

Міністерство охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти
Українська медична стоматологічна академія
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими



СХЕМА

КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО З ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ І НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

*(Методичні рекомендації для студентів
II-III курсів медичного факультету)*

ПОЛТАВА - 1998

Міністерство охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти
Українська медична стоматологічна академія
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими



СХЕМА
КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО
З ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
І НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

*(Методичні рекомендації для студентів
II-III курсів медичного факультету)*

ПОЛТАВА - 1998

Міністерство охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти
Українська медична стоматологічна академія
Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими



СХЕМА
КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО
З ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
І НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ

(Методичні рекомендації для студентів
II-III курсів медичного факультету)

ПОЛТАВА - 1998

удк 616.1/. 4-07 (07-07)

**Автори: Ю.М.Гольденберг, І.В.Редчиць, З.О.Борисова,
К.В.Бажан, О.В.Дубровіна**

**СХЕМА КЛІНІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРОГО
З ПРОПЕДЕВТИКИ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ
І НАПИСАННЯ ІСТОРІЇ ХВОРОБИ**

Методичні рекомендації для студентів II-III курсів медичного факультету Української медичної стоматологічної академії

Методичні рекомендації складені співробітниками кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб з доглядом за хворими з курсом ендокринології (зав. кафедрою, доктор медичних наук, професор **Ю.М.Гольденберг**) та хірургічної стоматології (зав. кафедрою, доктор медичних наук, професор **О.В.Рибалов**) Української медичної стоматологічної академії.

Рецензенти: зав. кафедрою пропедевтики внутрішніх хвороб Івано-Франківського медичного університету, доктор медичних наук, професор **В.Е.Нейко**

зав. кафедрою внутрішніх хвороб Донецького медичного університету, професор **О.В.Синяченко**

Підписано до друку 28.01.98. Формат 60x84/16.
Папір друкарський Друк офсетний. Умовн. друкар. арк. 3,0.
Тираж 300 прим. Замовлення №42.
Редакційно-видавничий відділ.
Українська медична стоматологічна академія,
м.Полтава, вул. Шевченка, 23.

УКРАЇНЬСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ

Кафедра пропедевтики внутрішніх хвороб
з доглядом за хворими

Зав. кафедри проф. **Ю.М.Гольденберг**

Керівник групи _____

ІСТОРІЯ ХВОРОБИ № _____

прізвище, ім'я та по батькові хворого

Клінічний діагноз _____

Дата курації

Куратор-студент

курсу _____ групи _____

медичного факультету

ПОЛТАВА - 1998

А. ОПИТУВАННЯ ХВОРОГО

I. Паспортна частина

Прізвище, ім'я, по батькові _____

Вік _____ Стать _____ Професія _____

Домашня адреса: _____

Дата госпіталізації _____

Дата виписки _____

Клінічний діагноз _____

Основне захворювання _____

Ускладнення _____

Супутні захворювання _____

II. Основні скарги хворого

(збираються на момент контакту лікаря з хворим)

Правило при з'ясуванні скарг таке: після запитання хворому про його скарги йому надається можливість самостійно викласти свої відчуття. Спочатку хворий сам викладає свої скарги, потім у визначений момент розповіді хворого про своє захворювання куратор переводить монолог хворого у діалог, під час якого проводиться уточнення скарг хворого, їх характеристика і особливості, зв'язок з тими чи іншими зовнішніми причинами. Після деталізації основних скарг проводять опитування хворого за органами і системами.

ОРГАНИ ДИХАННЯ

Дихання через ніс – вільне, утруднене.

Болі /dolor/ в грудній клітці, локалізація, характер болей /гострі, тупі, ниючі, колючі/, інтенсивність болей /слабі, помірні, сильні/,

тривалість /постійні, періодичні/, іррадіація болю, зв'язок з диханням, кашлем, фізичним навантаженням, зміною положення у ліжку.

Кашель /tussis/, час і умови появи /вранці, вдень, вночі/, звучність і тембр кашлю /звучний, "гавкаючий", тихий і короткий, хрипкий, беззвучний/, характер: приступоподібний, постійний або періодичний, сухий або з харкотинням /sputum/. Кількість харкотиння за добу, одноразово або протягом доби, в який час доби і в якому положенні воно більше відходить, легко чи важко, колір, запах, домішка крові /прошарки крові, харкотиння змішане з кров'ю, чиста кров у кількості одного або кількох пльовків, великої кількості - крововідхаркування /haemoptoe/. Колір крові /червона, темна, іржава або малинового кольору/.

Задишка /dyspnoe/, умови появи /у стані спокою, при фізичному навантаженні/, інспіраторне /утруднене вдихання/, експіраторне /утруднене видихання/ і змішане /утруднене вдихання і видихання/, задишка. Ядуха /asthma/, час виникнення, поведінка і положення під час приступу задишки, причини виникнення ядухи /запахи, переживання, охолодження, фізичне напруження/. Чи немає передвісників ядухи, тривалість приступів ядухи, після чого припиняється ядуха /інгаляцій лікарських сумішей, введення бронхолітичних препаратів - підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовенно/.

СЕРЦЕВО-СУДИННА СИСТЕМА

Болі /dolor/ в ділянці серця, їх локалізація /за грудиною, в ділянці верхівкового поштвуху/, умови виникнення /при фізичному навантаженні, хвилюванні, у стані спокою/, іррадіація /в ліву руку, міжлопатковий простір, нижню щелепу/. Характер болей /здавлюючі, колючі, ниючі/, постійні або переймоподібні /частота і тривалість болевих приступів/, інтенсивність болей, фактори, які полегшують болі.

Задишка /dyspnoe/, умови її появи /при фізичному навантаженні, в залежності від положення хворого, при розмові, в стані спокою/, характер задишки /утруднене вдихання чи видихування/, приступи ядухи /asthma/, час появи /вдень, вночі/. Зв'язок з фізичним навантаженням та іншими діями, частота приступів ядухи, їх тривалість, супутні при цьому симптоми /булькаючі хрипи в грудній клітці, поява пінистого харкотиння з домішкою крові/, умови, при яких настає полегшення.

Серцебиття /palpitiocordis/, частота /постійно, приступами/, тривалість, час і умови появи /при хвилюванні, фізичному навантаженні - легкому, середньому, зміні положення, у стані спокою або без видимої причини/.

Перебої в серці, які супроводжуються відчутним завмиранням, відчуттям зупинки серця, зв'язок їх виникнення з фізичним навантаженням чи у стані спокою, тощо.

Набряки /oedema/, їх локалізація, вираженість /пастозність, анасарка/, час появи /під вечір, зранку, постійно/, після чого зникають.

Порушення периферичного кровообігу: біль у м'язах ніг /переміжне кульгання/, оніміння пальців.

СИСТЕМА ТРАВЛЕННЯ

Болі в животі, їх локалізація /епігастральна ділянка, в правому, лівому підребер'ї, клубових ділянках, по всьому животі/, умови виникнення /після їжі, фізичного навантаження/, залежність від часу приймання їжі /відразу після їжі, через декілька хвилин, годин, голодні або нічні болі/ і характеру їжі /жирної, гострої/. Характер болю: гострий, тупий, ниючий, приступоподібний або постійно зростаючий. Тривалість, іррадіація і сезонність болей. Фактори, які полегшують болі /блювота, приймання їжі, медикаментів, соди, тепло, холод/.

Диспепсичні явища.

Блювота /vomitus/, час появи /натщесерце, через який час після приймання їжі або незалежно від нього/, кількість і характер блювотних мас /з'їденою їжею, жовчю, колір кофейної гущі, з домішкою свіжої крові/, чи полегшує блювота стан хворого. Запах блювотних мас /кислий, гнилий, запах сірководню, без запаху/.

Нудота /nausea/, чи вона передуює блювоті, залежність від приймання їжі і її характеру.

Відрижка: час її появи і характер /повітрям - cruetatio, їжею - regurgitatio, кислим, тухлим запахом/.

Печія /pirosis/: зв'язок з прийманням і виглядом їжі, після чого зменшується.

Апетит /збережений, знижений, підвищений /poliphagia, bulemia/, повністю відсутній /apogexia/, змінений/. Відразу до м'ясної, жирної їжі. Насиченість під час їжі /звичайна, швидка, постійне відчуття голоду/.

Спрага /polidipsia/, кількість випитої рідини за добу, сухість у роті.

Смак у роті /кислий, гіркий, металічний, солодкуватий/, паління язика.

Ковтання і проходження їжі по стравоходу /болісність, утруднення залежно від характеру їжі, неможливе/.

Слиноотеча.

Надування живота /метеоризм/, відходження газів, буркотіння в животі, тенезми. Акт дефекації, частота /регулярні, нерегулярні, піс-

ля послаблюючих препаратів, клізм/, кількість, консистенція /оформлений, кашкоподібний, рідкий/, колір і запах, домішки: слизу, крові, гною, рештки неперетравленої їжі, гельмінти.

Запори /obstipatio/ - по скільки днів буває затримка випорожнення, характер випорожнень - у вигляді стьожки або камінців.

Проноси /з чим пов'язані, частота за добу/. Виділення крові /перед дефекацією, під час або в кінці її/. Відчуття паління, свербіння, біль у ділянці заднього проходу.

СЕЧОВИДІЛЬНА СИСТЕМА

Болі в ділянці поперека: характер /тупі, гострі/, постійні або переймоподібні, іррадіація, фактори, які сприяють появі і посиленню болей і їх полегшенню. Сечовиділення: болюче, вільне, частота сечовиділення /вдень і вночі/, кількість сечі за добу, колір /солом'яно-жовтий, тьмянний/. Наявність крові в сечі під час сечовипускання: на початку, в усіх порціях, в кінці. Самовільне сечовипускання.

ЕНДОКРИННА СИСТЕМА

Порушення росту і складу, будови тіла. Зміна ваги /ожиріння, виснаження/, порушення статевого дозрівання. Зміни шкіри /надмірна пітливість або сухість, поява синюватих шкірних рубців/. Порушення волосяного покриву /надмірний розвиток, поява його на невластивих даній статі місцях, випадіння волосся/. Дисменорея і безпліддя жінок.

ОРГАНИ РУХУ

Болі в суглобах, кістках, м'язах, переміщення болю, зв'язок із зміною погоди. Набряки, деформації суглобів, їх рухливість /яких саме/, болі і утруднення при рухах у хребті /в яких відділах/.

НЕРВОВА СИСТЕМА І ОРГАНИ ВІДЧУТТЯ

Головні болі: локалізація, інтенсивність, тривалість, від чого зменшуються. Сон: рівний, глибокий, переривчастий, безсоння, сновидіння. Працездатність збережена, знижена. Подразливість, плаксивість. Судоми, парестезії, непритомність, втрата свідомості. Шум у вухах, зір, слух, нюх, відчуття смаку.

Зразок запису

Хворий скаржиться на приступоподібні болі в ділянці серця переважно за грудиною; болі давлячі, стискаючі, посилюються при фізичному навантаженні середньої тяжкості, швидкій ході, під час якої хворий вимушений зупинитися. Болі виникають 2 - 3 рази за добу,

легко зникають після приймання таблетки нітрогліцерину. Фізична робота, швидке ходіння викликають задишку, серцебиття, а іноді і перебої в роботі серця. У кінці дня спостерігаються набряки ніг, які зникають до ранку.

Проводячи опитування за органами і системами, студент деталізує кожну скаргу, а якщо скарг про роботу тієї чи іншої системи немає, то необхідно це вказати (наприклад, при опитуванні про стан системи дихання вказують "кашель, задишка відсутні"). Якщо при зборі скарг не вдається встановити перевагу участі тієї чи іншої системи у хворобливому процесі, тоді опитування за органами і системами проводиться у такій послідовності: органи дихання, серцево-судинна система, органи травлення, сечовидільна система.

Опис кожної системи повинен бути викладений в розповідній формі.

III. ІСТОРИЯ ХВОРОБИ

(Anamnesis morbi)

У цьому розділі відображується виникнення, розвиток і перебіг захворювання від перших його проявів до даного часу

Спочатку встановлюється коли, де і за яких обставин уперше захворів, причина, яка викликала захворювання (на думку хворого). Передуючі початку хвороби умови (переохолодження, фізичне і розумове перенапруження, недостатній сон, психічна травма, інтоксикація). Початок захворювання (гострий або поступовий), перші його ознаки. Детально, у хронологічній послідовності, описуються початкові симптоми захворювання та їх динаміка, поява нових і подальший розвиток усіх ознак хвороби до моменту даного обстеження хворого. Відображаються рецидиви і періоди ремісії, їх тривалість. Уточнюється звертання за медичною допомогою, проведені раніше методи обстеження і лікування, ефективність проведеної раніше терапії, працездатність за період даного захворювання. Закінчується історія хвороби мотивуванням госпіталізації в клініку (погіршення стану, уточнення діагнозу і т.д. **Якщо хворий страждає на декілька захворювань, у цьому розділі описується саме те, що турбує його найбільше**). Історія хвороби продовжується до моменту першого контакту лікаря з хворим.

