

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ



ПРАКТИКУМ

(робочий зошит)

Ведення хворих з основними симптомами та синдромами в пульмонологічній клініці

для студентів медичного факультету
за спеціальністю: 712010001 “Лікувальна справа”

Студента (ки) 6 курсу, ____ гр.

(фамілія)

(ім'я)

(по батькові)

ОДЕСА -2017

Практикум (робочий зошит) для практичних занять за розділом **«Ведення хворих із основними симптомами та синдромами в пульмонологічній клініці»** для студентів **6** курсу медичного факультету підготовлений викладацьким складом кафедри реабілітаційної медицини Одеського національного медичного університету, згідно Робочий програми навчальної дисципліни **«Внутрішня медицина»** за спеціальністю: 712010001 «Лікувальна справа».

Авторський колектив:

Завідувач кафедри: д.мед.н., професор Шмакова І.П.

Доценти: к.мед.н. Прокопчук Ю.В., к.мед.н. Шаповалова А.А.

Асистенти: к.мед.н. Михайленко В.Л., к.мед.н. Заболотна І.Б.,
к.мед.н. Михайленко В.Є., к.мед.н. Волянська В.С.,
Серафімова Е.В., Лисенко Т.В.

Автори виходили із сучасних вимог до викладання, контролю теоретичних знань, вмінь та практичних навичок в умовах рейтингової системи оцінки знань.

Рішення ситуаційних завдань, задач та тестів пропонується планом практичних занять та СРС за розділом **«Ведення хворих із основними симптомами та синдромами в пульмонологічній клініці»** .

Практикум для практичних занять та СРС за розділом «Ведення хворих з основними симптомами та синдромами в пульмонологічній клініці» ухвалено на засіданні предметно-циклової методичної комісії (ПЦМК) з терапевтичних дисциплін ОНМедУ від _____ протокол № _____

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ ТА СРС

для студентів 6 курсу медичного факультету

Задача № 2: Хворому 40 років, 16 років працює в ливарному цеху. Багато років скаржиться на кашель з трудновідділяємим харкотинням слизово-гнійного характеру, особливо восени і взимку. Погіршення наступило після ОРВІ, перестало відділятися харкотиння, кашель болісний, викликає болі в м'язах грудей і черевного преса. Об'єктивно: Ціаноз шкіряних покровів. Тони серця глухі. Над легень перкуторно звук коробочний, дихання ослаблене везикулярне з подовженим видихом, розсіяні сухі хрипи. ЖЄЛ– 2,4 л при належній 4,2 л

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Які симптоми свідчать про розвиток емфіземи легенів.
3. Опишіть можливі рентгенологічні зміни
4. Опишіть можливі ЕКГ зміни
5. Програма лікування хворого
6. Критерії направлення на МСЕК

Висновки:

Задача № 3: Хворий 42 років, шахтар. Скарги на раптово розвинуту слабкість, задишку, «страх смерті», трясцю, нудоту, одноразову блювоту, позиви до сечовиділення. В анамнезі часті простудні захворювання, що виявляються підвищенням температури до 38 °С, кашлем із слизово-гнійного харкотиння. В останні декілька місяців постійний кашель, вранці рясне відходження мокроти переважно гнійного характеру. При огляді хворого: шкіряні покрови звичайного забарвлення. АТ 126/72 мм.рт.ст. Пульс/ЧСС 80 в 1 хв., ритмічні. Пальці рук у вигляді «барабаних паличок», нігті у вигляді «годинних скелець». Межі відносної серцевої тупості в межах норми. Тони серця ясні, акцентів немає. Грудна клітина бочкоподібної форми, рівномірно приймає участь в акті дихання, екскурсія легенів декілька обмежена. Перкуторно – легеневий звук з відтінком коробочного, зліва донизу від кута лопатки - його укорочення, в цій області при аускультатії визначається ослаблення дихання, вологі середньопухирчасті хрипи, на решті

протягу легенів прослуховується жорстке дихання, сухі хрипи. Живіт без особливостей. З діагностичною метою була призначена бронхографія. Через 2 хвилини після зрошування гортані дикаїном з'явилися вищеописані скарги. А через 10 хвилин шкіряні покрови бліді, підвищеної вологості. АТ 60/20 мм.рт.ст., пульс 120 в 1 хв., ритмічний. Експіраторна задишка, ЧД 40 в 1хв. Діяльність серця збуджена, тони приглушені. Під час огляду хворий знепритомнів, з'явилися судоми, піна з рота, розширилися зіниці.

1. З якою метою була призначена бронхографія
2. Які зміни в легенях могли б бути виявлені при рентгенографії, бронхографії.
3. Сформулюйте діагноз стану, що розвинувся після зрошування гортані дикаїном.
4. Які патогенетичні механізми цього стану.
5. Приведіть об'єм невідкладної допомоги

Висновки:

Тести до самоконтролю.

1. У чоловіка 45 років, страждаючого на БА протягом 12 років, розвинувся напад задухи, який він не зміг купувати сальбутамолом (застосовував 12 разів) протягом доби. У чому причина неефективності сальбутамола при купуванні нападу?

- А. Блокада альфа 1-адренорецепторів
- В. Зниження рівня рН крові
- С. Збільшенні щільності бета-адренорецепторів
- Д. Зменшення щільності альфа 2-адренорецепторів
- Е. Посиленню набряку слизової оболонки бронхів

2. Чоловік 62 років відзначає посилення задишки з утрудненим вдихом і видихом протягом останнього місяця, малопродуктивний кашель, підвищення температури тіла. Об'єктивно: Температура 37,1 о С, ЧД 24 в 1 хв., пульс/ЧСС 88 в 1 хв., АТ 120/70 мм.рт.ст. Шкіряні покрови синюшні, набухання шийних вен, пастозність стоп і гомілок. Призначено спірографічне дослідження. Який з показників краще всього відображає хронічну обструкцію дихальних шляхів?

- А. Життєва ємкість легенів
- В. Об'єм форсованого видиху.
- С. Залишковий об'єм легенів
- Д. Резервний об'єм видиху
- Е. Форсована життєва ємкість легенів

3 - 4. Чоловік 62 років поступив в терапевтичне відділення з скаргами на кашель з відходженням вранці значної кількості гнійного харкотиння, задишку при ходьбі, періодично підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Вважає себе хворим близько 20 років після перенесеної пневмонії. Об'єктивно: Температура 36,8 оС, ЧД 22 в 1

хв., пульс/ЧСС 92 в 1 хв., АТ 140/90 мм рт. ст. Перкуторно над легеньми – легеневиий звук з відтінком коробочки, аускультативно – жорстке дихання, одиночні сухі хрипи на видиху.

3. Чим забезпечена дренажна функція бронхів?

- А. Кашлем
- В. Перистальтикою стінок бронхів
- С. Станом просвіту бронхів
- Д. Мукоциліарним кліренсом
- Е. Всім вищенаведеним

4. Який з наступних показників краще всього відображає обструкцію дихальних шляхів?

- А. Максимальна вентиляція легенів (МВЛ)
- В. Залишковий об'єм легенів (ЗОЛ)
- С. Об'єм форсованого видиху за 1 сек. (ОФВ 1)
- Д. Форсована життєва ємкість легенів (ФЖЄЛ)
- Е. Відношення ОФВ 1/ФЖЄЛ

5. Лікар зайшов в палату, де знаходяться п'ять хворих з ураженням дихальної системи. Якого хворого лікар повинен оглянути в першу чергу, якщо кожен з них займає наступне положення ?

- А. Лежить на правому боці
- В. Лежить на лівому боці
- С. Сидить за столом і читає газету.
- Д. Сидить на ліжку, спираючись на його край
- Е. Лежить на спині з піднятим плечовим поясом.

