

**У.Ю. БЕЗКОРОВАЙНА, Р.В НЕДІЛЬКО, М.Т. ЖУБРИД,
Т.М. РИК, І.І. ТВЕРДА**

ЗБІРНИК РЕАЛЬНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЙ (СИТУАТИВНИХ ЗАДАЧ) ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

з освітнього компонента

«Медсестринство у внутрішній медицині»



Львів - 2023

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрія Крупинського»

**У.Ю. Безкоровайна, Р.В. Неділько, М.Т. Жубрид,
Т.М. Рик, І.І.Тверда**

**ЗБІРНИК РЕАЛЬНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЙ
(СИТУАТИВНИХ ЗАДАЧ)
ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ
з освітнього компонента «Медсестринство у внутрішній
медицині»**

Для здобувачів освіти спеціальності 223 Медсестринство, ОПП «Сестринська справа» освітньо-кваліфікаційного рівня – молодший фаховий бакалавр та першого (бакалаврського) рівня освіти

Рекомендовано Методичною радою

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрія Крупинського»

як електронний навчальний посібник

Протокол № 1 від 10 жовтня 2023 р.

Львів - 2023

УДК 616-083:614.253.5]08-028.27(079.1)(07)

Рекомендовано Методичною радою

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

як електронний навчальний посібник

Протокол № 1 від 10 жовтня 2023 р.

Рецензенти:

Короткий Валерій – кандидат медичних наук, доцент кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

Вовк Мар'яна – головна медична сестра КНП «З МП м. Львова», магістр медсестринства.

Укладачі:

Безкоровайна Уляна Юріївна - кандидат наук з державного управління, асистент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Неділько Роксолана Володимирівна - кандидат наук з державного управління, асистент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Жубрид Марія Теодорівна - викладач вищої кваліфікаційної категорії кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Рик Тетяна Миколаївна – доктор філософії в галузі біології, асистент кафедри клінічного медсестринства, акушерства та гінекології КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Тверда Ірина Іванівна - викладач вищої кваліфікаційної категорії, асистент кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

Безкоровайна У.Ю., Неділько Р.В., Жубрид М.Т., Рик Т.М., Тверда І.І. Збірник реальних клінічних ситуацій (ситуативних задач) для підсумкового контролю знань з освітньої компоненти «Медсестринство у внутрішній медицині»: посібник. Львів: КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського», 2023. 200 ст.

Матеріали електронного навчального посібника подано відповідно до навчальної програми з освітньої компоненти «Медсестринство у внутрішній медицині» для здобувачів освіти спеціальності 223 Медсестринство, ОПП «Сестринська справа» освітньо-кваліфікаційного рівня – молодший фаховий бакалавр та першого (бакалаврського) рівня освіти. У електронному навчальному посібнику розміщені теоретичні матеріали до дев'яти розділів з внутрішньої медицини та реальні клінічні ситуації (ситуативні задачі) до них. Посібник рекомендований для здобувачів освіти вищих медичних освітніх закладів I–III рівня акредитації.

УДК 616-083:614.253.5]08-028.27(079.1)(07)

© Безкоровайна У.Ю., Неділько Р.В., Жубрид М.Т., Рик Т.М., Тверда І.І., 2023

© КЗВО ЛОР «Львівська медична академія ім. Андрея Крупинського»

ЗМІСТ

Список скорочень	6
Передмова	8
Принципи організації та методи надання лікувально-профілактичної допомоги пацієнтам в Україні	9
Заходи і засоби особистої професійної безпеки сестри/брата медичних	13
Уявлення про хворобу	14
Суб'єктивні та об'єктивні методи обстеження пацієнта сестрою/братом медичними	20
Додаткові методи обстеження: лабораторні та інструментальні	43
Теоретична частина. Пульмонологія	50
Теоретична частина. Кардіологія	77
Теоретична частина. Гастроентерологія	89
Теоретична частина. Нефрологія	109
Теоретична частина. Гематологія	115
Теоретична частина. Ендокринологія	135
Теоретична частина. Сполучна тканина	146
Теоретична частина. Алергологія	153
Теоретична частина. Невідкладні стани	158
Диференціальна діагностика захворювань	171
Додаток	186
Список літератури	199

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АБ	антибіотики
БАК	біохімічний аналіз крові
БАС	біохімічний аналіз сечі
ГКС	глюкокортикостероїди
ГЛСН	гостра легенево-серцева недостатність
ГНН	гостра ниркова недостатність
ГРВІ	гостра респіраторно-вірусна інфекція
ГРЗ	гостре респіраторне захворювання
ДВЗ	дисеміноване внутрішньо-судинне захворювання
ЕГДФС	езофагогастродуоденофіброскопія
ЕР	еритроцит
ЕКГ	електрокардіографія
ЕхоКГ	ехокардіографія
ЖЄЛ	життєва ємкість легень
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗАС	загальний аналіз сечі
ІДК	імунологічне дослідження крові
ІХС	ішемічна хвороба серця
КП	колірний показник
КТ	комп'ютерна томографія
ЛФК	лікувальна фізкультура
МТ	маса тіла
НПЗП	нестероїдні протизапальні препарати

РФГ	реовазографія
СМС	синусомодульовані струми
ТТГ	тиреотропний гормон
УЗД	ультразвукове дослідження
УФО	ультрафіолетове опромінення
ФКГ	фонокардіографія
ФЗД	функції зовнішнього дихання
ФК	функціональний клас
ХНК	хронічна недостатність кровообігу
ХНН	хронічна ниркова недостатність
ХСН	хронічна серцева недостатність
ЧСС	частота серцевих скорочень
ЧДР	число дихальних рухів
ШВЛ	штучна вентиляція легень
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
d	діаметр
Нр	<i>Helicobacter pylori</i>
N	норма
P	пульс
RW	реакція Вассермана
t ⁰	температура тіла

ПЕРЕДМОВА

Реальні ситуації (ситуативні задачі) з освітньої компоненти «Медсестринство у внутрішній медицині» є незамінним електронним навчальним посібником для здобувачів освіти, які будуть працювати у динамічній та швидкоплинній сфері внутрішньої медицини. Електронний навчальний посібник містить вичерпний огляд клінічних випадків, які повинні знати майбутні сестри/брати медичні, щоб досягти успіху в цій складній спеціальності.

Електронний посібник уклали досвідчені викладачі кафедри внутрішньої медицини та управління охороною здоров'я, медичні працівники, які розуміють унікальні проблеми, з якими стикаються сестри/брати медичні у внутрішній медицині. Він спирається на їхні широкі знання та досвід, щоб надати чіткі, стислі та практичні рекомендації з широкого кола тем, від основних принципів внутрішньої медицини до більш складних питань, таких як ведення пацієнтів із кількома супутніми захворюваннями та координація медсестринської допомоги з іншими постачальниками медичних послуг.

Мета електронного посібника реальних клінічних ситуацій в медсестринстві полягає в тому, щоб надати медичним сестрам, медичним братам і студентам медсестринським ЗВО практичні знання та навички, необхідні для ефективного вирішення реальних клінічних ситуацій, з якими вони можуть зіткнутися у своїй практичній діяльності.

Це посібник з фокусом на практичних аспектах медсестринської роботи, який містить реальні клінічні ситуації, які виникають в процесі надання медичної допомоги, та шляхи їх вирішення. У посібнику описані різні сценарії, з якими може зіткнутися сестра/брат медичні у своїй практиці, від простих до складних.

Електронний посібник є корисним для здобувачів медсестринської освіти, які готуються до своєї майбутньої практики в галузі медсестринства, допомагаючи їм зрозуміти практичні аспекти своєї професії. Такий посібник може допомогти сестрам/братам медичним удосконалити свої практичні навички, підвищити ефективність своєї роботи та забезпечити високу якість медичної допомоги пацієнтам.

ПРИНЦИПИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА МЕТОДИ НАДАННЯ ЛІКУВАЛЬНО - ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ В УКРАЇНІ

Термін "*терапія*" походить від таких понять, як thegareia - піклування, догляд, лікування, лікувацтво, внутрішництво. У Західній Європі частіше користуються терміном "внутрішня медицина".

Під *внутрішніми хворобами* (синонімом цього поняття вважається термін "терапія") розуміють групу захворювань, для яких характерні дві ознаки: локалізація ураження і метод лікування. Щодо першої ознаки, то ця група включає захворювання внутрішніх органів - серця, легень, шлунка, кишок, печінки, підшлункової залози, нирок. Що ж стосується другої ознаки, то до групи внутрішніх хвороб відносяться ті, які лікують так званими консервативними методами.

Проте за цими двома ознаками не можна чітко розмежовувати внутрішні хвороби. Так, ішемічну хворобу серця лікують і консервативно, і хірургічними методами. Це саме стосується жовчнокам'яної хвороби, ускладненої виразкової хвороби тощо. Тому виділяють і так звані межові захворювання, які можна відносити як до групи внутрішніх, так і хірургічних захворювань.

Ця нечіткість меж внутрішніх захворювань стає зрозумілою, якщо згадати, що взагалі немає ізольованого ураження одного лише якогось органа. Організм людини - єдине функціональне ціле, в якому діяльність окремих частин взаємопов'язана і взаємозумовлена. Тому порушення функції одного якогось органа або системи неодмінно відбивається на функції інших органів і систем.

Головними завданнями внутрішньої медицини, або терапії, є **розпізнавання хвороби та її лікування.**

Процес розпізнавання захворювання здійснюється в три етапи:

- 1) суб'єктивне обстеження, при якому хворий розглядається як суб'єкт, який дає показання, - скарги, інформацію про розвиток захворювання - анамнез хвороби (anamnesis morbi), а також про його життя (anamnesis vitae);
- 2) об'єктивне дослідження, при якому хворий розглядається як об'єкт, який досліджують за допомогою органів чуття (огляд, пальпація, перкусія, аускультация);
- 3) лабораторно-інструментальні дослідження.

У витоках пропедевтики внутрішніх хвороб були такі відомі лікарі, як Ауенбругер (запропонував метод діагностики за допомогою вистукування - перкусії), Лаенек (автор методу діагностики за допомогою вислуховування), В.П. Образцов і М.Д. Стражеско (автори методичної глибокої ковзної пальпації органів черевної порожнини), німецький лікар В. Рентген та український лікар І. Пулюй (автори відкриття X-проміння, за допомогою якого стало можливим просвічування внутрішніх органів), великі російські лікарі М.Я. Мудров, Г.А. Захар'їн, С.П. Боткін, М.П. Кончаловський, Г.Ф. Ланг, О.Л. М'ясников та ін. Великий російський лікар С.П. Боткін так охарактеризував завдання практичної медицини (терапевтичної служби в сучасному її розумінні): "Найголовніші і суттєві завдання практичної медицини – запобігання хворобі, лікування

хвороби, що вже розвинулась і, нарешті, полегшення страждань хворої людини". Ці завдання актуальні й нині.

Однак щоб розпізнати захворювання, знань діагностичних технологій явно недостатньо. Потрібно ще вміти підсумовувати отримані результати, аналізувати їх. Ланцюг цих логічних операцій становить суть медичного мислення, для здійснення якого потрібний великий запас знань, хороша пам'ять, тонка спостережливість і великий, добре усвідомлений практичний досвід. Тільки правильне розпізнавання хвороби дає можливість успішно лікувати пацієнта. Ще стародавні медики казали: "Хто добре розпізнає, той добре лікує". Один з фундаторів терапевтичної служби М.Я. Мудров ще на початку XIX ст. писав: "Спочатку треба пізнати хворобу, оскільки пізнання хвороби є вже половина лікування".

Ось чому одним із завдань терапевтичної служби на сучасному етапі є організація виявлення захворювань. З цією метою в Україні розгорнуто мережу фельдшерсько-акушерських пунктів і сільських лікарських амбулаторій, різних форм власності діагностичних центрів і лабораторій, фондаций сімейних лікарів, загально-терапевтичних та спеціалізованих лікувальних закладів. У медичну практику впроваджуються нові технології профілактики, діагностики та лікування. Найбільш активно функціонують державні цільові програми "Профілактика і лікування артеріальної гіпертензії", "Цукровий діабет", "Здоров'я нації", "Протидії захворюванню на туберкульоз", "Боротьби з онкологічними захворюваннями" та ін. Успішне вирішення цих програм сприятиме зміцненню здоров'я народу України.

На сьогодні продовжується перехід системи охорони здоров'я на засади сімейної медицини.

В даний час розрізняють такі види лікувально-профілактичної допомоги:

- первинна лікувально-профілактична допомога;
- вторинна лікувально-профілактична допомога;
- третинна лікувально-профілактична допомога.
- екстрена та невідкладна медична допомога (ЕНМД)
- госпісна допомога

Первинна лікувально-профілактична допомога

Є основною частиною медико-санітарної допомоги населенню у країні і передбачає консультацію лікаря або фельдшера, просту діагностику і лікування основних найпоширеніших захворювань, травм та отруень, профілактичні заходи, направлення пацієнта для надання спеціалізованої і високоспеціалізованої допомоги. Первинна лікувально-профілактична допомога надається переважно за територіальною ознакою сімейними лікарями або іншими лікарями загальної практики, фельдшерами, сімейними сестрами/братами медичними. Структурними підрозділами є фельдшерські пункти, амбулаторії загальної практики сімейної медицини, міські амбулаторії, цехові здоров'я пункти, амбулаторії загальної практики інших форм власності.

При недостатніх можливостях первинного рівня пацієнт переводиться на другий рівень за направленням сімейного лікаря, фельдшера (у крайньому випадку) або бригади ЕНМД.

Вторинна (спеціалізована) лікувально-профілактична допомога

Надається лікарями, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечити більш кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування, ніж лікарі загальної практики. Структурними підрозділами є центральна районна лікарня, консультативна поліклініка, стаціонарні заклади інших форм власності, де надають спеціалізовану медичну допомогу. При цьому заклади можуть мати ту чи іншу ступінь спеціалізації.

Третинна (високоспеціалізована) лікувально-профілактична допомога

надається лікарем або групою лікарів, які мають відповідну підготовку у галузі складних для діагностики і лікування захворювань, у разі лікування хвороб, що потребують спеціальних методів діагностики та лікування, а також з метою встановлення діагнозу і проведення лікування захворювань, що рідко зустрічаються (ст. 35 Основ законодавства України про охорону здоров'я). надається в обласних лікарнях або диспансерах (онкологічний, психоневрологічний, шкірно-венерологічний, кардіологічний та ін.), науково-дослідницьких інститутах.

Спеціалізована і високоспеціалізована лікувально-профілактична допомога надається громадянам при захворюваннях, що вимагають спеціальних методів діагностики, лікування і використання складних медичних технологій.

Важливість знання організаційно-правових особливостей надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в ракурсі медичного права пояснюється такими чинниками:

- спеціалізована медична допомога надається переважно пацієнтам з важкими захворюваннями;
- спеціалізована медична допомога вимагає значної кількості матеріальних і кадрових витрат;
- найчастіше в лікарнях знаходяться клінічні бази медичних вузів, де здобувають освіту і удосконалюються медичні працівники;
- саме при наданні спеціалізованої медичної допомоги найбільш вірогідне виникнення порушень прав пацієнтів.

Згідно до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002р. № 385 «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських посад, посад фармацевтів, посад фахівців з фармацевтичною освітою, посад професіоналів у галузі охорони здоров'я, посад фахівців у галузі охорони здоров'я, посад професіоналів з вищою немедичною освітою у закладах охорони здоров'я та посад професіоналів з вищою немедичною освітою, залучених до надання реабілітаційної допомоги у складі мультидисциплінарних

реабілітаційних команд в закладах охорони здоров'я» всі заклади охорони здоров'я поділяються на п'ять груп.

1. Лікувально-профілактичні заклади, до яких належать:

- **лікарняні заклади:** багатопрофільні (зокрема лікарні, лікувально-діагностичні центри, медико-санітарні частини, медичні центри, міські лікарні швидкої медичної допомоги, перинатальні центри, пологові будинки та інші); однопрофільні (дерматовенерологічні, інфекційні, наркологічні, онкологічні, психіатричні, травматологічні, туберкульозні та інші лікарні); спеціалізовані (зокрема дитячий кардіоревматологічний диспансер, трахоматозний диспансер, Центр з профілактики та боротьби зі СНІДом, Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи та інші); особливого типу (зокрема лікарні "Хоспіс", патолого-анатомічні бюро, Український лепрозорій, Центри реабілітації репродуктивної функції людини та інші);
- **амбулаторно-поліклінічні заклади:** поліклініки, діагностичні центри, жіночі консультації, пункти охорони здоров'я, фельдшерські пункти;
- **заклади переливання крові, швидкої та екстреної медичної допомоги:** центри екстреної медичної допомоги, станції переливання крові, станції швидкої медичної допомоги, центри заготівлі та переробки плазми, центри служби крові;
- **санаторно курортні заклади:** бальнеологічні лікарні, грязелікарні, санаторії.

2. Санітарно-профілактичні заклади, до яких належать:

- **санітарно-епідеміологічні заклади:** дезінфекційні станції, санітарно-епідеміологічні станції; заклади санітарної просвіти: центри здоров'я.

3. Фармацевтичні (аптечні) заклади:

аптеки; аптечні бази (склади); бази (склади) медичної техніки; бази спеціального медичного постачання; контрольні-аналітичні лабораторії; лабораторії з аналізу якості лікарських засобів; магазини (медичної техніки, медичної оптики).

4. Інші заклади:

бюро судово-медичної експертизи; головне бюро судово-медичної експертизи України; інформаційно-аналітичний центр медичної статистики; молочна кухня; центр медичної статистики МОЗ України.

5. Заклади медико-соціального захисту:

будинки дитини; обласні центри (бюро) медико-соціальної експертизи.

Ключовим завданням організації охорони здоров'я є розвиток принципів сімейної медицини, підвищення ролі і ефективності використання лікарів загальної практики (сімейних лікарів) при наданні амбулаторно-поліклінічної допомоги.

Світовий досвід, узагальнений ВООЗ, свідчить, що розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним з найефективніших механізмів підвищення результативності роботи закладів охорони здоров'я, справедливого розподілу і раціонального використання ними коштів. У більшості країн Західної Європи структуру системи охорони здоров'я становлять первинна медико-санітарна допомога та спеціалізована допомога. При цьому заклади первинної медико-санітарної допомоги надають до 90 відсотків загального обсягу медичної допомоги. Кількість лікарів загальної практики - сімейної медицини становить від 30 до 50 відсотків кількості усіх лікарів, що працюють в галузі охорони здоров'я. Особливо потрібно наголосити на необхідності реалізації фінансування медичних послуг за рахунок медичного страхування.

Методологія сімейної медицини ґрунтується на визнанні визначальної ролі сім'ї у формуванні здоров'я усіх її членів, що зумовлено як біологічними, так і соціокультурними факторами. Розвиток первинної допомоги на засадах сімейної медицини є одним із засобів підвищення ефективності роботи галузі охорони здоров'я.

Первинна лікувально-профілактична допомога вигідніша суспільству, оскільки вона менш витратна, більш оперативна і максимально наближена до громадян. Саме первинна лікувальна допомога, профілактика та диспансеризація дозволяють вчасно визначити захворювання, не допустити його ускладнення і тим самим уникнути тривалого і дорогого лікування. Величезну роль в роботі закладів первинної медико-санітарної допомоги відіграє санітарно-просвітницька робота, оскільки профілактичне направлення первинної ланки неможливо без активної свідомої участі населення.

ЗАХОДИ І ЗАСОБИ ОСОБИСТОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ БЕЗПЕКИ СЕСТРИ/БРАТА МЕДИЧНИХ

під час надання медичної допомоги пацієнтам, при роботі з кров'ю та іншим біоматеріалом, апаратурою тощо.

Слід пам'ятати, що з кожним біоматеріалом необхідно поводитися як із заразним!

Основні правила захисту медичних працівників від інфекції:

- інформація про конкретні джерела інфекції;
- чисте і ретельне миття рук;
- використання індивідуальних засобів захисту (шапочки, гумові рукавички, маски, фартухи із клейонки або пластикату, захисні окуляри або щитки);

- накладання водонепроникних пов'язок на порізи і садна);
- уникання проколів, порізів рукавичок і рук.



Техніка безпеки при роботі з кисневими балонами.

- Стиснений газоподібний кисень при стиканні з маслами, жирами, нафтою активно з'єднується з ними, викликаючи вибух. Тому не можна користуватися для відкручування вентиля тканинами зі слідами фарби, жиру чи мастил. У приміщенні, де є кисневі балони, не дозволяється курити, користуватись відкритим вогнем.
- Балони зберігають у спеціальних нішах, зафіксувавши їх металевими ланцюгами. При транспортуванні балонів слід остерігатися поштовхів і ударів. Потрапляння струменя кисню на слизову оболонку очей при відкритті вентиля балона може спричинити опік і ушкодити зір. У приміщенні, де є кисневі балони, повинні бути вогнегасники.
- Інгаляцію кисню можна проводити через маску. Маски бувають металеві або пластикові, вигнуті таким чином, щоб при накладанні на обличчя вони герметично закривали рот і ніс. Введення кисню за

допомогою маски може здійснюватись за відкритою, напівзакритою або закритою системами. При відкритій системі маска нещільно прилягає до обличчя, і вдихувана газова суміш - це збагачене киснем (до 30%) атмосферне повітря. Видих відбувається в оточуюче середовище. При інгаляції кисню за напівзакритим методом лише частина вдихуваної суміші надходить у зовнішнє середовище. Економічного використання кисню досягають включенням в систему дихального мішка. З метою запобігання постійному переповненню мішка він обладнаний клапаном викиду, через який видаляється надлишковий об'єм дихальних газів. Маску щільно одягають на обличчя, фіксуючи її гумовими лямками. Дихання відбувається чистим киснем з поверненням у камеру близько 1/3 видихуваного повітря. Кисень при цій системі можна не зволожувати. Час від часу дихальну камеру спорожнюють від конденсованої вологи. Недоліком цього методу є можливе збільшення концентрації вуглекислоти у суміші, яку вдихають.



УЯВЛЕННЯ ПРО ХВОРОБУ, ЇЇ ЕТІОЛОГІЮ, ПАТОГЕНЕЗ, СИМПТОМИ, СИНДРОМИ, ПЕРЕБІГ, ДІАГНОЗ, ЛІКУВАННЯ, ПРОГНОЗ, ПРОФІЛАКТИКУ

Хвороба та етапи її розвитку. Згідно з визначенням великого російського терапевта С.П. Боткіна, "Хвороба не є щось особливе, самостійне, вона являє собою звичайні явища життя при умовах, які не вигідні організму". На думку видатного українського лікаря Б.С. Шкляра, хвороба - це одна з форм життя, вона така ж плинна, така ж мінлива, як саме життя. Як і життя, хвороба має свою історію, своє минуле, теперішнє і майбутнє. Більше того, хвороба людини як "звичайне явище життя" тісно переплітається з періодами її нормального життя, які чергуються поміж собою. Тому медичний працівник лише тоді отримає чітке уявлення про хворобу свого пацієнта, коли детально ознайомиться з його життям - від раннього дитинства до моменту контакту з медициною.

Відтак, **хвороба** - це порушення життєдіяльності організму під впливом надзвичайних подразників навколишнього і внутрішнього середовища, яке характеризується зниженням можливості організму пристосовуватися до цих впливів, незважаючи на мобілізацію своїх захисних сил. Знати можливості захисту від хвороби - то вже половина успіху в лікуванні. Ще великий Галілео Галілей писав: "Вища мудрість - знати себе самого". Подібне знаходимо й у старогрецьких філософів Гіппократа, Сенеки, Сократа, Гомера, Тацита, Цицерона, а також у лікарів XIX-XX ст. М.Я. Мудрова, А.П. Чехова, Ф.Г. Яновського, В.П. Образцова, М.Д. Стражеска.

Розрізняють 4 чотири періоди розвитку захворювання:

1. **Прихований (інкубаційний, латентний)** - час від початку дії хвороботворного агента до виникнення перших проявів хвороби. Наприклад, атеросклеротичні бляшки у вінцевих артеріях тривалий час можуть не проявлятися стенокардією.
2. **Продромальний період** - час між появою перших проявів до повного розвитку хвороби. В цей період прояви хвороби нечіткі, неспецифічні, так звані загальні симптоми - (при атеросклерозі вінцевих артерій це напади стенокардії, інфаркт міокарда тощо).
3. **Періоди повного розвитку захворювання** - проявляється специфічними ознаками захворювання, має більш чи менш визначений термін
4. **Період розриву хвороби або одужання**
У подальшому можливі періоди регресії захворювання (зворотного розвитку) і видужання (наприклад при пневмоніях, плевритах, нефритах) або ремісії захворювання.

Уявлення про етіологію

Під **етіологією** розуміють причину виникнення хвороби або патологічного стану. Хворобу спричиняють **зовнішні і внутрішні фактори**. До **зовнішніх** належать інфекційні, механічні, фізичні, хімічні, соціальні фактори, нездоровий спосіб життя, алергія, спадковість.

До інфекційних факторів відносяться патогенні мікроби (стрептококи, стафілококи, пневмококи, ентерококи, хламідії, рикетсії,

мікоплазма, легіонели та ін.), віруси, пріони. Вони потрапляють в організм людини або безпосередньо (повітряно-краплинним шляхом при кашлі, чханні), або заносяться із забрудненими інфекційними факторами харчовими продуктами. Інфекція може передаватися через предмети, забруднені випороженнями хворого, а також з пилом, димом, газом від двигунів тощо. Мікроорганізми можуть потрапити в організм під час ін'єкцій, через ушкодження шкіри, слизові оболонки.

Гельмінтози передаються через погано вимиті руки, при тісному контакті з домашніми і дикими тваринами.

Малярійні комарі переносять збудників малярії, а кліщі - енцефаліт та інші захворювання. Пріони можуть потрапити в організм з кістковим борошном. Збудники сказу корів можуть потрапити з м'ясом хворих тварин.

З **механічними факторами** пов'язані такі захворювання, як травматичний плеврит і ателектатична пневмонія, пневмоторакс тощо.

До **фізичних факторів** належать охолодження (поліартрит, гломерулонефрит, пієлонефрит), перегрівання (тепловий удар), перебування на висоті понад 3500-4000 м над рівнем моря (висотна хвороба), перехід від підвищеного атмосферного тиску до нормального (кесонна хвороба), вплив радіонуклідів (променева хвороба, лейкемія, анемія).

До **хімічних факторів** відносять кислоти, основи, алкоголь, метал-токсиканти (талій, кадмій, цинк, молібден, свинець). Яскравим прикладом впливу на організм людини хімічних факторів є чернівецька хімічна хвороба (Д.Д. Зербіно, А.М. Сердюк, 1998). Сутність захворювання полягає в ураженні волосся (алопеція - випадання волосся), розвитку респіраторного синдрому, токсичної енцефалопатії (делірій, церебрастенія, вегетативні розлади), еозинофілії, лімфоцитозу, відносної нейтропенії, зсуву лейкоцитарної формули вліво, шкірно-трофічних змін, шлунково-кишкових розладів, ознак ураження нирок та печінки. Найімовірнішою причиною чернівецької хімічної природи є фізичний чинник - метал-токсикант талій.

До етіологічних факторів відносять і **порушення в харчуванні**. Шкідливе як недостатнє харчування, яке знижує опірність організму і сприяє розвитку гіпо- й авітамінозу, так і надмірне, яке призводить до розвитку подагри, ожиріння, атеросклерозу, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця тощо.

З порушенням харчування тісно пов'язані й інші фактори - часті від'ємні емоції і стреси, куріння, споживання алкоголю, наркотиків, малорухомий спосіб життя. Їх можна вважати соціальними факторами, вони, на жаль, набули широкого розмаху

Алергія - це спотворена реакція організму на конкретні фактори довкілля – алергени (фарби, квіти, домашній пил, домашні тварини тощо).

Спадковість - це генетична детермінованість, характерна для багатьох внутрішніх хвороб: гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця, цукрового діабету, деяких форм ділатаційної і гіпертрофічної кардіоміопатії, виразкової хвороби тощо.

Уявлення про патогенез

Патогенез - це механізм розвитку захворювання. Наприклад, у розвитку ішемічної хвороби серця та її ускладнень (гострих коронарних синдромів) провідна роль належить ліпопротеїдній інфільтрації інтими та розвитку запально-імуної відповіді на ушкодження ендотелію. Патогенез жовчнокам'яної хвороби пов'язаний із синтезом печінкою потенційно літогенної жовчі (із зниженим вмістом жовчних кислот, що призводить до кристалізації холестерину й утворення холестеринових каменів).

За характером перебігу хвороба може бути:

- *гострою;*
- *підгострою;*
- *хронічною;*
- *рецидивуючою* (такою, що повертається).

Перебіг хронічної хвороби характеризується періодами:

- **ремісія** - покращення стану пацієнта, зникнення або зменшення проявів хвороби на деякий час;
- **рецидив** - повна поява ознак хвороби після більш або менш тривалого періоду їх відсутності;

Ускладнення – поява нового патологічного процесу, як наслідок основного.

Кожне захворювання проявляється певними ознаками, їх називають **симптомами**. Наприклад, кашель є симптомом запалення бронхів - бронхіту, а біль за грудниною - симптомом ішемічної хвороби серця.

Симптоми: суб'єктивні (біль, нудота), об'єктивні (збільшення печінки, наявність білка в сечі тощо).

Сукупність симптомів називають **синдромом**. Наприклад, синдром Морганьї-Адамса-Стокса - це сукупність таких симптомів, як запаморочення, втрата свідомості, мимовільне сечо- та каловипускання. Він розвивається при різкому падінні серцевого викиду при аритміях чи блокадах провідної системи серця. Синдром Вольфа-Паркінсона-Байта характеризується такими ЕКГ-симптомами, як укорочення інтервалу PQ, дельта-хвиля на висхідному коліні комплексу (*QRS*, деформація останнього. Такий симптомокомплекс (синдром) виникає у хворих з додатковими провідними шляхами. Клінічно він проявляється нападами атріовентрикулярної реципрокної тахікардії - АВРТ.

На підставі симптомів та синдромів формується висновок про хворобу - **діагноз**.

Він може бути:

- *попереднім*
- *клінічним*
- *заключним* (перед виписуванням з лікарні)
- *патологоанатомічним*

Попередній діагноз ставиться на підставі суб'єктивного та об'єктивного обстеження хворого. З попереднім діагнозом хворого направляють до лікарні, де з урахуванням результатів лабораторно-інструментального дослідження (додаткових методів) ставиться клінічний діагноз, проводиться диференціальна діагностика і призначається патогенетично обґрунтоване лікування.

Диференціальна діагностика передбачає порівняння симптомів і синдромів, що є у хворого. Звичайно для диференціальної діагностики виносяться два-три (рідше чотири-п'ять) захворювань з подібною симптоматикою. При цьому спочатку фіксують подібні симптоми, а потім такі, які їх розмежовують. Зваживши всі "за" і "проти", врахувавши попередній діагноз і результати лабораторно-інструментального дослідження хворого, установлюють заключний клінічний діагноз.

Після встановлення клінічного діагнозу хворому призначають *лікування* (curatio). Воно завжди *комплексне*. Лікування може бути амбулаторним, стаціонарним у лікарнях, клініках, центрах, стаціонарним удома, денним стаціонарним у поліклініці, сільській амбулаторії, санаторно-курортним тощо. Будь-який вид лікування *передбачає певний режим* - суворий ліжковий, ліжковий, палатний. Лікування може проводитися в щадному, щадно-тренувальному чи тренувальному режимах.

Призначаючи ліжковий режим, лікар і фельдшер повинні уточнити, що саме потрібно хворому - абсолютний спокій і постійний догляд чи відносний спокій, коли хворому дозволено вставати для приймання їжі, іти в туалет тощо. У відділенні, де лікують хворих, повинен панувати охоронний режим, принципи якого будуються на ідеї нервізму, сформульованої І.П. Павловим. Усі у відділенні повинні дотримуватися тиші, уникати конфліктів, процедури мають виконуватись у спокійній, діловій обстановці, у визначений правилами внутрішнього розпорядку час.

Основним у терапії внутрішніх захворювань є медикаментозне лікування, яке передбачає введення ліків різними шляхами - внутрішньо, підшкірно, внутрішньом'язово, внутрішньовено, крізь пряму кишку тощо.

Фармакологічні препарати можна вводити також з використанням фізичних факторів (електрофорез, фонофорез, внутрішньоорганний електрофорез).

Важливим лікувальним фактором є *лікувальна фізкультура*. Усі методи лікування повинні супроводитися добре налагодженим доглядом за хворими.

При виписуванні хворого з лікарні вказують основне захворювання, його ускладнення та супутнє захворювання. Якщо настала смерть, вказують безпосередню причину летального кінця.

Для успішного лікування необхідно добре вникнути в патогенез захворювання кожного конкретного хворого. За висловом лікаря М.Я. Мудрова, лікувати треба хворого, а не хворобу.

Уявлення про прогноз хвороби

При виписуванні зі стаціонару кожному пацієнтові лікар формулює прогноз перебігу його захворювання (сприятливий, несприятливий), прогноз щодо праці, а також прогнози щодо відновлення функції та якості життя .

Для успішного лікування захворювання необхідна точна діагностика

Діагностика – вчення про методи обстеження пацієнта з метою розпізнавання захворювання, його стадії, наявності супутніх захворювань та станів. Для кожного рівня надання медичної допомоги є свої можливості по діагностичним втручанням (загально клінічні обстеження не треба робити на третинному рівні через надвисоку ціну роботи спеціалістів цього рівня, не дуже високу інформативність для остаточної діагностики та через простоту виконання, високо спеціалізовані інвазивні діагностичні втручання як коронарокардіографія мають проводитись на вторинному та третинному рівнях для забезпечення якості та зниження собівартості процедури).

Уявлення про профілактику

Профілактика - це комплекс заходів, спрямованих на покращення або підтримання здоров'я на достатньому рівні з метою запобігання виникненню захворювання, для сприяння одужанню або досягнення стійкої ремісії. Він складається з медикаментозних засобів, дієтичних порад, рекомендацій щодо куріння, вживання алкоголю, способу життя тощо. Первинна профілактика спрямована на збереження та покращення здорової людини без факторів ризику.

Вторинна профілактика - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання виникненню захворювання на етапі коли є ще лише фактори ризику захворювання. Третинна профілактика, тобто запобігання рецидивам та повторному захворюванню.

Лікування:

За направленістю лікувальних впливів виділяють:

- **етіотропне** – направлене на усунення причини захворювання (антибіотики, противірусні, антигельмінтні препарати);
- **патогенетичне** – направлене на припинення патологічного процесу в організмі (препарати заліза при постгеморагічній анемії, інгібітори протонної помпи при виразковій хворобі 12 палої кишки);
- **симптоматичне** (жарознижуючі при ГРВІ, деконгестанти при нежитю, протиалергічні при кропив'янці).



За засобами:

- режим;
- дієтерапія;
- медикаментозне;
- фізіотерапевтичне;
- догляд.

За результативністю:

- **радикальне** – призводить до повного одужання (оперативне видалення іншородного тіла, хіміотерапія при хіміочутливих пухлинах);
- **паліативне** – направлене виключно на покращення самопочуття пацієнта та здатності до самообслуговування (знеболення при хронічному больовому синдромі, постановка постійних сечових катетерів, калоприймачів);
- **підтримуюче** – з метою підтримки, заміни (протезування) втрачених або пригнічених функцій організму (апарат штучного дихання, внутрішньо венне або зондове харчування, гемодіаліз при хронічній нирковій недостатності).

СУБ'ЄКТИВНІ ТА ОБ'ЄКТИВНІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ПАЦІЄНТА СЕСТРОЮ/БРАТОМ МЕДИЧНИМИ

Діяльність сестри/брата медичних в різних аспектах організації її роботи теоретиками медсестринства розглядається як послідовність кроків, які вона здійснює, надаючи медичну допомогу, тобто, медсестринський процес.

Обстеження пацієнта починається з контакту сестри/брата медичних і пацієнта, а саме з опитування, яке повинно проводитися цілеспрямовано, не поспішаючи.

При першому ж контакті з пацієнтом сестра/брат медичні починають збирати інформацію. У конкретні терміни після контакту людини з системою медико-санітарної допомоги проводиться початкова оцінка (із використанням відповідної концептуальної структури такої, як модель медсестринської справи)



ситуації і її документування. В ідеалі ця початкова оцінка містить у собі докладну історію хвороби, де це можливо, пацієнта просять висловити власну думку і розповісти про наявні потреби, потім отримана інформація аналізується і кладеться в основу визначення потреб людини в догляді (за наявності лікаря в медичному закладі медична карта стаціонарного хворого заводиться виключно лікарем).

Оскільки медсестринський процес вважається динамічним підходом, що передбачає чуйну реакцію на зміни стану здоров'я пацієнта, ця первинна оцінка доповнюється в міру подальшого надходження інформації, що одержують за допомогою безупинної оцінки і переоцінки. Отримана інформація стає основою, із якої порівнюються всі наступні дані і відомості про стан здоров'я пацієнта.

Оцінка стану пацієнта потребує фахових знань і навичок. Тому, звичайно її проводять кваліфіковані сестри/брати медичні. Первинну оцінку і планування

догляду проводить сестра/брат медичні, на яких покладено обслуговування даного пацієнта.

Збір інформації дуже важливий. Він служить відправним моментом всієї подальшої роботи. Неякісний збір інформації веде за собою помилкові висновки та дії. Недостатня інформація супроводжується неадекватними діями.

Мета обстеження – зібрати, обґрунтувати і взаємопов'язати отриману інформацію про пацієнта для того, щоб створити інформаційну базу даних про нього, про його стан у момент звертання за допомогою. Значна роль в обстеженні належить розпитуванню (проведення інтерв'ю). Наскільки вміло сестра/брат медичні зможуть налаштувати пацієнта на необхідну розмову, настільки повноцінною буде отримана нею інформація.

Дані обстеження можуть мати **суб'єктивний і об'єктивний характер**.

Суб'єктивний метод обстеження - це бесіда. Мета бесіди під час проведення оцінки: встановити відносини «сестра/брат медичні - пацієнт», у центрі яких стоїть здоров'я пацієнта та отримати необхідну інформацію для планування догляду. Джерелом інформації є, у першу чергу, сам пацієнт, що викладає власні припущення про стан свого здоров'я. Ця інформація носить суб'єктивний характер, її може дати тільки сам пацієнт. Суб'єктивні дані включають почуття й емоції, виражені вербальним і невербальним методами.

Об'єктивний метод обстеження – це використання органів чуття сестри/брата медичних для отримання інформації про стан здоров'я пацієнта без використання контакту з його свідомістю. Включає огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию.

Медсестринський процес – це метод науково обґрунтованих і здійснюваних на практиці дій сестри/брата медичних з надання допомоги пацієнтам. Основу цієї діяльності становить реалізація медсестринського процесу. Головну роль у ньому відіграє сестра/брат медичні, які в межах своєї компетенції надають медичні та медсестринські послуги, спрямовані на зміцнення здоров'я пацієнта, запобігання захворюванням, стабілізацію стану та виздоровлення. Вони працюють в тісному контакті з пацієнтом з метою сприяння успішній діагностиці, задоволення його потреб, вирішення дійсних і супутніх проблем, пов'язаних із захворюванням, та ефективного лікування й реабілітації.

Потреба в медсестринському процесі універсальна. Вона передбачає надання кваліфікованого догляду за пацієнтом, опіки над ним у широкому сенсі (побутовому, соціальному, духовному, національному з точки зору традицій).

Сестра/брат медичні обговорюють з пацієнтом питання медсестринського процесу, першочерговості та послідовності надання медсестринських послуг, догляду. Важливою умовою успішного медсестринського процесу є вміння сестри/брата медичних уважно вислухати пацієнта, визначити спільно з ним пріоритетні напрями діяльності, що має принести пацієнту психологічний та фізичний комфорт і значне полегшення.

Є п'ять етапів медсестринського процесу:

I. Медсестринське обстеження.

II. Медсестринський діагноз.

III. Планування медсестринських втручань.

IV. Реалізація плану медсестринських втручань.

V. Оцінка та корекція результатів медсестринських втручань.

Максимальне використання навичок об'єктивного обстеження необхідне в разі відсутності лікаря. Кожного разу при повторному контакті з пацієнтом медичні сестра/брат проводять всі п'ять етапів медсестринського процесу, просто в неповному обсязі, достатньому для динамічного спостереження.

1 етап медсестринського процесу – медсестринське обстеження.

Мета першого етапу - визначити конкретні потреби людини або сім'ї в медсестринському догляді, а також їхні можливості надання самопомоги. При першому ж контакті з пацієнтом сестра/брат медичні починають збирати інформацію. В процесі первинної оцінки можна виділити декілька систематичних стадій:

1. Збір необхідної інформації.
2. Інтерпретація зібраної інформації.
3. Визначення явних і потенційних потреб людини у догляді, її можливостей в наданні самопомоги.
4. Розробка першочергових завдань догляду.
5. Перевірка правильності визначених вами потреб і основних завдань, де це можливо, із самим пацієнтом.

Збір інформації

Розпитування. Одним із найважливіших завдань сестри/брата медичних є оволодіння методикою розпитування хворих. Обстеження пацієнта починається з того, що йому ставлять запитання. Сукупність відомостей, отриманих при розпитуванні хворого, називається анамнезом (від грецького слова *anamnesis* - спогад), а процес отримання цих відомостей при співбесіді називається збиранням анамнезу.

Проведення опитування вимагає спеціальних знань, психологічної підготовки сестри/брата медичних для встановлення довірливих стосунків з пацієнтом, для



тактовного ведення бесіди. Джерелом інформації може бути не тільки хворий, але і члени його сім'ї, колеги по роботі, друзі, випадкові перехожі тощо.

Опитування включає:

- з'ясування *паспортних даних*,
- *історія виникнення проблеми в здоров'ї пацієнта*,
- *розвиток (в дитинстві)*,
- *соціологічні дані* (взаємовідносини, місце роботи, навколишнє середовище, у якому пацієнт живе і працює),
- *інформація про духовний розвиток* (духовні цінності, віра тощо),
- *відомості про культуру* (етнічні і культурні цінності),
- *психологічні дані* (індивідуальні особливості характеру, самооцінка і здатність приймати рішення).

Правила розпитування. При першому контакті з обстежуваним медичні сестра/брат знайомиться з ним, уточнюючи паспортні відомості:

Загальні відомості про пацієнта: прізвище, ім'я, по батькові, стать, дату народження, хто направив, сімейний стан, професію, вік, місце проживання і місце роботи.

Проблеми пацієнта і їх деталізація. Проблеми - неприємні відчуття, що виникають при порушенні функції чи структури функціональних систем. Розповідь пацієнта про проблеми необхідно деталізувати. Опитування по системах органів.

Історія виникнення проблеми в здоров'ї пацієнта . З цією метою з'ясовують давність виникнення *захворювання; його розвиток; у якій послідовності з'явилися ті чи інші клінічні прояви; з чим пацієнт пов'язує розвиток захворювання; у разі хронічного перебігу* – як часто виникали рецидиви, де отримував лікування в разі загострення (в умовах стаціонару чи амбулаторно); *які методи лікування застосовував пацієнт* (терапевтичні, хірургічні тощо); *які лікарські засоби вживав та вживає зараз, чи було ефективним проведене раніше лікування; можливі причини неефективності лікування.*

Анамнез життя - є медичною історією життя пацієнта, збирається в певній послідовності:

- **біографічні дані** (де і коли народився, де мешкав, особливості фізичного та психічного розвитку). З'ясувати перебування в регіонах за межами місця звернення. У чоловіків з'ясовуємо де служили (вплив радіації);
- **трудоий анамнез:** наявність професійних шкідливостей (хімічні речовини, робота в нічні зміни, наявність частих стресів тощо);
- **побутовий анамнез:** умови проживання, режим харчування, повноцінність харчування;
- **шкідливі звички:** вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління тощо;
- **спадковість** (збирають відомості про прямих близьких родичів);
- **алергологічний анамнез:** наявність алергії на лікарські засоби, продукти харчування, інші речовини;

- **перенесені захворювання і травми; у жінок збирають гінекологічний анамнез:** аборти, перебіг вагітності та пологів, перенесені гінекологічні захворювання тощо;
- **епідеміологічний анамнез:** контакт із пацієнтами на інфекційні захворювання тощо.

Всі дані, зібрані про життя і захворювання пацієнта, є строго конфіденційними, не підлягають розголошенню, тобто є медичною таємницею.

Після завершення опитування переходять до **об'єктивних методів обстеження**.

Проводячи обстеження пацієнта, слід з'ясувати:

- стан його здоров'я з урахуванням кожної з 14 фундаментальних потреб;
- що цей пацієнт здатен робити сам, яка допомога йому потрібна для задоволення кожної потреби;
- як нинішній стан здоров'я пацієнта, його соціальні потреби заважають йому здійснювати само догляд або допомогу вдома;
- які потенційні труднощі чи проблеми можна передбачити у зв'язку зі зміною його здоров'я;
- здатність людини до само догляду, яку допомогу їй можуть надати родичі чи друзі та інші.

Об'єктивне обстеження проводиться по визначеній схемі. Всі отримані дані заносяться в медсестринську карту пацієнта. Спочатку проводять огляд пацієнта, потім пальпацію, перкусію, аускультацию по схемі:

- **органи системи дихання;**
- **органи серцево-судинної системи;**
- **органи системи травлення;**
- **органи сечовивідної системи;**
- **опорно-руховий апарат;**
- **ендокринна і нервова система.**

Огляд проводиться за дотриманням певних правил: **достатнє освітлення; тепле приміщення, відсутність сторонніх осіб.**

Огляд пацієнта розділяють на **загальний та місцевий**.

Спочатку проводять **загальний огляд**, а потім послідовно оглядають ділянки тіла.

Огляд починається з визначення **свідомості**. Вона може бути ясна або порушена:

- **сопор** (сплячка - пацієнт відповідає лише на окрик);
- **ступор** (оглушеність – пацієнт відповідає з затримкою, не повністю, швидко припиняє контакт);
- **кома** (повна втрата свідомості, з відсутністю рефлексів і порушенням вітальних функцій організму);
- **марення** (поява у пацієнта бачень, не пов'язаних із реальним життям).



При оцінці мови пацієнта слід звернути увагу на чіткість вимови, структуру мовлення, послідовність мислення. При будь яких відхиленнях слід в'яснити тривалість таких змін, чи не є вони індивідуальною особливістю пацієнта з часу становлення мовних функцій.

Загальний стан пацієнта може бути: *задовільним; середнього ступеня тяжкості; тяжким; вкрай тяжким*, термінальний стан — закріплена кома з грубими ознаками ураження ствола і порушеннями вітальних функцій. Така оцінка вкрай важлива для прогнозування подальших медичних втручань (місце лікування, застосування конкретного лікувально-охоронного режиму, можливість до транспортування, прогноз для життя)

Положення в ліжку може бути: *активне; пасивне; вимушене*.

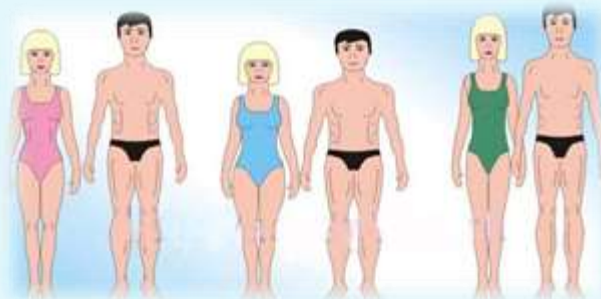
На сьогоднішній день існує декілька стандартизованих оціночних таблиць щодо загального стану пацієнта (Глазго, Шахновича). **Шкала коми Глазго** (ШКГ, Глазго-шкала важкості коми, The Glasgow Coma Scale, GCS) — шкала для оцінки ступені порушення свідомості і коми дітей старше 4-х р. та дорослих. Шкала була опублікована в 1974 році Грехемом Тиздейлом та Б. Дж. Дженнетт, професорами нейрохірургії Інституту Неврологічних наук Університету Глазго

Шкала складається з трьох тестів, що оцінюють реакцію відкривання очей (**E**), а також мовні (**V**) та рухові (**M**) реакції. За кожен тест нараховується певна кількість балів. В тесті відкривання очей від 1 до 4, в тесті мовних реакцій від 1 до 5, а в тесті на рухові реакції від 1 до 6 балів. Таким чином, мінімальна кількість балів — 3 (глибока кома), максимальна — 15 (ясна свідомість).