Зразок запису

Вважає себе хворим з 22 грудня 1997 року, коли після різкого переохолодження з'явилося відчуття "ніби мороз поза шкірою ходить", потім паління всього тіла, пітливість, сухий кашель. При вимірюванні температури вона дорівнювала 39,8, на другий день посилювався кашель, з'явилася задишка при ходінні. Лікар після огляду

вдома констатував гостре респіраторне вірусне захворювання, призначив сульфален по 1 таблетці 2 рази за день, ацетилсаліцилову кислоту по 1 таблетці 4 рази за день. Призначене лікування не дало ефекту, температура була в межах 40,6, спостерігалось відчуття паління в усьому тілі, кашель з іржавим харкотинням, болі в правій половині грудної клітки посилились, посилювалась задишка. Викликана машина "Швидкої допомоги" і хворий госпіталізований в клініку. Під час перебування хворого в клініці його стан... (покривав, погіршав) за рахунок... (нормалізації температури, зменшення кашлю, тощо).

IV. ІСТОРИЯ ЖИТТЯ

(Anamnesis vita)

(Історія життя хворого)

Починати збирання анамнезу необхідно із загальних відомостей (місце народження, чи народжений в строк, як ріс і розвивався в дитинстві у фізичному і розумовому відношенні, побутові умови дитинства. Чи не було відставання від однолітків у розвитку? Коли пішов до школи, чи легко було вчитись?).

Житлово-побутові умови в різні періоди життя хворого.

Режим харчування хворого (регулярне, нерегулярне, його особливості).

Умови праці. Ким працював і як довго. Режим робочого часу. Шкідливі звички (куріння, вживання спиртних напоїв, наркотиків).

Перенесені захворювання, травми, операції описуються в хронологічній послідовності, починаючи з раннього віку до надходження в клініку, перебування на фронті, поранення, контузії.

Хвороби найближчих родичів (туберкульоз, психічні захворювання, сифіліс, захворювання серцево-судинної системи, хвороби крові, онкологічні захворювання, хвороба Боткіна).

Алергологічний анамнез: алергічні захворювання у батька, матері, братів, сестер, дітей. Як переносять лікувальні засоби, (медикаменти, щеплення, гемотрансфузії).

Менструації, їх характер, порушення менструального циклу, клімакс, кількість вагітностей, родів, абортів (викиднів).

Зразок запису

Народилася в Полтавській області, в строк, доношеною дитиною третьою в родині. Дитинство пройшло в нормальних матеріально-побутових умовах. У дитячому віці перенесла кір, скарлатину, паротит. До школи вступила в 7-річному віці, вчилася добре, в розумовому і фізичному відношенні від своїх однолітків не відставала. Після закінчення середньої школи працювала секретарем-машиністкою

на заводі, умови праці нормальні. Житлово-побутові умови добрі. Харчується регулярно, їжа різноманітна. Не палить, алкоголь не вживає. Потягу до наркотичних речовин не відчуває.

Менструальний цикл з 14 років, не порушений. Заміжня з 20 років, роди одні, абортів не було.

Члени сім'ї здорові. Мати померла від раку шлунка, батько здоровий. Непереносності лікарських засобів та інших речовин, а також алергічних захворювань або реакції у себе і у близьких родичів не відмічала.

VI. ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ (Status praesens obiectivus)

1. Загальний огляд

Огляд хворого починається з моменту зустрічі з ним.

Проводячи опитування, лікар одночасно підсумовує одержані ним зорові враження, які свідчать про тяжкість захворювання, характер хворого, його настрій. Загальний стан хворого (задовільний, середньої тяжкості, тяжкий) залежить від порушення функцій органів і систем організму.

Положення хворого в ліжку (активне, пасивне, вимушене) можна пояснити тяжкістю, стадією захворювання і (до деякої міри) психічною установкою хворого.

Проводячи опитування, з'ясовують стан свідомості хворого: ясна, затьмарена, заціпеніння (stupor), притуплення (sopor), кома (coma), ірритативні порушення свідомості.

У деяких випадках загальний огляд хворого (вираз обличчя) дає можливість лікарю з першого погляду встановити попередній діагноз.

У хворих з недостатністю кровообігу лице набрякле, жовтуватобліде з синюватим відтінком, рот напіввідкритий, губи ціанотичні, очі помутнілі, повіки злипаються (обличчя Корвізара).

Відмічають і інші особливості.

Будова тіла: правильна, неправильна. Конституція: нормостенік, астеник, гіперстенік. Зріст, маса тіла, температура тіла.

Шкірні покриви

Колір: звичайний, смаглявий, ціанотичний, землистий, жовтушний, темно-коричневий або бронзовий. Депігментація шкіри (лейкодермія), її локалізація.

Висипання і його характер: еритема, розеола, пустула.

Лусочки, ерозії, тріщинки, виразки, судинні зірочки (локалізація). Геморагії (локалізація, характер, вираженість). Розчухи. Рубці, їх

розмір, характер, рухомість. Видимі пухлини (ліпома, ангиома, атерома та ін.), пульсація, розширення судин шкіри.

Волосистість шкірних покривів: нормальна, підвищена. Сухість шкіри. Злущування.

Еластичність шкіри (збережена, підвищена, знижена). Тургор тканин. Нерідко у хворих пухлинами різкої локалізації (переважно гортані, стравоходу, підшлункової залози) шкірні прояви виявляються у вигляді акроціанозу, гіперкератозу, зломлюваності нігтів, пігментні аномалії шкіри, тулуба і кінцівок: коричнева дифузна або вогнищева пігментація із стріями, місцями депігментовані ділянки шкіри (синдром Базе). Може спостерігатись синдром БК - родимої плями - різновидність злоякісних меланом: елементи на шкірі тулуба і верхніх кінцівок - різної форми висипання 5-10 мм, які з'являються в дитинстві або в молодому віці, в цьому елементі червоні ділянки чергуються з депігментованими, можлива їх трансформація в злоякісну меланому.

При ракових пухлинах стравоходу або легень може спостерігатись набутий долонно-підшовений гіперкератоз (хейлоз) паранеопластичної етіології (синдром Парнелля-Джексона).

Іноді на шкірі у осіб старечого віку з'являються заново утворені ангиоми, бородавки і пігментні плями - передвісники злоякісних пухлин (синдром Лезера-Трела). Поява телеангіоектазій на обличчі, а пізніше і на інших частинах тіла є ознакою старіння (симптом Морганна).

Нігті. Волосся

Характер оволосіння. Гіпертрихоз. Гірсутизм. Видимі слизові (губ, порожнини рота, носа, очей). Колір блідо-рожевий (звичайний), блідий, ціанотичний, жовтяниця, гіперемія.

Висипання на слизових (енантема), локалізація, характер висипання.

Підшкірна клітковина

Розвиток підшкірно-жирового шару помірний, слабкий, надмірний (товщина складки нижче лопатки в сантиметрах). Місця найбільшого відкладання жиру (на животі, руках, стегнах). Загальне ожиріння. Кахексія.

Набряки, їх локалізація (кінцівки, повіки, лице, живіт, поперекова ділянка). Загальні набряки (анасарка), консистенція. Пастозність.

Болі при пальпації, наявність крєпітації (при емфіземі підшкірної клітковини).

Лімфатичні вузли

Локалізація лімфовузлів, які пальпуються: потиличні, навколоушні, підборіддя, шийні, підколінні. Величина в сантиметрах. Форма: овальна, кругляста, продовгувата, неправильна. Консистенція:

тверда (щільна), м'яка, еластична. Зрошення між собою і оточуючими тканинами. Болючість при пальпації. Стан шкіри над ними.

М'язи

Ступінь і рівномірність розвитку м'язів. Тонус: збережений, підвищений, знижений (ригідність). Сила м'язів. Болі при пальпації. Наявність ущільнень у м'язах.

Кістки

Форма кісток (черепа, хребта, кінцівок). Викривлення хребта (лордоз, кіфоз, сколіоз). "Барабанні палички" (пальців рук, ніг). Болі при пальпації і постукуванні (грудини, ребер, трубчатих кісток, хребців). Потовщення і нерівномірність надкiсничі. Розм'якшення кісток.

Суглоби

Огляд: конфігурація, припухлість, стан шкіри над суглобами. Пальпація: місцева температура, болючість, наявність кісткових виступів. Рухомість у суглобах: активні і пасивні рухи, вільні, обмежені, надлишкові, відсутні. Наявність хрусту. Можуть спостерігатись пухлиноподібні розростання реберного хряща II-IV ребра зліва біля місця з'єднання його з грудиною, які супроводжуються болем (синдром Тітце). Навколо суглобів можуть пальпуватись щільні вузлуваті потовщення, викривлення дистальних фаланг, їх тугорухомість (вузлики Гебердена).

Зразок запису

Загальний стан хворого середньої тяжкості. Положення в ліжку вимушене (ортопное). Свідомість ясна, вираз обличчя страдницький. Будова тіла правильна, гіперстенік, маса тіла 96 кг, зріст 162 см, температура тіла 36,4.

Шкірні покриви лиця, тулуба блідо-рожевого забарвлення з ціанозом носа, пальців рук і стоп. Висипів, виразок, судинних зірочок, рубців, видимих пухлин не виявлено. Помітна пульсація судин шиї (танок каротид). Шкіра на дотик суха, тургор її знижений. Нігті, волосся розвинуті нормально. Видимі слизові губ ціанотичні, вологі. Підшкірно-жировий шар розвинутий надмірно (товщина шкірної складки нижче кута лопатки 5 см). Найбільше відкладання жиру на животі, стегнах. Визначається набряк обох гомілок. Збільшення підщелепних, надключичних, підключичних, пахвинних, ліктьових лімфатичних вузлів не відмічено. М'язи розвинені рівномірно, тонус їх збережений, незначна болючість при пальпації м'язів обох гомілок, ущільнення у м'язах не виявлено. Форма кісток рук, ніг, черепа правильна, викривлень хребта не виявлено. Виражений симптом "Барабанних паличок". Болі при пальпації і постукуванні по грудині, ребрах, хребцях не виявлено. Суглоби звичайної величини і форми, безболісні при пальпації, активні і пасивні рухи в повному обсязі, підшкірні вуз-

ли не визначаються, місцева температура на дотик однакова на обох суглобах. Хрустіння в суглобах не відчувається.

ДОСЛІДЖЕННЯ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

1. Огляд грудної клітки

А.Статичний огляд

Форма грудної клітки: нормостенічна, астенічна, гіперстенічна.

Дати детальний опис її ознак (ширина міжреберних проміжків, розміщення лопаток, величина епігастрального кута та ін.). Симетричність обох половин грудної клітки, западання над- і підключичних просторів. Вибухання їх ("емфізематозні подушки"). Положення ключиць, лопаток, міжреберні проміжки: западання, витягування, згладженість. Розширення вен на грудній клітці. Патологічні типи будови грудної клітки: паралітична, емфізематозна, рахітична, воронкоподібна. Патологічні форми грудної клітки, зумовлені викривленнями хребта: кіфотична, лордотична, сколіотична, кіфосколіотична. Асиметрія грудної клітки: збільшення або вибухання, зменшення однієї половини грудної клітки.

Б.Динамічний огляд

Симетричність рухів обох половин грудної клітки в акті дихання. Участь допоміжної мускулатури в акті дихання. Число дихальних рухів за одну хвилину. Задишка: експіраторна, інспіраторна, змішана. Тип і глибина дихання (грудний, черевний, змішаний). Поверхневе або глибоке дихання. Ритм дихання: ритмічне, дисоційоване (Грокко), нерівномірне (Чейн-Стокса), глибоке шумне дихання ("велике дихання Куссмауля"), переривчасте дихання Біота.

2.Пальпація грудної клітки

Резистентність і болючість у різних ділянках грудної клітки по ходу ребер і міжреберних проміжків. Відчування хрипів, шуму тертя плеври. Визначення голосового тремтіння, його симетричність, посилення, ослаблення. Визначення болючості у точках Валле.

