

# МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПУЛЬМОНОЛОГИИ

- 1. РАССПРОС БОЛЬНОГО**
- 2. ФИЗИКАЛЬНЫЕ  
МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

# РАССПРОС БОЛЬНОГО

## 1. ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ

- Основные
- Дополнительные
- Общие

## 2. Анамнез morbi


## 3 Анамнез vitea

# ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ:

- 1. Кашель
- 2. Боли в груди
- 3. Одышка
- 4. Удушье
- 5. Кровохарканье (легочное кровотечение)

## ■ КАШЕЛЬ

- Появление кашля обусловлено раздражением рефлексогенных зон трахео-бронхиального дерева или плевры.
- кашель может быть сухой (непродуктивный) или влажный (продуктивный),
- постоянный или приступообразный,
- громкий или тихий.

- 
- **Кашлевой акт** включает три фазы:
  - 1. короткий и глубокий вдох
  - 2. напряжение дыхательных мышц, при закрытой голосовой щели, которое приводит к резкому увеличению внутрилегочного давления
  - 3. резкий короткий выдох, ведущий к удалению мокроты


## **Сухой кашель может быть:**

- При патологии плевры (усиливается на вдохе).
- При сдавлении непораженных бронхов увеличенными л/узлами (постоянный или усиливается при выдохе).
- Ранняя стадия острого бронхита
- При попадании инородного тела

## **Влажный кашель появляется**

вследствие гиперпродукции мокроты клетками бронхиального эпителия

В этом случае необходимо уточнить:  
количество мокроты в течение суток,  
ее цвет, запах, в каком положении  
лучше отходит, наличие включений в  
мокроте ( кровянистые, сгустки крови)

- 
- а) по количеству мокроты (до 50 мл – при бронхите, пневмонии, более 50 мл при бронхоэктазах, полным ртом при абцессе легких)
  - б) по цвету (желто-зеленая характерна для бактериальной инфекции; ржавая при крупозной пневмонии; красная при кровохарканье)
  - в) по запаху (гнилостный при абцессе, бронхоэктазах)






■ **Для малопродуктивного кашля  
характерны:**

1. Относительно продолжительные приступы мучительного надсадного кашля с большим количеством кашлевых толчков и небольшим отделением вязкой слизисто-гнойной мокроты
2. Уменьшение силы кашлевых толчков

- 3. Часто усиление объективных признаков ДН обструктивного типа (одышки, цианоза, набухания шейных вен и т.п)
- Патологический процесс, локализующийся только в паренхиме легкого или в мелких бронхах, кашлем не сопровождаются до тех пор, пока мокрота не попадет в крупные бронхи

## БОЛИ В ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ:

- связанные с актом дыхания, усиливаются при глубоком вдохе, кашле, чихании иррадиирующие в подложечную область, в подреберье, в соответствующую половину шеи и плечо (вследствие раздражения диафрагмального нерва) встречаются при сухом плеврите
- нарастающие, непрерывные (при бронхогенном раке).



- 
- К легочным болям, не связанным с поражением плевры, относятся боли при остром трахеите, остром бронхите, коклюше.
  - Они носят жгучий характер и проецируются за грудиной и парастернально, захватывают грудинно-ключичное сочленение, могут распространяться на переднюю поверхность шеи.

**ОДЫШКА** - субъективное ощущение нехватки воздуха сопровождающееся изменением частоты, глубины и ритма дыхательных движений. Возникает при раздражении дыхательного центра.

- постоянная (при синдроме бронхиальной обструкции) или приступообразная (при бронхоспастическом синдроме)
- инспираторная (с затрудненным вдохом), встречается при стенозах гортани, остром отеке гортани

- экспираторная (затруднен выдох, более чем в 1,2 раза) при ХОБ, БА
- смешанная - наблюдается поверхностное дыхание, особенно после физической нагрузки, не зависящие от положения тела, с чувством нехватки воздуха. Встречается при всех заболеваниях с поражением респираторных отделов легочной ткани

- **УДУШЬЕ** - внезапно возникающее, очень выраженное чувство нехватки воздуха, сопровождающееся, как правило, отчетливыми объективными признаками дыхательной недостаточности. Встречается при БА **КРОВОХАРКАНЬЕ** – выделение крови с мокротой во время кашля (если одномоментно выделяется более 50 мл крови с мокротой, это расценивается как легочное кровотечение).

