

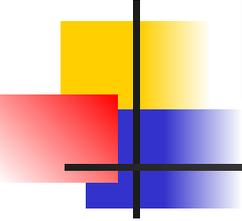
Методы

клинического

исследования

пищеварительной

системы.



Методы исследования:

- Расспрос;
- Осмотр;
- Пальпация;
- Перкуссия;
- Аускультация.



Расспрос:

- **Жалобы:**
 1. **Диспепсия (*dispepsia*), или расстройство пищеварения, может быть:**
 - **желудочная,**
 - **кишечная,**
 - **печёночная.**



Расспрос:

Желудочная диспепсия.

Нарушение аппетита:

- **Повышение** (язвенная болезнь 12-ти перстной кишки);
- **Понижение** (острый гастрит, рак желудка);



Расспрос

- **Извращение аппетита:**
пристрастие есть уголь,
мел – у беременных, больных с ахлоргидрией;
- **Отвращение к мясу** – у больных раком желудка.



Расспрос

- **Извращение вкуса** – неприятный вкус во рту и притупление вкусовых ощущений (патологические процессы в полости рта).



Расспрос

■ **Отрыжка:**

1. **Отрыжка воздухом**
(eructatio) при аэрофагии;
2. **Отрыжка пищей**
(regurgitatio) при стенозе привратника, язвенной болезни, раке желудка.



Распрост

- **Изжога (pyrosis)** – ощущение жжения в эпигастрии и за грудиной наблюдается при:
 1. Повышенной чувствительности слизистой пищевода;
 2. Спастическом состоянии привратника;
 3. Нарушении моторной функции нижнего отдела пищевода, желудка, 12-ти перстной кишки;
 4. Дисфункции кардиального отдела желудка.



Расспрос

- **Тошнота (nausea):**

рефлекторный акт, связанный с возбуждением блуждающего нерва, и характеризующийся трудно определяемым чувством давления в эпигастральной области.



Расспрос

- **Рвота (emesis, vomitus):** связана с раздражением рвотного центра продолговатого мозга.
 1. рвота центрального происхождения (патология центральной нервной системы),
 2. рвота периферическая или рефлексорная (при заболеваниях органов пищеварения),
 3. гематогенно-токсическая рвота.



Расспрос

- Рвота утром натощак : (хр. гастрит);
- Рвота через 10-15 мин. после еды (язва, рак кардиального отдела желудка, острый гастрит);
- Рвота через 2-3 часа после еды: (язва, рак тела желудка);
- Рвота через 4-6 часов после еды: (язва привратника, 12-ти перстной кишки);
- Рвота пищей, съеденной накануне: (стеноз привратника).



Распрост

- Рвота чистым желудочным соком чаще встречается при язвенной болезни;
- Рвота с примесью желчи указывает на дуодено-гастральный рефлюкс;
- Если характер рвотных масс становится каловым, то это может указывать на появление калового свища между желудком и толстой кишкой или при ретроперистальтике у больных с кишечной непроходимостью.



Расспрос

- **Реакция рвотных масс:**
- **Кислая** при гиперхлоргидрии;
- **Нейтральная** при ахилии;
- **Щелочная** при стенозе привратника, почечной недостаточности, дуодено-гастральном рефлюксе.



Расспрос

- **Рвота может сопутствовать:**
 1. Острому гастриту;
 2. Обострению хр. гастрита;
 3. Неврозу желудка;
 4. Язвенной болезни;
 5. Спазму привратника;
 6. Стенозу привратника;
 7. Раку желудка.



Распрос

Характер примесей к рвотным массам.

Примеси крови (gaematemesis):

- алая кровь при кровотечении из вен пищевода;
- рвотные массы окрашены в темно-коричневый цвет, имеют вид кофейной гущи при кровотечении из сосудов желудка при язвенной болезни или при разрыве слизистой оболочки желудка при синдроме Мэлори-Вэйса.



Расспрос

Другими жалобами, которые предъявляют больные с патологией органов пищеварения, являются:

- Ощущение подкатывания после еды в подложечной области, тяжесть, давление в эпигастрии.
- Чувство распирания в животе, чаще связанное с увеличенным газообразованием в кишечнике (метеоризмом).
- Урчание и переливание в животе указывают на появление интенсивной кишечной перистальтики в сочетании с повышенным газообразованием.



