

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

*Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ
З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 20.04.2023.

Харків
ХНМУ
2023

Практичні навички з внутрішньої медицини : метод. вказ. для студентів та лікарів-інтернів / упоряд. Н. М. Железнякова, О. В. Гопцій, М. О. Візір, А. О. Рождественська. Харків : ХНМУ, 2023. 28 с.

Упорядники Н. М. Железнякова
 О. В. Гопцій
 М.О. Візір
 А. О. Рождественська

ЗМІСТ

Вимірювання пульсу на променевих артеріях	4
Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях	6
Вимірювання артеріального тиску методом Короткова	8
Аускультация серця	10
Перкусія серця (визначення меж відносної тупості серця)	12
Аускультация легень	15
Порівняльна перкусія легень	16
Поверхнева пальпація щитоподібної залози	18
Перкусія печінки за методом Курлова	20
Поверхнева пальпація живота	22
Пальпація лімфатичних вузлів	24
Симптом Пастернацького	26
Література	27

1. Чек-лист до практичної навички «Вимірювання пульсу на променевих артеріях»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар (стоячи або сидячи навпроти пацієнта), встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитись, визначити свою роль)	Виконати/Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Взяти обидві руки пацієнта і охопити їх зверху в ділянці променево-зап'ясткових суглобів так, щоб пучки других, третіх та четвертих пальців опинилися зверху з долонного боку на променевій артерії	Виконати
5	Пропальпувати артерії на обох руках. Якщо пульсові хвилі синхронні (симетричні) на обох руках, одну руку відпустіть і продовжуйте визначення всіх характеристик пульсу на одній руці	Виконати/Сказати
6	Визначити наступні характеристики: <ul style="list-style-type: none"> • ритм; • частоту (у разі ритмічної діяльності за 15 с, у разі аритмічної діяльності – 1 хв); • наповнення; • напруження 	Сказати/Виконати
7	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика вимірювання пульсу на променевих артеріях

Артеріальний пульс – періодичне, синхронне з діяльністю серця коливання стінок артерій, яке визначається при огляді, пальпаторно і при реєстрації сфігмограми.

Дослідження артеріального пульсу пальпаторно здійснюють на променевій артерії між шилоподібним відростком променевої кістки і сухожиллям внутрішнього променевого м'яза. Топографічна особливість розташування променевої артерії безпосередньо під шкірою та над вищезазначеною кісткою дозволяє притиснути артерію до кістки, що полегшує визначення властивостей артеріального пульсу. Рутинна методика дослідження артеріального пульсу полягає у притисненні артерії чотирма пальцями до максимального відчуття пульсації. Пальпацію артеріального пульсу слід розпочинати одночасно на двох руках з метою порівняння характеристик пульсової хвилі. У нормі пульсація однакова, тобто пульс симетричний. У цьому випадку пальпація пульсу проводиться на будь-якій руці. У разі наявності неоднакового коливання стінок артерій (pulsus differens) дослідження пульсу слід продовжувати на тій руці, на якій пульсові хвилі більш виражені.

Крім симетричності, оцінюють наступні характеристики артеріального пульсу в певній послідовності.

Ритм пульсу визначається роботою лівого шлуночка серця та є відображенням серцевого ритму. В нормі артеріальний пульс – ритмічний або правильний (pulsus regularis).

Частота пульсу дорослої людини у стані спокою становить 60–80 ударів за хвилину. Якщо ритм пульсу правильний, дозволяється рахувати частоту пульсу впродовж 15 с та помножити на чотири. Якщо ритм пульсу неправильний, необхідно рахувати частоту пульсу не менше однієї хвилини.

При зростанні частоти серцевих скорочень (ЧСС) більш за 90 ударів за хвилину (тахікардія) відповідно визначається прискорення частоти артеріального пульсу (pulsus tachus, pulsus frequens). Частий пульс визначається у здорових осіб при фізичному та емоційному навантаженні, вживанні кави, міцного чаю, алкоголю, гарячої їжі чи напоїв, перцю, часнику та при тютюнопалінні.

При сповільненні ЧСС менш за 60 ударів за хвилину (брадикардія) відповідно має місце зменшення частоти пульсу (pulsus rarus, pulsus bradus). Фізіологічні причини повільного пульсу: вроджена брадикардія, під час сну, у положенні лежачи, після прийому їжі, добре треновані атлети.

Напряга пульсу визначається за силою, з якою необхідно натиснути на артерію, щоб повністю припинити її пульсацію, і залежить від рівня артеріального тиску (АТ) у великому колі кровообігу. Якщо рівень АТ у межах норми, то необхідна помірна сила для притиснення артерії. У цьому разі визначається пульс задовільної напруги.

Наповнення пульсу залежить від кількості крові, що викидається в аорту з лівого шлуночка, тобто від наповнення артерій кров'ю. При стиранні пальцями артерії з різною силою можна отримати відчуття об'єму її наповнення під час систоли та діастоли лівого шлуночка. У здорових осіб при фізичному навантаженні визначається пульс задовільного наповнення, так званий повний пульс (pulsus plenus).

Величина пульсу визначається його напругою та наповненням. Залежить від ударного об'єму та наповнення артерій кров'ю. У нормі при пальпації визначається пульс середньої величини.

Швидкість пульсу залежить від швидкості наростання і падіння внутрішньоартеріального тиску залежно від фаз серцевого циклу; у здорових осіб пульс середньої швидкості.

Форма (або характер) пульсової хвилі іноді відчувається пальпаторно як підйом та падіння різної швидкості.

Еталон відповіді (норма): при пальпації пульс симетричний, ритмічний, частота – 72 уд./хв, задовільної напруги та наповнення, середньої величини і швидкості.

2. Чек-лист до практичної навички «Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Нанести гель або воду на місце постановки електродів	Виконати
5	Коректне накладання 4 пластинчатих (стандартних) електродів: <ul style="list-style-type: none"> • червоний – права верхня кінцівка; • жовтий – ліва верхня кінцівка; • зелений – ліва нижня кінцівка; • чорний – права нижня кінцівка 	Виконати
6	Коректне накладання грудних електродів: 1-й – 4 м/р біля краю грудина справа; 2-й – 4 м/р біля краю грудина зліва; 4-й – 5 м/р по середньоключичній лінії зліва; 3-й – посередині між 2-м та 4-м електродами; 5-й – 5 м/р по передній пахвинній лінії; 6-й – 5 м/р по середній пахвинній лінії	Виконати
7	Реєстрація ЕКГ	Виконати
8	Зняття стандартних і грудних електродів з пацієнта	Виконати
9	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика реєстрації ЕКГ у 12 відведеннях

Електрокардіографія – метод реєстрації біоелектричних потенціалів, що виникають при роботі серця.

