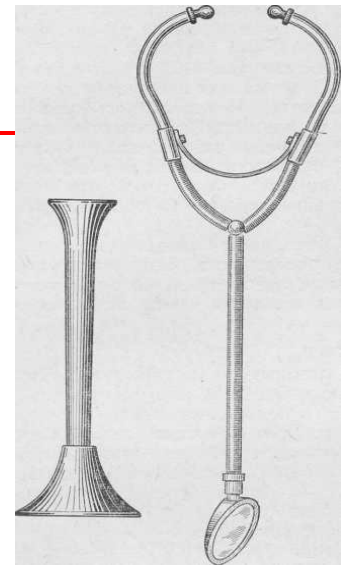

АУСКУЛЬТАЦИЯ-

(от лат. ausculto — слушаю,
выслушиваю)



АУСКУЛЬТАЦИЯ

Это метод объективного обследования больного, заключающийся в выслушивании звуковых явлений, возникающих в организме в результате колебаний тех или иных элементов, и в суждении по характеру звука о физическом состоянии органов.

Виды аускультации:

1. Непосредственная - производится при прикладывании уха, к телу больного.
 2. Посредственная - производится при помощи стетоскопа, фонендоскопа.
-

История

выслушивание самостоятельно возникающих в организме звуковых явлений. Аускультация разработана французским врачом Рене Лаэннеком (1781 — 1826) в 1816г., а описана и введена им во врачебную практику в 1819 г. Он же изобрел первый стетоскоп. Лаэннек обосновал клиническую ценность аускультации, проверяя результаты ее на секции, описал и дал обозначения почти всех аускультативных феноменов (везикулярное, бронхиальное дыхание, сухие а влажные хрипы, крепитация, шумы). Благодаря исследованиям Лаэннека аускультация вскоре стала важнейшим методом диагностики болезней легких и сердца и получила быстрое признание во многих странах, в том числе в России.

Развитие аускультации связано с усовершенствованием стетоскопа (Пиорри, Ф. Г. Яновский и др.), изобретением бинаурального стетоскопа (Н. Ф. Филатов и др.), фонендоскопа и изучением физических основ аускультации (И. Шкода, А. А. Остроумов. В. П. Образцов и др.).



История

Дальнейшим развитием аускультации является разработка методики записи звуковых явлений (фонографии), возникающих в различных органах. Первая графическая запись звуков сердца осуществлена в 1894 г. (Эйнтховен и Гелюкс).

В практике применяется как посредственная, так и непосредственная аускультация. При непосредственной слышимость значительно лучше (например, тоны сердца, тихое бронхиальное дыхание), звуки не искажаются и воспринимаются с большей поверхности (соответственно величине ушной раковины), но этот способ неприменим для аускультации надключичных ямок и подмышечных впадин, а иногда и по гигиеническим соображениям.

Простой стетоскоп, изготавливаемый обычно из дерева, пластмассы или металла, состоит из трубки с воронкой, которая приставляется к телу больного и вогнутой пластинки на другом конце для уха исследующего. Широко распространены бинауральные стетоскопы, состоящие из воронки и двух резиновых или каучуковых трубок, концы которых вставляются в уши. Бинауральный способ аускультации более удобен, особенно при аускультации детей и тяжелых больных.

-
- **Аускультация** остается незаменимым диагностическим методом для исследования легких, сердца и сосудов, а также для определения артериального давления по способу Короткова, распознавания артерио- венозных аневризм, внутричерепных аневризм, в акушерской практике. Аускультация имеет значение при исследовании органов пищеварения (определение кишечных шумов, шума трения брюшины, шума сужения кишок), а также суставов (шум трения внутрисуставных поверхности эпифизов).
-

Правила аускультации:

1. Тишина в помещении
2. Тепло в помещении.
3. Удобное положение больного.
4. При наличии волос смочить водой.
5. Пользоваться одним и тем же стетоскопом, фонендоскопом.
6. Стетоскоп должен плотно, но не больно прилегать к телу больного.
7. При аускультации легких просим больного дышать открытым ртом.
8. При аускультации сердца просим больного задержать дыхание.



