

**ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ  
ІМЕНІ ІВАНА БОБЕРСЬКОГО  
КАФЕДРА ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЕРГОТЕРАПІЇ**

**Мазепа М. А.**

**ЛЕКЦІЯ № 1**

**Вступ у клініку внутрішньої медицини. Основні правила розпитування й  
огляду хворого. Методи дослідження хворого.**

**Схема історії хвороби (професійно адаптована)**

з навчальної дисципліни

**„Пропедевтика внутрішніх захворювань”**

**для студентів спеціальності 227 Фізична терапія та ерготерапія**

## **Вступ у клініку внутрішньої медицини. Основні правила розпитування й огляду хворого. Методи дослідження хворого.**

### **Схема історії хвороби (професійно адаптована).**

#### **План лекції.**

1. Вступ. Медична етика і деонтологія.
2. Історія хвороби — документ дослідження спостереження за перебігом хвороби. Складові частини: скарги, анамнез захворювання, анамнез життя.
3. Об'єктивне (фізичне, фізикальне) дослідження хворого, його послідовність.
4. Методологія формування попереднього діагнозу
5. Алгоритм загального огляду пацієнта.

Тривалість лекції – 2 академічні години.

*Медична етика* — це наука і практика застосування принципів загальнолюдської моралі у професійній діяльності медичних працівників — лікаря, середнього і молодшого медичного персоналу, що базується на високій духовності, інтелігентності, внутрішній культурі та моральних чеснотах: доброчесності, порядності, гуманізмі, справедливості, милосерді, співчутті, самопожертві. Медична етика встановлює і регулює норми моральної поведінки медичних працівників у спілкуванні з пацієнтами, членами родини, колегами, співробітниками. Особливості медичної етики

визначаються специфікою професійної діяльності та соціально-громадянським станом медичних працівників.

Складовою медичної етики є наука *деонтологія* (від грец. *deon* — належне, *logos* — вчення) про морально-етичні обов'язки не тільки медичних працівників, але й студентів-медиків у процесі професійної, лікувально-діагностичної, навчальної і наукової клінічної діяльності, психоетичні норми взаємовідносин з пацієнтами та колегами. Термін “деонтологія” був запропонований на початку ХІХ століття англійським філософом Бентамом для визначення вчення про належне в галузі моралі, насамперед медичної етики.

Грецьке слово “пропедевтика” означає “вступ у дисципліну”.

**Діагностика внутрішніх хвороб базується на виявленні симптомів хвороб.**

**Симптомами** називаються ознаки, які відрізняють хвору людину від здорової.

**Симптоми** бувають **суб'єктивними**, тобто такими, які відчуває тільки хворий, і **об'єктивними**, які виявляє той, хто обстежує.

Для виявлення симптомів хвороб і спостереження за лікуванням хворого відпрацьований спеціальний метод дослідження: складання **історії хвороби**.

**Історія хвороби** — це одночасно:

- алгоритм дослідження хворого;
- робочий документ лікаря, який містить необхідні відомості, спостереження за перебігом хвороби, результати досліджень, усі призначення хворому;
- юридичний документ, який може бути використаний органами правосуддя в разі позову на лікаря з боку хворого або його родичів.

**Історія хвороби** є також важливим науковим документом, який дозволяє вивчати особливості перебігу внутрішніх хвороб залежно від різних умов і обставин.

Історію хвороби веде лікар за відомою схемою, яка є необхідним елементом діагностичного пошуку.

Історія хвороби складається з кількох частин.

■ **Паспортна частина.**

■ **Анамнез** (результати розпитування і вивчення попередніх медичних документів хворого):

- скарги хворого;
- анамнез хвороби;
- анамнез життя.

■ **Об'єктивне (або фізикальне) обстеження:**

- загальний огляд;
- послідовне обстеження всіх органів і систем за допомогою органів чуття лікаря;
- аналіз усіх отриманих даних, результат якого формулюється

у вигляді попереднього діагнозу.

■ **План додаткових обстежень і лікування хворого.**

■ **Результати додаткових лабораторних та інструментальних даних і консультацій суміжних спеціалістів.**

■ **Результати аналізу всіх даних у вигляді клінічного діагнозу і плану коригованого лікування.**

■ **Щоденник** спостережень лікаря і температурний лист, де графічно відображена динаміка основних симптомів хвороби.