- ✓ 15 балів — свідомість ясна.
- ✓ 14-13 балів — помірно оглушення.
- ✓ 12—11 балів — глибоке оглушення.
- ✓ 10—8 балів — сопор.
- ✓ 7-6 балів — помірна кома.
- ✓ 5-4 балів — глибока кома.
- ✓ 3 бали — погранична кома, загибель мозку.

Звертають увагу на **вираз обличчя**: *перелякане, втомлене, нерухоме, страждальницьке, байдуже*.

Будова тіла - це поняття охоплює конституцію, зріст і масу тіла.



Конституція:

гіперстенічна - низькі, широкі у плечах, реберний кут більше 90°;
астенічна - високі, вузькі у плечах, реберний кут менше 90°;
нормостенічна - з пропорційною будовою тіла.

Маса тіла людини може бути:

- *недостатньою* - зниженого вигодування;
- *нормальною* - задовільного вигодування;
- *надмірною* - підвищеного вигодування;
- *кахексія* - крайній ступень схуднення.

Під час огляду **шкіри** звертають увагу на колір:

- **блідість** (анемія, колаптоїдні реакції, захворювання крові, серця);
- **ціаноз** (синюшність, яка спостерігається при критичних станах, хворобах крові, серця, може бути **дифузним** (всього тіла) і **акроціаноз** - периферична синюшність);
- **гіперемована**;
- **іктеричність** - жовтушність при захворюваннях печінки і крові;
- **сірувато-землистий** - при онкологічних захворюваннях.

Зменшення еластичності шкіри спостерігається при зневодненні організму, при анемії; ендокринних хворобах, кахексії, в процесі старіння. Крім цього шкіра може бути **сухою** - при трофічних, ендокринних порушеннях і **надмірно вологою** - гарячка, туберкульоз, ендокринні хвороби. Звертають увагу на **висипи, післяопераційні рубці** тощо.

Оцінюють **поставу і ходу**.

Звертають увагу на **форму голови**, положення голови. На обличчі можлива поява ознак протилежної статі (оволосіння у жінок при ендокринологічних порушеннях). Одутлість (при захворюваннях нирок і ендокринних порушеннях).

Існують деякі **зміни в обличчі**, типові для певних хвороб:

- **обличчя Корвізара** - одутле, жовтувато-бліде, акроціаноз;
- **акромегалічне** - збільшення випнутих частин (ніс, підборіддя), при ендокринному захворюванні;
- **обличчя «воскової ляльки»** - одутле, бліде з жовтуватим відтінком,
- **обличчя Гіппократа** - бліде, з загостреними рисами, типове для колаптоїдних реакцій.

Потім звертають увагу на **повіки і форму очної щілини**:

- **набряклість повік** - захворювання нирок;
- **ксантоматоз** - холестеринові мішечки жовтуватого кольору на повіках, при ураженні печінки і атеросклерозі;
- **витришкуватість** - при захворюваннях щитоподібної залози.
- **звуження зіниць** - при уремії, пухлинах, отруєння препаратами морфія, внутрішньочерепних крововиливах.

Важливе значення мають **форма і розмір зіниць**:

- **міоз** - звуження зіниць, при уремії, пухлинах і крововиливах у мозок;
- **мідріаз** - розширення зіниць - ознаки коми;
- **анізокорія** - зіниці очей неоднакового розміру.

При огляді **носа** потрібно звертати увагу на його збільшення і потовщення (акромегалія), на зміну форми.

При огляді **порожнини рота** звертають увагу на стан слизової оболонки - висипки, виразки, тріщини, крововиливи, які є ознаками хвороб. Відсутність багатьох зубів може сприяти виникненню захворювань травного каналу, а наявність каріозних зубів є джерелом хронічних інфекцій. Обов'язково оглядають **язик** - в нормі вологий, чистий, але при деяких захворюваннях

вкривається нашаруванням (білим, жовтим, темно-коричневим), стає сухим, змінюється структура його поверхні - гладкий, тріщини, « лакований».

Оглядають волосся, нігті, лімфатичні вузли.

При **огляді ший** звертають на такі можливі зміни:

- **зміна конфігурації** - потовщення дифузне або часткове при захворюваннях щитоподібної залози;
- **збільшення шийних лімфатичних вузлів** при туберкульозі, онкологічних захворюваннях і хворобах крові;
- **патологічна пульсація судин** - при хворобах крові, серця.

Форма грудної клітини (можуть бути зміни):

- **емфізематозна** - коротка, глибока й широка, спостерігається у пацієнтів з розширенням легенів (вона має бочкоподібну форму);
- **паралітична** - плоска, довга, часто вузька;
- **лійкоподібна** - характеризується вдавленням нижньої частини груднини і мечоподібного відростка;
- **сколіотична** - розвивається внаслідок викривлення хребта вбік;

При огляді хребта можна виявити:

- **кіфоз** - хребет вигнутий назад;
- **лордоз** - хребет угнутий вперед.

Огляд **кінцівок** дає змогу виявити стан суглобів: припухлість, збільшення тощо.

Під час огляду **живота** визначають його форму і розміри, наявність випинань.

Пальпація



Пальпація - це метод обстеження пацієнта, оснований на використанні дотикових відчуттів пальців чи кистей однієї або обох рук. Метод доповнює дані огляду і дозволяє визначити болючість, місцеву

температуру, вологість шкіри, рухомість та величину лімфатичних вузлів.

Пальпацією досліджують всі зовнішні структури, кістки, зчленування, м'язи, сухожилля і суглоби, поверхневі артерії і варикозно розширені вени, поверхневі нерви; цим способом виявляють наявність набряків і гематом.

Види пальпації: поверхнева та глибока. Руки сестри/брата медичних повинні бути теплими, пальпацію проводять кінчиками пальців з коротко обстриженими нігтями. Пальпацію проводять без натискування послідовно, легко дотикаючись до поверхні всіх частин тіла.

Положення пацієнта при цьому залежить від того, у якій ділянці проводять пальпацію. Сестра/брат медичні повернуті обличчям до пацієнта, що дозволяє контролювати реакцію хворого на обмацування.

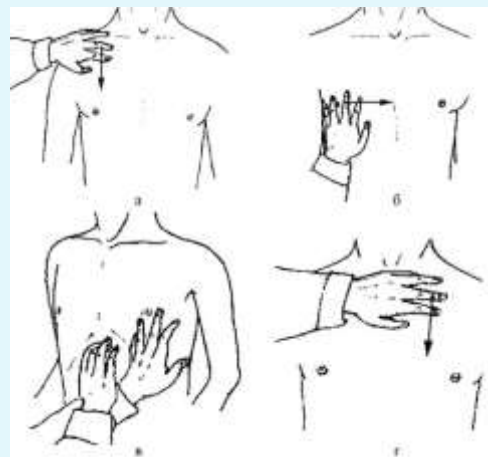
Перкусія

Перкусія - вистукування, постукування.

Метод ґрунтується на вистукуванні поверхні тіла, з тим, щоб за характером отриманого звуку оцінити фізичні властивості органів, що лежать під

поверхнею тіла. Метод введений в практику віденським лікарем Ауенбругером в 1861 р.

Принцип перкусії полягає в тому, що під час постукування в певній ділянці тіла виникають різні звуки, характер який залежить від структури і ступеня пружності тканин. Загальновідомо, над якими органами повинен виникати в нормі перкуторний звук, і за його змінами судять про наявність патології. Звуки, що виникають під час перкусії:



1. Ясний (легені).
2. Тупий (серце, печінка).
3. Тимпанічний (кишківник, шлунок).

Шляхом перкусії визначають розміри внутрішніх органів грудної та черевної порожнин, їх співвідношення, наявність у них патологічних змін, болючість. Цей метод також застосовують з метою визначення фізичних властивостей внутрішніх органів та їх меж.

Розрізняють (за технікою виконання): **безпосередню і посередню перкусію**. **Безпосередня перкусія** - коли одним або декількома пальцями вистукають по тілу пацієнта. При **посередкованій перкусії** постукування проводять по плесиметру. Найчастіше використовують перкусію пальцем по пальцю. Розрізняють за **метою порівняльну** - порівнюють звуки над симетричними органами (над легенями, у нормі вони повинні бути однаковими) та **топографічну** - визначають межі внутрішніх органів (легені, серце, печінка тощо).

Аускультация

Аускультация (вислуховування) - вислуховуються звуки (шуми), які самостійно виникають унаслідок функціонування різних внутрішніх органів. Аускультацию вперше запровадив французький лікар Рене Лаенек. Проводять аускультацию за допомогою стетоскопа або фонендоскопа.

Загальні правила аускультации:

1. У приміщенні повинна бути не тільки тиша, а й тепло.
2. Стетоскоп прикладають до оголеної ділянки тіла.
3. У разі надмірного оволосіння шкіри під час аускультации можуть виникати додаткові шуми внаслідок тертя волосся під стетоскопом, тому волосся необхідно змочити водою, масляним або мильним розчином.
4. Раструб стетоскопа повинен прилягати до шкіри по всій поверхні для того, щоб між вухами і тілом пацієнта утворився замкнутий повітряний стовбур, коливання якого в основному й проводить звук.
5. Стетоскоп необхідно притискати до тіла.
6. Під час аускультации не треба притримувати гумові трубки стетоскопа руками. Звуки виявлені під час аускультации відзначаються певною гучністю, тривалістю і висотою. Об'єктами аускультации передусім є органи грудної клітки (легені і серце), деякі периферичні судини (сонна, стегнова, плечова артерії, яремна вена), та меншою мірою – черевна порожнина (шлунок, кишки), в яких визначають

нормальні і патологічні звукові явища. Кінцевим результатом першого етапу медсестринського процесу є документування отриманої інформації і створення бази даних про пацієнта.

Зібрані дані записуються в медсестринську історію хвороби відповідно до визначеної форми. Медсестринська історія хвороби – юридичний протокол-документ самостійної, фахової діяльності сестри/брата медичних в рамках їх компетенції. Мета медсестринської історії хвороби - контроль за діяльністю сестри/брата медичних.

Лабораторно-інструментальні методи обстеження.

Застосування цих методів дозволяє не тільки глибше вивчати відомі захворювання, але і, що більш важливо, в деяких випадках забезпечує діагностику захворювань на доклінічному етапі розвитку їх.

В результаті проведеного першого етапу медсестринського процесу - обстеження пацієнта - медичні сестра/брат заповнюють карту медсестринського обстеження пацієнта.

II етап медсестринського процесу - медсестринська діагностика

Як тільки сестра/брат медичні приступили до аналізу отриманих у ході обстеження даних, починається **другий етап медсестринського процесу - встановлення проблем пацієнта і формування медсестринського діагнозу**. Оскільки в пацієнта є декілька проблем, пов'язаних із здоров'ям, сестра/брат медичні не можуть приступити до їхнього вирішення одночасно. Тому для успішної допомоги пацієнтові медичні сестра/брат повинні їх розглядати з врахуванням пріоритетів. Пріоритети класифікуються на первинні, проміжні і вторинні.

Наступним завданням другого етапу є формування медсестринського діагнозу. Усього перелік медсестринських діагнозів включає 114 основних найменувань. Медсестринський діагноз - це визначення проблеми пацієнта, яка формується на основі зібраних даних і зроблених висновків.

Проблеми пацієнта поділяються на **існуючі і потенційні**. **Існуючі проблеми** - це проблеми, які турбують пацієнта в даний момент. Наприклад: під спостереженням знаходиться пацієнт, який одержав травму хребта. Потерпілий знаходиться на суворому ліжковому режимі. Проблеми пацієнта, які турбують його в даний час- біль, стресовий стан, обмеження рухливості, дефіцит самодогляду і спілкування. **Потенційні проблеми** - ті, які ще не існують, але можуть з'явитися з часом. У нашого пацієнта потенційними проблемами є поява пролежнів, пневмонія, зниження тону м'язів, запори, тріщини, геморої.

Для успішної допомоги пацієнтові сестра/брат медичні повинні розглядати з **врахуванням пріоритетів**.

Пріоритети класифікуються на **первинні, проміжні і вторинні**. **Первинний пріоритет** мають проблеми, які вимагають негайного вирішення. Проблеми пацієнта з **проміжним пріоритетом** включають неекстремальні і безпечні для життя потреби хворого. Проблеми **вторинного пріоритету** - потреби пацієнта, які не мають прямого відношення до захворювання або прогнозу.

Повернемося до нашого прикладу і розглянемо його з врахуванням пріоритетів. З існуючих проблем перше, на що повинна звернути увагу медичні сестра/брат, це больовий синдром, стрес - *первинні проблеми*, розміщені в порядку значимості. Вимушене положення тіла, обмеження дій, дефіцит самодогляду і спілкування - *проміжні проблеми*.

З потенційних проблем первинними є можливість появи пролежнів і нерегулярне випорожнення кишечника. *Проміжними* - пневмонія, зниження тону м'язів. При кожній виявленій проблемі сестра/брат медичні розмірковують собі план дій, не залишаючи без уваги і потенційні проблеми, тому що вони можуть перетворитися в явні.

Наступним завданням другого етапу є **формулювання медсестринського діагнозу**.

Усього перелік медсестринських діагнозів включає 114 основних найменувань. У даний час можна зустріти багато визначень медсестринського діагнозу.

Медсестринський діагноз - це визначення проблеми пацієнта, яка формується на основі зібраних даних і зроблених висновків.

Лікарський діагноз не змінюється, якщо не була допущена лікарська помилка, а медсестринський діагноз може змінюватися щодня і навіть протягом дня у міру того, як змінюються реакції організму на хворобу.

Обробка даних.

Інформація, зібрана сестрою/братом медичними про пацієнта, є надзвичайно важливою для складання медсестринського діагнозу і відповідного планування медсестринського догляду.

Перед плануванням зібрані дані повинні бути опрацьовані, класифіковані, інтерпретовані і підтверджені.

Класифікація.

Під час фази визначення сестра/брат медичні накопичують багато даних, які вкрай складно використати в такому вигляді, в якому вони були зібрані. ***Класифікація*** є групуванням інформації за особливими категоріями.

Інтерпретація.

Другим кроком обробки даних є інтерпретація, яка включає в себе визначення важливих даних, порівняння зі стандартами або нормами і виявлення тенденцій.

Сигнал - це інформація про пацієнта, отримана під час процесу визначення. Приклади сигналів: - температура 36 °С; - ріст 186 см; - вага 80 кг.

Висновок є судженням, яке зробили сестра/брат медичні на основі обстеження і досвіду.

Підтвердження.

Останнім кроком обробки даних є підтвердження. В цій фазі сестра/брат медичні намагаються підтвердити точність інтерпретації даних. Найбільш часто це виконується шляхом прямої взаємодії з пацієнтом або іншими особами.

Як написати медсестринський діагноз?

Формулювання медсестринського діагнозу складається з двох частин, з'єднаних словами "пов'язаний з" . Діагностичне формулювання починається з визначення людських реакцій пацієнта (частина 1) і встановлення пов'язаних із ними факторів (частина 2).

Частина 1 - людські реакції.

Ця інформація допускає два медсестринських діагнози, які відображають наявність людських реакцій на те, що турбує пацієнта. В першій частині буде написано, наприклад:

1. "Біль" вказує, що пацієнт зазнає болю.
2. "Можливість запору" вказує на можливість виникнення запору.

Частина 2 - етіологічні фактори.

Етіологічні фактори (причина) визначаються в другій частині діагностичного формулювання. Для запобігання, зменшення або полегшення реакції сестра/брат медичні повинні знати, чим вона викликана. Етіологічні фактори визначають фізіологічні, психологічні, соціокультурні, духовні фактори і фактори довкілля, які розглядаються як причина реакції пацієнта.

Приклади етіологічних факторів. Фізіологічні.

Нерухомість.

Психологічні.

Страх смерті.

Ефекти сенсорної недостатності. Почуття самотності.

Соціокультурні.

Понижена економічна спроможність.

Довкілля.

Підвищений шум.

Духовні.

Неспроможність дотримуватись релігійних переконань.

Заперечення переконань про Бога.

Конфлікт релігійних переконань і призначеного режиму.

Таким чином, другий етап медсестринського процесу дає можливість сестрі/брату медичним виділити основну проблему пацієнта і сформулювати медсестринський діагноз. Визначення медсестринських діагнозів та розширення функціональних обов'язків медичних сестер/братів передбачено реформою медсестринської освіти в Україні.

Проблеми пацієнта.

Серцево-судинна система. Біль в ділянці серця, його локалізація (за грудниною, в ділянці верхівки), умови виникнення (при фізичному навантаженні, хвилюванні, в спокої), іррадіація (в ліву руку, нижню щелепу, міжлопатковий простір, під ліву лопатку). Характер болю (стискаючий, колючий, пекучий, ниючий, відчуття важкості), періодичність (постійний, нападаподібний), тривалість, інтенсивність, супровідні явища, після чого проходить. Серцебиття, частота (постійно, періодично), тривалість, час і умови виникнення (при фізичному навантаженні, при зміні положення, у спокої, при хвилюванні, без видимої причини). Перебої в серці, що супроводжуються відчуттям зупинки серця, перевертання його, з чим пов'язує виникнення.

Задишка: умови її виникнення (при фізичному навантаженні, при розмові, в спокої, залежно від положення хворого): характер задишки (утруднений вдих чи видих), нападами чи постійна.

Ядуха: час появи (вдень, вночі), зв'язок з фізичним навантаженням, частота нападів, тривалість, умови, за яких настає полегшення.

Набряки, їх локалізація, час появи (вранці, в кінці дня, постійно, після чого зменшуються чи проходять).

Переміжна кульгавість, час виникнення, після чого проходить.

Дихальна система. Дихання через ніс вільне чи утруднене. Відчуття сухості в горлі чи за грудниною. Біль в грудній клітці, локалізація, характер болю (гострий, тупий, ниючий, колючий), інтенсивність болю, зв'язок з диханням, кашлем, зміною положення тіла.

Кашель, час і умови появи: вранці, вночі, постійно, періодично, голосність і тембр кашлю: гавкаючий кашель, беззвучний кашель, покашлювання, сухий чи з харкотинням. Кількість мокротиння за добу, в яку пору доби і в якому положенні хворого воно краще відходить, колір, запах, домішки крові (прожилки, мокротиння змішане з кров'ю, чиста кров у вигляді декількох плевків, велика кількість — кровохаркання). Колір крові (світло-червона, темна, іржавого чи малинового кольору).

Задихка: умови виникнення (в спокої, при фізичному навантаженні), утруднений вдих чи видих, причини виникнення (запах, хвилювання, фізичне навантаження). Ядуха, передвісники, час виникнення, поведінка і положення хворого під час нападу. Тривалість нападу ядухи:, після чого проходить (вживання ліків, інгаляція чи парентеральне введення їх).

Лихоманка, ступінь підвищення, характер лихоманки, остуда, підвищена пітливість. Нічна пітливість.

Травна система. Апетит збережений, відсутність апетиту, зменшений, підвищений, страх перед вживанням їжі. Спрага, кількість випитої рідини за добу, слинотеча, сухість, гіркота в роті, зіпсуття смаку, біль і печія в язиці.

Ковтання і проходження їжі по стравоходу (болісне, утруднене залежно від характеру їжі, неможливе).

Біль в животі, його локалізація, умови виникнення, залежність від часу приймання (зразу після приймання їжі, через декілька годин, "голодний" і "нічний" біль) і характеру їжі (жирної, смаженої, гострої, молочної).

Інтенсивність, іррадіація болю, тривалість, сезонність болю. Фактори, що полегшують біль (блювання, приймання їжі, медикаментів, соди, тепло, холод).

Блювання, час виникнення (натще, через який час після приймання їжі чи незалежно від нього), кількість і характер блювотних мас (їжею, жовчу, кавовою гущею з домішками свіжої крові). Чи полегшує блювання стан хворого. Запах блювотних мас (кислий, гнильний, без запаху).

Нудота, чи передує блюванню, залежність від приймання їжі і її характеру.

Відрижка: час її появи і характер (повітрям, їжею, кислим, "тухлим").

Печія: зв'язок з прийманням їжі, чим полегшується.

Здуття живота, відходження газів, бурчання в животі, тенезми. Випорожнення: частота (регулярне, нерегулярне, після послаблюючих клізм), кількість, консистенція (оформлене, у вигляді кашки, рідке), колір і запах калу, домішки (слиз, кров, гній, гельмінти).

Свербіння, біль в ділянці заднього проходу.

Органи сечовиділення. Біль в поперековій ділянці: характер (тупий, гострий), постійний чи у вигляді нападів, іррадіація, тривалість, фактори, що сприяють появі чи підсиленню болю і його полегшенню.

Сечовипускання повільне, болісне, частота (вдень і вночі), кількість сечі за добу, колір (солом'яно-жовтий, "м'ясних помиїв", "пива"). Запах, осад сечі. Мимовільне сечовипускання.

Ендокринна система: порушення росту і будови тіла, зміна ваги (ожиріння, виснаження), розлади статевого дозрівання. Зміни шкіри (надмірна пітливість чи сухість, поява рубців). Порушення волосяного покриву (надмірний розвиток, поява його на незвичних для статі місцях, випадання волосся). Розлади місячних і безпліддя жінок.

Локомоторний апарат. Біль в суглобах, кістках, м'язах, зв'язок зі зміною погоди. Припухлість, деформація суглобів, біль в хребті при рухах (в яких відділах).

Нервова система і органи чуття. Головний біль: локалізація, інтенсивність, тривалість, чим полегшується. Запаморочення. Сон: рівний, глибокий, безсоння, сновидіння, працездатність збережена, знижена. Подразливість, плаксивість. Корчі, парестезії, запаморочення, втрата свідомості. Шум у вухах, зір, слух, відчуття запаху, смаку.

Таксономія медсестринських діагнозів:

1. Серцево-судинна система.

1. Задишка.
2. Ядуха.
3. Виділення кров'янистого пінистого харкотиння.
4. Біль у грудях.
 - 4.1. Гострий стискаючий біль за грудниною.
 - 4.2. Гострий пекучий біль за грудниною.
 - 4.3. Постійний біль у ділянці серця.
5. Підвищення артеріального тиску (артеріальна гіпертензія).
6. Зниження артеріального тиску (артеріальна гіпотензія).
7. Запаморочення.
8. Знепритомніння.
9. Серцебиття.
10. Перебої в діяльності серця.
11. набряки.
 - 11.1. Периферичний набряк.
 - 11.2. набряки тіла.
12. Стискаючий біль у потилиці.
13. блювання, пов'язане з артеріальною гіпертензією.
14. Носові кровотечі, пов'язані з артеріальною гіпертензією.
15. Ціаноз (посиніння).

2. Дихальна система.

1. Порушення дихання (диспное).
 - 1.1. Порушення вдиху.
 - 1.2. Порушення видиху.
2. Задишка.

- 2.1.Інспіраторна.
- 2.2.Експіраторна.
- 2.3.Змішана.
- 2.4.Ядуха.
- 3. Ядуха, пов'язана з порушенням прохідності дихальних шляхів.
- 4. Кашель.
- 4.1. Сухий кашель.
- 4.2. Кашель з виділенням харкотиння.
- 4.3. Кашель з виділенням гнійного харкотиння.
- 5. Біль у грудній клітці.
- 6. Важкість у грудній клітці.
- 7. Кровохаркання.
- 8. Легенева кровотеча.
- 3.Травна система.**
- 1. Нудота.
- 2. Блювання.
- 2.1.Одноразове.
- 2.2.Багаторазове.
- 2.3.Безперервне.
- 2.4.Блювання кров'ю (кавова гуща) .
- 3. Відрижка.
- 4. Печія.
- 5. Гикавка.
- 6. Метеоризм.
- 6.1.Загальний.
- 6.2.Локальний.
- 7. Закреп.
- 8. Слиновиділення.
- 8.1.Підвищене (гіперсалівація).
- 8.2.Знижене (гіпосалівація).
- 9. Пронос.
- 9.1. Без слизу, зі слизом.
- 9.2. Без крові, з кров'ю.
- 9.3. Довготривалий.
- 10. Біль у животі.
- 10.1.Біль в епігастрії.
- 10.2.Біль у правому і лівому підребер'ях.
- 10.3. Оперізуючий.
- 10.4.Біль у правій і лівій здухвинних ділянках.
- 10.5.Різкий біль із напруженням передньої черевної стінки.
- 10.6.Постійний.
- 10.7. Переймоподібний.
- 11. Печінкова колька.
- 12. Гостра кровотеча.
- 12.1.Шлункова.

12.2.Кишкова.

13. Порушення апетиту.

13.1.Відсутність апетиту.

13.2.Зниження апетиту.

13.3.Підвищення апетиту.

13.4.Страх перед вживанням їжі.

13.5.Порушення смаку.

14. Жовтяниця.

4. Система сечовиділення.

1. Біль у поперековій ділянці.

2. Ниркова колька.

3. набряки.

4. Зміни сечовиділення.

4.1. Розлади сечовипускання (дизурія).

4.2. Утруднене болісне сечовипускання (странгурія).

4.3. Діурез менший ніж 500 мл/добу (олігоурія).

4.4. Діурез більший ніж 2000 мл/добу (поліурія).

4.5. Часте сечовипускання (полакіурія).

4.6. Зниження відносної щільності сечі (гіпостенурія).

4.7. Постійне зниження відносної щільності сечі (гіпоізостенурія).

4.8. Одноманітна відносна щільність сечі (ізостенурія).

4.9. Припинення виділення сечі (анурія).

4.10. Затримка сечі (ішурія).

4.11. Переважання нічного діурезу над денним (ніктурія).

4.12. Поява в сечі еритроцитів (гематурія).

4.13. Еритроцити в сечі до 15 в полі зору (мікрогематурія).

4.14. Більше 15 еритроцитів в полі зору, зміна кольору сечі (макрогематурія).

4.15. Поява в сечі бактерій (піурія).

4.16. Поява в сечі білка (протеїнурія).

4.17. Поява в сечі лейкоцитів (лейкоцитурія).

5. Диспепсичний синдром, пов'язаний з уремичною інтоксикацією.

6. Ниркова еклампсія.

5.Ендокринна система.

1.Спрага.

2.Ожиріння.

3.Виснаження.

4.Порушення росту.

4.1. Карликовість.

4.2. Гігантизм.

5.Порушення ковтання.

6.Пошкодження волосяного покриву.

7.Зміна кольору шкіри.

8.Очні симптоми

8.1. Витрішкуватість.

8.2. Ністагм

8.3. Мідріазм

6. Опорно-рухова система.

1. Біль у суглобах.
2. Припухлість суглобів.
3. Деформація суглобів.
4. Обмеження рухів у суглобах.
5. Біль у кінцівках.
6. Переміжна кульгавість.

7. Нервова система, психічна діяльність.

1. Головний біль.
2. Порушення сну.
 - 2.1. Безсоння.
 - 2.2. Порушення формули сну.
 - 2.3. Сонливість.
4. Тремор.
5. Порушення розумового інтелекту.
 - 5.1. Лабільність психіки
 - 5.2. Занепокоєння.
 - 5.3. Тривога.
 - 5.4. Страх.
 - 5.5. Плаксивість.
 - 5.6. Подразливість.
6. Зміна ЦНС.
 - 6.1. Корчі.
 - 6.2. Парестезії
7. Порушення свідомості.
 - 7.1. Запаморочення.
 - 7.2. Ступор.
 - 7.3. Сопор.
 - 7.4. Кома.
 - 7.5. Психомоторне збудження.
 - 7.6. Марення.
8. Порушення психіки
 - 8.1. Депресивний стан.
 - 8.2. Маніакальний стан.
 - 8.3. Аутизм.
 - 8.3. Напад істеричних проявів.
 - 8.4. Патологічна реакція горя.
 - 8.5. Високий ризик насилля, спрямованого на інших осіб.
 - 8.6. Високий ризик спрямованого на себе насилля.
 - 8.7. Високий ризик травмування.
 - 8.8. Статус конвульсійних нападів.
 - 8.9. Відмова (або неможливість) вживати їжу.
 - 8.10. Відмова від приймання ліків.

8. Органи чуття.

1. Шум у вухах.
2. Зниження слуху.
3. Закладення вух.
4. Біль у вусі.
5. Виділення гною з вуха.
6. Порушення зору.
7. Зниження зору.
8. Втрата зору (сліпота).
10. Двоїння зору (диплопія).
11. Світлобоязнь (фотофобія).
12. Біль в оці, свербіння.
13. Виділення з ока.
14. Сльозотеча.
15. Закладення носа.
16. Виділення з носа.
17. Носова кровотеча.

9. Репродуктивна сфера.

1. Вагітність.
 - 1.1. Ранній гестоз (блювання вагітних, слинотеча).
 - 1.2. Пізній гестоз вагітних.
 - 1.3. Загроза переривання вагітності.
2. Пологи (I, II, III періоди пологів).
3. Кровотечі в післяпологовий період.
4. Біль у молочній залозі.
5. Тріщини сосків.
6. набряк молочної залози.
7. Гнійні виділення з піхви.
8. Випадання статевих органів.
9. Маткова кровотеча.
10. Нагноєння епізіотомічної рани.
11. Нагноєння післяопераційної рани.

10. Загальні реакції організму.

1. Гіпертермія.
2. Гіпотермія.
3. Пітливість.
4. Мерзлякуватість.
5. Загальна слабкість.
6. Перевтома.
7. Зниження працездатності.
8. Втрата працездатності.
9. Зміни шкіри і слизових оболонок.
10. Висока ймовірність пролежнів.
11. Пролежні.
 - 11.1. I стадія

- 11.2. II стадія
- 11.3. III стадія
- 11.4. IV стадія
- 12. Зміни слизових оболонок рота.
- 13. Післяопераційна рана.
- 14. Травматичні ушкодження.

11.Зміни соціальної адаптації.

- 1. Соціальна ізоляція.
- 2. Порушення соціальної взаємодії.
- 3. Порушення вербального спілкування.
- 4. Зміна рольової діяльності.

III етап медсестринського процесу – планування медсестринських втручань

План догляду координує роботу медсестринської бригади, медсестринський догляд, забезпечує його наступність, допомагає підтримувати зв'язок з іншими спеціалістами і службами. Письмовий план догляду за пацієнтом зменшує ризик некомпетентного догляду. Це не тільки юридичний документ якості медсестринської допомоги, але і документ, який дозволяє визначити економічні витрати, оскільки в ньому вказуються матеріали й обладнання, необхідні для виконання медсестринського догляду. План обов'язково передбачає участь пацієнта і його сім'ї в процесі догляду.

Необхідна постановка мети медсестринського догляду.

Існують дві мети: короткотермінова і довготермінова. **Короткотермінова** - це мета, яка повинна бути досягнена за короткий період часу, звичайно за 1-2 тижні. Вона ставиться, як правило, у гострій фазі захворювання. Це мета термінового медсестринського догляду.

Довготермінова - це мета, яка досягається за більш тривалий період часу (понад два тижні). Вона звичайно спрямована на попередження рецидивів захворювань, ускладнень, їх профілактику, реабілітацію і соціальну адаптацію, здобуття знань про здоров'я. Виконання цієї мети найчастіше припадає на період після виписки пацієнта.

Під час формулювання мети необхідно враховувати: дію (виконання), критерій (дата, час, відстань, очікуваний результат) і умови (за допомогою чого або кого). Наприклад: сестра/брат медичні повинні навчити пацієнта протягом двох днів робити самому собі ін'єкції інсуліну. Дія - робити ін'єкції; тимчасовий критерій - протягом двох днів; умова - за допомогою сестри/брата медичних. Для успішного виконання мети необхідно навчити пацієнта і створити сприятливе середовище для її досягнення.

Впорядкування плану догляду передбачає наявність стандартів медсестринської практики, тобто виконання того мінімального якісного рівня обслуговування, який забезпечує професійний догляд за пацієнтом. Після визначення мети і завдань з догляду сестра/брат медичні складають власне план догляду за пацієнтом - письмове керівництво з догляду. План догляду за пацієнтом являє собою докладне перерахування спеціальних дій сестри/брата медичних,

необхідних для проведення медсестринського догляду, що записується в медсестринську історію хвороби.

Основні правила написання медсестринських втручань.

Необхідно написати блок медсестринських втручань для досягнення кожного результату. Для найбільшої ефективності вони повинні бути написані максимально стисло і зрозуміло.

1. Медсестринські втручання повинні фіксуватися датою і підписом.

Після всіх медсестринських втручань має стояти дата, щоб можна було визначити час їхнього здійснення. Медсестринські втручання повинні бути підписані, щоб відобразити особисту відповідальність сестри/брата медичні перед пацієнтом і перед законом.

Ознайомлення з планом догляду.

Пацієнта.

Як і у випадку з первинною оцінкою, наш спосіб планованого догляду повинен давати можливість пацієнту брати участь у вирішенні питань догляду за ним. Якщо пацієнт не в змозі брати участь у цьому процесі, зі складеним вами планом можна ознайомити його і його сім'ю.

Інших членів бригади.

Всі працівники, причетні до його виконання, повинні ознайомитись з ним

Складений у письмовому вигляді план догляду є робочим інструментом для сестер та інших членів медико-санітарної бригади. Оскільки потреби людини змінюються, даний план теж повинен легко піддаватися зміні, перегляду і доповненню.

Запис про медсестринське втручання необхідно робити у вигляді чітких і стислих тез. Таким чином, третій етап медсестринського процесу забезпечує планування дій сестри/брата медичних, направлених на забезпечення потреб пацієнта.

IV етап медсестринського процесу – виконання плану медсестринського догляду

Його **метою** є проведення необхідного догляду за потерпілим, тобто надання допомоги пацієнту у забезпеченні життєвих потреб; навчання і консультивання, при необхідності, пацієнта і членів його сім'ї.

Існують такі різновиди медсестринських втручань: **незалежні, залежні, взаємозалежні.**

Незалежне медсестринське втручання передбачає дії, здійснювані сестрою/братом медичними за власною ініціативою, які керуються власним розумінням, без прямої вимоги з боку лікаря або вказівок від інших спеціалістів. Наприклад: навчання пацієнта навичок само-догляду, розслаблюючий масаж, поради пацієнту щодо здорового способу життя, організація дозвілля пацієнта, навчання членів сім'ї методів догляду за хворим тощо.

Залежне медсестринське втручання виконується на підставі письмових розпоряджень лікаря і під його контролем. Наприклад: підготовка пацієнта до діагностичного обстеження, виконання ін'єкцій, фізіотерапевтичних процедур тощо.

Взаємозалежне медсестринське втручання передбачає спільну діяльність сестри/брата медичних з лікарем та іншими спеціалістами (фізіотерапевтом, дієтологом, інструктором з лікувальної фізкультури, працівниками соціальної допомоги).

Потреба пацієнта в допомозі може бути тимчасовою, постійною і реабілітуючою.

Тимчасова допомога розрахована на короткий період часу, коли існує дефіцит самодогляду. Наприклад, при вивихах, дрібних хірургічних втручаннях і тощо. **Постійна допомога** потрібна пацієнту протягом усього життя - при ампутації кінцівок, при ускладнених травмах хребта і кісток таза і тощо. **Реабілітуюча допомога** - процес тривалий, його прикладом може бути лікувальна фізкультура, масаж, дихальна гімнастика, бесіда з пацієнтом.

Серед заходів щодо догляду за пацієнтами велике значення має бесіда з пацієнтом і порада, яку можуть дати медична сестра/брат в необхідній ситуації. Проводячи четвертий етап медсестринського процесу, сестр/брат медичні забезпечують здійснення **двох стратегічних напрямків**:

- спостереження і контроль за реакцією пацієнта на призначення лікаря з фіксацією отриманих результатів у медсестринській історії хвороби;
- спостереження і контроль за реакцією пацієнта на виконання медсестринських дій з догляду, пов'язаних із постановкою медсестринського діагнозу, і реєстрація отриманих результатів у медсестринській історії хвороби.

Виконання наміченого плану дій дисциплінує і сестру/брата медичних, і пацієнта. Нерідко сестра/брат медичні працюють в умовах дефіциту часу, який пов'язаний з неукомплектованістю медсестринського персоналу, великою кількістю пацієнтів у відділенні тощо. У цих умовах сестра/брат медичні повинні визначити:

- що повинно бути виконане негайно;
- що повинно виконуватися згідно з наміченим планом;
- що може бути зроблено, якщо залишиться час;
- що можна і потрібно передати наступній зміні.

Здійснення плану медсестринських втручань.

Здійснення - це реалізація медсестринського плану дій для досягнення конкретних результатів. Фаза здійснення починається після розробки плану догляду. Незалежно від установи охорони здоров'я, в якій працює сестра/брат медичні, для забезпечення догляду за пацієнтом використовується медсестринський процес. Існує три стадії здійснення медсестринського процесу: 1) підготовка; 2) втручання; 3) занесення в документацію.

Стадія 1. Підготовка.

Перша стадія фази здійснення полягає у підготовці сестри/брата медичних до початку втручання. Цій підготовці передуює серія дій:

1. Перегляд медсестринських втручань, встановлених під час етапу планування.
2. Аналіз необхідних медсестринських знань, і навичок.
3. Визначення можливих труднощів, пов'язаних з конкретними медсестринськими діями.

4. Визначення і забезпечення необхідними ресурсами.

5. Підготовка обладнання, необхідного для запланованих видів діяльності.

Перегляд необхідних медсестринських втручань.

При підготовці до здійснення медсестринських втручань сестра/брат медичні повинні їх переглянути для того, щоб переконатися, що вони всі ще актуальні і містять необхідні характеристики.

Аналіз знань і навиків, які вимагаються.

Після перегляду втручання в плані догляду сестра/брат медичні повинна визначити рівень знань і вид навиків, які необхідна для здійснення втручання. Це дозволяє сестрі/брату медичним визначити людину, яка зможе найбільш кваліфіковано виконати дії, які вимагаються.

Визначення можливих ускладнень.

Початок деяких медсестринських процедур може містити потенційний ризик для пацієнта. Сестрі/брату медичним необхідно знати всі можливі ускладнення, пов'язані з її діяльністю.

Забезпечення необхідних ресурсів.

При підготовці до початку медсестринських втручань потрібно уточнити наявність певних ресурсів, а саме: часу, персоналу і обладнання.

Час.

Існує безліч факторів часу, які можуть вплинути на здатність сестри/брата медичних здійснити план. Насамперед, сестра/брат медичні, повинні ретельно вибрати відповідний час для початку втручання.

Персонал.

Сестра/брат медичні повинні оцінити, яка кількість медсестринського персоналу повинна брати участь у здійсненні втручання.

Обладнання.

При підготовці медсестринського втручання потрібно також враховувати своєчасне визначення і доступність необхідного обладнання. Це дозволяє заздалегідь передбачати, яке обладнання знадобиться в процесі роботи.

Підготовка необхідного середовища.

Успішне здійснення медсестринських втручань вимагає середовища, в якому пацієнт відчуває себе комфортно і безпечно.

Комфорт.

При створенні комфортного середовища необхідно враховувати як фізичні, так і психологічні компоненти. Фізичні компоненти створюються безпосереднім оточенням (наприклад, кімната і простір, усамітнення, шум, запах, освітлення, температура).

Сестра/брат медичні повинні також враховувати психологічні мотиви, готуючись до здійснення медсестринських дій. Часто це вимагає навичок міжособового спілкування для створення середовища, в якому пацієнт відчував би себе комфортно, висловлюючи свої потреби, страхи, почуття, неспокій і розпач.

Безпека.

Сестрі/брату медичним потрібно враховувати безліч факторів, якщо вона хоче створити безпечне середовище, а саме: - вік пацієнта; - ступінь рухливості; - сенсорний брак; - рівень свідомості.

Вік.

При аналізі віку, відомо, наймолодші і найстарші зазнають найбільшого ризику одержання пошкоджень. Однак будь-яке незнайоме середовище може бути небезпечним для пацієнта. Отже, сестра/брат медичні, готуючись робити процедури, повинна переконатися в безпеці.

Ступінь рухливості.

На ступінь рухомої активності пацієнта впливає захворювання або травма, зовнішні обмежувачі, такі, як шина, а також необхідність збереження рівноваги.

Сенсорна недостатність.

Пацієнти зі зниженим візуальним, слуховим, нюховим, смаковим або тактильним сприйняттям піддаються ризику одержання пошкоджень. Сестра/брат медичні повинні адаптувати навколишнє середовище, щоб забезпечити безпеку пацієнта.

Рівень свідомості (орієнтації).

Пацієнти зі зниженим рівнем свідомості або з порушенням орієнтації часто потребують підвищеної уваги або втручання для створення безпеки.

Стадія 2. Втручання.

Основною частиною цієї стадії є початок здійснення медсестринських втручань, розроблених для задоволення фізичних і емоційних потреб людини.

Стадія 3. Документація.

Здійснення медсестринських втручань повинно завершуватися стислим, повним і точним занесенням у документацію подій, які відбулись в цій стадії медсестринського процесу.

Участь пацієнта.

Люди позитивно реагують на їх активне залучення до процесу догляду і прийняття рішень. Залучення сім'ї до процесу надання допомоги не тільки дозволяє відчути причетність, але і може стати підготовкою до надання постійного догляду, якщо виникне необхідність, після виписки з лікарні або іншої установи охорони здоров'я.

Координація й інтеграція догляду.

Необхідність координації усіх видів діяльності, здійснюваної в рамках медико-санітарного обслуговування для розробки інтегрованого плану допомоги, є важливим аспектом планування. Якість медсестринського догляду піддається перевірці, коли ми намагаємося здійснити його. Вимога надання запланованої і персоналізованої допомоги ефективно і скоординовано є важливим фактором розвитку різноманітних підходів до організації медсестринської справи, таких, як розвиток систем розподілу хворих, медсестринських бригад і первинної медсестринської допомоги як альтернатива традиційній системі розподілу доручень.

V етап медсестринського процесу – оцінка результатів медсестринського втручання

Метою цього етапу є оцінка реакції пацієнта на медсестринський догляд, аналіз якості одержаної допомоги, оцінка отриманих результатів і підведення підсумків. Оцінка ефективності і якості догляду повинна проводитися старшою і головною медичними сестрами/братами.

Підсумкова оцінка плану догляду складається з чотирьох взаємозалежних складових:

1. Оцінка ходу роботи і її результатів в світлі бажаних результатів догляду.
2. Визначення ефективності планованого медсестринського догляду.
3. Подальша оцінка і планування у випадку невдачі в досягненні бажаного результату.
4. Критичний аналіз ходу роботи і внесення необхідної корекції.

П'ятий етап здійснюється для того, щоб проаналізувати наступне:

1. Успішне просування пацієнта до запланованої мети і навпаки.
2. Досягнення бажаних результатів і навпаки.
3. Необхідність додаткової допомоги.
4. Будь-які несподівані результати або незадоволені потреби, які були упущені при оцінці.

Оцінка досягнутих результатів і прогресу в стані пацієнта.

Підсумкова оцінка повинна продемонструвати реакцію пацієнта на медсестринський догляд і засвідчити успіх чи його відсутність.

Тому в плані догляду робиться запис про цю проблему і бажані результати її вирішення, записуються плановані види втручання, проведена робота й оцінка одержаної до цього моменту інформації.

ДОДАТКОВІ МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ: ЛАБОРАТОРНІ ТА ІНСТРУМЕНТАЛЬНІ

Інструментальні методи обстеження пацієнта.

До інструментальних методів обстеження належать апаратні методи, для застосування яких використовують різні прибори.

1.Рентгенологічні методи:

Рентгеноскопічний метод - дає змогу візуалізувати на екрані зображення різних внутрішніх органів або порожнин в процесі функціонування.

Рентгенографічний метод - фотографування досліджуваного об'єкта за допомогою рентгенівського випромінювання.

Томографія - отримання рентгенівського зображення на визначеній глибині.

Флюорографія - метод отримання рентгенівських знімків невеликих розмірів великої контрастності.

Контрастне рентгенографічне дослідження - досліджують за допомогою даного методу порожнинні органи (бронхи, шлунок, жовчний міхур, ниркові миски тощо), які заповнюють контрастною речовиною.

Комп'ютерна томографія - без застосування контрастних речовин виявляє мінімальні зміни в органах та тканинах.

Для дослідження бронхіального дерева використовують бронхографічне дослідження (виявляє пухлини, бронхоектази та порожнини в легенях). Після дослідження пацієнти потребують особливого догляду. Сестра/брат медичні забезпечують пацієнта плювальницею, стежить за динамікою кашлю та задишки, вимірює Т тіла.

Для визначення стану великих судин використовують агіографічне дослідження. Після цієї маніпуляції пацієнт потребує ретельного медичного догляду, тому що можуть виникати біль у серці, порушення серцевого ритму, зниження рівня АТ.

2. Ультразвукова діагностика .

Суть методу - ультразвукові хвилі поширюються до внутрішніх органів, а відображені від меж органів сигнали реєструються спеціальним датчиком, унаслідок чого на екрані формується зображення (серце, великі судини, жовчовивідні шляхи, печінку, підшлункову залозу, нирки, щитоподібну залозу). Спеціальної підготовки для дослідження серця не потрібно. Перед проведенням УЗД органів черевної порожнини призначають 2-3- денну дієту для зменшення газоутворення. Так досліджують ще нервову систему (нейросонографія), органи малого тазу, нирки, суглоби, м'язи.

3. Радіоізотопні методи.

В організм пацієнта вводять радіоактивні ізотопи, які вибірково накопичуються в тому чи іншому органі. Використовують спеціальний прилад - сканер. Досліджують: печінку, нирки, підшлункову та щитоподібну залози, селезінку.

4. Ендоскопічні методи.

Досліджують внутрішню поверхню порожнистих органів за допомогою гнучких волокнистих оптичних приладів - ендоскопів. Досліджують:

- трахею і бронхи (бронхоскопія);
- стравохід, шлунок, 12-палу кишку (фіброезофагогастроуденоскопія - ФГДС);
- товсту кишку (колоноскопія);
- пряму кишку (ректороманоскопія);
- сечовий міхур (цистоскопія).

Під час дослідження можливе проведення біопсії, зупинки кровотечі. Проведення ендоскопічних методів потребує спеціальної підготовки. Бронхоскопічне та фіброезофагогастроуденоскопічне дослідження виконують натще. Колоноскопічне і ректороманоскопічне дослідження проводять після очищення кишківника за допомогою медикаментів.

5. Електрокардіографічний метод.

Метод заснований на реєстрації електричних потенціалів, які виникають під час роботи серця. Запис реєструється у вигляді ЕКГ. Проведення ЕКГ дослідження не потребує спеціальної підготовки, але є умови для самого процесу обстеження – тепле приміщення, фізичний спокій пацієнта, відсутність контакту шкіри пацієнта з металевими поверхнями.

6. Спірометричний метод.

Це визначення дихального об'єму легень. Визначають життєву ємкість легень (ЖЄЛ) - спірометром. У нормі в чоловіків - 3500-4500 см³, у жінок - 2500-3500 см³.

7. Спірографічний метод.

Це метод графічної реєстрації змін об'єму легень під час дихання. Метод проводять вранці або за 2 год. після вживання їжі в положенні сидячи після 20-хв. відпочинку.

8. Пікфлоуметричний метод.

Визначають максимальну об'ємну швидкість току повітря з дихальних шляхів під час форсованого видиху, що дає змогу оцінити бронхіальну прохідність. Вранці та ввечері – варіабельність. З фармакологічним навантаженням.

9. Пневмотахометричний метод.

Це визначення пікових швидкостей повітряного току під час форсованого вдиху і видиху. Визначають стан бронхіальної прохідності.

Лабораторні методи дослідження.

Лабораторні методи дослідження є невід'ємною частиною комплексного обстеження пацієнта. Вони мають важливе, інколи вирішальне значення для постановки діагнозу. У разі надання невідкладної медичної допомоги, лабораторні дослідження необхідно проводити терміново. Оскільки від їх результатів залежить тактика лікування пацієнта. Сестра/брат медичні повинні підготувати пацієнта до забору матеріалу для лабораторного дослідження і оцінити результати дослідження.

