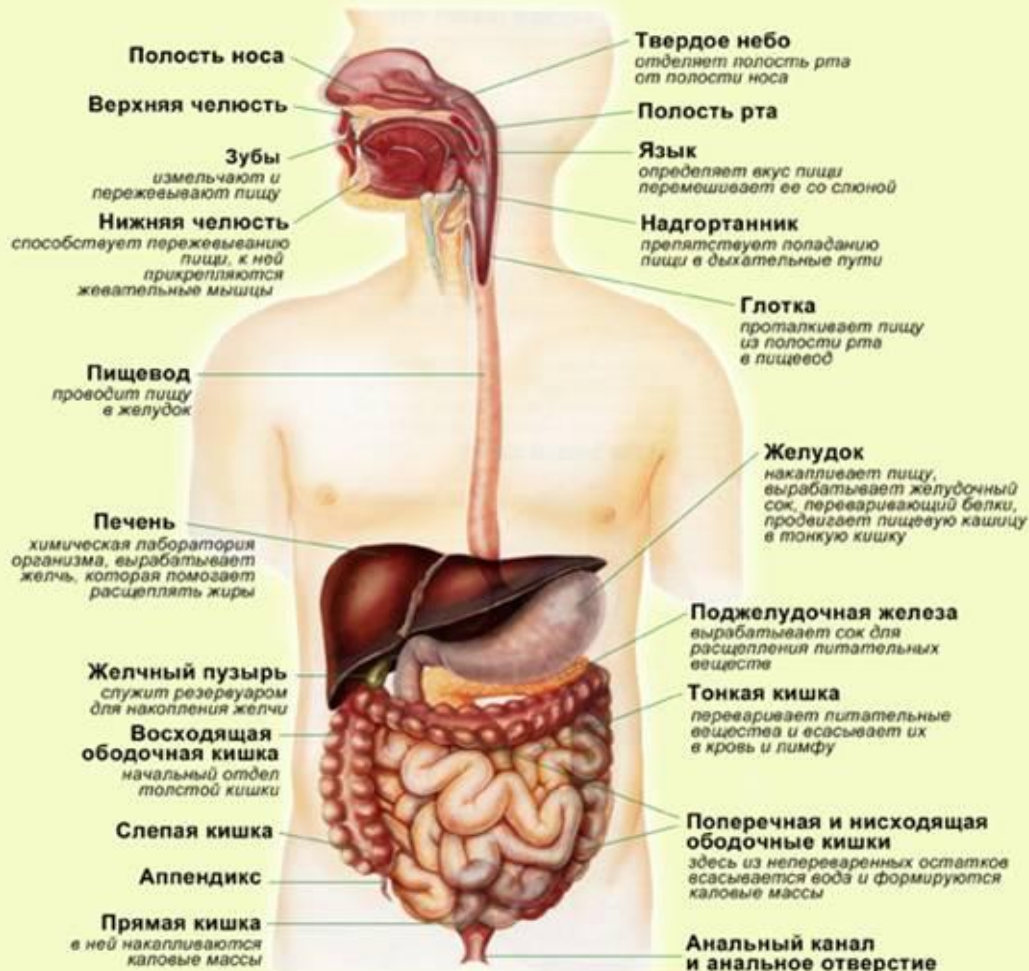


ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА



Функции пищеварительного тракта



1 минута

Определение вкусовых качеств пищи, пережевывание, перемешивание со слюной



3 секунды

Проглатывание



2 - 4 часа

Пищеварение



3 - 5 часов

Всасывание



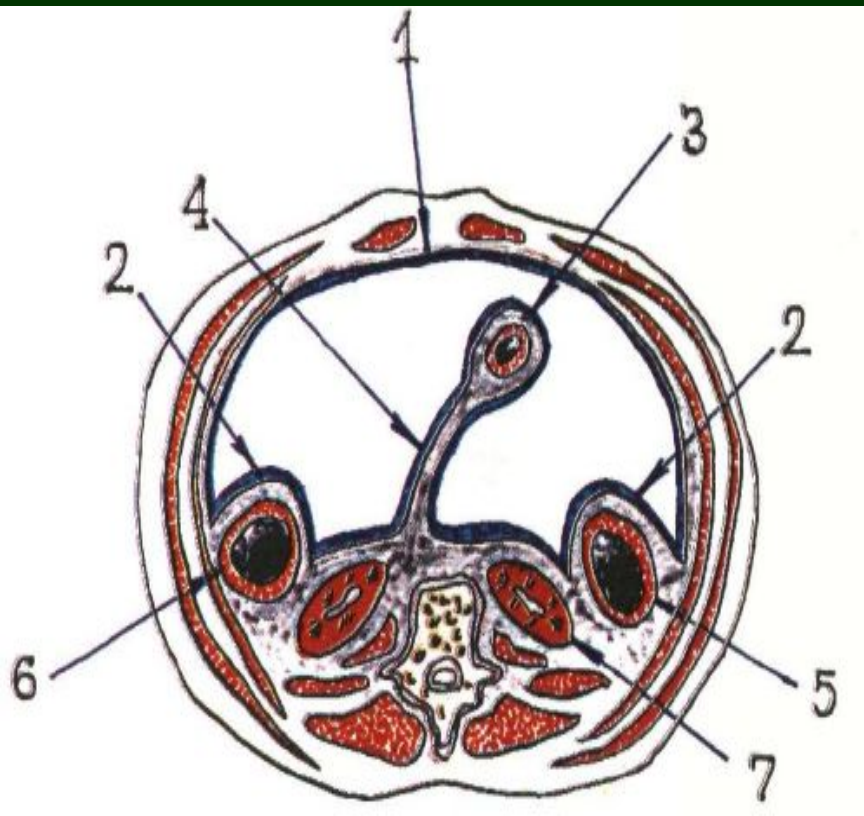
от 10 часов
до нескольких
дней

Дефекация



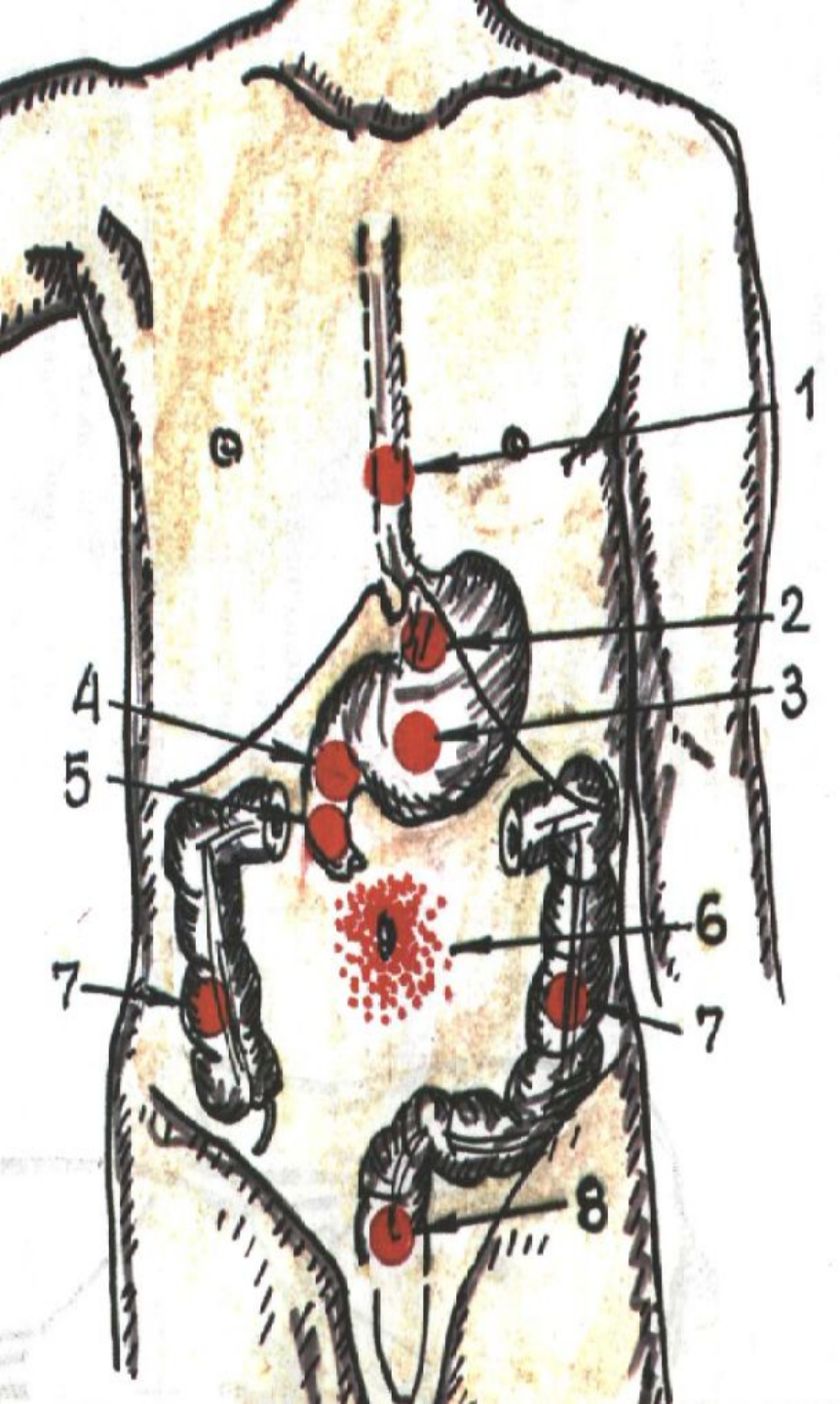
Отношение внутренних органов к брюшине

Желудок, тонкая кишка, поперечная ободочная, сигмовидная, печень и селезенка (3) расположены **внутрибрюшинно (интраперитонеально)**



Восходящая и нисходящая ободочные кишки (5.6) – **мезоперитонеально**

Почки, надпочечники, поджелудочная железа, большая часть 12-перстной кишки (7) - **забрюшинно**



Локализация боли

1 –пищевод

2 – субкардиальный
отдел желудка

3 – тело желудка

4 – пилорический отдел
желудка

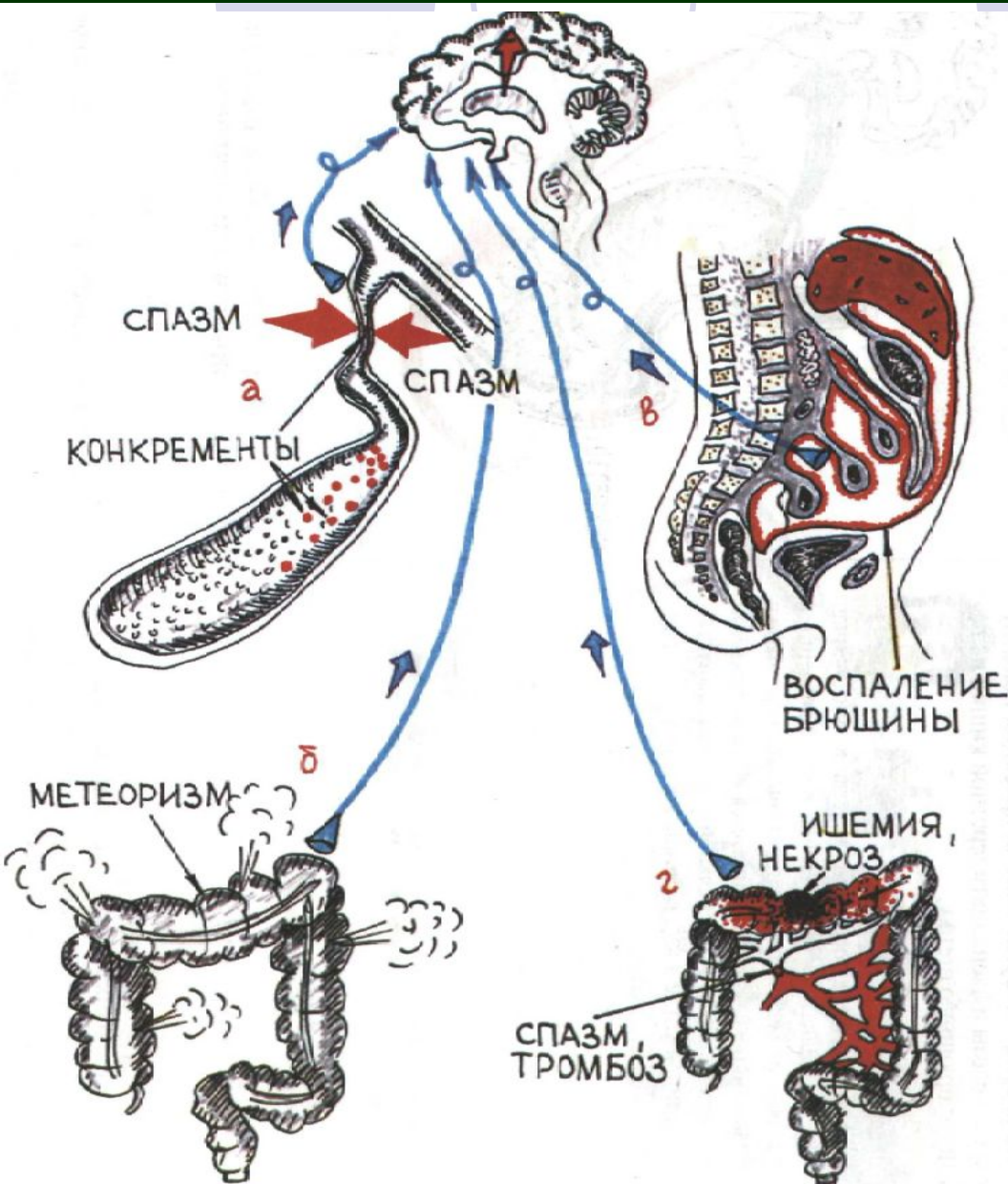
5 – 12-перстная кишка

6 – тонкий кишечник

7 – толстый кишечник

8 – прямая кишка

Механизм возникновения боли



а – спастические (спазм гладкой мускулатуры)

б – дистензионные (растяжение полых органов)

в – перитонеальные (переход воспаления на брюшину)

г – сосудистые (острое нарушение кровообращения)

Характер болей	Клиническая характеристика болей
Спастические	Острые, приступообразные (внезапно начинаются и нередко также внезапно заканчиваются), очень интенсивные, обычно четко локализованные, с типичной иррадиацией, ослабевают после приема спазмолитиков. Могут сопровождаться рвотой, часто не приносящей облегчения, лихорадкой (рефлекторного генеза) и локальным напряжением мышц брюшной стенки (перивисцериты).
Дистензионные	Тупые, тянущие, малоинтенсивные, обычно разлитые, без четкой локализации и иррадиации; часто не стихают после приема спазмолитиков.
Перитонеальные.	Возникают постепенно (при воспалениях органов) или остро (при прободении), постоянные, непрерывно усиливающиеся вплоть до нестерпимых болей. Сопровождаются общими признаками воспаления и интоксикации (лихорадка, лейкоцитоз и др.), рвотой, ограничением дыхательных движений живота, напряжением мышц брюшной стенки, положительным симптомом Щеткина-Блюмберга и ослаблением (исчезновением) перистальтики. Возможна острая сосудистая недостаточность.
Сосудистые.	Внезапно начинаются, разлитые, могут быть очень интенсивными, постоянно усиливающимися (вплоть до нестерпимых). При некрозах органов развивается перитонит, возникают перитонеальные боли.

