МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ СУХОМУ ТА ЕКСУДАТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ. СИНДРОМ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Методичні рекомендації
для самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Харків – 2019

УДК 616.25-002-07(072)
О-75

Рецензенти:

Є. Я. Ніколенко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;
О. В. Дорошенко – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 1 від 30.10.2019 р.)

О-75

Основні симптоми та синдроми при сухому та ексудативному плевриті. Синдром дихальної недостатності : методичні рекомендації для самостійної підготовки до практичних занять здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» / уклад. : М. С. Бринза, О. С. Махаринська, Е. В. Карнаух та ін. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 26 с. : веб-сайт : http://medicine.karazin.ua/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-meditsini-i-fizichnoi-reabilitatsii-/navchalno-metodichni-materiali-dlya-studentiv

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Надається орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти, де чітко визначені, послідовно та детально описані рекомендації щодо підготовки на кожному етапі практичного заняття. Наведено перелік основних теоретичних питань і практичних навичок, структура та зміст теми, надані тестові завдання для контролю вихідного та кінцевого рівня знань, вказана основна та додаткова література, у додатках є посилання на електронні ресурси навчально-методичних матеріалів кафедри.

УДК 616.25-002-07(072)
© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2019
© Колектив укладачів, 2019

ЗМІСТ

Орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти під час підготовки до практичних занять ……. 4

Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття **«ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ СУХОМУ ТА ЕКСУДАТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ. СИНДРОМ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ»** ……..……..……... 7

ОСНОВНІ ПИТАННЯ (основні теоретичні питання та основні практичні навички з теми практичного заняття) ..…….. 7

Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ ……. 8

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ ……... 10

Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ ...…….. 19

САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання за темою практичного заняття ...…….. 21

Список рекомендованої літератури (основна, додаткова) ……. 22

Додаток 1. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету …….. 23

Додаток 2. ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна eKhNUIR ……...…… 24

Додаток 3. Офіційна група у Facebook, що присвячена кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Новини, оголошення, корисна інформація для студентів ……. 25

ОРІЄНТОВНА КАРТА РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Підготовчий етап:	
1.	Знати **міждисциплінарну інтеграцію** теми практичного заняття із набутими теоретичними знаннями та практичними навичками з базових дисциплін (медична біологія, медична та біологічна фізика, латинська мова, анатомія людини, нормальна та патологічна фізіологія, біологічна та біоорганічна хімія, патологічна анатомія, мікробіологія, вірусологія та імунологія, фармакологія, філософія тощо). Знати термінологію (і в латинській транскрипції).
2.	**Мотиваційна характеристика** та **обґрунтування теми** практичного заняття для **формування клінічного мислення**, зокрема для подальшого формування умінь застосовувати знання щодо діагностики основних симптомів і синдромів та можливостей сучасних лабораторно-інструментальних методів обстеження внутрішніх органів у процесі подальшого навчання та у майбутній професійній діяльності.
3.	Ознайомитися з видами навчальної діяльності, інформація за якими надана на довідкових стендах кафедри: **тематично-календарні плани лекцій**, **практичних аудиторних занять** та **позааудиторна самостійна робота здобувачів** вищої медичної освіти 3-го року навчання, що відповідають Навчальному плану типової та робочої Програми навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини».
4.	Використання відповідної основної і додаткової **навчально-методичної літератури**: ● **підручники** та **навчальні посібники** (друковані та електронні варіанти), список яких наданий у цих методичних рекомендаціях після теоретичного розділу; ● **навчально-методичні матеріали кафедри** (методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» до практичних занять та для позааудиторної самостійної

роботи);

● відвідування **лекцій** (аудиторне лекційне забезпечення навчального процесу з використанням презентацій multi-media) – згідно з тематично-календарним планом.

Для підготовки використовувати **друковані видання**, які можна отримати в бібліотеці, та/або **електронні** версії цих видань, що розміщені на офіційному сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments (навігація за розділами: ... / Факультети / Кафедри / Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації) – див. Додаток 1;

та у відкритій інтерактивній базі електронного архіву ресурсів Репозитарію ХНУ імені В. Н. Каразіна http://ekhnuir.univer.kharkov.ua (навігація: Медичний факультет / Навчальні видання. Медичний факультет) – див. Додаток 2.

Бажано нотувати основні питання у вигляді конспектів.

Основний етап:

Практичні заняття тривалістю 4 академічні години проводяться на **клінічній базі кафедри** — спеціалізована медико-санітарна частина № 13 (Харків, Київський район, проспект Академіка Курчатова, 29) – майбутня університетська клініка ХНУ імені В. Н. Каразіна – див. Додаток 3.

