



МИР МЕДИЦИНЫ

(196) 2016

Ежемесячный журнал для медицинских сестер,
фельдшеров, акушерок, лаборантов и валеологов

Практикующему
фельдшеру

Профессиональное
обучение

Вопрос-ответ

Актуально

Последипломное
образование

Лечебное питание

Школа кардиолога

Комментарий
эксперта

Обмен опытом

Справочный отдел

Медколлектив

Медицина катастроф

Страницы истории

Прикладная психология

Новые технологии в медицине

ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ



продуктов питания в жареном или копченом виде.

Диета рекомендует прием в пищу овощных супов-пюре; рыбы и курицы; молочных продуктов; фруктов и ягод.

Данная диета направлена на нормализацию работы желудочно-кишечного тракта.

Лечение дуоденогастрального рефлюкса невозможно без медикаментозной терапии, поэтому больному назначают прокинетики, антациды,

антибиотики, а также физиотерапевтические процедуры.

С целью профилактического лечения рекомендуется совокупность процедур и упражнений, главной задачей которых является укрепление брюшного пресса. Ускорить процесс выздоровления пациента при лечении дуоденогастрального рефлюкса возможно с помощью трав (фитотерапия). Наиболее эффективными считаются отвары, приготовленные из листьев зверобоя.

И.А. ГЕРМЕНЧУК, доцент кафедры внутренних болезней № 1 УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н.

И.М. ЗМАЧИНСКАЯ, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней УО «Белорусский государственный медицинский университет», к.м.н.

ОСНОВЫ СИНДРОМНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Процесс постановки диагноза состоит из нескольких этапов: выявление симптомов, объединение симптомов в синдромы и, собственно, постановка диагноза.

Синдром — это совокупность симптомов, объединенных общим патогенезом. На основании конкретных симптомов и признаков, полученных с помощью основных и дополнительных методов обследования, можно выделить ряд синдромов, характерных для заболеваний той или иной системы органов. Выделение синдромов — важный этап на пути к правильному диагнозу.

Клинический опыт учит: насколько бы ни были совершенны новые методы исследования, данные, полученные с их помощью, редко могут быть использованы без учета результатов традиционного обследования больного. Это относится, прежде всего, к расспросу, который часто имеет решающее значение в диагностике, а также к таким традиционным методам обследования, как осмотр, пальпация, перкуссия и аускультация.

Основная методическая проблема в диагностике на первом этапе общения с медицинским работником (фельдшером) заключается в том, как перейти от симптома к синдрому, а затем к диагнозу, который впоследствии будет уточняться при проведении дополнительных исследований.

В данной публикации будут приведены основные синдромы, необходимые для диагностики легочных заболеваний.

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ЖИДКОСТИ В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ

Плевральная полость в норме содержит небольшое количество серозной жидкости. Она выделяется париетальной плеврой, снабжаемой кровью из сосудов большого круга кровообращения (давление в капиллярах 30 мм водного столба) и всасывается ее висцеральным листком (снабжаемым кровью из малого круга кровообращения с давлением в капиллярах 10 мм вод. ст.).

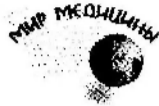
Избыточное накопление жидкости связано с воспалительными процессами в плевре, легких, грудной стенке, средостении, диафрагме, поддиафрагмальном пространстве или нарушением гидростатических и(или) онкотических сил. В норме у 10% людей рентгенологически выявляют в плевральной полости 100 мл жидкости. Наличие более 500 мл жидкости определяется при физикальном обследовании.

Свободная жидкость окружает легкое со всех сторон на одном уровне. Верхняя ее граница, независимо от состава жидкости, горизонтальна.

Определяемая при физикальном и рентгенологическом обследовании косая линия Дамуазо обусловлена наличием различной толщины жидкости на разных уровнях и не соответствует истинной верхней горизонтальной границе выпота. По мере накопления жидкости происходит спадение легкого (компрессионный ателектаз выше уровня скопления жидкости) и смещение средостения в противоположную сторону (треугольник Раухфуса-Грокко).

