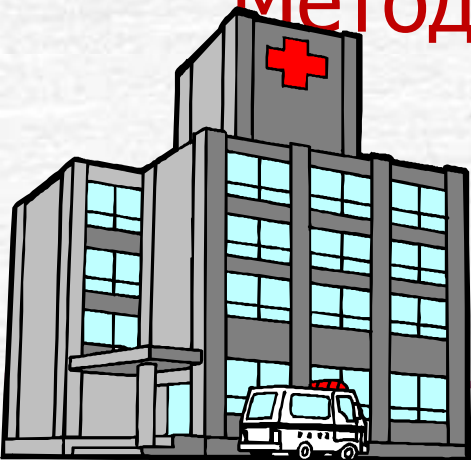


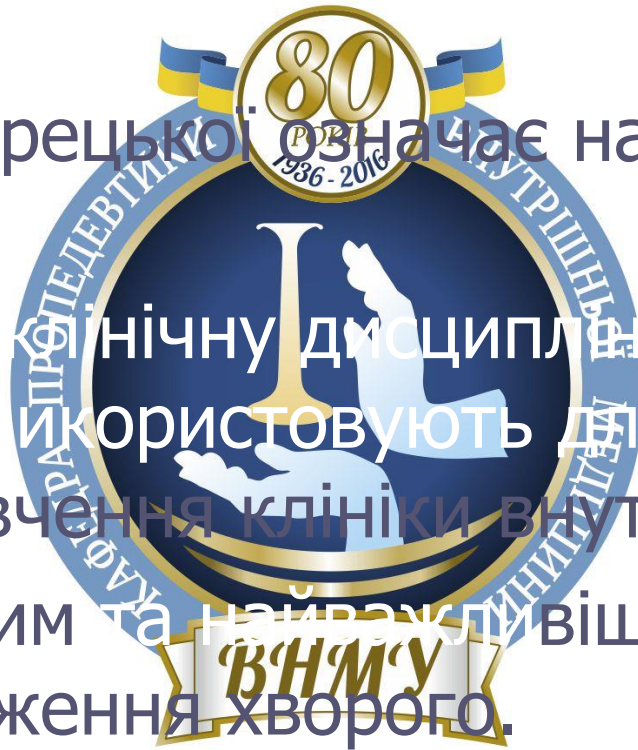
Введення в клініку внутрішніх хвороб.
Мета, предмет та завдання курсу пропедевтики
внутрішньої медицини. Схема клінічного
обстеження хворих. Анамнез.
Аспекти формування здорового способу життя

Методи обстеження дихальної системи

Професор Юрій Михайлович Мостовой,
завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх
хвороб ВНМУ імені М.І. Пирогова



Пропедевтика



- В перекладі з грецької означає навчати попередньо.
- Це введення в клінічну дисципліну, що дає основи тих знань, які використовують для подальшого детального вивчення клініки внутрішніх хвороб.
- Навчає основним та найважливішим додатковим методам обстеження хворого.
- Вивчає ознаки, або симптоми захворювання.



