

Симптоматология
заболеваний органов
желудочно-кишечного тракта

Жалобы

- Лица, страдающие заболеваниями желудка и кишечника, предъявляют разнообразные жалобы, которые условно (схематично) можно разделить на:
 - местные (желудочные и кишечные)
 - общие (внежелудочные и внекишечные)

К основным местным жалобам относятся те, которые прямо свидетельствуют о поражении пищевода, желудка и кишечника:

- 1. Жалобы на нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу (дисфагия).
- 2. Жалобы на **желудочную диспепсию**: тяжесть и боли в подложечной области, изжога, отрыжка, тошнота и рвота.
- 3. Кровавая рвота.
- 4. Жалобы **на кишечную диспепсию**: плеск, урчание и боли в животе, локализованные главным образом в средней и нижней его части; вздутие живота вследствие усиленного газообразования (метеоризм), поносы или запоры.
- 5. Жалобы на расстройства дефекации (болезненность, ложные позывы, учащение и т.п.).
- 6. Кровавый стул - мелена.

К **основным общим** (внежелудочным и внекишечным **жалобам** больных) относятся:

- снижение аппетита и похудание (истощение) вплоть до кахексии.
- Эти общие жалобы являются основными, так как имеют характерные черты и обязывают врача при их наличии заподозрить заболевание желудочно-кишечного тракта.
- При расспросе каждой основной жалобы необходимо установить ее характер, уточнить время ее появления и особенности проявления, причины ее вызывающие, от чего она уменьшается или прекращается.

Дополнительными общепатологическими жалобами больных с заболеваниями желудка и кишечника могут быть:

- повышенная утомляемость,
- сниженная работоспособность,
- мышечная слабость,
- различные невротические расстройства (раздражительность, нарушение сна и др.)
- **Они обусловлены** патологической импульсацией из пораженных органов пищеварения, функциональными нарушениями вегетативной нервной системы, а также нарушениями основных процессов обмена веществ, связанных с недостаточностью поступления пищевых веществ к органам и тканям организма.

Дисфагия

- ◆ нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу вследствие:
- ◆ функциональных заболеваний (кардиоспазм, атония и др.),
- ◆ Воспалительных заболеваний (эзофагит);
- ◆ Органических заболеваний (рак);
- ◆ Болезней желудка и других внутренних органов (например, увеличение щитовидной железы, аневризма аорты);
- ◆ Заболеваний центральной, периферической нервной системы и мышечной системы;
- ◆ Психические заболевания и др.

Обычная динамика

- ◆ Вначале больные ощущают затруднения при приеме лишь твердой пищи, в связи с чем они усиленно запивают ее жидкостью.
- ◆ По мере прогрессирования основного заболевания присоединяются трудности при приеме измельченной, кашицеобразной и жидкой пищи.
- ◆ Дисфагия может быть болезненной (например, при эзофагите) и проявляться неприятным чувством саднения или боли за грудиной сразу после проглатывания пищи.




Диспепсия

- Характерные клинико-лабораторные признаки нарушения процессов пищеварения объединяются в общее понятие *диспепсия*, или *диспепсический синдром*.
 - В основе образования всех клинических признаков диспепсического синдрома прежде всего лежат нарушения желудочного и кишечного пищеварения, расстройства моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, дисбактериоз и др.
-



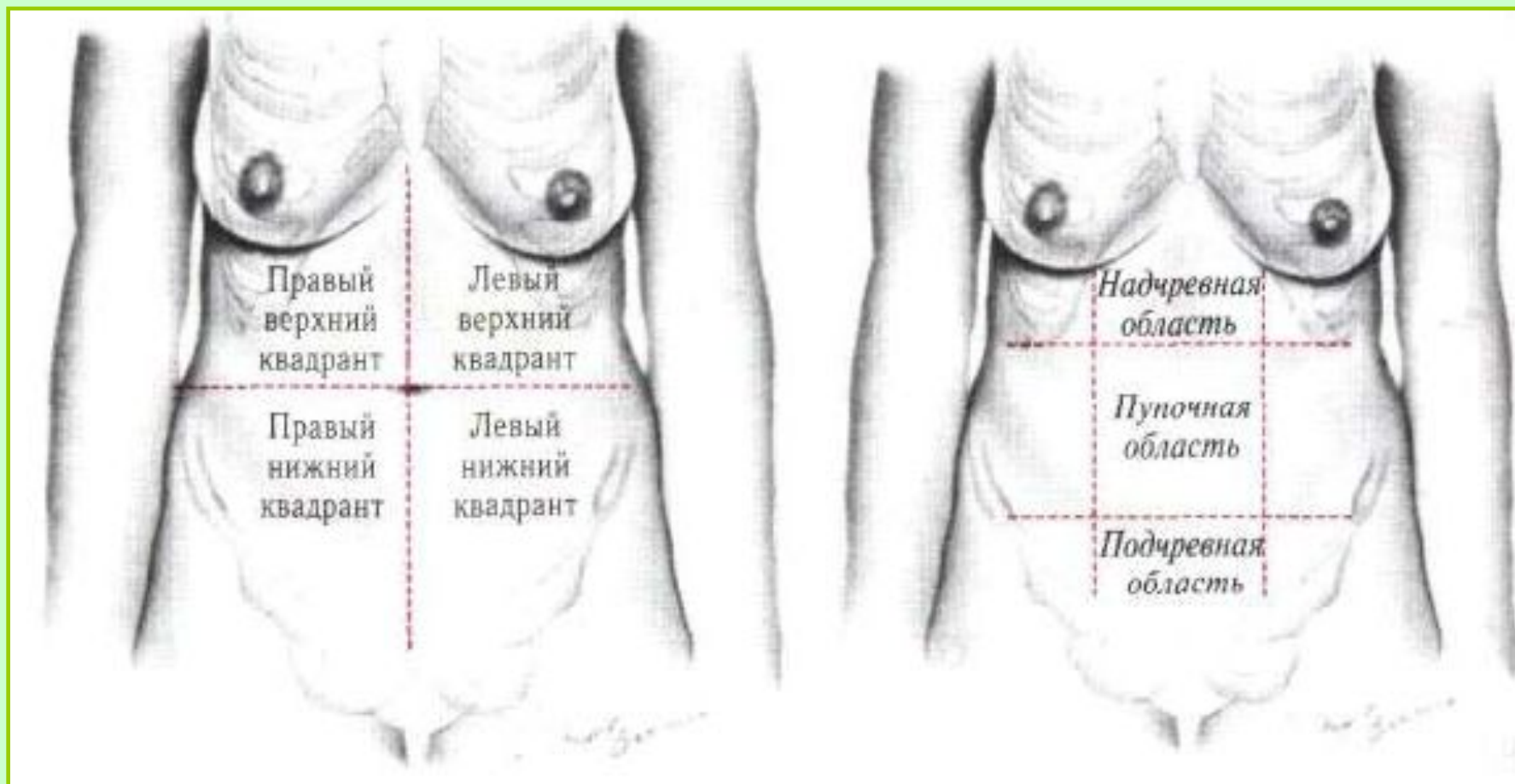
Формы диспепсий

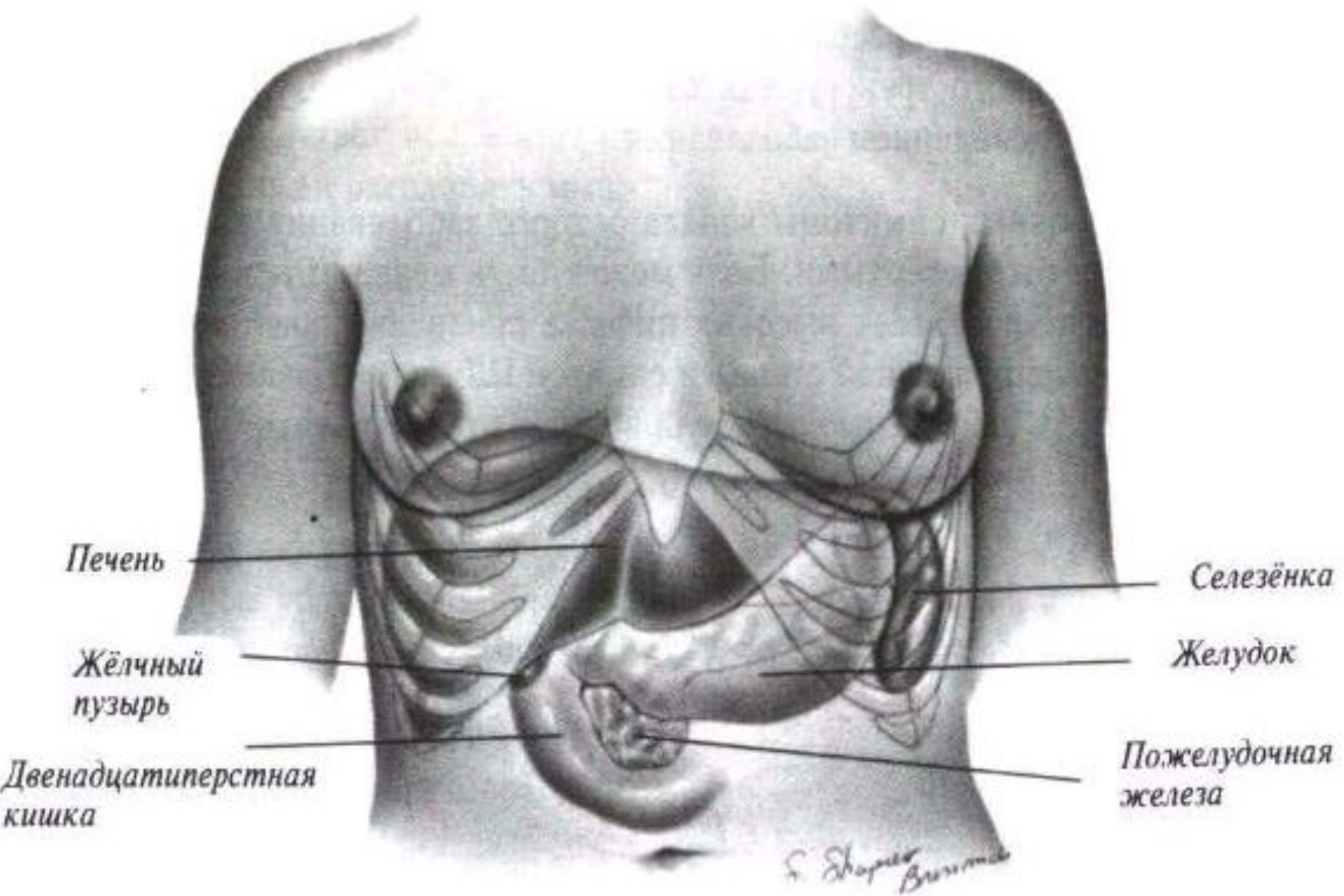
- В зависимости от преобладающего нарушения функции того или иного органа пищеварения диспепсия схематично разделяется на *клинические формы*:
 - *желудочную,*
 - *кишечную,*
 - *панкреатическую*
 - *печеночную.*
 - В клинической практике для каждой формы диспепсии принято выделять определенный комплекс характерных симптомов.
 - Вследствие тесной функциональной взаимосвязи органов пищеварительной системы у конкретного больного не всегда удастся строго разграничить клинические признаки этих форм диспепсий.
- 

Боли в животе

- Являются важнейшим признаком патологии желудочно-кишечного тракта.
- По механизму возникновения они могут быть:
- **спазматическими**,
- **дистензионными** (т.е. обусловлены растяжением кишки газами, жидкостью и т.д.),
- **брыжеечными** (например, при перипроцессе, мезентериальном лимфадените и т.д.),
- **ишемическими** (например, при сосудистых заболеваниях кишечника).

- **Поверхность слизистой оболочки желудка и кишечника не имеет болевой чувствительности!**
- Локализация болей в определенной степени указывает на пораженный орган.
- Выявление болей по ходу пищевода дает основание думать о заболевании пищевода,
- в эпигастральной области — о болезнях желудка.





