

**Полтавський державний медичний університет
Фаховий медико-фармацевтичний коледж**

**Вчення про медсестринство у внутрішній
медицині.**

**Методи обстеження пацієнта в клініці
внутрішніх хвороб.**



**Матеріали до теми
з дисципліни «Медсестринство у
внутрішній медицині»
для здобувачів фахової передвищої освіти
2 курсу ОПІ Сестринська справа
спеціальність 223 «Медсестринство»**

Укладач викладач Бобух В.В.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Уміння розпізнати захворювання залежить від досконалого вивчення самої хвороби та всіх її проявів у даного конкретного хворого. Отже, основним завдання сестри медичної є насамперед вивчення проявів (симптомів) захворювання на підставі яких можна визначити основні проблеми хворого, встановлення медсестринського діагнозу, розпізнати хворобу, допомога хворому. Медична сестра повинна знати основні причини розвитку симптомів та синдромів у клініці внутрішніх захворювань, навчить правильно призначати обстеження пацієнту та своєчасно виявити симптоми захворювання внутрішніх органів, що дасть змогу своєчасно не тільки діагностувати патологічний процес, але і зберегти життя і здоров'я пацієнта.

План лекції

1. Історія розвитку вчення про внутрішні хвороби, їх місце серед інших клінічних дисциплін у системі підготовки медичної сестри.
2. Основні історичні етапи розвитку внутрішньої медицини в Україні.
3. Медсестринський процес в клініці внутрішніх хвороб.
4. Суб'єктивний та об'єктивні методи обстеження пацієнтів.
5. Опитування пацієнта: правила та послідовність, виявлення проблем.
6. Огляд пацієнта, оцінка його загального стану, додаткові методи обстеження пацієнта.

Терапія – грецьке слово, яке означає лікування. Терапія – область медицини, яка займається діагностикою і лікуванням внутрішніх хвороб. Як самостійна дисципліна, терапія почала відокремлюватися від загальної медицини із 19 сторіччя, з початку розвитку таких основоположних наук, як фізіологія, патологічна анатомія, мікробіологія. Серед перших засновників терапевтичної школи в Україні слід відзначити Василя Парменовича Образцова (1840-1920), який працював завідувачим терапевтичного відділення міської лікарні м. Києва. Великою заслугою Образцова в історії світової клінічної медицини є розробка методики глибокої ковзної пальпації органів живота. Багато зробив для діагностики серцево-судинних захворювань академік Микола Дмитрович Стражеско (1876-1952). Разом з академіком Володимиром Харитоновичем Василенко розробив і впровадив в практику класифікацію недостатності кровообігу.

Великий вклад у розробку різних питань клінічної медицини внесли такі видатні вчені України, як професор Г.Й. Бурчинський, професори А.П. Пелешук, академіки О.Й. Грицюк, Л.Т. Малая, Г.О. Бабаєнко, Л.А. Пиріг.

Задачі терапевтичної служби полягають в своєчасній діагностиці і доброякісному лікуванні внутрішніх хвороб, профілактики захворювань, збереження і зміцнення здоров'я нації.



Хвороба – порушення життєдіяльності організму, які виникають під дією зовнішніх і внутрішніх чинників. Хвороба виникає як реакція організму на ушкодження, зміни структури і функції організму. Ця реакція регулюється нервовою і ендокринною системами. Під час захворювання в процес підключається весь організм.

Етіологія – вчення про причини і умови виникнення хвороби. Етіологічні чинники поділяються на зовнішні (екзогенні) і внутрішні (ендогенні).

До екзогенних чинників відносять:

- фізичні – охолодження, перегрівання, дія атмосферного тиску;
- хімічні – хімічні речовини, отрути, промислові і рослинні отрути;
- механічні – травми, поранення;
- біологічні – хвороботворні збудники;
- психогенні – хронічні стреси, хвилювання;
- соціальні – тяжка праця, безробіття, голодування, антисанітарія;

До ендогенних чинників відносять спадковість, внутрішні структурні та функціональні зміни в організмі.

Патогенез – вчення про механізм розвитку хвороби. Розкриває шлях ураження окремих тканин, органів і систем протягом хвороби. Знаючи патогенез, можна впливати на захворювання в будь-який період. До поняття ланцюги патогенезу входять:

- *Шляхи проникнення хвороботворного агенту до організму* (вхідні ворота) – контактний, парентеральний, ентеральний.
- *Шляхи розповсюдження в організмі* – контактний, гематогенний, лімфогенний, нейрогенний.
- *Відповідні реакції організму на пошкодження.*

Для кожної хвороби існують характерні для неї прояви – **симптоми**. Симптоми бувають суб'єктивні (про які сповіщає сам хворий) та об'єктивні (які виявляють при обстеженні хворого). Сукупність симптомів, типових для даної хвороби називають *симптомокомплексом або синдромом*. Визначають **специфічні** синдроми – характерні тільки для однієї хвороби, і **неспецифічні** – характерні для багатьох захворювань.

Методи обстеження у внутрішній медицині розподіляють:

- **основні** (опитування, огляд, пальпація, перкусія, аускультация)
- **додаткові** (інструментальні та лабораторні).

Суб'єктивні методи обстеження

Опитування.

А) Паспортна частина.

Б) Скарги хворого.

В) Анамнез хвороби.

- з чого почалося захворювання
- чи не передувало йому яке-небудь інше захворювання:
застиуда, ревматома, приймання недоброякісної їжі.
- чи не змінювалися періоди поліпшення періодами погіршення
- з чим хворий пов'язує це погіршення
- яке застосовувалося лікування і яким був його ефект

Діагностичні методи

Основні

Суб'єктивні

Розпитування
(збирання
анамнезу)

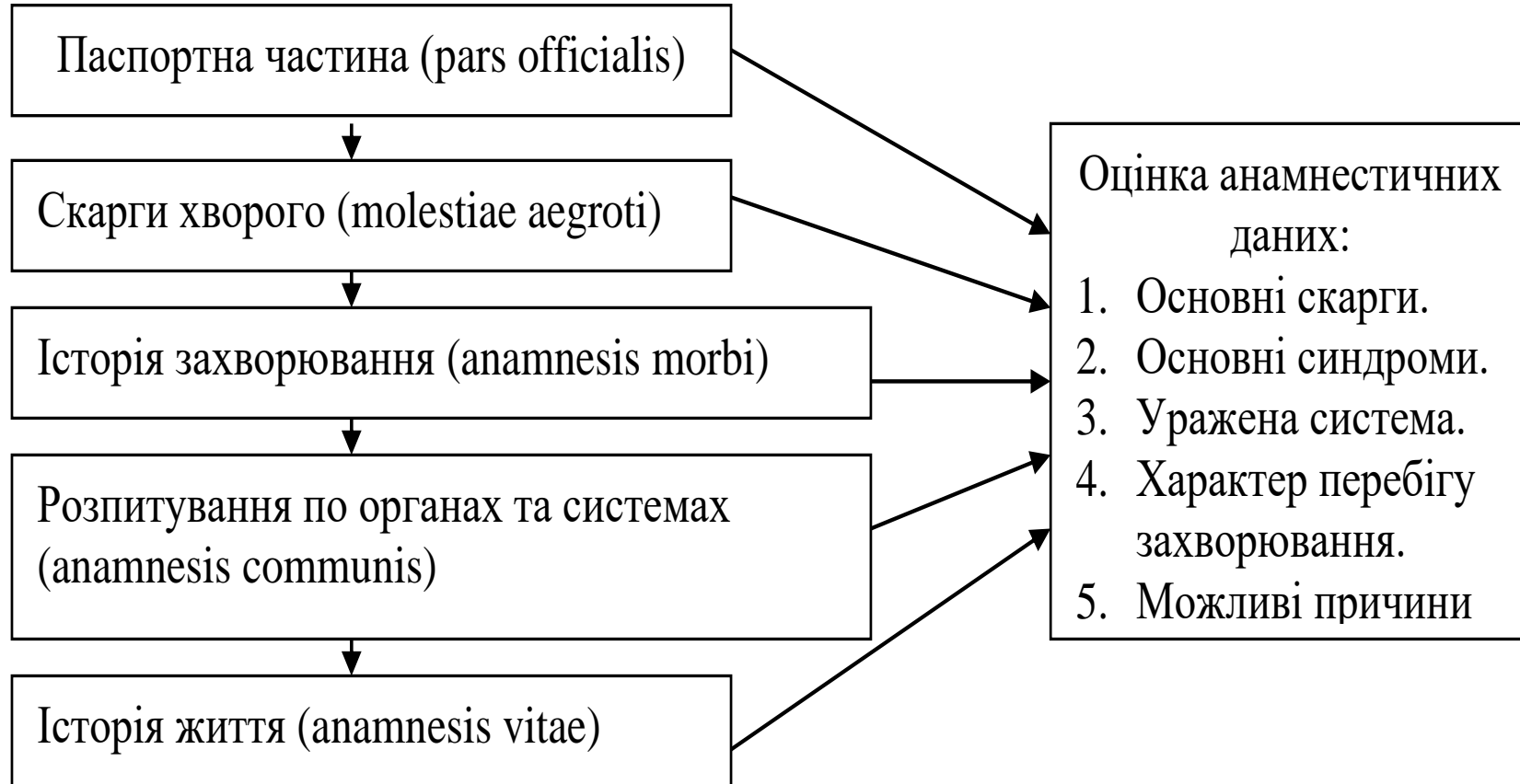
Об'єктивні

- огляд
- пальпація
- перкусія

Додаткові

- Лабораторні
- Інструментальні
- Генетичні
- Експериментальні та ін.

Розпитування хворого (анамнез)



Г) Анамнез життя.

- умови, в яких ріс і розвивався хворий;
- умови його праці та побуту в минулому й тепер;
- дані про попередні захворювання;
- сімейний анамнез, тобто уточнити стан здоров'я дружини (чоловіка), дітей, інших членів сім'ї, контакти із заразними хворими тощо;
- алергологічний анамнез (непереносимість ліків, харчових продуктів, парфумерних виробів);
- наявність шкідливих звичок

Об'єктивні методи обстеження.

1.Огляд.

- загальний огляд
- послідовний огляд ділянок тіла

Огляд проводять при денному освітленні у теплому приміщенні. Послідовно оголюючи хворого оглядають усі частини тіла.

Послідовність:

а) положення хворого

(активне, пасивне, вимушене)

б) свідомість

- **Ясна** – хворий адекватно відповідає на запитання, орієнтується у часі та просторі.
- **Ступор** (оглушення) – часткове виключення свідомості зі збереженням словесного контакту, хворий частково дезорієнтований, очі відкриває на мову, команди виконує сповільнено. Орієнтація у власній особі збережена.
- **Сопор** – виключення свідомості з відсутністю словесного контакту при збереженні координованих захисних реакцій на больові подразники. Неусвідомлено відкриває очі на біль, різкий звук. Рефлекси збережені.
- **Кома** – повне виключення свідомості. Відсутність будь якої реакції на подразники, крім сильних больових. Очі на біль не відкриває.

в) загальний стан

- **легкий** – положення в ліжку активне, свідомість ясна, хворий активний, активно спілкується.
- **середньої тяжкості** – більш виражені скарги, обумовлені основним захворюванням, більшу частину часу хворий проводить у ліжку, вираз обличчя страждальний.
- **тяжкий** – хворий знаходиться в ліжку, скарги та симптоми хвороби виражені значно, активні рухи з затrudненням.

г) обличчя, шкіра та видимі слизові оболонки

- Вираз обличчя
- набряклість
- Рум'янець
- Екзофтальм
- Ектеричність склер
- Колір шкіри
 - бліда
 - гіперемована
 - ціаноз (синюшність) – загальний та місцевий (акроціаноз)
 - жовтуха – зміна кольору шкіри та слизових оболонок в жовтий колір





- Ділянки пігментації, депігментації, родинки, невуси, плями
- Ріст волосся, по якому типу
- Висипання
- Розвиток підшкірно-жирової клітковини (слабо, достатньо, надмірно) та рівномірність відкладання

д) тілобудова та конституція

Конституція – це сукупність функціональних та морфологічних особливостей організму. З конституцією пов'язана схильність людини до різних захворювань.

Астенічний тип – властиве зниження АТ, довгі та тонкі кінцівки, вузькі кістки, слабо розвинена мускулатура та підшкірно-жировий шар, шкіра тонка.

Гіперстенічний тип – кінцівки та шия короткі та товсті, грудна клітка та кістки широкі, мускулатура розвинена добре, АТ підвищений.

Нормостенічний тип – середнє між астенічним та гіперстенічним типами.