Електрокардіограма – графічний запис біоелектричних потенціалів серця, розгорнутий в часі й отриманий за допомогою електрокардіографії.

ЕКГ відведення. У клінічній практиці для рутинного запису ЕКГ використовують 12 відведень:

- 3 стандартних;
- 3 посилених;
- 6 грудних.

Техніка реєстрації ЕКГ.

1. Умови: дослідження проводити через 10–15 хв після відпочинку і не раніше, ніж через 2 год після прийому їжі.

2. Кушетка, де проводиться дослідження, має бути на відстані не менше 1,5–2 м від електропроводки та екранована.

3. Реєстрацію ЕКГ проводять у положенні хворого лежачи на спині, при спокійному диханні, що дозволяє досягти максимального розслаблення м'язів. Хворий повинен бути роздягнений до пояса, гомілки та стопи звільнені від одягу.

4. Накладання електродів: затискачі електродів накладаються на внутрішню поверхню нижньої третини передпліч і гомілок, гумові груші-присоски – на поверхню грудної клітки. Для зменшення навідних струмів необхідно забезпечити щільний контакт електродів зі шкірою:

- попередньо знежирити шкіру спиртом у місцях накладання електродів;
- нанести гель або воду на місце постановки електродів;
- при значному оволосінні – змочити контактні місця мильним розчином.

5. Підключення електродів до електрокардіографа проводиться відповідно до маркування вхідних дротів:

- права рука – червоний;
- ліва рука – жовтий;
- ліва нога – зелений;
- права нога – чорний (заземлення).

6. При реєстрації ЕКГ у 6 грудних відведеннях використовується наступне маркування дротів:

- V_1 – 4 м/р по правому краю грудини (червоний);
- V_2 – 4 м/р по лівому краю грудини (жовтий);
- V_3 – середина відстані між V_2 та V_4 (зелений);
- V_4 – м/р, в якому розташовується верхівковий поштовх (коричневий);
- V_5 – ліва передня пахвова лінія на тому ж рівні, що й V_4 (чорний);
- V_6 – ліва середньопідпахвова лінія на тому ж рівні, що й V_4 і V_5 (синій або фіолетовий).

7. Натиснути кнопку «Пуск».

**3. Чек-лист до практичної навички
«Вимірювання артеріального тиску методом Короткова»**

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Обробити акустичну мембрану фонендоскопа розчином антисептика	
5	Коректно (на рівні серця) розташувати руки пацієнта та перевірити манометр	Виконати
6	Коректно (на оголене плече, нижній край манжети розташувати на 2–3 см вище за ліктьовий згин) накладання манжети	Виконати
7	Коректно (центр ліктьової ямки) розташувати акустичну голівку фонендоскопа	Виконати
8	Накачати повітря у манжетку	Виконати
9	При випусканні повітря з манжетки зафіксувати рівень систолічного (поява першого тону Короткова) та діастолічного (зникнення тонів Короткова) артеріального тиску	Виконати/Сказати
10	Зняття манжети	Виконати
11	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика вимірювання артеріального тиску

1. Вимірювання АТ повинно проводитися у спокійному оточенні після 5-хвилинного відпочинку.

2. Протягом 30 хв до вимірювання пацієнт не повинен курити чи пити каву.

3. Манжета має охоплювати не менше ніж 80 % окружності плеча і покривати 2/3 його довжини.

4. Використання занадто вузької або короткої манжети призводить до завищення показників АТ, занадто широкої – до їх заниження. Стандартна манжета (завширшки 12–13 см та завдовжки 35 см) використовується в осіб з нормальними та худими руками. В осіб з мускулистими або товстими руками повинна застосовуватися манжета завдовжки 42 см, у дітей віком до 5 років – 12 см.

5. Розміщують манжету посередині плеча на рівні серця, щоб її нижній край перебував на 2–2,5 см вище ліктьової ямки, а між манжетою і поверхнею плеча проходив палець.

6. Спочатку визначають рівень САТ пальпаторним методом. Для цього необхідно визначити пульс на a. radialis і потім швидко накачати повітря в манжету до 70 мм рт. ст. Далі необхідно накачувати по 10 мм рт. ст. до значення, при якому зникає пульсація. Той показник, при якому вона з'являється знову під час випускання повітря, відповідає САТ.

Такий пальпаторний метод визначення допомагає уникнути помилки, пов'язаної з «аускультативним провалом» (зникненням тонів Короткова відразу після їх першої появи). Повторно повітря накачують на 20–30 см вище значень САТ, які були визначені пальпаторно.

7. Випускають повітря повільно – 2 мм за 1 с і визначають I фазу тонів Короткова (появу) і V фазу (зникнення), які відповідають САТ і ДАТ. При вислуховуванні тонів Короткова до дуже низьких значень або до 0 за ДАТ вважають рівень АТ, що фіксується на початку V фази. Значення АТ закруглюють до найближчих 2 мм.

8. Вимірювання слід проводити не менше 2 разів з інтервалом 2–3 хв. При розбіжності результатів більш ніж на 5 мм рт. ст. необхідно зробити повторне вимірювання через декілька хвилин.

9. При першому вимірюванні АТ слід визначати на обох руках, а також у положенні сидячи, стоячи і лежачи. До уваги беруться більш високі показники, які точніше відповідають внутрішньоартеріальному АТ.

10. Вимірювання АТ на першій та п'ятій хвилині після переходу в ортостаз необхідно обов'язково проводити у хворих похилого віку, а також у хворих з цукровим діабетом і в усіх випадках наявності ортостатичної гіпотензії або при підозрі на неї.

Таким чином, систолічний артеріальний тиск (САТ) визначається при появі I фази тонів Короткова. Діастолічний артеріальний тиск (ДАТ) – рівень, при якому вислуховується останній чіткий тон (V фаза тонів Короткова).

Різниця між систолічним і діастолічним артеріальним тиском називається пульсовим артеріальним тиском (ПАТ). АТ виражають у міліметрах ртутного стовпчика. САТ в нормі не перевищує 140 мм рт. ст., ДАТ – 90 мм рт. ст. ПАТ в нормі дорівнює 40–50 мм рт. ст.

4. Чек-лист до практичної навички «Аускультация серця»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Обробити акустичну мембрану фонендоскопа розчином антисептика	Виконати
5	Пальпаторно визначити місце верхівкового поштовху	Виконати
6	Аускультация серця в коректній послідовності: <ul style="list-style-type: none"> • перша точка – над верхівкою серця; • друга точка – II міжребер'я справа від груднини; • третя точка – II міжребер'я зліва від груднини; • четверта точка – біля основи мечоподібного відростка груднини; • п'ята точка – IV міжребер'я зліва від груднини 	Виконати
7	Визначити характеристику серцевих тонів: <ul style="list-style-type: none"> • ритм; • гучність; • наявність розщеплення або додаткових тонів серця; • наявність серцевих шумів. 	Сказати
8	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика аускультации серця

Аускультация серця – це метод, який базується на вислуховуванні звукових явищ, що виникають внаслідок діяльності серця. Вона поділяється на безпосередню (вислуховування вухом) та опосередковану (за допомогою фонендоскопа та стетоскопа).

