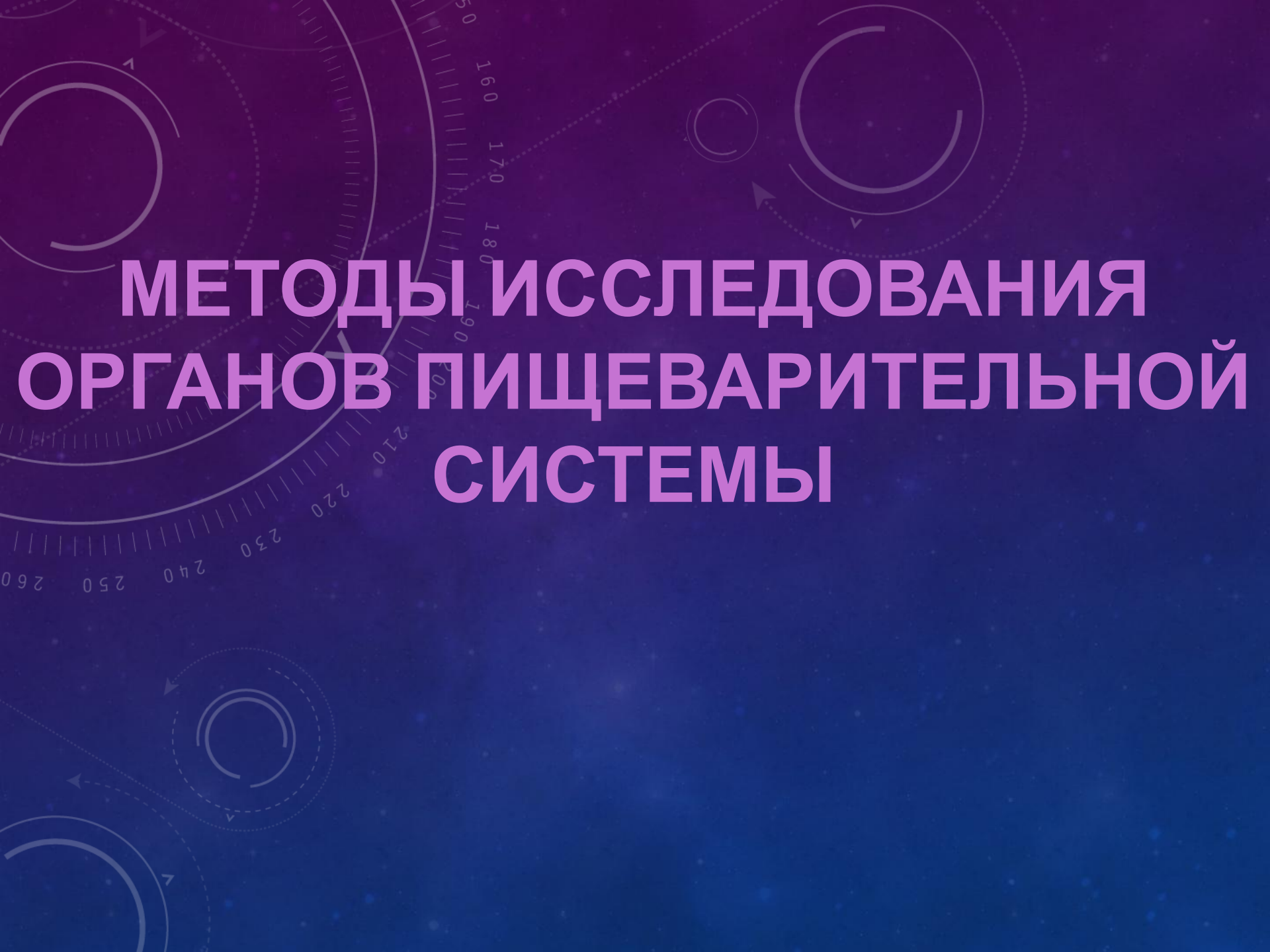
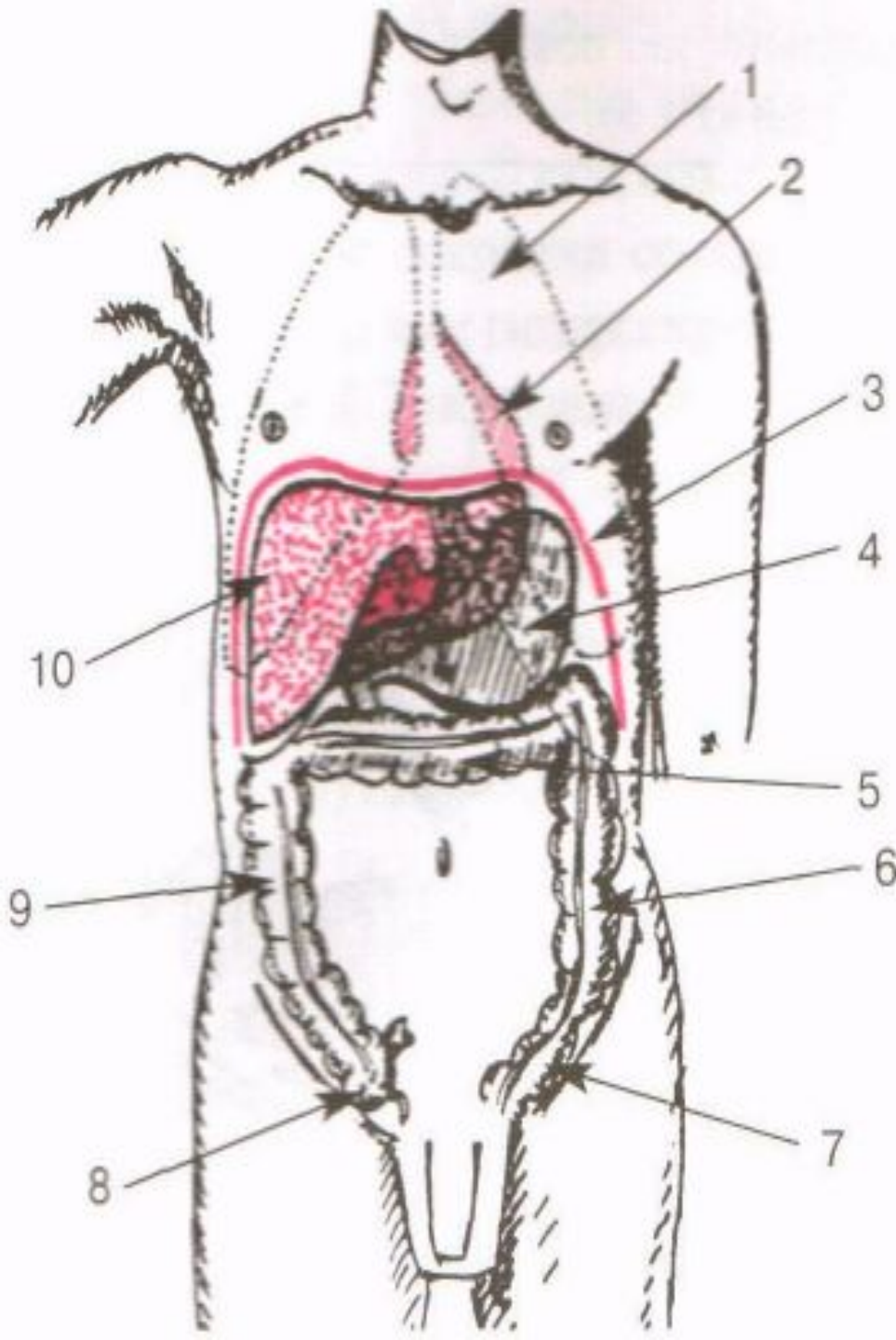


The background is a dark blue gradient with faint, light blue circular patterns and a scale. The scale is a large arc on the left side, with numbers ranging from 160 to 260. There are also several smaller circular elements with arrows indicating direction, some solid and some dashed.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ



Топография органов брюшной полости:

1 и 2 — легкое и сердце.

3 — диафрагма;

4 — желудок;

5 — поперечная ободочная кишка;

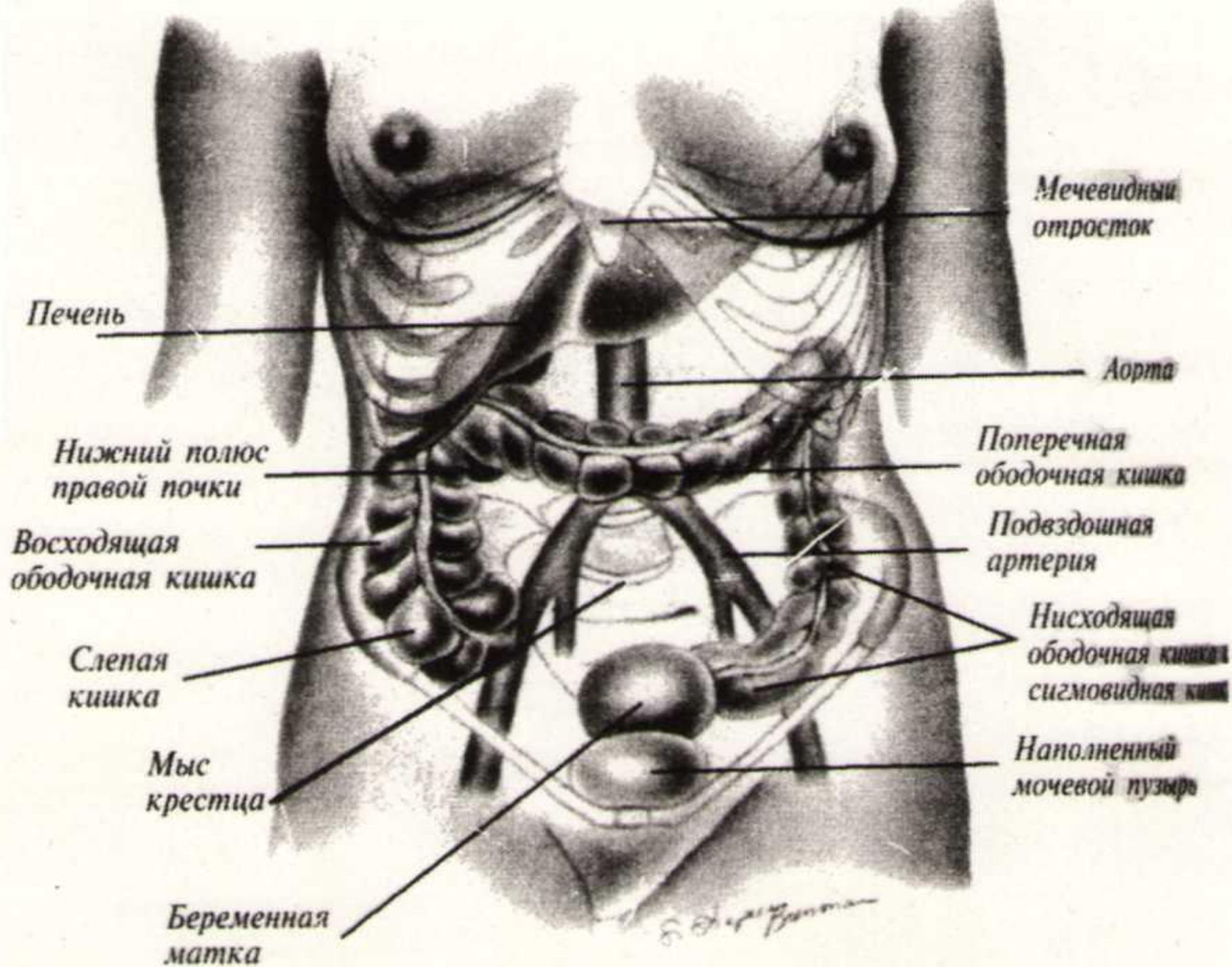
6 — нисходящая ободочная кишка;

