

OPISY JEDNOSTEK CHOROBY

SPIS TREŚCI

NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU ŻELAZA.....	2
ZAPALENIE UCHA ŚRODKOWEGO U DZIECKA.....	3
PACJENT Z POZYTYWNYM WYNIKIEM TESTU W KIERUNKU WIRUSA SARS-COV-2.....	4
OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO.....	6
OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO.....	7
REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW	9

NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU ŻELAZA

Niedokrwistość z niedoboru żelaza to najczęstsza przyczyna niedokrwistości – stanowi 80% jej przypadków. Charakteryzuje się ona pojawianiem się małych erytrocytów, ze zmniejszoną zawartością hemoglobiny we krwi obwodowej.

Najczęstszymi jej przyczynami są:

- utrata krwi – GŁÓWNA PRZYCZYNA. Najczęściej w przebiegu obfitych miesiączek oraz krwawienia z przewodu pokarmowego (w wyniku np. choroby wrzodowej, raka jelita grubego, raka żołądka). Inne przyczyny to np. krwimocz, powtarzające się krwawienia z nosa, niedawny zabieg operacyjny.
- zwiększone zapotrzebowanie np. w ciąży i podczas laktacji
- upośledzone wchłanianie z przewodu pokarmowego np. w przypadku zapalenia żołądka, celiakii, po resekcji żołądka
- niedobór w diecie np. u osób niedożywionych

ZASTANÓW SIĘ: Jakie pytania zadane podczas wywiadu pozwolą Ci na poznanie przyczyny niedokrwistości?

Objawy:

osłabienie, zmęczenie, wypadanie włosów, upośledzenie uwagi i koncentracji, bledność skóry i błon śluzowych. Możliwy jest przebieg bezobjawowy.

Postępowanie diagnostyczne:

- w przypadku miesiączkujących, młodych kobiet bez dodatkowych objawów innych chorób: brak konieczności dalszej diagnostyki, konieczne włączenie suplementacji
- w przypadku mężczyzn oraz kobiet, które nie miesiączkują bez dodatkowych objawów innych chorób: konieczna diagnostyka przewodu pokarmowego – chorego należy wysłać w pierwszej kolejności na kolonoskopię + suplementacja żelaza
- w przypadku wystąpienia objawów innych chorób np. krwimoczu – diagnostyka w kierunku podejrzanego schorzenia + suplementacja żelaza

Postępowanie lecznicze:

- suplementacja żelaza: 1x200 mg na dobę, doustnie. Tabletki powinno się przyjmować między posiłkami. Przyjmowanie suplementów żelaza może wywoływać wymioty, biegunki, zaparcia oraz czarne zabarwienie stolca.
- dieta bogata w żelazo: czerwone mięso, zielone warzywa jak np. szpinak, brokuły, groszek zielony
- kontrolna morfologia po miesiącu

ZAPALENIE UCHA ŚRODKOWEGO U DZIECKA

Do rozpoznania OZUŚ uprawnia równoczesne stwierdzenie 3 kryteriów:

- (1) nagłe pojawienie się choroby;
- (2) przedmiotowe objawów wysięku (pływu) w jamie bębenkowej;
- (3) dolegliwości i przedmiotowe objawy stanu zapalnego ucha środkowego.

(1) OZUŚ objawia się nagłym pojawieniem się takich dolegliwości i objawów, jak: ból ucha (niemowlęta zwykle manifestują tę dolegliwość pociąganiem za małżowinę uszną); niepokój, rozdrażnienie lub płacz (u niemowląt i dzieci w wieku poniemowlęcym); gorączka; wyciek ropny z przewodu słuchowego.

(3) O stanie zapalnym ucha środkowego świadczy wyraźne, silne zaczerwienienie błony bębenkowej lub wyraźny ból ucha zakłócający normalną aktywność dziecka lub sen.