3.Перкусія легень

Порівняльна перкусія: характер перкуторного звуку (ясний легеневий, тимпанічний, притуплений, тупий, на симетричних ділянках грудної клітки: над ключицями, під ключицями, в аксиллярних ділянках по пахвинних лініях), вище лопаток у міжлопатковому просторі (по навколохребтових лініях), нижче лопаток. Простір Траубе: збережений тимпанічний звук чи ні.

Топографічна перкусія. Визначення висоти стояння верхівок спереду (над ключицями), ззаду (по відношенню до остистого відростка сьомого шийного хребця). Визначення ширини полів Креніга справа і зліва.

Лінії	Зліва	Справа
Побілягрудинна лінія		
Середньоключична лінія		
Передньоплахвинна лінія		
Середня пахвинна лінія		
Задня пахвинна лінія		
Лопаткова лінія		
Побіляхребтова лінія		

Визначення активної і пасивної екскусії легень по задній пахвинній лінії

Топографічні лінії	Активна рухомість		Пасивна рухомість	
	Права легеня	Ліва легеня	Права легеня	Ліва легеня

4. Аускультация легень

Порівняльна аускультация легень над ключицями, вище лопаток, у підключичних і пахвинних ділянках, у міжлопатковому просторі, нижче лопаток. Характер дихальних шумів при спокійному і глибокому диханні. Везикулярне дихання і його різновиди: ослаблене, посилене, пuerильне, жорстке, саккадоване. Бронхіальне дихання, амфоричне. Ослаблення або відсутність дихальних шумів. Хрипи: локалізація, кількість. Сухі хрипи (свистячі, гудучі, шкребучі та ін.). Вологі хрипи (дрібно-, середньо-, великопузирчасті хрипи). Звучна та незвучна крепітація. Шум тертя плеври. Місця їх вислуховування. Бронхофонія (ослаблена, посилена).

Зразок запису

Грудна клітка гіперстенічної форми (над- і підключичні ямки згладжені, міжреберні проміжки звужені, ребра розміщені більш горизонтально, лопатки щільно прилягають до грудної клітки, епігастральний кут більший прямого, передньо-задній розмір грудної клітки наближається до бокового). Обидві половини грудної клітки симетричні, розширення вен на грудній клітці не виявлено. Допоміжна мускулатура в акті дихання участі не бере. Число дихань за хвилину - 22. Тип дихання - грудний, ритм його правильний, дихання помірної глибини. При пальпації грудна клітка резистентна, болісність у різ-

них її ділянках не визначається. На симетричних ділянках грудної клітки (в над- і підключичних, в над-, між- і підлопаткових ділянках) голосове тремтіння ослаблене з обох боків. При порівняльній перкусії легень (над ключицями, під ключицями, по пахвинних лініях, вище лопаток, в міжлопатковому просторі, нижче лопаток) визначається ясний легеневий звук. Над простором Траубе тимпанічний звук зберігається.

При топографічній перкусії висота стояння верхівок над ключицями 2 см, ззаду - на рівні остистого відростка 7-го шийного хребця. Ширина полів Креніга з правого і лівого боку 5 см.

При аускультатії легень на симетричних ділянках грудної клітки вислуховується ослаблене везикулярне дихання. В нижніх відділах обох легень невелика кількість незвучних вологих дрібнопухирчатих хрипів. Крепітації, шуму тертя плеври не виявлено. Бронхофонія на симетричних ділянках грудної клітки рівномірно ослаблена.

Лінії	Права легеня	Ліва легеня
Навкологрудинна	V ребро	-
Середньоключична	VI ребро	-
Передня пахвинна	VII ребро	-
Середня пахвинна	VIII ребро	VIII
Задня пахвинна	IX ребро	IX
Лопаткова	X ребро	X
Наволохребтова	XI грудний хребець	XI грудний хребець

Активна і пасивна екскурсія легень.

Лінії	Активна нерухомість		Пасивна нерухомість	
	Права легеня	Ліва легеня	Права легеня	Ліва легеня
Задня пахвинна лінія	6 см	6 см	2 см	2 см
Лопаткова лінія	5 см	5 см	1 см	1 см

III. СИСТЕМА КРОВООБІГУ

1. Дослідження судин

Порівняння величини пульсу по правій і лівій руках (однакова, неоднакова, p.differens). Частота (кількість ударів за хвилину). Частий пульс (p.frequens), рідкий (p.rarus). Ритм: правильний (p.regularis), неправильний (p.irregularis), пульс. Напруження: напружений, твердий (p.durus), м'який (p.mollis), дикротичний

(p.dicrotikus). Ступінь наповнення: повний (p.plenus), порожній (p.vacuus). Величина, висота: великий (p.magnus), високий (p.altus), малий (p.pavvus), ниткоподібний (p.filiformis).

Швидкість: швидкий (p.celer), повільний (p.tardus).

Відповідність числа ударів пульсу числу скорочень серця: невідповідність (p.deficiens). Дослідження венного пульсу шляхом огляду яремних вен: пресистолічний, від'ємний, систолічний позитивний венний пульс. Вимірювання тиску в плечовій артерії аускультативним методом (метод Короткова). Максимальний, мінімальний пульсовий тиск. Ортостатична проба.

2.Огляд, пальпація ділянки серця

Випинання ділянки серця (серцевий горб). Видима пульсація в ділянці серця, надчерев'я. Верхівковий поштовх: а)локалізація, б)характер: позитивний або негативний, в)ширина (площа): локалізований, розлитий, г)висота: високий, низький, д)сила: ослаблений, достатньої сили, посилений, припіднімаючий (купоподібний). Тремтіння в ділянці серця ("котяче муркотіння") (frem-ssement cataire), локалізація, в яку фазу серця визначається.

3.Перкусія серця

Межі відносної тупості серця: ліва, права, верхня. Поперечник серця (в сантиметрах). Контури серця і судинного пучка (межі судинного пучка в другому міжребер'ї з правого і лівого боку і відносної тупості серця в третьому, четвертому і п'ятому міжребер'ях з лівого боку). Ширина судинного пучка (в сантиметрах). Конфігурація серця (нормальна, мітральна, аортальна). Межі абсолютної серцевої тупості: ліва, права, верхня.

4.Аускультация серця

Тони: сила (ясні, ослаблені), ритм і частота серцевих скорочень. Співвідношення тонів (посилення або послаблення одного із них з вказівкою на локалізацію). Розщеплення або роздвоювання тонів, ритм галопу, перепілки. Шуми: а)відношення до фаз серцевої діяльності (систолічний, діастолічний, пресистолічний, протодіастолічний), б)місце найкращого вислуховування, проведення, в)сила, тембр, тривалість, зміна шуму при зміні положення тіла і після фізичного навантаження, г)шум тертя перикарда, його локалізація.

Зразок запису

Пульс однаковий на обох руках, 102 удари за хвилину, аритмічний, нерівномірного наповнення і напруження, дефіцит пульсу складає 20 ударів за хвилину (число серцевих скорочень 122). Визначається позитивний систолічний венний пульс. Артеріальний тиск на

вого горба, деформацій, втягнень на грудній клітці не виявлено. Візуально і пальпаторно верхівковий поштовх не визначається. На інших ділянках прекардіальної зони пульсація не відмічається. Пальпаторно тремтіння в ділянці серця ("котяче муркотіння") не виявлено. При пальпації в ділянці яремної ямки виявлена пульсація аорти. Позитивний симптом Пleshа. При перкусії серця визначені межі абсолютної і відносної тупості:

Межі тупості	Відносна	Абсолютна
Права	На 2см вправо від правого краю грудини	По лівому краю грудини в IV міжребер'ї
Верхня	III підребер'я	IV ребро
Ліва	На 2см назовні від лівої середньоключичної лінії в IV міжребер'ї	Зберігається з межею відносної тупості

Ширина судинного пучка 7 см, поперечник серця 14 см, конфігурація його аортальна.

При аускультатії серця в горизонтальному положенні на верхівці ритм серцевої діяльності неправильний, перший тон ослаблений, другий тон на основі серця не змінений. На верхівці вислуховується грубий систолічний шум, посилення якого відмічено в напрямку до II міжребер'я по правому краю грудини, в ліву аксиллярну ділянку шум не проводиться. В точці Боткіна мелодія тонів серця така ж, як і на верхівці, прослуховується систолічний шум. При аускультатії серця у вертикальному положенні звучність шуму не змінюється. Екстракардіальні шуми не вислуховуються.

IV. СИСТЕМА ТРАВЛЕННЯ

1.Огляд порожнини рота

Язик: забарвлення, вологість, характер і вираженість сосочкового шару, наявність виразок, нальотів, тріщин. Зуби: зубна формула, наявність каріозних змін, протезів, гігчінсонові зуби. Ясна: забарвлення, розпушення, кровоточивість, наявність виразок, геморагій, гнійних виділень, болючість. М'яке і тверде піднебіння: забарвлення, геморагії, висипання. Зів, задня стінка глотки. Мигдалини: величина, забарвлення, стан лакун. Запах з рота: ядучий, аміаком, ацетоном (foetug ex ore).

2.Обстеження живота

2.Обстеження живота

Огляд живота (у стоячому і лежачому положенні): а)конфігурація: звичайна, випинання живота (рівномірне, нерівномірне, локальне), втягнутий живіт, симетричність живота; б)наявність розширених підшкірних вен (локалізація, вираженість, напрямок відтоку крові, "симптом голови медузи", в)перистальтика видима на око, відсутня, г)стан пупка, д)участь передньої черевної стінки в дихальних рухах. Поверхнева (орієнтовна) пальпація: а)ступінь напруження черевної стінки, локалізація напруження; б)болючість, зона гіперетезії; в)перитонеальний симптом Щоткіна-Блумберга, симптом Менделя, г)наявність гриж білої лінії живота, розходження прямих м'язів живота.

Глибока ковзаюча методична бімануальна пальпація за Образцовим-Стражеско: а)кишечника, пальпація сигмоподібної, сліпої кишки, червоподібного відростка, кінцевого відділу ілсус кишки, висхідного і низхідного відділів товстої і поперечноободової кишки. Визначається ширина кожного відрізка товстих кишок, форма, контури, рухомість, болючість, вуркотіння; б)шлунка (великої кривизни, ворота). Визначення нижньої межі шлунка пальпаторною перкусією, аускультативною африкцією; в)підшлункової залози. Перевірка болісності в точках Дежардена і Губерґріца. Перкусія живота, визначення рідини в черевній порожнині (асцит), її рівень. Шум плеску. Аускультация кишечника, вислуховування перистальтики, шуму тертя очеревини. При відповідних показаннях проводиться огляд заднього проходу (тріщини, гемороїдальні вузли, випадання слизової прямої кишки).

3.Печінка і селезінка

1.Печінка: видиме збільшення печінки, її пульсація. Пальпація печінки - властивості краю (гострий, заокруглений, м'який, щільний, хрящоподібної консистенції і поверхні у випадках збільшення органа (гладка, зерниста, горбиста), болісність. Визначення верхньої (відносної тупості) і нижньої межі печінки. Розміри печінки за Курловим у сантиметрах. Жовчний міхур: доступність пап'яції, болісність. Симптом Курвуазьє, Френікус-симптом, симптом Ортнера. Селезінка: доступність пальпації в положенні лежачи на спині і на боку: властивості краю, болісність, консистенція (м'яка, тверда), поверхня (гладка, горбиста). Перкусія селезінки (поздовжній і поперечний розміри в сантиметрах).

V. СЕЧОВИДИЛЬНА СИСТЕМА

Огляд ділянки поперека: гіперемія шкіри, згладжування контурів, вибухання ділянки нирок. Пальпація нирок (лежачи, стоячи). При

збільшенні органа визначається його поверхня, величина, форма, рухомість, болісність. Больові точки в ділянці нирок і по ходу сечоводів. Болісність при постукуванні нирок ззаду (симптом Пастернацького). Пальпація і перкусія сечового міхура.

VI. ЕНДОКРИННА СИСТЕМА

Огляд і пальпація щитоподібної залози, локалізація, величина, консистенція, болісність, рухомість. Очні симптоми, наявність вторинних статевих ознак.

VII. НЕРВОВА СИСТЕМА І ОРГАНИ ВІДЧУТТЯ

Розумовий розвиток: активність, логіка, мислення. Нюх, смак. Органи зору: очні щілини, косоокість, величина і форма зіниць, реакції зіниць на світло, акомодация і конвергенція. Слух, мова, її порушення. Координація рухів. Симптом Ромберга.