Синдром желудочной диспепсии

Заболевания пищевода

Дисфагия (dysphagia) – нарушение акта глотания.

Изжога ощущение жжения за грудиной. и в подложечной области

Срыгивание – возвращение части принятой пищи обратно в полость рта.

Заболевания желудка

Извращение вкуса, изменение и (или) извращение аппетита.

Отрыжка (eructatio - отрыжка воздухом, regurgitatio – пищей).

Тошнота (nausea).

Рвота (vomitus) - непроизвольное толчкообразное выбрасывание содержимого желудка через рот.

Заболевания печени и ЖВП

Отрыжка, тошнота, рвота, часто провоцируемые приемом жирной пищи

Вздутие живота

Синдром кишечной диспепсии

- Метеоризм.
- Урчание (шумы в животе, происходящие от столкновения газов и жидкости при одновременном прохождении через узкое мест).
- Поносы (diarrhoea).
- Запоры (obstipatio).
- Неустойчивый стул (чередование поносов и запоров) – характерно для заболеваний печени

Симптомокомплекс,
сопровожающий холестаз и
связанный с задержкой желчных
кислот и депонированием их в коже
и слизистых:

кожный зуд,
горечь во рту.

**Кровотечение из варикозно
расширенных вен пищевода —
присутствие чистой крови в
рвотных массах**

**Желудочное кровотечение —
мелена, рвота «кофейной гущей»**

**Кишечное кровотечение — кровь в
каловых массах**

Симптомокомплекс «печеночной лени»

(при печеночной недостаточности)

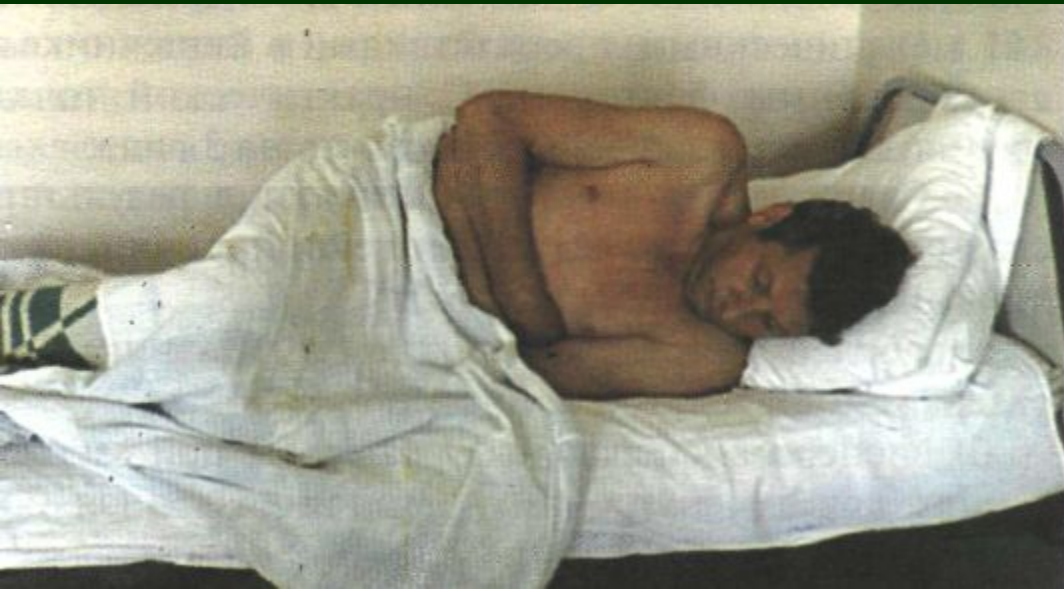
слабость, вялость,
быстрая психическая истощаемость,
повышенная раздражительность,
снижение работоспособности, плохой аппетит
частая головная боль,
потливость, легкое головокружение,

При нарастании интоксикации эти симптомы
усиливаются, присоединяются нарушения сна
(инверсия), затем – потеря сознания
(печеночная кома)

Из анамнеза жизни имеют значение:

- наследственность
- пищевое поведение
- профессиональные вредности (маляры, медицинские работники)
- вредные привычки (алкоголь, наркотики)
- прием ряда лекарственных препаратов
- переливания крови, донорство
- условия труда
- стоматологические вмешательства,
- операции,
- хронический гемодиализ

Изменения при общем осмотре:



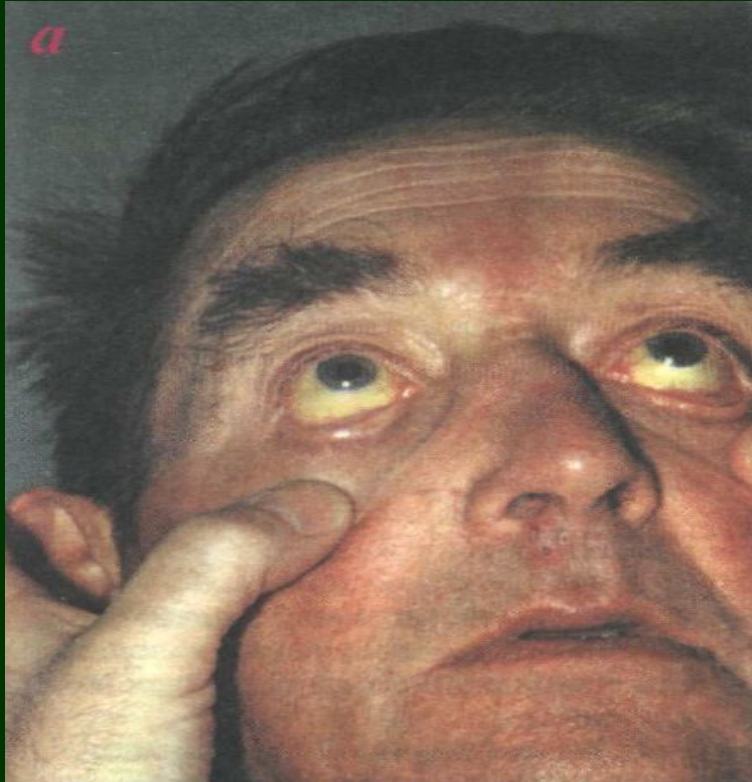
Вынужденное
положение

а – язвенная
болезнь

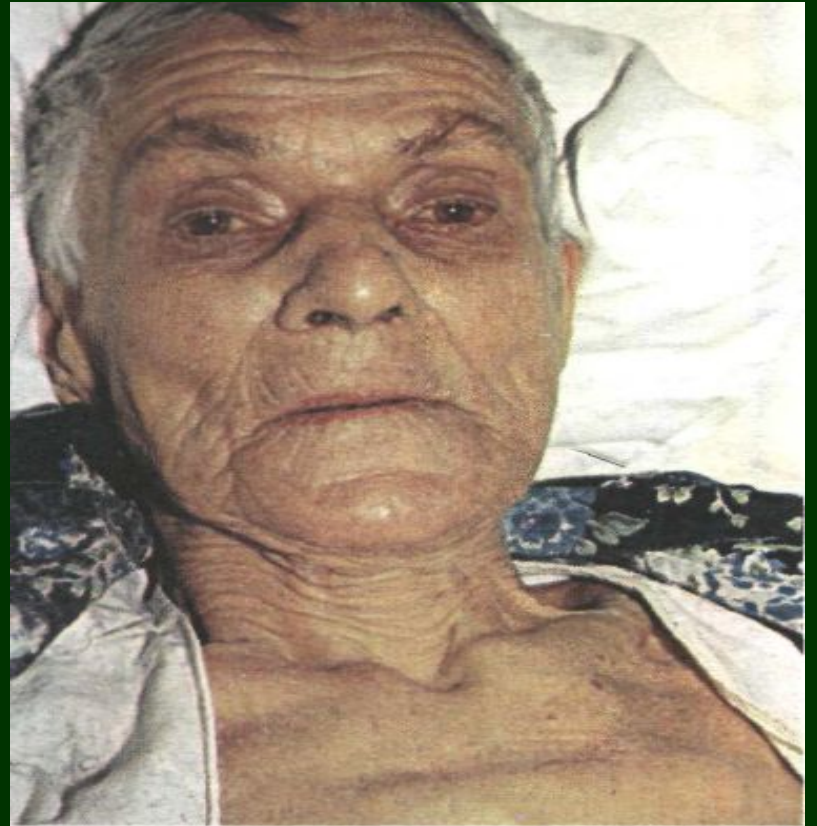


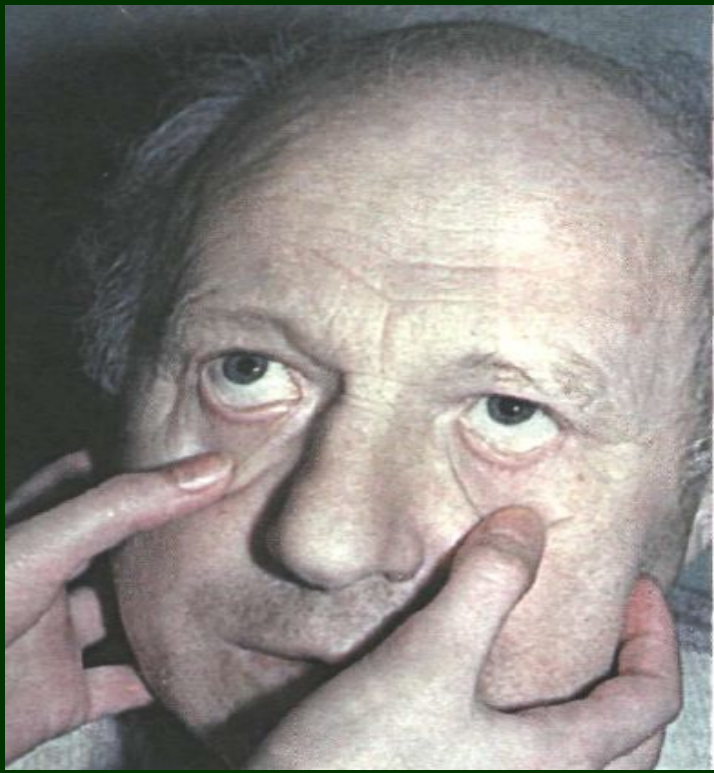
б – острый
панкреатит

Цвет кожных покровов:



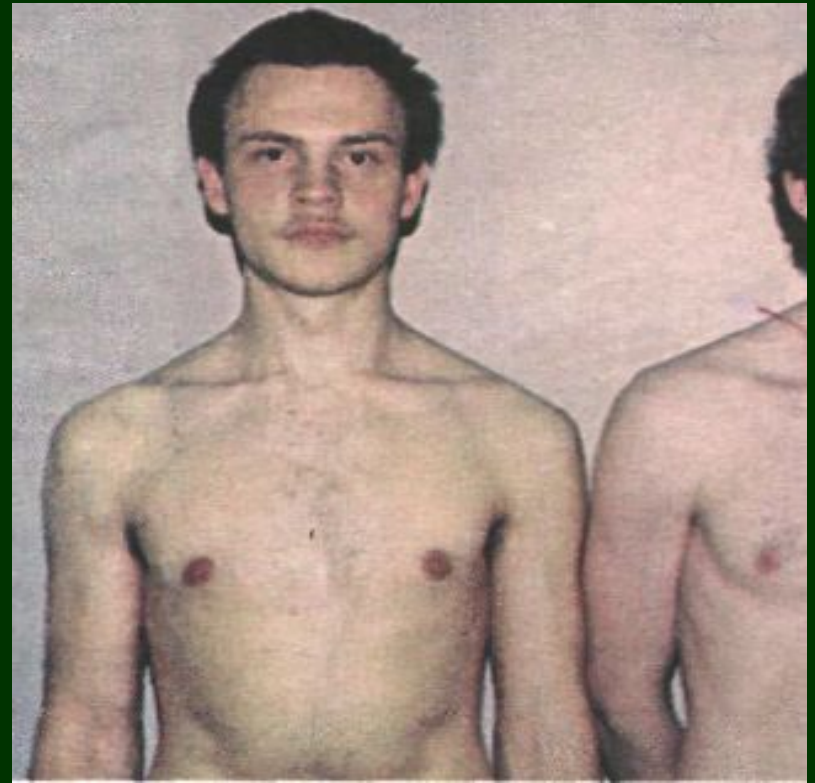
желтуха





бледность

желтуха в сочетании
с бледностью



Печеночные знаки

Сосудистые звездочки

(телеангиэктазии) – локальное чрезмерное расширение капилляров и мелких сосудов.

Характеризуются своеобразным усилением кожного сосудистого рисунка



Печеночные знаки

Печеночные ладони

(пальмарная эритема) – часто сочетаются с аналогичными изменениями стоп – ярко-красная эритема в области возвышений большого пальца и мизинца.

Обусловлена гиперэстрогемией (снижено разрушение эстрогенов в печени) и, возможно, открытием артерио-венозных анастомозов



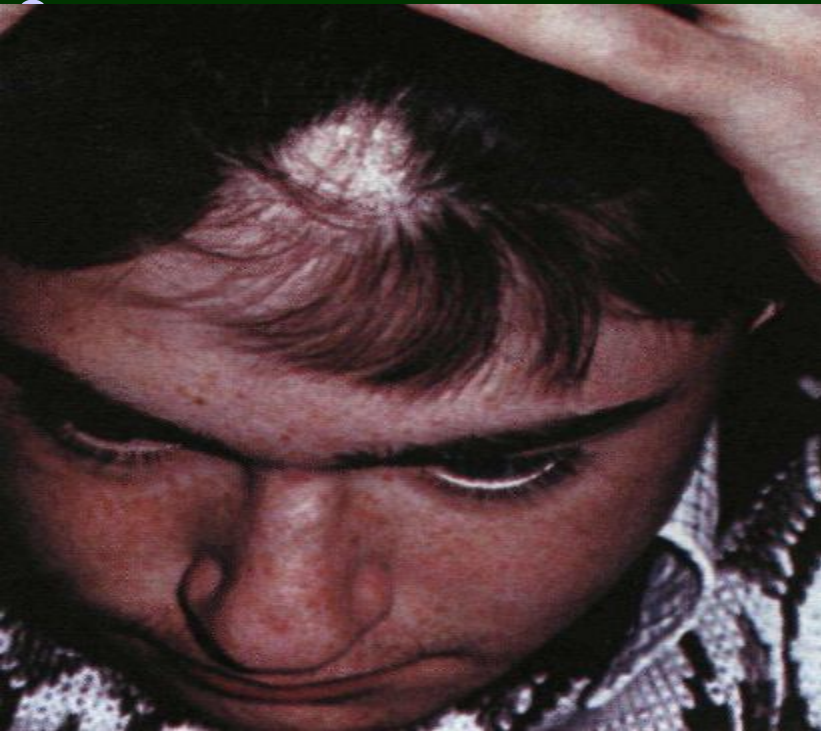
Печеночные знаки

Ксантомы и ксантелазмы — к их развитию приводит повышение уровня связанного билирубина и холестерина крови. Имеют типичную локализацию в области век — могут свидетельствовать о первичном билиарном циррозе печени