■ **Епікриз**, який містить остаточний діагноз, резюме з аналізом перебігу і рекомендаціями щодо подальшого лікування та профілактики.

**Паспортна частина:** прізвище, ім'я та по батькові, рік народження, адреса,

місце роботи, професія, посада, адреса і телефони найближчих родичів для спілкування. На лицевій сторінці бланка історії хвороби, де фіксується паспортна частина, вказуються дата і час надходження хворого в стаціонар, відомості про алергію до медикаментів, наявність гепатиту, ВІЛінфікованості в анамнезі.

**Анамнез** (*anamnesis*) — дослівно означає “спогади”.

**Анамнез** поділяється на три частини:

**скарги, анамнез захворювання, анамнез життя.**

**Скарги:** спочатку аналізують і деталізують скарги, які висловлює хворий, а потім активно опитують за системами. Під час аналізу скарги ділять на “головні”, які викликані основною хворобою, і „другорядні”, які є проявами супутніх хвороб. Основною вважають ту хворобу, яка призвела до звернення по медичну допомогу або до розвитку тяжкого стану чи ускладнення.

Другорядними (або супутніми) — всі інші хвороби, на які страждає хворий на момент дослідження. Очевидно, що вже на цьому етапі виникає протиріччя: з одного боку, той, хто опитує, ще не має певного уявлення, на

що страждає хворий; з іншого боку, він повинен одразу виділяти основні та другорядні скарги.

**Отже, завершальна оцінка скарг, які інших відомостей анамнезу, можлива тільки після встановлення діагнозу.**

*У цьому полягає діалектика діагностичного процесу.*

Лікар не просто фіксує відомості, які повідомляє йому хворий. Він одночасно оцінює його зовнішній вигляд, стан, положення, ознайомлюється з медичною документацією, що супроводжує хворого. Одержані відомості дозволяють йому сформулювати у свідомості **діагностичну гіпотезу**, на основі якої він повертається до аналізу скарг. Цей процес потребує знань **ознак, симптомів** поширених хвороб, власного **досвіду** і здатності до особливого, „**клінічного**” **мислення**, яке в кожного лікаря формується в процесі вивчення пропедевтики внутрішніх хвороб і спілкування з хворими.

Клінічне мислення базується на знаннях нормальної та патологічної анатомії, фізіології та біохімії, які дозволяють лікарю бачити за симптомом той патологічний процес, який призвів до появи цього симптому. Частина пропедевтики, яка вивчає походження симптомів, називається

**семіотикою.**

**Анамнез захворювання** (*anamnesis morbi*): цей розділ історії хвороби містить відомості про **симптоми хвороби в динаміці їх появи і розвитку**.

Дані про симптоми внутрішніх хвороб наведені у пропедевтиці, їх треба добре хворого. Це є основним завданням нашого курсу.

Розпитуючи хворого, слід з'ясувати 7 параметрів симптомів.

- Коли вперше з'явився цей симптом, коли він змінився, коли були найтяжчі загострення.
- Якість симптомів (потрібно якнайточніше описати всі якості симптому).
- Тяжкість (можлива самооцінка пацієнтом за шкалою від 1 до 10).
- Локалізація.
- Умови виникнення.
- Фактори, що полегшують або обтяжують симптом.
- Супутні явища, які супроводжують симптом.

Певні відомості вчаючи засоби лікування на попередніх етапах хвороби, але, складаючи письмову історію хвороби, не слід перераховувати всі лікарняні установи, де побував хворий, і всіх лікарів-спеціалістів, якщо це не суттєво для діагностики. Відомості про симптоми необхідно одержувати не тільки безпосередньо від хворого під час розпитування, але, якщо потрібно, — з медичної документації хворого (попередні історії хвороби, амбулаторні картки, витяги, аналізи тощо). Якщо хворий страждає на кілька хвороб, спочатку викладається анамнез основної хвороби, а потім кожної із супутніх хвороб.

