

Актуальність. Перкусія легень, поряд з аускультацією, вважається дуже важливим методом обстеження хворих з патологією органів дихання. За технікою виконання розрізняють перкусію безпосередню і опосередковану. Серед методів безпосередньої перкусії найбільшої уваги заслуговують способи Ф. Г. Яновського (постукування по поверхні грудної клітки кінцевою фалангою середнього пальця правої руки) і В. П. Образцова (постукування по поверхні грудної клітки кінцевою фалангою вказівного пальця, що зісковзує з поверхні III пальця).

ПЕРКУСІЯ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

Перкусія – це метод обстеження, що полягає в простукуванні різних частин тіла та оцінки звуків, що при цьому виникають. Звук при час перкусії залежить від будови тканини, розташованій в області вистукування, та характеризується амплітудою, частотою та тривалістю. Звуки за амплітудою бувають гучні та тихі, за частотою – високі та низькі, за тривалістю – довгі та короткі. Характеристики звуку залежать від співвідношення в обстежуваному органі повітря та щільної тканини. Чим більше повітря, тим звук гучніший.

Виділяють ТРИ ОСНОВНИХ ПЕРКУТОРНИХ ЗВУКА:

- **Ясний легеневий звук**, що визначається в нормі над здоровими легеньми, він гучний, низький, тривалий;
- **Стегновий звук**, що виявляється в нормі над щільними органами, він тихий, високий та короткий;
- **Тимпанічний звук**, що виявляється над органами, в яких є велика кількість повітря та тонкі стінки (шлунок, кишківник), він в нормі гучний, як правило, високий та тривалий.

За способом проведення розрізняють два типи перкусії: пряму та непряму.

Під час проведення перкусії легень використовують такі **правила**:

- Обстеження проводять в теплому, добре освітленому та тихому приміщенні;
- Положення лікаря та пацієнта повинно бути зручним та залежить від стану хворого;
- Як палець-плесиметр використовують 3-й палець лівої руки, який щільно прилягає до обстежуваної ділянки грудної клітки, інші пальці не повинні торкатися грудної клітки;
- Як палець-молоточок використовують 3-й палець правої руки, кінцева фаланга якого злегка зігнута, кисті обох рук розташовуються паралельно, одна над одною;
- Під час перкусії наносять 2 відривних, коротких, однакових за силою удари пальцем-молотком перпендикулярно по пальцю-плесиметру;
- Рух правою рукою виконується тільки в променезап'ястковому суглобі;
- За силою перкусія буває гучною при обстеженні глибоко розташованої патології (7 – 8 см), середньою (5 – 6 см), тихою (3 – 4 см), найтихішою (2 – 3 см).

Виділяють ПОРІВНЯЛЬНУ та ТОПОГРАФІЧНУ перкусію.

Порівняльна перкусія. Її метою є визначення патологічного вогнища в легенях або плевральній порожнині шляхом порівняння перкуторного звуку на симетричних ділянках грудної клітки. Для цього виконують такі правила:

- Перкуторний звук порівнюють тільки на симетричних ділянках;
- Сила перкуторного удару залежить від локалізації патології;
- Перкусія проводиться в суворій послідовності;

- Удар наноситься в ямках по кінцевій фаланзі пальця, в міжребер'ях – по середній;
- Перкусія проводиться при спокійному та глибокому диханні хворого;
- Спочатку проводять перкусію по передній поверхні грудної клітки, потім по боковій та задній, рухаючись зверху вниз;
- Перкусію виконують спереду і збоку справа наліво, позаду – зліва направо.



Порівняльна перкусія легень

Перкусія по передній поверхні грудної клітини: лікар розташовується справа від хворого, руки якого опущені донизу, перкусія проводиться зліва направо. 1 положення – надключичні ямки; 2 положення – прямий удар по ключиці; 3 положення – підключичні ямки; 4 положення – в II м/р по середньо-ключичній лінії; 5 положення – в моренгеймовій ямці (тупий кут з ключицею).

Перкусія по боковим поверхням грудної клітки: лікар розташовується спереду від хворого, як правило, перкусію проводять в 4 положеннях при піднятих за голову руках. 1 положення – з обох сторін в підпахвовій ямці; 2 положення – по середній підпахвовій лінії по ходу м/р; 3 та 4 положення – на одне м/р нижче попереднього.

Перкусія по задній поверхні грудної клітки: лікар розташовується позаду та зліва від хворого, положення пацієнта – схрещені спереду руки та невеликий нахил голови вперед, перкусія проводиться зліва направо. 1 положення – надлопаточна ямка, паралельно до гребню лопатки; 2 положення – посередині та перпендикулярно до лінії, яка з'єднує внутрішній кут лопатки та остистий відросток VII шийного хребця – «тривожна зона» (така назва зв'язана з частою локалізацією туберкульозного процесу); 3, 4 та 5 положення – на рівні верхніх, середніх та нижніх частин міжлопаткового простору; 6 та 7 положення – в 2-х м/р нижче кутів лопаток.

В нормі над легенями при порівняльній перкусії вислуховується ясний легеневий тон. При патологічних станах в легенях перкуторний звук може змінюватися.

Притуплення перкуторного звуку зустрічається при зменшенні повітряності легеневої тканини та при появі щільних ділянок при сегментарній пневмонії, пневмосклерозі, пухлині легень.

Тупий звук спостерігається при пневмококовій пневмонії, синдромі гідротораксу, ателектазу, наявності пухлини значних розмірів, при абсцесі легень.

Притуплено-тимпанічний звук визначається в тих випадках, коли на фоні невеликого ущільнення легеневої тканини залишається невелика кількість повітря при одномоментному зниженні еластичності альвеол. Таке зустрічається при пневмосклерозі та пневмонії.