Печеночные знаки

- Снижение оволосения –
- выпадение волос в
- подмышечных впадинах,
- на голове

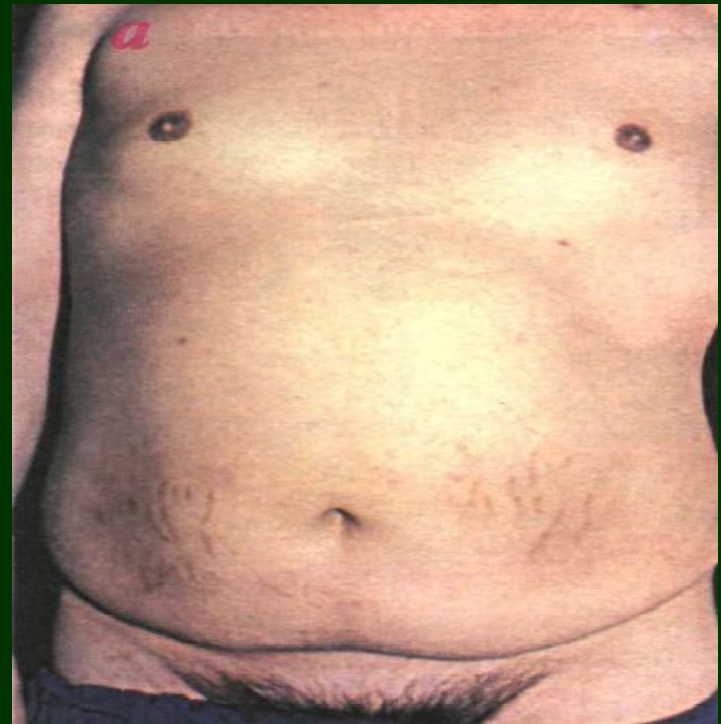


Печеночные знаки

Оволосение у мужчин

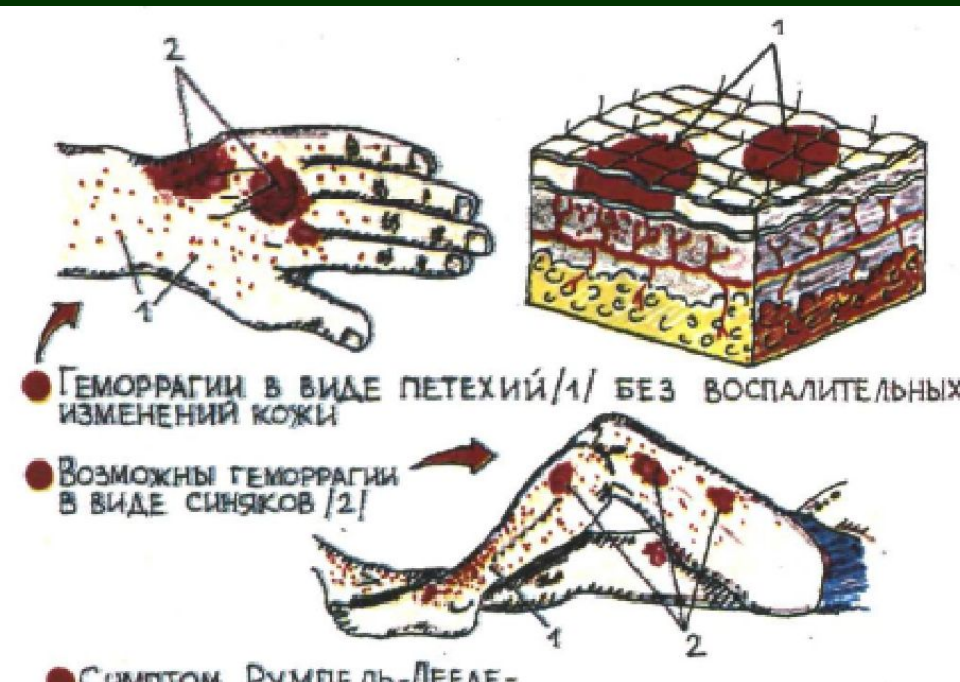
по женскому типу,

гинекомастия – обусловлена повышением
содержания эстрогенов в крови



Печеночные знаки

Геморрагические проявления – характеризуются появлением на коже мелкоточечных петехий и экхимозов. Иногда в местах сосудистых изменений образуются язвочки



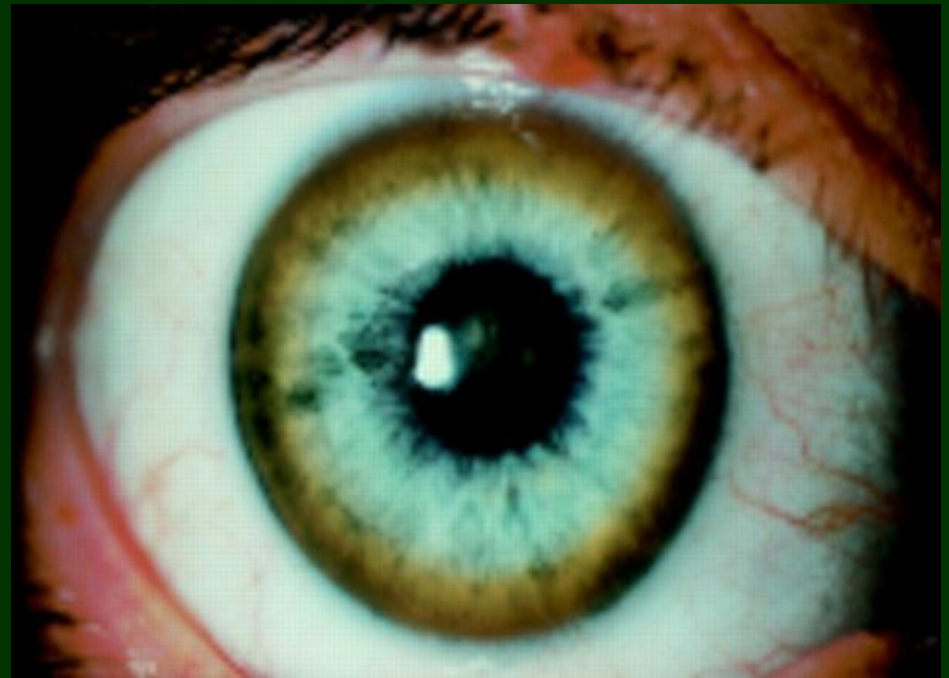
Печеночные знаки

Контрактура Дюпюитрена - рубцовое перерождение ладонного апоневроза – при алкогольном циррозе печени



Печеночные знаки

Кольцо Кайзера -Флейшера – своеобразное изменение роговицы в виде желто-зеленой или зеленовато-коричневой пигментации по периферии, обусловленное отложением меди (болезнь Вильсона-Коновалова)



Изменение массы тела



ожирение

кахексия



Малиновый язык

– ярко-красная окраска языка, имеющего лакированную поверхность (сосочки сглажены) при нарушении обмена ВИТАМИНОВ.

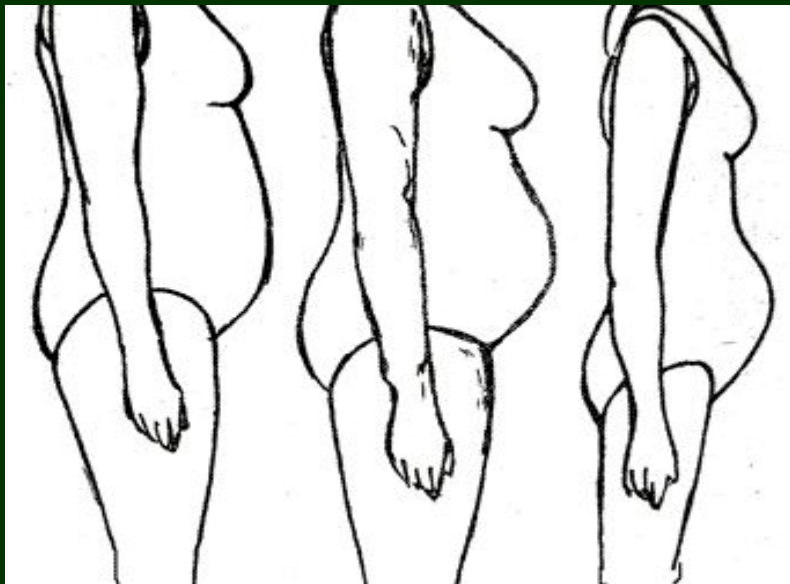


- Печеночный запах – сладковатый (обусловлен нарушением обмена аминокислот и ароматических соединений с накоплением продукта превращения метионина – метилмеркаптана).
- Расчесы и ссадины на коже **вызваны кожным зудом.**
- Кожные кровоизлияния и точечные геморрагии

Осмотр живота

1. Величина
2. Форма, наличие равномерных и неравномерных выпячиваний (втяжений)
3. Определить наличие или отсутствие асимметрии живота
4. Выявить участие живота в акте дыхания
5. Перистальтические и антиперистальтические движения
6. Оценить состояние кожи
7. Оценить состояние пупка и наличие венозного русла

Форма живота



-ВТЯНУТЫЙ

-нормальный

-выпяченный

-отвисший



равномерное выпячивание живота



- гиперстеники
- пациенты с ожирением
- метеоризм
- асцит (наличие свободной жидкости в брюшной полости)

Напряженный асцит у
больного с циррозом
печени



«Лягушачий живот»



Неравномерное (асимметричное) выпячивание

- значительное увеличение
отдельных органов
(печень, селезенка)
- развитие опухолей
и кист



Отсутствие подвижности брюшной
стенки при дыхании связано со
значительным рефлексорным
увеличение тонуса мышц брюшной
стенки:

- разлитой перитонит
- перивисцерит - *переход воспаления на серозную оболочку того или иного органа,*
- местный перитонит (*местное локальное ограничение дыхательных движений брюшной стенки*)

- Видимая перистальтика – у истощенных больных
- Антиперистальтика –
 - стеноз привратника,
 - стенозирование нижележащего отдела кишечника

Стрии

- беловатые или красные полосы на передней на боковых поверхностях живота или на бедрах, образующиеся из-за растяжения кожи

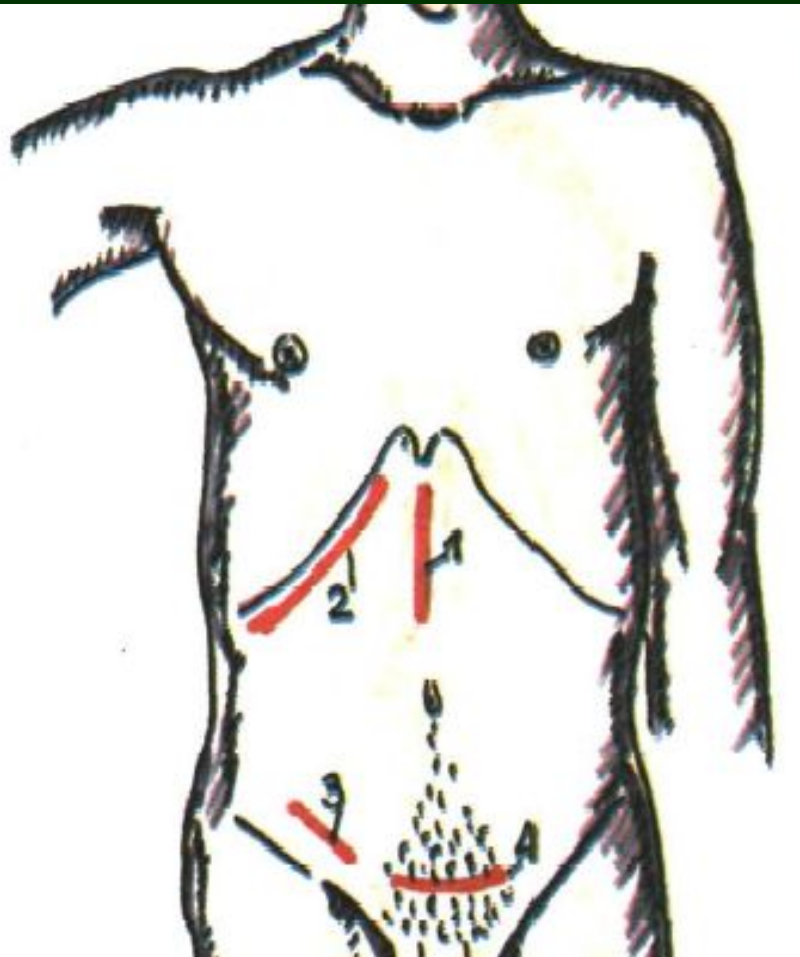


- у многорожавших женщин,
- ожирение
- асцит



-заболевания
эндокринных
органов (болезнь
Иценко-Кушинга)

Локализация рубцов помогает
составить впечатление о том на каком
органе проведена операция



- 1 – резекция желудка
- 2 – холецистэктомия
- 3 – аппендэктомия
- 4 – операции на
мочевом пузыре (у
женщин на матке)

Расширение подкожных вен на передней брюшной стенке



Свидетельствует о наличии коллатерального венозного кровообращения при затруднении тока крови по системе воротной вены (портальная гипертензия) или по системе нижней полой вены (при ее сдавлении)



Грыжа пупочного
кольца

Грыжа белой линии
живота





Внешний вид больного
декомпенсированным
циррозом печени

Внешний вид больной с метастазами рака по брюшине

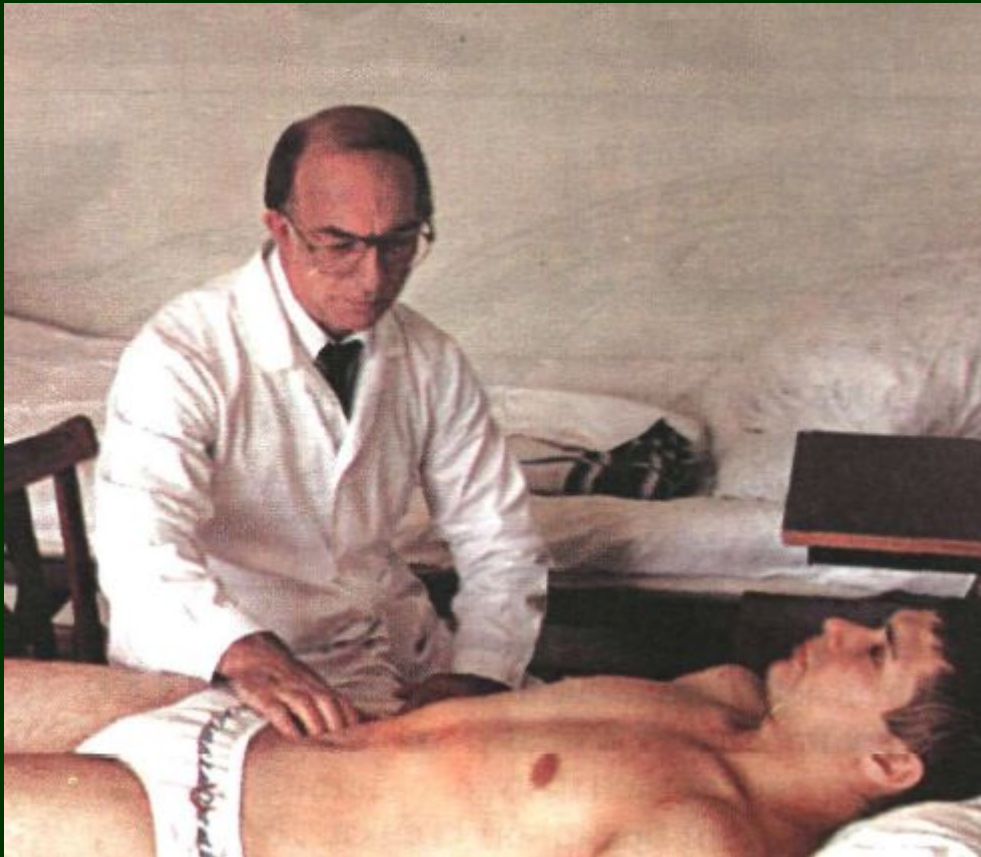


Пальпация живота

1. Поверхностная ориентировочная
2. Глубокая по В.П.Образцову и Н.Д. Стражеско

Правила пальпации

1. Положение больного с вытянутыми ногами и руками, расположенными вдоль туловища