Печень

Жёлчный
пузырь

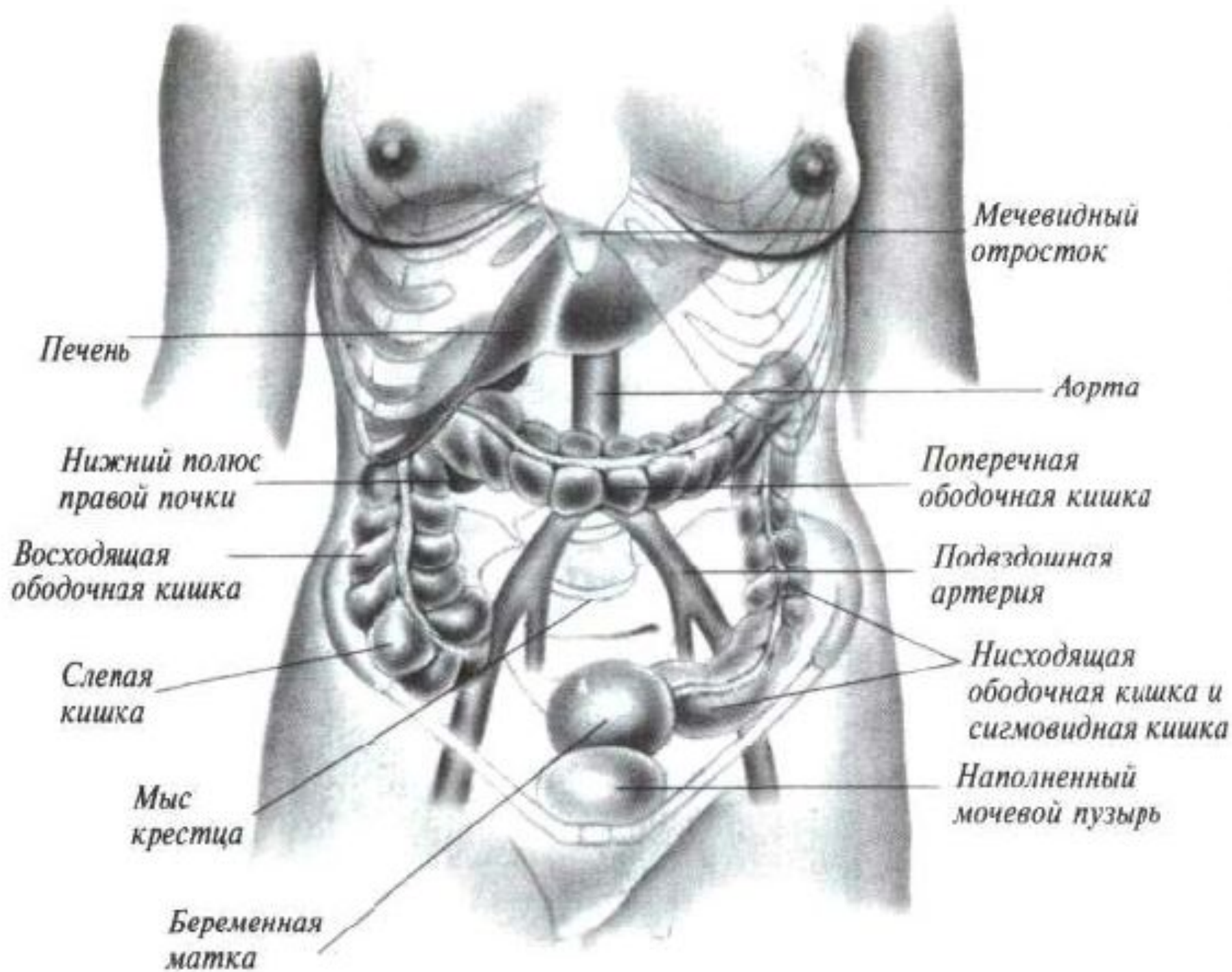
Двенадцатиперстная
кишка

Селезёнка

Желудок

Пожелудочная
железа

F. Шорин
Вязьма



Мечевидный отросток

Печень

Аорта

Нижний полюс правой почки

Поперечная ободочная кишка

Восходящая ободочная кишка

Подвздошная артерия

Слепая кишка

Нисходящая ободочная кишка и сигмовидная кишка

Мыс крестца

Наполненный мочевой пузырь

Беременная матка

Локализация болей

- При заболеваниях тонкой кишки (за исключением 12-перстной) и правой половины толстой кишки боли локализуются в околопупочной области;
- При заболеваниях левой половины толстой кишки — в нижних отделах живота, чаще слева.
- Для поражения дистальных отделов толстой кишки характерны боли в заднем проходе, тенезмы и ложные позывы на дефекацию.

Характер боли

- Постоянство болей — весьма важный и информативный признак. Признак вовлечения в патологические процессы подслизистого слоя желудка или кишечника, подлежащих органов и окружающих тканей.
- Так, при перипроцессах, мезентериальных лимфаденитах боли могут быть постоянными, более или менее строго локализованными, усиливаться при физической нагрузке, тряской езде, при дефекации, во время клизмы.
- Боль бывает периодической, т.е. она может появляться и полностью стихать несколько раз на протяжении суток или возникать в определенное время дня и ночи.
- К периодичности относится и сезонная ритмичность болей. Периодичность болей — характерная особенность язвенной болезни 12-перстной кишки.

Связь болей с приемом пищи в определенной мере свидетельствует о расположении патологического процесса.

- Появление болей во время еды заставляет думать о заболевании пищевода.
- Усиление болей сразу после приема пищи или в течение первого часа после его окончания (ранние боли) бывает при поражении желудка.
- Боли, которые возникают через 2 — 3ч после еды (поздние боли), характерны для заболевания 12-перстной кишки (например, дуоденит или язвенная болезнь 12-перстной кишки).

Висцеральная боль

- Возникает непосредственно в пораженном органе.
- Носит тягостный характер и сопровождается потоотделением, тошнотой, рвотой, резким побледнением кожи.
- Все попытки больного уменьшить эту боль, изменяя, например, положение тела в постели, оказываются безуспешными.
- В зависимости от пораженного органа эта боль, хотя и с трудом, но все же может быть локализована в эпигастрии, пупочной области или над симфизом.
-

Соматическая боль

- вызывается раздражением париетальной брюшины.
- Она отличается большой интенсивностью и больной может хорошо определить ее локализацию.
- Например, при остром аппендиците боль может быть точно локализована в точке Мак-Бернея.
- Кашель и движения резко усиливают соматическую боль.

Отраженная боль

- впервые была изучена Г.А.Захарьиным и Head.
- Появляется при очень интенсивном раздражении пораженного органа, передается по всему нейросегменту, а иногда иррадирует даже на соседние сегменты.
- Отраженная боль в животе наблюдается при заболеваниях головного мозга, мозговых оболочек и многих внутренних органов.

Интенсивность болей также имеет диагностическое значение.

- Для неосложненного течения заболеваний желудка и кишечника характерны умеренные боли.
- Очень сильные боли свойственны таким осложнениям как прободение или пенетрация язвы, острый панкреатит, непроходимость кишечника.
- В то же время изменение интенсивности болей у одного и того же больного позволяет оценить тяжесть и характер течения заболевания.
- Так, например, у больных с сосудистыми заболеваниями кишечника интенсивность болей варьирует от умеренных болевых ощущений после еды или физической нагрузки до тяжелых болевых кризов (брюшная жаба).

Иррадиация болей

- Иррадиация болей или ее отсутствие позволяет предположить или исключить язвенную болезнь, панкреатит, развитие спаечного процесса и т.д.
- Для язвенной болезни желудка характерна иррадиация болей в спину, а для панкреатита — опоясывающий характер болей.

ПРИЧИНЫ ОСТРОЙ БОЛИ В ЖИВОТЕ

1. Острый аппендицит.

2. Болезни органов грудной клетки:

Правосторонняя пневмония.

Плеврит и экссудативный перикардит.

Острая правожелудочковая недостаточность.

Инфаркт миокарда.

3. Болезни почек:

Почечная колика и острый гидронефроз.

Нефроптоз.

Папиллярный некроз.

Тромбоз почечных вен.

4. Острый гастроэнтерит.

5. Аллергическая кишечная колика.

- 6.Некроз печени.
- 7.Болезнь Крона.
- 8.Острый мезаденит и острый илеит.
- 9.Рецидивирующий перитонит (периодическая болезнь).
- 10.Геморрагический васкулит.
- 11.Острый диабетический живот.
- 12.Пищевая токсикоинфекция.
- 13.Острый панкреатит.
- 14.Острый холецистит и желчная колика.
- 15.Перфорация язвы желудка и 12-п. кишки.
- 16.Перфорация других полых органов.
- 17.Дивертикулт и болезни меккелева дивертикула.
- 18.Кишечная непроходимость.
- 19.Тромбоз и эмболия брыжеечных артерий.
- 20.Разрыв аневризмы брюшной аорты.
- 21.Болезни женских половых органов.
- 22.Другие болезни.

Изжога - pyrosis

- Ощущение жара или жжения по ходу пищевода, в за грудиной или надчревной области, обусловленное раздражением рецепторов пищевода
- Чаще всего бывает при рефлюкс-эзофагите в связи с функциональной недостаточностью кардиального сфинктера желудка.

Изжога - pyrosis

- У многих больных изжогу вызывает сладкий чай,
- сладкие кисели,
- свежий черный хлеб,
- горячие пироги,
- пережаренные острые продукты.
- Дифференциальная диагностика с заболеваниями нервной системы, коронарной недостаточностью.

Отрыжка (*eructatio, ructus*)

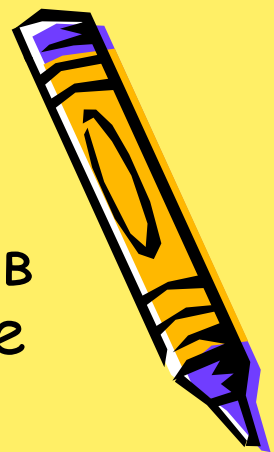


- внезапное непроизвольное выделение в полость рта газа из желудка или пищевода, иногда с небольшими порциями содержимого желудка.
- Отрыжка чаще всего возникает на почве заболеваний желудка и 12-перстной кишки, реже как рефлексорное явление она наблюдается при заболеваниях печени и желчного пузыря, сердечно-сосудистой системы (стенокардии, инфаркте миокарда и др.).
- Отрыжка воздухом, кислым, горьким, возникает во время более сильных сокращений желудка при открытом кардиальном сфинктере, в результате чего часть желудочного содержимого попадает в ротовую полость.



Тошнота - nausea

- Тягостное ощущение в подложечной области, в груди и полости рта, нередко предшествующее рвоте.
- Сопровождается слюноотечением, бледностью кожных покровов, повышенным потоотделением, головокружением, иногда дурнотой и даже полуобморочным состоянием.
- В основе тошноты лежит возбуждение рвотного центра, которое по степени возбуждения еще не достаточно для формирования рвоты.
- Тошнота и рвотный рефлекс имеют однородные причины возникновения



Рвота (vomitus, emesis)

и ее виды

- сложнорефлекторный акт с участием рвотного центра, приводящий к извержению содержимого желудка наружу через рот (реже и через нос).
- В физиологическом отношении рвота является защитной реакцией пищеварительной системы на попадание в нее (или образование в ней) токсических или других повреждающих веществ.
- Рвота сопровождается определенными реакциями дыхания, системы кровообращения, саливацией, что объясняется связью рвотного рефлекса с дыхательным, сосудодвигательным, кашлевым и другими вегетативными центрами.
- Часто рвоте предшествует тошнота.





Имеются определенные зоны, раздражение которых вызывает рвотный рефлекс, хотя нередко источником рвотного рефлекса могут стать раздражения других различных участков тела

- Возбуждение рвотного центра может быть при повышении внутричерепного давления, под влиянием болевых и психических стимулов, при раздражении перепончатого лабиринта внутреннего уха.
- Рвотный рефлекс возникает также при непосредственном воздействии химических веществ на хеморецептивную зону рвотного центра в случае попадания их в кровь (лекарства, яды, токсины).



Рефлексогенная зона

- **Раздражение n.vagus!**
- Корень языка, зева, задней стенки глотки, желудок, кишечник, особенно илеоцекальная зона, печеночные и желчные пути, брюшина,
- брыжеечные сосуды,
- венечные (коронарные) сосуды,
- оболочки головного мозга.