АЛГОРИТМ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

1. Кашель.
 2. Мокрота.
 3. Боли в грудной клетке при кашле, глубоком вдохе, их интенсивность.
 4. Одышка (когда возникает).
 5. Повышение температуры тела (характер температуры, размахи между утренней и вечерней температурой).
-

1.Кашель

- постоянный (при хронических заболеваниях глотки, гортани, трахеи);
- периодический (при пневмонии, бронхиальной астме);
- приступообразный (при вдыхании раздражающих веществ);
- грубый "лающий" (при ложном и истинном крупе);
- судорожный (типичен для коклюша);
- битональный (у детей при туморозном бронхоадените);
- слабый (при хроническом фарингите);
- глухой (типичен для хронического обструктивного бронхита, осложненного эмфиземой);
- беззвучный (при наличии трахеостомы);
- сухой (характерен для стеноза трахеи и крупных бронхов);
- влажный (при бронхите, пневмонии).

2. Мокрота

(количество, цвет, консистенция, примесь крови, запах, зависимость от положения тела).

- слизистая (при бронхиальной астме, остром трахеите);
 - слизисто-гнойная (при острой очаговой пневмонии);
 - ржавая (при крупозной пневмонии);
 - гнойная (при абсцессе и гангрене легкого);
 - кровянистая (при туберкулезе);
 - серозная (при отеке легких).
-

3. Боли в грудной клетке при кашле, глубоком вдохе, их интенсивность

- боли в грудной клетке (при плевритах, абсцессе, туберкулезе, пневмонии)
 - боли в левой или правой нижнелатеральной части грудной клетки (при воспалении диафрагмальной плевры);
 - острая интенсивная (при диафрагмальном плеврите и спонтанном пневмотораксе).
-

4. Одышка (когда возникает)

- экспираторная (при бронхиальной астме);
 - инспираторная (при стенозе крупных дыхательных путей - гортани, трахеи);
 - смешанная (при хронических легочных заболеваниях);
 - удушье (при бронхиальной астме).
-

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Необходимо выяснить не было ли переохлаждения, наличия контакта с больным туберкулезом легких, гриппом, ОРЗ.

Обратить внимание на то, как развивалось заболевание (остро или постепенно).

Характер температурной кривой, реакция на температуру. Наличие похудания, слабости.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Обратите внимание на материально-бытовые условия (квартира сухая, светлая, теплая, или наоборот, количество проживающих, метраж).

Условия на производстве - с чем связана работа (подробно выяснить температурный режим, наличие сквозняков, химических веществ, пыли, аллергизирующих факторов).

Установить перенесенные ранее заболевания органов дыхания.

АЛГОРИТМ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ. (Схема IV)

■ ОСМОТР.

Общий осмотр:

- положение больного (сидит, лежит на больном боку и т. д.);
- цвет кожи (бледность, цианоз, герпес, яркий румянец щек);
- наличие "барабанных палочек";
- Осмотр носа, носоглотки. Характер дыхания (носом, ртом).
- Осмотр грудной клетки (норма, симметричность, наличие деформации, участие в дыхании, число дыханий в 1 мин.). Выбухание межреберных промежутков или их западение.

Типы дыхания

1. Тип дыхания Чейн - Стокса:

(правильное чередование периодов с нарастанием частоты дыхания и паузами).



2. Тип дыхания Биота:

(правильное чередование глубоких дыхательных движений пауз).



3. Тип дыхания Куссмауля:

(медленное и глубокое дыхание).



Осмотр, пальпация грудной клетки

Форма грудной клетки

Нормальные типы:

- нормостеническая,
- гиперстеническая,
- астеническая,

Патологические типы:

- бочкообразная
- паралитическая
- килевидная
- воронкообразная
- кифосколиотическая

Типы дыхания:

- брюшной - м
- грудной - ж
- смешанный

Частота дыхания

- (в норме 16– 20 в мин)
- Частое - тахипное
 - Редкое - брадипное

Глубина дыхания

- Поверхностное
- Патологическое
- Глубокое - дыхание Куссмауля

Ритм дыхания

- Нормальный
- Биота
- Чейн - Стокса+

Пальпация грудной клетки

Болезненность, западение части грудной клетки, деформация

Голосовое дрожание

+ + +

+ -

- -

в норме

Симметричное усиление с одной стороны:

легочной ткани

Полость

эмфизема легких

Усиленное с одной стороны -

Уплотнение жидкость в плевре, ателектаз

- с двух сторон-

Ослабленное