

УжНУ
Медичний факультет
Кафедра факультетської терапії

«Метод клінічного розбору. Історія хвороби»

Лекція для студентів
медичного ф-ту УжНУ

Рішко Олександр Адальбертович

План лекції:

- I. “Метод клінічного розбору хворого” - основа діяльності лікаря.
- II. “Історія хвороби” - основний медичний документ та його значення:
 - Лікувально-діагностичне;
 - Науково-практичне;
 - Виховне;
 - Юридичне

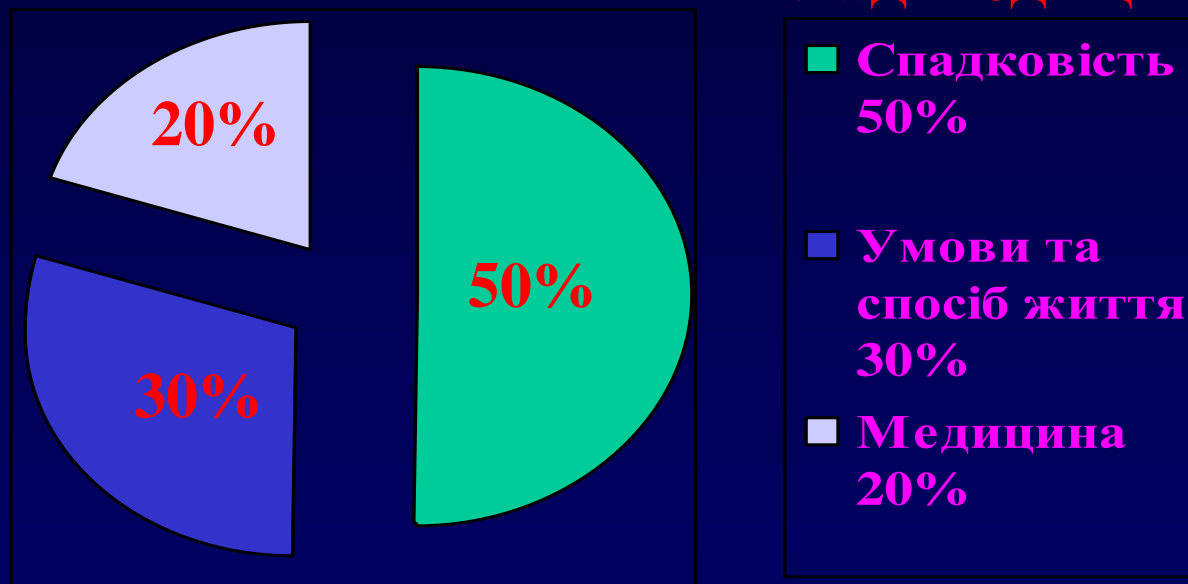
Вмій вчитись- шукай, знаходь, отримуй та “фільтруй” інформацію

- 70% інформації- щоб зрозуміти 30%;
- 10% потрібно запам'ятати і знати, а 20% - знати де шукати при потребі;
- **5 рівнів знань:**
 - 1- уява
 - 2- знання
 - 3- вміння
 - 4- професіоналізм
 - 5- творчість

Роль медицини в суспільстві

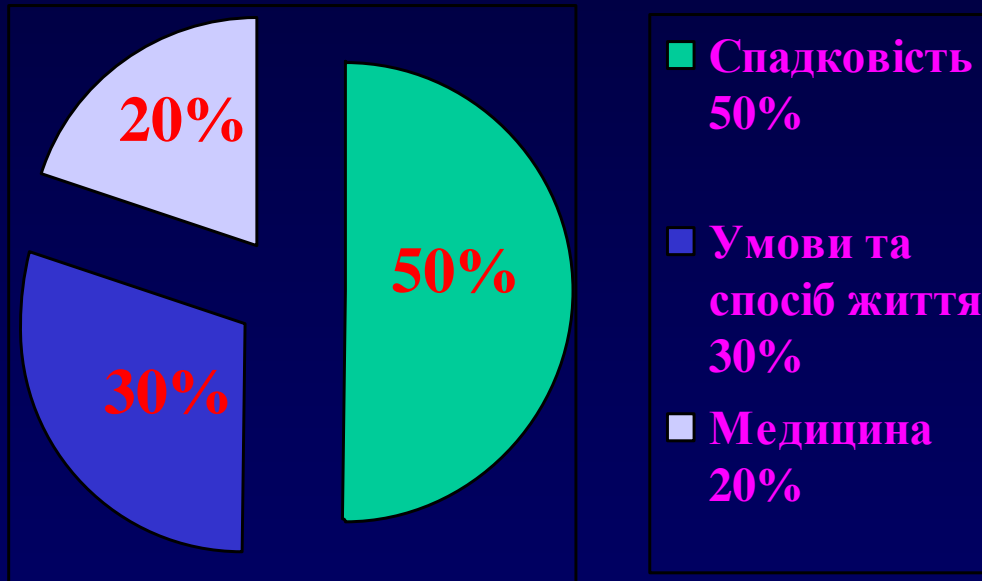
- Збільшення тривалості та покращення якості життя населення України

Вклад медицини - 15-20%



Роль медицини в суспільстві

- Збільшення тривалості та покращення якості життя населення України



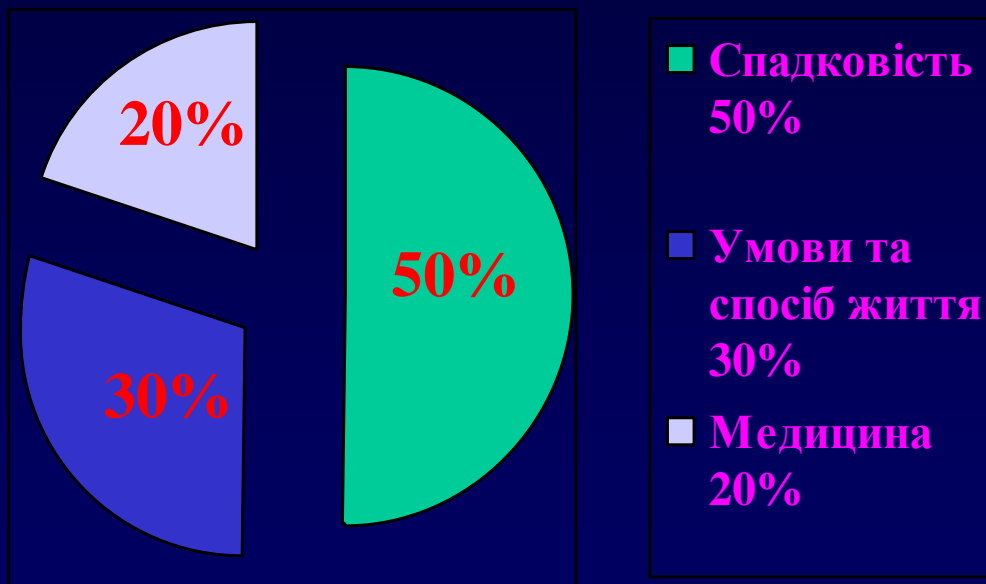
Вклад медицини - 15-20%

“Триєдине завдання”

- 1- профілактика
- 2- діагностика
- 3- лікування

Роль медицини в суспільстві

- Збільшення тривалості та покращення якості життя населення України



Вклад медицини - 15-20%

“Триєдине завдання”

- 1- Первинна профілактика
- 2- Рання діагностика
- 3- Ефективне лікування

Основа профілактики- «Здоровий спосіб життя»