Распрос

- Шум плеска в животе возникает при нарушении моторной функции кишечника
- Слюнотечение или саливация может появляться при гиперсекреции в желудке, при наличии глистных инвазий.
- Икота – судорожное сокращение диафрагмы, возникающее рефлекторно при нарушениях перистальтики пищевода или рефлекторно, например, при вздутии живота. Появление икоты может быть обусловлено и неврологической патологией, например воспалении, раздражении диафрагмального нерва.



Расспрос

Болевой синдром.

1. **Локализация боли.**
2. **Иррадиация боли.**
3. **Характер боли** (острые, режущие, схваткообразные, жгучие, тупые, ноющие или кратковременные, колющие).



Распрос

- **Ноющие боли:** при растяжении кишечника газами.
- **Жгучие боли:** характерны для воспаления солнечного сплетения (солярита).
- **Режущие, сверлящие боли:** при язвенной болезни.



Расспрос

- 4. Продолжительность боли:**
кратковременные (при кишечной колике, гастрите, дискинезиях желчевыводящих путей);
длительные, постоянные (при соляриите).
- 5. Интенсивность боли:** чаще говорит о тяжести заболевания.



Расспрос

6. **Постоянство и периодичность боли:**
- **Кратковременные, колющие боли** - это обычный признак функциональных заболеваний желудка и кишечника.



Распрос

7. Для желчекаменной болезни характерна боль приступообразная, может длиться несколько суток.
8. При язвенной болезни боль тоже приступообразная, но менее интенсивна и связана с приемом пищи. Для неё характерна и сезонность появления.



Расспрос

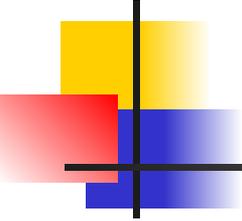
9. При хронических колитах, холециститах боли постоянны в течение всего дня и ночи. Они обычно постоянные ноющие, тупые.



Распрос

10. Частота появления боли:

- При желчекаменной болезни боль вообще может беспокоить пациента раз в несколько лет.
- При язвенной болезни боль может возникать много раз в день до или после приема пищи.



Расспрос

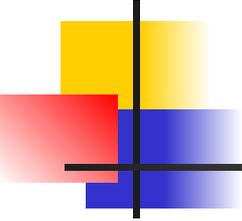
11.Длительность боли весьма переменчива. Она может продолжаться секунды, часы и даже дни. Кратковременные колющие боли могут продолжаться всего 1-2 сек. При язвенной болезни, гастрите боль продолжается 1-2 часа и более.



Расспрос

12. Причины, способствующие усилению боли могут быть различны.

- При гастритах боль возникает сразу после приема пищи.
- При язвенной болезни желудка с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка боль возникает через 10-15 минут после еды.



Расспрос

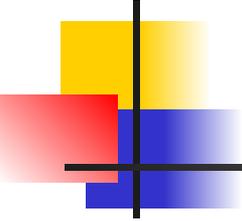
- При язве в теле желудка – через 30-45 минут после еды.
- При язве в пилорическом отделе желудка возникают так называемые поздние боли - через 1,5 – 2 часа после приема пищи.
- При язве в 12-перстной кишке возникают боли через 2 - 3 часа после еды, "голодные" ночные боли.



Расспрос

Характер пищи вызывающей боли часто помогает установить характер заболевания:

- появление боли после приёма острой, соленой, жареной пищи более типично для гастрита, язвенной болезни.



Распрос

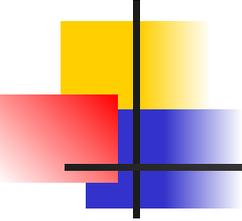
- Употребление жирной пищи, яиц, пива, газированной воды чаще вызывает боль у пациентов с патологией желчного пузыря.
- Молочная пища, капуста, черный хлеб нередко провоцируют появление боли у больных с заболеваниями толстого кишечника.



Расспрос

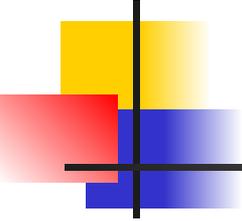
13. Факторы, облегчающие боли:

- Приём спазмолитиков, наркотиков помогает устранить боль спастического характера, например при желчнокаменной болезни, опухолях органов пищеварения.



Распрос

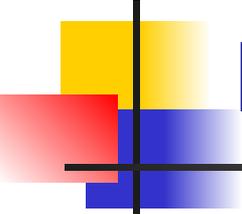
- При язвенной болезни **12-типерстной кишки** боль устраняется после приема пищи, соды.
- Эти же больные часто вызывают у себя рвоту для облегчения боли.