В зависимости от механизмов возникновения рвоты различают ее основные патогенетические варианты:

- 1) центральная рвота (нервная, мозговая);
- 2) гематогенно-токсическая (при уремии, печеночной недостаточности и др.);
- 3) висцеральная, или собственно рефлекторная (пищеводная, желудочная и кишечная).
- Каждый вариант рвоты характеризует определенный вид патологии и имеет свои клинические особенности.

Центральная рвота

- часто наблюдается при заболеваниях нервной системы, протекающих с повышением внутричерепного давления (в т.ч. ЧМТ, гипертонический криз)
- Она обычно развивается вне связи с едой, ей не предшествует тошнота.
- Рвотные массы скудные, без запаха.
- Рвота не улучшает состояния больного, у которого в клинической картине преобладают головные боли, нарушения зрения и сознания.
- Признаки заболевания желудочно-кишечного тракта, как правило, отсутствуют.

Пищеводная рвота

- Является поздним симптомом значительного расширения пищевода при дивертикулах, ахалазии и сужении нижних его отделов.
- Рвота возникает сразу после еды.
- Рвотные массы не объемные, состоят из непереваренной пищи, не имеют кислого вкуса и запаха.

Желудочная рвота

- возникает чаще всего на фоне заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь, рак желудка).
- Она обычно может быть связана с едой, приносит временное облегчение больному.
- В рвотных массах обнаруживаются остатки непереваренной пищи, слизь, желчь, кровь (цвет «кофейной гущи»).

Кровавая рвота

- Чаще всего возникает при гастродуоденальных эрозиях и язвах, кровотечении из расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии, злокачественных опухолях желудка.
- При кровотечении умеренной или средней степени тяжести рвотные массы имеют цвет кофейной гущи, т.е. темно-коричневого цвета.
- Подобный цвет обусловлен превращением гемоглобина под воздействием соляной кислоты желудочного сока в солянокислый гематин.
- Рвота (срыгивание) полным ртом темной неизменной кровью со сгустками позволяет заподозрить кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода или кардиального отдела желудка при портальной гипертензии.



Кишечная рвота

- возникает при непроходимости кишечника.
- Обусловлена антиперистальтическим движением кишечника, при котором его содержимое попадает в желудок и входит в состав рвотных масс.
- Рвота многократная, упорная, с каловым запахом (кишечного содержимого).
- Ей предшествуют схваткообразные боли в животе. Сопровождают кишечную рвоту задержка стула и газов.

Урчание и метеоризм

- *Урчание в животе* обычно появляется в случае усиленной перистальтики.
- Оно может выслушиваться самим больным или окружающими лицами на расстоянии (даже из другой комнаты).
- По характеру урчание представляет собой всевозможные звуки различной высоты и продолжительности, напоминающие то переливание, то бульканье, то звук лопанья мелких пузырьков.
- В зависимости от локализации патологического процесса урчание может определяться в области пупка, слепой или сигмовидной кишки.

Метеоризм

- Вздутие живота (пучение), возникающее из-за избыточного образования газов в пищеварительном тракте и нарушения их всасывания.
- Больные жалуются на тяжесть, распирающие и значительное увеличение объема живота; на схваткообразные боли (кишечная колика) и появление болевых ощущений в грудной клетке, одышки и болей в сердце, связанных со смещением диафрагмы.
- Часто причинами метеоризма бывают:
 - ферментативная недостаточность,
 - дисбактериоз,
 - чрезмерное заглатывание воздуха во время еды
 - нарушение всасывания газа кишечной стенкой.

Понос (диарея)

- учащенное опорожнение кишечника (свыше двух раз в сутки) с выделением разжиженных, а в части случаев и обильных испражнений.
- Понос обычно связан с:
 - ускоренной перистальтикой кишечника и вследствие этого быстрым прохождением его содержимого;
 - уменьшением всасывания воды и электролитов;
 - повышенными транссудацией (иногда экссудацией) секрета в полость кишечника и слизиобразованием.
- В ряде случаев он сопровождается тенезмами — тянущими болями в области прямой кишки и чувством неполного опорожнения (например, при дизентерии)

В зависимости от основной причины поносы бывают:

- *кишечными* (при различных заболеваниях кишечника),
- *гастрогенными* (при гастрите с секреторной недостаточностью, раке желудка и др.),
- *панкреатогенными* (при панкреатите, опухоли поджелудочной железы и др.),
- *гепатогенными* (при гепатите, циррозе печени),
- *эндокринными* (при аддисоновой болезни, тиреотоксикозе, сахарном диабете),
- *метаболическими* (при гиповитаминозе, амилоидозе и др.), а также при системных заболеваниях (например, при системной склеродермии).

Среди кишечных поносов особое место занимают

алиментарные и *неврогенные* поносы

- **Алиментарные поносы** возникают вследствие переедания, злоупотребления грубой пищей и избыточного употребления ее в холодном виде, при поспешной еде. Они могут быть проявлением гипо- и авитаминоза.
- **Неврогенные поносы** («медвежья болезнь») наблюдаются у лиц с неустойчивой центральной нервной системой от переживаний, чрезмерного беспокойства, отрицательных эмоций, испуга, страха.

Кишечные поносы по локализации вызвавшего их патологического процесса бывают

энтеральными и колитическими

- Для энтеральных поносов характерно более редкое и безболезненное опорожнение кишечника (4 — 6 раз в сутки) обильными испражнениями.
- Повышенное количество кала (полифекалия) свидетельствует о недостаточности кишечного всасывания (мальабсорбции).
- При исследовании кала в нем можно обнаружить остатки плохо переваренной пищи, что обусловлено нарушением кишечного пищеварения (мальдигестией).

Тонкокишечная диарея

-
-
-
-
- Если в патологический процесс вовлечен проксимальный отдел тонкой кишки (еуниты), в котором происходит всасывание жирных кислот, то испражнения имеют глинистую, жирную консистенцию («жирная диарея»).
- При поражении дистального отдела тонкой кишки (илеиты), в котором происходит всасывание желчных кислот, — испражнения водянистые, пенистые.

Колитические поносы

- Более частое опорожнение кишечника (10 раз и чаще в сутки).
- Испражнения скудные, нередко «плевком», иногда кровянистые.
- Для колитических поносов характерны тенезмы (ложные позывы на низ) до 20 — 40 раз в сутки, из-за которых больные иногда совершенно не сходят с унитаза («стул без счета»).

Запор (*obstipatio*)

- длительная задержка стула (стул реже чем один раз в два дня) или большое затруднение стула в обычные сроки незначительным количеством кала (менее 100 г в сутки) без чувства полного опорожнения кишечника.
- Запор обычно связан с расстройством кишечной моторики, ослаблением позывов к дефекации; возникновением органических изменений, препятствующих нормальному продвижению содержимого; несоответствием между емкостью толстой кишки и объемом кишечного содержимого.

В зависимости от причины он бывает:

- 1) алиментарным,
- 2) неврогенным (дискинетическим),
- 3) рефлексорным,
- 4) гиподинамическим,
- 5) воспалительным,
- 6) проктогенным,
- 7) механическим,
- 8) вследствие аномалий развития толстой кишки,
- 9) токсическим,
- 10) медикаментозным,
- 11) эндокринным,
- 12) вследствие нарушений водно-электролитного обмена

- *Медикаментозный* запор может быть вызван лекарственными средствами, которые угнетают двигательную функцию кишечника (например, платифиллин, папаверин, кодеин и др.), способствуют обезвоживанию организма или высыханию кала (мочегонные, антациды).
- *Эндокринные* запоры сопровождают многие заболевания эндокринной системы (гипотиреоз, недостаточность коры надпочечников, климакс, сахарный диабет и др.).
- *Запор вследствие нарушений водно-электролитного обмена* возникает в результате потери организмом жидкости и электролитов (например, при сердечной и почечной недостаточности, асците, дефиците калия и др.).

В зависимости от характера расстройства моторной функции кишечника запоры бывают *атоническими* и *спастическими*

- При спастических запорах моторика усилена, однако над продольными движениями кишечника преобладают сегментарные, которые препятствуют транспорту кишечного содержимого.
- В случаях спастических состояний кишечника каловые массы бывают в виде лент, «карандаша», комочков, шариков («овечий» кал). Необычайно твердые каловые массы, которые формируются в результате длительной задержки стула, называются «каловыми камнями». Опорожнение в этих случаях бывает очень болезненным, нередко образуются разрывы анального отверстия
- При атонии кишечника кал имеет цилиндрическую форму.

Чередование диареи с запором

- С особенным постоянством отмечается при:
- раке толстой кишки,
- функциональной неврогенной диарее,
- при умеренном стенозе толстой кишки,
- при диабете,
- тиреотоксикозе,
- злоупотреблении слабительными.

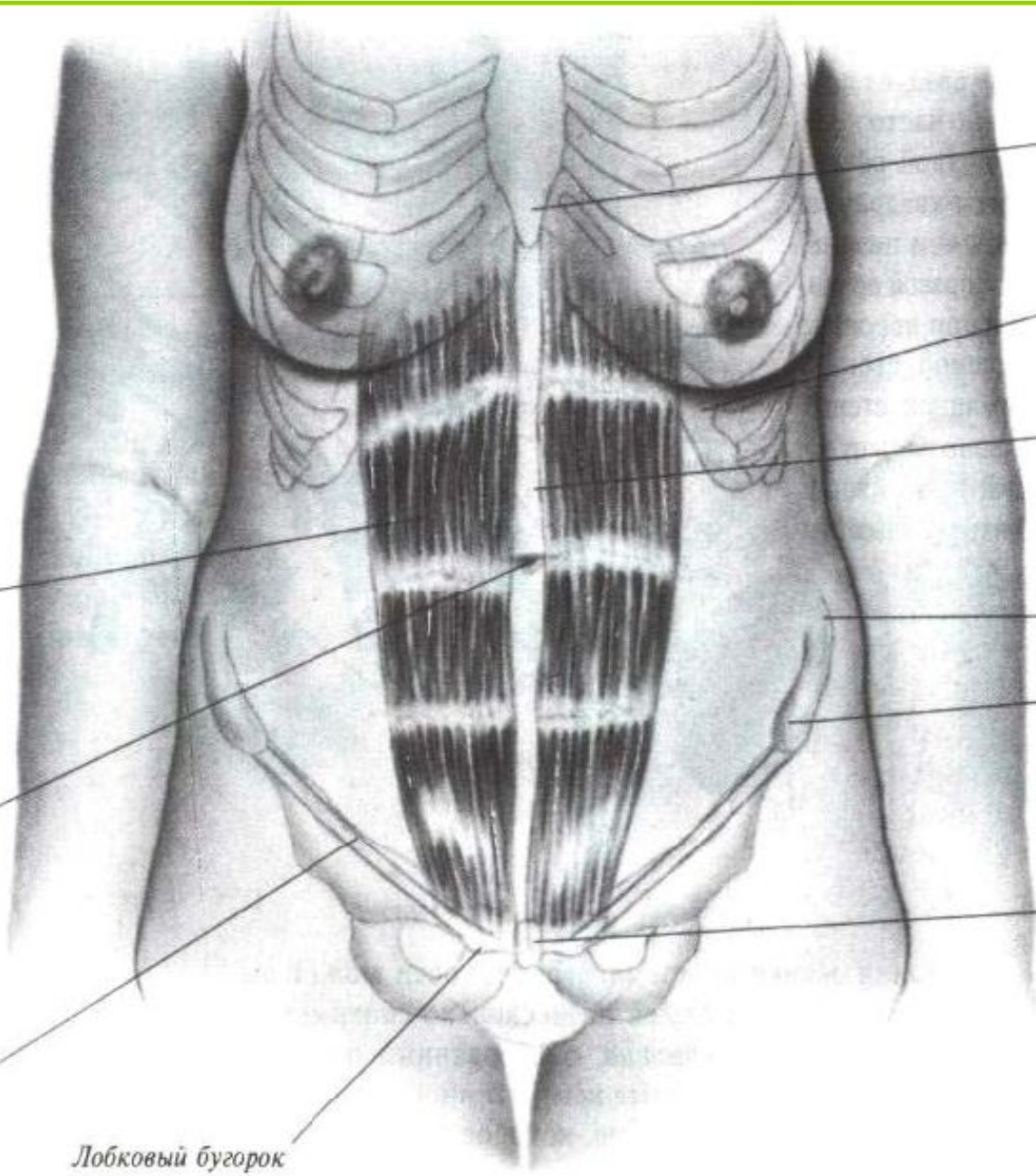
Кровавый стул

- ◆ является важным признаком желудочно-кишечного кровотечения, который в зависимости от расположения источника может иметь различную окраску — от черного дегтеобразного до алого.
- ◆ Черный цвет каловым массам придает сернистое железо из гемоглобина, образовавшееся в кишечнике в результате разложения ферментами излившейся в него крови.
- ◆ Черный дегтеобразный стул свидетельствует о длительном пребывании значительных количеств крови в верхних отделах пищеварительной трубки.
- ◆ Следует помнить, что стул темного цвета бывает после приема лекарственных средств (железа, висмута, викалина, ротера, угля), а также вследствие употребления черники, черной смородины, красных вин

- ◆ Кал темно-вишневого цвета бывает при умеренном кровотечении из дистальных отделов тонкой или правой половины толстой кишки. В результате относительно быстрого пассажа крови по кишечнику она не успевает полностью разложиться и приобрести черный цвет.
- ◆ Каловые массы типа «малинового желе» с большим количеством слизи свидетельствуют о расположении источника кровотечения в нисходящем отделе толстого кишечника.
- ◆ Алая кровь на поверхности оформленного кала (вслед за началом дефекации) — признак кровотечения из нижних отделов кишечника. Наиболее часто это встречается при геморрое и трещинах заднего прохода.

