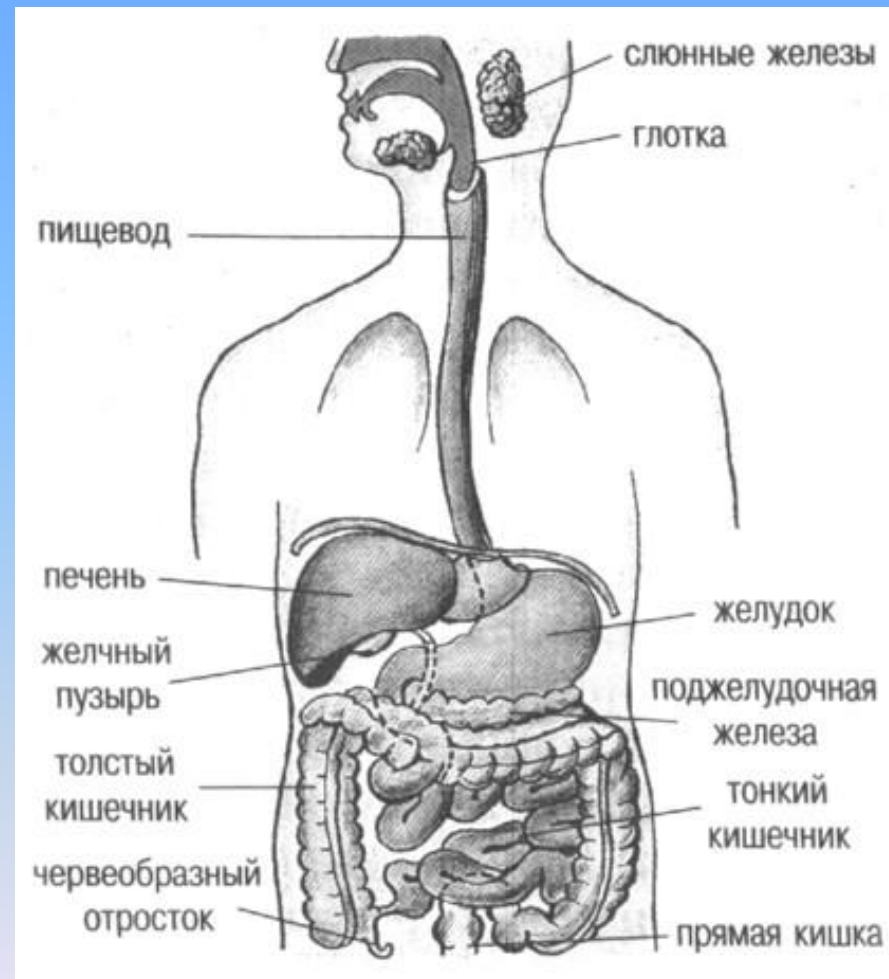


Методика исследования органов пищеварения