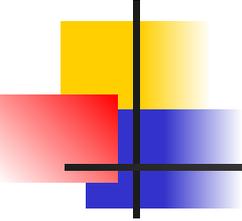
Объективные методы исследования.

- осмотр,
- пальпация,
- перкуссия,
- аускультация.

ПОРЯДОК ФИЗИКАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

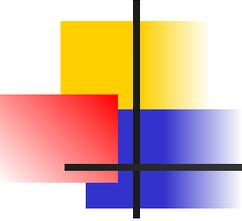


- Осмотр живота в вертикальном и горизонтальном положении.
- Поверхностная или ориентировочная пальпация живота.
- Выявление зон кожной гиперестезии Захарьина-Геда.
- Перкуссия живота (поиск свободной жидкости в брюшной полости).
- Аускультация живота.
- Глубокая, скользящая, топографическая, методическая пальпация живота по Образцову - Стражеско.
- Определение болевых точек и болевых симптомов.



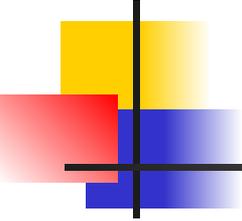
Осмотр живота:

- Осмотр живота проводится в вертикальном и горизонтальном положении больного.



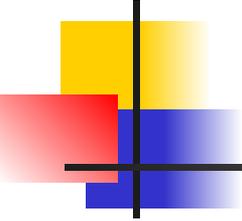
Осмотр живота:

- **Форма живота:**
 1. правильная,
 2. втянутый живот,
 3. выпученный,
 4. опущенный (выпячивание живота ниже пупка).



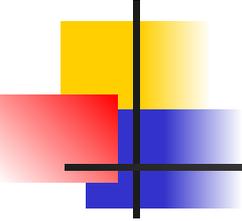
Осмотр живота:

- **Определяют грыжевые выпячивания:**
 1. в области белой линии живота,
 2. в зоне пупочного кольца,
 3. в паховых областях.



Осмотр живота:

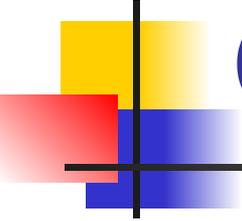
- **При осмотре больного в горизонтальном положении лучше выявляется:**
 1. «лягушачий живот» при асците,
 2. легче увидеть опухоль в брюшной полости,
 3. образование кисты,
 4. увеличение органов.



Пальпация:

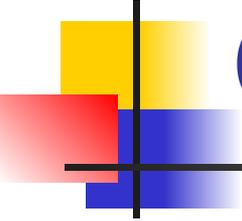
- **Цель:**

1. Установить физическое и топографическое состояние органов.
2. Обнаружить патологический процесс.



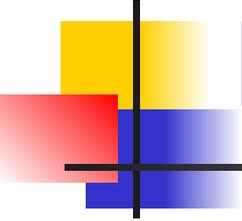
Общие правила пальпации:

- Больной должен лежать с вытянутыми ногами и сложенными на груди руками,
- Врач сидит с правой стороны лицом к больному,
- Исследование необходимо проводить в теплом помещении,
- Больным со вздутым животом необходимо предварительно назначать слабительные для того, чтобы освободить кишечник,



Общие правила пальпации:

- Пальпацию необходимо проводить в вертикальном и горизонтальном положениях, так как в вертикальном положении легче обнаружить грыжи, опухоли, опущения внутренних органов.

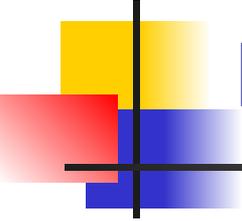


Поверхностная пальпация:

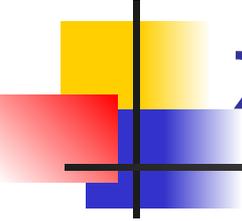
■ Цель:

1. Получение общего представления о состоянии передней брюшной стенки,
2. Выявление точек и зоны болезненности,
3. Оценка мышечного напряжения брюшного пресса,
4. Обнаружение грыжевых выпячиваний и поверхностных образований.

Техника поверхностной пальпации живота:

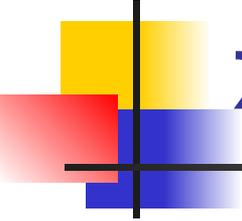


- Пальпацию начинают с левой паховой области, затем пальпируют в симметричных участках живота слева и справа, постепенно поднимаясь вверх к эпигастрию.
- Определяют напряжение брюшной стенки.



