

УДК 616. 071.5

Г.А. Игнатенко, В.А. Толстой, А.В. Дубовик, Е.А. Контовский, Ю.О. Брыжатая

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ – МИНУВШИЙ БЛЕСК И НЫНЕШНЯЯ НИЩЕТА? ЧАСТЬ I – ПЕРКУССИЯ

Физические методы исследования (перкуссия, пальпация, аускультация) являются классическими методами исследования пациента и, по-прежнему, занимают значительное место (и время) при обследовании пациента. Насколько они важны сейчас, при появлении современных высокоточных и высокоинформативных инструментальных и лабораторных методов исследования? По-прежнему ли важны все варианты физического обследования пациента, которые преподаются студентам в медицинских вузах? Нужны ли вообще физические методы исследования в современной врачебной практике? Эти вопросы будут рассмотрены в серии статей, первая из которых будет посвящена перкуссии. Авторы последующих строк не берут на себя смелость констатировать некоторые моменты, описанные в статье. Они лишь хотят начать дискуссию по давно существующей проблеме.

Краткая историческая справка

Общепризнанным основателем перкуссии считается Леопольд Ауэнбруггер (1722-1809). В 30-ти летнем возрасте он окончил медицинский факультет Венского университета. После почти 7-ми лет совершенствования и сопоставления клинических и секционных данных в 1761 году Ауэнбруггер предложил новый метод диагностики – перкуссию (от лат. *percussio* – простукивание, нанесение ударов). Свои наблюдения он опубликовал в достаточно объемном по тем временам труде (95 страниц) на латинском языке «*Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi*», что можно перевести: «Как при помощи нового способа – простукивания грудной клетки удается выявить скрытые внутри грудной клетки болезни». Толчком к идее создания этого метода послужили воспоминания детских лет Ауэнбруггера. Он многократно наблюдал, как в трактире проверяли уровень вина в бочке, чтобы вовремя ее заменить на следующую. Для этого наносились легкие удары деревянным молотком по крышке бочки (при хранении и при ис-

пользовании бочки находились в горизонтальном положении). Удары наносились сверху вниз, пока удар наносился выше уровня вина (т.е. там, где был воздух), звук был низким и протяжным («звук пустоты»). Звук явно изменялся при нанесении удара на границе воздуха и вина. На основании этого принципа Ауэнбруггер предположил, что можно отличить звук здорового легкого от звука жидкости в плевральной полости, что впоследствии и подтвердилось. Однако предложенный Ауэнбруггером новый метод исследования был скептически и даже насмешливо принят его современниками. О перкуссии забыли на долгие годы. Лишь в конце XVIII века Жан-Никола Корвизар-Демаре (личный врач императора Наполеона Бонапарта), познакомился с небольшой работой Максимилиана Штоля (врача из Вены), в которой тот анализировал данные перкуссии. Корвизар заинтересовался этим совершенно неизвестным для него методом исследования. Корвизар со своими многочисленными учениками начал изучать книгу Ауэнбруггера и применять перкуссию в собственной практике. Лишь через 20 лет после самостоятельного практического применения перкуссии, увидев перспективу в новом методе диагностики, Жан Корвизар перевел книгу Ауэнбруггера на французский язык и издал ее в 1808 году (всего лишь за год до смерти Ауэнбруггера). Ауэнбруггер не узнал о возрождении своего метода и о переводе книги на французский язык, т.к. последние годы своей жизни страдал тяжелым психическим заболеванием. В издании на французском языке к 95-ти страницам, написанным Ауэнбруггером, добавилось еще более 400. Это были страницы с комментариями Корвизара. Из воспоминаний Корвизара: «Я не помню ни разу в течение всего времени, когда я изучал медицину, чтобы упоминалось имя Ауэнбруггера... Я не знал о пер-

куссии, даже когда начал преподавать клиническую медицину». А ведь к тому времени, когда Корвизар только начинал учиться врачеванию на медицинском факультете Парижского университета, книга Ауэнбруггера была уже почти 20 лет как издана. После выхода книги на французском языке перкуссия быстро получила широкое распространение и всеобщее признание среди врачей. В последующие годы совершенствовалась как техника нанесения перкуторных ударов (например, появились первые плессиметры), так и сопоставление перкуторных звуков и имеющейся патологии. В последующие десятилетия перкуссия показала свою эффективность также при определении размеров легких и сердца, при выявлении локальной патологии легких, при определении границ некоторых органов брюшной полости, свободной жидкости в брюшной полости (асцита) и др.