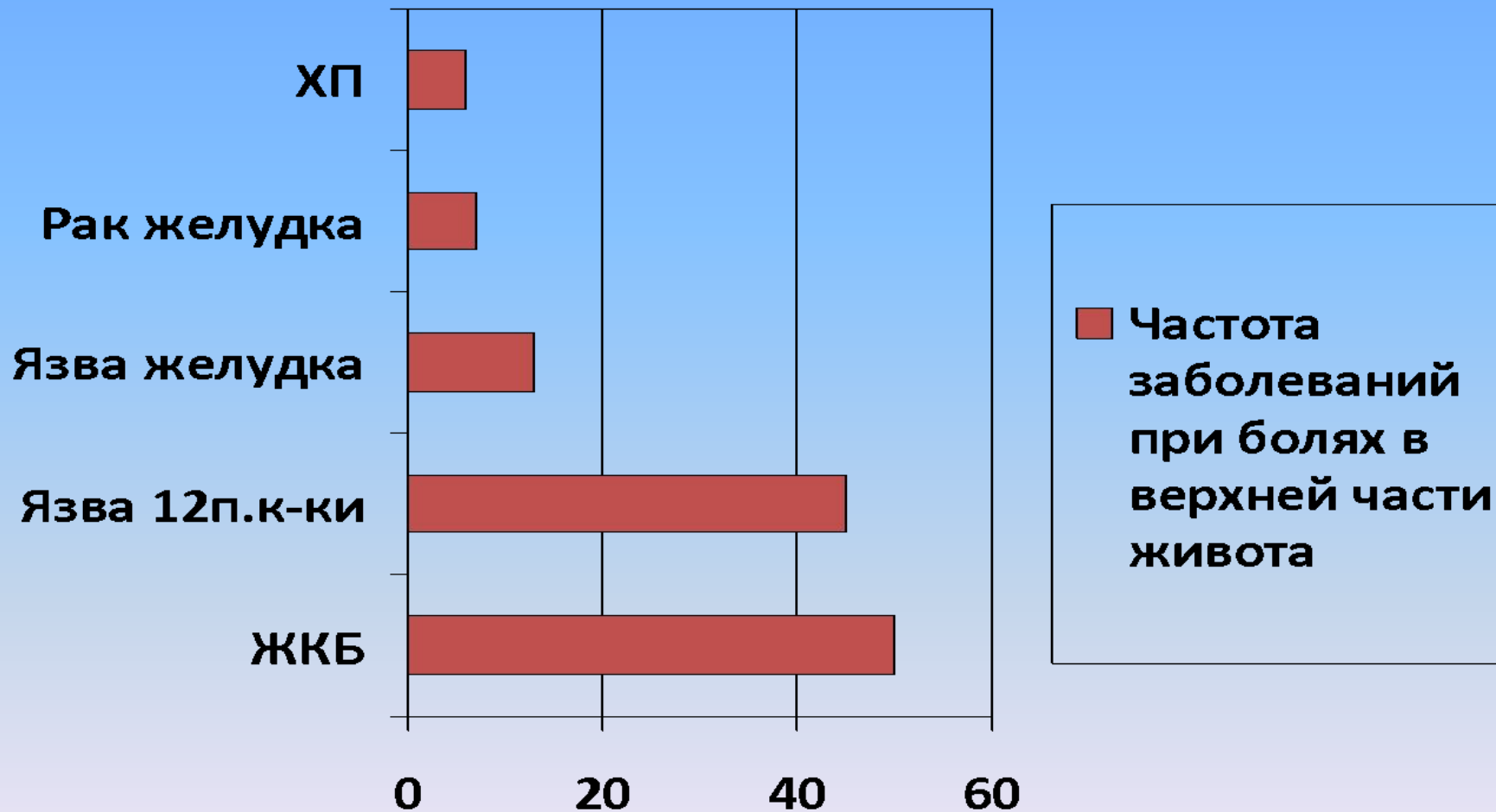
Лектор: доцент, к.м.
н Плакуев
Александр
Николаевич