Увага! Кожен здобувач вищої медичної освіти зобов'язаний мати медичний халат, змінне взуття, медичну шапочку, маску, бахіли, стетофонендоскоп, тонометр.

1. Для досягнення навчальної мети практичного заняття та засвоєння теоретичної частини теми треба **ВИВЧИТИ** та **ЗНАТИ** відповіді на **основні теоретичні питання** з теми заняття (див. перелік основних теоретичних питань), які будуть перевірятися викладачем шляхом усного та/або письмового опитування (корекція, уточнення, доповнення відповідей) на основному етапі проведення практичного заняття.

2. **ВМІТИ** вирішувати з поясненнями теоретичні, тестові (для контролю вихідного та кінцевого рівня знань), ситуаційні задачі та рецептурні завдання, які запропоновані для засвоєння теми.

3.	**ОВОЛОДІТИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ** з теми заняття: ● Брати активну участь у демонстрації викладачем методики дослідження тематичного хворого та відпрацьовувати практичні навички біля ліжка хворого під контролем викладача. ● Провести курацію хворих, дати інтерпретацію отриманим лабораторним та інструментальним методам дослідження, вміти користуватися необхідними приладами та інструментами. ● Встановити синдромний діагноз, провести диференційний діагноз, проаналізувати принципи лікування, виписати рецепти на основні лікарські препарати.
4.	**ВИКОНАТИ** обов'язкові завдання, що передбачені для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи.
	Заключний етап:
1.	На підставі опанування теоретичних знань та практичних навичок з теми формувати клінічне мислення та навички встановлення синдромного діагнозу для подальшого навчання професії лікаря.
2.	Написання відповідного розділу історії хвороби – за планом.

За період вивчення дисципліни «**Пропедевтика внутрішньої медицини**» передбачено написання двох історій хвороби:

1) **Анамнестична історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання) — оформлюється до закінчення **осіннього семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

2) **Повна історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання, об’єктивне дослідження пацієнта, написання плану обстеження, трактовка результатів лабораторних та інструментальних досліджень, постановка синдромального діагнозу) — оформлюється до закінчення **весняного семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття

«ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ СУХОМУ ТА ЕКСУДАТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ. СИНДРОМ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ»

Підвищити рівень знань з питань етіології, патогенезу, класифікації, клініки та діагностики хворих на сухий та ексудативний плеврит, синдром дихальної недостатності (СДН). Навчити здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання сучасній тактиці ведення хворих з СДН.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ

Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ЗНАТИ (основні теоретичні питання)

1. Визначення поняття плеврити та СДН.
2. Причини виникнення плевритів та СДН.
3. Класифікація плевритів та СДН.
4. Патогенетичні механізми плевритів та СДН.
5. Характеристика основних клінічних синдромів СДН.
6. Основні методи діагностики плевритів та СДН.

Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ВМІТИ (основні практичні навички з теми практичного заняття)

1. Проводити опитування хворих на плеврити та СДН.
2. Проводити фізикальне обстеження хворих на плеврити та СДН.
3. Ставити попередній діагноз плевритів та СДН.
4. Призначити комплексне лікування хворим на плеврити та СДН.
5. Оцінювати загальний стан пацієнта з плевритами та СДН.
6. Оцінювати результати додаткових методів дослідження.

Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Які побічні дихальні шуми характерні для синдрому ущільнення плевральних листків?
   A. Крепітація.
   B. Шум тертя плеври.
   C. Вологі гучні хрипи.
   D. Вологі негучні хрипи.
   E. Бронхіальне дихання.
2. Які з наведених ознак не характерні для хворого на сухий плеврит?
   A. Задишка.
   B. Посилення голосового тремтіння.
   C. Відставання ураженої половини грудної клітки під час акту дихання.
   D. Шум тертя плеври.
   E. Біль в грудній клітці під час кашлю та дихання.
3. Які з наведених ознак не характерні для хворого на ексудативний плеврит?
   A. Задишка.
   B. Посилення голосового тремтіння нижче лінії Еліса–Дамуазо.
   C. Відставання ураженої половини грудної клітки під час акту дихання.
   D. Тупий звук нижче лінії Еліса–Дамуазо.
   E. Везикулярного дихання нижче лінії Еліса–Дамуазо не має.
4. Які з наведених ознак не характерні для хворого на ексудативний плеврит?
   A. Задишка
   B. Відставання ураженої половини грудної клітки під час акту дихання.

