опитування по системам та органам
 - фізикальні дані (огляд, пальпація, перкусія, аускультация)
14. Попередній діагноз і його обґрунтування, ставиться на підставі скарг, даних анамнезу захворювання, анамнезу життя та фізикального обстеження. Необхідно використовувати лише типові для цього захворювання прояви і ознаки, узагальнюючи їх. При цьому неприпустимо повторний, послідовний виклад анамнезу та інших даних. Треба на перше місце поставити найбільш ймовірне захворювання у даного хворого і вказати інші подібні захворювання, для виключення яких необхідні додаткові дослідження. Приклад: На підставі скарг хворого (вказати які), даних анамнезу хвороби, та результатів фізикального обстеження (вказати які) можна думати про...
15. Лабораторні дані
16. Диференціальний діагноз (потрібно перерахувати загальні симптоми, які можуть бути при захворюванні, з яких проводиться диференціація. Потім відзначаються відмінності в клінічній симптоматиці з використанням анамнестичних даних

фізикального обстеження, результатів лабораторного дослідження)

17. Обґрунтування остаточного діагнозу (а підставі скарг хворого (вказати які), даних анамнезу хвороби, та результатів фізикального обстеження (вказати які), даних лабораторно-інструментального дослідження (вказати які) можна думати про...
18. Остаточний діагноз (вказується форма, тяжкість захворювання, а також ускладнення і супутні захворювання; етіологія основного захворювання; патогенез; патологічна анатомія (мікро і макро))

19. Лікування (режим; дієта; медикаментозне лікування):

1. етіотропне, 2. патогенетичне; 3. симптоматичне;
4. загальнозміцнююче; 4. фізіотерапія; 5. лікувальна фізкультура та масаж; 6. санаторно-курортне лікування;
7. оперативне лікування; 8. диспансерне спостереження і протирецидивна терапія.

20. Профілактика.

Первинна - попередження хвороби, вторинна - попередження загострень, рецидивів хронічного процесу

21. Прогноз і його обґрунтування.

На підставі динаміки захворювання, віку хворого, наявності супутніх захворювань, шкідливих звичок, умов життя, професії хворого необхідно дати конкретне обґрунтування прогнозу для життя і праці.

Прогноз у відношенні життя може бути сприятливим у тому випадку, якщо хворому не загрожують ускладнення, небезпечні для життя; сумнівним - якщо при певних обставинах у хворого (с урахуванням його віку, перебігу захворювання, прогресування, ускладнень, ефективності лікування і т.п.) може наступити летальний випадок, і несприятливий якщо у хворого летальний випадок неминучий. Прогноз у відношенні працездатності вирішується у плані тимчасової або стійкої втрати її (група інвалідності) з урахуванням ступеня функціональних порушень і професії хворого.

22. Епікриз

Епікриз повинен у стислій формі вмістити в собі увесь основний зміст історії хвороби, створюючи враження про хід обстеження хворого, діагностики, клінічного перебігу хвороби та її особливості, про терапію і прогноз.

В епікризі повинні бути відображені оцінка форми хвороби, облік атипичних симптомів, аналіз тих чи інших клінічних даних, оцінка застосовуваних методів терапії і т.д.

- Етапний - охоплює період кожних 10 днів перебування хворого в стаціонарі і оформлюється з метою вирішення лікарською контрольною комісією питання про непрацездатність хворого.

- **Перевідний** - оформлюється при зміні основного діагнозу, що потребує продовження обстеження та лікування в іншому відділенні стаціонару чи іншому лікувальному закладі.
 - **Виписний** - охоплює весь період спостереження та лікування хворого в стаціонарі.
 - **Посмертний** - оформлюється у разі смерті хворого.
23. Перелік використаної літератури. У цьому розділі вказують літературні джерела, що використовувались під час написання історії хвороби відповідно до загальноприйнятої бібліографічної форми (з зазначенням прізвища та ініціалів авторів у алфавітному порядку, назва роботи, джерело, рік і місце видання, сторінки).
24. Підпис студента
25. Дата

Загальна схема розпитування (суб'єктивне дослідження):

- паспортна частина
 - Прізвище, ім'я, по батькові
 - Вік
 - Сімейний стан
 - Стать
 - Національність
 - Освіта
 - Місце проживання
 - Місце роботи
 - Професія (посада)
 - Адреса найближчих родичів
 - Дата надходження в клініку
 - розпитування про скарги хворого, його відчуття і переживання:
 - група чітких скарг - при виражених змінах внутрішніх органів (кашель, задишка, блювота, біль, набряки, підвищення температури)
 - група неясних скарг - при хронічних захворюваннях чи функціональних розладах («поболіює, відчуваю серце» і т. д.)
 - група багаточисельних, деталізованих і невизначених скарг (невротичні скарги)
- по змісту скарги діляться:
- скарги на морфологічні зміни (зміна форми, положення, вигляду окремих частин)
 - скарги на функціональні порушення (розлади функцій - задишка, пронос)
 - скарги на патологічні відчуття (психічні переживання) - біль, погане самопочуття
- розпитування про дане захворювання, його початок і подальший перебіг до дня обстеження - *анамнез захворювання (anamnesis morbi)*

- розпитування про попереднє життя хворого - *анамнез життя* (*anamnesis vitae*)

Розпитування хворого (interrogatio) - найважливіший метод дослідження хворої людини, в якому має велике значення бесіда з хворим, детальне розпитування, що дозволяє дуже часто отримати відомості про захворювання не менш вагомі, ніж при використанні сучасних лабораторних чи інструментальних методів (до того ж останні можуть бути недоступними через відсутність необхідного обладнання чи високу вартість обстеження).

Бесіда з хворим допомагає в розумінні його особистості: з'ясовує не тільки особливості його професійної діяльності, звичок і уподобань, культурного рівня і соціального стану, але і реакцію на хворобу, соціальні, сімейні і інші проблеми, що виникли у зв'язку з захворюванням.

Обстеження хворого починається з того, що йому задають запитання. Відповідь на ці питання називають анамнестичною (від грецького слова *anamnesis* - спогад). Сукупність відомостей, отриманих при розпитуванні хворого називається анамнезом, а процес отримання цих відомостей при співбесіді називається збиранням анамнезу. Якщо анамнез зібрано з повнотою і достовірністю, то, як правило, вдається визначити характер і причину захворювання.

Правила розпитування. При першому контакті з обстежуваним лікар знайомиться з ним, уточнюючи паспортні відомості: прізвище, ім'я по батькові, вік, місце проживання і місце роботи. Отримані при цьому відомості важливі не тільки для визначення особливостей спілкування з хворим залежно від освітнього і соціального рівня, але й можуть мати певне діагностичне значення. 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 глухонімий і не може дати письмових відповідей, якщо мова і письмові здібності втрачені внаслідок ураження головного мозку.

Розповідь хворого може бути непослідовною, хаотичною і тому лікар повинен керувати у цій бесіді, задаючи додаткові запитання. При цьому не слід бути дуже настирним, щоб не змушувати догідливих хворих

підтверджувати те, що в них шукає лікар. Водночас не слід дозволяти хворому повести лікаря у напрямку певного, можливо невірної діагнозу (якщо хворий був вже на обстеженні в інших лікувальних закладах).

Розпитування проводять в такій послідовності: загальні відомості про хворого, скарги хворого та їх деталізація, історія розвитку захворювання, опитування по системах органів, історія життя.

Загальні відомості про хворого (Prefatio). Вік обстежуваного важливо знати, щоб співставити його з виглядом хворого. 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 (прогерія). Вік хворого може допомогти у визначенні причини захворювання. Для прикладу: 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. 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: пневмонія більш важко перебігає у осіб похилого віку, а цукровий діабет швидше прогресує у молодих.

Професію і місце роботи хворого важливо з'ясувати тому, що є захворювання, пов'язані з впливом шкідливих професійних факторів - професійні хвороби (вібраційна хвороба, силікоз, антракоз).

Місце проживання хворого може мати значення у виникненні ендемічних захворювань, пов'язаних з геобіохімічними особливостями місцевості (ендемічний зоб при нестачі йоду, флюороз при надлишку фтору).