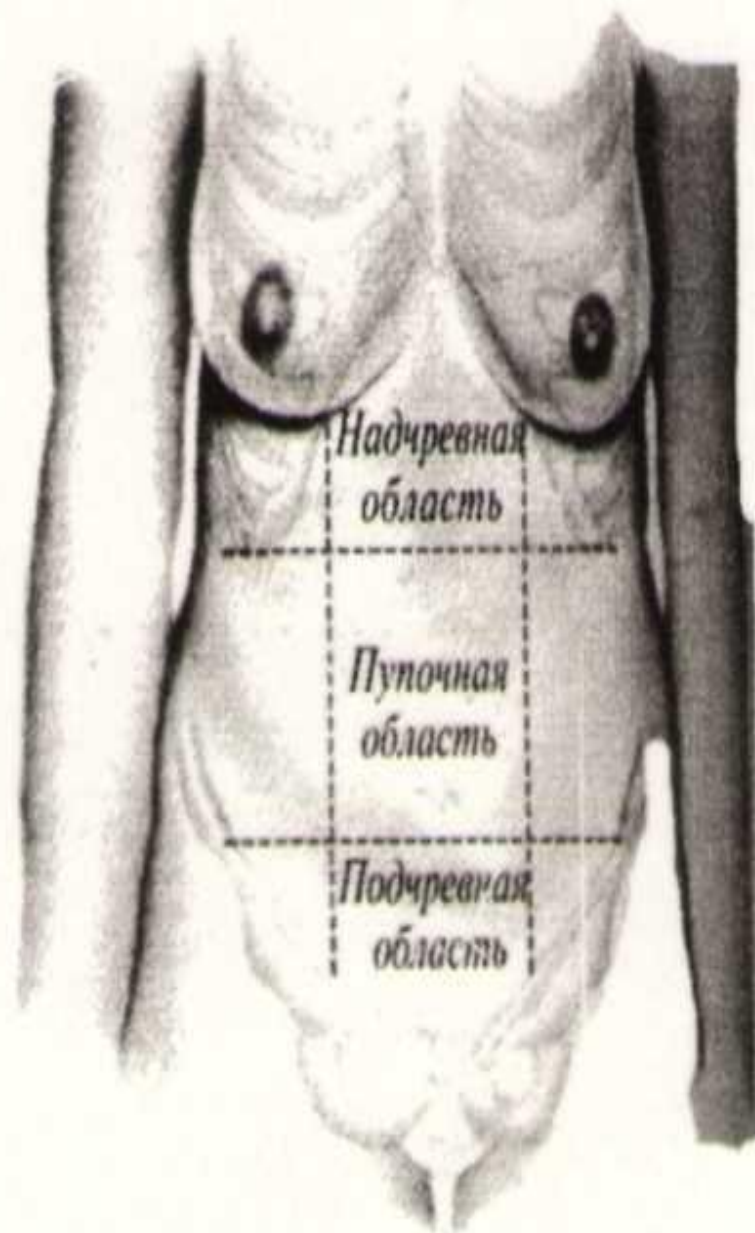
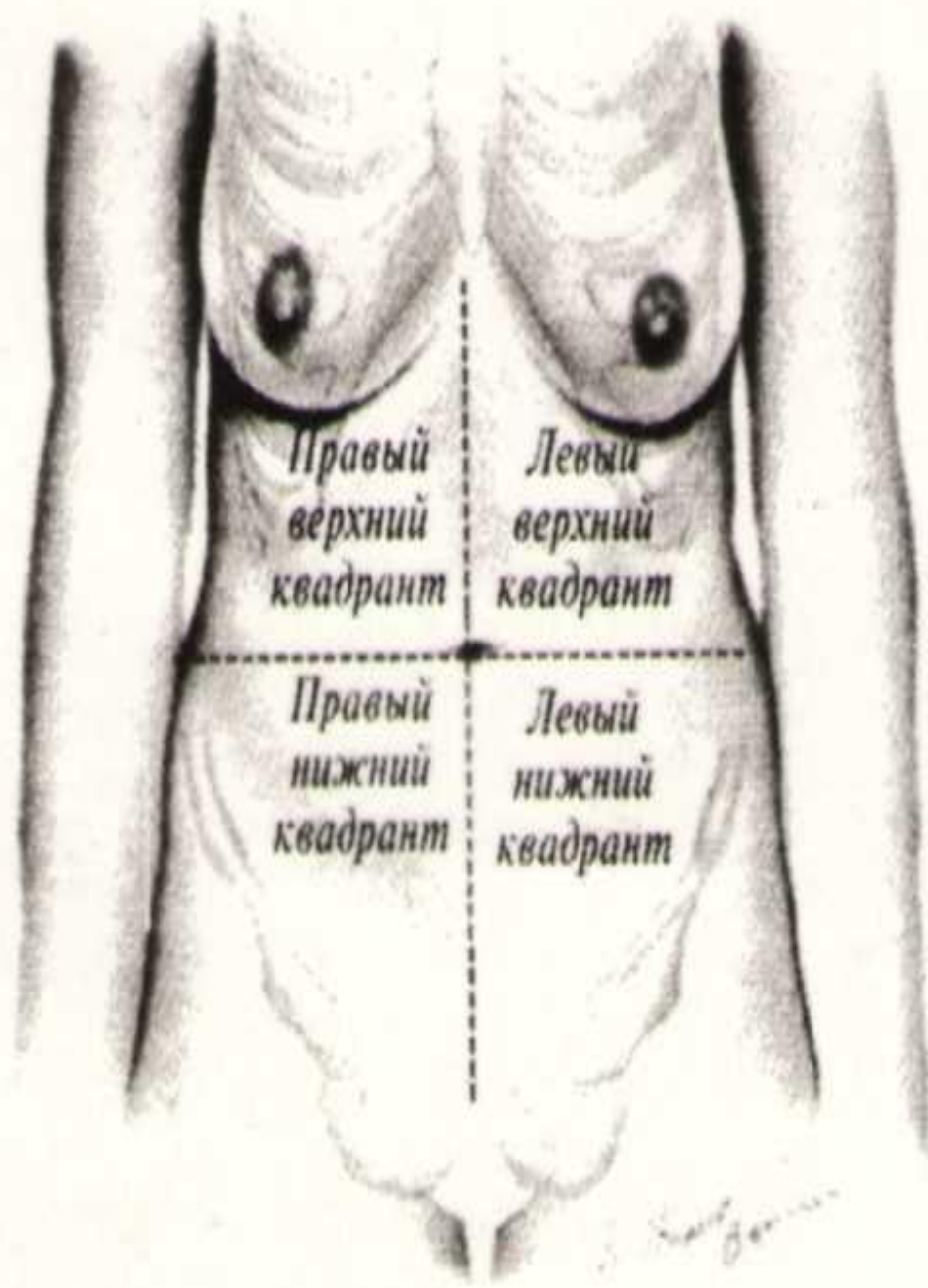
7 — сигмовидная кишка;

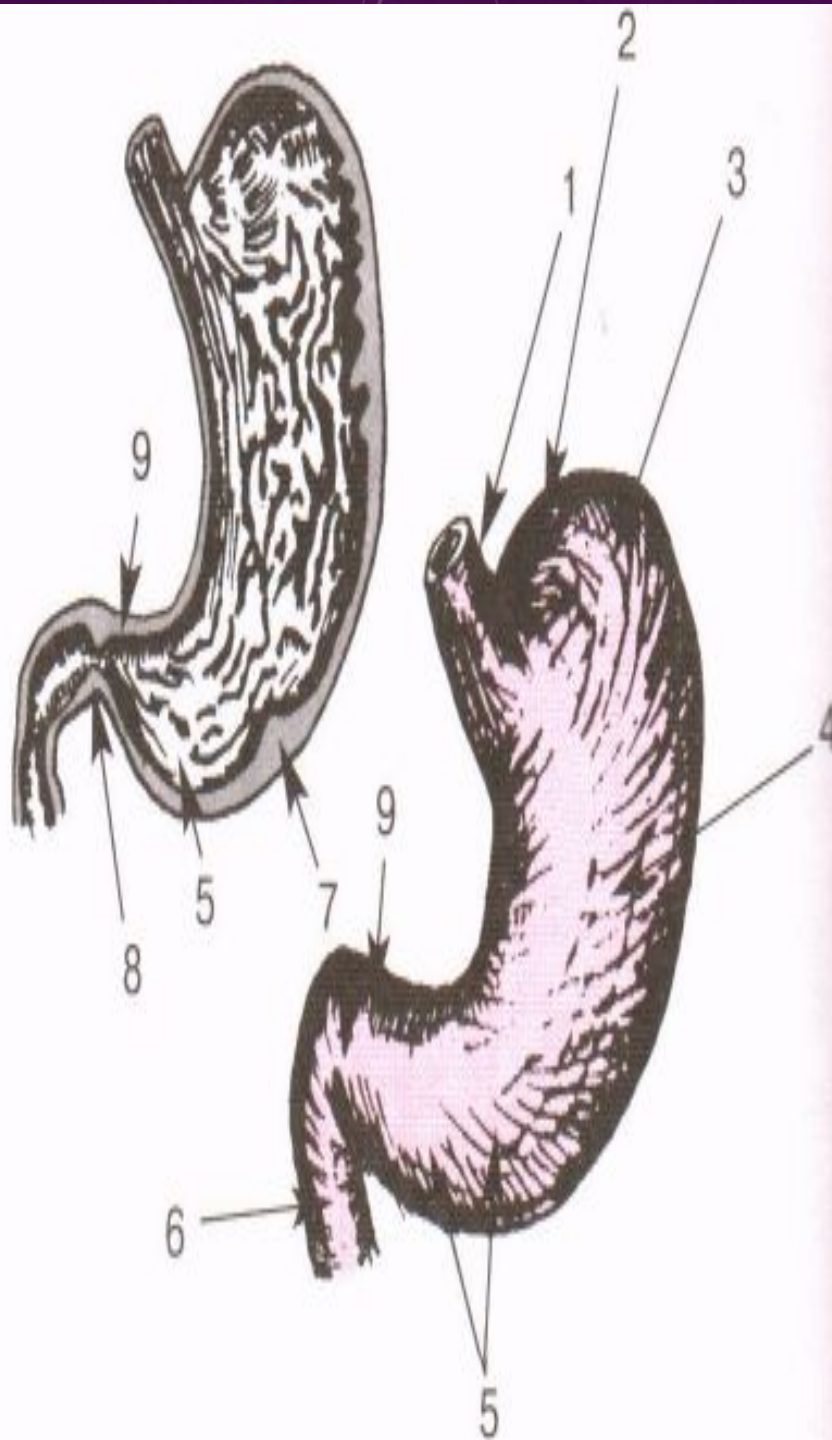
8 — слепая кишка;

9 — восходящая ободочная кишка;

10 - печень.

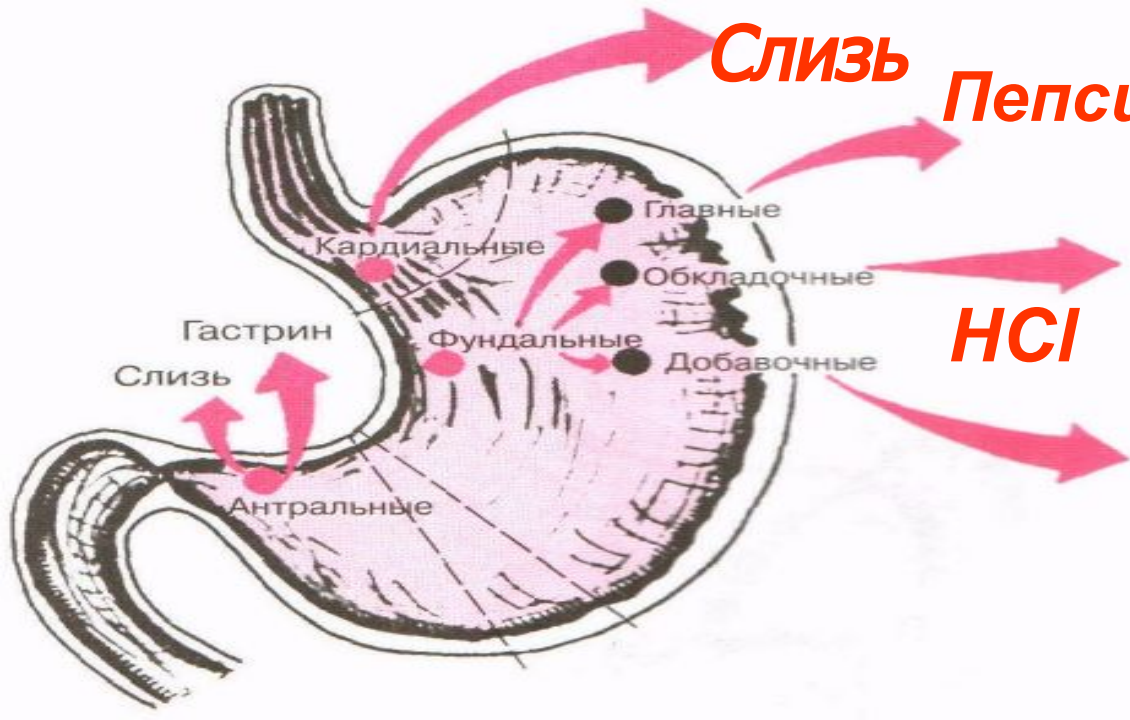






Желудок, вид спереди:

- 1 - пищевод;
- 2 - кардиальная часть желудка;
- 3 - дно желудка;
- 4 - тело желудка;
- 5 - антральный отдел привратника;
- 6 - двенадцатиперстная кишка;
- 7 - препилорический сфинктер;
- 8 - сфинктер привратника;
- 9 - канал привратника.



Железы желудка и их функция

- 1) **КАРДИАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ**, ВЫРАБАТЫВАЮЩИЕ СЛИЗИСТЫЙ СЕКРЕТ;
- 2) **ФУНДАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ**, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ:
 - А) **ГЛАВНЫМИ КЛЕТКАМИ**, ПРОДУЦИРУЮЩИМИ ПЕПСИНОГЕН;
 - Б) **ОБКЛАДОЧНЫМИ КЛЕТКАМИ**, СЕКРЕТИРУЮЩИМИ СОЛЯНУЮ КИСЛОТУ И
 - В) **ДОБАВОЧНЫМИ КЛЕТКАМИ**, ВЫРАБАТЫВАЮЩИМИ СЛИЗЬ;
- 3) **АНТРАЛЬНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ**, СЕКРЕТИРУЮЩИЕ СЛИЗЬ И ИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ ГОРМОН ГАСТРИН.

Переваривание пищи начинается в полости рта, продолжается в желудке. Переваривание происходит до тех пор, пока пищевая масса не пропитается желудочным соком и не приобретет кислую реакцию.

В кислотной среде прекращается переваривание углеводов и начинается переваривание белков под влиянием фермента пепсина, активно действующего в кислой среде. Соляной кислоты содержится в желудочном соке около 0,5%. Белки перевариваются до альбумоз и пептонов и в таком виде переводятся в кишечник. В желудке выделяется небольшое количество липазы, переваривающей жиры. Жир тормозит секрецию.

Желудок выполняет не только секреторную и моторную, но инкреторную и экскреторную функции. Стенкой желудка вырабатываются гормоны: гастрогастрин, гастрин, регулирующие желудочную секрецию. В пилорической части, кроме того образуется Касла-факторы, имеющие значение для кроветворения.

В желудке создаются условия для удаления из пищи воды и перехода ее в кишечник. При помощи находящегося пепсина молоко створаживается и сыворотка удаляется в кишечник. Все это создает благоприятное воздействие на пищу, так как не разбавляется желудочный сок и ускоряется пищеварение.

Благоприятное воздействие оказывает слизь, обволакивающая слизистую и спасая ее от самопереваривания, кроме того, слизь облегчает передвижение пищи из желудка в кишечник.

ЖАЛОБЫ:

- Жалобы при локализации патологии в полости рта сводятся в основном к **болевым ощущениям** и **нарушениям акта жевания, болям, к жжению языка**. В полости рта болевые ощущения чаще возникают и обусловлены заболеваниями зубов и стоматитах.
- Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки языка возникают при заболеваниях, сопровождающихся дефицитом витамина B12, также больные обычно жалуются на **чувство жжения в языке**.
- **Горький, неприятный вкус во рту** обусловлен заболеванием желчевыводящих протоков.