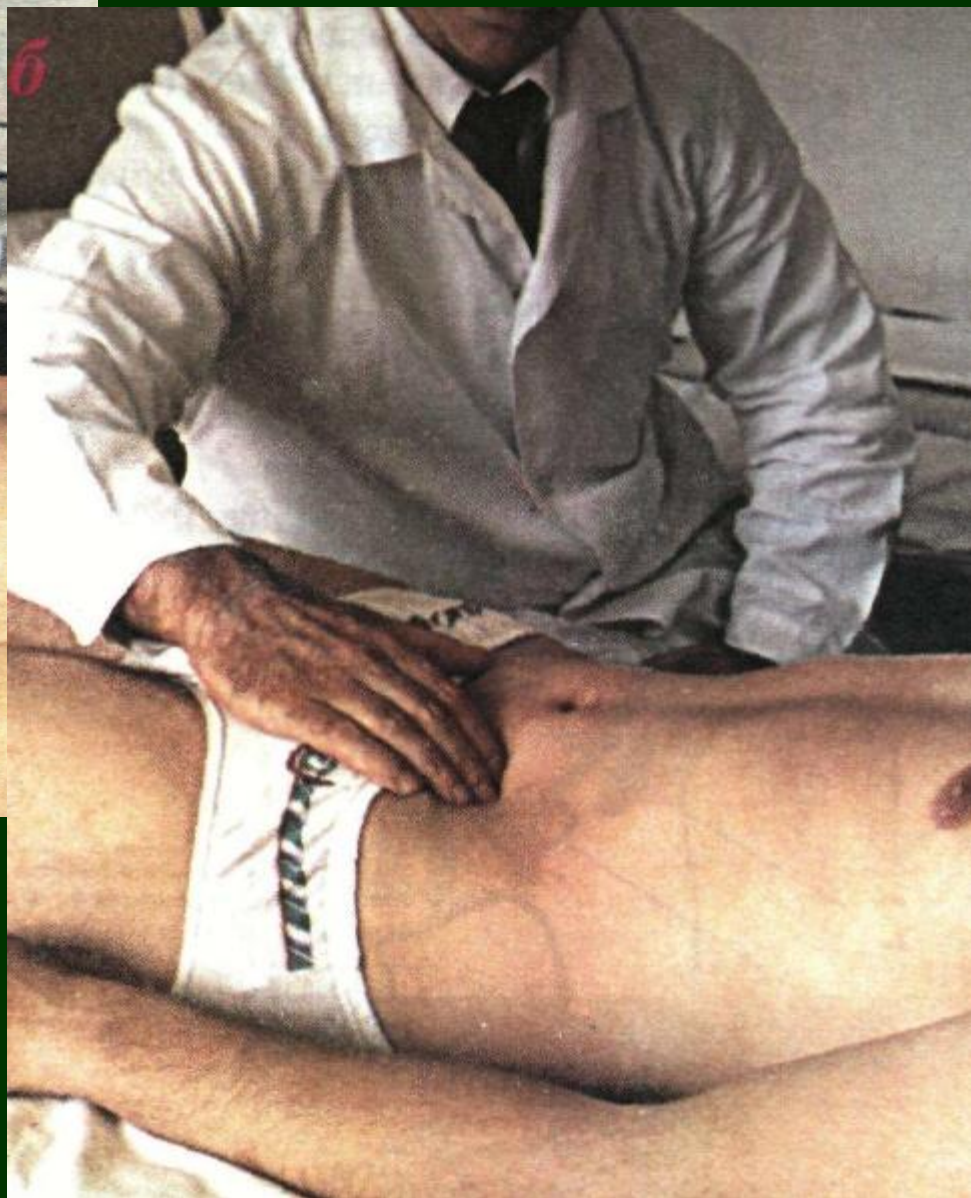
2. Голова лежит низко

3. Врач должен располагаться справа от больного

4. руки врача должны быть теплыми

Поверхностная пальпация живота позволяет

1. Определить наличие общей или ограниченной болезненности брюшной стенки
2. Выявить напряжение брюшной стенки
3. Выявить наличие грыжевых ворот
4. Выявить поверхностно расположенные опухоли, грыжевые выпячивания, значительное увеличение органов
5. Расхождение прямых мышц живота



Методика определения расхождения прямых мышц живота

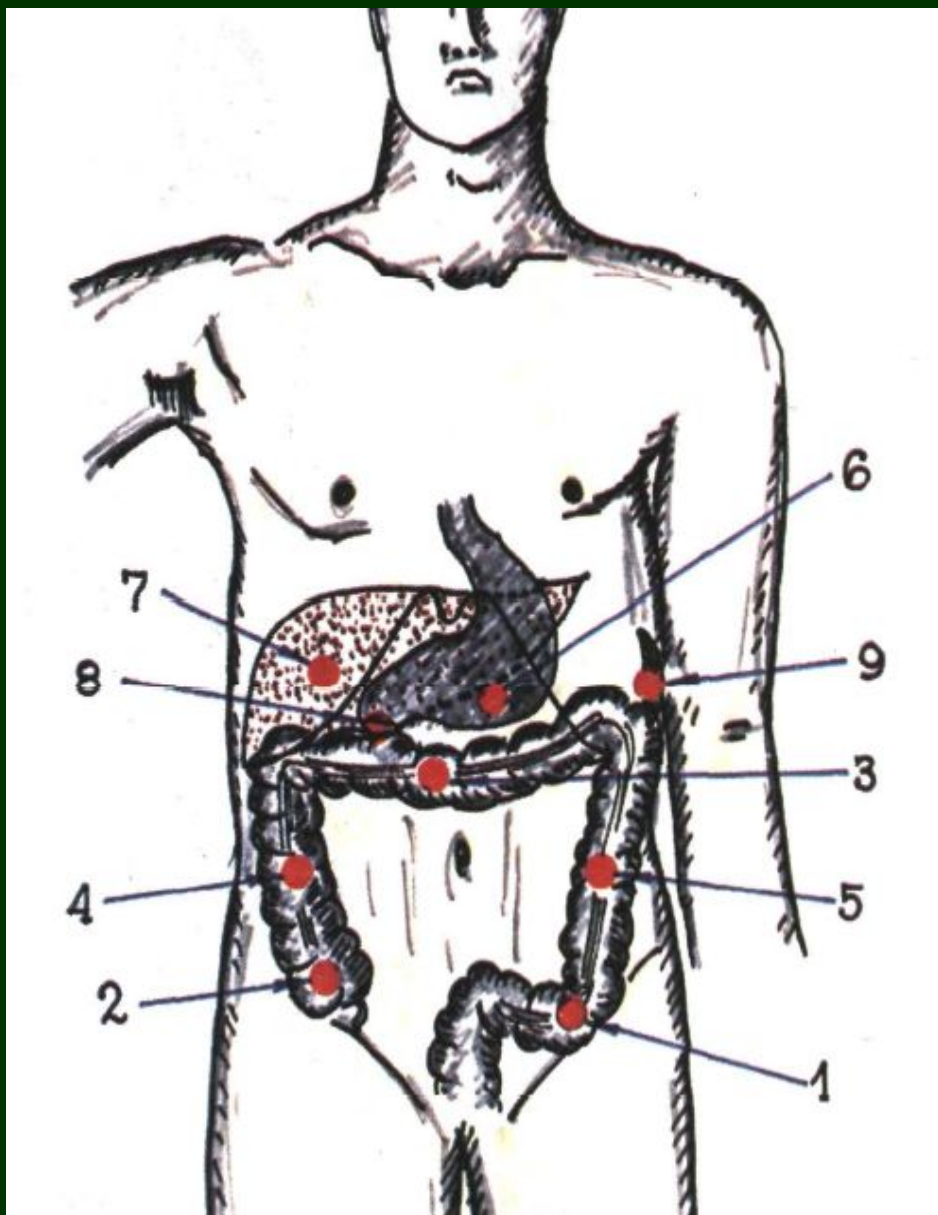


Глубокая пальпация по В.П. Образцову и Н.Д.Стражеско

Позволяет составить представление о размерах, консистенции, болезненности и других свойствах органов брюшной полости

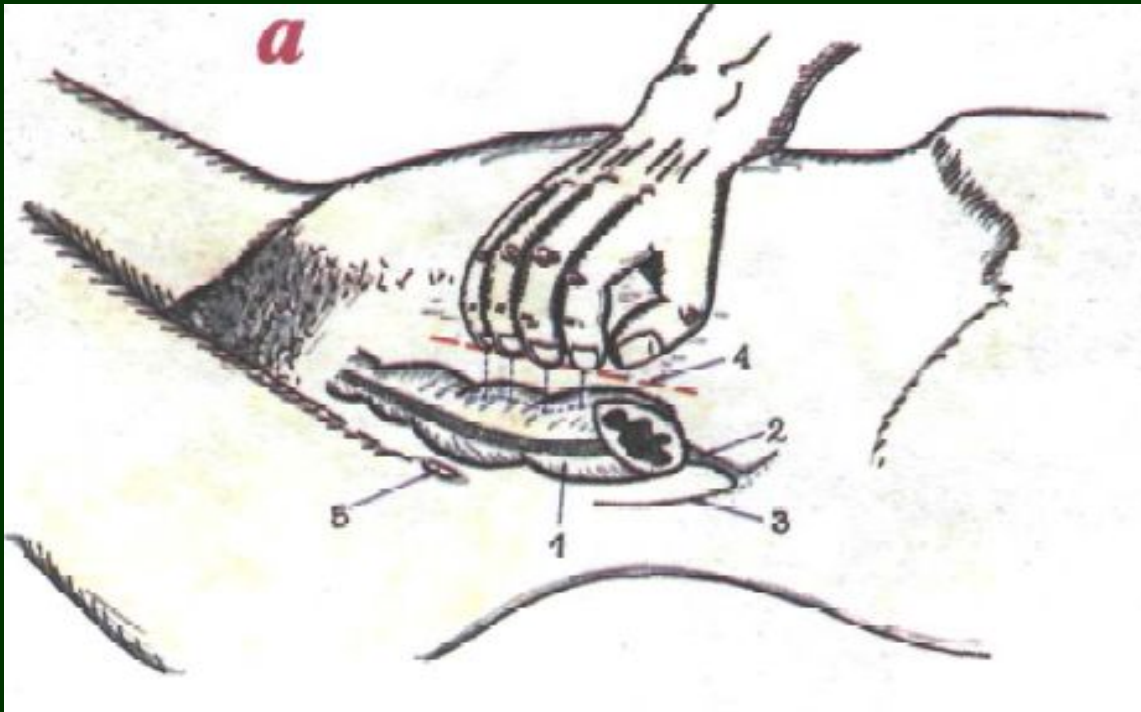
4 принципа:

