




**Практикум із внутрішньої
медицини: Терапія:
навчальний посібник**

У другому виданні навчального посібника осучаснено і доповнено суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження пацієнта, визначення показників функціонального стану організму та заходи щодо їх стабілізації, методи взяття матеріалу на лабораторне та інструментальне дослідження.  Наведено умови зберігання і застосування фармакологічних засобів.  Видання багато ілюстровано малюнками для кращого сприйняття і засвоєння матеріалу.  Для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої освіти України.

ПРАКТИКУМ ІЗ ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ: Терапія

За редакцією О.С. СТАСИШИН

Навчальний посібник

**Друге видання,
перероблене та доповнене**

ЗАТВЕРДЖЕНО

Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів медичних
(фармацевтичних) закладів фахової передвищої
освіти

Київ
ВСВ «Медицина»
2021

УДК 615; 616-085

ББК 54.1я73

П69

*Затверджено Міністерством охорони здоров'я України
як навчальний посібник для студентів медичних (фармацевтичних)
закладів фахової передвищої освіти України (протокол від 28.01.2015)*

Автори:

О.С. Стасишин — викладач вищої категорії, викладач-методист, методист вищої категорії, відмінник освіти Івано-Франківського фахового медичного коледжу;

Р.В. Задорожний — викладач вищої категорії Чемеровецького медичного фахового коледжу;

В.О. Сінюгіна — викладач вищої категорії, викладач-методист Кременчуцького медичного фахового коледжу імені В.І. Литвиненка;

Н.К. Кулага — кандидат медичних наук, викладач вищої категорії Харківського фахового медичного коледжу № 1;

В.І. Лавська — викладач вищої категорії Харківського фахового медичного коледжу № 1;

І.М. Бандура — викладач першої категорії Івано-Франківського фахового медичного коледжу;

М.І. Сапіжак — викладач вищої кваліфікаційної категорії Івано-Франківського фахового медичного коледжу

Рецензенти:

О.І. Жолобайлюк — заступник директора з навчальної роботи, спеціаліст вищої категорії Коломийського медичного фахового коледжу імені Івана Франка;

Л.І. Шокалюк — голова ЦК терапевтичних дисциплін, спеціаліст вищої категорії Коломийського медичного фахового коледжу імені Івана Франка;

С.В. Федоров — професор кафедри терапії і сімейної медицини післядипломної освіти Івано-Франківського національного медичного університету

Практикум із внутрішньої медицини: Терапія : навч. посіб. /
П69 О.С. Стасишин, Р.В. Задорожний, В.О. Сінюгіна та ін. ; за ред. О.С. Стасишин. — 2-е вид., переробл. та доповн. — К. : ВСВ «Медицина», 2021. — 136 с.

ISBN 978-617-505-892-3

У другому виданні навчального посібника оновлено і доповнено суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження пацієнта, визначення показників функціонального стану організму та заходи щодо їх стабілізації, методи взяття матеріалу на лабораторне та інструментальне дослідження.

Наведено умови зберігання і застосування фармакологічних засобів.

Видання багато ілюстровано малюнками для кращого сприйняття і засвоєння матеріалу.

Для студентів медичних (фармацевтичних) закладів фахової передвищої освіти України.