К жалобам, характерным для заболевания пищевода относятся:

- Дисфагия
- Боль по ходу пищевода
- Рвота (vomitus)
- Изжога (pyrosis)
- Отрыжка (eructatio)
- Нарушение аппетита – anorexia
- Кровотечение

Дисфагия — нарушение акта глотания пищи, которое больной определяет как затрудненное глотание, а иногда и полную невозможность прохождения пищи по пищеводу. Эта жалоба должна настроить врача и направить больного в рентгенологический кабинет, так как причиной затрудненного глотания чаще является препятствие органического характера. Детальный анамнез позволяет дифференцировать органическую от функциональной дисфагии.

- Причинами, вызывающими дисфагию, могут быть **функциональное** (дискинетическое) или **органическое поражения** пищевода.
- **Функциональная дисфагия** носит приступообразный характер, обусловлена эзофагеальной гипермоторной дискинезией и проявляется затруднением прохождения, главным образом, жидкой пищи.
- **Органическая дисфагия** постепенно прогрессирующая, функциональная дисфагия возникает приступообразно при прохождении по пищеводу жидкой пищи, тогда как твердая пища проходит свободнее.

- **Боли** — локализация (постоянство, периодичность, сезонность (циркадность), интенсивность, иррадиация).
- **Боли в подложечной (эпигастральной) области** являются наиболее частой жалобой больных с заболеванием желудка.

Необходимо выяснить:

- 1) локализацию болей;
- 2) иррадиацию болей;
- 3) характер болей;
- 4) связь болей с приемом пищи;
- 5) облегчаются ли боли после рвоты или после приема соды.

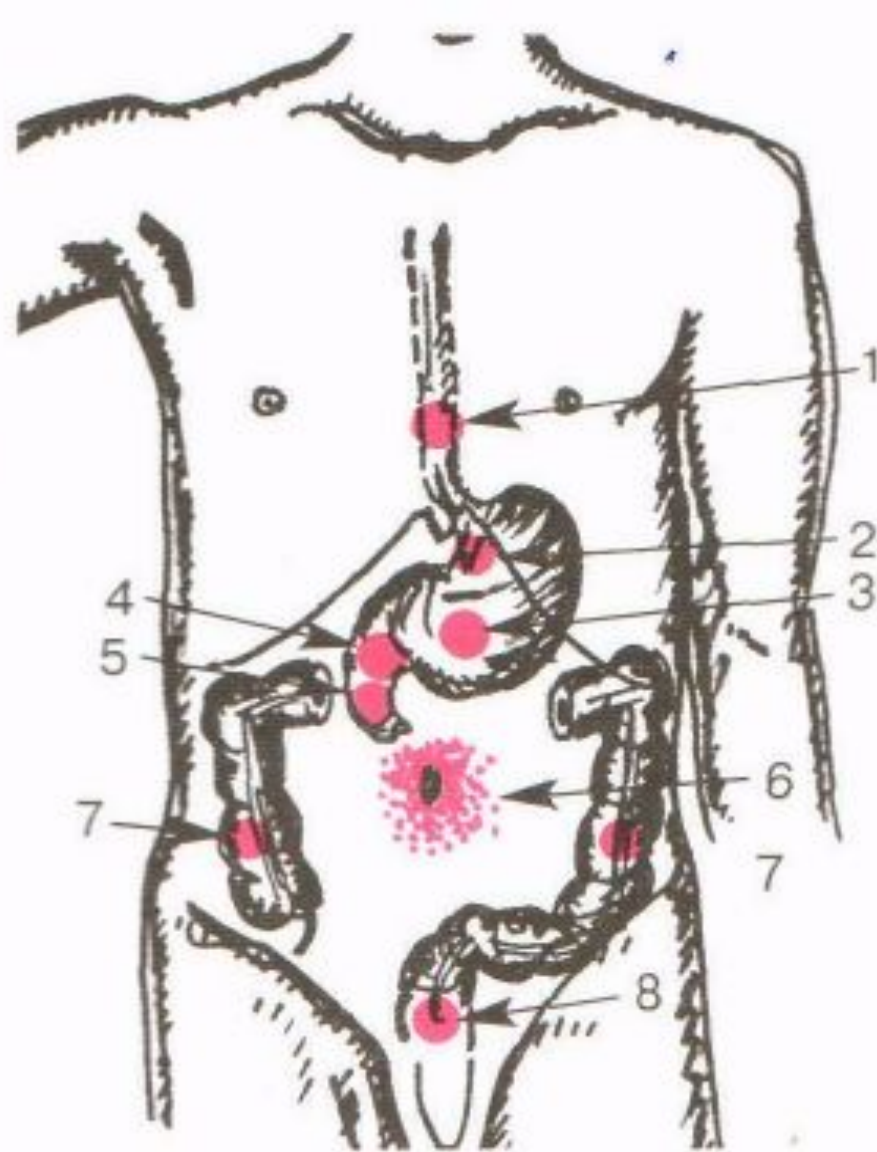
- Боли в результате спазма привратника локализуются в эпигастральной области и иррадирует в спину.

Различают:

- ранние боли (30-40 минут),
- поздние (до 2 часов),
- голодные боли.

Облегчение наступает после рвоты или приема соды, от применения грелки, антиспастических веществ особенно усиливаются боли и спастическое состояние привратника, если щелочная реакция дуоденального содержимого становится недостаточной для нейтрализации желудочного сока и кислой реакции.

- **Боли** постоянные, ноющие обычно бывают при поражении слизистой оболочки желудка и подслизистого слоя. Боли усиливаются обычно при приеме пищи. Эти боли характерны для раковой опухоли.
- **При перигастритах** (хроническое воспаление брюшинного покрова желудка) боли ноющие возникают очень быстро после приема пищи и при резких переменах положения тела, например, при поворотах тела с бока на бок.
- **Аппетит.** В патологии наблюдается снижение или отсутствие аппетита, уменьшение секреции, повышается секреция.
- **Пристрастие к мелу** — при ахилии, анемии.



НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНАЯ
ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ ПРИ
ПОРАЖЕНИИ ПИЩЕВОДА,
ЖЕЛУДКА И КИШЕЧНИКА:

1 — ПИЩЕВОД;

2 — СУБКАРДИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ
ЖЕЛУДКА;

3 - ТЕЛО ЖЕЛУДКА;

4 - ПИЛОРИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ
ЖЕЛУДКА;

5 — ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНАЯ
КИШКА;

6 — ТОНКИЙ КИШЕЧНИК;

7 — ОБОДОЧНАЯ КИШКА;

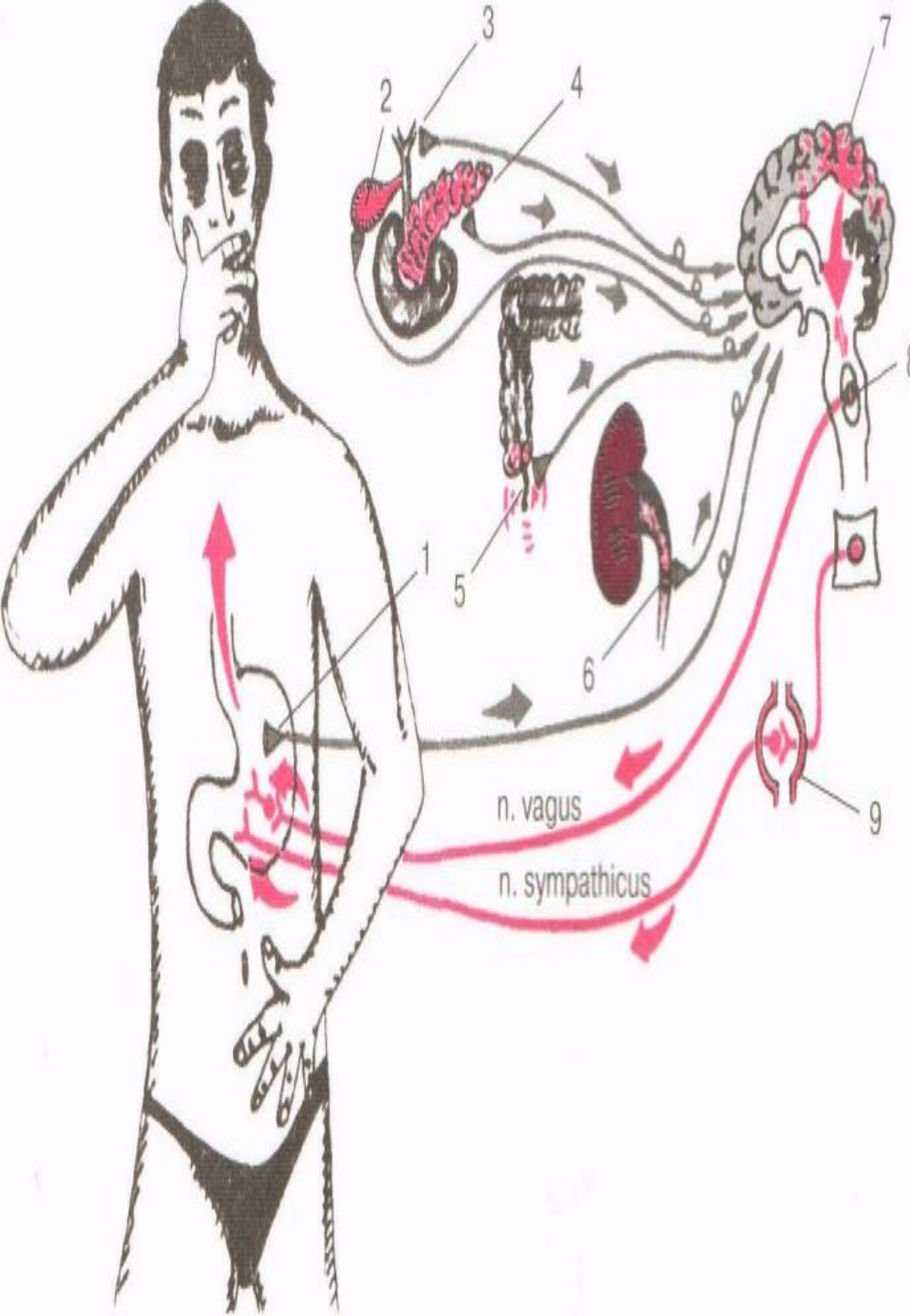
8 — ПРЯМАЯ КИШКА.

Рвота

Рвота обычно появляется при значительном сужении пищевода, когда пища скапливается выше места сужения, и затем антиперистальтическими движениями пищевода выбрасывается обратно.

Тщательный расспрос обеспечит отличие рвоты **желудочной от пищеводной**, которой никогда не предшествует тошнота, рвотные массы не имеют кислой реакции, содержит только что съеденную пищу.

Жалобы на рвоту встречаются очень часто при различных заболеваниях желудка. При тщательном расспросе больного, можно выяснить и дифференцировать рвоту центральную от язвенной.

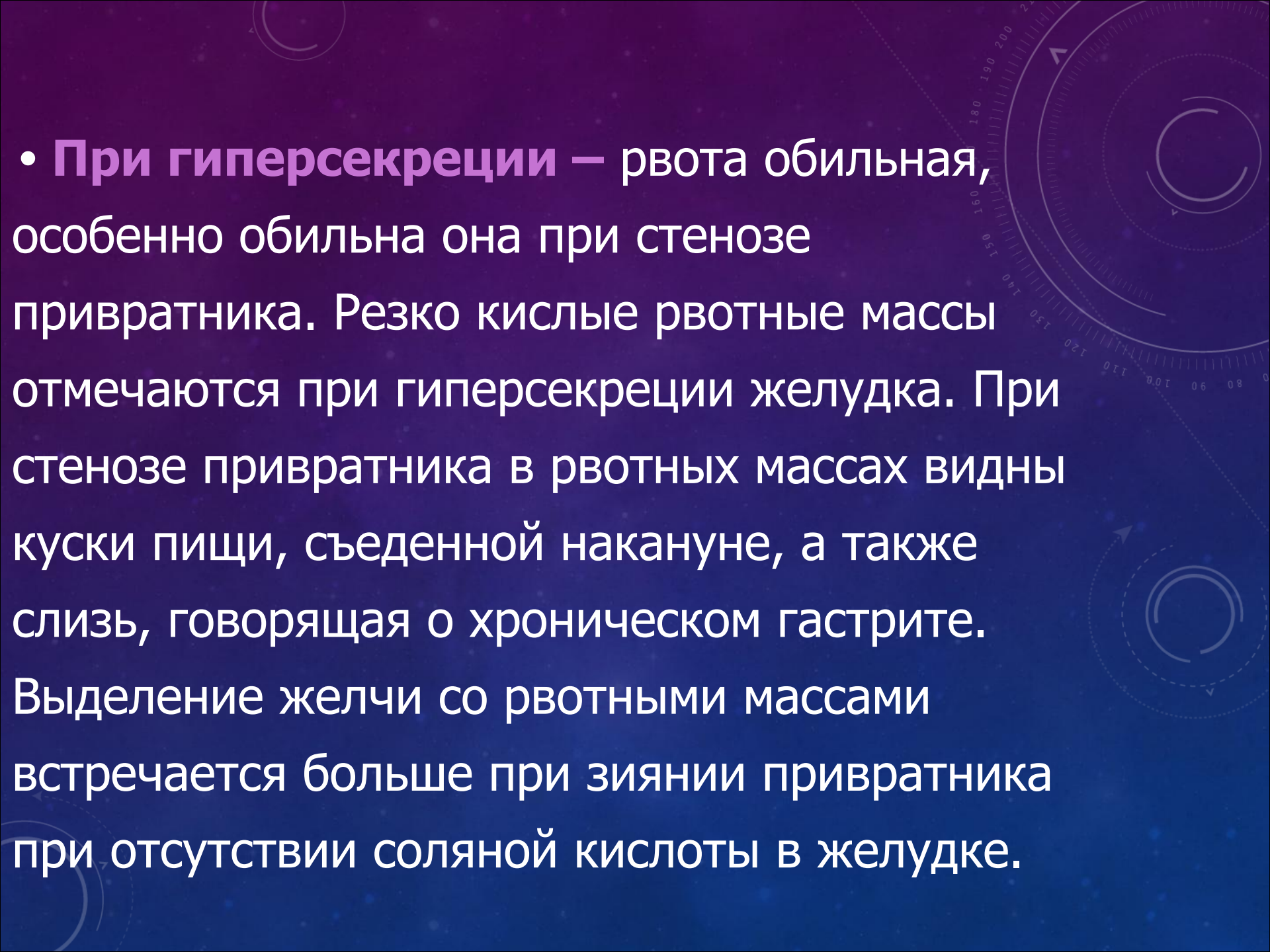


Механизмы рвоты:

- 1 — поражение желудка;
- 2 — воспаление желчного пузыря;
- 3 — камень в желчевыводящих путях;
- 4 — воспаление поджелудочной железы;
- 5 — воспаление аппендикса;
- 6 — камень в мочеточнике;
- 7 — патологич. процессы в головном мозге;
- 8 — рвотный центр;
- 9 — симпатический ганглий.