Очні симптоми: Грефе - поява білої смужки склери між краєм райдужної оболонки при рухах очного яблука вниз; Штельвага - рідке кліпання; Дальрімпля - широке розкриття очної щілини; Мебіуса - порушення конвергенції; Кохера - ретракція верхньої повіки і поява білої смужки склери між краєм нижньої повіки і краєм роївки при швидких рухах очного яблука вгору; Зенгера-Енрота - подушкоподібне припухання повік; Еллінека-Телле - посилення пігментації повік; Жоффруа - відсутність зморшок на лобі при погляді вгору. Характер демографізму.

Зразок запису

При огляді порожнини рота язик звичайної величини і форми, вологий, рожевого кольору, сосочки добре виражені. Корінь язика покритий білим нальотом, виразок, тріщин на язиці немає, поверхня язика гладка. Зубна формула:

$$\begin{array}{cccccccccccccccc} 8 & 7 & 6 & 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & ! & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \\ \hline 8 & 7 & 6 & 5 & 4 & 3 & 2 & 1 & ! & 1 & 2 & 3 & 4 & 5 & 6 & 7 & 8 \end{array}$$

Примітка: С - карієс, Р - пульпіт, 0 - відсутність зуба.

Ясна не розпушені, не кровоточать, виразок, гнійних виділень, болючості ясен немає. М'яке і тверде піднебіння рожевого кольору, без видимих нальотів, виразок. Задня стінка глотки гіперемована. Мигдалини не збільшені, не розпушені, гнійних пробок немає. Запаху з рота не відмічається. При огляді живота в лежачому і стоячому положенні конфігурація його звичайна, обидві половини живота симетричні, активно беруть участь в акті дихання. Пулок помірно втягнутий. Видима перистальтика відсутня, розширення підшкірних вен і

капілярів не відмічається. Шкіра на животі звичайного кольору. При поверхневій пальпації живіт м'який, безболісний, пухлиноподібних утворень, розходження прямих м'язів живота не відмічається. Симптом Щеткіна-Блюмберга від'ємний. При глибокій ковзаючій методичній пальпації за Образцовим-Стражеско сигмоподібна кишка пальпується у вигляді гладкого, еластичного, безболісного циліндра, який не вуркотить, шириною до 3 см, зміщується на 2-3 см в обидва боки, сліпа кишка відмічається у вигляді гладкого помірнопружного і злегка рухомого циліндра, який вуркотить, шириною до 4 см, безболісна, рухомість її до 2 см. Червоподібний відросток пропальпувати не вдається, висхідний і низхідний відділи товстої кишки у вигляді гладких, безболісних, помірно рухомих циліндрів шириною до 3 см, які не вуркотять. Нижня межа шлунка визначається, розміщена на 2 см вище пупка (методом пальпаторної аускультативної). Поперечноободова кишка не пальпується. При пальпації нижній край печінки виступає на 3 см нижче реберної дуги по середньо-ключичній лінії, щільний, злегка болісний. Позитивний симптом Ортнера. Визначаються болі при пальпації в ділянці проекції жовчного міхура. Френікус-симптом перкуторно негативний. Поперечник селезінки визначається між 9 і 11 ребрами по лівій передній аксиллярній лінії. Пальпаторно нижній край селезінки не визначається. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. При надавлюванні в надлобковій ділянці болючість не відмічається. При перкусії живота симптом Менделя негативний, визначається тимпанічний звук. Вільна рідина в черевній порожнині не визначається, в ділянці обох фланків відмічається тимпаніт. Розміри печінки за Курловим 11, 9, 7 см. При аускультативній живота над ділянкою кишечника чітко вислуховуються кишкові шуми. Шуму тертя очеревини не виявлено. Щитоподібна залоза звичайних розмірів, безболісна при пальпації. Симптоми Штельвага, Мебіуса, Грефе негативні. Ознак порушення функцій гіпофіза, надниркових не виявлено. Розумово розвинений нормально, мислення логічне, нюх, смак не порушений. Обидві очні щілини рівномірно звужені, екзо- і ендодальму, косоокості не виявлено, зіниці однакової величини, активно реагують на світло. Слух, мова не порушені. Рухи координовані, похитування в позі Ромберга не виявлено. Дермографізм живий, рожевий.

VIII. ПОПЕРЕДНІЙ ДІАГНОЗ З ВИДІЛЕННЯМ ОСНОВНИХ СИНДРОМІВ

На основі скарг хворого, анамнезу захворювання, анамнезу життя і об'єктивних даних виявити основні симптоми захворювання, згрупувати їх у синдроми і обґрунтувати попередній діагноз.

На основі скарг хворого (), анамнезу хвороби (), особливостей анамнезу життя (), даних об'єктивного обстеження (), у хворого синдром ущільнення легеневої тканини. Враховуючи початок захворювання, його розвиток, можливу причину і об'єктивні дані попередній діагноз: вогнищева пневмонія нижньої частки правої легені, дихальна недостатність II ступеня.

IX. ПЛАН ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ

Спочатку планують загальноклінічні методи обстеження:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- аналіз крові на цукор;
- аналіз сечі на цукор із добової кількості;
- електрокардіограма (змалювати основні зміни ЕКГ);
- рентгеноскопія органів грудної клітки;
- аналіз калу на я/гл;
- реакція Вассермана;
- аналіз крові на ВІЛ і австралійський антиген.

Далі в залежності від основного і супутнього захворювань складають план додаткових методів обстеження. Так, при захворюванні органів дихання до плану обстеження бажано включити: аналіз крові на фібриноген, С-реактивний білок, серомукоїд. Загальний аналіз харкотиння. Посів харкотиння на флору і визначення її чутливості до антибіотиків. Томограма легень, спірограма, пневмотахометрія, консультація отоларинголога. При захворюваннях серцево-судинної системи до плану обстеження включають: аналіз крові на С - реактивний протеїн, фібриноген, протромбіновий індекс, загальний білок, протеїнограму, серомукоїд, ревматоїдний фактор, холестерин, В-ліпопротеїди, загальні ліпіди, титри антистрептолізину-О, антистрептогіалуронідази, антистрептокінази, рівень імуноглобулінів А, G, M. Фонокардіограма, ехокардіоскопія, капіляроскопія, реовазограма судин кінцівок, консультація стоматолога, оториноларинголога. При захворюваннях органів травлення: аналіз крові на білірубін, тимолову пробу, амілазу, холестерин, беталіпопротеїди, загальні ліпіди, лужну фосфатазу, альдолазу, аналіз сечі на діастазу і жовчні пігменти, аналіз шлункового соку, дуоденальне зондування, аналіз калу за Берманом, Телеманом, копроцітограму, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, сканування печінки. При захворюваннях сечовидільної системи: аналіз крові на залишковий азот, сечовину, креатинін, кліренс сечовини, загальні ліпіди, холестерин, беталіпопротеїди, аналіз сечі за методом Зимницького, Нечипоренка, Аддіс-Каковського, аналіз сечі на флору і її чутливість до

антибіотиків. Видільна і оглядова урографія, сканування нирок, їх ультразвукове дослідження, консультація гінеколога, уролога.

X. ДАНІ ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

У хронологічному порядку переносять з клінічної історії хвороби, а також з амбулаторної картки дані клінічних, біохімічних, серологічних, імунологічних досліджень, інструментальних методів обстеження. У кожному конкретному випадку наводяться дані цих же обстежень для здорової людини. Проводиться підсумок за результатами лабораторних та інструментальних методів досліджень.

XI. КЛІНІЧНИЙ ДІАГНОЗ

Після закінчення необхідних обстежень на основі оцінки і порівняння всіх даних об'єктивного обстеження ставиться клінічний діагноз хвороби даного хворого.

Зразок запису

На підставі скарг хворого, анамнезу хвороби, життя, даних об'єктивного обстеження хворого і даних лабораторних та інструментальних методів обстеження (загальний аналіз крові: еритроцити $4,1 \times 10^{10}$ /л, гемоглобін 130 г/л, лейкоцити $8,7 \times 10^9$ /л, еозинофіли 3%, базофіли 1%, паличкоядерні 8%, сегментоядерні 55%, лімфоцити 27%, моноцити 6%; загальний аналіз сечі: вщ. 1020, білка, цукру немає, лейкоцити 1-2 в полі зору, фібриноген 5,2 г/л, протромбіновий індекс 95%. Рентгеноскопія органів грудної клітки: в ділянці правої нижньої частки вогнищева затемнення легеневої тканини. Тінь серця в межах норми. Діагноз: вогнищева пневмонія нижньої частки правої легені, дихальна недостатність II ступеня.

ЛИСТОК ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ

При лікуванні хворого треба пам'ятати, що позитивні емоції добре впливають на психіку і нервову систему хворого і сприяють одужанню. Спочатку призначають режим хворому (I - ліжковий, II - палатний, III - режим відділення), дієтичне харчування. За вказівкою викладача до листка призначень вносять три фармакологічні препарати, виконуючи правила напису латинською мовою, дози, погодинний інтервал.

Зразок запису

1. Режим П. 2. Стіл N15. 3. Penicillini 500000 ОД 6 разів за добу, через 4 години, після постановки проби. 4. Bisepthol-480 по 2 таблетки 2 рази за добу в перший день захворювання і по одній таблетці 2

ки 2 рази за добу в перший день захворювання і по одній таблетці 2 рази за добу в наступні дні, через 12 годин. 5. Mucalchini 0,05 x 3 рази за день, через 8 годин.

Листок для запису температури.

ЩОДЕННИК

Перебіг хвороби, тобто динаміку суб'єктивних і об'єктивних змін у стані хворого, відображають щоденно. Сюди входять також дані, одержані від чергового персоналу, проводять реєстрацію основних функцій організму хворого: сон, апетит, переносність їжі, лікарських препаратів, фізіологічні відправлення. Потім заносять дані об'єктивного обстеження. У щоденнику відмічають проведені додаткові обстеження хворого і їх результати (ЕКГ, спірограма, дуоденальне зондування, УЗД та інш.). Обов'язково відмічається режим хворого, дієтичне харчування. Вносяться дані про відміну одних і призначення інших ліків хворому.

Дата	Перебіг хвороби	Призначення
1	2	3
1.09.92	Загальний стан хворого поліпшився: зменшилися болі в грудній клітці, зменшився кашель, з'явилась невелика кількість харкотиння, слизового, без домішок, сон спокійний, апетит покращав. Сечовипускання до 4 разів за добу, без болю, був акт дефекації. Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Ціаноз кінчика носа і губ. Шкірні покриви чисті, набряків немає. Периферичні лімфовузли дрібні (рухомі, безболісні). Число дихань - 22 за хвилину. Грудна клітка правильної форми, права половина дещо відстає в акті дихання, з правого боку під лопаткою, посилення голосового тремтіння, перкураторно-притуплений звук, при аускультатії - вологі дрібнопухирчаті хрипи на фоні жорсткого дихання. Зліва (при пальпації) на відрізку II-XI ребер при пальпації, перкусії і аускультатії змін не виявлено. Пульс 86 ударів за 1 хвилину, доброго наповнення і напруження. Межі серця в нормі. Тони серця ритмічні, звучні, 86 серцевих скорочень за 1 хвилину. Артеріальний тиск 115/70 мм.рт.ст. Язик чистий, вологий, живіт м'який, безболісний. Розміри печінки за Курловим 9x8x7 см, селезінки 6x4 см. Синдром Пастернацького від'ємний з обох боків.	Режим III, дієта стіл №15, продовжувати пеніцилін, стрептоміцин, мукалтин, аскорбінову кислоту. Відмінити бісептол, призначити Diazolini 0,1 2 рази через 12 годин.

