ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Ім. Івана Боберського

Кафедра терапії та реабілітації

Гузій О.В.

КЛАСИФІКАЦІЯ МЕТОДІВ ОБСТЕЖЕННЯ, ІСТОРІЯ ХВОРОБИ, ОПИТУВАННЯ

Лекція з навчальної дисципліни

«ОБСТЕЖЕННЯ, МЕТОДИ ОЦІНКИ ТА КОНТРОЛЮ ПРИ ПОРУШЕННЯХ СЕРЦЕВО - СУДИННОЇ ТА ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ»

«Затверджено»

на засідані кафедри

терапії та реабілітації

«16» серпня 2024 року протокол №1

Зав. Кафедрою. Гузій О.В.

1.Діагностичні методи

2. Складові історії хвороби

3. Опитування і чинники , які впливають на опитування.

4. Складові техніки спілкування.

Обстеження хворого – комплекс медичних досліджень, за допомогою яких виявляються загальні і місцеві ознаки хвороби і дається оцінка загального стану організму хворого. Методи обстеження хворого поділяють на: 1) загальні (ті, що застосовуються при обстеженні будь-якого хворого)

1.1. основні (опитування і збір анамнезу, огляд, пальпація, перкусія і аускультація). Ці методи з'явилися раніше за інші в медичній практиці і їх застосування не потребує ніякої складної апаратури і можливу у будь-якій обстановці.

1.2. додаткові – це методи, які входять в обов'язковий мінімум обстеження (вимірювання ваги/росту, температури тіла, тонометрія, з лабораторних досліджень – аналіз сечі та крові).

2) спеціальні (що застосовуються за відповідними показами). Американська асоціація фізичної терапії, виділяє такі складники клінічної діяльності, як:

• обстеження (examination);

• оцінювання (evaluation);

• діагностика порушень (diagnosis);

• прогнозування (prognosis);

• втручання (intervention).

Окремо від обстеження розглядають оцінювання та діагностику. Протягом тривалого часу у фізичній терапії для організації роботи з пацієнтом та ведення медичної документації використовують SOAP-формат («soap» – мило з англ.), у якому три перші складники діяльності стосуються обстеження. За першими буквами абревіатури визначають збір суб'єктивної інформації (Subjective), збір

об’єктивної інформації (Objective), оцінювання (Assessment), планування (Plan). У цьому випадку спостереження як компонент обстеження окремо не розглядаються. Окремі науковці подають власне трактування положень SOAP-формату: ➢ Subjective – Patient History (історія порушення); ➢ Objective – Observation (огляд); ➢ Assessment – Examination (обстеження, тестування).

Загальні методи обстеження у лікарському контролі:

1. Опитування і збір анамнезу 2. Огляд 3. Пальпація 4. Перкусія 5. Аускультація Збір анамнезу завжди проводять за певною схемою:

- паспортні дані,
- скарги,
- історія захворювання,
- історія життя.

З'ясовуючи скарги, слід намагатися визначити головні, провідні, встановити їх характер. Вивчення основних скарг часто дозволяє зробити висновок про загальний характер захворювання. Деталізуючи ці скарги, можемо зрозуміти важливі деталі перебігу захворювання або наявність супутніх патологій. Зокрема, з'ясовують наявність змін: 1) органів дихання (кашель, задишка, біль у грудній клітці, кровохаркання тощо.); 2) кровообігу (біль, задишка, посилене серцебиття, тахікардія, набряки тощо); 3) травлення (апетит, нудота, блювання, печія, біль, проноси, закрепи тощо); 4) сечовиділення (прискорене або болісне сечовипускання, затримка сечі, домішки крові в сечі тощо); 5) Нервова система і органи чуття: особливості поведінки, настрій (емоційний тонус), збудливість, особливості сну, розвиток мови, затинання, головний біль, запаморочення, судоми, шкідливі звички (обгризання нігтів, стереотипні рухи), слух, зір, нюх, втомлюваність в школі, успішність; 6) органів чуття (стан слуху, зору тощо). 7) ендокринна система (розвиток волосяного покриву, зміни шкіри, порушення маси тіла, зміни росту, тілобудови, пропорцій, розвиток вторинних статевих ознак). Деталізувати і уточняти слід усі основні скарги пацієнта. Окрім того, щоб не пропустити будь-яких симптомів і з'ясувати стан функцій всіх органів,

хворому задають питання стосовно скарг, які найбільш притаманні при розладах роботи основних систем організму.