Rozpoznając OZUŚ, lekarz powinien ocenić nasilenie bólu ucha, a jeśli jest on wyraźny, powinien przepisać środek przeciwbólowy. Lekami pierwszego wyboru, skutecznymi w leczeniu lekkiego i średnio nasilonego bólu ucha, są paracetamol lub ibuprofen.

Skuteczność domowych metod walki z bólem ucha (zatykanie otworu słuchowego zewnętrznego, ciepłe lub zimne okłady, rozgrzewanie z użyciem lampy), jak i leków homeopatycznych nie została potwierdzona w prawidłowo przeprowadzonych badaniach z grupą kontrolną.

Nacięcie błony bębenkowej (myringotomia) jest również skuteczną metodą łagodzenia bólu ucha towarzyszącego OZUŚ, lecz wymaga umiejętności (zabieg wykonuje laryngolog) i jest obarczone ryzykiem potencjalnych powikłań.

Wybierając metodę leczenia bólu ucha, lekarz powinien się kierować bilansem korzystnych i niekorzystnych skutków określonego postępowania, a w miarę możliwości uwzględnić preferencje dziecka i(lub) rodziców.

Zapalenie ucha o etiologii bakteryjnej i wirusowej nie różnią się w przebiegu klinicznym w sposób umożliwiający ich różnicowanie. Co więcej, często obserwuje się współistnienie infekcji wirusowych i bakteryjnych. W wieku od 6 do 24 miesięcy, gdy objawy są nasilone należy leczyć dziecko od początku antybiotykiem. Antybiotykiem pierwszego wyboru w leczeniu OZUŚ u większości dzieci jest amoksylicyna.

Lekarz powinien zachęcać do profilaktyki OZUŚ. Należy zachęcać do karmienia niemowląt w pierwszym półroczu życia wyłącznie piersią. Gdy OZUŚ często nawraca, częstość zachorowań można zmniejszyć, proponując rodzicom rezygnację z uczęszczania do żłobka i przedszkola (ograniczenie ryzyka infekcyjnych zapaleń dróg oddechowych). Ponadto do stosowanych w profilaktyce OZUŚ u niemowląt i małych dzieci interwencji, których skuteczność nie została jednak dostatecznie potwierdzona w wiarygodnych badaniach, należą: unikanie karmienia z butelki niemowląt ułożonych na plecach; zrezygnowanie ze stosowania smoczka ("gryzaka") w drugim półroczu życia dziecka; ograniczenie narażenia dziecka na dym tytoniowy. U dzieci po 2. roku życia szczepienie przeciwko grypie szczepionką inaktywowaną charakteryzuje się ponad 30% skutecznością w zapobieganiu zachorowaniom na OZUŚ podczas sezonu grypowego.

PACJENT Z POZYTYWNYM WYNIKIEM TESTU W KIERUNKU WIRUSA SARS-COV-2

UWAGA! Wiedza nt. wirusa oraz standardy postępowania w przypadku zakażenia zmieniają się bardzo dynamicznie! Poniższa notatka ma za zadania przygotować studentów do ćwiczeń, a zawarte w niej informacje mogą nie być już aktualne.

Objawy mogące świadczyć o zakażeniu:

- kaszel u 50% pacjentów,
- gorączka (subiektywna lub >38 st.) u 43% pacjentów,
- ból mięśni u 36% pacjentów,
- ból głowy u 34% pacjentów,
- duszność u 29% pacjentów,
- ból gardła u 20% pacjentów,
- biegunka u 19% pacjentów,
- nudności / wymioty u 12% pacjentów,
- utrata węchu, smaku, ból brzucha i wyciek z nosa u $<10\%$ każde.

Czynniki ryzyka ciężkiego przebiegu:

wiek >65 lat, nadciśnienie, cukrzyca, otyłość, przewlekła choroba nerek, przewlekła niewydolność wątroby, przewlekłe choroby płuc (POChP, astma umiarkowana i ciężka, mukowiscydoza, zwłóknienie płuc), palenie tytoniu, obniżona aktywność układu odpornościowego (stan po przeszczepieniu, zakażenie wirusem HIV, leki immunosupresyjne, inne niedobory odporności), nowotwory, choroby układu krążenia, zaburzenia neurologiczne w tym demencja, stan po udarze mózgu, zaburzenia hematologiczne, ciąża.