Куратор

підпис

**ПОКАЗНИКИ ЛАБОРАТОРНИХ АНАЛІЗІВ,
ЗНАННЯ ЯКИХ ОБОВ'ЯЗКОВЕ ДЛЯ СТУДЕНТІВ.**

Еритроцити:	
чоловіки	4-5x10 ¹² /л
жінки	3,9-4,7x10 ¹² /л
Гемоглобін:	
чоловіки	135-180 г/л
жінки	120-160 г/л
Кольоровий показник	0,85-1,15
Ретикулоцити	2%-10%
Тромбоцити	180-320x10 ⁹ /л - 28
Лейкоцити	4-9,0x10 ⁹ /л
базофіли	-0,065x10 ⁹ /л (0-1%)
еозинофіли	0,02-0,30x10 ⁹ /л (0,5-5,0%)
Паличкоядерні нейтрофіли	0,04-0,30x10 ⁹ /л (1-6%)
Сегментоядерні нейтрофіли	2,0-5,50x10 ⁹ /л (47-72%)
Моноцити	0,09-0,60x10 ⁹ /л (3-11%)
Лімфоцити	1,2-3,0x10 ⁹ /л (19-31%)
Швидкість зсідання еритроцитів (ШОЕ):	
чоловіки	2-10 мм/годину
жінки	2-15 мм/годину
Гематокрит:	
чоловіки	40-48 %
жінки	36-42 %

БІЛКИ ПЛАЗМИ КРОВІ

Загальний білок	65-85 г/л
Альбуміни	35-50 г/л (52-65%)
Глобуліни:	23-35 г/л (48-35%)
альфа1	1-4 г/л (2,5-5%)
альфа2	4-12 г/л (7-13%)
бета	5-11 г/л (8-14%)
гамма	5-16 г/л (12-22%)
А/Г-коефіцієнт	1,2-2,0
Імуноглобуліни:	
G	50-112,5 мкмоль/л
M	0,6-2,5 мкмоль/л
A	5,6-28,1 мкмоль/л
E	0,3-30 нмоль/л

ПІГМЕНТНИЙ ОБМІН (БІЛІРУБІН)

Білірубін (метод Ендрашика):	
загальний	8,5-20,5 мкмоль/л
вільний (непрямий, некон'югований)	1,7-17,11 мкмоль/л
зв'язаний (прямий, кон'югований)	0,86-5,1 мкмоль/л

ЛІПІДИ І ЛІПОПРОТЕЇДИ

Ліпіди (загальний вміст)	5-7 г/л
Тригліцериди	0,59-1,77 ммоль/л
Фосфоліпіди:	
загальні	1,53-3,63 г/л
Холестерин загальний	2,97-8,79 ммоль/л
Ліпопротеїди:	
дуже низької щільності (пребета-ліпопротеїди)	1,5-2,0 г/л (0,63-0,69 ммоль/л)
низької щільності (бета-ліпопротеїди)	3-4,5 г/л (3,06-3,14 ммоль/л)
високої щільності (ліпопротеїди)	(альфа- 1,25-6,5 г/л (1,13-1,15 ммоль/л))
Хіломікрони	0-0,5 г/л (0-0,1 ммоль/л)

ВУГЛЕВОДНИЙ ОБМІН

Глюкоза (метод Хагедорна-Йенена)	4,44-6,66 ммоль/л
Ортотолуїдиновий метод	3,3-5,5 ммоль/л
Галактоза	111-943,6 мкмоль/л

МІНЕРАЛЬНІ ЕЛЕМЕНТИ В КРОВІ

Залізо крові	8,53-28,06 мкмоль/л
Калій крові (плазма)	3,8-5,2 ммоль/л
Натрій крові (плазма)	138-217 ммоль/л
Кальцій крові (плазма)	0,75-2,5 ммоль/л
Хлориди крові	97-108 ммоль/л

АЗОТИСТІ РЕЧОВИНИ КРОВІ

Азот залишковий (небілковий)	14,28-25 ммоль/л
------------------------------	------------------

Креатин:	
чоловіки	15,25-45,75 мкмоль/л
жінки	45,75-76,25 мкмоль/л
Сечова кислота:	
жінки	0,12-0,38 ммоль/л
чоловіки	0,12-0,46 ммоль/л

ФЕРМЕНТИ КРОВІ

Лактатдегідрогеназа (ЛДГ)	<7 ммоль/(ч л)
ЛДГ 1	до 25%
ЛДГ 2	до 40%
ЛДГ 5	до 15%
Альдолаза	0,2-1,2 ммоль/(ч л)
Альфа-амілаза (діастаза) крові	2-32 г/(ч л) (25-125 од/л)
Аспартатамінотрансфераза (АсАТ)	0,1-0,45 ммоль/(ч л) (5-40 од/л)
Аланінамінотрансфераза (АлАТ)	0,1-0,68 ммоль/(ч л) (5-40 од/л)
Холінестераза	160-340 ммоль/(ч л)
Лужна фосфатаза	0,5-1,3 ммоль/(ч л)
Креатинкіназа	0,152-0,305 ммоль/(ч л)
Ліпаза	0,4-30 ммоль/(ч л) (10-190 од/л)
Гамма-глутамілтранспептидаза (ГГТ)	18-100 од/л (чол) 10-66 од/л (жін)
Глутаматдегідрогеназа (ГлДГ)	0-1,2 од/л

КОАГУЛОГРАМА

Протромбіновий індекс	80-100%
Час рекальцифікації плазми	60-120 сек
Тромботест	ІУ-У ступінь
Фібриноген	5,9-11,7 мкмоль/л
Фібриноген В	від'ємний
Фібринолітична активність	183-263 хв
Толерантність плазми до гепарину	3-6 (7-11) хв
Час зсідання крові за Лі-Уайтом	5-10 хв.
Тривалість кровотечі за Дюка	до 4 хв.
Ретракція кров'яного згустка	44-65% (індекс ретракції 0,3-0,5)

РІЗНІ ПОКАЗНИКИ

Серомукоїд	12,47-31,75 мкмоль/л
Тимолова проба	до 5 ОД
Сіалова кислота	550-790 мг/л
С-реактивний білок	від'ємний
Антистрептолізин-0 (АСЛ-О)Ф	250 ОД
Антистрептогіалуронидаза (АСГ)Ф	250 ОД
Відносна щільність сечі	1,016-1,022
Альфа-амілаза (діастаза) в сечі	28-160 г (ч л)
Креатинін сечі:	
чоловіки	6,8-17,6 ммоль/добу
жінки	7,1-15,9 ммоль/добу
Формені елементи сечі:	
за методом Каковського-Адїса.	
лейкоцити до	2x10 ⁶ /добу
еритроцити	до 1x10 ⁶ /добу
циліндри	до 2x10 ⁴ /добу
за Нечипоренком:	
лейкоцити	до 4x10 ⁶ /л
еритроцити	до 1x10 ⁶ /л
За методом Штермгеймера-Мальбіна	від 0 до 200 в 1 мл. сечі активних лейкоцитів

КИСЛОТНО-ЛУЖНИЙ СТАН

Показник концентрації	
водневих іонів	(рН) 7,35-7,43
актуальний бікарбонат	(АВ) 19,8-24 мекв/л
стандартний бікарбонат	(SB) 21,3-24,8 мекв/л
Сума основ	(BB) 44,9-51,8 мекв/л
Надмір (дефіцит) основ	(BE) 2,3 мекв/л
Основний обмін:	
абсолютне вираження	6500 - 7000кДж
Артеріальний тиск:	
максимальне (систоличне)	14,6-18,6 кПа (110-140 мм.рт.ст)
мінімальне (діастолічне)	8,0-12,0 кПа (60-90 мм.рт.ст)
Число серцевих скорочень:	
(частота пульсу)	60-90 в 1 хв

НОРМАЛЬНІ ВЕЛИЧИНИ ОСНОВНИХ ПОКАЗНИКІВ ШЛУНКОВОЇ СЕКРЕЦІЇ

Показник	Натще- серце	Базаль- на сек- реція ВАО	Секреція, стимульо- вана гістаміном	
			4	5
1	2	3	4	5
Об'єм шлункового вмі- сту, мл/ч	50	50-100	100-140	180-200
Загальна кислотність титр.ед.	40	40-60	80-100	100-120
Вільна хлористоводне- ва кислота ммоль/л	20	20-40	65-85	90-110
Дебіт вільної хлористо- водневої кислоти ммоль/год	-	1-4	6,5-12	16-24
Кислотна продукція ммоль/год	-	1,5-5,5	8-14	18-26
Пепсин (за Туголуко- вим) концентрація ммоль/л	0,20	0,57-1,14	1,43-1,86	1,43-2,14
дебіт-час ммоль/год пепсину	-	0,03-0,11 (1-4 г/год.)	0,14-0,26 (5-9 г/год.)	0,26-0,46 (9-16 г/год.)

ПРИМІТКА:

Дебіт вільної HCl - годинний об'єм шлункового соку в літрах \times вміст HCl в мілімолях на літр. Дебіт пепсину - вміст пепсину в годинній порції соку в мілімолях на літр \times об'єм шлункового соку в літрах.

БАГАТОМИТТЄВЕ ДУОДЕНАЛЬНЕ ЗОНДУВАННЯ

1 фаза - холедохова - 10-20 хв. - виділяється 15-20 мл світло-жовтого дуоденального вмісту.

2 фаза - закриття сфінктера Одді - 2-3 хв. після введення 33% розчину сірчаноокислої магnezії при температурі 38 С.

3 фаза - жовч А - світло-жовта з протоки після відкриття сфінктера Одді за 3-6 хв. виділяється 3-5 мл.

4 фаза - жовч В - реєструється при появі рефлексу Мельцера Лайона; через 20-30 хв. після введення зонда виділяється 30-50 мл темно-коричневої жовчі. Якщо протягом 30 хв жовчі виділяється мало, вводять 10-40мл оливкового масла з температурою 36 С або холецистокінон.

5 фаза - жовч С - після випорожнення міхура за 20-30 хв знов витікає 10-30 мл світло-жовтої жовчі з печінкових проток (жовчних шляхів).

Жовч збирають у пробірку з інтервалом 5 хв. У 1 порцію - введення другого подразника - 30-50 мл оливкового масла, 50 мл 10% розчину сорбіту, пітуїтрину підшкірно або холецистокінін внутрішньовенно. Введення викликає повторне скорочення жовчного міхура і виділення жовчі В тільки у випадку гіпотонії міхура.

ПОКАЗНИКИ ДУОДЕНАЛЬНОГО ВМІСТУ

Амілаза:	6-16 кг/(ч л)
Білірубін:	
порція А і С	0,51-1,03 ммоль/л
порція В	0,71-3,42 ммоль/л
Жовчні кислоти:	
порція В приблизно	12-33 мг/л
порція С приблизно	3,9-6,3 мг/л
Ліпідний комплекс:	
порція А приблизно	2,2 г/л
порція В приблизно	6,2 г/л
порція С приблизно	2,6 г/л
Трипсин:	3-30 ммоль/л
Холестерин:	
порція А і С	1,04-2,08 ммоль
порція В	5,2-10,4 ммоль

ОСНОВНІ ПОКАЗНИКИ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ

А. Статичні параметри системи зовнішнього дихання

1.ДО - дихальний об'єм	0,25-0,5 л.
2.Ровд - резервний об'єм вдиху (позначається приростом об'єму вдиху)	1,5-2,0 л.
3.Ровид - резервний об'єм видиху (позначається приростом об'єма видиху)	1,5-2,0 л.
4.ЗОЛ - залишковий об'єм легень	100-150 мл.
5.ФЗЄ - функціональна залишкова емкість (характеризує ступінь еластичності тканини легень)	2,5 - 3,0 л.

6. ЖЄЛ - життєва ємкість легень:

чоловіки 5-4,5 л;
жінки 2,5-4,0 л.
7. ЗЄЛ - загальна ємкість легень 4,5-6,5 л

ЗЄЛ= ЖЄЛ+ЗОЛ - об'єм газу, що знаходиться

в легенях при максимальному вдиху.

8. Коефіцієнт опору дихальних шляхів
(R)=1,5-3 см вод. ст./л/сек.

Б. Динамічні параметри системи зовнішнього дихання

1. Дихальний ритм - 12-18 дихальних рухів за 1 хв.

2. ХОД (хвилинний об'єм дихання) - об'єм повітря, що надходить у легені: в спокої - 6-8 л/хв. при максимальних фізичних навантаженнях - 50-60 л/хв у спортсменів - 120-180 л/хв МО ДО х ЧД

3. МВЛ (максимальна вентиляція легень) - об'єм повітря, що надходить у легені за 1 хв при форсованому диханні; у нормі дорівнює 80-200 л/хв; різко знижується при захворюванні органів дихання і серцево-судинної системи; у спортсменів 120-200 л/хв.

4. ОФВ1 (об'єм форсованого видиху) - показник бронхіальної прохідності дорівнює об'єму повітря, що видихається за 1 сек при максимально можливій швидкості видиху; чоловіки 20-60 років - 70-85%

5. МШвд - максимальна швидкість вдиху. МШвид - максимальна швидкість видиху; МШвид=4-8 л/с

6. МДП - мертвий дихальний простір; МДП=АМДП+ФМДП, де АМДП 0,12-0,18 л - частина простору повітроносних шляхів (ротова порожнина, гортань, трахея, бронхи), що не бере участі в га зообміні. ФМДП - повітря альвеол, що отримують недостатню кількість крові і не беруть участі в газообміні

7. АВ - альвеолярна вентиляція = (ДО-МДП) ЧД; АВ = 70-80% загальної вентиляції легень.