Нарушения аппетита

- Расстройство аппетита у больных с заболеваниями органов пищеварения весьма частое явление.
- Различают следующие виды расстройства аппетита:
- 1) понижение аппетита, вплоть до полной потери (анорексия);
- 2) повышение аппетита, иногда в резкой степени (булимия);
- 3) извращение аппетита, выражающееся в стремлении употреблять в пищу несъедобные вещества (мел, известь, золу и т.д.).
- Понижение аппетита может быть обусловлено снижением секреции и кислотности желудка.
- Усиление аппетита нередко наблюдается у больных язвенной болезнью, панкреатитом.
- Извращение аппетита часто бывает при раке желудка — на фоне понижения аппетита больные жалуются на отвращение к мясу и мясным блюдам.



Мечевидный отросток грудины

Рёберная дуга

Срединная линия, совпадающая с белой линией живота

Подвздошный гребень

Верхняя передняя подвздошная ость

Лобковый симфиз

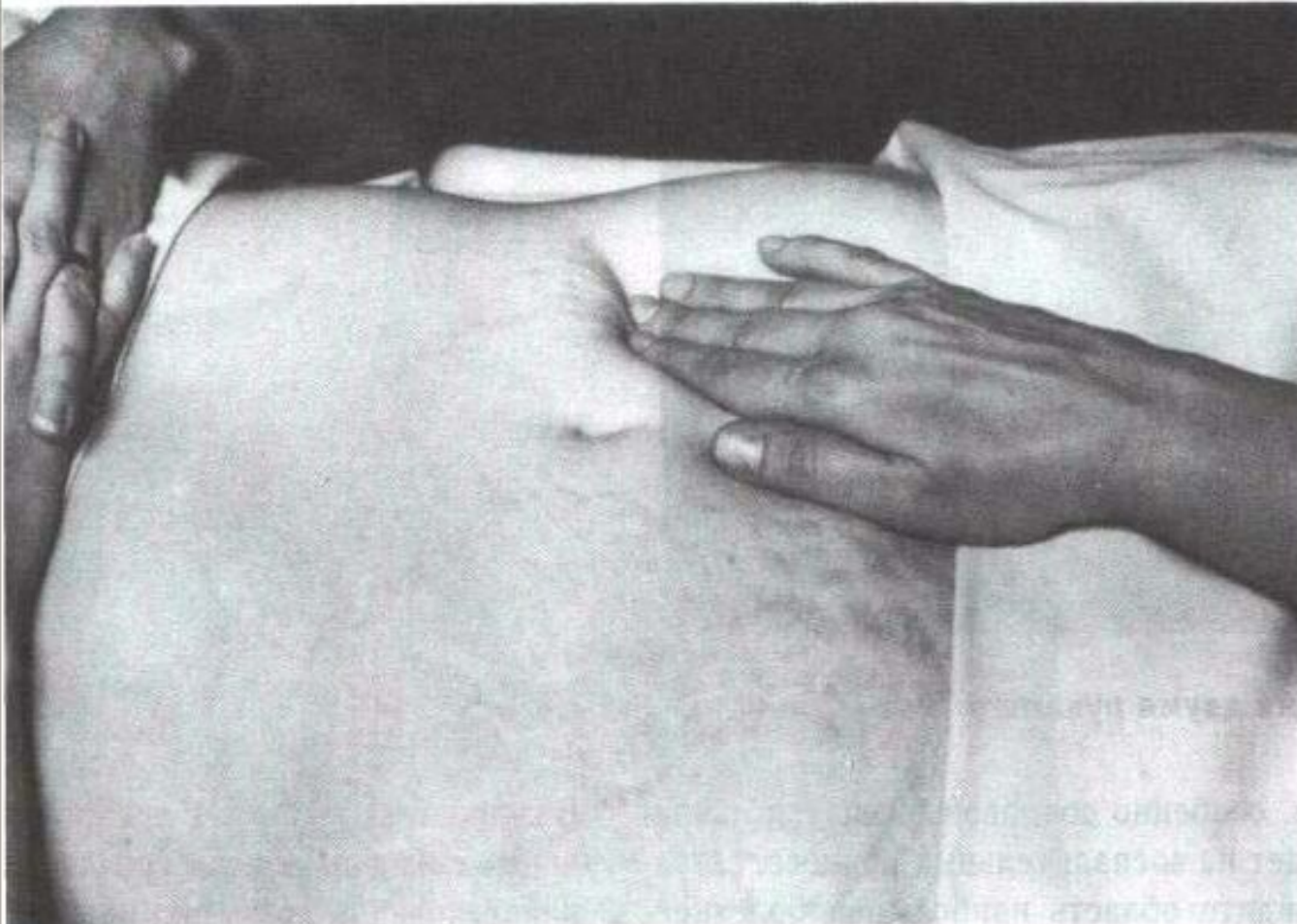
Прямая мышца живота

Пупок

Паховая связка

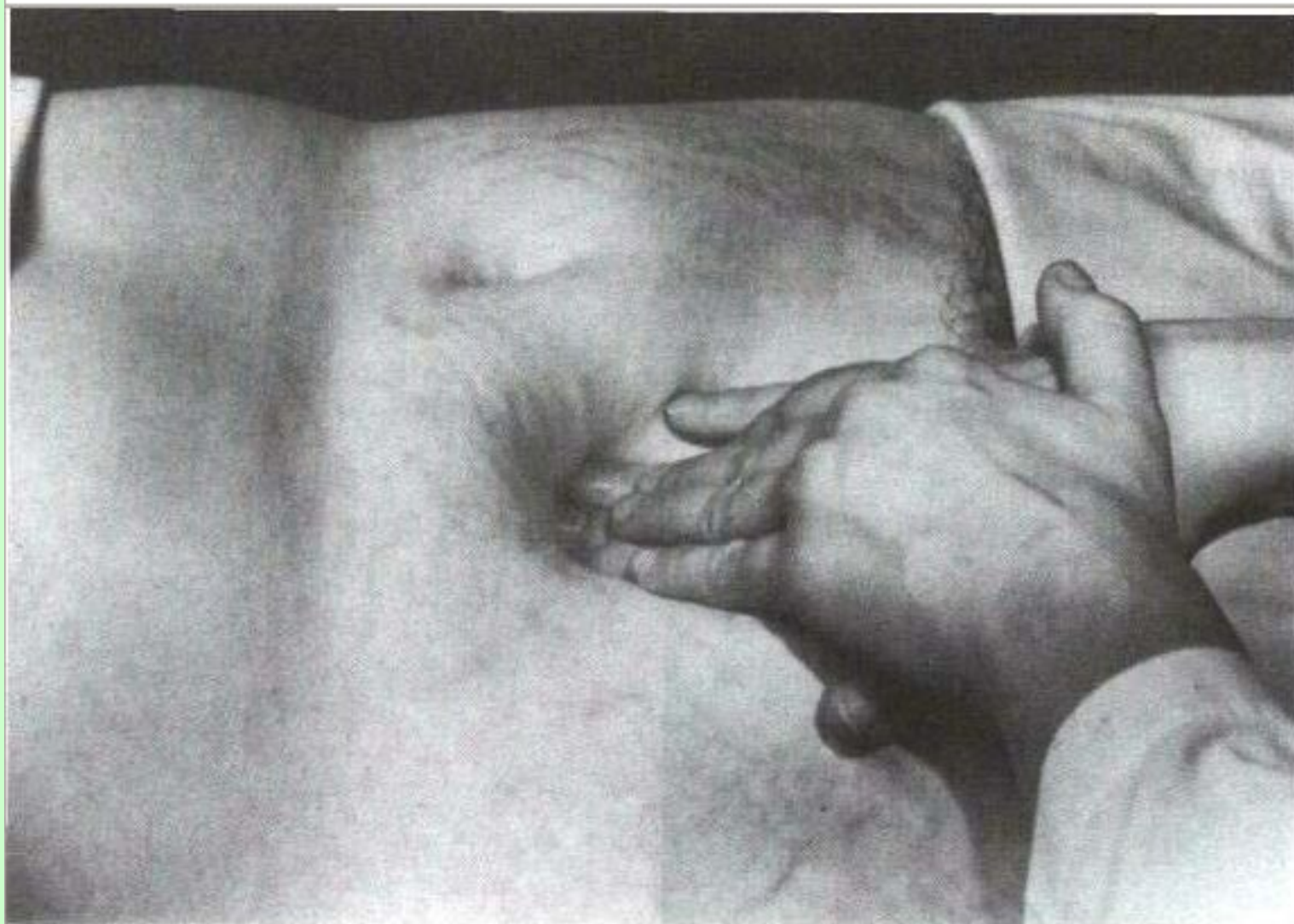
Лобковый бугорок

Врач кладёт кисть руки ладонью на живот больного и постепенно, осторожно, не стремясь проникать очень глубоко, пальпирует живот. При переходе к пальпации другого участка лишь слегка отнимайте руку от поверхности брюшной стенки. Постепенно исследуйте все квадранты живота.

