

**Министерство образования и науки Российской Федерации  
Дагестанский медицинский стоматологический институт**

**Кафедра естественно-научных и медико-биологических дисциплин**

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Учебно-методическое пособие**  
для студентов по учебной дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»

***Составил:***  
профессор Шихнебиев

Махачкала – 2014

**Рецензент:** доцент, доктор медицинских наук Гусейнов А.А.

**Шихнебиев Д.А. Методы исследования при заболеваниях системы органов дыхания: учебно-методическое пособие для студентов по учебной дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней».** - Махачкала: ДМСИ, 2014. – 12 с.

Учебно-методическое пособие включает сведения об основных методах исследования при заболеваниях органов дыхания. Излагаются также контрольные вопросы, тесты для самоконтроля, клинические задачи, перечень необходимых практических навыков и умений по основным физическим и лабораторно-инструментальным методам обследования органов дыхания.

Пособие составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта по специальности 060201 «Стоматология», учебным планом и рабочей программой.

Предназначено для студентов стоматологического института.

Рекомендовано Учёным советом ДМСИ к применению в учебном процессе.

**Протокол № 6 от 27.01.2014г.**

**ТЕМА: «МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ»**

**Цель занятия:** научиться выявлять жалобы и детализировать их при заболеваниях системы органов дыхания, проводить общий осмотр, осмотр грудной клетки, пальпацию, сравнительную и топографическую перкуссию, аускультацию легких; научиться трактовать общий анализ мокроты, результаты исследования плевральной жидкости, спирограмму.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. Основные принципы и диагностическое значение расспроса больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Данные в норме и диагностическое значение осмотра грудной клетки.
3. Топографические ориентиры и линии грудной клетки, нормативы сравнительной и топографической перкуссии.
4. Наиболее частые причины появления над легкими тупого (притупленного), коробочного и тимпанического звука, а также причины смещения границ легких и ограничения подвижности нижнего легочного края.
5. Правила аускультации легких, механизм возникновения, отличительные признаки и диагностическое значение основных и побочных дыхательных шумов.
6. Диагностическое значение общего анализа мокроты, анализа плевральной жидкости, спирометрии в диагностике заболеваний органов дыхания.

**СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. Выявить жалобы, типичные для больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Методически правильно производить осмотр грудной клетки, оценить ее форму, участие обеих половин в акте дыхания, правильно интерпретировать полученные данные.
3. Методически правильно выполнить пальце-пальцевую перкуссию, произвести сравнительную и топографическую перкуссию легких (выстояние верхушек спереди, нижние границы по 3 топографическим линиям), различать 5 видов перкуторного звука (ясный легочный, притупленный, тупой, тимпанический и коробочный), правильно произвести счет ребер, оценить результаты перкуссии легких.
4. Методически правильно произвести аускультацию легких, выявить основные и побочные дыхательные шумы, оценить их диагностическое значение и правильно записать результаты обследования больных.

Из предшествующих курсов **студент должен знать:** анатомию и топографию, нормальную физиологию системы органов дыхания.

**Содержание занятия**

При обследовании органов дыхания одной из главных задач является определение наличия патологического процесса, его типа, преимущественной локализации, проведение посиндромного дифференциального диагноза по основным опорным пунктам с выделением нозологии, ознакомление с составлением плана обследования, трактовкой наиболее важных лабораторно-инструментальных показателей.

## Методы исследования:

### **1. Выявить жалобы, типичные для больных с заболеваниями органов дыхания**

Больные могут предъявлять жалобы на нарушение носового дыхания, ощущение сухости и царапанья в горле, кашель, боли в грудной клетке, одышку, на приступы удушья.

Нарушение дыхания через нос может быть обусловлено местными патологическими процессами и прежде всего воспалениями, а также полипами, искривлениями носовой перегородки и т. д. В случае воспалительного процесса необходимо выяснить, часто ли бывает у больного насморк, каков характер носовых выделений (слизистые, гнойные), их количество, запах, бывают ли носовые кровотечения (возможны как при местных патологических процессах, так и при общих – артериальной гипертонии, атеросклерозе, хроническом нефрите, лейкозе, геморрагических диатезах и т. д.).

При жалобе больного на кашель необходимо выяснить, при каких условиях он появляется (в положении больного на спине, боку, при охлаждении), в какое время суток, каков его характер (лающий, грубый, громкий, затрудненный, сиплый, беззвучный, сухой или влажный, постоянный либо периодический и т. д.), установить, не сопровождается ли он болями в грудной клетке.