8. ЕВ - ефективна вентиляція - інтегральний показник, який характеризує співвідношення об'єму повітря, що бере участь у газообміні, до об'єму повітря, що вентилює легені за рахунок м'язових зусиль. ЕВ=АВ/МОД х 100.

9. Загальне вживання кисню - 0,2 л/хв

10. МВК-максимальне вживання кисню - обсяг кисню, що вживається організмом за 1 хв при максимальному форсованому диханні

11. ДК - дихальний коефіцієнт - співвідношення об'ємів виділеного СО₂ і використаного О₂. ДК при окисленні вуглецю 1,0; білків - 0,8; жирів - 0,7 змішаної їжі - 0,82-0,87.

ПОКАЗНИКИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМИ (НОРМАТИВИ)

Зубець Р	0,07-0,10сек 0,5-2,5мм (не більше 1/6-1/8 зубця R у стандартних відведеннях); вгору (позитивний)
Інтервал P-Q	0,12-0,20сек
Зубець Q	0,03-0,04 сек (не більше 1/4 зубця R)
Зубець R	5-15мм, позитивний
Інтервал QRS	0,06-0,1сек
Сегмент ST	ізоелектричний, зміщення не більше 0,5 мм)
Зубець T	0,1-0,25 (не більше 1/2 зубця R)
Інтервал S-T	0,24-0,55 у стандартних відведеннях)
Зубець U	0,09-0,16сек(позитивний) 2-5мм (непостійний)

ПОКАЗНИКИ ФОНОКАРДІОГРАМИ

Q (R) - I тон	0,04-0,06сек
Амплітуда	10-25мм
Тривалість I тону	0,10-0,15сек
II тону	співпадає з зубцем T на ЕКГ або ±0,02сек
Амплітуда II тону на верхівці серця	6-15мм
Тривалість II тону на верхівці	0,04-0,07сек
Амплітуда II тону на аорті	дорівнює амплітуді II тону на легеневій артерії
II тон: I тонна аорті і легеневій артерії	= 1,3-2,0сек
III тон через	0,12-0,18 сек після II тону група низькочастотних коливань, що визначається тільки на верхівці серця і точці Боткіна.

Відхилення від наведених середніх нормативів можуть бути зумовлені різними причинами (особливостями методик та ін.)

ЕХОКАРДІОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ У ЗДОРОВИХ ЛЮДЕЙ

1. КДР кінцево-діастолічний розмір лівого шлуночка $5 \pm 0,1$ (см)
- КСР кінцево-систоличний розмір лівого шлуночка $3,3 \pm 0,04$ (см)
- Тзс(с) товщина задньої стінки лівого шлуночка в систолі $1,3 \pm 0,1$ (см)
- Тзс(д) товщина задньої стінки лівого шлуночка в діастолі $0,9 \pm 0,04$ (см)
- ТМ(с) товщина міжшлуночкової перегородки в систолі $1,4 \pm 0,04$ (см)

ТМ(д) товщина міжшлуночкової перегородки в діастолі $0,9 \pm 0,04$ (см)

КДО кінцево-діастолічний об'єм лівого шлуночка 119 ± 7 (мл)

КСО кінцево-систолічний об'єм лівого шлуночка 45 ± 3 (мл)

УО ударний об'єм 74 ± 4 (мл)

ФВ фракція вигнання (викиду) 62 ± 1 (%)

S ступінь скорочення передньо-заднього розміру порожнини лівого шлуночка $0,34 \pm 0,03$

Vcfsr швидкість циркулярного скорочення волокон міокарда $1,17 \pm 0,05$ (окр/с)

H індекс систолічної внутрішньоміокардної напруги 30 ± 2

ММ маса міокарда 134 ± 5 (г)

2. Загальна екскурсія лівого передсердно-шлуночкового клапана $2,9 \pm 0,1$ (с)

Амплітуда відкриття передньої стулки лівого передсердно-шлуночкового клапана $2 \pm 0,1$ (см)

- Швидкість відкриття передньої стулки лівого передсердно-шлуночкового клапана $31,5 \pm 1,8$ (см/с)

Швидкість раннього діастолічного закриття передньої стулки лівого передсердно-шлуночкового клапана $14,7 \pm 0,7$ (см/с)

3. AR Внутрішній діаметр основи аорти $3,3 \pm 0,2$ (см)

AC амплітуда руху стулок А. Кл. $1,9 \pm 0,1$ (см)

LA розмір порожнини лівого передсердя в кінці діастолі $3 \pm 0,1$ (см)

Індекс випорожнення лівого передсердя $0,68 \pm 0,01$

4. Амплітуда відкриття задньої стулки клапана легеневої артерії $1,1 \pm 0,2$ (см).

Швидкість відкриття задньої стулки клапана легеневої артерії $18 \pm 1,5$ (см/с).

ОРІЄНТОВНИЙ ПЕРЕЛІК ЛАБОРАТОРНИХ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ХВОРИХ У КЛІНІЦІ ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

1. КОЖНОГО, ХТО ВПЕРШЕ ЗВЕРНУВСЯ ДО ПОЛІКЛІНІКИ, ЧИ ПОСТУПИВ ДО СТАЦІОНАРУ

1. Вимірювання артеріального тиску на лівій і правій плечових артеріях.
2. Загальний аналіз крові.
3. Загальний аналіз сечі
4. Аналіз калу.
5. Аналіз калу-копрограма, на приховану кров.
6. Аналіз крові на цукор.
7. Дослідження крові на RW.
8. Рентгеноскопія грудної клітки.
9. Електрокардіограма.
10. Огляд гінеколога (для жінок).
11. У чоловіків віком понад 40 років огляд уролога для дослідження передміхурової залози.
12. У осіб віком понад 50 років обстеження у окуліста для виключення глаукоми.
13. Консультація стоматолога.

2. ОСІБ З ДОВГОТРИВАЛОЮ СУБФІБРИЛЬНОЮ ТЕМПЕРАТУРОЮ ТІЛА

1. Вимірювання температури тіла через кожні 3 години.
2. Клінічні аналізи крові та сечі.
3. Проба сечі за Нечипоренком
4. Біохімічне дослідження крові: С-реактивний білок, протеїнограма, рівень сіалових кислот, формолова проба.
5. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, шлунка, кишечника.
6. Електрокардіограма (ЕКГ).
7. Реакція Манту з 2ТЕ.
8. Консультації:
 - отоларинголога
 - стоматолога
 - гінеколога

- уролога
- ендокринолога.
- 9.Рентгенографія додаткових пазух носа і щелеп (для виключення гранулюючого перидонтиту)
- 10.Дуоденальне зондування з бактеріологічним дослідженням жовчі.
- 11.Дослідження гемокультури на стерильність.
- 14.Мазок із зів'я.
- 15.Дослідження крові на ВІЛ-інфекцію.

3. РЕВМАТИЗМ

- 1.Вимірювання температури тіла кожні 2 години.
- 2.Клінічні аналізи крові і сечі.
- 3.Біохімічне дослідження крові і сечі: рівень сіалових кислот,ДФА-реакція, С-реактивний білок, загальний білок крові, білкові фракції крові; формолова реакція, латекс-тест, мукопротеїди, глікопротеїди, фібриноген.
- 4.Посів крові на стерильність (при септичному перебігу).
- 5.Мазок із зів'я на стрептокок.
- 6.Визначення титру антитіл: антистрептолізину "О" (АСЛ-О); антистрептокінази (АСК); антистрептогіалуронидази (АСГ).
- 7.Електрокардіографія (ЕКГ).
- 8.Фонокардіографія (ФКГ).
- 9.Ехокардіографія (ЕхоКГ).
- 10.Рентгеноскопія серця з контрастуванням стравоходу.
- 11.Проба Нестерова-Кончаловського.
- 12.Консультації:
 - отоларинголога;
 - стоматолога;
 - гінеколога.
- 13.Консультації невропатолога для виключення ревматичного ураження ЦНС і судин головного мозку.

4.ІНШІ РЕВМАТИЧНІ ХВОРОБИ

- 1.Загальний аналіз крові + тромбоцити.
- 2.Аналіз крові на LE-клітини.
- 3.Загальний аналіз сечі.
- 4.Аналіз синовіальної рідини.
- 5.Аналіз сечі.
- 6.Імунологічні дослідження: АСЛ-О, АСГ, АСК, антиДНКза В, Нб s - антиген, RW, СРБ, імуноглобуліни (JgA, JgM, JgE, JgG) реакція латекс - аглютинації і Ваалера - Розе; антінуклеарний фактор;

- антитіла до нативної ДНК; криоглобуліни; циркулюючі імунні комплекси.
- 7.Біохімічне дослідження крові: загальний білок і білкові фракції, фібриноген, серомукоїд, КФК, АсАТ, АлАТ, креатинін, сечова кислота.
- 8.Рентгенологічне дослідження внутрішніх органів і суглобів (ревматоїдний артрит - знімки суглобів зап'ясть і стопи); хвороба Бехтерева - ілеосакральне з'єднання, подагра - 1-ий плюснофаланговий суглоб.
- 9.Сцинтиграфія щитовидної залози, печінки, селезінки.
- 10.Термографія.
- 11.ЕКГ.
- 12.ФКГ.
- 13.ЕхоКГ.

5.ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ

- 1)Інфаркт міокарда.
 - 1.Загальний аналіз крові + гематокрит в перші 3 дні щодня, потім 1 раз у 7 днів.
 - 2.Біохімічне дослідження крові: АсАТ, АлАТ, ЛДГ, креатинінфосфокіназа, електроліти крові (калій,натрій), "С"-реактивний білок, білкові фракції крові, холестерин, лецитин, В-ліпопротеїди, цукор.
 - 3.Коагулограма.
 - 4.Електрокардіограма: в перші 10 днів - щодня, а потім 1 раз у 2-3 дні.
 - 5.Ехокардіографія.
 - 2)Стенокардія
 - 1.Загальний аналіз крові та сечі.
 - 2.Біохімічне дослідження крові (те ж, що і в розділі 1, п.2)
 - 3.Коагулограма.
 - 4.Електрокардіограма; при показниках - ЕКГ з навантаженням: проба Мастера, велоергометрія, дослідження на тредмілі, через-стравохідна електрокардіостимуляція.
 - 5.Коронарографія.
 - 6.Рентгенографія шийного і грудного відділів хребта.
 - 7.За показниками - консультація невропатолога, ортопеда.
 - 8.Рентгенологічне дослідження стравоходу, шлунка.

6. ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА

- 1.Вимірювання АТ на обох плечових артеріях щодня, в перші дні - 2-3 рази за день.
- 2.Вимірювання АТ на нижніх кінцівках.

3. Аналіз крові загальний + гематокрит.
4. Аналіз крові: сечовина, креатинін, холестерин, тригліцериди, цукор, калій, натрій.
5. Аналіз сечі: загальний, за Зимницьким, Нечипоренком, на добовий білок, бактеріурію, якісне вивчення лейкоцитів.
6. Коагулограма.
7. Рентгенологічне дослідження серця, легень.
8. Дослідження очного дна.
9. ЕКГ.
10. Екскреторна урографія.

Дослідження за показниками:

1. Рентгенографія черепа і ділянки турецького сідла.
2. Електроенцефалографія.
3. Реографія мозку, печінки, легень, кінцівок.
4. Ехокардіографія.
5. Гемодинаміка з дослідженням об'єму плазми крові.
6. Роздільний нирковий рух крові і пресорно-депресорна система.
7. Радіоізотопне дослідження нирок і наднирковників.
8. Ультразвукове сканування нирок.
9. Контрастна ангіографія.
10. Ретропневмоперитоніум з томографією нирок і наднирковників.
11. Селективна флебографія наднирників.
12. Флуоресцентна ангіографія очей.
13. Комп'ютерна томографія нирок, наднирників, черепа.
14. Біопсія нирок, гістологія біоптату.
15. Аналіз крові на: ренін, ангіотензин, альдостерон з функціональними пробами, простагландини, гідрокортисон, сечову кислоту, АКТГ.
16. Аналіз сечі на: адреналін, норадреналін, ДОФА, дофамін, ВМК, натрій, калій, альдостерон, 17-кетостероїди, 17-гідроксистероїди, кініни.