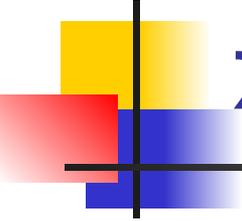
Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

- **Симптом Курвуазье** – пальпируемый желчный пузырь мягко-эластической консистенции, смещаемый, безболезненный, наблюдается при сдавлении общего желчного протока при раке головки поджелудочной железы,
- **Симптом Мюсси** – правосторонний френикус-симптом – пальпация между ножками *m. sternocleidomastoideus*.



Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

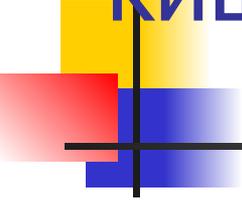
- **Симптом Мерфи** – пальпация на вдохе в месте проекции желчного пузыря (больной на левом боку, сидя или стоя, при погружении либо 4 пальцев, либо 1 пальца),
- **Симптом Кера** – пальпация места проекции желчного пузыря,



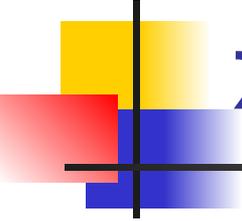
Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

- **Симптом Гаусмана** – короткие удары ребром ладони под реберной дугой справа на вдохе,
- **Симптом Василенко** – нанесение отрывистых ударов кончиками пальцев в зоне расположения желчного пузыря.

Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:



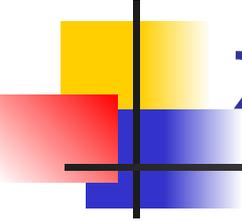
- **Симптом Ортнера-Грекова** – удар ребром ладони по краю реберной дуги,
- **Симптом Айзенберга** – быстрое опускание тела на пятки,
- **Симптом Пекарского** – надавливание на мечевидный отросток,



Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

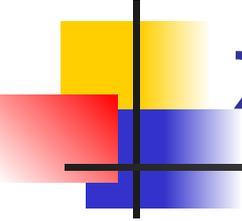
Симптомы считаются положительными, если при их проведении появляются боли в месте проекции желчного пузыря,

- **Симптом Менделя (F. Mendel)** - поколачивание пальцами кисти по передней брюшной стенке. Положителен при появлении боли обычно совпадающей с местом проекции язвенного дефекта достаточно глубокого.



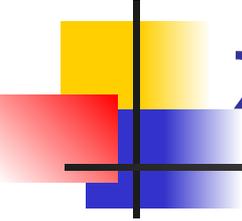
Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

- **Симптом Гротта (J.W.Grotta)** - атрофия подкожной клетчатки в зоне, соответствующей проекции поджелудочной железы на брюшную стенку.



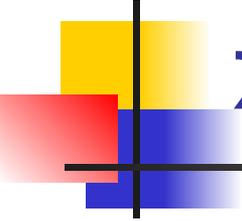
Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

- **Холедохопанкреатическая зона Шоффара (A.E. Chauffard)**- в эпигастрии справа (в правом верхнем квадранте живота)- кнутри от биссектрисы, разделяющей прямой угол, образованный двумя пересекающимися линиями: передней срединной линией живота и линией, проведенной перпендикулярно к ней через пупок.



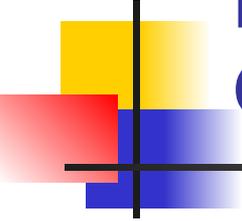
Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

- **Точка Дежардена (A.Desjardins)** - точка на границе средней и верхней трети расстояния между пупком и правой реберной дугой по линии от пупка к правой подмышечной впадине,
- **Зона Губергрица - Скульского** – в эпигастрии слева, симметрично зоне Шоффара,



Симптомы при патологии желудочно-кишечного тракта:

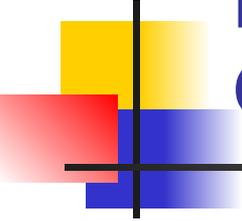
- **Точка Губергрица** – на 5 – 6 см выше пупка на линии, соединяющей его с левой подмышечной впадиной,
- **Симптом Мейо-Робсона** – пальпация левого реберно-позвоночного угла. Положителен при появлении боли, что характерно для хронического панкреатита.



Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:

Правила пальпации:

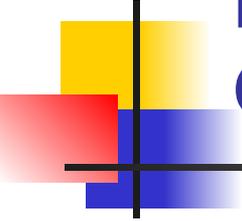
1. Положение больного и врача такое, как при поверхностной пальпации.
2. Ощупывание производят правой рукой или бимануально.
3. При пальпации одной правой рукой необходимо надавливать другой рукой на брюшной пресс в стороне от поля пальпации.



Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:

Методика пальпации.

- Первый этап. *Установка рук врача:*
ладонь правой руки со слегка согнутыми пальцами прикладывается плотно на переднюю брюшную стенку, чтобы пальцы были расположены перпендикулярно к исследуемой части кишки.



Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:

Второй этап.

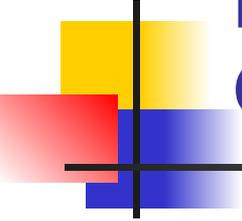
- Пальпация заключается в сдвигании кожи и образовании кожной складки.

Третий этап.

- Погружение руки вглубь живота при каждом выдохе.

Четвертый этап.

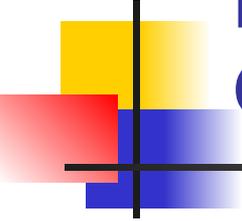
- Скольжение верхушками пальцев в направлении, поперечном оси исследуемого органа.



Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:

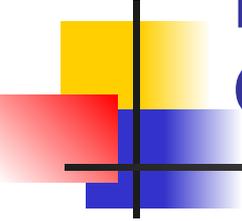
Необходимо определить:

1. Локализацию органа.
2. Подвижность органа.
3. Болезненность.
4. Консистенцию.
5. Размеры.
6. Диаметр.
7. Состояние поверхности.



**Глубокая методическая
топографическая скользящая
пальпация по методу Образцова –
Стражеско:**

**Дать заключение о
наличии или
отсутствии
патологического
процесса.**

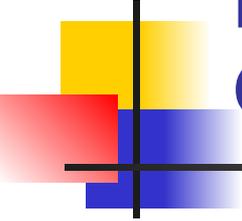


Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:

Принципы пальпации, изложенные В.П. Образцовым.

1. Двойная проверка обнаруженных пальпаторных данных.
2. Исследование органов должно производиться по строго определенному плану, начиная с более доступных и ощупывая в последнюю очередь болезненный участок живота.

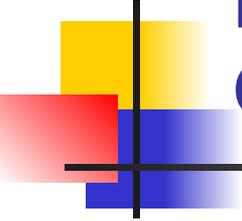
Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:



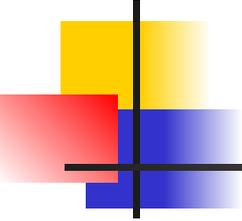
Последовательность пальпации.

- Сигмовидная кишка.
- Слепая кишка.
- Аппендикс.
- Конечная часть подвздошной кишки.
- Восходящая часть ободочной кишки.
- Нисходящая часть ободочной кишки.
- Поперечная ободочная кишка.

Глубокая методическая топографическая скользящая пальпация по методу Образцова – Стражеско:



- Желудок с его отделами.
- 12-перстная кишка.
- Печень.
- Селезенка.
- Поджелудочная железа.
- Почки.

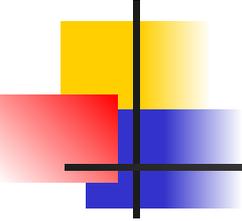


Перкуссия:

Перкуссия печени.

Задачи:

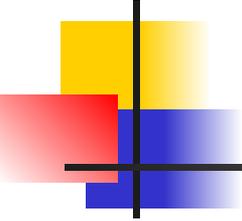
1. Установить верхние и нижние границы печени.
2. Определить размеры печени.



Перкуссия:

Условия проведения перкуссии:

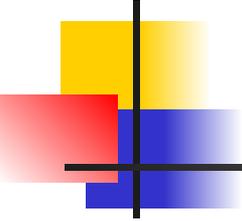
1. Положение больного лежа на спине.
2. Больной должен спокойно дышать.
3. Перкуссию желательно проводить утром натощак.



Перкуссия:

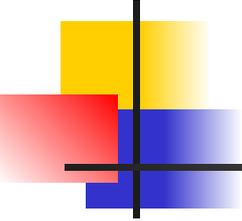
Техника перкуссии:

- Вначале определяют верхнюю границу печени по правой сосковой линии, для чего используют глубокую пальпаторную перкуссию, начиная перкутировать со 2-го межреберья.