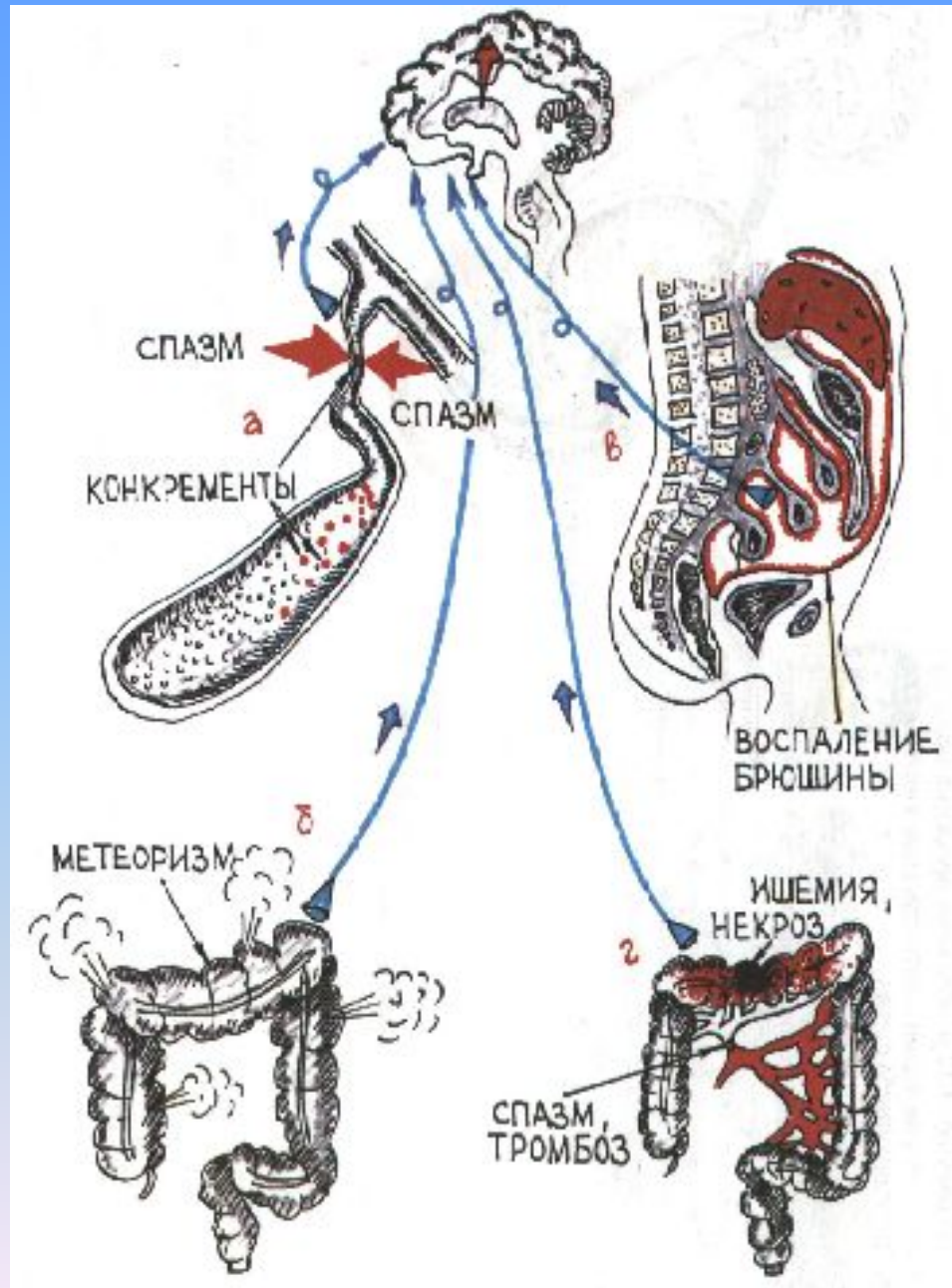
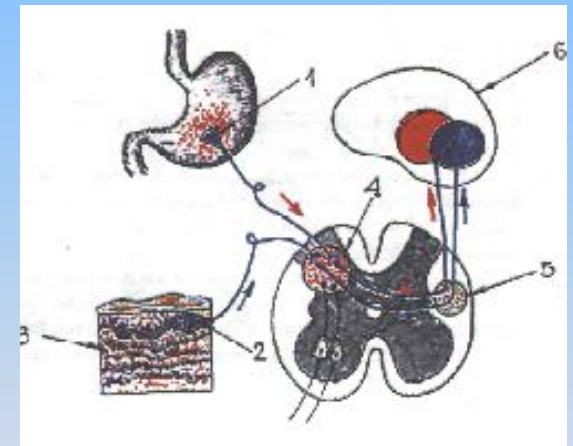
Вопросы лекции

1. Основные клинические синдромы и симптомы
2. Осмотр живота
3. Пальпация живота
4. Перкуссия и аускультация живота
5. Дополнительные методы исследования