3. O czym należy poinformować pacjenta z pozytywnym testem?

a. Izolacja nałożona na pacjenta

Wraz z uzyskaniem pozytywnego wyniku testu rt-PCR na pacjenta automatycznie zostaje nałożona izolacja trwająca 10 dni. Nie wcześniej niż w 8 dobie izolacji pacjent powinien odbyć teleporadę z lekarzem rodzinnym podczas której ocenia się czy pacjent nadal ma objawy zachorowania. W przypadku dalszego występowania objawów izolację należy przedłużyć.

b. Konieczność wezwania pogotowia ratunkowego

W przypadku wystąpienia następujących objawów/stanów należy niezwłocznie zadzwonić pod 112: ciężka duszność (duszność w spoczynku, duszność utrudniająca mówienie, duszność pojawiająca się w przypadku podstawowych czynności jak np. ubieranie się), sat. $<90\%$, splątanie, trudności w upadki, niedociśnienie, sinica, objawy zawału serca

c. Konieczność konsultacji przez lekarza chorób zakaźnych

Należy skierować pacjenta do oceny przez lekarza chorób zakaźnych w następujących przypadkach: umiarkowana duszność (ogranicza możliwość lekkich prac domowych np. przygotowanie posiłku), sat. 91-94%, łagodna duszność u pacjenta obciążonego czynnikami ryzyka ciężkiego przebiegu.

d. Leczenie objawowe w przypadku zakażenia:

- zalecenia ogólne

np. przyjmowanie przynajmniej 2 litrów wody dziennie, w przypadku utrzymującej się gorączki: 3 litrów, pomiary saturacji oraz temperatury przynajmniej 2 razy dziennie oraz w przypadku odczuwania gorączki lub duszności

- terapia budezonidem:

budezonid 400 ug wziew

2x wziew 2 x dziennie

- leczenie gorączki

np. Apap 500 mg doustnie, 2 tabl. X 3 dziennie

- leczenie bólu gardła

np. Glimbax do płukania jamy ustnej i gardła, a następnie wypłuć

e. zachęć pacjenta do szczepienia przeciwko COVID-19, jeżeli jeszcze go nie wykonał.

OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (OZWR) to najczęstsza przyczyna tzw. ostrego brzucha. Występuje głównie u dzieci oraz młodych dorosłych (szczyt zachorowania to 2-3. dekada życia), ale może pojawić się w każdym wieku. OZWR występuje 2x częściej u mężczyzn, niż u kobiet.

Najczęstszą przyczyną OZWR jest zamknięcie światła wyrostka robaczkowego przez kamień kałowy. Konsekwencją jest zwiększenie ciśnienia wewnątrz wyrostka i upośledzenie jego ukrwienia (zmniejsza się odpływ krwi żyłnej i napływ krwi tętniczej). W wyniku tego niedokrwione ściany wyrostka zaczynają stopniowo rozwijać reakcję zapalną, a następnie obumierać.

Objawy OZWR:

- najbardziej charakterystycznym objawem jest zmiana charakteru bólu brzucha w czasie. Początkowo pojawia się narastający, kolkowy ból brzucha zlokalizowany w okolicy pępka lub nadbrzuszu, trudny do zlokalizowania (ból trzewny). Później ból przenosi się w okolicę prawego dołu biodrowego, jest ostry i dobrze zlokalizowany, nasila się podczas kaszlu i zmiany pozycji ciała.
- Inne objawy, które mogą się pojawić to:
 - zwiększenie temp. ciała (zazwyczaj nie przekracza 38 st.)
 - brak apetytu,
 - złe samopoczucie,
 - nudności i wymioty,
 - zatrzymanie oddawania gazów i stolca.