C. Голосового тремтіння нижче лінії Еліса–Дамуазо не має.

D. Тупий звук нижче лінії Еліса–Дамуазо.

E. Бронхіальне дихання нижче лінії Еліса–Дамуазо.

5. Які з наведених ознак не характерні для хворого на ексудативний плеврит?

A. Задишка.

B. Голосового тремтіння нижче лінії Еліса–Дамуазо не має.

C. Кашель з виділенням мокротиння.

D. Тупий звук нижче лінії Еліса–Дамуазо.

E. Везикулярного дихання нижче лінії Еліса–Дамуазо не має.

6. Яке вимушене положення хворого характерно для сухого плевриту?

A. На ураженому боці.

B. На здоровому боці.

C. З нахилом уперед.

D. Горизонтально на спині.

E. З нахилом уперед і фіксованим верхнім плечовим поясом.

7. Яке вимушене положення хворого характерно для ексудативного плевриту?

A. На ураженому боці.

B. На здоровому боці.

C. З нахилом уперед.

D. Горизонтально на спині.

E. З нахилом уперед і фіксованим верхнім плечовим поясом.

8. Які додаткові дихальні шуми вислуховуються над ураженою поверхнею у разі ексудативного плевриту?

A. Крепітація.

B. Шум тертя плеври.

C. Бронхіальне дихання.

D. Вологі негучні хрипи.

E. Ніякі.

9. Які рентгенологічні ознаки ексудативного плевриту?

A. Посилення легеневого малюнку.

B. Посилення прикореневого малюнку.

C. Гомогенне затемнення.

D. Інфільтративне затемнення легеневої тканини.

E. Підвищення прозорості легеневої тканини.

10. Який кашель характерний для хворого на сухий плеврит?

A. З виділенням незначної кількості серозного мокротиння.

B. З виділенням серозно-гнійного мокротиння.

C. З виділенням рожевого мокротиння.

D. З виділенням гнійного мокротиння.

E. Сухий.

Еталони відповідей: 1–C, 2–B, 3–B, 4–E, 5–C,6–A, 7–B, 8–A, 9–C, 10–E.

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ

Актуальність. Детальне розпитування та ретельний огляд хворого із захворюванням дихальної системи (зокрема на сухий та ексудативний плеврит). Об'єктивне дослідження має велике значення у діагностиці захворювань. Лікар, який досконало володіє навичками фізикального дослідження хворого, має надійну підставу для встановлення вірного діагнозу, а в подальшому – правильного лікування хворого.

ПЛЕВРИТ

Плеврит (pleuritis) – запалення листків плеври з утворенням на їх поверхні фібрину (сухий плеврит, фібринозний) чи скупчення ексудату у

плевральній порожнині різного характеру (ексудативний плеврит), а також незапальні процеси в плеврі, які супроводжуються скупченням у ній патологічної рідини.

Класифікація плевритів

I. *За етіологією* плеврити поділяють на:

- інфекційні – спричинені бактеріями, мікобактеріями туберкульозу, рикетсіями, простішими, грибками, паразитами, вірусами;
- неінфекційні (асептичні) – пов'язані з ураженням плеври злоякісними новоутвореннями (карциноматозом), травмою грудної клітки, переламами ребер, оперативним втручанням; інфарктом легенів внаслідок тромбоемболії легеневих артерій; дією ферментів підшлункової залози у разі панкреатиту («ферментативний» плеврит); системним захворюванням сполучної тканини, системними васкулітами; інфарктом міокарду (синдром Дреслера); геморагічними діатезами. Рідина незапального характеру (транссудат) в плевральній порожнині виникає у разі застійної серцевої недостатності, нефротичного синдрому та цирозу печінки,
- ідіопатичні – невизначеної етіології.

II. Залежно від *характеру патологічного процесу* розрізняють плеврити:

- сухі (фібринозні) – запалення плеври з утворенням на її поверхні фібрину;
- ексудативні – запалення плеври зі скупченням у плевральній порожнині ексудату;
- емпієма плеври.

III. Залежно від *характеру ексудату* розрізняють:

- серозний;
- серозно-фібринозний;
- гнійний;
- гнилісний;

- геморагічний;
- еозинофільний;
- холестериновий;
- хільозний;
- змішаний.

IV. За *фазами перебігу* плеврити розділяють на:
- гострі;
- підгострі;
- хронічні;

V. За *локалізацією* плеврального ексудату виділяють плеврити:
- дифузні;
- осумковані;

Плеврити можуть бути наслідком завершеного запалення (адгезивний плеврит, оссифікуючий плеврит).