Історія кафедри пропедевтики внутрішньої медицини



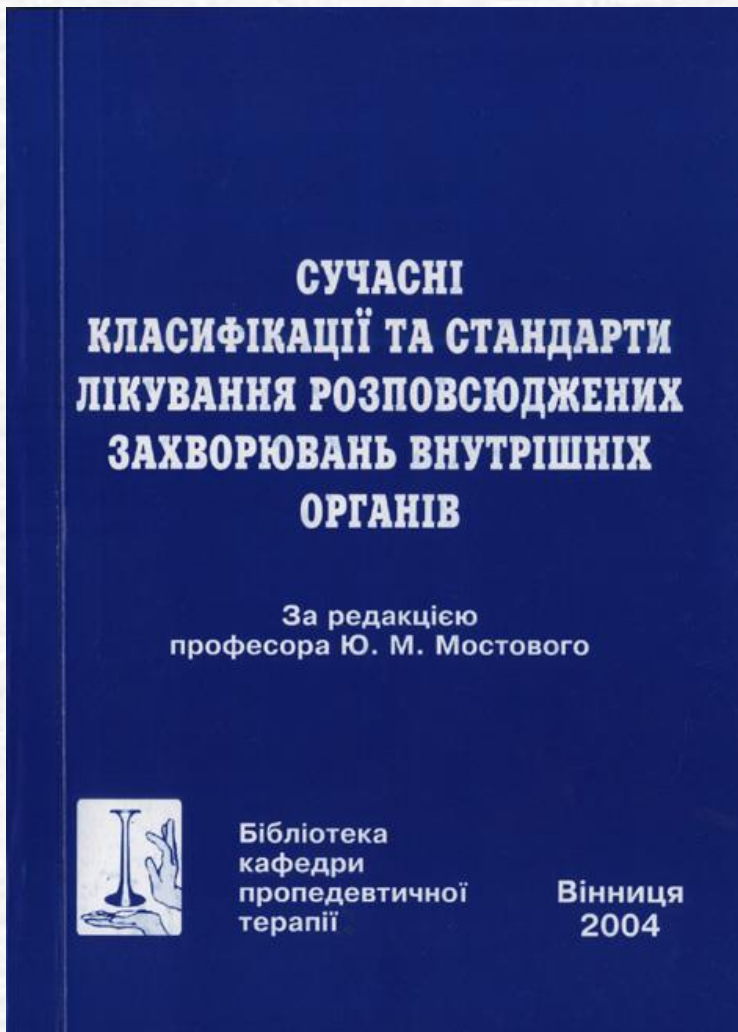
Вінницький медичний університет
імені П. Й. Пирогова
Кафедра пропедевтичної терапії



Борис Соломонович
ШКЛЯР

100-летію со дня рождення
посвящается





**Загальний тираж видання
наближається
до 30 000 примірників**

Анамнез

(anamnesis – спогади)



- ☛ Сукупність усіх отриманих під час розпитування даних, що використовуються для встановлення діагнозу

«К каждому сердцу находится свой ключ» (Т.Г. Яновский)

Основні скарги

Кашель (tussis)

- ☞ **Складний рефлекторно-захисний акт, що виникає при подразненні кашльових зон**
 - Міжчерпакуватий простір гортані
 - Біфуркація трахеї та бронхів
 - Поверхня глотки
 - Плевральні листки
 - Зовнішні слухові проходи
- ☞ **різними чинниками** (харкотиння, слиз, кров, пил, токсичні гази, шматки їжі та ін.)

Кровохаркання (haematorное)

- Це виділення крові з харкотинням під час кашлю об'ємом до 50 мл за добу
 - Дольова пневмонія
 - Тромбоемболія легеневої артерії
 - Абсцес
 - Туберкульоз
 - Злоякісна пухлина
 - Застій крові в малому колі кровообігу за серцево-судинної патології

Деталізація болю

- ☞ Локалізація болю
- ☞ Іррадіація болю
- ☞ Характер болю
- ☞ Тривалість болю
- ☞ Періодичність болю
- ☞ Інтенсивність болю
- ☞ З чим пов'язане виникнення болю
- ☞ Чим супроводжується
- ☞ Чим знімається біль

Біль за ураження плеври

- Локалізується у нижньо-бокових відділах грудної клітки
- Іррадіює в шийно-плечову ділянку, в черевну порожнину (діафрагмальний нерв)
- Посилюється під час вдиху, кашлю, сміху, чихання, в положенні хворого на здоровому боці
- Послаблюється в положенні хворого на боці зі сторони ураження, поверхневому диханні
- Зменшується після введення анальгетичних препаратів

Задишка

- **Фізіологічна** виникає після фізичного навантаження та пов'язана з підвищеною потребою організму в тканинному диханні
- **Патологічна**
- **Суб'єктивна** – скарги хворого без її об'єктивних ознак
- **Об'єктивна** – зміна частоти, глибини, ритму дихання, співвідношення між фазами дихання