Болевой синдром

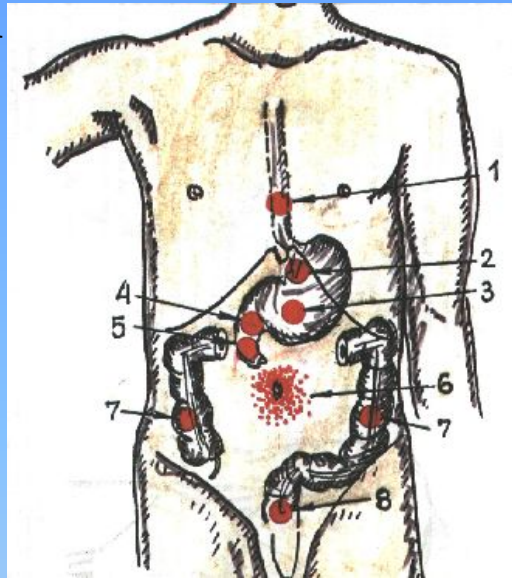


Болевой синдром



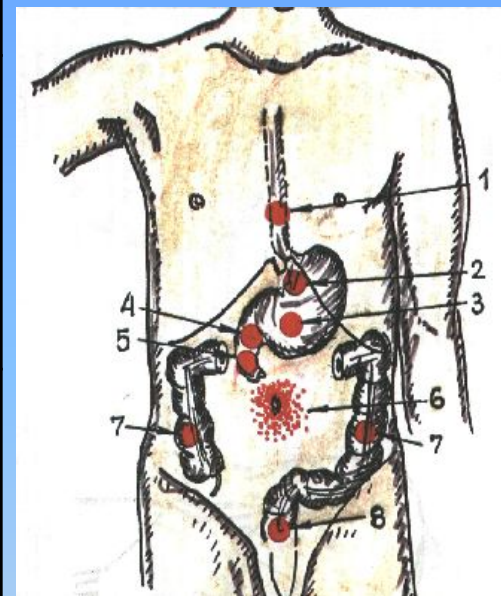
Локализация боли

Локализация	Заболевания
Правое подреберье	Печень Желчный пузырь, желчные пути Головка поджелудочной железы Двенадцатиперстная кишка Правая кривизна ободочной кишки Правая почка Правосторонний диафрагмальный плеврит
Левое подреберье	Желудок Поджелудочная железа Левая половина толстой кишки Селезенка Левая почка



Локализация боли

Локация	Заболевания
Эпигастрий	Заболевания пищевода Желудок Двенадцатиперстная кишка Поджелудочная железа
Правая нижняя часть живота	Аппендицит Слепая и ободочная кишка Конечный отрезок подвзд. к-ки Правая почка Половые органы
Левая нижняя часть живота	Сигмовидная и ободочная кишка Конечный отрезок подвзд. к-ки Левая почка Половые органы
Околопупочная* область	Тонкая кишка Поперечная ободочная кишка



Характер боли

- **Жжение** (раздражение вследствие повышенной кислотности)
- **Давление** - перерастяжение полых органов (метеоризм, задержка стула) или капсулы паренхиматозных органов
- **Режущие боли** (спастические сокращения гладкой мускулатуры полых органов)
- **Пронизывающие боли** – пенетрирующие язвы, рак, панкреатит
- **Ноющие боли** – гастрит, язвенная болезнь

Особенности болей в животе

Интенсивность

- умеренные (при хроническом гастрите, язвенной болезни)
- сильные (при желчной колике, перфоративной язве - «кинжальная боль»), сопровождаются повышенным потоотделением, бледностью, беспокойством

Особенности болей в животе

Связь боли с приемом пищи

ранние:

во время еды - при поражении кардиального отдела желудка

через 30-40 мин - при ЯБ тела желудка

поздние – через 1,5-3 часа при ЯБ антрального отдела желудка

голодные – через 4-6 часов и ночные – с 11 вечера до 3 ночи – при ЯБ 12-перстной кишки

Особенности болей в животе

Периодичность

- приступообразные (при спазме гладкой мускулатуры желчевыводящих путей при ЖКБ)
- периодические в определенное время суток (голодные и ночные при язвенной болезни)
- периодические в определенное время года (весенне-осенняя сезонность при язвенной болезни)
- постоянные при раке желудка

Дисфагия

– нарушение акта глотания и прохождения пищи по пищеводу

Функциональная (спазм пищевода у неврастеников) – твердая пища без затруднений, жидкая с трудом