Збираючи матеріал для лабораторних досліджень, необхідно дотримуватися таких вимог до досліджуваного матеріалу:

- *для забезпечення дослідження збирають достатню кількість матеріалу;*
- *матеріал повинен відповідати локалізації процесу (наприклад, харкотиння, але не слина);*
- *при заборі матеріалу використовують стерильні інструменти та посуд і суворо дотримуються правил асептики;*
- *при необхідності, зберігати в холодильнику без заморожування;*
- *зібраний матеріал доставляють у лабораторію і досліджують у максимально короткі терміни;*
- *матеріал для дослідження беруть натще, до початку лікування пацієнта протимікробними препаратами;*
- *на ємкість наклеюють етикетку, на якій записують прізвище, ім'я і по батькові пацієнта, дату, номер палати та коротко діагноз.*

Загальний аналіз крові.

Дослідження крові проводять з метою кількісного та якісного вивчення формених елементів крові (еритроцитів, лейкоцитів, тромбоцитів), визначення вмісту гемоглобіну та швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ). Таке дослідження називається загальним аналізом крові. Кров для дослідження треба брати в один і той же час за однакових умов. Кров для аналізу беруть з 3 або 4 пальця лівої руки. Кожного разу кров для дослідження беруть з нової краплі, попередньо знімаючи залишок крові спиртовою серветкою.

Норма ШОЕ для чоловіків становить 2-10 мм/год., для жінок - 2-15 мм/год. Під час багатьох захворювань ШОЕ збільшується.

Збільшення ШОЕ спостерігається під час розвитку запальних процесів, інфекційної і неінфекційної природи (ниркових захворювань, ревматизму, туберкульозу, інфаркту міокарда, злоякісних пухлин).

Зниження ШОЕ спостерігається у пацієнтів із захворюваннями, які супроводжуються згущенням крові (поліцитемія, харчові токсикоінфекції, холера).

Кількість **Hb** визначають колориметрично в гемометрі Салі.

Норма вмісту Hb у чоловіків становить 130-160 г/л (13-16%), у жінок - 120-140 г/л (12-14%).

Кількість **Hb** значно **зменшується** у пацієнтів на анемію та інші захворювання крові, а також у пацієнтів із злоякісними пухлинами.

Підрахунок кількості **еритроцитів** та **лейкоцитів** проводиться за допомогою камери Горяєва.

Кількість еритроцитів в 1 л крові в нормі становить - у чоловіків $4,5-5,0 \cdot 10^{12}$, а у жінок - $3,7-4,7 \cdot 10^{12}$.

Зменшення кількості еритроцитів свідчить про анемію.

Кількість **лейкоцитів** в нормі коливається в межах $4-9 \cdot 10^9$ у 1 л. Якщо кількість лейкоцитів перевищує норму, то це називається лейкоцитоз. Зменшення кількості лейкоцитів - лейкопенія.

Лейкоцитоз спостерігається у пацієнтів на захворювання кровотворних органів (лейкоз, лімфогранульоматоз). А також виникає під час гнійних захворювань (абсцеси органів і тканин, холангіт), пневмоній, інфаркті міокарда.

Лейкопенія відзначається у пацієнтів на анемію, цироз печінки, променеву хворобу, вірусний гепатит, грип, бруцельоз, черевний тиф.

Розрізняють **види лейкоцитів: гранулоцити і агранулоцити.**

До гранулоцитів належать **нейтрофільний** (50-70%), **еозинофільний** (0,5-5%) і **базофільний** (0-1%) гранулоцити (**в нормі**).

Нейтрофільні гранулоцити: паличкоядерні (1-6%) і **сегментоядерні** (47-72%) – **в нормі**. Під час інфекції та інтоксикації їх кількість збільшується. З'являються юні нейтрофіли. Навіть міелоцити, збільшується кількість паличкоядерних нейтрофілів. Таке омолодження нейтрофільних гранулоцитів називають «зсувом ліворуч».

Кількість **еозинофілів збільшується** у крові пацієнта - гельмінтоз, скарлатина, лімфогранульоматоз.

Кількість **еозинофілів зменшується** у крові пацієнта - міліарний туберкульоз, черевний тиф.

Кількість базофілів збільшується під час мієлоїдного лейкозу.

До агранулоцитів належать - **лімфоцити** (19 - 37%) та **моноцити** (3- 11%).

Кількість **лімфоцитів збільшується** у пацієнтів на туберкульоз, лімфолейкози, рикетсіози.

Кількість **лімфоцитів зменшується** під час перебігу кінцевих стадій лімфогранульоматозу, лімфосаркоматозу.

Моноцитоз спостерігається при малярії, туберкульозу, **моноцитопенія** - при сепсисі, черевному тифі.

Тромбоцити (кров'яні пластинки) походять із гігантських клітин кісткового мозку - мегакаріоцитів.

Кількість **тромбоцитів в нормі** становить $(180-350) \cdot 10^9$ в 1 л.

Збільшення кількості тромбоцитів – при кровотечах, операціях, злоякісних пухлинах. Кількість тромбоцитів **зменшується** - при лейкозах, інфекційних хворобах, хворобі Верльгофа.

Підрахунок **кольорового показника** проводять на основі співвідношення між кількістю гемоглобіну й еритроцитів. В нормі КП становить - 0,85-1,05. Збільшення його свідчить про гіперхромну анемію, а зменшення - про гіпохромну.

Гематокрит: у чол. - 0,40-0,48 об%; жін.- 0,36-0,42об%.

Біохімічні дослідження крові

Звичайний біохімічний аналіз крові (альбумін, глобулін, загальний білок, холестерин, білірубін, С-реактивний білок)

Печінкові проби (Білірубін - 8,6-20,5 мкмол/л., АЛаТ, АСаТ, лужна фосфатаза, тимолова проба, альбумін),

Ниркові проби (креатинін, сечовина, сечова кислота)

Іонограма (іони Na, K, Ca, P, Fe, Cu)

Ревмопроби (антистрептолізін-О, ревматоїдний фактор, С-реактивний білок)

Окремо досліджується холестерин.

Дослідження сечі.

Дослідження сечі має велике значення для діагностики захворювань нирок, серцево-судинної системи та інших органів та систем. На основі результатів дослідження сечі можна оцінити перебіг захворювання та ефективність лікування. Склад сечі залежить від кількості випитої рідини, характеру їжі, фізичного напруження, клімату.

Успіх дослідження залежить від правильного збирання і зберігання сечі. Для загального клінічного аналізу першу ранкову порцію сечі збирають в чистий посуд (це проводить медсестринський персонал нічної зміни). Для аналізу треба взяти 200-300 мл сечі. У жінок у менструальний період аналіз сечі не проводять, оскільки існує небезпека домішування менструальної крові. У разі затримки сечі її беруть за допомогою катетерів.

Сечу треба зберігати на холоді, але не допускати заморожування. Відправляють сечу в лабораторію не пізніше як через 30-60 хв. після взяття. Іноді у разі потреби тривалого зберігання сечі до неї додають консерванти, про що роблять відповідний запис на етикетці. Посуд для збору повинен бути сухий і чистий. На нього наклеюють етикетку. Де записують прізвище, ім'я та по батькові пацієнта, назву відділення, номер палати.

Під час дослідження сечі визначають її фізичні властивості та хімічний і мікроскопічний склад осаду.

Фізичні властивості: кількість, колір, прозорість, реакція, питома вага сечі.

Хімічні дослідження: у сечі можна виявити - білок, цукор, уробілін, ацетон, солі, ферменти, гормони тощо.

Мікроскопічне дослідження сечового осад: вивчають форменні елементи, циліндри, солі.

Визначають **добове виділення цукру з сечею** (збирають сечу протягом доби в одну посудину, а перед відправленням в лабораторію добову сечу перемішують і відливають в окрему посудину).

Дослідження сечі на діастазу - свіжо випущена, в кількості 5-10 мл.

Бактеріологічне дослідження сечі - 10 мл сечі зібраної в стерильну пробірку.

Дослідження сечі за методами (для визначення формених елементів):

- **Каковського-Аддіса** - сечу збирають за 10 нічних годин. **В нормі** у сечі: еритроцитів – $1 \cdot 10^6$, лейкоцитів – $2 \cdot 10^6$, циліндрів - $2 \cdot 10^4$.

- **Нечипоренка** - середня порція сечі. **В нормі** у сечі : лейкоцитів - $0-4 \cdot 10^3$, еритроцитів - $0-1 \cdot 10^3$, циліндрів - $0-250$.

- **Амбурже** - зранку нічну сечу виливають і через 3 години після цього збирають сечу. Визначають кількість лейкоцитів, еритроцитів, циліндрів в об'єму сечі, виділеної за 1 хв. **В нормі** у сечі: лейкоцитів - 25000, еритроцитів - 10000.

Визначення функціональної здатності нирок - за допомогою **проби Зимницького** - сечу збирають протягом 24 год. У 8 ємкостей кожні 3 години починаючи з 6 ранку.

Дослідження харкотиння.

У лабораторії проводять **макроскопічне, мікроскопічне та бактеріологічне дослідження харкотиння**. Для збирання харкотиння користуються плувальницями або спеціальними баночками з прозорого скла з накривкою, що накручується. Збирають харкотиння для **загального клінічного дослідження** зранку, натще, почистивши зуби прополоскавши рот водою. Беруть в кількості 3-5 мл. свіжого харкотиння. Для **бактеріологічного і макроскопічного** дослідження беруть харкотиння, зібране за 1 добу. Для бактеріологічного **дослідження на туберкульоз** методом флотації використовують харкотиння, зібране за 3 доби. Для посіву харкотиння, а також для дослідження його **на чутливість до антибіотиків** беруть стерильний флакон з корком. Пацієнт попередньо почистивши зуби і прополоскавши рот відхаркує харкотиння у флакон і закриває його корком.

Нерідко харкотиння являє собою заразний матеріал, тому працювати з ним потрібно обережно. Посуд, у якому міститься харкотиння обробляється дезінфікуючим розчином.

Дослідження шлункового вмісту.

Шлунковий вміст досліджують з метою вивчення секреторної функції шлунка й визначення патологічних елементів. Шлунковий вміст беруть за допомогою тонкого зонда (фракційний метод). Дослідження проводять ранком натще. Для цього використовують парентеральний подразник - 0,1 % розчин гістаміну з розрахунку 0,08 мг на 10 кг маси тіла пацієнта, або 0,025 % розчин пентагаstrину.

У тих випадках, коли не вдається провести зондування шлунка, застосовують без зондові методи визначення кислототвірної функції шлунка.

Дослідження дуоденального вмісту.

Вміст 12-палої кишки досліджують з метою вивчення складу жовчі, щоб виявити зміни в жовчних шляхах і жовчному міхурі, а також оцінити роботу підшлункової залози. Дуоденальне зондування застосовують при захворюваннях печінки, жовчного міхура, жовчних протоків. **Зондування проводять з діагностичною** (отримання жовчі для виявлення елементів запалення, піску, паразитів тощо) та **лікувальною** (евакуація жовчі, запобігання та ліквідація її застою) **метою**. Дослідження проводять натще.

Дослідження калу.

Аналіз калу - важлива складова частина обстеження пацієнта з захворюванням органів травлення. Дослідження калу можна проводити з метою визначення **прихованої крові, яєць гельмінтів** тощо. Загальний клінічний аналіз дає змогу оцінити ступінь засвоєння їжі, виявити жовчовиділення, приховану кровотечу, запальні зміни, присутність паразитів тощо.

Кал збирають у сухий чистий посуд і досліджують якомога швидше, не пізніше ніж через 8-12 год. після його виділення і зберігання на холоді. Найпростіших шукають у свіжому, ще теплому калі.

Макроскопічно визначають колір, щільність, форму, запах і домішки. При **мікроскопічному** дослідженні калу виявляють м'язові волокна, рослинну клітковину, нейтральний жир, жирні кислоти, еритроцити, слиз, кишковий епітелій, яйця гельмінтів. **Бактеріологічне** дослідження калу.

Участь медичної сестри/брата в підготовці пацієнта до додаткових методів обстеження полягає в поясненні пацієнту мети та процесу даного обстеження, навчанні пацієнта та його рідних правильній підготовці до обстеження, якщо є така необхідність, сповіщає пацієнту конкретний чи можливий (на вибір) час обстеження, при необхідності, умови для обстеження (натще, взяти воду, сметану, медикаменти тощо). В протилежному випадку результати будуть недостовірними.

При проведенні додаткового обстеження участь сестри/брата медичних полягає в ретельній перевірці виконання пацієнтом тих умов, які необхідні для даного обстеження. Якщо пацієнта можна обстежувати роль сестри/брата медичних залежить від конкретного процесу. Але завжди сестра/брат медичні, незалежно від присутності лікаря, повинні контролювати стан пацієнта, документувати факт обстеження, документувати результати обстеження, здійснювати передачу результатів обстеження за місцем призначення (пацієнт, відділення, кабінет, конкретний лікар) завчасно обговореним способом (особисто, кур'єром, поштою, в шафу-розкладку). Інформація про факт обстеження та його результат є власністю пацієнта та є медичною таємницею.



ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

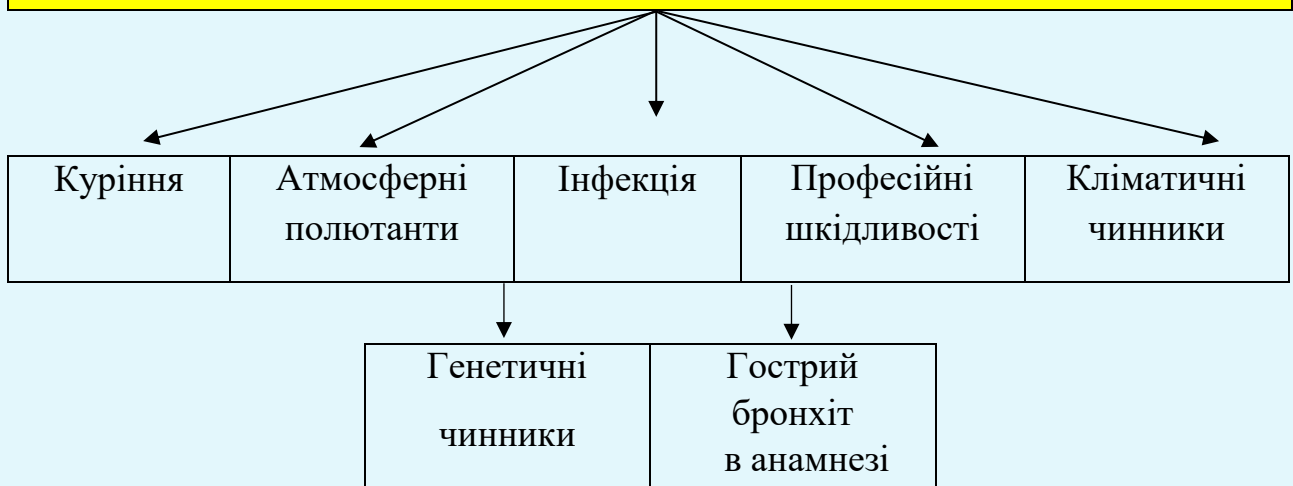
Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

ПУЛЬМОНОЛОГІЯ

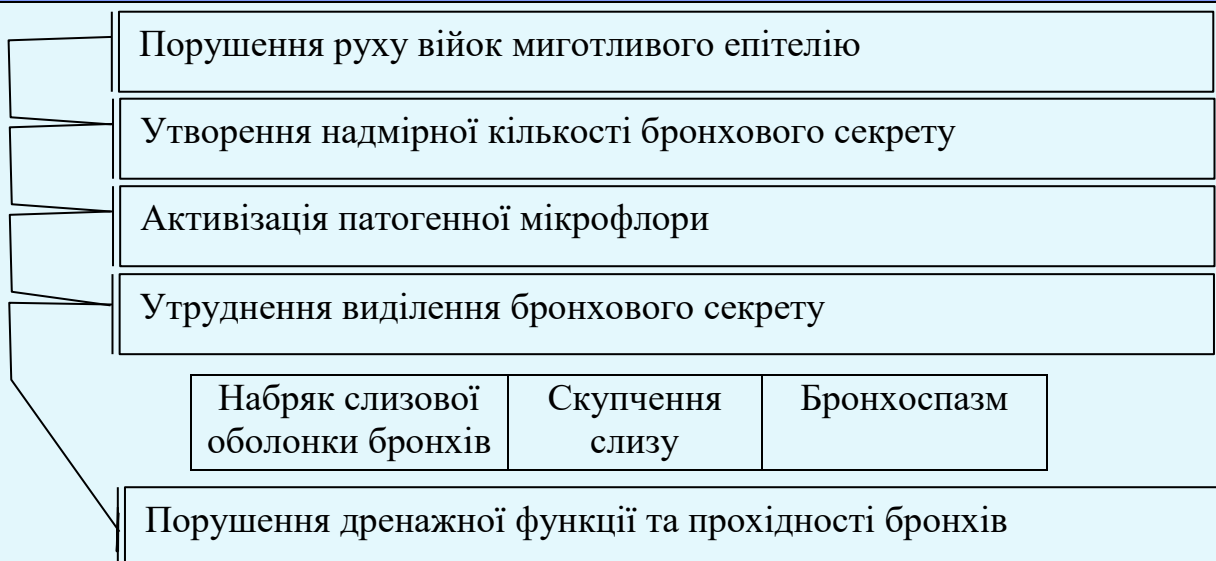
ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) характеризується не повністю зворотним обмеженням прохідності ДШ, що, як правило, прогресує і асоціюється із незвичною запальною відповіддю легень на шкідливі частки або гази, основним чином, пов'язані із палінням. Поряд із ураженням легень ХОЗЛ призводить до значних позалегенових системних проявів, супутніх захворювань, які обтяжують його перебіг

ЕТІОЛОГІЯ



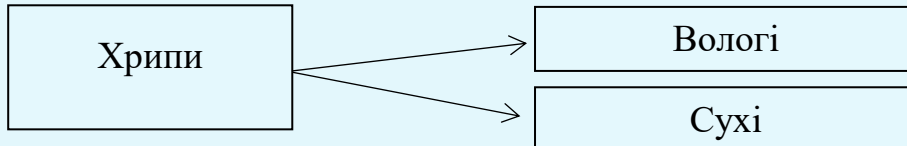
ПАТОГЕНЕЗ



СКАРГИ

Кашель	Виділення мокротиння	Задишка	Пітливість	Загальна слабкість
--------	----------------------	---------	------------	--------------------

АУСКУЛЬТАЦІЯ



УСКЛАДНЕННЯ

Бронхоектатична хвороба	Емфізема легень	Дихальна недостатність
Пневмосклероз	Хронічне легеневе серце	Кровохаркання

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: помірний лейкоцитоз, пришвидшена ШОЕ

Загальний аналіз мокротиння: слизове, слизово-гнійне, гнійне, з прожилками крові, лейкоцити, бактерії

Бактеріологічне дослідження мокротиння та визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків

Дослідження газового складу крові: гіпоксемія; Пульсоксиметрія

Дослідження функцій зовнішнього дихання: зменшення **ОФВ₁** (об'єму форсованого видиху за 1 сек.), **ОФВ₁/ФЖЕЛ** (відношення об'єму форсованого видиху за 1 секунду / форсована життєва ємкість легень)

Рентгенографія органів грудної клітки

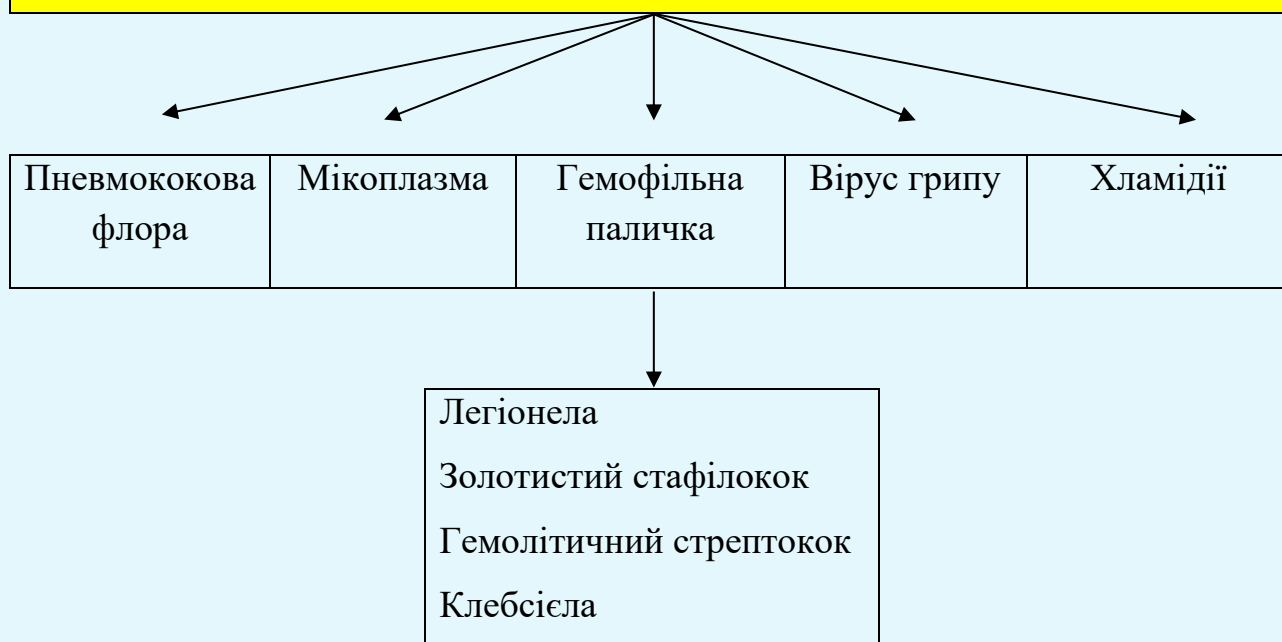
ЛІКУВАННЯ

Нефармакологічні методи	Фармакотерапія
<ul style="list-style-type: none">• Відмова від паління• Дихальна гімнастика• Дієтотерапія• Вакцинація проти грипу та пневмококових інфекцій	<ul style="list-style-type: none">• Інгаляційні В2-агоністи тривалої дії(LABA)• Антихолінергічні препарати (тіотропій)• Інгаляційні ГК• Теофілін пролонгованої дії• Оксигенотерапія• Антибіотикотерапія(загострення)

ПНЕВМОНІЇ

Пневмонія - гостре інфекційне захворювання, переважно бактеріальної етіології, яке характеризується вогнищевим ураженням респіраторних відділів легенів та наявністю внутрішньо альвеолярної ексудації.

ЕТІОЛОГІЯ



ПАТОГЕНЕЗ

Проникнення збудників у легеневу тканину

Розвиток локального запального процесу

Поширення запального процесу по легеневій тканині

ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Стадії перебігу пневмококової лobarної (крупозної) пневмонії

I-бактеріальний набряк

II-червоне опечінкування

IV-завершення

III-сіре опечінкування

СКАРГИ

Кашель

Виділення мокротиння

Біль у грудній клітці

Загальна слабкість. Пітливість. Знижений апетит. Міалгії.
Артралгії (синдром інтоксикації)

Підвищення температури тіла

ОГЛЯД

Ціаноз

Гіперемія обличчя

Герпетична висипка

Відставання ураженої частини грудної клітки в акті дихання

ПЕРКУСІЯ

Притуплений
перкуторний звук

Тупий
перкуторний звук

АУСКУЛЬТАЦІЯ

Хрипи

Крепітація

Шум тертя
плеври

УСКЛАДНЕННЯ

Плеврит

Абсцес або
гангрена

Гостра дихальна
недостатність

Гостре легеневе серце

Інфекційно-токсичний шок

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

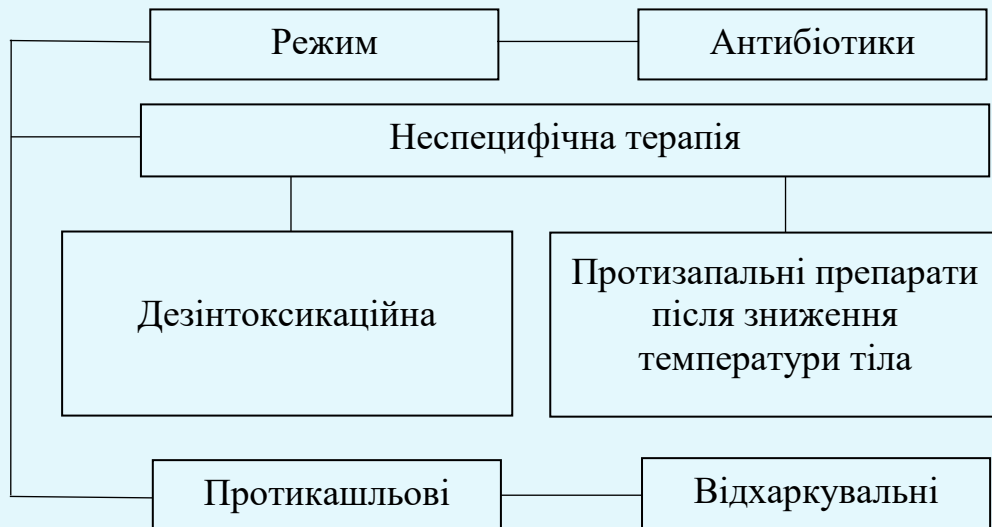
Загальний аналіз крові:
помірний лейкоцитоз,
пришвидшене ШОЕ

Загальний аналіз мокротиння: слизове,
слизово-гнійне, гнійне, з прожилками
крові, лейкоцити, бактерії

Бактеріологічне дослідження мокротиння та визначення
чутливості мікрофлори до антибіотиків

Рентгенографія органів грудної клітки

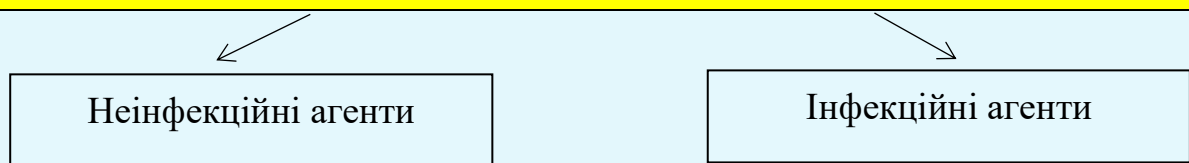
ЛІКУВАННЯ



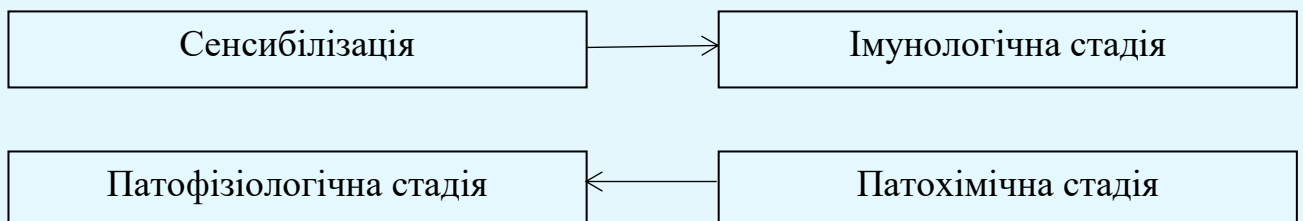
БРОНХІАЛЬНА АСТМА

Бронхіальна астма — хронічне рецидивуюче захворювання, в основі якого лежить підвищена реактивність бронхіального дерева імунологічного і неімунологічного генезу, основним клінічним проявом якого є напад ядухи або астматичний стан.

ЕТІОЛОГІЯ



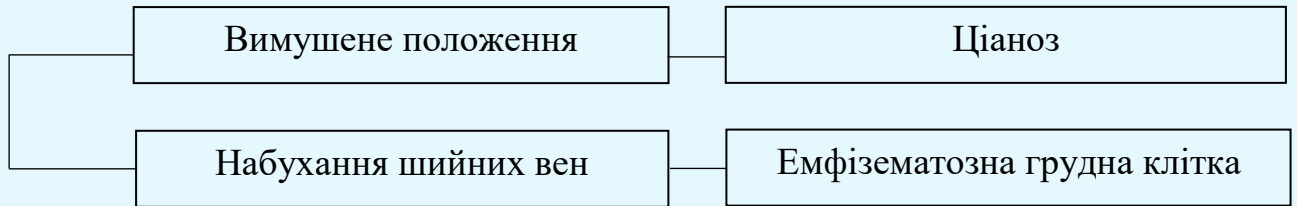
ПАТОГЕНЕЗ



СКАРГИ



ОГЛЯД



ПЕРКУСІЯ

Коробковий звук

АУСКУЛЬТАЦІЯ

Свистячі, дзижчаті хрипи

Тахікардія

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА ПРИ НЕУСКЛАДНеноМУ НАПАДІ



УСКЛАДНЕННЯ



ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові:
еозинофілія

Загальний аналіз мокротиння: склисте,
спіралі Куршмана, кристали
Шарко-Лейдена, еозинофіли

Дослідження функцій зовнішнього дихання: зменшення **ОФВ₁** (об'єму форсованого видиху за 1 сек.), **ОФВ₁/ФЖЕЛ** (відношення об'єму форсованого видиху за 1 секунду / форсована життєва ємкість легень)
Пікфлоуметрія (**ПШВ** вранці і ввечері)

ЕКГ: високий, гострий
зубець Р

Рентгенографія ОГК: підвищена
прозорість обох легеневих полів

ПЛАНОВЕ ЛІКУВАННЯ

ступінь 1	-	I
	зважає інгаляційний ГК у низькій дозі	II
↓ неефективне ^a		
ступінь 2	інгаляційний ГК у низькій дозі	I
	варіанти: - АЛТР - теофілін у низькій дозі	II
↓ неефективне ^a ↑ задовільний контроль ^б		
ступінь 3	інгаляційний ГК у низькій дозі + LABA	I
	варіанти: - інгаляційний ГК в середній або високій дозі - інгаляційний ГК у низькій дозі + АЛТР - інгаляційний ГК у низькій дозі + теофілін	II
↓ неефективне ^a ↑ задовільний контроль ^б		
ступінь 4	інгаляційний ГК в середній або високій дозі + LABA	I
	варіанти: - додайте тіотропій ^б	II
	інгаляційний ГК у високій дозі + АЛТР інгаляційний ГК у низькій дозі + теофілін	

	↓ неефективне ^а	↑ задовільний контроль ^б
ступінь 5	скеруйте хворого на діагностичні дослідження та спеціалізоване лікування до центру, який займається тяжкою астмою, з метою оцінки показань до додаткової терапії, напр. застосування ЛЗ анти-IgE I	
	варіанти: - додайте тіотропій ^в (якщо цього ЛЗ не призначено раніше) - додайте пероральний ГК у низькій дозі II	

Коментарі: Для лікування в режимі «за потребою» (у разі появи симптомів) усі хворі повинні вживати SABA. Хворі, які в якості контролюючої терапії систематично вживають комбінований препарат, що складається з формотеролу (LABA) і низької дози інгаляційного ГК (будесоніду або беклометазону) можуть застосовувати даний препарат також в режимі «за потребою» з метою ліквідації симптомів.

^а Відсутність контролю над симптомами, наявність загострень астми або факторів ризику загострень і/або фіксованої обструкції, перед тим, як збільшити інтенсивність терапії, перевірте чи хворий дотримується рекомендацій лікаря та чи правильно вживає ЛЗ.

^б У хворих, у яких астма добре контролюється впродовж ≥ 3 -х міс. і ризик загострень є низьким, слід оцінити показання до зниження інтенсивності лікування (-)»текст).

^в У хворих із загостреннями астми в анамнезі рекомендується застосування /13 за допомогою інгалятора «м'якого туману» (SMI).

I терапія першої лінії, **II** альтернативна терапія
ГК — глюкокортикоїд, LABA — β_2 -агоніст тривалої дії (інгаляційний), АЛТР — антагоніст лейкотрієнових рецепторів, SABA — β_2 -агоніст короткої дії (інгаляційний)

АСМАТИЧНИЙ СТАТУС

Астматичний статус (АС) - це важкий, що тривало не знімається напад задухи у хворого на бронхіальну астму, резистентний до звичайної бронходилатуючої терапії, з формуванням тотальної бронхіальної обструкції, розвитком легеневої гіпертензії і гострої дихальної недостатності.

КЛІНІЧНА КАРТИНА



ОГЛЯД

Ціаноз слизових оболонок і шкіри

Відставання грудної клітки в акті дихання на боці ураження

Зміни дистальних фаланг рук, ніг у вигляді барабаних паличок, нігтів – у вигляді годинникових скелець

ПЕРКУСІЯ

Притуплення перкуторного звуку в зоні ураження

АУСКУЛЬТАЦІЯ

Жорстке дихання

Вологі хрипи

УСКЛАДНЕННЯ

Дихальна недостатність

Легенева кровотеча

Хронічне легеневе серце

Хронічне обструктивне захворювання легень

Емфізема легень

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: лейкоцитоз, пришвидшене ШОЕ

Загальний аналіз мокротиння: велика кількість лейкоцитів, еритроцити, бактерії

Бактеріологічне дослідження мокротиння

Бронхографія: циліндричні, мішкоподібні, веретеноподібні бронхоектази

Спірографія: зниження ЖЄЛ

Бронхоскопія

ЛІКУВАННЯ

Антибактеріальна терапія

Відхаркувальні засоби

Постуральний дренаж

Масаж грудної клітки

Дезінтоксикаційна терапія

Хірургічне лікування

ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

Туберкульоз легень – це специфічне інфекційне захворювання легень, яке спричиняється мікобактерією туберкульозу (паличкою Коха).

ЕТІОЛОГІЯ

Мікобактерії туберкульозу

ШЛЯХИ ПРОНИКНЕННЯ ЗБУДНИКА

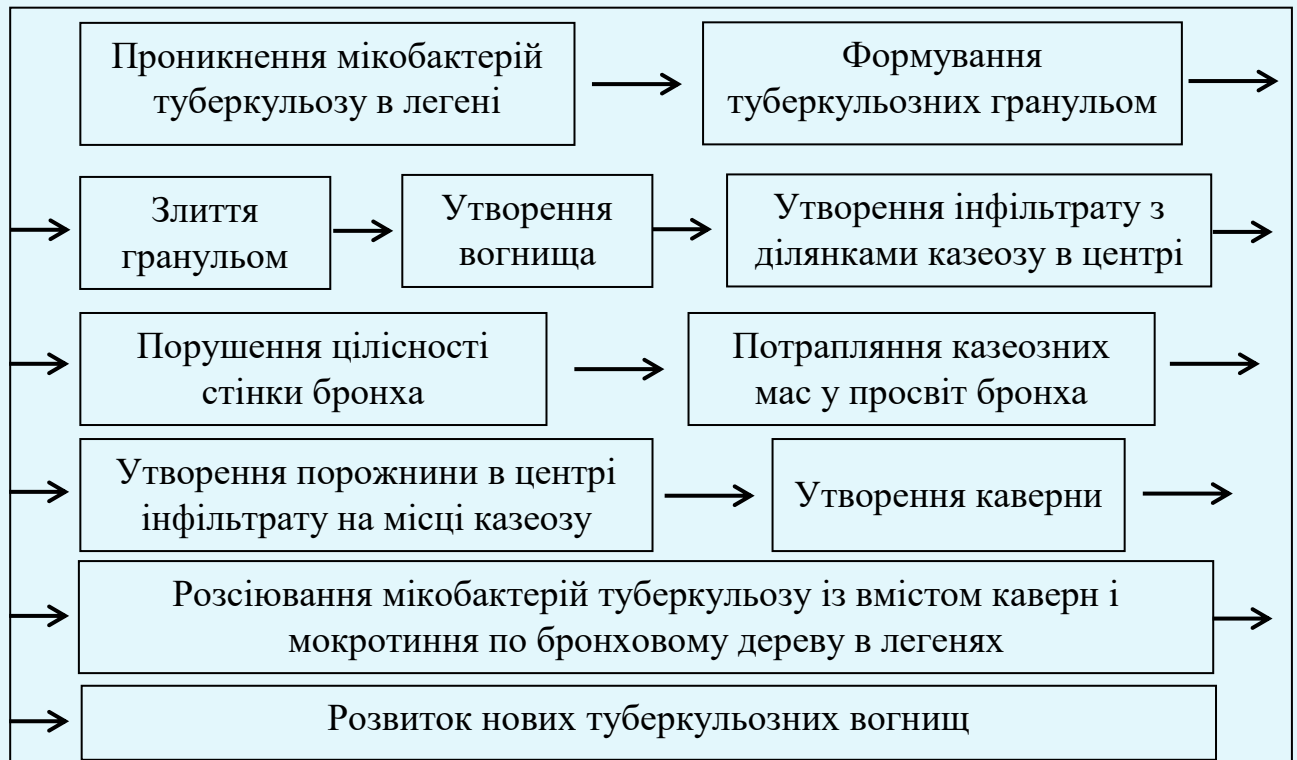
Контактний

Внутрішньоутробний

Аерогенний

Аліментарний

ПАТОГЕНЕЗ



КЛІНІКА

Первинні форми туберкульозу легень

МІЛІАРНИЙ (ГОСТРИЙ ДИСЕМІНОВАНИЙ)

Трапляється в ослаблених людей, людей похилого віку, у жінок під час вагітності та після пологів.

ПІДГОСТРИЙ ДИСЕМІНОВАНИЙ

Трапляється в ослаблених людей, людей похилого віку, алкоголіків, наркоманів.

Температура тіла спочатку субфебрильна, пізніше - 40°C,

Температура 39-40°C, озноб, головний біль, ломота в суглобах, надмірна пітливість, зниження апетиту. У подальшому – задишка, ціаноз губ, сухий кашель. Аускультативно – жорстке дихання, сухі хрипи на висоті вдишу.

пітливість, поганий апетит, біль у м'язах, схуднення, кашель із виділенням мокротиння, задишка. Притуплення перкуторного звуку під ключицями та у верхній ділянці між лопаткового простору. Аускультативно на місці притуплення жорстке дихання, сухі розсіяні хрипи. У разі розпаду легеневої тканини – вологі хрипи

Вторинні форми туберкульозу легень

ВОГНИЩЕВИЙ

Перебіг малосимптомний або безсимптомний.

Іноді загальна слабкість, кашель, періодичне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Перкуторних та аускультативних змін немає.

У разі розпаду вогнищ – дрібно-пухирчасті вологі хрипи після покашлювання.

ІНФІЛЬТРАТИВНИЙ

Локалізується у верхніх ділянках легень.

Частіше гострий початок, нагадує грип або пневмонію.

Підвищення температури тіла до 39-40°C, загальна слабкість, пітливість, кашель спочатку сухий, згодом із виділенням слизово-гнійного мокротиння, іноді кровохаркання, задишка. Відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання. Притуплення перкуторного звуку. Дрібноміхурцеві вологі хрипи.

ТУБЕРКУЛЬОМА

Перебіг малосимптомний або безсимптомний.

Іноді загальна слабкість, поганий апетит, непостійна субфебрильна температура тіла, кашель сухий або з виділенням невеликої кількості мокротиння. Перкуторних та аускультативних змін немає.

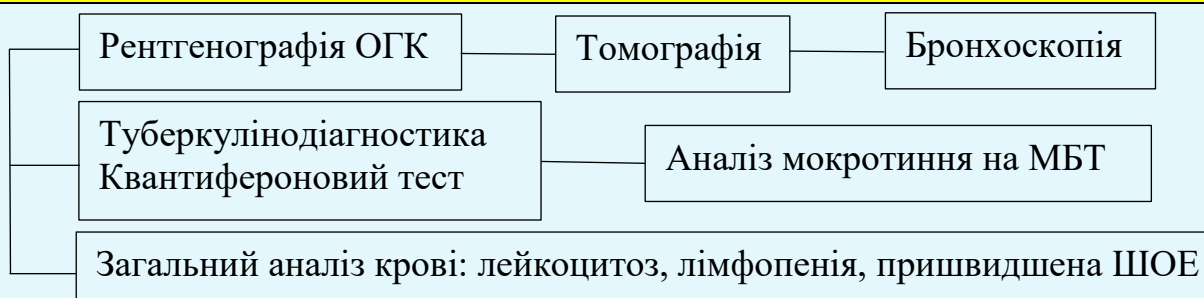
ФІБРОЗНО-КАВЕРНОЗНИЙ

Висока температура тіла, профузна пітливість уночі, поганий апетит, схуднення, кашель із мокротинням, яке важко відкашлюється, біль у грудній клітці, задишка. Відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання, втягнення над-і підключичних ямок. Притуплений перкуторний звук над ділянкою ураження, різнокаліберні вологі хрипи, які після покашлювання не зникають.

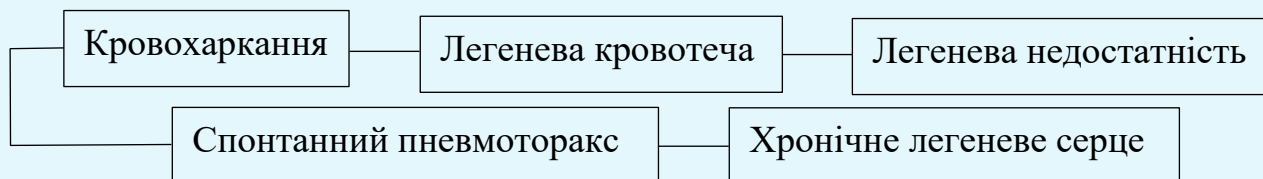
ЦИРОТИЧНИЙ

Загальна слабкість, субфебрильна температура тіла, серцебиття, стискаючий біль у грудній клітці, задишка, кашель із виділенням слизово-гнійного мокротиння, іноді легеневі кровотечі. Губи ціанотичні, уражена половина грудної клітки відстає в акті дихання. Грудна клітка деформована – звужена уражена половина, над- і підключичні ямки втягнені, лопатки випнуті. Притуплений перкуторний звук над ділянкою ураження, різнокаліберні вологі хрипи

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



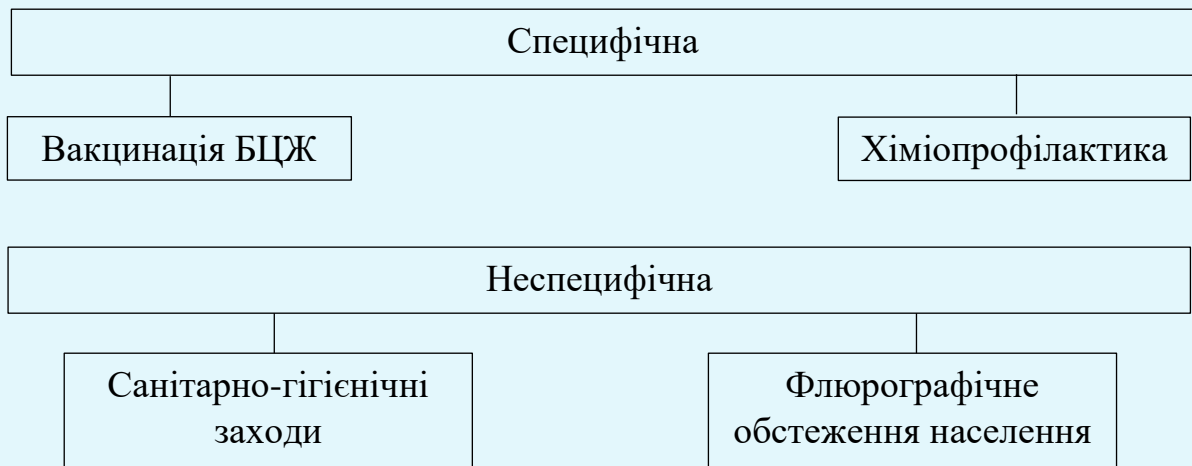
УСКЛАДНЕННЯ



ЛІКУВАННЯ



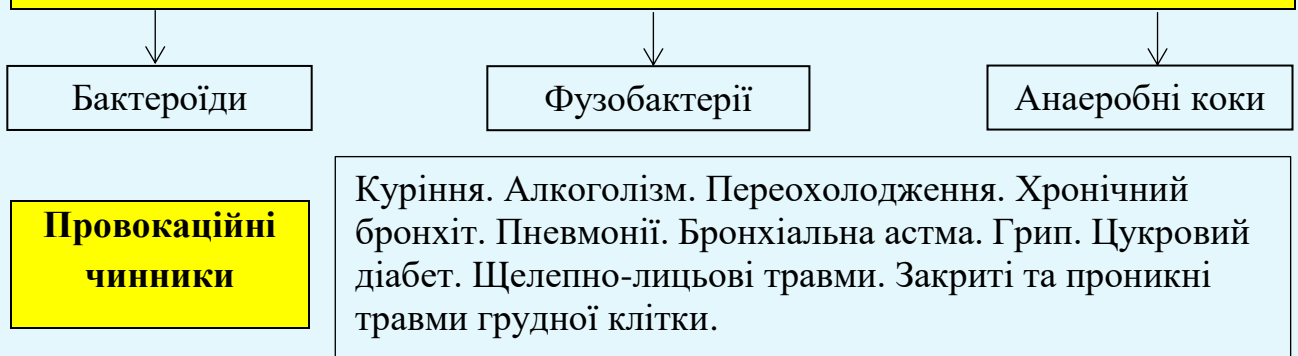
ПРОФІЛАКТИКА



АБСЦЕС ЛЕГЕНЬ

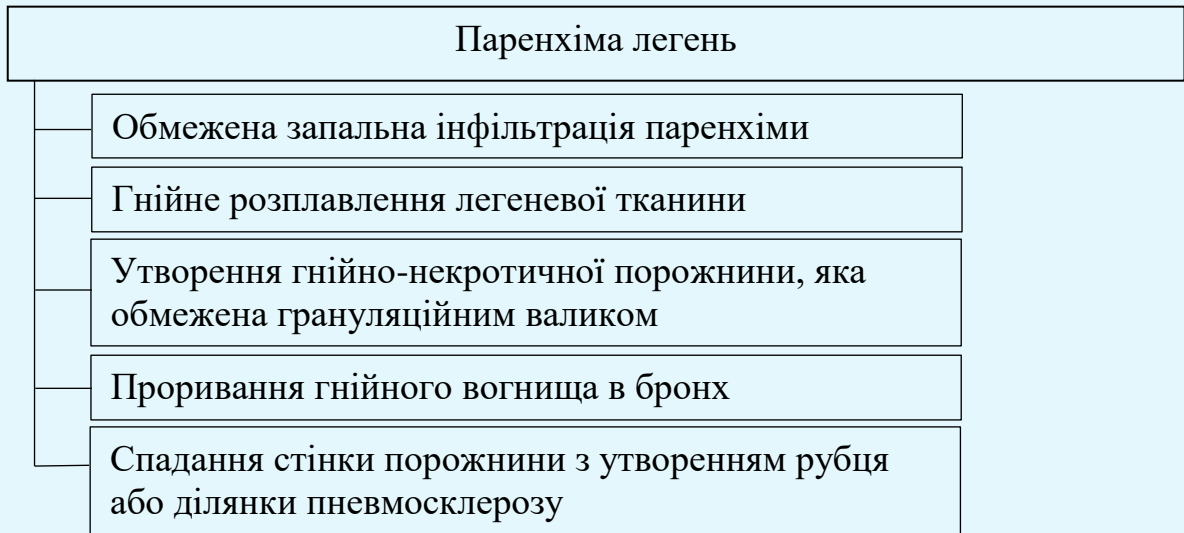
Абсцес легень – захворювання, яке характеризується змертвінням та розпадом легеневої тканини з утворенням однієї або кількох порожнин, обмежених запальним інфільтратом.