Правила аускультации серця.

У приміщенні, де проводиться аускультация, повинно бути тепло, оскільки фібрилярні скорочення м'язів, що можуть виникнути в обстежуваного під час вислуховування в холодній кімнаті, здатні спричинити появу додаткових звуків. Аускультацию серця проводять не тільки в теплому, а й у тихому приміщенні, щоб зовнішні звуки не перешкоджали аналізу серцевої діяльності.

Грудна клітка обстежуваного повинна бути оголеною, оскільки шурхіт одягу та білизни може спричинювати появу додаткових звуків.

Розтруб стетоскопа або фонендоскопа повинен бути теплим (його можна зігріти руками чи дихнути теплим повітрям декілька разів).

Фонендоскоп не слід сильно притискати до поверхні, що досліджується, тому що, по-перше, це може спричинити больові відчуття, а по-друге, попередити коливання грудної клітки в ділянці вислуховування, і тим самим змінити характеристики звуків. Фіксувати фонендоскоп слід обережно, так щоб не виникало додаткових звуків.

Не слід торкатися трубок фонендоскопа під час аускультатії, оскільки це сприяє утворенню додаткових звуків.

Якщо у пацієнта сильно розвинутий волосяний покрив, то ділянки шкіри, де проводиться аускультатія, необхідно змочити теплою водою. Це дасть можливість виключити виникнення додаткових звуків.

Аускультатію рекомендовано проводити одним й тим самим фонендоскопом, оскільки це сприяє більш точному сприйняттю та об'єктивній оцінці звуків. Розмір олів трубок повинен бути таким, щоб при вставленні у вуха не виникало неприємних відчуттів.

Точки вислуховування клапанів серця:

1-а (мітральний клапан) – над верхівкою серця. Для визначення верхівки серця необхідно знайти верхівковий поштовх.

2-а (аортальний клапан) – у другому міжребер'ї праворуч від груднини.

3-я (клапан легеневої артерії) – у другому міжребер'ї ліворуч від груднини.

4-а (тристулковий клапан) – у нижній третині груднини, біля основи мечоподібного відростка.

5-а (додаткова точка Боткіна-Ерба – аортальний клапан) – ліворуч від груднини в місці прикріплення III–IV ребер.

5. Чек-лист до практичної навички
«Перкусія серця (визначення меж відносної тупості серця)»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Перкусія правої межі відносної тупості серця по відповідним лініям: палець-плесиметр ставлять в III міжребер'ї паралельно ребрам по правій серединно-ключичній лінії, використовують голосну перкусію й просуваються вниз до зміни перкуторного звуку від ясного легеневого (легені) до тупого (печінка) У нормі нижня межа правої легені перебуває в VI міжребер'ї. Палець-плесиметр пересувають на міжребер'є вище, міняють його положення, тобто ставлять паралельно до груднини. Змінюється сила перкусії – тиха, топографічна. Перкусія проводиться в напрямку груднини до зміни перкуторного звуку від ясного легеневого до притуплення. У нормі у здорової людини права межа відносної тупості серця перебуває в IV міжребер'ї на 1 см назовні від правого краю груднини	Виконати/Сказати
5	Перкусія верхньої межі відносної тупості серця по відповідній лінії: палець-плесиметр необхідно покласти в I міжребер'є по лівій пригрудинній лінії й перкутувати вниз до зміни перкуторного звуку. У нормі верхня межа відносної тупості серця розташована в III міжребер'ї по лівій пригрудинній лінії	Виконати/Сказати
6	Перкусія лівої межі відносної тупості серця по відповідній лінії: знайти верхівковий поштовх, який співпадає з лівою межею. Перкусію починають у тому ж міжребер'ї, у якому перебуває верхівковий поштовх, починаючи з лівої середньопухової лінії. Палець-плесиметр розташовують паралельно груднині й уздовж міжребер'я перкутують у напрямку до груднини до притуплення. У нормі ліва межа відносної тупості серця розташована в V міжребер'ї на 1–1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії	Виконати/Сказати
7	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика перкусії серця (визначення меж відносної тупості серця)

При перкусії серця необхідно дотримуватися наступних правил:

1. Положення пацієнта. Перкусію серця проводять, коли пацієнт знаходиться у вертикальному положенні з опущеними донизу руками. Лише у тяжко хворих можна провести перкусію серця у горизонтальному положенні. При цьому слід пам'ятати, що у вертикальному положенні розміри серцевої тупості будуть дещо меншими (приблизно на 15–20 %) проти горизонтального положення обстежуваного внаслідок більш низького стояння діафрагми.

2. Перкусію серця рекомендовано проводити при звичайному диханні пацієнта, оскільки положення легеневих країв, що прилягають до серця, може деяким чином впливати на розміри серцевої тупості.

3. Положення лікаря. Лікар повинен стояти з правої сторони пацієнта, якщо той стоїть, або сидіти з правої сторони, якщо пацієнт лежить. Причому розташуватися необхідно так, щоб можна було правильно покласти палець-плесиметр на грудну клітку та було зручно наносити перкуторний удар.

4. Положення пальця-плесиметра. Палець-плесиметр при перкусії серця щільно притискають до грудної клітки у міжреберних проміжках та розташовують паралельно до межі, яку досліджують.

5. Сила перкуторного удару. Сила перкуторного звуку може бути різною залежно від того, яку ціль ставить перед собою дослідник. Для визначення меж відносної серцевої тупості використовують середній за силою перкуторний звук. Тимчасом як визначення абсолютної серцевої тупості здійснюється за допомогою тихої або найтихішої перкусії. Використання різних за силою методик перкусії дозволяє оцінити тонкий перехід звуку від ясного легеневого до притупленого під час визначення відносної тупості серця та дуже тонку різницю при переході звуку від притупленого до тупого при перкуторному визначенні меж абсолютної тупості серця.

6. Напрямок перкусії. Перкусія меж серця проводиться у напрямку від більш ясного перкуторного звуку до більш тупого, тобто від легень до серця.

7. Відмітка меж серця. Відмітка меж при перкусії серця проводиться по краю пальця-плесиметра, який направлено до більш ясного (гучного) перкуторного звуку.