6. У лабораторію доставили для проведення аналізу харкотиння хворих А, В, С, Д, Е. Після органолептичного дослідження, лаборант вибрав для подальшого аналізу харкотиння хворого БА. Яке харкотиння вибрав лаборант?

- А. Слизове - кров'янисте.
- В. Слизово-гнійне.
- С. Серозно-слизово-гнійне.
- Д. Слизове склоподібне, тягуче
- Е. Іржаве

7. Чоловік 36 років, що переніс пневмонію, почав відзначати, що при вдиханні диму, вихлопних газів, дезодорантів, а також при переході з теплого приміщення на вулицю у нього виникають кашель, утруднення в грудях, відчуття браку повітря. Цей стан можна розцінити як?

- А. Затяжний бронхіт після пневмонії
- В. Синдром гіперреактивності бронхів
- С. Бронхіальну астму
- Д. Гипервентиляційний синдром
- Е. Все вищенаведене

8. Хворий 26 років страждає на бронхіальну астму з дитинства. Кількість нападів, їх тривалість, купуєність варіабельність. Лікар рекомендував придбати індивідуальний пікфлоуметр, за допомогою якого хворий зможе контролювати :

- А. Пікову швидкість видиху
- В. Оборотність бронхообструкції.
- С. Варіабельність бронхообструкції.
- Д. Все вищеперелічене
- Е. Нічого з переліченого.

9. Пацієнт 46 років страждає на БА у поєднанні з гіпертонічною хворобою II ст., другого ступеню. Для контролю АТ найбільш відповідний засіб ?

- A. Інгібітори АПФ
- B. Антагоністи кальцію короткої дії
- C. Антагоністи кальцію пролонговані
- D. Бета-адреноблокатори
- E. Діуретики

10. Пацієнт 62 років скаржиться на виражену задишку переважно експіраторного характеру при незначному фізичному навантаженні, малопродуктивний кашель. Хворий 10 років, після пневмонії. Яке захворювання найімовірніше у хворого ?

- A. Хронічне обструктивне захворювання легенів
- B. Бронхіальна астма
- C. Рак легені
- D. Постпневмонічний пневмосклероз
- E. Ні одне з перерахованих

Самостійна робота студента (СРС):

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Дата _____

Протокол № 2

ТЕМА: Ведення хворого з інфільтративним затемненням в легенях.

1.Актуальність теми: Поширеність хвороб легенів останнім часом має стійку тенденцію до збільшення. Своєчасність встановлення причин заміщення повітря змістовної частини паренхіми легенів патологічним субстратом, а це буває при закупорці легенів (ателектаз), при накопиченні в альвеолах рідини (набряк), або запального ексудату (пневмонія), при проростанні легенів пухлиновидною тканиною визначає прогноз, дозволяє вибрати правильну тактику лікування.

2. Цілі заняття: вивчити методику проведення збору анамнезу та огляду хворих з легневим інфільтратом (приділити увагу наявності в анамнезі захворювань легень, каміння, травм грудної клітини, онкологічних захворювань, при огляді- колір шкіряних покривів- дифузний цианоз та інш.)

Огляд та обстеження легеневої системи;

- навчитися виділити ведучий захворювання на основі отриманих даних при огляді та опиті хворих, формулювати попередній діагноз з урахуванням класифікації даного захворювання;

- навчитися складати план обстеження;

- вивчити методику проведення диференціального діагноза по ведучому синдрому захворювання (студенти повинні скласти програму диференціально-діагностичного пошуку по синдрому легневого інфільтрату);

навчитися формулювати заключний клінічний діагноз;

- вивчити принципи лікування пацієнтів з захворюваннями, що приводять до формування легневого інфільтрата;

- навчитися вибирати тактику лікування в кожному окремому випадку і правильно оформляти лист призначень;

- вивчити основні принципи прфілактики захворювань, що приводять до формування легневого інфільтрата.

3. Дайте відповідь на питання:

1. Визначення поняття – легневий інфільтрат.
2. Варіанти інфільтратів (розмір, кількість, форма, щільність, локалізація, зв'язок з коренем легені).
3. Клінічна семіотика запального (пневмонічного) інфільтрату.
4. Клінічна семіотика туберкульозного легеневого інфільтрату.
5. Клінічна семіотика дисемінованого легеневого інфільтрату.

2. Які зміни можуть бути при дослідженні загального аналізу крові?
3. Можливі зміни при рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини?
4. Програма обстеження хворого ?
5. Тактика лікування ?
6. Консультації яких фахівців необхідні ?

Висновки:

Задача 2: Хворому 35 років, ін'єкційний наркоман, госпіталізований із скаргами на кашель з виділенням харкотиння зеленуватого кольору, задишку при фізичному навантаженні, виражену пітливість, підвищення температури тіла до 38,4 оС. Хворіє 6 діб, не лікувався. Об'єктивно: стан важкий. Шкіра бліда. ЧД 26 в 1 хв.. При перкусії легенів: справа нижче за кут лопатки визначається укорочення перкуторного звуку, аускультативно над цією ділянкою – жорстке дихання, дрібнопухирчасті вологі хрипи. ЧСС/пульс 92 в 1 хв., АТ 90/60 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Живіт при пальпації м'який, помірно болісний в правому підребер'ї. Печінка біля краю реберної дуги.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які зміни можуть бути виявлені при рентгенологічному дослідженні органів грудної порожнини?
3. Розвиток яких ускладнень можливий в даному випадку?
4. Програма обстеження з урахуванням основної патології і можливих ускладнень?
5. Тактика антибактеріальної терапії?

Висновки:

Задача 3: Хворий 54 років, впродовж 25 років зловживав алкоголем. Захворів гостро: температура тіла підвищилася до 39 оС, з'явився кашель з виділенням в'язкого харкотиння з неприємним запахом. Об'єктивно : стан важкий. Хворий загальмований. Шкіряні покриви вологі, з ціанотичним відтінком. ЧД 28 в 1 хв. Права половина грудної клітини відстає при диханні. Нижче ключиці справа відмічається посилення голосового тремтіння, притуплення перкуторного звуку, дихання з бронхіальним відтінком, нерясна крепітація. Зліва на тлі легеневого перкуторного звуку послаблення везикулярного дихання, поодинокі розсіяні сухі хрипи. ЧСС/пульс 96 в 1 хв., АТ 95/55 мм.рт.ст. Тони серця приглушені. Живіт збільшений в об'ємі, пупок випнутий. Пропальпувати печінку не вдалося.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Чим обумовлена тяжкість стану хворого?
3. Яка найімовірніше етіологія легеневої патології?
4. Опишіть рентгенологічну картину легеневої патології.
5. Можливі ускладнення легеневої патології.
6. З чим можливо пов'язано збільшення живота?

Висновки:

5. Тести до теми:

1. Хворому 58 років, поступив в пульмонологічне відділення у зв'язку з випадково виявленою при флюорографії легенів патологічною тінню. В анамнезі – вогнищевий туберкульоз легенів, 5 років тому знят з обліку по одужанню. Скарг під час госпіталізації немає. При рентгенографії органів грудної порожнини – у нижній частці правої легені субплеврально округлий фокус до 3 см., з нечіткими контурами. Запідозрено периферійний рак легені. Який інструментальний метод допоможе у верифікації діагнозу?

А. Бронхоскопія.

В. Бронхографія.

- С. Трансторакальна пункційна біопсія.
- Д. Рентгеноскопія органів грудної порожнини.
- Е. Комп'ютерна томографія легенів.

2. У хворого 68 років, протягом багатьох років фібриляція передсердь, напади серцевої астми, останні роки з'явилися набряки ніг, збільшилася печінка. Раптово, під час їжі, з'явився біль в грудній клітині, виражена задишка змішаного характеру. У харкотинні – прожилки крові. Через декілька днів підвищилася температура тіла до 38 про С. Госпіталізован. При обстеженні: справа над легенями – дрібнопухирчасті вологі хрипи. Рентгенологічно : у правій легені виявлена клиноподібна тінь, венозне повнокров'я. Про яке захворювання, найімовірніше, йде мова ?