ЕТІОЛОГІЯ

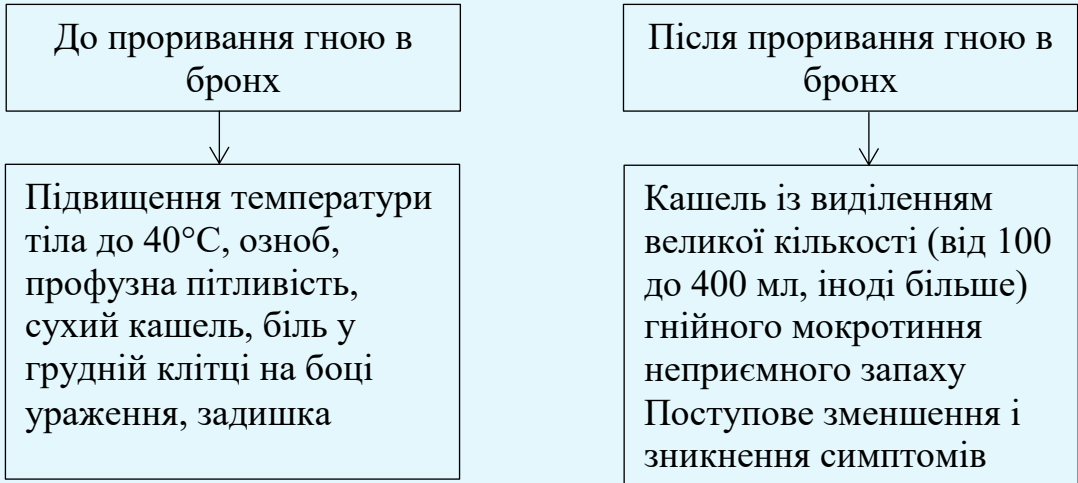


ПАТОГЕНЕЗ

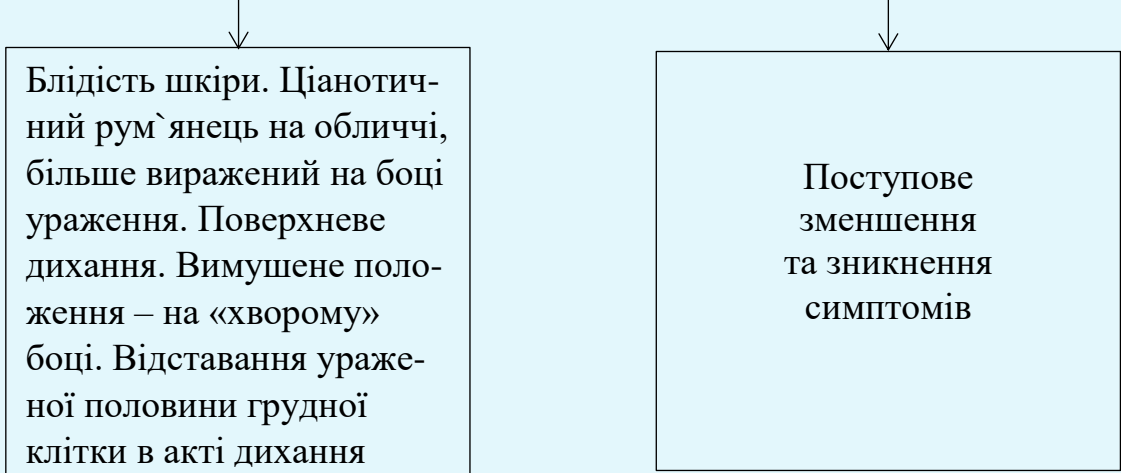




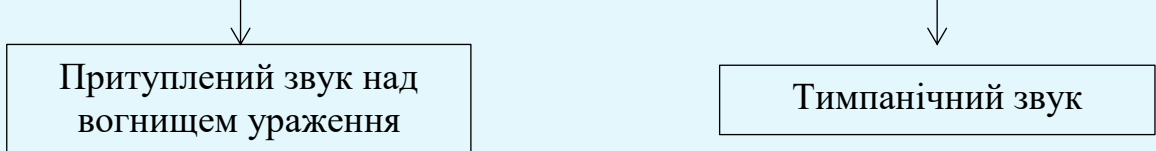
СКАРГИ



ОГЛЯД



ПЕРКУСІЯ



АУСКУЛЬТАЦІЯ

Ослаблене з жорстким відтінком дихання

Дрібнопухирчасті вологі хрипи

УСКЛАДНЕННЯ

Дихальна недостатність

Піопневмоторакс

Інфекційно-токсичний шок

Сепсис

Легенева кровотеча

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Рентгенографія ОГК

Спірографія: зниження ЖЄЛ

Загальний аналіз крові: лейкоцитоз, пришвидшена ШОЕ

Загальний аналіз мокротиння: велика кількість лейкоцитів, еластичні волокна, кристали гематоїдину, жирних кислот

Біохімічний аналіз крові: підвищення вмісту сіалових кислот, серомукоїду, фібрину, альфа-2-та гамма-глобулінів

Бактеріологічне дослідження мокротиння та визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків

ЛІКУВАННЯ

Стаціонарне

Антибіотики

Імунокоректори

Дезінтоксикаційна терапія

Полішення дренажної функції бронхів

ПЛЕВРИТИ

Плеврит - запалення плеври з утворенням фібринозного нальоту на її поверхні або випоту в її порожнині.

ЕТИОЛОГІЯ

ІНФЕКЦІЙНА

Пневмонії
Туберкульоз
Абсцес легень
Бронхоектази

АСЕПТИЧНА

Злоякісні пухлини
Системні захворювання сполучної
тканини
Травми грудної клітки
Хронічна ниркова недостатність

ПАТОГЕНЕЗ

Сухий плеврит

Розширення лімфатичних капілярів
→ підвищення проникності судин
→ набряк плеври → помірний
випіт у плевральну порожнину →
всмоктування рідкої частини
ексудату через лімфатичні отвори →
відкладення фібрину на плеврі

Ексудативний плеврит

Різде підвищення проникності
капілярів нутрощевої та
пристінкової плеври → утворення
великої кількості ексудату →
закриття лімфатичних клапанів
фібрином → порушення
всмоктування ексудату через
лімфатичні отвори

СКАРГИ

Біль у грудній клітці, сухий кашель,
підвищення температури тіла,
загальна слабкість, біль у м'язах,
суглобах, головний біль

Задишка, відчуття важкості в
грудній клітці, загальна слабкість,
підвищення температури тіла

ОГЛЯД

Поверхнєве дихання, відставання
ураженої половини грудної клітки в
акті дихання

Вимушене положення, набухання
шийних вен, збільшення об'єму
грудної клітки на боці ураження,
обмеження дихальної екскурсії
грудної клітки на боці ураження

ПЕРКУСІЯ

Ясний легеневий звук

Тупий перкуторний звук

АУСКУЛЬТАЦІЯ

Шум тертя плеври

Ослаблене везикулярне дихання

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Рентгенографія ОГК

Плевральна пункція

Загальний аналіз крові: помірний лейкоцитоз, пришвидшена ШОЕ

Біохімічний аналіз крові: диспротеїнемія, підвищення рівня сіалових кислот, серомукоїду, фібрину, поява С-реактивного протеїну

ЛІКУВАННЯ

Етіотропне

Протитуберкульозні препарати -
у разі туберкульозу

Антибактеріальна терапія -
у разі пневмонії

Глюкокортикоїди і цитостатики - при системних захворюваннях сполучної тканини

Протизапальні
нестероїдні
препарати

Дезінтоксикаційна
терапія

Корекція білкового
обміну

РАК ЛЕГЕНЬ

Рак легень – злоякісна епітеліальна пухлина легені, яка розвивається або з покривного епітелію слизової оболонки бронхів, або з епітелію слизових залоз стінки бронхів (бронхогенний рак), або з альвеолярного епітелію (власне ‘‘легеневий рак’’).

ЧИННИКИ РИЗИКУ

Куріння

Радіація

Професійні
шкідливості

Пухлинні
віруси

Спадковість

Забруднення атмосферного
повітря

Хронічні захворювання
легень

ПАТОГЕНЕЗ

Етіологічні чинники

Трансформація нормальних клітин у злоякісні

Активізація росту клітин

Прогресування - анаплазія, метаплазія

ПАТАНАТОМІЯ

Локалізація

Центральний рак

Периферійний рак

Форми

Обтураційний

Масивний вузлуватий

Розгалужений бронхогенний

Маленький рак внутрішньолегеневого бронха

Інфільтративний

СКАРГИ

Сухий кашель

Кашель зі слизовим мокротинням і з прожилками крові

Кровохаркання

Задишка

Біль у грудній клітці

Загальна слабкість, втрата апетиту, схуднення, пітливість, підвищення температури тіла

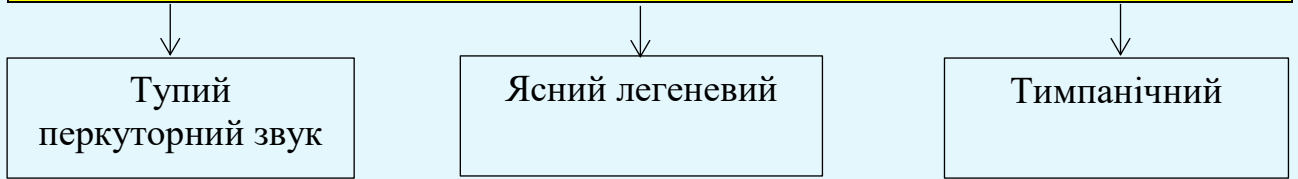
ОГЛЯД

Загальний стан

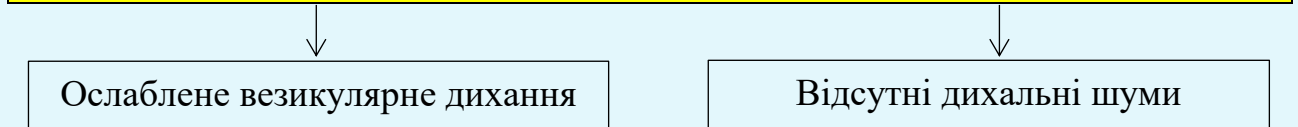
Колір шкіри

Відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання

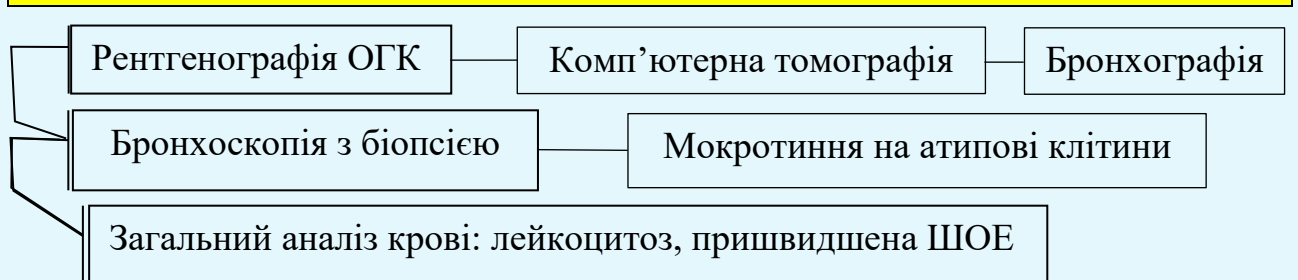
ПЕРКУСІЯ



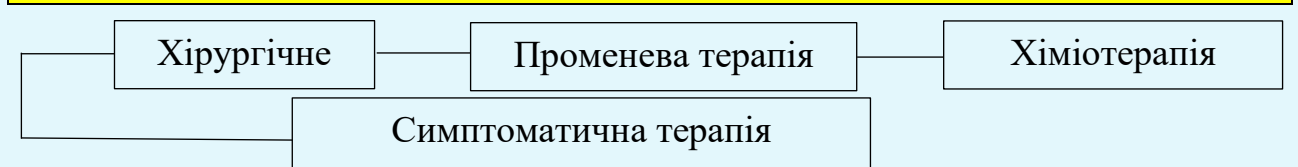
АУСКУЛЬТАЦІЯ



ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



ЛІКУВАННЯ



РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ В ПУЛЬМОНОЛОГІЇ

Реальна клінічна ситуація 1

Чоловік, 23 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищення температури тіла до 37,5 ° С, сухий кашель. Хворіє другий день, захворювання пов'язує з переохолодженням.

Об'єктивно: температура тіла 37,2 ° С. Загальний стан задовільний. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Перкуторний звук над легенями ясний. Дихання жорстке, розсіяні сухі тріскучі і свистячі хрипи. ЧДР - 16 за хв.

Тони серця ясні, ритмічні, ЧСС - 72 в хв, АТ 120/80 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Пацієнт Б., 37 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження працездатності, підвищення температури, кашель з виділенням слизисто-гнійного мокротиння, задишку. Погіршення стану настало 5 днів тому. Хворіє протягом 5 років, загострення виникають періодично в осінньо-весняний період і часто пов'язані з переохолодженням. Слизисто-гнійне мокротиння виділяється при загостреннях кілька місяців поспіль у помірній кількості. Пацієнт курить протягом 20 років по 1 пачці сигарет на день.

Об'єктивно: температура 37,5 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Перкуторний звук над легеньми ясний. Дихання ослаблене, везикулярне, з обох сторін визначаються різнокаліберні вологі хрипи. ЧДР 22 за хв. Тони серця ясні, ритмічні. ЧСС 72 за хв. АТ 120/80 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Пацієнтка В., 43 років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на щоденні напади ядухи, особливо утруднений видих, загальну слабкість, нездужання. Після нападу відходить невелика кількість в'язкого склоподібного мокротиння. Хворіє 3 роки, зазначені скарги виникають щороку в червні, а в липні всі симптоми зникають. Своє захворювання пов'язує з втратою близької людини.

Має двох дітей 7-ми і 13-ти років, у яких теж бувають напади ядухи. У матері і бабусі також відзначалися напади ядухи. У пацієнтки є алергія на полуницю, пеніцилін.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Пацієнтка сидить, спираючись руками об край стільця. Шкіра чиста, з ціанотичним відтінком. Грудна клітина бочкоподібна, над-і підключичні ділянки згладжені, міжреберні проміжки розширені, відзначається набухання шийних вен, участь допоміжної мускулатури, втягнення міжреберних просторів. Дихання гучне, зі свистом і шумом, 26 разів на хв. При перкусії відзначається коробковий звук, нижня межа легень по середній пахвинній лінії визначається на рівні 9 ребра, екскурсія легенів по цій лінії становить 2 см. На тлі ослабленого везикулярного дихання з подовженим видихом вислуховуються сухі свистячі хрипи. ЧДР - 26 у хв. Тони серця ритмічні, ясні, 92 у хв., АТ 110/70 мм.рт.ст. Пікова швидкість видиху при пікфлоуметрії становить 70% від належної. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Пацієнтка Є., 50 років, доставлена на ФАП зі скаргами на головний біль, високу температуру, різкий колочий біль в правій половині грудної клітки, який підсилюється при кашлі, задишку, кашель з виділенням мокроти іржавого кольору. Захворювання почалося гостро, після переохолодження. Пацієнтка вважає себе хворою 2-й день.

Об'єктивно: температура 39,4 ° С. Загальний стан важкий. Обличчя гіперемійоване, на губах визначаються герпетичні висипання. ЧДР - 28 у хв. При огляді права половина грудної клітки відстає при акті дихання, при пальпації голосове тремтіння праворуч посилене, при перкусії праворуч над нижньою часткою визначається притуплення перкуторного звуку, при аускультатії праворуч над нижньою часткою легені дихання ослаблене, везикулярне, визначається крепітація. Тони серця приглушені. Пульс 110 в хв., ритмічний, АТ 110/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.

2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

Пацієнт Г., 20 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури тіла, кашель із виділенням слизисто-гнійного мокротиння, задишку. Захворів 10 днів тому коли з'явився нежить, кашель, біль голови. Лікувався сам, листок непрацездатності не брав. Гірше стало вчора - знову піднялася температура тіла до 38,4 ° С.

Об'єктивно: температура - 38,6 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста, гіперемія обличчя. ЧДР 30 в хв. При огляді грудної клітки і при пальпації змін немає. При перкусії справа під лопаткою притуплення перкуторного звуку. При аускультатії в цій ділянці дихання більш жорстке, вислуховуються звучні вологі дрібно міхурцеві хрипи. Тони серця приглушені. Пульс -98 за хв., ритмічний, задовільного наповнення. АТ 110/60 мм.рт.ст. Язик обкладений білим нальотом. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

Пацієнт Ж., 35 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на слабкість, нездужання, задишку, кашель з виділенням рясного слизисто-гнійного мокротиння без запаху, особливо вранці, за добу виділяється до 300 мл. Іноді відзначається кровохаркання. Хворіє протягом 5 років, періодично стан погіршується, неодноразово лікувався в стаціонарі.

Об'єктивно: температура 37,4 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, ціаноз губ, підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо, нігтьові фаланги пальців ніг і рук у формі «барабаних паличок», нігті у формі «годинникових скелець», ЧДР - 22 у хв. При перкусії над нижніми відділами легень відзначається притуплення перкуторного звуку, при аускультатії дихання ослаблене, в нижніх відділах вислуховуються поодинокі вологі хрипи.

Тони серця приглушені. Пульс - 95 у хв., ритмічний. АТ - 130/60 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

Сестра/брат медичні викликані додому пацієнта З., 32-х років. Пацієнт скаржиться на сильний кашель з виділенням великої кількості гнійного мокротиння з неприємним смердючим запахом, на підвищену температуру, нездужання, задишку, біль у правій половині грудної клітки. Захворів тиждень тому після переохолодження. За медичною допомогою не звертався, приймав аспірин. Вчора стан різко погіршився, коли посилювався кашель, з'явилася велика кількість гнійної мокроти з неприємним запахом.

Об'єктивно: температура 38,5 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста. Гіперемія обличчя. При перкусії грудної клітки справа під лопаткою в ділянці 7-8 міжребер'я притуплення перкуторного звуку. На інших легеневих ділянках – перкуторний звук в межах норми. При аускультатії в ділянці притуплення - дихання бронхіальне, вислуховуються велико-і середньо пухирчасті вологі хрипи. На інших ділянках легенів - дихання везикулярне. Тони серця приглушені. ЧСС-102 в хв. АТ 100/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

Пацієнт К., 28 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на підвищення температури вечорами до 37,3 ° С, нічні поти, завзятий сухий кашель, загальну слабкість, поганий апетит. Хворіє протягом 2-х місяців.

Об'єктивно: температура - 37 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста, волога. При перкусії грудної клітки справа в області 2-3 міжребер'я визначається притуплення перкуторного звуку, при аускультатії дихання в цій галузі з бронхіальним відтінком, вислуховуються поодинокі сухі хрипи. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС- 94 в хв. АТ 115/80 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

Пацієнт Р., 46 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, зниження працездатності, погіршення апетиту, схуднення, завзятий кашель з невеликою кількістю мокротиння. Схуд на 6 кг за 3 міс. Курить протягом 30 років.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура 36,9 ° С. Шкіра чиста, бліда. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Лімфатичні вузли над-і підключичні, пахвові розміром до 1 см, щільні, безболісні, спаяні з навколишніми тканинами. Дихання ослаблене, поодинокі вологі хрипи, перкуторно справа визначається притуплення звуку в 3-му міжребер'ї по середньоключичній лінії. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС- 84 в хв., АТ 110/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

Пацієнт І., 36 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на озноб, підвищення температури, сухий кашель, сильний біль у правій половині грудної клітки. Хворому легше лежати на правому боці.

Об'єктивно: температура 37,8 ° С. Стан середньої тяжкості. Пацієнт лежить на правому боці. Шкіра чиста, при огляді грудної клітки відставання правої половини при диханні. Дихання праворуч ослаблене, вислуховується шум тертя плеври. Тони серця приглушені. ЧСС - 92 в хв. АТ 120/80 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 11

Пацієнт І., 26 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на озноб, сухий кашель, що посилюється при глибокому диханні, важкість у правій половині грудної клітки, наростаючу задишку. Хворому легше сидіти, ніж лежати. Хворіє 2-й тиждень.

Об'єктивно: температура 37,8 ° С. Стан середньої тяжкості. Шкіра чиста. При огляді грудної клітки відставання правої половини при диханні, при пальпації голосове тремтіння праворуч ослаблене. При перкусії праворуч по середньопухвовій лінії від 7-го ребра і далі нижче до хребта перкуторний звук тупий. Дихання у цій галузі різко ослаблене. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1 см назовні від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС- 110 в хв. АТ 90/60 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

КАРДІОЛОГІЯ

ГОСТРА РЕВМАТИЧНА ЛИХОМАНКА

Гостра ревматична лихоманка - гостре аутоімунне захворювання, яке є пізнім ускладненням інфікування β-гемолітичним стрептококом групи А.

ЕТІОЛОГІЯ

Бета-гемолітичний стрептокок групи

Спадковість

ПАТОГЕНЕЗ

Комплекс антиген +
антитіло+комплемент

Сполучна
тканина

Рубцева
тканина

ПАТОМОРФОЛОГІЯ

Фази

Мукоїдного
набряку

Фібриноїдного
набряку

Гранульо-
матозу

Склерозу

ОСНОВНІ ПРОЯВА

Кардит

Поліартрит

Хорея

Підшкірні ревматичні
вузлики

Кільцеподібна
еритема

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові:
лейкоцитоз, пришвидшена ШОЕ

Серологічний аналіз крові:
підвищення титрів АСЛ-0, АСК, АСГ

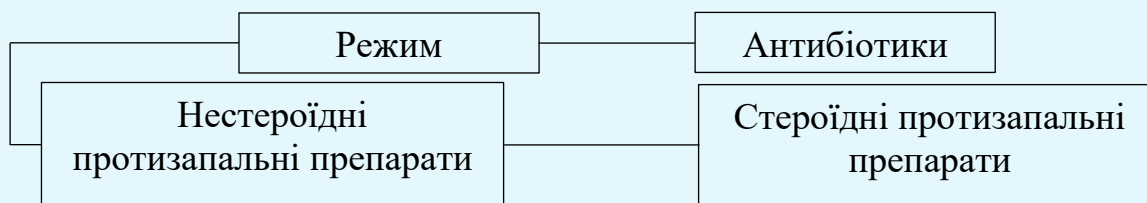
Біохімічний аналіз крові: поява С-реактивного протеїну, збільшення вмісту сіалових кислот, диспротеїнемія, збільшення вмісту альфа-2-та гамма-глобулінів

ЕКГ: подовження
інтервалу PQ

ФКГ: систолічний
шум на верхівці

ЕхоКГ: ознаки
ураження міокарда

ЛІКУВАННЯ



Заборонено вживати такі продукти як свіжий хліб, млинці та інші печені солодощі. Також жирні види м'яса та риби (свинина, бранина, качка, гусак, ковбаси, копченості, консерви, солену рибу та ікру). Не рекомендують споживати і часник, хрін, цибулю, редьку, селеру, базилік, смажені яйця, шоколад, супи на м'ясному, рибному чи грибному бульйоні, жирні та гострі соуси, майонез, кетчуп, напівфабрикати, міцний чай, каву, алкоголь та газовану воду.

Натомість рекомендують: борошняні вироби (хліб пшеничний із борошна 1-2 гатунку, краще – вчорашній або злегка підсушений; дієтичний хліб без солі;), нежирні сорти яловичини, телятини, кролика, курки та індички (м'ясо краще відварити або готувати на пару); нежирну рибу та морепродукти – у відвареному вигляді або приготовані на пару; супи 250-400 г на прийом (вегетеріанські з різними крупами, картоплею овочами); молоко, кисломолочні напої, сир; парові та запечені омлети; крупи приготовлені на воді чи молоці (каші, запечені пудинги). Також можна вживати макаронні вироби, бобові, муси, желе, мед, мармелад, зефір, нежирні запіканки, не міцний чай з лимоном або молоком, компот, кисіль, відвар шипшини. Овочі краще споживати запеченими та вареними, сирі краще обмежити; фрукти – м'які та стиглі.

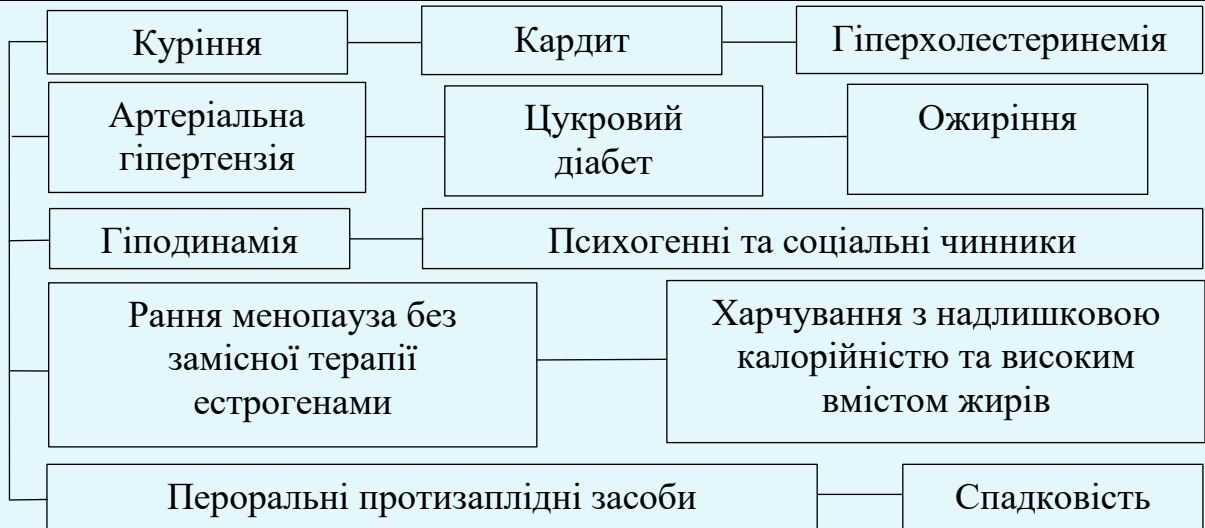
ПРОФІЛАКТИКА



ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ

Ішемічна хвороба серця – гострий або хронічний патологічний процес у міокарді, зумовлений неадекватним його кровопостачанням внаслідок органічного ушкодження коронарних артерій або, значно рідше, внаслідок їх функціональних змін (спазму, недостатності кровотоку через збільшення навантаження).

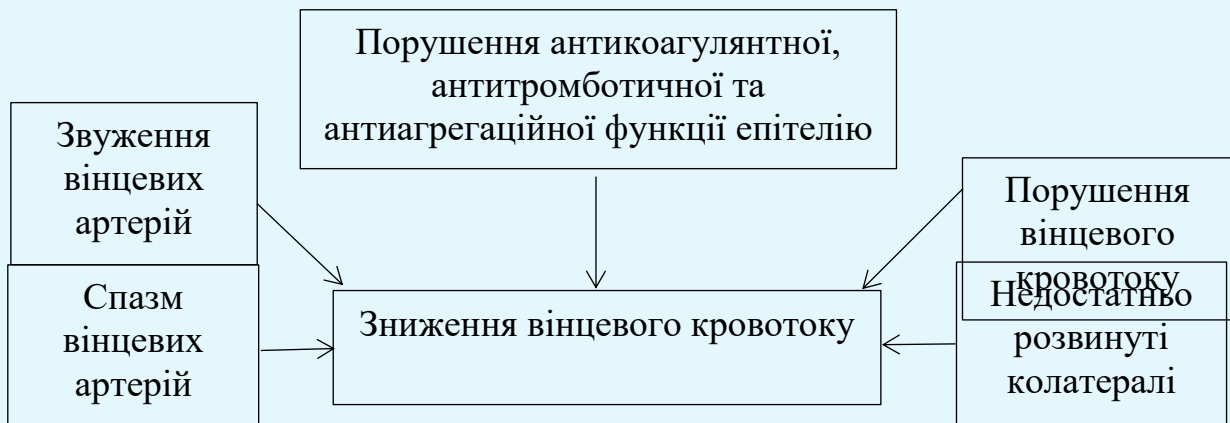
ЧИННИКИ РИЗИКУ



ЕТІОЛОГІЯ

Атеросклероз вінцевих судин

ПАТОГЕНЕЗ



Ішемія міокарда

Стенокардія

Інфаркт міокарда

Стенокардія, що виникла вперше:

напади за грудинного болю, які з'являються протягом останніх 2 міс.

Стабільна стенокардія напруження (функціональні класи) :

I клас (латентна). Пацієнт добре переносить звичайні фізичні навантаження, без труднощів ходить на будь-яку відстань і піднімається сходами. Біль виникає лише при незвичному надмірному навантаженні.

II клас (легкий ступінь). Незначне обмеження звичайної фізичної активності. Напади стенокардії виникають при ходьбі по рівній місцевості звичайним темпом на відстань понад 500 м або при підніманні сходами вище першого поверху. Ймовірність виникнення нападів збільшується при ходьбі в холодну погоду, проти вітру, у разі емоційного збудження, у ранкові години.

III клас (середній ступінь тяжкості). Значне обмеження звичайної фізичної активності. Напади виникають при ходьбі по рівній місцевості звичайним темпом на відстань 100-500м, при підніманні на перший поверх. Часто напади виникають під впливом лише психоемоційного збудження, від холодного вітру, морозу.

IV клас (тяжка). Виникає при незначних фізичних навантаженнях, при ходьбі по рівній місцевості до 100м, при вмиванні, голінні, перенесенні 2-3кг вантажу. Пацієнт не може ходити сходами. Часто напад виникає навіть у стані фізичного спокою.

Ангінозний (типовий) варіант –

несподівано тяжкий і тривалий напад нестерпного болю за грудиною, який супроводжується страхом смерті. Пацієнт збуджений. Шкіра бліда, слизові оболонки ціанотичні. Частіше – тахікардія, іноді – брадикардія або інші порушення ритму. Тони серця приглушені, іноді – ритм галопу.

Атипові форми:

- Асмастичний варіант
- Абдомінальний варіант
- Аритмічний варіант
- Цереброваскулярний варіант
- Інфаркт міокарда з атиповим больовим синдромом
- Безбольова, або малосимптомна, форма

Діагностичні дослідження:

1. ЕКГ
2. ЕхоКГ
3. Коронарографія
4. Загальний аналіз крові (нейтрофільний лейкоцитоз, пришвидшена ШОЕ)
5. Біохімічний аналіз крові (збільшення рівня КФК, ЛДГ, АЛТ, АСТ, С-реактивного протеїну тощо)

Прогресивна стенокардія: часті та перебігом напади, які виникають у відповідь на звичне навантаження чи в стані спокою.

Спонтанна (Прінцметала) – напади в один і той самий час, частіше вночі або вранці.

Примітка. Стенокардія, що виникла вперше, прогресивна і спонтанна є формами нестабільної стенокардії

Діагностичні дослідження:

1. ЕКГ (під час нападу): ST – зміщений вниз, T- негативний
2. Проби з дозованими фізичними навантаженнями
3. Фармакологічні проби
4. Холтеровське моніторування
5. ЕхоКГ
6. Коронарографія

Принципи лікування:

- Профілактика кардіогенного шоку
- Екстрена госпіталізація
- Антитромбоцитарна терапія
- Антикоагулянти
- Інгібітори АТФ
- Нітрати
- Бетаадреноблокатори
- Інвазивна реваскуляризація (ЧКВ або АКШ)
- Лікування ускладнень
- Профілактика серцевої недостатності

Принципи лікування:

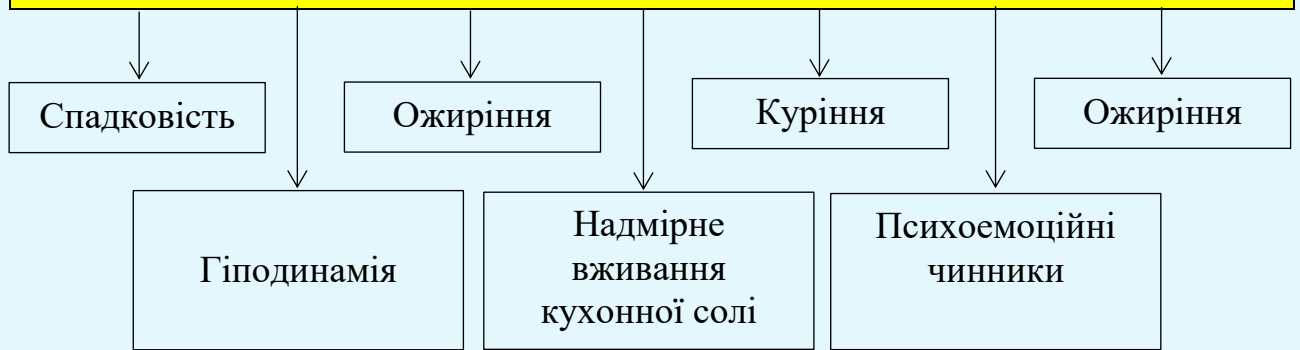
- Антиангінальні препарати
- Поліпшення метаболізму в серцевому м'язі
- Седативні препарати, транквілізатори
- Усунення чинників ризику

ГІПЕРТОНІЧНА ХВОРОБА

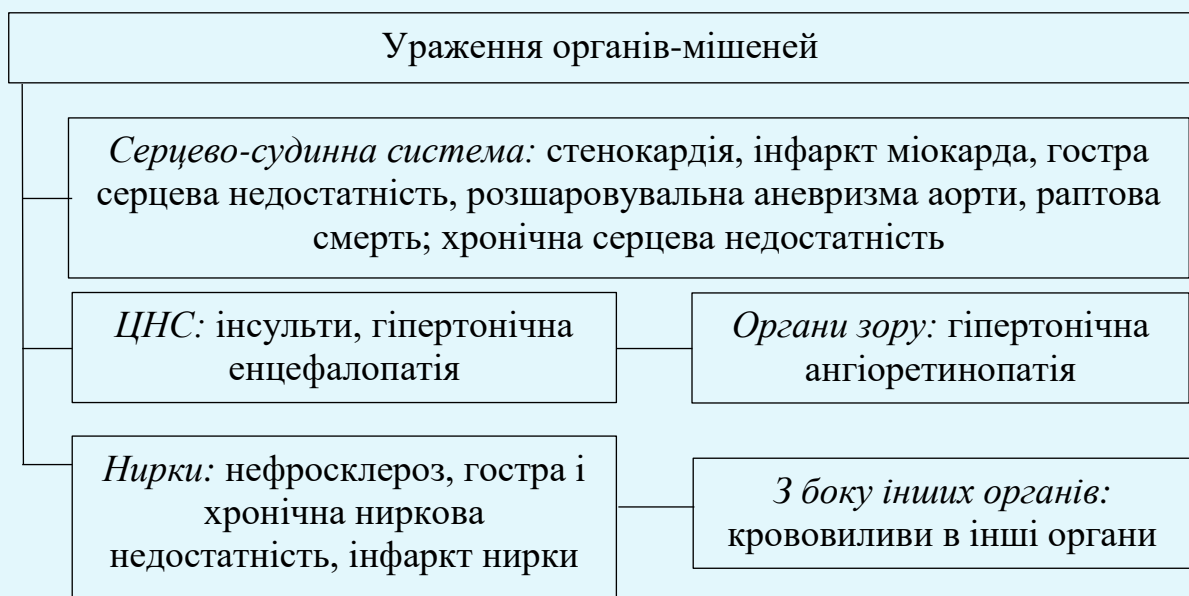
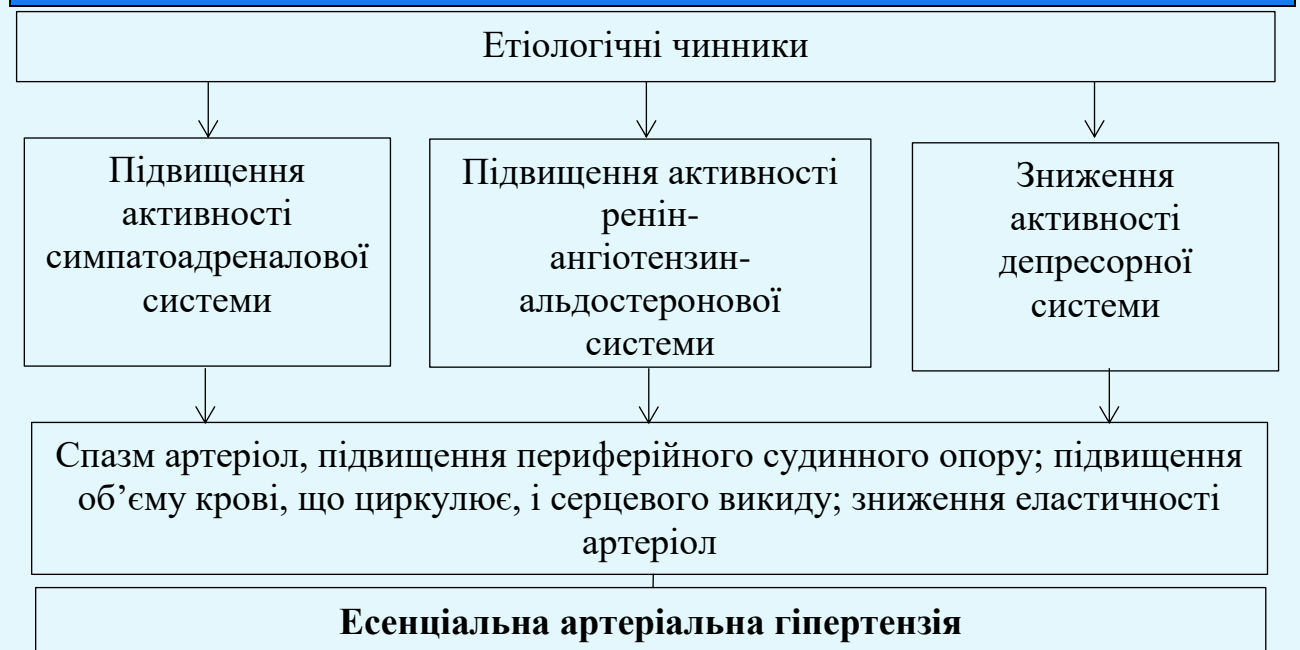
(ессенціальна артеріальна гіпертензія)

Артеріальна гіпертензія (АГ)- захворювання серцево-судинної системи, яке розвивається як наслідок первинної дисфункції вищих судиннорегулюючих центрів, нейрогуморальних та ниркових механізмів, характеризується артеріальною гіпертензією, а при виражених стадіях - органічними змінами серця, нирок та ЦНС.

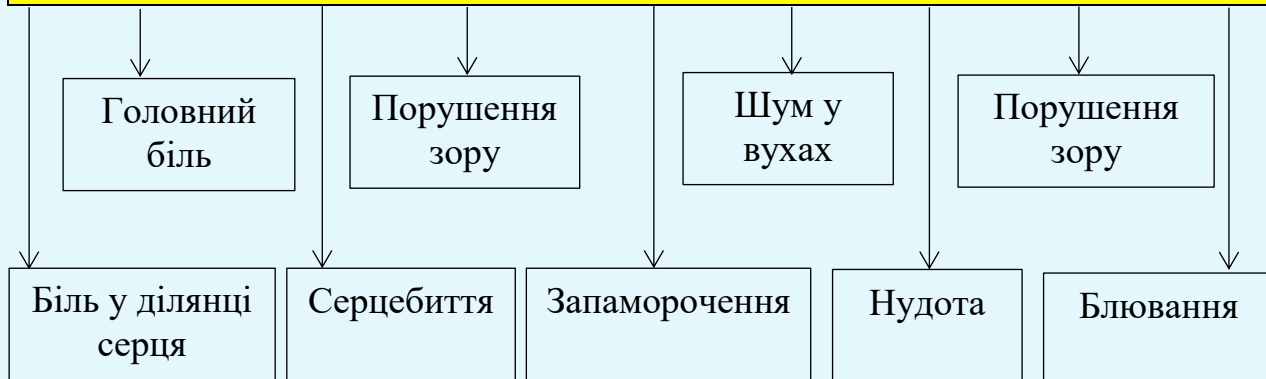
ЕТИОЛОГІЯ



ПАТОГЕНЕЗ

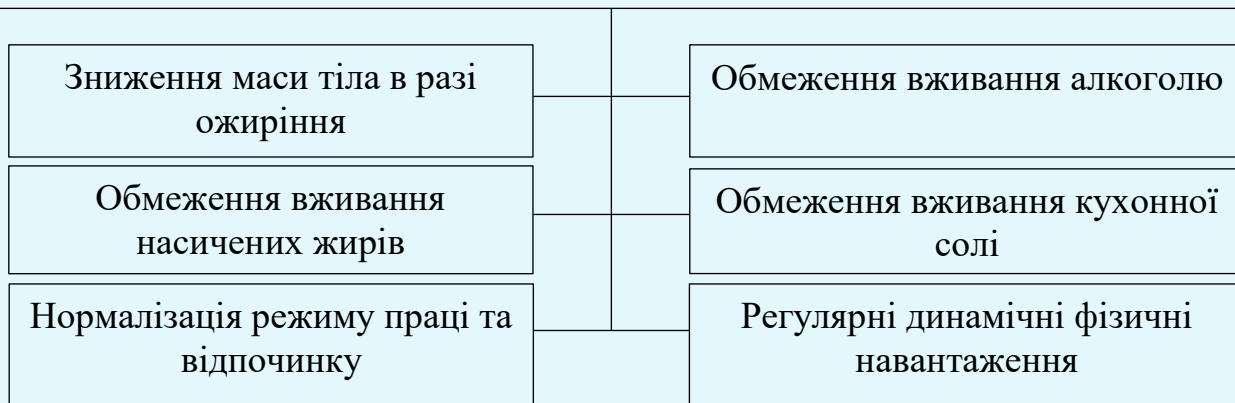


СКАРГИ



ЛІКУВАННЯ

Немедикаментозне (модифікація стилю життя)



Медикаментозне



РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ В КАРДІОЛОГІЇ

Реальна клінічна ситуація 1

До сестри/брата медичних звернулася пацієнтка 18 років зі скаргами на субфебрильну температуру,

загальну слабкість, нерізкі болі в області серця. В анамнезі часті ангіни. Остання ангіна була два тижні тому.

Об'єктивно: температура 37,4 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, волога. Дихання везикулярне. Ліва межа відносної серцевої тупості на 0,5 см назовні від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, аритмічні, на верхівці - ніжний систолічний шум. ЧСС- 96 в хв. АТ 110/70 мм.рт.ст. Язик чистий, є каріозні зуби. Мигдалики гіпертрофовані. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Сестра/брат медичні викликані додому до пацієнтки Н., 20 років. Скарги на болі в колінних, гомілковостопних, плечових суглобах, високу температуру. Захворіла гостро. Напередодні ввечері піднялася температура до 39 ° С, з'явилися болі в колінних суглобах, вранці приєдналися болі в плечових і гомілковостопних суглобах. З анамнезу з'ясувалося, що 2 тижні тому хвора перенесла ангіну.

Об'єктивно: температура 39 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра волога, відзначається припухлість, почервоніння шкіри над колінними суглобами, різка болючість при русі. Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС - 115 в хв. АТ 115/60 мм.рт.ст. Є каріозні зуби. Мигдалики збільшені. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

На ФАП звернулась пацієнтка К., 25 років, зі скаргами на задишку, що підсилюється при фізичному навантаженні, сухий кашель. Напередодні було

кровохаркання. Погіршення стану відзначає протягом місяця. Два роки тому хворіла на ревматизм.

Об'єктивно: температура 37,2 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки ціанотичні. Дихання везикулярне, в нижніх відділах легенів незвучні вологі хрипи. ЧДР- 26 у хв. При пальпації в області верхівки серця визначається симптом «котячого муркотіння». Верхня межа відносної серцевої тупості визначається в другому міжребер'ї. При аускультатії на верхівці серця 1-й тон грюкання, діастолічний шум, акцент 2-го тону на легеневій артерії. ЧСС - 110 в хв. АТ 110/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Сестра/брат медичні прийшли на виклик в будинок пацієнтки Г., 18 років, яка скаржиться на виражену задишку, серцебиття, що посилюються при найменшому русі. Хвора на ревматизм з 6-річного віку, перебуває на диспансерному обліку. Дотримується лікарського призначення щодо протирецидивного лікування. Погіршення стану відзначає протягом 3 днів, пов'язує це з переохолодженням.



Об'єктивно: температура 37,2 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста, помірної вологості. Дихання ослаблене, поодинокі вологі хрипи. ЧДР - 30 в хв. Ліва межа серця визначається за лівою середньключичною лінією. Над верхівкою грубий систолічний шум, 1-й тон тут ослаблений. ЧСС - 98 в хв., ритмічний. АТ 120/70 мм.рт.ст. Печінка не збільшена, набряків немає.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?

4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

До сестри/брата медичних звернувся чоловік 23 років зі скаргами на швидку втомлюваність, задишку і серцебиття при виконанні фізичної роботи. Подібні симптоми виникли 2 місяці тому. У минулому році лікувався в стаціонарі з приводу інфекційного ендокардиту, був виписаний у задовільному стані.

Об'єктивно: температура 36,8 ° С. Загальний стан задовільний. При огляді відзначається ритмічне похитування голови, пульсація сонних артерій, визначається капілярний пульс. Шкіра чиста. ЧДР - 22 за хв. Дихання везикулярне. Ліва межа серця визначається за лівою середньоключичною лінією. Тони серця ритмічні, ясні. Визначається діастолічний шум в другому міжребер'ї справа від грудини і в точці Боткіна. ЧСС - 88 в хв. АТ 160/50 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

До сестри/брата медичних звернулася жінка, 32 років, зі скаргами на швидку втомлюваність, задишку і серцебиття, що виникають при виконанні домашньої роботи, була короткочасна втрата свідомості. Погіршення стану відзначає в останні 4 місяці. З перенесених захворювань відзначає ГРЗ, ангіни, інфекційний ендокардит.

Об'єктивно: температура 36,7 ° С. Стан задовільний. Шкіра чиста, бліда. При пальпації в області основи серця визначається тремтіння, верхівковий поштовх визначається в 6-му міжребер'ї по лівій середньоключичній лінії. Тони серця ритмічні, вислуховується систолічний шум у другому міжребер'ї справа від грудини і в точці Боткіна. ЧСС - 92 в хв. АТ 110/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.

3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

Пацієнт К., 57 років скаржиться на головний біль в потиличній ділянці, блювоту, запаморочення, мерехтіння мушок перед очима. З анамнезу з'ясувалося, що ці явища розвивалися сьогодні в другій половині дня. Головні болі турбували періодично протягом декількох років, але хворий не надавав їм значення і до лікарів не звертався.

Об'єктивно: температура 36,4 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра бліда. Дихання везикулярне. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1 см назовні від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, різкий акцент 2-го тону на аорті. ЧСС - 92 в хв., пульс твердий, напружений, 92 у хв. АТ 200/110 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

До сестри/брата медичних звернувся пацієнт О., 42 років зі скаргами на часті головні болі, запаморочення періодичні, оніміння пальців рук, поганий сон. При ходьбі виникають стискаючі болі в ногах, пацієнт починає кульгати, у спокої болі зникають. Хворіє близько півроку.

Об'єктивно: температура 36,5 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Дихання везикулярне. Ліва межа відносної серцевої тупості на 0,5 см назовні від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, акцент 2-го тону на аорті. Пульс 74 у хв., ритмічний, напружений, на артеріях тилу стопи пульсація різко знижена. АТ 180/90 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?

4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

Пацієнт В., 44 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на напади болю стискаючого характеру, що виникають за грудиною, іррадіюють в ліву руку, під ліву лопатку, в ліву ключицю. Тривалість болю 3-5 хв. Болі виникають при ходьбі і підйомі на два поверхи, у спокої проходять. Хворіє близько 3 місяців.

Об'єктивно: температура 36,6 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Дихання везикулярне, ЧДР - 16 за хв. Тони серця ритмічні, чисті, ЧСС - 84 в хв., АТ 120/80 мм.рт.ст.. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

Сестру/брата медичних викликали додому пацієнта Б., 40 років, який скаржить на сильні болі в області серця стискаючого характеру, іррадіюючі в ліву руку, під ліву лопатку, відчуття печіння за грудиною. Напад виник 2 год. тому. Прийом нітроглицерину ефекту не дав. Захворювання пов'язує зі стресовою ситуацією на роботі.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, свідомість ясна, температура 36,8 ° С. Хворий метушиться, неспокійний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді. Дихання везикулярне, ЧДР - 20 за хв. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС - 92 в хв. АТ 110/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?

4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 11

Пацієнтка К., 68 років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на постійну задишку, різко підсилюється при фізичному навантаженні, постійні тупі болі в правому підребер'ї, набряки на ногах, кашель із виділенням слизистого мокротиння, загальну слабкість. Протягом багатьох років страждає на ішемічну хворобу серця, 2 роки тому був інфаркт міокарда.

