**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**Харківський національний медичний університет**

**ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО**

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИМПТОМІВ, ВИЯВЛЕНИХ ПРИ ОГЛЯДІ ХВОРОГО**

***Методичні вказівки до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів***

***III-IV рівнів акредитації***

Затверджено

вченою радою ХНМУ.

Протокол № від .

**Харків**

**ХНМУ**

**2018**

Загальний огляд хворого. Діагностичне значення симптомів, виявлених при огляді хворого. Метод. вказівки до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акрид. / Скл. Т.В. Ащеулова, , Н.М. Герасимчук. - Харків: ХНМУ, 2018. - 15 с.

Складачі Т.В. Ащеулова

 Н.М. Герасимчук

**ЗОВНІШНІЙ ОГЛЯД**

**ПРОВОДИТЬСЯ ЗА ТАКИМ ПЛАНОМ:**

Зовнішній огляд хворого складається із загального огляду й огляду окремих частин тіла. Загальний огляд включає оцінку наступних показників: загальний стан хворого, стан його свідомості, постави, ходи, положення, вираз обличчя, статури, конституціонального типу, шкірних покривів, їх дериватів, підшкірно-жирової клітковини, стан харчування (вгодованість), лімфатичних вузлів, м'язової системи, кісткової системи й суглобів.

Огляд окремих частин тіла проводиться з метою виявлення й оцінки особливостей голови, очей, носа, вух, рота, шиї, дослідження щитоподібної залози, зміни яких можуть бути проявом самостійного або загального захворювання, а також нерідко вродженої або спадкоємної патології.

**ЗАГАЛЬНИЙ СТАН ХВОРОГО**

Загальний стан хворого відмічається як задовільний, середньої важкості, важкий, украй важкий. Однак чіткого розділу між ними не існує, але їх орієнтовне визначення відіграє важливу роль в оцінці клінічного перебігу хвороби, ефективності лікування, прогнозі захворювання. Критеріями оцінки стану хворого служать наступні показники: свідомість, положення, постава, хода, вираз обличчя, стан харчування, психічний статус.

*Задовільний стан* – хворий активний, вільно пересувається, пряма постава, впевнена хода, має бажання до спілкування, адекватна реакція на навколишніх і свій стан, свідомість ясна, вираз обличчя спокійний, осмислений, достатнього харчуванням, можуть проявлятися симптоми захворювання, але їх наявність не заважає хворому бути активним. Працездатність повністю збережена, показники життєвих функцій у межах фізіологічної норми. Спостерігається при видужанні, у період ремісії при тривалих хронічних захворюваннях.

*Середньої важкості* – у хворого обмежені рухи, більшу частину часу перебуває в ліжку, часто приймає вимушене положення, не прагне до спілкування, однак здатний обслуговувати себе, свідомість ясна, вираз обличчя спокійний, осмислений, може бути болісним, достатнього харчування, симптоми захворювання виражені значно, але безпосередньої загрози життю в цей час немає. Працездатність втрачена, здатність до самообслуговування збережена. Спостерігається в період загострення хронічних або гострих захворювань, при травмах, отруєнні й ін.

*Важкий стан* характеризується порушенням практично всіх показників: іноді порушується свідомість (потьмарена, ступор, сопор); змінюється вираз обличчя (страждання, страх, байдужність); хворі займають пасивне або вимушене положення; відзначається порушення харчування (схуднення або ожиріння); змінюється психіка (неадекватні реакції на навколишніх, медперсонал, родичів). Цей стан характерний для декомпенсованих хворих із захворюваннями серця, нирок, ендокринних залоз; онкологічних і інфекційних хворих, а також у період після операцій, травм, поранень.

*Украй важкий стан* характеризується ускладненим перебігом хвороби, який може привести до летального результату. Різким погіршенням функціональної діяльності життєво важливих органів і систем, пасивним положенням пацієнта, байдужним або страждальницьким виразом обличчя (обличчя Гіппократа), утрудненням або відсутністю контакту з навколишніми. Значними порушеннями дихання й кровообігу, важкими розладами в діяльності травної й сечовидільної систем. Свідомість може залишатися ясною, але частіше порушена у вигляді ступору, сопору або повністю відсутня (кома). Спостерігається при коматозних станах різної етіології, шоку, агонії.