Роль перкуссии в объективном обследовании пациента в конце XIX века

Авторы для анализа выбрали именно это время, когда не было ни одного (!) из инструментальных методов исследования грудной клетки, к которым мы сейчас привыкли и без которых не представляем современную диагностику (рентгенография, ультразвуковое исследование, методы исследования функции внешнего дыхания, эндоскопические методы и др.). Появление этих методов исследования принципиально изменило баланс сил при обследовании пациентов, приведено наглядно на рисунке 1. В те времена не было даже термометрии в том виде, который существует сейчас. Более того, многие врачи не

видели в ней перспективы. Например, Карл Герхардт (Karl Gerhardt) считал процедуру термометрии слишком сложной. Это именно тот Герхардт, который предложил классический на сегодняшний день метод опосредованной перкуссии, когда палец «молоточек» ударяет по пальцу плессиметру (перкуссия по Герхарду). Таким образом, диагностика в то время основывалась на сборе жалоб и анамнеза, осмотре, перкуссии, пальпации и аускультации, а также оценке выделений больного (кал, моча, рвотные массы, мокрота). Естественно, врачи старались «выжать» максимальную информацию о патологии именно из этих методов исследования, потому что других в то время еще не было. Именно поэтому перкуссия при исследовании легких в те времена была очень объемной: топографическая перкуссия нижнего края легких по 12 линиям (7 справа и 5 слева), высота верхушек легких и их ширина, подвижность нижнего края легких по 3-м линиям, сравнительная перкуссия легких, определение пространства Траубе и др. И это было оправдано. Некоторые варианты патологии дыхательной системы неплохо выявлялись именно благодаря перкуссии, а не аускультации (также популярного в те времена метода исследования). К ним можно было отнести, например гидроторакс и пневмоторакс. В первом случае звук становился притупленным или тупым (в зависимости от объема выпота), а во втором появлялся тимпанический звук. Причем другие физические методы исследования (например, та же аускультация) не позволяли даже отличить гидроторакс от пневмоторакса. И в первой, и во вто-



Рис. 1. Этапы обследования пациента в конце XIX века и в начале XXI века.

В конце XIX века методы лабораторной и инструментальной диагностики практически отсутствовали. Поэтому методам физического обследования пациентов отводилась исключительно важная роль в постановке диагноза. Именно этим объясняется большое количество перкуторных действий. После перкуссии, пальпации и аускультации врач делал вывод об имеющейся патологии (выставлял диагноз). В последующие десятилетия начали появляться и быстро развиваться методы инструментальной и лабораторной диагностики, которые позволили объективизировать данные перкуссии, пальпации и аускультации. Поэтому, в настоящее время жалобы, осмотр, перкуссия, пальпация и аускультация позволяют сформировать лишь диагностическую версию (или несколько версий). Окончательное суждение о патологии (диагноз) высказывается после инструментального и лабораторного обследования.

Таблица 1.