УДК 615; 616-085

ББК 54.1я73

ISBN 978-617-505-892-3

© О.С. Стасишин, Р.В. Задорожний, В.О. Сінюгіна,

Н.К. Кулага, В.І. Лавська, І.М. Бандура, М.І. Сапіжак, 2021

© ВСВ «Медицина», оформлення, 2021

ЗМІСТ

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА. СУБ'ЄКТИВНІ ТА ОБ'ЄКТИВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	5
Розпитування пацієнта.....	5
Огляд пацієнта.....	7
Пальпація.....	11
Перкусія.....	12
Аускультация.....	13
Огляд грудної клітки.....	14
Пальпація лімфатичних вузлів.....	15
Пальпація щитоподібної залози.....	16
Пальпація грудної клітки.....	17
Порівняльна перкусія легень.....	19
Топографічна перкусія легень.....	20
Аускультация легень.....	23
Огляд ділянки серця і периферичних судин.....	24
Пальпація ділянки серця.....	25
Визначення меж відносної серцевої тупості.....	26
Аускультация серця.....	28
Огляд живота.....	29
Поверхнева пальпація живота.....	30
Глибока ковзна методична пальпація за Образцовим—Стражеском.....	31
Пальпація печінки.....	33
Пальпація селезінки.....	34
Перкусія нирок (<i>визначення симптому Пастернацького</i>).....	36
ВИЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ОРГАНІЗМУ ТА ЗАХОДИ ЩОДО ЇХ СТАБІЛІЗАЦІЇ	47
Гігієнічне миття рук, антисептика рук.....	47
Вимірювання температури тіла.....	48
Визначення частоти, глибини, ритму дихання.....	49
Методи оксигенотерапії.....	50
Методика дослідження пульсу.....	52
Правила вимірювання артеріального тиску.....	54
Методика записування електрокардіографії.....	55
Промивання шлунка.....	57
Застосування газовідвідної трубки.....	59
Клізма очисна.....	60

Зміст

Клізма послаблювальна (олійна)	62
Клізма сифонна (виконують двоє осіб).....	63
Правила вимірювання добового діурезу та водного балансу	64
Катетеризація сечового міхура в жінки гумовим катетером та катетером Фолея.....	66
ВИПISУВАННЯ, ЗБЕРІГАННЯ І ЗАСТОСУВАННЯ ФАРМАКОЛОГІЧНИХ ЗАСОБІВ	74
Розведення порошку у флаконі (зокрема антибіотиків)	74
Внутрішньошкірна ін'єкція (проба на індивідуальну чутливість до антибіотика).....	75
Узяття крові з вени вакутайнером	77
Узяття крові з вени моноветом (вакуумний метод)	79
Узяття крові з вени моноветом (шприцевий метод)	82
Катетеризація вени периферичним внутрішньовенним катетером.....	85
Внутрішньошкірна ін'єкція (проба Манту).....	88
Підшкірна ін'єкція (уведення інсуліну)	89
Внутрішньом'язова ін'єкція.....	93
Внутрішньовенне струминне введення лікарських засобів.....	95
Заповнення системи одноразового використання для внутрішньовенного краплинного введення лікарського засобу.....	97
Взяття крові з вени для біохімічного дослідження.....	98
УЗЯТТЯ І НАПРАВЛЕННЯ МАТЕРІАЛУ НА ЛАБОРАТОРНЕ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	107
Збирання мокротиння для загального клінічного аналізу.....	107
Збирання калу для дослідження на яйця гельмінтів	108
Збирання калу для копрологічного дослідження	109
Збирання калу для дослідження на приховану кров	110
pH-Метрія.....	112
Дуоденальне зондування (фракційний метод).....	113
Збирання сечі для клінічного аналізу	116
Збирання сечі для дослідження за методом Нечипоренка	118
Збирання сечі для дослідження сечі за методом Зимницького	119
Збирання сечі для експрес-діагностики наявності глюкози.....	121
Рентгенологічне дослідження шлунка.....	122
Іригоскопія (рентгенологічне дослідження товстої кишки).....	122
Холецистографія (пероральна)	123
Холецистографія (внутрішньовенна).....	124
Езофагогастродуоденоскопія	126
Колоноскопія.....	127
Ректороманоскопія.....	129
Плевральна пункція	130
СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ	135

МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА. СУБ'ЄКТИВНІ ТА ОБ'ЄКТИВНІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Розпитування пацієнта

Етапи	Послідовність дій
I. Підготовчий етап	
Підготовка пацієнта	<ol style="list-style-type: none"> Доброзичливо відрекомендуйтеся пацієнтові, уточніть, як до нього звертатись. Сформулюйте питання для опитування пацієнта: з'ясування паспортних даних, скарг, анамнезу захворювання та анамнезу життя. <i>Опитування необхідно вести послідовно, терпляче і тактовно, у невимушеній і дохідливій формі</i>
Підготовка фельдшера	Вимийте, висушіть та зігрійте руки
Положення пацієнта	Положення пацієнта може бути різним залежно від його стану (лежачи, сидячи, стоячи)
Положення фельдшера	Фельдшер займає зручне положення залежно від стану і положення пацієнта
II. Основний етап	
Збирання загальних відомостей про пацієнта (паспортна частина)	<p>Розпитайте пацієнта та з'ясуйте (мал. 1):</p> <ul style="list-style-type: none"> — прізвище, ім'я, по батькові; — вік; — професію; — місце роботи (посаду, наявність пільгових категорій); — місце проживання; — дату госпіталізації; — ким направлено
Скарги пацієнта	<ol style="list-style-type: none"> Спочатку з'ясуйте основні скарги з наступною деталізацією кожної скарги, опишіть характер, локалізацію і час виникнення кожного хворобливого відчуття, зв'язок його з різноманітними проявами життєдіяльності організму, впливами навколишнього середовища та іншими факторами.