Анамнез хвороби (anamnesis morbi). При опитуванні виявляють: ✓ коли почалося захворювання; ✓ як воно почалося; ✓ як воно розвивалося; ✓ які проводилися дослідження, їх результати; ✓ яке проводилося лікування і яка його ефективність.

Історія життя хворого (anamnesis vitae). Уточнюються: ➢ перенесені інфекційні захворювання; ➢ наявність спадкових захворювань та схильностей; ➢ алергічний анамнез. Якщо оглядається дитина, то чим вона менша тим більше уваги слід приділити питанням перебігу вагітності мами (ускладнена чи ні), особливостей пологів (нормальні, передчасні, ускладнені, кесарів розтин), розвитку дитини (особливості психофізичного розвитку).

Реабілітаційне обстеження, передбачає оцінку фізичних функцій пацієнта/клієнта і аналіз споріднених чинників. Фізична оцінка пацієнта/клієнта проводиться відповідно до медичного діагнозу. Такі дані про стан пацієнта/клієнта отримуються від лікарів та інших членів мультидисциплінарної команди. Для збору специфічної інформації про пацієнта/клієнта процес складання історії рухової дисфункції може охоплювати анкетування, консультації чи обговорення з іншими членами мультидисциплінарної команди, перегляд наявних медичних записів. Часто у пацієнтів/клієнтів є множинні порушення, і частина вмінь фізичного терапевта полягає у допомозі пацієнту/клієнту визначити основну проблему, а також первинні та вторинні чинники, що мають на неї вплив. Необхідною частиною при проведенні реабілітаційного обстеження є врахування та проведення загального аналізу психологічних, економічних, соціальних та культурних чинників, які часто мають значний вплив на стан пацієнта, його проблем.

Однією із складових реабілітаційного обстеження є спостереження. Спостереження починається одразу і продовжується протягом обстеження та всього курсу реабілітації (безперервне), особливо важливе до і після кожного

заняття з пацієнтом. Спостерігати за пацієнтом потрібно постійно, але не демонстративно. Спостерігайте симетрію рухів, бажання рухатись, компенсаторні або індивідуальні рухи, координацію, рівновагу, функціональний рівень, рівень самостійності, фактори ризику, поставу, міміку, „мову тіла", розмір та пропорції м'язів, набряки, складки, рубці, колір (еритема, ціаноз). Спостереження поділяється на формальне та неформальне. Необхідно порівнювати інформацію, отриману в результаті формального і неформального. Суб'єктивна оцінка стану пацієнта. Суб'єктивно – те, що говорить пацієнт. Ми задаємо пацієнту запитання (відкриті і закриті). На цьому етапі: розвивається комунікація поміж реабілітологом та пацієнтом, формується робоча атмосфера; реабілітолог починає складати історію рухового порушення; відзначаються симптоми, які можуть вимагати втручання інших фахівців охорони; формується попередня (робоча) версія про рухове порушення; складається план подальшого обстеження.

До суб’єктивної інформації відноситься:

1. Загальна інформація про пацієнта, основний та супутні медичні діагнози, коли встановлені, дата госпіталізації (інформація з історії хвороби).

2. Головна скарга – повинна стосуватися рухової сфери.

3. Професія, рівень повсякденної активності, заняття спортом, захоплення.

4. Виникнення проблеми.

5. Коли встановлено основний діагноз і як довго існують, попереднє лікування та реабілітація, який результат?

6. Чи симптоми міняються з початку виникнення?

7. Біль: характер, інтенсивність і динаміка.