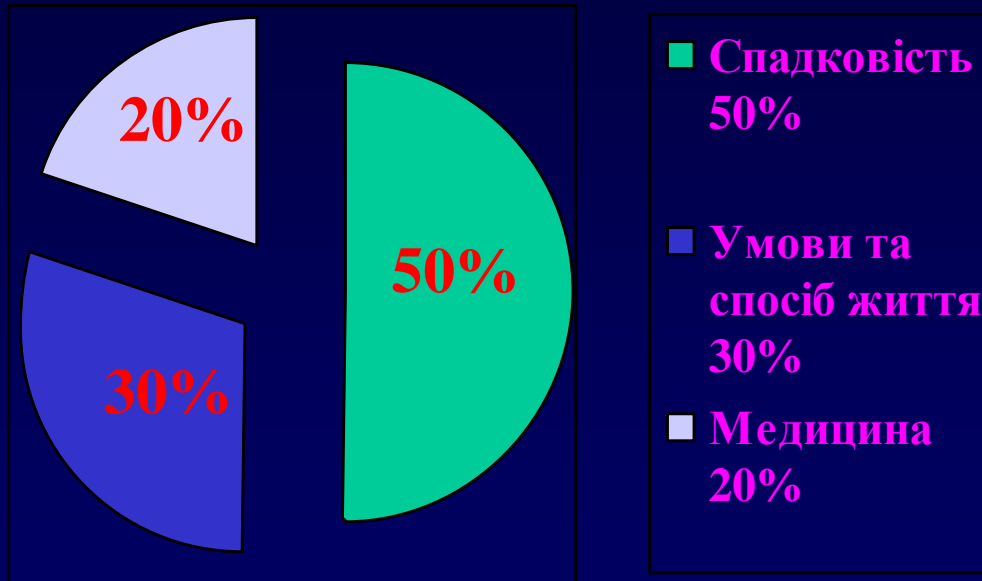


«Нездоровий спосіб життя»



Роль медицини в суспільстві

- Збільшення тривалості та покращення якості життя населення України



Вклад медицини - 15-20%

“Триєдине завдання”

- 1- Первинна профілактика
- 2- Рання діагностика
- 3- Ефективне лікування

діагностика → ЛІКУВАННЯ

ДІАГНОСТИКА → лікування

?

Різні хвороби мають подібну клініку,
а одна і та ж хвороба-
різні клінічні варіанти

Загрудинний біль не завжди інфаркт,
а інфаркт буває безбольовий

- Хвора, 36 років, скаржиться на задишку, відчуття стиснення в правій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 38,7°C, кашель з виділенням невеликої кількості слизисто-гнійного харкотиння. Хворіє понад тиждень. Скарги пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: легкий акроціаноз губ, пульс ритмічний, 92 за 1 хв, АТ 140/85 мм рт. ст. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкусія: справа нижче від кута лопатки прослуховується тупість з межею доверху. В цій ділянці дихання відсутнє.
- Який найбільш імовірний діагноз?

- Хвора, 36 років, скаржиться на задишку, відчуття стиснення в правій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до 38,7°C, кашель з виділенням невеликої кількості слизисто-гнійного харкотиння. Хворіє понад тиждень. Скарги пов'язує з переохолодженням. Об'єктивно: легкий акроціаноз губ, пульс ритмічний, 92 за 1 хв, АТ 140/85 мм рт. ст. Права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкусія: справа нижче від кута лопатки прослуховується тупість з межею доверху. В цій ділянці дихання відсутнє. Який найбільш імовірний діагноз?
 - А. Абсцес правої легені.
 - В. Гостра правобічна нижньочасткова плевропневмонія.
 - С. Правобічний ексудативний плеврит.
 - Д. Гостра правобічна вогнищева пневмонія.
 - Е. Ателектаз правої легені

- У хворого, 25 років, восени з'явилися печія, закрепи, біль у надчеревній ділянці, що виникають через 1,5 - 2 години після їди, інколи вночі. Біль посилюється у разі вживання гострої, солоної і кислої їжі, зменшується після застосування соди і грілки. Хворіє протягом року. Хворий зниженого харчування, язик не обкладений, вологий. Під час перкусії і пальпації живота визначається болючість в мезогастрії, у цій самій ділянці - резистентність м'язів передньої черевної стінки. Який діагноз найбільш імовірний?
 - А. Автоімунний гастрит.
 - В. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки.
 - С. Діафрагмальна грижа.
 - Д. Жовчокам'яна хвороба.
 - Е. Хронічний панкреатит.

- Хворий, 54 роки, скаржиться на загальну слабкість, відсутність апетиту, тупий біль в правому підребер'ї, здуття живота, схуднення, періодичне блювання з домішками крові. Об'єктивно: зниженого харчування, іктеричність склер, шкіра суха, судинні зірочки на обличчі і верхніх кінцівках, гіперемія долонь, збільшення молочних залоз. Язик малиновий. Живіт збільшений, нижній край печінки загострений, щільний, виступає на 4 см з-під краю ребрової дуги, селезінка - на 6-7 см.

- Який попередній діагноз?

“Метод клінічного розбору хворого” - технологія лікарської діяльності

I етап- ретельне обстеження хворого-
виявлення симптомів

II етап- групування симптомів у синдроми-
виділення основного синдрому

III етап- дифдіагностика основного синдрому-
діагноз

IV етап- перевірка практикою достовірності д-зу
лікування та оцінка ефективності

I етап: Обстеження пацієнта

- **Методи:** -опитування:

скарги (активні, пасивні)

an. morbi (динаміка с-мів)

an. vitae (причини)

- ОГЛЯД:**

загальний (заг. стан, шкіра та слизові),

локальний (голова, шия, ротова п-на...)

- пальпація:**

загальна (лімфовузли, щ.з., набряки),

локальна (серце, гр. кл., живіт, печінка...)

- перкусія:**

- аускультация:** (легені, серце)

- вивчення пульсу:** (ритм, частота, х-р)

- вимірювання АТ:** (нормативи)

В результаті отримуємо **симптоми**

Клінічний розбір хворого

I етап:



Хворий Ц., 22 роки, звернувся з **скаргами** на **лихоманку** з підйомом температури тіла до 40°C на вечір, падінням до $36,8^{\circ}$ на ранок. Служив в армії. Раніше не хворів, минулого тижня мала місце **екстракція зуба**.

Об'єктивно: вимушене сидяче положення, інспіраторна задишка у спокої, акроціаноз, видима пульсація сонних артерій. Аускультативно серцева діяльність **аритмічна, тахікардія**. У II м/р справа та у IV м/р зліва від груднини - **діастолічний шум**. Пульс **аритмічний, швидкий, скачучий, частий** – 108 уд/хв. АТ 150/55 мм.рт.ст. В легенях в н/в вологі хрипи.

II етап: Групування симптомів у синдроми з виділенням головного



Синдром ураження ССС:

- Аритмія
- Серцева недостатність
- Серцеві шуми
- А. гіпертензія

Синдром ураження БЛС:

- Дихальна недостатність
- Вологі хрипи

Синдром ураження зубо-щелепної системи

Запальний синдром

II етап: Групування симптомів у синдроми з виділенням ГОЛОВНОГО



Синдром ураження ССС:

- Аритмія
- Серцева недостатність
- Серцеві шуми

(діастолічний шум у II м/р справа та у IV м/р зліва від груднини)

- А. гіпертензія

Синдром ураження ЗЦС

Септичний синдром

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)



Синдром ураження ССС:

-Серцеві шуми

Діастолічний шум у II м/р справа та у IV м/р зліва від груднини

а) патогенез симптому з виходом на анатомічний субстрат

б) перелік можливих причин його ураження

в) власне дифдіагностика шляхом виключення- попередній діагноз

г) план обстеження та лікування

д) ан-з дообстеження- клінічний д-з

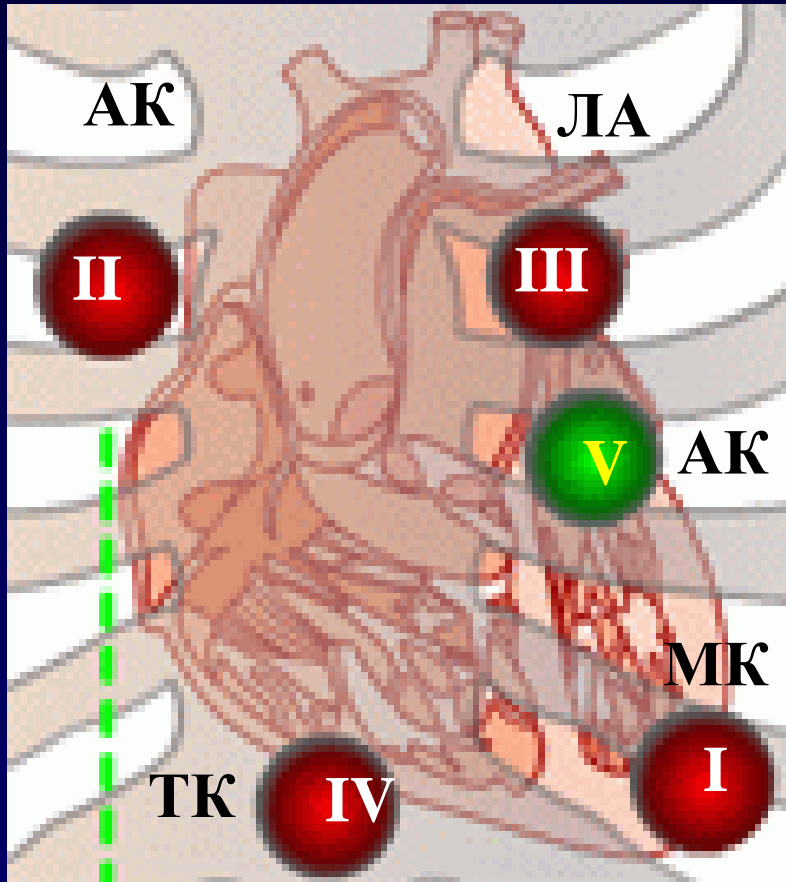
III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

Синдром ураження ССС:

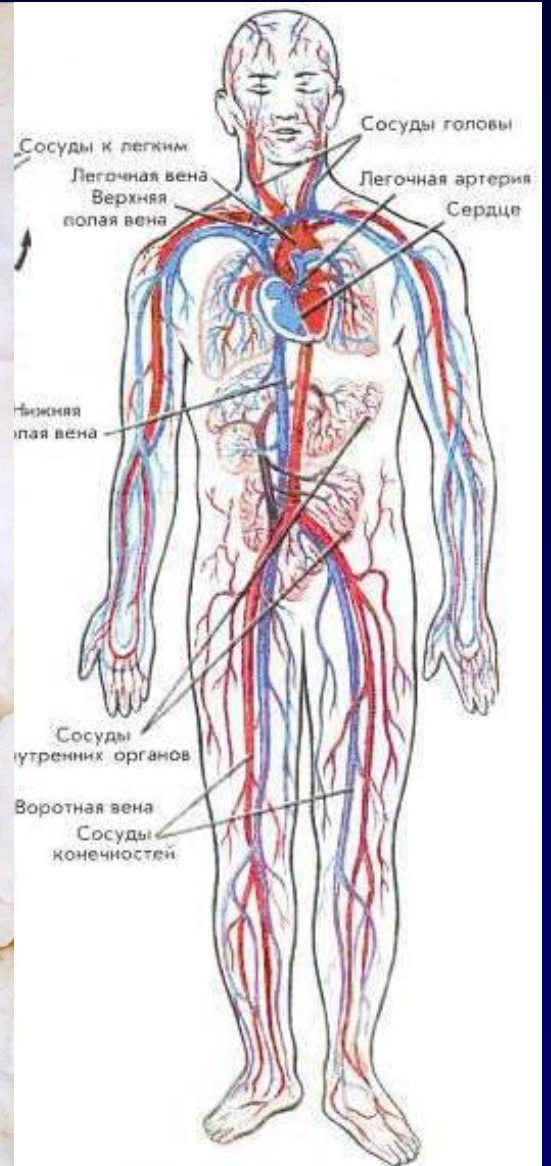
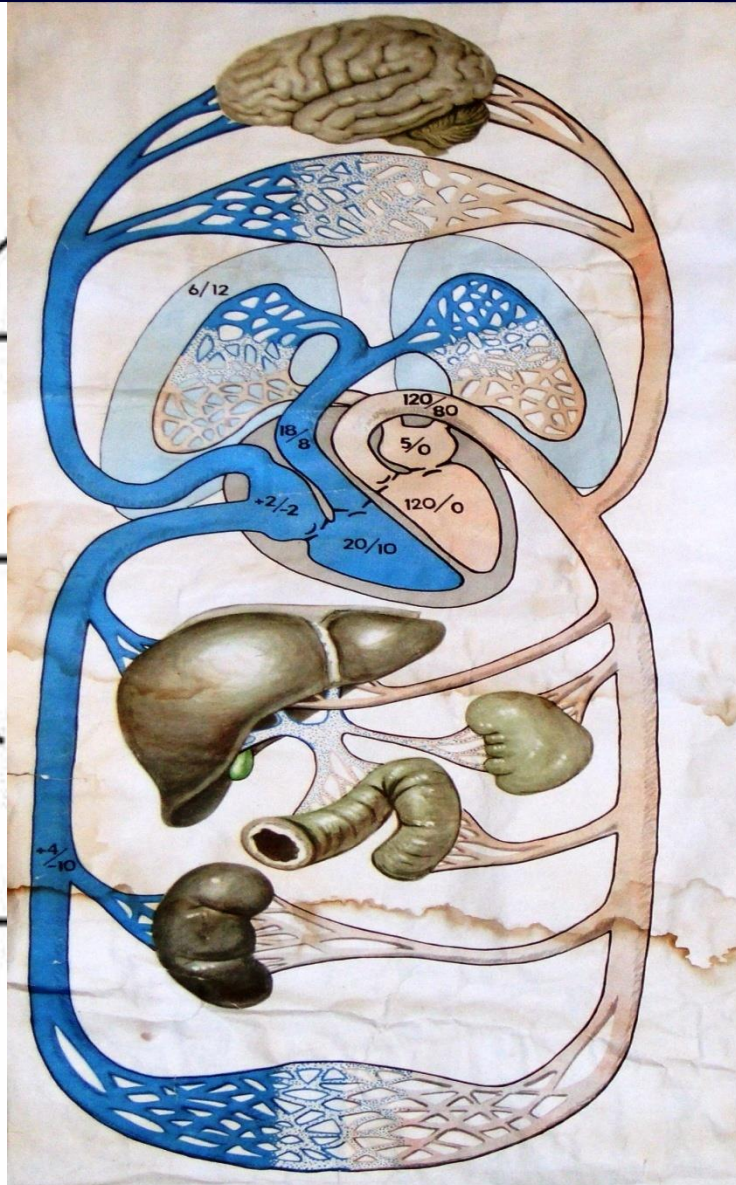
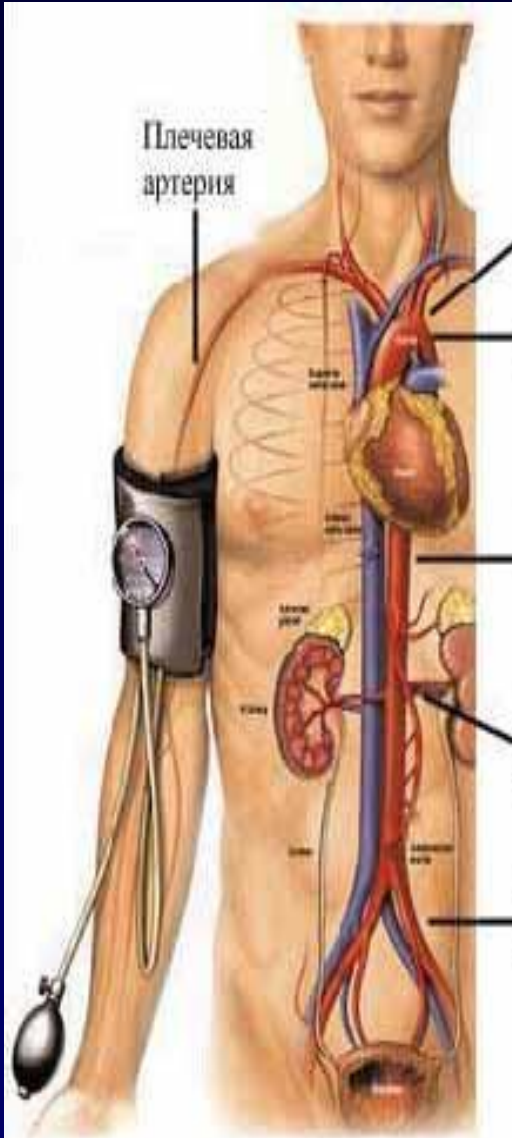
Діастолічний шум у II м/р справа та у IУ м/р зліва від груднини

а) патогенез симптому
з виходом на анатомічний субстрат

аускультация



Анатомія ССС



Недостатність аортального клапана

(Аортальна недостатність)

від “Я” до “А”!