7. ЗАХВОРЮВАННЯ НИРОК

1. Вимірювання артеріального тиску (обов'язково на обох руках)
2. Вимірювання температури тіла через кожні 2 години (при лихоманці).
3. Підрахунок випитої за добу рідини та добового діурезу.
4. Загальний аналіз крові.
5. Загальний аналіз сечі.
6. Визначення втрати білка в добовій сечі.
7. Якісне дослідження білка в сечі (уропротейнограма).
8. Аналіз сечі за Нечипоренком.

9. Якісне дослідження лейкоцитів у сечі (клітини Штернгеймера Мельбіна, "активні лейкоцити", павукоподібні лейкоцити).
10. Провокаційні проби для виявлення прихованої лейкоцитурії і еритроцитурії.
11. Бактеріологічне дослідження сечі: а) визначення кількості мікробних тіл; б) посів сечі на стерильність; в) визначення чутливості мікробної флори до антибіотиків.
12. Аналіз сечі за Зимницьким.
13. Аналіз крові: загальний білок, білкові фракції крові, "С"-реактивний білок, залишковий азот, сечовина, креатинін, рівень ліпідів (холестерин, альфа-і бета-ліпопротеїди), електроліти (К, Na, Cl, Ca, Mg, F).
14. Дослідження фільтрації і реабсорбції (проведення проби Реберга).
15. ЕКГ.
16. Дослідження очного дна.
17. Дослідження передміхурової залози у чоловіків, огляд гінеколога – у жінок.
18. Оглядовий знімок нирок.
19. Уротомографія.
20. Екскреторна урографія.
21. Нефротомографія.
22. Ретроградна (висхідна) пієлоуретрографія.
23. Ретропневмоперитонеум.
24. Ниркова ангіографія.
25. Ізотопна ренографія і сканування нирок.
26. Радіологічне визначення парціальних функцій нирок.
27. Комп'ютерна томографія нирок.
28. УЗД нирок.
30. Проби на амілоїдоз: (з конго-рот, фарбою Еванса, метиловим синім); біопсія (слизової оболонки ясенного краю, слизової товстої кишки, нирок).

8. ХРОНІЧНА НЕДОСТАТНІСТЬ КРОВООБІГУ

1. Добовий діурез, підрахунок випитої за добу рідини.
2. Дослідження венозного тиску.
3. Дослідження артеріального тиску (щодня).
4. Біохімічне дослідження (залежно від основного захворювання-проби на активність ревматичного процесу, білкові фракції крові, електроліти (калій, натрій) у крові, залишковий азот, сечовина, креатинін, білірубін крові, АСАТ, АЛАТ, холестерин, лецитин, альфа- і бета-ліпопротеїди.
5. Коагулограма.
6. Електрокардіограма (у динаміці).

9. ГОСТРІ ПНЕВМОНІЇ

1. Щоденний підрахунок пульсу, частоти дихання, вимірювання артеріального тиску.
2. Вимірювання температури тіла кожні 2 години протягом 3-5 днів.
3. Загальний аналіз крові.
4. Аналіз крові: білкові фракції крові, С-реактивний білок, сіалова кислота, серомукоїд, гаптоглобін, фібриноген.
5. Загальний аналіз сечі.
6. Дослідження харкотиння: загальний аналіз, бактеріоскопічний аналіз. Посів харкотиння з визначенням чутливості мікробної флори до антибіотиків.
7. Рентгенологічне дослідження легень при надходженні і виписці.
8. Електрокардіограма.
9. Консультація отоларинголога для виключення вогнищ інфекції.

10. ХРОНІЧНІ НЕСПЕЦИФІЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

1. Загальний аналіз крові, сечі.
2. Аналіз харкотиння: добова кількість, бактеріоскопічний аналіз, дослідження на чутливість до антибіотиків, дослідження на БК не менше 3 разів, дослідження на атипіві клітини.
3. Біохімічне дослідження крові: С-реактивний білок, загальний білок, білкові фракції крові, сіалова кислота, серомукоїд, гаптоглобін, фібриноген.
4. Дослідження плеврального випоту (при необхідності).
5. ЕКГ.
6. Рентгенографія (томографія, бронхографія, комп'ютерна томографія, селективна ангіопульмонографія - за показаннями).
7. Спірографія, пневмотахометрія.

За показниками:

1. Перфузійна пульмоносцинтиграфія, ангіопульмоносцинтиграфія, позитивна пульмоносцинтиграфія, інгаляційна бронхосцинтиграфія, бронхорадіометрія.
2. Бронхофіброскопія, торакоскопія, медіастиноскопія.
3. Неендоскопічна біопсія (транскервікальна, трансторакальна).
4. Мікробіологічне дослідження (крові, з вогнища, бронхіального вмісту, плеврального ексудату).
5. Вірусологічне дослідження: метод прямої і непрямой імунофлюоресценції; серологічна діагностика.
6. Імунологічне дослідження: кількість лімфоцитів, сироваткові імуноглобуліни, фагоцитарна активність лейкоцитів.

11. БРОНХІАЛЬНА АСТМА

1. Атопічний клініко-патогенетичний варіант:
 - шкірні алергічні проби;
 - провокаційні проби (назальні інгаляційні, кон'юнктивальні) - за показниками в стадії стійкої ремісії;
 - елімінаційні дієти з веденням щоденника харчування з наступною провокацією.
2. Інфекційно- залежний варіант хвороби:
 - клінічний аналіз крові;
 - біохімічне дослідження крові - загальний білок і білкові фракції, фібриноген, СРБ, ДФА, сугомукоїд;
 - цитологічне дослідження харкотиння;
 - рентгенограми додаткових заток носа;
 - бронхоскопія з дослідженням вмісту бронхів;
 - консультація ЛОР-спеціаліста, стоматолога;
 - уточнення етіології запалення: визначення і підрахунок кількості бактерій у вмістові бронхів з вивченням їх чутливості до антибіотиків; визначення бактеріальної сенсibiliзації (внутрішньошкірні проби з бактеріальними алергенами, клітинні методи діагностики, провокаційні проби), мікологічне дослідження; вірусологічне дослідження.
3. Аутоімунний клініко-патогенетичний варіант:
 - внутрішньошкірна проба з аутолімфоцитами;
 - визначення активності кислоти фосфатази в сироватці крові.
4. Дисгормональний клініко-патогенетичний варіант:
 - визначення рівня сумарних ІІ-ОКС, їх зв'язаної і вільної фракції у плазмі крові;
 - цитологічне дослідження піхвового мазка;
 - вимірювання ректальної температури в період менструального циклу;
 - радіоімунологічні методи визначення вмісту естрогенів і прогестерону в плазмі крові.
5. "Аспіринова астма" і "астма фізичного зусилля":
 - проба з фізичним навантаженням;
 - проба з інгаляцією ацетилхоліну, карбахоліну, метахоліну, гістаміну, ПГЕ2а, обзидану та ін. бронхоконстрикторів.

12. ХВОРОБИ СТРАВОХОДУ І ШЛУНКА

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі.
3. Аналіз калу: копрограма, аналіз калу на приховану кров.
4. Рентгенографія стравоходу.

5. Рентгенологічне дослідження шлунка.
6. Фіброезофагогастродуоденоскопія (ФЕГДС).
7. Гастробіопсія.
8. Електрогастрографія.
9. Фракційне дослідження шлункового вмісту.
10. рН-метрія шлункового соку.
11. Езофагоманометрія.
12. Годинне напруження уропепсину в сечі або з ацидотестом (при неможливості проведення фракційного дослідження).
13. Радіотелеметрія.

13. ЗАХВОРЮВАННЯ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ

1. Загальний аналіз крові
2. Загальний аналіз сечі (з обов'язковим дослідженням на жовчні пігменти і уробілін).
3. Аналіз калу: загальний (з визначенням вмісту стеркобіліну, на яйця глистів, на виявлення найпростіших).
4. Біохімічне дослідження крові: білірубін, загальний білок крові і білкові фракції фібриноген, АлАТ, АсАТ, пужна фосфатаза, холестерин, фосфоліпіди, альфа- і бета-ліпопротеїди.
5. Вимірювання температури тіла через кожні 2 години (при лихоманці).
6. Оглядова рентгенографія ділянки печінки і жовчовивідних шляхів.
7. Рентгенографія контрастованих жовчних шляхів:
 1. Непряме контрастування жовчних шляхів:
 - а) оральна холецистографія.
 - б) внутрішньовенна холангіохолецистографія.
 2. Пряме контрастування жовчних шляхів (за показаннями):
 - а) антеградне контрастування жовчних шляхів (черезшкірне, холангіографія під час операції, післяопераційна контрольна холангіографія через дренаж, фістулохолангіографія).
 - б) ретроградне контрастування жовчних шляхів за допомогою дуоденоскопа.
 - в) комбіновані способи (черезшкірні і ендоскопічні способи).
8. Релаксаційна дуоденографія.
9. Комп'ютерна томографія.
10. УЗД жовчного міхура і печінки.
11. Радіоізотопне дослідження жовчних шляхів (гепато-білісцин тирафія - БСГ).
12. Тепловізійне дослідження жовчного міхура.
13. Дуоденальне зондування: 5-ти моментне з бактеріологічним дослідженням жовчі на чутливість мікрофлори до антибіотиків.
14. Лапароскопія (при необхідності).
15. ЕКГ.

14. ЗАХВОРЮВАННЯ ПЕЧІНКИ

1. Загальний аналіз крові.
2. Загальний аналіз сечі (з обов'язковим дослідженням на жовчні пігменти і уробілін).
3. Загальний аналіз калу (з обов'язковим дослідженням калу на стеркобілін, на приховану кров).
4. Вимірювання температури тіла кожні 2 години (при лихоманці)
5. Біохімічне дослідження крові:
 - 1) білірубін:
 - загальний
 - кон'югований
 - некон'югований
 - 2) ферменти:
 - АлАТ - аланінова амінотрансфераза
 - АсАТ - аспарагінова амінотрансфераза
 - ГДГ - глутаматдегідрогеназа
 - ЛДГ - лактатдегідрогеназа та її ізоферменти
 - СДГ - сорбітдегідрогеназа
 - ЛФ - лужна фосфатаза
 - ГГТП - глутамілтранспептидаза
 - ЛАП - лейцинамінопептидаза
- 5 1 - нуклеотидаза
- ХЕ - холінестераза
- ЦП - церулоплазмін
- 3) показники білкового метаболізму: загальний білок, альбуміни, глобуліни, фракції глобулінів; тимолова, сулемова, формолова проби; протромбіновий комплекс, фібриноген, фактори II, V, VII, X.
- 4) дослідження екскреторної функції: проба з бромсульфалеїном (БСФ) або індоціаніном зеленим (вофавердином).
- 5) концентрація заліза, трансферину, феритину, % насичення трансферину залізом; концентрація міді і церулоплазміну; гаптоглобін сироватки крові.
- 6) загальний холестерин, загальні ліпіди, В-ліпопротеїди, тригліцериди.
- 7) альфа-фетопротейн і ЛДГ при підозрі на гепатоцелюлярний рак печінки.
- 8) аналіз крові на цукор + галактозна проба.
6. Аналіз крові на концентрацію імуноглобулінів (JqG, JqA, JqM).
7. Концентрація жовчних кислот сироватки крові.
8. Аналіз крові на "австралійський антиген".
9. Визначення К, Na, Cl у сироватці крові, антипіринова проба або проба з галактозою - при тяжкому ураженні печінки.

10. Аналіз крові на фенол, індикан, сечовину, креатинін, сечову кислоту при печінковій енцефалопатії або гепаторенальному синдромі.

11. УЗД печінки і жовчного міхура.

12. Пункційна біопсія печінки.

13. Дуоденальне зондування (за показниками).

14. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія.

15. Комп'ютерна томографія.

16. Сканування печінки.

17. ФЕГДС.

18. ЕКГ.

19. Електроенцефалограма (при енцефалопатії).

Скринінг: АлАТ

АсАТ

ЩФ

білкові фракції

білірубін

тимолова проба.

15. КИШЕЧНИК

1. Загальний аналіз крові.

2. Загальний аналіз сечі.

3. Аналіз калу: на перетравлювання (копрограма), на найпростіших і яйця глистів, на приховану кров; визначення вмісту стеркобіліну; бактеріологічне дослідження; на ентерокиназу і лужну фосфатазу.

4. Тригоскопія.

5. Ректороманоскопія.

6. Колоноскопія з біопсією.

7. Дуоденальне зондування з посівом жовчі.