8. Супутні захворювання – додаткові скарги і ймовірні ускладнення при здійсненні реабілітаційних заходів.

9. Чинники, пов'язані із повсякденною активністю.

ОПИТУВАННЯ ПАЦІЄНТА

Фізичному терапевту в роботі з пацієнтом особливої уваги варто приділяти опитуванню. Це пов’язано з тим, що сьогодні саме суб’єктивне оцінювання свого стану і можливостей, тобто оцінювання обумовленої здоров’ям якості життя, розглядається як найважливіша відправна точка для подальших реабілітаційних дій. Збирання скарг і анамнезу необхідно побудувати так, щоб не пропустити найістотніших штрихів розвитку захворювання і суб’єктивного сприйняття пацієнтом його наслідків. Рекомендовано цілеспрямовано розпитати хворого й отримати його відповіді за такими пунктами: – основні скарги (болі, скутість, порушення ходи, підвищена втомлюваність, порушення координації тощо); – історія розвитку захворювання і проблем, які виникли у зв’язку з ним; рекомендовано не тільки з’ясувати питання, які стосуються отриманого пацієнтом лікування і його ефективності, наявності супутніх захворювань і алергії, але й попросити хворого охарактеризувати стиль його життя до і після розвитку хвороби або отримання травми, щоб оцінити завданий ними збиток; – ступінь обмеження рухової активності (здатність повертатися в ліжку, сідати з положення «лежачи», вставати, пересуватися всередині квартири і поза нею, користуватися транспортом тощо); – можливість виконання побутових операцій (особиста гігієна, одягання, вживання їжі); – здійснення побутових робіт (приготування їжі, прибирання, прання, закупи тощо); – громадська активність; – обмеження у спілкуванні з оточенням; – потреба в допоміжних засобах (милицях, інвалідному візку, протезах тощо); – проблеми психологічного і сексуального плану; – ситуація в родині, ступінь допомоги з боку родичів або знайомих, фінансове забезпечення. Особливої уваги приділяють з’ясуванню обмежень, які виникають у зв’язку із захворюванням у сфері звичної життєдіяльності. Для впорядкування процедури опитування пацієнтів і осіб, які доглядають за ними, а також для отримання кількісних показників рівня життєдіяльності пацієнта широко застосовують спеціальні опитувальники. В основі методик виявлення порушень життєдіяльності переважно лежить оцінювання незалежності особи від сторонньої допомоги в повсякденному житті. Водночас аналізують не всі її види, а тільки найбільш загальні і значущі з рутинних дій людини.

Скарги хворого (molestiae aegroti) фіксують на день курації (зі слів хворого, його батьків, чергового медичного персоналу). Мета: перерахувати скарги, характерні для хвороби, а також ті, які відображають ускладнення, фонові та супутні захворювання. Здебільшого основною скаргою є біль. За наявності болю необхідно встановити: а) анатомічну локалізацію його, іррадіацію; б) стійкість, інтенсивність (сильні, помірні, незначні), характер (постійний, ниючий, колючий, ріжучий, переймоподібний, стріляючий, запаморочливий); в) зв'язок його з фізичним, психічним напруженням, зі зміною положення тіла, рухами, вживанням їжі, актами сечопускання та дефекації, зміною пори року та погоди, які впливають на характер болю (полегшення, посилення).

American College of Physicians (ACP) and the American Pain Society (APS) (2007 р.) виділили низку чинників («червоних прапорців»), виявлення яких у хворого може вказувати на наявність «серйозної» патології: – посилення болю вночі; – лихоманка та нез'ясована втрата ваги тіла; – недавня травма; – онкологічний процес в анамнезі; – порушення функції тазових органів; – прогресуючий неврологічний дефіцит; – порушення ходи; – чинники ризику спинальної інфекції.

Абревіатуру SOCRATES переважно використовують для дослідження болю, але її можна застосувати до інших симптомів, хоча деякі елементи SOCRATES можуть не відповідати всім симптомам.