- 
- 
- **ЖАЛОБЫ ОБЩЕГО ХАРАКТЕРА :**
  - Слабость, недомогание, снижение памяти, работоспособности, плохой сон.
  - Повышение температуры тела.



## **ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- **Начало острого заболевания (бронхита, пневмонии, сухого плеврита) часто связано с переохлаждением**
- **Незаметное начало, постепенное появление кашля, позднее присоединение одышки характерно для хронического бронхита, часто развивающегося вследствие переохлаждения.**
- **Развитие приступов удушья при контакте с аллергеном, либо при обострении воспалительного процесса органов дыхания свидетельствует об БА**

- **Присоединение легочной одышки свидетельствует о развитии дыхательной недостаточности, а периферических отеков – о декомпенсации легочного сердца.**

## ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА ВИТЕА

- перенесенные заболевания: частые респираторно-вирусные инфекции, аллергии, заболевания, снижающие резистентность организма (сахарный диабет, коллагенозы)
- прием препаратов, (кортикостероидные гормоны, цитостатики)
- контакт с больным туберкулезом
- вредные привычки: табакокурение, алкоголизм, употребление наркотиков
- неудовлетворительные жилищно-бытовые и производственные условиями.
- непереносимость медикаментов или других веществ.
- отягощенная наследственность

# ■ ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО

## ■ Состояние больного

- **Удовлетворительное** - нет признаков декомпенсации сердечно-сосудистой и дыхательной систем, интоксикация не выражена
- **средней тяжести** – имеются признаки дыхательной недостаточности II-III степени, недостаточности кровообращения, вследствие хронического легочного сердца
- **тяжелое** – имеются признаки легочной или сердечно-сосудистой декомпенсации, крайняя выраженность интоксикационно-воспалительного синдрома


## ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО – вынужденное


- ортопноэ -с высоким головным концом при легочном сердце;
- лежа на больном боку-при сухом плеврите;
- лежа на здоровом боку-при абсцессе легкого и бронхоэктазах;
- положение стоя или сидя, крепко опираясь руками о край стола или стула со слегка наклоненной вперед верхней половиной туловища встречается при бронхиальной астме.


- **Лицо:** одутловатое (при приступах удушья и кашля, при гидротораксе), Лихорадочное лицо – при крупозной пневмонии
- **Язык** сухой, покрытый белым налетом - при крупозной пневмонии.
- Набухание и пульсация яремных вен шеи (при легочном сердце).
- Цианоз губ при дыхательной недостаточности.


## ИЗМЕНЕНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ:

- гиперемия кожных покровов наблюдается при эритроцитозе;
- при ДН – теплый цианоз;

 Багровый цианоз – ДН + эритроцитоз

 "Серый цианоз" возникает при анемии и интоксикации;