8. Посів сечі.

9. Аналіз крові: загальний білок, білкові фракції, холестерин, електроліти, протромбін, білірубін, лужна фосфатаза.

10. Проба на толерантність до глюкози.

11. Проба з Д-ксилозою (для визначення всмоктувальної функції кишечника).

12. Вивчення кишкової абсорбції за допомогою мічених ^{131}J , ^{14}C , ^{82}Br гліпідів, ^{60}CO , ^{24}Na вітаміну В 12.

13. Проба Трибуле на розчинний білок.

16. ЗАХВОРЮВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1. Загальний аналіз крові.

2. Загальний аналіз сечі.

3. Копрограма.

4. Аналіз крові: білок, білкові фракції, білірубін, трансамінази, лужна фосфатаза, ГГТП, альфа-амілаза, трипсин, ліпаза, цукор, електроліти (калій, натрій, кальцій).

5. За показниками: глікемічна та амілазна крива.

6. Аналіз сечі на амілазу, ліпазу, трипсин.

7. Дослідження зовнішньосекреторної функції підшлункової залози.

8. Рентгенологічне дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки (в умовах гіпотонії).

9. Фіброгастроскопія.

10. Ехографія підшлункової залози.

11. Радіонуклеїнове сканування.

12. Комп'ютерна томографія.

13. ЕКГ.

14. Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія.

15. Ангіографія підшлункової залози.

16. Лапароскопія (за показанням).

ДАНІ ДОДАТКОВИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Наводяться результати лабораторних та інструментальних досліджень, а також висновки консультантів.

При призначенні хворому додаткових методів дослідження, в яких може брати участь куратор-студент, участь останнього обов'язкова.

Орієнтовний обсяг (перелік додаткових досліджень), необхідних при тому чи іншому захворюванні, викладений у дод. 3.

2. ОБГРУНТУВАННЯ ДІАГНОЗУ

Розрізняють два методи обґрунтування діагнозу.

А. Прямий метод. Згідно з цим методом діагноз встановлюється за сукупністю типових ознак або за наявністю патогномічних для захворювання симптомів. Виділяються основні скарги хворого, що безпосередньо відносяться до даного захворювання. На основі порівняння різних симптомів, з урахуванням умов їх виникнення, віку, статі, професії хворого, виражених об'єктивних даних у ряді випадків можливе пряме судження про діагноз захворювання.

Б. Метод диференційної діагностики. Заснований на визначенні розбіжностей при подібній клінічній картині захворювання. Діагноз встановлюється виключенням усіх, крім одного, з передбачених можливих захворювань.

Важлива особливість диференційної діагностики - необхідність урахування і порівняння всіх близьких за симптоматологією захво-

рювань. При цьому велике значення має правильний вибір провідних симптомів та синдромів. Якщо у хворого є будь-який достовірний синдром (наприклад, біль у ділянці серця, набряковий синдром, анемія, асцит, жовтяниця та ін.), вказується те коло захворювань, при яких цей синдром спостерігається найчастіше. Потім, використовуючи результати всебічного обстеження хворого і порівнюючи отримані симптоми і синдроми, поступово виключають захворювання, що мають лише окремі подібні риси з захворюванням хворого. Зупиняються на захворюванні, симптоми і синдроми якого найбільш точно відповідають клінічній картині захворювання.

Підсумковий етап обґрунтування діагнозу - формулювання остаточного клінічного діагнозу.

Провідним у постановці діагнозу є нозологічний принцип, відповідно до якого діагноз повинен містити назву певної хвороби, виражену в термінах, передбачених прийнятими класифікаціями і номенклатурою хвороби.

Клінічний діагноз встановлюється за такою схемою: основне захворювання з указанням його форми, стадії, активності процесу та ін.; ускладнення основного захворювання; супутні захворювання.

Основне захворювання - це те, яке саме по собі або у зв'язку з розвиненими захворюваннями примусило хворого звернутися за медичною допомогою, а також стало причиною його госпіталізації і смерті. У діагнозі воно вказується у вигляді окремої нозологічної форми.

Ускладнення основного захворювання - це патологічні процеси, які патогенетично пов'язані з основним захворюванням і призводять до виникнення клінічних синдромів, анатомічних і функціональних змін, що якісно відрізняються від основних ознак хвороби.

Супутніми вважаються захворювання, які діагностуються поряд з основними захворюваннями.

Після того, як діагноз сформульований і призначене лікування, правильність його перевіряється у процесі подальшого спостереження за перебігом захворювання, ефективністю лікування. При цьому клінічні, лабораторні та інструментальні дані або підтверджують діагноз, або ставлять його під сумнів, або заперечують.

IV. ЕТІОЛОГІЯ І ПАТОГЕНЕЗ

Питання етіології і патогенезу основного захворювання мають важливе значення для обґрунтування раціонального лікування і побудови плану профілактичних заходів. На підставі всебічного вивчення відомостей про хворого встановлюються можливі індивідуальні причини захворювання. Необхідно з'ясувати, який етіологіч-

ний фактор міг бути причиною хвороби, які умови сприяли її виникненню, як розвивалися прояви хвороби в надалі (патогенез).

V. ЛІКУВАННЯ

У цьому розділі спочатку необхідно викласти загальні принципи лікування захворювання, діагностованого у хворого, а потім, виходячи із патогенетичного діагнозу і етіології захворювання, вказати методи лікування даного захворювання (індивідуалізоване лікування).

Потрібно вибрати мінімальний комплекс лікувальних засобів, що забезпечують максимальний терапевтичний ефект.

Індивідуальне лікування хворого викладається в такому порядку:

1. Режим.
2. Дієта, стіл N...
3. Медикаментозна терапія.
4. Фізіотерапія.
5. Лікувальна фізкультура (ЛФК).

Виділяються методи етіотропної, патогенетичної і симптоматичної терапії.

При призначенні лікарських засобів необхідно вказати повні прописи, коротко описати механізм дії рекомендованих лікувальних засобів, а також обґрунтувати необхідність їх призначення даному хворому.

Не допускається застосування препаратів або процедур, що мають антагоністичну дію.

VI. ЩОДЕННИК

Щоденник - короткий, але вичерпний запис усіх змін перебігу хвороби при спостереженні за хворим. У щоденнику подана оцінка самопочуття хворого, відображені його скарги за минулу добу. Далі вказується оцінка загального стану хворого і наводяться короткі відомості, що відображають динаміку змін в уражених органах. Наведені такі відомості: результати всіх поточних досліджень (лабораторних, інструментальних), висновки консультантів ("вузьких" спеціалістів), професора, доцента, асистента, завідувача відділення. Необхідно відмічати заходи щодо підготовки хворого до проведення спеціальних методів дослідження (рентгеноскопії шлунка, фіброгастроскопії, дуоденального зондування та ін.), реєструвати реакцію організму на ліки та діагностичні маніпуляції (їх перенесення), обґрунтування змін у діагнозі, лікуванні.

Щоденник на всі дні курації складається за такою схемою:

Дата. Стан хворого. Призначення.

Призначення записують у такій послідовності: режим, дієта (стіл N.), прописи ліків з указанням дози, часу і способу вживання, потім процедури й інші призначення. Якщо призначення кілька днів не змінюються, відповідно в графі "Призначення" роблять відмітку: "призначення ті ж".

При відміні будь-якого призначення в цій графі відмічають: "відмінити з певної дати".

VII. ТЕМПЕРАТУРНИЙ ЛИСТ

Відомості про температуру тіла, частоту пульсу, дихання, артеріальний тиск, добовий діурез (за показанням) та ін. реєструють у вигляді графіка. Температурний лист обов'язково додається до історії хвороби.

VIII. ЕТАЛНИЙ ЕПІКРИЗ

Його складають і оформляють протягом 10 днів. Оцінюють перебіг хвороби за вказаний період, ефективність лікування, обґрунтовують зміни в діагнозі та лікуванні хворого, необхідність подальшого обстеження і лікування.

IX. ПРОГНОЗ

Ґрунтується на діагнозі основного захворювання, наявності ускладнень і супутніх захворювань, з урахуванням результатів лікування встановлюють прогноз захворювання.

1. Прогноз для здоров'я (чи можливе одужання і покращення при хронічному захворюванні; обґрунтувати).

2. Прогноз для життя (чи загрожує на даний момент захворювання життю хворого і чому; обґрунтувати).

3. Прогноз для роботи (ступінь обмеження працездатності, інвалідність - тимчасова чи постійна; обґрунтувати).

Необхідно накреслити перспективи реабілітації з використанням медичної, психологічної і соціальної реабілітації.

X. ЕПІКРИЗ

Виписний епікриз - це короткий лікарський висновок, що містить паспортні відомості хворого і основні характеристики його захворювання:

- прізвище, ім'я та по батькові хворого, термін перебування в клініці;

- короткий виклад основних скарг, найбільш суттєвих моментів з історії хвороби, провідних ознак (бажано у вигляді синдромів), виявлених при обстеженні хворого, з обов'язковим викладом результатів спеціальних методів дослідження; розгорнутий клінічний діагноз;

- короткі відомості про перебіг хвороби за час курації;

- проведене лікування (режим, дієта, медикаменти, фізіотерапія і ЛФК);

- оцінка ефективності лікування (стан хворого на кінець курації або виписки із стаціонару);

- працездатність - відновлена, втрачена тимчасово, постійно (інвалідність);

- рекомендації хворому при виписці стосовно фізіологічної активності, працевлаштування, дієти, продовження медикаментозної терапії (з указанням препаратів, їх доз, тривалості курсу), санаторно-курортного лікування та диспансерного нагляду.

У випадку смерті хворого оформляється посмертний епікриз.

При цьому необхідно обґрунтувати основний діагноз і його ускладнення, вказати безпосередню причину смерті хворого, потім (при наявності) супутні захворювання.

Іноді при оформленні посмертного епікризу виникає необхідність виділити так звані (поєднані), "конкуруючі" і "фонові" захворювання.

"Поєднаними" називають такі захворювання, кожне з яких окремо в даний момент і на даному етапі розвитку не смертельне, але розвиваючись одночасно, вони призводять до летального кінця внаслідок поєднання структурно-функціональних методів лікування, протипоказаних для одного із цих захворювань або негативного впливу в терапії однієї із хвороб на перебіг. Наприклад, інфаркт міокарда (основне) і цироз печінки, коли використання антикоагулянтів викликає кровотечу (шлункову або з розширених вен стравоходу).

"Конкуруючими" називають два одночасно виявлених захворювання, кожне з яких окремо могло бути причиною смерті.

Ці дві нозологічні одиниці, незалежні етіологічно і патогенетично, однаково відповідають критеріям основного захворювання: наприклад, рак легень, ускладнений кровотечею і гострий інфаркт міокарда.

"Фоновим" називають таке захворювання, яке мало важливе значення в патогенезі основного і (або) зумовило особливу його тяжкість і відіграло роль у виникненні і несприятливому перебігу ускладнень. Наприклад, цукровий діабет і інфаркт міокарда.

ХІ. СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

Список літератури повинен бути оформлений відповідно до загальноприйнятих вимог. Крім того, куратору необхідно вказати сторінки, які відповідають опрацьованому і наведеному матеріалу.

При цитуванні статті з журналу чи збірника вказують прізвище, ініціали автора (якщо авторів більше трьох, то перших трьох), назва статті, назва журналу чи збірника, рік видання, номер журналу, сторінка. Наприклад, Ковальов Ю.М., Вдовиченко В.І., Гунько Е.Г. та ін. Діагностика дуоденального рефлекса. //Врачебное дело, 1987. N 2. С. 69-72.

При цитуванні монографії, підручника наводять прізвище, ініціали автора, назву монографії, підручника, місце видання, видавництва, рік видання, кількість сторінок. Наприклад, Мухарлямов М.М., Мареев В.Ю. Лікування хронічної серцевої недостатності. М.: Медицина, 1985.- 208 с. 19-57.

Якщо монографія написана колективом авторів (більше 3-х), потрібно вказати, за чією редакцією вона видана.

Наприклад: Система імунітету при захворюванні внутрішніх органів /За ред. І.М.Ганджи.- Київ: Здоров'я, 1985.- 280 с.9-50.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Підручники (ініціали і прізвище автора, назви підручників у хронологічному порядку, назва розділу, сторінки).
2. Монографія з теми захворювання хворого (ініціали, прізвище автора, назва монографії, сторінки).
3. Статті з журналів (ініціали і прізвище автора, назва статті, журналу, рік випуску, сторінки).