Тимпанічний звук визначається при: синдромі пневмотораксу, наявності порожнини, яка з'єднується з бронхом, туберкульозній каверні та абсцесі легень в стадії випорожнення.

За наявності крупної гладкостінної порожнини (6 – 8 см), розташованої поверхнево, тимпанічний звук має «металевий» відтінок. Він більш низький та нагадує звук удару металевого посуду.

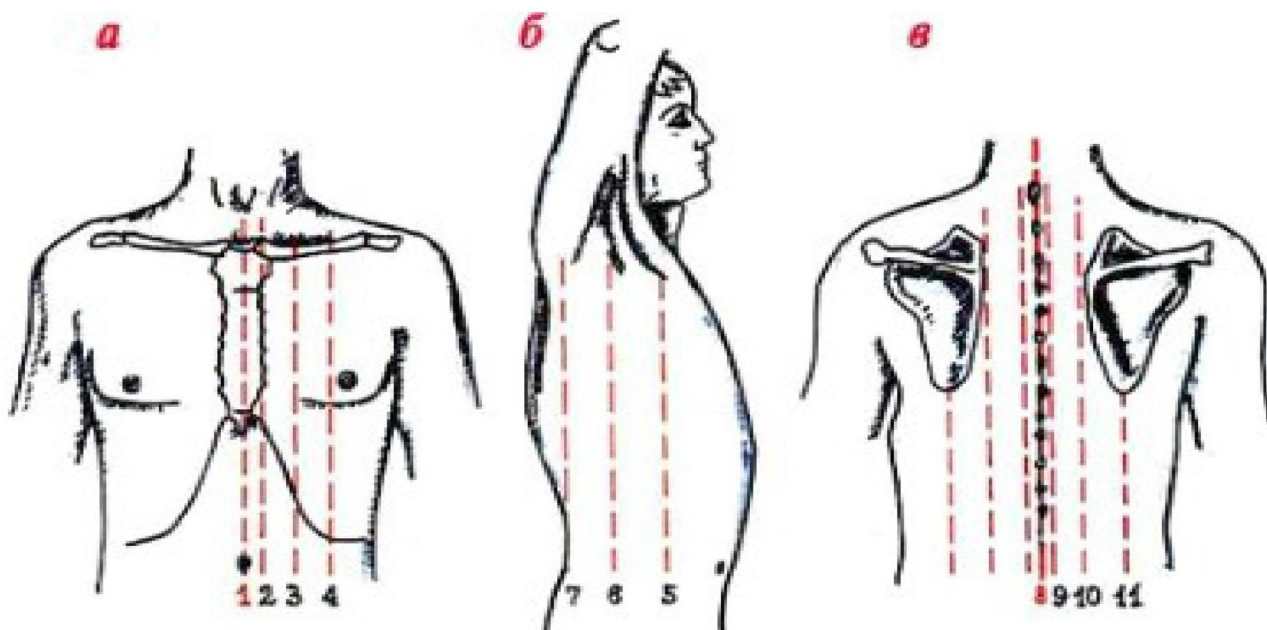
Якщо поверхнево розташована порожнина з'єднується з бронхом вузьким отвором, то при перкусії тимпанічний звук нагадує шум «тріснутого горщика».

Коробковий звук виникає при синдромах бронхіальної обструкції та емфіземі легень.

Топографічна перкусія використовується для визначення верхніх та нижніх границь легень, а також екскурсії нижніх країв легень за основними топографічними лініями.

Під час проведення топографічної перкусії треба дотримуватись таких правил:

- Виконують тиху перкусію;
- Перкусію проводять по ребрам та м/р;
- Палець-плесиметр повинен рухатися паралельно до відзначеної границі від легеневого звуку в сторону тупого справа та зліва;
- Відмітку границі ставлять по краю плесиметра, повернутого до зони ясного звуку.



Лінії топографічної перкусії

Практичне значення має визначення нижньої границі легень за основними топографічними лініями справа та зліва. Палець-плесиметр розташовують в II м/р та направляють вниз паралельно до ребер. Треба знати, що по лопаточній лінії перкусію починають від кута лопатки. Нижні границі легень в нормі вказані в табл. 1.

Верхня границя легень визначається за висотою стояння їх верхівок. Спереду її визначають таким чином: палець-плесиметр ставлять паралельно до ключиці в надключичній ямці та проводять перкусію від середини ключиці вгору по зовнішньому краю грудино-ключично-соскоподібних м'язів до зміни ясного легеневого звуку тупим. В нормі верхівки легень спереду розташовуються на 3 - 4 см вище від ключиці. Для визначення верхівки легень позаду палець-плесиметр розташовують в надосну ямку паралельно до ості лопатки та перкутують до її середини. В нормі ця границя відповідає рівню остистого відростку VII шийного хребця.

Таблиця 1

Розташування нижніх границь легень в нормі

Топографічна лінія	Права легеня	Ліва легеня
Парастернальна лінія	Верхній край VI ребра	IV ребро
Середньо-ключична лінія	VI ребро	VI ребро
Передня підпахвова лінія	VII ребро	VII ребро
Середня підпахвова лінія	VIII ребро	VIII ребро
Задня підпахвова лінія	IX ребро	IX ребро
Лопаточка лінія	X ребро	X ребро
Паравертебральна лінія	На рівні остистого відростку XI грудного хребця	На рівні остистого відростку XI грудного хребця

При патології нижні границі легень можуть зміщуватися вниз та вгору. Причинами зміщення вгору є високе стояння діафрагми та зморщення легені, вниз – низьке стояння діафрагми, синдром бронхіальної обструкції та емфіземи легень.