- А. Крупозна пневмонія
- В. Застійна пневмонія.
- С. Інфаркт-пневмонія.
- Д. Параканкрозна пневмонія.
- Е. Аспіраційна пневмонія.

3. У хворого прогресуюча слабкість. Втрата апетиту, схуднення, тривалий (більш 3-х місяців) кашель, пітливість ночами, субфебрилітет. На оглядовій рентгенограмі органів грудної порожнини – картина двобічного ураження верхівкового і заднього сегментів легенів вогнищами різної величини і щільності. Над верхівками легенів тіні плевральних нашарувань. Ваш висновок ?

- А. Інфаркт легені.
- В. Набряк легенів.
- С. Вогнищевий туберкульоз легенів.
- Д. Периферійний рак легенів.
- Е. Ні одне з названих.

4. У хворого 40 років, після переохолодження підвищилася температура тіла до 38 оС, з'явилися кашель, слабкість. При рентгенологічному дослідженні легенів виявлена інфільтрація у нижній частці правої легені. Які препарати повинні бути обов'язково призначені ?

- А. Десенсибілізуючі.
- В. Вітаміни.
- С. Антибіотики.
- Д. Муколітичні.

Е. Імунокоректори.

5- 6. Хворий 48 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39,8 оС, кашель з гнійно-кров'янистим харкотинням. Стан важкий. Ціаноз, задишка, ЧД 32 в 1 хв., ЧСС/ пульс 116 в 1 хв.. Над легеньми справа ділянки послабленого везикулярного дихання чергуються з ділянками дрібнопухирчастих вологих хрипів. Рентгенологічно: справа на фоні інфільтрації декілька тонкостінних порожнин з горизонтальним рівнем. У загальному аналізі крові: лейкоцитоз 18 Г/л, 19% паличкоядерних нейтрофілів, ШОЕ 43 мм/год.

5. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний ?

А. Пневмококова пневмонія.

В. Вірусна пневмонія.

С. Стафілококова пневмонія.

Д. Казеозна пневмонія.

Е. Мікоплазмена пневмонія.

6. Який з перерахованих антибактеріальних препаратів слід вважати за краще на першому етапі лікування у даному випадку?

А. Аугментін.

В. Азітроміцин.

С. Лівофлоксацин.

Д. Лінкоміцин.

Е. Метронідазол.

7. Хворому 30 років, скаржиться на кашель з трудновідділяємим харкотинням, задишку, біль в грудній клітині справа при диханні, підвищення температури тіла до 39 – 40 оС. Захворів гостро, після переохолодження. Об'єктивно : блідий. ЧД 28 в 1 хв, права половина грудної клітини відстає при диханні, тут же посилення голосового тремтіння, вислуховується бронхіальне дихання. У загальному аналізі крові - лейкоцитоз, паличкоядерний зсув, прискорення ШОЕ. Рентгенологічно : інфільтративні зміни у нижній частці правої легені. З якого препарату слід почати етіотропну терапію?

А. Доксциклін

В. Метрогил.

С. Амоксицилін

Д. Гентаміцин.

Е. Ципрофлоксацин.

8. Хворому 35 років, скаржиться на сильний біль у правому боці, що посилюється при щонайменшому русі. Хворіє близько доби, після перебування на протязі. При огляді: Права половина грудної клітини відстає в акті дихання, болісність при пальпації УП – УШ міжребер'їв справа, перкуторний звук ясний, дихання везикулярне. Температура тіла нормальна, аналізи крові, сечі, рентгеноскопія органів грудної порожнини – без патології. Найбільш вірогідний діагноз?

- А. Правосторонній сухий плеврит.
- В. Правостороння нижньочасткова пневмонія.
- С. Правостороння міжреберна невралгія.
- Д. Перелом 7 ребра справа.
- Е. Ні один з вищенаведених.

9. Хворий 25 років, захворів гостро 2 доби тому після важкого фізичного і психоемоційного навантаження. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39 оС, кашель з «іржавим» харкотинням, виражену слабкість, болі в грудній клітині справа. Що можна виявити при рентгенологічному дослідженні?

- А. Відсутність патологічних змін.
- В. Посилення бронхосудинного малюнка у нижній частці справа.
- С. Гомогенну інфільтрацію у нижній частці справа.
- Д. Інфільтрацію з порожнинами розпаду у нижній частці справа.
- Е. Круглясту тінь з нечіткими контурами у нижній частці справа.

10. У чоловіка 40 років раптово піднялася температура тіла до 39 – 40 оС. Озноб, головний біль, біль у боці що посилюється при глибокому вдиху, кашель, задишка. ЧСС/пульс – 100 . у 1 хв. В аналізі крові: лейкоцити 12 Г/л, ШОЕ – 40 мм./год. На рентгенограмах органів грудної порожнини в двох проекціях в перші дні захворювання у нижніх частках легенів (справа і зліва) затемнення без чітких контурів, розширені коріння. Через 10 діб після антибактеріальної і протизапальної терапії Рентгенологічно відмічена позитивна динаміка. Який з перерахованих діагнозів найбільш вірогідний ?

- А. Ексудативний плеврит.
- В. Бронхіальна астма.
- С. Бронхіт.
- Д. Гостра пневмонія.
- Е. Бронхоектатична хвороба.

Самостійна робота студента (СРС):

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Дата _____

Протокол № 3

ТЕМА: Ведення хворого з лихоманкою невизначеного генезу. Ураження органів і систем при ВІЛ-інфекції.

1.Актуальність теми: Тема практичного заняття присвячена вивченню серйозного синдрому - лихоманці неясного генезу (ЛНГ), до виникнення якої може призвести надзвичайно велика кількість причин, що виключає можливість створення якої-небудь єдиної схеми дослідження хворих. 30-40% лихоманок пов'язано з специфічними та неспецифічними інфекційними процесами, 30-20% - зі злякисними новоутвореннями, 10-20% - колагенози, інші захворювання займають 10-15%, а ще 10%, на жаль, розшифрувати не вдається. Таким чином, коло захворювань для проведення диференційного діагнозу досить широкий. І тому верифікація найбільш вірогідної причини, що викликала підвищення температури тіла, повністю залежить від знань і вміння лікаря. При проведенні диференціального діагнозу будьте готові до ситуації, коли єдиної діагностичної гіпотези сформулювати не вдається, тому при складанні програми лабораторно-інструментального обстеження спочатку верифікуйте найбільш ймовірну гіпотезу, потім інші. Запам'ятайте золоте правило діагностики ЛНГ: В більшості випадків в основі ЛНГ лежать добре відомі захворювання, які проявляються атиповим перебігом у вигляді переважання синдрому лихоманки, а не рідкі незвичайні патологічні процеси. Тобто це звичайні захворювання з незвичайним перебігом.

2. Цілі заняття: ознайомитися з визначенням поняття – лихоманка невизначеного генезу (ЛНГ). Знати:

- причини виникнення лихоманки невизначеного генезу (ЛНГ);
- критерії, які характеризують ЛНГ;
- основні принципи діагностики пацієнтів з ЛНГ, відповідно існуючим стандартам;
- класифікацію варіантів лихоманки неясного генезу.

На основі теоретичних знань з теми: оволодіти методиками. Вміти:

- Обстеження хворого з ЛНГ.
- диференціювати стани, що супроводжуються тривалою лихоманкою;
- складати план обстеження хворих на ЛНГ;
- складати алгоритми діагностичного пошуку при ЛНГ;
- аналізувати основні групи захворювань, що проявляються станом ЛНГ;
- розробляти план диференційної терапії враховуючи варіант ЛНГ.