ОПИТУВАЛЬНИКИ Сучасні опитувальники забезпечують інформацію про різні аспекти асоційованої зі станом здоров'я якості життя (ЯЖ), що, зі свого боку, дає змогу систематично визначати ефективність певних засобів і методів лікування хворих. ЯЖ хворої людини в сучасній медицині розглядають як інтегральну характеристику її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. Кожен із компонентів, зі свого боку, містить цілу низку складових, наприклад фізичний – симптоми захворювання, можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування; психологічний – тривогу, депресію, ворожу поведінку; соціальний – соціальну підтримку, роботу, громадські зв'язки тощо. Їхнє всебічне вивчення дозволяє

визначити ЯЖ як окремої особи, так і цілих груп і встановити, завдяки якому складнику він підвищується чи знижується, та на що необхідно вплинути, щоб покращити ЯЖ (скоригувати лікування, надати соціальну підтримку) . Опитувальники ЯЖ розподіляються за специфічністю (загальні, специфічні), за обсягом (повна і скорочена форма), за технічною побудовою і способом підрахунку (шкали, індекси, профілі), за способом отримання інформації (самовідповіді, інтерв'ю, телефоном, електронною поштою), за респондентом (пацієнт, лікар, родичі, опікун). Загальні опитувальники охоплюють широке коло ознак, спільних для багатьох хвороб, наприклад, обмеження щодо виконання фізичних навантажень, наявність і ступінь вираження больового синдрому тощо. За допомогою загальних опитувальників ЯЖ за певних хвороб можна порівняти з такою в популяції здорових осіб. Для оцінювання ЯЖ у сучасних дослідженнях використовують такі загальні опитувальники: Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36), EuroQoL-5D, QUALITY OF LIFE (WHOQOL) – BREF. Недоліком загальних опитувальників є неможливість урахування специфічних симптомів і змін ЯЖ, притаманних певним хворобам. Отже, на результати дослідження можуть впливати чинники, не пов'язані з досліджуваною хворобою. Для детальнішого вивчення змін ЯЖ за окремих нозологічних одиниць використовують специфічні опитувальники. Вони можуть містити питання щодо характеристик певної хвороби або оцінювати певну категорію ЯЖ. Для хворих специфічні опитувальники більш зрозумілі, вони зазвичай коротші, а надійність їхніх результатів вища. Крім того, специфічні опитувальники корисніші для оцінювання впливу лікування на ЯЖ. У наступних розділах подано специфічні опитувальники. Одним із найбільш широко розповсюджених загальних опитувальників для оцінювання ЯЖ є Short Form Medical Outcomes Study (SF-36). Існують дві версії опитувальника (стандартні і короткі форми), що відрізняються градацією відповідей на окремі питання, водночас версії можна порівняти одна з одною. Стандартні форми оцінюють ЯЖ протягом останніх 4 тижнів. Короткі форми, що застосовують

для короткострокових досліджень, оцінюють параметри ЯЖ протягом 1 тижня. Усі 36 пунктів опитувальника SF-36 згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 1 і 100, де 100 – повне здоров'я, шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя. Результати подають у вигляді оцінок у балах за 8 шкалами, які складені так, що більш висока оцінка вказує на більш високий рівень ЯЖ .

Рекомендована література

Основна:

1. Ситник О. А. Опитування пацієнта в діяльності фізичного терапевта : навчально-методичний посібник / О. А. Ситник. – Суми : Сумський державний університет, 2023. – 72 с

2. Методи об'єктивного обстеження хворого в клініці внутрішніх хвороб : навч. посібник / О. О. Якименко, О. Є. Кравчук, В. В. Клочко [та ін.] ; за ред. О. О. Якименко. — Одеса : ОНМедУ, 2014. — 124 с. (Б-ка студента-медика).

Допоміжна:

1. Якість життя та прихильність до лікування в клініці внутрішніх хвороб : навчальний посібник. Запоріжжя : ЗДМУ, 2015. 80 с. URL: http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/940/1/QoL%2C%20TA%2C%20SMTiK%2C%202015