Затраты времени на перкуссию при использовании методики Герхарда*

Вариант проводимой перкуссии		Затраты времени (с)
<i>Перкуторное исследование легких</i>		
1	Перкуторное определение нижнего края легких по всем линиям (справа + слева)	Около 50 с + 40 с
2	Определение высоты стояния верхушек легких (справа + слева)	Около 7 с + 7 с
3	Определение ширины полей Кренига (справа + слева)	Около 8 с + 8 с
4	Определение подвижности нижнего края легких по трем линиям (справа + слева)	Около 60 с + 60 с
5	Сравнительная перкуссия легких спереди	Около 25 с
6	Сравнительная перкуссия легких сзади	Около 25 с
<i>Перкуторное исследование сердца</i>		
7	Определение границ относительной тупости сердца	Около 40 с
8	Определение границ абсолютной тупости сердца	Около 20 с
9	Определение ширины сосудистого пучка	Около 10 с
<i>Перкуторное исследование живота</i>		
10	Перкуторное определение большой кривизны желудка	Около 10 с
11	Перкуторное определение нижнего края печени перед ее пальпацией	Около 10 с
12	Перкуторное определение асцита (лежа + стоя)	Около 20 с + 20 с
ВСЕГО		Около 7 минут

*Представленные цифры указаны при условии, что: 1) перкуссия проводится опытным врачом, прекрасно владеющим перкуссией по Герхарду; 2) определение границ органов удается сделать с первого раза; 3) время, затраченное на общение с пациентом во время проведения перкуссии здесь не учтено. Поэтому, реальное время проведения полного перкуторного обследования составит 7,5-8 минут.

рой ситуации аускультативно выявлялось либо ослабленное везикулярное дыхание, либо дыхание вообще исчезало (в зависимости от объема накопившейся жидкости или воздуха). Перкуссия также давала неплохой результат при локальных легочных процессах (уплотнении легочной ткани, локального скопления воздуха в полостях и др.).

Перкуссия в начале XXI века

На сегодняшний день необходимо с прискорбием констатировать, что в практической врачебной деятельности врача-терапевта перкуссия почти не используется. Настолько почти, что скорее совсем. Лишь в редчайших случаях можно встретить врачей, которые регулярно используют перкуторное исследование. Но и они перкутируют перкуссию в явно урезанном объеме. Правильно это или нет? Почему так происходит? Какова роль перкуссии в современной врачебной практике? Для того чтобы ответить на эти вопросы надо проанализировать перкус-

сию всесторонне. Начнем с затрат времени на перкуторное исследование (табл. 1.). Если проанализировать таблицу 1, то становится очевидным, что проводить перкуссию в полном объеме просто невозможно из-за отсутствия у врача достаточного количества времени (а ведь есть еще жалобы и анамнез, осмотр, аускультация, пальпация анализ инструментальных и лабораторных методов исследования). Следовательно, все варианты перкуторного исследования легких, которые преподаются в медицинских ВУЗах, применить на практике при обследовании каждого больного нереально. Какие из этапов перкуссии нужно оставить, а какие можно не проводить? Для этого необходимо оценить диагностические возможности перкуссии, оценить ее сильные и слабые стороны руководствуясь таблицей 2. Анализируя эту таблицу, можно отметить, что перкуссия в ряде случаев перкуссия совершенно неинформативна, а та патология, которая может быть заподозрена с помощью пер-

Таблица 2.

Возможности перкуссии при выявлении патологии
(на примере основных синдромов патологии дыхательной системы)

Вариант патологии	Достоинства	Недостатки
1 Гидроторакс	Только при значительном объеме жидкости (более 500 мл). Лучшее по лопаточной линии (+++).	Не выявляет малый выпот. Перкуссия неэффективна при толстой грудной стенке.
2 Пневмоторакс	Значительный пневмоторакс выявляется хорошо (+++).	Как правило, не выявляется ограниченный пневмоторакс.
3 Уплотнение легочной ткани	Перкуссия выявляет только значительные объемы уплотненного легкого (++)	Небольшие или глубоко расположенные участки уплотнения не выявляются.
4 Инфильтрация легочной ткани	Перкуссия хорошо выявляет значительные участки (например, доля легкого) инфильтрации легочной ткани (++)	Небольшие или глубоко расположенные участки инфильтрации выявить нельзя.
5 Ателектаз	Перкуссия обычно хорошо выявляет полный ателектаз доли или всего легкого (++)	Ателектаз сегмента выявить нельзя. Перкуторно отличить ателектаз от пунктов 1, 3 и 4 невозможно.
6 Полость в легком	Выявляются только очень крупные и поверхностные полости (+).	Небольшие полости выявить нельзя. В ряде случаев даже большие полости не дают тимпанит.
7 Повышенная воздушность легкого	Выявляется только явно выраженный эмфизема (+).	Начальные стадии эмфиземы выявить нельзя.
8 Бронхиальная обструкция	Перкуторно не выявляется (-).	При этом синдроме метод бесполезен.
9 Гидропневмоторакс	Выявляется при значительном объеме воздуха и экссудата (+).	Незначительный гидропневмоторакс при перкуссии не выявляется.
10 Дыхательная недостаточность	Перкуторно не выявляется (-).	При этом синдроме метод бесполезен.