Задішка

Інспіраторна –

- звуження трахеї, крупних бронхів
 - запального процесу або новоутворення слизової бронхів
 - здавлення сусідніми органами, пухлинами зобом, аневризмою
 - сторонні тіла
- зменшення еластичності легеневої тканини (легеневої тяги легень)
- зменшення дихальної поверхні легень
 - заміщення сполучною тканиною, пухлиною
 - ателектаз
 - накопичення повітря чи рідини в плевральній порожнині

Задишка

█ Експіраторна – бронхіальна обструкція

- Спазм гладенької мускулатури мілких бронхів та бронхіол
- набряк слизової оболонки бронхів
- Накопичення секрету в просвіті бронхів

Змішана

Основні скарги

- **Ядуха** – крайня ступінь задишки (пароксизмальна задишка)
 - **Asthma bronchiale**
 - Asthma cardiale
 - Asthma uraemicum



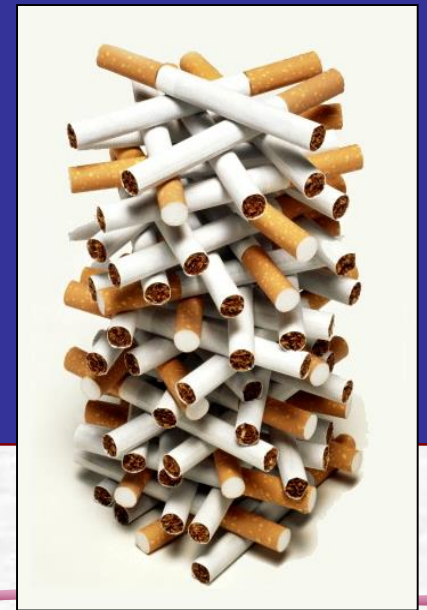
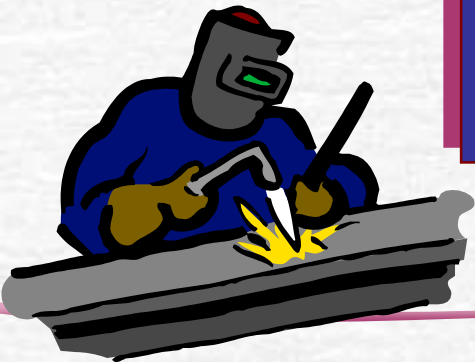
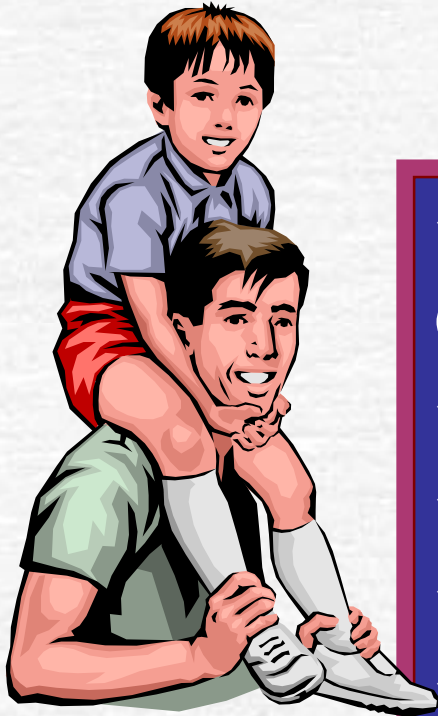
Динаміка захворювання

Anamnesis morbi

- ❏ Коли Ви вперше захворіли?
- ❏ Які ознаки захворювання Ви відчули?
- ❏ До кого Ви звертались?
- ❏ Який діагноз Вам встановили?
- ❏ Які результати додаткових методів обстеження були?
 1. Перший епізод
 2. Наступні загострення чи погіршення
 3. Даний епізод
- ❏ Чим Ви лікувались?
- ❏ Який результат лікування?