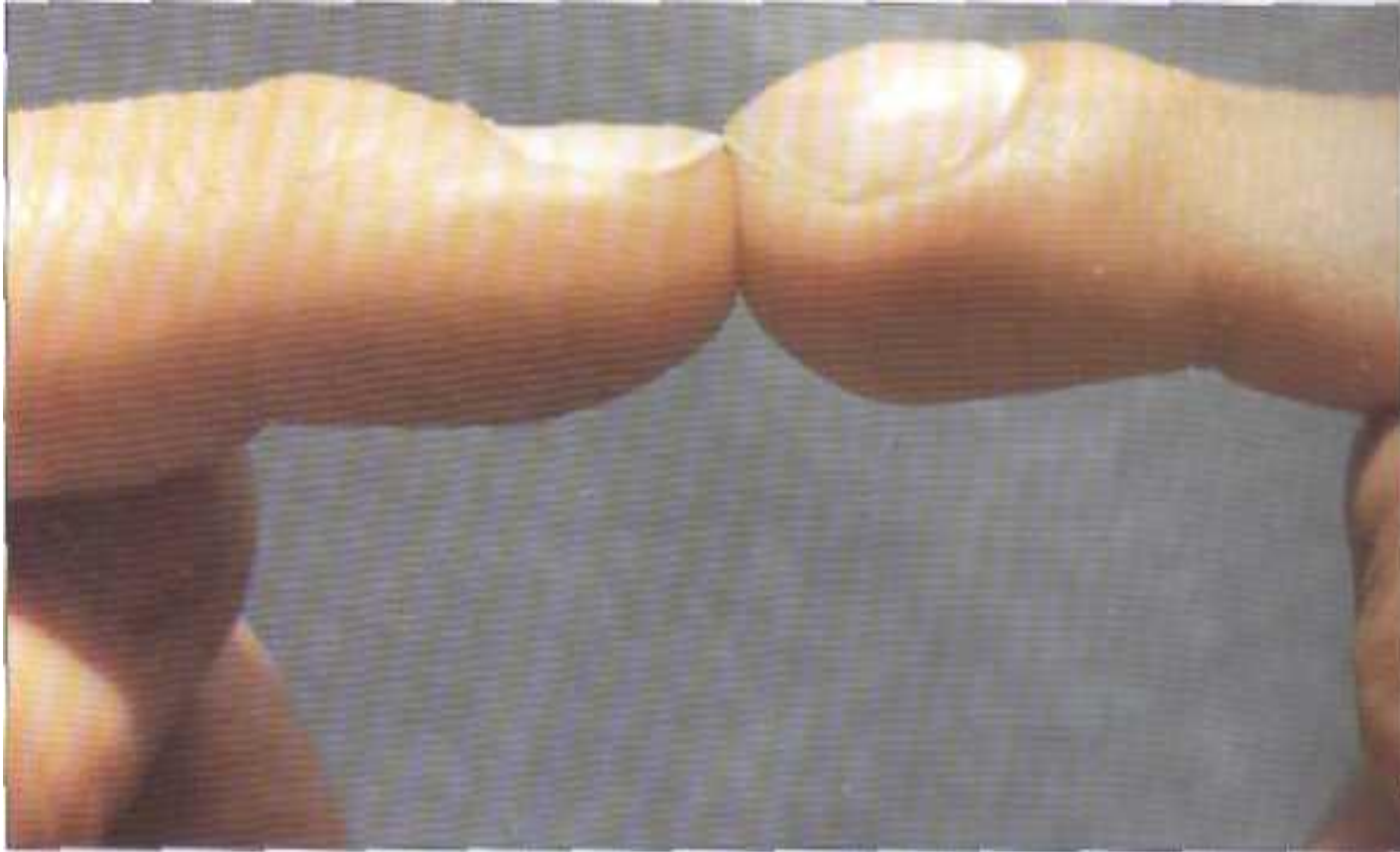
 "Чугунный цианоз" наблюдается при декомпенсированном легочном сердце

- 
- Прогрессирующее похудание могут быть признаками хронического воспалительного процесса при бронхоэктазах, хроническом абсцессе легких, туберкулезе легких или злокачественных опухолях.
  - Отеки наблюдаются при декомпенсированном легочном сердце.



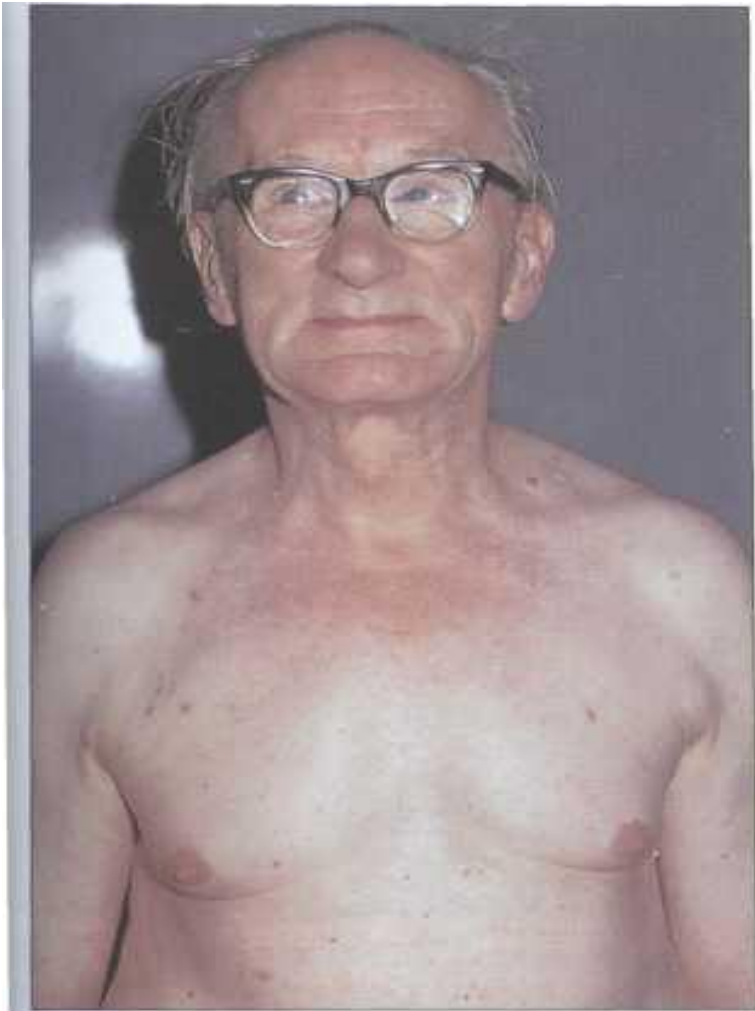
- Изменение пальцев в виде "барабанных палочек" и ногтей в виде "часовых стекол" встречается при трофических изменений тканей в дистальных отделах на фоне хронической ДН и длительной интоксикации.
- Повышение температуры (лихорадка) обусловлено бактериальным или вирусным воспалением, либо являться проявлением опухолевой интоксикации.