Рвота, не обусловленная поражением желудка не имеет четкой связи с приемом пищи, ей не предшествует тошнота, очень упорная, не приносящая облегчение. Необходимо выяснить время появления рвоты. Рвота во время еды наступает обычно при остром воспалении слизистой желудка, рвота на высоте пищеварения возникает через 1,5 ч. При язвенной болезни, поздние характерны для атонии мускулатуры желудка, гиперсекреции, натощак при стенозе привратника

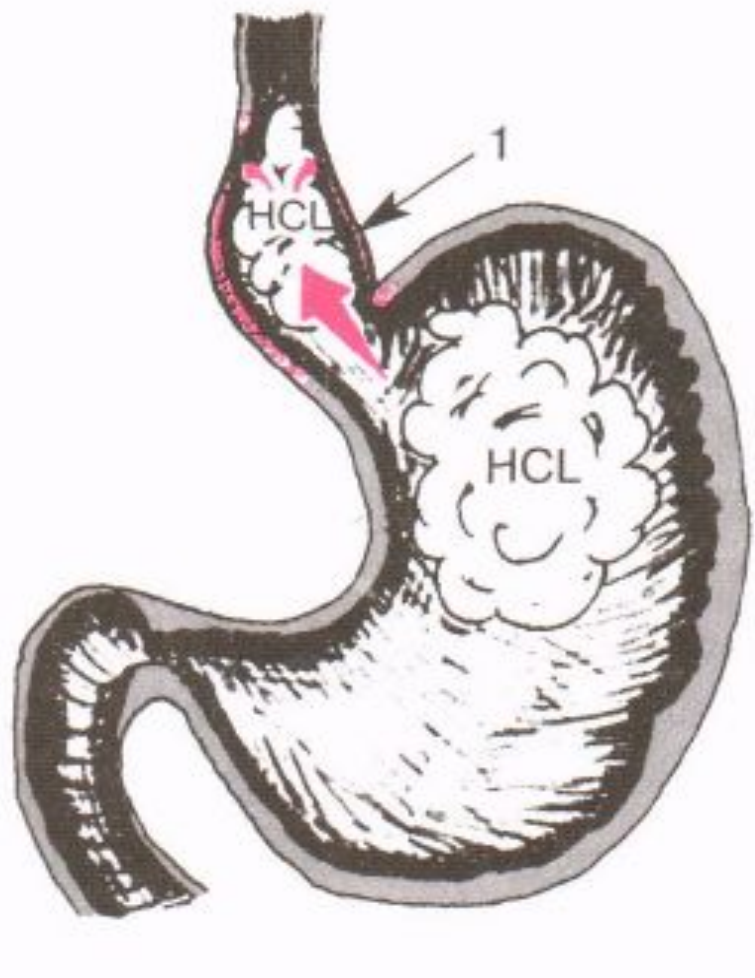
Рвота небольшими количествами рвотных масс имеет место при неврозах желудка.



• **При гиперсекреции** – рвота обильная, особенно обильна она при стенозе привратника. Резко кислые рвотные массы отмечаются при гиперсекреции желудка. При стенозе привратника в рвотных массах видны куски пищи, съеденной накануне, а также слизь, говорящая о хроническом гастрите. Выделение желчи со рвотными массами встречается больше при зиянии привратника при отсутствии соляной кислоты в желудке.

- **В рвотных массах** встречается **кровь**, которая отличается от заглатывания крови при носовых кровотечениях и кровотечениях из десен, а также при сильной рвоте от повреждения мелких сосудов слизистой оболочки желудка.
- **Жалоба на кровавую рвоту** — очень серьезная жалоба у больных, требующая большого, пристального внимания от врача. Кровавая рвота бывает вследствие эрозии желудка, язве, распадающейся опухоли, при разрыве желудочных вен при портальной гипертензии. При этом кровь обычно алая, но темнее, чем при легочном кровотечении, потому что кровь не успевает измениться, так как при обильном кровотечении полость желудка быстро растягивается и этим вызывается рвотный рефлекс.

- **Кровотечение из пищевода** обычно очень обильны, алой малоизмененной кровью, без кашля, обусловлено разрывом варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии при циррозе печени.
- При кровотечении из малого сосуда желудок не успевает наполняться быстро и не перерастягивается, потому рвота вызывается позже и кровь успевает под влиянием воздействия соляной кислоты приобрести вид кофейной гущи. Обильное кровотечение **алой кровью** чаще отмечается при *язве желудка*, **рвота массами кофейной гущи** – при *раке желудка*. Рвота при *непроходимости кишечника* отмечается как **каловая рвота**. Это же отмечается обычно при желудочноободочном свище.



Изжога – жжение пищевода, возникающее при раздражении слизистой пищевода желудочным содержимым. Чаще она отмечается при повышенном содержании соляной кислоты в желудочном соке, но иногда при пониженной кислотности и даже при ахилии

Механизм

возникновения изжоги:

раздражение слизистой оболочки пищевода кислым желудочным содержимым

- **Отрыжка** – отмечается как отрыжка газом, пищей. Она является результатом образования большого количества газов в результате процессов брожения или гниения при задержке опорожнения желудка через привратник. Процесс брожения ведет обычно к образованию углекислого газа, который не имеет запаха. Если к этому присоединяется распад серосодержащих белков, то отмечается **отрыжка тухлым – при стенозе привратника**. Если отрыжка **кислым – гиперсекреция**.

Если **отрыжка горькая – снижение секреции**.

К жалобам, относящимся к заболеванию кишечника относятся:

- **диарея** (diarrhea)
- **запор** (constipation)
- метеоризм (meteorism).
- кишечные кровотечения.

Диарея характеризуется более-менее частым опорожнением кишечника, что объясняется усиленной перистальтикой кишечника и увеличением секреции его желез. При поражениях тонкой кишки стул до 3-6 раз в сутки. Стул безболезнен, сопровождается урчанием. При поражении толстой кишки – стул до 6-12 раз в сутки, поражение сигмовидного отдела дает ложные позывы на дефекацию (тенезмы), что характерно для дизентерии.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАРЕИ

Вид	Клинические особенности
Энтеральные	Умеренное учащение стула (до 4-6 раз в сутки), очень обильные испражнения, в которых содержатся остатки непереваренной пищи. Характерна стеаторея («жирный» кал). Поносы нередко сопровождаются болями вокруг пупка
Колитические (чаще при поражении дистальных отделов кишки)	Очень частый стул (10—15 раз в сутки), сопровождающийся тенезмами (болезненными позывами к дефекации). Испражнения скудные, часто с примесью слизи и крови
Желудочные	Умеренное учащение стула (до 4—6 раз в сутки), испражнения жидкие, темного цвета, с остатками непереваренной пищи, нередко неприятным гнилостным запахом (нарушение переваривания белков со слизью. Поносы часто сопровождаются чувством переполнения и тупыми распирающими болями дистензионного характера в эпигастрии
Панкреатическ.	Умеренное учащение стула. Испражнения обильные (полифекалия), кашицеобразные или жидкие, со слизью, Характерны стеаторея и неприятный гнилостный запах. Понос сопровождается болями в верхней половине живота, иногда опоясывающего характера, метеоризмом, часто значительным похуданием

- **Запоры** – редкое опорожнение кишечника, которые бывают различными по происхождению.
- **Причиной запоров** может быть излишняя возбудимость кишечной стенки со склонностью к спазмам (спастические запоры). Органические запоры – результат механического препятствия по ходу кишечника, носят обычно прогрессирующий характер, заканчиваются непроходимостью с полной задержкой отхождения газов. Для энтеритов характерно наличие спастических болей.

- **Вздутие живота (метеоризм)**, обусловлено скоплением большого количества газов в петлях кишечника, что связано с нарушением питания, кровоснабжения.
- **Кровотечение кишечника** – алая из геморроидальных узлов, вышележащих отделов кровь темная. Обильные кишечные кровотечения сопровождаются коликами.

Анамнез болезни

Можно выяснить то, что при заболеваниях пищевода прогрессирующий характер, для функциональных – обострения, связанные с психологическими воздействиями. Язвенная болезнь – обострение сезонное, опухоли – прогрессируют.

История жизни больного

В хронологической последовательности выяснить данные у больного.



Асцит.

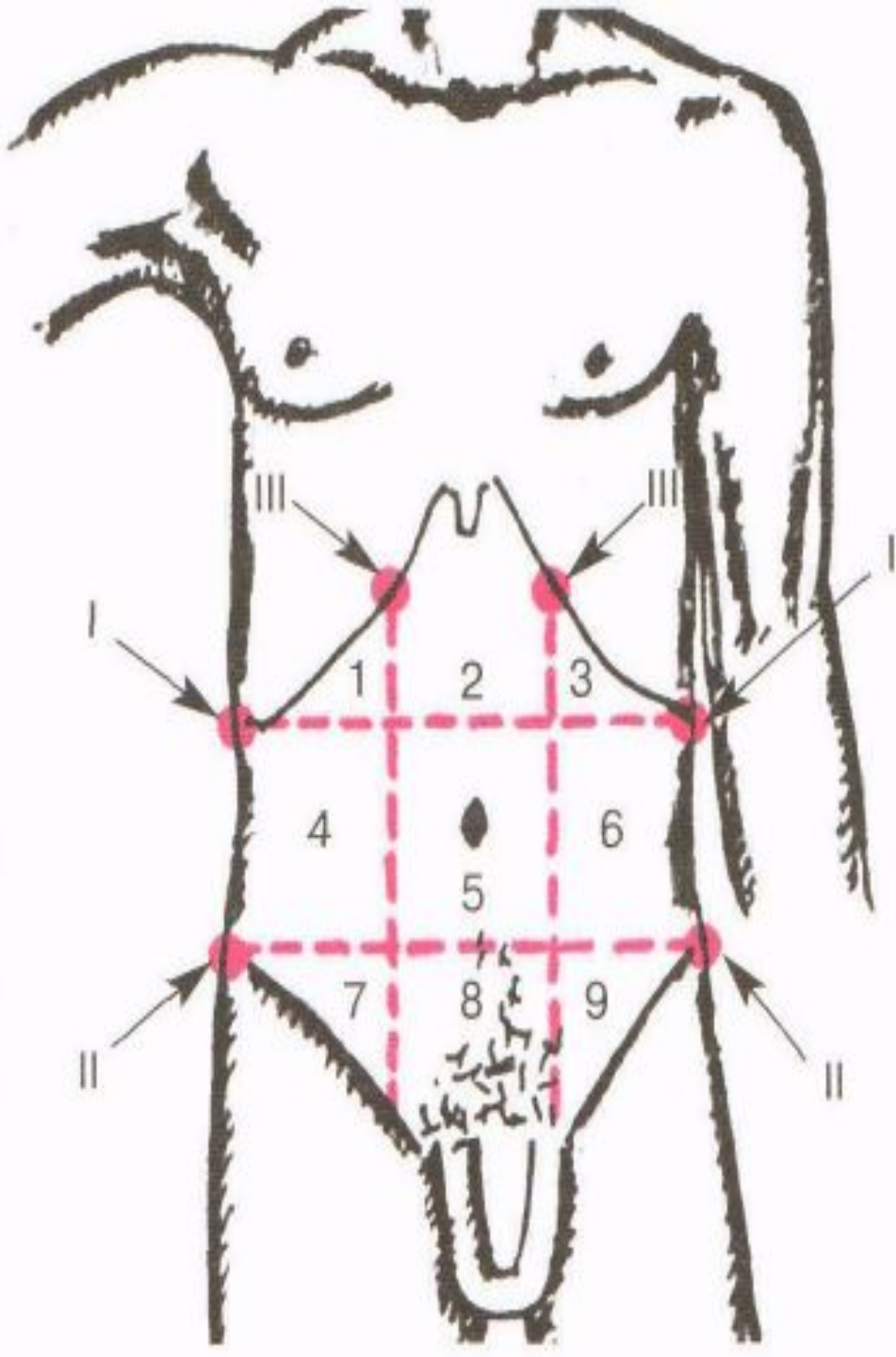
Склеры желтушны,
живот вздут, небольшая
гинекомастия.

ОСМОТР

Осмотр – общий, бледность, кахексия – раковые опухоли, Вирхов. железа – слева.