Анамнез життя (Anamnesis vitae)

- ❖ *Захворювання, перенесені протягом життя (вірусний гепатит, туберкульоз, СНІД)*
- ❖ *Оперативні втручання*
- ❖ *Професійний анамнез*
- ❖ *Генеалогічний анамнез*
- ❖ *Гінекологічний анамнез*
- ❖ *Алергологічний анамнез*
- ❖ *Антибіотичний анамнез*
- ❖ *Шкідливі звички*

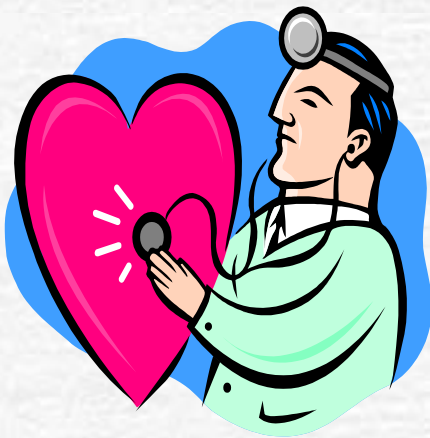


Фактори ризику виникнення захворювань дихальної системи

- Умови побуту (вологість приміщення)
- Перенесені респіраторні захворювання
- Професійні шкідливості (пташники, шахти, хімічні та цементні виробництва, швейні фабрики та ін.)
- Куріння
- Обтяжена спадковість



Об'єктивні методи обстеження (*Status praesens objectivus*)



Огляд (*inspectio*)

Пальпація (*palpatio*)

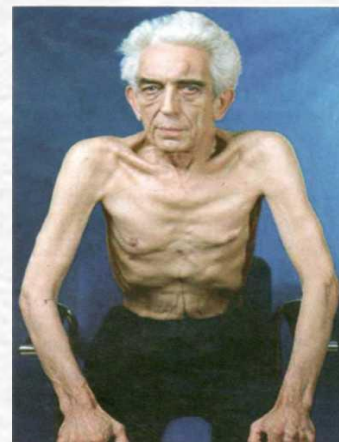
Перкусія (*percussio*)

Аускультация (*auscultacio*)

Загальний огляд

Положення в ліжку

1. На хворому боці
2. Вимушене з фіксацією верхнього плечового поясу
3. Ортопное – напівсидячи з опущеними до низу ногами (за лівошлунчкової недостатності)



Частота дихання

- У дорослої людини у стані спокою складає 16-20 за хвилину
- Тахіпное** (tachipное) – зростання частоти дихання за патології органів дихання
- Брадипное** (bradypное) – зменшення частоти дихання за пригнічення функції дихального центру

Основи перкусії та аускультатії легень



1. Зміни легеневої тканини
2. Зміни у плевральній порожнині
3. Бронхіальному дереві



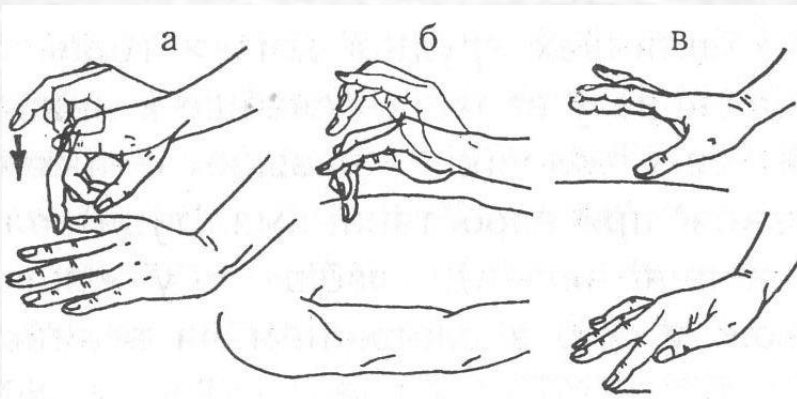


Основні поняття перкусії

Перкуторний звук – звуковий феномен, що є результатом коливання органу або тканин, які приводяться в коливальні рухи шляхом нанесення перкуторних ударів.