Об'єктивно: температура 36,4 ° С. Шкіра волога, набряки на стопах і гомілках, акроціаноз. Дихання жорстке, в нижніх відділах незвучне, вологі хрипи. ЧДР - 26 за хв. Ліва межа відносної серцевої тупості визначається за лівою середньоключичною лінією. Тони серця аритмічні, приглушені. ЧСС - 100 в хв. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, слабо болючий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під краю реберної дуги по середньоключичній лінії на 4 см, слабо болюча.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій.

ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ

Г А С Т Р И Т И



Хронічний гастрит – рецидивуюче захворювання, в основі котрого лежить запальний процес в стінці шлунка, найбільш часто – слизової та підслизових оболонках, з порушенням їх структурно-функціонального стану аж до атрофії та розвинення важких форм секреторної та моторно-евакуаторної недостатності.

ЕТИОЛОГІЯ

Гелікобакт ерна інфекція	Психоемоційн і перенапружен ня	Аліментарний чинник	Зловживання алкоголем, кавою, курінням	Спадко вість	Вплив ліків
--------------------------------	---	------------------------	---	-----------------	----------------

СКАРГИ

Тяжкість і дискомфорт у надчеревній ділянці, біль	Неприємний присмак у роті, відрижка	Нудота, порушення апетиту	Закрепи або проноси, метеоризм	Загальна слабкість
--	---	---------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

ОГЛЯД

Схуднення, блідість шкірних покровів, тріщини в куточках рота	Кровоточивість ясен, обкладений білим нальотом язик
--	--

ПАЛЬПАЦІЯ

Болючість у надчеревній ділянці та болючість і бурчання в навколо пупковій ділянці

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Rg - шлунк а	ЕФГД С	pH метрія	ЕГГ (електоргас трографія)	Фракційне зондування	Визначення гелікобактор пілорі	ЗАК
--------------------	-----------	-----------	----------------------------------	-------------------------	--------------------------------------	-----

ЛІКУВАННЯ

Гастрит типу А.

Препарати, що стимулюють секреторну функцію шлунка (лимонтар, пентагастрин, глюконат кальцію).

Замісна терапія (шлунковий сік, пепсидил, пепсин, ацидин-пепсин, абомін, панзіном, соляна кислота).

При наявності болю і диспептичних розладів - церукал, еглоніл, но-шпа, галідор.

Протизапальна терапія (листя подорожника, плантаглюцид, вентер).

Ферменти (солізим, ораза, фестал, мезим-форте).

Мінеральні води ("Миргородська", "Слов'янівська" - у теплому вигляді за 15-20 хв до їди, невеликими ковтками по 1/2-1 склянці 2-3 рази на день).

В період загострення заборонено вживати такі продукти:

- Хліб та борошняні вироби: свіжий білий та житній, смажені та печені пиріжки, цілісні макарони, вареники, піца.
- Крупи: пшоно, перловка, кукурудза, а також бобові.
- М'ясо та птиця: баранина, свинина, гуска, качка, печінка, копчене м'ясо, ковбаси, консерви.
- Риба: жирна, смажена, копчена, солоня, ікра, морепродукти, консерви.
- Супи: м'ясні та рибні бульйони, грибні та міцні овочеві відвари, буряк, борщ, зелений борщ, окрошка.
- Молочні продукти: жирні та з високою кислотністю (вершки, жирний та кислий сир, жирний та солоний сир), гострі та солоні тверді сири, обмеження сметани.
- Яйця смажені.
- Овочі: капуста білокачанна, ріпа, редька, щавель, шпинат, цибуля, огірки, солоні, квашені та мариновані овочі, гриби, овочеві консерви.
- Фрукти та ягоди: кислі та недостатньо стиглі, багаті на клітковину.
- Десерти: шоколад, морозиво.
- Соуси та прянощі: м'ясні, рибні, грибні, томатні, майонез, а також, хрін, гірчиця, перець.
- Напої: газовані, а також квас, чорна кава.

В рекомендований список продуктів входять :

- Хліб та борошняні вироби: вчорашньої випічки або підсушений хліб, пшеничні сухарі, сухий бісквіт, 1-2 рази на тиждень добре випечені нездібні булочки, печені пиріжки з яблуками, відвареним м'ясом або рибою та яйцями, джемом, ватрушка з сиром. Відварені вермішель та макарони дрібно рублені.
- Крупи: манка, рис, гречка, вівсянка. Каші зварені на молоці або воді в протертому вигляді, пудинги, запіканки, котлети з мелених круп.
- М'ясо та птиця: нежирні сорти без сухожиль, фасцій та шкіри (у птахів).
- Вживати парові та відварені страви (котлети, биточки, кнелі, пюре) з нежирного м'яса, курей, індички. Відварене м'ясо шматком з нежирної телятини, курчат, кролика. Відварене м'ясо, запечене у духовці. Відварені язик та печінка.
- Риба: нежирні сорти (судак, тріска, окунь, щука) без шкіри у вигляді котлет або шматком, варені у воді або на парі.

- Супи: протерті на морквяному або картопляному відварі, молочні супи з протертих або добре розварених круп (геркулес, манна, рис та ін.), молочні супи-пюре з овочів, вермішелевий суп з додаванням протертих овочів. Супи можна заправляти вершковим маслом, яєчно-молочною сумішшю, вершками, борошно використовувати тільки підсушене.
- Молочні продукти: нежирне молоко у стравах, некислий кефір, нежирні йогурти, сир некислий свіжоприготовлений (протертий) та сметана, запечені сирники, ліниві вареники, нежирний негострий тертий сир, зрідка — скибочками.
- Яйця: омлет білковий, паровий з 1-2 яєць, 1-2 жовтки на день у стравах.
- Жири: вершкове несолоне масло, коров'яче топлене масло вищого гатунку, рафіновані олії у стравах.
- Овочі: картопля, морквина, буряк, цвітна капуста, зелений горошок (обмежено) зварені на пару або у воді та протерті (пюре, суфле, парові пудинги). Ранні гарбуз та кабачки шматочками. Дрібно різаний кріп у супах. Стиглі некислі томати до 100 г.
- Фрукти та ягоди: у протертому, вареному та печеному вигляді. Пюре, киселі, муси, желе, узвари (протерті).
- Десерти: цукор, мед, некисле варення, зефір, пастила, вершковий крем, молочний кисіль.
- Соуси та прянощі: бешамель без борошна, з додаванням вершкового масла, сметани, фруктові, молочно-фруктові. Кріп, петрушка, ванілін, кориця (обмежено).
- Напої: німецький чай, можна з молоком, вершками, німецький какао та кава з молоком, солодкі соки з фруктів та ягід, відвар шипшини.

Гастрит типу В

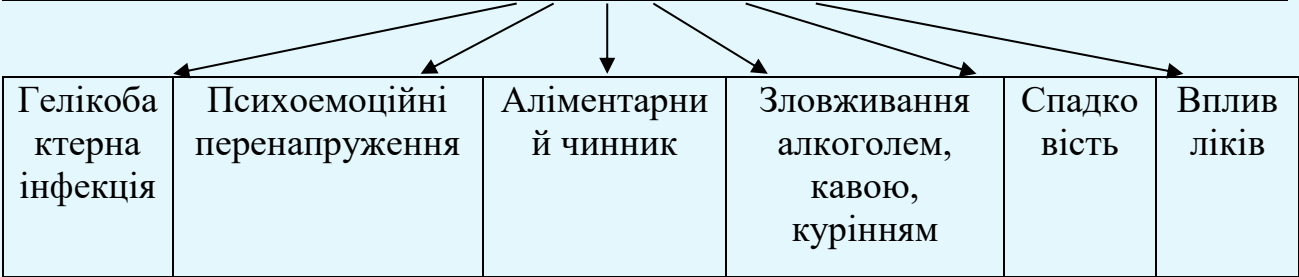
- ✚ Ліквідація гелікобактерної інфекції (де-нол, амоксицилін, кларитроміцин, метронідазол).
- ✚ Протизапальна терапія (калефлон, венгер, сукральфат, гастрофарм).
- ✚ Антисекреторні засоби (ранітидин, фамотидин, нізатидин, роксатидин).
- ✚ Антациди (альмагель, маалокс, фосфалюгель, гавіскон).
- ✚ Репаранти (солкосерил, етаден, рибоксин, ретаболіл, пентоксил, гастрофарм).
- ✚ Засоби, що нормалізують моторну діяльність шлунка (церукал, еглоніл, мотиліум).
- ✚ Мінеральні води ("Лужанська", "Поляна Квасова", "Моршинська" - у теплому вигляді без газу по 3/4 склянки 3 рази на день за 1,0-1,5 год до їди).

Список рекомендованих та заборонених продуктів такий самий, як і при гастриті типу А.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА ШЛУНКА І ДПК – ПАЛОЇ КИШКИ

Виразкова хвороба шлунка і ДПК - хронічне захворювання з поліциклічним перебігом, яке характеризується секреторними, моторними та трофічними змінами шлунку чи ДПК з утворенням виразкових дефектів їх слизових оболонок.

ЕТИОЛОГІЯ



ПАТОГЕНЕЗ



Порушення рівноваги між чинниками агресії та захисту

Виразка

СКАРГИ

Біль у надчеревній ділянці	Печія	Відрижка	Блювання	Закрепи
----------------------------	-------	----------	----------	---------

ПАЛЬПАЦІЯ

Болючість у надчеревній ділянці або в місці проекції 12 – палої кишки	Локальне напруження м'язів
---	----------------------------

ПЕРКУСІЯ

Симптом Менделя (перкуторна болючість у місці локалізації виразки)

УСКЛАДНЕННЯ

Кровотечі	Пенетрація	Перфорація	Пілоростеноз	Малігнізація
-----------	------------	------------	--------------	--------------

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Rg - шлунка	ЕФГДС з біопсією	pH метрія	ЕГГ	Фракційне зондування	Аналіз калу на приховану кров	Визначення гелікобактер пілорі	ЗАС
-------------	------------------	-----------	-----	----------------------	-------------------------------	--------------------------------	-----

ЛІКУВАННЯ

Антисекреторні препарати:

- ✓ М - холіноблокатори: атропін, платифілін, гастроцепін
- ✓ Блокатори H₂ - гістамінових рецепторів: ранітидин, фамотидин, циметидин
- ✓ Блокатори протонної помпи: омепразол, оmez
- ✓ Антациди: що не всмоктуються - маалокс, альмагель, фосфалюгель
адсорбні – препарати вісмуту – вікалін, вікаїр

Антигелікобактерні

- ✓ Антибіотики: амоксицилін, тетрациклін, кларитроміцин
- ✓ Метронідозол (тріхопол)
- ✓ Колоїдний субцитрат вісмуту (де – нол)
- ✓ Блокатори протонної помпи (омепразол)

Гастроцитопротектори

- ✓ Стимулятори слиноутворення: мізопростол, енпростил, біогастрин
- ✓ Утворювачі захисної плівки: де – нол, вентер

Препарати, що нормалізують моторну функцію шлунка і 12 – палої кишки:
церукал, мотиліум

Препарати центральної дії: еглоніл, седативні і транквілізатори

В період лікування заборонено вживати такі продукти:

- Хліб та борошняні вироби: свіжий білий та житній, смажені та печені пиріжки, цілісні макарони, вареники, піца.
- Крупи: пшоно, перловка, кукурудза, а також бобові.
- М'ясо та птиця: баранина, свинина, гуска, качка, печінка, копчене м'ясо, ковбаси, консерви.
- Риба: жирна, смажена, копчена, солоня, ікра, морепродукти, консерви.
- Супи: м'ясні та рибні бульйони, грибні та міцні овочеві відвари, буряк, борщ, зелений борщ, окрошка.
- Молочні продукти: жирні та з високою кислотністю (вершки, жирний та кислий сир, жирний та солоний сир), гострі та солоні тверді сири, обмеження сметани.
- Яйця смажені.
- Овочі: капуста білокачанна, ріпа, редька, щавель, шпинат, цибуля, огірки, солоні, квашені та мариновані овочі, гриби, овочеві консерви.
- Фрукти та ягоди: кислі та недостатньо стиглі, багаті на клітковину.
- Десерти: шоколад, морозиво.

- Соуси та прянощі: м'ясні, рибні, грибні, томатні, майонез, а також, хрін, гірчиця, перець.
- Напої: газовані, а також квас, чорна кава.

В рекомендований список продуктів входять :

- Хліб та борошняні вироби: вчорашньої випічки або підсушений хліб, пшеничні сухарі, сухий бісквіт, 1-2 рази на тиждень добре випечені нездібні булочки, печені пиріжки з яблуками, відвареним м'ясом або рибою та яйцями, джемом, ватрушка з сиром. Відварені вермішель та макарони дрібно рублені.
- Крупи: манка, рис, гречка, вівсянка. Каші зварені на молоці або воді в протертому вигляді, пудинги, запіканки, котлети з мелених круп.
- М'ясо та птиця: нежирні сорти без сухожиль, фасцій та шкіри (у птахів).
- Вживати парові та відварені страви (котлети, биточки, кнелі, пюре) з нежирного м'яса, курей, індички. Відварене м'ясо шматком з нежирної телятини, курчат, кролика. Відварене м'ясо, запечене у духовці. Відварені язик та печінка.
- Риба: нежирні сорти (судак, тріска, окунь, щука) без шкіри у вигляді котлет або шматком, варені у воді або на парі.
- Супи: протерті на морквяному або картопляному відварі, молочні супи з протертих або добре розварених круп (геркулес, манна, рис та ін.), молочні супи-пюре з овочів, вермішелевий суп з додаванням протертих овочів. Супи можна заправляти вершковим маслом, яєчно-молочною сумішшю, вершками, борошно використовувати тільки підсушене.
- Молочні продукти: нежирне молоко у стравах, некислий кефір, нежирні йогурти, сир некислий свіжоприготовлений (протертий) та сметана, запечені сирники, ліниві вареники, нежирний негострий тертий сир, зрідка — скибочками.
- Яйця: омлет білковий, паровий з 1-2 яєць, 1-2 жовтки на день у стравах.
- Жири: вершкове несолене масло, коров'яче топлене масло вищого гатунку, рафіновані олії у стравах.
- Овочі: картопля, морквина, буряк, цвітна капуста, зелений горошок (обмежено) зварені на пару або у воді та протерті (пюре, суфле, парові пудинги). Ранні гарбуз та кабачки шматочками. Дрібно різаний кріп у супах. Стиглі некислі томати до 100 г.
- Фрукти та ягоди: у протертому, вареному та печеному вигляді. Пюре, киселі, муси, желе, узвари (протерті).
- Десерти: цукор, мед, некисле варення, зефір, пастила, вершковий крем, молочний кисіль.
- Соуси та прянощі: бешамель без борошна, з додаванням вершкового масла, сметани, фруктові, молочно-фруктові. Кріп, петрушка, ванілін, кориця (обмежено).
- Напої: німецький чай, можна з молоком, вершками, німецький какао та кава з молоком, солодкі соки з фруктів та ягід, відвар шипшини.

ХРОНІЧНІ ГЕПАТИТИ

Хронічний гепатит - дифузний запальний процес у печінці, який триває без суттєвого покращення не менше 6 місяців.

ЕТІОЛОГІЯ

Вірус В, С, дельта	Лікарські препарати	Алкоголь
--------------------	---------------------	----------

ПАТОГЕНЕЗ

<p><u><i>Вірусного гепатиту:</i></u></p> <p>Реплікація вірусу</p> <p>↓</p> <p>Імунна відповідь</p> <p>↓</p> <p>Деструкція гепатоцитів</p>	<p><u><i>Аутоімунного гепатиту:</i></u></p> <p>Дефект імунорегуляції в організмі</p> <p>↓</p> <p>Утворення антитіл до антигенів мембран печінки</p> <p>↓</p> <p>Цитоліз гепатоцитів</p>	<p><u><i>Алкогольного гепатиту:</i></u></p> <p>Жирова інфільтрація печінки</p> <p>↓</p> <p>Пошкодження клітинних органел</p> <p>↓</p> <p>Запалення, некроз гепатоцитів</p>
---	---	--

СКАРГИ

Загальна слабкість, зниження працездатності	Схуднення, поганий апетит	Нудота, відрижка, здуття живота, закреп	Біль у правому підребер'ї	Біль у суглобах, м'язах	Свербіш шкіри, підвищення т – ри тіла	Носові кровотечі
---	---------------------------	---	---------------------------	-------------------------	---------------------------------------	------------------

ОГЛЯД

Жовтяничність шкіри, склер	Крововиливи на шкірі	Судинні зірочки (телеангіоектазії)	Еритема долонь	Гінекомастія	Ксантелазми
----------------------------	----------------------	------------------------------------	----------------	--------------	-------------

ПАЛЬПАЦІЯ

Збільшення печінки

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ЗАК	ІДК	Серологічний аналіз крові	БАК	УЗД	Радіоізотоп на гепатографія	Радіоізотопне сканування	Біопсія печінки
-----	-----	---------------------------	-----	-----	-----------------------------	--------------------------	-----------------

ЛІКУВАННЯ

Противірусні препарати: альфаферон, велфарон, віраферон	Препарати які впливають на імунну систему: глюкокортикоїди (преднізолон, метилпреднізолон, дексаметазон) Імуномодулятори (тималін, імунал)	Гепатотропні препарат: карсил, есенціале, гепабене, гепалін	Метаболічні препарати: вітаміни гр. В; коферменти - рибоксин, кокорбоксилаза, альтан; ентеросорбенти: сорбогель	Дезінтоксикаційна терапія
---	---	---	---	----------------------------------

В період лікування заборонено вживати такі продукти:

- Жирні сорти м'яса (свинина) та птиці (гуска, качка).
- Будь-яка риба у смаженому вигляді.
- Фрукти (лимони, гранати, ананаси, вишня, грейпфрут). Ягоди (журавлина, агрус, малина, обліпіха, брусниця, ківі, червона смородина).

- Овочі (редиска, кукурудза, часник).
- Соуси та маринади (соєвий соус, майонез, кетчуп, гірчиця, хрін, оцет, гострий перець).
- Напої (кава та кофеїновмісні напої (чай, енергетики)).
- Хлібобулочні вироби (булочки, пиріжки).
- Солодощі (морозиво, крем і тістечка, халва і шоколад).

В рекомендований список продуктів входять :

- Нежирне м'ясо без фасцій та сухожиль, птиця без шкіри. Дозволяється також молода нежирна баранина, яловичина, кролик, курка, ідичка, оленина, перепілка, телятина.
- Риба (горбуша, дорада, камбала, лящ, сибас, сом, тріска, форель, щука, хек та окунь).
- Морепродукти (кальмари, морський гребінець, креветки, краби, восьминіг).
- Молочні продукти (нежирні кефір та молоко, напівжирний і нежирний сир, негострий і нежирний сир).
- Овочі (батат, кабачок, капуста(морська, кольорова), броколі, цибуля-порей, морква, салат (айсберг, романо), огірок, гарбуз, квасоля).
- Фрукти (абрикос, банан, груша, манго, маракуйя, нектарин, персик). Ягоди (лохина, ожина, полуниця, чорниця).
- Каші (гречана, вісвянка, пшоно, рис, жито, геркулес); підсушений хліб; макарони твердих сортів).
- Жири (соняшникова нерафінована та оливкова олія, авокадо).
- Напої (соки та смузі, овочеві, фруктові, компоти, киселі, відвар шипшини, зелений трав'яний чай)

ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ

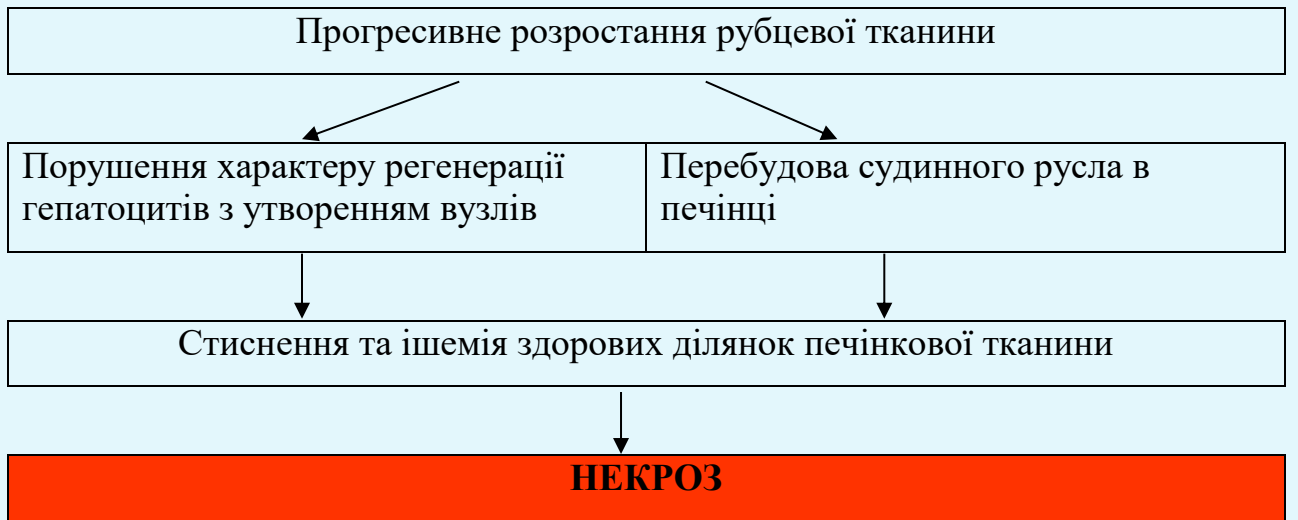
Цироз печінки - дифузний процес, що характеризується фіброзом і перебудовою нормальної архітектоніки печінки, котра веде до утворення структурно аномальних вузлів.

Найважливішою ознакою, котра відрізняє цироз печінки від хронічного гепатиту, є вузлова трансформація печінки. Вузли циротичної печінки не мають нормальної долькової структури і оточені фіброзною тканиною. Вони можуть містити аномально розташовані порталні тракти і еферентні вени і не є істинно регенеративними, тому що відновлення нормальної перенхіми печінки не відбувається.

ЕТИОЛОГІЯ

Вірусний гепатит	Лікарські препарати, хімічні речовини,	Спадкові порушення обміну речовин
Недостатність кровообігу	Біліарна обструкція	Алкоголь

ПАТОГЕНЕЗ



УСКЛАДНЕННЯ

Кровоте ча із розишир ених вен стравох оду	Порталь на гіпертен зія	Печінкова недостатні сть	Печінко ва кома	Тром боз воріт ної вени	Гепаторена льний синдром	Трасформа ція в рак
---	----------------------------------	--------------------------------	--------------------	-------------------------------------	--------------------------------	------------------------

СКАРГИ

Загальна слабкість, зниження працездатності	Схуднення	Поганий апетит	Нудота, блювання	Здуття живота	Рідкі випорожнення	Носові кровотечі, гемороїдальні
Безсоння	Набряки	Підвищення температури	Свербіш шкіри	Біль у правому підребер'ї	Дратівливість	Порушення менструального циклу

ОГЛЯД

Жовтяничність шкіри, склер	Крововиливи на шкірі	Судинні зірочки телеангіоектазії	Еритема долонь	Гінекомастія	Ксантелазми
Знижене харчування	Червоний язик	Яскраво-червоний колір слизової оболонки губ	Розширення вен черевної стінки	Набряки на кінцівках	Асцит

ПАЛЬПАЦІЯ

Збільшення печінки, селезінки, тахікардія

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

З А К	І Д К	Серологічний аналіз крові	Б А К	У З Д	Радіоізотопна гепатографія	Радіоізотопне сканування	Біопсія печінки
-------------	-------------	---------------------------	-------------	-------------	----------------------------	--------------------------	-----------------

ЛІКУВАННЯ

<i>Поліпшення метаболізму гепатоцитів</i>	<i>Дезінтоксикаційна терапія</i>	<i>Патогенетичне</i>	<i>Пригнічення синтезу сполучної тканини в печінці</i>	<i>Лікування набряково – асцитичного синдрому</i>
<i>Лікування печінкової недостатності</i>	<i>Лікування гіперспленізму</i>	<i>Лікування холестазу</i>		

В період лікування заборонено вживати такі продукти:

- Жирні сорти м'яса (свинина) та птиці (гуска, качка).
- Будь-яка риба у смаженому вигляді.
- Фрукти (лимон, гранат, ананас, вишня, грейпфрут). Ягоди (журавлина, агрус, малина, обліпиха, брусниця, ківі, червона смородина).
- Овочі (редиска, кукурудза, часник).
- Соуси та маринади (соєвий соус, майонез, кетчуп, гірчиця, хрін, оцет, гострий перець).
- Напої (кава та кофеїновмісні напої (чай, енергетики)).
- Хлібобулочні вироби (булочки, пиріжки).
- Солодощі (морозиво, крем і тістечка, халва і шоколад).

В рекомендований список продуктів входять :

- Нежирне м'ясо без фасцій та сухожиль, птиця без шкіри. Дозволяється також молода нежирна баранина, яловичина, кролик, курка, ідичка, оленина, перепілка, телятина.
- Риба (горбуша, дорада, камбала, лящ, сибас, сом, тріска, форель, щука, хек та окунь).
- Морепродукти (кальмари, морський гребінець, креветки, краби).
- Молочні продукти (нежирні кефір та молоко, напівжирний і нежирний сир, негострий і нежирний сир).
- Овочі (батат, кабачок, капуста(морська, кольорова), броколі, цибуля-порей, морква, салат (айсберг, романо), огірок, гарбуз, квасоля).
- Фрукти (абрикос, банан, груша, манго, маракуйя, нектарин, персик). Ягоди (лохина, ожина, полуниця, чорниця).
- Каші (гречана, вісвянка, пшоно, рис, жито, геркулес); підсушений хліб; макарони твердих сортів).
- Жири (соняшникова нерафінована та оливкова олія, авокадо).
- Напої (соки та смузі, овочеві, фруктові, компоти, киселі, відвар шипшини, зелений трав'яний чай)

РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ В ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ

Реальна клінічна ситуація 1

До сестри/брата медичних звернулася жінка 21 років зі скаргами на появу болю в епігастральній ділянці після їжі, відрижку кислим, печію. Режиму харчування не дотримується. Болі турбують 2 роки.

Об'єктивно: температура 36,6 ° С. Стан задовільний. Шкіра чиста. Язик обкладений білуватим нальотом. Живіт при пальпації м'який, відзначається слабка болючість в епігастральній ділянці. З боку інших органів патології немає.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Пацієнт І., 30 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на відчуття повноти і болі в епігастральній ділянці, що виникають незадовго після вживання їжі, часту відрижку тухлим, відзначає схуднення. Вважає себе хворим протягом 5 років. Останні 2 дні погіршення самопочуття пов'язує з погрішностями у дієті (випивав алкоголь). Шкідливі звички: палить, вживає алкоголь.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра бліда, підшкірно-жирова клітковина виражена недостатньо. З боку серцево-судинної системи і легенів патології немає. Язик обкладений білим нальотом. Живіт вздутий - метеоризм, при пальпації- невиражена болючість в епігастральній ділянці. Печінка і селезінка не пальпуються.



Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?

4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Пацієнт А., 36 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на гострі болі в животі, які виникають через 30 хв. після прийому їжі, блювання на висоті болю, що приносить полегшення. Іноді хворий сам викликає блювоту після їжі для зменшення болю. Апетит збережений. Але через виникнення болю після вживання їжі, пацієнт обмежується в харчуванні. Хворіє кілька років, погіршення стану відзначається в осінньо-весняний період, загострення провокуються емоційними перевантаженнями. Пацієнт курить протягом 20 років по 1 пачці сигарет на день.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Легені і серце без патології. Язик обкладений білуватим нальотом. При пальпації живота відзначається болючість в епігастральній ділянці. Печінка і селезінка не пальпуються.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Пацієнт О., 20 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на сильні болі в животі, що виникають через 3-4 години після вживання їжі, натще серце, нерідко вночі, болі проходять після прийому молока. Відзначається схильність до закріпів, схуднення. Апетит збережений. Хворим вважає себе протягом року. З анамнезу з'ясувалося, що пацієнт багато курить, зловживає алкоголем.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви бліді, підшкірно-жирова клітковина розвинена задовільно. З боку легень і серцево-судинної системи патології немає. Язик обкладений біло-жовтим нальотом. При пальпації живота відзначається різка болючість праворуч від середньої лінії вище пупка. Печінка і селезінка не пальпуються.

Завдання

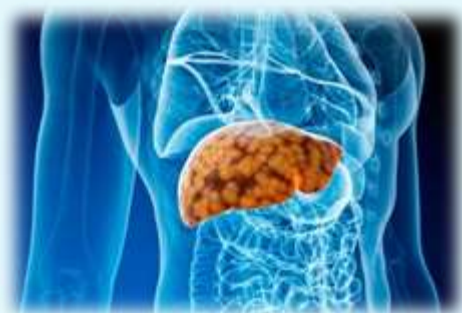
1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.

2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

Пацієнт 3., 62 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на блювоту після прийому їжі, відчуття повноти і важкості в животі після харчування, наростаючу слабкість, зниження апетиту, схуднення. Хворіє 5 років, лікувався амбулаторно з приводу анацидного гастриту. Погіршення самопочуття відзначає протягом 5-ти місяців.

Об'єктивно: температура 36,6 ° С. Загальний стан середньої тяжкості.



Жовтувато-сірий колір обличчя, тургор шкіри знижений. Підшкірно-жировий шар виражений недостатньо. З боку серцево-судинної системи і легенів патології немає. Язик обкладений біло-сірим нальотом. При пальпації живота розлита болючість в епігастральній ділянці, тут же пальпується ущільнення величиною 3 см, рухливе, слабо болюче. Пальпується край

печінки на 1 см нижче реберної дуги по правій середньоключичній лінії.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

До сестри/брата медичних, звернулася жінка, 27 років, зі скаргами на тупі, розпираючі болі навколо пупка, що виникають через 3-4 години після вживання їжі, здуття живота, сильне бурчання в животі, рясний рідкий стілець 2-3 рази на день, слабкість, швидко стомлюваність, схуднення. Відзначається непереносимість молока. Ці симптоми турбують протягом 2-х років, погіршення стану провокується прийомом гострої їжі.

Об'єктивно: температура 36,9 ° С. Стан задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки чисті, бліді, сухі. У кутах рота визначаються "заїди". Підшкірно-жировий шар розвинений недостатньо. З боку легенів і серця патології немає.

Язик вологий, обкладений білуватим нальотом. Живіт м'який, помірно болючий в навколупупкової ділянці.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

До сестри/брата медичних звернувся чоловік 42 років зі скаргами на болі внизу і в лівій половині живота, чергування проносів (стілець у невеликій кількості, рідкий) і запорів, болючі позиви до дефекації, здуття живота. Турбує слабкість, підвищена стомлюваність. Хворіє протягом кількох років.

Об'єктивно: температура тіла 37,1 ° С. Стан задовільний. Шкіра чиста. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. З боку легенів і серця змін немає. Язик вологий, обкладений білуватим нальотом. Живіт м'який, помірно болючий по ходу товстого кишечника.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

Пацієнт Г., 42 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, швидку втомлюваність, зниження апетиту, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, нудоту. 10 років тому переніс гострий вірусний гепатит. Погіршення стану почалося 2 тижні тому.

Об'єктивно: температура 37,3 ° С. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви чисті, фізіологічного забарвлення. Склери та м'яке піднебіння чисті, з жовтяничним відтінком. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС - 82 в хвилину, АТ 120/80 мм.рт.ст. Язик обкладений жовтуватим нальотом. Живіт м'який, помірно болючий в правому підребер'ї. Печінка виступає з-під

краю реберної дуги по середньоключичній лінії на 3 см, помірно болюча, еластична. Селезінка не пальпується.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

Пацієнт Б., 58 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, нудоту, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, метеоризм, шкірний свербіж, ниючі болі в правому підребер'ї, що посилюються після прийому жирної їжі і фізичного навантаження, носові кровотечі. З анамнезу з'ясувалося, що пацієнт багато років вживав алкогольні напої у великій кількості.

Об'єктивно: температура 36,9 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки жовтуватого кольору, видно сліди розчухів на шкірі, у правому носовому ході є скоринки коричневого кольору. Губи яскраві, блискучі, язик гладкий, вологий. Долоні гіперемійовані. На шкірі грудей є 2 судинні зірочки, на шкірі живота навколо пупка розширені і покручені підшкірні вени.

Відзначається відсутність оволосіння в пахвових западинах, збільшення молочних залоз. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Дихання ослаблене. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС - 92 в хв., АТ 140/90 мм.рт.ст. Живіт збільшений у розмірах, при пальпації слабо болючий у правому підребер'ї. Печінка на 5 см виступає з-під краю реберної дуги по середньоключичній лінії, слабо болюча, щільна, поверхня нерівна. Селезінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, безболісна.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

Пацієнтка В., 35 років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на тупі, ниючі болі в області правого підребер'я, які зазвичай виникають через 1-3 години після прийому рясної, особливо жирної їжі і смажених страв, відчуття гіркоти у роті, відрижку повітрям, нудоту, здуття живота, нестійкий стілець. Хворіє кілька років.

Об'єктивно: температура 37,2 ° С. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки чисті, рожевого кольору. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Легені і серце без патології. Язик обкладений жовтувато-коричневим нальотом. Живіт м'який, при пальпації помірно болючий в правому підребер'ї. Печінка і селезінка не пальпуються.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 11

Сестру/брата медичних викликали додому пацієнтки 66 років, яка скаржиться на гострий біль у правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку, праве плече, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці, нудоту, блювання. Захворіла вночі, раптово. Напередодні ввечері поїла смаженого гусака. Подібні болі вперше.

Об'єктивно: температура 37,6 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Пацієнтка метушиться, стогне. Легка жовтяничність склер. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. З боку серцево-судинної системи і легень патології немає. Язик обкладений білим нальотом. Живіт роздутий. При пальпації різка болючість і напруга м'язів в правому підребер'ї. Посилюється болючість при постукуванні по правій реберній дузі.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 12

До сестри/брата медичних звернулася жінка, 43 років, зі скаргами на тривалі ниючі болі зліва від пупка, іррадіюючі в спину, під ліву лопатку, які виникають після вживання жирних страв. Зазначає зниження апетиту, нудоту, відчуття тяжкості після споживання їжі в епігастральній ділянці. Ці симптоми турбують протягом 4-х місяців. Багато років страждає на хронічний холецистит.

Об'єктивно: температура 37,2 ° С. Стан задовільний. Шкіра чиста, суха, з жовтяничним відтінком. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Легені і серце без патології. Язик обкладений білуватим нальотом. Живіт м'який, помірно болючий у верхній половині і в лівому підребер'ї.

Завдання

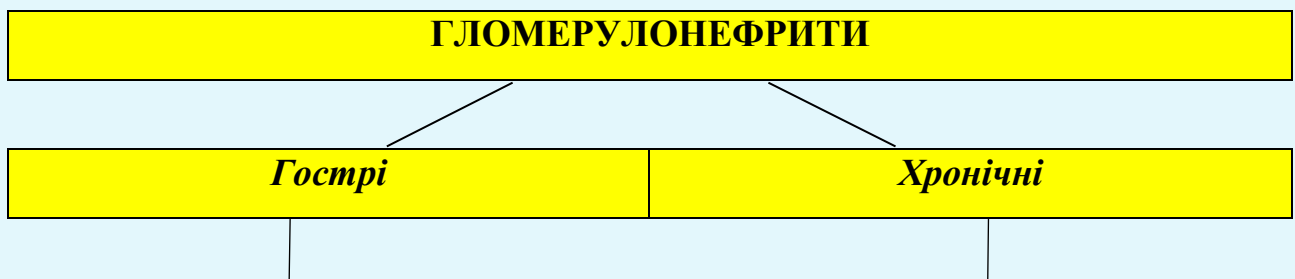
1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

НЕФРОЛОГІЯ

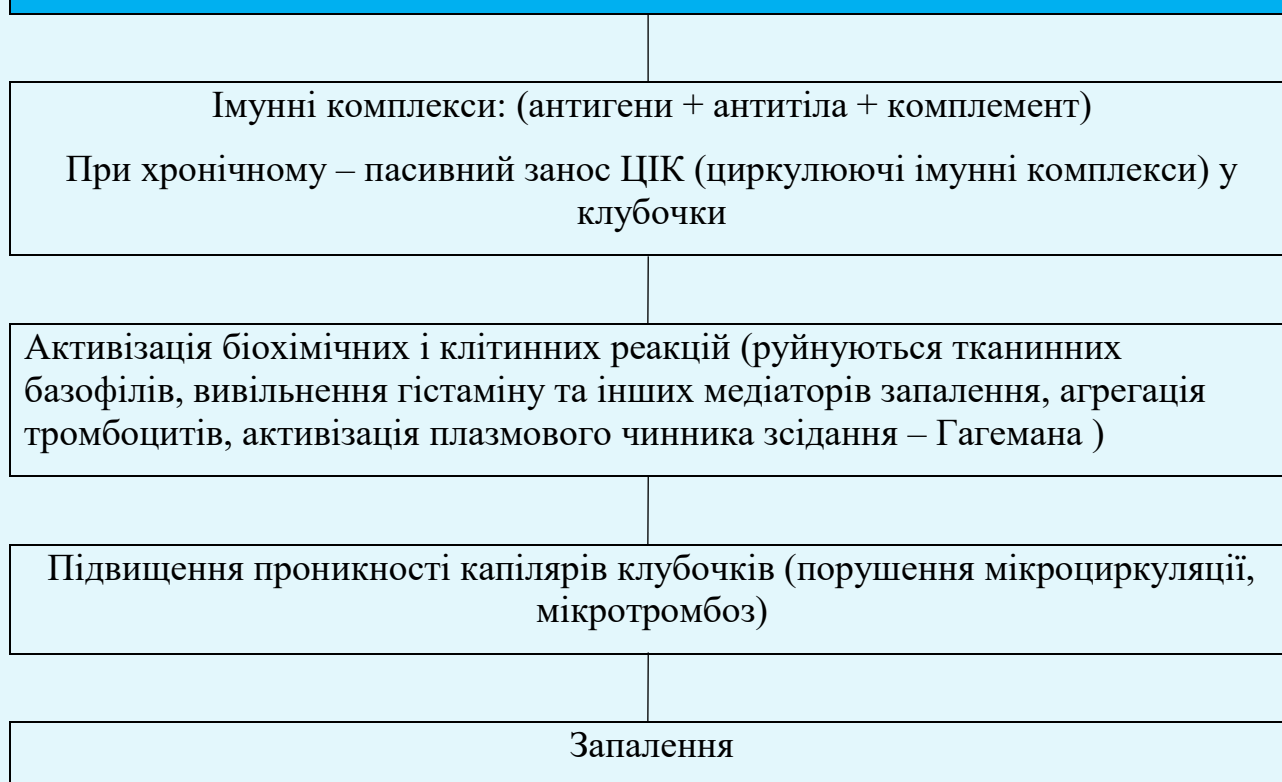
Гломерулонефрит (ГН) - двобічне імунозапальне захворювання нирок з первинним і переважним ураженням клубочкового апарату нефрону з подальшими змінами в інших його структурах.



ЕТИОЛОГІЯ

<ol style="list-style-type: none">1. Інфекція стрептококова – 75%2. Переохолодження3. Медикаментозна алергія4. Системні захворювання (вторинний гломерулонефрит; СЧВ, васкуліти, синдром Шенлейн – Геноха тощо)5. Радіаційні, поствакцинальні гломерулонефрити	<ol style="list-style-type: none">1. Гострий гломерулонефрит2. Інфекція стрептококова – 75%3. Переохолодження4. Медикаментозна алергія5. Системні захворювання (вторинний гломерулонефрит; СЧВ, васкуліти, синдром Шенлейн – Геноха тощо)6. Радіаційні, поствакцинальні гломерулонефрити
--	---

ПАТОГЕНЕЗ



Клінічні форми ХГ:

- ✓ латентна
- ✓ гематурична
- ✓ гіпертонічна
- ✓ нефротична
- ✓ змішана

КЛІНІКА

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - набряки - підвищення температури тіла - біль голови - біль у попереку - олігоурія - сеча кольору м'ясних ополісків | <ul style="list-style-type: none"> - набряки - біль голови - біль у попереку - олігоурія або N - підвищення АТ - поява ніктурії |
|---|---|

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- | | |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. ЗАК (помірний лейкоцитоз та анемія, пришвидшена ШОЕ) 2. БАК (поява С – реактивного протеїну) 3. Серологічний аналіз крові (підвищення титрів антистрептококових антитіл) 4. ЗАС (рання поява протеїнурії та гематурії) | <ol style="list-style-type: none"> 1. БАК (α – 2 – глобулінемія) 2. ЗАС (протеїнурія понад 1 г на добу) 3. УЗД нирок 4. Біопсія нирок |
|--|---|

ЛІКУВАННЯ

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ліжковий режим (до нормалізації АТ і зникнення набряків) ✓ Антибіотики (пеніциліни, оксацилін, еритроміцин) ✓ Діуретики (тіазидні, петльові, калійзберігаючі) ✓ Препарати калію ✓ Гіпотензивні (β- та α-адреноблокатори, інгібітори АПФ, антагоністи ангіотензину II) ✓ Лімфосорбція або гемосорбція ✓ Гемодіаліз | <ul style="list-style-type: none"> • <i>Режим</i> <i>Симптоматичне лікування:</i> • Діуретики (тіазидні, петльові, калійзберігаючі) • Препарати калію • Гіпотензивні (β- та α-адреноблокатори, інгібітори АПФ, антагоністи ангіотензину II) <i>Патогенетичне лікування:</i> • Глюкокортикоїди (преднізолон, метил преднізолон) • Цитостатики (імуран, циклофосфан, хлорамбуцил) |
|--|--|

- Антикоагулянти (гепарин, фраксипарин, кальпарин, еноксипарин)
- Антиагреганти (дипіридамо́л, тиклопідин)
- Гемодіаліз

В період лікування заборонено вживати такі продукти:

- Перші страви, приготовані на грибному, рибному або м'ясному бульйонах. Також не можна перші страви з бобовими.
- Хліб і борошняні вироби: всі продукти, що містять сіль, а також свіжоспечений білий хліб.
- Жирне м'ясо та птицю, ковбасні вироби, консерви, копченості.
- Жирну, копчену, солону, в'ялену рибу і рибні консерви, ікру.
- Бобові.
- Овочі та гриби: шпинат, щавель, цибулю, часник, редиску, редьку, гриби.
- Квашені, мариновані, солоні овочі.
- Соуси: грибні, рибні або м'ясні соуси.
- Прянощі: хрін, гірчицю та перець.
- Солодощі: шоколад і вироби, що містять шоколад.
- Напої: міцні каву та какао, мінеральну воду з високим вмістом натрію.

В рекомендований список продуктів входять :

- Хліб і борошняні вироби: продукти без солі, можна на дріжджах.
- Перші страви: овочеві супи з додаванням дозволених круп і овочі, без бобових.
- Заправки до страв: сметану, вершкове масло, лимонну кислоту та оцет.
- М'ясо: нежирні м'ясо, птицю та субпродукти (язик).
- Риба: нежирні сорти риби, а також морепродукти.
- Молочні продукти: молоко, кисломолочні продукти, вершки, сир і сметану.
- Яйця: не більше 2 штук на день при зменшенні споживання риби, м'яса та сиру.
- Крупи та макаронні вироби.
- Овочі: всі, крім тих, що є джерелом щавлевої кислоти.
- Ягоди та фрукти.
- Солодощі: мед, кисіль, варення, фруктове морозиво, муси, суфле, цукерки без шоколаду.
- Соуси та підливи: овочеві, фруктові, молочні, томатні.
- Прянощі: оцет, лимонну кислоту, корицю та ванілін.
- Горіхи.
- Напої: компот, овочеві та фруктові соки, чай і німцну каву.
- Жир: несолене вершкове масло, олії.

УСКЛАДНЕННЯ

1. Гостра ниркова недостатність 2. Гостра лівошлуночкова недостатність 3. Еклампсія	Хронічна ниркова недостатність
---	--------------------------------

РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ В НЕФРОЛОГІЇ

Реальна клінічна ситуація 1

Пацієнт Н., 18 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на набряки на обличчі, нижніх кінцівках, головний біль, ниючий біль у попереку, загальну слабкість, поява каламутній рожевої сечі. Хворим вважає себе протягом 3-х днів. Перенесені захворювання: грип, 2 тижні тому була ангіна.

Об'єктивно: температура 37,7 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Лице набрякле. Тони серця ритмічні, приглушені, акцент 2-го тону на аорті. Пульс 84 у хв., ритмічний, напружений. АТ 165/100 мм.рт.ст. Язик чистий. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького слабопозитивний з обох сторін.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.



Реальна клінічна ситуація 2

Пацієнт В., 26 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на різку слабкість, задишку, головний біль, нудоту, набряки на обличчі. У 15-річному віці переніс гострий гломерулонефрит. Після цього залишалися головні болі, слабкість, зміни в сечі. Погіршення стану пов'язує з переохолодженням.

Об'єктивно: температура: 37,2 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра суха, бліда, одутлість обличчя, набряки на ногах. Ліва межа відносної серцевої

тупості визначається по лівій середньо-ключичній лінії. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС - 78 в хв., АТ 180/100 мм.рт.ст. Язик вологий, обкладений білуватим нальотом. Живіт м'який, безболісний.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Пацієнтка Н., 32-х років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на сильний озноб, підвищення температури, ниючі болі в попереку праворуч, часте болюче сечовипускання. Своє захворювання пов'язує з переохолодженням. В анамнезі - часті цистити.

Об'єктивно: температура 38 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста. Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС - 92 в хв., АТ 120/80 мм.рт.ст. Язик чистий. Живіт м'який, відзначається болючість по зовнішньому краю прямого м'яза живота праворуч на рівні реберної дуги, пупка і пахової складки. Симптом Пастернацького позитивний справа.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Сестра/брат медичні терміново викликані у дім до пацієнта К., 28 років. Скарги на сильні болі в ділянці попереку та правої половини живота, з іррадіацією в пахову ділянку і праве стегно. Зазначає часті позиви до сечовипускання. Рік тому вперше був подібний напад. Викликали "екстренну медичну допомогу", робили уколи і болі пройшли, але після цього нападу була червона сеча.

Об'єктивно: температура 36,4 ° С. Загальний стан середньої тяжкості. Хворий неспокійний, шукає зручне положення для полегшення болю. З боку органів дихання і серцево-судинної системи патології немає. Пульс 76 у хв., ритмічний,

АТ 120/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, при пальпації болючий в правій половині. Симптом Пастернацького різко позитивний справа.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

Сестра/брат медичні викликаний у дім до хворої Н., 42 років. Скарги на постійний головний біль, відсутність апетиту, постійну нудоту, періодичну блювоту, пронос, загальну різку слабкість. Вперше захворіла 8 років тому, отримувала стаціонарне лікування, лежала в лікарні у зв'язку із загостреннями. Під час загострення, зі слів хворої, були набряки на обличчі, на ногах, підвищувався АТ. Були зміни в сечі, але які - хвора не пам'ятає. Гірше стало 10 днів тому. Посилилися головні болі, з'явилася нудота, блювання, пронос.

Об'єктивно: температура 37,3 ° С. Загальний стан важкий, обличчя одутле. Різка схуднення, шкіра бліда, з пергаментним відтінком, суха, з рота запах аміаку. Дихання ослаблене, в нижніх відділах визначаються одиничні вологі хрипи. ЧДР - 24 за хв. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1 см назовні від середньоключичної лінії. Тони серця глухі, акцент 2-го тону на аорті. Пульс 76 у хв., ритмічний, напружений. АТ 170/100 мм.рт.ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, болючість при пальпації в епігастральній ділянці.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.



Реальна клінічна ситуація 6

Пацієнт Г., 34 р., скаржить на напад гострого болю у поперековій ділянці зліва з іррадіацією у промежину, стегно, виділення сечі червоного кольору. Напад виник після

важкого фізичного навантаження. Подібний напад меншої інтенсивності був рік тому.

