

Тыныс алу мүшелерінің ауруларындағы тексеру әдістері

• Науқастардың шағымдары

- 1. Жөтел
- 2. Қақырық тастау
- 3. Қан түкіру
- 4. Ентігу, түншығу
- 5. Кеуде қуысының ауруы
- 6. Дене қызуының көтерілуі

• Аурудың даму тарихы.

- Себептері. Басталуы, дамуы
- Жүргізілген тексерістердің нәтижелері
- Қолданылған ем

• Аурудың өмір тарихы.

- Әсер ететін мәнбірлер, суық тию жағдайы
- Жағымсыз қылықтары сыртартқысы
- Тұқым қуалаушылығы
- Мамандығы, еңбек
- Аллергологиялық

Науқасты тікелей тексеру

Қарау	Сипалау (пальпация)	Тықылдату (перкуссия)	Тыңдау (аускультация)
1.Төсек жағдайы 2. Ентігу,тұншығу 3.Саусақтарының, тырнақтарының пішіні 4.Кеуде қуысының пішіні	1.Дыбыс дірілі 2. Ауырсыну	1.Өкпе шекарасы 2.Өкпенің төменгі бөлігінің қимылы 3. Перкуторлық дыбыстың өзгерісі	1.Демнің мінездемесі 2.Бронхо-фония 3.Сырылдар 4.Сықылдау 5.Өкпе қаптың үйкелу дыбысы

- Тыныс алу мүшелеріне жатады: мұрын, жұтқыншақ, кеңірдек, кеңірдекше тарамдары, өкпе. Өкпе өз алдына екіге бөлінеді: оң және сол жақ өкпе. Оң жақ өкпе 3 бөліктен тұрады: жоғарғы, ортаңғы, төменгі. Сол жақ өкпе 2 бөліктен тұрады: жоғарғы, төменгі. Өкпе кеуде қуысында орналасқан. Өкпенің төменгі бөліктері диафрагмамен тиіседі, ол кеудемен іш қуыстарын бөліп тұрады. Ауа мұрын жолдары арқылы кеңірдекке, одан оң жақ, сол жақ кеңірдекше тарамдарына (бронхыларға), одан әрі өкпе бөліктеріне кіреді. Кеңірдек тарамдары кішкентай бұтақтардан тұрады, оны “бронхиол” дейді, олар ары қарай өкпеге өткенде өкпе көпіршігіне (альвеоларға) айналады. Альвеоларға кірген ауа өкпені желдендіріп созады, онда газ алмасуы пайда болады. Ауамен кірген оттегі капиллярға өтіп, эритроцитпен қосылып, ұлпаларды қамтиды.

- Тыныс алу мүшелерінің қорғаныш қызыметіне жатады: жұтқыншақтың жабылып тұруы, жөтел рефлексі, бронхтың ішкі сілекейлі қабатында секреторлы иммуноглобулиннің білінуі, альвеолардық макрофагтардың фагоцитарлы белсенділігі. Олардың қызметі жүйкелермен, бронхиол артерияларымен қамтамасыз етіледі.

- ***Өкпе*** – ағзаның негізгі мүшесі. Ол ағзадағы қан айналыс жолдары-мен тығыз байланысты болып келеді. Оны қамтамасыз етіп отыратын өкпе артериясы. Сол себептен өкпе сырқатында тек ұлпа ғана зақымданбайды, оның қан тамырларындағы қанның алмасуы да бұзылуы мүмкін. Сондықтан мұндай өзгерістерді өкпе – жүрек жеткіліксіздігі деп атайды.
- ***Негізгі белгілері*** Тыныс алу мүшелерінің ауруларының көптігіне қарамай, олардың белгілері бір – біріне ұқсас болып келеді. Бұл белгілерге жөтел, қақырықтың бөлінуі, қақырықты тастауы, қан түкіру, демікпе, кеуде қуысының ауырсынуы жатады. Дене қызуының көтерілуі, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі, бастың ауруы аурудың жалпы белгілеріне жатады.

Тексеру әдістері Субъективтік тексеріс

- Науқастың шағымдарын сұрау арқылы өткізіледі: кеуденің шаншуы, ентігуі, тынысының тарылуы, жөтел пайда болуы, қақырық тастау, әлсізденуі, дененің тітіркенуі, басының ауыратындығы және ұйқысының бұзылуы.
- Сыртартқы жинағанда келесі сұрақтарды анықтау керек: ауру қалай (жедел, біртіндеп) және қандай жағдайда басталды. Аурудың себебін және мінездемесін білу үшін эпидемия жағдайына көңіл бөлу керек. Жұқпалы аурумен ауырған науқастармен қатынаста болды ма? Мысалы: туберкулез, сары ауру, тұмау т.б. Ауру өту ағысын және жүргізілген емін, оның нәтижесін, тұрмыс жағдайын, ағзаға зиян әкелетін қылықтарын, яғни шылым шегу, ішімдік ішуін анықтау.