3.Дайте відповідь на питання:

- 1.Визначення поняття – ЛНГ.
- 2.Ступені, види лихоманки.
- 3.Правила вимірювання температури тіла, фармакологічні проби.

набряклі. ЗАК: Нв - 100 г/л, ер. - 3,1 Т/л, лейкоц. - 12 Г/л, ШОЕ - 45 мм/год. ЗАС: кров'яна, суцільно еритроцити.

1. Які синдроми можна виділити?
2. Сформулюйте попередній діагноз, обґрунтуйте його.
3. Програма дообстеження хворого.
4. Програма лікування.

Висновки:

Задача 2: Хворий 52 років, слюсар, протягом 10 років страждає на ІНСД, легка форма. 9 місяців тому захворів парапроктитом, прооперовано, загоєння первинним натягненням. Через 2 місяці після операції періодично турбує підвищення температури тіла до 38 – 39°C, що супроводжується ознобом, підвищеною пітливістю. Тричі знаходився на лікарняному з діагнозом ГРВІ. Після прийому парацетамола, аспірину температура знижувалася, хворий приступав до роботи. Проте зберігалися слабкість, стомлюваність, періодично час від часу морозить. При останньому погіршенні стану, обстеживши хворого, лікар виявив лейкопенію (3,8 Г/Л), ШОЕ 32 мм/год. ЗАС: білок - 0,99 г/л, ер. змінні 10 – 12 у п.зор.. З діагнозом гострий гломерулонефрит хворого госпіталізовано. Об-но: хворий блідий, на шкірі передпліч петехіальний висип, у пахвинній ділянці пальпуються поодинокі, величиною з горошину лімфовузли. Пульс 86/хв, по типу скачучого. АТ 145/55 мм.рт.ст. Ліва межа серця зміщена вліво. Над аортою і в точці Боткіна вислуховується діастолічний шум. Виявлено збільшення печінки і селезінки.

1. Які синдроми можна виділити?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Що спровокувало розвиток захворювання у хворого?
4. Головний клінічний критерій патології?
5. Програма обстеження, головний лабораторний критерій.
6. Програма лікування.

Висновки:

Задача 3: Хворому 60 років, скаржиться на запаморочення, шум у вухах, пітливість, задишку при ходьбі, підвищення температури тіла до 37,5 -38°C. Хворіє 4 місяці, коли появились і стали наростати вищеописані скарги. При першому зверненні до лікаря стан розцінений як ГРВІ, призначені аспірин, вітаміни. Відмічено короточасне поліпшення. Але через 2 тижні знов підвищення температури, задишка, слабкість. Дільничний лікар призначив антибіотики. Проте істотного поліпшення не було і з діагнозом позалікарняна пневмонія, 2 гр. хворого направлено в стаціонар. Об-но: температура тіла 38°C, стан середньої тяжкості. Шкіряні покрови і слизові оболонки бліді. На шкірі передпліч, грудях, животі поодинокі петехії. Мигдалики рихлі, при натисканні шпателем – гнійні відходи. ЧД 24/хв . Перкуторно над легенями легенеий звук з коробочним відтінком Аускультативно – дихання послаблене, везикулярне. ЧСС/пульс 82/хв. АТ 130/75 мм.рт.ст. Серце збільшене вліво. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені., над верхівкою м'який систолічний шум. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. ЗАК: Нв - 74 г/л, ер. - 2,8 Т/л, лейкоц. - 26 Г/л, ШОЕ 38 мм/год., бл. кліт. – 40%, пал. – 2%, сегм. - 38%, лімф. – 18%, мон. – 2%, тромб. – 76 Г/л.

1. Виділіть клінічні і лабораторні синдроми. Які зміни в мієлограмі Ви чекаєте?
2. Сформулюйте попередній діагноз
3. Програма обстеження. Програма лікування. Програма лікування.

Висновки:

5.Тести до теми:

1.Чоловік 27 років відзначає щоденне підвищення температури тіла до 39 – 40 °С, задишку з утрудненням видиху, швидку втрату у вазі, слабкість і болі в ногах. Захворів гостро 3 місяці тому. Об'єктивно: температура тіла 39,5 оС, ЧД22 в 1 хв., ЧСС/пульс 98 в 1 хв., АТ 200/140 мм. рт. ст.. У легенях жорстке дихання, розсіяні сухі хрипи на видиху. Тони серця приглушені, м'який систолічний шум на верхівці. Загальний аналіз крові: гемоглобін 110 г/л, еритроцити 3,0 Т/л, лейкоцити 12,5 Г/л, ШОЕ 40 мм/год., СРП +++; в аналізі сечі: питома вага - 1,021, білок – 0,124 г/л, лейкоцити 5-6 у п. зор., еритроцити 20 – 25 у п. зор. Підберіть найбільш вірогідний діагноз .

А. Дерматоміозит.

- В. Бронхіт.
- С. Ревматизм.
- Д. Септичний ендокардит.
- Е. Вузликівий поліартеріт.

2 – 3. Водій 48 років відзначає періодичний головний біль, час від часу морозить, підвищення температури до 37,5 оС протягом двох років після перенесеної гострої респіраторної інфекції. Об'єктивно : температура тіла 37 оС, ЧСС/пульс 78 в 1хв., АТ 140/90 мм.рт.ст. З боку внутрішніх органів змін не виявлено. У крові: гемоглобін - 140 г/л, еритроцити - 4,6 Т/л, лейкоцити - 8,4 Г/л, ШОЕ 18 мм/год.; в аналізі сечі: питома вага - 1,010, білок – сліди, лейкоцити 10 – 12 у п.зор., еритроцити 1 – 2 у п.зор., багато бактерій. Був запідозрений хронічний пієлонефрит.

2. Яка найбільш рання і постійна ознака хронічного пієлонефриту?

- А. Зниження питомої ваги сечі.
- В. Протеїнурія.
- С. Лейкоцитурія.
- Д. Бактеріурія.
- Е. Тривала лихоманка .

3. Яке дослідження найбільш інформативне для підтвердження діагнозу хронічного пієлонефриту?

- А. Аналіз сечі за Зімницьким.
- В. Визначення клубочкової фільтрації.
- С. Визначення вмісту креатиніна у сироватці крові.
- Д. Визначення ступеню бактеріурії.
- Е. Оглядова рентгенограма нирок.

4. Після тривалого перебування на сонці у хворого 20 років з'явилася стійка лихоманка, поліартрит, зниження ваги, ламкість нігтів, випадання волосся. Приєднався нефрит. Призначення нестероїдних протизапальних засобів неефективне. Ваш висновок відносно захворювання?

- А. Ревматизм.
- В. СЧВ.
- С. Полідерматоміозит.
- Д. Сепсис .
- Е. Лімфогранулематоз.

5.Хворий 32 років, ін'єкційний наркоман, протягом останнього місяця відчуває слабкість, підвищену стомлюваність, болі, припухання у ділянці суглобів, гіркоту в роті, відчуття тяжкості в епігастральній ділянці, підвищення температури тіла до 38 оС. При огляді: печінка і селезінка на 3см. виступають з підребер'я. Збільшені периферичні лімфовузли. Який попередній діагноз найбільш вірогідний ?

- A. Гострий вірусний гепатит А.
- B. ВІЛ – інфекція.
- C. Гострий вірусний гепатит В.
- D. Реактивний поліартрит.
- E. Гострий вірусний гепатит С + ВІЛ - інфекція.

6.Про яке захворювання можна думати у хворого 60 років з симптомокомплексом дизурії, періодичної тривалої лихоманки, болями в поперековій ділянці і відсутності нефротичного синдрому ?

- A. Гіпертрофію передміхурової залози.
- B. Хронічний гломерулонефрит.
- C. Сечокам'яну хворобу.
- D. Цистит.
- E. Пієлонефрит.