# ДЕТАЛЬНЫЙ ОСМОТР ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

- Эмфизематозная – взбухание грудной клетки преимущественно в задне-боковых отделах, увеличиваются межреберные промежутки. В акте дыхания активно участвуют вспомогательные мышцы плечевого пояса и межреберные мышцы.

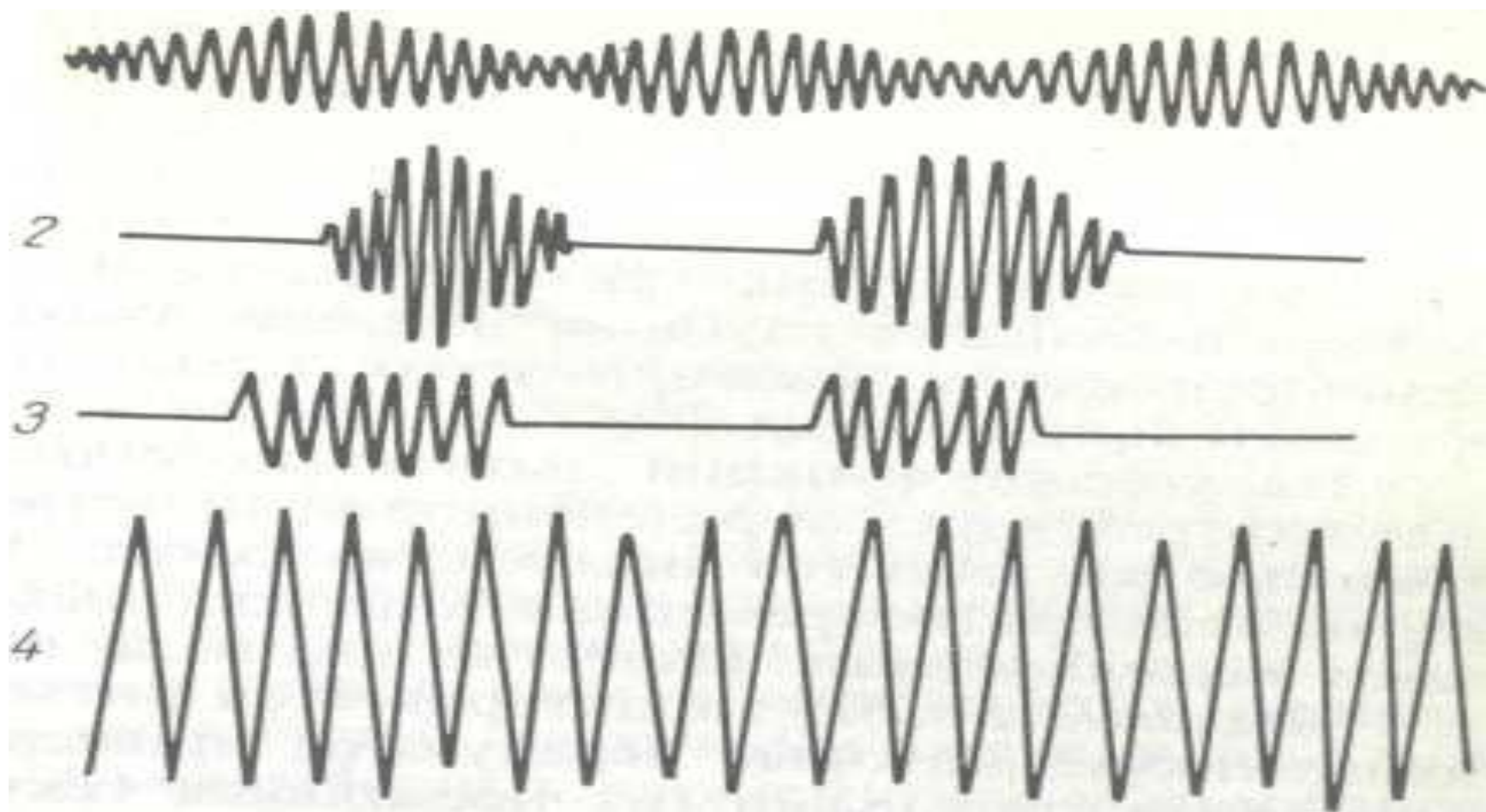


## ■ Асимметричной:

- а) увеличение одной половины грудной клетки- отмечается сглаживание и выбухание межреберных промежутков, асимметричное расположение ключиц и лопаток и отставание движения пораженной половины в акте дыхания от здоровой (при выпоте в плевральную полость значительного количества экссудата или транссудата, а также при наличии воздуха).
- б) уменьшение объема половины грудной клетки (при спадении легкого в результате ателектаза, после операции удаления легкого).

# Дыхание

- Тип дыхания: грудной, брюшной, смешанный.
- Частота дыхания у здорового человека составляет от 16 до 20 в 1 минуту.
- Глубина дыхания в норме у взрослых (объем вдыхаемого воздуха) составляет от 300 до 900 мл. В зависимости от изменения глубины дыхания различают глубокое и поверхностное дыхание.
- Ритмичное дыхание и аритмичное (Грокка Чейн-Стокса, Биотта, Куссмауля).





# Интерпретация результатов осмотра

Симметрич дыхательных движений	Симметрич грудной клетки	Изменения межреберн промежутков	Синдромы или заболеваний
Нет отставания	Грудная клетка симметрич на	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Изменений нет</li><li>■ Расширены</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Норма</li><li>Обструктив ный sd</li><li>-Эмфизема легких</li></ul>


Отставание Одной половины	Грудная клетка симметрична	Изменений межребер промежутков нет	-Долевое уплотнение -Большая полость в легком
	Увеличение пораженной половины	Сглаживание или выбухание	Гидроторакс Пневмоторакс
	Уменьшение, Западение одной половины	Уменьшение межреберных промежутков Или отсутствие втяжений при дыхании	-Обтурационный ателектаз Фиброторакс Сморщивание ткани легкого