Певне діагностичне значення має стать. Рак легень, виразкова хвороба, гемахроматоз, подагра частіше виявляються у чоловіків, а жовчнокам'яна хвороба, пієлонефрит, залізодефіцитна анемія - у жінок.

Скарги хворого та їх деталізація. Скарги - неприємні відчуття, що виникають при порушенні функції чи структури функціональних систем, є ознаками захворювання.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, - здоров'я - це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя. Здоровими є особи, які не скаржаться на стан свого здоров'я і у яких при клінічному і лабораторно-інструментальному обстеженні не виявляється захворювання чи порушення органів і систем. Для виявлення проявів захворювання з'ясовують скарги хворого. Розповідь хворого про неприємні відчуття необхідно деталізувати. При наявності скарги на біль слід уточнити його локалізацію, характер початку (раптовий чи поступовий), з чим хворий пов'язує виникнення болю, куди поширюється біль, як довго триває, чим супроводжується, що полегшує чи знімає біль. Подібно аналізують і інші скарги хворого.

В процесі співбесіди з хворим може виявитись неадекватне ставлення пацієнта до захворювання або стану свого здоров'я: негативне (ігнорування факту хвороби, впливу факторів ризику, стану передхвороби); зверхне - 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. Тому оцінювати скарги слід критично і при перебільшенні хворим ознак захворювань пам'ятати про агравацію; якщо ж обстежуваний з якихось мотивів розповідає про ті ознаки, яких у нього немає - це симуляція. Нарешті ігнорування пацієнтом явних ознак захворювання, або приховування їх - це диссимуляція.

Критично слід відноситись і до відомостей, які повідомляють родичі, близькі і інші особи. Слід пам'ятати, що родичі іноді навмисне приховують або змінюють факти: це частіше стосується захворювань, що виникли чи загострилися в стані алкогольного сп'яніння або при суїцидальних спробах.

Історія виникнення захворювання (Anamnesis morbi). При опитуванні розвитку захворювання необхідно детально розпитати про початок захворювання: з якого часу вважає себе хворим; захворювання починалось раптово чи поступово; якими були перші прояви захворювання, з чим хворий пов'язує виникнення захворювання; чи звертався за медичною допомогою. В хронологічній послідовності розпитують про динаміку захворювання, частоту і тривалість, причину загострень; появу інших ознак, результати попередніх обстежень, яке лікування проводилося і 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).

Історія життя (Anamnesis vitae). Відомості про життя хворого є його медичною біографією, яка описує умови його дитинства, зрілого віку. Починають розпитувати з загальнобіографічних відомостей: де і в якій сім'ї народився хворий. В педіатричній практиці деталізують вік батьків при народженні дитини, чи вчасні були пологи, яким було харчування дитини, коли почав ходити, говорити. При обстеженні терапевтичних хворих задають більш загальні питання, які стосуються місцевості проживання, матеріально-побутових умов і сімейних обставин. Запитують чи не відставав від своїх ровесників у фізичному і інтелектуальному розвитку, у якому віці пішов до школи і як давалось навчання, заняття фізкультурою. Важливим є початок трудової діяльності (у підлітковому чи зрілому віці), простежують всі види роботи з огляду на можливість шкідливих професійних впливів - професійний маршрут хворого. При цьому 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. Слід уточнити відомості про проживання на

радіаційнозабрудненій території та участь в ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС. Певне значення мають житлово-побутові умови (облаштований особняк, ізольована квартира, гуртожиток). Уточнюють режим харчування: чи є воно достатньо збалансованим, чи харчувався хворий в домашніх умовах, чи в закладах громадського харчування, чи не є прихильником вегетаріанства, роздільного харчування. Всі ці фактори можуть мати значення у виникненні захворювань органів травлення чи обміну речовин, створенні умов для зниження опірності організму.

Запитують про побутові шкідливі звички: паління, вживання алкоголю, зловживання кавою чи міцним чаєм. Детально опитують про перенесені захворювання, починаючи з раннього дитинства. Питання повинні бути коректними, зрозумілими для хворого. При розпитуванні про попередньо перенесені захворювання не слід обмежуватись лише їх 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. 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; якщо хворий не служив в армії, то що було цьому причиною (захворювання чи інші обставини). Деталізують перенесені травми, оперативні втручання, захворювання тієї чи іншої системи в дорослому віці.

Обов'язково слід запитати чи не хворів жовтяницею, малярією, туберкульозом, 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: невпорядковане статеве життя, повторні гемотрансфузії, оперативні втручання, проживання в епідеміологічно небезпечних регіонах, вживання ін'єкцій наркотичних засобів.

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

Зважаючи на поширеність алергічних захворювань, обов'язково 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 ролі спадковості у виникненні захворювання слід запропонувати хворому співставити чи не було подібних проявів захворювання у батьків, сестер, братів чи дітей. У терапії частіше передається схильність до того чи іншого захворювання (гіпертонічна хвороба, жовчо-кам'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).

Об'єктивне обстеження хворого (status praesens) - вивчення окремих органів та систем - система органів дихання, серцево-судинна система, органи травлення, органи виділення, ендокринна система, нервова система

- загальний огляд (inspectio)
- пальпація (palpatio)
- перкусія (percussio)
- аускультация (auscultatio)

Параклінічні (додаткові) методи обстеження хворого

- лабораторні
- обов'язкові: загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, кал на яйця глистів, кров на RW та СНІД
- спеціальні (по показах): біохімія крові, імунограма, мікроскопія харкотиння і інші
- інструментальні: ЕКГ, спірографія, УЗД, рентгенографія, комп'ютерна томографія та інші

Семіотика - вчення про ознаки захворювання, яке пояснює факти, отримані за допомогою різних методів обстеження хворого.

Симптоматологія - наука, що займається вивченням симптомів захворювання.

Симптом - окрема ознака захворювання.

Синдром - група симптомів патогенетично пов'язаних між собою.

Анатомічний синдром - сукупність фізичних симптомів чи ознак, які відповідають структурним змінам органів.

Функціональний чи фізіологічний синдром - поєднання функціональних симптомів.

Загальна семіотика охоплює ті ознаки та властивості, які повинні бути оцінені у кожного хворого незалежно від захворювання:

- вік, стать, конституція - основні ознаки
- загальний стан хворого, положення тіла, осанка, хода, вираз обличчя, лихоманка, біль, набряки, задишка і т.і.

Діагноз - коротке лікарське заключення про суть захворювання і стан хворого, виражене в термінах сучасної медичної науки.

Види діагнозу:

за характером та змістом: етіологічний, патогенетичний, нозологічний, патологоанатомічний, анатомічний, патофізіологічний.

За способом побудови та обґрунтування:

- прямий - розпізнавання від симптому до хвороби
- диференційний - коли спіставляють декілька ймовірних захворювань (діагноз методом виключення)
- діагноз «шляхом спостереження» - коли поставити діагноз можна тільки після тривалого спостереження за пацієнтом
- діагноз за лікувальним ефектом - встановлюють за позитивним результатом специфічного лікування.