е) огляд кінцівок

- Розвиток м'язів
- Розширення вен н/кінцівок
- Суглоби та їх рухомість
- С-м Рейно

ж) участь грудної клітки та черевної порожнини в акті дихання

- ЧДР 16-18 за 1 хвилину
- Тип дихання:

Чейна-Стокса – після паузи з'являються поверхневі рідкі дихальні рухи, які поступово частішають, поглиблюються і супроводжуються шумом. Коли задишка досягає максимуму, дихальні рухи поступово стають поверхневими, більш рідкими і настає пауза.

Кусмауля – вдих глибокий і довгий, а видих короткий.

2. Пальпація (обмацування) — метод обстеження, що ґрунтується на дотичному відчутті, яке виникає під час руху пальців.

Розрізняють пальпацію черевної порожнини:

- поверхневу
- глибоку

Спеціальні види пальпації:

- бімануальна нирок
- трансректальна органів малого тазу
- піхвова

Правила для виконання пальпації:

- Лікар сидить справа від хворого
- Руки лікаря повинні бути теплими



Послідовність:

- Шкіра (вологість, тургор, еластичність)
- Підшкірна жирова клітковина (розвиток, набряки)
- Лімфатичні вузли (розміри, еластичність, щільність, болісність, спаяність)
- М'язи (тонус, сила, атрофія, болісність)
- Кістки, суглоби (поверхня, болісність, рухливість)
- Щитоподібна залоза
- Грудна клітка (органи дихання, молочні залози)
- Передсердна ділянка (верхівковий поштовх, передсердне тремтіння)
- Периферичні судини
- Органи черевної порожнини
- Органи сечової системи

Перкусія – метод визначення розташування внутрішніх органів за допомогою простукування.

Суть полягає в здатності різних тканин по-різному проводити звук і за зміною отриманого звуку оцінювати стан цих тканин. В залежності від повітроносності органу, глибини його залягання і ряду інших умов кожен орган звучить по своєму.

Розрізняють :

- **безпосередня** (удари кінчиками пальців по тілу досліджуваного)
- **опосередкована** (удари пальцем по іншому пальцю-плесиметру, який розташований на тілі хворого)

За метою:

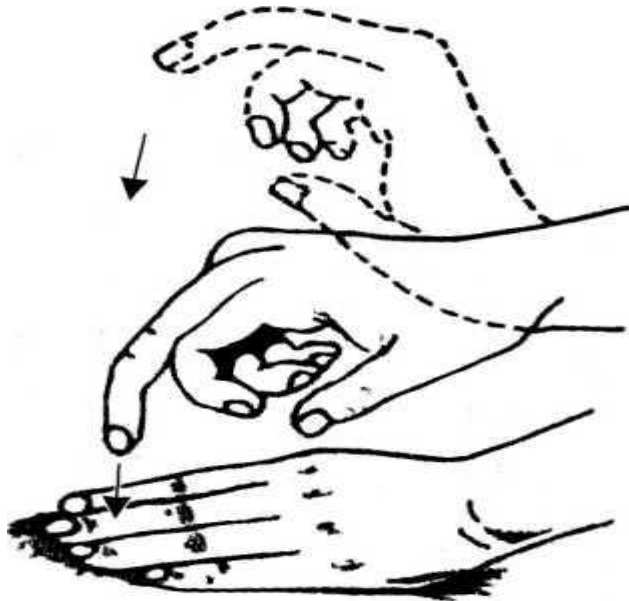
- **порівняльна** – перкусія симетричних ділянок
- **топографічна** – для визначення межі, форми і величини органа.

Методика

Важливе вихідне положення пальця – плесиметра і ударного пальця, а також методика здійснення перкусійного удару. Долонну поверхню середньої і частково проксимальної частини нігтьової фаланги середнього пальця неперкутуючої кисті (плесиметр) щільно, але безболісно прикладають до перкутованої ділянки. Для нанесення перкусійного удару використовують кінчик нігтьової фаланги (пучку) середнього пальця другої кисті; палець її помірно згинають у міжфалангових суглобах, при цьому суміжні пальці (вказівний і безіменний) мають бути дещо відведені у незміненому положенні від ударного пальця. Ділянка нанесення удару – з'єднання між нігтьовою і середньою фалангами пальця – плесиметра. Удар наноситься кінцевою частиною нігтьової фаланги пальця вертикально до перкутованої поверхні. Удар повинен бути коротким, чітким і еластичним. Останнє означає, що ударний палець відразу після нанесення удару повинен швидко відходити (відскакувати) від поверхні пальця – плесиметра.

Загальні правила перкусії:

- у приміщенні має бути тихо і тепло;
- руки лікаря мають бути теплими і сухими;
- перкусія проводиться по оголеному тілу хворого у положенні стоячи, сидячи або лежачи (тяжкохворі).



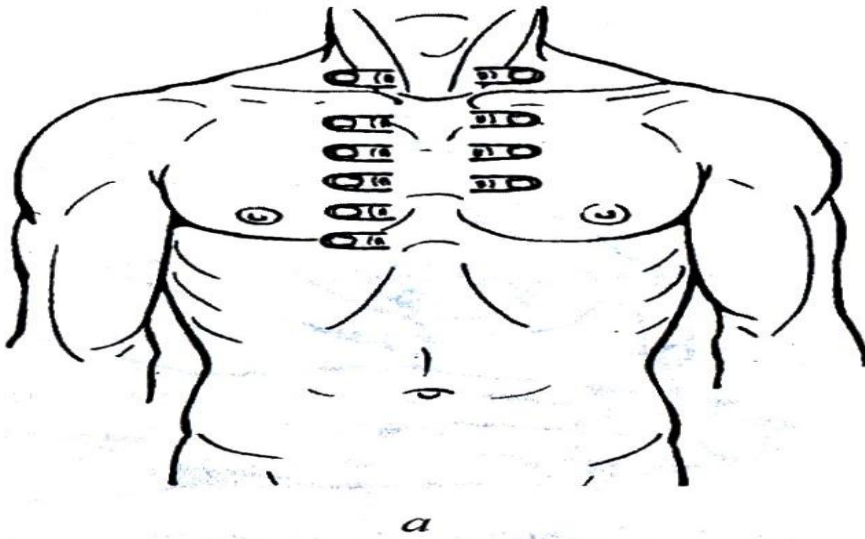
Характеристика перкуторних звуків.

При перкусії розрізняють такі основні перкуторні тони:

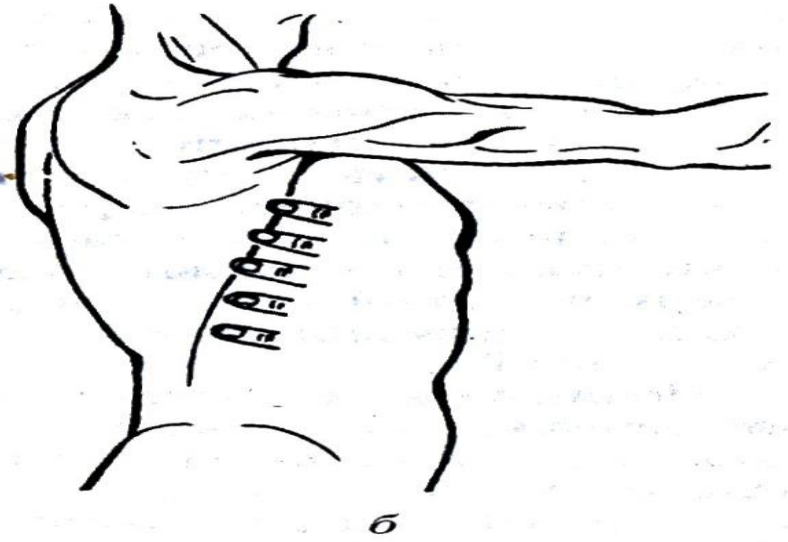
1. *Тупий* (тихий) - дають щільні тканини чи середовища, що не містять газу (стегно, печінка, рідина в плевральній порожнині та інших порожнинах і т.д.).

2. *Тимпанічний* (гучний) - виникає над заповненими газом порожнинами, які мають тонку та еластичну оболонку.

3. *Ясний легеневий тон*, що займає середнє місце між першими двома тонами. Можливі варіанти перехідних тонів: коробковий (легеневий тон із тимпанічним відтінком); притуплений легеневий тон, притуплений тимпаніт, металевий тон та ін.



a

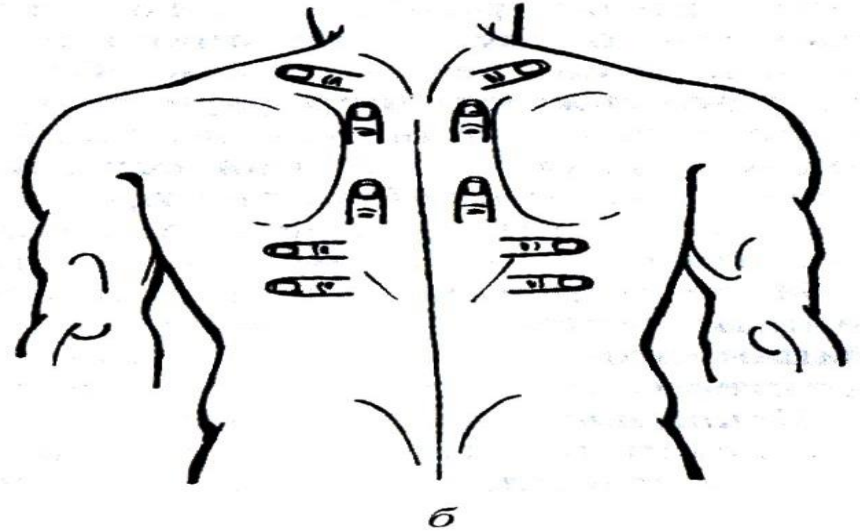


b

Порівняльна перкусія:
a — спереду; *b* — з правого боку

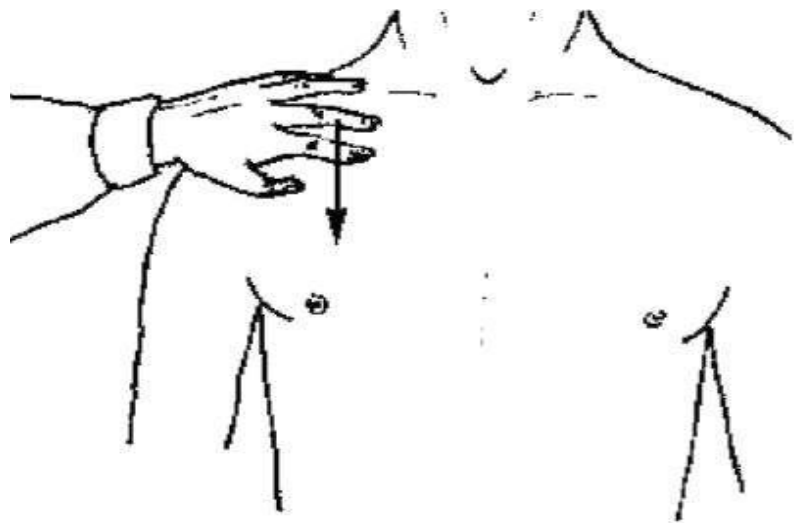


a

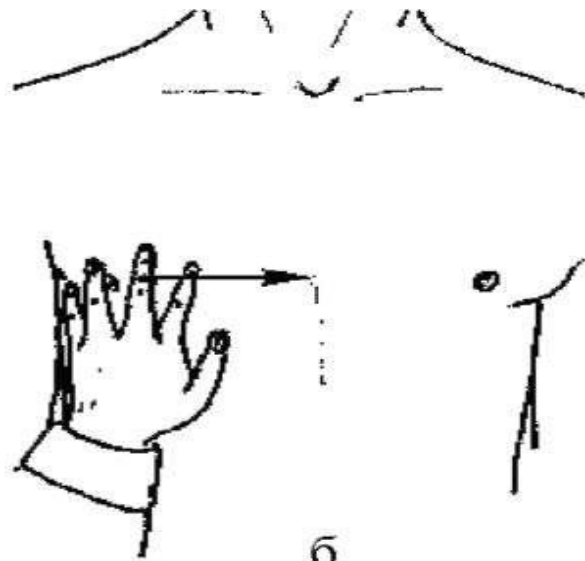


b

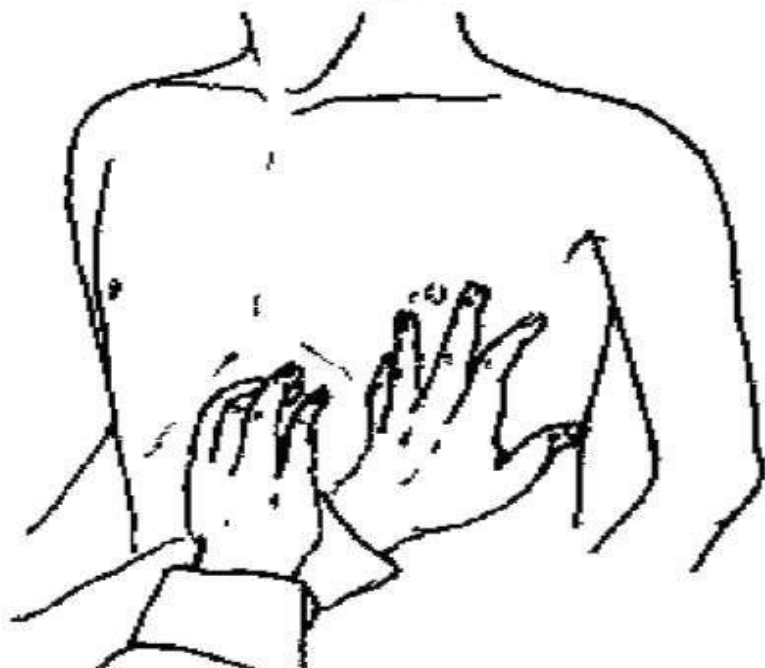
Порівняльна перкусія:
a — з лівого боку; *b* — ззаду