Органическая – затрудняется прохождение сначала твердой, затем жидкой

- стенозы и рак пищевода
- повреждение гортанного и блуждающего нервов (травмы и операции)
- *- последствия инсультов

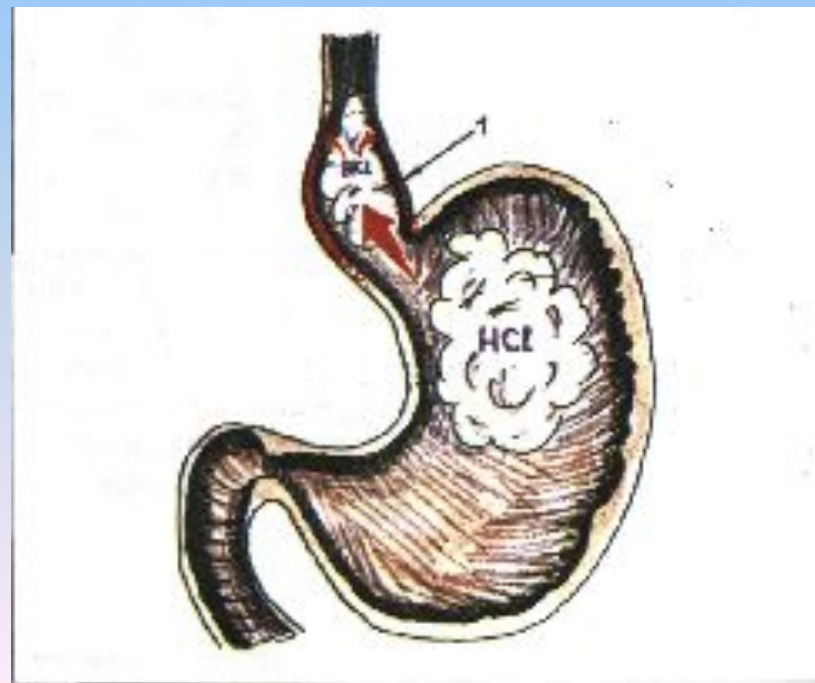
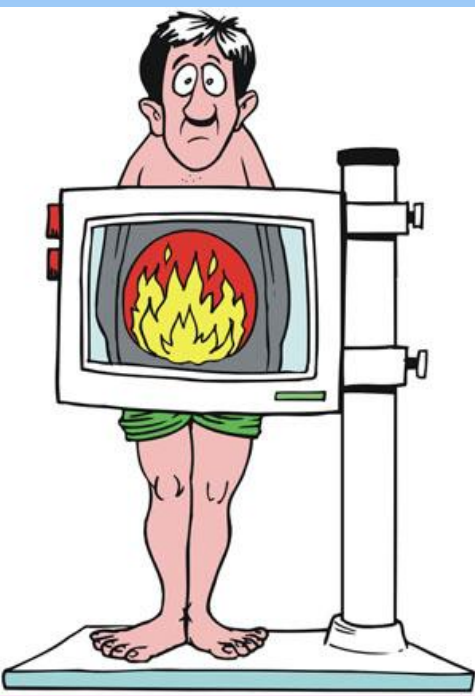
Желудочная диспепсия

- Изжога
- Отрыжка
- Тошнота
- Рвота
- Изменения аппетита
- Извращение вкуса

Изжога - ощущение жжения за грудиной или в эпигастрии

- забрасывание содержимого желудка в пищевод вследствие:

- 1) нарушения моторики желудка
- 2) нарушения функции сфинктера кардии
- 3) повышенной секреции желудка



Отрыжка

Отрыжка воздухом – признак заглатывания воздуха

Отрыжка «тухлым яйцом» - при длительной задержке пищи в желудке или при гипоацидных состояниях