- **Объективтік тексеріс** Объективтік тексеру әдісі қараудан басталады. Қарағанда науқастың жалпы жағдайын, төсек тәртібін, көңіл күйін, дене пішінінің өзгерістерін және т. б. байқайды.
- **Кеудені қарау.** Кеуденің сыртқы бейнесіне қарап қалыпты немесе патолологиялық түрін анықтайды. Кеуде қуыс өзгерістерінің үш түрі болады:
 - бөшке тәрізді кеуде (эмфизематозды) – кеуде торшасының ұзындығы қысқалау, көлденең кеуде бөшке сияқты дөңгелектеу келген пішінде болып келеді. Қабырға арасы сиректелген, дем алғанда бұлшық еттерінің қабысуының сирегені байқалады.
 - сал көкірек қуысы (паралитикті) – бөшке тәрізді кеудеге қарама – қарсы келген өзгерістер байқалады: кеуде торшасы тар және ұзын. Бұл өкпенің туберкулез ауруында жиі кездеседі, дем алу қимылы бәсеңдейді.
 - мешелді кеуде (“тауық” кеудесі) – бұнда кеуде қуысының алды артына қарай ұзарғаны байқалады, қабырға шеміршектері жуандайды, кішкентай балалардың мешел мен ауырған кезінде пайда болады.
- Кеуде құрылысының ауытқуы (деформациясы) омыртқаның өзгергендігіне байланысты болады: омыртқаның алға қарай қисаюы - лордоз, артқа қарай – кифоз, бір жақ қырына – сколиоз, ал артқа және бір жақ жамбасына қарай қисаюы – кифосколиоз деп аталады.

- ***Дене терісінің өзгеруі.*** Терінің кілегей қабыршақтарының көкшілдігі байқалады, оны цианоз деп атайды. Цианоз екі түрде байқалуы мүмкін: жергілікті және орталық (барлық денеде). Бұндай өзгеріс тыныстың бұзылғандығынан, өкпеде оттегінің жеткіліксіздігінен байқалады. Бетінің қызаруы өкпенің крупозды қабынуында, дене қызуы көтерілгенде, ал бозаруы өкпенің іріңді ауруларында және т.б жағдайларда кездеседі.
- ***Қолмен басып қарау (сипалау, пальпация).*** Кеудені, арқаны оның ауыра-тын жерін, серпімділігін, дыбысты өткізуін анықтау үшін жүргізіледі. Екі қолды науқастың кеудесіне қойып сан мен сөздерді айтқызып, ауаның тербеу дыбысының әр ауруға байланысты жоғарлауын немесе төмендеуін анықтайды. Бұл сипалаудың түрін бронхофония әдісі деп атайды.

Саусақпен соққандағы өкпеден шығатын дыбыстардың өзгерістерін анықтау (тықылдату, перкуссия).

- ***Саусақпен соққандағы өкпеден шығатын дыбыстардың өзгерістерін анықтау (тықылдату, перкуссия).*** Өкпенің таза дыбысы өкпеде таза ауаның барында, өкпенің ауруы жоқ кезінде естіледі. Перкуторлық дыбыстың өзгергендегі түрлері мыналар:
 1. тұйық дыбыс өкпе ұлпасында ауа жоқтығын білдіреді;
 2. қорап тәрізді дыбыс өкпе ұлпасының созылғандығын және өкпеде ауа көптігін білдіреді;
 3. тимпаникалық перкуторлы дыбыс – тегіс қабырғаға ұрғандай дыбыс.

Топографиялық перкуссия

- Топографиялық перкуссия әдісімен өкпенің шекараларын, әсіресе оның төменгі жиегінің тыныс алуға байланысына сәйкес қимыл қабілетін анықтайды. Өкпенің маңында ауасы жоқ, тұйық дыбыс беретін тіндер мен ағзалар орналасқандықтан бұл тәсілмен тексеруді толығымен орындауға болады. Өкпенің шекараларын анықтағанда келесі ережелер сақталуы тиіс:
- 1) саусақ-плессиметр анықталатын тұйықтың шекарасына міндетті түрде параллельді орналасуы тиіс;
- 2) перкуссияны ашық перкуторлық дыбыстан тұйық дыбысқа қарай жасау керек;
- 3) шекараларды анықтаған кезде жәй ғана, әлсіздеу соққылау жасау керек;
- 4) шекара белгілегенде, белгіні саусақтың өкпеге қараған қырынан бастап жасау керек.