Примечание. Суммируя данные этой таблицы, можно говорить об эффективности перкуссии только при значительных участках патологических изменений легочной ткани или плевры.

куссии, должна быть явно выраженной. Именно заподозрена, а не выявлена. Например, с помощью только перкуссии можно найти притупление ниже угла лопатки, но высказаться более определенно какая патология имеет место в данном случае (нижнедолевая пневмония, гидроторакс или полный ателектаз). Но данная ситуация все равно является хорошим результатом. Локальное изменение перкуторного делает очевидной дальнейшую тактику обследования такого пациента – рентгенографию грудной клетки. Более неопределенной является ситуация «перкуторной нормы». В нее может попасть:

- 1) действительно норма;
- 2) невыраженная патология, при которой объема поражения легочной ткани и/или плевры недостаточно для перкуторного выявления патологии;
- 3) патология, которая перкуторно вообще не выявляется;
- 4) патология, которая не выявлена из-за плохой техники перкуссии.

Поэтому врач должен понимать, какая патология может быть выявлена перкуторно, а какая нет. Подводя итог, можно отметить, что перкуссия ориентировочно позволяет выявить ряд па-

тологических состояний легких и плевры. Как самостоятельный метод использоваться не может (оптимальная комбинация – с аускультацией).

1. Почему перкуссия игнорируется врачами-терапевтами?

Кратко проанализируем основные причины отказа практических врачей от проведения перкуторного обследования пациента.

1. Врач не владеет хорошей техникой нанесения перкуторных ударов и, следовательно, не использует ее, не веря в достижение результата. Пункт, который, по-видимому, не требует особых комментариев. Отсутствие навыка делает перкуссию бессмысленной. Даже, если перкуссия и будет в этой ситуации проводиться, она не принесет никакого результата, т.к. уверенности в точности полученных данных у врача не будет.

2. Врач не верит в сам метод. Обычно это возникает из-за неправильного понимания возможностей перкуссии (завышенного ожидания). Надежда на то, что перкуторно можно выявить изменения у каждого (или почти каждого) пациента с патологией дыхательной системы, естественно не оправдывается. Из-за этого метод воспринимается как малоинформативный, и перкуссия игнорируется.

3. Врач не перкутирует, т.к. решение о проведении рентгенологического исследования грудной клетки уже принято. Это достаточно часто встречающаяся ситуация. Еще на этапе сбора жалоб и анамнеза врач принимает решение о проведении рентгенографии. Например, пациент жалуется на повышение температуры тела до 38-38,5°, кашель, боль в грудной клетке. Трудно себе представить, чтобы врач сразу же не выбрал рентгенологический метод исследования, как первый в возможном списке дальнейшего обследования пациента. Большинство заболеваний дыхательной системы хорошо выявляются рентгенологически. Следовательно, врач без перкуссии (а, возможно, и без аускультации) отправляет пациента на рентгенографию грудной клетки, полностью полагаясь на результаты этого метода исследования.

4. Врач не предполагает патологии дыхательной системы и поэтому не проводит перкуторное исследование грудной клетки (например, из-за отсутствия жалоб). В большинстве случаев закономерность «нет жалоб – нет патологии» срабатывает. Но только в большинстве случаев. Далее будет представлена ситуация, в которой перкуссия оказалась наиболее важным методом исследования, который принципиально изменил дальнейший план обследования пациента, позволив выявить совершенно неожиданную патологию представлено на рисунке 2.