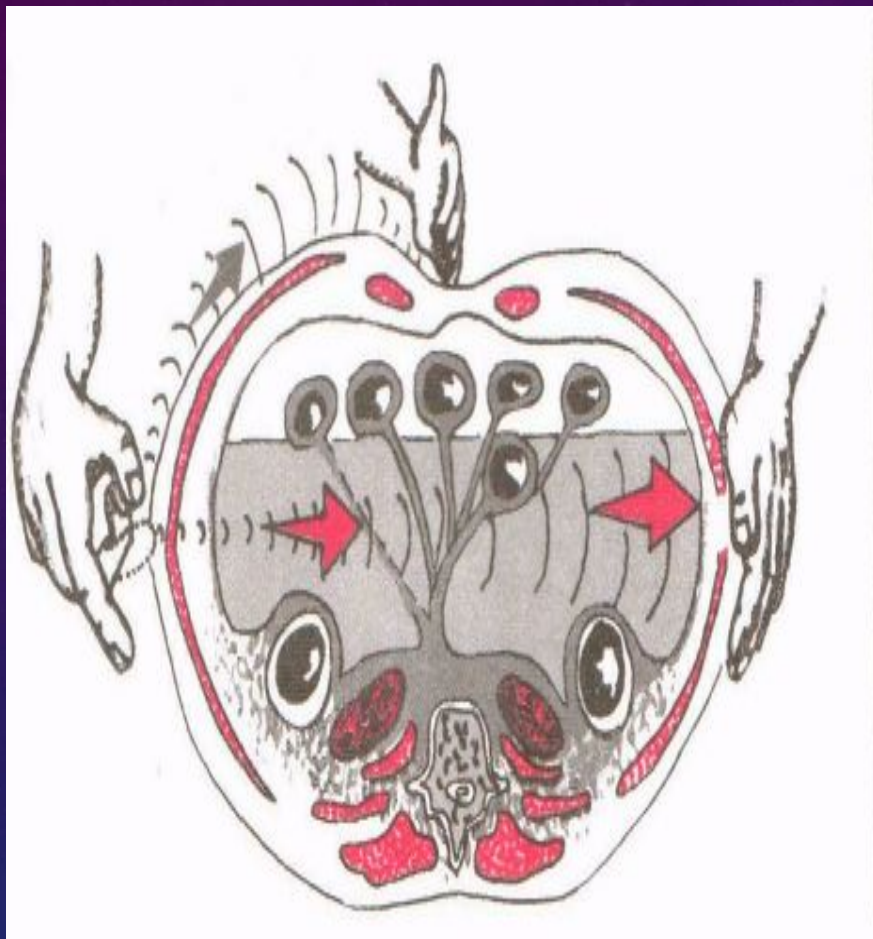
Осмотр полости рта, язык, десна.

Осмотр живота. У здорового человека живот может быть втянутым при астении, при гиперстении – выпячен. Втяжение может быть обусловлено в патологии перитонитом, увеличение – ожирением, метеоризмом, скоплением жидкости вследствие экссудации (перитонит) или транссудации (асцит). За счет увеличения печени или осумкованной жидкости, отличие от свободной (перкуторное отличие), стрии, коллатерили



Области живота:
1,3 — правое и левое
подреберья;
2 — подложечная
область;
4,6 — правый и левый
фланки живота;
5 - околопупочная
область;
7,9 — подвздошные
области;
8 — лобковая область.

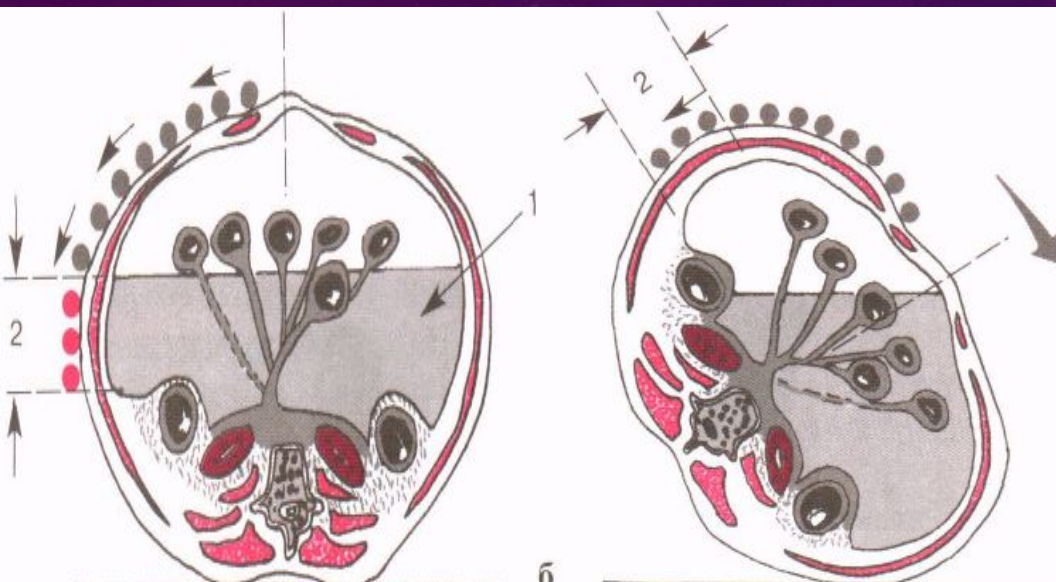
ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА



При больших количествах жидкости производят определение **методом флюктуации**, для чего левую руку кладут плашмя на живот, а пальцем правой руки наносят щелчок, толчок, воспринимаются в виде

Схема определения асцита методом флюктуации *СИМПТОМА ВОЛНЫ.*

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА



1. Схема перкуторного определения асцита в горизонтальном положении: а — на спине;

б — при повороте на бок;

1 - свободная жидкость в брюшной полости;

2 - зона тупого перкуторного звука, выявляемого в положении на спине.

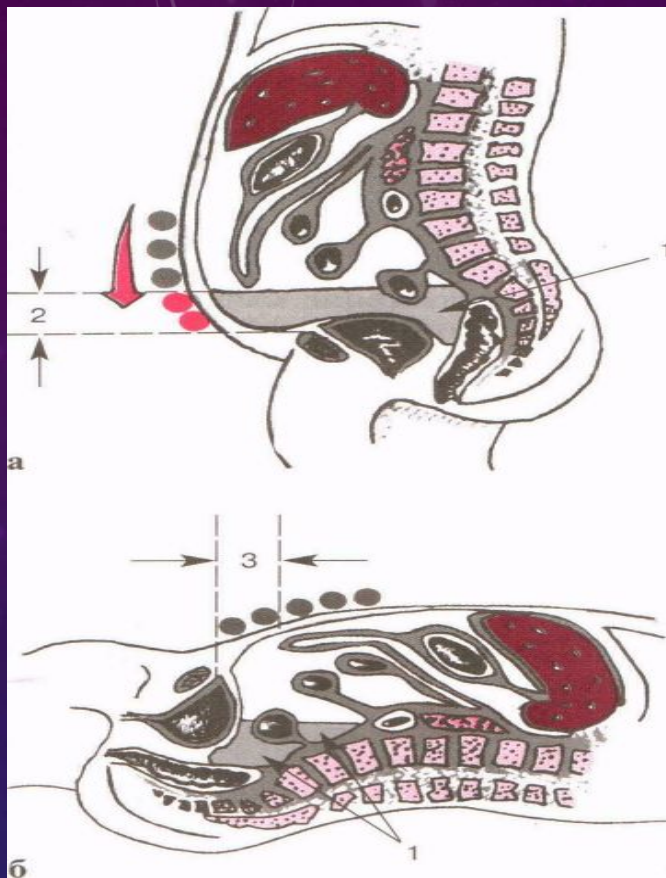
Темные кружочки — тимпанический перкуторный звук, красные — тупой.

2. Перкуторное определение асцита (первый способ):

а - перкуссия больного в положении на спине;

б - перкуссия в положении больного на левом боку.





1. Схема перкуторного определения небольших количеств свободной жидкости в брюшной полости в вертик. (а) и горизонт. (б) положении:

- 1 - свободная жидкость в брюшной полости;
- 2 - зона тупого перкуторного звука в вертикальном положении;
- 3 - в той же зоне в горизонтальном положении выявляется тимпанический перкуторный звук

2. Перкуторное определение асцита (второй способ):

а — перкуссия в полож. больного стоя; б — перкуссия в полож. лежа на спине.

Определение осумкованной жидкости

Осумкованная жидкость характерна для развития ограниченного перитонита с образованием спаек или кист, исходящих из поджелудочной железы. Над осумкованной жидкостью при перкуссии определяют тупой звук, который не меняет своей локализации в зависимости от изменения положения.

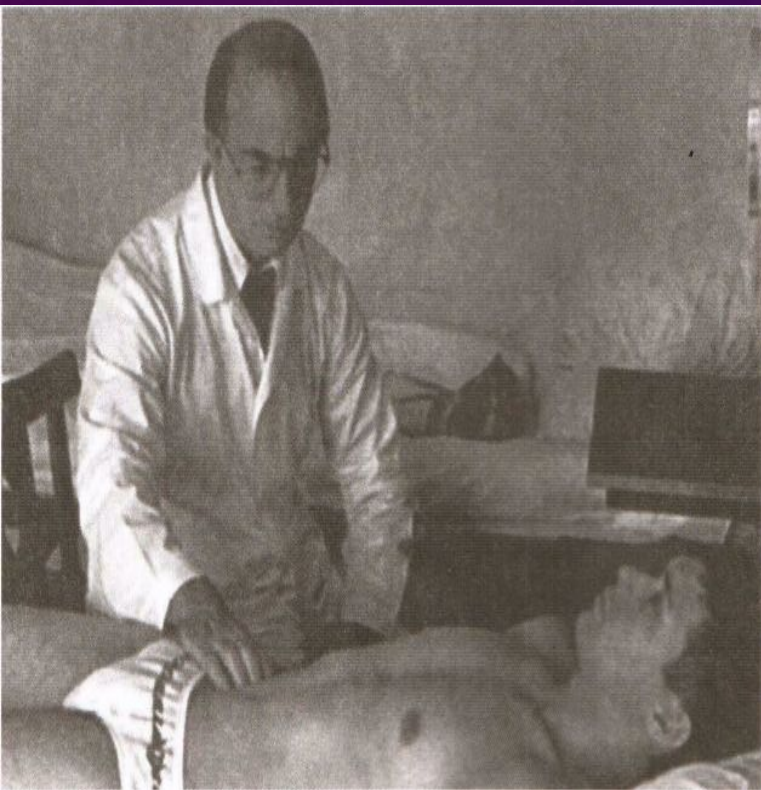
Пальпация живота

Пальпация живота — наиболее информативный физический метод исследования органов брюшной полости.

Различают два вида пальпации:

- 1) Поверхностная ориентировочная пальпация живота;
- 2) Глубокая, методическая, скользящая пальпация живота по методу В.П. Образцова и Н.Д. Стражеско.

ПРАВИЛА ПАЛЬПАЦИИ



Положение пациента
и врача при
пальпации живота

- 1) Больной занимает положение на спине с вытянутыми ногами и расположенными вдоль туловища руками
- 2) Голова пациента должна лежать низко, высокое изголовье вызывает значительное напряжение мышц брюшной стенки, препятствующее пальпации.
- 3) Пациент должен глубоко дышать открытым ртом, по возможности в дыхании должна принимать участие мускулатура живота — этим также достигается расслабление передней брюшной стенки.
- 4) Врач должен располагаться справа от бол., наблюдать за выраж. лица
- 5) Руки врача должны быть теплыми, так как прикосновение холодных рук вызывает рефлекторное сокращение мышц брюшной стенки.

ПОВЕРХНОСТНАЯ ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА



Принцип метода

Болезненность и напряжение брюшных мышц определяется путем нажима пальцами на определенный участок живота при положении руки плашмя на брюшной стенке. Для облегчения восприятия – проводим пальпацию в симметричных точках 2 руками.

Начинать пальпацию лучше с участка, наиболее отдаленного от предполагаемой локализации болевой зоны.

**Методика пальпации
живота**

Необходимо предупредить больного об усилении боли, параллельно следить за выражением лица. При отсутствии жалоб на боли в паховой области пальпацию начинают с левой паховой области. Правую руку – плашмя на левую паховую область и производим слабый нажим на брюшную стенку, при наличии напряжения – пальпируем в симметричной точке, затем опять слева на 4-5 см вплоть до эпигастральной области. У здоровых – болевых ощущений нет.