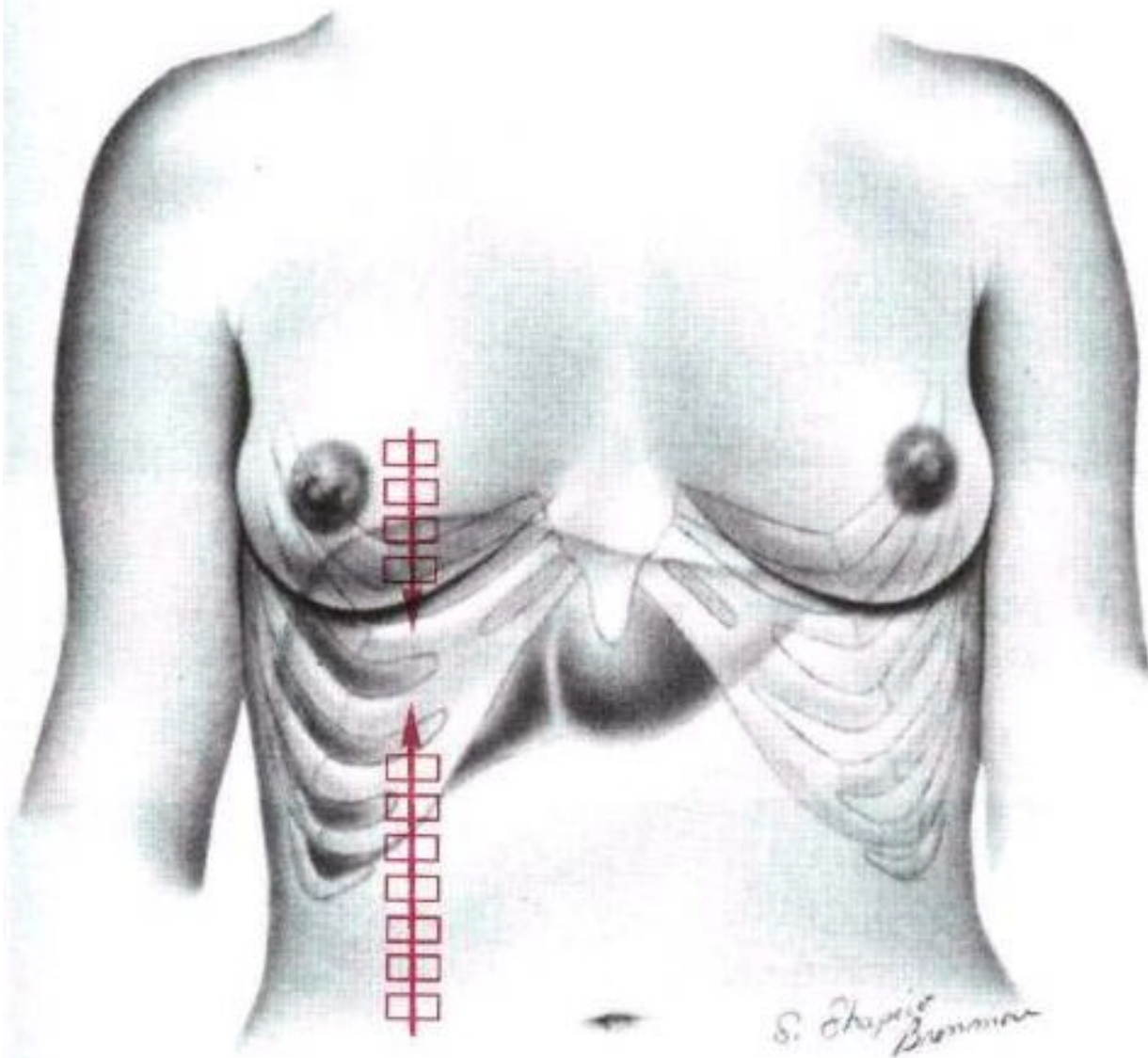


Пропальпируйте поверхностно расположенные органы и опухоли, любую область болезненности или напряженности мышц. При мышечном сопротивлении попытайтесь отличить произвольное напряжение мышц от мышечного спазма.

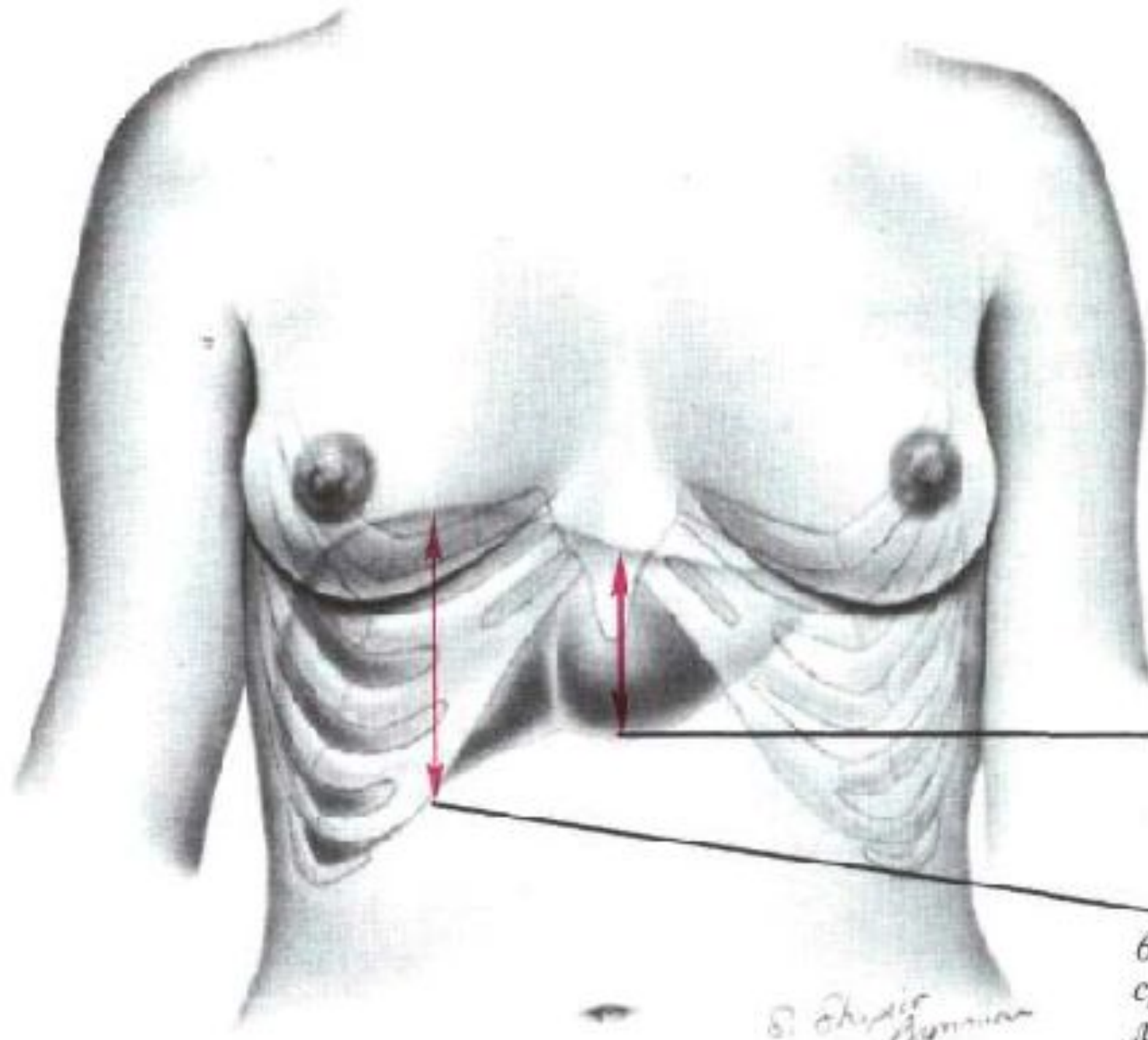
В тех случаях, когда проведение глубокой пальпации затруднено (например, у больных с ожирением) используйте обе руки. Надавливайте на пальпирующую руку второй рукой.



Глубокая пальпация двумя руками



Определение границ печёночной тупости
с помощью перкуссии



4–8 см по
срединной линии

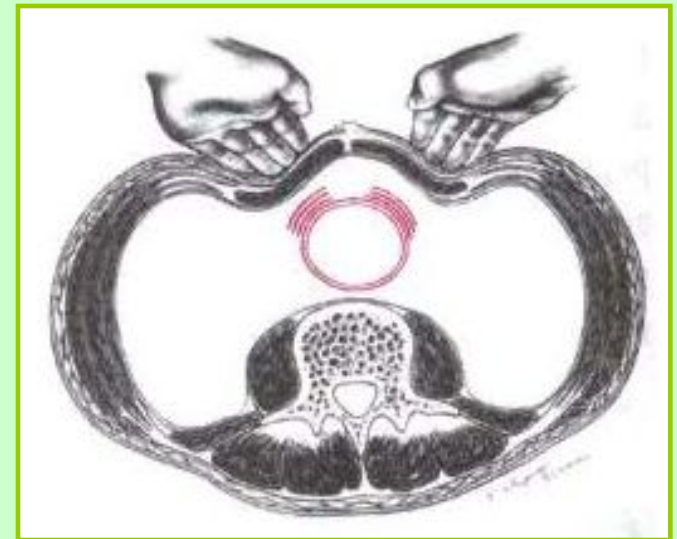
6–12 см по правой
среднеключичной
линии

S. Shupis
Восток

Аорта

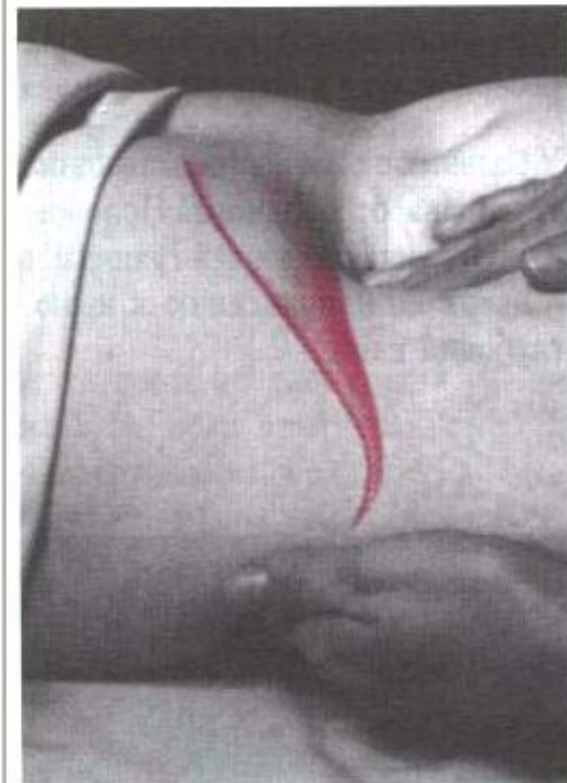
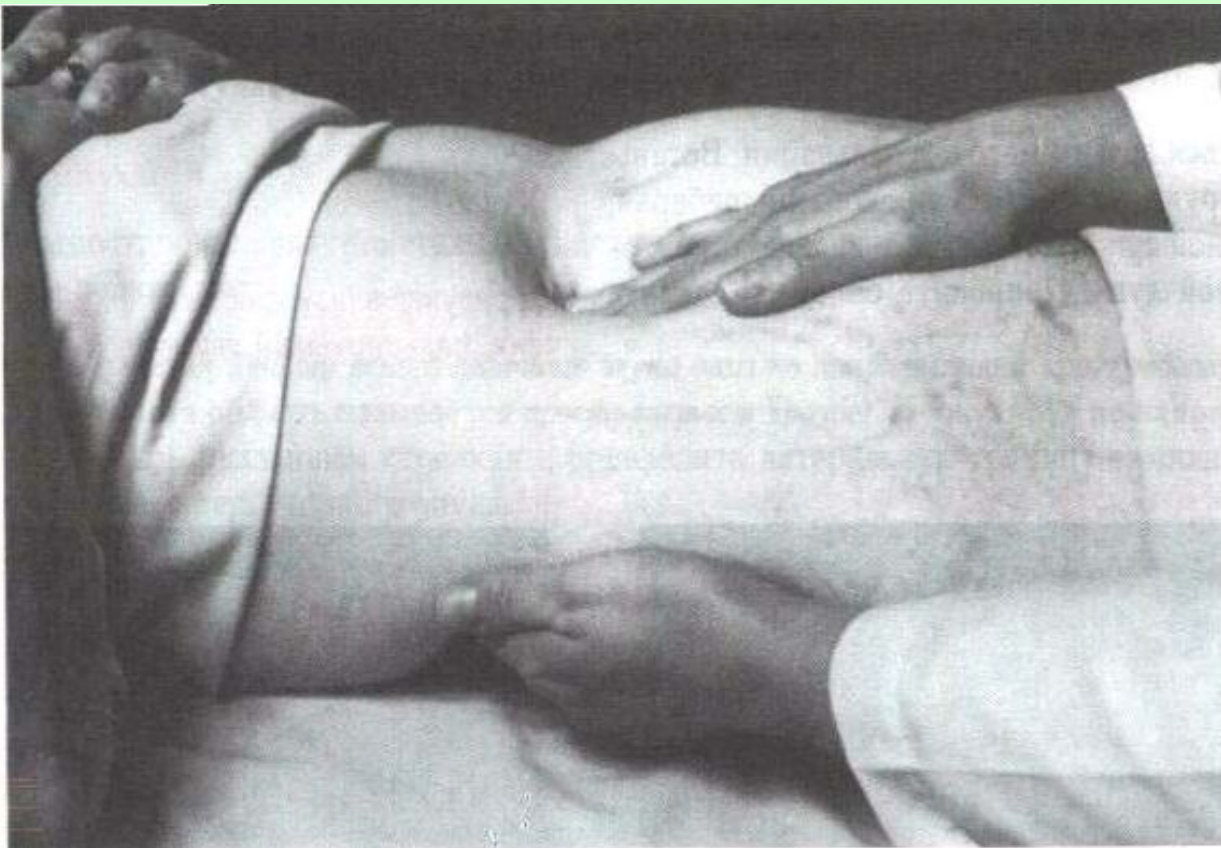
У людей **старше 50 лет** нормальная ширина аорты **не превышает 3 см** (в среднем 2,5) без учета толщины брюшной стенки