8. Визначення меж відносної тупості серця. Відносна тупість серця – проекція передньої його поверхні на грудну клітку. Відносна тупість серця відповідає істинним розмірам серця. Межі відносної тупості – це найбільш віддалені точки серцевого контуру праворуч, зверху, ліворуч. Відносна тупість серця визначається в такій послідовності: права, верхня, ліва межі.

9. Визначення правої межі відносної тупості серця. Положення серця в грудній клітці і відповідно межі відносної тупості серця залежать від рівня стоянни діафрагми. При високому серце дещо повернуто вліво, набуває більш горизонтального положення (так зване лежаче серце) і в цьому випадку розміри відносної тупості серця будуть дещо більшими порівняно з нормою. При низькому стоянни діафрагми серце набуває більш вертикального положення (так зване висяче або краплеподібне серце) і тому розміри серця при перкусії стають меншими. Висоту стояння діафрагми визначають опосередковано за нижньою межею правої легені. Для цього палець-плесиметр ставлять у III міжребер'ї паралельно ребрам по правій серединно-ключичній лінії, використовують гучну перкусію і прослушуються донизу до зміни перкуторного звуку від ясного легеневого (легені) до тупого (печінка). Фіксують знайдену нижню межу правої легені вказівним пальцем правої руки по краю пальця-плесиметра, що направлено до більш ясного

перкуторного звуку (у даному випадку по верхньому краю пальця-плесиметра). Потім лівою рукою рахують міжреберні проміжки. Для цього кладуть ліву руку так, щоб вказівний палець був у надключичній ямці, а великий – у підключичній. Тобто ніби взяти ключицю цими двома пальцями, при цьому великий палець буде у I міжребер'ї, оскільки I ребро знаходиться під ключицею. Вказівний палець переміщують у I міжребер'є до великого пальця, який потім пересувають до II міжреберного проміжку. Перебираючи в такий спосіб пальцями лівої руки рахують міжребер'я до місця фіксації вказівним пальцем правої руки. В нормі нижня межа правої легені знаходиться у VI міжребер'ї. Після визначення нижньої межі правої легені палець-плесиметр пересувають одним міжребер'ям вище, змінюють його положення, тобто ставлять паралельно до груднини. Також змінюється і сила перкуторного удару до середньої сили. Перкусія проводиться у напрямку груднини до зміни перкуторного звуку від ясного легеневого до притупленого. Залишають палець-плесиметр у тому положенні, при якому було визначено притуплення звуку і відмічають маркером праву межу відносної тупості серця по краю пальця, який направлено у сторону більш ясного звуку (у даному випадку по зовнішньому краю пальця-плесиметра). В нормі у здорової людини права межа відносної тупості серця знаходиться у IV міжребер'ї на 1 см назвні від правого краю груднини.

10. Визначення верхньої межі відносної тупості серця. Для того, щоб визначити верхню межу відносної тупості серця палець-плесиметр необхідно покласти у I міжреберний простір по лівій пригрудинній лінії та перкутувати донизу до зміни перкуторного звуку. При появі притуплення ставлять відмітку по краю пальця-плесиметра, який направлено у сторону більш ясного звуку (у даному випадку по верхньому краю пальця-плесиметра) та рахують міжреберні проміжки. В нормі верхня межа відносної тупості серця розташована в III міжребер'ї по лівій пригрудинній лінії.

11. Визначення лівої межі відносної тупості серця. Перед визначенням лівої межі відносної тупості серця необхідно як орієнтир знайти верхівковий поштовх, якій співпадає з лівою межею. Перкусію починають у тому міжреберному проміжку, у якому знаходиться верхівковий поштовх починаючи з лівої серединно-аксиллярної лінії. Палець-плесиметр розташовують паралельно груднини та вздовж міжребер'я перкутують до зміни перкуторного звуку у напрямку груднини. При появі притупленого звуку фіксують межу по краю пальця-плесиметра, який направлено у сторону більш ясного звуку (у даному випадку по зовнішньому краю пальця-плесиметра) та рахують міжреберні проміжки. У нормі ліва межа відносної тупості серця розташована у V міжребер'ї на 1–1,5 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії. Ліву межу відносної тупості серця зазвичай легше визначити порівняно з правою та особливо верхньою межею. Правильність отриманих даних при перкусії лівої межі відносної тупості серця може бути перевірена при порівнянні з локалізацією верхівкового поштовху, з яким вона повинна співпадати.

**6. Чек-лист до практичної навички
«Аускультация легень»**

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Обробити акустичну мембрану фонендоскопа розчином антисептика	Виконати
5	Аускультация легень: симетричність (аускультацию проводити на симетричних ділянках грудної клітки, у кожній точці аускультации вислуховувати 2–3 дихальних цикли)	Виконати
6	Аускультация легень: коректна послідовність спереду (у місці розташування серця легені не вислуховувати)	Виконати
7	Аускультация легень: коректна послідовність у пахвинних ділянках (при аускультации в бічних відділах просять хворого поставити руки на пояс)	Виконати
8	Аускультация легень: коректна послідовність позаду (при вислуховуванні ззаду просять трохи нахилитися вперед і схрестити руки на грудях (для розходження лопаток)	Виконати
9	Аналіз основних та побічних дихальних шумів	Сказати
10	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика аускультации легень

1. У приміщенні, де проводиться аускультация, повинно бути тихо й тепло.
2. По можливості хворий займає вертикальне положення стоячи або сидячи (якщо дозволяє стан хворого), оголений до поясу.
3. Стетоскоп щільно й герметично притискають до грудної стінки.
4. Дихання хворого повинно бути рівним і середньої глибини.
5. Аускультацию проводять на симетричних ділянках грудної клітки.
6. У місці розташування серця легені не вислуховуються.
7. При аускультации в бічних відділах просять хворого поставити руки на пояс; при вислуховуванні ззаду просять трохи нахилитися вперед і схрестити руки на грудях (для розходження лопаток).
8. У кожній точці аускультации вислуховують 2–3 дихальних цикли.