Завдання

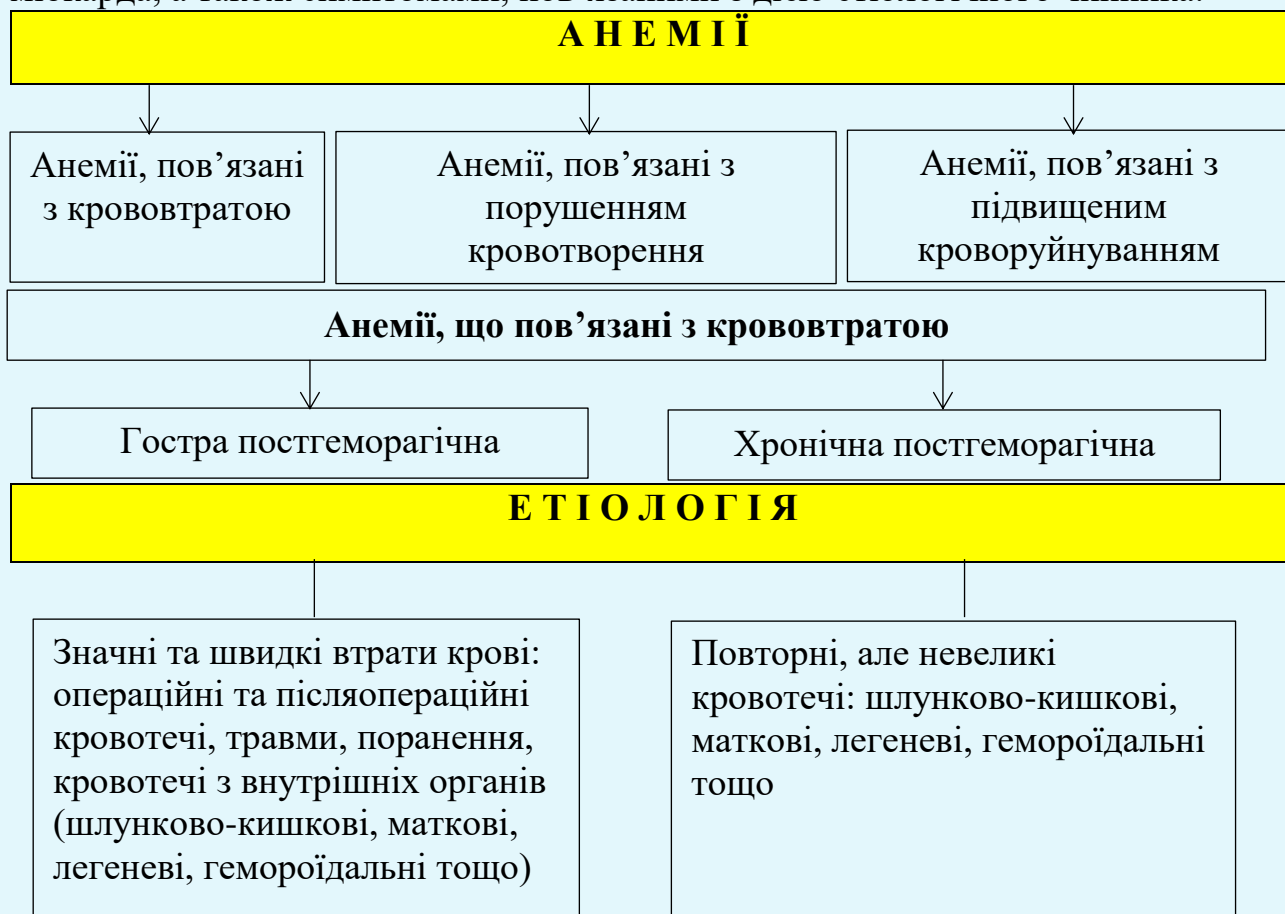
1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

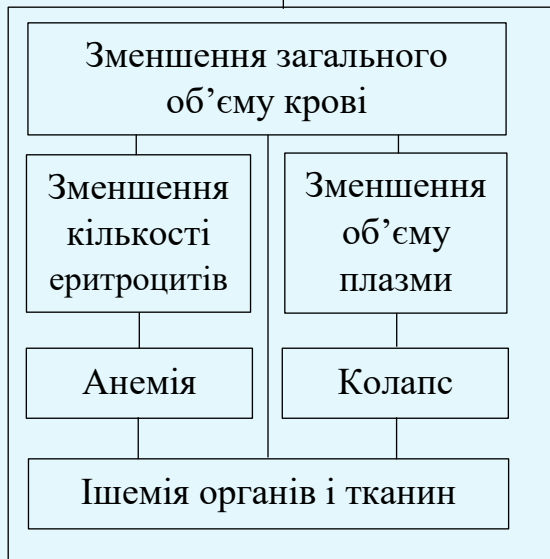
Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

ГЕМАТОЛОГІЯ

Анемія – це клініко-лабораторний синдром, який характеризується зниженням вмісту гемоглобіну та еритроцитів в одиниці об'єму крові, проявляється ознаками гіпоксії з боку всіх тканин, але найбільше зі сторони ЦНС та міокарда, а також симптомами, пов'язаними з дією етіологічного чинника.



ПАТОГЕНЕЗ



Така анемія призводить до дефіциту заліза, тому вона є залізодефіцитною.

Патогенез див.
«Залізодефіцитна анемія»

КЛІНІКА

Запаморочення, серцебиття, задишка, виражена загальна слабкість, миготіння мушок перед очима, шум у вухах.

Блідість шкіри та слизових оболонок, холодний піт, часте поверхнєве дихання.

Ниткоподібний частий пульс, знижений АТ, тони серця ослабленої звучності, систолічний шум над верхівкою серця.

Запаморочення, серцебиття, задишка, загальна слабкість, миготіння мушок перед очима, шум у вухах, підвищена стомлюваність.

Блідість шкіри та слизових оболонок, одутле обличчя, пастозність гомілок.

Частий, слабкого наповнення пульс, знижений АТ, систолічний шум над верхівкою серця.

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові:
1-2-й день кровотечі – без змін;
2-3 -й день – нормохромна анемія;
4-5-день – нормохромна анемія, ретикулоцитоз

Загальний аналіз крові:
гіпохромна анемія, анізоцитоз, поїкілоцитоз, ретикулоцитоз

ЛІКУВАННЯ

1. Горизонтальне положення для поліпшення кровопостачання мозку та збільшення притоку венозної крові до серця.
2. Зупинка кровотечі
3. Поповнення об'єму циркулюючої крові
4. Плазмозамінники, переливання еритроцитарної маси, донорської крові

1. Усунення джерела кровотечі
2. Препарати заліза

Анемії, що пов'язані з порушенням кровотворення

Залізодефіцитна

Мегалобластні

Гіпопластична та апластична

ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНА

Залізодефіцитна анемія – анемія, розвиток якої обумовлений порушенням надходження, транспортування чи надмірною втратою заліза та характеризується симптомами гіпоксичного та сидеропенічного синдромів.

ЕТІОЛОГІЯ

- Хронічні крововтрати
- Підвищені витрати заліза в період вагітності, лактації, статевого дозрівання
- Недостатнє надходження заліза з їжею
- Порушення всмоктування заліза

ПАТОГЕНЕЗ

Зменшення вмісту заліза в депо (селезінці, печінці), периферійній крові → зменшення надходження заліза в кістковий мозок → зниження синтезу гема → зниження синтезу гемоглобіну → гіпохромна анемія

КЛІНІКА

Анемічний синдром: загальна слабкість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності, запаморочення, шум у вухах, миготіння мушок перед очима, серцебиття, задишка, погіршення пам'яті, сонливість. Блідість шкіри (іноді із зеленавим відтінком) та слизових оболонок, пастозність обличчя, стоп і голінок. Частий пульс, знижений АТ, тони серця ослабленої звучності, систолічний шум на верхівці серця.

Сидеропенічний синдром: спотворення смаку і нюху, дистрофічні зміни шкіри та її придатків, стоматит, глосит, атрофічний гастрит та ентерит, імперативні позиви на сечовиділення, нетримання сечі під час сміху, кашлю тощо

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: гіпохромна анемія, мікроцитоз, анізоцитоз, пойкилоцитоз, можливі помірні лейкопенія та пришвидшена ШОЕ

Зниження рівня сироваткового заліза, феритину

Стернальна пункція

ЛІКУВАННЯ

↓
Препарати заліза

МЕГАЛОБЛАСТНА (В₁₂ - дефіцитна)

Мегалобластна анемія зумовлена дефіцитом вітаміну В₁₂. При дефіциті цього вітаміну порушується синтез дезоксирибонуклеїнової кислоти та мітотичні процеси в клітинах організму, особливо в клітинах кісткового мозку.

ЕТІОЛОГІЯ

- Порушення секреції шлунком «внутрішнього» чинника – гастроукопротеїну
- Порушення всмоктування вітаміну В₁₂ у тонкій кишці
- Конку rentне поглинання вітаміну В₁₂
- Порушення надходження вітаміну В₁₂ з їжею
- Зниження запасів вітаміну В₁₂ у печінці

ПАТОГЕНЕЗ

Дефіцит вітаміну В₁₂

Втрата здатності нормального дозрівання клітин кісткового мозку



Поява великої кількості мегалобластів



Розвиток мегалобластної анемії

Порушення дозрівання епітеліальних клітин травного тракту



Розвиток атрофії слизової оболонки шлунка і тонкої кишки

Ураження задніх та бічних стовпів спинного мозку



Зниження синтезу мієліну в нервових клітинах

КЛІНІКА

Кровотворна система: загальна слабкість, задишка, серцебиття, запаморочення, шум у вухах, миготіння мушок перед очима, погіршення пам'яті, зниження працездатності. Блідість шкіри (іноді з лимонно-жовтим відтінком), субіктеричність склер, пастозність обличчя, стоп і гомілок. Частий пульс, тони серця ослабленої звучності, систолічний шум на верхівці серця.

Травна система: зниження апетиту, відчуття тяжкості та переповнення у надчеревній ділянці після їди, відрижка з'їденою їжею або повітрям, біль та печіння в язичі. Язик яскраво-червоного кольору, гладенький, «лакований», атрофованими сосочками, тріщинами. Блідість слизової оболонки порожнини рота

Нервова система: слабкість у ногах і руках, відчуття повзання мурашок, затерпання кистей, стоп. Нетримання або затримка сечі та калу

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: гіперхромна анемія, макроцитоз, мегалоцитоз, анізоцитоз, пойкилоцитоз, тільця Жоллі, кільця Кебота, лейкопенія, тромбоцитопенія

Аналіз калу на яйця глистів

Стернальна пункція

ФГДС: атрофія слизової оболонки шлунка

pH-метрія – гіпоацидність, ахілія

ЛІКУВАННЯ

Вітамін В₁₂ (ціанокобаламін)

ГІПОПЛАСТИЧНА та АПЛАСТИЧНА АНЕМІЯ

Гіпо- та апластична анемія – самостійне захворювання, для якого характерне глибоке пригнічення кісткового кровотворення з розвитком панцитопенії

ЕТІОЛОГІЯ

- Вплив хімічних або фізичних чинників
- Дія деяких лікарських препаратів
- Інфекція
- Імунні захворювання

ПАТОГЕНЕЗ

Ураження стовбурової клітини + порушення мікрооточення стовбурової клітини → порушення проліферації кровотворних клітин та зниження колонієутворювальної здатності кісткового мозку → анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія

КЛІНІКА

Прогресивна загальна слабкість, задишка, серцебиття, запаморочення, шум у вухах, мерехтіння мушок перед очима. Кровотечі із ясен, носа, травного тракту, ниркові, макові. Часті інфекційно-запальні захворювання. Блідість шкіри та слизових оболонок, геморагічна висипка на шкірі різної величини, обширні гематоми в місцях ін'єкцій. Частий пульс, тони серця ослабленої звучності, систолічний шум на верхівці серця.

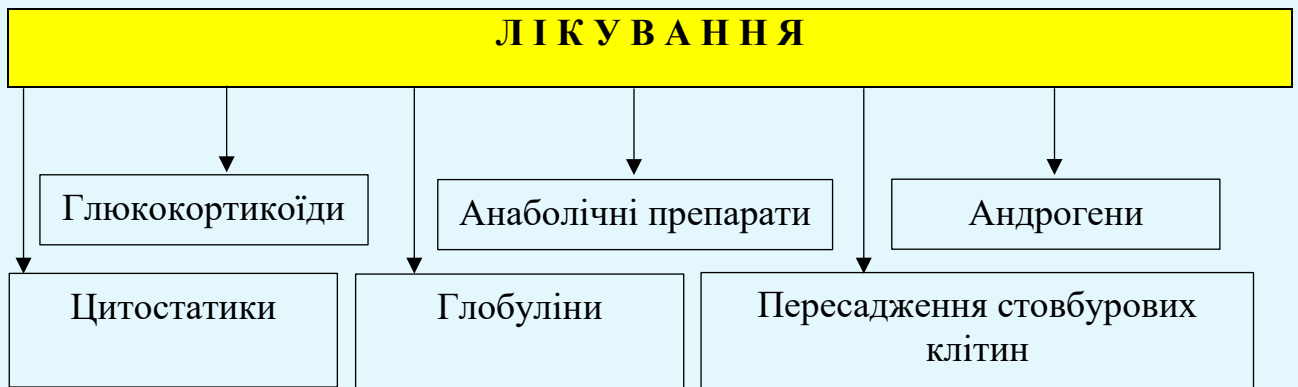
ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові:
нормохромна анемія, ретикулоцитопенія,
лейкопенія, тромбоцитопенія,
пришвидшена ШОЕ

Стернальна пункція

Офтальмоскопія: крововиливи
в сітківку

ЕКГ: дифузні зміни
міокарда



Гемолітичні анемії - група анемії, зумовлених вкороченням тривалості життя еритроцитів, тобто розвитком патологічного гемолізу еритроцитів.

ЕТІОЛОГІЯ

- Інфекції
- Інтоксикація гемолітичними отрутами
- Фізичні чинники
- Переливання несумісної крові
- Деякі лікарські препарати

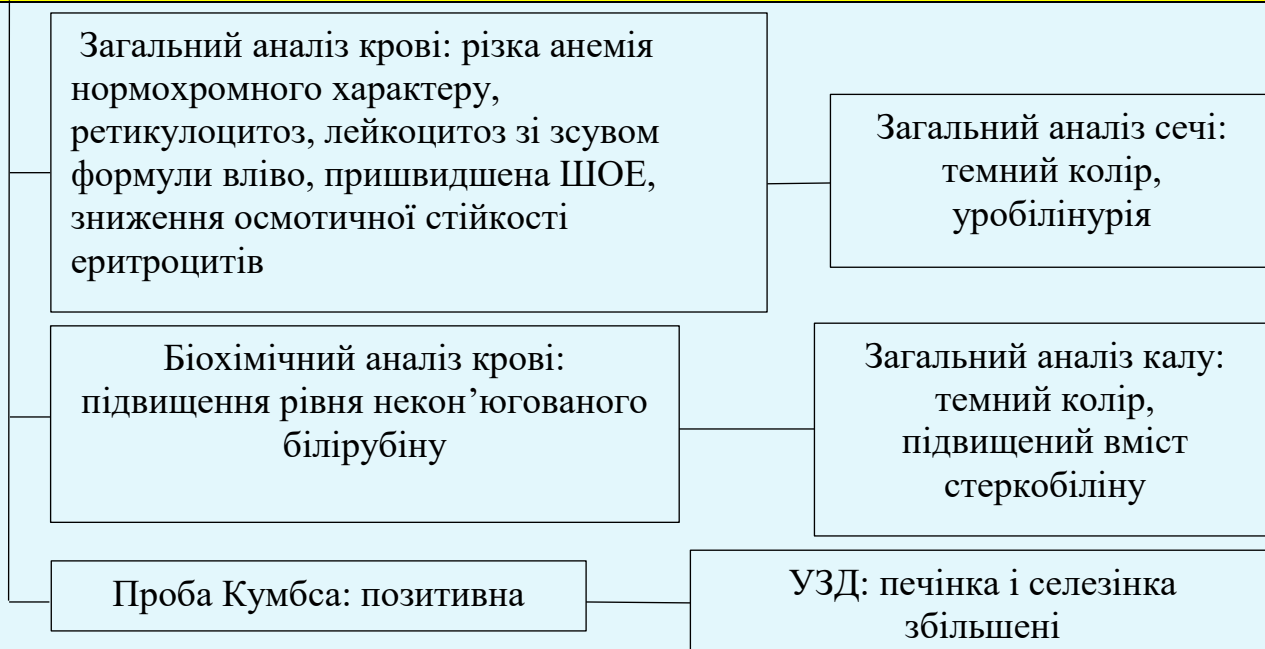
ПАТОГЕНЕЗ

Дія пошкоджувальних чинників на еритроцити → внутрішньосудинний гемоліз

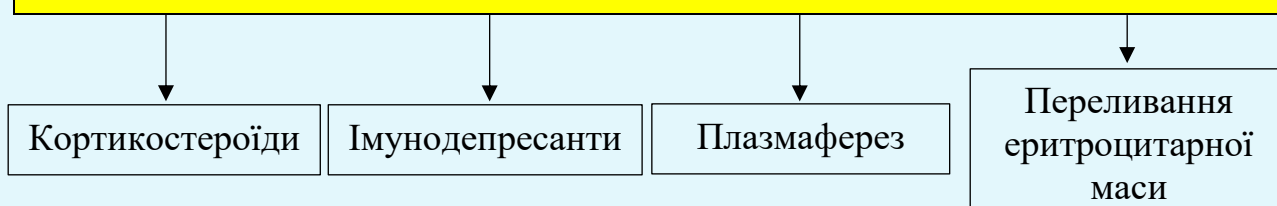
КЛІНІКА

Гострий початок, озноб, підвищення температури тіла до 39-40⁰С, різка слабкість, часто нудота, блювання та нападоподібний біль у животі. Жовтий відтінок шкіри та слизових оболонок. Збільшена селезінка і печінка. Частий пульс, знижений АТ, систолічний шум на верхівці серця.

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



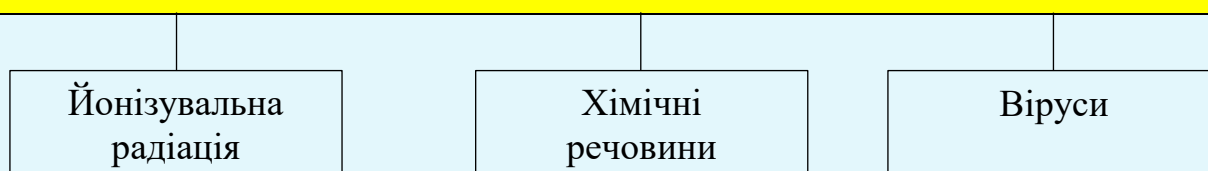
ЛІКУВАННЯ



ГОСТРИЙ ЛЕЙКОЗ

Гострий лейкоз – злоякісна пухлина, що первинно уражує кістковий мозок і морфологічним субстратом якої є бласні клітини (бласти) – недиференційовані або малодиференційовані

ЕТІОЛОГІЯ



ПАТОГЕНЕЗ

Мутація клітин кровотворної тканини → порушення проліферації та диференціації білого паростка → витіснення нормального кровотворення (пригнічення еритроцитарного та тромбоцитарного паростків) → лейкемічні інфільтрати в кістковому мозку та інших органах

К Л І Н І К А

Початкова стадія

Гострий початок: висока температура тіла, виражена слабкість, інтоксикація, біль у горлі, кістках

Початок захворювання з вираженими геморагічними явищами: профузні кровотечі (носові, маткові, шлунково-кишкові тощо)

Повільний початок: наростання слабкості, прогресивне зниження працездатності, біль у кістках, суглобах, м'язах, незначне збільшення лімфатичних вузлів, помірні крововиливи на шкірі

Розгорнута стадія

Проліферативний синдром: збільшення лімфатичних вузлів, печінки, селезінки, мигдаликів. Ураження шкіри, легень, міокарда, травного тракту, нирок, нервової системи

Геморагічний синдром: шкірні геморагії, носові, легеневі, шлункові, кишкові, ниркові, маткові кровотечі

Анемічний синдром: запаморочення, задишка, серцебиття, шум у вухах, миготіння мушок перед очима тощо

Інтоксикаційний синдром: прогресивна слабкість, висока температура тіла, пітливість, головний біль, відсутність апетиту, схуднення, біль у кістках, нудота, блювання

Імунодефіцитний синдром: тяжкі інфекційно-запальні захворювання (частіше пневмонії), часто розвивається септичний стан

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: велика кількість бластних клітин, лейкомічний провал, лейкоцитоз (у разі лейкомічної форми - лейкопенія), анемія, ретикулоцитопенія, тромбоцитопенія, пришвидшена ШОЕ

УЗД печінки, селезінки

Люмбальна пункція

Стернальна пункція
(мієлограма)

Рентгенографія ОГК

ЕКГ

ЛІКУВАННЯ



ХРОНІЧНІ ЛЕЙКОЗИ

Хронічний лімфолейкоз - це лейкоз з ураженням лімфоцитарного паростку, який характеризується тим, що морфологічним субстратом пухлини є зрілі, але функціонально неповноцільні лімфоцити.

Початкова стадія:

розвивається повільно і непомітно, незначна слабкість, пітливість. Виявляють випадково, при зверненні по медичну допомогу з приводу будь-якого іншого захворювання. Незначне збільшення шийних лімфатичних вузлів.

Розгорнута стадія:

посилюється слабкість, значна пітливість, схуднення. Збільшуються лімфатичні вузли в такій послідовності: шийні, пахвові, середостіння, черевної ділянки, пахвинні. Лімфатичні вузли еластично-тістуватої консистенції, розміром від грецького горіха до голови новонародженої дитини, не болючі, не спаяні зі шкірою та між собою, не нагноюються, без виразок. Помірно збільшуються печінка і селезінка. З'являються пневмонія, оперізувальний герпес.

Термінальна стадія:

прогресивна загальна слабкість, виснаження, виражена інтоксикація, втрата апетиту, висока температура тіла, наростання анемії. Безперервно-рецидивні інфекційні ускладнення.

Хронічний мієлолейкоз - це злоякісна пухлина кровотворної тканини, морфологічним субстратом якої є клітини мієлоїдного ряду, переважно гранулоцити, яке у 95% випадків характеризується наявністю специфічного цитогенетичного маркера – Філадельфійської хромосоми.

Початкова стадія:

розвивається повільно, частіше скарг немає. Діагностується випадково – на підставі лабораторного дослідження крові.

Іноді немотивована слабкість, дискомфорт у лівому підребер'ї, особливо під час швидкої ходьби або фізичного навантаження.

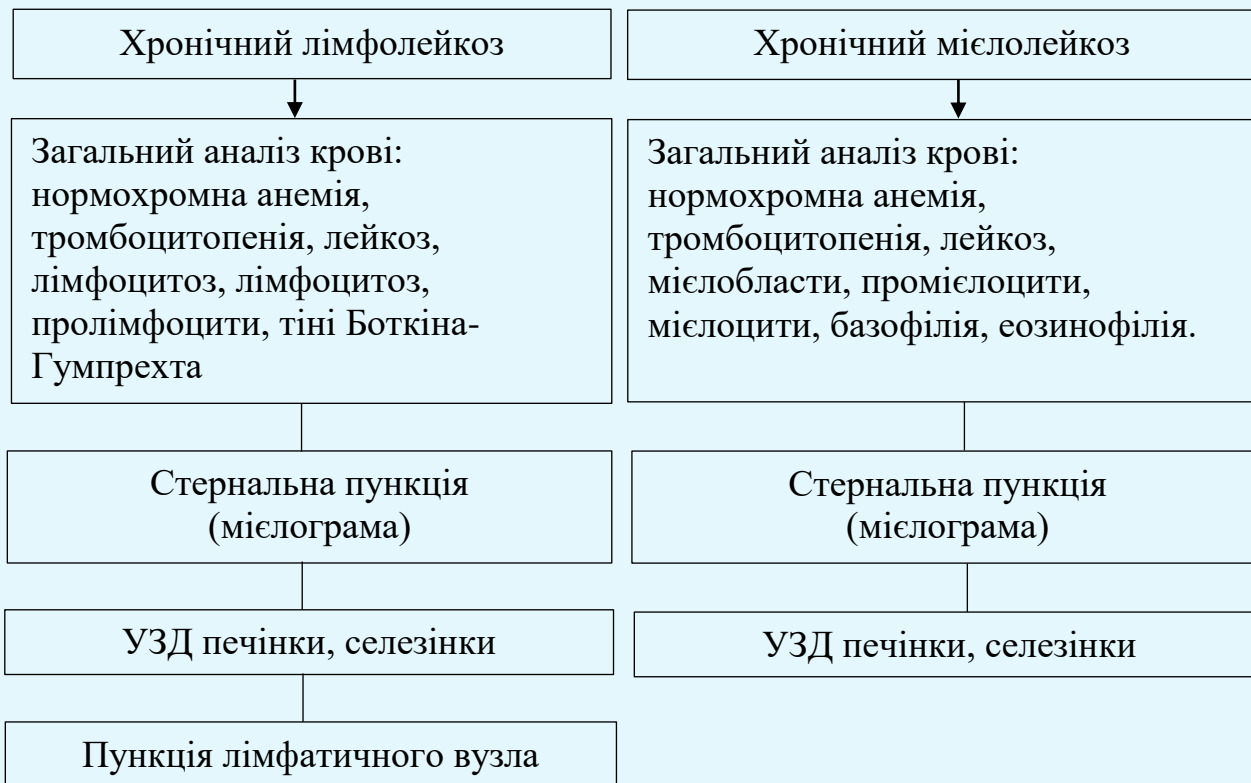
Розгорнута стадія:

з'являються слабкість, пітливість, біль у суглобах, погіршується апетит, знижується маса тіла, підвищується температура тіла. У разі прогресування збільшується печінка, і значно – селезінка (вона може сягати гігантських розмірів, нерідко займає увесь лівий бік живота). Інфекційні ускладнення – грип, пневмонія тощо.

Термінальна стадія:

прогресивне виснаження, біль у кістках, гарячка. Некротичні ураження шкіри та слизових оболонок. Геморагічні прояви – спонтанні кровотечі, анемія. Безперервно-рецидивні інфекційні ускладнення.

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



ЛІКУВАННЯ

Монотерапія: цитостатики

Поліхіміотерапія: цитостатики
+ антиметаболіти + глюкокортикостероїди (схеми ВАМП, ЦВАМП,
СНОР, ЦПП, ЦВП тощо)

Лімфоцитозферез

Променева терапія

Спленектомія

Симптоматична терапія

Трансплантація стовбурових клітин

ГЕМОРАГІЧНІ ДІАТЕЗИ

Гемофілія

Тромбоцитопенія

Васкуліт

ГЕМОФІЛІЯ

Гемофілія – спадкове захворювання, зумовлене дефіцитом плазмових чинників активації зсідання крові

ЕТІОЛОГІЯ

Спадковість

ПАТОГЕНЕЗ

Відсутність одного із гемофільних чинників (антигемофільного глобуліну-VIII чинника зсідання крові, або плазмового компоненту тромбопластину – IX чинника, або плазмового попередника тромбопластину – XI чинника) → різке сповільнення зсідання крові

КЛІНІКА

Суглобовий синдром:

Біль у суглобах, збільшення їх об'єму, припухлість, гіперемія, обмеження рухів у суглобах, порушення сну, поганий апетит, підвищення температури тіла

Геморагічний синдром:

Гематоми на тулубі, кінцівках, голові. Кровотечі зі слизової порожнини рота, носа

Нирковий синдром:

Біль у поперековій ділянці, по ходу сечовода або сечівника, утруднене сечовиділення, сеча темно-червоного кольору

Абдомінальний синдром:

Біль у животі нападоподібного характеру, нудота, блювання кров'ю, прискорені випорожнення з домішками крові

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: гіпохромна анемія (у разі частих та значних кровотеч), лейкоцитоз (у разі великих гематом)

Загальний аналіз сечі: гематурія (у разі ниркового синдрому)

Дослідження гемостазу: збільшення часу зсідання крові, відсутність або різке зниження в крові VIII або IX, або XI чинника зсідання крові

Рентгенографія суглобів: звуження суглобової щілини, остеопороз епіфізів

ЛІКУВАННЯ

Гемофілії А

1. Антигемофільна плазма
2. Кріопреципітат
3. Концентрат чинника VIII
4. Прямі гемотрансфузії від донора

Гемофілії В

1. Концентрат чинника IX
2. Свіжозаморожена плазма або суха донорська плазма
3. Концентрат протромбінового комплексу

Гемофілії С

1. Нативна свіжозаморожена або суха плазма

Неспецифічна терапія геморагічного синдрому і локальна гемостатична терапія

ВАСКУЛІТ (хвороба Шенляйна-Геноха)

ЕТІОЛОГІЯ

Інфекція

Вакцини,
сироватки

Лікарські
препарати

Укуси
комах

Харчові
алергени

ПАТОГЕНЕЗ

Антигени (етіологічні фактори) + антитіла = імунні комплекси → фіксація імунних комплексів на дрібних судинах → запалення артеріол, капілярів, венул шкіри та внутрішніх органів

СКАРГИ

Загальна
слабкість

Підвищення
температури тіла

Біль у
суглобах

Біль у
животі

Нудота,
блювання

Зниження
апетиту

Свербіння
шкіри

ОГЛЯД

Висипка на шкірі

Набряк та гіперемія шкіри над
суглобами

ПАЛЬПАЦІЯ

Висипок

Суглобів

Живота

УСКЛАДНЕННЯ

Кишкова непрохідність

Постгеморагічна анемія

Перфорація виразок шлунка,
кишок, перитоніт, панкреатит

Тромбози та інфаркти у
внутрішніх органах, зокрема
церебральні розлади

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: лейкоцитоз, еозинофілія, пришвидшена ШОЕ, (у разі тяжкого перебігу - анемія)

Загальний аналіз сечі: протеїнурія, гематурія, циліндрурія (у разі ниркової форми)

Імунологічний аналіз крові: зменшення кількості Т-лейкоцитів, зниження вмісту імуноглобулінів (IgA)

Коагулограма: збільшення вмісту фібриногену

ЛІКУВАННЯ

Антикоагулянти

Антиагреганти

Свіжозаморожена плазма

Глюкокортикостероїди

Нестероїдні протизапальні препарати

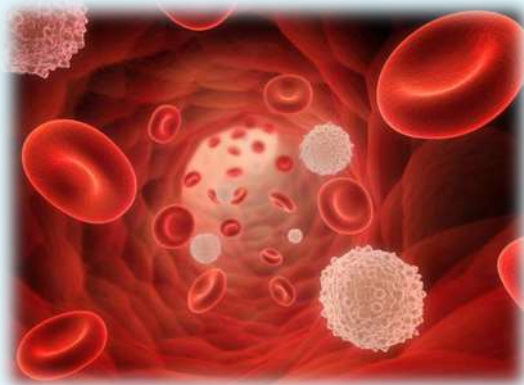
Плазмозферез

Лікування анемічного синдрому

Локальне лікування висипок на шкірі

РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ В ГЕМАТОЛОГІЇ

Реальна клінічна ситуація 1



До сестри/брата медичних, звернулася пацієнтка А., 30 років, зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, запаморочення, задишку при ходьбі, серцебиття, мерехтіння «мушок» перед очима, бажання їсти крейду. З анамнезу з'ясувалося, що у неї рясні і тривалі (8 днів) менструації.

Об'єктивно: температура 36,7 ° С.

Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, суха. Нігті обламани, поперечно-смугасте розшаровування. Дихання везикулярне, ЧДД 26 у хв. Тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці серця. Пульс 100 на хв, ритмічний, слабого наповнення, м'який. АТ 90/60 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

До сестри/брата медичних, звернувся пацієнт С., 46 років, зі скаргами на різку слабкість, головний біль, запаморочення, оніміння кінцівок, відчуття печіння язика, задишку і серцебиття при найменшому фізичному навантаженні. З анамнезу з'ясувалося, що у пацієнта видалено шлунок з приводу новоутворення.

Об'єктивно: температура: 36,6 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, жовтянична, язик темно-малиновий, гладкий, блискучий. Дихання везикулярне, ЧДД 26 у хв. Тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, пульс слабкого наповнення і напруги, 96 у хв., АТ 100/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Селезінка не пальпується.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Сестра/брат медичні, викликаний до дому до пацієнтки С., 25 років, яка скаржиться на біль у горлі, кістках, різку слабкість, головний біль, підвищення температури до 40 ° С, носову кровотечу. Захворіла тиждень тому.

Об'єктивно: температура 39,5° С. Загальний стан важкий. Шкіра гаряча при пальпації, на грудях і кінцівках є дрібноточкові крововиливи. З рота - гнильний запах. Язик обкладений темним нальотом. Мигдалики збільшені. Є гнійне накладення. Спостерігається хворобливість плоских кісток при постукуванні. Дихання везикулярне. Перкуторний звук без змін. ЧДР 26 у хв. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС 120 за хв. АТ - 100/70 мм.рт.ст. Живіт м'який, слабо

болючий. Печінка на 3 см нижче реберної дуги, селезінка пальпується біля краю реберної дуги.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Пацієнт П., 56 років, звернувся до сестри/брата медичних зі скаргами на появу припухлості в ділянці шиї, швидку стомлюваність, нездужання, зниження апетиту. Хворіє впродовж 1,5 років.

Об'єктивно: температура 37,5 ° С. Загальний стан задовільний, свідомість ясна. Шкірні покриви і видимі слизові бліді. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Пальпуються збільшені підщелепні, шийні, пахвові, пахові лімфатичні вузли. Вони не спаяні між собою і з навколишніми тканинами. Дихання везикулярне, перкуторний звук ясний, без особливостей. Ліва межа відносної серцевої тупості на 0,4 см назовні від середньо-ключичної лінії. Тони серця ритмічні, приглушені. Пульс 78 у хв., Ритмічний, задовільного напруження та наповнення. АТ 135/80 мм.рт.ст. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, селезінка пальпується біля краю реберної дуги.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

До сестри/брата медичних, звернувся пацієнт В., 16 років, зі скаргами на часті носові кровотечі, довго не зупиняються кровотечі при незначних порізах шкіри, швидко виникнення "синяків" навіть при несильних ударах. Подібні скарги є і в рідного брата. Під час бесіди з'ясувалося, що дід по материнській лінії помер від кровотечі після видалення зуба.

Об'єктивно: температура 36,8 ° С. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви і слизові оболонки бліді. Видно підшкірні крововиливи, в носових ходах - темно-коричневі скоринки. Дихання везикулярне, ЧДЦ 20 на хв. Тони серця ритмічні, ЧСС 88 в хв. АТ 110/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

Пацієнт скаржиться на загальну слабкість, головний біль, шум у вухах, задишку при фізичному навантаженні, біль в животі через 2 години після їжі, печію, відрижку кислим, закрепи. Хворіє 5 років на виразкову хворобу 12-палої кишки. Тиждень тому було блювання «кавовою гущею», чорний кал, колаптоїдний стан.

Об'єктивно: шкіра та слизові оболонки бліді. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс 89 в хвилину, ритмічний. АТ 110/60 мм.рт.ст. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Живіт болючий в епігастрії при пальпації. Печінка, селезінка не збільшені. Аналіз крові: гемоглобін 80 г/л, еритроцити $2,4 \times 10^{12}/л$, кольоровий показник 1,0, ретикулоцити 110%, тромбоцити $420 \times 10^9/л$, лейкоцити $10 \times 10^9/л$.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

Пацієнт Б., 25 років, скаржиться на виражений біль в правому колінному суглобі, який з'явився після падіння. Аналогічні симптоми спостерігались з

раннього дитинства. В період зміни зубів турбували тривалі кровотечі з лунок випавших зубів.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, свідомість ясна. Шкіра та слизові оболонки нормального кольору, геморагії відсутні. Пульс 89 в хвилину, ритмічний. АТ 120/70 мм.рт.ст. Печінка, селезінка, периферичні лімфовузли не збільшені. Обидва гомілково-ступневих суглоби деформовані, рухи в них обмежені. Правий колінний суглоб різко збільшений в об'ємі, рельєф суглоба згладжений, шкіра над ним гіперемійована, гаряча на дотик, пальпація болюча, рухи в ньому відсутні через біль та набряк. Аналіз крові: гемоглобін 130 г/л, еритроцити $4,6 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник 1,0, ретикулоцити 4%, тромбоцити $220,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоцити $9,5 \cdot 10^9$ /л ШОЕ 18 мм/год.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

Пацієнтка скаржиться на загальну слабкість, головний біль, шум у вухах, задишку при фізичному навантаженні, кровоточивість ясен, появу синців на шкірі рук, ніг, тулуба, маткову кровотечу протягом 10 днів. Захворіла гостро після ГРВІ.

Об'єктивно: загальний стан важкий, свідомість ясна. Шкіра та слизові оболонки бліді, вкриті численними петехіями і екхімозами, ясна кровоточать по всій поверхні. Пульс 89 в хвилину, ритмічний. АТ 110/60 мм.рт.ст. Печінка, селезінка, периферичні лімфовузли не збільшені. Аналіз крові: гемоглобін 70 г/л, еритроцити $3,0 \cdot 10^{12}$ /л, кольоровий показник 0,7, ретикулоцити 2%, тромбоцити $11,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоцити $5,5 \cdot 10^9$ /л.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

У пацієнта скарги на біль у горлі температуру тіла 40-41 С, пітливість, задишку.

Об'єктивно: шкіра бліда, виразково-некротична ангіна, збільшення печінки і селезінки. В аналізі крові: анемія, бласти, підвищення ШОЄ.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

У жінки спостерігається слабкість, підвищена пітливість, збільшення шийних лімфатичних вузлів впродовж місяця. В анамнезі – часті ГРВІ.

Об'єктивно: температура – 37,5⁰С. Праворуч пальпуються два шийних лімфовузли, не болючі при пальпації, неспаяні між собою та з навколишніми тканинами, щільно-еластичної консистенції. Виявлений лейкоцитоз 34×10^9 /л, лімфоцити складають 68%, пролімфоцити – 6%. ШОЕ - 19 мм/год.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

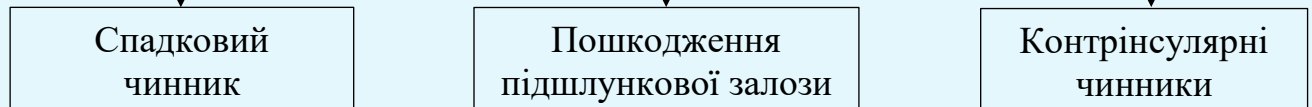
Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

ЕНДОКРИНОЛОГІЯ

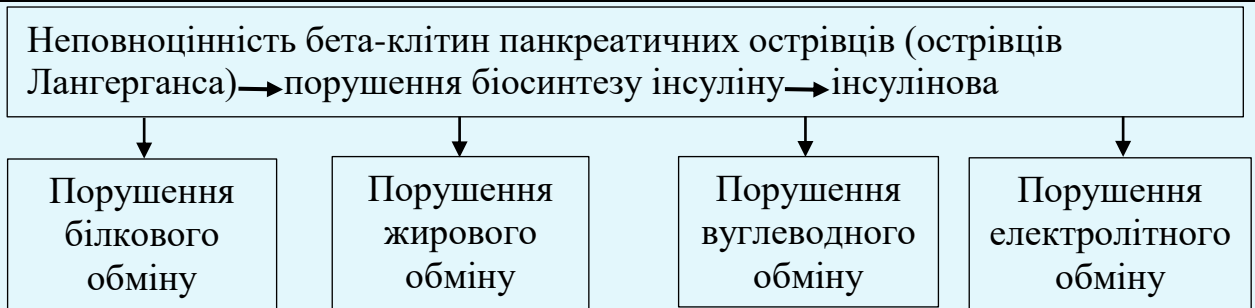
ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Цукровий діабет - це хронічне ендокринне захворювання, зумовлене абсолютною або відносною інсуліновою недостатністю, що призводить до порушення всіх видів обміну речовин, перш за все вуглеводного, ураженням судин (ангіопатій), нервової системи (нейропатій) а також інших органів і систем

ЕТІОЛОГІЯ



ПАТОГЕНЕЗ



КЛІНІКА

Скарги: спрага (пацієнт випиває 3-5 л і більше рідини), сухість у роті, часті позиви до сечовипускання з виділенням великої кількості сечі вдень і вночі, схуднення (характерне для пацієнтів із ІЗЦД і мало виражене або відсутнє при ІНЦД, який частіше супроводжується ожирінням), підвищення апетиту (але при вираженій декомпенсації, особливо при кетоацидозі, апетит різко знижений), виражена загальна і м'язова слабкість, свербіння шкіри (особливо в ділянці геніталій у жінок)

Шкіра і м'язова система:

- Сухість, зниження тургору та еластичності шкіри
- Гнійничкові ураження шкіри: фурункульоз, гідроаденіт
- Грибкові ураження: епідермофітія ступні
- Ксантоматоз шкіри в ділянці сідниць, стегон, колінних та ліктьових згинів, передпліч; ксантелазми на повіках
- Пігментні атрофічні плями на гомілках
- Рубеоз у ділянці скронь, щік
- Крихкі, тьмяні, жовтяничного кольору нігті
- Атрофія м'язів, зниження м'язової сили

Система органів травлення:

- Карієс, пародонтоз, випадання зубів, альвеолярна піорея, гінгівіт, стоматит
- Хронічний гастрит, дуоденіт зі зниженням секреторної функції шлунка
- Порушення функції кишок: діарея, стеаторея
- Жировий гепатоз, хронічний холецистит, схильність до утворення каменів у жовчному міхурі тощо

Дихальна система:

- Схильність до розвитку туберкульозу легень, пневмонії

Сечова система:

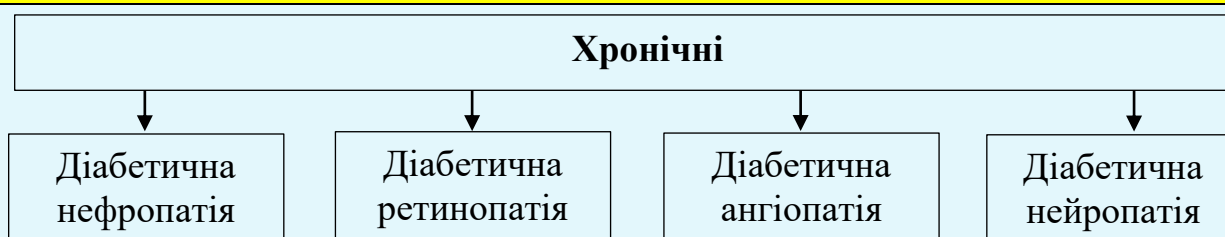
- Схильність до розвитку циститу, пієлонефриту

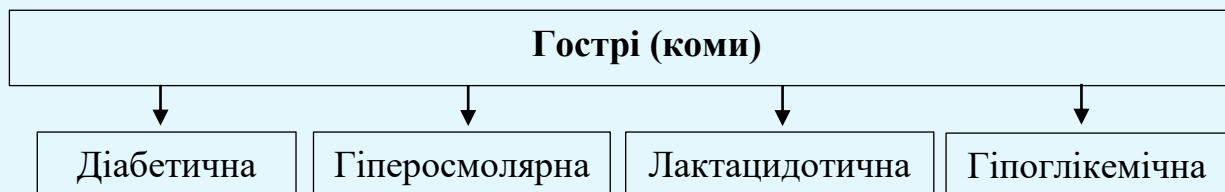
Діабетична нейропатія:

- Біль у кінцівках, парестезії, тонічні судоми, порушення больової, тактильної, температурної чутливості, діабетична стопа (у поєднанні з ангіопатією)

Діабетичні ангіопатії:

- Ретинопатія (мерехтіння мушок перед очима, плям, відчуття туману, нечіткості контурів предметів, зниження гостроти зору)
- Нефропатія (головний біль, зниження зору, набряки обличчя, загальна слабкість, зниження апетиту, диспепсичні явища, підвищення артеріального тиску)
- Нижніх кінцівок (біль у ділянці стоп, стомлюваність під час ходьби згодом мерзлякуватість, слабкість у ногах. Шкіра спочатку мармурового кольору, її температура знижена, згодом – ціаноз пальців, нерівномірне плямисте забарвлення шкіри гомілок, сухість, трофічні зміни нігтів, виразки на гомілках або ступнях, гангрена)

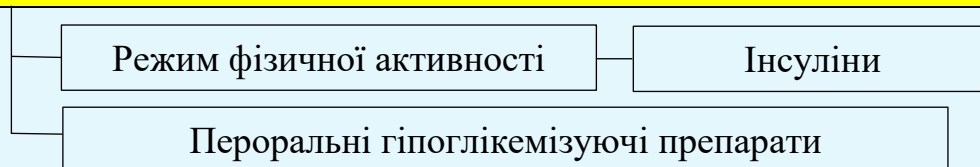
У С К Л А Д Н Е Н Н Я



ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ



ЛІКУВАННЯ



В період лікування заборонено вживати такі продукти:

- Вироби зі здобного та листкового тіста.
- Жирні бульйони з рисом та локшиною.
- Молочна каша з манною крупою.
- Жирні сорти м'яса – качка, гуска.
- Копчені, гострі й солоні продукти.
- Консерви.
- Жирні сорти риби, солону рибу та ікру.
- Солоні сири, солодкі сирні сирки, вершки.
- Крупи, а саме рис, манну крупу та макаронні вироби.
- Солоні та мариновані овочі.
- Виноград, родзинки, банани, інжир, фініки.
- Цукор, варення, цукерки, морозиво.
- Жирні, гострі та солоні соуси.
- Виноградний та інші солодкі соки, лимонади з цукром.

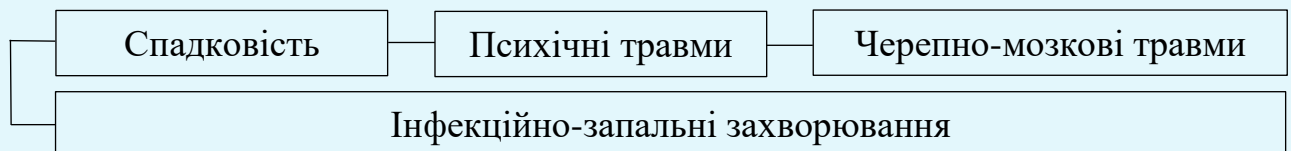
В рекомендований список продуктів входять :

- Нежирні сорти м'яса, риби та птиці.
- Рибні консерви у власному соку або в томатному соусі.
- Курячі яйця (до 1-1,5 на добу).
- Супи – овочеві та м'ясні.
- Хліб – житній, білково-висівковий, білково-пшеничний та пшеничний з борошна другого сорту (в середньому 300 г на день).
- Молоко та кисломолочні напої, напівжирний, нежирний та несолений сир.
- Овочі – краще вибирати такі, які містять менш як 5% вуглеводів (капуста, салат, кабачки, баклажани, огірки, томати).
- Крупи – слід надавати перевагу кашам з гречаної, пшоняної, ячної, вівсяної та перлової круп.
- Боби.
- Страви можна заправляти вершковим, топленим маслом або олією.
- Фрукти і ягоди тільки кисло-солодких сортів.
- Кава з молоком, чай, овочеві соки, а також соки з фруктів та ягід.

ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ

Дифузний токсичний зоб – аутоімунне захворювання, в основі якого лежить гіперфункція щитоподібної залози, її дифузне збільшення та характеризується змінами серцево-судинної та нервової системи.