По часу виявлення захворювання:

- ранній діагноз - захворювання розпізнається на початку розвитку
- пізній діагноз - захворювання розпізнається пізно
- секційний діагноз ставиться на секційному столі по ступеню достовірності
- орієнтовний діагноз - висувається в ході обстеження пацієнта як робоча гіпотеза
- попередній діагноз - ставиться після початкового обстеження хворого, яке обмежується розпитуванням, застосуванням загальноклінічних методів обстеження окремих органів і систем
- заключний клінічний діагноз - встановлюється після різностороннього обстеження хворого
- діагноз під питанням - в трудних випадках

Діагностичні помилки

- зумовлені хворобою - невідоме чи рідкісне захворювання, відсутність симптомів, схожість з іншими хворобами
- зумовлені хворим - неможливість зібрати анамнез, неправильний і спотворений анамнез з метою симуляції, неможливість провести об'єктивне обстеження, наявність супутньої патології
- зумовлені лікарем - недостатні знання, неухважність, надмірна впевненість, переоцінювання даних обстеження
- зумовлені зовнішньою обстановкою - шум, недостатність освітлення, непристосованість приміщення

Загальний огляд

- оцінка загального стану хворого
- оцінка стану свідомості
- положення хворого
- тілобудова (habitus) - конституція, ріст, вага хворого)

Проводячи розпитування хворого, лікар водночас оглядає його і лише з педагогічних міркувань для засвоєння послідовності обстеження хворого цей метод описуємо після опитування. Спочатку проводять

загальний огляд, а потім послідовно оглядають ділянки тіла. Методично правильно послідовно проведений огляд хворого при достатній інформованості лікаря про діагностичне значення виявлених ознак дає підстави для встановлення попереднього діагнозу. Діагностична результативність огляду визначається ерудицією лікаря (побачити можна лише те, що знаєш) не тільки у терапії, але і в суміжних галузях медицини. Виявлення ознак специфічних для певного захворювання (патогномонічних симптомів) дозволяє досвідченому клініцистові діагностувати захворювання «з першого погляду», але це не звільняє від методичного послідовного огляду хворого.

Огляд проводять при денному освітленні (штучне освітлення маскує жовтяницю). Крім огляду при прямому освітленні, хворого оглядають при боковому освітленні, що дозволяє легше виявити окремі ознаки (пульсацію судин, верхівковий поштовх, перистальтичні рухи кишківника). Послідовно оголюючи хворого, оглядають всі частини тіла. Така методика попереджує діагностичні помилки, що виникають, якщо оглядають лише ділянку, про захворювання якої, ґрунтуючись на бесіді з хворим, думає лікар. Всі виявлені при огляді ознаки записують в історію хвороби.

На основі повного обстеження хворого оцінюють його *загальний стан*. Розрізняють задовільний, середньої тяжкості, тяжкий і надміру тяжкий стани. Оцінка загального стану хворого ґрунтується на комплексній оцінці його свідомості, рухової активності, положення в ліжку. Вирішальне значення має оцінка загрози для життя хворого виявленого захворювання.

Свідомість хворого оцінюється як ясна, якщо хворий адекватно відповідає на питання, орієнтується в місцевості, часі і в своїй особі. Розрізняють такі порушення свідомості: ступорозний стан, сопор, кома, делірій, сутінковий стан свідомості.

Ступорозний стан свідомості (стан оглушення) - часткове виключення свідомості із збереженням словесного контакту на фоні підвищеного порогу сприйняття всіх зовнішніх подразників і зниження власної активності. Хворий при цьому частково дезорієнтований в місці, часі, ситуації. Лікар при обстеженні виявляє помірну сонливість хворого, сповільнене виконання команд. Мовний контакт збережений, але для отримання повної відповіді доводиться повторювати запитання. Відповіді односкладові. Зберігається орієнтація в своїй особі. Очі відкриває на мову. Реакція на біль активна, цілеспрямована. Найчастіше ступорозний стан свідомості є ознакою вживання наркотичних засобів, отруєння алкоголем, контузії.

Сопорозний стан - виключення свідомості з відсутністю словесного контакту при збереженні координованих захисних реакцій на больові подразники. Мовний контакт не можливий. Хворий не виконує найпростіших команд. Може стогнати, неусвідомлено відкривати очі на

біль, різкий звук. Це може бути при отруєннях алкоголем, наркотичними і снодійними засобами, в початковій стадії уремії, при печінковій недостатності, при ураженні мозкових оболонок. Сопор може передувати розвиткові коми і тоді оцінюється як передкоматозний стан.

Кома - повне виключення свідомості з тотальною втратою сприйняття довкілля і самого себе з вираженими неврологічними і вегетативними розладами. Відсутні реакції на будь-які зовнішні подразники, крім сильних больових. У відповідь на больові подразники можуть виникати розгинальні чи згинальні рухи в кінцівках, тонічні судоми. На відміну від сопору захисні рухові реакції не координовані, не спрямовані на усунення подразнення. Очі на біль не відкриваються. Зіничний і рогівковий рефлекс збережені. Сухожилкові рефлекс підвищені. З'являються рефлекс орального автоматизму і патологічні ступневі. Ковтання різко затруднене. Контроль сфінктерів порушений. Залежно від патогенезу виділяють алкогольну кому (при тяжкому отруєнні алкоголем), апоплексичну кому внаслідок крововиливу в мозок, гіпоглікемічну кому після введення інсуліну, діабетичну кому при підвищенні рівня цукру крові, гепатаргічну кому при порушенні функцій печінки, уремічну кому при порушенні функцій нирок.

Клінічними ознаками марення (маячення) є гостре різке потьмарення свідомості з грубою дезорієнтацією в оточуючому середовищі і власній особі. Характерні тривога і страх, рухове збудження іноді з агресивними тенденціями, зорові і слухові галюцинації, яскраві маячні переживання з наступною амнезією. Найчастіше виникає при алкоголізмі, при інтоксикації (при запаленні легень у осіб, що зловживають алкоголем), при отруєнні атропіном, при ендогенних інтоксикаціях (діабет, уремія, порфірія), при метастазуванні пухлини в мозок.

Сутінкові розлади свідомості проявляються дезорієнтацією, появою страхітливих галюцинацій, злістю, страхом, збудженням з агресією. Хворі схильні до руйнівних жорстоких вчинків. Спостерігається повна амнезія подій, які мали місце під час сутінкового стану. Такі зміни свідомості характерні для епілепсії. При цьому може виявлятися "автоматизована жестикуляція". Такі мимовільні рухи можуть бути розмаїтими - погладжування, потирання, пощипування рукою окремих ділянок тіла, натягування на себе простирадла, спроба відсунути неіснуючий предмет. Ця ознака свідчить про глибоке порушення функцій мозку і часто є прогностично несприятливою, хоча недосвідчений лікар може оцінити її як прояв адекватної реакції хворого.

Якщо дозволяє стан хворого, то краще починати огляд у вертикальному положенні його. Саме тоді легше виявити деформацію грудинноключичних зчленувань, зміни хребта (сколіоз, кіфоз чи лордоз при викривленні вбік, дозаду чи надмірному випрямленні його).

Якщо хворий лежачий, то звертають увагу на його положення в ліжку, яке може бути активним, пасивним чи вимушеним.

Активним називається таке положення в ліжку, коли хворий у змозі його змінити, обслужити себе (поправити ковдру, сісти в ліжку).

Перебуваючи у пасивному положенні хворий нерухомий, не може самостійно змінити прийняту позу (яка найчастіше визначається дією законів тяжіння) навіть, якщо вона незручна: голова глибоко втиснена в подушки або сповзла з них, кінцівки безсило звисають. Найчастіше це є ознакою розладів свідомості, лихоманки, або виявляється у знесилених болем хворих. Пасивне положення хворого - ознака важкого стану.

Вимушене положення хворий займає для полегшення страждань (болю, задишки). Вимушене положення хворого може бути настільки специфічне, що з першого погляду дозволяє діагностувати характер патології. Хворий під час приступу бронхіальної астми вимушеним положенням фіксує м'язи плечового поясу, опираючись долонями на підвіконня, стіл, чи власні коліна, нахилиючи тіло вперед. Таке положення дозволяє форсувати і полегшити видих. При серцевій астмі хворий напівсидить у ліжку чи кріслі з опущеними ногами, що сприяє зменшенню притоку крові до серця і полегшує ядуху. При болях в животі, пов'язаних з пухлиною підшлункової залози, хворий лежить на животі. Хворий з випітним перикардитом сидить на стільці, осідлавши його, опершись на подушку, яку розміщують на спинці.

При болях, що походять з парієтальної очеревини (при перитоніті), хворий уникає будь-яких рухів і особливо дотику до напружених м'язів живота. При кишкових кольках натискування на черевну стінку полегшує больові відчуття.

Хворі з порожнинами в одній з легень найчастіше лежать на боці ураження, що зменшує кашель; при повертанні хворого на інший бік - вміст порожнини надходить у бронхи, що спричиняє кашель. Таке вимушене положення на боці ураження погіршує дренаж бронхів і не сприяє одужанню хворого. Вимушене пасивне положення хворого може бути призначене лікарем для покращення перебігу захворювання (у перші дні перебігу інфаркту міокарда).