**7. Чек-лист до практичної навички
«Порівняльна перкусія легень»**

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Порівняльна перкусія легень: симетричність (визначають характер звуку в кожній точці перкусії й порівнюють його з перкуторним звуком на протилежній стороні, а також зі звуком на сусідніх ділянках легень)	Виконати
5	Порівняльна перкусія надключичних ділянок (палець-плесиметр ставиться паралельно ключиці)	Виконати
6	Порівняльна перкусія легень: коректна послідовність спереду: передня поверхня грудної клітки (праворуч перкусія проводиться до зміни перкуторного звуку над усією половиною грудної клітки, а ліворуч – з урахуванням відносної серцевої тупості). Перкусія проводиться по середньключичним лініям і вирівнюється до рівня III міжребер'я (далі проводиться тільки праворуч)	Виконати
7	Порівняльна перкусія легень: коректна послідовність в пахвинних ділянках (при цьому хворий ставить руки на пояс)	Виконати
8	Порівняльна перкусія легень: коректна послідовність позаду: у надлопаткових ділянках палець перебуває в горизонтальному положенні, у міжлопатковому просторі – у вертикальному положенні, під лопатками – знову горизонтально	Виконати
9	Оцінка перкуторного звуку над всією поверхнею легень	Сказати
10	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика порівняльної перкусії легень

1. Положення хворого – сидячи або стоячи. У виняткових випадках (у важкохворих) можна проводити перкусію в положенні лежачи.
2. Тепле й тихе приміщення (палата).
3. Зручне положення лікаря біля ліжка хворого.
4. Пальцем-плесиметром служить III палець лівої руки (для правши).
5. Палець-молоточок – кінцева фаланга 3 пальця правої руки (для правши).
6. Палець-плесиметр щільно притискається до ділянки, що перкутується (шкіри).
7. Положення пальця-молоточка перпендикулярне до пальця-плесиметра.
8. Палець-молоточок при перкусії зігнутий і завдає удару по пальцю-плесиметру під кутом 90°.
9. Палець-плесиметр не стикається із сусідніми пальцями.

10. Палець-плесиметр розташовують паралельно межі очікуваної тупості.

11. Межу органа визначають по зовнішньому краю пальця-плесиметра, поверненому до більш ясного звуку.

12. Порівняльна перкусія проводиться в суворо симетричних відділах грудної клітки (праворуч і ліворуч), таким чином не можна порівнювати верхні й нижні ділянки легень.

13. При порівняльній перкусії удар сильний, уривчастий.

14. Рука рухається тільки в променезап'ястковому суглобі.

Послідовність проведення перкусії:

1. Надключичні ділянки (палець-плесиметр ставиться паралельно ключиці).

2. Передня поверхня грудної клітки (праворуч перкусія проводиться до зміни перкуторного звуку над усією половиною грудної клітки, а ліворуч – з урахуванням відносної серцевої тупості). Перкусія проводиться по середньоключичним лініям і вирівнюється до рівня III міжребер'я (далі проводиться тільки праворуч).

3. Пахвові ділянки (при цьому хворий ставить руки на пояс). Задня поверхня грудної клітки (у надлопаткових ділянках палець перебуває в горизонтальному положенні, у міжлопатковому просторі – у вертикальному положенні, під лопатками – знову горизонтально).

4. Визначають характер звуку в кожній точці перкусії й порівнюють його з перкуторним звуком на протилежній стороні, а також зі звуком на сусідніх ділянках легень.

5. Перкуторний звук над легеневою поверхнею в нормі у здорової людини називається яким легеневим (це голосний, повний, досить низький і нетимпанічний звук). Також у здорової людини перкуторний звук може бути трохи тихіше й коротше в деяких ділянках:

а) в ділянці правої верхівки через більш короткий правий бронх і більш виражені м'язи плечового пояса праворуч;

б) в II–III міжребер'ях ліворуч (через близькість серця);

в) у правій пахвовій ділянці (через близьке розташування печінки) порівняно з лівою (де дно шлунка, заповнене повітрям, утворює так званий простір Траубе, у якому вислуховується більш тихий і короткий перкуторний звук).

8. Чек-лист до практичної навички «Поверхнева пальпація щитоподібної залози»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування пацієнт–лікар (лікар стоїть перед хворим), встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Ліва рука укладається ззаду на шию пацієнта з метою фіксації тіла і голови: великий палець на передній поверхні шиї, інші пальці – на задній	Виконати
5	Права рука лікаря укладається на ділянку щитоподібної залози – від середини щитоподібного хряща вниз і ковзним рухом обмацує передню поверхню шиї до яремної вирізки	Виконати
6	Перекочуючись кінчиками пальців через перешийок, визначає його ширину, консистенцію, рухливість при ковтанні. Після цього в борознах, утворених бічними поверхнями щитоподібного хряща і внутрішніми краями кивальних м'язів, безпосередньо над верхнім краєм перешийка намагаємося намацати бічні частки залози. Пальпують зімкнутими кінчиками вказівного, середнього та безіменного пальців правої руки спочатку з одного боку, а потім – з іншого. Напрямок пальпації – від щитоподібного хряща до кивального м'яза	Виконати
7	Визначити характеристики щитоподібної залози: <ul style="list-style-type: none"> • температуру шкіри над залозою; • орієнтовну величину залози, її часток; • характер поверхні залози; • щільність органа; • наявність великих вузлів; • наявність судинної пульсації і тремтіння; • болючість залози 	Сказати
8	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика поверхневої пальпації щитоподібної залози

Пальпація щитоподібної залози проводиться після огляду, іноді обидва методи використовуються одночасно. Існує багато прийомів пальпаторного дослідження щитоподібної залози, її можна обмацувати однією або двома руками одночасно, в положенні лікаря перед пацієнтом і позаду його. Вибір прийому дослідження залежить від будови шиї, характеру змін в залозі, від звички та досвіду лікаря. Пальпація щитоподібної залози проводиться поетапно – спочатку поверхнева, потім глибока (спеціальна).

Пальпація щитоподібної залози в положенні лікаря перед пацієнтом. Дослідження проводиться в положенні пацієнта стоячи у спокої і під час ковтання (пацієнта просять: «Проквітніть, будь ласка, слину»), коли щитоподібна залоза, піднімаючись разом з гортанню, ковзає під пальцями лікаря, що дозволяє оцінити її якості.

Поверхнева (орієнтовна) пальпація проводиться на початку обстеження. Ліва рука лікаря укладається ззаду на шию пацієнта з метою фіксації тіла і голови: великий палець на передній поверхні шиї, інші пальці – на задній. Це необхідно, оскільки під час дослідження багато з них мають неприємні відчуття від маніпуляцій на шиї і підсвідомо відсторонюються від лікаря назад. Права рука лікаря укладається на ділянку щитоподібної залози – від середини щитоподібного хряща вниз, і ковзним рухом обмацує передню поверхню шиї до яремної вирізки. Якщо шия пацієнта довга, то пальці встановлюються вертикально, кінцевими фалангами вгору. При короткій шиї, високому стоянні грудної клітки пальці можна розташувати горизонтально.

Поверхнева пальпація дозволяє визначити:

- температуру шкіри над залозою;
- орієнтовну величину залози, її часток;
- характер поверхні залози;
- щільність органа;
- наявність великих вузлів;
- наявність судинної пульсації і тремтіння;
- болючість залози.

У здорової людини при поверхневій пальпації ділянки розташування щитоподібної залози температура шкіри не відрізняється від температури шкіри інших ділянок тіла, щитоподібна залоза не пальпується, пульсація над залозою, тремтіння не визначаються, болючості немає.