II. Какие существуют варианты проведения перкуссии?

В этом разделе мы разберем не технику на-

несения перкуторных ударов, а место перкуссии объективном обследовании пациента.

1. Самое простое и правильное проведение перкуссии – перкуторное обследование всех пациентов до проведения инструментальных методов исследования. Фактически, перкуссия проводится в качестве скрининга, определяя тактику дальнейшего обследования пациента. Перкуторное выявление патологии в этом случае будет максимальным, но и затраты времени также будут максимальными. Чаще всего (и лучше всего) перкуссия выявляет умеренный и выраженный гидроторакс, долевое уплотнение легочной ткани (при ее воспалении, обтурационном ателектазировании и т.п.). Также с помощью перкуссии хорошо выявляется пневмоторакс.

2. Целенаправленная перкуссия (врач ожидает изменение перкуторного звука). Перкуссия проводится целенаправленно после предположительного выявления патологии другим способом (но не инструментальным).

Например:

– При осмотре отмечается увеличение одной половины грудной клетки и отставание ее при дыхании. При увеличении одной из половин грудной клетки, как правило, изменяется и перкуторный звук. Обычно увеличение одной половины грудной клетки возникает при: массивном гидротораксе, массивном пневмотораксе и долевой пневмонии. Перкуссия позволит легко отличить массивный гидроторакс от массивного пневмоторакса; долевую пневмонию от пневмоторакса.

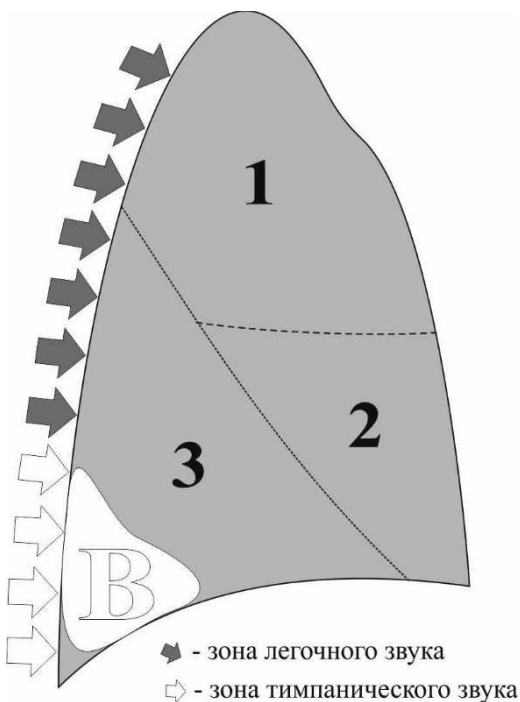


Рис. 2. Правое легкое (вид сбоку): 1- верхняя доля правого легкого; 2 - средняя доля правого легкого; 3 - нижняя доля правого легкого; В - воздухосодержащее образование.

Большое воздухосодержащее образование в правом легком. Больной М., 42 лет был госпитализирован в ревматологическое отделение с жалобами на интенсивные боли в коленных и тазобедренных суставах, преимущественно при ходьбе. Боли появились около 2-х месяцев назад и быстро достигли максимальной интенсивности. Припухания суставов не отмечается, движения в полном объеме. Патология предварительно была расценена, как реактивный артрит. Больной согласился на курацию студентами 3-го курса. При перкуторном исследовании легких был выявлен большой участок справа ниже угла лопатки, дающий тимпанический звук (по лопаточной, задней и средней подмышечным линиям). При аускультации в этой области выслушивалось везикулярное дыхание, которое было сходным с соседними участками и с симметричным участком слева. Повторный сбор жалоб с акцентом на дыхательную систему дополнительной информации не дал (никаких жалоб со стороны грудной клетки не было). Флюорографическое исследование пациента проходил 4 месяца назад - патологии не было. РКТ, сделанная в клинике, выявила большую (13 см × 9 см × 8 см) воздухосодержащую полость, примыкающую к висцеральной плевре, участок уплотнения легочной ткани 3 см × 5 см × 2 см, примыкающий к нижнедолевому бронху, значительное уменьшение просвета этого бронха. Патология была расценена, как центральный рак легкого. В последующем биопсия подтвердила этот диагноз. Патология суставов была расценена, как паранеопластическая артропатия. Таким образом, перкуссия в данном случае принципиально изменила понимание имеющейся у пациента патологии, что и позволило после дообследования поставить правильный диагноз.