- Өкпе ұшының биіктігін науқастың алдынан анықтау кезде саусақ-плессиметрді бұғананың үстіне қойып бұғананың ортасынан жоғары қарай перпендикулярлы сызық бойымен перкуссия жасау керек, плессиметр бұғанаға параллельді орналасады.
- Перкуторлық дыбыс өзгергенде саусақтың ашық дыбысқа қараған шетінен белгі қойылады. Қалыпты жағдайда өкпе ұшы бұғанадан 3-4 см жоғары жатады.
- Өкпе ұшының биіктігін адамның артқы жағынан анықтау үшін жауырынның жота өсіндісінен VII мойын омыртқасының жота өсіндісінен 3-4 см сыртқа қарай жатқан нүктеге бағыттап перкуссия жасалынады. Адам басын ептеп алға қарай еңкейтеді. Плессиметр-саусақ жауырынның жота өсіндісіне параллельді орналасады. Қалыпты жағдайда бұл шекара VII мойын омыртқасының жота өсіндісі деңгейінде жатады.

- Крениг кеңестігін көлденең енін анықтау үшін т. Tgarezjus-тің алдыңғы қырының ортасынан, саусақ-плессиметрді қырға перпендикулярлы орналастырып, алдымен мойынға (медиалды), одан кейін иыққа қарай (латералды), тұйық дыбысқа дейін перкуссия жасап, шекараларын белгілейді. Екі бөлігінің арасы Крениг кеңістіктің көлденеңі, қалыпты жағдайда 5—6 см-ге тең, кейде ол 3 см-ден 8 см-ге дейін жетуі де мүмкін.
- Өкпенің төменгі шекарасын анықтау оң жағынан алдымен төсаралық сызығы бойынша, содан кейін бұғана ортаңғы сызығы бойынша жүргізіледі.
- Сол жағынан төсаралық сызығы бойынша зерттеу жасалмайды, себебі бұл жерде жүрек өкпенің төменгі шекарасын анықтауға мүмкіншілік бермейді. Әрі қарай перкуссияны екі жақтан да алдыңғы, ортаңғы, артқы қолтық асты сызықтары бойынша, сосын жауырындық сызық бойынша, ең ақырында омыртқа бағанасы маңындағы сызықтар бойынша жүргізіледі. Саусақ-плессиметр қабырға аралықтарда қабырғаларға параллельді орналасады, жай ғана әлсіз соққылар жоғарыдан төмен қарай бағыттталып, тұйық дыбыс пайда болғанша жасалуы керек, Белгі саусақтың өкпеге қарай жатқан шетінен қойылады.

Қалыпты жағдайда өкпенің төменгі шекаралары былай орналасады.

<i>Белгі сызықтар</i>	<i>Оң жақ</i>	<i>Сол жақ</i>
Төс жанындағы сызық	VI қабырға	-
Бұғана ортасы сызығы	VI қабырға аралығы	-
Қолтықтың алдыңғы сызығы	VII қабырға	VII қабырға
Қолтықтың ортаңғы сызығы	VIII қабырға	VIII қабырға
Қолтықтың артқы сызығы	IX қабырға	IX қабырға
Жауырын сызығы	X қабырға	X қабырға
Омыртқа жанындағы сызығы	XI кеуде омыртқасы	XI кеуде омыртқасы

- Өкпенің төменгі жиегінің терең дем алу кезіндегі жылжымалылығын анықтау үшін қолтық асты ортаңғы немесе артқы сызығы бойымен алдымен жай ғана дем алған кездегі өкпенің төменгі ше-карасын белгілеп алады. Одан кейін науқасқа терең дем алғызып, дем алмай тұруды сұрайды.
- Осы кезде тез перкуссия жасап өкпенің төменгі шекарасын тағы да жай дем алған кезіндегі белгіден бастап, анықтап белгілейді (1-ші белгі). Бұдан кейін тексеруді тап солай терең дем шығарып, тоқтап тұрғанда анықтайды (2-ші белгі). Осы екі белгінің арақашықтығы өкпенің төменгі жиегінің терең дем алу актісіндегі жылжу шектері деп аталады.
- Қалыпты жағдайдағы өкпенің төменгі жиегінің дем алу кезіндегі және дем шығару кезіндегі көрсеткіштері кестеде көрсетілген.

Өкпенің төменгі жиегінің қалыпты жағдайдағы жылжымалылығы

Топографиялық сызықтар	өкпенің төменгі жиегінің жылжу см					
	Оң жақ			Сол жақ		
	дем алғанда	дем шы- ғарғанда	қос- канда	дем алғанда	дем шы- ғарғанда	қос- канда
1. Бұғана ортаңғы сызығы	2-3	2-3	4-6	-	—	—
2. Қолтық асты ортаңғы сызығы	3-4	3-4	6-8	3-4	3-4	6-8
3. Жауырын сызығы	2-3	2-3	4-6	2-3	2-3	4-6