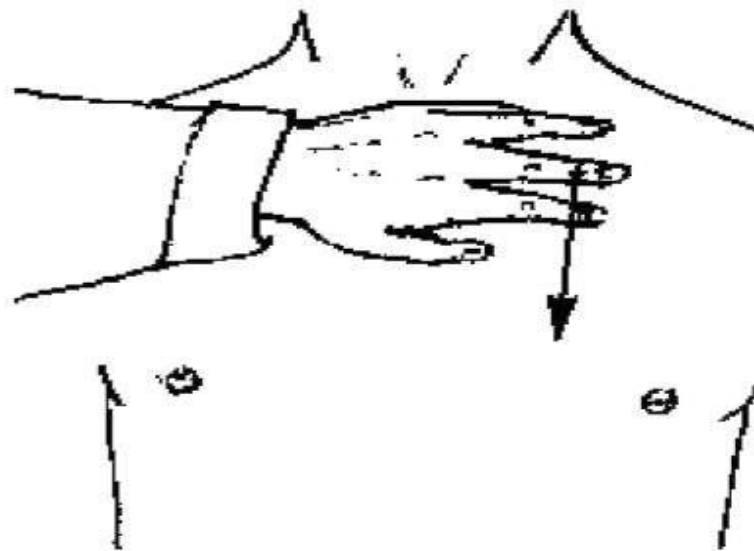
a



б



B



Г

Аускультация (слухати) – метод діагностики, який заснований на вислуховуванні та інтерпретації звуків, що утворюються під час роботи внутрішніх органів.

Дає можливість судити про діяльність органів (серце, легені, шлунок) і патологічні зміни в них.

Розрізняють:

- **безпосередня** (пряма) аускультация – проводять вухом, прикладаючись ним до тіла хворого.
- **опосередкована** (непряма) аускультация – проводиться за допомогою стето- або фонендоскопа.



Правила аускультації :

- положення хворого – стоячи, сидячи
- грудна клітка повністю оголена
- у приміщенні тихо і тепло
- фонендоскоп прикладати перпендикулярно до поверхні тіла, щільно

Везикулярне дихання – в нормі вислуховується над легенями, краще прослуховується вдих ніж видих, нагадує звук букви “ф”.



Бронхіальне дихання – нагадує собою звук, який виникає під час вимовляння букви «х» внаслідок коливання голосових зв'язок при проходженні повітря через голосову щілину , видох чути краще ніж вдих.

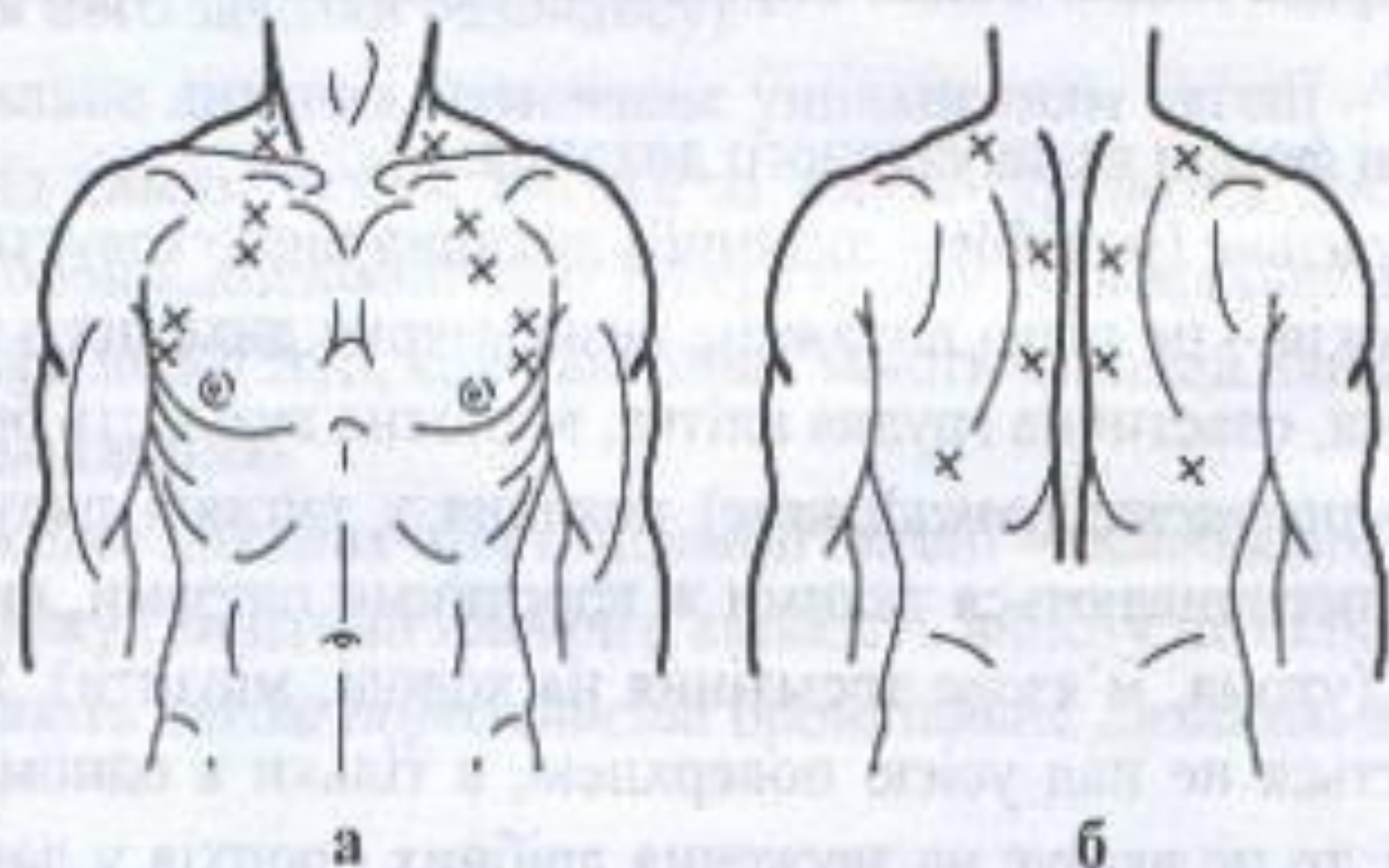


Жорстке дихання - при проходженні повітря через змінений бронх дихальний шум набуває жорсткого відтінку.



Амфоричне дихання – нагадує звук проходження повітря через шийку порожньої пляшки. (абсцес, кавернозний туберкульоз)





Мал. 4. Місця вислуховування легень:
а – спереду; б – ззаду

Дихальні шуми, що виникають у бронхах внаслідок скупчення в них слизу, ексудату, а також при запальному або алергійному набряку слизової оболонки бронха і бронхоспазмі, називають хрипами.

Хрипи поділяються:

- **сухі** - виникають унаслідок значного звуження бронхів за рахунок ексудату, набряку слизової оболонки бронха, бронхоспазму



- **вологі** - виникають при скупченні у бронхах рідкого ексудату – струмінь повітря, проходячи крізь нього, утворює бульбашки, які лускаються, що сприймається вухом під час аускультатії як тріск



Залежно калібру бронхів вологі хрипи розподіляють:

- - дрібно-
- - середньо –
- - великопухирчасті

Крепітація виникає в альвеолах наприкінці видиху і вислуховується як дрібний тріск, що нагадує тертя пучка волосся біля вуха.



Шум тертя плеври - на листках плеври відкладаються нитки фібрину, внаслідок чого листки стають жорсткі, при їх терті виникає плевральний шум і локальна болісність. (нагадує скрип снігу, шелест паперу)



При роботі **серця** теж виникає ряд звукових явищ. У нормі над ділянкою серця вислуховується два коротких звуки «там-та, там-та», які називаються **серцевими тонами**.

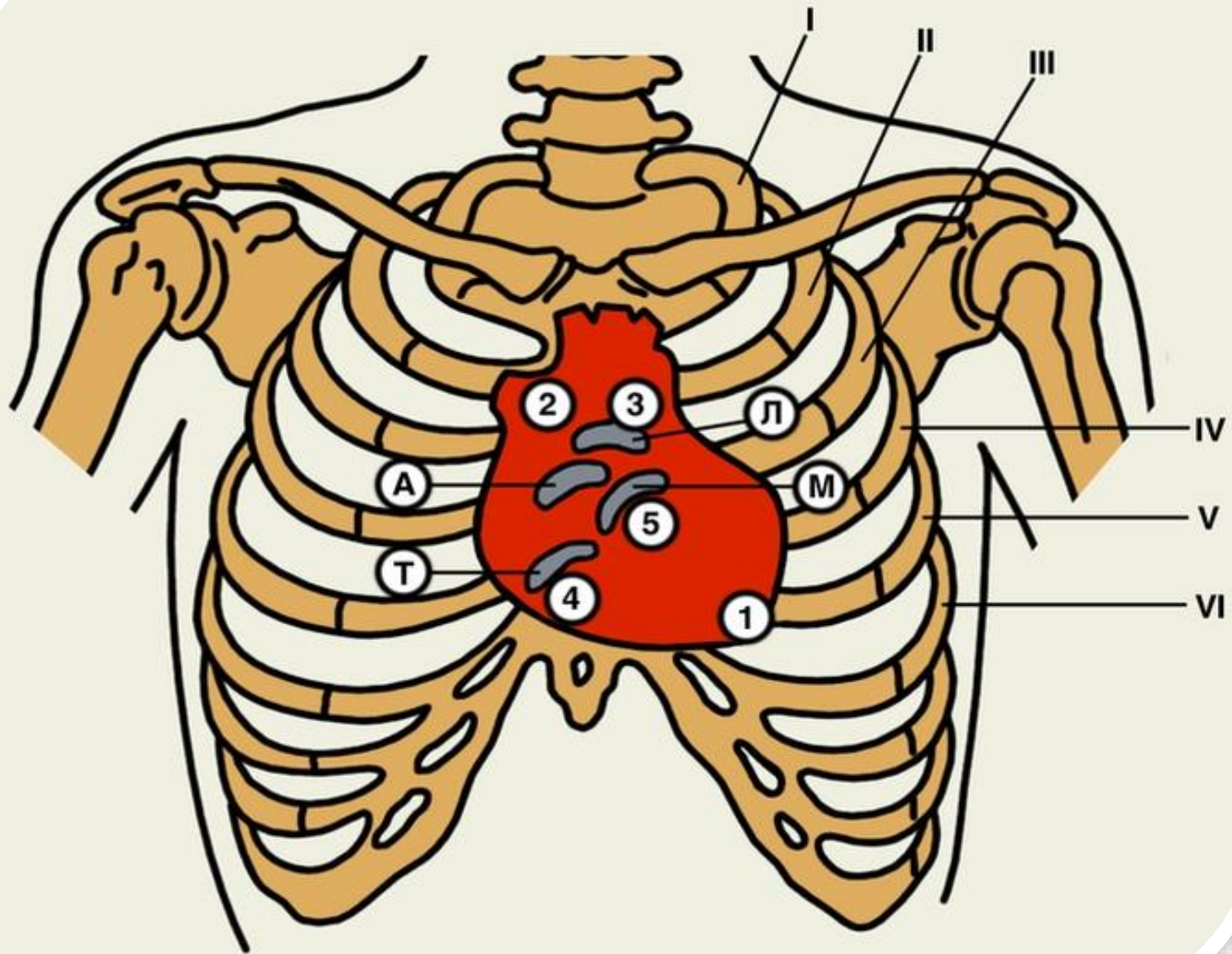
I тон - виникає під час систоли шлуночків, тому називається **систолічним**.