Відсутність повного змикання
стулок АК,

внаслідок чого відбувається
регургітація крові з А у ЛШ
під час діастолі серця,

що проявляється:

-ослабленим або відсутнім
II тоном та

-діастолічним шумом
у II м/р справа від

грудини та у V точці Б-Е

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

Синдром ураження ССС:

Діастолічний шум у II м/р справа
та у ІУ м/р зліва від груднини

а) патогенез симптому

з виходом на анатомічний субстрат

НАК

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

Синдром ураження ССС:

Діастолічний шум у II м/р справа
та у IV м/р зліва від груднини

а) патогенез симптому з виходом на анатомічний субстрат

НАК

б) перелік можливих причин його ураження Вада серця:

в) дифдіагностика -вроджена -набута:

-травматичне -віково-дегенеративна -запальне (ендокардит):

-ревматичний -сіфілітичний -септичний

Попередній д-з:

Одонтогенний септичний ендокардит.

Недостатність аортального клапана. СН ІА, ФК ІУ.

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

Попередній д-з:

Одонтогенний септичний ендокардит.

Недостатність аортального клапана. СН ІА, ФК ІУ.

План обстеження:

Рутинні: ЗАК, ЗАС, ЦК, кал на я/гл, RW, ВІЛ,
група крові та Rh, рентген ОГК

За показами: підтв. вади- Ехо-КС;

сепсису- кров на стерильність та
гемокультуру; чутл. до а/б

вогнища- к-ція стоматолога, ЛОР.

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

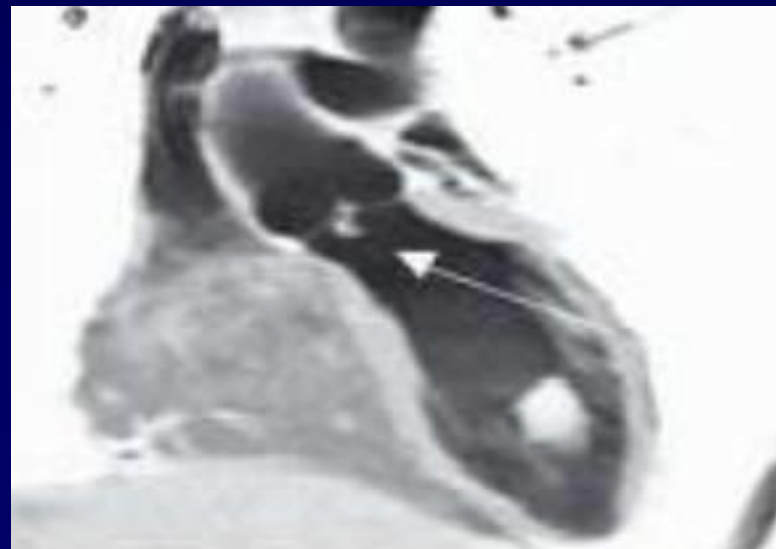
Попередній д-з:

Одонтогенний септичний ендокардит.

Недостатність аортального клапана. СН ІА, ФК ІУ.

Результати обстеження:

ЗАК: ШОЕ- 28 мм/год; лейкоцити- $12 \cdot 10^9/\text{л}$; RW- negative;
рентген ОГК; ЕКГ- л-ш ЕС; Ехо-КС;



IV етап: Перевірка діагнозу практикою

Клінічний діагноз:

Одонтогенний септичний ендокардит. Недостатність аортального клапана. Шлуночкова ЕС. СН ІА,ФК ІУ.



- Лікування
- Дообстеження
- Динамічний контроль ефективності лікування

(при необхідності-
зміна діагнозу та
лікування)

IV етап: Перевірка діагнозу практикою

- Принципи лікування:

1-Комплексність (різними засобами на різні ланки етіопатогенезу)

-Режим

-Дієта

-Медикаменти

-ЛФК, фіто-, мануальна... терапія

-етіологічне

-патогенетичне

-симптоматичне

-загальноукріплююче

2 -Індивідуальність (вік, стать, супутні хвороби, збудник...)

3 -Неперервність (повний курс, а деякі- позитивно)

4 -Спадкоємність (Сімейний лікар! П-ка→Стац→ШМД→Стац)

IV етап: Перевірка діагнозу практикою

- Принципи лікування:

1-Комплексність (різними засобами на різні ланки етіопатогенезу)

-Режим Ліжковий	}	-етіологічне	Антибіотики в/в
-Дієта Стіл № 10		-патогенетичне	Протизапальні (ГК, НСПЗ)
-Медикаменти:		-симптоматичне	С.гл., Діуретики, Антиар.
		-загальноукріплююче	Вітаміни, Метаб.

-Консультація кардіохірурга

2 -Індивідуальність (вік, стать, супутні хвороби, **збудник...**)

3 -Неперервність (**повний курс а.б.**, а деякі- **пожиттєво**)

4 -Спадкоємність (**Сімейний лікар!** П-ка→Стац→ШМД→Стац)

IV етап: Перевірка діагнозу практикою

• Принципи лікування:

1-Комплексність (різними засобами на різні ланки етіопатогенезу)

-Режим Ліжковий

-Дієта Стіл № 10 -етіологічне

-Медикаменти:

}

-патогенетичне

-симптоматичне

-загальноукріплююче

Амоксицилін в/в • 4р/день 4т

+

Гентаміцин в/м • 2р/день 2т

Ібупрофен 75мг • 2р/день 2т

Дігосин в/в • 2р/день

Торасемід 10мг внутрь ранком

Мілдронат 5,0 в/в 10 днів

!-Консультація кардіохірурга

2 -Індивідуальність (вік, стать, супутні хвороби, **збудник...**)

3 -Неперервність (повний курс **а.б**, а деякі- **пожиттєво**)

4 -Спадкоємність (Сімейний лікар! П-ка→Стац→ШМД→Стац)

Тренер братів Кличко: “Спостерігай,
аналізуй факти, приймай рішення і дій!”



Лікар:
“Обстеж хворого,
проаналізуй симптоми,
вистав діагноз і лікуй!”

“Метод клінічного
розбору хворого”!

Висновок:

- Успішна діагностика базується на вмінні лікаря виявити, виділити та провести дифдіагностику основного синдрому чи його симптому!

“Історія хвороби”

- Історія хвороби - основний медичний документ та його значення:
 - Лікувально-діагностичне;
 - Науково-практичне;
 - Виховне;
 - Юридичне

Значення історії хвороби

- Лікувально-діагностичне (д-л):

Схема історії хвороби

Обстеження хворого → попередній діагноз → план дообстежень та лікування → щоденники (інтерпретація р-тів дообстеження, оцінка ефективності лікування за динамікою стану хворого, консультації вузьких спеціалістів, інструментальні дообстеження, обходи та консилиуми з обґрунтуванням та формулюванням клінічного д-зу, при потребі- корективи д-зу та л-ння) → Епікриз (квінтесенція ІХ)- дані хворого, д-з при пост., результати обстежень, заключний клінічний діагноз, проведене лікування, його ефективність, рекомендації)

Значення історії хвороби

Схема історії хвороби

Епікриз (квінтесенція ІХ)- дані хворого, д-з при пост., результати обстежень, заключний клінічний діагноз, проведене лікування, його ефективність, рекомендації)

Значення:

- 1- Для спадкоємності (ШД→лікарня → поліклініка)
- 2- Для оцінки рівня лікаря, відділення, лікарні
- 3- Для правильної діагностики

Значення історії хвороби

- Лікувально-діагностичне (д-л):

Основні недоліки:

Формальні:

- Не виявлено або не виділено основний синдром;
- Немає логіки між клінікою-діагнозом-
обстеженням- лікуванням;
- Є зайві обстеження, а немає потрібних;
- Немає інтерпретації обстежень та їх впливу на
діагноз і лікування;
- Трафаретні щоденники;
- Жахлива каліграфія, граматика, нерозбірливий підпис

Значення історії хвороби

- Лікувально-діагностичне (д-л):

Основні недоліки:

Суттєві:

- Неправильний діагноз;
- Неадекватне або неправильне лікування;
- **Особливо з негативними наслідками!**

Значення історії хвороби

- **Науково-практичне:**

- Історія хвороби-джерело інформації для вчених для вивчення етіології, патогенезу, клінічних проявів, динаміки, прогнозу різних хвороб, оцінки ефективності сучасних та розробки і впровадження у практичну медицину нових методів їх діагностики та лікування

- **Evidence based medicine**

СТАН ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ ІШЕМІЧНИХ ІНСУЛЬТІВ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ В М. УЖГОРОД

Рішко О.А., Шютєв М.М., Светелскі Б.Л., Фабіан Б.Т.