Отрыжка кислым – при гиперацидных состояниях



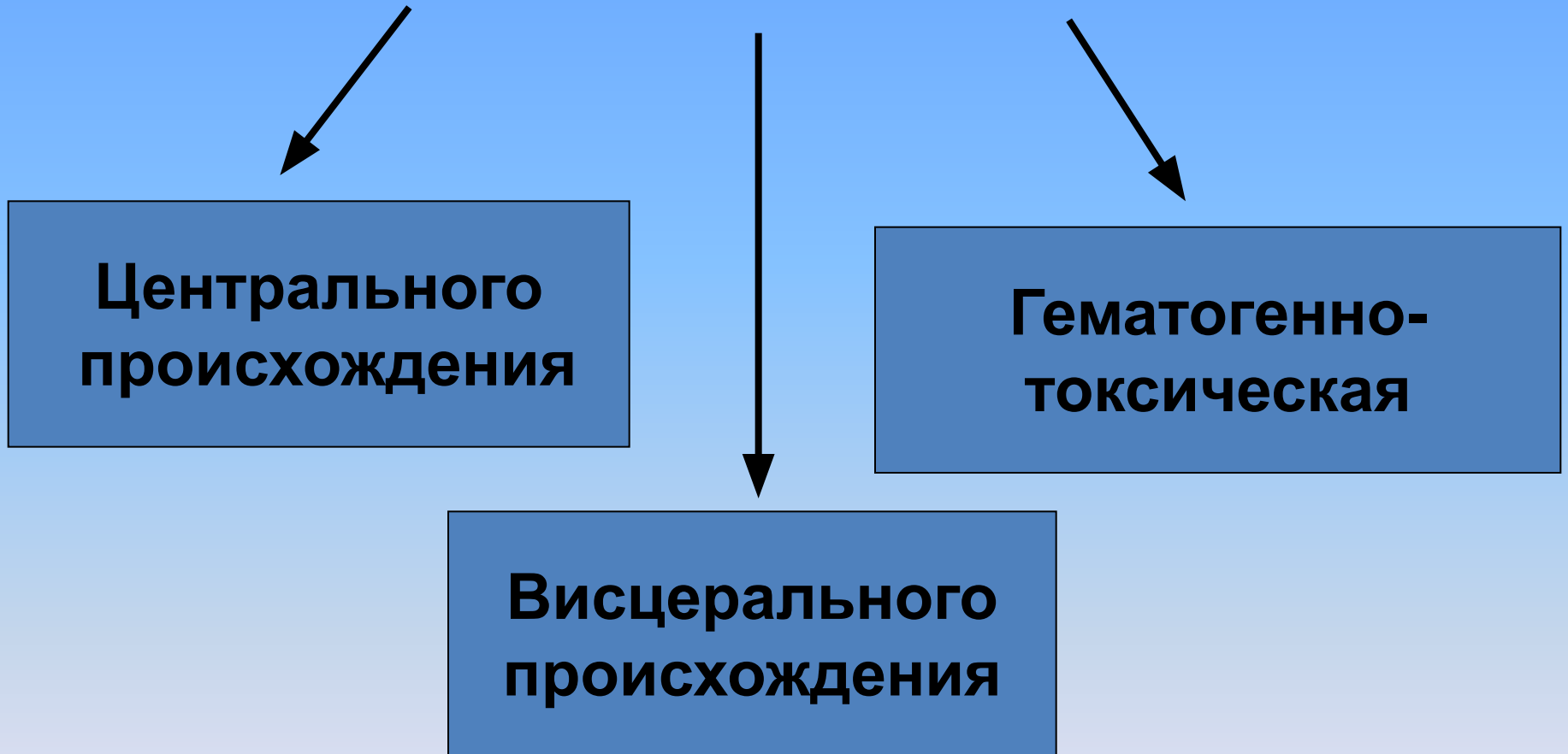
Жалобы

Тошнота - тягостное чувство давления в подложечной области (сопровождается вегетативными расстройствами)

- при сниженной секреторной функции желудка
- при опухолях и гастритах
- при холециститах и гепатитах