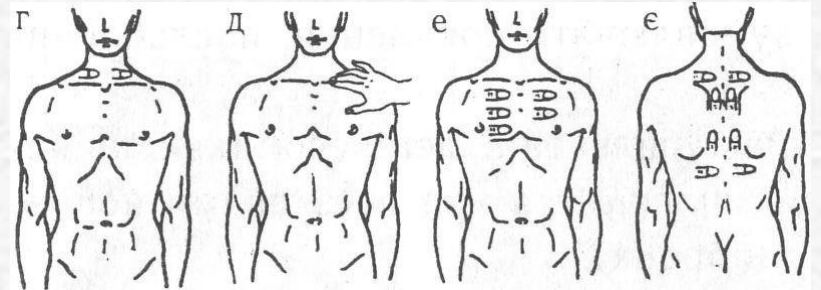
Перкуторна сфера – ділянка тканина під пальцем-плессиметром, що приходить в коливальні рухи під час нанесення перкуторних ударів.

Поняття “повітря-щільні елементи” перкуторної сфери



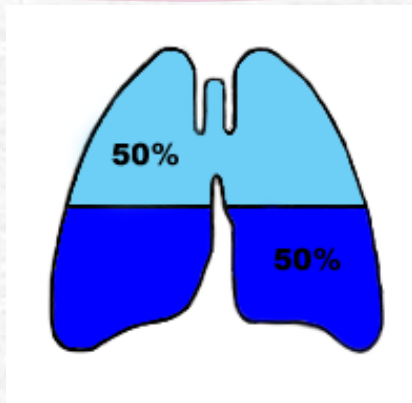
Порівняльна перкусія легень

- **Мета** – дати оцінку характеру перкуторного звуку і таким чином оцінити фізичні властивості органа, що знаходиться в перкуторній сфері; порівняти звук на симетричних ділянках



ПРАВИЛА

- Починати перкусія треба зі здорового боку (дані приймаються за норму)
- Проводити суворо на симетричних ділянках (спереду – до рівня III м/р, позаду – симетрично)
- Враховувати появу змін звуку залежно від робочої кінцівки



Ясний легеневий звук

- Умови виникнення – в перкуторній сфері співвідношення “повітря : щільні елементи” = 50%:50%
- Діагностичне значення – здорова легеня

Тупий перкуторний звук

Діагностичне значення



- Синдром дольового ущільнення легень (дольова пневмонія II ст., дольовий фіброз)
- Синдром накопичення рідини в плевральній порожнині > 400 мл (гідроторакс, плеврит, гемоторакс, хілоторакс)
- Повний ателектаз частки або легені
- Абсолютна серцева тупість, печінкова тупість (в нормі)

- Умови виникнення** – в перкуторній сфері 100% щільних елементів, 0% повітря



Притуплений перкуторний звук

Умови виникнення – в перкуторній сфері > 50% щільних елементів, < 50% повітря

Діагностичне значення

- Синдром вогнищевого ущільнення легень (вогнищева пневмонія, вогнищевий фіброз, склероз легень)
- I та III ст. дольової пневмонії
- Синдром накопичення рідини в плевральній порожнині < 400 мл (гідроторакс, плеврит, гемоторакс, хілоторакс)
- Початкова стадія ателектазу легень
- Потовщення плевральних листків
- Відносна серцева тупість (в нормі)



Тимпанічний звук

Умови виникнення:

- 1) в перкуторній сфері $> 50\%$ повітря, $< 50\%$ щільних елементів;
- 2) \downarrow еластичності легеневої тканини