ПАТОГЕНЕЗ ІНФЕКЦІЙНИХ ПЛЕВРИТІВ

Збудник запалення може потрапити у плевральну порожнину одним з наступних шляхів: при безпосередньому переході інфекції з інфекційних вогнищ в легенях (наприклад, при пневмонії); гематогенним або лімфогенним шляхом; безпосередньо при прямому інфікуванні плеври зі зовнішнього середовища (поранення грудної клітки, оперативне втручання).

У патогенезі деяких форм плевритів, зокрема туберкульозного, суттєву роль відіграє сенсибілізація під впливом специфічного процесу (інфекційно-алергічний плеврит).

Патологічна анатомія.

У разі сухого плевриту листки плеври потовщені, гіперемійовані, на поверхні плеври спостерігається відкладення фібрину, інколи є спайки. За

ексудативного плевриту у плевральній порожнині накопичується випіт. Він може бути геморагічним (у разі пухлин, інфаркту легень, туберкульозу, травми грудної клітки), серозно-фібринозним (алергічні та пневмонічні плеврити), гнилісним (у хворих з гангреною легень).

СУХИЙ ПЛЕВРИТ (Pleuritis sicca)

характеризується такими **симптомами, як**:

- біль у грудній клітці, інтенсивний, що посилюється під час дихання, кашлю, розмови, нахиляння тулуба в протилежний бік, може віддавати в надпліччя, черевну порожнину. Біль зумовлений подразненням нервових закінчень плеври запальним процесом.
- сухий кашель (рефлекторний);
- підвищення температури тіла;
- загальна слабкість, зниження працездатності.

Під час огляду:

- вимушене положення в ліжку на хворому боці, що зменшує екскурсію грудної клітки на хворому боці, відповідно зменшується тертя запалених листків плеври і больовий синдром;
- поверхневе дихання (під час глибокого дихання посилюється тертя плевральних листків, отже посилюється біль);
- відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання.

Пальпація:

- не змінена, іноді відзначається шум тертя плеври в місці запалення.

Перкусія:

- перкуторний звук не змінений;
- зменшення рухливості нижнього легеневого краю з хворого боку.

Аускультація:

- можливе послаблення везикулярного дихання через зниження екскурсії грудної клітки на хворому боці;
- шум тертя плеври в місці запалення.

Дані додаткових методів дослідження:

В деяких випадках помірний лейкоцитоз, прискорена ШОЕ. Рентгенографія грудної клітки: не інформативна, іноді можна побачити потовщення плевральних листків, спайки. Перебіг сухого плевриту сприятливий, через кілька діб хворий одужує.

ЕКСУДАТИВНИЙ ПЛЕВРИТ (Pleuritis exudativa)

характеризується такими **симптомами,** як**:**

- відчуття важкості або біль у боці. Біль може відрізнятися за інтенсивністю (від помірної до гострої). У період накопичення ексудату інтенсивність болю зменшується;
- задишка (під час стискання легені рідиною);
- кашель, не сильний, характерний для початкових стадій, сухий, іноді не має;
- гарячковий стан під час гнійного плевриту – висока лихоманка, озноб;
- можливе зниження артеріального тиску, запаморочення, непритомність.

Під час огляду:

- загальний стан хворого зазвичай середньої тяжкості або тяжкий.
- вимушене положення в ліжку на здоровому боці або сидячи, що дозволяє зменшити тиск рідини на внутрішні органи;
- поверхневе дихання;
- асиметрія грудної клітки за рахунок збільшення об`єму хворого боку; - згладженість, іноді вибухання міжреберних проміжків в області скупчення рідини;

- відставання ураженої половини грудної клітини в акті дихання.

Пальпація:

- голосового тремтіння в місці скупчення рідини не має;
- посилення резистентності хворої половини грудної клітки;
- ригідність міжреберних проміжків в місці скупчення рідини.

Перкусія:

Тупий перкуторний звук над розташуванням рідини. Верхня межа рідини частіше у вигляді зігнутої параболічної лінії – так звана лінія Еліса–Дамуазо, верхня точка якої розташована по задній пахвовій лінії.

Виникнення лінії Еліса–Дамуазо пояснюється більш вільним накопиченням в'язкого ексудату в бічних відділах плевральної порожнини, в реберно-діафрагмальному синусі та піджимом випотом легеневої тканини. Ззаду вона полого опускається до хребта, спереду – вниз до середньоключичної лінії.