Odchylenia w badaniu fizykalnym w przebiegu OZWR:

- tkliwość / bolesność uciskowa w prawym dole biodrowym (w punkcie McBurney'a),
- obrona mięśniowa,
- objaw Blumberga (pojawienie się lub nasilenie bólu po zwolnieniu ucisku brzucha przez badającego),
- tachykardia (przyspieszenie akcji serca).

Postępowanie w SOR w przypadku pacjenta z podejrzeniem OZWR:

Jeżeli masz podejrzenie, że pacjent ma ostre zapalenie wyrostka robaczkowego, to powinieneś:

a. wykonać badania laboratoryjne

morfologię, CRP, badanie ogólne moczu, grupę krwi, krzepnięcie, poziom glukozy, jonogram

b. wykonać badanie obrazowe – najczęściej USG jamy brzusznej

może ułatwić rozpoznanie, jeśli zobaczysz zmieniony zapalnie wyrostek o średnicy >6mm, który nie daje się ucisnąć głowicą. Jeśli wyrostek będzie prawidłowy, to najczęściej nie zobaczysz go w USG.

c. włączyć leczenie przeciwbólowe

Możesz podać pacjentowi leki rozkurczowe np. drotawerynę oraz pyralginę.

d. przygotowywać pacjenta do operacyjnego usunięcia wyrostka robaczkowego – appendektomii operację można wykonać metodą laparoskopową lub otwartą – wybór metody powinien zależeć od preferencji chirurga. Częstość powikłań wewnątrzbrzusznych po operacji klasycznej i laparoskopowej jest podobny, chociaż według niektórych laparoscopia sprzyja krótszej hospitalizacji i rzadszym powikłaniom infekcyjnym.

OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

Choroba ta w 90% przypadków wywołana jest przez obecność kamieni żółciowych w pęcherzyku – zółg zatyka przewód pęcherzykowy i upośledza odpływ żółci, co prowadzi do zapalenia. W 10% przypadków ostre zapalenie pęcherzyka wiąże się z innymi przyczynami jak np. ostre zapalenie trzustki czy uraz.

Kamica żółciowa to występowanie zółgów (tzw. kamieni) które najczęściej zbudowane są z cholesterolu. Częstość jej występowania wzrasta wraz z wiekiem, 4x częściej występuje u kobiet.

Czynniki ryzyka wystąpienia tego schorzenia to:

- płeć żeńska,
- wiek >40 lat,
- czynniki genetyczne,
- otyłość,
- cukrzyca,
- mukowiscydoza,
- stosowanie niektórych leków (np. estrogeny),
- dieta ubogobłonnikowa,
- niska aktywność fizyczna,
- ciąża.

Objawy ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego:

- tzw. kolka żółciowa – tj silny, napadowy, narastający ból brzucha, który lokalizuje się w prawym podżebrzu lub nadbrzuszu środkowym i promieniuje do prawej łopatki i/lub barku. Pojawia się najczęściej po posiłku obfitującym w tłuszcze.

W przypadku zapalenia ból utrzymuje się > 5 h.

- gorączka, dreszcze,
- wymioty, nudności,
- wzdęcia,
- tkliwość powłok brzusznych w okolicy podżebrzowej prawej

Odchylenia w badaniu fizykalnym w przebiegu ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego:

- dodatni objaw Murphy'ego (podczas głębokiego wdechu wykonywanego przez pacjenta z ręką badającego przyłożoną pod prawym łukiem żebrowym występuje ból powodujący przerwanie wdechu)
- dodatni objaw Chełmońskiego (ból w nadbrzuszu prawym podczas wytrząsania tej okolicy),
- przyspieszenie tętna i oddechu.