Плевральный выпот может образовываться:

- при гидротораксе, возникающем вследствие:
 - сердечной недостаточности;
 - цирроза печени;
 - нефротического синдрома;
- при экссудативном инфекционном плеврите, возникающем вследствие:
 - туберкулеза;
 - пневмонии;
 - актиномикоза;
 - бластомикоза;



ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ

- при экссудативном асептическом плеврите, возникающем вследствие:
 - рака легкого;
 - инфаркта легкого;
 - лимфомы, лимфогранулематоза;
 - травмы грудной клетки;
 - диффузных заболеваний соединительной ткани;
 - панкреатита;
 - синдрома Мейгса (доброкачественная опухоль яичников с плевритом и асцитом);
 - мезотелиомы плевры;
 - гипотериоза;
 - авитаминоза (витамины С, В и др.)

Жалобы больного:

- одышка (при скоплении более 1 л жидкости из-за уменьшения жизненной емкости легких (ЖЕЛ) и нарастающей дыхательной недостаточности по рестриктивному типу);
- тяжесть, чувство распирания на стороне поражения;
- сухой кашель;
- слабость, часто на фоне лихорадки.

Физикальные данные, определяемые при:

осмотре:

- положение больного вынужденное с приподнятой верхней частью туловища и наклоном в сторону скопления жидкости;
- цианоз кожных покровов и слизистых, возможно набухание шейных вен;
- ограничение дыхательных экскурсий;
- увеличение в объеме пораженной половины грудной клетки;
- сглаженность или даже выбухание межреберных промежутков на пораженной стороне;

пальпации:

- ослабление или полное исчезновение голосового дрожания;
- увеличение резистентности грудной клетки на пораженной стороне;
- положительный симптом Винтриха (отечность мягких тканей — кожа, взятая в складку на стороне поражения, оказывается более массивной, чем на здоровой);

СИНДРОМ СКОПЛЕНИЯ ВОЗДУХА В ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ (ПНЕВМОТОРАКС)

Пневмоторакс — это патологическое состояние, характеризующееся скоплением воздуха между висцеральной и париетальной плеврой.

В зависимости от причины пневмотораксы делят на травматические, операционные, спонтанные и искусственные. В практической деятельности фельдшеру чаще приходится иметь дело со спонтанным пневмотораксом, т. е. скоплением воздуха, не связанным с механическим повреждением легкого или грудной клетки в результате травмы, врачебных манипуляций.

перкуссии:

- над зоной скопления жидкости наблюдается укорочение или абсолютная тупость легочного звука;
- верхняя граница пораженной зоны имеет косой профиль (линия Дамуазо) с максимальной точкой по задней аксиллярной линии и спускается вниз к позвоночнику;
- выявляется ограничение подвижности нижнего легочного края;
- перкуторные границы тупости сердца и средостения смещены в здоровую сторону, образуется треугольник Раухфуса-Грокко, сторонами которого являются: линия позвоночника, диафрагма, продолжение линии Дамуазо на здоровую сторону грудной клетки.

аускультации:

- над зоной скопления жидкости везикулярное дыхание резко ослаблено или не выслушивается — только при рассасывании жидкости появляется шум трения плевры, определяемый на вдохе и на выдохе, который носит прерывистый характер, напоминает хруст снега под ногами, усиливается при надавливании стетоскопом на грудную клетку, сохраняется при имитации дыхательных движений, иногда слышен на расстоянии между стетоскопом и грудной клеткой (симптом Шукарева);
- бронхофония ослаблена или не определяется.

При рентгенологическом обследовании (рентгеноскопия, рентгенография) выявляется интенсивное однородное затемнение легочной ткани с косым вогнутым верхним уровнем, тень средостения смещена в противоположную сторону, оттеснена вниз диафрагма.

Диагностическая и лечебная плевральные пункции позволяют установить характер жидкости (транссудат при гидротораксе, экссудат при экссудативном плеврите, кровь при гемотораксе, лимфа при хилотораксе, гной при эмпиеме плевры).

Терапевтические мероприятия при синдроме скопления жидкости в плевральной полости направлены на лечение основного заболевания.