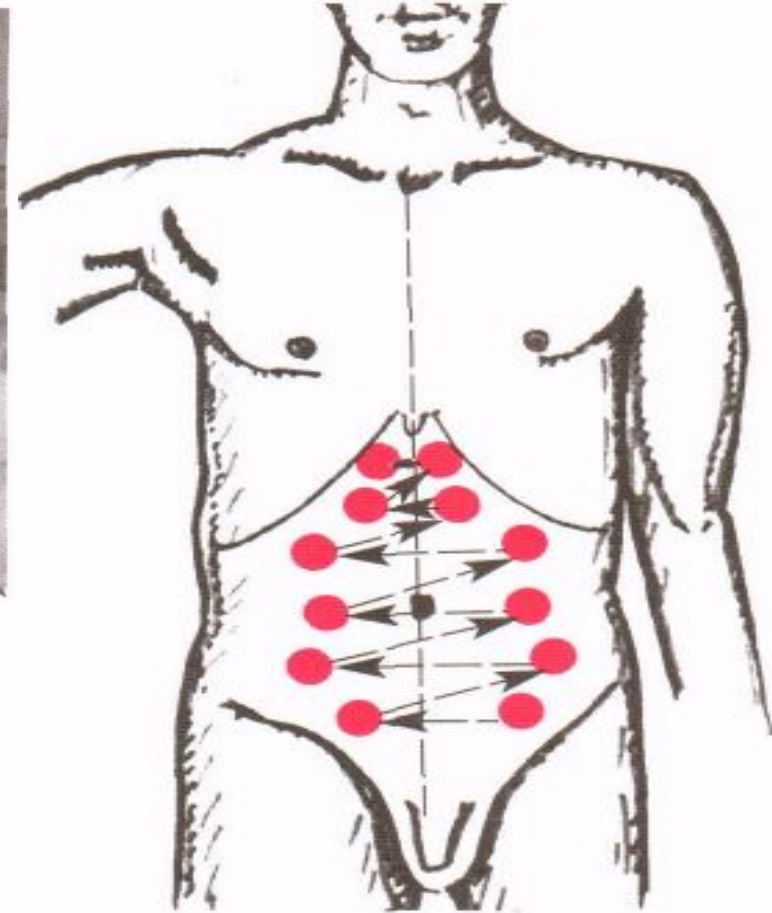
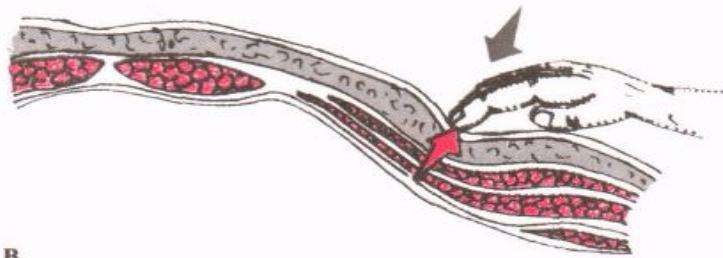
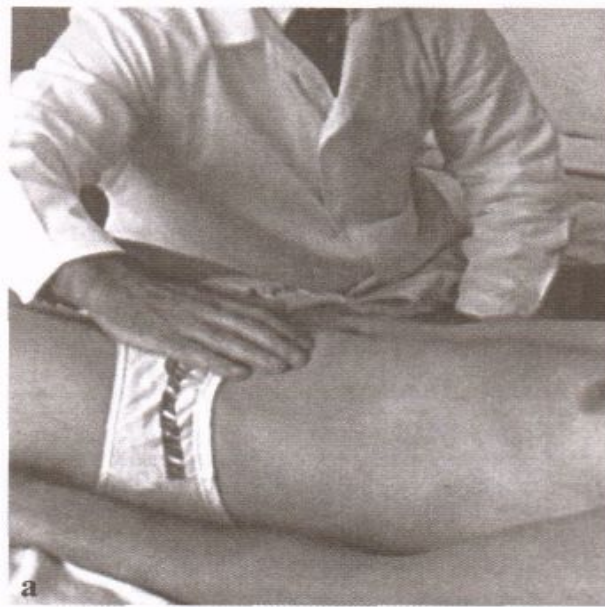
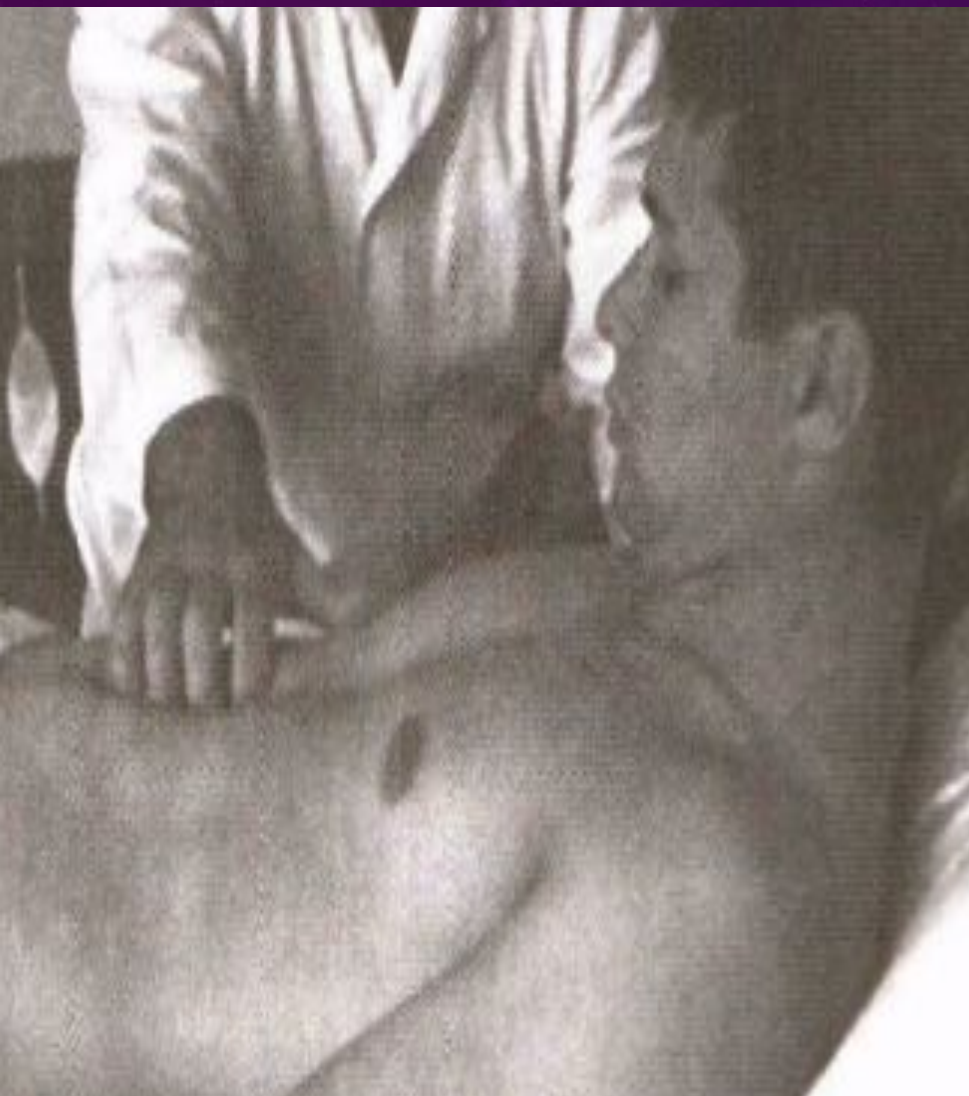


Рис. 1 Методика поверхностной ориентировочной пальпации живота:
 а — установка руки врача;
 б — погружение пальцев в глубь живота и определение болезненности и напряжения мышц брюшной стенки;
 в — схематическое изображение техники пальпации и определения напряжения брюшных мышц.

Рис. 2 Последовательность поверхностной ориентировочной пальпации живота.



**Методика определения
расхождения прямых мышц
живота.**

Пальпация проводится во время приподнимания головы пациента и напряжения прямых мышц живота.

Определение нижней границы желудка

Существует три метода предварительного определения нижней границы желудка:

- 1) Метод перкуссии
- 2) Метод аускультоперкуссии и аускультоаффрикции
- 3) Метод выявления шума плеска (перкуторная пальпация).

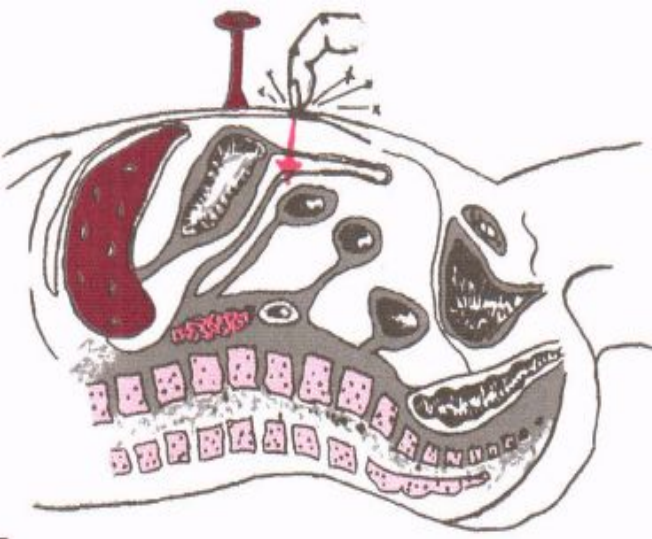
ПЕРКУССИЯ ЖЕЛУДКА



**Перкуторное
определение нижней
границы желудка.**

Метод перкуссии:

перкуторное определение нижней границы желудка основано на различии оттенков тимпанического звука, выявляемого над кишечником и желудком, что на практике нередко встречает большие затруднения. Перкутируют нижнюю границу желудка, постепенно перемещая палец плессиметр снизу вверх до отчетливого изменения характера тимпанического звука.



2) Метод аускультоперкуссии и аускультоаффрикции:

стетофонендоскоп ставят в области Наиболее вероятного расположе ния желудка (обычно в эпигастрии чуть слева от передней срединной линии), а пальцами правой руки наносят тихие перкуторные удары по брюшной стенке, вначале возле стетофонендоскопа, а затем посте пенно удаляясь от него вниз. Пока перкуторные удары наносятся над проекцией желудка, в стетофонен-

доскоп можно выслушать относите льно громкий тон. Когда перкути руют вне зоны проекции желудка, звук резко ослабевает или исчезает

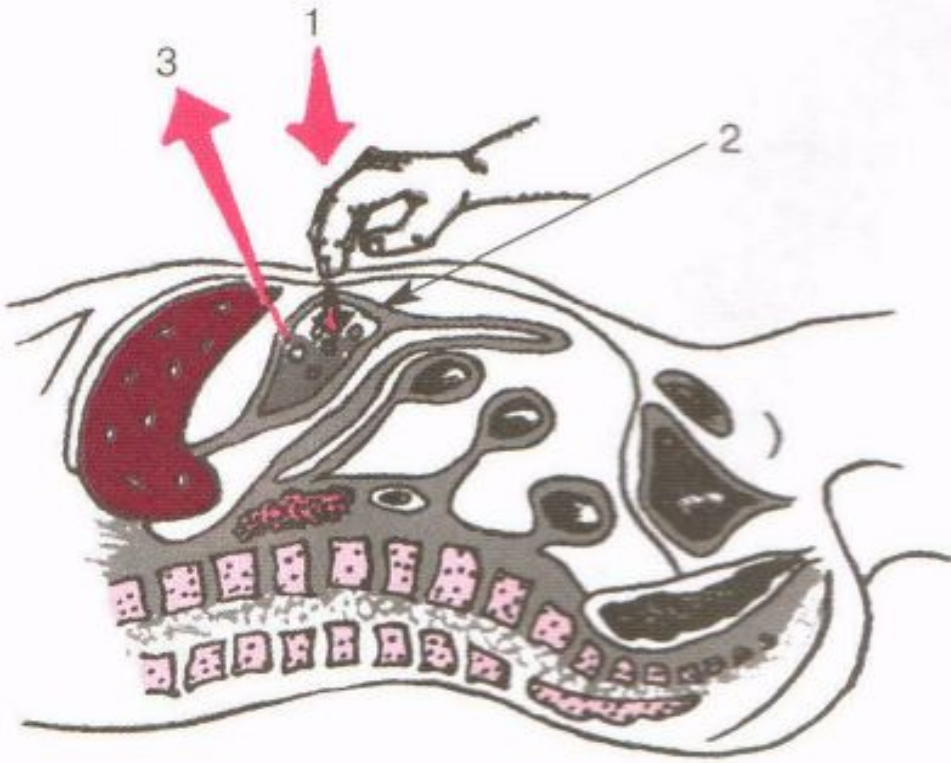
Определение нижней границы желудка методом аускультоперкуссии



3) Метод выявления шума плеска (перкуторная пальпация)

Этот метод, предложен-
ный В.П. Образцовым,
наиболее точный способ
предварительного
определения нижней
границы желудка

Определение нижней
границы желудка
методом выявления
шума плеска



Схема, поясняющая появление шума плеска при перкуторной пальпации в области проекции желудка:

- 1 - желудок, заполненный жидкостью и воздухом;
- 2 - направление движения руки при перкуторной пальпации;
- 3 - **шум плеска** при пальпации над областью желудка

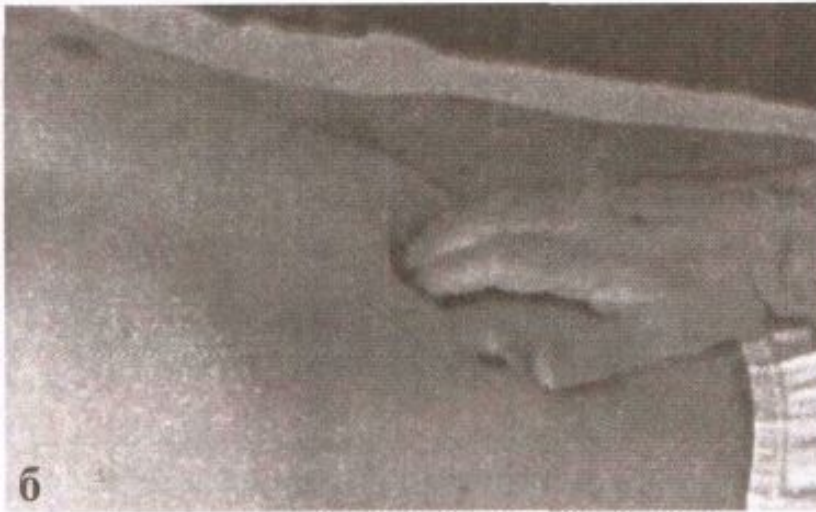
Больному предлагают выпить стакан воды. После этого полусогнутыми и немного раздвинутыми друг от друга пальцами правой руки наносят отрывистые удары в подложечной области, постепенно опускаясь вниз. При сотрясении стенок желудка, в полости которого находятся воздух и жидкость, **возникает** довольно громкий **шум плеска**, который исчезает как только удары будут наноситься ниже нижней границы желудка.



Для улучшения этих звуковых явлений кисть левой руки накладывают на грудную клетку пациента, захватывая и область мечевидного отростка, как это показано на рис.

Легкое надавливание этой рукой смешает воздух из верхней части желудка вниз до соприкосновения с жидкостью.

Определение нижней
границы желудка
методом выявления
шума плеска



Методика пальпации большой кривизны желудка.

I момент – Слегка согнутые пальцы правой кисти устанавливают горизонт. На уровне найденной границы желудка.