Місцеве підвищення температури шкіри відзначається при гострому запальному процесі щитоподібної залози – тиреоїдиті, абсцесі, туберкульозі. Збільшення залози виявляється лише при її великих розмірах, іноді прощупується тільки одна частка або перешийок, легко визначаються і великі вузли, розташовані ближче до поверхні залози (вузловий зоб, пухлина, кіста). Поверхнева пальпація виявляє лише значну (дерев'янисту) щільність збільшеної залози, що характерно для пухлини залози деяких форм хронічного тиреоїдиту. Судинна пульсація і тремтіння («котяче муркотання») визначаються при вираженому дифузному токсичному зобі. Болючість залози буває при її запальному ураженні – гострому тиреоїдиті, абсцесі, туберкульозі, травмі, крововиливі.

9. Чек-лист до практичної навички «Перкусія печінки за методом Курлова»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування лікар–пацієнт, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Перший розмір. Верхня межа: коректна перкусія по правій середньоключичній лінії, визначити точки переходу ясного легеневого звуку в тупий печінковий	Виконати
5	Нижня межа: коректна перкусія по правій серединно-ключичній лінії від пупка вгору до визначення точки переходу тимпанічного звуку в тупий. З'єднавши дві точки, виміряти перший розмір печінки за методом Курлова, що зазвичай становить 9 см	Виконати
6	Другий розмір. За верхню межу цього розміру умовно приймають точку, що лежить на одному рівні з верхньою межею першого розміру печінкової тупості (через цю точку проводять горизонталь до перетину з серединною лінією)	Виконати
7	Нижня межа: коректна перкусія по серединній лінії живота до появи печінкової тупості. З'єднавши ці точки, вимірюють другий розмір печінки за методом Курлова, що зазвичай становить 8 см	Виконати
8	Третій розмір. Верхня межа відповідає верхній точці другого розміру печінки. Нижня межа: коректна перкусія поблизу лівої реберної дуги перпендикулярно до неї, починаючи перкусію приблизно з передньої пахвової лінії. З'єднавши ці точки, вимірюють третій розмір печінки за методом Курлова, що зазвичай становить 7 см	Виконати
9	Розміри печінки за Курловим	Сказати
10	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика перкусії печінки за методом М.Г. Курлова.

1. Хворий лежить на спині (або стоїть обличчям до лікаря), лікар сидить на стільці (або стоїть) праворуч від хворого. Однак слід зазначити, що у вертикальному положенні хворого напруження черевної стінки обумовлює притуплення перкуторного звуку в ділянці розташування кишок, тим самим утруднюючи точне перкуторне відмежування печінкової тупості.

2. Спочатку визначають верхню межу по правій середньоключичній лінії (Medioclavicularis dextra). Для цього палець-плесиметр розташовують паралельно очікуваній верхній межі і проводять тиху перкусію зверху вниз по ребрах і міжребер'ях до виникнення тупого звуку (1-а точка). У нормі верхня межа абсолютної тупості печінки знаходиться на рівні VI ребра. Її відмічають по верхньому краю пальця-плесиметра. Потім по тій же лінії (l. medioclavicularis dextra) проводять визначення нижньої межі абсолютної

тупості печінки. Для цього палець-плесиметр встановлюють паралельно очікуваній межі на рівні пупка або нижче, щоб при нанесенні удару визначався тимпанічний звук. Проводячи тиху перкусію, поступово пересувають палець-плесиметр догори, доходять до межі переходу тимпанічного звуку в абсолютно тупий. Межу печінки відмічають по нижньому краю пальця-плесиметра (2-а точка). У нормі нижня межа печінки по середньоключичній лінії проходить по нижньому краю реберної дуги.

3. Верхню межу по передній серединній лінії визначають умовно, проводячи перпендикуляр від точки, одержаної при перкусії верхньої межі по середньоключичній лінії, до перетинання її з передньою серединною лінією (l. mediana anterior) (3-я точка). Після цього визначають нижню межу печінки по тій же лінії (l. mediana anterior). Палець-плесиметр встановлюють паралельно очікуваній межі на рівні пупка і, проводячи тиху перкусію, поступово направляються догори до появи тупого звуку (4-а точка). Відмітку ставлять по нижньому краю пальця-плесиметра. У нормі нижній край печінки по передній серединній лінії розташовується на межі між верхньою й середньою третиною відстані між мечоподібним відростком і пупком.

4. Потім проводять визначення межі печінки по лівій реберній дузі. Для цього палець-плесиметр розташовують перпендикулярно лівій реберній дузі, приблизно на рівні ІХ ребра й, проводячи тиху перкусію, направляються до грудини. Одержавши зміну перкуторного звуку, ставлять оцінку по зовнішньому краю пальця (5-а точка). У нормі нижній край печінки в цьому місці перебуває на рівні VII–VIII ребра по l. parasternalis sinistra.

Розміри печінки за Курловим у нормі:

- правої частки (між 1-ю і 2-ю точками) – $9 \pm 1-2$ см;
- середньої частки (між 3-ю і 4-ю точками) – $8 \pm 1-2$ см;
- лівої частки (між 3-ю і 5-ю точками) – $7 \pm 1-2$ см.

10. Чек-лист до практичної навички «Поверхнева пальпація живота»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування лікар–пацієнт (горизонтально), встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Коректне проведення поверхневої орієнтовної пальпації (лікар свою долоню кладе пліском на живіт пацієнта і проводить легкі, обережні натискання м'якушем нігтьових фаланг пальців, переміщуючи на 3–4 см в боки послідовно (проти годинникової стрілки): ліва здухвинна ділянка, ліва бокова ділянка, ліве підребер'я, епігастральна ділянка, праве підребер'я, права бокова ділянка, права здухвинна ділянка, навколупупкова ділянка, надпупкова ділянка	Виконати
5	Дослідження білої лінії живота (просять пацієнта, який перебуває в горизонтальному положенні, підняти голову, відірвавши її від подушки без допомоги рук, а лікар у цей час проводить своїм вказівним пальцем по середній лінії живота нижче мечоподібного відростка)	Виконати
6	Оцінка напруження, резистентності, болючості передньої черевної стінки, розходження прямих м'язів живота. Наявність вільної рідини	Сказати
7	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика поверхневої пальпації живота

Пальпація є основним методом дослідження живота й органів черевної порожнини.