**СВІДОМІСТЬ**

*Стан свідомості.* Розрізняють дві основні групи порушення свідомості: з перевагою процесів гальмування й з перевагою процесів збудження центральної нервової системи — галюцинації й марення. Групи порушення свідомості з перевагою процесів гальмування представлено в *таблиці 1.*

**Таблиця 1**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Свідомість –***  | вища, властива тільки людині форма відбиття дійсності, яка представляє сукупність психологічних процесів, що дозволяють орієнтуватися в навколишньому світі, часі, оцінці власної особистості, й забезпечують наступність, єдність і різноманіття поведінки |
| ***Ясна свідомість*** *(sensorium lucidum) –*  | характеризується правильною орієнтацією в просторі, адекватною поведінкою, своєчасними і коректними відповідями на запитання, збереженням усіх рефлексів. |
| ***Потьмарена свідомість*** (*obnubilatio mentalis*, від лат. ob – перед, nubes – хмара, затемнена, неясна свідомість) – | стан оглушення, при якому хворий недостатньо добре орієнтується в просторі, байдужий до свого стану, на запитання відповідає адекватно, але із запізненням. Спостерігається при інфекційних захворюваннях, ендо-екзоінтоксикації  |
| ***Ступор*** (*stupor,* від лат. *stupere* – заціпеніння, нерухомість, завмирання) – | стан знерухомленості, остовпіння, порушення орієнтації в просторі, коли хворий на запитання відповідає неадекватно й із запізненням, рефлекси збережені, але трохи вповільнені. Спостерігається при контузіях, інтоксикаціях, психічних захворюваннях |
| ***Сопор*** (*sopor,* від лат. *sopire* – присипляти, оглушати, сплячка, безпам'ятство) – | стан глибокого сну, з якого хворого можна вивести тільки сильним подразником (окрик, укол, щипок), у відповідь – однозначний звук, рух, погляд і хворий знову «засинає». Рефлекси збережені, але мляві. Спостерігається при важких гарячкових станах, отруєннях, нирковій недостатності. |
| ***Кома*** (*coma*, від грец. *coma* – глибокий сон) – | несвідомий стан, що характеризується повною втратою реакцій на зовнішні подразники. Рефлекси відсутні, спостерігається розслаблення всієї мускулатури й збереження на мінімальному рівні функцій дихання й кровообігу, збережена реакція зіниці на світло. |

Найчастіше зустрічаються такі види коми: алкогольна, апоплексична, гіперглікемічна, гіпоглікемічна, печіночна, уремічна, епілептична.

**ПОЛОЖЕННЯ ХВОРОГО**

Положення хворого, як правило, указує на вагу захворювання, а рідше, може бути обумовлене специфікою хворобливого процесу (менінгіт, правець). Розрізняють активне, пасивне й змушене положення хворого (*таблиця 2*).