В трикутнику Раухфуса–Грокко перкуторний звук притуплений внаслідок зміщення середостіння в здоровий бік. Нижня межа легені зміщена вгору. Брак або зменшення рухливості легеневого краю з хворої сторони. Зникнення простору Траубе за лівостороннього плевриту.

Аускультація:

У місці скупчення рідини дихання не прослуховується або різко ослаблене. Вище межі ексудату дихання бронхіальне, що обумовлено стисненням легені і витісненням з нього повітря.

В трикутнику Гарлянда – з бронхіальним відтінком, в трикутнику Раухфуса–Грокко – послаблене везикулярне.

Дані додаткових методів дослідження:

В загальноклінічному аналізі крові: лейкоцитоз, прискорена ШОЕ. У разі туберкульозних плевритів – лімфоцитоз, ревматичних – нейтрофілез. Рентгенографія грудної клітки: гомогенне затемнення з косою верхньою

межею. За невеликого скупчення рідини - вона накопичується в синусі – синус не простежується. За значного скупчення рідини - зміщення середостіння в здоровий бік й відтискування вниз діафрагми.

Перебіг захворювання залежить від етіологічного чинника. Ексудативні плеврити ревматичної етіології розсмоктуються протягом 2–3 тижнів. Метапневмонічні плеврити протікають відносно легко.

Для плевритів туберкульозної етіології характерний затяжний перебіг з утворенням спайок (осумковані форми плевриту). Важко протікають плеврити за навності гнійного ексудату (емпієма).

У разі тривалого розсмоктування ексудату і значного відкладання на плевральних листках фібрину можливі залишкові зміни: западання грудної клітки на хворому боці, брак рухливості діафрагми, зміщення середостіння в хворий бік, нерідко постійно визначається шум тертя плеври.

Вагоме діагностичне значення мають також торакоскопія, ультразвукове дослідження плевральних порожнин, комп'ютерна томографія.

Плевральна пункція. Застосовується з діагностичною метою – для точної діагностики характеру випоту, та з лікувальною метою – для видалення рідини з наступним введенням лікарських препаратів. Проводиться по задній пахвовій лінії в 8 міжребер'ї по верхньому краю розташованого нижче ребра.

СИНДРОМ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Синдром дихальної недостатності (СДН) – патологічний стан організму, за якого не забезпечується підтримка нормального газового стану крові, або він досягається за рахунок напруження компенсаторних механізмів зовнішнього дихання.

Дихальна недостатність (ДН) виникає під час розвитку багатьох гострих і хронічних захворювань легенів, коли відбувається порушення

функції апарату зовнішнього дихання, що призводить до недостатнього забезпечення організму киснем і видалення з нього вуглекислого газу. Ця функція тісно пов'язана з роботою системи кровообігу, тому за наявності ДН важливим елементом компенсації останньої є посилення роботи серця.

Залежно від причин і механізму виникнення, виділяють 3 типи ДН:

- обструктивний;
- рестриктивний;
- змішаний.

Обструктивний тип ДН виникає у разі важкого проходження повітря через бронхи (обструктивний бронхіт, бронхоспазм, звуження чи стискання трахеї, бронхів та ін.). Під час спірографічного дослідження визначається зниження МВЛ, ФЖЕЛ за незначного зниження ЖЕЛ.

Рестриктивний тип розвивається внаслідок обмеження рухомості легенів, що відзначається за наявності пневмосклерозу, гідро- і пневмотораксу, плевральних спайок, кіфосколіозу, обмеження рухливості ребер. Зменшується ЖЕЛ, МВЛ, однак не виникає перешкоди для динаміки дихального акту.

Змішаний тип об'єднує ознаки обох попередніх типів, часто з превалюванням одного з них. Зустрічається у хворих з тривалими легеневими та серцевими захворюваннями.

ДН виникає також зі збільшенням так званого анатомічного мертвого простору у разі великих порожнин, каверн, абсцесів в легені, а також за умови множинних великих бронхоектазів. Близько до цього типу належить дихальна недостатність внаслідок циркуляторних розладів, наприклад, у разі тромбоемболій, коли частина легені вилучається з газообміну.

Нарешті, дихальна недостатність виникає у разі нерівномірного розподілу повітря в легенях (розподільні порушення), аж до вилучення частин легені з вентиляції, але зі збереженням свого кровопостачання

(пневмонія, ателектаз). При цьому частина венозної крові, що не оксигенується і потрапляє в ліві відділи серця. У разі потовщення альвеолярно-капілярної мембрани (альвеолярно–капілярний блок) порушується двостороння трансмембранна дифузія газів і розвивається ДН, що проявляється артеріальною гіпоксемією і ціанозом; вентиляція посилена.