**Анамнез життя** (*anamnesis vitae*): необхідний для з'ясування причин та умов виникнення наявної хвороби.

Фізичний терапевт та ерготерапевт повинні добре розумітися на сучасних даних доказової медицини, які базуються на наукових дослідженнях і визнані світовою медичною громадою, щодо причин (етіології) та механізмів розвитку (патогенезу) найпоширеніших внутрішніх хвороб. Ці питання він вивчає в курсах патологічної анатомії та патологічної фізіології і повинен практично використовувати для передбачення можливих ускладнень фізіотерапевтичного та ерготерапевтичного втручання і профілактики внутрішніх хвороб. Адже він спілкується протягом багатьох років із великою кількістю пацієнтів, їхніх родичів і друзів. Ці дані фізичний терапевт та ерготерапевт мають також застосовувати і до себе. Наприклад, після вивчення причин раку легень, ХОЗЛ, інфаркту міокарда — негайно кинути курити, виміряти свій індекс маси тіла, рівень артеріального тиску крові та холестерину, ліпопротеїдів низької щільності та правильно харчуватися і займатися спортом.

У цьому розділі історії хвороби оцінюється розвиток хворого в дитинстві, матеріальні та побутові умови, перенесені хвороби, спадковість. Професійний анамнез. Гінекологічний анамнез. Алергологічний анамнез. Шкідливі звички. Традиційно хворого опитують на відходження гельмінтів, туберкульоз і венеричні хвороби у нього і в оточенні.

### **Об'єктивне (фізичне, фізикальне) дослідження хворого**

Фізичне дослідження фізичний терапевт/ерготерапевт проводить за допомогою своїх органів чуття. Нижче наведена тільки послідовність дослідження, можливі симптоми висвітлюються в розділах спеціальної частини. Для проведення фізичного дослідження лікар повинен оволодіти навичками **огляду, пальпації** (обмацування): відчуття кінцевими фалангами пальців рук особливостей шкіри, підшкірної клітковини, лімфатичних вузлів, судин, органів грудної клітки і черевної порожнини; **перкусії**: вистукування органів грудної та черевної порожнини; **аускультатії**: вислуховування серця, судин, легень, кишечника.

Хоча фізичний терапевт/ерготерапевт у повсякденній практиці не може (та й не мусить) проводити фізичне дослідження у повному обсязі, під час навчання він згідно з кваліфікаційною характеристикою мусить оволодіти навичками цього дослідження. Адже можливі життєві ситуації, коли фізичний терапевт/ерготерапевт незалежно від його професії повинен визначити діагноз внутрішнього захворювання заради порятунку життя пацієнта.

**Фізикальне дослідження органів і систем проводять у певній послідовності: огляд, пальпація, перкусія, аускультация** (за винятком органів черевної порожнини, де аускультацию проводять після огляду, щоб не збуджувати пальпацією і перкусією кишечник та не перешкодити вислуховуванню шуму над нирковими артеріями). Зафіксувавши у своїй свідомості або на папері всі отримані дані — симптоми, лікар має **сформулювати попередній (синдромний) діагноз**.

### **Методологія формування попереднього діагнозу**

У певний момент лікарського дослідження, а з набуттям досвіду — вже при першому погляді на хворого, у свідомості лікаря формується певна **діагностична гіпотеза** — **образ хвороби**, який має стати предметом критичного аналізу. При цьому лікар має постійно порівнювати симптоми, які він спостерігає у хворого, з відомостями про хворобу, які є в його пам'яті, ставлячи нові запитання або вивчаючи дані анамнезу і фізичного дослідження. У студентів, які щойно починають вивчення пропедевтики внутрішніх хвороб, на цьому етапі виникають значні труднощі, адже вони не тільки ще не мають „образу хвороби” у своїй свідомості, а й не розуміють походження багатьох симптомів, що є вкрай необхідним елементом клінічного мислення. Зазвичай лікар на першому етапі розпізнає не **хворобу** як певну класифікаційну (нозологічну) одиницю, яка має свою етіологію (причину) і свої патологічні механізми (патогенез), а певний **синдром** - сукупність симптомів, що є наслідком єдиного патологічного процесу. Щоб показати різницю між поняттями **хвороба** і **синдром**, наведемо приклад.

У хворого біль за грудниною, який виникає під час швидкої ходи, при підйомі на гору або по сходах і минає через 1–2 хв. після зупинки або таблетки нітрогліцерину під язик.