Продовження таблиці

Етапи	Послідовність дій
Анамнез хвороби	<p>2. З'ясуйте другорядні скарги, які стосуються супутніх захворювань, у тій самій послідовності</p> <p>1. З'ясуйте, коли і за яких обставин виникли перші ознаки захворювання та яким був початок (раптовим чи поступовим).</p> <p>2. З'ясуйте причину захворювання (на думку пацієнта).</p> <p>3. Докладно, в хронологічній послідовності, попросіть пацієнта описати початкові симптоми захворювання, їхню динаміку, появу нових ознак захворювання до моменту обстеження пацієнта.</p> <p>4. Отримайте інформацію про те, чи звертався пацієнт по медичну допомогу (якщо звертався, то коли і куди, які методи лікування використовувалися, яка їхня ефективність), чи займався самолікуванням.</p> <p>5. Якщо хвороба хронічна, то зазначте частоту періодів загострення.</p> <p>6. Установіть час появи останнього загострення захворювання та його причину (на думку пацієнта).</p> <p>7. Ознайомтесь із результатами обстеження, лікування, яке отримував пацієнт, перебування на санаторно-курортному лікуванні.</p> <p><i>Історія захворювання має відображати розвиток захворювання від початку до госпіталізації пацієнта</i></p>
Анамнез життя	<p>1. Під час збирання анамнестичних даних життя з'ясуйте:</p> <ul style="list-style-type: none"> — перебіг вагітності та пологів матері пацієнта; — характер вигодовування; — умови, в яких ріс і розвивався пацієнт: <ul style="list-style-type: none"> а) розвиток і стан здоров'я в ранньому дитинстві; б) житлово-побутові умови в різні періоди життя; в) початок самостійної трудової діяльності і наступний професійний маршрут; г) режим харчування (регулярне, нерегулярне, у домашніх умовах, у громадських закладах харчування, пристрасть до певних страв, харчування всухом'ятку); г) характер відпочинку (перебування на свіжому повітрі, фізична культура і спорт);

Закінчення таблиці

Етапи	Послідовність дій
	<p>д) умови праці і наявність виробничих шкідливостей: сильного шуму, вібрації, перегрівання і переохолодження організму, інтоксикації (свинцем, ртуттю, хлор і фосфорорганічними речовинами);</p> <p>е) шкідливі звички (куріння, зловживання алкоголем, уживання наркотиків, токсичних речовин).</p> <p>За наявності шкідливих звичок зазначте їхню тривалість (з якого віку);</p> <ul style="list-style-type: none"> — перенесені захворювання (у хронологічній послідовності — усі перенесені хвороби, включаючи травми, операції, контузії); — зверніть увагу на наявність/відсутність контакту із хворими на туберкульоз та інфекційні захворювання, особливо перенесеними венеричними хворобами, хворобою Боткіна, сироватковим гепатитом, черевним тифом, малярією, глистяними інвазіями, педикульозом; — фактори ризику щодо СНІДу (проживання в епідеміологічно небезпечних регіонах, безладне статеве життя, повторні гемотрансфузії, оперативні втручання); — сімейний анамнез і спадковість (цукровий діабет, онкозахворювання, психічні захворювання): <ul style="list-style-type: none"> а) стан здоров'я родичів, жінки, чоловіка, дітей; б) дані про причину смерті родичів; в) якщо опитування стосується жінок — час появи і характер менструацій (регулярність, тривалість), кількість вагітностей і пологів; — алергологічний анамнез (наявність алергійних реакцій, їхній характер, вид алергену)

Огляд пацієнта

Етапи	Послідовність дій
I. Підготовчий етап	
Підготовка пацієнта	Попросіть пацієнта послідовно оголити ділянки тіла
Підготовка фельдшера	Вимийте, висушіть та зігрійте руки