Ужгородський національний університет, кафедра факультетської терапії, м. Ужгород

Матеріали та методи. Було **проаналізовано історії хвороби 430 хворих мозковим інсультом, які знаходились на лікуванні у відділенні судинної неврології** Ужгородської ЦМКЛ у 2007-2008 роках. За спеціально розробленим протоколом було проаналізовано історії хвороби та амбулаторні картки 116 хворих з ішемічним інсультом на фоні ФП. Ми не диференціювали пацієнтів в залежності від форми фібриляції передсердь (пароксизмальна, персистуюча, постійна) та ураження міокарду (клапанне чи неклапанне). Загальна характеристика цих хворих представлена у таблиці 1.

СТАН ПРОФІЛАКТИКИ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ У м. УЖГОРОД

О.А. РІШКО, М.М. ШЮТЄВ, Я.І. ІГНАТКО, Б.Л. СВЕТЕЛСКИ

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра факультетської терапії, м. Ужгород

Матеріали та методи. Було **проаналізовано історії хвороби 96 хворих, які знаходились на лікуванні у кардіологічному відділенні** Ужгородської ЦМКЛ у 2010 році, з наявністю при виписці постійної форми ФП. За спеціально розробленим протоколом було проаналізовано історії хвороби, виписки з рекомендаціями амбулаторного лікування та амбулаторні картки через 6-12 місяців після виписки з стаціонару. Загальна характеристика хворих представлена у таблиці 1.

Значення історії хвороби

- **Виховне:**

Правильне та осмислене ведення ІХ:

- сприяє засвоєнню “Методу клінічного розбору хворого” ...;
- розвиває клінічне мислення, вміння виділяти основне, аналізувати та синтезувати інформацію (тобто симптоми та синдроми), лаконічно та грамотно формулювати думки, логічно обґрунтовувати діагноз та лікування (тобто як медичну, так і філологічну грамотність),

Значення історії хвороби

- **Виховне:**

Правильне та осмислене ведення ІХ:

- виховує пунктуальність, педантичність, деонтологію

- дисциплінує

(по якості ІХ та епікрізів-виписок судять про рівень лікаря, відділення, лікарні!)

ВИШИСКА

з історії хвороби № 6550/200

Хворий Свалявчик Михайло Юрійович, 1947 р.н., житель м.Берегово (Фізкультурна, 21), знаходився на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії судин з 19.04.04 по 18.05.04.

Діагноз: Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок III-го ст. Оклюзія клубово-стегнового сегмента справа.

ІХС. Кардіосклероз атеросклеротичний. ХНК I-го ст.

Поступив у відділення хірургії судин із скаргами на біль у правій н/кінцівці, різке обмеження дистанції ходьби, періодичне порушення сну із-за болю. При УЗД артерій нижніх кінцівок виявлена оклюзія загальної клубової артерії справа.

Аортографія – атеросклеротичне ураження загальної клубової артерії справа. Після обстеження:

06.05.04 – аорто-стегнове алошунтування справа (у якості судинного протезу використаний 9 мм “Woven Dacron” /США/). П/о період відносно гладкий. П/о рани зажили первинним натягом. Кровообіг у кінцівці відновлено. Шви зняті на 10-у добу.

Виписаний у задовільному стані на амбулаторне лікування.

Рекомендовано:

- динамічне спостереження хірурга за місцем проживання;
- контрольний огляд через 1 місяць;
- консервативне лікування 2 рази на рік.

Поступово: 17.00.11 Випадково: 20.00.11

Діагноз основний: ІХС. Стенокардія напруження і спокою ФК III. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II стд. Пролапс МК I ст. Повна блокада правої ніжки п. Гіса. СН ПА стд.

Діагноз супутній: Хронічний калькульозний холецистит без ознак загострення.

Скарги: на напади стискаючого за грудничного болю та задишку, що виникають при помірних фізичних навантаженнях та психоемоційному стресі, а також у стані спокою; підйоми АТ, що супроводжуються головним болем; періодичні набряки гомілок, відчуття важкості у правому підребер'ї.

Anamnesis morbi: вважає себе хворим на ДМПП протягом 8 років, підвищення артеріального тиску спостерігає близько 5 років. Регулярно лікується амбулаторно та стаціонарно (постійно приймає рамігексал, дигоксин, предуктал, верошпірон, бісопролол, фуросемід). Погіршення стану відзначає протягом останнього місяця, коли переніс ГРВІ, після чого у лютому цього року лікувався у Хустській РЛ з приводу нестабільної стенокардії. Госпіталізований у плановому порядку для обстеження та лікування. — _

Anamnesis vitae: туберкульоз, вірусні гепатити, венеричні захворювання заперечує. Алергостабільний. В анамнезі: травма правої руки (1971). Курить. Сімейний анамнез щодо ССЗ не обтяжений.

Status praesens objectivus: загальний стан задовільний. Пацієнт середнього росту, задовільного живлення, нормостенічної тілобудови. Шкіра блідо-рожева. Язик вкритий осугою біля кореня, вологий. Над легенями везикулярне дихання. Серце: верхівковий поштовх не зміщений, тони звучні, діяльність ритмічна. АТ-125/85мм.рт.ст., Р-62уд/хв. Черво м'яке, не болюче. Печінка збільшена +2см. Пастозність гомілок. Фізіологічні відправлення не порушені.

ЕКГ(17.03.11): ритм синусовий, правильний, з ЧСС 64уд/хв., нормальна вісь, вольтаж збережений, ПЗ у V2. Повна блокада правої ніжки п. Гіса
Ехо-КС (24.03.11): КДР-4,2см, КСР-3,0см, КДО-84мл, КСО-36мл. **ФВ-57%**. МШП Т-0,9-1,0см; ЗСЛШ Т-0,9-1,0см, ЛП-4,2см. Ао-3,5см, Др 3,0 мм.рт.ст., АР 1+, ПШ-4,9-5,0см, ТР (1-2+), Др 30,0мм.рт.ст., СТ у ЛА 40 мм.рт.ст, Др 2,5 мм.рт.ст, 'Гас 101 мс. МК - "ЧУГ-подібною форми, пролапс передньої стулки I ст., МР (1+), Е/А=1,0 Висновок: ВВС: ДМПП вторинний до 1.5 в діаметрі, помірна ЛГ.. Дилатація правих відділів. Відносна ТН I—11 ст.. Пролапс МК I ст. МР 1 + . Помірна дилатація « ЛП. СЗМ збережена...

УЗД органів черевної порожнини (22.03.11): Заключення: Хронічний калькульозний холецистит без ознак загострення^__ (копія видана на~руки).