Рвота



Рвота центрального происхождения

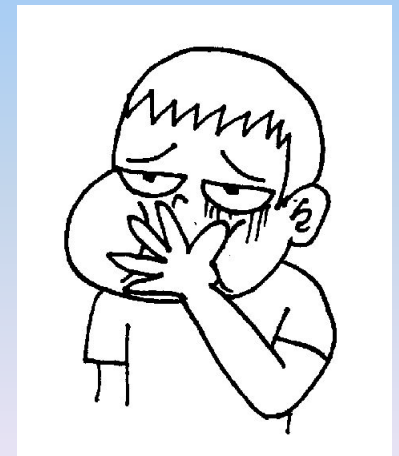
1. Возникает обычно без предшествующей тошноты
2. Не связана с приемом пищи
3. Сочетается, как правило, с головными болями
4. По количеству скудная и не приносит больным заметного облегчения

Гематогенно-токсическая рвота

1. Признаки тяжелой интоксикации - обезвоживание, коматозное состояние и др.
2. Рвота без предшествующей тошноты, приносит незначительное облегчение

Рвота висцерального происхождения

- Желудочная рвота (гастриты, язвенная болезнь, рак, непроходимость привратника, отравление щелочами и кислотами, недоброкачественная пища, пищевая аллергия)
- Облегчение состояния больного после рвоты
- Предшествует тошнота



Рвота

Время ее возникновения

Утренняя рвота слизью, натощак перед завтраком

- при хроническом гастрите с повышенной секрецией
- при хроническом алкоголизме

Во время или сразу после приема пищи – при остром гастрите, опухоли или язве кардиального отдела желудка

Появление рвоты через ½ - 1 ч после еды может свидетельствовать об органическом процессе в области тела желудка

Более поздняя рвота наблюдается при дуоденальных язвах, а также при поражении пилорического канала

Рвота

- Объем рвотных масс (до нескольких литров при стенозе привратника)
- Цвет
- Запах
- Консистенция

Рвота

- **Реакция** (кислая при гиперхлоргидрии, нейтральная при гипохлоргидрии, щелочная при стенозе привратника)
- **Характер** остатков пищи и патологических примесей (рвота пищей, съеденной накануне при стенозе привратника, желчь при дуодено-гастральном рефлюксе)

Рвота

- Дегидратация
- Гиповолемия
- Электролитные сдвиги
- Нарушения сердечной деятельности
- Нарушения функции почек

Кишечная диспепсия

Чувство распирания в животе – повышенное скопление газов в толстой кишке (метеоризм)

Урчание в животе – усиленная моторика

Диарея – частый жидкий стул (чаще 2 раз в сутки)

Запор - редкая дефекация – 1 раз в 2 дня
(расстройство кишечной моторики, наличие препятствий к нормальному продвижению содержимого кишечника)

Расстройства аппетита

Понижение аппетита при снижении секреции и кислотности желудка, нервно-психической анорексии

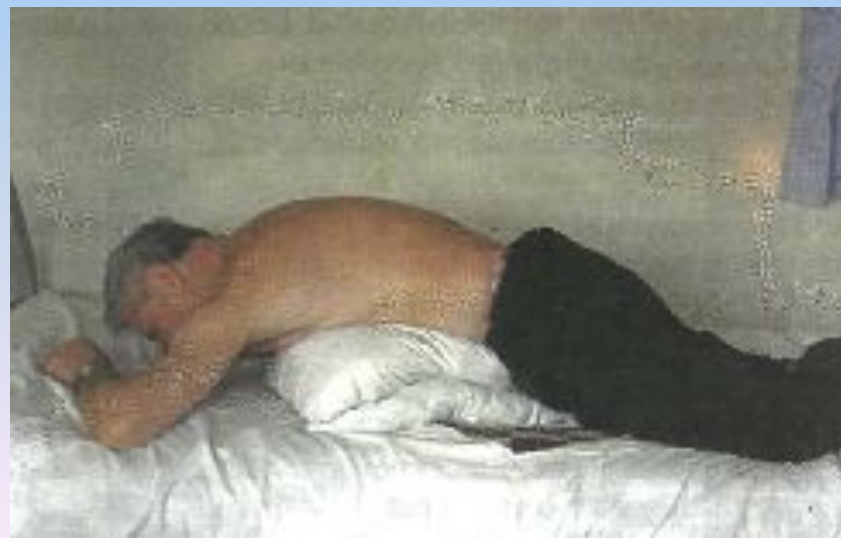
Усиление аппетита нередко наблюдается у больных ЯБ ДПК (повышенное кислотообразование), нервно-психическая булимия