Шкіра і її похідні. Зміни на шкірі часто є дзеркалом прихованих змін внутрішніх органів. Шкіра здорової людини має рівний тілесний колір, видимі слизові рожевого або блідо-рожевого забарвлення.

Колір шкіри залежить не лише від вмісту гемоглобіну, але й від кровонаповнення судин шкіри, товщини її, кількості пігменту. Блідість шкіри може залежати від спазму судин різного генезу, від зменшення кровонаповнення судин при колапсі чи крововтраті. У хворих з патологією нирок може бути поєднання анемії, спазму судин і набряку тканин, що проявляється блідістю шкіри. Блідість шкіри з потовщенням її може виявлятися у хворих з мікседемою. Забарвлення шкіри "кава з молоком" є ознакою затяжного септичного ендокардиту.

Почервоніння шкіри може виявлятися при лихоманці, тепловому чи сонячному ударі, при роботі на відкритому повітрі, при еритремії. Синюшне забарвлення шкіри і слизових (cyanosis) є ознакою недостатності кровообігу чи хронічної легенево-серцевої недостатності.

Жовте забарвлення шкіри (icterus) і слизових найчастіше зумовлене збільшенням кількості білірубину, що є ознакою захворювань печінки, підвищеного гемолізу еритроцитів. Найлегше виявити жовтяницю на склерах, вуздечці язика і м'якому піднебінні.

Темно-коричневе забарвлення шкіри може виявлятися при недостатності функції наднирників. Забарвлення шкіри нагадує інтенсивну засмагу, більш виражену на відкритих ділянках.

Пігментні плями на обличчі і підсилена пігментація білої лінії живота, сосків молочних залоз можуть бути ознаками вагітності. Є випадки, коли шкіра позбавлена пігменту (альбінізм). Частіше виявляються вогнища депігментації у вигляді білих плям - (vitiligo).

Вологість шкіри визначається функцією потових залоз. Підвищена вологість шкіри може спостерігатись у здорових людей при високій температурі довкілля, при тяжкій роботі, при емоційному перевантаженні.

Надмірна пітливість може виявлятися при критичному зниженні високої температури (під дією ліків чи спонтанно), при туберкульозі (нічні виснажуючі поти), гнійних захворюваннях, септичних станах. Підвищена пітливість може виявлятися при тиреотоксикозі, нейроциркуляторній дистонії.

Надмірна сухість шкіри може бути ознакою зневоднення організму (при проносах, нестримному блюванні), при надмірному виведенні рідини нирками (цукровий, нецукровий діабет). Сухість шкіри може залежати від прийому ліків (атропін), бути ознакою гіпофункції щитовидної залози (мікседема), коли зниження тургору супроводжується підвищеним зроговінням шкіри.

Розеола (roseola) - плямисті висипання діаметром 2-3 мм, зникають при натискуванні. Найчастіше виявляються на животі і нижній частині грудної клітки (при черевному тифі, паратифах, сифілісі).

Еритема (eruthema) - різко відмежена від здорових тканин гіперемована ділянка, що незначно підвищується над здоровою шкірою.

Кропив'янка (urticaria) - круглі чи овальної форми червонуватобілі міхурці на шкірі, схожі на такі при опіковій кропивою. Найчастіше є проявом алергії, можуть виявлятися при порушеннях функції печінки.

Герпетичні висипання (herpes) - міхурці діаметром від 0,5 до 1 см, які спочатку містять прозору, а потім мутну рідину. Через декілька днів міхурці тріскають, оголюючи ерозовані ділянки. Найчастіше виявляються на губах і крилах носа (при запаленні легень, респіраторній інфекції) або вздовж гілочок нервів (оперізуючий лишай).

Крововиливи в шкіру (haemorrhagiae) - можуть бути різної величини: точкові (петехії), лінійні (екхімози), масивні (гематоми). На відміну від висипань вони не зникають при натискуванні, з часом змінюють своє забарвлення (червоне змінюється на зелене, а згодом жовте). Наявність пурпури може бути ознакою гіповітамінозу, порушення функції чи зменшення кількості тромбоцитів, захворювань печінки.

Атрофія (atrophia) - шкіра стоншується, легко травмується, втрачає звичайний малюнок. Може бути ознакою старечої атрофії, дискоїдного червоного вовчака, ліподистрофії після ін'єкцій інсуліну.

Ерозія (erosia) - найбільш поверхневе порушення цілості шкіри внаслідок розриву везикул при герпетичних чи інших висипаннях, з оголенням блискучої червоної поверхні.

Тріщини (fissura) - лінійне пошкодження епідерми до дермальних шарів найчастіше при гіперкератозі, гіповітамінозі (у кутиках рота).

Виразка (ulcus) - глибоке пошкодження шкіри аж до папілярного шару. Найчастіше є результатом травматичного пошкодження, опіку, порушення живлення (при варикозному розширенні вен).

Лімфатичні вузли. При огляді можна виявити лише значно збільшені лімфатичні вузли, при цьому звертають увагу на зміни шкіри над ними (почервоніння, утворення нориць). Більш детально стан вузлів можна оцінити при пальпації. У здорової людини лімфатичні вузли не збільшені і не пальпуються.

Послідовно проводять пальпацію шийних, підщелепних, над- і підключичних, пахвових, ліктьових, пахвинних і підколінних лімфатичних вузлів. Лімфатичні вузли пальпують долонною поверхнею пальців рук, а більш глибоку пальпацію проводять кінчиками пальців. Визначають величину вузлів, їх консистенцію, болючість, рухомість, злученість з оточуючими тканинами, флюктуацію, наявність рубців над ними.

Огляд рук і ніг. Руки у здорової людини прямі. Щоб це визначити обстежуваний витягує їх вперед долонями догори і з'єднує так, щоб мізинці стикалися. Якщо при цьому руки не стикаються ліктями, значить вони прямі, в іншому випадку кажуть про Х-подібну форму.

Ноги можуть бути прямими, О- або Х-подібними. Прямі ноги у вертикальному положенні дотикаються одна одної п'ятами, внутрішніми щиколотками, литками, внутрішніми виростками і всією поверхнею стегон. Ноги О-подібної форми стикаються тільки в верхній частині стегон і п'ятами; Х-подібної форми - в ділянці стегон, внутрішніх виростків стегна і розходяться в ділянці литок і п'ят. Відстань між виростками стегон при О-подібній формі і між п'ятами при Х-подібній формі більше 5 см вказує на значне відхилення форми ніг від норми. Стопи можуть бути сплюсненими і плоскими. Непропорційно великі стопи виявляють при акромегалії.

Обстеження суглобів і локомоторного апарату починають з детального огляду уражених суглобів. Кожен суглоб має властиву йому форму. При розвитку у суглобах патологічних процесів змінюється зовнішній вигляд їх.

Найлегша ступінь цих змін - зміна контурів суглобів (згладженість його контурів), припухлість суглобів - повна втрата його природних обрисів за рахунок набряку тканин і випоту в суглоб, що виявляється при пальпації. Хронічні запальні процеси в суглобах зумовлюють стійку деформацію і дефігурацію суглобів (куляста деформація колінних суглобів частіше буває при ювенільному ревматоїдному артриті, веретеноподібна - при туберкульозному артриті, булавовидна - при сифілісі).

Деформовані суглоби є причиною хибного установа кінцівок, особливо нижніх. При різних суглобових захворюваннях можуть виникати варусні розміщення колінних суглобів, (О-подібні ноги), або вальгусні – (Х-подібні ноги).

Голова. Значні зміни розмірів черепа частіше виявляються при огляді дітей: збільшений череп при гідроцефалії, зменшений при мікроцефалії. Чотирикутна форма голови частіше є ознакою перенесеного у дитинстві рахіту. Певне діагностичне значення має положення голови. Обмежена рухливість або повна нерухомість її виявляють при остеохондрозі, анкілозуючому спонділоартриті. Похитування голови у передньо-задньому напрямі синхронно до серцевих скорочень можливе при недостатності клапанів аорти (при цьому спостерігається блідість шкіри і пульсація сонних артерій на шії - “танок каротид”). Посмикування голови або окремих частин тулуба може бути ознакою нервового тикку або малої хореї.