Дані лабораторних досліджень (18.03.11): Заг. аналіз крові: Ер 4,6Т/л, Гем 147г/л, Л 4,617л, П 3%, С 63%, Е 1%, Л 29%, М 4%, ШОЕ 5мм/год. **Заг. аналіз сечі:** 130,0мл, сол. жовта, прозора, питома вага 101 г/л, рН 5,0; білок , цукор не виявлено, і Осад: лейкоцити 2-3 в п/з; слиз (+), епітелій пл.. ++. **Кал на я/г:** не виявлено. **RW:** негатив. №10034 від 18.03.11. **Біохімія крові:** загальний білірубін 23,9мкмоль/л, прямиий 4,4мкмоль/л, ALT 0,81 мкмоль/(годхмл); AST 0,74м кмоль/(год* мл); заг. білок 79,0г/л, альбумін 44,0г/л; сечовина 2,4ммоль/л; азот сечовини 1,1ммоль/л; холестерин 5,2ммоль/л. Цукор крові: 4.3ммоль/л.

Лікування: ас паркам, рибок син, есенціале, строфантин, тіотриазолін, беталок ЗОК, торсід, аторвакор, лозап.

Консультації суміжних спеціалістів: офтальмолог - Д-з: Ангіопатія на ОУ. Пресбіопія. Рекомендовано: «Д» нагляд ' окуліста за м/п, контроль ВОТ 2р/р за м/п..

Виписаний з покращенням під "Д" нагляд кардіолога за місцем проживання.

Рекомендовано: заходи з модифікації способу життя (модифікація харчування: обмеження вживання тваринних жирів, холестерину та легкозасвоєваних вуглеводів, обмеження вживання рідини і солі; достатнє вживання рослинних жирів, свіжих овочів, фруктів, рослинної клітковини, зернових та знежирених молочних продуктів, прийом харчових полівітамінно-мінеральних додатків; регулярна помірна фізична активність; відмова від куріння та зловживання алкоголем; психогігієна).

Медикаментозна терапія:

1. **беталок ЗОК 25мг. рано (контроль АТ, пульсу),**
2. **лозап 25 мг.. зранку постійно,**
3. **равель SR 1т. рано натщесерце 2р/т- постійно (контроль АТ, калію та креатиніну сироватки),**
4. **атокор 20 мг. вечером постійно,**
5. **предуктал МР 1т. 2р/д - 1 міс,**
6. **тріфас 1т. 2р/тиждень.**

Діагноз основний: ІХС. Стенокардія напруження і спокою ФК III. Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II стд. Пролапс МК I ст. Повна блокада правої ніжки п. Гіса. СН ПА стд. Діагноз супутній: Хронічний калькульозний холецистит без ознак загострення.

Скарги: на напади стискуючого за грудного болю та задишки, що виникають при помірних фізичних навантаженнях та психоемоційному стресі, а також у стані спокою; **підйоми АТ, що супроводжуються головним болем;** періодичні набряки гомілок, відчуття важкості у правому підбер'ї.

Anamnesis morbi: вважає себе хворим на ДМПП протягом 8 років, підвищення артеріального тиску спостерігає близько в. Регулярно лікується амбулаторно та стаціонарно (постійно приймає рамігексал, дигоксин, предуктал, верошпірон, бісопролол, фуросемід). Погіршення стану відзначає протягом останнього місяця, коли переніс ГРВІ, після чого у лютому цього року лікувався у Хустській РЛ з приводу нестабільної стенокардії. Госпіталізований у плановому порядку для обстеження та лікування.

Anamnesis vitae: туберкульоз, вірусні гепатити, венеричні захворювання заперечує. Алергостабільний. В анамнезі: травма правої руки (1971).

Курить. Сімейний анамнез щодо ССЗ не обтяжений.

Status praesens objectivus: загальний стан задовільний. Пацієнт середнього росту, задовільного живлення, нормостенічної тілобудови. Шкіра блідо-рожева. Язик вкритий осугою біля кореня, вологий. Над легеньми везикулярне дихання. Серце: **верхівковий поштовх не зміщений**, тони звучні, діяльність ритмічна. **АТ-125/85мм.рт.ст., Р-62уд/хв.** Черво м'яке, не болюче. Печінка збільшена +2см. Пастозність гомілок. Фізіологічні відправлення не порушені.

ЕКГ(17.03.11): ритм синусовий, правильний, з ЧСС 64уд/хв., **нормальна вісь**, вольтаж збережений, ПЗ у V2. Повна блокада правої ніжки п. Гіса

Ехо-КС (24.03.11): КДР-4,2см, КСР-3,0см, КДО-84мл, КСО-36мл. **ФВ-57%**. МШП Т-0,9- 1,0см; ЗСЛШ Т-0,9-1,0см, ЛП-4,2см. Ао-3,5см, Др 3,0 мм.рт.ст., АР 1+, ПШ-4,9-5,0см, ТР (1-2+), Др 30,0мм.рт.ст., СТ у ЛА 40 мм.рт.ст, Др 2,5 мм.рт.ст, Гас 101 мс. МК - "ЧУГ-подібної форми, пролапс передньої стулки I ст., МР (1+), Е/А=1,0 Висновок: ВВС: ДМПП вторинний до 1.5 в діаметрі, помірна ЛГ.. Дилатація правих відділів. Відносна ТН I—11 ст.. Пролапс МК I ст. МР 1 + . Помірна дилатація « ЛП. СЗМ збережена...

Дані лабораторних досліджень (18.03.11): Заг. аналіз крові: Ер 4,6Т/л, Гем 147г/л, Л 4,617л, П 3%, С 63%, Е 1%, Л 29%, М 4%, ШОЕ 5мм/год. *Заг. аналіз сечі:* 130,0мл, сол. жовта, прозора, питома вага 101 Іг/л, рН 5,0; білок , цукор не виявлено, і Осад: лейкоцити 2-3 в п/з; слиз (+), епітелій пл.. ++. *Кал на я/г:* не виявлено. *RW:* негатив. №10034 від 18.03.11. *Біохімія крові:* загальний білірубін 23,9мкмоль/л, прямих 4,4мкмоль/л, ALT 0,81 мкмоль/(годхмл); AST 0,74м кмоль/(год* мл); заг. білок 79,0г/л, альбумін 44,0г/л; сечовина 2,4ммоль/л; ; **холестерин 5,2ммоль/л.** Цукор крові: 4.3ммоль/л.

Лікування: ас паркам, рибок син, есенціале, строфантин, тіотриазолін, беталок ЗОК, торсід, аторвакор, лозап.

Рекомендовано: заходи з модифікації способу життя (модифікація харчування: обмеження вживання тваринних жирів, холестерину та легкозасвоєваних вуглеводів, обмеження вживання рідини і солі; достатнє вживання рослинних жирів, свіжих овочів, фруктів, рослинної клітковини, зернових та знежирених молочних продуктів, прийом харчових полівітаміно-мінеральних додатків; регулярна помірна фізична активність; відмова від куріння та зловживання алкоголем; психогігієна).

Медикаментозна терапія:

1. беталок ЗОК 25мг. рано (контроль АТ, пульсу),
2. лозап 25 мг.. зранку постійно,
3. равель SR 1т. рано натщесерце 2р/т- постійно (контроль АТ, калію та креатиніну сироватки),
4. атокор 20 мг. вечером постійно,
5. предуктал МР 1т. 2р/д - 1 міс,

Діагноз основний: ІХС. Стенокардія напруження і спокою ФК ІІІ.

Атеросклеротичний кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба ІІ стд. Пролапс МК І ст. Повна блокада правої ніжки п. Гіса. СН ПА стд.

Діагноз супутній: Хронічний калькульозний холецистит без ознак загострення.

Скарги: на напади стискуючого за грудничного болю та задишку, що виникають при помірних фізичних навантаженнях та психоемоційному стресі, а також у стані спокою; **ПІДЙОМИ** АТ, що супроводжуються головним болем; періодичні набряки гомілок, відчуття важкості у правому підребер'ї.

Anamnesis vitae: туберкульоз, вірусні гепатити, венеричні захворювання заперечує. Алергостабільний. В анамнезі: травма правої руки (1971).

Курить. Сімейний анамнез щодо ССЗ не обтяжений.