Если при кашле выделяется мокрота, следует уточнить ее консистенцию (жидкая, вязкая, густая), количество за сутки, отходит легко или с трудом, имеет ли запах, цвет, примесь крови (кровохарканье), разделяется ли со временем (при стоянии) на слои, зависит ли выделение ее от положения больного. В случае кровохарканья требуется уточнить его частоту, интенсивность, количество выделяемой крови, ее консистенцию (жидкая или сгустками), цвет (темный, алый, черный).

Периодический кашель возникает в случаях бронхоэктатической болезни, бронхиальной астмы (приступообразный), обострения бронхитов различного генеза и т. д. При бронхиальной астме, в конце приступа удушья, при кашле обычно выделяется густая стекловидная мокрота.

Постоянный кашель более характерен для хронических заболеваний трахеи, гортани, бронхов, туберкулеза, при недостаточности кровообращения (преимущественно в ночное время). При поражении голосовых связок кашель может быть беззвучным.

В случае болей в грудной клетке необходимо уточнить их локализацию, характер (ноющие, колющие и т. д.), продолжительность (постоянные или периодические), иррадиацию, выяснить, связаны ли они с кашлем, дыханием, движением.

Необходимо уточнить, при каких обстоятельствах появляется одышка (в покое, при физическом напряжении, перемене положения тела), постоянна она или приступообразна, принимает ли больной какое-либо положение для ее облегчения, что он при этом испытывает, затруднен ли у него вдох или выдох.

Одышка может быть объективной (учащается дыхание, изменяется его глубина), субъективной (например, при невралгии больной может испытывать чувство нехватки воздуха, а объективных проявлений одышки нет), инспираторной (затруднен вдох) или экспираторной (затруднен выдох) либо смешанной (затруднены и вдох и выдох).

### **2. Определение формы грудной клетки**

*Цель:* определить конституционный тип нормальной грудной клетки, выявить патологические варианты формы грудной клетки, выявить деформацию грудной клетки.

*Методика:* определить, какой из размеров грудной клетки преобладает: передне-задний или поперечный, ориентировочно оценить величину эпигастрального угла:

прямой, острый, тупой. Оценить выраженность над- и подключичных ямок. Оценить положение лопаток, направление расположения ребер. Оценить конституциональный тип формы грудной клетки.

Нормальная грудная клетка имеет форму усеченного конуса, обе половины симметричны, ключицы и лопатки на одном уровне и плотно прилегают к грудной клетке, ребра расположены косо.

К патологическим формам грудной клетки относятся следующие формы: эмфизематозная (бочкообразная), паралитическая, рахитическая, воронкообразная, ладьевидная.

*Эмфизематозная грудная клетка* напоминает бочку; межреберья расширены, ребра расположены горизонтально, экскурсии грудной клетки ограничены, поверхностны, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы.

*Паралитическая грудная клетка* напоминает несколько видоизмененную форму астенической грудной клетки. В отличие от нее часто бывает ассиметричной, так как западение межреберных промежутков, над- или подключичных ямок обычно неодинаково с обеих сторон. Во время дыхания лопатки смещаются асинхронно. Обычно формируется у лиц, длительно страдающих заболеваниями легких и плевры с развитием фиброзной ткани. Передне-задний отдел *рахитической грудной клетки* удлинен, и грудина килевидно выступает вперед. Передне-боковые поверхности как бы вдавлены кнутри и соединяются с грудиной под острым углом. Нижняя часть грудной клетки соответственно месту прикрепления диафрагмы втянута. Встречается у лиц, перенесших в детстве рахит. *Воронкообразная грудная клетка* характеризуется воронкообразным вдавлением в области мечевидного отростка и нижней части грудины ("грудь сапожника"). *Ладьевидная грудная клетка* отличается тем, что в верхней и средней частях грудины имеется углубление, напоминающее по форме углубление лодки (встречается при заболевании спинного мозга - сирингомиелии).

### 3. *Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания*

*Цель:* выявить симметричность движений обеих половин грудной клетки при дыхании.

*Методика:* визуально оценить движение обеих половин грудной клетки при обычном дыхании спереди и сзади в вертикальном положении. Визуально оценить движение обеих половин грудной клетки при форсированном дыхании спереди и сзади.