**Таблиця 2**

|  |  |
| --- | --- |
| *Активне положення* хворого –  | положення, при якому пацієнт може самостійно, без сторонньої допомоги, змінити власне положення в ліжку, на стільці, у кріслі, й ін.; за власним бажанням або за пропозицією медичного персоналу вільно переміщатися в палаті й за її межами, самостійно здійснювати заходи особистої гігієни, приймати їжу. |
| *Пасивне положення* хворого –  | положення, при якому пацієнт не в змозі самостійно змінювати положення в ліжку, здійснювати заходи особистої гігієни, приймати їжу. Пасивне положення можуть займати хворі при важких інфекціях, інтоксикаціях з поразкою центральної нервової системи. |
| *Вимушене положення* хворого –  | положення, яке займає хворий з метою зменшення болючих проявів; при цьому зменшуються болючі або інші неприємні відчуття — задишка, біль, диспептичні розлади, що полегшує загальний стан хворого |
| ***Розрізняють наступні види вимушеного положення хворого:*** |
| *Положення стоячи* | займають хворі із нападом стенокардії, що виник під час ходьби, хворі з облітеруючим атеросклерозом або ангіоспазмом судин нижніх кінцівок. Рідше положення стоячи займають хворі з поразкою сечового міхура, простати. |
| *Положення сидячи в ліжку або в кріслі з опущеними* на *підлогу ногами* (*ортопное) –* | при задишці (ядусі) серцевого походження. Таке положення полегшує рухи діафрагми, поліпшує відтік венозної крові, зменшуючи кількість циркулюючої крові. |
| *Ортопное з упором на руки* на нерухомому предметі (підвіконня, стіл, ліжко) –  |  при нападі бронхіальної астми. Положення хворого сидячи полегшує рух діафрагми (основного дихального м'яза), що сприяє рівномірному розширенню грудної клітини на вдиху; фіксація плечового пояса при упорі на руки підключає допоміжну дихальну мускулатуру (міжреберні м'язи), що зменшує напад ядухи, полегшує дихання і загальний стан хворого |
| *Положення на боку із притягнутими до живота зігнутими в колінних суглобах ногами й закинутою назад головою (поза “лягавої собаки”, “положення курка”, “положення знака питання”) –*  | хворі менінгітом.Це положення обумовлене ригідністю потиличних м'язів і, по можливості, забезпечує зменшення натягу збуджених мозкових і спинальних оболонок з метою полегшення болі. |
| *Колінно-ліктьове положення, поза “бедуїна“* | у випадку загострення виразкової хвороби з розташуванням виразки на задній стінці шлунка, хворі з пухлиною голівки підшлункової залози, для зменшення болючого синдрому за рахунок зменшення тиску й подразнення сонячного сплетіння. При злипливому і ексудативному перикардиті для зменшення задишки й болю, за рахунок зменшення здавлювання нижньої полої вени й полегшення діастолічного наповнення серця кров´ю. |
| *Положення на спині –*  | можуть займати хворі при інтенсивному болі в животі, при «гострому животі» (перитоніт, перфорація виразки шлунка дванадцятипалої кишки, шлунково-кишкова кровотеча, гострий апендицит, гострий холецистит). При цьому хворі нерідко згинають нижні кінцівки в колінних суглобах, досягаючи тим самим зменшення напруги м'язів черевної стінки. |
| *Положення лежачи на животі* –  | часто характерно для діафрагмального плевриту, туберкульозної поразки хребта, рака підшлункової залози, гострого тромбозу селезінкової вени, хворого із пролежнями на спині й сідницях. |
| *Положення на хворому боці –*  | займають хворі для того, щоб при пневмонії, туберкульозі легенів як можна ефективніше звільнити для дихання здоровішу легеню. При порожнинних утворах у легені (абсцес, туберкульозна каверна, бронхоектаз) також зменшує кашльові рефлекси із хворої ділянки легенів. При сухому плевриті з метою зменшення болі за рахунок обмеження тертя листків плеври.  |
| *Положення на здоровому боці* –  | займають хворі з переломом ребер, міжреберною невралгією, оперізуючим лишаєм, а також хворі із захворюваннями серця, що супроводжуються гіпертрофією міокарда. |

**ОЦІНКА ВІКУ ЗА ЗОВНІШНІМ ВИГЛЯДОМ**

Потім оцінюють відповідність зовнішнього вигляду паспортному віку хворого. При деяких захворюваннях (мітральний стеноз) хворі виглядають молодше, зате, при кахексії, атеросклерозі, тривалих виснажливих захворюваннях, вони виглядають старше свого віку.

**ХОДА Й ПОСТАВА**

*Постава* – манера тримати тіло в певному положенні при різних фізичних станах організму. Постава оцінюється візуально в процесі спілкування із хворим, тобто непомітно для самого хворого лікар під час дослідження спостерігає й оцінює особливості його ходи й рухів, положення тулуба, голови й кінцівок у момент ходьби, положення стоячи й сидячи.

Пряма постава, швидка й певна хода вказують на те, що здоров'я хворого постраждало несуттєво. При деяких захворюваннях відзначається специфічна хода й постава. Постава свідчить про загальний фізичний і психічний тонус організму, активність кровообігу, дихання, є одним з ознак самопочуття й настрою пацієнта. Зокрема, пряма постава, яка супроводжується чіткими, певними рухами, свідчить про задовільний стан організму. Незручність, сутулість у поставі часто є ознакою хворобливого стану хребта, визначеного кіфозом, остеоартрозом, сколіозом, остеохондрозом, спондилоартрозом (хвороба Бехтєрева). Як патологічну, виділяють так звану *“горду” поставу*, яка зовні проявляється відхиленою назад головою й випинанням уперед живота. Така постава може виникнути при асциті, скривленні хребта вперед (лордозі), вагітності. У хворих зі значним фізичним нездужанням або при деяких глибоких психічних розладах з'являється млява, нечітко сформована постава, яка проявляється опущеною головою, нахиленим уперед тулубом, звисанням рук, невпевненою ходою. Постава може змінитися при деяких захворюваннях периферичної нервової системи й опорно-рухового апарата – радикуліті, ішіасі, сирингомієлії, ревматоїдному артриті, остеоартрозі хребта.