# Пальпация

При пальпации определяем:

1. Болезненность и напряжение мышц грудной клетки
2. Резистентность
3. Голосовое дрожание

1. Локальная боль, выявляемая более чем в одном межреберье, но не на всем протяжении межреберных промежутков, усиливающаяся во время вдоха и при наклоне туловища в здоровую сторону и, ослабевающая при ограничении подвижности грудной клетки при сдавлении ее с обеих сторон ладонями, может быть вызвана сухим фибринозным плевритом.




2. В норме грудная клетка упругая, эластичная, т.е. податливая

- Повышенная резистентность (регидность) с двух сторон наблюдается у пожилых, при эмфиземе легких.
- С одной стороны при выпотном плеврите, опухоли плевры

3. Определение голосового дрожания (ощущаемые пальпаторно колебания грудной клетки, передающиеся с вибрирующих голосовых связок по столбу воздуха в трахее и бронхах.

- Усиление голосового дрожания связано с уплотнением легочной ткани (пневмония, инфаркт легкого, туберкулез, компрессионный ателектаз) и при наличии полости в легком, заполненной воздухом и сообщаемой с бронхом.

- 
- Локальное ослабление голосового дрожания возможно при скоплении в плевральной полости жидкости или газа, при закупорке бронха опухолью.
  - Ослабление голосового дрожания над всей поверхностью наблюдается при эмфиземе, у лиц с ожирением.





# ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГОЛОСОВОГО ДРОЖАНИЯ

Голосовое дрожание	Синдромы
Не изменено	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Норма</li><li>2. Сужение бронхов</li></ol>
Ослабление на стороне поражения	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Гидроторакс</li><li>2. Обтурационный ателектаз</li><li>3. Фиброторакс или шварты</li><li>4. Пневмоторакс</li></ol>

Усиление на стороне поражения

1. Полость в легком, сообщ с бронхом
2. Долевое уплотнение
3. Очаговое уплотнение
4. Компрессионный ателектаз

Симметричное, двустороннее ослабление

1. Эмфизема легких
2. Ожирение