В норме обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

### 4. *Топографические линии и ориентиры грудной клетки.*

#### *Счет ребер*

*Цель:* научиться определять топографические линии и ориентиры, счет ребер для определения локализации очага патологического процесса органов грудной клетки.

*Методика:*

1. Вертикальные линии: передняя срединная – сверху вниз по середине грудины, грудинные правая и левая – соответственно по правому и левому краям грудины, окологрудинные (правая и левая) – посередине между среднеключичными и грудинными линиями соответствующей стороны, среднеключичные правая и левая – от середины ключицы перпендикулярно вниз, передние и задние подмышечные правая и левая – вертикально вниз соответственно по переднему и заднему краю подмышечных впадин, средние подмышечные правая и левая – вертикально вниз от середины от середины подмышечных впадин, лопаточные правая и левая – через нижние углы лопаток,

околопозвоночные – посередине расстояния между задней срединной и лопаточными линиями, задняя срединная – по остистым отросткам позвонков.

2. Ориентиры грудной клетки: спереди различают над- и подключичные ямки, яремную вырезку, эпигастральный угол, сзади – над-, меж- и подлопаточные области.

3. Отчет ребер спереди ведут «шаговым методом», начиная с первого ребра (у большинства людей оно находится под ключицей) или со второго ребра (оно прикрепляется к краю грудины на уровне угла между рукояткой и телом грудины). Далее счет ребер вести по линии костаартикулярис (линии, соединяющая грудинно-ключичное соединение со свободным краем 11 ребра). Сзади ориентируются на остистые отростки позвонков и 7 ребро, которое при опущенных руках прикрывается нижним углом лопатки.

### **5. Сравнительная перкуссия лёгких**

*Цель:* освоить методику сравнительной перкуссии легких и научиться правильно интерпретировать перкуторный звук над легкими.

*Методика:*

1. Спереди – перкуссию проводят над верхушками легких, далее непосредственно по ключицам, ниже ключицы по средне-ключичным линиям в симметричных участках грудной клетки с 1 по 3 межреберьям.

2. Перкуссия по среднеподмышечным линиям с 4 по 6 межреберьям, при этом пациенту предлагают поднять руки вверх или заложить ладони за голову.

3. Сзади начинают перкуссию с надлопаточных областей, при этом палец-плексиметр расположен параллельно ребрам, далее в межлопаточном пространстве в верхних и нижних отделах, при этом палец плексиметр расположен вертикально (перпендикулярно ребрам). Далее проводят в подлопаточной области с 7 до 9 межреберьям по лопаточным и заднеподмышечным линиям, при этом палец плексиметр расположен в межреберьях.

4. Оценка характера перкуторного звука (громкость, продолжительность, высоту, какой звук напоминает). Громкий, продолжительный, низкий – легочный звук. Тихий, короткий, высокий – тупой звук. Громкий, продолжительный, напоминает удар по барабану – тимпанический звук. Громкий, продолжительный, напоминающий удар по пустой коробке – коробочный.

### **6. Выстояние верхушек лёгких спереди**

*Цель:* научиться определять верхние границы легких спереди.

*Методика:* верхняя граница легких спереди определяется по высоте стояния верхушек: палец плексиметр устанавливают параллельно ключице в надключичной ямке и перкутируют от середины ключицы верх и несколько кнутри до смены ясного звука тупым.

В норме верхняя граница правого (левого) легкого спереди находится на 3 см выше ключицы.

### **7. Нижние границы лёгких по 3-м топографическим линиям**

*Цель:* научиться определять нижние границы легких.

*Методика:* для определения нижних границ перкутируют, перемещая палец-плексиметр по межреберьям сверху вниз по всем топографическим линиям (кроме парастернальной и среднеключичной слева) до смены ясного звука тупым, по передней и средней подмышечной линиям слева – по переходу ясного легочного звука в притупленно-тимпанический или тимпанический (из-за расположения пространства Траубе)

В норме нижние границы легких справа: по парастернальной линии – 5 межреберье, по среднеключичной линии – 6 ребро, по передней подмышечной линии – 7 ребро, по средней подмышечной линии – 8 ребро, по задней подмышечной линии – 9 ребро, по лопаточной – 10 ребро и по околопозвоночной линии – 11 грудной позвонок; слева: по парастернальной линии – 4 ребро, по остальным – также как и справа.