Безпосередньо не пов'язана з патологією легень ДН у разі токсичного пригнічення дихального центру, анемій, нестачі кисню у вдихуваному повітрі.

Виділяють ***гостру*** ДН (під час нападу бронхіальної астми) і ***хронічну*** ДН (за наявності тривалих захворювань легенів).

Виділяють ***3 ступені*** хронічної ДН:

- I ступінь – поява задишки під час значного або помірного фізичного навантаження;
- II ступінь – виникнення задишки під час незначного фізичного навантаження;
- III ступінь – наявність задишки в спокої.

Виділення стадій ДН під час хронічних захворювань легенів відображає її динаміку в процесі прогресування хвороби.

Клінічна картина. ДН проявляється задишкою, ціанозом, участю додаткової мускулатури в акті дихання, в подальшому – із приєднанням серцевої недостатності (правошлуночкової) внаслідок розвитку гіпертензії в малому колі кровообігу з’являються набряки (легеневе серце).

Першими ознаками ДН є прискорення (тахіпное) та поглиблення дихання, збільшення хвилинного об’єму дихання. У разі бронхіальної астми, емфіземи легень компенсаторно змінюється механіка дихання – посилюється робота дихальних м’язів.

Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Для сухого плевриту характерний біль:

А. Короткочасний.

В. Тривалий.

С. Пов’язаний із кашлем, диханням.

Д. Біль усувається прийомом нітрогліцерину.

Є. Супроводжується кровохаркотинням.

2. Біль під час сухого плевриту посилюється:

А. В положенні лежачі на здоровому боці.

В. У разі глибокого вдиху.

С. Під час нахилів у протилежний бік.

Д. Під час кашлю.

Є. Всі відповіді правильні.

3. Головним симптомом сухого плевриту є:

А. Кашель.

В. Біль в грудній клітці.

С. Задишка.

Д. Шум тертя плеври.

Є. Підвищення температури тіла.

4. Характерними ознаками шуму тертя плеври є:

А. Вислуховується тільки на вдиху.

В. Вислуховується тільки на видиху.

С. Зменшується після кашлю.

Д. Вислуховується на відстані.

Є. Вислуховується на вдиху та на видиху.

5. Характерними ознаками шуму тертя плеври є:

А. Вислуховується тільки на вдиху.

В. Вислуховується тільки на видиху.

С. Зменшується після кашлю.

Д. Вислуховується на відстані.

Є. Вислуховується під час уявного вдиху.

6. В клінічному аналізі крові хворого на плеврит виявляється:

А. Лейкопенія, сповільнена ШОЕ.

В. Еозінофілія.

С. Ерітроцитоз.

Д. Лейкоцитоз, збільшена ШОЕ.

Є. Нейтропенія.

7. Для яких плевритів характерно переважання в плевральному випоті лімфоцитів:

А. Алергічного походження.

В. Туберкульозної та пухлинної етіології.

С. Інфаркту легені.

Д. Під час пневмонії.

Є. У разі ураження нирок.

8. Переважно які клітини крові в плевральному випоті є характерними у разі гострих запальних процесів:

А. Лімфоцити.

В. Еозинофіли.

С. Нейтрофіли.

Д. Еритроцити.

Є. Моноцити.

9. Тупий перкуторний звук при ексудативному плевриті визначається:

А. Над лінією Еліса–Дамуазо.

В. Над трикутником Гарланда.

С. Під лінією Еліса–Дамуазо.

Д. Над трикутником Раухфуса–Гроко.

Є. Над простором Труабе.

10. Лабораторним критерієм відмінності ексудату від транссудату вважають:

А. рівень білка 30–50 г/л, позитивна проба Рівальта.

В. рівень білка 5–25 г/л, позитивна проба Рівальта.

С. рівень білка 30–50 г/л, негативна проба Рівальта.

Д. рівень білка 5–25 г/л, негативна проба Рівальта.

Є. рівень білка не має значення, позитивна проба Рівальта.

Еталони відповідей: 1–С, 2– Є, 3– С, 4–А, 5–Д, 6– В, 7– В, 8–А, 9–Д, 10–В.

САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання
за темою практичного заняття

1. Провести курацію хворих з сухим та ексудативним плевритом, синдромом дихальної недостатності.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам дослідження.
4. Провести диференційний діагноз сухого та ексудативного плевриту, синдрому дихальної недостатності.
5. Назвати ускладнення сухого та ексудативного плевриту, синдрому дихальної недостатності.
6. Виписати рецепти щодо терапії сухого та ексудативного плевриту, синдрому дихальної недостатності.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Ганджа Ш. М. Внутрішні хвороби / Ш. М. Ганджа, В. М. Коваленко, Н. М. Шуба та ін. – Київ : Здоров'я, 2002. – 992 с.
2. Ковалева О. Н. Пропедевтика внутренней медицины : учебник / О. Н. Ковалева, Н. А. Сафаргалина-Корнилова. – К. : Медицина, 2013. – 752 с. + илл. URI : http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/4792.
3. Швец Н. И. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины / Н. И. Швец, А. В. Пидаев, Т. М. Бенца и др. – Киев, 2006. – 752 с.
4. Швець Н. І. Еталони практичних навиків з терапії / Н. І. Швець, А. В. Підаєв, Т. М. Бенца та ін. – Київ : Главмеддрук, 2005. – 540 с.

Додаткова:

1. Конден Р. Клиническая хирургия / Р. Конден , Р. Найхус; пер. с англ. – Москва : Практика, 1998. – 716 с.
2. Малая Л. Т. Терапия : рук-во для студентов и врачей–интернов / Л. Т. Малая, В. Н. Хворостинка. – Харків : Факт, 2001. – 1032 с.
3. Остапенко В. Г. Острые заболевания живота / В. Г. Остапенко, Ф. М. Жмудиков – Минск : Беларусь, 1993. – 432 с.
4. Хворостінка В. М. Факультетська терапія : Підручник / В. М. Хворостінка, Т. А. Моїсеєнко, Л. В. Журавльова. – Харків : Факт, 2000. – 888 с.

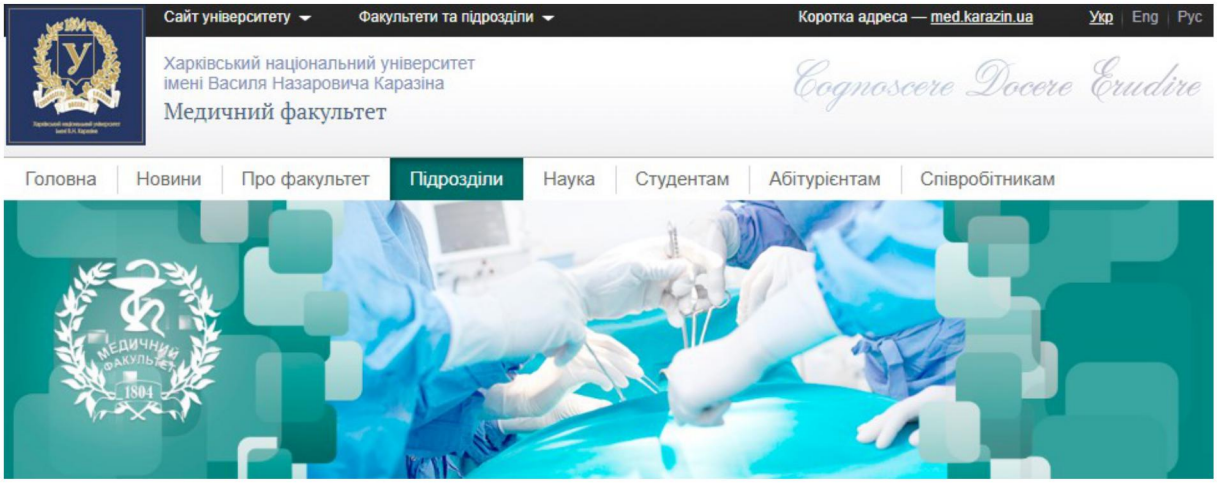
Додаток 1

Офіційний сайт: http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments

Медичний

Кафедри

Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
http://medicine.karazin.ua/departments/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-meditsini-i-fizichnoi-reabilitatsii-



- Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації

- Історія кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Забезпечення кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Кадровий склад кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Навчальна робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Дисципліни кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Методична робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Наукова робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Клінічні бази кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Контакти кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Навчально-методичні матеріали для студентів