II тон - виникає у фазі діастоли, тому називається **діастолічним**.

III тон – **додатковий**.

Характеристика:

- Послаблення тонів
- Посилення (акцент) тонів

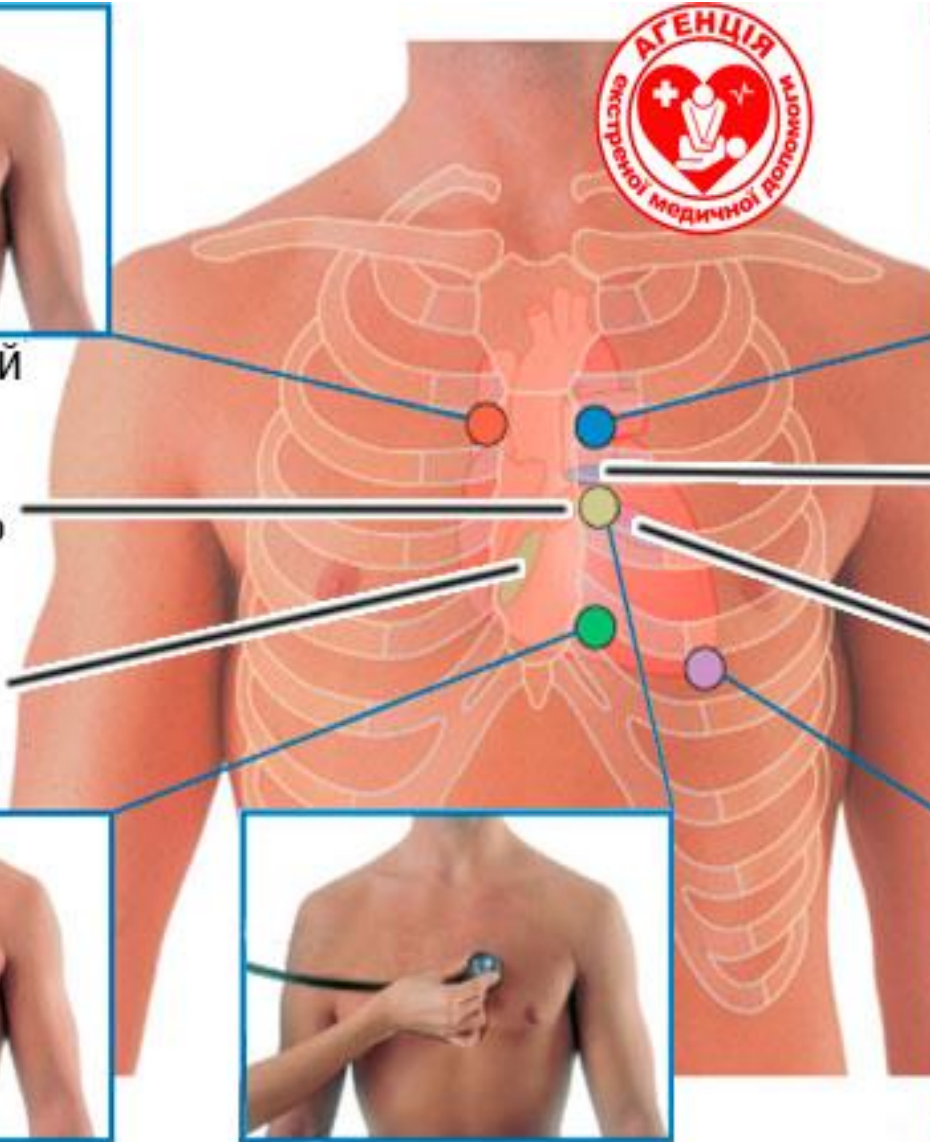




**Аортальний
клапан**
Проекція
аортального
клапана



**Клапан легеневого
стовбура**
Проекція клапана
легеневого стовбура



Проекція
трюхстулкового
клапана

Проекція
мітрального
клапана



**Трюхстулковий
клапан**



**Аортальний та мітральний
клапани (додатково)**



**Мітральний
клапан**

Шуми серця – додаткові звуки роботи серця.

Розрізняють:

- внутрішньо серцеві (органічні, функціональні)
 - позасерцеві
-
- Систолічний
 - Діастолічний
 - Систоло-діастолічний

Аускультация черевної порожнини має обмежене діагностичне значення.

Вислуховування живота здійснюють для визначення перистальтики кишок, шумів у них, пульсації черевного відділу аорти



Додаткові методи дослідження.

Розрізняють :

-інструментальні

-лабораторні

Інструментальні методи.

1.Вимірювання АТ.

АТ – це сила, з якою кров тисне на стінки артерій.

Широке впровадження вимірювання АТ почалося завдяки запропонованому в 1905р. М.С. Коротковим аускультативного методу вимірювання систолічного та діастолічного АТ.



2. Рентгенологічні методи.

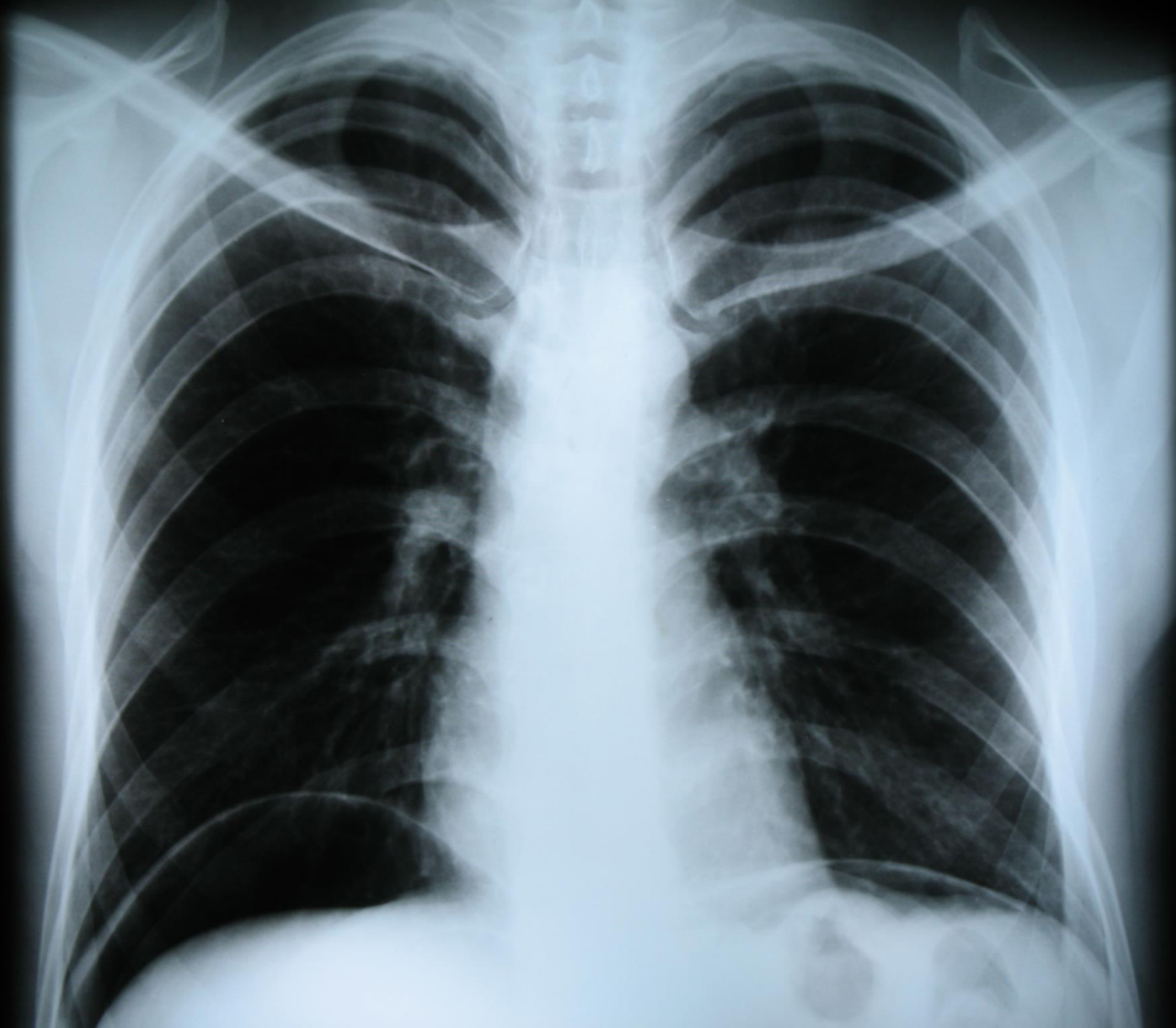
Рентгеноскопія – метод, візуалізації органів безпосередньо на екрані.

Рентгенографія – метод зображення органів на фотоплівці за допомогою рентгенівського випромінювання.

Комп'ютерна томографія – це рентгенологічний метод обстеження, що полягає в круговому просвічуванні об'єкта рентгенівськими променями з наступною побудовою його пошарового зображення. Вона дає змогу чітко диференціювати структуру тканин і середовищ за щільністю (кров, рідина, пухлина), завдяки чому можна визначити локалізацію й поширення патологічних процесів в органах і тканинах.

Магнітно-резонансна томографія, МРТ — це метод медичної візуалізації з використанням фізичного явища ядерного магнітного резонансу, який використовується у радіології для детального зображення внутрішніх структур організму

Контрасна рентгенографія – метод, заснований на введенні спеціальних речовин, які затримують рентгенівське випромінювання, в результаті чого на знімку виходить чітке зображення цього органу.
(бронхографія, коронарографія і т.д.)

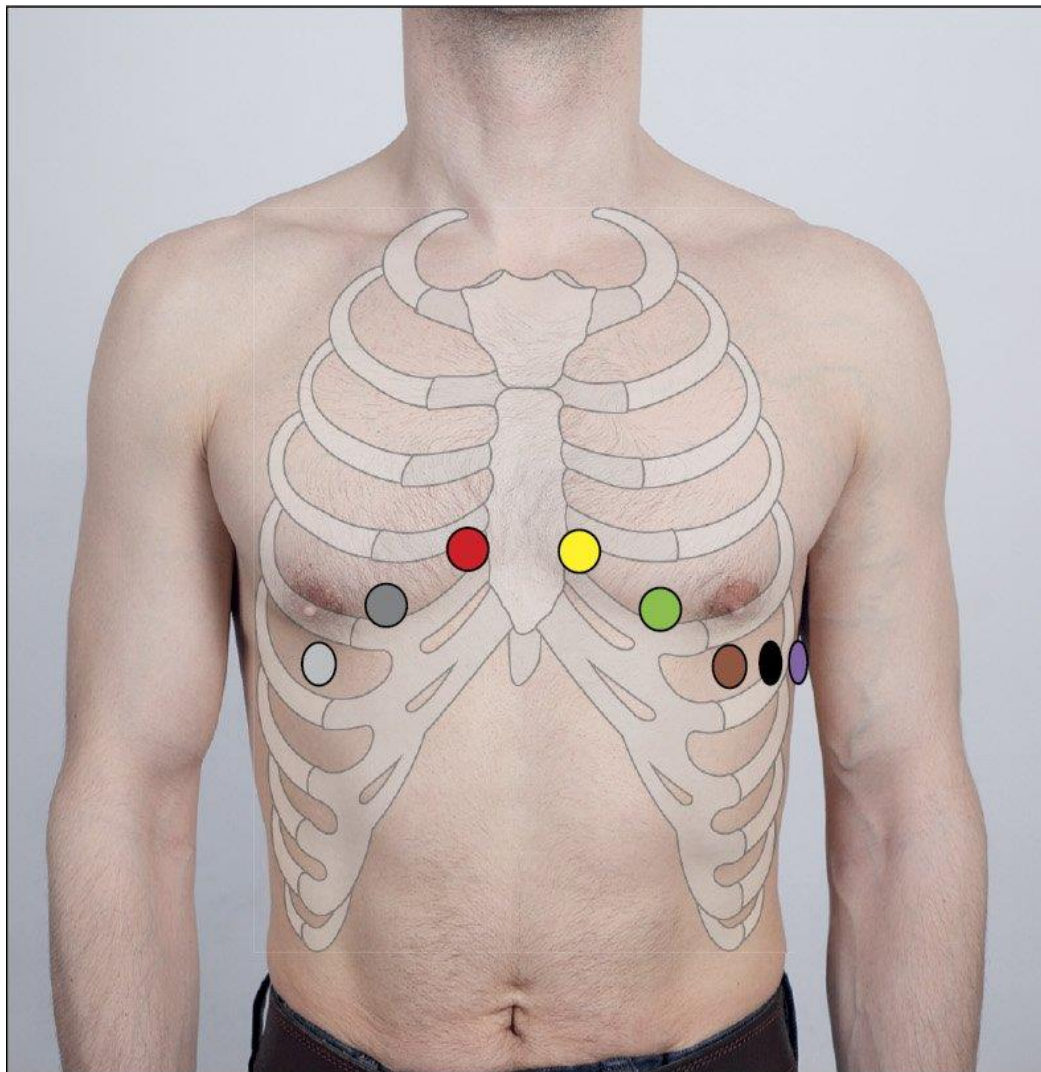


3. ЕКГ – метод реєстрації електричної активності серця.