### **8. Аускультация легких**

*Цель:* провести выслушивание легких, определить характер основных дыхательных шумов, выявить патологические изменения основных дыхательных шумов и определить, в какой топографической области они локализуются. Выявить побочные дыхательные шумы, оценить их свойства, определить их разновидность в соответствии с классификацией, а также их локализацию.

*Методика:* этапы исследования:

1. Сравнительная аускультация легких, определение характера и локализации основных дыхательных шумов. Аускультуют легкие в симметрично расположенных точках сначала спереди, затем в боковых областях и сзади, в направлении сверху вниз. Каждую точку выслушивают в течении 2-3 дыхательных циклов. Сравнивают свойства основных дыхательных шумов на симметричных участках, а также на соседних участках.

2. Распознавание побочных дыхательных шумов и определение их локализации.

3. Интерпретация данных аускультации.

В норме на всем протяжении легких – везикулярное дыхание, в межлопаточном пространстве на уровне 4 грудного позвонка – физиологическое бронхиальное дыхание.

### **9. Число дыханий в минуту**

*Цель:* провести подсчет дыхательных движений за минуту.

*Методика:* подсчитать число дыханий за 1 минуту по движениям грудной или брюшной стенки незаметно для больного (имитируя исследование пульса на лучевой артерии).

В норме частота дыхательных движений за минуту составляет 18.

### **10. Трактовка общего анализа мокроты**

Мокрота – это патологическое отделяемое из дыхательных путей – легких, бронхов, трахеи, гортани, выделяется при кашле или отхаркивании. В состав её могут входить слизь, серозная жидкость, клетки крови и дыхательных путей.

Мокроту собирают после тщательного полоскания рта и горла в чистую сухую стеклянную банку или чашку Петри в утренние часы. Клиническое исследование мокроты включает осмотр, измерение количества, изучение физических, химических свойств, микроскопическое, бактериоскопическое, бактериологическое и цитологическое исследования.

Макроскопическое исследование мокроты включает: характер (слизистая, слизисто-гнойная, гнойно-слизистая гнойная, слизисто-кровянистая, слизисто-гнойно-кровянистая, кровавая), количество (скудное, обильное), цвет, запах, консистенцию (вязкая, густая, жидкая), слоистость, наличие различных включений (спирали Куршмана, фибриновые свертки, рисовые тельца, гнойные пробки, дифтерические пленки, некротизированные кусочки легких, кусочки опухоли легкого, друзы актиномикоза, пузыри эхинококка, случайные инородные тела).

При микроскопическом исследовании в мокроте могут обнаружить эпителиальные клетки, лейкоциты, эритроциты (воспалительные заболевания легких), эозинофилы, кристаллы Шарко-Лейдена, спирали Куршмана (бронхиальная астма), эластические

волокна (туберкулез, абсцесс и гангрена легких), атипические клетки (рак легкого), бактерии Коха (туберкулез) и различные микроорганизмы.

### **11. Трактовка результатов исследования плевральной жидкости**

При макроскопическом исследовании плевральной жидкости определяют характер, цвет, прозрачность, относительную плотность. По характеру делят на трансудат (содержание белка менее 30 г/л, удельный вес меньше 1015, отрицательная проба Ривальта, скудный клеточный состав) и экссудат (содержание белка больше 30 г/л, высокий удельный вес – свыше 1015, положительная проба Ривальта, содержание большого количества форменных элементов). Проводят химическое исследование, микроскопическое исследование, микробиологическое исследование.

При микроскопическом исследовании плеврального выпота могут найти следующие клеточные элементы: нейтрофильные лейкоциты (при эмпиеме), лимфоциты (при туберкулезном плеврите), эозинофилы (при ревматизме и аллергических поражениях), эритроциты (при новообразованиях, травматическом плеврите).

### **12. Расшифровка спирограммы**

Спирография – метод исследования функции легких путем графической регистрации во времени изменений их объема при дыхании.