ЕТІОЛОГІЯ



ПАТОГЕНЕЗ

Етіологічний чинник → розвиток аутоімунних реакцій до антигенів щитоподібної залози → збільшення продукування гормонів щитоподібною залозою (тироксину – T_3 і трийодтироніну – T_4) та дифузне збільшення залози → порушення різних видів обміну речовин і діяльності всіх органів та систем

КЛІНІКА

Скарги: підвищена збудливість, дратівливість, плаксивість, поганий сон, серцебиття, відчуття тиску в ділянці ший, утруднене ковтання, постійна дифузна пітливість, відчуття жару, тремтіння тіла, схуднення, загальна слабкість, підвищення температури тіла до 38°C

Об'єктивні дані: метушлива поведінка пацієнта, багато зайвих рухів. Швидка зміна настрою, поспішна мова, дифузне рівномірне збільшення щитоподібної залози різного ступеня. Залоза м'яка, іноді дещо щільна, еластична. Шкіра м'яка, еластична, оксамитова, гаряча, волога, може бути гіперемована. Маса тіла знижена, м'язи атрофічні, їх сила і тонус знижені. Зміни очей і тканин, які їх оточують: блиск очей, розширені очні щілини, симптоми Грефе, Кохера, Дельрімпля, Розенбаха, Жоффруа, Штельвага, Мебіуса, Сталінського. Симптоми офтальмопатії (екзофтальм, припухлість повік, кон'юктивіт, порушення заплющення повік, сухість рогівки, кератит)

Зміни з боку органів і систем

Нервова система: психічна збудливість, дратівливість, метушливість, плаксивість, поганий сон. Симптом Марі, симптом телеграфного стовпа

Органи дихання: тахіпное, можливе аритмічне дихання, схильність до пневмоній

Серцево-судинна система: тахікардія, екстрасистолія, миготлива аритмія, гіпертрофія лівого шлуночка, посилення I тону при аускультатії серця, систолічний шум на верхівці, підвищення систолічного, зниження діастолічного АТ

Органи травлення: зниження кислотності шлункового соку, прискорена моторика кишок (проноси). Жирова дистрофія печінки, збільшення її розмірів, порушення функції

Кісткова система: остеопороз, біль у кістках

Надниркові залози: пігментація шкіри, загальна слабкість, схуднення

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові: іноді помірна нормохромна анемія, ретикулоцитоз, лейкопенія, лімфоцитоз

Визначення вмісту у крові Т₃, Т₄: збільшення ТТГ зниження

Визначення вмісту в крові зв'язаного з білками йоду: показники підвищені

Імунологічні дослідження крові: підвищення вмісту імуноглобулінів, виявлення антитіл до тиреоглобуліну, антитіл до рецептора ТТГ, тиреоїдної пероксидази

Біохімічне дослідження крові: зниження вмісту холестерину, загального білка, альбумінів, підвищення вмісту білірубіну, АЛАТ, глюкози

УЗД щитоподібної залози: дифузне збільшення залози



РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ В ЕНДОКРИНОЛОГІЇ

Реальна клінічна ситуація 1



Пацієнтка 3., 44 років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на слабкість, пітливість, дратівливість, тремтіння в тілі, відчуття жару, серцебиття, схуднення. Захворювання пов'язує з частими стресовими ситуаціями. Хворіє 4-й місяць.

Об'єктивно: температура 37,2 ° С.

Загальний стан задовільний. Шкіра чиста, волога. Відзначається тремор пальців рук, незначна витрішкуватість, рідке мигання повік, посилений блиск очей, позитивні симптоми Грефе і Мебіуса. Є дифузне збільшення щитовидної залози (симптом "товстої шиї"). Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Дихання везикулярне, ЧД 20 на хв. Тони серця чисті, ритмічні. ЧСС 100 ударів на хв. АТ 140/70 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?

4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Жінка 48 років звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на погіршення пам'яті, швидку стомлюваність, зниження працездатності, сонливість, мерзлякуватість, закрепи. Хворіє протягом 2-х років.

Об'єктивно: температура 35,4° С. Загальний стан задовільний, шкіра суха, лущиться. Обличчя набрякле, амімічне, очні щілини вузькі, повіки припухлі. Стопи набряклі, при натисканні ямка не залишається. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС 52 в хв., АТ 110/70мм.рт.ст. Язик набряклий, по краях визначаються відбитки зубів. Живіт м'який, безболісний.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Пацієнтка К., 18 років, звернулася до сестри/брата медичних з скаргами на спрагу, підвищений апетит, сухість у роті, поліурію, схуднення. Хворіє близько 2-х міс.

Об'єктивно: температура 36,6° С. Загальний стан задовільний. Шкіра суха, лущиться. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Дихання везикулярне. Тони серця чисті, ритмічні, ЧСС 72 за хв., АТ 110/80 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Пацієнтка Т., 67 років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на спрагу, сухість у роті, шкірний свербіж в ділянці промежини, поліурію, слабкість. Подібні скарги з'явилися 3 місяці тому.

Об'єктивно: температура 36,6° С. Зріст 160 см, маса тіла 92 кг. Загальний стан задовільний. Шкіра суха, видно сліди розчухів. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Дихання везикулярне, ЧД 20 за хв. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС 72 за хв. АТ 140/90мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

Пацієнтка, 55 років, скаржиться на слабкість, зниження пам'яті, сонливість, надмірну вагу, закрепи. Хворіє 3 роки

Об'єктивно: зріст – 158см, вага – 87 кг, шкіра суха, щільна холодна, розподіл жирової клітковини рівномірний.

Пульс – 56/хв, тони серця приглушені, АТ - 110/70 мм.рт. ст. Температура тіла – 35,8°С .

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

Пацієнтка М., 24 роки, скаржиться на надлишкову вагу тіла, задишку при фізичному навантаженні. Повна з дитинства. Вагу набирала поступово. Причину пов'язує з зловживанням солодкої їжі, малорухливим способом життя. Менструації з 14 років, регулярні.

Об'єктивно: Вага тіла - 102 кг, ріст - 160см. Правильної тілобудови, розташування жирової клітковини рівномірне. Патологічних стрій та гіперпігментації немає. Шкіра чиста. Із сторони внутрішніх органів без особливостей.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

Пацієнт, 19 років, доставлений в лікарню без свідомості. Встановлено, що пацієнт хворіє на цукровий діабет впродовж 2 років. Негативно відноситься до лікування інсуліном. На протязі 2-х останніх тижнів інсулін не приймав. Стан хворого погіршився, посилилась спрага, поліурія, слабкість, різко погіршився апетит, виникла нудота, блювання. Вранці втратив свідомість.

Об'єктивно: Зріст 176 см, маса тіла 64 кг. Хворий без свідомості. Запах ацетону з рота, глибоке шумне дихання. Шкіра бліда, суха. Пульс - 100 на хвилину, ниткоподібний. Тони серця послаблені. АТ - 85/50 мм .рт.ст. Живіт при пальпації м'який, неболючий.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

Пацієнт, 28 років, до приймального відділення госпіталізований без свідомості. Хворіє на цукровий діабет (важка форма, лабільний перебіг). Приймає Хумодар 26 ОД вранці та 20 ОД ввечері. Напередодні почував себе задовільно. Вранці втратив свідомість.

Об'єктивно: Свідомість відсутня. Шкіра волога, тонус м'язів кінцівок підвищений. Тризм жувальних м'язів. Тонус очних яблук нормальний. Пульс -

66 на 1 хвилину, АТ - 125/80 мм.рт.ст. Тони серця звичайної звучності. Дихання 20 за 1 хвилину, ритмічне, рівне. Язик вологий, прикусу язика немає.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

Пацієнт, 30 років, скаржиться на загальну слабкість, головний біль, задишку при фізичному навантаженні, зниження лібідо і потенції, періодично відмічає спрагу. Апетит підвищений. Хворіє 3 роки, захворювання пов'язує з перенесеним у важкій формі грипом.

Об'єктивно: Зріст - 172 см, маса тіла - 105 кг. Шкіра суха, ціаноз сідниць. На бокових поверхнях живота багряно-червоні стріи. Розподілення жирової клітковини по диспластичному типу, переважно в ділянці тулуба. Гіпоплазія м'язів тазового поясу, кінцівок. Обличчя місяцеподібне. Пульс 76 за 1 хв., АТ - 170/105 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

Пацієнтка 37 років, скаржиться на загальну слабкість, яка посилюється в другій половині дня, зниження працездатності, поганий апетит, нудоту, потемніння шкіри, головокружіння. Вважає себе хворою на протязі 2-х років. За останні 6-7 місяців похудала на 10 кг. Лікувалась в основному у невропатолога з приводу астено-невротичного синдрому та гастроентеролога з приводу хронічного гастриту, але без ефекту.

Об'єктивно: Зріст – 160 см, вага – 48 кг. Гіперпигментація шкіри, особливо відкритих ділянок (обличчя, шия, руки), складок, сосків. Відмічається

пігментація слизової оболонки щік. Пульс 68 в 1 хв., малої величини. Артеріальний тиск 85/40 мм.рт.ст. Межі серця в нормі, тони ослаблені. Дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка не пальпується.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

СПОЛУЧНА ТКАНИНА

РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Ревматоїдний артрит – хронічне системне захворювання сполучної тканини аутоімунного характеру з переважним ураженням суглобів, за типом ерозивно-деструктивного поліартриту

ЕТИОЛОГІЯ

Спадкова обтяженість

Інфекція

ПАТОГЕНЕЗ

Етіологічний чинник → ушкодження синовіальної оболонки суглобів → імунна реакція (утворення агрегованих IgG) → продукція антитіл → утворення імунних комплексів → фіксація їх на синовіальній оболонці суглобів та хрящах → запалення синовіальної оболонки суглобів, хрящів, дрібних судин, шкіри, легень, серця, травного тракту, нирок тощо

К Л І Н І К А

Позасуглобові прояви:

М'язи (гіпо-, атрофія)

Шкіра (сухість, злущування шкіри, крихкість нігтів)

Ревматоїдні вузлики

Лімфаденопатія

Травний канал: шлунок (ерозії слизової оболонки шлунка, зниження шлункової секреції, поганий апетит, тяжкість у надчеревній ділянці, метеоризм, обкладений язик);

кишківник (біль у животі, метеоризм, порушення випорожнень);

печінка (збільшена)

Легені та плевра (задишка, ціаноз, підвищення температури тіла, крепітація, дрібноміхурцеві хрипи)

Серце (біль у ділянці серця, задишка, порушення серцевого ритму, збільшення розмірів серця, шум тертя перикарда, глухість тонів, систолічний шум на верхівці)

Нирки (сечовий синдром, рідше набряки та підвищення АТ)

Суглобовий синдром:

біль, скутість рухів, деформація, підвивихи, анкілози, порушений апетит, схуднення, підвищення температури тіла

ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загальний аналіз крові:

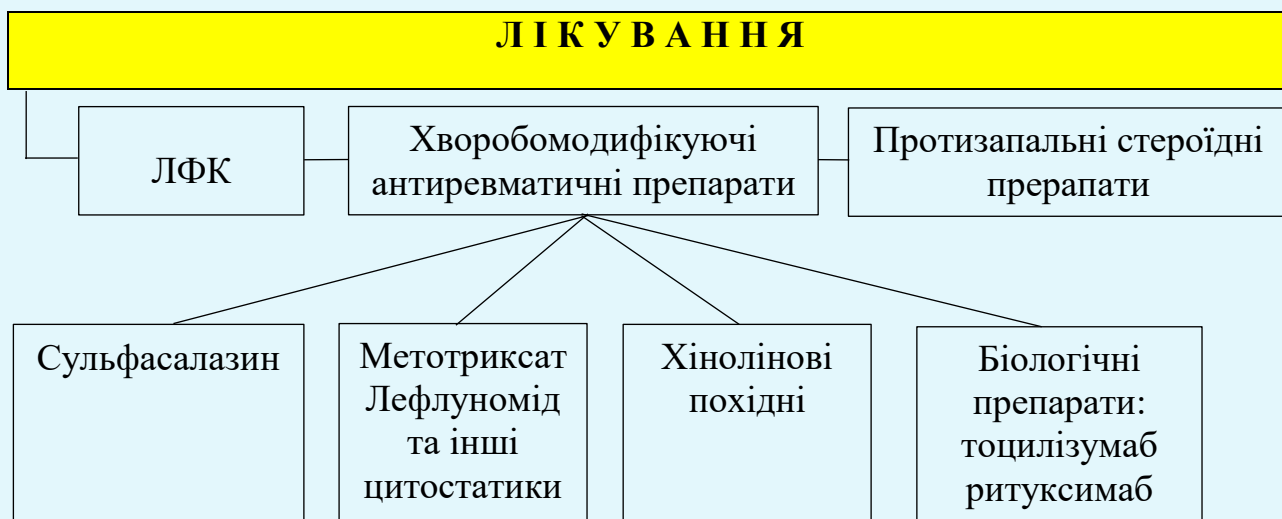
помірна нормохромна анемія, лейкоцитоз, пришвидшена ШОЕ

Біохімічний аналіз крові:

диспротеїнемія, збільшення рівня альфа-1-, альфа-2- та гамма-глобулінів, підвищений рівень фібриногену, серомукоїду, сіалових кислот, поява С-реактивного білка

Реакція Ваалера-Роузе: ревматоїдний фактор, циклічний цитруліновий пептид (anti-CCP)

Рентгенографія суглобів: остеопороз, звуження суглобових щілин, узури
УЗД, КТ, МРТ суглобів



РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ

ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

Реальна клінічна ситуація 1



Пацієнтка Д., 50 років, звернулася до сестри/брата медичних зі скаргами на ниючі болі в променево-зап'ясткових і дрібних суглобах пальців рук. Вранці спостерігається їх скутість, обмежена рухомість, швидка стомлюваність, загальна слабкість. Пацієнтка кілька років, неодноразово лікувалася в умовах стаціонару, останнє загострення протягом 5-6 міс.

Об'єктивно: температура 37,2 ° С. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Є болючість і деформація пястно-фалангових і проксимальних міжфалангових суглобів 2,3,4 пальців, рух у цих суглобах обмежений. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС 82 в хв. АТ.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Дівчина 25 років, скаржиться на похолодання та збліднення пальців рук, інколи біль у зап'ястних суглобах, слабкість.

Об'єктивно: ураження шкіри у вигляді капіляритів на ногах, розширення меж серця вліво, глухість тонів, систолічний шум у 4 міжребір'ї. В крові: ознаки анемії, лейкопенії, ШОЕ до 54 мм/год. В сечі: білок, еритроцити до 15 у полі зору, гіалінові та зернисті циліндри.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

На прийом до лікаря прийшла пацієнтка, 31 рік, який скаржиться на підвищення температури до 38° С, біль та набрякання колінних, гомілково-ступневих та дрібних суглобів кистей, збільшення підщелепних та пахвових лімфовузлів. Зазначені скарги з'явилися після тривалої інсоляції.

Об'єктивно: на щоках рум'янець у вигляді «метелика», на шкірі живота та передпліччях петехіальний висип. Пульс – 118/хв., АТ – 150/90 мм.рт.ст. Серце розширено вліво на 1,5 см, тони послаблені, систолічний шум на верхівці. Печінка +2 см. Аналіз крові: Ер – $2,8 \times 10^{12}$ /л, Л – $3,2 \times 10^9$ /л, Тр - 90×10^9 /л. Аналіз сечі: білок – 4,2 г/л, Ер – 40-50 в п/з.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

До сімейної амбулаторії, прийшла постійна пацієнтка Ю., 72 років, і скаржиться, що раптово вона відчула болі в ділянці плечових суглобів, сідниць,

стегон, ранкову скутість понад 1 годину, схуднула на 4 кг, симптоми наростали протягом 2-х тижнів.

Об'єктивно: виявляється ущільнення і болючість м'язів при пальпації в зазначених ділянках, ШОЕ – 60 мм/год.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

У пацієнтки ревматологічного відділення скарги на біль у м'язах, м'язеву слабкість, дисфагію.

Об'єктивно: відмічається щільний набряк обличчя, ділянки пігментації та депігментація шкіри, загострення носа, згинальні контрактури.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

Жінка, 30 років, скаржиться на слабкість, швидку стомлюваність, підвищення температури тіла до 38°C, висипання на шкірі обличчя, біль у променево-зап'ястних і ліктьових суглобах. Хворіє 3 роки.

Об'єктивно: на щоках еритематозні висипання у вигляді "метелика", симетричний набряк і припухлість променево-зап'ястних, ліктьових суглобів. Над легеньми шум тертя плеври. У ЗАК: анемія, лейкопенія, лімфопенія.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.

2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

Жінка, 45 років, скаржиться на біль та ранкову скутість у суглобах кистей, стопах та м'язах, втрату маси тіла, швидку втомлюваність, періодичну лихоманку протягом останніх 6 тижнів.

Об'єктивно: пурпура шкіри на кистях, симетричний артрит променево-зап'ясних, п'яско-фалангових та проксимальних міжфалангових суглобів на кистях та стопах, атрофія мускулатури. Виявлені антитіла до антигенів HLA–DR4.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

Пацієнт 76 років, скаржиться на болі в колінних та гомілково-ступневих суглобах, суглобах кисті, що виникають переважно при фізичному навантаженні. Хворіє близько 10-12 років. Захворювання почалося з болю у правому колінному суглобі. Наявність ожиріння III ст.

Об'єктивно: При огляді колінні суглоби дещо дефігуровані, без ознак запалення, активні та пасивні рухи у них помірно обмежені, при пальпації не болючі. На обох руках у ділянці дистальних міжфалангових суглобах кистей рук спостерігається потовщення.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

Пацієнтка скаржиться на відчуття посиленого серцебиття, незначну задишку при навантаженні. Погіршення стану пов'язує з перенесеним 2 тижні тому гострим тонзилітом.

Об'єктивно: температура тіла – 37.5°C, незначна гіперемія задньої стінки глотки. Частота серцевих скорочень – 100 за 1 хв., АТ 110/70 мм.рт. ст. Тони серця ритмічні, ослаблені. Органи черевної порожнини без особливостей.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

Пацієнтка, 32 роки, звернулась зі скаргами на схуднення, на біль у великих суглобах кінцівок, затруднене ковтання, щільний набряк шкіри на передпліччях і зап'ястях, її потемніння, мерзлякуватість в кінчиках пальців рук. Хворіє 3 місяці.

Об'єктивно: Температура тіла 37,5°C, АТ 120/80 мм.рт.ст., шкіра кистей блискуча і стоншена, пальці зігнуті, рухомість їх обмежена. Сила м'язів ослаблена.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

ТЕОРЕТИЧНА ЧАСТИНА

Даний розділ електронного посібника дає змогу якісно підготувати відповіді під час вирішення реальних клінічних ситуацій

АЛЕРГОЛОГІЯ

АЛЕРГІЧНІ РЕАКЦІЇ НЕГАЙНОГО ТИПУ

ЕТІОЛОГІЯ

Інфекційні алергени

Неінфекційні алергени

ПАТОГЕНЕЗ

Етіологічний чинник → сенсibilізація → повторне надходження алергена → утворення комплексу антиген-антитіло → циркуляція їх у крові → осідання на тканинних базофілах → дегрануляція тканинних базофілів → виділення медіаторів алергії (гістаміну, серотоніну, повільно діючої речовини анафілаксії тощо)

КЛІНІЧНІ ФОРМИ

Кропив'янка

Набряк Квінке

Сироваткова хвороба

Анафілактична хвороба

КРОПИВ'ЯНКА

Кропив'янка – алергічне захворювання, яке характеризується швидким розповсюдженням висипання на шкірі (папул, пустул) із сильним свербіжем, що являють собою набряк обмеженої ділянки шкіри

КЛІНІКА

Висипка

Свербіж

Підвищення температури тіла

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

Припинення надходження алергену до організму

Симптоматична терапія

Антигістамінні препарати

НАБРЯК КВІНКЕ

Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке) – одна з форм кропив'янки з поширенням процесу на глибокі ділянки шкіри та підшкірної клітковини

КЛІНІКА

Локальний набряк шкіри, підшкірної жирової клітковини, слизових оболонок

Локалізація в ділянці гортані

Охриплий голос

«Гавкучий» кашель

Задишка

Поверхнєве дихання

Порушення ковтання

Невпинне чхання

Набухання шийних вен

Зниження АТ

ЛІКУВАННЯ

Припинення надходження алергену до організму

Антигістамінні препарати

Глюкокортикоїди

Сечогінні

СИРОВАТКОВА ХВОРОБА

КЛІНІКА

Висипка

Свербіж

Нежить

Кон'юктивіт

Підвищення температури тіла

Лімфаденопатія

Припухлість суглобів

Тахікардія

Зниження АТ

Ангіоневротичний набряк (іноді)

ЛІКУВАННЯ

Антигістамінні препарати

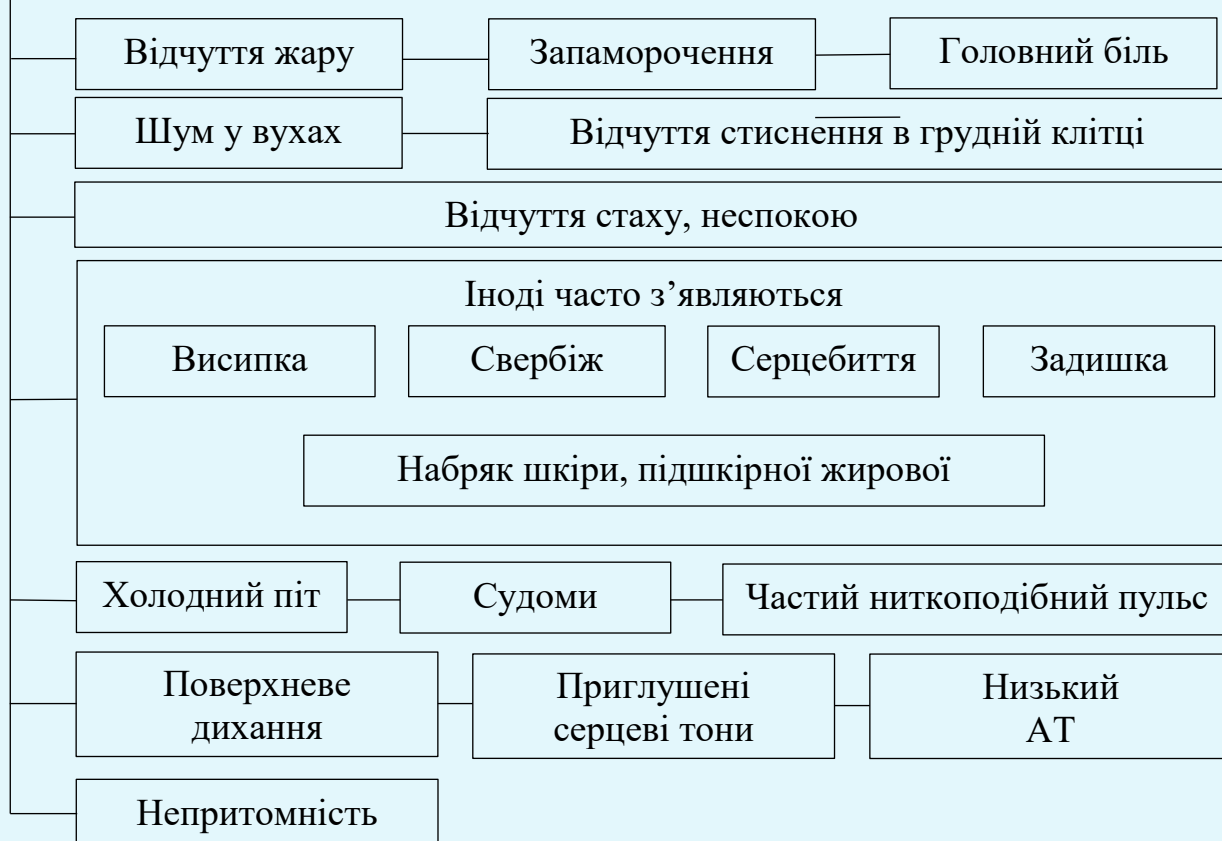
Глюкокортикоїди

Адреналін, ефедрин (у разі набряку гортані)

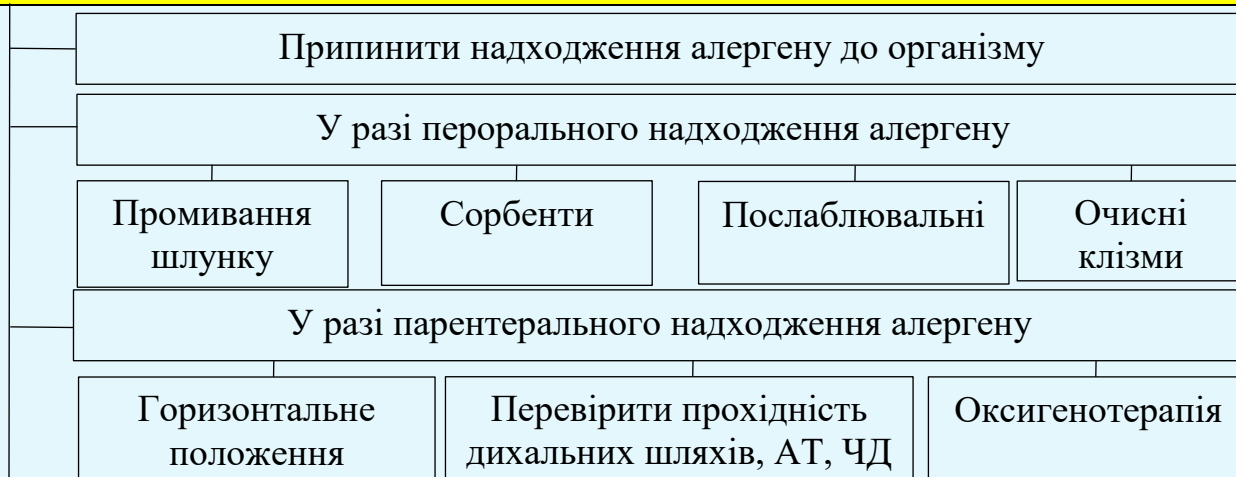
АНАФІЛАКТИЧНИЙ ШОК

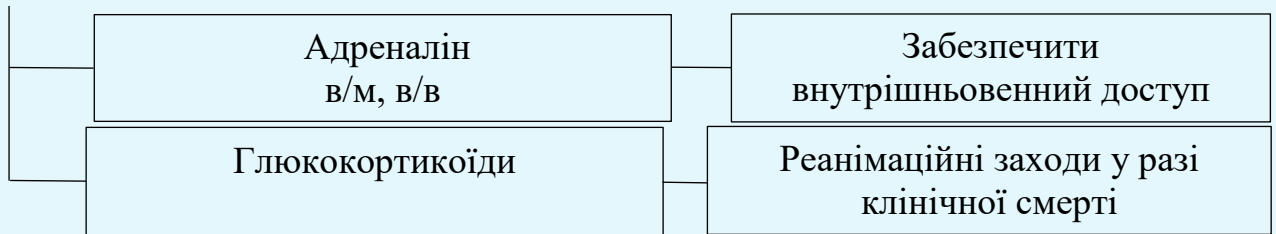
Анафілактичний шок (анафілаксія) – гостра генералізована алергічна реакція негайного типу, яка виникає на повторне введення алергену в організм і супроводжується виділенням медіаторів, які викликають загрозові для життя порушення діяльності життєво важливих органів і систем (серцево-судиної, дихальної, центральної нервової)

КЛІНІКА

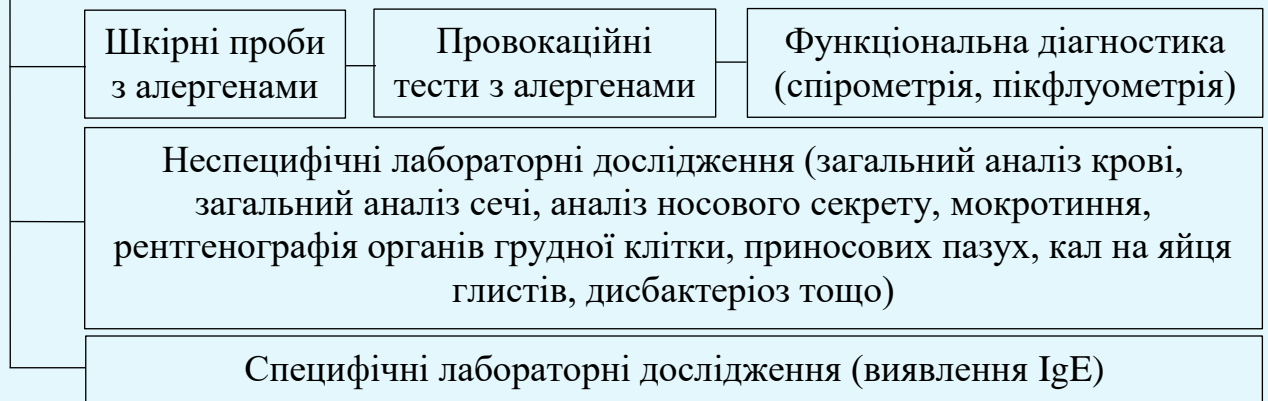


НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА





ДІАГНОСТИЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИ АЛЕРГОЗАХ



РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ

ПРИ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЯХ НЕГАЙНОГО ТИПУ

Реальна клінічна ситуація 1

У пацієнтки І., 56-ти років, яка хворіє на гіпертонічну хворобу, після прийому бісопрололу з'явився набряк губ, язика, охриплість, відчуття нестачі повітря, утруднене дихання (переважно на вдиху).

Об'єктивно: пацієнтка збуджена, намагається глибоко вдихнути. Дихання гучне, стридорозне. Шкіра ціанотична, набряк губ і язика. Вени шії набряклі. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС - 100 за хв.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Пацієнт К., 62 років, самостійно звернувся за медичною допомогою у приймальне відділення ТМО. З анамнезу відомо, що працюючи на дачній ділянці, відчув укусу невідомої комахи в обличчя.

Об'єктивно: місце укусу почало свербіти, з'явився набряк у лівій половині обличчя, який поступово поширювався на піднебіння та шию.

На момент поступлення пацієнт також скаржився на затруднене дихання.

1. **Завдання**
2. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
3. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
4. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
5. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Пацієнтці Д., 27 років, сестра/брат медичні у м'яз плеча ввели ліки, призначені лікарем. Попередня проба на чутливість до препарату не проводилася. Після введення препарату місце ін'єкції почало свербіти, а через 5 хв. хвора відчула різку загальну слабкість, біль за грудиною.

Об'єктивно: свідомість затьмарена, частота дихання – 30/хв., пульс – 120/хв., слабого наповнення, АТ – 80/50 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

До фельдшеру звернувся чоловік 32 років, зі скаргами на сильний свербіж шкіри, поява пухирів по всьому тілу. Захворювання пов'язує з вживанням риби. Хворіє 2-й день.

Об'єктивно: температура 37,1 ° С. Стан задовільний. Шкіра гіперемована, по всій поверхні тіла визначається міхурцева висипка різного розміру, що виступає над поверхнею шкіри. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ЧСС 72 за хв. АТ 120/80 мм.рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?

4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

Через 5 хвилин після введення пацієнту 500 000 ОД бензилпеніциліну натрієвої солі на шкірі тулуба та кінцівок з'явилася висипка різного розміру червоного кольору, шкіра почала свербіти. Пульс 80 за 1 хв. АТ 120/70 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

Під час введення протиправцевої вакцини у пацієнта з'явилися відчуття жару, нудота.

Об'єктивно: шкіра бліда. АТ 80/40 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ

Невідкладні стани в медсестринстві у внутрішній медицині - це ситуації, що вимагають термінового та компетентного медичного втручання для збереження життя та здоров'я пацієнтів. Ці стани характеризуються високим ризиком для життя та вимагають швидкої реакції медичного персоналу. Невідкладні стани можуть включати, але не обмежуються:

- Інфаркт міокарда: різке ущільнення грудної болі, супроводжується нудотою, блюванням, підвищеним потовиділенням, задишкою.

- Загострення хронічних захворювань: загострення хронічної серцевої недостатності чи хронічної обструктивної хвороби легенів.
- Тяжкі алергічні реакції (анафілаксія): швидке погіршення стану, сильний свербіж, набряки, зниження тиску.
- Травми і нещасні випадки: серйозні травми, опіки, отруєння.
- Судоми та епілептичні припадки: непередбачувані епілептичні нападки, втрата свідомості.
- Критичні показники вітальних функцій: сильна задишка, низький кров'яний тиск, відсутність пульсу.

Сестри/брати медичні внутрішньої медицини повинні бути готові реагувати на ці ситуації, надавати необхідну допомогу та вживати заходів для стабілізації стану пацієнта до приходу лікарів.

РЕАЛЬНІ КЛІНІЧНІ СИТУАЦІЇ

ПРИ НЕВІДКЛАДНИХ СТАНАХ

Реальна клінічна ситуація 1

Пацієнт К., 32 років, знаходиться на стаціонарному лікуванні в терапевтичному відділенні з приводу пневмонії. На 8-му добу в стаціонарі температура тіла раптово знизилась з 39,9°C до 36,2°C.

Об'єктивно: пацієнт зблід, з'явилися дрібні краплини поту. Свідомість затьмарена, дихання прискорене, поверхневе. Пульс – 92 уд./хв., слабкого наповнення, АТ – 90/65 мм.рт. ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 2

Пацієтка Ю., 25 років, знаходиться на лікуванні в алергологічному відділенні з приводу бронхіальної астми. Вранці у пацієнтки раптово з'явилась задишка, яка супроводжувалась утрудненим видихом. Дихання чути на відстані, супроводжується свистом.

Об'єктивно: Пацієнтка стоїть біля вікна, спирається руками на підвіконня, обличчя бліде, вкрите крапельками поту, спостерігається ціаноз губ.

Аускультативно: в легенях на всій ділянці - сухі свистячі хрипи. Пульс – 90 уд./хв., АТ – 130/ 85 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 3

Пацієнтка С., 57 років, знаходилась на лікуванні з приводу туберкульозу. Після фізичного навантаження раптово виникла задишка, запаморочення, стиснення в грудях. Під час кашлю з ротової порожнини почала виділятися змішана з харкотинням яскраво-червоного кольору піниста кров.

Об'єктивно: стан пацієнтки тяжкий, шкіра бліда, пульс – 110/ хв., ритмічний, ЧД – 42/ хв., АТ – 100/ 65 мм.рт.ст.

1. ***Завдання***
2. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
3. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
4. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
5. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 4

Пацієнт поступив зі скаргами на біль за грудиною, що супроводжується почуттям "нестачі повітря", загальною слабкістю. Після прийому нітрогліцерину біль не проходить.

Об'єктивно: Шкірні покриви бліді, вологі, ціаноз слизової оболонки ротової порожнини. Межі серця збільшені вліво до серединно-ключичної лінії, тони глухі, аритмічні. Пульс 100 в хвилину, слабкого наповнення та напруження. АТ 90/60 мм.рт.ст. На ЕКГ: II і III відведеннях куполоподібний підйом ST, шлуночкові екстрасистоли.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 5

Пацієнтку Р. 45-ти років турбують болі голови в потиличній, тім'яній, скроневій ділянках, частіше вранці. Періодично на тлі стресу виникають інтенсивні болі голови, що супроводжуються нудотою, миготінням мушок перед очима, запамороченням.

Об'єктивно: при огляді ротової порожнини - на слизовій оболонці рота і язика геморагічні міхурці. АТ – 155/100 мм.рт.ст. Пульс високий, твердий - 60 на хв. Верхівковий поштовх пальпується в 5 міжребер'ї на 1,5 см назовні від середньо-ключичної лінії, розлитий, високий, сильний, резистентний. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 1,5 см назовні від середньо-ключичної лінії. І тон на верхівці ослаблений, акцент II тону - на аорті.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 6

Пацієтку К., 48-ми років турбують стискаючі болі за грудиною, які виникли вперше 10 днів тому при значному фізичному навантаженні. Біль іррадіює в ліве плече, ліву руку, проходить в стані спокою через 5-7 хвилин.

Об'єктивно: у пацієнтки виявлено зайву масу тіла, ІМТ - 32. Верхівковий поштовх не пальпується. Ліва межа серця визначається в V міжребер'ї по середньо-ключичній лінії. Тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці.

На ЕКГ в стану спокою ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. При добовому моніторингу - епізоди депресії сегмента ST нижче ізолінії > 2 мм в стандартних I, II і грудних відведеннях V₃₋₆.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 7

Пацієнт І., 65-ти років скаржиться на сильні стискаючі болі за грудиною, що іррадіюють в обидві руки, під лопатки, різку слабкість. Болі виникли під час фізичного навантаження, тривають близько години, нітрогліцерин – без ефекту.

Об'єктивно: стан важкий. Шкіра бліда, вкрита холодним липким потом, ціаноз губ і кінчика носа. При огляді ротової порожнини - десквамативний глосит, глибокі тріщини язика. Тони серця аритмічні, глухі. ЧСС - 88 в хв. АТ – 100/70 мм.рт.ст. На ЕКГ спостерігається підйом сегмента ST над ізолінією, що зливається із зубцем Т в І, II стандартних відведеннях і в V₂-V₄ грудних відведеннях, часті лівошлуночкові екстрасистоли.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 8

Пацієнт 66-ти років скаржиться на болі в епігастральній ділянці, що виникли раптово, нудоту, двічі було блювання, різку слабкість, пітливість. Болі тривають більше години, не проходять після прийому спазмолітиків і анальгетиків.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Відзначається блідість, ціаноз губ, холодний липкий піт на чолі. При огляді ротової порожнини - десквамативний глосит, глибокі тріщини язика. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 1 см вліво від середньо-ключичної лінії. Тони серця глухі, ритмічні. На ЕКГ виявлено підйом сегмента ST вище ізолінії в III стандартному і AVF відведеннях.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 9

Пацієнт Т., 45 років, зловживає алкоголем. Ввечері після фізичного навантаження почалось блювання. Блювотні маси нагадували “кавову гущу”, а пізніше з ротової порожнини почала виділятися свіжа кров.

Об'єктивно: при огляді шкіра жовтуватого відтінку, живіт збільшений в об'ємі за рахунок вільної рідини, навколо пупка помітна венозна сітка у вигляді “голови медузи”.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 10

Пацієнт К., 43 років, впродовж 10 років хворіє на виразкову хворобу шлунка. Впродовж останнього тижня турбував біль у верхній половині живота. Ввечері зауважив, що інтенсивність болю зменшилась, але випорожнення нагадували дьоготь. Наступного дня зранку раптом з'являється блювання. Блювотиння має вигляд “кавової гущі”.

Об'єктивно: пацієнт блідий, вкритий холодним потом. Пульс – 106/ хв., ритмічний, слабкого наповнення. АТ - 70/50 мм.рт.ст. Живіт м'який, болючий при пальпації в епігастрії.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 11

Пацієнт С., 37 років, 5 років хворіє на виразковий коліт. Протягом останнього тижня відмічає загальну слабкість, головокружіння, нудоту. Випорожнення кілька разів на день, містять домішки свіжої крові.

Об'єктивно: шкіра бліда, АТ - 100/70 мм.рт.ст., пульс - 95 /хв, ритмічний, слабкого наповнення.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 12

Пацієнт хворіє на виразкову хворобу шлунка. Дієти не дотримується, зловживає алкоголем. Раптом відчув «кинжальний» біль у верхній половині живота.

Об'єктивно: пацієнт блідий, вкритий холодним потом, язик сухий, риси обличчя загострені. При пальпації: дошкоподібне напруження м'язів живота. Пульс – 90/хв., ритмічний, АТ – 120/80 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 13

Пацієнт, 43 років, фармацевт. Скаржиться на голодні, пізні і нічні болі в надчеревній ділянці, печію, відрижку, відчуття "обпаленого" язика, що посилюються ближче до вечора. Апетит збережений і навіть підвищений.

Хворіє з юнацьких років, загострення бувають часто в осінню пору року, харчується нерегулярно, багато курить.

Об'єктивно: зниженого харчування, при поверхневій та глибокій пальпації живота болючість в пілородуоденальній зоні, кислотність і секреція натще і після стимуляції - підвищені. Рентгенологічно - "ніша" в стінці цибулини 12-палої кишки, є прихована кров у калі.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 14

Пацієнт К., 44 роки, робочий, звернувся в поліклініку зі скаргами на відчуття повноти і болю в епігастрії, блювоту спожитою напередодні їжею, загальну слабкість, схуднення. Зі слів пацієнта було встановлено, що він страждає з 30 років виразковою хворобою шлунка. Останнє загострення було в 33 роки.

Об'єктивно: виявили сухість та лущення шкіри, тургор і еластичність знижені. Наліт на язиці сірувато-білого кольору. В ділянці шлунка видно перистальтику. При перкусії визначається - флюктуація.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 15

Пацієнт Р., 47 років поступив зі скаргами на гострий, «кинджальний» біль в епігастрії, що виник раптово після вживання алкоголю, одноразову блювоту шлунковим вмістом, що не принесло полегшення.

Об'єктивно: пацієнт лежить на боці в позі «ембріона», живіт різко болючий при пальпації в епігастральній ділянці і в пілородуоденальній зонах. Огляд ротової порожнини - язик обкладений білим нальотом.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 16

Пацієнтка Н. 47 років, вчителька, звернулася до лікарні зі скаргами на гострі болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку, блювання з домішками жовчі, зміну забарвлення сечі «кольору пива» і знебарвлений кал.

Анамнез: захворіла гостро, після вживання жирної їжі.

Об'єктивно: гіперстенік, невелика іктеричність склер та слизових оболонок м'якого піднебіння. Лихоманка. При пальпації живота - позитивний симптом Ортнера, напруження м'язів передньої черевної стінки.

Лабораторні показники: підвищений загальний білірубін за рахунок прямої фракції, лужна фосфатаза - підвищена. Аналіз сечі: уробілін - негативний, білірубін +++ . Стеркобілін калу - негативний. Клінічний аналіз крові: лейкоцитів $-15,1 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ-25 мм / год.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 17

У приймальне відділення стаціонару постуила пацієнтка з нападом інтенсивного болю у правому підребір'ї з іррадіацією в праву лопатку, праве плече, яке супроводжується гіркотою та сухістю в ротовій порожнині. Виникнення болю пов'язує із вживанням у їжу жирного м'яса. Подібні напади турбували і в минулому.

Об'єктивно: при огляді – субіктеричність склер, пальпаторно – напруженість в правому підребір'ї та різка болючість в проекції жовчного міхура.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 18

У пацієнта К., 48 років, після важкого фізичного навантаження (переставляв меблі у зв'язку з ремонтом) виник інтенсивний біль в поперековій ділянці, по ходу сечоводу, який іррадіює в праве стегно, промежину, супроводжується нудотою. Сеча кольору “м'ясних ополісків”. З анамнезу відомо, що подібний напад, меншої інтенсивності, спостерігався рік тому.

Об'єктивно: блідість шкірних покривів, набряки на ногах та на обличчі, навколо очей. АТ 100/50 мм.рт.ст. Тони серця гучні, ЧСС 100 за 1 хв. Симптом Пастернацького позитивний справа. В загальному аналізі крові: еритроцитів $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв 118 г/л, К.П. 0,9, лейкоцитів $13,2 \times 10^9/л$, ШОЕ 19 мм/год; в загальному аналізі сечі: питома вага 1012, білок 0,183 г/л, лейкоцити та еритроцити на все поле зору.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 19

Пацієнтка П., 19 років, скаржиться на набряки всього тіла, але переважно на обличчі, біль голови, постійний ниючий біль в ділянці нирок і сечу кольору "м'ясних ополісків". Захворювання почалося гостро, 5 днів тому.

Об'єктивно: блідість шкірних покривів, загальні набряки з переважною локалізацією на обличчі, навколо очей. Напружений рідкий пульс, підвищений артеріальний тиск. Приглушення серцевих тонів і слабкий систолічний шум на верхівці серця. У загальному аналізі сечі: питома вага - 1023, білок 330 мг/л, в осаді - лейкоцити, вилужені еритроцити, зернисті циліндри, клітини ниркового епітелію.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 20

У пацієнтки, 21 років, пологи. При надходженні в пологовий будинок скаржиться на виражений біль голови, нудоту, масивні набряки ніг, промежини, обличчя.

Об'єктивно: при огляді - загальмована. Через годину на питання не відповідає, з'явилися тонічні судомні посмикування м'язів гомілок, блювання. АТ 230/120 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 21

Пацієнту К., що хворіє на цукровий діабет, згідно листка лікарських призначень введено підшкірно 24 ОД інсуліну. Через 20 хв. після ін'єкції пацієнт поскаржився на головокружіння, тремтіння рук, пітливість, різке відчуття голоду.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 22

У стаціонар швидкою допомогою доставлений пацієнт К., 27 років без свідомості. В кишені хворого виявлена шприц-ручка для введення інсуліну. При огляді відзначається блідість і вологість шкірних покривів, підвищення м'язового тону, судоми, зіниці розширені, тону очних яблук не змінений. Пульс частий, тони приглушені, АТ 130/80 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 23

Пацієнт В., 63 років, доставлений об 11 год. 30 хв в приймальне відділення без свідомості. Зі слів родичів відомо, що хворіє цукровим діабетом

18 років. Вранці о 8 год. 00 хв. самостійно ввів собі підшкірно 42 ОД інсуліну, однак не поснідав, бо планував здати аналіз крові на біохімічне дослідження.

Об'єктивно: шкіра бліда, вкрита крапельками поту, дихання поверхневе, тонус м'язів підвищений.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 24

Пацієнт В., 19 років доставлений екстреною медичною допомогою зі скаргами на виражену сухість у роті, спрагу (випиває до 15 л рідини), часте, рясне сечовипускання, задишку. Дані скарги з'явилися 2 тижні тому після перенесеного грипу, які постійно наростали. Схуд на 10 кг.

Об'єктивно: загальмований, знижене маса тіла, шкірні покриви сухі, тургор знижений, на обличчі рубець, язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Дихання часте, шумне, в навколишньому повітрі - запах ацетону. АТ 100/50 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 25

Пацієнтка С., 46 років, поступила у стаціонар зі скаргами на слабкість, пітливість, оніміння губ, язика, відчуття тремтіння в тілі, загальний неспокій. Погіршення самопочуття протягом доби. Хворіє на цукровий діабет 2 типу протягом року, приймає метформін. Протягом доби нічого не їла.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. При огляді виникли судоми, втратила свідомість. Шкіра волога. Зіниці широкі, на світло не реагують. Дихання поверхневе. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Частота дихання 20/хв. Пульс ритмічний, 84/хв, задовільного наповнення і напруги. АТ 100/60 мм.рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка по Курлову 9-8-7 см. Набряків немає. ЕКГ: ритм синусовий 80 в 1 хв, RII > RI > RIII. Аналіз крові: глюкоза 2,0

ммоль/л, креатинін 0,009 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: питома вага 1009, білок та глюкозу – не виявлено.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 26

Пацієнт В., 26 років, доставлений у ТМО без свідомості. Після перенесеної ГРВІ з'явилися спрага, поганий апетит, біль голови, слабкість. Напередодні - біль в животі, неодноразове блювання та втрата свідомості. З анамнезу: цукровий діабет 1 типу впродовж 5 років.

Об'єктивно: загальний стан важкий, без свідомості. Дихання глибоке, шумне, 32/хв, запах ацетону з рота. Шкіра суха. Язик сухий, червоний. Пульс 120/хв, малого наповнення і напруження. АТ 95/60 мм.рт.ст. При пальпації живіт м'який. Аналіз крові: глюкоза 25,4 ммоль/л, креатинін 0,12 ммоль/л. Загальний аналіз сечі: глюкоза 6,2%, білок 0,9 г/л, питома вага 1025.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

Реальна клінічна ситуація 27

У приймальне відділення стаціонару доставлено пацієнтку у стані психічного збудження. Привертає увагу “витрішкуватість” пацієнтки, гіперемія обличчя, деформація шиї у ділянці проекції щитоподібної залози.

Об'єктивно: на дотик шкіра гаряча, волога. Температура тіла 40°C, пульс – 160 уд./хв, аритмічний. АТ – 150/100 мм.рт.ст.

Завдання

1. Сформулюйте і обґрунтуйте попередній діагноз.
2. Сплануйте лабораторні та інструментальні методи обстеження.
3. Назвіть критерії ранньої діагностики даного захворювання?
4. Визначте Вашу тактику щодо пацієнта, розкажіть про принципи лікування, прогноз та профілактики захворювання.

**ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО
ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХІТУ**

Показники	Астма	ХОЗЛ
	Вік дебюту до 20 років	Вік дебюту після 40 років
Характер симптомів	Змінюються за хвилини, години, дні. Посилюються вночі, рано-вранці, при фізичному навантаженні, при контакті з тригерами	Симптоми персистують, спостерігаються вдень і при фізичному навантаженні. Кашель з мокротинням, який виникає вранці, передусе задишці
Функція зовнішнього дихання	Варіабельний ОФВ1	Персистуючий ОФВ Індекс Тіффно (ОФВ1/функціональна життєва ємність легенів) Після введення бронхолітика <0,7
Анамнез	Раніше діагностовано БА чи алергічне захворювання; обтяжений сімейний анамнез щодо БА чи алергічних захворювань	Раніше діагностовано хронічний бронхіт, пневмосклероз, емфізема легенів; наявні такі фактори ризику, як куріння, дія поллютантів, шкідливі умови праці
Перебіг захворювання	Симптоми варіюють сезонно; можливе спонтанне покращання стану; хороша відповідь на застосування бронхолітиків короткої дії	Симптоми поступово посилюються; помірна дія на введення бронхолітиків короткої дії
Рентгенографія органів грудної клітки	Зазвичай норма	Ознаки емфіземи

Характеристика діагнозу (клінічні особливості, що відрізняють астму від ХОЗЛ)	Астма	ХОЗЛ
Курець або колишній курець	Можливо	Майже завжди
Симптоми у віці понад 40 років	Інколи	Зазвичай
Хронічний кашель	Зрідка	Зазвичай
Порушення дихання (задуха)	Змінюється	Існує і прогресує
Пробудження вночі через переривання дихання і/або хрипи	Зазвичай	Зрідка
Значна зміна симптомів протягом дня або день за днем	Зазвичай	Зрідка
Симптоми повільно прогресуючі. Незворотні ознаки порушення бронхіальної провідності	Змінюється під впливом бронходилататора	Зазвичай
Наявність алергічного анамнезу	Алергія, риніт та/або екзема, анамнез астми в родині	Не характерно

СТУПЕНІ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Характеристика	Тяжкість перебігу захворювання			
	Інтермітуюча (епізодична)	Персистуюча		
		Легка	Середньотяжка	Тяжка
Денні симптоми	<1 разу на тиждень	> 1 разу на тижде але рідше 1 р/ добу	щоденно	щоденно
Нічні симптоми	< 2 р/ м	> 2 р/ м	> 1 разу на тижд	Часті симптоми
Загострення	Короткотривалі (від декількох годин до декількох днів)	Порушують активність і сон	Порушують активність і сон	Часті загострення
ОВФ1 або ПШВ (від належного)	≥80%	≥80%	60-80%	≤ 60 – 80%
Добові коливання ПШВ або ОФВ1	<20%	20-30%	> 30%	> 30%

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА СЕРЦЕВОЇ ТА БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Серцева астма	Бронхіальна астма
В І К	
Перший приступ виникає переважно в старшому віці (крім хворих на ревматизм і нефрит)	Перший приступ виникає в будь-якому віці
ПОПЕРЕДНІ ЗАХВОРЮВАННЯ	
Захворювання серця (вади, ІХС та ін.)	Захворювання серця (вади, ІХС та ін.)
ПОВЕДІНКА ХВОРОГО ПІД ЧАС ПРИСТУПУ	
Вимушене сидяче або напівсидячі положення з опущеними ногами	Положення сидяче, пацієнт упирається руками об ліжко, фіксує грудну клітку
ХАРАКТЕР ЗАДИШКИ	
Утруднений вдих або обидві фази дихання	Утруднений видих. На відстані чути свистячі хрипи
АУСКУЛЬТАЦІЯ ЛЕГЕНЬ	
Вологі хрипи, переважно у нижніх відділах	Багато сухих хрипів, переважно на фоні подовженого видиху
ПЕРКУСІЯ ЛЕГЕНЬ	
Притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах	Звук з коробковим відтінком
ГРАНИЦІ СЕРЦЯ	
Розширені, особливо вліво	Не змінені в початковий період захворювання
ПУЛЬС	
Аритмічний	Ритмічний
АРТЕРІАЛЬНИЙ ТИСК	
Підвищений	Нормальний
МОКРОТИННЯ	
У великій кількості, при набряку легень – пінисте, рожеве або з домішками крові	В'язке, слизисте, відкашлюється важко в невеликій кількості
НАБРЯКИ	
Спостерігаються	Не спостерігаються

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОЇ СЕРЦЕВОЇ І СУДИННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Симптоми	Гостра серцева недостатність	Гостра судинна недостатність
Положення пацієнта	Сидяче, напівлежаче	Горизонтальне
Колір шкіри	Ціаноз, акроціаноз	Блідість, сірий відтінок
Пітливість	Частіше відсутня	Липкий холодний піт
Шийні вени	Набухлі, пульсують	Спадаються
АТ	Нормальний, дещо знижений	Гіпотензія, особливо діастолічна
Пульс	Тахікардія, задовільного наповнення	Частий, ниткоподібний, інколи не визначається
Тони серця	Глухі	Чисті, ослаблені
Дихання	Почащене, підсилене, нерідко приступи ядухи, застійні хрипи в легенях	Почащене, поверхнєве, без застійних хрипів в легенях
Границі серця	Розширені	Нормальні

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА В₁₂-ДЕФІЦИТНОЇ ТА ФОЛІЄВОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ

Симптоми	В₁₂-дефіцитна анемія	Фолієводефіцитна анемія
Вік хворих	Похилий та старечий	Молодий
Фунікулярний мієлоз	Характерний	Не характерний
Глосит Хантера	Характерний	Не характерний
Атрофічний гастрит	Характерний	Не характерний
Вміст вітаміну В ₁₂ в плазмі	Знижений	У межах норми
Вміст фолієвої кислоти в плазмі	У межах норми	Знижений
Екскреція метилмалонової кислоти із сечею	Підвищена	У межах норми
Забарвлення мегалобластів кісткового мозку алізариновим червоним	Забарвлюється у червоний колір	Не забарвлюється
Вплив терапії вітаміном В ₁₂ на кількість ретикулоцитів	Значно збільшує (ретикулоцитраний криз)	Не впливає
Проба з гістидином	Від'ємна	Позитивна

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ 1 І 2 ТИПУ

Симптоми	Цукровий діабет 1-го типу	Цукровий діабет 2-го типу
Вік, в якому виникає хвороба	Дитячий, підлітковий, звичайно до 30-ти років	Середній, старші 40 років
Стать	Трохи частіше хворіють чоловіки	Частіше хворіють жінки
Сезонність	Осінньо-зимовий період	Не має
Фенотип	Худі	Ожиріння
Генетичні маркери	Поєднання з HLA-DR ₃ , DR ₄ і DQB ₁	Гени системи HLA не відрізняються від здорової популяції
Початок захворювання	Гострий	Поступовий (місяці, роки)
Ступені важкості	Середня, важка	Легка, середня і важка
Стан підшлункової залози	Зменшення кількості бета-клітин, їх дегрануляція	Кількість острівців і відсотковий вміст клітин в межах вікової норми
Виразність клінічних симптомів	Різка	Помірна
Перебіг діабету	У частини випадків - лабільний	Стабільний
Зміни в аналізі сечі	Глюкоза та ацетон	Глюкоза
Вміст інсуліну і с-пептиду в плазмі	Зменшений або відсутній	Часто в межах норми
Пізні ускладнення	Мікроангіопатії	Макроангіопатії
Антитіла до β-клітин	Виявляється у 80-90% хворих в I-ші тижні, місяці	Відсутні
Частота діабету у родичів I ступеня спорідненості	Менше 10%	Більше 20%
Розповсюдженість	10-20%	80-90%
Лікування	Дієта, інсулін	Дієта (редукована), пероральні цукрознижуючі препарати (рідше інсулін)

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ГІПЕРТЕРІОЗУ ТА ГІПОТЕРІОЗУ

Проблеми пацієнта	Дифузний токсичний зоб (Базедова хвороба)	Гіпотеріоз
Загальна слабкість	+	+
Дратівливість, плаксивість	+	–
Сонливість	–	+
Безсоння	+	–
Відчуття жару	+	–
Мерзлякуватість	–	+
Зниження пам'яті	–	+
Збудженість	+	–
Загальмованість	–	+
Шкіра	Волога, тепла при пальпації	Суха, злущується,
Маса тіла	знижена	підвищена
Серцебиття	Тахікардія	Брадикардія
АТ	Підвищений	Понижений
Температура тіла	Субфібрильна	Гіпотермія
Тремор пальців рук, повік	–	+
Екзофтальм	+	–
Симптом Грефе, Штельвага, Елінека, Мебіуса	+	–
Симптом брудних ліктів і рук	–	+
Збільшення і деформація шиї	+	–
Збільшення розмірів язика	–	+

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА РЕВМАТОЇДНОГО ПОЛІАРТРИТУ, РЕВМАТИЧНОГО ПОЛІАРТРИТУ, ДЕФОРМУЮЧОГО ОСТЕОАРТРОЗУ

СИМПТОМИ	РЕВМАТИЧНИЙ ПОЛІАРТРИТ	РЕВМАТОЇДНИЙ ПОЛІАРТРИТ	ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ
Летючість	Виражена	Виражена та стійка	Відсутня
Дефігурація суглобів	Відсутня	Виражена	Виражена
Контрактури та анкілози	Відсутні	Малі	Відсутні
Зворотний розвиток процесу в суглобах	Повний	Відсутній	Відсутній
Ураження серця	Набуті вади серця	Міокардіодистрофія	Відсутні
Обмеження рухів	Тільки в гострій стадії	Мало виражено	Слабко виражено
Трофічні зміни м'язів та шкіри	Слабко виражено	Різко виражені	Виражені
Перебіг хвороби	Гострий і підгострий	Хронічний прогресуючий	Хронічний прогресуючий
ЕКГ	Динамічні зміни	Змін немає	Змін немає
Температура тіла	Висока або субфебрильна	Висока або субфебрильна	Нормальна або субфебрильна
Лейкоцитоз, збільшена ШОЕ	Виражені	Виражені	Норма
Рентгенографія	Змін немає	Структурні зміни узв'язку із руйнуванням кісток і хряща	Розростання кісткової тканини. Деформація суглобових відділів кістки
Ефект від приймання саліцилатів	Добрий	Незначний і тільки у гострій стадії	Відсутній
Ревматоїдний фактор	Відсутній	Наявність ревматоїдного фактора	Відсутній
С-реактивний протеїн	+	++++	+
Ранкова скутість	Відсутня	Зберігається протягом дня	Відсутня
Рівень фібриногену	Підвищений	Різко підвищений	Може бути підвищений

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА КОМАТОЗНИХ СТАНІВ

Ознаки	Гіперглікемічна кома	Гіперосмолярна кома	Гіпоглікемічна кома
Вік пацієнта	різний	частіше похилий	різний
Розвиток коми	поступовий	поступовий	швидкий
Передвісники коми	блювання, слабкість, поліурія	слабкість, млявість, корчі	відчуття голоду, пітливість, корчі
Дихання	Куссмауля	поверхнєве	нормальне
Шкіра	суха, тургор знижений	суха, тургор знижений	волога, тургор нормальний
Язик	сухий	сухий	вологий, піна в роті
Тонус очних яблук	знижений	знижений	нормальний
Діурез	поліурія	поліурія	нормальний
Глікемія	висока	дуже висока	низька
Глюкозурія	висока	висока	немає
Ацетонурія	є	немає	немає

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА КРОВОТЕЧ ІЗ ВЕРХНІХ І НИЖНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Ознаки	Характер кровотечі	Стан хворого	Блювання	Кал	Дані додаткових досліджень
З верхніх відділів ШКТ	Частіше профузна	Часто важкий, клініка геморагічного шоку	"Кавовою гущею" або малозміненою кров'ю, зі згустками	Чорний оформлений або дьогтеподібний (мелена)	При езофагогастроуденоскопії знаходять джерело кровотечі
З нижніх відділів ШКТ	Частіше хронічна	Частіше середньої важкості, клініка постгеморагічної анемії	Не характерне	З домішкою малозміненої або свіжої крові	При ректороманоскопії або колоноскопії знаходять джерело кровотечі

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Симптоми захворювання	Нозологічні форми				
	Езофагіт	Варикозне розширення вен стравоходу	Виразкова хвороба шлунка і ДПК	Ерозивний гастрит	Пухлина шлунка
Скарги					
Блювання	Кров'ю або вмістом типу "кавової гущі"	Кров'ю зі згустками, часто без домішки шлункового вмісту	Частіше типу "кавової гущі", при масивних кровотечах - кров'ю	З домішкою крові, інтенсивність і частота різні	Часто багаторазове, у помірній кількості, типу "кавової гущі"
Біль	Відчуття тиску, печіння за грудниною	В ділянці печінки, відчуття важкості і розпирання в животі	В епігастрії, пов'язаний із прийманням їжі, з появою кровотечі біль часто зникає	Тупий, розлитий в епігастрії, пов'язаний з порушенням режиму харчування	Не постійний, рідко буває інтенсивним
Відрижка, печія	Часті	Не характерні	Часті	Часті	Втрата апетиту, відрижка, схуднення

Провокуючі фактори	Рефлюкс вмісту шлунка	Перенесений гепатит, алкоголізм, кровотечі на тлі посилення змін у печінці	Виразки шлунка і ДПК	Тривале приймання медикаментозних препаратів (аспірин, НПЗП, гормони)	Хронічний атрофічний гастрит, антацидні стани
Об'єктивні дані					
Стать	Частіше жіноча	Частіше чоловіча	Частіше чоловіча	Частіше жіноча	Частіше чоловіча
Вік	Частіше 30-50 років	Частіше 30-50 років	Частіше 20-50 років	Частіше 20-50 років	Старший 40 років
Загальний стан	Частіше задовільний	Зростаюча загальна слабкість, при масивній крововтраті - колапс	Частіше виражена клініка гострої крововтрати: слабкість, тахікардія	Часто загальний стан не важкий, рідко розвивається колапс	Зростаюча загальна слабкість, схуднення, блідість шкіри, зниження тургору тканин
АТ	Частіше у межах норми або незначна гіпотонія	АТ знижений відповідно до ступеня крововтрати	АТ знижений відповідно до ступеня крововтрати	Частіше в межах норми або незначна гіпотонія	В межах норми або незначна гіпотонія
Пульс	Нормальний або помірна тахікардія	Тахікардія відповідно до ступеня крововтрати	Тахікардія відповідно до ступеня крововтрати	Нормальний або помірна тахікардія	Нормальний або помірна тахікардія
Обстеження живота	Іноді – болісність в епігастрії	Збільшена і болісна печінка, можлива гіперспленія, жовтяниця, асцит, розширення вен черевної стінки	Болісність при пальпації в епігастрії або проекції ДПК	Помірна болісність в епігастрії, можливо – яскраво-червоний язик	Незначна болісність в епігастрії, іноді пальпується пухлина
Ректальне дослідження	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Частіше кал дьогтеподібний, "мелена"	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал	Чорний оформлений або дьогтеподібний кал

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ШОКОВИХ СТАНІВ

Гіповолемічний шок

Характеристика	Виникає внаслідок втрати >30% ОЦК після кровотеч або іншої втрат рідини (поліурія при кетоацидозі чи гіперосмолярності, профузне блювання чи пронос)
Клінічні прояви	Відсутні набухання вен шиї та застій у легенях, наявні холодний липкий піт, уповільнене заповнення капілярів нігтьового ложа; ознаки зневоднення внаслідок блювання та проносу
Дані інструментальних і лабораторних досліджень	ЦВТ <20 мм.вод.ст., ТЗЛА <4-6 мм.рт.ст., СІ <1,8-2 л/(хв×м ²); при гемоконцентрації – підвищення вмісту гемоглобіну та еритроцитів

Кардіогенний шок

Характеристика	Розвивається внаслідок зниження інотропізму міокарда та зменшення ударного об'єму серця (інфаркт міокарда, тяжкий дифузний міокардит, диплатаційна кардіоміопатія, ексудативний перикардит, тахіаритмії)
Клінічні прояви	Холодний липкий піт, уповільнене наповнення капілярів нігтьового ложа, можливий застій у легенях, ритм галопу у ЛШ. У пацієнтів із патологією клапанів або шунтом виявляють шуми, із ексудативним перикардитом – набухають вени шиї
Дані інструментальних і лабораторних досліджень	ЦВТ >12-16 мм.рт.ст., ТЗЛА >14 мм.рт.ст., СІ <1,8 л/(хв×м ²)

Обструктивний шок

Характеристика	Виникає внаслідок зменшення ударного об'єму серця, що зумовлене порушенням наповнення або спорожнення шлуночків, причиною яких є позасерцеві фактори (тромбоемболія легеневої артерії, напружений пневмоторакс)
Клінічні прояви	Уповільнене наповнення капілярів нігтьового ложа, ритм галопу у ПШ, застій у легенях та набухання вен шиї – необов'язкові ознаки
Дані інструментальних і лабораторних досліджень	$CI < 1,8 \text{ л}/(\text{хв} \times \text{м}^2)$; ЦВТ і ТЗЛА можуть бути у нормі

Перерозподільний шок (відсутні дані лабораторних досліджень)

Характеристика	Виникає внаслідок підвищення проникності капілярів або артеріовенозного шунтування крові та зменшення загального опору периферичних судин (при гострій недостатності надниркових залоз, анафілаксії, сепсисі, больовому шоку, гемокоагуляції або гемолізу)
Клінічні прояви	Стадійність клінічної симптоматики, яка пов'язана з фазами централізації, потім – децентралізації кровообігу, висипання на шкірі (алергічні – при анафілаксії, геморагічні – при синдромі Уотерхауса-Фридериксена, сепсисі), жовтяниця – при гемолізі
Дані інструментальних і лабораторних досліджень	-

*ЦВТ – центральний венозний тиск

ТЗЛА – тиск заклинювання легеневої артерії

СІ – серцевий індекс (характеризує серцевий викид)

ПШ – правий шлуночок

ШКАЛА ОЦІНКИ РЕЗУЛЬТАТІВ ВНУТРІШНЬОШКІРНИХ ПРОБ ІЗ АГ

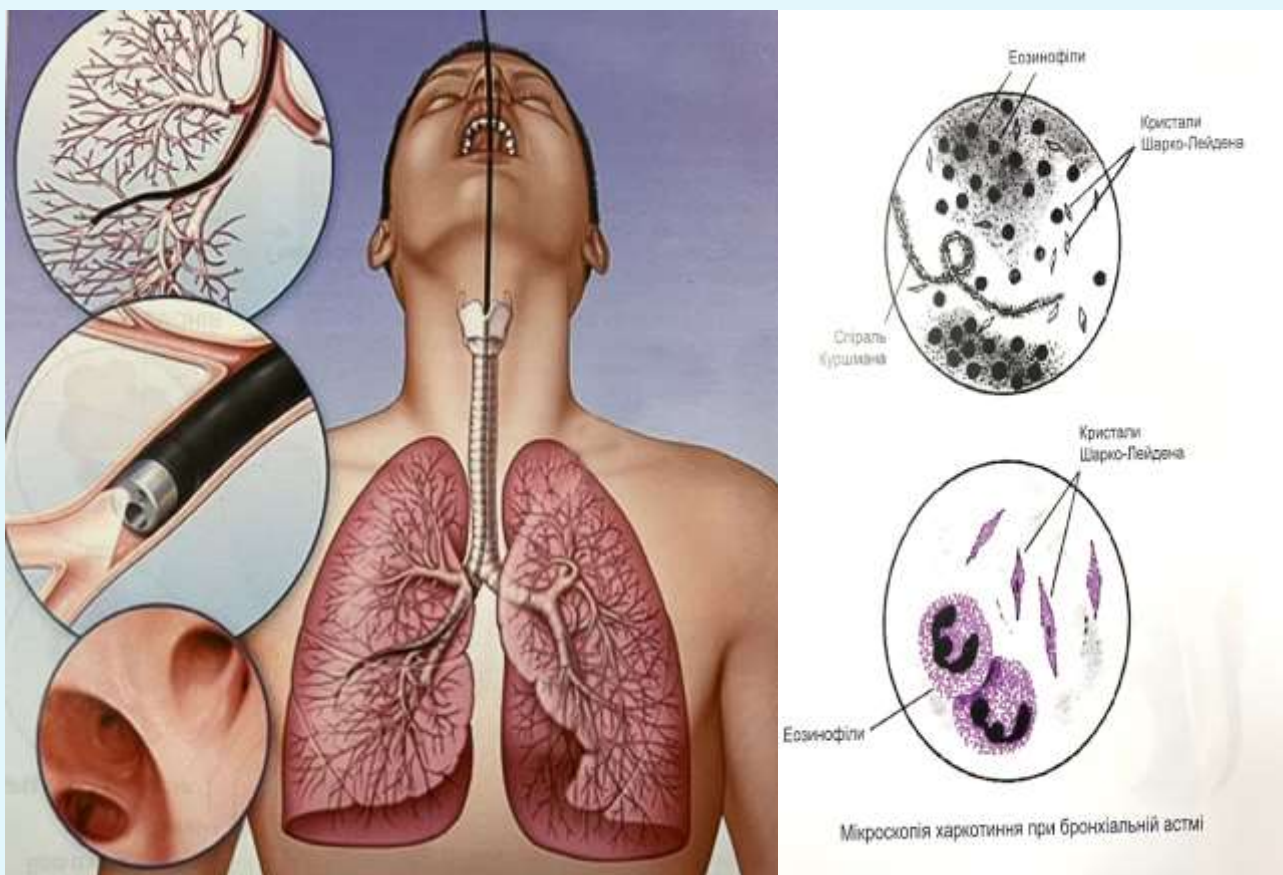
Результат реакції	Місцева реакція шкіри через 20 хвилин	Реакція сповільненого типу через 24-48 годин
Негативний	Реакція шкіри така ж , як у контролі	Реакція шкіри така ж , як у контролі
Сумнівний	У місці проби гіперемія	У місці проби пухир розсмоктується повільніше, ніж у контролі
Слабо позитивний	Пухир 4-8мм, оточений гіперемією	Гіперемія, інфільтрат діаметром 5-10мм
Позитивний	Пухир 9-15мм, оточений гіперемією	Гіперемія, інфільтрат діаметром 11-15мм
Різко позитивний	Пухир 16-20мм із псевдо-подіями, оточений гіперемією	Гіперемія, інфільтрат діаметром 16-20мм з псевдоподіями
Дуже різко позитивний	Пухир більше 20мм із псевдо-подіями, оточений гіперемією	Гіперемія, інфільтрат діаметром більше 20мм з псевдоподіями, лімфангоїтом, дочірними пухирями по периферії і яскравою гіперемією

ОЦІНКА ШКІРНИХ ПРОБ З АЛЕРГЕНАМИ

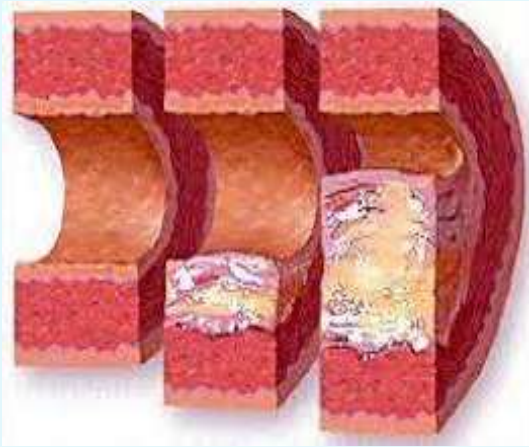
Типи алергічних реакцій	Розмір папули у мм		
	Прик-тест	Скаріфікаційний тест	Внутрішньошкірний тест
Негативна	0	0-2	0-5
Сумнівна	1-2	3-4	6-9
Позитивна	3-7	5-10	10-15
Виражено позитивна	8-12	11-15	16-20
Гіперергічна	13 і більша	16 і більша	21 і більша



Портативні пікфлуометри



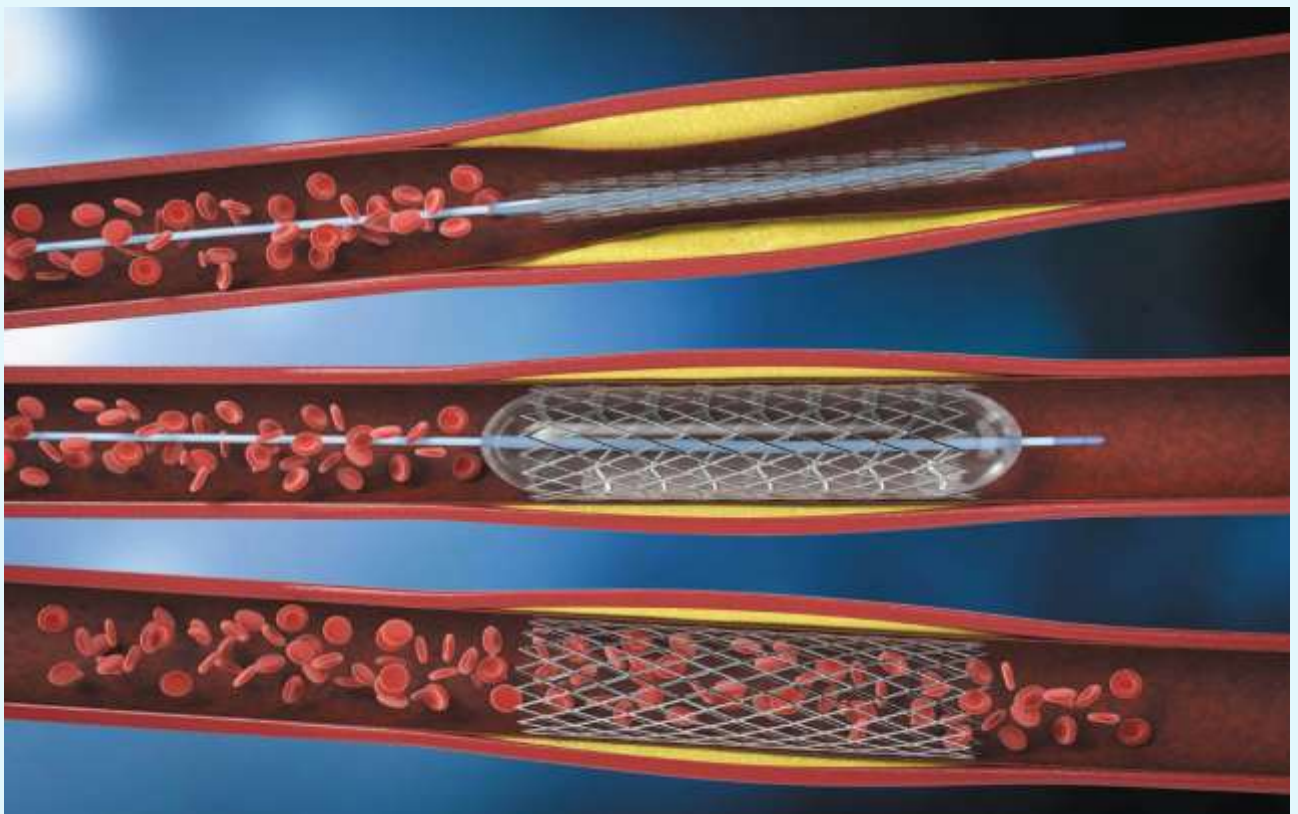
Бронхоскопія



Етапи розвитку атеросклерозу



Іррадіація болю при приступі стенокардії



Стентування або балонна дилатація серцевих судин

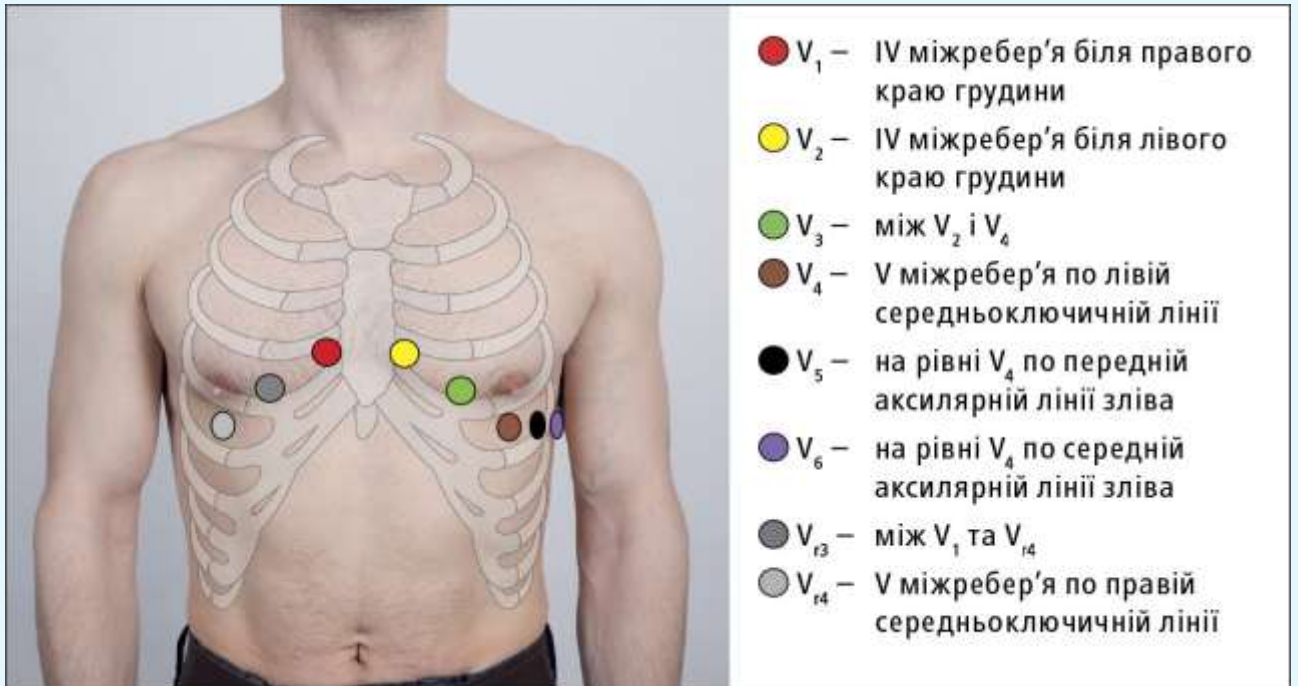


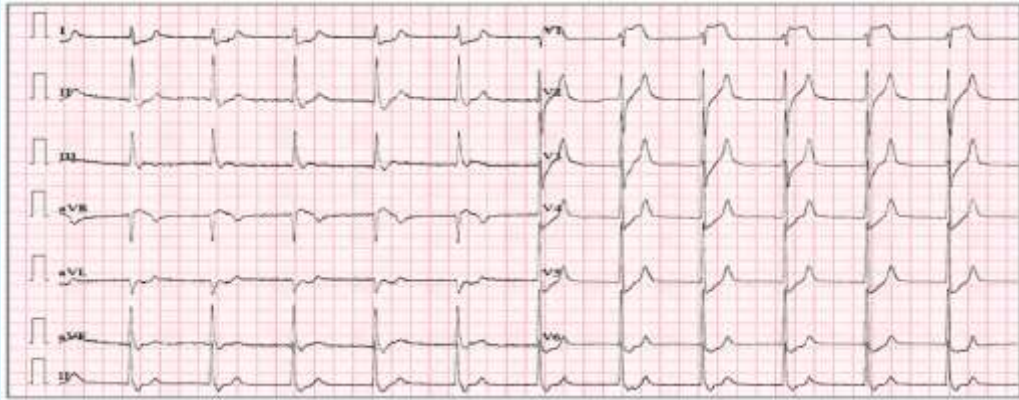
Схема накладання електродів при знятті ЕКГ



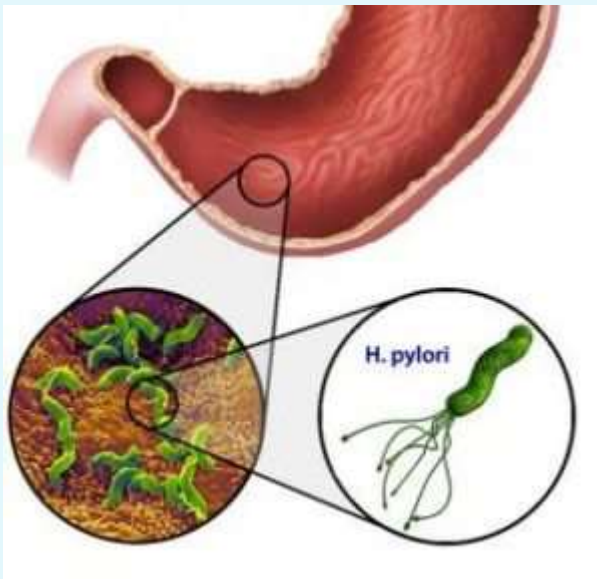
Стандартні відведення



Норма ЕКГ



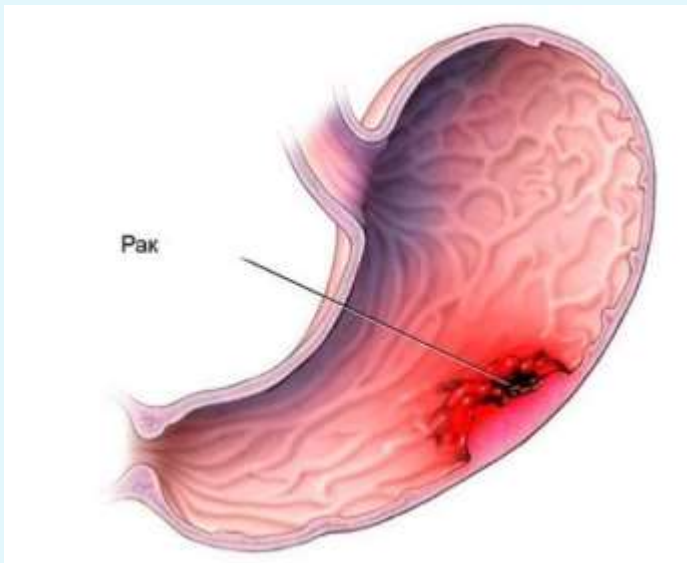
Інфаркт міокарда правого шлуночка



Helicobacter pylori одна із причин виникнення гастриту типу В



Виразка шлунку та дванадцятипалої кишки



Рак шлунку

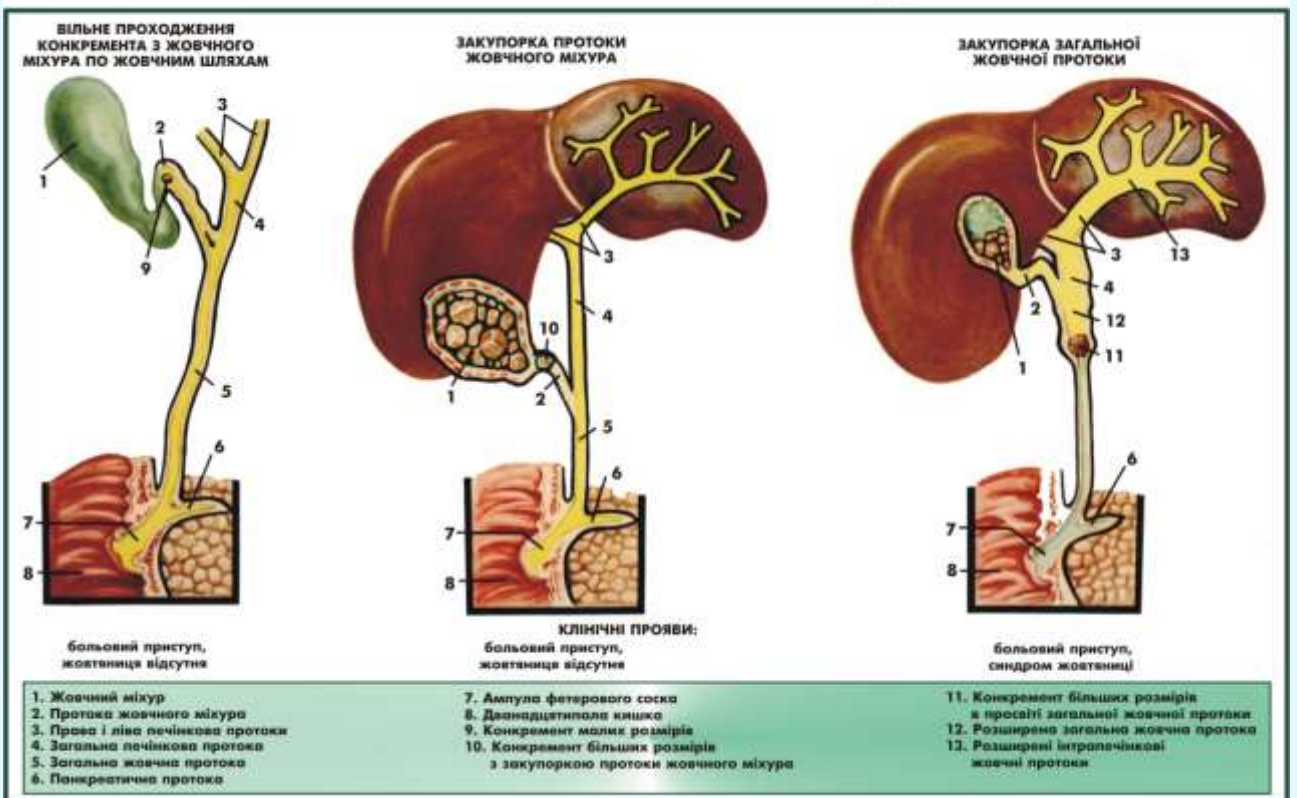


Шлункова кровотеча при виразці шлунку



Дихальний тест при визначенні *Helicobacter pylori*

ВАРІАНТИ ЗАКУПОРКИ ЖОВЧОВИВІДНИХ ШЛЯХІВ





Синдром холестазу: іктеричність склер при хронічному гепатиті



Телеангіоектазії при цирозі печінки



Ксантоми при цирозі печінки



Гінекомастія при цирозі печінки



Синдром портальної гіпертензії: «голова медузи» при цирозі печінки



Асцит у пацієнта з цирозом печінки



Набряки на обличчі при нирковій патології



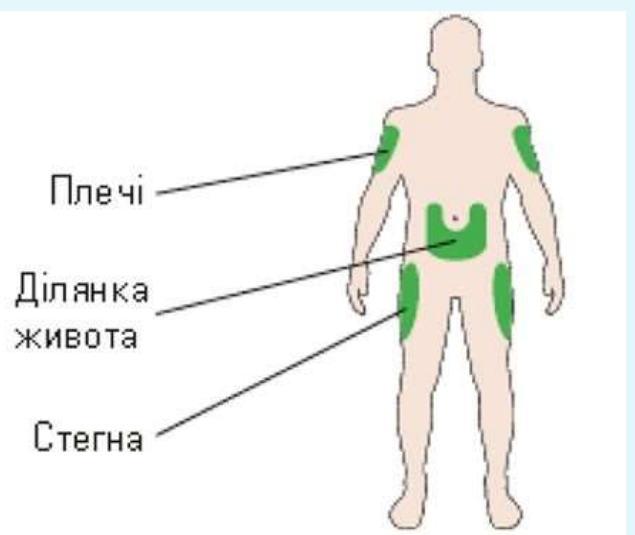
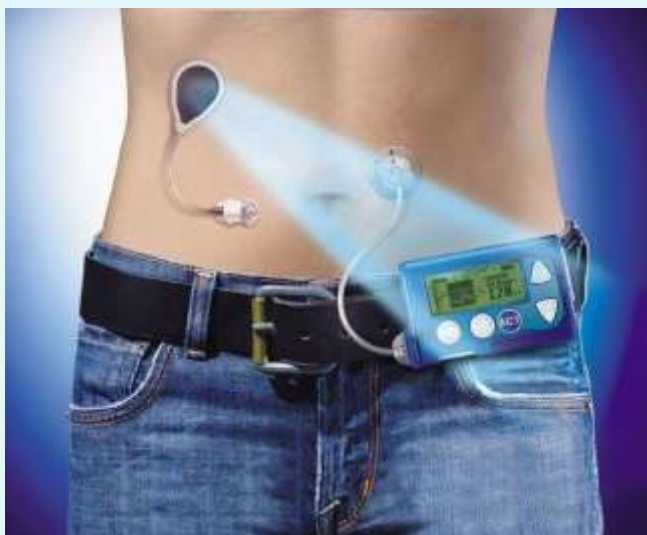
Сеча при гломерулонефриті

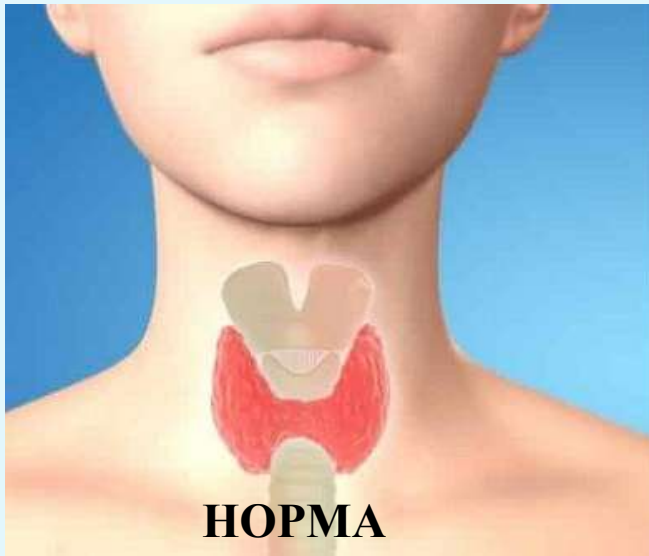


Глюкометр

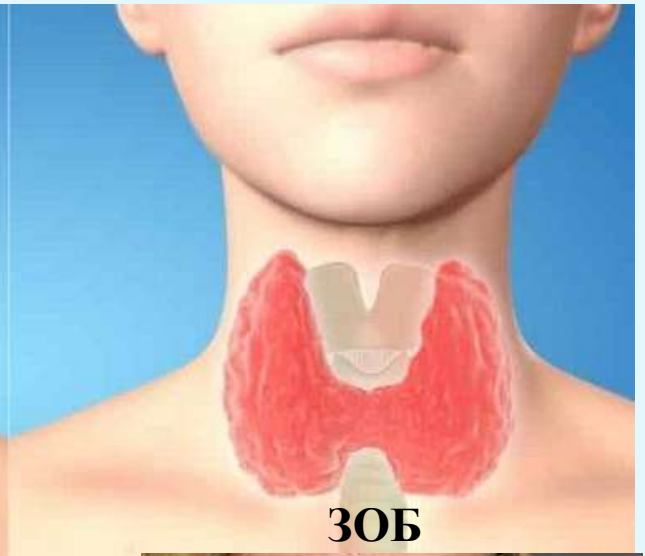


Інсулінотерапія





НОРМА



ЗОБ



Кретинізм (ускладнення ендемічного зобу)



Збільшення щитовидної залози при ендемічному зобі



Симптом Грефе



Екзофтальм



Койлоніхії при анемії



Синдром ураження шкіри при анемії



Заїди в кутиках рота при анемії



Гематома м'яких тканин лівого стегна при геморагічних діатезах



Висип при тромбоцитопенічній пурпурі



Симптом метелика



Маскоподібне обличчя



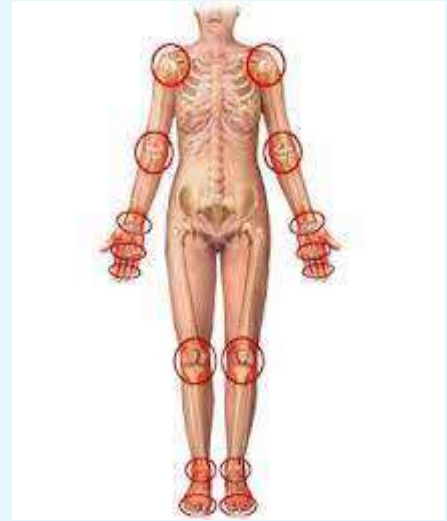
Симптом Кисета – шкірні ураження довкола рота



Кільцеподібна еритема



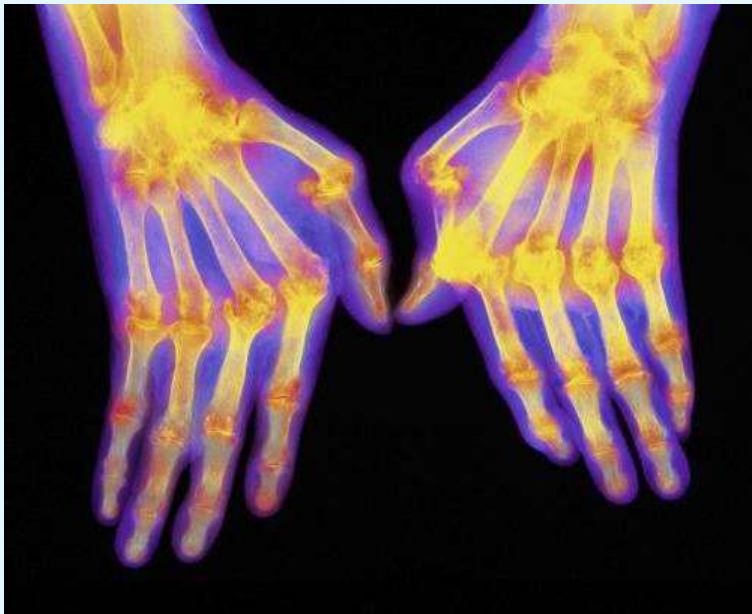
Ревматичні вузлики



Локалізація ураження суглобів



Руки пацієнта при РА



Рентгенографія суглобів при РА



Стопи при РА



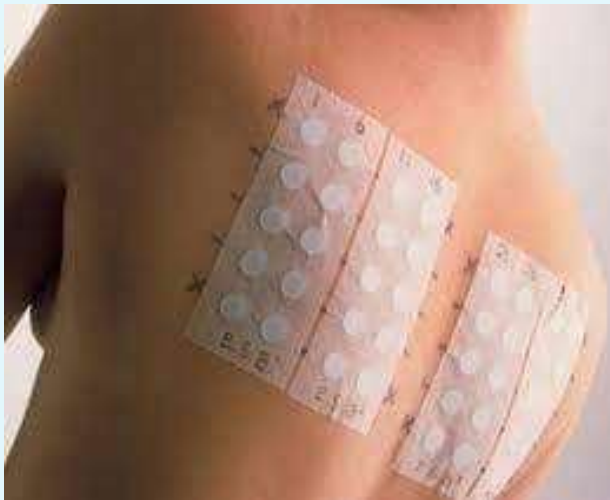
Висип при кропив'янці



Ангіоневротичний набряк
(Набряк Квінке)



Скарифікаційні тести



Аплікаційний тест



Внутрішньошкірний тест



Прик-тести



СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Внутрішні хвороби: підручник: у 2 ч. / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В. Глушка. — К.: ВСВ "Медицина", 2019. — 584 с.
2. Внутрішні хвороби. Підручник, заснований на принципах доказової медицини 2018/19. Свінціцький А.С, Гаєвські П., 2019.
3. Медсестринство у внутрішній медицині: підручник / О.С. Стасишин, В.В. Стасюк, І.М. Бандура, І.В. Вібла та ін. — 5-е видання, 2019.
4. Методи діагностики в клініці в клініці внутрішньої медицини : навч. посіб. / А.С. Свінціцький. – К.: ВСВ «Медицина», 2019.
5. Медсестринство у внутрішній медицині: підручник/ [Шегедин М.Б. Безкоровайна У.Ю., Неділько Р.В. та ін.].- Вінниця: Нова книга, 2020. - 224 с. : іл.
6. Національна медична бібліотека України. Світові медичні ресурси. Режим доступу: <https://library.gov.ua/svitovi-e-resursy/>
7. Медичні бібліотеки он-лайн. Режим доступу: <http://medlib.bsmu.edu.ua/internet-resursy/biblioteky-on-lajn/>
8. Вінницька обласна наукова медична бібліотека <http://vinmedlib.org.ua>

Електронне видання

**Уляна Юрївна Безкоровайна, Роксолана Володимирівна Неділько, Марія
Теодорівна Жубрид, Тетяна Миколаївна Рик, Ірина Іванівна Тверда**

**ЗБІРНИК РЕАЛЬНИХ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЙ
(СИТУАТИВНИХ ЗАДАЧ)**

ДЛЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

з освітнього компонента

«Медсестринство у внутрішній медицині»

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

для студентів спеціальності 223 Медсестринство

*Рекомендовано Методичною радою КЗВО ЛОР «Львівська медична академія
імені Андрея Крупинського» як електронний навчальний посібник*

Протокол № 1 від 10.10.23

КЗВО ЛОР «Львівська медична академія імені Андрея Крупинського»

79000 м.Львів, вул. П.Дорошенка, 70

Тел: (032) 244-57-52, 261-50-48