У пожилых людей пульсирующее образование в пупочной области или в верхних отделах живота позволяет заподозрить **аневризму аорты** – патологическое расширение аорты при тяжёлом атеросклерозе

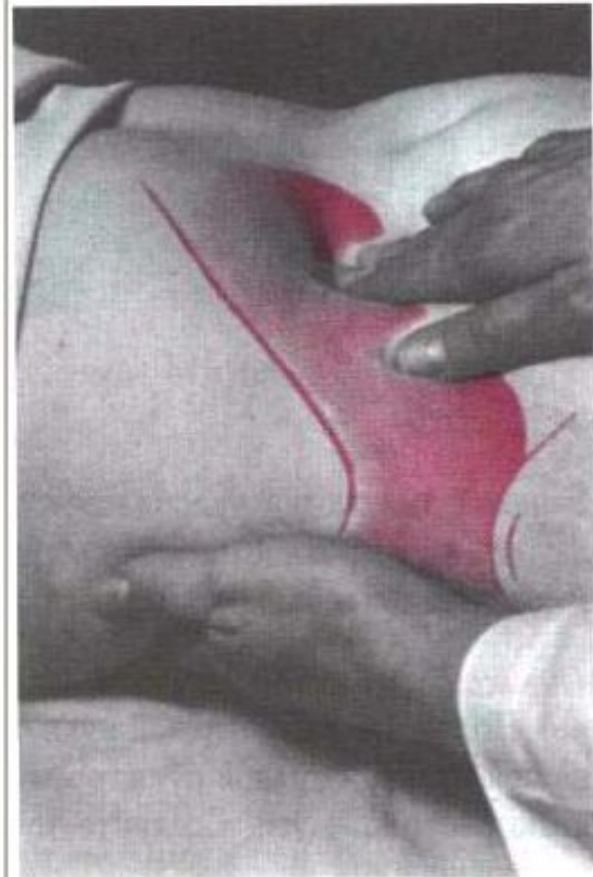
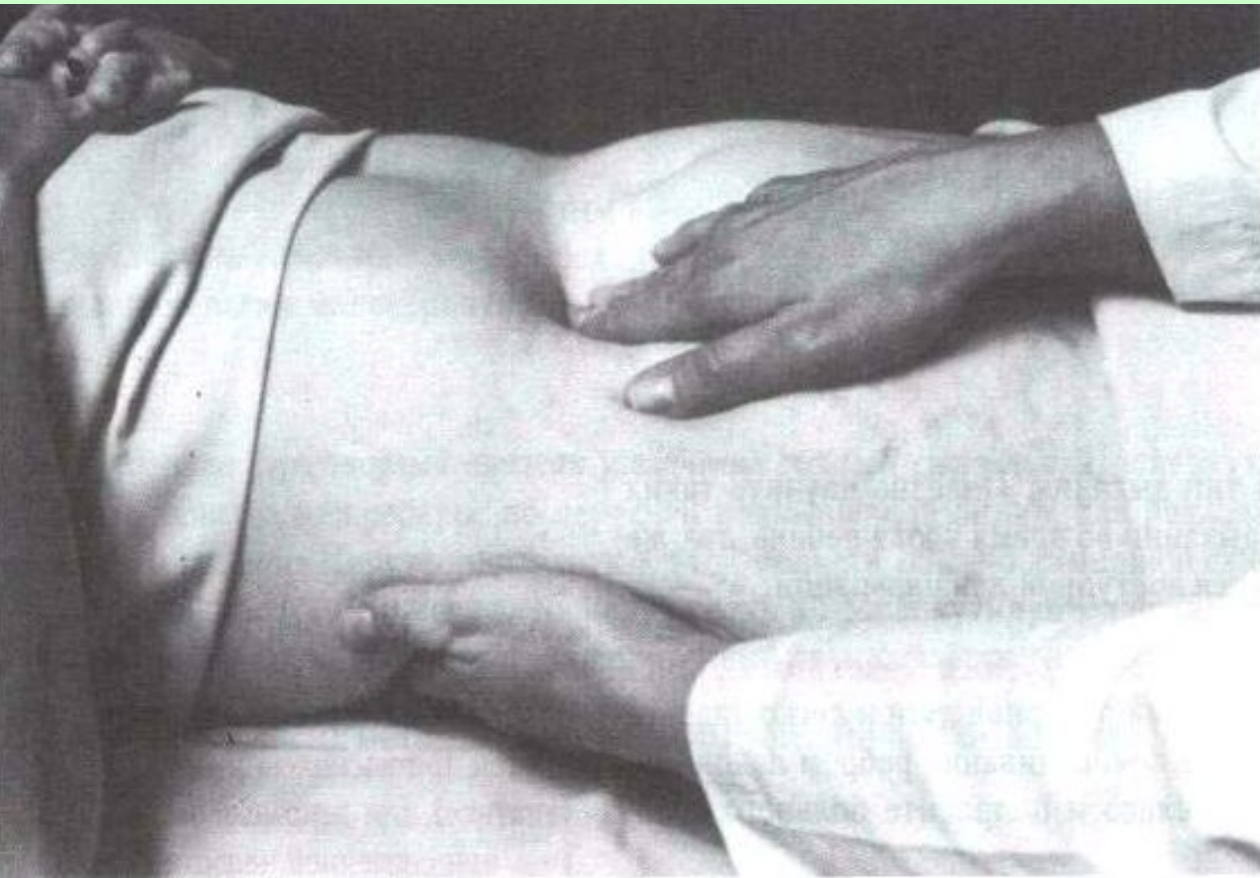


Пальпация печени

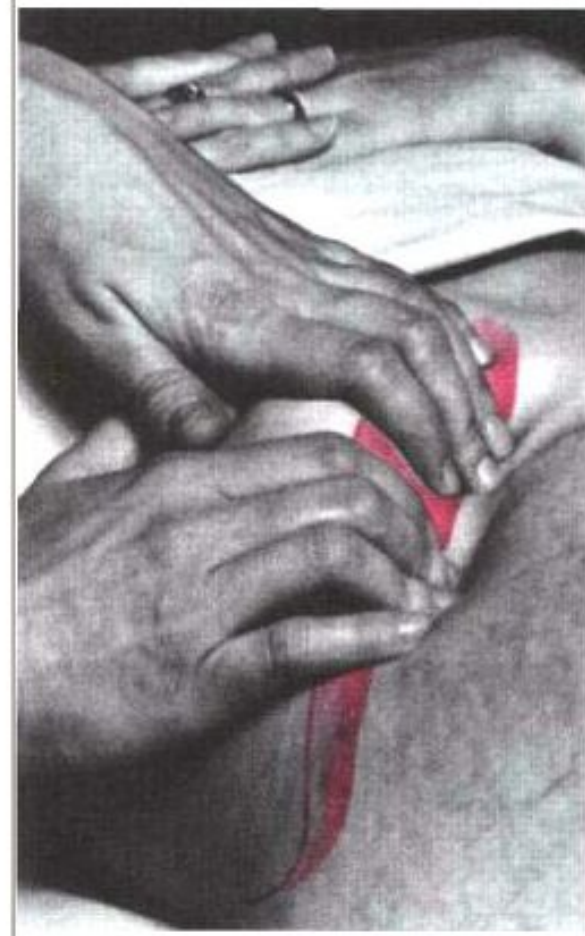
На вдохе печень на 4 см
выходит из-под края рёберной
дуги по среднеключичной линии

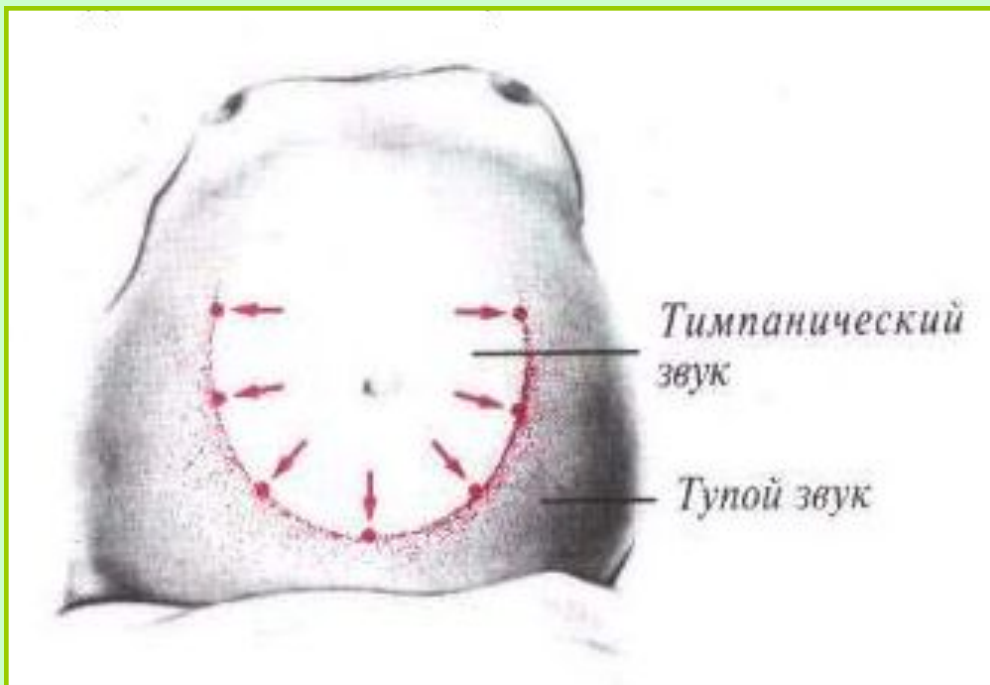


Можно не обнаружить край печени, если
начать пальпацию слишком высоко
(см. рисунок)