Основные показатели, оцениваемые при проведении спирографии:

ЖЕЛ – жизненная ёмкость легких – максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких при спокойном выдохе после максимального глубокого вдоха; в норме ЖЕЛ > 80% от должной ЖЕЛ (ДЖЕЛ);

ФЖЕЛ – максимальный объем воздуха, выдыхаемого из легких при форсированном выдохе после максимально глубокого вдоха;

ОФВ1 – объем форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха;

ОФВ1/ЖЕЛ (индекс Тиффно) – отношение объема форсированного выдоха за 1 с к ЖЕЛ, выраженное в процентах – является чувствительным индексом наличия или отсутствия ухудшения проходимости дыхательных путей; в норме 70-75%;

ПОС – пиковая объемная скорость – максимальный поток, достигаемый в процессе выдоха.

МОС – мгновенные объемные скорости. МОС – скорость воздушного потока в момент выдоха определенной доли ФЖЕЛ (чаще всего 25,50 и 75 % ФЖЕЛ).

### **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Какие жалобы предъявляют больные с заболеваниями органов дыхания. Перечислить общие и местные жалобы. По каким пунктам детализируется симптом кашля и мокроты. Происхождение этих жалоб у больных с заболеваниями органов дыхания. Как анализируется жалоба на боль в грудной клетке? Признаки болей плеврального генеза.
2. По каким признакам проводится оценка формы грудной клетки. Три типа нормальной формы грудной клетки. Признаки «эмфизематозной» грудной клетки.
3. Определение участия обеих половин грудной клетки в акте дыхания (методика, диагностическое значение), топографические линии и ориентиры грудной клетки, счет ребер.
4. Как оценить частоту дыхания (ЧДД)? ЧДД в норме. Объективные признаки одышки.
5. Сравнительная перкуссия легких, определение границ легких, подвижность нижнего легочного края (методика, диагностическое значение).
6. Назовите цель и общие правила аускультации легких.



7. Основные дыхательные шумы (везикулярное, физиологическое бронхиальное): механизм их возникновения, причины изменения, интерпретация.
8. Добавочные дыхательные шумы (патологическое бронхиальное, жесткое, металлическое, саккадированное, амфорическое): механизм возникновения, интерпретация.
9. Патологические дыхательные шумы (сухие и влажные хрипы, крепитация, шум трения плевры): методика выявления и дифференциация.
10. Бронхофония: методика, данные в норме, диагностическое значение.
11. Изменения полости рта и зубов при заболеваниях органов дыхания.
12. Лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний органов дыхания.

### Практические навыки:

1. Выявить жалобы, типичные для больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Определение формы грудной клетки.
3. Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания.
4. Топографические линии и ориентиры грудной клетки. Счет ребер.
5. Сравнительная перкуссия лёгких.
6. Выстояние верхушек лёгких спереди.
7. Нижние границы лёгких по 3-м топографическим линиям.
8. Аускультация легких.
9. Число дыханий в минуту.
10. Трактовка общего анализа мокроты.
11. Трактовка результатов исследования плевральной жидкости.
12. Расшифровка спирограммы.

### Тесты:

1. Паравертебральная линия проходит:
  1. *через остистые отростки позвонков*
  2. *на 1 см снаружи от l. mediana posterior*
  3. *по середине между l. mediana posterior и l. scapularis*
  4. *по краю лопатки*
  5. *по углу лопатки*
  
2. При аускультации легких получены следующие данные: на всем протяжении легких низкий дующий дыхательный шум на вдохе и вначале выдоха. Каков характер основных дыхательных шумов?
  1. *амфорическое дыхание*
  2. *везикулярное дыхание*
  3. *бронхиальное дыхание*
  4. *жесткое дыхание*
  5. *сухие хрипы.*
  
3. Экскурсия грудной клетки в норме составляет:
  1. *4-6 см*
  2. *8-10 см*
  3. *6-8 см*
  4. *10-12 см*
  5. *8-12 см*
  
4. При аускультации легких больного врач выслушал с обеих сторон побочные дыхательные шумы в обе фазы дыхания, напоминающие поскрипывание, при

надавливанием стетоскопом шум не усиливается, при покашливании становится более звучным.