Продовження таблиці

Етапи	Послідовність дій
Положення пацієнта	Огляд тулуба і грудної клітки проведіть у вертикальному положенні хворого; живіт огляньте у горизонтальному і вертикальному положеннях хворого
Положення фельдшера	Положення фельдшера має бути зручним
II. Основний етап	
Загальний огляд	<p>1. Проведіть огляд пацієнта та зверніть увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — стан свідомості: ясна, порушена (ступор, сопор, марення, галюцинації), відсутня (непритомність, кома); — положення хворого в ліжку: активне, пасивне, вимушене (вимушено активне, вимушено пасивне); — вираз обличчя: звичайний (життєрадісний) спокійний, збуджений, тужливий, байдужий, страждальний; обличчя амімічне, маскоподібне, з виразом гніву та страху; — голос: звичайний, гучний, тихий, осиплий, хриплий, гнусавий; — зріст: високий, середній, низький; — загальний вигляд пацієнта: відповідає вікові, на вигляд старший чи молодший; — будову тіла: нормостенічна, астенична, гіперстенічна, пам'ятаючи, що при нормостенічній грудній клітці міжребровий кут 90°, астеничній — до 90°, при гіперстенічній — понад 90° (мал. 2). <p>2. Визначте загальний стан пацієнта.</p> <p>3. Проведіть огляд шкірного покриву і слизових оболонок, зверніть увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — колір шкіри: тілесний (блідо-рожевий), рожевий, червоний, блідий, синюшний; — жовтяничний, землісто-сірий, бронзовий та ін. <p>У нормі шкірні покриви блідо-рожевого забарвлення, без висипань, помірно вологі:</p> <ul style="list-style-type: none"> — наявність ділянок гіперпігментації чи депігментації; — температуру шкіри на дотик: звичайна, холодна, гаряча; — тургор шкіри: збережений, знижений, відсутній; — вологість: звичайна, підвищена (зокрема шкіра долонь), суха; — лущення: локалізація, вираженість (помірне, інтенсивне);

Продовження таблиці

Етапи	Послідовність дій
	<ul style="list-style-type: none"> — висипання: локалізація, особливості прояву (у вигляді поодиноких елементів, групами або зливні), форма (розеоли, петехії, везикули, папули, пустули, еритема); — крововиливи: локалізація, вираженість, причини появи, час появи; — судинні зміни: телеангієктазії, флебектазії, судинні зірочки (локалізація, вираженість); — рубці: посттравматичні, післяопераційні (локалізація), розчухи; — трофічні зміни: ерозії, виразки, пролежні (локалізація, величина, характер поверхні); — пухлиноподібні утворення (локалізація, величина, болючість, рухомість); — набряки: локалізація та поширеність (гомилки, поперекова ділянка, асцит, анасарка), вираженість (пастозність, помірні, різко виражені); — стан підшкірної жирової клітковини: ступінь розвитку, характер розподілу, кахексія (огляд доповнюється пальпацією) (мал. 3). <i>У нормі товщина підшкірної жирової клітковини становить 2—4 см;</i> — стан лімфатичних вузлів (огляд доповнюється пальпацією): форма, величина, болючість, рухомість, консистенція
Огляд окремих частин тіла	<ol style="list-style-type: none"> 1. Проведіть огляд голови, зверніть увагу на: <ul style="list-style-type: none"> — форму черепа та симетричність; — співвідношення мозкової та лицевої частин; — пропорційність відносно інших частин тіла; — наявність шрамів, кісткових дефектів; — стан волосяного покриву: тип оволосіння (чоловічий, жіночий), гіпертрихоз, підвищена ламкість волосся, раннє посивіння, дифузне або вогнищеве облісіння. 2. Проведіть огляд обличчя, зверніть увагу на (мал. 4): <ul style="list-style-type: none"> — вираз; — форму (набрякле, акромегалічне, мікседематозне, обличчя Гіппократа, одутле, сардонічне); — симетричність (вираженість носо-губних складок); — колір шкіри (тілесний, блідий, землистий, жовтяничний, ціанотичний, плеторичний, бронзовий);

ridmi
ТВІЙ УЛЮБЛЕНИЙ КНИЖКОВИЙ

КУПИТИ