7. Хворому 27 років, скаржиться на стомлюваність, тяжкість в лівому підребер'ї, підвищення температури тіла. Близько року тому в крові виявлено нейтрофільний лейкоцитоз без клінічних ознак. Загальний аналіз крові: гемоглобін - 116 г/л, еритроцити - 3,8 Т/л, кол.показник - 0,9, лейкоцити - 12,5 Г/л, базофіли - 7%, еозинофіли - 10%, промієлоцити - 1%, мієлоцити - 24%, метамієлоцити - 22%, паличкоядерні - 14%, сегментоядерні - 14%, лімфоцити - 8%, ШОЕ 10 мм/год. Ваш діагноз?

- A. Хронічний мієлолейкоз.
- B. Лімфогранулематоз.
- C. Гострий лейкоз.
- D. Мієломна хвороба.
- E. Еритремія.

8. Чоловік 36 років. Хворіє протягом 6 місяців. У клінічній картині – лихоманка, болі в суглобах, виражене схуднення (15 кг), поліаденопатія, бронхоспастичний, гепатолієнальний синдроми. В аналізі крові: анемія, тромбоцитопенія, виражена еозинофілія, гіпергаммаглобулінемія, різке прискорення ШОЕ. Клінічна картина якого захворювання представлена?

- A. Системна склеродермія.

- В. Системний червоний вовчак.
- С. Ревматоїдний артрит з висцеритами.
- Д. Вузликовий поліартеріт.
- Е. Ревматична лихоманка.

9. Жінка 20 років. Звернулася із скаргами на появу після перебування на відпочинку біля моря висипу на обличчі, болю у суглобах рук і ніг, фебрильну лихоманку протягом місяця. При огляді: на обличчі у ділянці щік і спинки носа еритема, дефігурація променевоzap'ясткових, колінних, гомілковостопних суглобів. Тони серця приглушені. Живіт безболісний. Яка з перерахованих ознак найбільш характерна для даного захворювання?

- А. Алопеція.
- В. Феномен Рейно.
- С. Анемія.
- Д. Високий титр антитіл до нативної ДНК.
- Е. Нічого з перерахованого.

10. Жінка 42 років, звернулася із скаргами на загальну слабкість, стомлюваність, субфебрилітет протягом останніх 6 місяців. У крові: нормохромна анемія, підвищення ШОЕ. При стернальній пункції в клітинах кісткового мозку виявлена філадельфійська хромосома. Який діагноз найбільш вірогідний ?

- А. Хронічний лімфолейкоз.
- В. Гострий лейкоз.
- С. Мієломна хвороба.
- Д. Хронічний мієлолейкоз.
- Е. Лімфогранулематоз.

Самостійна робота студента (СРС):

1. Доповідь реферату на практичному занятті:
2. Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:
3. Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4. Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Дата _____

Протокол № 4

ТЕМА: Ведення хворого з кровохарканням. Ведення хворого з дихальною недостатністю.

1.Актуальність теми: Кровохаркання належить до ознак таких захворювань як рак легень, бронхів, туберкульозу, ускладнень хвороб органів дихання. Дихальна недостатність може ускладнити перебіг широкої групи захворювань легень і потребує проведення невідкладної терапії у залежності від типу дихальної недостатності. Таким чином, рання діагностика, відповідна та своєчасна терапія дозволяє попередити фатальні для життя стани. Тому знання цієї проблеми, вміння вести діагностичний пошук з проведенням диференціального діагнозу і визначенням лікувальної тактики вкрай необхідне при підготовці сучасного лікаря.

2.Цілі заняття: Ознайомитися з сучасним визначенням поняття –кровохаркання та дихальна недостатність, критеріями оцінки важкості стану та перебігу хвороби, тактика ведення та гемостатична терапія при кровохарканні. Критерії оцінки ступеню важкості стану при дихальній недостатності та вміння надати допомогу при виявленні.

Знати : Структуру бронхіального дерева і легень.

2. Функцію зовнішнього дихання, кровообіг і біомеханіку дихання.

3. Етіологію та патогенез кровохаркання та дихальної недостатності;

4.Сучасну класифікацію патології;

5. Клінічні прояви та особливості протікання легеневої кровотечі та дихальної недостатності;

6.Диференційну діагностику кровохаркання з іншими станами, які супроводжуються кровотечею з верхніх відділів дихальних шляхів;

7. Основні методи дослідження, які підтверджують діагноз кровохаркання: R0-графія ОГК, КТ, спіральна КТ, макро- та мікроскопічне дослідження харкотиння, посів харкотиння та інш.;

8. Методи терапії при кровохарканні та дихальній недостатності;

9.Первинна та вторинна профілактика патології.

оволодіти методиками /вміти/:

1. Аналізувати скарги, дані анамнезу.

2.Тракувати та аналізувати значення даних рентгенологічного дослідження та даних комп'ютерної томографії, лабораторних методів дослідження;

3. Вміти сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
4. Провести диференціальну діагностику з захворюваннями, які мають подібну клінічну картину;
5. Класифікувати дихальну недостатність;
6. Скласти план лікування в залежності від ступеня важкості, та можливої етіології захворювання;
7. Оцінити прогноз пацієнта та запропонувати план профілактичних заходів.
8. Визначити індивідуальну модель патогенезу у обстеженого хворого;

3. Дайте відповідь на питання:

1. Визначення поняття; відмінності кровохаркання, легеневої кровотечі, кровотечі з верхніх дихальних шляхів.
2. Етіологія кровотеч з дихальних шляхів. Патогенетичні механізми кровотеч з дихальних шляхів.
3. Клінічна семіотика кровотеч з дихальних шляхів.
4. Диференційні ознаки легеневої кровотечі і кривавої блювоти.
5. Програма обов'язкового та додаткового обстеження при легеневій кровотечі.
6. Тактика ведення хворого з легеневою кровотечею при легеневій патології.
7. Тактика ведення хворого з кровотечею з дихальних шляхів при серцево-судинній патології.
8. Гемостатична терапія (медикаментозна і немедикаментозна) при легеневій кровотечі.
9. Визначення поняття ДН, класифікація. Причини гострої ДН (легеневі, позалегеневі).
10. Причини, класифікація хронічної ДН.
11. Патогенетичні механізми ДН.
12. Клінічні критерії ДН.
13. Методи дослідження функції зовнішнього дихання, варіанти порушень, діагностична цінність. Лабораторні критерії ДН (гази артеріальної, венозної крові, КЛС).
14. Тактика ведення хворих з ДН.
15. Оксигенотерапія: показання, варіанти, правила проведення, методи оптимізації.
16. Респіраторний дистрес-синдром дорослих: причини, патофізіологія, клінічні прояви, лікувальна тактика.

3. Сформулюйте попередній діагноз
4. Які дослідження необхідно виконати обов'язково ?
5. Критерії тяжкості кровотечі ?
6. В якому відділенні повинен знаходитися хворий ?
7. Програма невідкладної допомоги при легеневої кровотечі.

Висновки:

Задача 2: Чоловік 46 років, самостійно звернувся в приймальне відділення лікарні з скаргами на задишку, болі в правому боці протягом останніх двох діб. Сьогодні вранці при кашлі виділилася яскраво-червона, пінява кров. 10 років тому лікувався з приводу фіброзно-кавернозного туберкульозу легенів. Знаходиться на диспансерному обліку. Об'єктивно: астеничної статури, ціаноз обличчя і верхньої третини грудної клітини, набухання яремних вен, пітливість. ЧД 24 в 1 хв., над легенями: перкуторно - легеневий звук, аускультативно – дихання жорстке, розсіяні сухі хрипи, справа над верхньою часткою – незвучні вологі хрипи. ЧСС/пульс 88 в 1 хв., АТ 150/85 мм. рт. ст.. Тони серця ритмічні, приглушені, акцент ІІ тону над легеневою артерією. Живіт втягнутий, при пальпації безболісний, печінка на 1 см. виступає з-під реберного краю.