1. мелкопузырчатые влажные хрипы.
2. сухие хрипы
3. шум трения плевры
4. крепитация
5. жесткое дыхание

5. Какой звук в норме определяется над легочными полями при перкуссии:

1. ясный легочный
2. коробочный
3. тимпанический
4. тупой
5. притупленный

6. Укажите отличительное свойство шума трения плевры:

1. выслушивается на вдохе
2. выслушивается в обе фазы дыхания
3. изменяется при покашливании
4. образуется в альвеолах при наличии в них жидкого экссудата и воздуха
5. напоминает звук лопающихся над водой пузырьков при продувании воздуха через трубку, опущенную в воду

7. Приступ удушья - основная жалоба больного:

1. бронхитом
2. пневмонией
3. бронхиальной астмой
4. туберкулезом
5. ларингитом

8. Боли в груди при заболеваниях органов дыхания чаще связаны:

1. с приемом пищи
2. с физической нагрузкой
3. с волнением
4. с кашлем
5. со временем суток

9. Апноэ – это:

1. учащенное дыхание
2. прерывистое дыхание
3. остановка дыхания
4. удушье
5. редкое глубокое шумное дыхание

10. Для определения патологического очага в легких применяется:

1. топографическая перкуссия
2. сравнительная перкуссия
3. пальпация
4. спирометрия
5. исследование мокроты

Больной К., 30 лет. Предъявлял жалобы на повышение температуры ( $38^{\circ}\text{C}$ - $39^{\circ}\text{C}$ ), кашель без выделения мокроты в течение всего дня, который усиливается вечером перед сном. Беспокоят также общая слабость, отсутствие аппетита. Болеет всего 3 дня. Заболевание началось остро после переохлаждения. При объективном исследовании: температура  $38,00\text{C}$ . При перкуссии - притупление звука от нижнего угла лопатки справа. При аускультации - ослабление дыхания в этой же локализации, умеренное количество мелкопузырчатых хрипов, ЧДД – 20 в минуту. ЧСС - 90 ударов в минуту. АД 120 и 80 мм рт.ст.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании Вы думаете.
2. Его диагностические критерии.

**Задача 2**

Больная Н., 45 лет, при поступлении в пульмонологическое отделение предъявляла жалобы на приступы удушья, во время которых резко затруднён выдох. Приступ удушья длится 20-30 минут и постепенно затихает. Вне приступа чувствует себя здоровой. Объективно выявлены следующие изменения. На расстоянии слышны свистящие хрипы. Кожные покровы умеренно гиперемированы, влажные. ЧДД – 26 в минуту. При перкуссии коробочный перкуторный звук над всеми легочными полями. В легких множество сухих свистящих хрипов. Тоны сердца приглушены, шумов нет. ЧСС 96 ударов в минуту. АД 120 и 70 мм рт.ст. Живот безболезненный. Отеков нет.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании Вы думаете.
2. Его диагностические критерии.

**Задача 3**

Больной Р., 36 лет, жалуется на одышку при умеренной физической нагрузке. Беспокоит также кашель, наблюдаемый преимущественно по ночам. Кашель чаще сухой, изредка с небольшим количеством светло-жёлтой мокроты с прожилками крови. Дважды во время кашля наблюдались сильные кровотечения. Кроме того, больного беспокоят общая слабость, недомогание, понижение аппетита, незначительная лихорадка по вечерам в течение последних 6 месяцев. Из анамнеза известно, что находился в местах лишения свободы, недавно вышел из тюрьмы. При осмотре – больной пониженного питания, кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. При пальпации отмечено усиление голосового дрожания под правой ключицей. Эластичность грудной клетки сохранена. Перкуторный звук ясный, за исключением правой подключичной области, где он становится резко тимпаническим. При аускультации в области правой надключичной области выслушивается крепитация, в остальных отделах легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Границы легких не изменены, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС – 90 ударов в минуту. АД = 110/70 мм рт. ст. Живот безболезненный. Отеков нет.

**Вопросы:**

1. О каком заболевании Вы думаете.
2. Его диагностические критерии.

**Список основной литературы**

1. **Гребнев А.Л.** Пропедевтика внутренних болезней: учебник для вузов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2009. – 656 с.

2. **Мухин Н.А.** Пропедевтика внутренних болезней: учебник для вузов / Н.А.Мухин, В.С.Моисеев. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 768 с.
3. **Рябчикова Т.В., Смирнов А.В., Егорова Л.А.и др.** Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: учебное пособие. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. – 192 с.
4. **Шамов И.А.** Пропедевтика внутренних болезней. Махачкала: Изд-во «Юпитер», 2002. – 336 с.
5. **Шихнебиев Д.А., Эседов Э.М.** Методы исследования и семиотика при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов и врачей. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. – 385 с.

Тираж 100

Издано в ДМСИ, ул. Азиза Алиева, 25.