Огляд обличчя. Вираз обличчя при доброму самопочутті спокійний, осмислений, бадьорий, при захворюванні - страждальний.

При гарячці - обличчя збуджене, шкіра червона, очі блискучі (*facies febrilis*).

Набрякле обличчя буває при захворюваннях нирок (*facies nephritica*), частих нападах при бронхіальній астмі і надсадному кашлі, місцевому венозному застої внаслідок пухлинного процесу середостіння чи випітному перикардиті (внаслідок стискання верхньої порожнистої вени); може бути і алергічного походження (набряк Квінке).

При серцевій недостатності обличчя набрякле, жовто-блїде з синюшним відтінком, рот напіввідкритий, губи ціанотичні, очі злипаються (обличчя Корвізара). Ціанотичний рум'янець на щоках, синюшне забарвлення слизової губ і кінчика носа, легкожовтушні склери при стенозі лівого атріовентрикулярного отвору (*facies mitralis*).

Насторожене, тривожне, перелякане обличчя, розширені очні щілини, витрішкуваті блискучі перелякані очі - обличчя хворого при тиреотоксикозі (*facies Basedovica*). При мікседемі, навпаки, лице

набрякле, рівномірно заплиле, амімічне, очні щілини звужені, волосся на зовнішніх половинах брів відсутнє, ніс і губи потовщені, шкіра бліда. Збільшені, виступаючі ніс, нижня щелепа, надбрівні дуги, лобні горби, товсті губи дозволяють діагностувати акромегалію. Такі ж риси обличчя, але м'якше виражені, іноді бувають у жінок в період вагітності. Інтенсивно-червоне, округле, як повний місяць обличчя з розростанням бороди і вусів у жінок може виявлятися при хворобі Іценко-Кушінга. При тяжких хронічних захворюваннях печінки обличчя стомлене, шкіра і слизові жовті. “Метелик” на перенісці (еритема на спинці носа, або в ділянці щік чи надбрівних дуг, не обов'язково симетрична) виявляється при системному червоному вовчаку. При системній склеродермії обличчя маскоподібне, амімічне, шкіра восковидна, натягнута, блискуча, тяжко береться у складку, очі напіввідкриті, губи стоншені, ротова щілина звужена, оточена зморшками у вигляді кисету. Темно-бузкова еритема і периорбітальний набряк на обличчі виявляють при дерматоміозиті. Асиметрія рухів м'язів обличчя і глибини носогубних складок може бути ознакою порушення мозкового кровообігу або неврити потрійного нерва. Зміни рис обличчя, що виникають при важких захворюваннях органів черевної порожнини описані ще Гіппократом: глибоко запалі очі, загострені риси, шкіра різко бліда з синюшним відтінком, вкрита краплями холодного поту (*facies Hippocratica*).

Очі. При огляді звертають увагу на ширину очних щілин, стан повік, кон'юнктиви, склер, рогівки і зіниць. Нерівномірність очних щілин може бути наслідком опущення одної повіки внаслідок паралічу ококорухового нерва чи крововиливу або сифілітичного ураження мозку. Звужені очні щілини можуть бути при захворюванні нирок, мікседемі; розширені - при тиреотоксикозі. Ознакою міастенії є неможливість під вечір піднімати верхні повіки, внаслідок чого очні яблука залишаються частково або зовсім закритими. “Мішки” під очима можуть бути першою ознакою гострого нефриту або виникають при пароксизмах кашлю, після безсоння; у здорових людей - після вживання солоних, перчених страв. Темне забарвлення повік може виявлятися при недостатності наднирників, тиреотоксикозі; жовті обмежені плями на шкірі повік (ксантоми) при патології ліпідного обміну, захворюваннях печінки. Западіння обох очних яблук виявляють при перитоніті, холері, значному зневодненні, у агонуючих хворих.

При огляді кон'юнктиви можна побачити її блідість, яка корелює з рівнем гемоглобіну в крові; почервоніння її є ознакою запалення при вірусних і бактеріальних інфекціях; можуть виявлятися точкові крововиливи (при гіпертонічній кризі, затяжному септичному ендокардиті). Оглядаючи склери, можна виявити їх ін'єктованість судинами (при кашлі, приступі бронхіальної астми, інфекційних

захворюваннях); тут найлегше виявити жовтушне забарвлення, що є проявом жовтяниці.

Рогівковий рефлекс перевіряють дотикаючись клаптиком паперу до рогівки, що спричиняє негайне заплющення очей. Двобічна відсутність рогівкового рефлексу може бути ознакою коматозного стану, наркотичного сну; однобічна відсутність такого рефлексу може бути при ураженні потрійного нерва.

При огляді зіниць звертають увагу на їх величину, симетричність, реакцію на світло. Звуження зіниць виявляють при уремії, пухлинах, запальних захворюваннях і крововиливах всередині черепа, при отруєннях морфієм і нікотинном. При аневризмі аорти чи пухлині, що здавлює шийний симпатичний вузол, може виявлятися однобічне звуження зіниці на боці ураження. Таке ж однобічне звуження зіниці може бути у людей, що тривало працюють з моноклем (ювеліри, годинникарі). Розширення зіниць виявляють при коматозних станах (за винятком уремії і крововиливу в мозок), при отруєнні атропіном чи закапуванні його в кон'юнктивальний мішок для проведення офтальмоскопії, при ботулізмі, клінічній смерті, у агонуючих хворих. Ритмічна пульсація зіниць (звуження і розширення їх) синхронна з серцевими скороченнями може бути ознакою недостатності клапанів аорти. При патологічному диханні Чейн-Стокса зіниці ритмічно розширюються у фазу дихання і звужуються при зупинці дихання.

Реакцію зіниць на світло перевіряють таким способом: лікар двома долонями щільно прикриває очі обстежуваного (можна почергово) і стежить чи звузились зіниці і як швидко це сталося при попаданні на них світла. У здорової людини звуження зіниць при дії світла відбувається миттєво і цю реакцію оцінюють як жваву. Слабо виражена або відсутня реакція на світло може бути при коматозних станах, отруєннях наркотиками, атропіном.

Косоокість виникає при паралічі очних м'язів (отруєння свинцем, ботулізм, дифтерія), при ураженні головного мозку чи його оболонки.

Ніс. При огляді оцінюють форму, розміри, місцеве забарвлення шкіри, стан носового дихання. Непропорційно великий ніс (разом з товстими губами, великими скуловими кістками) є ознакою акромегалії; не так різко він збільшений при мікседемі. Загострений ніс є ознакою різкого виснаження, зневоднення, системної склеродермії. Червоний ніс з синюшним відтінком може бути ознакою алкоголізму. Викривлення носа може бути наслідком травми (у боксерів), а сідлоподібна форма - ознакою сифілісу. Еритематозні висипання на спинці носа або атрофічні рубчики свідчать на користь червоного вовчака. Герпетичні висипання на крилах носа можуть бути при запаленні легень, тоді ж виявляється, що крила носа приймають участь у диханні (піднімаються при вдиху, спадаються при видиху). Утруднене носове дихання найчастіше є ознакою запального процесу у носових ходах і придаткових пазухах носа, що

супроводжується розростанням поліпів або при викривленні носової перетинки, при цьому у хворого постійно відкритий або привідкритий рот.

Вуха. Ціанотичне забарвлення їх шкіри є ознакою легенево-серцевої недостатності, блідість мочок вух є ознакою малокрів'я, горбики жовто-білого кольору на внутрішній поверхні вуха можна виявити при подагрі.

Рот. Сухі потріскані губи, вкриті коричневими кірками найчастіше бувають при тяжких інфекційних захворюваннях, що супроводжуються лихоманкою. Ціаноз слизової губ є ознакою недостатності кровообігу. Герпетичні висипання на губах виявляють при лихоманці, вірусній інфекції, запаленні легень.