Характер звуку:

tympanon – барабан

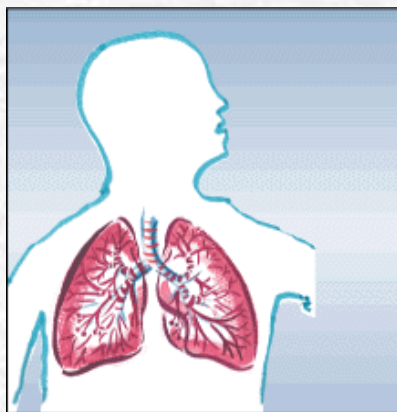
Відтінки звуку:

- Власне тимпанічний
- Коробковий
- Притуплено-тимпанічний
- Металевий

Діагностичне значення тимпанічного звуку

- ☞ **Власне тимпанічний звук**
(пневмоторакс)
- ☞ **Коробковий** (емфізема легень)
- ☞ **Притуплено-тимпанічний** (I та III ст. дольової пневмонії, початкова ст. ателектазу легень, трикутник Гарлянда, зона Шкода, початок набряку легень)
- ☞ **Металевий** (порожнина в легенях – велика, розташована поверхнево, зі щільними пружними стінками, пуста: абсцес, бронхоектаз, каверна)





Основні дихальні шуми

Везикулярне
дихання

Бронхіальне
дихання

Везикулярне (альвеолярне) дихання

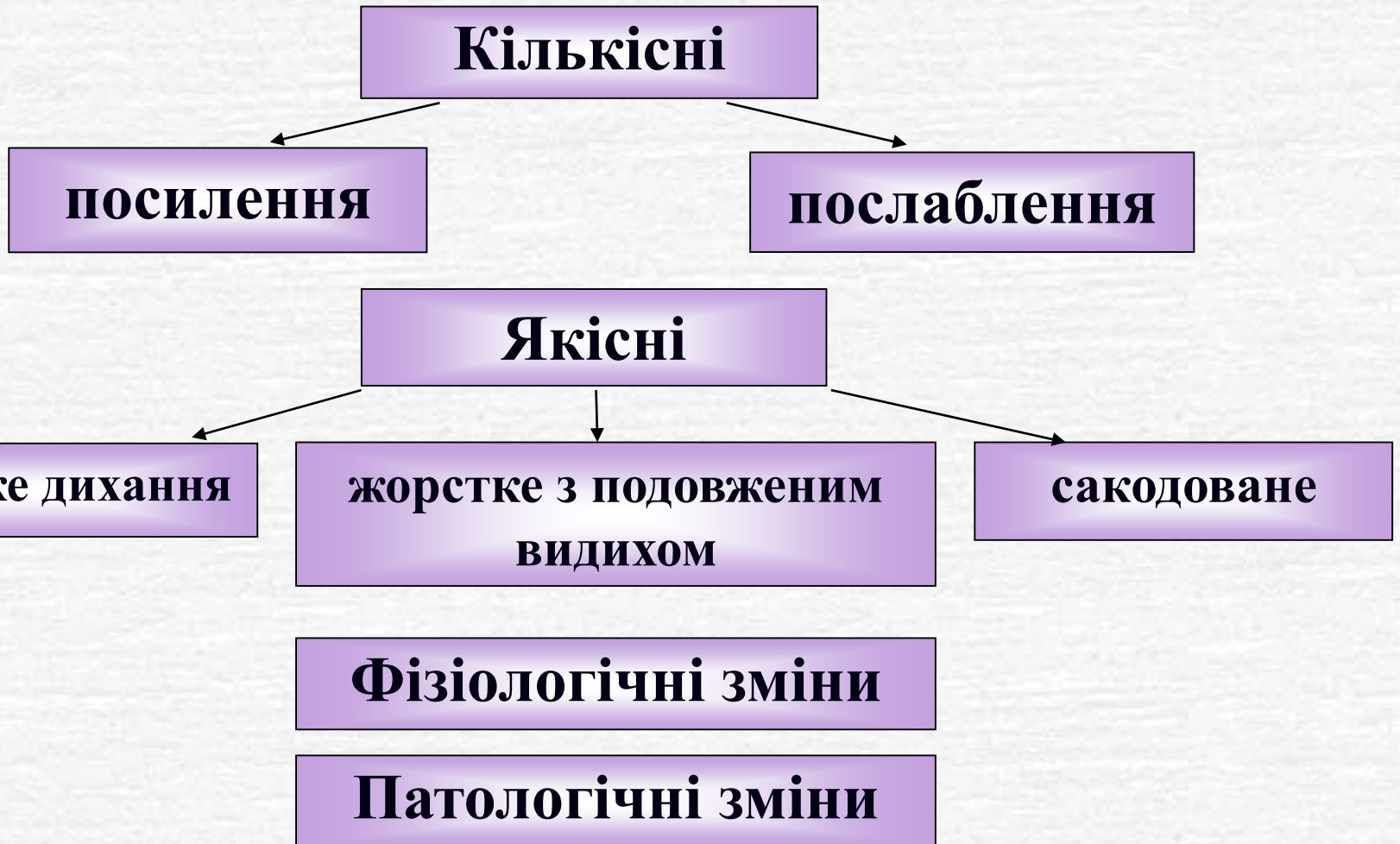
Дихальний шум, що виникає внаслідок коливання еластичної напруженої альвеолярної стінки альвеол.