За допомогою ЕКГ можна виявити :

- порушення серцевого ритму
- порушення провідності
- гіпертрофію відділів серця
- ділянки некрозу в наслідок порушення кровообігу

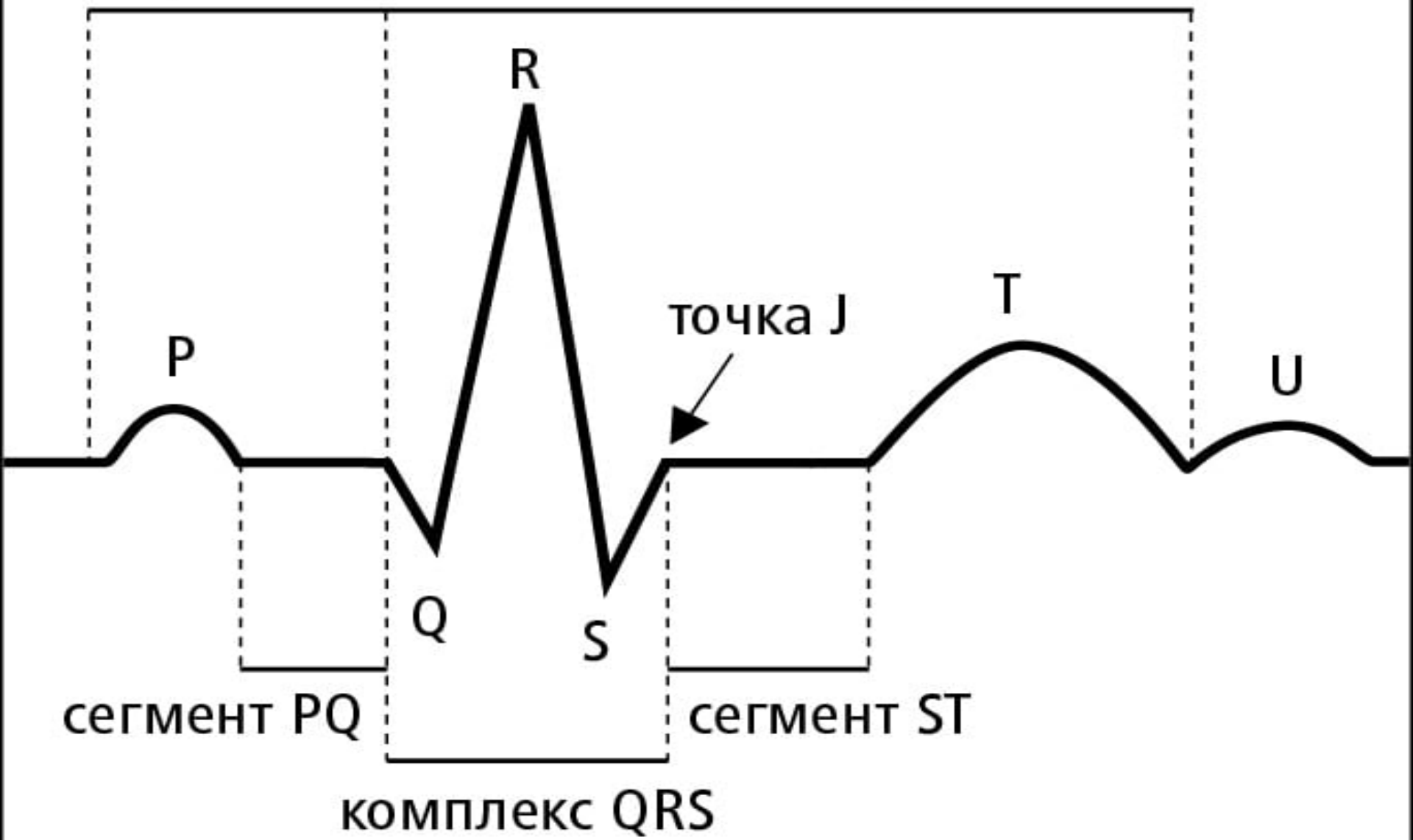
В даний час у клінічній практиці найширше використовують 12 відведень: 3 стандартних (I, II, III), 3 підсилених (aVR, aVL, aVF) і 6 грудних.

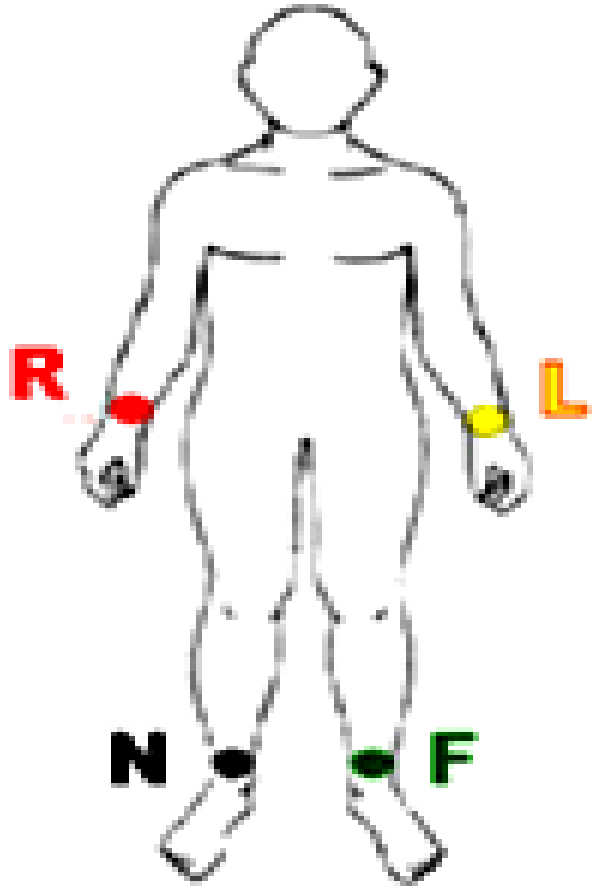


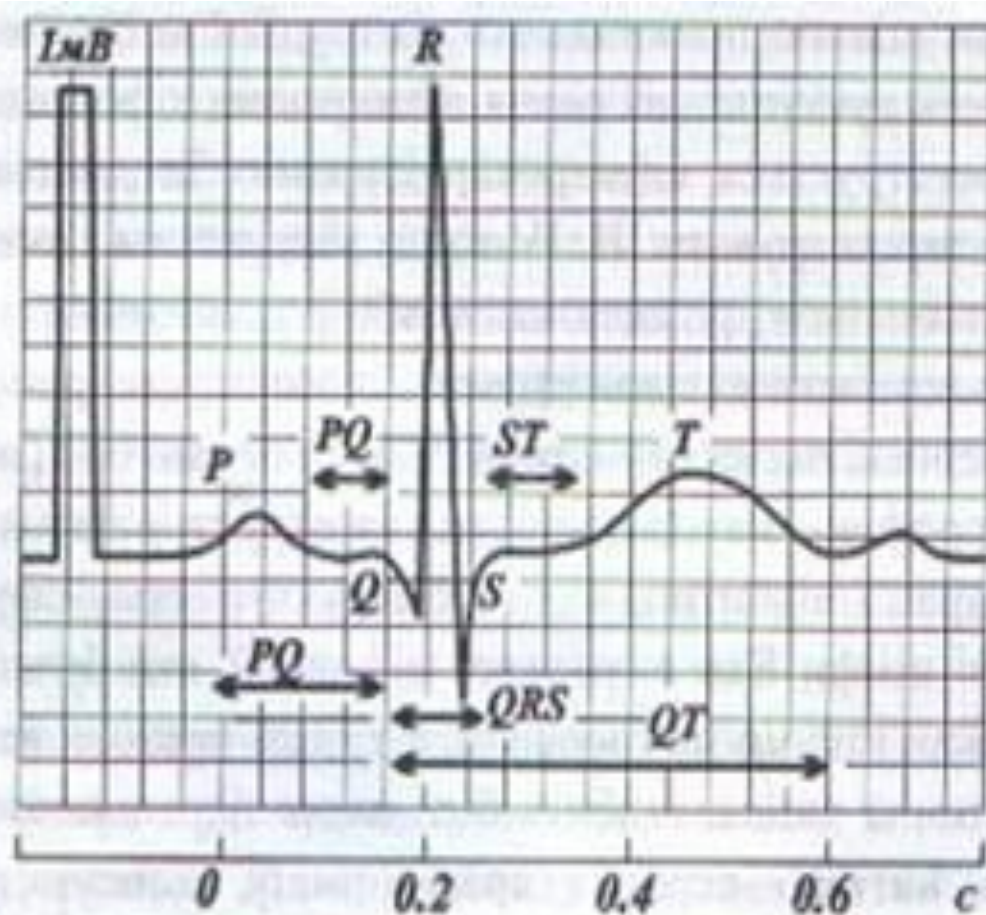
- V_1 – IV міжребер'я біля правого краю грудини
- V_2 – IV міжребер'я біля лівого краю грудини
- V_3 – між V_2 і V_4
- V_4 – V міжребер'я по лівій середньоключичній лінії
- V_5 – на рівні V_4 по передній аксиллярній лінії зліва
- V_6 – на рівні V_4 по середній аксиллярній лінії зліва
- V_{r3} – між V_1 та V_{r4}
- V_{r4} – V міжребер'я по правій середньоключичній лінії