Status praesens objectivus: загальний стан задовільний. Пацієнт середнього росту, задовільного живлення, нормостенічної тілобудови. Шкіра блідо-рожева. Язик вкритий осугою біля кореня, вологий. Над легеньми везикулярне дихання. Серце: верхівковий поштовх не зміщений, тони звучні, діяльність ритмічна. АТ-125/85мм.рт.ст., Р-62уд/хв. Черевно м'яке, не болоче. Печінка збільшена +2см. Пастозність гомілок. Фізіологічні відправлення не порушені.

ЕКГ(17.03.11): ритм синусовий, правильний, з ЧСС 64уд/хв., нормальна вісь, вольтаж збережений, ПЗ у V2. Повна блокада правої ніжки п. Гіса

Ехо-КС (24.03.11): КДР-4,2см, КСР-3,0см, КДО-84мл, КСО-36мл. **ФВ-57%**. МШП Т-0,9- 1,0см; ЗСЛШ Т-0,9-1,0см, ЛП-4,2см. Ао-3,5см, Др 3,0 мм.рт.ст., АР 1+, ПШ-4,9-5,0см, ТР (1-2+), Др 30,0мм.рт.ст., СТ у ЛА 40 мм.рт.ст, Др 2,5 мм.рт.ст, 'Гас 101 мс. МК - "ЧУГ-подібної форми, пролапс передньої стулки І ст., МР (1+), Е/А=1,0 Висновок: ВВС: ДМПП вторинний до 1.5 в діаметрі, помірна ЛГ.. Дилатація правих відділів. Відносна ТН І—11 ст.. Пролапс МК І ст. МР 1 + . Помірна дилатація « ЛП. СЗМ збережена...

Дані лабораторних досліджень (18.03.11): Заг. аналіз крові: Ер 4,6Т/л, Гем 147г/л, Л 4,617л, П 3%, С 63%, Е 1%, Л 29%, М 4%, ШОЕ 5мм/год. *Заг. аналіз сечі:* 130,0мл, сол. жовта, прозора, питома вага 101 Іг/л, рН 5,0; білок , цукор не виявлено, і Осад: лейкоцити 2-3 в п/з; слиз (+), епітелій пл.. ++. *Кал на я/г:* не виявлено. *RW:* негатив. №10034 від 18.03.11. *Біохімія крові:* загальний білірубін 23,9мкмоль/л, прямий 4,4мкмоль/л, ALT 0,81 мкмоль/(годхмл); AST 0,74м кмоль/(год* мл); заг. білок 79,0г/л, альбумін 44,0г/л; сечовина 2,4ммоль/л; ; холестерин 5,2ммоль/л. Цукор крові: 4.3ммоль/л.

Лікування: аспаркам, рибоксин, есенціале, строфантин, тіотриазолін,

беталок ЗОК, торсід, аторвакор, лозап.

А де антиагрегант?

Виписаний з покращенням під "Д" нагляд кардіолога за місцем проживання.

Рекомендовано: заходи з модифікації способу життя (модифікація харчування: обмеження вживання тваринних жирів, холестерину та легкозасвоєваних вуглеводів, обмеження вживання рідини і солі; достатнє вживання рослинних жирів, свіжих овочів, фруктів, рослинної клітковини, зернових та знежирених молочних продуктів, прийом харчових полівітаміно-мінеральних додатків; регулярна помірна фізична активність; відмова від куріння та зловживання алкоголем; психогігієна).

Медикаментозна терапія:

1. беталок ЗОК 25мг. рано (контроль АТ, пульсу),
2. лозап 25 мг.. зранку постійно,
3. равель SR 1т. рано натщесерце 2р/т- постійно (контроль АТ, калію та креатиніну сироватки),
4. атокор 20 мг. вечером постійно,
5. предуктал МР 1т. 2р/д - 1 міс,
6. тріфас Іт. 2р/тиждень.

кардіосклероз. Гіпертонічна хвороба II стд. Пролапс МК I ст. Повна блокада правої ніжки п. Гіса. СН ПА стд.

Діагноз супутній: Хронічний калькульозний холецистит без ознак загострення.

Скарги: на напади стискуючого за груднинного болю та задишку, що виникають при помірних фізичних навантаженнях та психоемоційному стресі, а також у стані спокою; **підйоми АТ, що супроводжуються головним болем;** періодичні набряки гомілок, відчуття важкості у правому підребер'ї.

ЕКГ(17.03.11): ритм синусовий, правильний, з ЧСС 64уд/хв., **нормальна вісь**, вольтаж збережений, ПЗ у V2. Повна блокада правої ніжки п. Гіса

Ехо-КС (24.03.11): КДР-4,2см, КСР-3,0см, КДО-84мл, КСО-36мл. **ФВ-57%**. МШП Т-0,9- 1,0см; ЗСЛШ Т-0,9-1,0см, ЛП-4,2см. Ао-3,5см, Др 3,0 мм.рт.ст., АР 1+, ПШ-4,9-5,0см, ТР (1-2+), Др 30,0мм.рт.ст., СТ у ЛА 40 мм.рт.ст, Др 2,5 мм.рт.ст, Гіас 101 мс. МК - "ЧУГ-подібної форми, пролапс передньої стулки I ст., МР (1+), Е/А=1,0 Висновок: ВВС: ДМПП вторинний до 1.5 в діаметрі, помірна ЛГ.. Дилатація правих відділів. Відносна ТН I—11 ст.. Пролапс МК I ст. МР 1 + . Помірна дилатація « ЛП. СЗМ збережена...

Лікування: аспаркам, рибоксин, есенціале, строфантин, тіотриазолін, беталок 3ОК, торсід, аторвакор, лозап. А де антиагрегант?

Виписаний з покращенням під "Д" нагляд кардіолога за місцем проживання.

Рекомендовано: заходи з модифікації способу життя (модифікація харчування: обмеження вживання тваринних жирів, холестерину та легкозасвоюваних вуглеводів, обмеження вживання рідини і солі; достатнє вживання рослинних жирів, свіжих овочів, фруктів, рослинної клітковини, зернових та знежирених молочних продуктів, прийом харчових полівітамінно-мінеральних додатків; регулярна помірна фізична активність; відмова від куріння та зловживання алкоголем; психогігієна).

Медикаментозна терапія:

1. лозап 25 мг.. зранку постійно,
2. беталок 3ОК 25мг. рано (контроль АТ, пульсу),
3. **равель SR 1т.рано натщесерце 2р/т- постійно** (контроль АТ, калію та креат)
4. атокор 20 мг. вечером постійно,
5. предуктал МР 1т. 2р/д - 1 міс,
6. **тріфас 1т. 2р/тиждень.**

А де анти тромботичний пр-т?

Значення історії хвороби

- **Юридичне:**

і не тільки для завідуючого відділенням чи начмеда, доцента чи професора, патанатома, але і страховика (при страховій медицині!), слідчого, прокурора та судді!

- не сміють бути виправлення, підтирання, наклейки- бо будуть оцінені як зроблені “post factum”!

Значення історії хвороби

- **Юридичне:**

і не тільки для завідуючого відділенням чи начмеда, доцента чи професора, патанатома, але і страховика (при страховій медицині!), слідчого, прокурора та судді!

- розбірливо підписи лікарів, консультантів (автора!);

- юридична відповідальність лікуючого лікаря, а не консультантів, консилиумів

(консилиум- це колективна безвідповідальність!)

Значення історії хвороби

- **Юридичне:**

Нове!

- “Погоджувальний лист”-інформована згода пацієнта на проведення того чи іншого діагностичного чи лікувального втручання!

(як певний юридичний захист лікаря!)

Значення історії хвороби

- **Юридичне:**

Недбале заповнення історії хвороби, стандартні загальні фрази в щоденниках(без інтерпретації обстежень та їх результатів, без обґрунтування діагнозів та лікування), підчистки, виправлення, відсутність згоди пацієнта на складні діагностичні процедури та оперативне лікування- свідчення, як мінімум, недобросовісного виконання лікарем своїх обов'язків! Тобто халатність!

Значення історії хвороби

- **Юридичне:**

ЛКК- лікарська контрольна комісія:

розбір кожного летального випадка саме через аналіз історій хвороб померлих (як за змістом- якість обстеження та лікування, співпадіння діагнозів, помилки та їх значимість, так і за формою- якість оформлення історії хв.)