- глубокая
- методическая
- скользящая
- топографическая

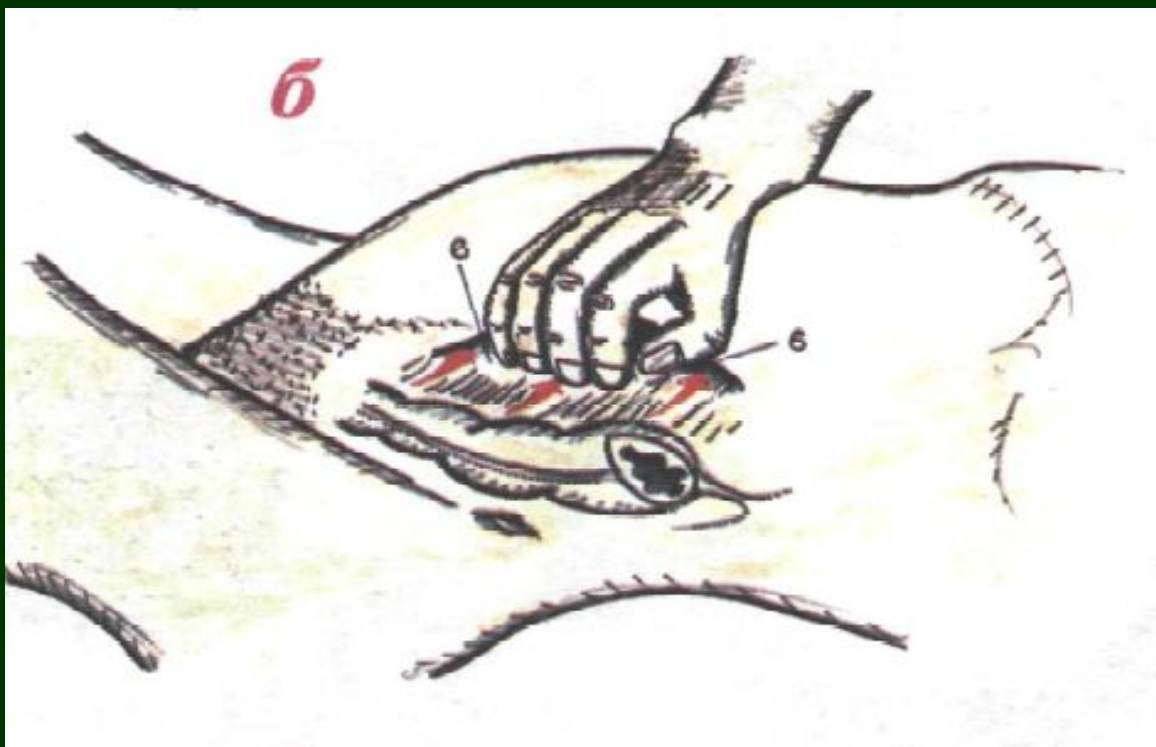


Методическая и
топографическая

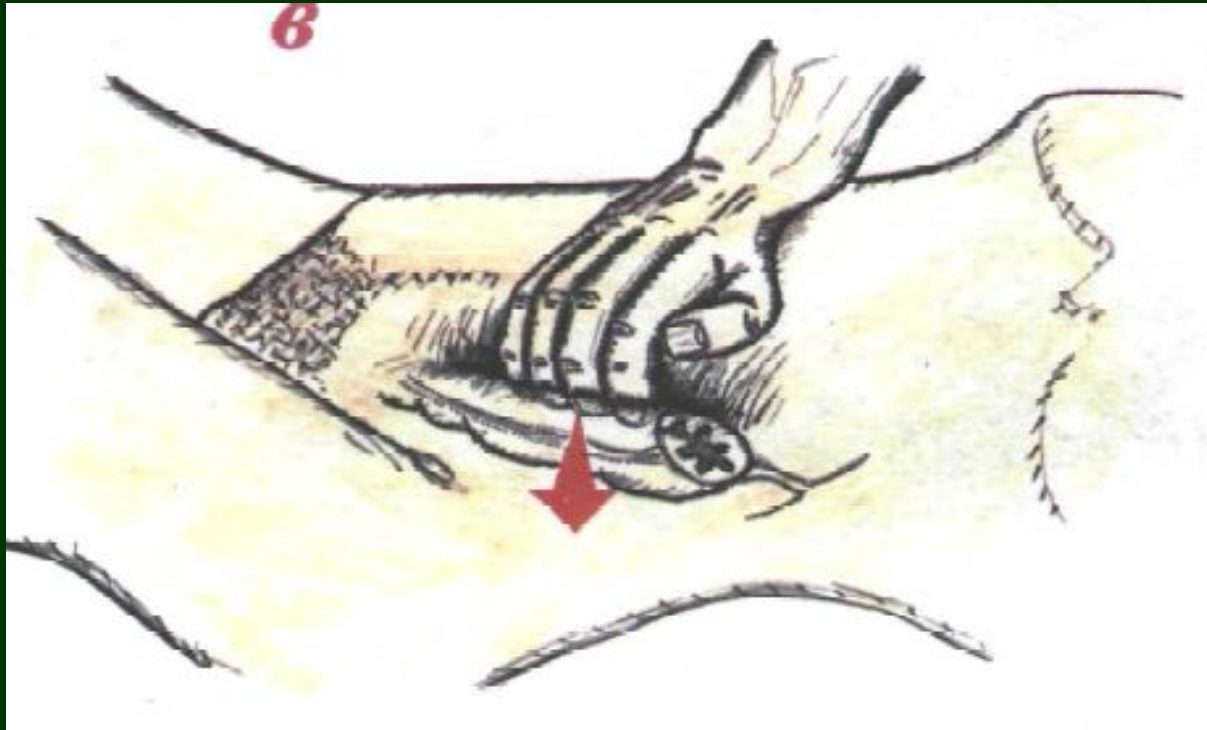
Руку устанавливают над областью проекции органа так, чтобы пальпирующая ладонь оказалась расположенной перпендикулярно длинной оси пальпируемого органа. Тогда линия, проведенная через кончики II – V пальцев, будет параллельна этой оси.



При пальпации сигмовидной, слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишки кожа сдвигается в сторону пупка, а при пальпации поперечной ободочной кишки и большой кривизны желудка – вверх.



Во время выдоха больного, когда мышцы передней брюшной стенки постепенно расслабляются, стремятся как можно глубже погрузить кончики пальцев вглубь брюшной полости, по возможности, до ее задней стенки

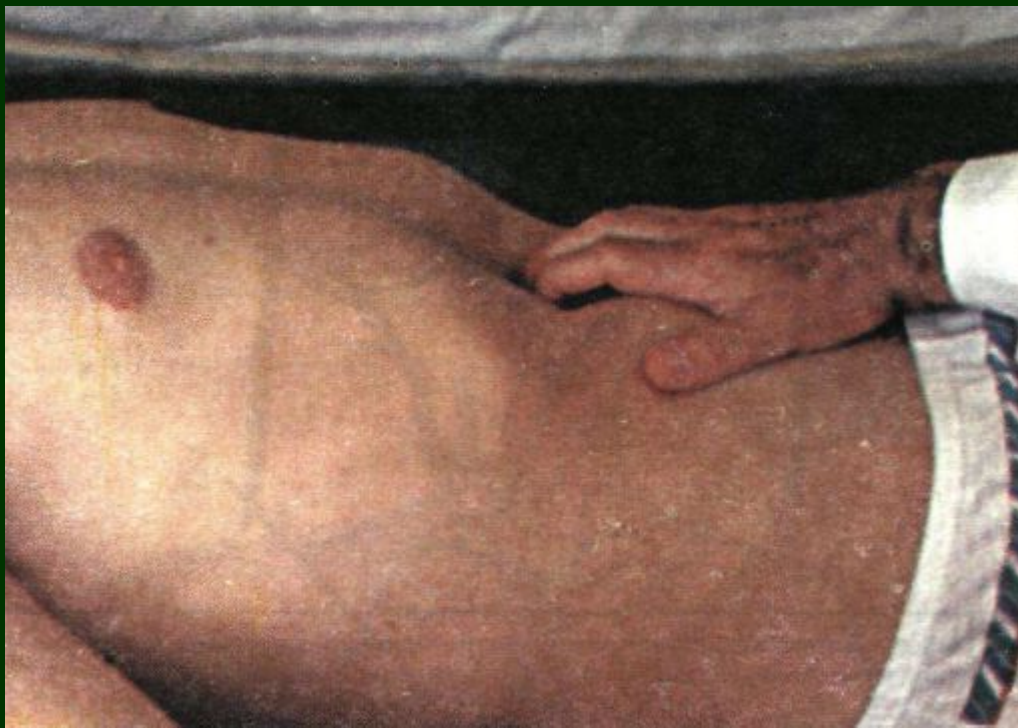


При пальпации сигмовидной, слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишки скользят в сторону от пупка, а при пальпации поперечной ободочной кишки и большой кривизны желудка - вниз



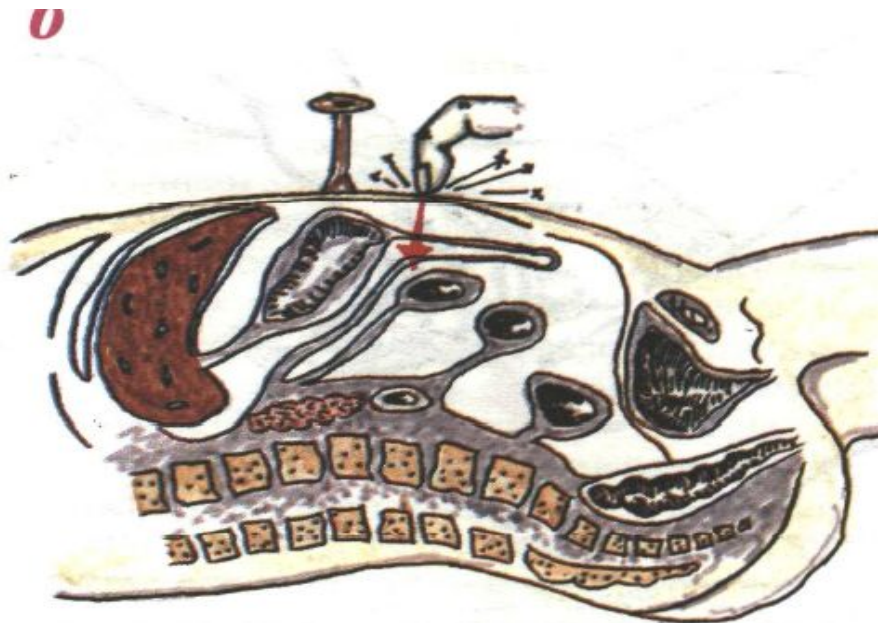
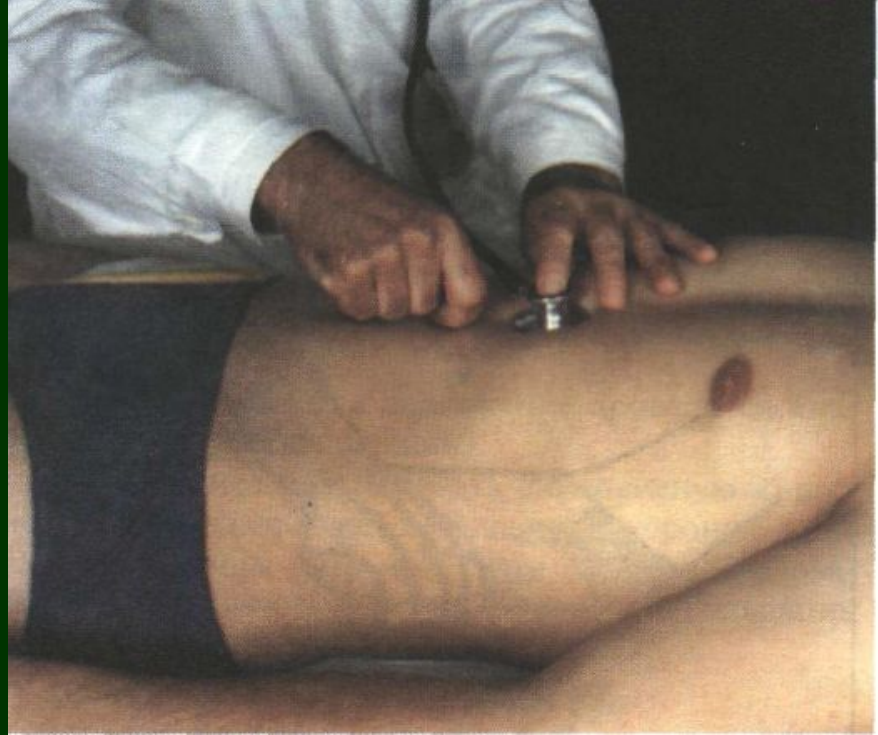
Определение большой кривизны желудка: желудка:

1. Метод пальпации

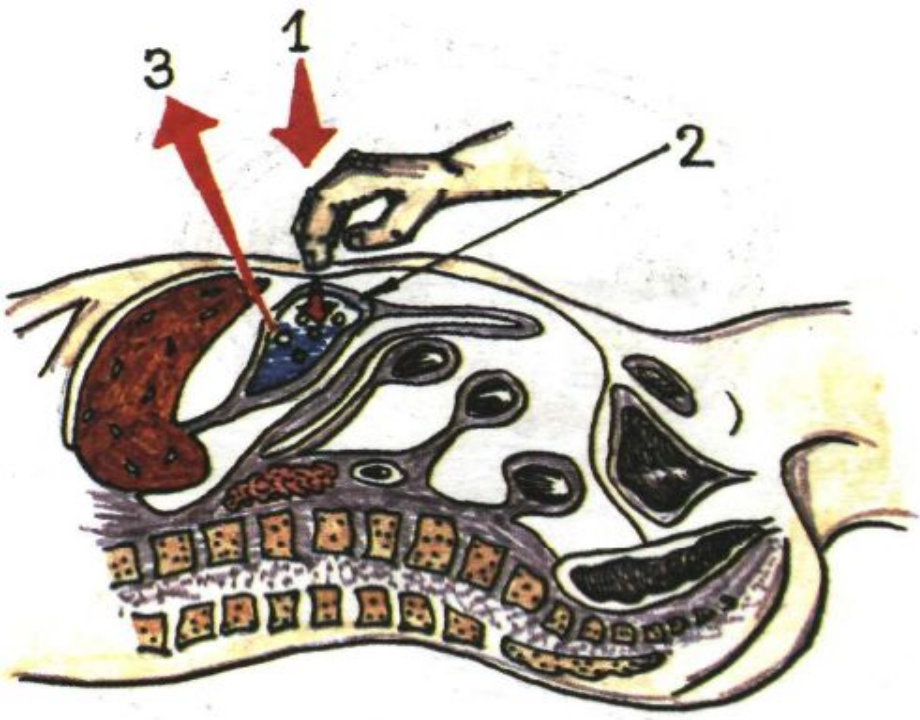


Определение большой кривизны желудка:

2. Метод аускультации



Определение большой кривизны желудка:

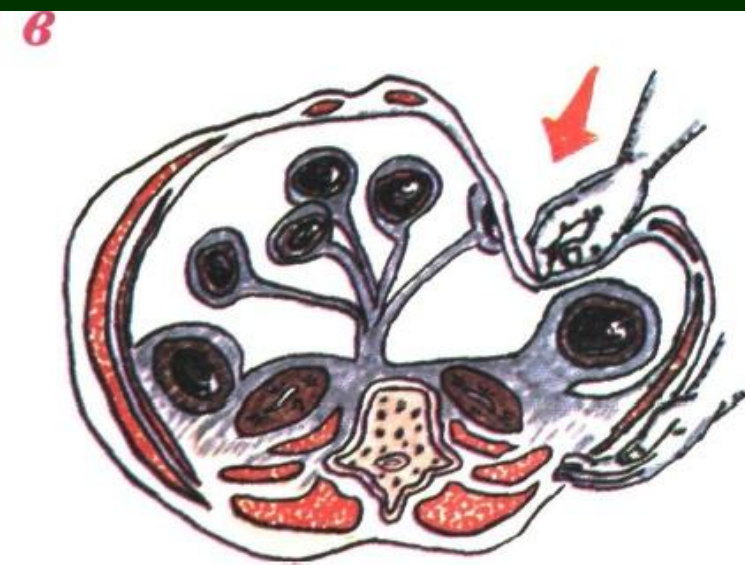
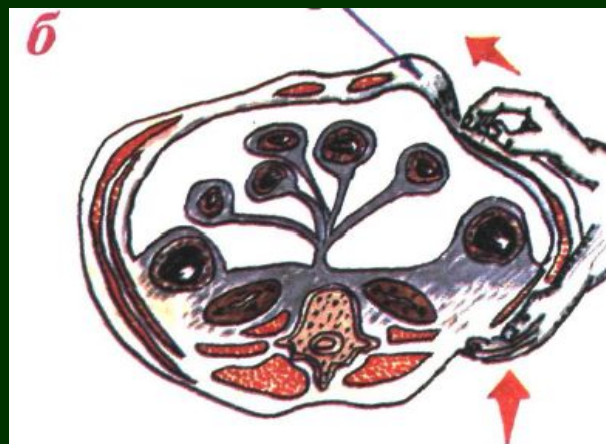
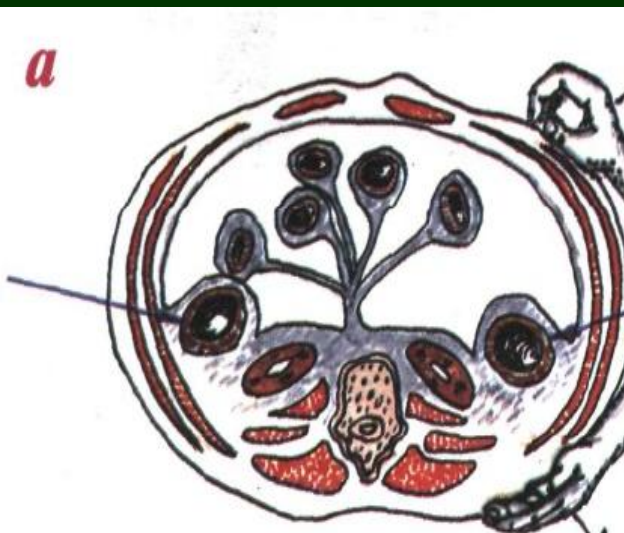


3. Метод
выявления шума
плеска
(перкуторная
пальпация)