інтервал PQ

інтервал QT

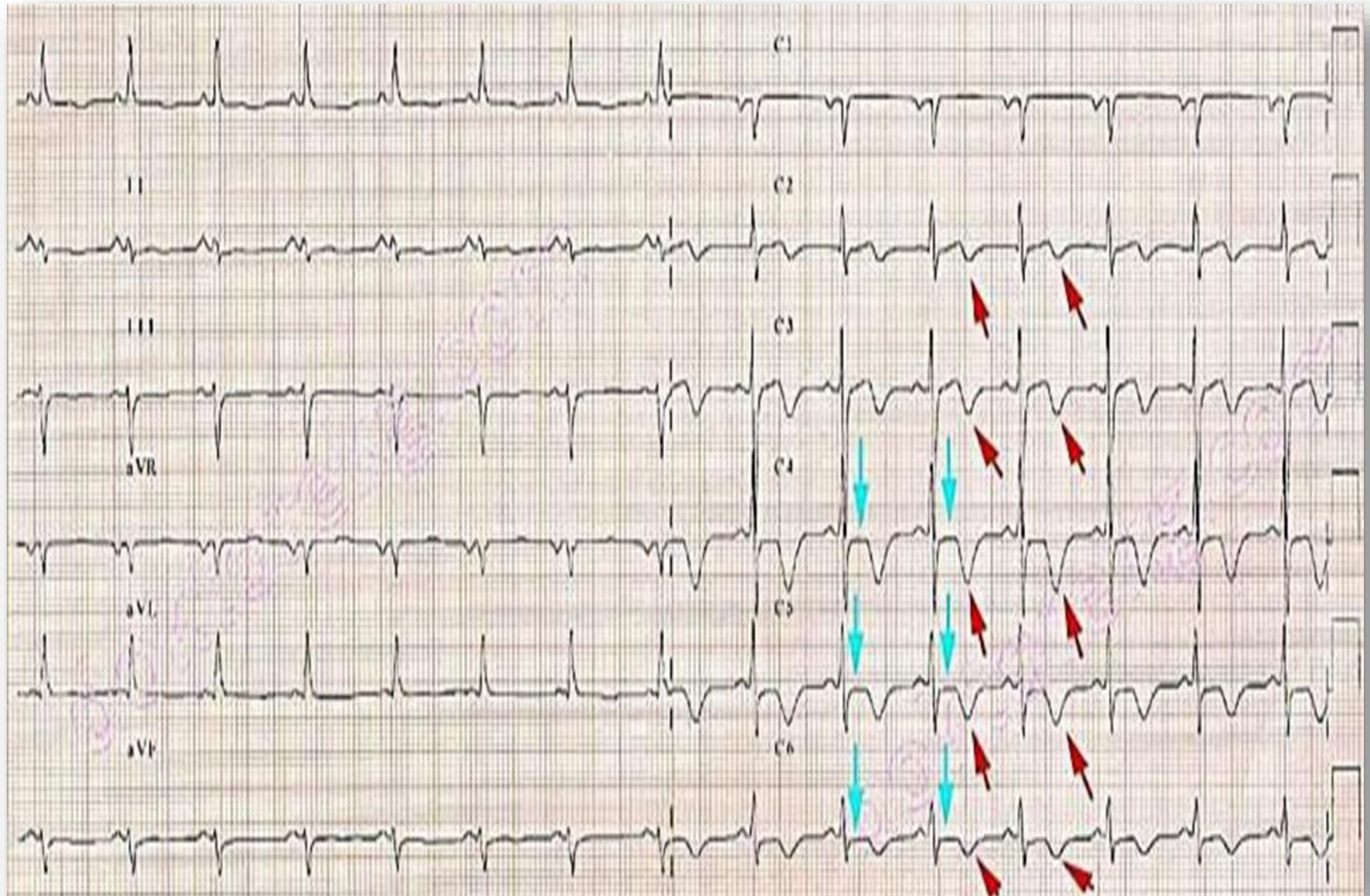




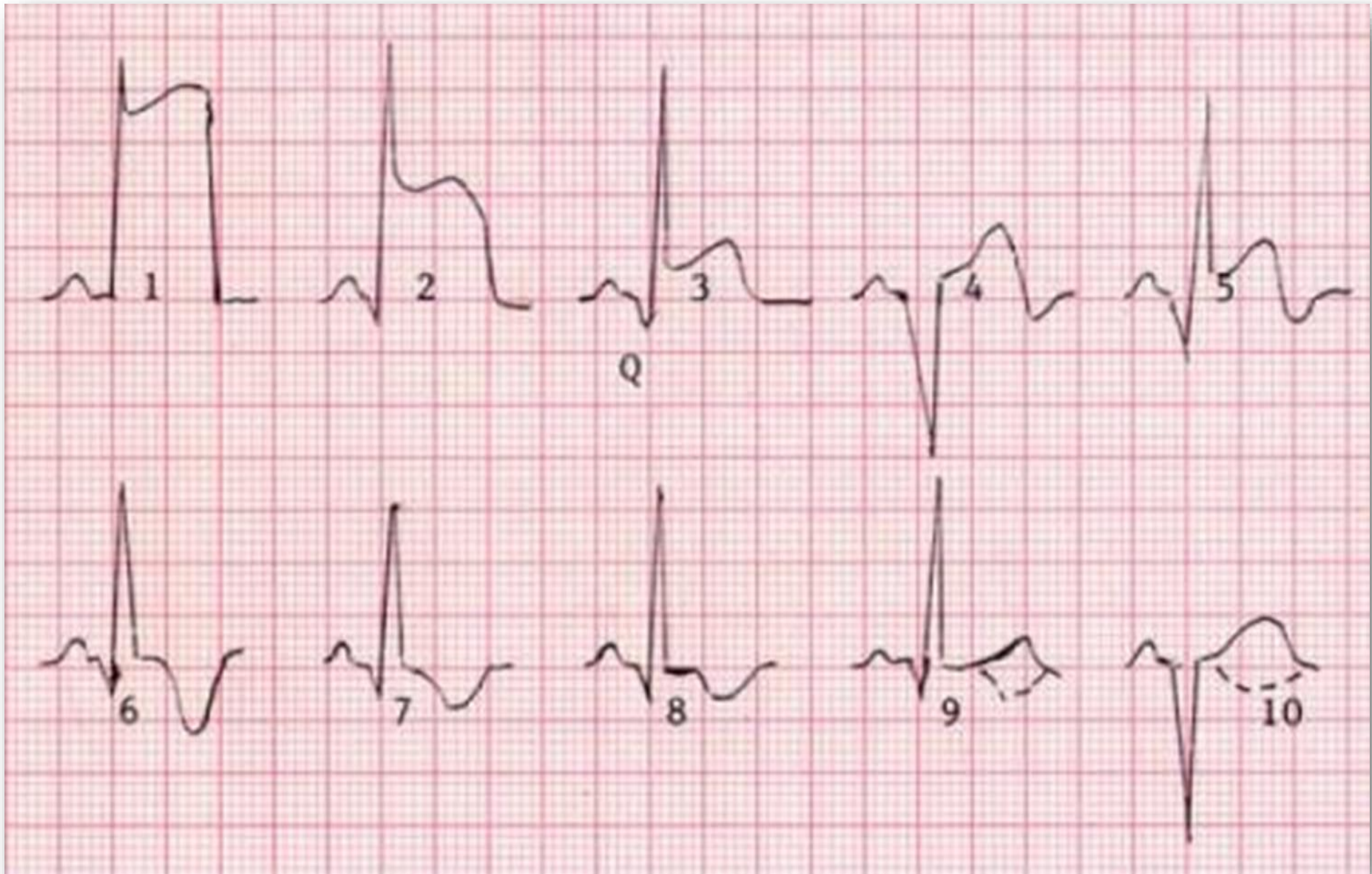


Мил. 11 Зубці, сегменти та інтервали ЕКГ: Зубець P – деполяризація передсердь; сегмент PQ – реполяризація передсердь; інтервал P-Q – час від початку деполяризації передсердь до початку деполяризації шлуночків; комплекс QRS – деполяризація шлуночків; зубець T – реполяризація шлуночків; інтервал Q-T – електрична систола шлуночків; інтервал T-P – електрична діастола серця

ЕКГ діагностика стенокардії



Періоди розвитку Гострого інфаркту міокарда на ЕКГ



4. **ФКГ** – метод графічного зображення звуків, що виникають при роботі серця (тони, шуми)

Записується разом з одним відведенням ЕКГ, щоб можна було чітко розрізнити тони і шуми, які виникають в систолу та діастолу серця.

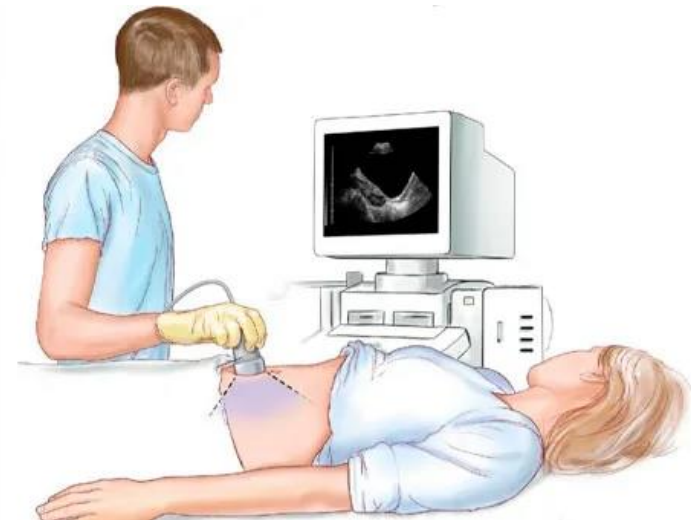
Використовують для діагностики вад серця.

Спеціальної підготовки хворого не потребує.

5. **УЗД** - ґрунтуються на аналізі ультразвукових імпульсів, відбитих від тканин із різними акустичними характеристиками. Цей метод абсолютно нешкідливий.

За допомогою ультразвукової діагностики виявляють патологію:

- серця (**ехокардіографія – ЕхоКГ**)
- судин (**доплерографія, дуплекс-доплерографія**)
- жовчних проток, печінки (рак, кіста, абсцес)
- підшлункової залози (набряк, пухлини, кісти),
- селезінки (пухлини, кісти, метастази),
- нирок (полікістоз, аплазія ниркової паренхіми, піелонефрит, нефролітіаз)
- органів малого тазу



Voluson
58

2. Trim.
Нар-сред.
100G
Gn 2
C5/M4
FF2/E3
SRI II 3 / CRI 2



6. **Сцинтиграфія** – ґрунтується на введенні радіоактивних ізотопів (галію, ксенону) в організмі з подальшою відміткою про їх накопичення і розподіл в органах, що реєструється за допомогою спеціальних сканерів.



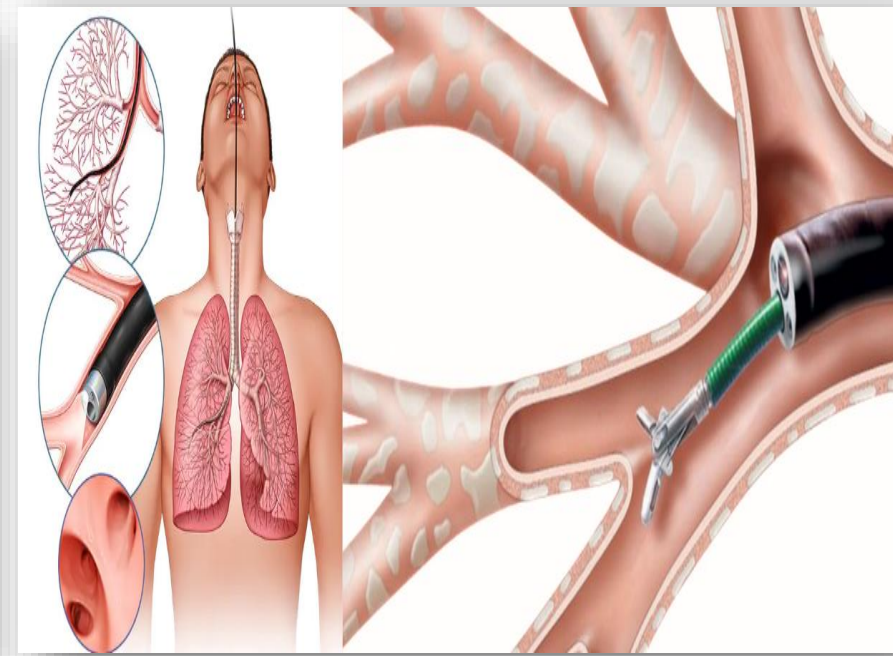
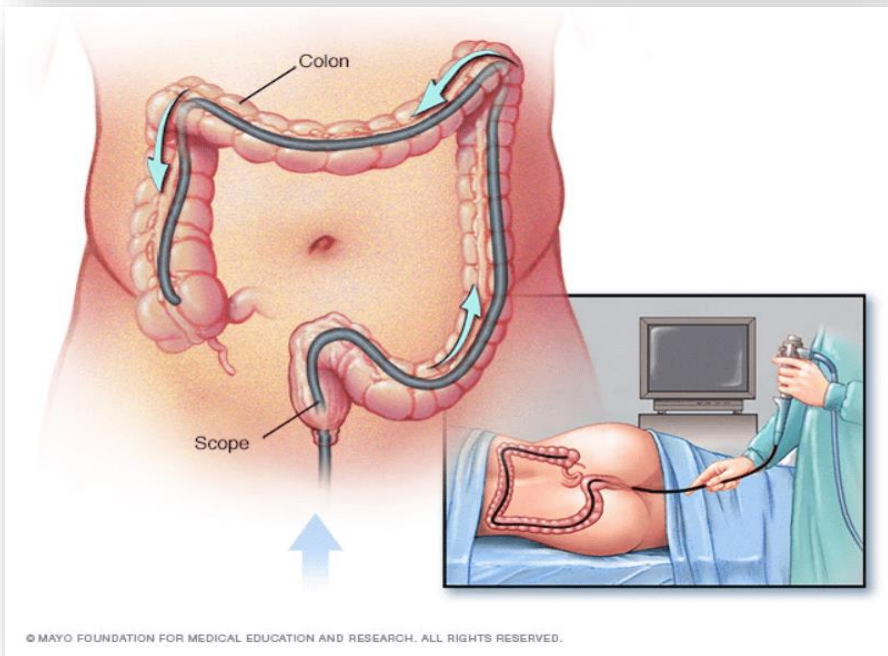
7. Ендоскопічні методи.

Ендоскопія – метод дослідження органів за допомогою спеціальних оптичних приладів – ендоскопів. Часто ендоскопію поєднують із біопсією і морфологічним дослідженням отриманого матеріалу.

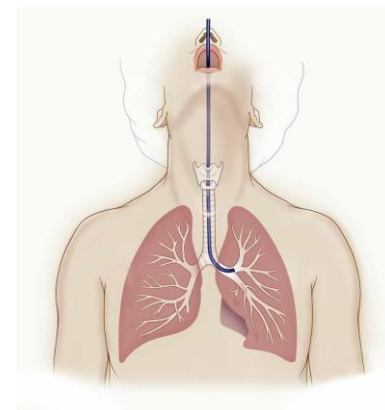
Розрізняють:

- Езофагоскопія - застосовують при вивченні порожнини стравоходу,
- Гастро-, дуоденоскопія - шлунка, дванадцятипалої кишки
- Ректороманоскопія - прямої кишки
- Колоноскопія - товстої кишки
- Ларингоскопію - органи дихання
- Бронхоскопію - дослідження бронхів
- Торакоскопію - дослідження плевральної порожнини
- Цистоскопію – дослідження сечового міхура
- Уретроскопію – дослідження стану уретри
- Артроскопія – дослідження суглобів
- Лапароскопія – дослідження черевної порожнини

Ендоскопія дає змогу уточнювати патологічний процес, диференціювати захворювання запального і пухлинного походження, а також здійснювати морфологічне дослідження біопсійного матеріалу.