Везикулярне (альвеолярне) дихання – результат послідовного розправлення великої кількості альвеол.

Везикулярне (альвеолярне) дихання чути протягом всього вдиху і 1/3 видиху.

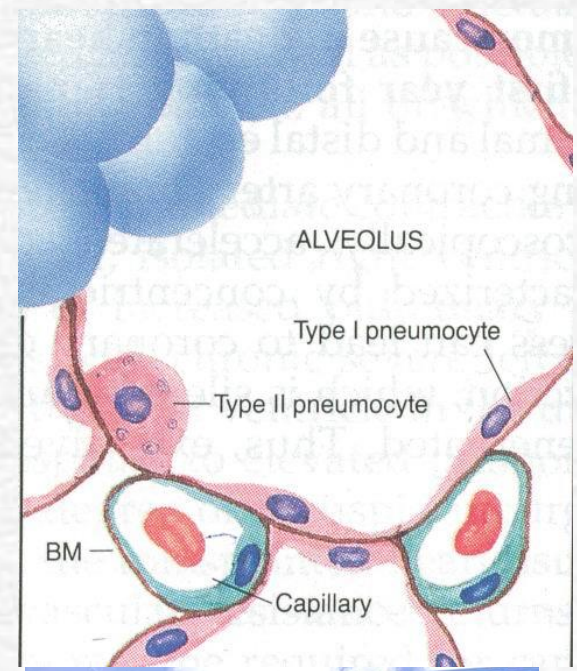


Зміни везикулярного дихання



Основні механізми ослаблення везикулярного дихання

1. Зменшення кількості повітря, що надходить в альвеоли.
2. Зменшення еластичності альвеол.
3. Зменшення кількості функціонуючих альвеол.



Причини ослаблення везикулярного дихання

1. Звуження гортані, трахеї, бронхів.
2. Зменшення еластичності стінки альвеоли (набряк запального характеру, застій крові в малому колі кровообігу).
3. Зменшення кількості альвеол (заміщення сполучною тканиною, пухлина, метастази, ателектаз).
4. Зменшення екскурсії, внаслідок накопичення рідини в плевральних синусах.
5. Патологія плеври (потовщення, зрощення).
6. Поверхнєве дихання (патологія міжреберних м'язів, нервів).

Замісне посилення везикулярного дихання

Компенсаторне дихання над ділянкою
легень, яка знаходиться поруч з
патологічним процесом.