Кровоточивість ясен виявляють при гіповітамінозі, геморагічних станах, отруєннях металами (свинцем, ртуттю), парадонтозі. Виразки на яснах і на слизовій щік є ознакою кандидомікозу. Зміни на слизовій ротової порожнини можуть виявлятися раніше ніж на шкірі: буро-коричневі плями на слизовій щік при недостатності наднирників, еритематозно-набрякові (енантеми) з чіткими контурами і ерозивним центром при червоному вовчаку. Афти, міхурці, виразки можуть бути проявами гінгівіту, стоматиту. Жовте забарвлення вуздечки язика і м'якого піднебіння виявляється раніше ніж жовтяниця на шкірі. При огляді зубів оцінюють їх кількість, наявність карієсу.

При огляді язика звертають увагу на величину і форму його: збільшений товстий язик може бути проявом мікседеми, акромегалії, алергічної реакції, пухлини його чи травми. Гладкий язик з атрофованими сосочками виявляють при захворюванні шлунка. Сухість слизової язика з тріщинками її, що кровоточать вказує на тяжкий стан хворого. Відбитки зубів на бокових поверхнях язика є ознакою збільшення його, а дрібні рубчики - наслідок травматичних прикусів при епілептичних нападах.

Тремтіння кінчика висунутого язика виявляють при тіреотоксикозі, алкоголізмі; відхилення його вбік (девіація) - при геміплегії внаслідок порушення мозкового кровообігу. Закінчують огляд ротової порожнини детальним обстеженням зіву і мигдаликів.

Шия. При огляді звертають увагу на її висоту: для хворих з емфіземою легень характерна коротка шия, коли голова виглядає посадженою на грудну клітку. Набухлі розширені вени на шиї є ознакою застою крові внаслідок серцевої недостатності, а також, затрудненого відтоку крові з верхньої порожнистої вени при пухлині середостіння, ексудативному перикардиті, медіастіноперикардиті. При огляді можна побачити пульсацію сонних артерій "танок каротид" при вираженій недостатності клапанів аорти.

Збільшення щитовидної залози може бути рівномірним і тоді при огляді виявляють круглу шию або може ізольовано збільшуватись одна її доля (при аденомі).

Оцінюючи будову тіла людини, визначають **конституційний тип** - сукупність функціональних і морфологічних особливостей організму, що склалися на основі спадкових і набутих властивостей і визначають його реакцію на вплив екзо- і ендогенних факторів. За класифікацією М.В. Чорноруцького розрізняють нормостенічний, астеничний і гіперстенічний конституційний типи. Найчастіше визначається змішаний тип, з переважанням ознак астеничного чи гіперстенічного типів.

Люди, які належать до **астеничного типу**, відрізняються такими особливостями: поздовжні розміри тіла переважають над поперечними, кінцівки переважають над тулубом, грудна клітка над животом. Обличчя вузьке, шия тонка і довга, грудна клітка вузька і плоска, підшкірний шар розвинуто мало, шкіра стоншена і суха. Серце і паренхіматозні органи відносно малих розмірів, легені видовжені, діафрагма розміщена низько. Артеріальний тиск частіше знижений. Виявляється гіпофункція наднирників і статевих залоз, гіперфункція щитовидної залози і гіпофізу. В крові низький рівень (у межах норми) холестерину, кальцію, сечової кислоти, глюкози.

У людей з **гіперстенічним типом** конституції виявляються протилежні ознаки: вони коренасті, череп невисокий, обличчя округле і широке, шия товста і коротка, короткі кінцівки, живіт переважає над грудною кліткою. Розвинути м'язи, достатньо виражена підшкірна основа. Частіше виявляється підвищений артеріальний тиск. Виявляється гіпофункція щитовидної залози, підсилення функції статевих залоз і наднирників. В крові виявляється підвищений вміст еритроцитів, гемоглобіну, холестерину.

Нормостеніки відрізняються пропорційністю і вищезазначені ознаки виявляються з відхиленням до середніх характеристик.

Визначення типу конституції дозволяє правильно оцінити топографічне розміщення органів, функції систем організму, прогнозувати певну схильність до захворювань.

Лабораторне та інструментальне дослідження при обстеженні хворого

Методи лабораторного та інструментального дослідження ще називають додатковими, оскільки вони призначаються не всім хворим, а лише у разі необхідності і тільки після обстеження пацієнта з використанням основних клінічних методів. Однак, таке тлумачення цих методів є відносним, тому що деякі із них використовують для остаточного підтвердження (верифікації) діагнозу (наприклад стерильна пункція з наступним вивченням клітинного складу кісткового мозку при гематологічних захворюваннях).

Інструментальні дослідження

Рентгенологічне обстеження. Метод, який найчастіше застосовується у клінічній практиці і базується на просвічуванні окремих частин тіла рентгенівськими променями за рентгенівським екраном (рентгеноскопія). На екрані можна побачити тіні різної прозорості: на фоні прозорих легень можна виявляти ділянки ущільнення легеневої тканини, визначати розміри і конфігурацію серця. Для фіксації виявлених змін проводять *рентгенографію* - знімають зображення на плівку, що засвічується рентгенівськими променями. На рентгенівській плівці отримують негативне зображення (світлі на рентгенівському екрані місця на плівці - темні і навпаки).

Рентгенографія є найбільш розповсюдженим методом в клінічній практиці, який дає первинну об'єктивну і задокументовану інформацію. При цьому треба пам'ятати, що рентгенограма грудної клітки є площинним зображенням складного об'ємного об'єкту.

При дослідженнях порожнистих органів, що дають на екрані порівняно густу однорідну тінь (шлунок, кишечник, жовчний міхур, чашечно-лоханочна система нирок) проводять їх контрастування.

Для дослідження шлунково-кишкового тракту хворому дають випити водну суспензію сульфату барію, а при дослідженні товстої кишки вводять цю суміш клізмою (іригографія). При дослідженнях жовчного міхура і внутрішньопечінкових жовчних ходів (холецистографія, холеграфія) хворому дають випити контрастні речовини (холевід, білітраст) або вводять їх внутрішньовенно (білігност). Ці речовини заносяться у печінку і нагромаджуються у жовчних протоках і жовчному міхурі.

Рентгенологічне дослідження чашечно-лоханочної системи нирок (пієлографія) проводять з використанням уротрасту. Рентгенологічне дослідження бронхів (бронхографія) можливе лише після заповнення часточкових і сегментарних бронхів ураженої ділянки контрастною речовиною (йодліпол). Дослідження судин (ангіографія) проводять з використанням кардіотрасту.

Томографія. Значним досягненням, що вдосконалює рентгенівське дослідження, є томографія або пошарова рентгенографія, що дозволяє отримати зображення окремих шарів досліджуваної ділянки, розташованих на певній глибині. Тіні органів і утворів, розміщених на меншій чи більшій глибині, не накладаються на основне зображення, що дозволяє чітко локалізувати пухлини, запальні інфільтрати. Товщина томографічного шару коливається від 0,5 до 2 см.

Комп'ютерна томографія. За її допомогою отримують зображення поперечних зрізів людського тіла на різних рівнях. Вона дає змогу чітко диференціювати структури тканин і середовищ за щільністю (кров, рідина, пухлина, межі тканин), завдяки чому можна визначити локалізацію і поширення патологічних процесів в органах і тканинах. Здійснюють дослідження на спеціальному комп'ютерному томографі, який складається із здатного до переміщення рентгенівського випромінювача, ЕОМ і

регистратора. Інформація надходить на комп'ютер, що перетворює її на зображення у вигляді поперечного зрізу досліджуваного органу. Зображення можна отримати на екрані телемонітора, плівці і полероїдному слайді (рентгенотелебачення).

Комп'ютерна томографія зробила доступною діагностику патологічних процесів у головному мозку, дослідження органів грудної клітки, в тому числі середостіння, органів черевної порожнини і розміщених заочеревинно. Ділянки організму, недоступні дослідженню іншими методами, дають інформацію про їхній стан.