Підготовка хворих включає психологічні й спеціальні заходи. Хворому доцільно пояснити мету обстеження і ознайомити його з правилами проведення ендоскопії. Перед ендоскопією при потребі здійснюють спеціальну медикаментозну підготовку: призначають транквілізатори, анальгетики. Ендоскопи вводять через природні отвори. Ендоскопію поєднують з введенням контрастних речовин і подальшим рентгенологічним контролем (бронхографія, урографія). Ендоскопи стерилізують у розчинах антисептиків, після дослідження їх старанно промивають і дезінфікують.



Лабораторні методи дослідження.

1. Загальноклінічний аналіз крові полягає у визначенні кількості гемоглобіну, еритроцитів, тромбоцитів, лейкоцитів, розрахунку лейкоцитарної формули, визначенні швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), кольорового показника.

Не рекомендується брати кров на дослідження після психоемоційних та фізичних перевантажень, після приймання медикаментів, фізіотерапевтичних процедур, рентгенологічного та радіоізотопного обстеження. Кров на аналіз треба забирати вранці перед сніданком.

Показник	Нормальні значення	
	ч	ж
<u>Еритроцити</u> (RBC), x 10 ¹² /л	4-5,1	3,7-4,7
<u>Гемоглобін</u> (HGB), г/л	130-160	120-140
<u>Гематокрит</u> (HCT), %	40-48	36-42
<u>Середній об'єм еритроцитів</u> (MCV), мкм ³	80-94	81-99
<u>Середній вміст гемоглобіну в еритроциті</u> (MCH), пг	27-31	
Середня концентрація гемоглобіну в еритроциті (MCHC), %	33-37	
Ретикулоцити, %	0,5-1,2	
Лейкоцити (WBC), x10 ⁹ /л	4-9	
Тромбоцити (PLT), x10 ⁹ /л	180-320	
ШОЕ, мм/год	1-10	2-15

Показник	Нормальні значення	
	%	x10 ⁹ /л
Нейтрофіли		
паличко/я	1-6	0,04-0,3
сегменто/я	45-72	2,0-5,5
Еозинофіли	0,5-5	0,02-0,3
Базофіли	0-1	0-0,065
Моноцити	3-11	0,09-0,6
Лімфоцити	19-37	1,2-3,0

Код форми за ЗКУД

Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 224/о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1
Найменування закладу		
Лабораторія		

КЛІНІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № _____« ____ » _____ 20 ____ р.
(дата взяття біоматеріалу)

Прізвище, І, П. _____ Вік _____
 Заклад _____ Відділення _____
 Медична карта № _____
 Клінічний діагноз (профогляд): _____

Найменування показників		Результат	Норма (в одиницях СІ)
Гемоглобін	ч		130,0-160,0 г/л
	ж		120,0-140,0 г/л
Еритроцити	ч		4,0-5,0 Т/л
	ж		3,9-4,7 Т/л
Кольоровий показник			0,85-1,15
Ретикулоцити			0,2-1,0%
Тромбоцити			180,0-320,0 Г/л
Лейкоцити			4,0-9,0 Г/л
Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ)	ч		1-10 мм/год за Панченковим
	ж		2-15 мм/год за Панченковим
Нейтрофіли	Міелоцити		-
	Мегаміелоцити		-
	Паличкоядерні		1,0-6,0%
	Сегментоядерні		47,0-72,0%
Еозинофіли			0,5-5,0%
Базофіли			0-1,0%
Лімфоцити			19,0-37,0%
Моноцити			3,0-11,0%
Плазматичні клітини			

2. Біохімічний аналіз крові.

- **Глюкоза** (норма 3,5-6,5 ммоль/л). Рівень глюкози знижується, якщо людина давно не їла, при передозуванні інсуліну, при деяких гормональних порушеннях. Підвищення глюкози можливе при цукровому діабеті.
- **Загальний білок** (норма 60-80 г/л). Білок падає при погіршенні роботи печінки, нирок, недоїданні, важких інфекціях, при опіках. Вміст білка росте при згущенні крові.
- **Альбумін** (норма 40-60%). Те ж, що і для загального білка.
- **Загальний білірубін** (норма 8,5-20,5 мкмоль/л). Показує, як працює печінка. Підвищення - симптом гепатиту, жовчнокам'яної хвороби, руйнування еритроцитів.
- **Білірубін прямий** (норма до 15,4 мкмоль/л). Підвищення вказує на гепатит, застій жовчі (холестааз), цироз печінки.
- **Білірубін непрямий** (норма до 4,6 мкмоль/л). Підвищення свідчить про руйнування клітин крові (гемоліз), про В12-дефіцитну анемію.
- **Трансамінази** - АЛТ (АЛАТ), АСТ (АСАТ) АЛТ (АЛАТ) - (норма до 30 МЕ), АСТ (АСАТ) -(норма до 40 МЕ). Підвищуються при гепатиті, цирозі печінки, діабеті, деяких інфекціях і після вживання ліків-тетрацикліну, парацетамолу.

- **Сечовина** (норма до 8 ммоль/л). Підвищення свідчить про важкий інфекційний процес, голодування, втрату рідини (пронос, блювання, надмірне утворення сечі), ниркову недостатність.
- **Креатинін** (норма до 0,18 ммоль/л). Високий рівень-ознака ниркової недостатності. Менше норми - людині не завадило б добре підкріпитися.
- **Лактадегідрогеназа (ЛДГ)** (норма до 460 МЕ). При підвищенні ЛДГ підозрюють інфаркт міокарда, хвороби печінки, інфекції, пухлини.
- **Лужна фосфатаза (ЛФ)** (норма 30-85 МЕ). Підвищення характерне при захворюваннях печінки укупі із застоєм жовчі, рахіті, надмірній функції паращитоподібних залоз (гіперпаратиреоз).

Це лише основні параметри біохімічного аналізу крові, всього їх більше сотні. Якщо діагноз потребує уточнення, призначають розширений біохімічний аналіз крові - при кожній хворобі особливий.

Код форми за ЗКУД
Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 228/о Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1
Найменування закладу Лабораторія		
БІОХІМІЧНИЙ АНАЛІЗ КРОВІ № _____ " ____ " _____ 20__ р. <small>(дата взяття біоматеріалу)</small>		
Прізвище, ім'я, по батькові _____		Вік _____
Заклад _____		Відділення _____ Медична карта № _____
Досліджувані компоненти	Результат	Норма (в одиницях СІ)*
Загальний білок		65-85 г/л
Альбумін		35-50 г/л
Глобулін		25-35 г/л
α1		3-6%
α2		6-12%
β		8-12%
γ		15-20%
Фібриноген		2-4 г/л
Ліпіди загальні		4,0-8,0 г/л
Холестерин загальний		3,0-8,0 ммоль/л
Тригліцериди		0,5-1,8 ммоль/л
Фосфоліпіди загальні		2,52-2,9 ммоль/л
β-ліпопротеїди		35-55 од.
Білірубін загальний		0-8,5-20,5 мкмоль/л
Прямий		0,9-4,3 мкмоль/л
Непрямий		6,4-17,1 мкмоль/л
Калій		3,5-5,1 ммоль/л
Натрій		130-156 ммоль/л
Кальцій		2,1-3,0 ммоль/л
Магній		0,7-1,15 ммоль/л
Залізо		ч - 14,3-30,4; ж - 10,7-21,5 мкмоль/л
Фосфор		0,87-1,45 ммоль/л
Хлор		95-110 мкмоль/л
Аланін-амінотрансфераза (АлАТ)		28-190 нмоль/(с·л)
Аспартат-амінотрансфераза (АсАТ)		28-127 нмоль/(с·л)
α-амілаза		3,3-8,9 мг/(с·л)
Креатинфосфокіназа (КФК)		до 100 нмоль/(с·л)
Лактатдегідрогеназа (ЛДГ)		до 3200 нмоль/(с·л)
Фосфатаза лужна (ФЛ)		278-830 нмоль/(с·л)
Холінестераза		45,0-95,0 мкмоль/(с·л)
Інші (вписати)		
* можливі інші норми, залежно від методики		
" ____ " _____ 20__ р. <small>(дата видачі аналізу)</small>		Прізвище, І., П. _____ <small>(підпис)</small>

3. Загальний аналіз сечі - дослідження фізико-хімічних властивостей сечі і мікроскопії осаду .

Клінічний (загальний) аналіз сечі застосовують для оцінки загального стану організму і для діагностики багатьох захворювань: урологічних, ендокринних, серця і судин, печінки і нирок, системних захворювань.

Показники

Колір

Запах

Зовнішній вигляд

Відносна щільність

pH

Білок

Глюкоза

Кетонові тіла

Білірубін

Уробіліноген

Гемоглобін

Бактерії (нітритний тест)

Еритроцити

Лейкоцити

Епітеліальні клітини

Циліндри

Бактерії

Паразити

Результати

Від солом'яного до темно-жовтого

Нерізкий

Прозора

Від 1,010 до 1,025

Від 5 до 7,0

0,00 - 0,14 г / л

0,00 - 1,00 ммоль / л

Відсутній

Відсутній

Відсутній

Відсутній

Відсутні

Від 0 до 1 в полі зору

Від 0 до 5 в полі зору

Від 0 до 5 в полі зору

Відсутні, за винятком 1-2

Відсутні

Відсутні

Код форми за ЗКУД

Код закладу за ЗКПО

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування закладу	ФОРМА № 210/о	
Лабораторія	Затверджена наказом МОЗ України 04.01.2001 № 1	
АНАЛІЗ СЕЧІ ЗАГАЛЬНИЙ № _____		
" ____ " _____ 20__ р. <small>(дата взяття біоматеріалу)</small>		
Прізвище, І., П. _____ Вік _____		
Заклад _____ Відділення _____		
Медична карта № _____		
Клінічний діагноз _____		
Фізико-хімічні властивості		
Показники	Результат	Норма (в одиницях СІ)
Кількість _____ мл (доставлено)		
Колір		світло-жовтий
Прозорість		прозора
Уретральні нитки		-
Питома вага		1,001-1,040
Реакція (рН)		5,0-7,0
Білок (г/л)		-
Глюкоза (ммоль/л)		-
Кетонів тіла		-
Реакція на кров		-
Білірубін		
Уробілінові тіла		-
Жовчні кислоти		-
Індикан		сліди

<...>

4. Дослідження дуоденального вмісту.

Класичний метод зондування – трифазний.

I фаза – порція А – жовч з загального жовчного протоку. Вона прозора, солом'яно-жовтого кольору, при застійних явищах – темна, лужної реакції. Помутніння може обумовлюватись домішками шлункового соку. Слиз та хлоп'я, знайдені при мікроскопії, вказують на патологію 12-палої кишки.

II фаза – порція В – міхурова жовч. Вона виділяється рефлексорно після введення жовчогінних речовин – 30-50 мл 33% магnezії, 10% р-н пептону, 10% р-н сорбіту, 40% р-н глюкози, 10% р-н NaCl. Зразу після введення однієї з цих речовин зонд зав'язують. Через 5-8 хв. збирають жовч на протязі 25-35 хв. Міхурові жовч темно-коричневого або зеленувато-коричневого кольору при застійних явищах в міхурі. В нормі – коричнева або темно-жовта, прозора, в'язка, лужної реакції. При запаленні жовчного міхура має комки слизу. При хронічних запальних процесах, коли порушується концентраційна здатність жовчного міхура, вона прозора, світло-жовта, не відрізняється від порції А.

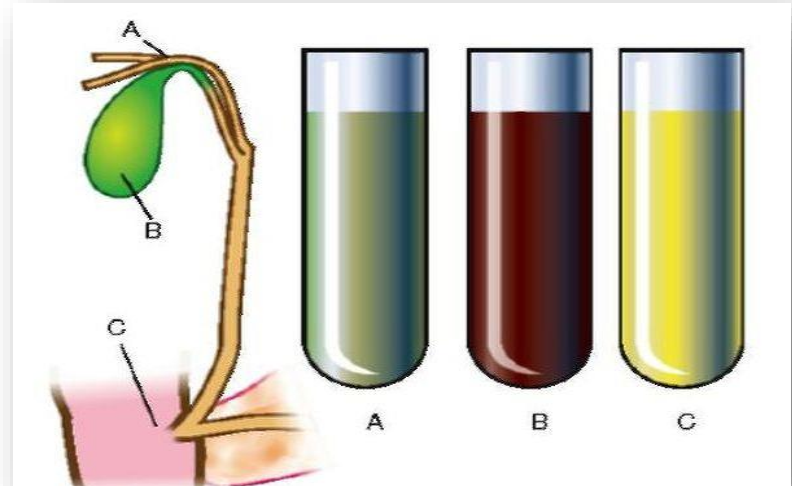
При наявності каменів жовч не виділяється (негативний рефлекс).

