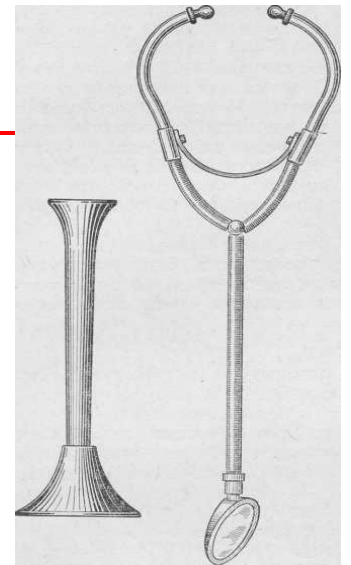


---

**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

+ + +

+ -

- -

## Симметричное усиление с одной стороны:

в норме

легочной ткани

Полость

эмфизема легких

## Ослабленное с одной стороны:

Уплотнение жидкость в плевре, ателектаз

- с двух сторон-

эмфизема легких