- 1.Сформулюйте попередній діагноз.
- 2.Яка причина кровотечі в даному випадку?
- 3.Які ознаки кровотечі в даному випадку указують на легеневе походження?
- 4.Про що свідчить ціаноз шкіри, набухання шийних вен, акцент ІІ тону над легеневою артерією
- 5.Що Ви чекаєте виявити при ЕКГ дослідженні ?
- 6.Які дослідження необхідні для встановлення ступеня крововтрати?
- 7.Програма гемостатичної терапії.

Висновки:

Задача 3: Хворий 42 років, поступив в клініку з скаргами на кашель з виділенням харкотиння з домішкою крові. На протязі останніх 2 – 3 місяці турбувала слабкість, стомлюваність до кінця робочого дня. Температура не підвищувалася. Схуд на 4 кг. Почав турбувати сухий кашель. В день надходження з'явилися болі в грудній клітині зліва і згустки крові у харкотинні при кашлі. Скарг з боку шлунково-кишкового тракту не було. Тромбофлебітом не страждав. При огляді: блідий, підшкірножирова клітковина розвинена помірно. Зліва на шиї над ключицею пальпується щільний безболісний вузол. ЧД 28 в 1 хв.. При перкусії легенів зліва на рівні нижньої третини лопатки у хребта – притуплення перкуторного звуку, аускультативно тут же дихання з бронхіальним відтінком. Пульс 100 в 1 хв., ритмічний. АТ 145/78 мм. рт. ст.. Тони серця ясні, звучні. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені.

1. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
2. Яке діагностичне значення вузла в надключичній ділянці зліва?
3. Про що свідчить бронхіальний відтінок дихання і які зміни голосового тремтіння і бронхофонії йому відповідають ?
4. Програма обстеження хворого.
5. Консультації яких фахівців необхідні ?
6. Програма лікування. Гемостатична терапія.

Висновки:

5. Тести до теми:

1. У хворого, курця із стажем, наполегливий кашель, кровохаркання. На рентгенограмі легенів верхня частка правої легені зменшена. Корінь підтягнутий, ущільнення прикореневого лімфовузлів. Бронхографія: ампутація верхньочасткового бронха справа. Ваш висновок відносно діагнозу.

- A. Пневмонія.
- B. Туберкульоз легенів.
- C. Рак верхньочасткового бронха, ателектаз частки.
- D. Бронхоектатична хвороба.
- E. Ураження легеневої артерії справа.

2. Хворого 48 років турбує різкий біль в грудній клітині справа внизу, кровохаркання, задишка при фізичному навантаженні, загальна слабкість. В анамнезі: тромбофлебіт глибоких вен нижніх кінцівок. Об'єктивно: шкіряні покрови дифузно ціанотичні, набухання яремних вен. ЧД 34/хв.. Перкуторний звук справа внизу тупий. ЧСС 120 в 1 хв., АТ – 100/60 мм.рт.ст. Аускультативно: діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент II тону над легеневою артерією, в основі мечоподібного відростка – ритм галопу. Печінка на 3 см виступає з-під краю реберної дуги, болісна. Набряків немає. Поставте попередній діагноз.

- A. Крупозна пневмонія.
- B. Ексудативний плеврит.
- C. Інфекційний міокардит.
- D. Тромбоемболія легеневої артерії.
- E. Інфаркт міокарду.

3. У хворого 62 років, що знаходиться в клініці з приводу гострого інфаркту міокарда, третя доба, раптово з'явилася виражена задишка, дифузний ціаноз, холодний липкий піт, колапс. Пульс частий, ниткоподібний. На наступну добу – кровохаркання. Про що слід думати?

- A. Повторний інфаркт міокарду.
- B. Аневризма серця.
- C. Міжреберна невралгія.
- D. Тромбоемболія легеневої артерії.
- E. Нозокоміальна пневмонія.

4. Юнак 23 років скаржиться на ниючий біль у ділянці серця, задишку, серцебиття під час фізичного навантаження, кашель, іноді з домішками крові. 4 року назад після важкої ангіни вперше виник біль у ділянці крупних суглобів, задишка. Приймав аспірин, потім не лікувався. Об'єктивно: межі серця зміщені вліво і вгору. При аускультативній серця:

на верхівці серця - 1 тон лясаючий, діастолічний шум; акцент II тону на легеневій артерії. Про яке захворювання слід думати ?

- A. Туберкульоз легенів.
- B. Системний червоний вовчак.
- C. Інфекційний ендокардит.
- D. Ревматична хвороба, мітральний порок.
- E. Ні одне захворювання не підходить.

5. В стаціонар поступив хворий з скаргами на продуктивний кашель, кровохаркання, загальну слабкість, поганий апетит, нічні поти. Діагноз направлення: підозра на інфільтративний туберкульоз легенів. Що обов'язково треба виконати для підтвердження діагнозу?

- A. Аналіз мокроти на МБТ, рентгендослідження легенів.
- B. Трансбронхіальну біопсію легенів.
- C. Біохімічний аналіз крові (гострофазові показники).
- D. Бронхографію.
- E. Пробу Манту з 2 ТО.

6. Хворий 63 років доставлений в клініку за ургентними показниками з ознаками легеневої кровотечі. Який з методів дослідження дозволить встановити джерело кровотечі ?

- A. Рентгенографія органів грудної порожнини.
- B. Плевральна пункція.
- C. Фібробронхоскопія
- D. Пневмомедіастинум.
- E. Кт органів грудної порожнини.

7. Хворому 40 років, поступив в пульмонологічне відділення з скаргами на кашель з слизово-гнійним харкотинням, що збільшується, періодично харкотиння кров'янистого характеру. Відзначає постійну задишку, зниження ваги, болі в суглобах. Хворіє 10 років. Пальці у вигляді барабанних паличок, нігті у вигляді годинних скелець . Шкіряні покрови бліді. Обличчя одутле. Про яке захворювання слід думати ?

- A. Рак легені.
- B. Бронхоектатичну хворобу.
- C. Хронічний абсцес легені.
- D. Ехінококоз легені.

Е. Туберкульоз легенів

8. Чоловік 55 років поступив в пульмонологічне відділення з скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні, набряки стоп і гомілок. Протягом 20 років страждає на ХОЗЛ. Об'єктивно: нерізкий теплий ціаноз шкіри, здуття шийних вен, ЧД 24 в 1 хв., ЧСС/пульс 87 в 1 хв., АТ 140/85 мм. рт. ст. Насичення крові киснем менше 80%. Що є головним в патогенетичній терапії у хворого?

- А. Застосування серцевих глікозидів.
- В. Призначення діуретиків.
- С. Призначення бронхорозширяючих засобів.
- Д. Тривала киснетерапія.
- Е. Застосування експекторантів.

9. Чоловік 65 років відзначає загальну слабкість, задишку при незначному фізичному навантаженні протягом 6 місяців. Об'єктивно: Блідий. ЧД 24 в 1 хв.. ЧСС/пульс 80 в 1 хв., АТ 110/70 мм. рт. ст. Над легенями дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, м'який систолічний шум над всіма точками аускультатії. Печінка збільшена на 4 см., чутлива при пальпації. Пальпується край селезінки. Аналіз крові: гемоглобін - 60 г/л, еритроцити - 1,5 Т/л, кол.пок. - 1,3, ШОЕ 28 мм/год. Що є причиною дихальної недостатності у даному випадку?

- А. Постгеморагічна анемія.
- В. Залізодефіцитна анемія.
- С. Апластична анемія.
- Д. В-12-дефіцитна анемія.
- Е. Гемолітична анемія.