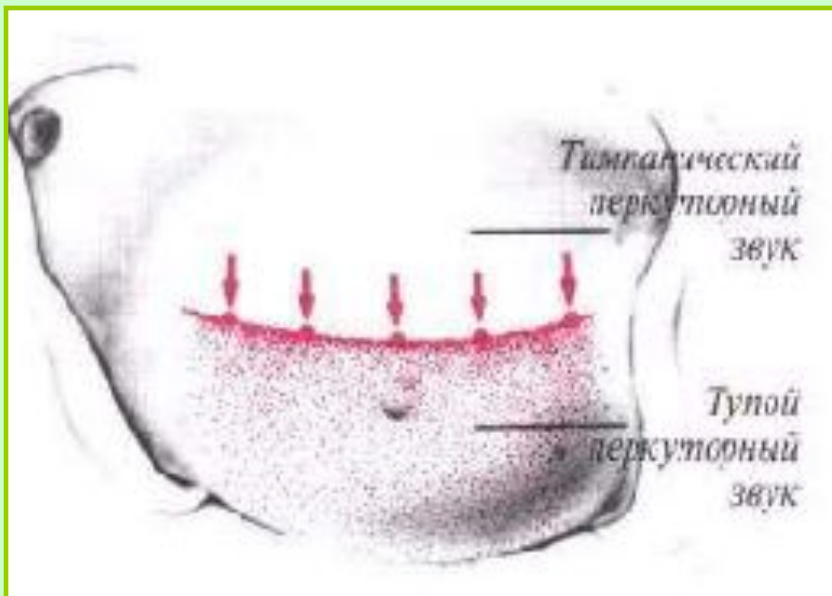
Край печени, пальпируемый двумя руками

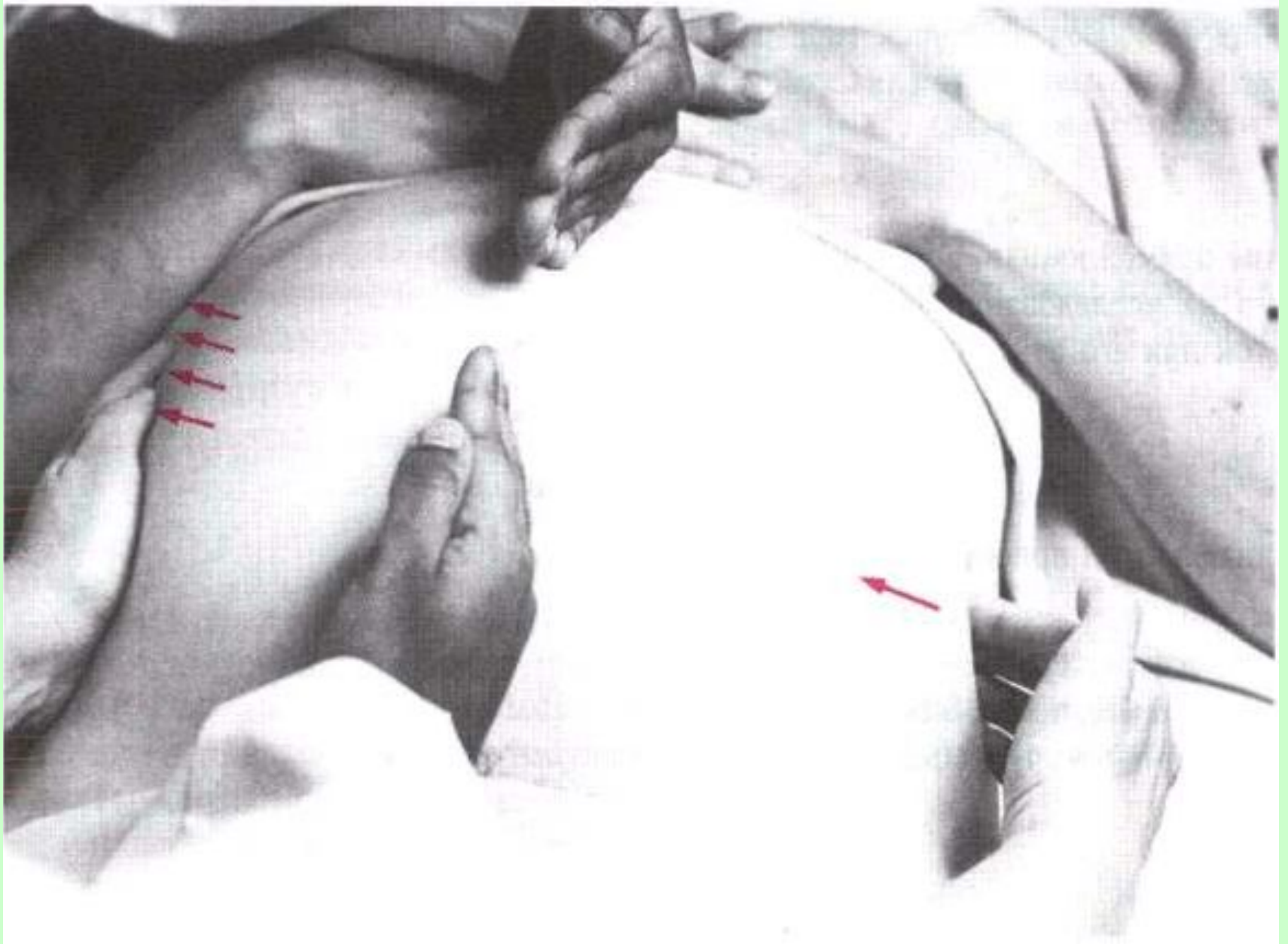




Приёмы для определения признаков возможного асцита:

при асците зона **тупого** звука смещается **вниз**, в то время, как зоны **тимпатического** звука перемещается в **верхние отделы** живота





Определение флюктуации

1

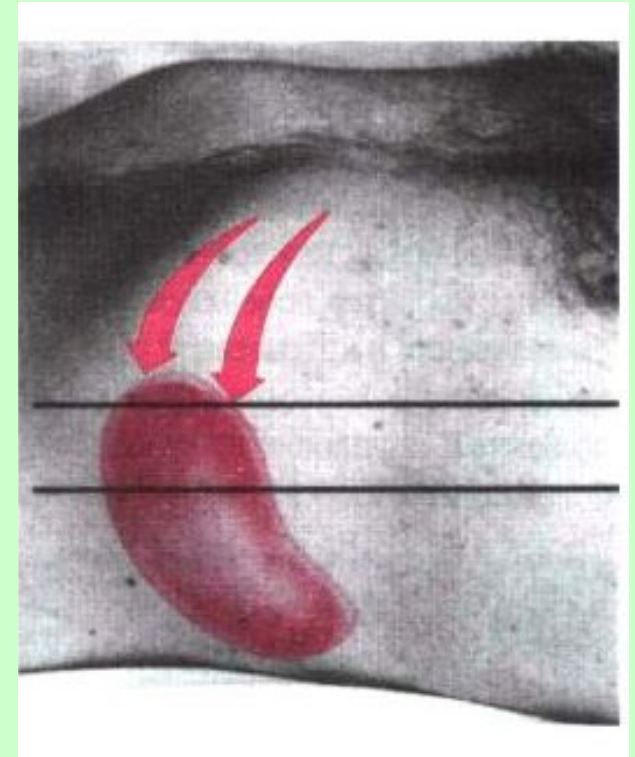
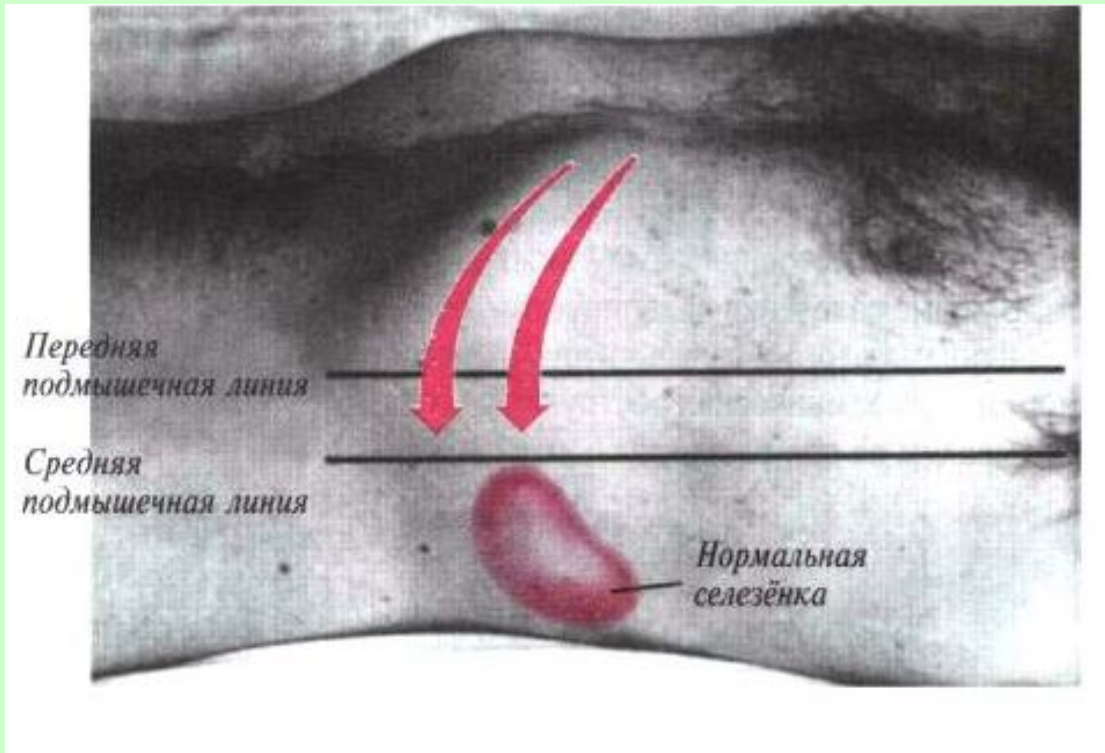


2

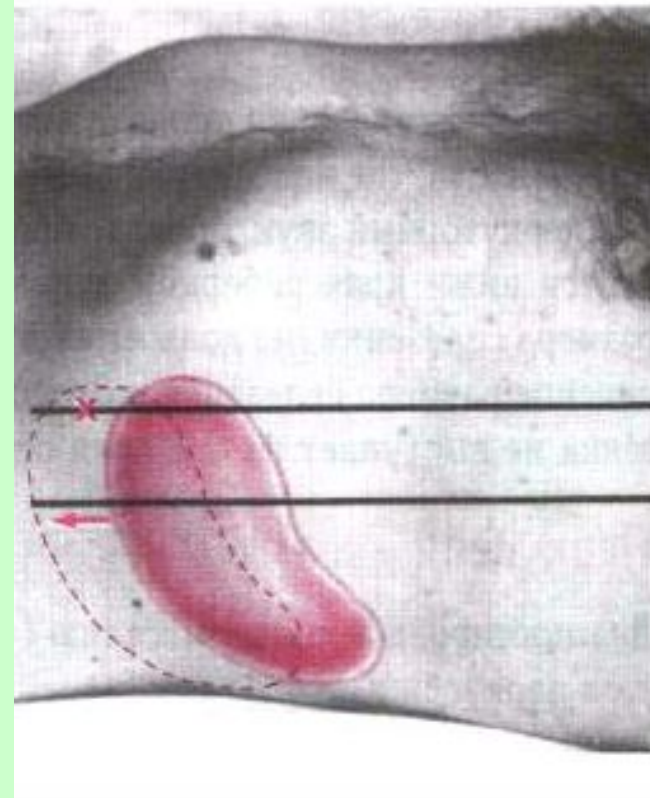
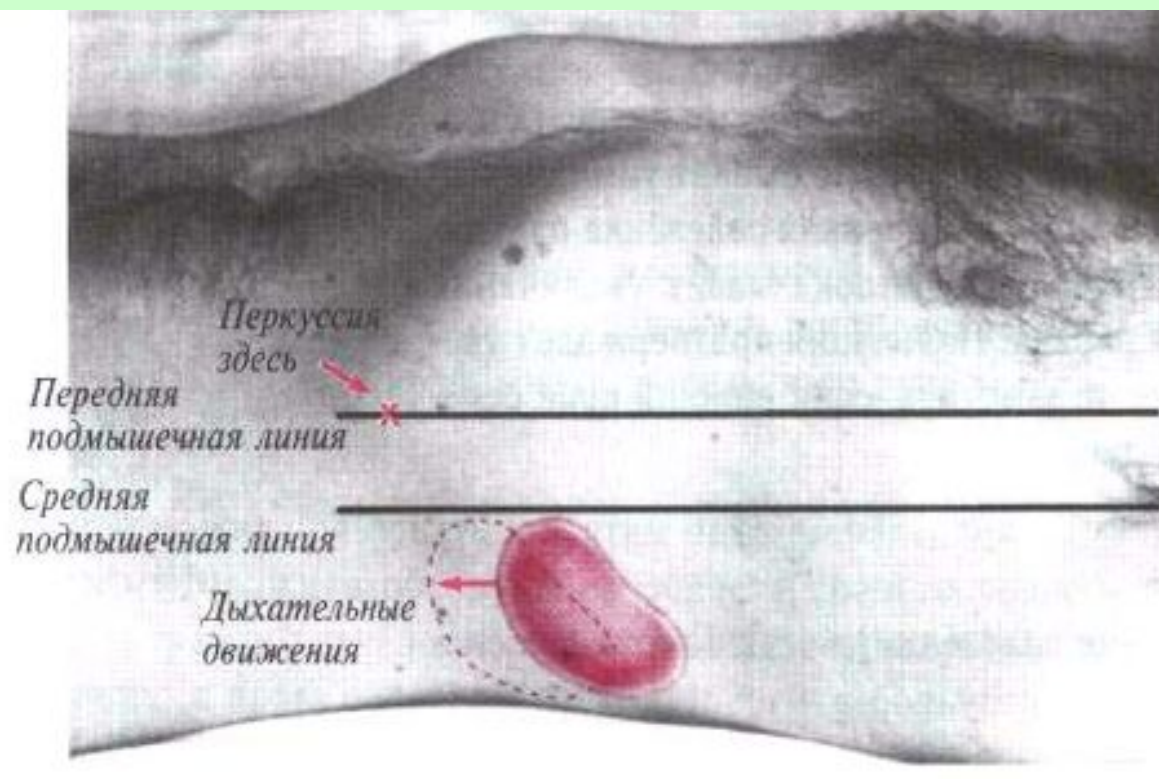


При таком резком толчке жидкость,
перемещаясь в стороны,
позволяет руке коснуться органа