*Хода –* сукупність особливостей пози й рухів при ходьбі.

Хода визначається одночасно з поставою. Особливості ходи можуть мати важливе діагностичне значення. У здорової дорослої людини хода чітка, певна, рівномірна. При деяких захворюваннях хода здобуває специфічні, іноді – патогномонічні для певної хвороби особливості. У зв'язку із чим виділяють наступні різновиди патологічної ходи, які мають певну семіологічну оцінку, і діагностичну значимість.

*Атактична:* хворий при ходьбі високо піднімає стопи, зайво згинаючи ноги в колінних і тазостегнових суглобах, і з шумом опускає стопи на підлогу; хода характерна для хворих поліневритом, сухоткою спинного мозку.

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

*Паретична*: характеризується повільними рухами з утрудненим підняттям і волочінням атонічних ніг; обумовлена периферичним нижнім парапарезом.

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

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

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

*“Лялькова хода”* (подібно манекену, ляльці-іграшці) характеризується швидкими дрібними ковзними кроками без співдружніх рухів рук із застиглими положеннями тулуба й голови, обумовлена поразкою екстрапірамідальних шляхів і загальною м'язовою ригідністю при паркінсонізмі, церебральному атеросклерозі.

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

Можуть спостерігатися й інші зміни ходи, які мають значне прогностичне значення. Своєрідна зміна ходи може відбутися в старечому віці (сенільна хода). Вона характеризується появою дрібних, іноді неритмічних кроків (у результаті підвищення тонусу м'язів нижніх кінцівок). Змінюється хода й при деяких захворюваннях опорно-рухового апарата. У результаті інтенсивного болю в суглобах хода часто утруднена. Кульгаюча хода може спостерігатися при різкому зниженні кровообігу в гомілках і стопах при облітеруючому ендартеріїті (перемежована кульгавість). Занадто повільна хода з нерухливим або несильно зігнутим тулубом з'являється при сильному болі в попереку в результаті спондилоартриту, при cпондилоартрозі.

**СТАТУРА**

Поняття *про статуру* складається з даних відносно *зросту, маси тіла, форми тіла, ступеню розвитку й тонусу мускулатури, будови кістяка, пропорційності співвідношення окремих частин тіла.*

*Вимір зросту* проводиться за допомогою зростоміра в сантиметрах. Середній зріст чоловіка у віці 25-30 років коливається в межах 168-175 см, а жінок у тому ж віці — 157-165 см. Зріст вище 190 см вважається гігантським, нижче 120 см — карликовим.

*Масу тіла* вимірюють за допомогою медичних ваг у кілограмах. Більш точно ступінь надмірності або недостатності маси тіла стосовно зросту визначається розрахунками *індексу маси тіла (ІМТ),*який обчислюється шляхом розподілу показника маси тіла (у кг) на показник росту (у м), зведений у квадрат. На підставі цього показника робоча група експертів ВООЗ (1997) розробили класифікацію надлишкової маси тіла й ожиріння в дорослих (*таблиця 3*).

**Таблиця 3**

**Міжнародна класифікація дефіциту маси тіла й ожиріння**

|  |  |
| --- | --- |
| Діагностичне значення | ІМТ (кг/м2) |
| Недостатня маса тіла | <18,5 |
| Нормальна маса тіла  | 18,5-24,9 |
| Надлишкова вага | 25-29,9 |
| Ожиріння 1 ступеня | 30-34,9 |
| Ожиріння 2 ступеня | 35-39,9 |
| Ожиріння 3 ступеня | ≥ 40 |

ІМТ не враховується для дітей з незавершеним періодом росту, для осіб старше 65 років, спортсменів, вагітних.

Розрізняють статуру правильну й неправильну.