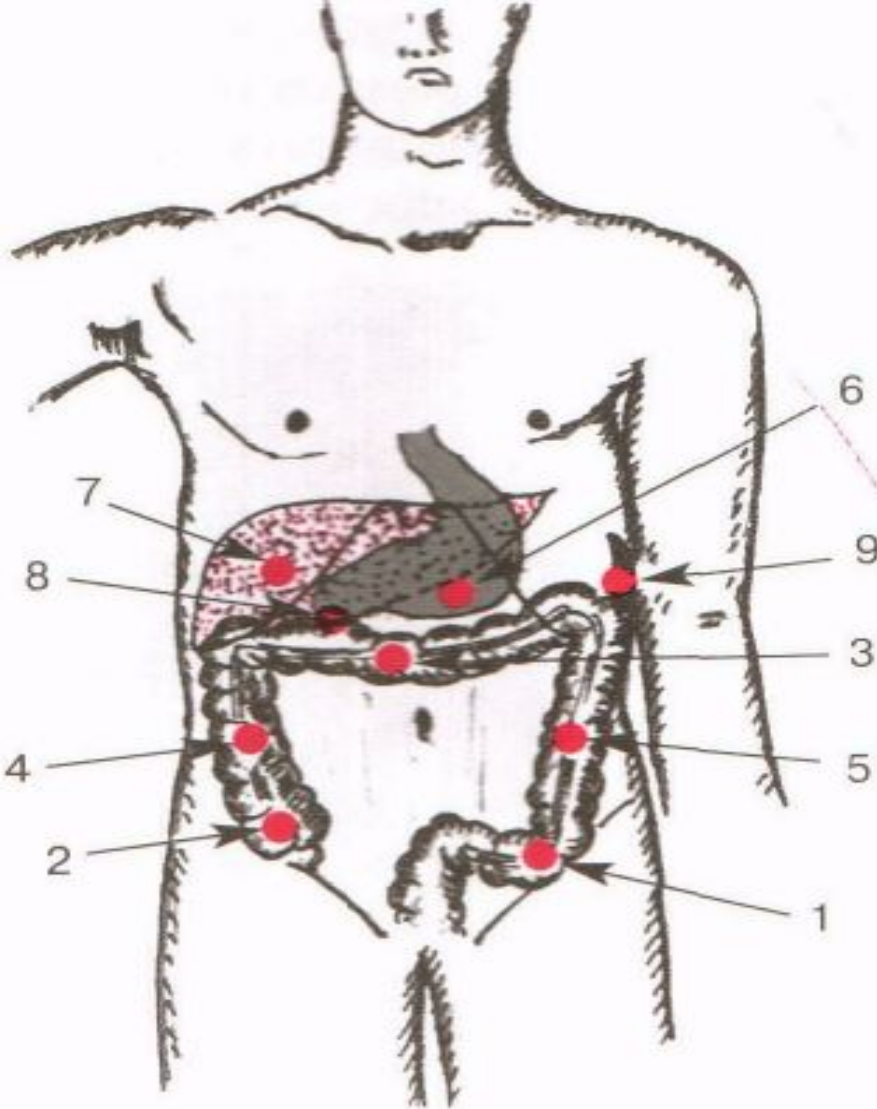
II момент – Сдвигание кожи. Поверхностным движением кожу смещают вверх так, чтобы перед ногтевой поверх.пальцев образ. кожная складка.

III момент – погружение пальцев руки в брюшную полость.

IV момент – скользящие движения руки пальцами сверху вниз. Возникает пальпаторное ощущение «порожка», с кот. соскальзывают пальцы.

Методика пальпации
большой кривизны
желудка.

Выявление
симптома Менделя —
поколачивание легкими
отрывистыми ударами
перкуSSIONного молоточка по
животу при повышенной
чувствительности пристеночного
листка брюшины в зоне,
прилегания к больному органу.



Методическая глубокая скользящая пальпация живота по В.П.Образцову и Н.Д.Стражеско

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

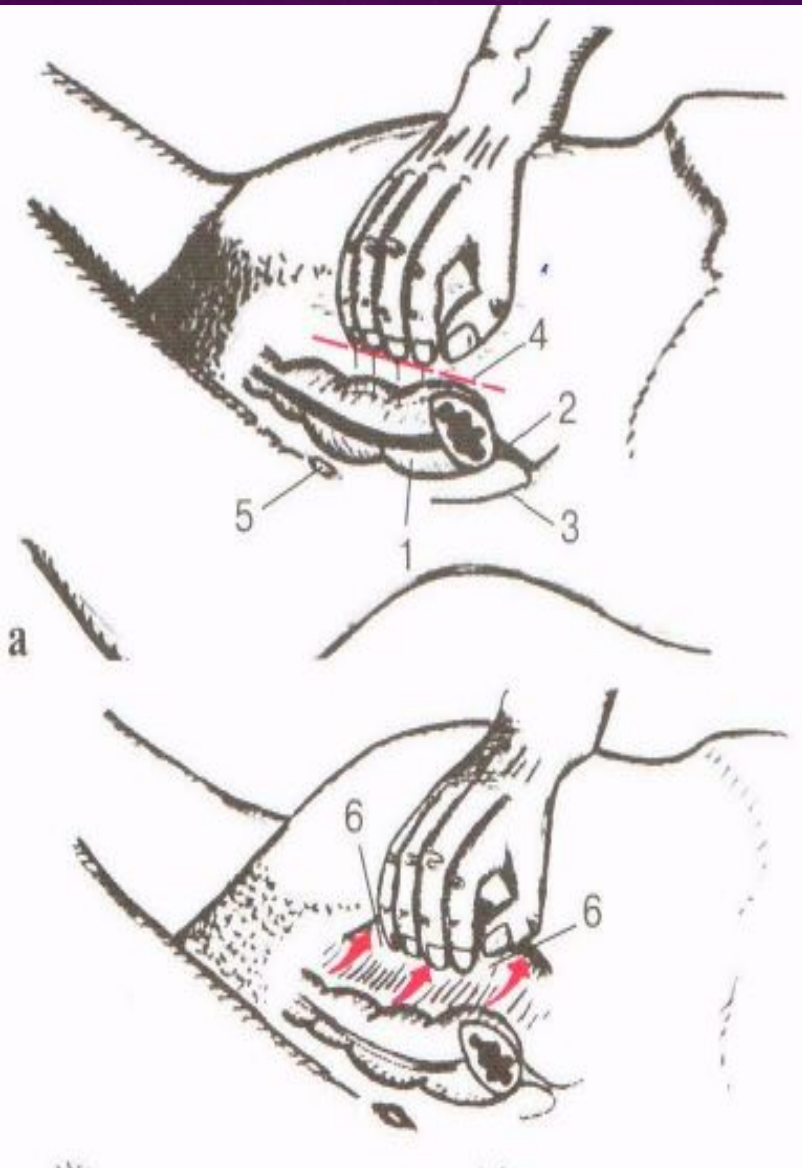
На рис. показана последовательность пальпации органов брюшной полости (по А.А. Шелагурову).

Последовательность
методической глубокой
скользящей пальпации
живота (по А.А. Шелагурову)

**Методическая глубокая
скользящая пальпация
предусматривает
обязательное выполнение
четырех основных моментов
пальпации.**

I момент пальпации — установка рук врача (рис. а). Кисть правой руки устанавливают на переднюю брюшную ст. в соответствии с топографией пальпируемого органа.

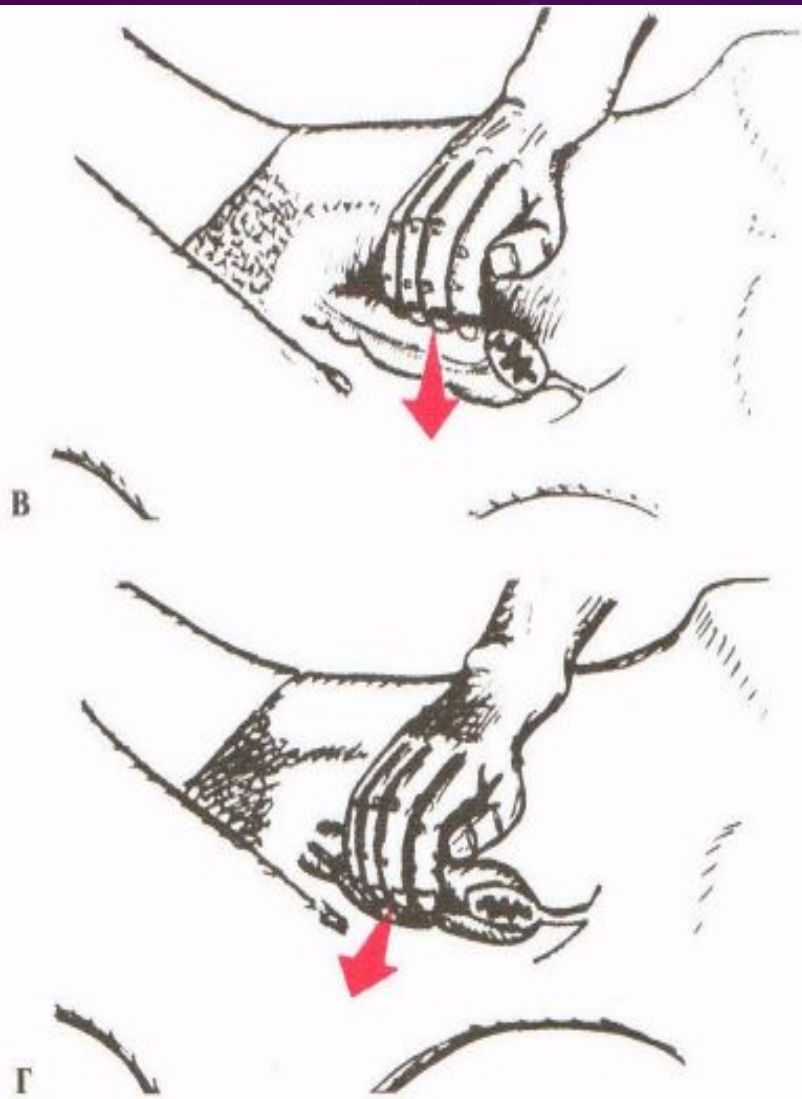
II момент пальпации - образование кожной складки (рис. б). Во время вдоха больного слегка согнутыми пальцами образуют кожную складку, сдвигая кожу в сторону, противоположную направлению последующего скольжения по кишке (пальпации).

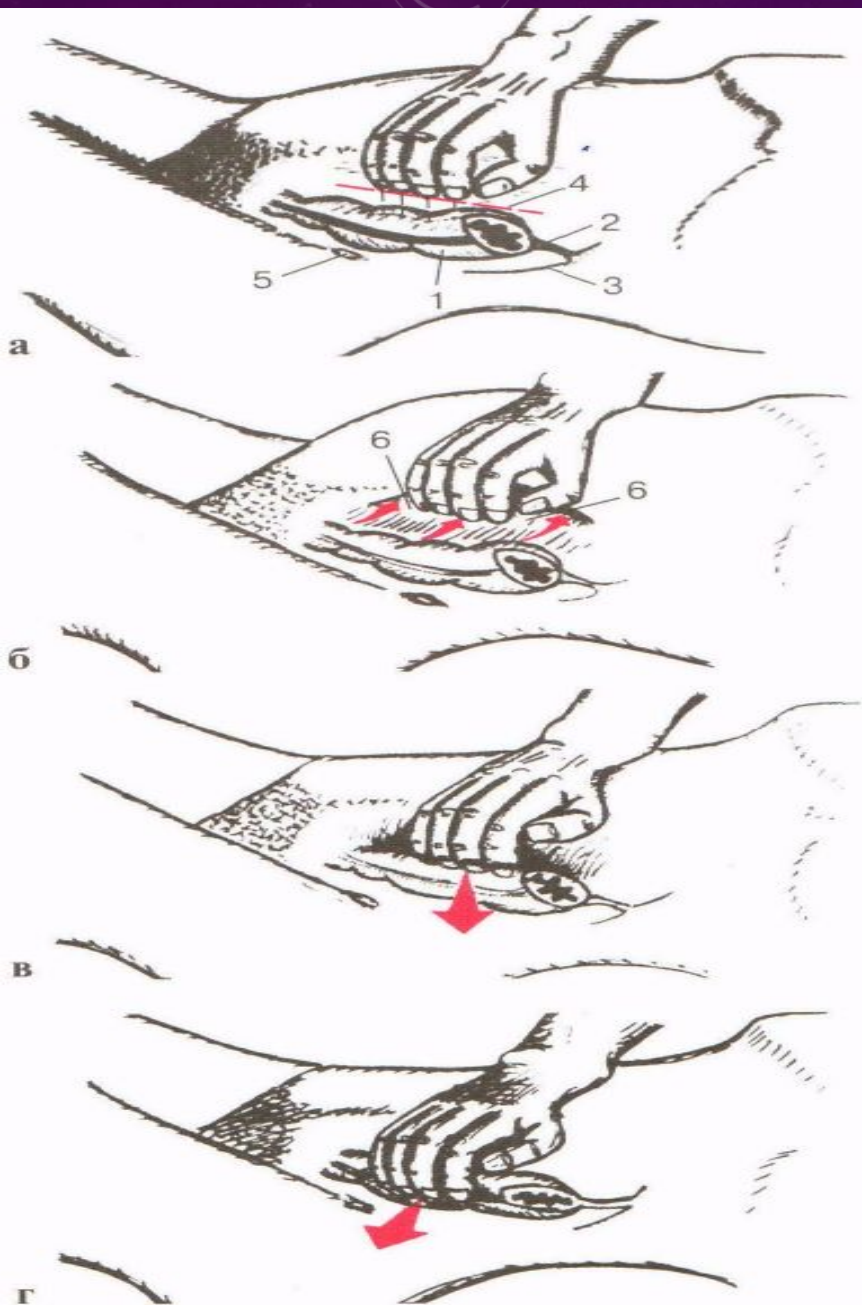


Методическая глубокая скользящая пальпация предусматривает обязательное выполнение четырех основных моментов пальпации.

III момент пальпации — погружение руки в глубь живота (рис. в). Во время выдоха больного, когда мышцы передней брюшной стенки постепенно расслабляются, стремятся как можно глубже погрузить кончики пальцев в глубь брюшной полости, по возможности до ее задней стенки

IV момент пальпации (рис. г) - скольжение по органу (собственно пальпация). В конце выдоха скользящим движением кисти правой руки прощупывают орган, придавливая его к задней стенке брюшной полости. В этот момент составляют тактильное впечатление об особенностях прощупываемого органа.