– При аускультации выявляется бронхиальное дыхание. Обычно, причиной бронхиального дыхания в нижнебоковых отделах легких являются: 1) уплотнение легочной ткани (при 2-й стадии пневмонии); 2) крупная полость в легком, сообщающаяся с бронхом. Для уточнения причины бронхиального дыхания используется перкуссия: при уплотнении легочной ткани перкуторный звук притупленный, а при наличии крупной полости в легком – тимпанический. Обычно аускультация легких проводится после перкуссии легких, а не до.

– Жалобы на боль в каком-то участке грудной клетки также может стать причиной внимательного перкуторного исследования этой области, выделение большого количества мокроты (предполагает наличие полости в легком), быстро нарастающая одышка (при гидротораксе или пневмотораксе) и ряд других ситуаций.

3. Перкуссия проводится уже после проведения инструментальных методов исследования («ретроспективная перкуссия»). Обычно, это относится к перкуссии легких после рентгенографии грудной клетки. Например, рентгенологически уже выявлен умеренный гидрото-

ракс. Врач проводит перкуссию после рентгенографии для решения вопроса: могли ли он предположить гидроторакс, 1) если бы проперкутировал пациента до рентгенографии грудной клетки (если врач его не перкутировал) или 2) более внимательно перкутировал пациента (если перкуссия проводилась, но не выявила патологию). Подобный подход имеет чисто академический интерес. Патология уже выявлена рентгенологически независимо от последующих данных перкуссии. Обычно эта ситуация касается тех врачей, которые умеют хорошо перкутировать и регулярно это делают.

III. Объем перкуссии, который в современной врачебной практике реален.

Учитывая большие затраты времени на полное перкуторное обследование пациента - таблица 1, в сочетании со сложностью выявления некоторых вариантов патологии или, тем более, невозможностью выявить некоторые варианты патологии таблица 2, возникает необходимость уменьшить объем перкуссии до минимально необходимого. В таблице 3 представлен объем перкуссии в ее сокращенном варианте, проведем анализ этой таблицы.

Таблица 3.

Затраты времени на проведение выборочной перкуссии

Вариант проводимой перкуссии	Затраты времени (с)
<i>Перкуторное исследование легких</i>	
1 Перкуторное определение нижнего края легких по 2 линиям! (лопаточным и срединноключичным) справа + слева	Около 20 с + 10 с
2 Определение высоты стояния верхушек легких (справа + слева)	Около 7 с + 7 с
3 Определение ширины полей Кренига (справа + слева)	Не проводить
4 Определение подвижности нижнего края легких по трем линиям (справа + слева)	Не проводить
5 Сравнительная перкуссия легких спереди	Не проводить
6 Сравнительная перкуссия легких сзади	Не проводить
<i>Перкуторное исследование сердца</i>	
7 Определение границ относительной тупости сердца по Яновскому!	Около 10-15 с
8 Определение границ абсолютной тупости сердца	Не проводить
9 Определение ширины сосудистого пучка	Не проводить
<i>Перкуторное исследование живота</i>	
10 Перкуторное определение большой кривизны желудка	Не проводить
11 Перкуторное определение нижнего края печени перед ее пальпацией	Проводить не всегда
12 Перкуторное определение асцита (лежа + стоя) только стоя!	Около 20 с
ВСЕГО	Около 1,5 минуты

Перкуторное исследование легких.