*Правильна статура* характеризується пропорційним співвідношенням окремих частин тіла: тулуба, голови, кінцівок, при відсутності скривлень. *Неправильна статура* характеризується різними скривленнями, деформаціями, непропорційним співвідношенням окремих частин тіла. Згідно із класифікацією М.В. Чорноруцького розрізняють три конституціональні типи: нормостенічний, астенічний і гіперстенічний.

*Нормостенічний тип* характеризується пропорційністю передньо-заднього й поперечного розмірів, гарним розвитком м'язової маси, і як наслідок, міцним і розвиненим кістковим скелетом. Кількість жирової тканини приблизно відповідає середнім показникам. Особливості внутрішньої будови – грудна клітина опукла, плечі широкі, помірковано косий напрямок ребер, не різко вираженими міжреберними проміжками, над- і підключичними ямками, прямим епігастральним кутом (≈ 90°), лопатки помірно прилягають до грудної клітини, стернальний кут помірно виражений. Довжина кінцівок пропорційна. Усі характеристики відповідають середнім.

*Гіперстенічний тип*характеризується збільшенням поперечних розмірів (співвідношення передньо-заднього й поперечних розмірів – більше 0,75). Череп широкий і невисокий, обличчя округле й широке, плечі прямі й широкі, шия коротка. Грудна клітина широка й глибока: з вузькими, слабко вираженими (згладженими) над- і підключичними ямками, горизонтальним напрямком ребер, епігастрального кута (більше 90°), стернальний кут добре виражений, лопатки щільно прилягають до грудної клітини. Підшкірно-жировий шар розвитий добре, відзначається схильність до раннього облисіння. Діафрагма, на відміну від астеніків, стоїть високо, тому напрямок поздовжника серця наближається у гіперстеніків до поперечного, у той час, як в астеніків воно ближче до вертикального. Кінцівки короткі й широкі, мускулатура розвинена, але не дуже пружна.

*Астенічний тип* характеризується зменшенням поперечних розмірів (співвідношення передньо-заднього й поперечного розмірів – менше 0,65). Череп подовжений, обличчя вузьке; шия вузька й довга, плечі вузькі й похилі. Шкіра м'яка, тонка, сухувата із прожилками, які злегка просвічуються, підшкірно-жировий шар виражений погано. Волосяний покрив густий. Грудна клітина вузька й плоска, з більш вертикальним положенням ребер, широкими міжреберними проміжками, вираженими над- і підключичними ямками, стернальний кут згладжений, епігастральний кут (менше 90°), лопатки відстоять від спини (крилоподібні). Кінцівки довгі й тонкі; мускулатура млява й тонка.

При загальному огляді лікар насамперед повинен фіксувати увагу на відкритих частинах тіла пацієнта – голові, обличчі, шиї.

**Тестові завдання для самоконтролю**

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

*А. Хронічного гастриту.*

*B. Панкреатиту.*

*С. Цирозу печінки.*

*D. Апендициту.*

*Е. Холециститу.*

2. Хворий з лівостороннім ексудативним плевритом лежить:

*А. На лівому боці.*

*В. На правому боці.*

*С. На спині.*

*D. На животі.*

*Е. Сидячи з упором рук.*

3. Хворий займає вимушене положення — перебуває в колінно-ліктьовому положенні. При якому захворюванні спостерігається таке положення?

*А. Напад бронхіальної астми.*

*В. Виразкова хвороба шлунка.*

*С. Напад ниркової кольки.*

*D. Напад серцевої астми.*

*Е. Холецистит.*

4. Хворий сидить у ліжку з опущеними ногами, опираючись руками на край ліжка. Це характерно для:

*А. Нападу бронхіальної астми.*

*В. Серцевої недостатності.*

*С. Виразкової хвороби шлунка.*

*D. Холециститу.*

*Е. Апендициту.*

5. Хворий сидить у ліжку з опущеними ногами, відкинувшись спиною на спинку стільця. При якому захворюванні спостерігається таке положення хворого?

*А. Напад бронхіальної астми.*

*В. Серцева недостатність.*

*С. Напад стенокардії.*

*D. Апендицит.*

*Е. Холецистит.*

6. Хворий не орієнтований у просторі, на запитання відповідає неадекватно й із запізненням, рефлекси збережені, але трохи вповільнені. Цей стан називається:

*А. Ступор.*

*В. Сопор.*

*С. Кома.*

*D. Колапс.*

*Е. Непритомність.*

7. Хворий у стані глибокого сну, з якого його можна вивести тільки сильним подразником (окрик, укол, щипок). Рефлекси збережені, але мляві. Цей стан називається:

*А. Ступор.*

*В. Сопор.*

*С. Кома.*

*D. Колапс.*

*Е. Непритомність.*

8. У хворого «горда» постава, живіт збільшений у розмірах, на шкірі грудей телеангіоектазії. Для якого захворювання це характерно?