Ендоскопічні методи дослідження (від грец. *ender* – усередині, *skopio* – оглядаю). Це методи інструментального дослідження слизової оболонки порожнистих органів за допомогою спеціальних оптичних приладів – ендоскопів.

Нерідко ендоскопію поєднують із біопсією і морфологічними дослідженнями отриманого матеріалу.

За допомогою ендоскопії можна дослідити бронхи, шлунок і дванадцятипалу кишку (гастродуоденоскопія), жовчні шляхи (холедохоскопія), кишки (колоноскопія) тощо. Найбільшого поширення набула ендоскопія в гастроентерології: її застосовують для огляду стравоходу (езофагоскопія), дванадцятипалої кишки (дуоденоскопія), прямої кишки (ректороманоскопія), товстого кишківника (колоноскопія). Для діагностики і лікування захворювань органів дихання використовують ларингоскопію (огляд трахеї), бронхоскопію (дослідження бронхів), торакоскопію (дослідження порожнини плеври).

Ендоскопічні методи впроваджені в урологічну практику - цистоскопія, нефроскопія; застосовують її і для дослідження суглобів - артроскопія, судин - ангіоскопія, порожнини серця - кардіоскопія.

Знайшла своє застосування ендоскопія і в ургентній невідкладній діагностиці і лікуванні: для виявлення причин внутрішньої кровотечі, видалення каменів чи сторонніх тіл. За допомогою ендоскопії здійснюють бужування, зрошення та аплікації лікарськими засобами оболонок порожнин, електрохірургічні та кріохірургічні маніпуляції, лазеротерапію, ультразвукове опромінення.

Капіляроскопія - метод прижиттєвого дослідження капілярів шкіри, кон'юнктиви. Дослідження капілярів проводять за допомогою апарату – капіляроскопа або звичайного мікроскопа.

Офтальмоскопія (огляд очного дна). Використовують спеціальне очне дзеркало – офтальмоскоп та інші прилади.

Радіоізотопна діагностика - сукупність методів для вивчення патологічних змін органів і систем з використанням спеціальних радіоактивних ізотопів. Вводять в організм людини радіоактивні сполуки, які, поширюючись в ньому, накопичуються в певних органах, що дає змогу вивчати обмін речовин, функцію органів, секреторно-екскреторні процеси.

До радіоізотопних методів належать радіометрія, радіографія, сканування, сцинтиграфія.

Радіометрію (визначення концентрації радіоізотопів в органах і тканинах) застосовують для вивчення функціонального стану щитоподібної залози, визначаючи накопичення радіоактивного йоду.

Радіографію (реєстрація накопичення, розподілу та виведення з органу ізотопу) використовують для дослідження функції легень, печінки, нирок, для аналізу стану кровообігу і вентиляції легень.

Сканування і сцинтиграфія (від англ. scan – уважно оглядаю) – отримання топографічного зображення органів, які вибірково накопичують відповідний ізотоп. Розподіл радіоактивної речовини в тканинах органа і гамма-випромінювання реєструються з допомогою детектора гамма-топографа або сканера. Детектор (лічильник випромінювання) переміщується над досліджуваним органом, що нагромадив радіонуклідний засіб. Електронний пристрій перетворює потік імпульсів у графічне зображення чорно-білого або кольорового штрихування чи друкованих цифр (комп'ютерне сканування). У разі дифузного ураження паренхіматозних органів на сканограмі спостерігається суцільне зменшення густини рисок. Вогнищеві патологічні процеси проявляються різної величини дефектами поглинання радіоактивного індикатора.

Радіоізотопну діагностику широко застосовують при дослідженні печінки, підшлункової залози. Сканування і сцинтиграфію печінки здійснюють препаратами радіоактивного золота, що дає змогу визначити величину, вогнищеві і дифузні зміни органу. Для отримання інформації про функціональний стан гепатобіліарної системи використовують “бенгальський рожевий” з радіоактивним йодом.

Використовуючи ізотопи, які вибірково накопичуються у міокарді, можна побачити зону некрозу. Радіоізотопи використовують для визначення функції зовнішнього дихання, аналізу легеневого кровообігу, функціонального й анатомічного стану нирок. За допомогою радіоізотопного дослідження можна визначити концентрацію гормонів, ферментів та інших біологічноактивних речовин в крові і тканинах. У гематології за допомогою радіоактивного дослідження визначають тривалість життя еритроцитів.

Ультразвукове дослідження (УЗД) - є методом дослідження внутрішніх органів з використанням ультразвукових сигналів, відбитих від тканин організму, ультразвукова ехолокація, ехографія, санографія, ультразвукове сканування. Ультразвукове обстеження у більшості випадків не потребує спеціальної підготовки, відноситься до неінвазивних методів і набуває широкого застосування не тільки у клініці внутрішніх хвороб, але в акушерстві-гінекології, хірургії.

Ультразвукові коливання по різному поглинаються і відбиваються тканинами організму у залежності від щільності тканин, в яких вони поширюються. Ехолокатор посилає ультразвукові імпульси в тіло людини і вловлює відбиті від нього сигнали, посылаючи їх на осцилоскоп. Зображення

реєструється на поляроїдній плівці. Цим методом досліджують серце, печінку, жовчний міхур, підшлункову залозу, селезінку, нирки, наднирники, щитоподібну залозу. Метод дозволяє виявляти рідину в плевральній і черевній порожнинах.

Ехокардіографія є високоінформативним методом діагностики захворювань серця. За її допомогою можна визначити об'єм шлуночків, рухомість, функцію стулок клапанів, їх структурні зміни, скоротливу здатність міокарда, стан міжшлуночкової перетинки, діаметр отворів, наявність випоту у порожнині перикарда тощо.

Допплерівська ультрасонографія дозволяє визначити різні параметри руху клапанів серця, його відділів та руху крові в судинах. Сонографія черевної порожнини та її органів має особливе значення для діагностики захворювань гепатобіліарної системи і нирок.

Магнітно-резонансне зображення. Найновішим досягненням є впровадження у клінічну практику ядерної магнітної томографії (магнітно-резонансне зображення, радіомагнітний резонанс, ядерно-магнітний резонанс), що базується на реєстрації відбитих радіохвиль від намагнічених протонів атомного ядра хімічного елемента. Метод дозволяє досліджувати біохімічні процеси в органах і тканинах на молекулярному рівні. Частота відбитих коротких радіохвиль залежить від густини протонів у тканинах, зосереджених у внутрішньо- і позаклітинній рідині та ліпідах досліджуваного органа. Структурні і метаболічні зміни в тканинах змінюють радіомагнітний резонанс. Метод дозволяє діагностувати не тільки вади серця, але і аневризми (в т.ч. розшаровуючі), аномалії розвитку, внутрішньосерцеві тромби.

Лабораторні методи обстеження. Методи лабораторного дослідження продовжують займати надзвичайно велике місце й широко застосовуються в клініці для підтвердження чи заперечення правильності шляху діагностичного пошуку. Досліджують кров, ексудати, трансудати, випорожнення, секрети організму. Правильне трактування результатів лабораторних досліджень, проведених у динаміці, має не лише діагностичне і прогностичне значення, але є визначальним у виборі адекватного лікування.

Лабораторні дослідження проводять у таких напрямках: вивчення фізичних властивостей досліджуваного матеріалу; мікроскопічне дослідження; визначення у досліджуваному матеріалі тих чи інших речовин – найчастіше це хімічні, біохімічні, бактеріологічне та серологічне дослідження.