1. Топографическую перкуссию нижнего края легких проводить по 2-м линиям: только по лопаточным и срединноключичным. Естественно, возникает вопрос – почему только по этим, а не по другим? Именно по этим линиям легче всего выявить:

– гидроторакс, уплотнение нижней доли легких (например, при пневмонии) – наиболее часто встречающаяся патология легких, которая выявляется перкуторно по лопаточной линии;

– поражение средней доли справа выявляется при перкуссии по срединноключичной линии.

2. Поражение верхних долей, которое выявляется перкуторно, будет обнаружено уже на стадии топографической перкуссии.

3. Ширину полей Кренига можно не определять. Если патология верхних долей, выявляемая перкуторно, есть, то достаточно определения высоты стояния верхушек легких (она уменьшается).

4. Определение подвижности нижнего края легких не проводить. Это времязатратное и малоинформативное перкуторное исследование легких.

5. Сравнительную перкуссию легких спереди не проводить. Любой вариант перкуссии легких по своей сути сравнительный (при топографической перкуссии звук сравнивается с предыдущим ударом, а при сравнительной – с ударом про симметричному участку грудной клетки). Поэтому опытный врач уже при проведении топографической перкуссии выявит локальное изменение перкуторного звука.

6. Сравнительную перкуссию легких сзади не проводить. По той же причине, что и в пункте 5.

Завершая анализ сокращенного варианта перкуссии легких можно отметить, что задачей перкуссии легких в настоящее время является предварительное суждение: норма или не норма. Любое сомнение в нормальности перкуторного звука или расположения края легкого позволяет врачу использовать один из инструментальных методов исследования (обычно, рентгенографию).

Перкуторное исследование сердца.

1. Определение границ относительной тупости сердца – это, по мнению авторов, единственный необходимый вариант перкуторного исследования сердца. В этой перкуссии очевидным преимуществом (по мнению авторов) обладает перкуссию по Яновскому.

В техническом плане перкуссию по Яновскому – это наиболее простой вариант перкуссии, у которого есть две особенности, которые наилучшим образом подходят для перкуссии сердца:

1) удары получаются несильные (нет глубокого проникновения перкуторной сферы в ткани организма), что наилучшим образом подходит для перкуссии сердца, которое расположено не глубоко;

2) очень большая частота нанесения ударов облегчает выявление места, в котором появляется притупление перкуторного звука (соответствует границе сердца).

При перкуссии по Герхарду перед определением правой границы сердца необходимо определить уровень стояния диафрагмы, что приводит к дополнительной потере времени. Авторы этой статьи, используя перкуссию по Яновскому, перкутировали правую границу относительной тупости сердца у всех по 4-му межреберью, не определяя уровень стояния диафрагмы. Во всех случаях рентгенологическое увеличение правых отделов сердца было обнаружено и при перкуссии по Яновскому. При расширении одной или нескольких границ сердца необходимо проведение ЭхоКГ (менее информативна рентгенография грудной клетки) для уточнения причины возможного увеличения сердца.

2. Определение границ абсолютной тупости сердца нецелесообразно, т.к. абсолютная тупость не может увеличиваться без увеличения относительной тупости сердца.

3. Определение сосудистого пучка можно не проводить, т.к. его расширение возникает крайне редко (только при резком расширении восходящего отдела аорты и/или ствола легочной артерии). Расширение сосудистого пучка выявляется значительно раньше не перкуторно, а каким-то другим способом (например, рентгенологически при ежегодных профосмотрах).

Перкуторное исследование живота.

Перкуторное исследование живота (согласно таблице 3) предполагает:

1) перкуторное определение большой кривизны желудка;

2) перкуторное определение нижнего края печени (обычно перед ее пальпацией);

3) перкуторное выявление асцита (лежа и стоя).

В том же порядке проанализируем эти три пункта, которые обозначены в таблице.

1. Перкуторное определение большой кривизны желудка лишь один из нескольких способов определения большой кривизны. Этот способ не является лучшим. При одинаковом соотношении в желудке и кишечнике воздуха и плотных элементов выявить большую кривизну желудка будет невозможно. Для определения большой кривизны лучше использовать аускультоаффрикционный способ (точный результат дает всегда).