*А. Цироз печінки.*

*В. Панкреатит.*

*С. Гепатит.*

*D. Апендицит.*

*E. Холецистит.*

9. У хворого бронзове фарбування шкіри на відкритих частинах тіла. Це є ознакою такої хвороби як:

*А. Синдром Іценко-Кушинга.*

*B. Хвороба Аддісона-Бірмера.*

*C. Цироз печінки.*

*D. Тиреотоксикоз.*

*E. Цукровий діабет.*

10. Яке вимушене положення займає хворий з абсцесом правої легені?

*А. На лівому боці.*

*В. На правому боці.*

*С. На спині.*

*D. На животі.*

*Е. Сидячи з упором рук.*

11. Хворий Г. 25 р., надійшов у прийомне відділення із черепно-мозковою травмою. Дезорієнтований у місці, часі, просторі. Хворий сонливий, словесний контакт збережений. Для одержання повної відповіді доводиться повторювати питання. Відкриває очі при звертанні до нього. Реакція на біль активна. Який тип порушення свідомості у хворого?

*А. Свідомість не порушена*

*В. Сопор*

*С. Кома*

*D. Потьмарена свідомість*

*Е. Ступор*

12. Хворий Г. 48 р., надійшов у прийомне відділення після ДТП. Словесний контакт неможливий. Хворий не виконує найпростіших команд. Стогне, неусвідомлено відкриває очі на біль. Рефлекси збережені. Це:

*А. Свідомість не порушена.*

*В. Сопор.*

*С. Кома.*

*D. Потьмарена свідомість.*

*Е. Ступор.*

13. Хворий С., після ДТП із черепно-мозковою травмою, без свідомості. Відзначається повна втрата реакцій на зовнішні подразники. Рефлекси відсутні, спостерігається розслаблення всієї мускулатури й збереження на мінімальному рівні функцій дихання й кровообігу, збережена реакція зіниці на світло. Це:

*А. Ступор.*

*В. Сопор.*

*С. Свідомість не порушена.*

*D. Потьмарена свідомість.*

*Е. Кома.*

14. Хворий А., доставлений у клініку лікарні швидкої допомоги з вулиці. Свідомість відсутня, перебуває в комі, з рота виражений запах алкоголю. У хворого має місце:

*А. Апоплексична кома.*

*В. Гіпоглікемічна кома.*

*С. Печіночна кома.*

*D. Уремічна кома.*

*Е. Алкогольна кома.*

15. Хворий Г. 66 р., перебуває в комі. Зі слів родичів цьому стану передували нудота, блювота, підвищення АТ до 220/140 мм рт.ст. Обличчя багряно-червоне, дихання уповільнене, глибоке, гучне, пульс повний, рідкий. У хворого має місце

*А. Апоплексична кома*

*Б. Гіпоглікемічна кома.*

*С. Печіночна кома.*

*D. Гіперглікемічна кома.*

*Е. Алкогольна кома.*

**Еталони правильних відповідей на тестові завдання:**

1.С; 2.А; 3.В; 4.А; 5.В; 6.А; 7.В; 8.А; 9.В; 10.В,11. Е; 12.B; 13.Е; 14.Е; 15.А.

Методичні вказівки

**ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРОГО**

**ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ СИМПТОМІВ, ВИЯВЛЕНИХ ПРИ ОГЛЯДІ ХВОРОГО**

Складачі: Тетяна Вадимівна. Ащеулова

 Ніна Миколаївна Герасимчук

Відповідальний за випуск Ащеулова Т.В.

Редактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Коректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комп’ютерна верстка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План 201\_\_\_, поз.\_\_\_, Ризографія.

Ум.друк.л.\_\_\_.Наклад 300 екз. Зам. №\_\_\_\_. Ціна\_\_\_\_.

пр. Науки, 4, м.Харків, ХНМУ, 61022

Редакційно-видавничий відді