Четыре момента пальпации

- а** — первый момент
(установка руки врача);
- б** — второй момент
(создание кожной складки);
- в** — третий момент
(погружение руки
вглубь живота);
- г** — четвертый момент
(скольжение по кишке —
собственно пальпация);



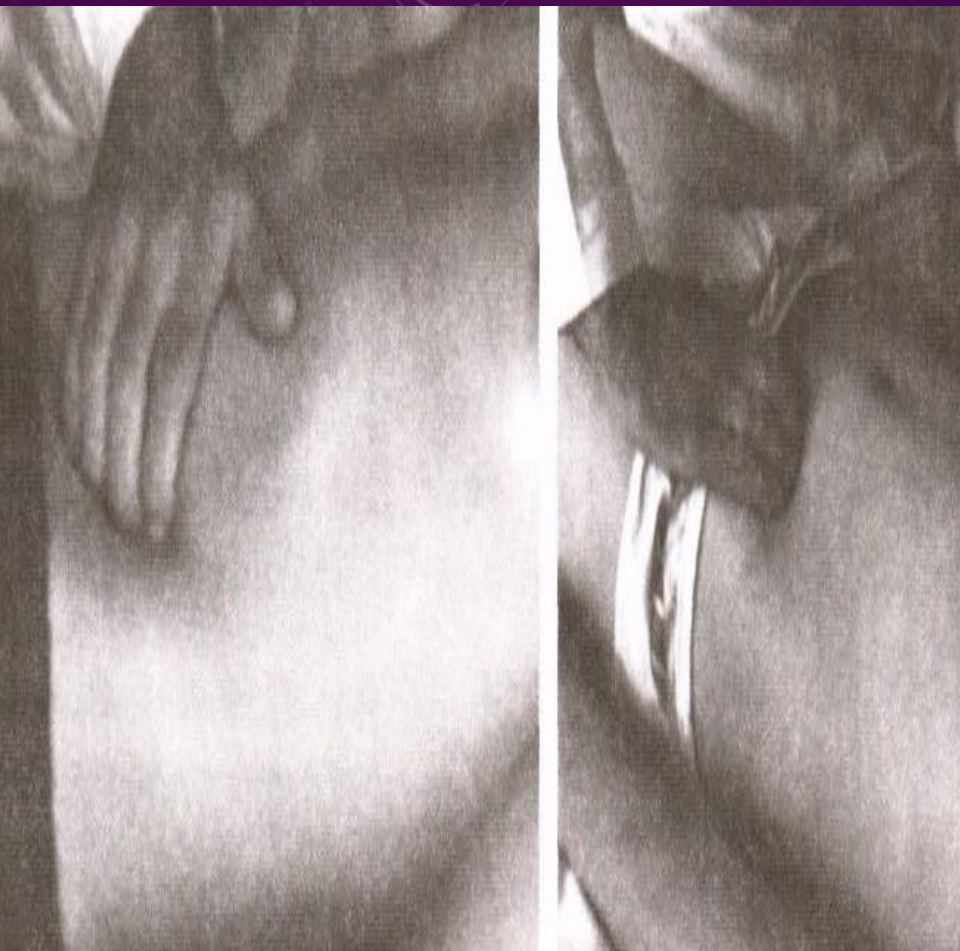
Пальпация
сигмовидной кишки

I момент-установка пальцев правой руки-плашмя с несколько согнутыми пальцами в левую подвздошную область так, чтобы пальцы были расположены параллельно длиннику сигмовидной кишки, основание кисти должно смотреть к центру.

II момент-сдвигание кожи медиально (у пупку)

III момент-погружение пальцев в брюшную полость, пользуясь расслаблением брюшных мышц на вдохе -погружение вглубь живота до задней его стенки. Необходимо производить медленно без резких движений.

IV момент-производятся скользящие движения руки



Варианты расположения
руки врача при пальпации
сигмовидной кишки (а, б).

У здорового человека
сигмовидная кишка
пальпируется в виде
гладкого цилиндра,
обладает пассивной
подвижностью, при
пальпации без
болезненна, не урчит.

При дизентерии – она
становится утолщенной,
болезненной.

При опухоли - бугристая



Пальпация слепой кишки

I момент-установка пальцев правой руки-плашмя с несколько согнутыми пальцами в правую подвздошную область. Направление его косое справа, сверху, вниз, налево.

II момент-сдвигание кожи медиально (у пупку)

III момент-погружение пальцев в брюшную полость, пользуясь расслаблением брюшных мышц на вдохе -погружение вглубь живота до задней его стенки. Необходимо производить медленно без резких движений.

IV момент-скользящие движения руки, не отрывая пальцы производятся в движения руки косо слева и сверху направо и вниз.



Пальпация слепой кишки при хорошем расслаблении (а) и при напряжении мышцы передней брюшной стенки (б).

- Слепая кишка прощупывается у 80% лиц. Определяем консистенцию, форму, размер, подвижность.
- У здоровых – определяется в правой подвздошной области в виде цилиндра, шириной в 3 см в диаметре, малоподвижна, безболезненна.
- При язвенной болезни, туберкулезе – поверхность становится бугристой, особенно при туберкулезе, при опухоли – имеется большая подвижность.



Пальпация поперечной ободочной кишки

Предварительного нужно определ.
нижнюю границу желудка, далее
пальпируют поперечную ободочную
кишку.

I момент пальпации: четыре
полусогнутых пальца правой руки
устанавливают вертикально на
2—3 см ниже найденной границы
желудка и на 4—5 см вправо или
влево от передней срединной
линии.

II момент пальпации: во время
вдоха кожу сдвигают вверх.

III момент пальпации: во время
выдоха постепенно погружают руку
в глубь живота. При этом далеко не
всегда удастся достичь задней
стенки и придавить к ней
поперечную ободочную кишку.

IV момент пальпации: в конце
выдоха пальпирующая рука
скользит вниз и перекачивается
через кишку.



Пальпация
поперечной
ободочной кишки

Пальпировать поперечную ободоч.кишку можно и 2-мя руками **(билатерально)**. Следует также помнить, что положение поперечной ободочной кишки у разных пациентов может существенно отклоняться от средних топографических данных. Поэтому, если кишку не удастся пропальпировать с первого раза, ее поиск следует продолжить, проводя пальпацию на 2—3 см ниже.



I момент пальпации: кисть левой руки подкладывают под правую поясничную область, а полусогнутые пальцы правой руки - в области правого фланка живота, перпендикулярно восходящей ободочной кишке.

II момент пальпации: во время вдоха кожу сдвигают к пупку.

III момент пальпации: во время выдоха правую руку погружают в глубь живота, стремясь соприкоснуться с левой рукой.

IV момент пальпации: в конце выдоха скользят по кишке кнаружи (от пупка), перпендикулярно оси кишки.

Бимануальная пальпация
восходящей ободочной
кишки по В.Х. Василенко.



I момент пальпации: кисть левой руки подкладывают под левую поясничную область, а полусогнутые пальцы правой руки - в области левого фланка живота, перпендикулярно нисходящей ободочной кишке.

II момент пальпации: во время вдоха кожу сдвигают к пупку.

III момент пальпации: во время выдоха правую руку погружают в глубь живота, стремясь соприкоснуться с левой рукой.

IV момент пальпации: в конце выдоха скользят по кишке кнаружи (от пупка), перпендикулярно оси кишки.

Бимануальная пальпация
нисходящей ободочной
кишки по В.Х. Василенко.

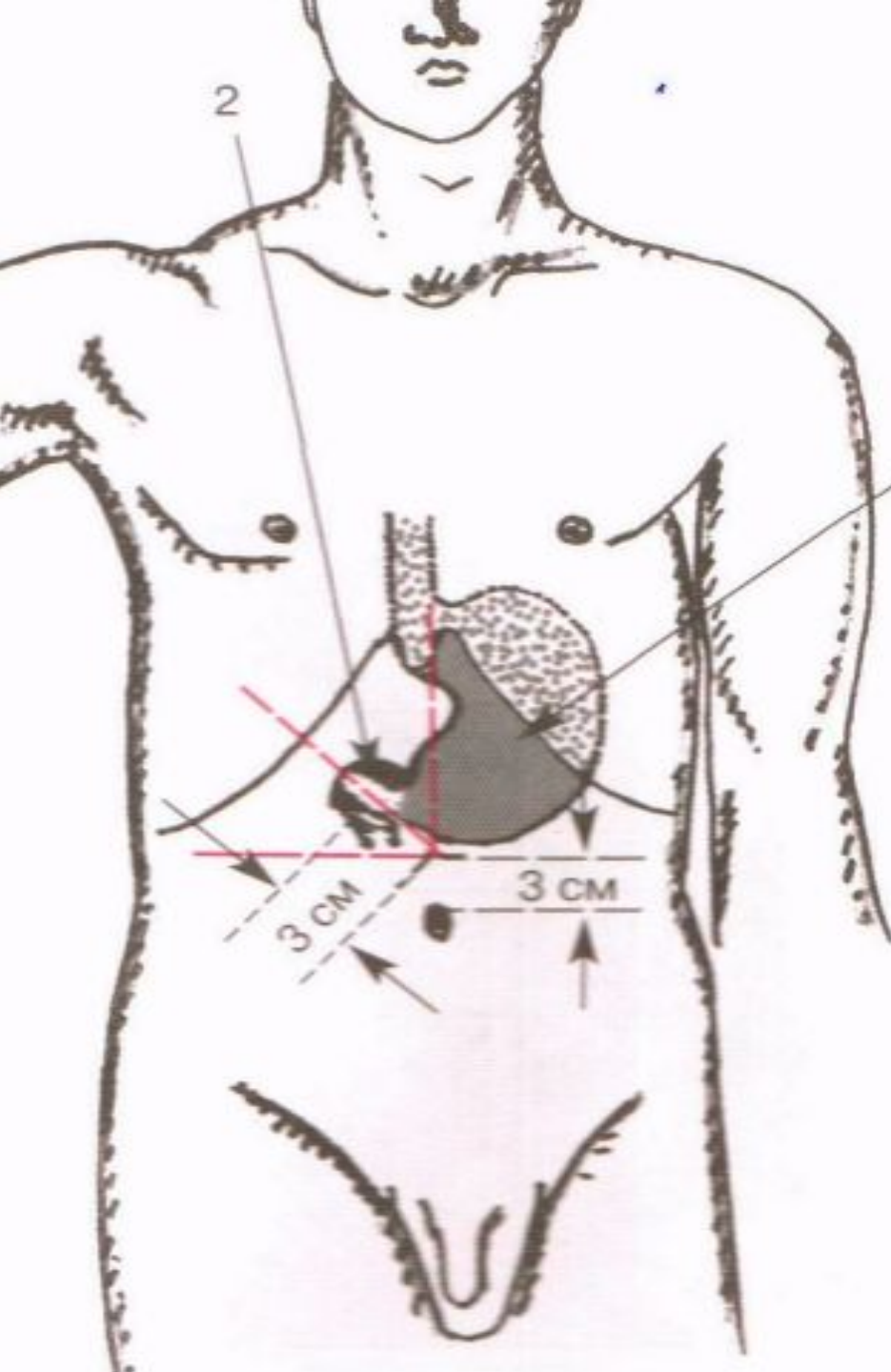


Схема расположения
привратника и
нахождения места его
проекции на переднюю
брюшную стенку
(по А.Шелагурову):
1 — желудок:
2 — привратник.



Пальпация привратника

I момент пальпации: полусогнутые пальцы правой руки устанавливают в области проекции привратника, справа от передней срединной линии и косо (под углом 45°), как это показано на рисунке.

II момент пальпации: во время вдоха кожу сдвигают вверх.

III момент пальпации: во время выдоха правую руку погружают в глубь живота.

IV момент пальпации: в конце выдоха скользят по привратнику книзу.

ДАННЫЕ ПАЛЬПАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА И ЖЕЛУДКА У ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

Отделы кишечника и желудка	Частота прощупывания органа	Характеристика органов
Сигмовидная кишка	более 90%	Гладкий, плотноватый, безболезненный легко смещаемый цилиндр, размером около 2,5—3,0 см. При пальпации урчание не определяется
Слепая кишка	80%	Кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, размером 3-5 см. Поверхность ее гладкая, при ее пальпации, выявляется урчание
Поперечная ободочная кишка	60-70%	Кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, легко и значительно смещается, не урчит. Нормальные размеры кишки — 5—6 см
Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки	45-50%	Кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластичного цилиндра размером 4—6 см, без урчания
Большая кривизна желудка	45-50%	Мягкий, гладкий, эластический валик, практически безболезненный
Привратник	20-25%	Привратник пальпируется в виде эластичного, косо расположенного безболезненного цилиндра, размером 2—2,5 см. Его консистенция периодически изменяется. Во

АУСКУЛЬТАЦИЯ

У здорового человека над
брюшной полостью
выслушиваются звуки
перистальтики кишечника.

В связи с этим отсутствие или
усиление их может иметь
диагностическое значение.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Изменение нормальной аускультативной картины может быть обусловлено:

- 1) физиологическим усилением перистальтики кишечника после приема пищи, особенно богатой растительной клетчаткой;
- 2) усилением перистальтики кишечника и громким урчанием при воспалении тонкого кишечника (**энтеритах**) различной этиологии;

АУСКУЛЬТАЦИЯ

- 3) усилением перистальтики и урчанием в начальных стадиях непроходимости кишечника (обычно на ограниченном участке выше стенозирования кишки);
- 4) умеренным ослаблением перистальтики кишечника у пациентов с атонией кишечника (например, у лиц пожилого и старческого возраста при атонических запорах);
- 5) резким ослаблением или даже отсутствием перистальтики кишечника («могильная тишина») у больных с перитонитом (в том числе, развившемся на фоне непроходимости кишечника).

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

- **Исследование желудочного сока.**
- Изучение моторной (двигательной) функции желудка – **электрогастрография**
- **Гастроскопия**
- **Биопсия слизистой желудка**
- **Эндоскопические методы исследования**