Загальні правила пальпації:

- При пальпації у вертикальному положенні хворого дослідник сидить на стільці обличчям до пацієнта. При пальпації у горизонтальному положенні хворого лікар сидить праворуч від пацієнта, який зручно лежить на спині: голова разом із плечима трохи піднята (для досягнення найбільшого розслаблення м'язів черевної стінки, руки витягнуті уздовж тулуба або складені на грудях, ноги або витягнуті, або, якщо це необхідно для розслаблення черевних м'язів, трохи зігнуті у кульшових та колінних суглобах).

- Руки лікаря повинні бути теплими, нігті коротко обстриженими.
- Пальпацію бажано проводити натще і після випорожнення кишечника.
- Перед початком пальпації лікар з'ясовує локалізацію болю, і ці місяця він пальпує в останню чергу.

- Пальпацію починають повільно, уникаючи різких і несподіваних рухів.
- При пальпації необхідно спостерігати за виразом обличчя хворого, при необхідності відволікати увагу питаннями чи розмовою.

Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію живота. Обидва види пальпації повинні бути використані в кожного хворого, причому поверхнева пальпація завжди повинна передувати глибокій.

Цілі поверхневої пальпації живота:

- виявлення болісності черевної стінки: локалізація болю (обмежена або розповсюджена), інтенсивність, зони гіперестезії;
- визначення напруження м'язів черевної стінки (локальне або дифузне);
- виявлення розходження (діастаз) прямих м'язів живота, грижових випинань.

Методика проведення поверхневої пальпації живота. При поверхневій пальпації живота лікар кладе свою праву руку на живіт хворого пліском і обережно, не прагнучи глибоко проникати усередину, досліджує весь живіт. Зазвичай починають пальпацію з лівої клубової ділянки, поступово пересуваючись нагору до епігастрія, пальпуючи симетричні ділянки.

Якщо скарг у хворого немає, поверхневу пальпацію живота можна проводити в такій послідовності.

Перший спосіб (пальпація проти годинникової стрілки). Послідовно пальпують наступні ділянки: ліву клубову, ліву бічну, ліву підреберну, епігастральну, праву підреберну, праву бічну, праву клубову, навколопупкову, надлобкову.

Якщо хворий скаржиться на біль у лівій паховій ділянці, то пальпацію починають із найменш болісної ділянки передньої черевної стінки.

Розходження прямих м'язів живота (діастаз) виявляють, попросивши хворого, що перебуває в положенні лежачи на спині, підняти голову (в ділянці білої лінії живота з'являється валик, що піднімається).

У нормі при поверхневій пальпації пальці не зустрічають жодного опору з боку черевної стінки – м'якої, податливої й безболісної. Розходження прямих м'язів живота й грижових випинань немає.

У патологічних випадках трапляються два види підвищеного напруження черевної стінки: її резистентність і м'язовий захист (*defance muscularis*), які необхідно відрізнити один від одного, тому що вони мають різні діагностичні значення.

Резистентність черевної стінки спостерігається при локальному запальному процесі органів черевної порожнини при відсутності запалення очеревини. «*М'язовий захист*» спостерігається там, де до запального процесу залучається очеревина. Загальне м'язове напруження спостерігається при розлитому перитоніті (перфоративна виразка шлунка або кишечника, перфоративний холецистит, апендицит і т. д.).

Слід пам'ятати, що значне напруження черевної стінки – ригідність мускулатури черевного преса – важливий клінічний симптом «черевної катастрофи». Тому наступним етапом дослідження живота є визначення симптому Щоткіна-Блумберга й болісних точок, які супроводжують локальні запальні процеси з боку очеревини.

Симптом Щоткіна-Блумберга визначається при залученні в запальний процес очеревини і характерний для гострого перитоніту (як загального, так і локального), незалежно від причини його виникнення.

Норма: при поверхневій орієнтовній пальпації живіт м'який, безболісний, розходження прямих м'язів живота немає.

11. Чек-лист до практичної навички «Пальпація лімфатичних вузлів»

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування лікар–пацієнт, встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Візуальне оцінювання стану лімфатичних вузлів (в нормі не візуалізуються)	Сказати
5	Коректна пальпація лімфатичних вузлів (кінчиками пальців зробити ковзні кругові рухи в ділянці передбачуваної локалізації лімфатичних вузлів)	Виконати
6	Коректна послідовність пальпації лімфатичних вузлів (підщелепні, потиличні, привушні, задньошийні, передньошийні, надключичні, підключичні, пахові, ліктьові, пахові, підколінні)	Виконати
7	Оцінювання характеру лімфатичних вузлів (в нормі не пальпуються): <ul style="list-style-type: none"> • локалізація; • розмір; • форма; • консистенція; • болючість; • рухливість; • колір і температура шкіри над вузлом; • зміщуваність (відносно шкіри і оточуючих тканин) 	Сказати
8	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика пальпації лімфатичних вузлів

Периферичні лімфатичні вузли групуються в підшкірній клітковині різних ділянок тіла, де можуть бути виявлені пальпаторно, а при значному збільшенні – і візуально.

Дослідження лімфатичних вузлів проводять в однойменних симетричних ділянках, дотримуючись певної послідовності: *підщелепні, потиличні, привушні, задньошийні, передньошийні, надключичні, підключичні, аксиллярні, кубітальні, пахові, підколінні*. Пальпують одночасно чотирма пальцями обох рук симетричні групи лімфатичних вузлів, за винятком кубітальних і пахових вузлів, які пальпують по черзі, при цьому однією рукою згинають кінцівку хворого, а іншою в цей час пальпують лімфатичні вузли, розташовані в основі згину кінцівки.

Розміри лімфатичних вузлів бажано вказувати в міліметрах або сантиметрах, а не шляхом порівняння із чим-небудь, наприклад, з горошиною, квасолею та ін. Якщо лімфатичний вузол має округлу форму, необхідно вказати його діаметр, а якщо овальну форму – найбільший і найменший розміри. *У нормі лімфовузли візуально й пальпаторно не визначаються*. Невеликі, діаметром від декількох міліметрів до 1 см, одиночні лімфатичні вузли можуть у нормі пальпуватися в підщелепних, пахових і, рідше, у пахових ділянках. Вони округлої форми, щільноеластичної консистенції,

рухливі, безболісні. Більш значне збільшення лімфатичних вузлів у цих ділянках, а також лімфатичні вузли, що пальпуються в інших ділянках тіла, як правило, є патологічною ознакою.