2. Перкуссию нижнего края печени желательнее проводить для последующей установки пальпирующей руки. Однако, если нижний край печени врач прощупал уже при поверхностной пальпации, то перкутировать не имеет смысла.

3. Перкуторное выявление асцита возможно при значительном накоплении жидкости в брюшной полости (более 8 литров). Лучше использовать перкуссию по трем линиям в положении пациента стоя.

Завершая статью, хотелось бы узнать мнение

читателей об объеме преподавания перкуссии в медицинских вузах:

1. Преподавать, как и раньше (в полном объеме, как указано в таблице 1)?

2. Преподавать, как и раньше (в полном объеме, как указано в таблице 1), но с акцентом на фрагменты перкуссии, имеющие реальное практическое значение (указаны в таблице 3)?

3. Преподавать разделы, представленные в таблице 3, а с остальными этапами перкуссии знакомить студентов в виде исторического курса?

Г.А. Игнатенко, В.А. Толстой, А.В. Дубовик, Е.А. Контовский, Ю.О. Брыжатая

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ – МИНУВШИЙ БЛЕСК И НЫНЕШНЯЯ НИЩЕТА? ЧАСТЬ I – ПЕРКУССИЯ

Перкуссия, пальпация, аускультация - физические методы, являются классическими методами исследования пациента и, по-прежнему, занимают значительное место (и время) при обследовании пациента. Нужны ли вообще физические методы исследования в современной врачебной практике? Эти вопросы рассмотрены в статье, которая посвящена основному методу исследования - перкуссии. Авторы под-

нимают актуальный вопрос по давно существующей проблеме, насколько широка и эффективна методика использования основных физических методов исследования, при условии современных диагностических подходов и методов, при постановке основного и сопутствующих синдромов.

Ключевые слова: физические методы исследования, перкуссия, пальпация, аускультация.

G.A. Ignatenko, V.A. Tolstoy, A.V. Dubovik, E.A. Kontovskiy, Yu.O. Bryzhataya

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

PHYSICAL METHODS OF RESEARCH IN MODERN MEDICAL PRACTICE - PAST GLOSS AND CURRENT POVERTY? PART I – PERCUSSION

Percussion, palpation, auscultation are physical methods. They are classical methods of patient examination, and still occupy a significant place (and time) in patient's examination. Do we need physical methods of research in modern medical practice? These issues have been discussed in the article that focuses on the main method of research - percussion. The authors raise a topical ques-

tion on a long-standing problem, how broad and effective is using basic physical methods of research in situation of modern diagnostic approaches and methods during making the main and accompanying syndromes.

Key words: physical methods of research, percussion, palpation, auscultation.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бушманов А.И. Пальпация, перкуссия, аускультация. Новосибирск; 1997. 164.
2. Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Непосредственное исследование больного: Учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ; 2005. 170.
3. Кукес В.Г., Маринин В.Ф., Реуцкий И.А., Сивков С.И. Врачебные методы диагностики: Учеб. пособие. М.: ГЭОТАР-медиа; 2006. 720.
4. Новосельцев С.В., Малиновский Е.Л. Пальпация и перцепция в практике остеопата. СПб: Фолиант; 2014. 208.

REFERENCES

1. Bushmanov A.I. Pal'patsiya, perkussiya, auskul'tatsiya. Novosibirsk; 1997. 164.
2. Grebenev A.L., Sheptulin A.A. Neposredstvennoe issledovanie bol'nogo: Uchebnoe posobie. M.: MEDpress-inform; 2005. 170.
3. Kukes V.G., Marinin V.F., Reutskii I.A., Sivkov S.I. Vrachebnye metody diagnostiki: Ucheb. posobie. M.: GEOTAR-media; 2006. 720.
4. Novosel'tsev S.V., Malinovskii E.L. Pal'patsiya i pertseptsiya v praktike osteopata. Osnovy razvitiya pal'patornogo navyka. SPb: Izdatel'stvo FOLIANT; 2014. 208.