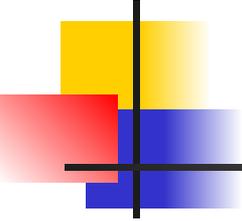
Перкуссия:

- Верхняя граница относительной тупости печени в норме определяется на 5-ом ребре по сосковой линии.



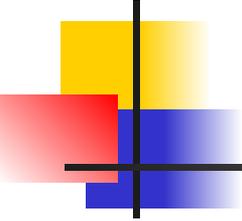
Перкуссия:

- Нижнюю границу печени определяют, перкутируя снизу вверх, применяя минимальную перкуссию по трем направлениям:
 1. По сосковой линии от уровня пупка.
 2. По передней средней линии от уровня пупка.
 3. У самого края левой реберной дуги, начиная перкутировать на уровне 8-го – 9-го ребер.



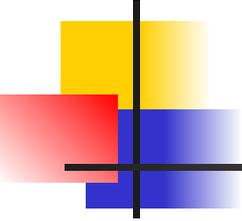
Перкуссия:

- **Первый размер** определяют по сосковой линии от верхней до нижней границы. В норме он равен 10 - 12см.



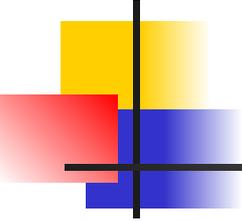
Перкуссия:

- **Второй размер**
устанавливается по передней срединной линии от основания мечевидного отростка до нижней границы тупости печени. В норме он равен 9 см.



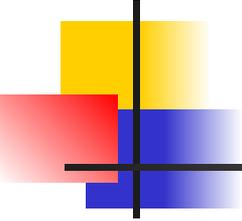
Перкуссия:

- **Третий размер** определяется по левой реберной дуге от верхней границы тупости печени (основание мечевидного отростка) до нижней границы печеночной тупости. В норме этот размер равен 8 см.



Перкуссия:

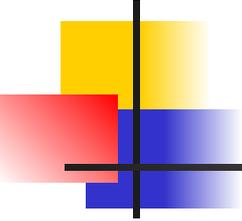
- **Перкуссию селезенки** проводят в правом полубоковом «диагональном» положении по Сали: больной ложится на спину, затем поворачивает туловище вправо на 45 градусов, стараясь меньше смещать таз. Больному рекомендуют заложить свою левую руку за голову, левую ногу согнуть, а правую ногу разогнуть.



Перкуссия:

Определение верхней границы селезеночной тупости:

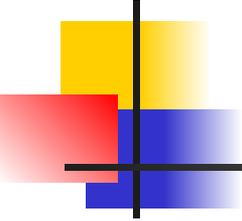
- Палец-плексиметр помещают параллельно ходу ребер на уровне 5-го ребра по средней аксиллярной линии, двигаясь вниз, останавливаясь в месте перехода легочного звука в притупленный от верхнего отдела селезенки.



Перкуссия:

Определение нижней границы селезенки:

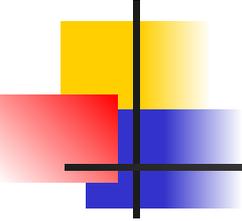
- Палец-плессиметр ставят параллельно ходу ребер под 12-ое ребро у свободного его конца и двигаясь косо кверху по направлению к средней аксиллярной линии.



Перкуссия:

Определение задне-верхней границы селезенки:

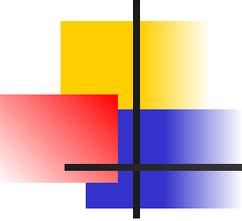
- Больного следует положить на правый бок. Плессиметр ставят у самого позвоночника и параллельно ему ниже найденной верхней границы селезенки двигаются по направлению от позвоночника глубокой пальпаторной перкуссией. Чаще всего место перехода ясного легочного звука в явное притупление обнаруживается по лопаточной линии.



Перкуссия:

Определение переднего края селезенки:

- Сначала необходимо соединить линией найденную верхнюю границу селезенки с пупком, а затем поставить плессиметр ниже найденной линии и, используя тишайшую перкуссию, двигаясь от пупка к реберной дуге. Начало исчезновения звучности соответствует положению переднего края селезенки.



Перкуссия:

- **Длинник** (расстояние от задне-верхней границы до переднего края селезенки) равен 12-15 см.
- **Поперечник** или **ширина** (расстояние от верхней до нижней границы селезенки) равно 5-8 см.