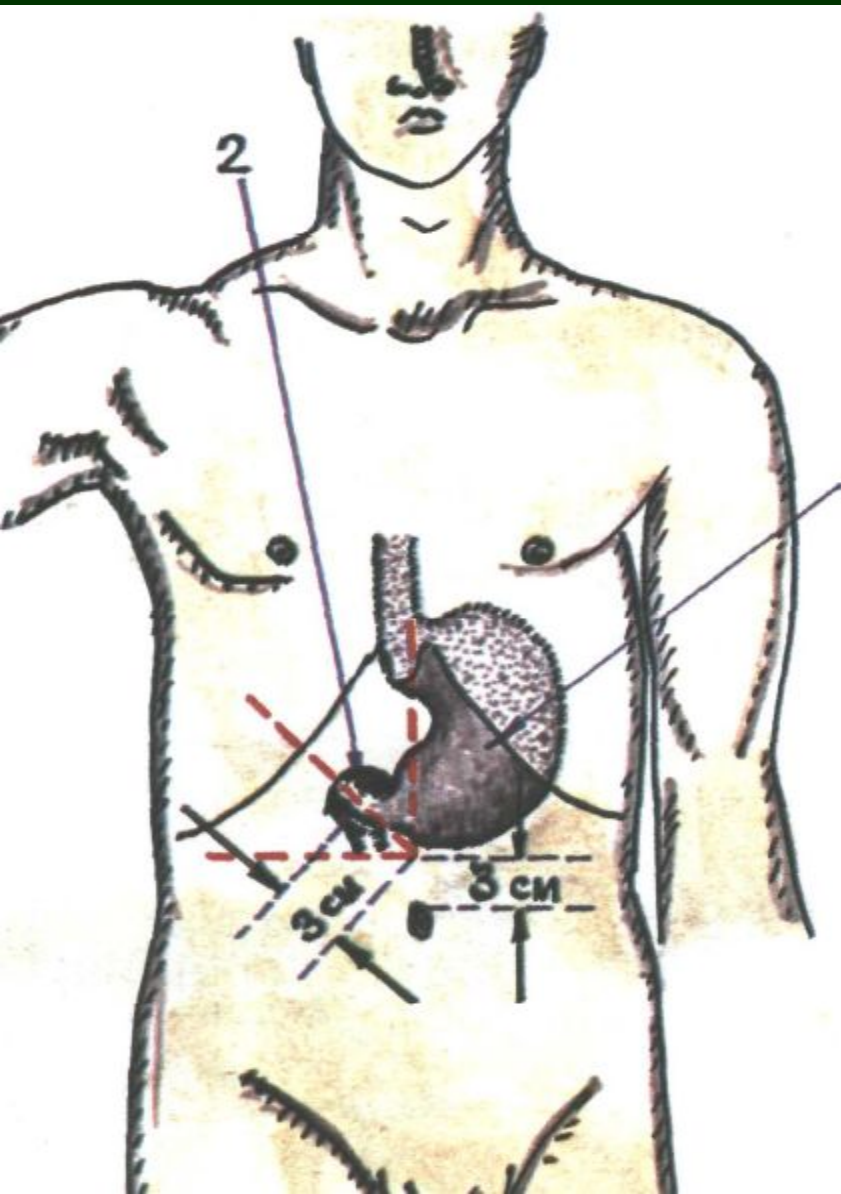
Пальпация поперечной ободочной
кишки – бимануальная, она
пальпируется на 3 см ниже найденной
большой кривизны желудка



Пальпация восходящей и нисходящей ободочной кишки - бимануальная



Пальпация привратника



Отделы кишечника и желудка	Частота про- щупывания органа
Сигмовидная кишка.	более 90%
Слепая кишка.	80%
Поперечная ободочная кишка	60—70%
Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки.	45—50%
Большая кривизна желудка.	45—50%
Привратник	20—25%

Признаки, выявляемые при глубокой пальпации	Клиническая трактовка
Значительная болезненность кишечника в сочетании с уплотнением стенок и повышением резистентности кишки.	Воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке (перивисцериты).
Ограничение подвижности кишки при пальпации.	1. Спайки между кишкой и задней брюшной стенкой в результате перенесенного воспаления кишки с поражением ее серозной оболочки (перивисцерита). 2. Опухоль кишки с развитием спаек.
Уменьшение диаметра кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью.	Спазм гладкой мускулатуры кишки, обычно на фоне ее воспаления.
Увеличение диаметра кишки в сочетании с мягкой консистенцией и снижением напряжения стенок.	Атония кишки.
Увеличение диаметра кишки в сочетании с мягкой консистенцией и напряженностью стенок.	Большое количество газов в кишке, нередко на фоне ее атонии.

Признаки, выявляемые при глубокой пальпации	Клиническая трактовка
Значительная неоднородная плотность, бугристость.	1. Застой каловых масс (запоры) и образование каловых камней. 2. Опухоль кишки.
Очень громкое урчание и плеск при пальпации.	Переполнение кишки жидким содержимым (жидкими каловыми массами, кровью) и газами; в большинстве случаев является важным объективным признаком энтерита, сопровождающегося поносом.
Значительное опущение нижней границы желудка.	1. Гастроптоз. 2. Расширение и атония желудка, в том числе при стенозе привратника.
Болезненность при пальпации желудка.	Любой патологический процесс в желудке (язва, гастрит, новообразование), особенно в сочетании с поражением серозной оболочки желудка (перигастрит).
Поздний шум плеска при пальпации тела желудка (через 6 – 8 часов после еды).	Задержка эвакуации желудочного содержимого (стеноз привратника, значительная гиперсекреция при язвенной болезни и т.п.).

При пальпации печени необходимо оценить состояние нижнего края печени:

1.локализацию

2.форму (острый, закругленный)

3.консистенцию (мягкий, уплотненный, плотный)



4.наличие
неровности,
бугристости края

5.болезненность при
пальпации

6.поверхность печени

Пальпация печени

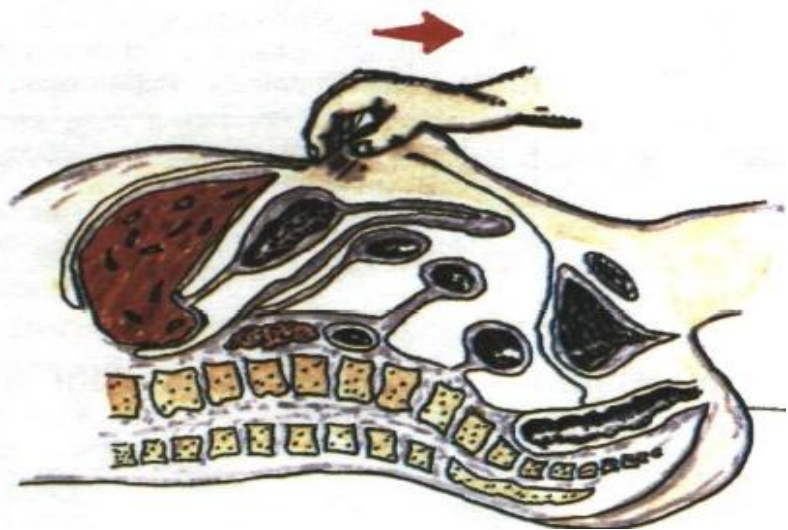
а



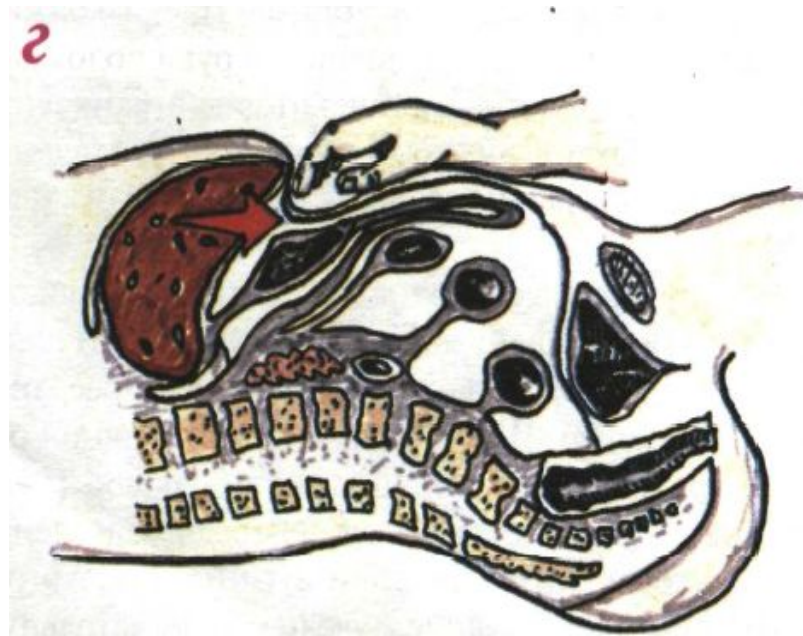
б



в



г



Изменения, выявляемые при пальпации печени	Причины
Увеличение печени.	1. Гепатиты, циррозы, рак печени. 2. “Застойная печень” при правожелудочковой сердечной недостаточности. 3. Заболевания системы крови (лейкозы, анемии, лимфогрануломатоз). 4. Некоторые острые и хронические инфекционные заболевания.
Выраженное уплотнение печени.	1. Рак печени. 2. Цирроз печени. 3. Хронические гепатиты.
Крупная бугристость поверхности и края печени.	1. Рак печени. 2. Эхинококк печени. 3. Сифилитическое поражение печени.
Резкая болезненность печени при пальпации	1. Значительное и быстрое растяжение капсулы печени (сердечная недостаточность, заболевания внутрипеченочных желчных путей с затруднением оттока желчи из печени). 2. Переход активного воспалительного процесса в печени на серозный покров органа (острые или обострения хронических гепатитов с явлениями перигепатита).

1. При циррозах печени край ее заострен, плотный, безболезненный

2. При застойной сердечной недостаточности край печени закруглен, резко болезненный, мягкой консистенции

Прощупывание желчного пузыря
ведется по тем же правилам, что и
пальпация печени в точке пересечения
правой реберной дуги с наружным
краем правой прямой мышцы живота.



Желчный пузырь в
норме не
пальпируется

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

Заболевания	Морфологические изменения	Характеристика желчного пузыря
Холецистит	Воспалительная инфильтрация стенки, наличие камней в полости (необязательный признак), возможен перихолецистит (переход воспаления на серозную оболочку пузыря — висцеральную брюшину).	— Резко болезненный, — несколько уплотнен, — увеличен, — плохо смещается (при наличии перихолецистита).
Водянка желчного пузыря	Обтурация пузырного протока, переполнение пузыря желчью и слизью (“белая желчь”).	— Значительно увеличен, — умеренно болезненный, — слегка уплотнен или эластической консистенции, — стенка напряжена.

Характеристика желчного пузыря при некоторых патологических состояниях

Заболевания	Морфологические изменения	Характеристика желчного пузыря
Рак головки поджелудочной железы	Сдавление опухолью общего желчного протока; растянутый, переполненный желчью пузырь, механическая желтуха.	Положительный симптом Курвуазье-Терье: — пузырь значительно увеличен, — безболезненный, — эластической консистенции — стенка напряжена, — имеются клинические признаки механической желтухи.
Опухоль желчного пузыря	Прорастание опухолью стенки желчного пузыря, спайки вокруг пузыря, имеются признаки воспаления.	— Увеличен — болезненный, — плотной консистенции, — плохо смещается, — может быть бугристым.

Желчно-пузырные симптомы

1.Кера – Гаусмана

2.Мерфи

3.Ортнера

4.Лепене

5.Мюсси (френикус-симптом)

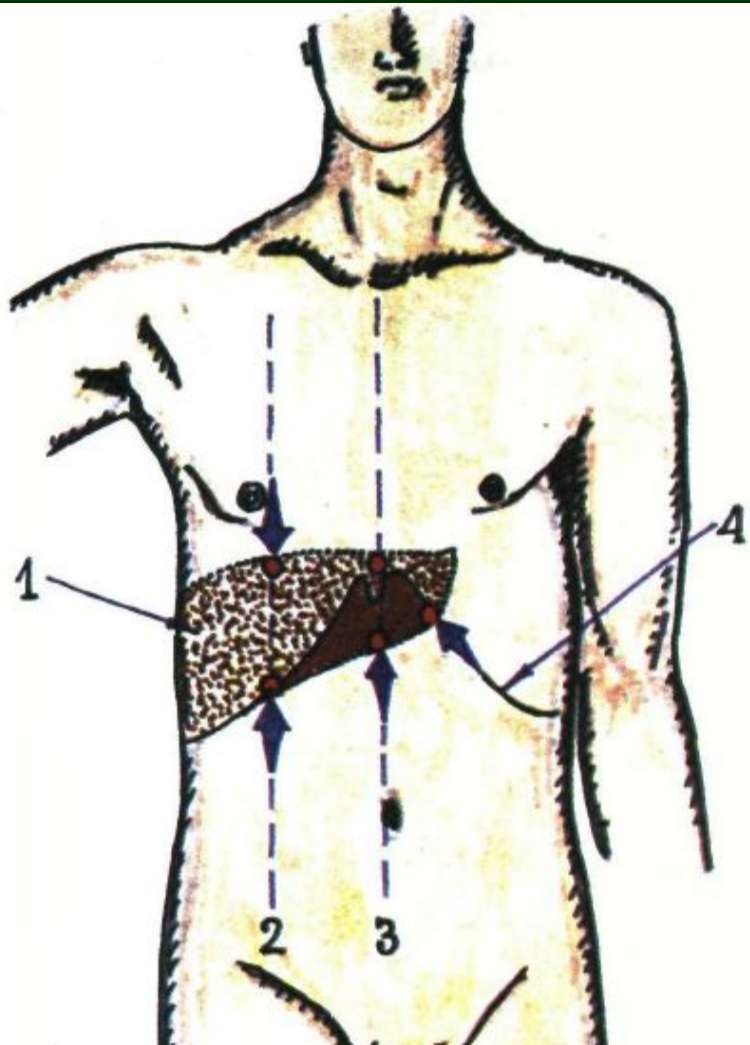
Перкуссия живота

Наносят тихие перкуторные удары. В норме над всей поверхностью определяется тимпанический перкуторный звук

Основные цели:

1. Определение границ и размеров некоторых органов брюшной полости
2. Выявление свободной жидкости