Додаток 2

ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

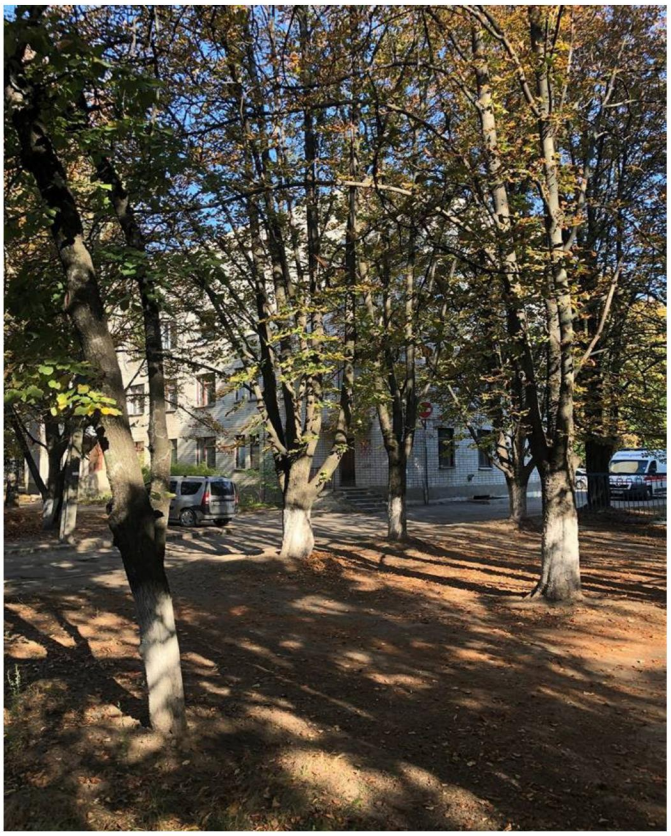
http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/

Додаток 3

Propaedeutics of Internal Medicine and Phy. Rehab. Dep V.N.Karazin KhNU

Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації ХНУ імені В. Н. Каразіна

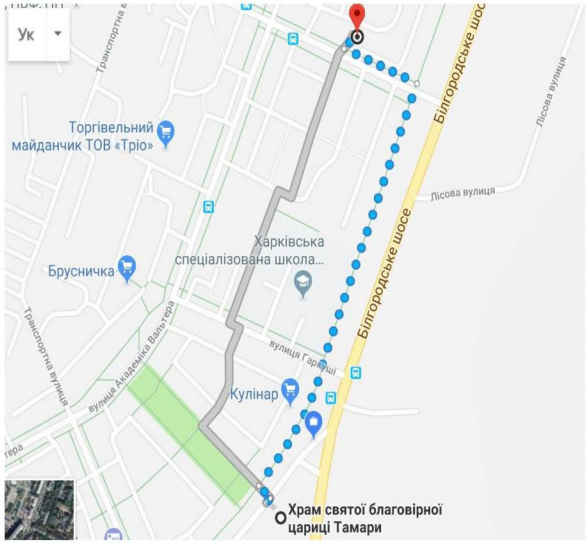
Departmet of propaedeutics of internal medicine and physical rehabilitation V. N. Karazin KhNU



Офіційна група у **Facebook**, що присвячена **кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна**. Новини, оголошення, корисна інформація для студентів.

Як дістатися? База кафедри знаходиться у красивому, затишному місці, далеко від метушні великого міста.

Наша адреса: проспект Академіка Курчатова, 29. Ви можете дістатися цього місця просто з центру міста , скориставшись автобусом 296е (автобус здійснює посадку пасажирів просто біля станції метро "Держпром"), доїхати треба до зупинки "Церква", і далі пройти приблизно 600 метрів. Ви на місці!



Навчальне видання

Бринза Марія Сергіївна – зав. каф., к.мед.н., доцент
Махаринська Олена Сергіївна – к.мед.н., доцент
Карнаух Елла Володимирівна – к.мед.н., доцент
Матюхін Павло Володимирович – к.мед.н., доцент
Пірятінська Наталія Євгенівна – к.мед.н., доцент
Айдінова Ельвіра Аліярівна – асистент
Вороненко Олена Сергіївна – асистент
Галдзицька Ніна Петрівна – асистент
Золотарьова Тетяна Володимирівна – асистент
Ларіонова Віола Миколаївна – асистент
Лахоніна Арина Ігорівна – асистент
Лісова Наталія Олександрівна – асистент
Октябрьова Ірина Іванівна – асистент
Павлова Даяна Юріївна – асистент
Целік Наталія Євгенівна – асистент
Швець Юліан Миколайович – асистент
Шокало Ірина Володимирівна – асистент

ОСНОВНІ СИМПТОМИ ТА СИНДРОМИ ПРИ СУХОМУ ТА ЕКСУДАТИВНОМУ ПЛЕВРИТІ. СИНДРОМ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Методичні рекомендації
для самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Коректор *Б. О. Хільська*

Електронна публікація на офіційному веб-сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна — сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету, розділ «Навчально-методичні матеріали для студентів / Методичні рекомендації»