10. До лікаря звернувся хворий 19 років, який раніше хворів на сухий плеврит, бронхіти. Під час стрибка у висоту на спортивному майданчику відчув гострий біль в лівому боці, сильну задишку. Об'єктивно: хворий блідий, губи ціанотичні, під час дихання ліва половина грудної клітини відстає, дихання послаблене. ЧД - 28 в 1 хв., ЧСС/пульс - 98 в 1хв., АТ – 95/50 мм. рт. ст. Який клінічний синдром ведучий у хворого?

- А. Синдром серцевої недостатності.
- В. Синдром легеневої недостатності.
- С. Бронхоспастичний синдром.
- Д. Синдром артеріальної гіпотонії.
- Е. Ні один не підходить

11. Чоловік 52 років, впродовж останніх 10 років кашляє, перебуває на обліку у пульмонолога. 3 роки назад переніс інфаркт міокарду. При черговому зверненні до лікаря указує на кашель, що почастишав, задишку, що посилюється в горизонтальному

положенні. При обстеженні: ЧД - 20 в 1 хв., ЧСС/пульс - 92 в 1 хв. Над легеньми в нижніх відділах незвучні вологі хрипи. Тони серця приглушені. На ногах набряки. Цей стан найімовірніше обумовлений:

- A. Загостренням хронічного бронхіту.
- B. Пневмонією.
- C. Бронхіальною астмою.
- D. Серцевою недостатністю.
- E. Ні одним з перерахованого.

12. У хворого 32 років, що знаходиться з діагнозом: гострий абсцес правої легені, після кашлю, раптово з'явилася задуха, ціаноз, болі в правій половині грудної клітки. Яке ускладнення привело до розвитку гострої дихальної недостатності?

- A. Інфаркт-пневмонія.
- B. Інфаркт міокарду.
- C. Перфорація стравоходу.
- D. Піопневмоторакс.
- E. Ексудативний плеврит.

Самостійна робота студента (СРС):

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Дата _____

Протокол № 5

ТЕМА: Ведення хворого з не госпітальною пневмонією.

Ведення хворого з госпітальною пневмонією

1.Актуальність теми: Пневмонії посідають друге місце по розповсюдженості після ХОЗЛ та бронхіальної астми. Найбільш актуальною є проблема антибіотикорезистентності. Сучасний період антибіотикотерапії характеризується рядом взаємозалежних обставин. З'являється усе більше резистентних форм збудників. В Україні поширеність на пневмонію за останні 5 років коливається в межах 3,7-4,5 випадків на 1000 дорослого населення. В даний час етіологія негоспітальної пневмонії навіть з використанням широкого круга мікробіологічних досліджень може бути встановлена близько 30-50% випадків. Це обумовлено недостатньою інформативністю та значною тривалістю традиційних мікробіологічних досліджень: відсутність у 20-30% пацієнтів продуктивного кашлю, неможливість виділення внутріклітинних збудників при використанні стандартних діагностичних методів, ідентифікація збудника можлива тільки через 48-72 години після отримання матеріалу.

2. Цілі заняття: ознайомити студентів з методами клінічної діагностики пневмоній різної етіології, ступені важкості, особливостям її перебігу та проявам перебігу ускладнень, оцінці додаткових методів дослідження, принципам лікування з правильним підбором антибіотиків для конкретного збудника в конкретного хворого, профілактиці захворювання, питанням медико-соціальної експертизи. - *I рівень*

студент повинен знати: етіологію та патогенез пневмонії, сучасну класифікацію негоспітальної пневмонії, клінічні особливості різних видів пневмоній та можливих ускладнень, критерії важкості пневмонії та показання до госпіталізації, загальні принципи та особливості лікування різних варіантів пневмоній та можливих ускладнень, медико-соціальна експертиза пневмоній та її ускладнень. - *II рівень*

надати студентам можливість оволодіти навичками: провести обстеження хворого на пневмонію й оцінити ступінь важкості та категорію цієї нозології, з урахуванням потреб диференційної діагностики скласти план обстеження хворого й оцінити результати додаткових методів дослідження, провести диференційний діагноз легеневого інфільтрату, обґрунтувати й сформулювати клінічний діагноз, призначити індивідуальне лікування хворому, підібрати найбільш ефективний антибіотик або комбінацію в залежності від збудника, категорії та ступеня важкості пневмонії, виписати рецепти на призначені медикаменти, надати невідкладну допомогу при спонтанному пневмотораксі, набряку легень, легеневої кровотечі, гострій дихальній недостатності, інфекційно-токсичному шоці. - *III рівень*

дати можливість студентам досліджувати клінічно: особливості перебігу та лікування різних клінічних варіантів тяжкої негоспітальної пневмонії. - *IV рівень*

3. Дайте відповідь на питання:

1. Визначення поняття, класифікація (категорії, ступені тяжкості) позалікарняної пневмонії.
2. Актуальні збудники позалікарняної пневмонії.
3. Клінічна семіотика пневмонії.
4. Лабораторні критерії пневмонії

Приймала самостійно бісептол. Через 2 дні температура нормалізувалася. Проте залишалися болі в грудній клітині при диханні і болі за грудиною, наростала задишка і кашель з мізерним харкотинням. В день госпіталізації розвинувся напад задухи, відчуття здавлення за грудиною, дихання стало клекочучим. З підозрою на повторний інфаркт міокарду госпіталізована. Об'єктивно: стан важкий. Положення ортопноє. Виражений ціаноз губ, акроціаноз. ЧД - 40 в 1 хв.. У легенях справа майже на всьому протязі вкорочення перкуторного звуку. Дихання справа у верхніх відділах бронхіальне, тут же маса вологих дзвінких хрипів. Зліва в нижніх відділах незвучні вологі хрипи в значній кількості на тлі послабленого дихання. ЧСС/пульс - 112 в 1 хв. АТ 75/50 мм. рт. ст. Печінка на 3 см нижче за край реберної дуги. Аналіз крові: гемоглобін - 140г/л, лейкоцити - 3,0 Г/л, еозинофіли - 0%, юні, – 2%, паличкоядерні – 12%, сегментоядерні – 67%, лімфоцити – 15%, моноцити – 4%. У нейтрофілах токсична зернистість.

1. Виділіть синдроми в клінічній картині захворювання.
2. Обґрунтуйте попередній діагноз.
3. Що Ви чекаєте отримати при рентгенологічному дослідженні?
4. Причина розвитку і суть нападу задухи, що розвинулася у хворої?
5. Повна програма обстеження.
6. До якої категорії може бути віднесена пневмонія у разі її виявлення?
7. Програма лікування.

Висновки:

Задача 2: Хворий 20 років. Під час вступу скарги на болісний, «саднячий» кашель, що супроводжується болями в грудях, слабкістю, ломотою у всьому тілі, підвищення температури. Хворіє 6 днів. Початок захворювання супроводжувався підвищенням температури до 37,8 – 38 оС, болями в м'язах, головним болем, нежиттю, відчуттям печіння в очах. На другий день з'явився кашель. Дільничний лікар діагностував ГРВІ, призначив парацетамол, краплі від нежиті, пігулки від кашлю. Проте стан не поліпшувався, зберігалася температура, наростала слабкість, посилювався кашель. При огляді: шкіряні покрови бліді, теплі, вологі. Склери ін'єктовані. Грудна клітина рівномірно бере участь в диханні. Перкуторно: справа донизу від кута лопатки звук з тимпанічним відтінком. Аускультативно тут же послаблене везикулярне дихання, сухі хрипи. З боку інших органів при фізикальному у обстеженні істотних відхилень не виявлено.

1. Як Ви розцінюєте наявні зміни з боку легенів ?
2. Обґрунтуйте і сформулюйте попередній діагноз.
3. Передбачуваний етіологічний чинник легеневої патології.
4. Програма обстеження.
5. Програма лікування.