Перкуссия печени по методу М.Г. Курлова



Верхняя граница – VI ребро

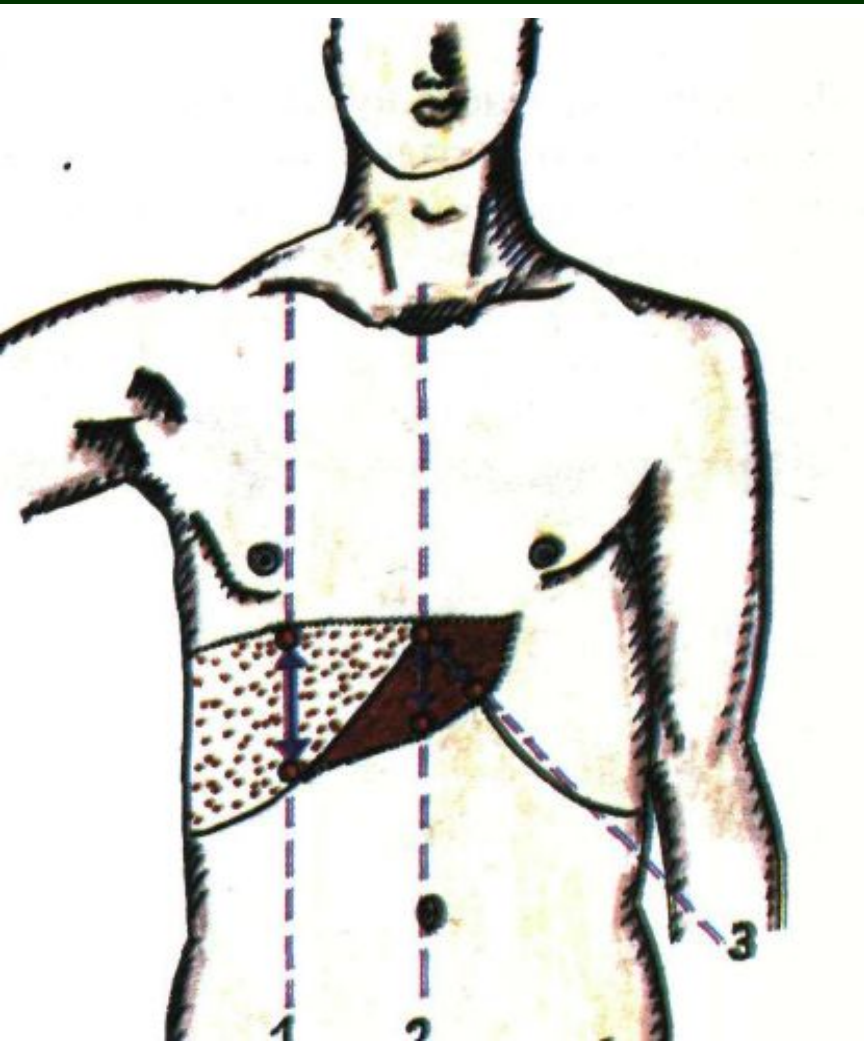
Нижняя граница:

Срединно-ключичная линия
– на уровне реберной дуги

Передняя средняя линия –
граница верхней трети
расстояния от пупка до
мечевидного отростка

Левая реберная дуга –
парастернальная линия

Размеры печени



Срединно-ключичная
линия 9 ± 1 см

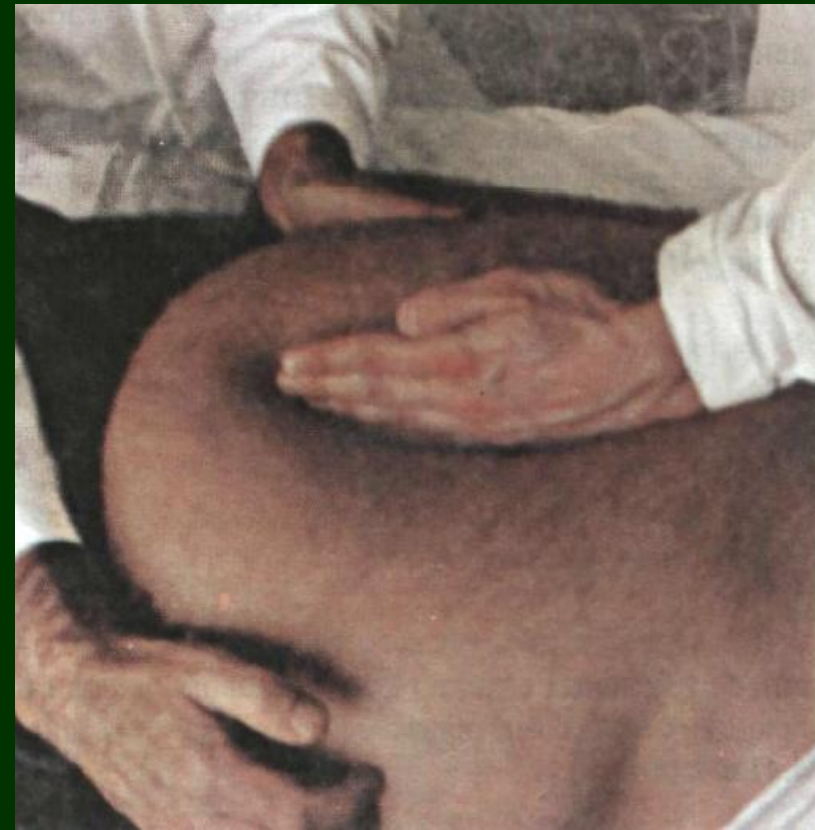
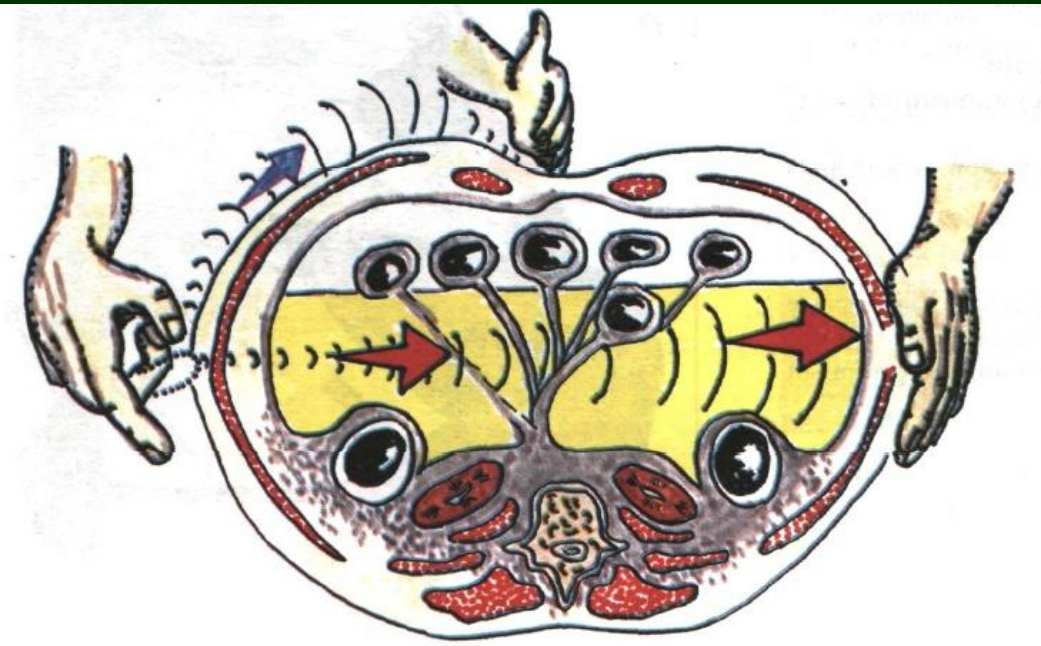
Окологрудинная линия –
 8 ± 1 см

Левая реберная дуга –
 7 ± 1 см

Изменения границ печени	Причины.
Нижние границы смещены вниз.	1. Увеличение печени (гепатит, цирроз, рак печени, застойная печень). 2. Опускание печени при: а) низком стоянии диафрагмы; б) эмфиземе легких.
Нижние границы смещены вверх.	1. Уменьшение размеров печени (острая дистрофия печени, конечные стадии цирроза); 2. Высокое стояние диафрагмы (асцит, метеоризм, беременность).
Верхние границы смещены вниз.	1. Низкое стояние диафрагмы. 2. Поддиафрагмальный абсцесс. 3. Правосторонний пневмоторакс. 4. Правосторонний гидроторакс.
Верхние границы смещены вверх.	1. Рак печени. 2. Эхинококк печени. 3. Высокое стояние диафрагмы (асцит, метеоризм, беременность).

Методы выявления асцита

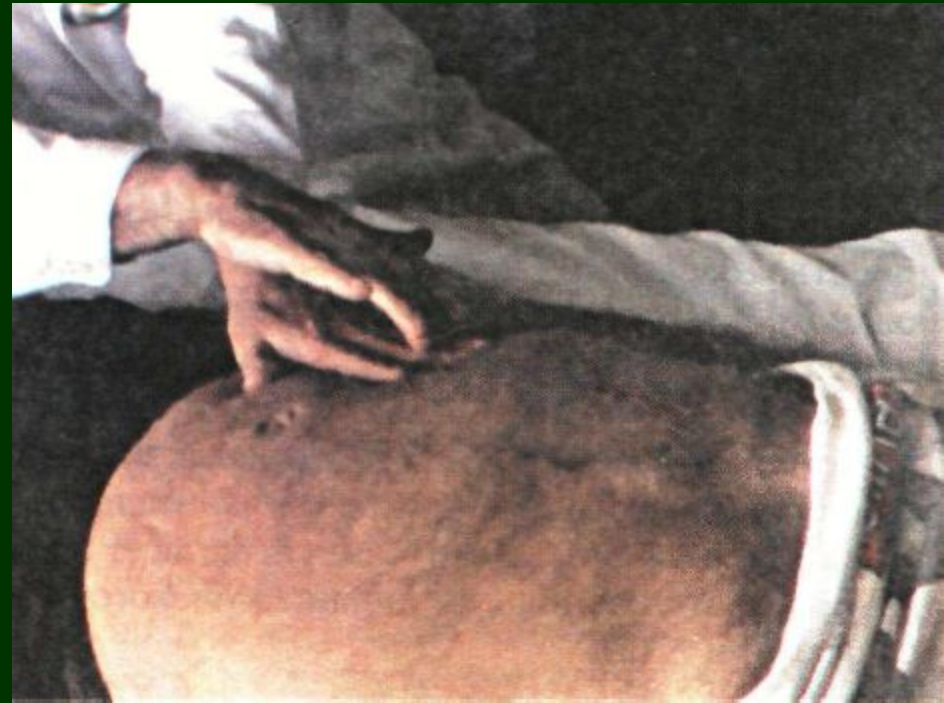
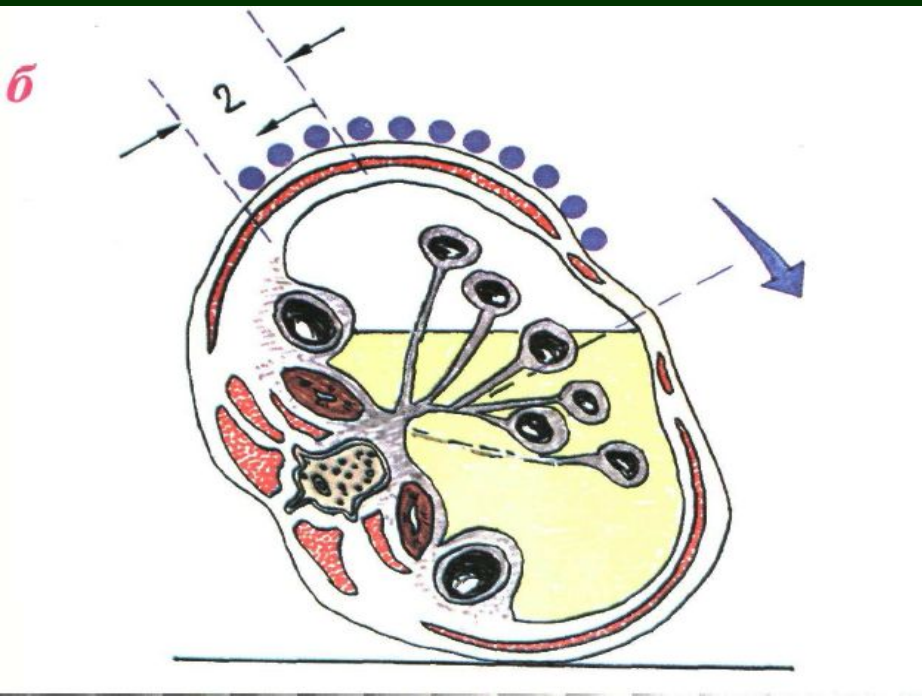
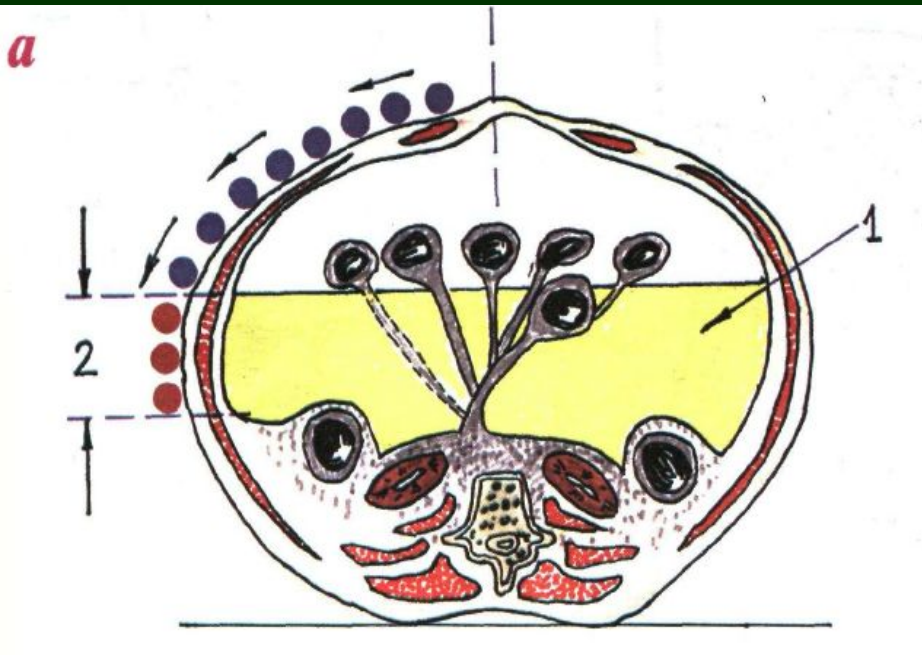
1.Метод флюктуации



2.Метод перкуссии (1)