Postępowanie w SOR w przypadku pacjenta z podejrzeniem ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego:

Jeżeli masz podejrzenie, że pacjent ma ostre zapalenie pęcherzyka, to powinienes:

a. wykonać badania laboratoryjne

morfologię, CRP, AST, ALT, ALP, poziom amylazy, poziom bilirubiny, badanie ogólne moczu, grupę krwi, krzepnięcie, poziom glukozy, jonogram,

b. wykonać badanie obrazowe – USG jamy brzusznej jest badaniem z wyboru

można uwidocznąć obecność zółgów, obrzęk ściany pęcherzyka, obecność gazu w ścianie, powiększenie pęcherzyka, okołopęcherzykowe zbiorniki płynowe

c. włączyć leczenie, na które składa się:

- dieta ścisła,
- nawadnianie dożylne chorego,
- leki przeciwbólowe i rozkurczowe np.
- antybiotyki.

d. przygotowywać pacjenta do operacyjnego usunięcia pęcherzyka żółciowego – cholecystektomii preferowaną metodą jest metoda laparoskopowa, którą należy wykonać jak najszybciej. Jeżeli pacjenta nie udało się zoperować w ciągu 7 dni od przyjęcia do szpitala i w ciągu 10 dni od rozpoczęcia objawów, to operację należy odroczyć o przynajmniej 6 tygodni.

REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW - RZS

Reumatoidalne zapalenie stawów (dawna nazwa: gościec) to przewlekła choroba autoimmunologiczna atakująca tkankę łączną – głównie stawy, ale może dotyczyć różnych narządów. W wyniku procesu autoimmunologicznego dochodzi do procesu niszczącego błony maziowe, chrząstki stawowe i inne struktury stawu. Ponadto rozwija się uogólnione przewlekłe zapalenie z powikłaniami narządowymi i objawami układowymi.

Najczęściej pojawia się u kobiet (około 3x częściej!). Szczyt zapadalności przypada na ok. 4-5. dekadę życia. Dokładna etiologia RZS jest nieznana – podejrzewa się wpływ czynników genetycznych, środowiskowych, immunologicznych i infekcyjnych.

RZS najczęściej rozwija się skrycie, w ciągu kilku tygodni. Pacjenci zgłaszają objawy związane ze stawami oraz tzw. objawy ogólne.

Objawy związane z destrukcją stawów:

- obrzęk i ból stawów (z czego ból najczęściej pojawia się w nocy),
- ograniczenie ruchomości,
- sztywność poranna trwająca > 60 minut.

Zajęte mogą zostać wszystkie stawy, ale **NAJCZĘŚCIEJ** choroba dotyka na początku stawów rąk: stawy międzypaliczkowe bliższe, śródręczno-paliczkowe i stawy nadgarstka). Najczęściej stawy są zajęte symetrycznie po obu stronach. Cechą charakterystyczną choroby jest to, że bardzo rzadko dotyczy stawów międzypaliczkowych dalszych.

Objawy ogólne:

- stan podgorączkowy,
- spadek łaknienia i masy ciała,
- zmęczenie,
- ból mięśni.

Odchylenia w badaniu, które mogą się pojawić to:

- deformacja stawów,
- usztywnienie stawów,
- przykurcz zgięciowy,
- zanik mięśni.

Postępowanie w gabinecie lekarza POZ:

- Zaproponuj pacjentowi wykonanie badań laboratoryjnych: morfologia, CRP, OB., badanie ogólne moczu
- Wykonaj RTG obu dłoni
- Skieruj pacjenta na dalsze leczenie do Poradni Reumatologicznej. Możesz również rozważyć skierowanie pacjenta do fizjoterapeuty.
- Zaproponuj leki doraźne, na czas oczekiwania na konsultację specjalisty:
 - niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) – np. diklofenak 100-150 mg/d w 2-3 dawkach podzielonych.
 - leki „osłonowe” na żołądek – IPP, jeżeli pacjent będzie stosował NLPZ przez dłużej niż 5 dni np. omeprazol 20 mg 1x dziennie rano, 20 minut przed posiłkiem