Періодичне вибіркове рецензування історій хвороб відділень:

(за певний період : 20-30 за якийсь місяць)

Значення історії хвороби

- **Навчальне:**

Аналіз з студентами, інтернами та лікарями історій хвороб пацієнтів з цікавими клінічними випадками та рідкісними хворобами

Подагра







Clinical case of leiomyoma of esophagus

Rishko A.A., Kelemen I.Y., Babenko O.S.

Uzhgorod State University, Uzhgorod Central City Clinical Hospital,
Regional Clinical Hospital

Clinical case of successful diagnostics and treatment of rare disease – benign esophageal tumor (leiomyoma) as a cause of cardialgia and EKG changes from cardiologic department practice is represented.

Actuality and responsibility of differential diagnostics of cardialgia and retrosternal pain is underlined.

О.А. РІШКО, М.М. ШЮТЄВ, І.І. ПОЛЯК-МИТРОВКА, В.Т. БЛЕЦКАН, Л.К. СМАГІНА,

Б.Л. СВЕТЕЛСКИ

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра факультетської терапії, Ужгород

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК РІДКІСНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ НА АРГІРІЮ

Аргірія







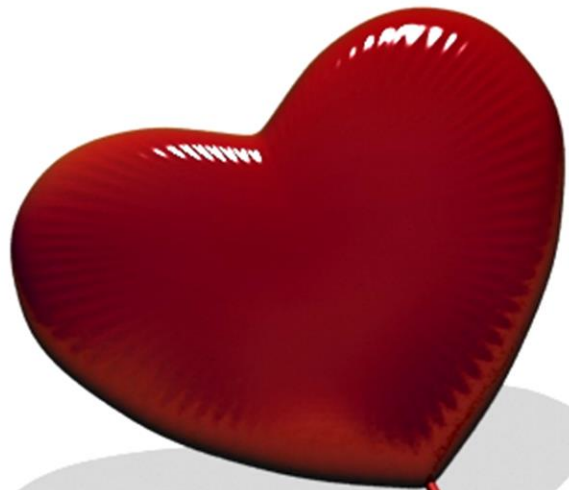


Гіпоксемічна артропатія



“Історія хвороби”

- Історія хвороби - основний медичний документ та його значення:
 - Лікувально-діагностичне;
 - Науково-практичне;
 - Виховне;
 - Юридичне



**Дякую за
увагу!!!!**

Клінічний випадок:

- **Хв. 52-х років** **скаржиться** на серцебиття та перебої в роботі серця, швидку втомлюваність, задишку при швидкій ході. Останні 3-4 місяці відмічає загрудинний дискомфорт при підйомі на 3-4 поверх, тривалістю 2-3 хв. Впродовж 8-ми років знає про наявність АГ, але не лікується. Палить з студентських років.

Об'єктивно: надмірної маси тіла (114 кг при зрості 179 см). Ліва межа серця зміщена на 2 см вліво від середньоключичної лінії. Тони серця аритмічні (екстрасистоля), ослаблені; на верхівці серця систолічний шум, над аортою – систолічний шум та акцент II тону. АТ – 160/100 – 170/105 мм рт.ст., пульс- 92 за 1 хв. В легенях ослаблене везикулярне дихання. Печінка +3см, чутлива. Гомілки пастозні.

Клінічний випадок:

- II етап: Групування симптомів у синдроми з виділенням головного

1. Кардіалгічний

2. Аритмічний

3. Серцевих шумів

} С-м ураження ССС

4. Кардіомегалічний

5. Артеріальної гіпертензії

6. Дихальної недостатності } С-м ураження БЛС

7. Гепатомегалічний } С-м ураження печінки

8. набряковий

9. ожиріння

Клінічний випадок:

- II етап: Групування симптомів у синдроми з виділенням головного

1. Кардіалгічний

2. Аритмічний

3. Серцевих шумів

} С-м ураження ССС

4. Кардіомегалічний

5. Артеріальної гіпертензії

6. Недостатності кровообігу } С-м Серцевої недостатності
- МКК та ВКК

7. Ожиріння

Клінічний випадок:

- II етап: Групування симптомів у синдроми з виділенням головного

1. Кардіалгічний

2. Аритмічний

3. Серцевих шумів

} С-м ураження ССС

4. Кардіомегалічний

5. Артеріальної гіпертензії

6. Серцевої недостатності

- недостатності кровообігу

7. Ожиріння

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

Синдром ураження ССС:

загрудинний дискомфорт

при підйомі на 3-4 поверх, тривалістю 2-3 хв.

а) патогенез симптому з виходом на анатомічний субстрат

Міокард

б) перелік можливих причин його ураження

ішемія, некроз, запалення, невроз

в) дифдіагностика **ЛПТІХ ↑↓**

Попередній д-з:

ІХС: Стабільна стенокардія III ФК. Дифузний кардіосклероз з екстрасистолією. ГХ II стадія, 2 ступінь. ХСН II А стадія, II ФК.

III етап: Дифдіагностика головного синдрому (чи симптому)

Результати обстеження:

Рентген ОГК; ЕКГ; Ехо-КС;

ЕКГ: Синусова тахікардія з ЧСС 90/хв, одиночні лівошлуночкові ЕС.

Гіпертрофія лівого шлуночка ($RV5, V6 > RV4$), ”-” Т у I, AVL, V4-V6; пат. Q в III та AVF.

ЕХО: Дегенеративні зміни аорти та аортального клапана; концентрична гіпертрофія лівого шлуночка; вогнище акінезії в задній стінці лівого шлуночка. Дилатація лівих порожнин серця. СЗЛШ знижена (ФВ 38%).



Клінічний дагноз:

ІХС: Стабільна стенокардія II ФК.

Постінфарктний (Q-ІМ ЗСЛШ) та дифузний кардіосклероз, аортосклероз.

ГХ III стадія, 2 ступінь. Лівошлуночкова екстрасистоля. ХСН II А стадія із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ФВ 38%), III ФК. Абдомінальне ожиріння II ступеня.

Ризик дуже високий.

ФР: паління .

IV етап: Перевірка діагнозу практикою

- Принципи лікування:

1-Комплексність (різними засобами на різні ланки етіопатогенезу)

-Режим

-Дієта

-Медикаменти

-ЛФК, фіто-, мануальна... терапія

-етіологічне

-патогенетичне

-симптоматичне

-загальноукріплююче

2 -Індивідуальність (вік, стать, супутні хвороби, збудник...)

3 -Неперервність (повний курс, а деякі- позитивно)

4 -Спадкоємність (Сімейний лікар! П-ка→Стац→ШМД→Стац)

Клінічний дагноз:

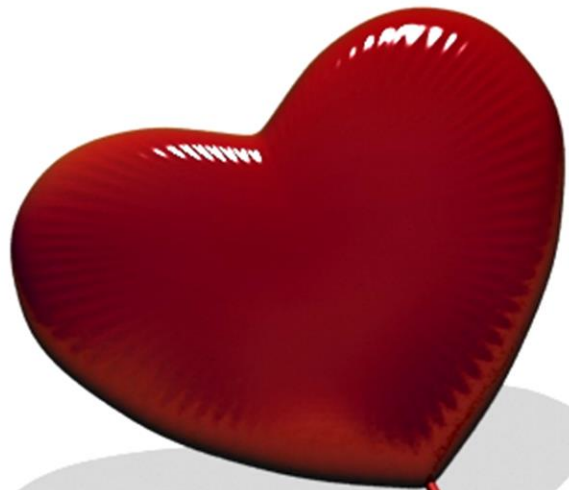
ІХС: Стабільна стенокардія II ФК.

Постінфарктний (Q-ІМ ЗСЛШ) та дифузний кардіосклероз, аортосклероз.

ГХ III стадія, 2 ступінь. Лівошлуночкова екстрасистоля. ХСН II А стадія із систолічною дисфункцією лівого шлуночка (ФВ 38%), III ФК. Абдомінальне ожиріння II ступеня.

Ризик дуже високий.

ФР: паління .



**Дякую за
увагу!!!!**