Перкуссия селезёнки

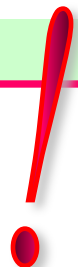
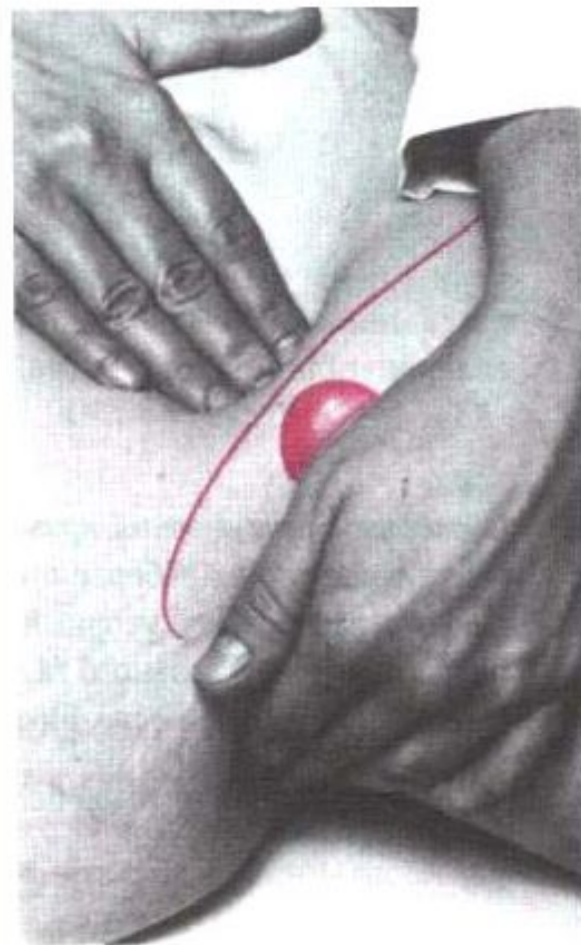


Вероятность спленомегалии увеличивается, если притупление звука появляется кнутри от передней подмышечной линии

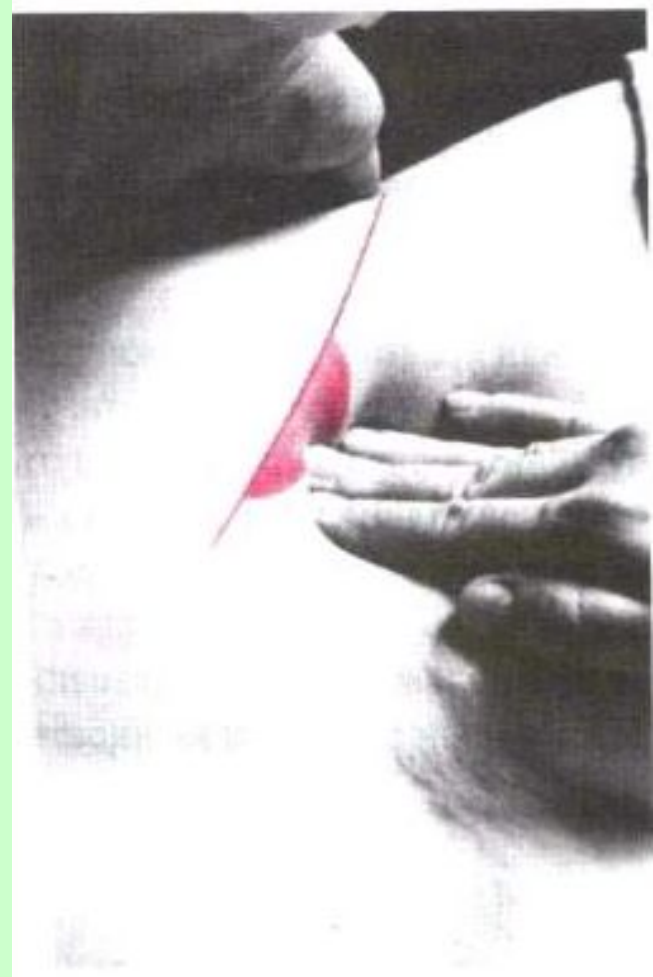


Перкуторный признак увеличения размера селезёнки может быть положительным и при нормальном размере селезёнки

Пальпация селезёнки

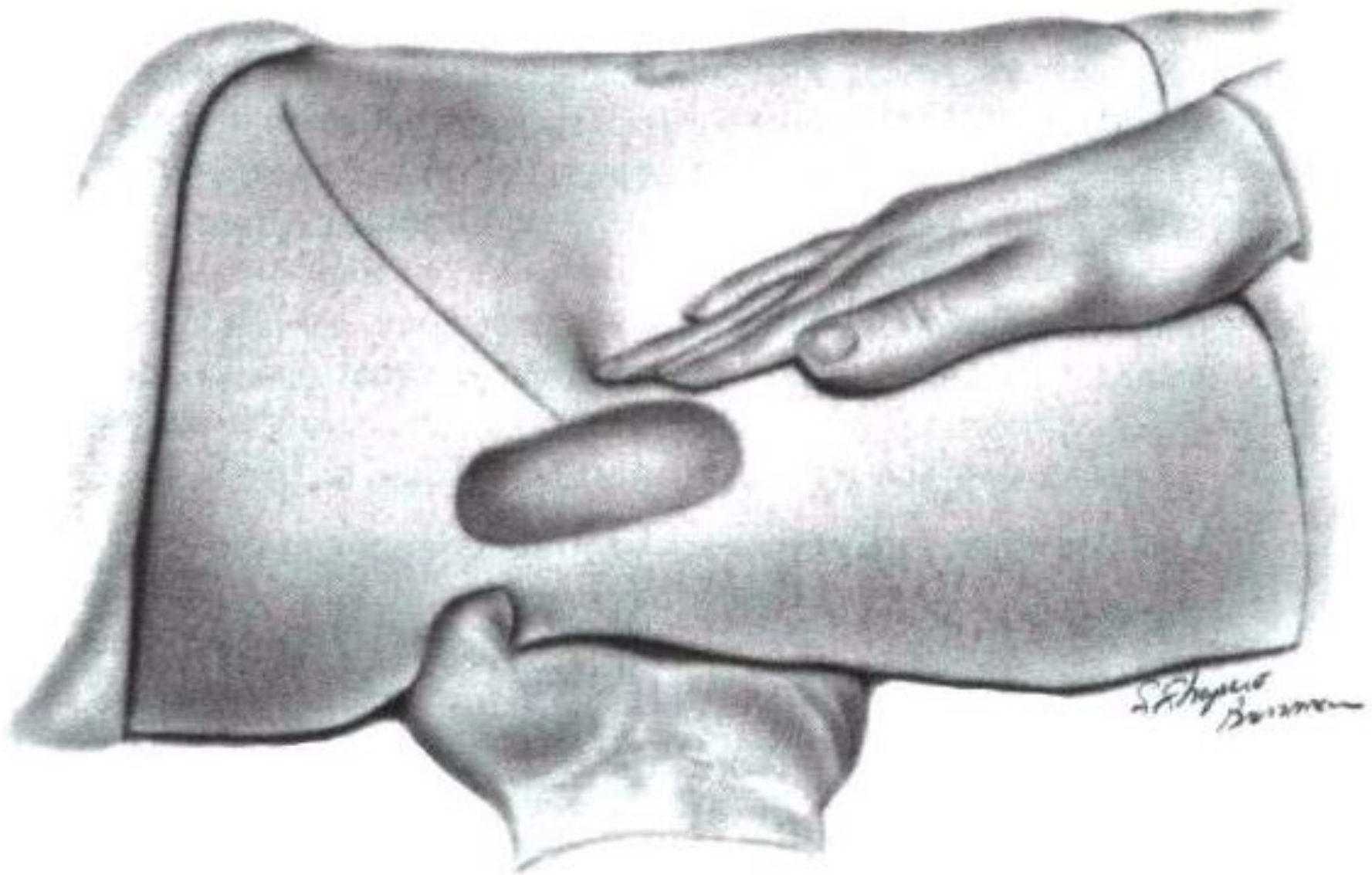


Увеличение селезёнки
может остаться не замеченным,
если врач начинает пальпировать живот
СЛИШКОМ ВЫСОКО

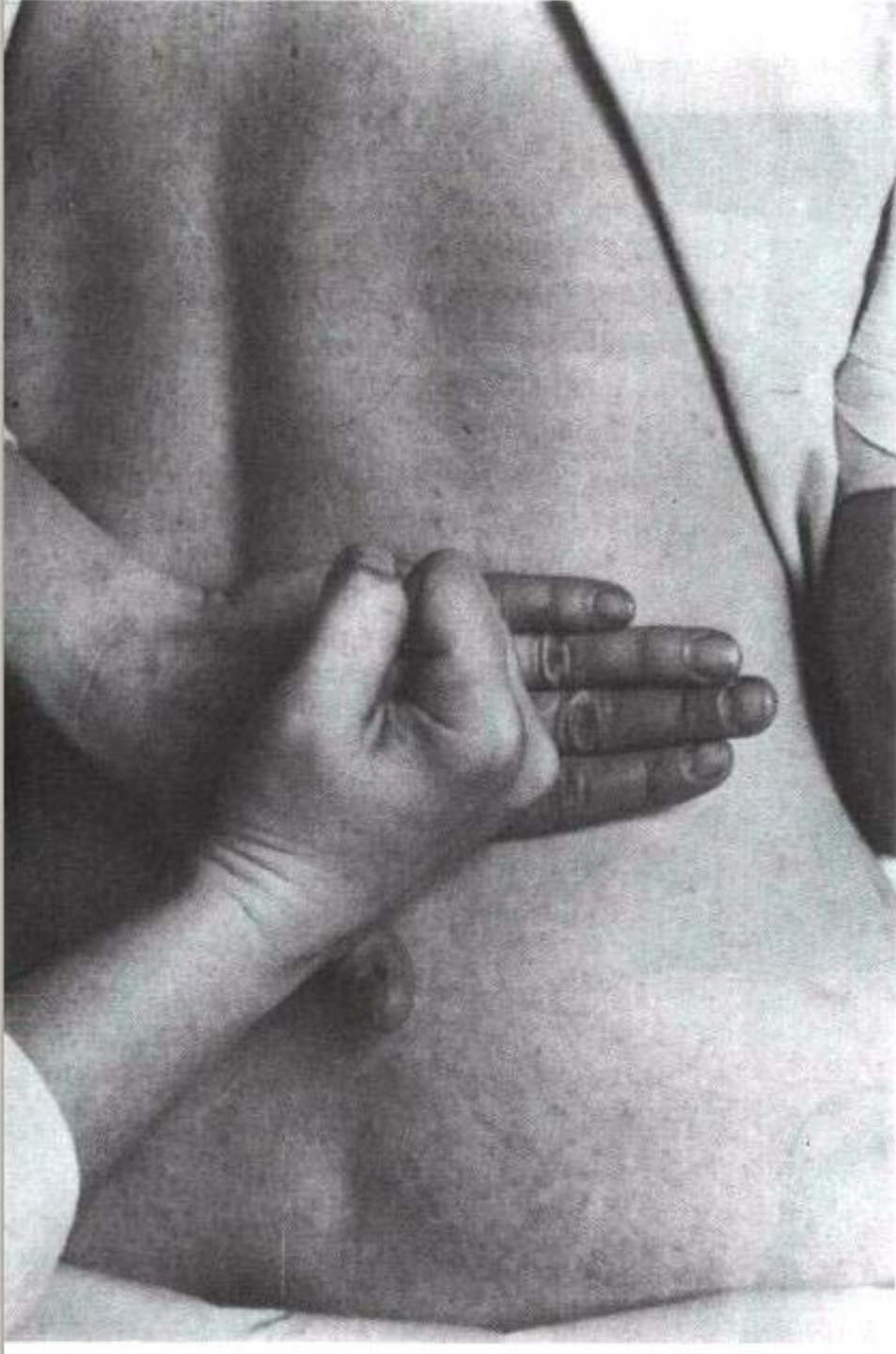


Край селезёнки,
который пальпируется
**на 2 см ниже рёберной дуги
слева**

ПОЧКИ



Пальпация правой почки



**Пальпация левой почки
(Определение
симптома Пастернацкого)**