На ділянці симетричній плевриту, гідротораксу,
спонтанному пневмотораксу

Якісні зміни везикулярного дихання

- ☞ Жорстке везикулярне дихання
- ☞ Дихання з подовженим видихом
- ☞ Сакадоване дихання

Нормальне везикулярне дихання має однакову гучність протягом вдиху.

Бронхіальне дихання –

Виникає в гортані під час проходження повітря через вузьку голосову щілину. Вислуховується в обидві фази дихання. Видих голосніший за вдих.

В нормі вислуховується над гортанню, в місцях проекції на грудну клітку трахеї, крупних бронхів.

Причини появи патологічного бронхіального дихання

1. Відсутність везикулярного дихання
2. Збереження прохідності бронху, що вентилює легеневу ділянку
3. Щільне прилягання легені до грудної клітки



Діагностичне значення

- Дольова пневмонія II стадія
- Повний компресійний ателектаз частки або легені
- Синдром порожнини в легені за умови сполучення її з бронхом



Додаткові дихальні шуми

- Хрипи
- Крепітація
- Шум тертя плеври



Хрипи – (ronchi) додаткові дихальні шуми, що виникають в трахеї, бронхах, з'єднаних з ними порожнинах внаслідок пересування і коливання харкотиння, ексудату, транссудату, крові.

Хрипи



```
graph TD; A[Хрипи] --> B[Сухі]; A --> C[Вологі]; B --> D[Свистячі]; B --> E[Дзижчачі]; B --> F[Тріскучі]; C --> G[Дрібно пухирчаті]; C --> H[Середньо пухирчаті]; C --> I[Велико пухирчаті]; G --> J[Гучні]; G --> K[Негучні];
```

The diagram is a hierarchical flowchart. At the top is a purple box labeled 'Хрипи'. A horizontal line below it branches into two vertical lines leading to 'Сухі' (left) and 'Вологі' (right), both in purple boxes. From 'Сухі', a vertical line leads to a horizontal line that branches into three vertical lines leading to 'Свистячі', 'Дзижчачі', and 'Тріскучі' in light blue boxes. From 'Вологі', a vertical line leads to a horizontal line that branches into three vertical lines leading to 'Дрібно пухирчаті', 'Середньо пухирчаті', and 'Велико пухирчаті' in light blue boxes. From 'Дрібно пухирчаті', a vertical line leads to a horizontal line that branches into two vertical lines leading to 'Гучні' and 'Негучні' in light blue boxes.

Сухі

Вологі

Свистячі

Дзижчачі

Тріскучі

**Дрібно
пухир-
чаті**

**Середньо
пухир-
чаті**

**Велико
пухир-
чаті**

Гучні

Негучні

Механізм утворення сухих хрипів

Основний механізм – накопичення
вязкого секрету в просвіті бронхів



Механізм утворення вологих хрипів

Накопичення в просвіті бронхів сторонніх мас рідкої, або напіврідкої консистенції.

Мілкопухирчасті гучні вологі хрипи – виникають при умові ущільнення легеневої тканини навколо бронхів.



Крепiтацiя – виникає в альвеолах в момент їх розлипання на висотi вдиху у разi просочення стiнки ексудатом чи трансудатом.

Крепітація виникає:

1. Запалення легень.
2. набряк легень.
3. Інфаркт легень.

Ознаки	Вологі хрипи	Крепітація
Відношення до видиху	Під час вдиху і видиху	Лише на висоті вдиху
Відношення до кашлю	Змінюються	Не зникає, не змінюється

Шум тертя плеври

- Патологічні стани плеври призводять до зміни фізичних властивостей плевральних листків. Виникає шершавість, нерівність поверхні плеври.
- Шум тертя плеври виникає в обидві фази дихального циклу.



Характерні ознаки шуму тертя плеври

1. Чується на вдихові і на видихові.
2. Не змінюється під час кашлю.
3. Посилюється при натискуванні на міжреберний проміжок.
4. Вислуховується при діафрагмальному диханні.