а – на спине

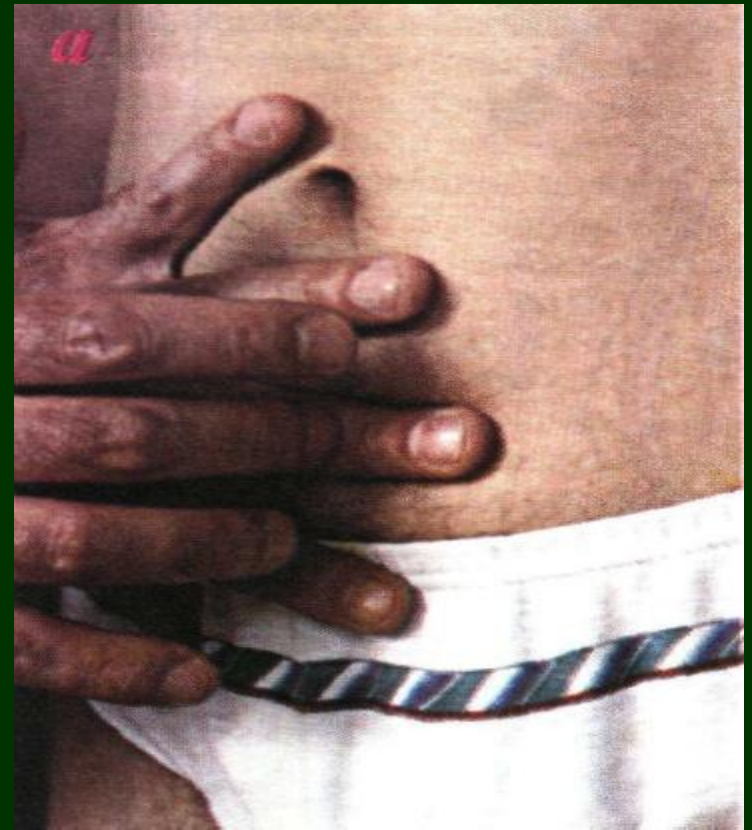
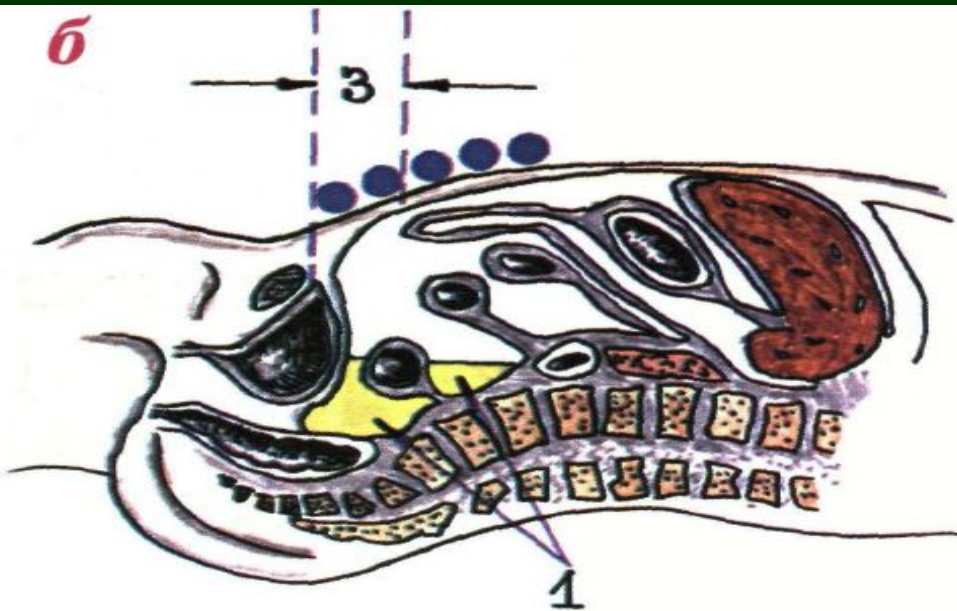
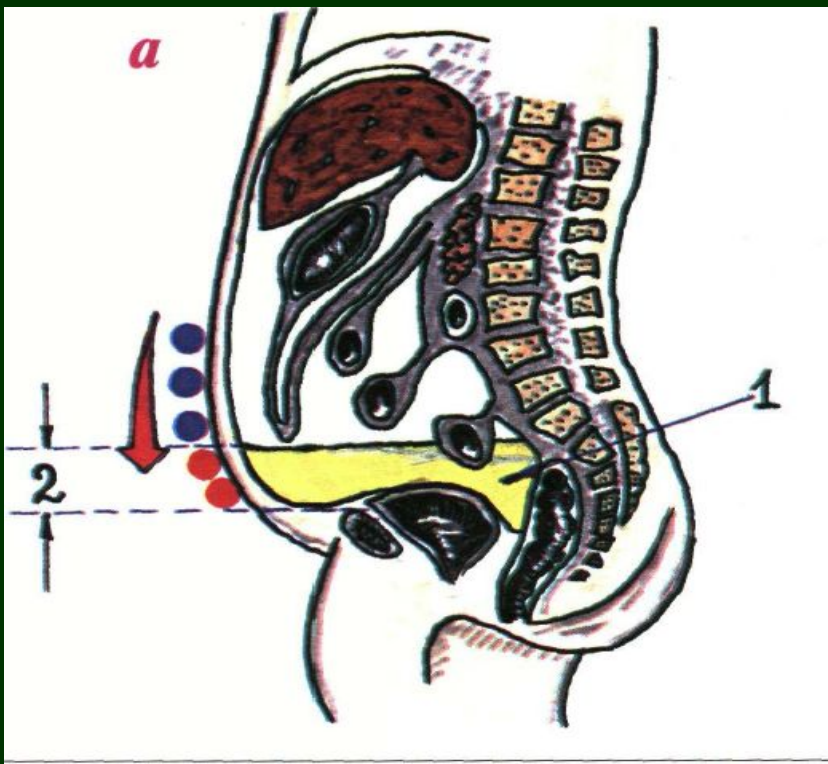
б – на боку



3. Метод перкуссии (2)

а – стоя

б - лежа



Аускультация живота

В норме выслушивается
периодическая перистальтика
кишечника

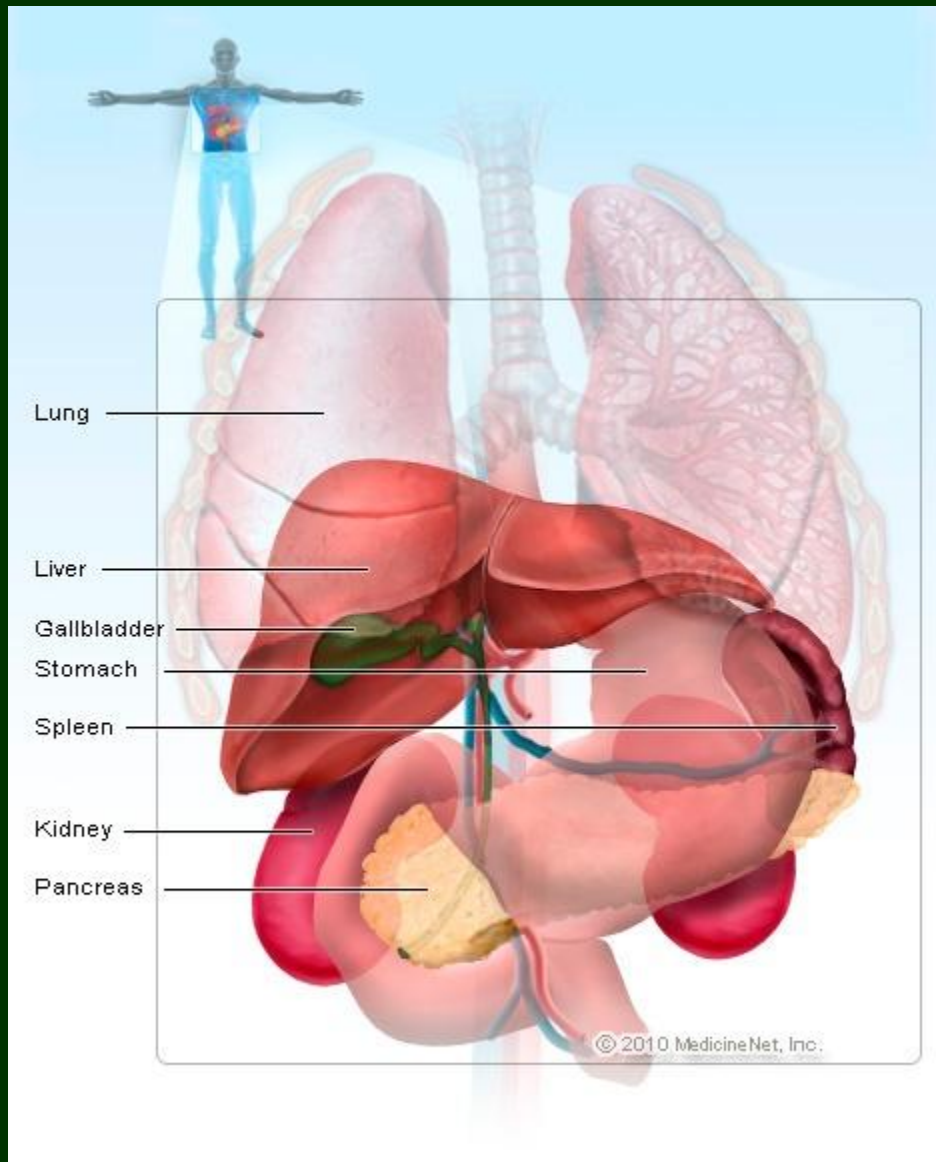


Изменение нормальной аускультативной картины может быть обусловлено

1. Физиологическим усилением перистальтики после приема пищи, особенно богатой клетчаткой
2. Энтериты - усиление перистальтики кишечника и громкое урчание
3. Непроходимость кишечника - усиление перистальтики кишечника и громкое урчание на ограниченном участке, выше места стенозирования
4. Атония кишечника - умеренное ослабление перистальтики
5. Перитонит - отсутствие перистальтики (могильная тишина)

Селезенка (*lien*,
splen) - непарный
паренхиматозный
орган брюшной
полости;

функции
иммунная,
фильтрационная,
кроветворная,
участие в обмене
веществ



Пальпация селезенки

по Образцову



По Сали



Степени увеличения селезенки

- I – селезенка выходит из-под левой реберной дуги не более чем на один палец
- II – селезенка доходит до середины расстояния между пупком и левым подреберьем
- III – селезенка доходит до середины живота, то есть занимает левую половину брюшной полости
- IV – селезенка занимает всю левую половину, заходит правую половину брюшной области

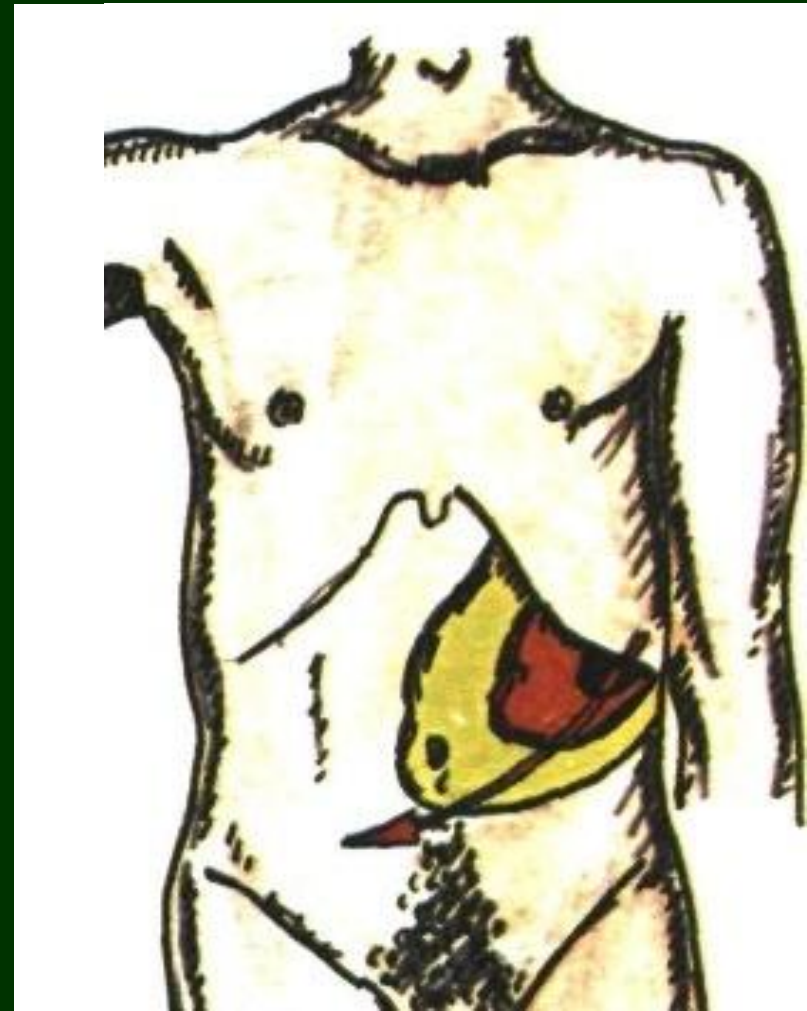
1. Заболевания системы крови
(лейкозы, эритремии, лимфогранулематоз) - плотная
2. Хронические заболевания печени
(гепатолиенальный синдром) - плотная
3. Расстройства местного кровообращения (тромбоз селезеночной или воротной вены, инфаркт селезенки) - болезненная
4. Некоторые хронические (плотная) и острые (мягкая) инфекционные заболевания (сепсис, брюшной и сыпной тиф, малярия, инфекционный эндокардит)
5. Системные заболевания соединительной ткани

Причины спленоомегалии



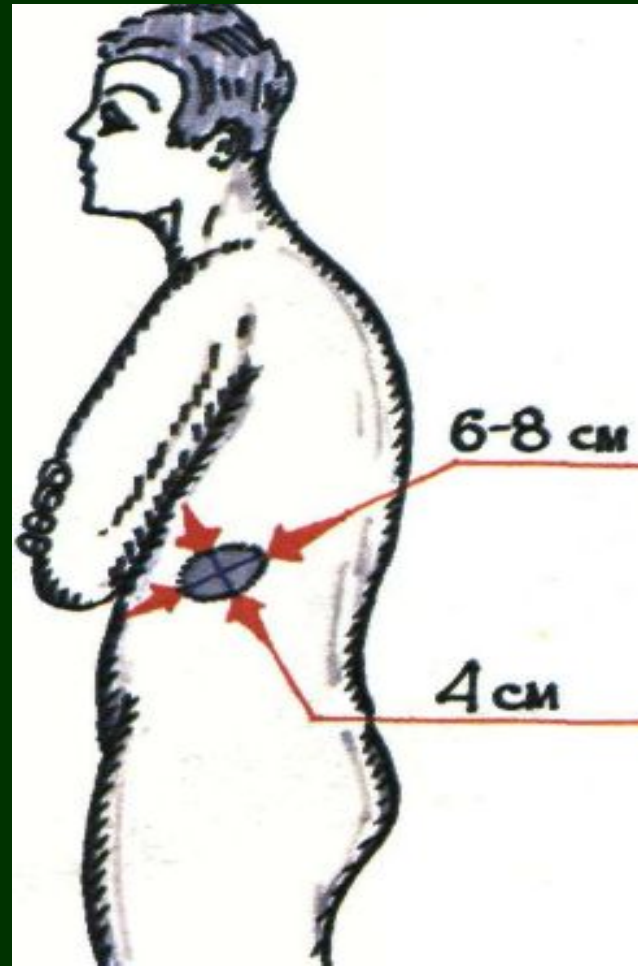
6. Амилоидоз внутренних органов - плотная
7. Изолированные воспалительные и гнойные заболевания селезенки (абсцесс) и ее капсулы (перисплениты)
8. Паразитарные и доброкачественные опухоли селезенки (эхинококк, кисты)
9. Злокачественные опухоли селезенки (лимфосаркомы, ретикулоэндотелиомы, метастатический рак)
10. Травматические повреждения селезенки
11. Блуждающая селезенка

Причины спленомегалии



Перкуссия селезенки

Селезенка располагается в брюшной полости, в области левого подреберья, на уровне от IX до XI ребра, имеет удлиненную овальную форму, ее ось совпадает с ходом X ребра.



Перкуссия селезенки проводится с целью определения ее размеров, применяют тихую перкуссию

Длинник — 6-8 см

Поперечник — 4-6 см