Висновки:

Задача 3: Хворий 62 років доставлен в хірургічне відділення з діагнозом: гострий холецистит. Скарги на болі в правій половині живота, особливо при глибокому вдиху, задишку, кашель, час від часу морозить. Захворів вчора увечері, після гуляння. Відчув болі в правому підребер'ї, нудоту, одноразово була блювота. Вранці температура 38,1 У минулому вважав себе здоровим. Об'єктивно: хворий ейфоричен, гарячковий блиск очей. Температура тіла 39 оС. ЧД - 36 в 1 хв., за участю крил носа. Перкуторно над легенями зліва легеневий звук з коробочним відтінком , справа нижче за кут лопатки – притуплення. Аускультативно зліва - без особливостей, справа – послаблене везикулярне дихання , вологі дрібнопухирчасті хрипи. Пульс аритмічний, 90 в 1 хв. АТ - 110/60 мм. рт. ст. Серце збільшене у поперечнику. Діяльність серця аритмічна, тони приглушені, над аортою вислуховується систолічний шум , акцент П тону. Позитивний симптом Сиротиніна-Куковерова. Живіт помірно роздутий, визначається напруга м'язів у ділянці правого підребер'я. В аналізі крові: гемоглобін - 132 г/л, еритроцити - 4,3 Т/л, лейкоцити – 17,6 Г/л, зсув в лейкоцитарній формулі вліво, ШОЕ – 8 мм/год. Рентгенографія органів грудної порожнини: справа в нижній частці правої легені – зниження прозорості легеневої тканини. Серце збільшене за рахунок лівого шлуночка. Аорта ущільнена, розгорнена.

1. Виділіть синдроми в клінічній картині захворювання.
2. Про що свідчить симптом Сиротиніна-Куковерова, ущільнення, розгорнутість аорти?
3. Обґрунтуйте та сформулюйте попередній діагноз.

4. Які дані фізикального обстеження дозволять відкинути діагноз гострого холециститу.

5. Де повинен лікується хворий?

6. Програма лікування легеневої патології.

7. Програма лікування серцево-судинної патології.

Висновки:

5. Тести до теми:

1. Чоловік 38 років протягом 5 днів турбують скарги на пітливість, загальну слабкість, підвищення температури, кашель з отходженням слизистого харкотиння, задишку. Об'єктивно: температура тіла 38 °C, ЧД - 20 в 1 хв., пульс - 98 в 1 хв., ритмічний, АТ - 130/80 мм. рт. ст. Шкіра бліда, волога. Нижче за кут лопатки зліва вислуховуються вологі дрібнопухирчасті хрипи. Діагноз: позалікарняна вогнищева пневмонія в нижній частці зліва, 1 категорія. Наявність вологих дрібнопухирчастих хрипів свідчить про:

А. Ущільнення стінки запаленого бронха.

В. Порушення прохідності бронха.

С. Появлення у бронсі рідкого секрету.

Д. Інфільтрацію легеневої тканини.

Е. Просочення плазми в альвеоли.

2. – 3. Чоловік 43 років викликав лікаря з приводу підвищення температури до 40оС з ознобом, кашлю, що супроводжується болем в грудній клітині справа. Хворіє 2 дні після переохолодження на роботі. Об'єктивно: шкіра бліда, герпетична висипка на верхній губі. Права половина грудної клітини відстає при диханні. Аускультативно: зліва дихання везикулярне, справа – крепітація на тлі везикуло-бронхіального дихання.

2. Який з додаткових методів обстеження найбільш інформативний для постановки діагнозу?

- А. Спірографія.
- В. Пікфлоуметрія.
- С. Загальний аналіз крові.
- Д. Рентгенографія органів грудної порожнини.
- Е. Загальний аналіз харкотиння

3. У разі неефективності вибраного антибіотика його необхідно замінити через ?

- А. 1 – 2 дні
- У. 2 – 3 дні.
- С. 3 – 4 дні.
- Д. 4 – 5 днів.
- Е. 5 – 6 днів.

4. Хворому на підставі клінічних, рентгенологічних даних поставлено діагноз позалікарняної пневмонії. Пацієнт проживає у гуртожитку. Захворювання дебютувало фарингітом, були збільшені лімфатичні вузли, спостерігалася гепато- і спленомегалія. Який збудник найімовірніше викликав захворювання?

- А. Стрептокок пневмонії.
- В. Грамм (-) палички.
- С. Мікоплазма пневмонії.
- Д. Ні один з названих вище.
- Е. Любий з названих вище.

5. Хворому 30 років, госпіталізований з приводу пневмонії. Захворів гостро, після переохолодження. У клінічній картині переважає висока лихоманка, виражений больовий синдром, інтоксикація кашель. При рентгенологічному дослідженні виявлена інфільтрація всієї нижньої частки правої легені із залученням плеври. Вкажіть найбільш вірогідний збудник захворювання.

- А. Стафілокок.
- В. Клебсієла.

- С. Стрептокок.
- Д. Синегнійна паличка.
- Е. Пневмокок.

6. Хворому 40 років, в дуже важкому стані госпіталізований в пульмонологічне відділення. На підставі даних рентгенографії органів грудної порожнини (двосторонні множинні інфільтрати, бульозні порожнини різного розміру) діагностована стафілококова пневмонія. Виберіть найбільш доцільний варіант антибактеріальної терапії.

- А. Макроліди.
- В. Захищені бета-лактами.
- С. Аміноглікозиди.
- Д. Лінкозаміди.
- Е. Оксацилін.

7. У хворого 30 років діагностовано позалікарняну пневмонію . Перебіг захворювання типовий. Після 5 днів лікування ампіциліном по 1,0 гр. 6 разів на добу в/м зберігається висока температура, в аналізі крові лейкоцитоз, за даними рентгенографії органів грудної порожнини – збільшення вогнища інфільтрації. У цій ситуації слідус:

- А. Продовжить лікування ампіциліном в колишній дозі.
- В. Збільшити дозу ампіциліна.
- С. Замінити ампіцилін на фторхінолон III – IУ покоління
- Д. Додати до ампіциліну сульфаніламідний препарат.
- Е. Замінити ампіцилін на макролідний антибіотик.

8. Хворий 27 років поступив в клініку з скаргами на біль в правій половині грудної клітини при диханні, кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, озноб. Захворів 2 доби тому. Клінічно і рентгенологічно діагностована правобічна верхньочасткова пневмонія. Які об'єктивні ознаки не характерні для даного захворювання?

- А. Вкорочення перкуторного звуку.
- В. Відсутність голосового тремтіння.
- С. Послаблене дихання .
- Д. Вологі хрипи.
- Е. Посилення голосового тремтіння.

9. – 10. Хворому 21 рік. Впродовж 3-х днів, знаходячись на лікарняному , лікувався вдома з приводу ГРВІ, звернувся до лікаря у зв'язку з погіршенням стану, який виражався в посиленні слабкості, появі пітливості, сухого кашлю, збереженні температури в межах

38- 38,8 оС. Об'єктивно: герпетична висипка на губах, гіперемія щік, виражена пітливість. Температура тіла 38,3оС.

9.кий метод дослідження найбільш інформативний для лікаря в умовах дільничної лікарні?

- А. Огляд хворого.
- В. Пальпація.
- С. Перкусія.
- Д. Аускультация.
- Е. Ні один не підходить.

10. Що повинен зробити лікар далі?

- А. Подовжити лікарняний .
- В. Направити хворого до стаціонару.
- С. Призначити ефективне лікування.
- Д. Направити в ЦРЛ на рентгендослідження.
- Е. Направити на консультацію до фтизіатра.

Самостійна робота студента (СРС):

1 Доповідь реферату на практичному занятті:

2.Доповідь на клінічних конференціях баз кафедр:

3.Доповідь Історії хвороби на практичному занятті:

4.Написання тез, статей

Підпис викладача _____

Питання до кафедрального контролю.