Можливості лабораторної діагностики значно розширились з впровадженням у клінічну практику методів імунної діагностики. Використання окремих методів лабораторної діагностики є обов'язковим для верифікації діагнозу захворювання: мієлограма - при захворюваннях крові, біопсія - при підозрі на злоякісну пухлину. Завдяки застосуванню електроннообчислювальної техніки, широкому використанні принципів

автоматизації та стандартизації методів лабораторних обстежень за останні роки створено і введено в практику новітню апаратуру, що дає можливість одночасно визначати в малому об'ємі крові низку різних показників (гормонів, ферментів, моноклональних антитіл, електролітів тощо). Це дає можливість значно скоротити термін виконання клінічних, біохімічних, імунологічних аналізів, дозволяє обмежити кількість лабораторних працівників. Для прикладу подаємо перелік інструментальних і лабораторних досліджень пацієнта, який вперше звернувся за медичною допомогою в поліклініку чи лікується стаціонарно: 1) інструментальні методи (рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, найчастіше флюорографія, електрокардіографія, вимірювання артеріального тиску); 2) лабораторні методи (загальний аналіз крові, визначення цукру крові, групи крові, дослідження крові на реакцію Вассермана; загальний аналіз сечі і копрограма). Для жінок є обов'язковим огляд гінеколога. Для чоловіків віком 40 років і старше - огляд уролога для виявлення захворювань передміхурової залози. Для хворих старших 40 років - вимірювання очного тиску для виключення глаукоми. У разі необхідності хворий консультується з стоматологом.

Морфологічні методи обстеження. У випадках, коли за допомогою клінічних, лабораторно-інструментальних методів дослідження не вдається поставити чи уточнити діагноз захворювання, застосовують пункцію або біопсію.

Пункція (від лат. *punctio* – укол, прокол) – прокол порожнини тіла або тканин органа ін'єкційною голкою або троакаром з метою отримання клітинних елементів чи рідини для мікроскопічного дослідження. Нерідко проводять пункцію збільшених лімфатичних вузлів, селезінки, печінки, нирок, щитоподібної залози, пункцію груднини, а також серозних порожнин (плевральної, черевної, суглобової, перикардіальної), спинномозкового каналу тощо. В подальшому проводять вивчення клітинного складу (цитологічне дослідження) пунктату.

Біопсія (від грец. *bios* – життя та *opsis* – вид, розгляд) – метод прижиттєвого вирізування із органа шматочка тканини з наступним гістологічним чи електронно-мікроскопічним дослідженням. Біопсію таких органів як печінка, нирки, виконують за допомогою довгої біопсійної голки, насадженої на шприц, поршнем якого аспірують тканинний матеріал. Отриманий біоптат після відповідної обробки досліджують під мікроскопом. Можна також пункційну біопсію печінки виконати за допомогою лапароскопа, введеного в черевну порожнину. Біопсію слизової оболонки шлунка можна провести під контролем ока за допомогою спеціальних біопсійних щипців під час гастрофіброскопії (прицільна біопсія).

З метою отримання чіткої інформації про клітинний склад кісткового мозку не рідко проводять пункцію груднини, або трепанобіопсію клубової кістки, яку здійснюють за допомогою голки-троакара. Вивчення отриманих препаратів має особливе значення для діагностики захворювань крові,

зокрема гемобластозів та гіпо- чи апластичної анемії. Біоптат (шматочок тканини) лімфатичного вузла отримують шляхом невеликого хірургічного втручання, яке виконують після попередньої місцевої анестезії.

VIII. Матеріали для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань.

A. Тестові завдання для самоконтролю:

1. У хворого на шкірі грудної клітки є судинні зірочки. Це є характерним для:

- A. Хронічного гастриту
- B. Панкреатиту
- C. Цирозу печінки**
- D. Апендициту
- E. Холециститу

2. Хворий на лівобічний ексудативний плеврит лежить:

- A. На лівому боці**
- B. На правому боці
- C. На спині
- D. На животі
- E. Напівсидячи

3. Хворий сидить у ліжку, спираючись руками на край ліжка, ноги опущені. Це характерно для:

- A. Нападу бронхіальної астми**
- B. Серцевої недостатності
- C. Виразкової хвороби шлунка
- D. Холециститу
- E. Апендициту

4. Хворий погано орієнтується, на питання відповідає повільно. Цей стан називається:

- A. Ступор**
- B. Сопор
- C. Кома
- D. Колапс
- E. Непритомність

5. Хворий безтямний, на питання не відповідає, рефлекси не визначаються. Цей стан називається:

- A. Ступор
- B. Сопор

- C. Кома**
- D. Колапс
- E. Непритомність

6. Який з симптомів виразкової хвороби є основним (провідним)?

- A. Нудота
- B. Біль**
- C. блювота
- D. Пронос
- E. Схуднення

7. Живіт має форму «жаб'ячого» у разі:

- A. Метеоризму
- B. Вагітності
- C. Асцити**
- D. Перитоніту
- E. Ожиріння

8. Де у нормі визначається нижня межа печінки по правій середньо-ключичній лінії?

- A. На рівні правої реберної дуги**
- B. На 2 см вище правої реберної дуги
- C. На 2 см нижче правої реберної дуги
- D. На рівні пупка
- E. На 1 см вище правої реберної дуги

9. Число еритроцитів у здорових осіб:

- A. 2,0-3,0 x10¹²/л
- B. 3,9-5,0 x 10¹²/л**
- C. 5,0-6,0 x10¹²/л
- D. 3,0-3,9 x10¹²/л
- E. 10,0 x10¹²/л

10. Загальний огляд - це:

- A. Огляд шкірних покривів і слизових оболонок
- B. Огляд області, де локалізується больовий процес
- C. Оцінка стану хворого
- D. Огляд всього тіла, з голови до ніг, незалежно від локалізації больового процесу**
- E. Огляд окремих частин тіла

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна (базова)

1. Михайловська Н.С. Основи внутрішньої медицини / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай, О.О. Лісова, Т.О.Кулинич // Електронний навчально-методичний комплекс з основ внутрішньої медицини для студентів 2, 3, 4 курсів, спеціальності 221 «Стоматологія». - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017).
2. Михайловська Н.С. Основні методи обстеження хворих в клініці внутрішніх хвороб. Симптоми та синдроми при захворюваннях внутрішніх органів. Модуль 1» / Н.С. Михайловська, Т.В. Олійник // Збірник тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів 2 курсу III мед. факультету, спеціальність «Стоматологія» за програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини». - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 28.09.2017). –119 с.
3. Архій Е.Й., Москаль О.М., Сірчак Є.С., Коваль В.Ю., Дербак М.А. Розумик Н.В. Навчальний посібник. “Пропедевтика внутрішніх хвороб. Практикум. в 3-х ч.”: В-во Говерла.-Ужгород. - 2017. - 554 с.
4. Михайловская Н.С. Практикум по дисциплине «Пропедевтика внутренней медицины» для студентов – иностранных граждан 2 курса, специальность «Стоматология» / Н.С. Михайловская, О.А. Лисовая. - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017). –72 с.
5. Михайловська Н.С. Практикум / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова // Практикум з навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для студентів II курсу спеціальності 7.12010005 «Стоматологія» на пряму підготовки 1201 «Медицина». – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 10.03.2016). – 78 с.
6. Пропедевтика внутрішньої медицини: національний підручник / К.О. Бобкович, Є.І. Дзись, В.М. Жебель, Р.І. Ільницький, та співав. за ред. проф. М.С. Расіна. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – 208 с.

Допоміжна

1. Москаленко В. Ф. Пропедевтика внутрішньої медицини: загальна семіотика і діагностика. - Київ: «Книга плюс», 2007. – 632 с.
2. Амосов В. Пропедевтика внутренних болезней. Учебник для медицинских вузов, 2015. – 477 с.
3. Лис М.А. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие для студентов лечебного факультета. - Гродно: ГрГМУ, 2011. – 360с.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими /За заг. ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль:Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
5. Банченко Г.В., Ю.М. Максимовський, В.М. Гришин. //Язык – «зеркало» организма. – М., 2000. с.218 -306.
6. Дзяк Г.В. Основи обстеження хворого та схема історії хвороби:

довідник / Г.В. Дзяк, В.З. Нетяженко, Т.А. Хомазюк та ін. //Дн-ск : Арт-прес – 2002 р.

7. Ослопова В.Н. Общий уход в терапевтической клинике / под ред. В.Н. Ослопова // М.: МЕДпресс-информ – 2002 р.

8. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І.Децик, О.Г. Яворський, Р.Я. Дутка та ін.; за ред. проф. О.Г. Яворського. 3-є вид., виправл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2013.- 552 с. + 12с. кольор. вкл.