Відомо, що це **синдром стенокардії напруження**, причина якого — невідпо-відність між потребою міокарда в кисні та його доставкою звуженими вінцевими судинами до серцевого м'яза. Тобто біль (стенокардія) викликаний гіпоксією міокарда — накопиченням недоокислених продуктів метаболізму. Якщо це спостерігається в людини чоловічої статі 40–50 років, яка до цього мала високий артеріальний тиск, то можна майже не сумніватися, що йдеться **про ішемічну хворобу серця (ІХС)**, тобто ураження вінцевих артерій. Якщо ж біль виникає у жінок репродуктивного віку, то мова може йти про зовсім іншу патологію - запальне захворювання судин — васкуліт вінцевих артерій (коронарит) при ревматизмі. Хоча **синдром** виявлений один і той же — “стенокардія напруження”, але в першому випадку **діагноз** буде **ІХС**,

**стенокардія напруження**, в другому — зовсім інший: наприклад, **гостра ревматична лихоманка**.

Для того щоб навчитися визначати попередній діагноз, необхідно вивчити симптоматику ураження органів та систем організму і навчитися виділяти **сукупність симптомів, які складаються у певний синдром, тобто пов'язані спільним походженням**. Тому надзвичайно важливо не тільки навчитися бачити окремі симптоми, а й добре знати їх походження, патогенез симптомів — **семіотику**.

Різні хвороби можуть мати деякі однакові симптоми. Наприклад, хвороби органів дихання і серця часто супроводжуються задишкою або ядухою, ціанозом (посинінням), підвищенням частоти серцебиття (тахікардією). Тому за окремими симптомами або навіть за поєднанням кількох симптомів, об'єднаних навімання, лікар не може визначити **хворобу**, встановити **діагноз**.

Лише незначна кількість внутрішніх хвороб мають так звані **вирішальні (патогномонічні) симптоми**, що **властиві тільки одній хворобі**. Наприклад, якщо ви бачите в аналізі крові 90 % бластних клітин, то це — випадок гострої лейкемії. Але до того як хворому зроблять аналіз крові, він може помилково лікуватися від гострої респіраторної інфекції, оскільки в нього пропасниця, що властива як гострій лейкемії, так і гострому респіраторному захворюванню. Дуже важко або навіть неможливо запам'ятати всю різноманітність симптоматики всіх внутрішніх хвороб. Тому досвідчений лікар орієнтується на такі поєднання симптомів, які тісно пов'язані з самою суттю патологічного процесу — його патогенезом. **Такі поєднання симптомів називаються синдромами**.

***Синдром — це сукупність симптомів, пов'язаних патогенетично.***

**Діагноз кожної хвороби базується на сукупності синдромів або на виявленні вирішальних ознак.**

Ядуха, синюха (ціаноз) і тахікардія можуть бути симптомами легеневої хвороби, наприклад, **бронхіальної астми** (це напади ядухи, пов'язані зі спазмом бронхів і гіперсекрецією бронхіальних залоз) і **гострої лівошлуночкової недостатності**, яка може розвинути внаслідок ураження лівого шлуночка інфарктом міокарда.

У першому випадку хворий може ще якось здійснити активний вдих за рахунок додаткових м'язів надпліччя і спини, Але не може повністю видихнути внаслідок опору звужених і забитих слизом бронхів. У другому ядуха — наслідок підвищення тиску крові в гілках легеневої артерії внаслідок слабкості лівого шлуночка, який неспроможний видалити кров із лівого передсердя і



легеневих вен. Ціаноз у обох випадках — це наслідок зменшення оксигенації крові в легенях, а тахікардія — реакція на це нервових центрів газообміну. Тому цю сукупність не можна вважати синдромом, бо патогенез вирішального симптому (ядухи) різний. У першому випадку ці три симптоми є компонентами **синдрому бронхіальної обструкції** — звуження повітропровідних шляхів. У другому — **синдрому гострої лівошлуночкової недостатності** — слабкості лівого шлуночка серця і гіпертензії в системі легеневої артерії. Диференціація цих синдромів базується на додаткових симптомах: анамнестичних (чим хворів пацієнт до нападу: легеневою чи серцево-судинною патологією), даних об'єктивного дослідження (сухі, свистячі, “музикальні” хрипи при синдромі бронхіальної обструкції та вологі, крупнопухирчасті — при серцевій недостатності), аускультативні серця, ЕКГ та ін. (див. нижче). Отже, розпитуючи і фізикально обстежуючи хворого, лікар постійно здійснює процес **клінічного мислення** — *аналізу механізмів (семіотики) виявлених симптомів, об'єднання їх у певні синдроми* і на основі сукупності синдромів **визначає хворобу**. Попередній діагноз зазвичай потребує **верифікації**, тобто підтвердження за допомогою допоміжних (лабораторних та інструментальних) методів дослідження. Тому лікар після того, як сформулює попередній, інколи тільки **синдромний діагноз**, призначає план додаткових методів дослідження і попередній план лікування.