III фаза – загального жовчного протоку та міхурові змінюється печінковою жовчю – порція С. Вона золотистого кольору, прозора. Досліджують її зразу ж, так як лямблії гинуть на протязі 30 хв. Якщо є необхідність в бактеріологічному дослідженні, жовч збирають в стерильні пробірки.

Для дослідження функціонального стану жовчовивідних шляхів та жовчного міхура використовують фракційний метод зондування, при якому реєструється ритм поступання жовчі в 12-палу кишки.

В нормі колір жовчі порцій А і С світло-жовтий, В – жовто-коричневий. Колір залежить від вмісту пігментів - білірубінглюкуроніду та білівердіну. В нормі всі три порції прозорі. Мутність може обумовлюватися домішками лейкоцитів, бактерій, слизу, гною, при дуоденітах, холециститах, холангітах, ангіохолітах. Діагностичне значення має мутність порцій В і С. Консистенція порцій А і С злегка в'язка, жовч порції В – більш в'язка, що пояснюється вищою концентрацією її (в 4-10 раз). Відносна густина вимірюється ареометром так як і в сечі. А-1, 007-1, 015, В-1, 016-1, 034, С-1,007-1,010. Збільшується вона при застійних явищах в жовчному міхурі і протоках. Знижується при пониженій концентраційній здатності жовчного міхура, що спостерігається при запаленнях, жовчнокам'яній хворобі.

Лейкоцити поодинокі зустрічаються в жовчі здорової людини. Збільшення їх кількості свідчить про запалення в жовчовивідній системі. Вони можуть потрапити з ротової порожнини, тому лейкоцити жовчного походження частіше розміщені в слизу з великою кількістю циліндричного епітелію.



5. Дослідження калу.

Визначають:

- Кількість
- Форму
- Консистенцію
- Колір
- Запах
- Залишки неперевареної їжі
- Патологічні домішки
- Паразити
- рН-6-8
- Стеркобилін, білірубін, білок
- М'язові волокна, сполучна тканина, жирні кислоти, крохмаль
- Слиз, лейкоцити, еритроцити
- Гельмінти

Код форми за ЗУКД _____
Код закладу за ЗЛЮ _____

Міністерство охорони здоров'я України	МІДІРФІА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма № [2][1][9]/[0][]] Заверджено наказом МОЗ України [0][4][0][1][2][0][0][1][9][8][1][1]
Найменування закладу	
Лабораторія	

АНАЛІЗ КАЛУ № _____

(копрограма)

« _____ » _____ 20 ____ р.
(дата взяття біоматеріалу)

Прізвище, І, П., _____ Вік _____
Заклад _____ Відділення _____
Медична карта № _____
Необхідно відмітити (вказати) _____
Діагноз _____

Кількість _____
Консистенція _____
Форма _____
Запах _____
Колір _____
Реакція _____
Слиз _____
Кров _____
Залишки неперетравленої їжі _____

Хімічне дослідження:

Реакція на приховану кров: _____

Реакція на стеробілін _____
Реакція на білірубін _____

Мікроскопічне дослідження

М'язові волокна: _____

З'єднувальна тканина _____

Жир нейтральний _____

Жирні кислоти _____

Мапа _____

Рослинна клітковина перетравлена _____

Крохмаль _____

Йодофільна флора _____

Кристали _____

Слиз _____

Епітелій _____

Лейкоцити _____

Еритроцити _____

Найпростіші _____

Яйця глистів _____

Дріжджові грибки _____

Висновки _____

« _____ » _____ 20 ____ р.
(дата мікроскопічного аналізу)

(Прізвище, І. Б. підпис)

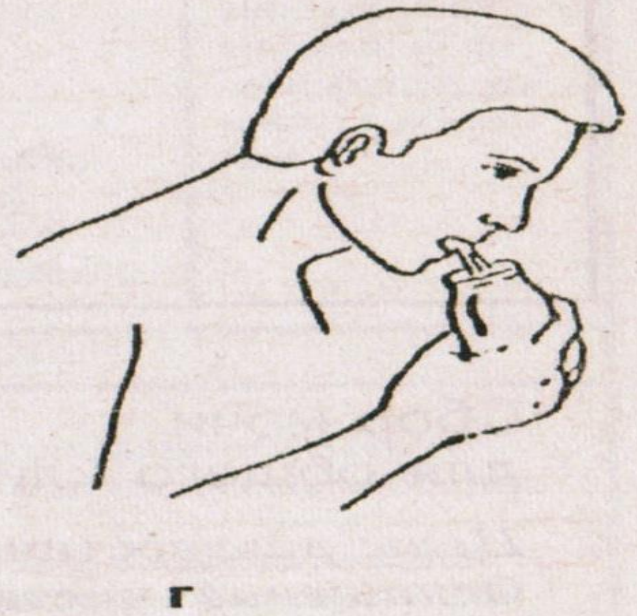
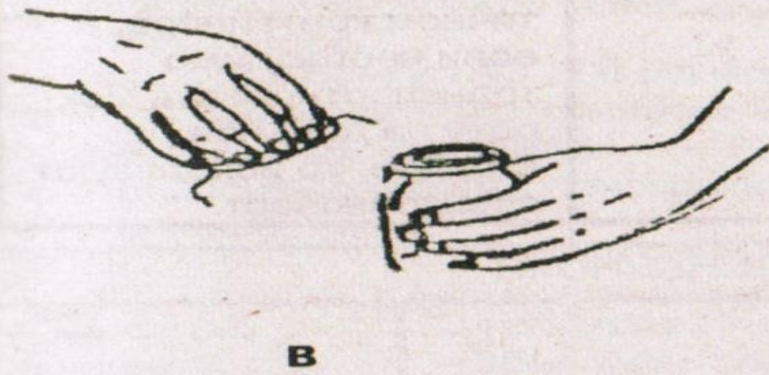
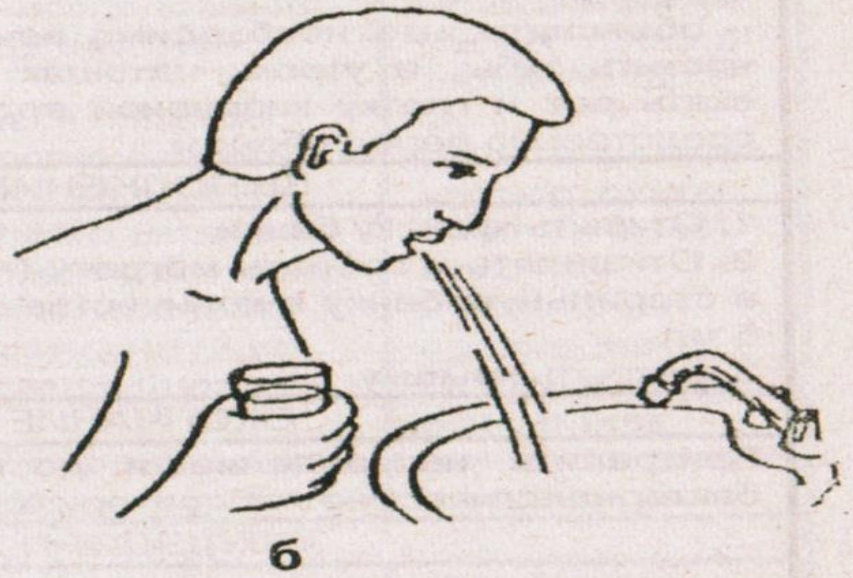
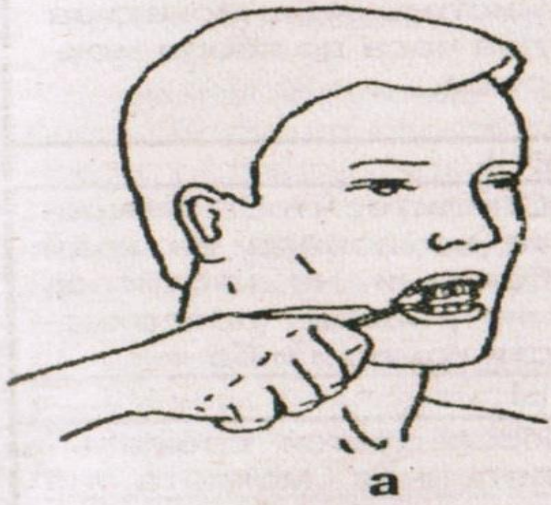
6. Дослідження мокроти.

Харкотиння - це паталогічний секрет, що виділяється при відкашлюванні з дихальних шляхів. Клінічне дослідження харкотиння складається з огляду вимірювання кількості, вивчення фізичних, хімічних властивостей, мікроскопічне, бактеріоскопічне, бактеріологічне дослідження.

Мікроскопічне дослідження харкотиння проводять в свіжих нефарбованих і фіксованих фарбованих препаратах.

Бактеріальне дослідження мокроти направлене на виділення збудника інфекції. Мікобактерії туберкульозу виявляють у хворих деструктивним формами, застосовуючи методи посіву на поживні середовища.

Важливо пам'ятати про правила збирання харкотиння для дослідження. Вранці, після ретельного полоскання ротової порожнини і горла у суху складну банку, або чашку Петрі.



7. Пункційна біопсія - метод дослідження, при якому проводиться прижиттєвий забір клітин або тканин з організму з діагностичною метою.

Взяття тканин і подальше їх дослідження під мікроскопом дозволяє визначити точний клітинний склад досліджуваного матеріалу.

Гістологічне дослідження - це дослідження тканин під мікроскопом.

Цитологічне дослідження відрізняється від гістологічного тим, що при ньому проводиться не дослідження тканини, а дослідження клітин.



ВИСНОВКИ

Терапія – область медицини, яка займається діагностикою і лікуванням внутрішніх хвороб. Задачі терапевтичної служби полягають в своєчасній діагностиці і доброякісному лікуванні внутрішніх хвороб, профілактики захворювань, збереження і зміцнення здоров'я нації.

Обстеження хворих проводять за визначеною схемою і включає в себе суб'єктивні, об'єктивні і додаткові методи. Всі дані зібрані про життя і захворювання пацієнта є строго конфіденційними, не підлягають розголошенню. Зрозуміти весь хворобливий процес не можливо без детального опитування хворого та його правильного оцінювання. Таким шляхом можна отримати достатній матеріал для встановлення попереднього діагнозу, судити про розвиток захворювання, тяжкості стану хворого, намітити шляхи лікування. Об'єктивне обстеження дає необхідні відомості про загальний стан організму, його органів і систем. Об'єктивні обстеження проводиться по визначеній схемі, всі отримані дані заносять в амбулаторну карту або в історію хвороби. Спочатку проводять огляд хворого, потім пальпацію, перкусію і аускультацию по схемі. Інструментальні і лабораторні методи, хоч їх і прийнято вважати допоміжними чи додатковими, у деяких випадках набувають значення основних методів дослідження, без яких встановити діагноз захворювання стає сумнівним або взагалі неможливим.

Питання для обговорення:

- 1). Що означає термін «анамнез» ?
- 2). Що входить в поняття ефект від проведеного лікування?
- 3). Яке діагностичне значення можуть мати відомості про місце народження і проживання пацієнта?
- 4). Що таке спадковість?
- 5). Які положення пацієнта в ліжку ви знаєте ?
- 6). Що означає термін «конституція людини»?
- 7). Як ви розумієте поняття – допоміжні методи обстеження?
- 8). Як ви розумієте поняття – тактовність в спілкуванні з пацієнтом?

Використана література:

Медсестринство у внутрішній медицині: підручник / О.С. Стасишин, В.В. Стасюк, І.М. Бандура, І.В. Вібла та ін. К.: Медицина, 2019.

Догляд за хворими і медична маніпуляційна техніка: навчальний посібник / Л.С. Методи діагностики в клініці внутрішньої медицини /Анатолій Свінціцький. К.: Медицина, 2019.

Основи діагностики, лікування та профілактики захворювань органів дихання /О. Кривоносова, Л. Журавльова, К.: Медкнига, 2019.

Інформаційні ресурси

Бібліотека ПДМУ <https://lib.pdmu.edu.ua/>

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» <https://phc.org.ua/>

ВООЗ <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822>

Міністерство охорони здоров'я України <https://moz.gov.ua/uk>