Збільшення лімфатичних вузлів буває місцевим і генералізованим. Так, збільшення лімфатичного вузла в будь-якій одній ділянці зазвичай свідчить про наявність запального процесу або метастазуючого пухлинного ураження в органах (тканинах), з яких у даний вузол відтікає лімфа, або про патологічні зміни аналогічного походження в самому лімфатичному вузлі. При гострому запаленні лімфатичного вузла (лімфаденіт) він зазвичай м'якуватого еластичної консистенції, різко болючий, шкіра над ним часто гіперемована й гаряча на дотик. Вузол може нагноюватись із залученням у запальний процес оточуючих тканин (періаденіт), а іноді розкривається з утворенням свища, з якого відходить гній. При метастазі раку в лімфатичний вузол або первинному пухлинному його ураженні (лімфосаркома) вузол щільної або навіть твердої консистенції, неправильної форми, іноді з нерівною поверхнею. Поступово збільшуючись у розмірах, пухлина проростає в оточуючі тканини й уражений лімфатичний вузол стає малорухливим.

При лімфогранулематозі на початку захворювання виявляються виражене збільшення й ущільнення однієї з груп лімфатичних вузлів, найчастіше в шийних, надключичних або пахових ділянках. Вузли при цьому можуть бути одиночними або у вигляді тісно спаяних великих конгломератів, але, як правило, не пов'язані зі шкірою, рухливі, безболісні й не нагноюються.

Збільшені лімфатичні вузли переважно в потиличній ділянці – це типовий симптом краснухи, а збільшення, головним чином, задньошийних лімфатичних вузлів – інфекційного мононуклеозу. Ланцюжки помірно збільшених лімфатичних вузлів в ділянці шиї часто спостерігаються у хворих на хронічний тонзиліт.

Поява одного або декількох збільшених щільних лімфатичних вузлів у лівій надключичній ямці біля медіального кінця ключиці – характерна ознака метастазуючого рака шлунка («вірховська залоза»). Збільшення пахових лімфатичних вузлів, не пов'язане з гнійними процесами в ділянці верхніх кінцівок, може бути спричинено метастазами раку молочної залози.

**12. Чек-лист до практичної навички
«Симптом Пастернацького»**

№ з/п	Маніпуляція	Форма представлення
1	Коректне розташування лікар-пацієнт (вертикально), встановлення контакту з пацієнтом (привітатись, представитися, визначити свою роль)	Сказати
2	Отримати інформаційну згоду на проведення діагностичних маніпуляцій	Сказати
3	Обробити руки антисептиком на гігієнічному рівні	Виконати
4	Визначення больових відчуттів у поперековій ділянці зліва (лікар кладе свою одну руку на ділянку XII ребра ліворуч від хребта і здійснює що до неї короткі удари другою рукою, стиснутою в кулак)	Виконати
5	Визначення больових відчуттів у поперековій ділянці справа (лікар кладе свою одну руку на ділянку XII ребра ліворуч від хребта і здійснює що до неї короткі удари другою рукою, стиснутою в кулак)	Виконати
6	Визначити «позитивний» чи «негативний» симптом Пастернацького	Сказати
7	Уточнити у пацієнта його самопочуття	Сказати

Методика визначення симптому Пастернацького

Необхідно розташувати ліву руку в ділянці проекції нирок ліворуч і праворуч. Пальцями або ребром долоні правою рукою лікар наносить легкі удари по своїй лівій руці.

У нормі болючість при постукуванні відсутня. У такому випадку симптом Пастернацького негативний. При наявності болючості при постукуванні симптом Пастернацького вважається позитивним. Симптом Пастернацького позитивний з боку ураження при захворюванні нирок: нирковокам'яній хворобі, паранефриті, запальному процесі в нирковій тканині, мисочках, а також при паранефриті, міозиті, радикуліті.

Література

1. Ковальова О. М., Ащеулова Т. В., Амбросова Т. М. Фізикальні методи дослідження серцево-судинної системи (практичні навички) : навч. посібник. Харків : ХНМУ, 2011. 152 с.
2. Електрокардіографічний метод дослідження. Методика реєстрації й розшифрування електрокардіограми : метод. вказ. до практ. занять студентів з пропедевтики внутрішньої медицини / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова. Харків : ХНМУ, 2018. 27 с.
3. Перкусія серця: визначення меж відносної й абсолютної серцевої тупості, ширини судинного пучка, поперечника серця, конфігурації серця : метод. вказ. до практ. занять студентів з пропедевтики внутрішньої медицини / упоряд. Т. В. Ащеулова, Т. М. Амбросова, В. І. Смирнова. Харків : ХНМУ, 2018. 14 с.
4. Дослідження дихальної системи. Перкусія легенів. Методика й техніка проведення порівняльної й топографічної перкусії легенів : метод. указ. для студентів / упоряд. Т. В. Ащеулова, В. І. Смирнова, Т. М. Амбросова. Харків: ХНМУ, 2018. 15 с.
5. Дослідження дихальної системи, аускультация легенів : метод. вказ. для студентів / упоряд. Т. В. Ащеулова, В. І. Смирнова, Т. М. Амбросова. Харків: ХНМУ, 2018. 16 с.
6. Глибока ковзна методична пальпація відділів кишечника, печінки, селезінки : метод. вказ. до практ. занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студ. мед. фак-тів вищ. мед. навч. закладів III–IV рівня акредитації / упоряд.: Т. В. Ащеулова, Н. І. Питецька. Харків : ХНМУ, 2015. 25 с.
7. Розпит і огляд хворих із захворюваннями органів травлення. Огляд і поверхнева пальпація живота : метод. вказ. до практ. занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студ. за спеціальністю «Лабораторна діагностика» та студ. мед. фак-тів вищ. мед. навч. закладів III–IV рівня акредитації / упоряд.: Т. В. Ащеулова, Н. І. Питецька. Харків: ХНМУ, 2018. 21 с.
8. Олійник М. О. Опанування навичками трактування даних гормонального обстеження щитоподібної залози : метод. розробка для самост. роботи студ. з дисципліни «Внутрішня медицина. Харків : ХНМУ, 2016. 14 с. URL: <http://distance-training.vnmed3.kharkiv.ua>.
9. Загальний огляд хворого. Огляд окремих частин тіла : метод. вказ. до практ. занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студ. мед. фак-тів вищ. мед. навч. закладів III–IV рівнів акредитації / упоряд. Т. В. Ащеулова, Н. М. Герасимчук. Харків : ХНМУ, 2018. 21 с.
10. Основні клініко-лабораторні й інструментальні методи обстеження нирок : метод. вказ. до практ. занять студентів з пропедевтики внутрішньої медицини / упоряд. Т. В. Ащеулова, О. М. Ковальова, Ю. І. Латогуз. Харків : ХНМУ, 2018. 16 с.

Навчальне видання

ПРАКТИЧНІ НАВИЧКИ З ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ

*Методичні вказівки
для студентів та лікарів-інтернів*

Упорядники Железнякова Наталія Мерабівна
Гопцій Олена Вікторівна
Візір Марина Олександрівна
Рождественська Анастасія Олександрівна

Відповідальний за випуск Н. М. Железнякова



Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,8. Зам. № 23-34285.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.