Після проведення й оцінки додаткових методів дослідження формулюється **диференційований діагноз**, тобто порівняння всіх даних про хворого з відомими схожими за симптоматикою хворобами. На основі цього, не пізніше третьої доби після надходження хворого до стаціонару, встановлюється **клінічний діагноз** і коригується лікування.

Фізичний терапевт не займається встановленням діагнозу. Лише в деяких випадках невідкладних станів треба вміти диференціювати схожі симптоми (наприклад, ядуха при бронхіальній астмі та лівошлуночкової серцевій недостатності), невідкладна допомога при яких передбачає суттєво різні або навіть протилежні підходи.

Процес лікування фіксується в **щоденниках** спостереження за хворим.

Для виписки формулюється **остаточний діагноз**: Основний; Ускладнення основної хвороби; Супутні хвороби.

Виписний **епікриз** містить обґрунтування діагнозу, результати досліджень, проведене лікування і рекомендації для продовження лікування в амбулаторних умовах та профілактики.

## Рекомендована література:

### Основна:

1. Дзяк Г. В. Основи діагностики внутрішніх хвороб : довідник / Г. В. Дзяк, Т. А. Хомазюк, В. З. Нетяженко. – Дніпропетровськ : ДДМА, 2001.
2. Нетяженко В. З. Руководство к практическим занятиям по семиотике и диагностике в клинике внутренних болезней / Нетяженко В. З., Полишко В. К., Семина А. Г. – Київ : Хрещатик, 1994.
3. Нетяженко В. З. Алгоритм діагностики в клініці внутрішніх хвороб / В. З. Нетяженко. – Київ : Хрещатик, 1996.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб / Никула Т. Д., Шевчук С. Г., Мойсеєнко В. О., Хомазюк В. А. – Київ, 1996.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за хворими / за заг. ред. Єпішина А. В. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001.
5. Пропедевтика внутрішніх хвороб / за ред. Ю. І. Децика. – Київ : Здоров'я, 1996.
6. Шкляр М. Б. Діагностика внутренних болезней / М. Б. Шкляр. – Киев, 1972.
7. Яворський О. Г. Пропедевтика внутрішніх хвороб у запитаннях і відповідях / О. Г. Яворський, Л. В. Ющик. – Київ : Здоров'я, 2003.
8. Короткий В. В. Комп'ютерні тести з пропедевтики внутрішніх хвороб : метод. розробки для аудиторної та позааудиторної підготовки студентів / В. В. Короткий, А. Б. Новосад. – Київ : Здоров'я, 2001. – 148 с.
10. Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Р. Я. Дутка та ін. ; за ред. проф. О. Г. Яворського. – Київ : Медицина, 2013. – 552 с.
11. Основи внутрішньої медицини: пропедевтика внутрішніх хвороб / за ред. О. Г. Яворського. – Київ : Здоров'я, 2004 – 500 с.

### Допоміжна:

1. Вовканич А. Лікувальна фізична культура при захворюваннях дихальної системи / А. Вовканич, О. Романчак // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. культури та спорту. – Львів, 2006. – Вип. 10, т. 4, кн. 2. – С. 31 – 39.
2. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію / А.С. Вовканич. – Львів : Укр. технології, 2008. – 200 с.
3. Гриньків М. Нормальна анатомія : навч. посіб. / Мирослава Гриньків, Тетяна Куцериб, Федір Музика. – Львів : ЛДУФК, 2018. – 224 с.
4. Губергриц А. Я. Непосредственное исследование больного. – Москва : Медицина, 1972.
5. Коритко З. І. До питання про механізми адаптації серцево-судинної системи до циклічних навантажень / З. І. Коритко // Досягнення біології та медицини. – 2010. – № 2. – С. 70 – 74.