Причины возникновения спонтанного пневмоторакса:

- деструктивные процессы в легком (абсцесс, гангрена, порыв туберкулезной каверны или бронхоэктазы);
- врожденные кисты легких (кистозная гипоплазия), эхинококковые кисты;
- рак легкого с распадом;
- сифилис легкого;
- прорыв в плевральную полость дивертикула пищевода, поддиафрагмального абсцесса.

ПРАКТИКУЮЩЕМУ ФЕЛЬДШЕРУ



Спонтанный пневмоторакс развивается у лиц без клинически выраженного предшествующего заболевания. Чаще всего возникает в результате разрыва субплеврально расположенных тонкостенных полостей (буллезная эмфизема). У лиц молодого возраста эмфизема часто обусловлена врожденной недостаточностью α_1 -антитрипсина, что ведет к ферментативному разрушению легочной ткани, или врожденной конституциональной слабостью плевры.

Появление воздуха в плевральной полости значительно повышает внутриплевральное давление, в результате чего происходит сдавление и спадение легочной ткани, смещение средостения в противоположную сторону, опущение купола диафрагмы, сдавление и перегиб больших кровеносных сосудов в средостении. Это ведет к развитию острой дыхательной недостаточности, нарушению кровообращения.

По распространенности спонтанный пневмоторакс может быть тотальным и частичным, или парциальным.

При типичном течении пневмоторакс развивается после физического напряжения, приступа кашля, смеха, реже — без видимых причин, даже во время сна. Болеют чаще мужчины, существуют 2 пика заболеваемости — 20-35 и 50-70 лет.

Жалобы больного:

- сильные колющие боли в грудной клетке на стороне поражения;
- одышка, иногда удушье;
- сухой приступообразный кашель;
- сердцебиение.

Физикальные данные, определяемые при осмотре:

- одышка (дыхание поверхностное, учащенное), редко цианоз;
- увеличение объема грудной клетки, отстаивание дыхания большой половины, расширение межреберных промежутков;

пальпации:

- увеличение резистентности грудной клетки на стороне поражения, ослабление, вплоть до отсутствия, голосового дрожания;
- при развитии подкожной эмфиземы — крепитация;

перкуссии:

- тимпанический звук на стороне пневмоторакса;
- ограничение дыхательных экскурсий на стороне поражения;
- смещение границ относительной сердечной тупости в здоровую сторону;

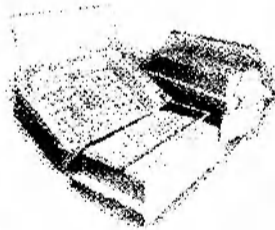
аускультации:

- ослабление (иногда отсутствие) везикулярного дыхания и бронхофонии.

Все клинические признаки развиваются после коллапса легкого на 40%, что затрудняет диагностику.

При рентгенографии легких в двух проекциях выявляется пристеночное просветление, лишенное легочного рисунка, и край спавшегося легкого; а также смещение средостения в здоровую сторону и купола диафрагмы книзу.

При возникновении спонтанного пневмоторакса необходимо проведение неотложных мероприятий в условиях торакального или специализированного пульмонологического отделения.



КОНТЕЙНЕРЫ ОТ БЕЛОРУССКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

Контейнеры для транспортировки: пробирок; образцов мокроты или другого биологического материала; предметных стекол; флаконов

Контейнеры для забора крови

Конструкция всех контейнеров исключает самопроизвольное или преднамеренное открытие крышки при переноске
Контейнеры легко разбираются

Контейнеры для химической дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения

Контейнеры имеют единую конструкцию:

ванна с решетом и гнетом, крышка

Отличаются габаритными размерами, в зависимости от которых

используются для обработки различных ИМН

Емкость: 0,1 л; 0,5 л; 1 л; 3 л; 5 л; 6 л; 10 л

Все контейнеры изготовлены из высококачественного полистирола белого цвета, имеют современный дизайн, удобны в работе

Рег. удостоверение МЗ РБ № ИМ-7.5055/1404 действительно до 15.04.2019 г.

Сертификат продукции собственного производства № 81 от 20.01.2015 г.

Тел: 20519200

ООО «НТМ-2000»: 220089, г. Минск, ул. Гурского, 31, офис 15
тел./факс: (017) 3727011, 2050554, e-mail: ntm-2000@tut.by, сайт: www.ntm.by