6. Коритко З. І. Вплив плазміну на функціональний стан серцево-судинної системи у кваліфікованих бігунів / З. І. Коритко // Вісник проблем біології і медицини. – 2012. – Вип. 3. – С. 200 – 205.
7. Коритко З. І. Вплив дозованої рухової активності на клінічні та біохімічні показники у чоловіків середнього віку, хворих на гіпертензію, асоційовану з цукровим діабетом / Коритко З. І. // Молода спортивна наука України : зб. тез доп. – Львів.
8. Коритко З. І. Особливості регуляторних механізмів серця у формуванні перехідних адаптаційно-компенсаторних станів за умов граничних фізичних навантажень / З. І. Коритко // Експериментальна та клінічна фізіологія і біохімія. – 2011. – № 3. – С. 66–72.
9. Мазепа М. А. Вступ у клініку внутрішньої медицини. Основні правила розпитування й огляду хворого. Методи дослідження хворого. Схема історії хвороби (професійно адаптована) : лекція з навчальної дисципліни "Пропедевтика пульмонології та кардіології" / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 29 с.
10. Мазепа М. А. Міжнародна класифікація функціонування як ключ до розуміння філософії реабілітації : лекція / Мазепа М. А. - Львів, 2019. - 15 с.
11. Мазепа М. А. Загальний огляд хворого : метод. вказівка / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
12. Мазепа М. А. Огляд окремих частин тіла : метод. вказівка / М. А. Мазепа. – Львів, 2018. – 2 с.
13. Мазепа М. А. Обстеження хворого з патологією дихальної системи : лекція з навчальної дисципліни "Пропедевтика пульмонології та кардіології" / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 19 с.
14. Мазепа М. А. Огляд та пальпація передсерцевої ділянки. Перкусія меж відносної та абсолютної серцевої тупості, визначення ширини судинного пучка : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. - 3 с.
15. Мазепа М. А. Основні клінічні синдроми при захворюваннях органів дихання : лекція з дисципліни "Пропедевтика пульмонології та кардіології" / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 6 с.
16. Мазепа М. А. Фізикальні методи дослідження серцево-судинної системи. Розпитування та загальний огляд хворих із патологією серцево-судинної системи : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
17. Мазепа М. А. Аускультация серця. Нормальні серцеві тони, розщеплення та роздвоєння тонів, додаткові тони (ритм перепілки, ритм галопа) : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
18. Мазепа М. А. Дослідження пульсу та артеріального тиску (АТ) : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
19. Мазепа М. А. Основні клінічні синдроми при захворюваннях органів дихання : лекція з дисципліни "Пропедевтика пульмонології та кардіології" / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 6 с.
20. Мазепа М. А. Роль і місце пропедевтики пульмонології та кардіології серед дисциплін фізичної терапії та ерготерапії. Схема історії хвороби. Анамнестична частина історії хвороби : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 6 с.

21. Мазепа М. А. Топографічна перкусія легень : метод. вказівка для студ. / Мазепа М. А. – Львів, 2018. – 3 с.
22. Мазепа М. А. Пропедевтика внутрішніх захворювань : курс лекцій з навчальної дисципліни для студентів спеціальності 227 "Фізична терапія та ерготерапія" / Мазепа М. А. – Львів, 2019. – 57 с.
23. Музика І. Ф. Вступ у анатомію : лекція з навчальної дисципліни "Анатомія людини" / Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 14 с.
24. Музика Ф. В. Нутрощі. Органи травлення і дихання : лекція / склав Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 13 с.
25. Музика Ф. В. Серцево-судинна система : лекція / Музика Ф. В. - Львів, 2019. - 12 с.
26. Музика Ф. В. Сечо-статевий апарат. Залози внутрішньої секреції : лекція / Музика Ф. В. – Львів, 2019. – 13 с.
27. Музика Ф. В. Синергічна дія ацетилхоліну і  $\alpha$ -кетоглутарату на енергетичні процеси в мітохондріях печінки / Ф. В. Музика, М. М. Доліба, Н. М. Кургалюк // Тези доп. XIII з'їзду Укр. фізіол. т-ва. – Львів, 1990. – Т. 2. – С. 35–36.
28. Приступа Є. Н. Роль і місце фахівця з фізичної реабілітації в системі охорони здоров'я населення / Приступа Є. Н., Вовканич А. С. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2011. – № 9. – С. 92–96.