Извращение аппетита (отвращение к мясу) - выявляют при раке желудка

Кровотечение из ЖКТ

- haematemesis – кровавая рвота
- Рвота с алой кровью при синдроме Мэлори-Вейса или раке желудка
- Рвота «кофейной гущей» при кровотечении из язвы
- Кровь темного цвета из расширенных вен пищевода при портальной гипертензии (массивное кровотечение)
- Черный кал (мелена) – верхние отделы ЖКТ
- Алая кровь в кале (гематоксезис) – нижние отделы ЖКТ
- Темная кровь в кале - геморрой

Общий осмотр



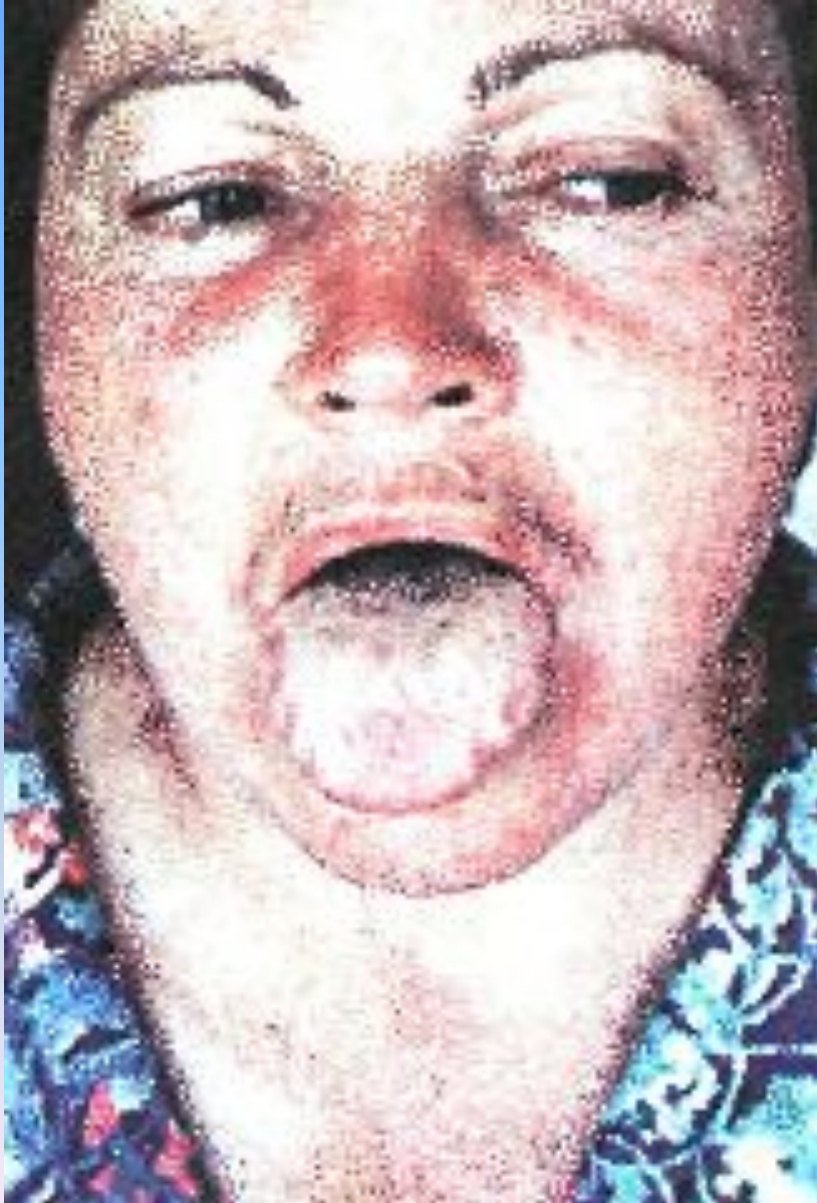
Осмотр полости рта



Кариес
Недостаток зубов
Стоматит



Осмотр языка



Форму и размеры,
влажность и состояние
эпителия, налет

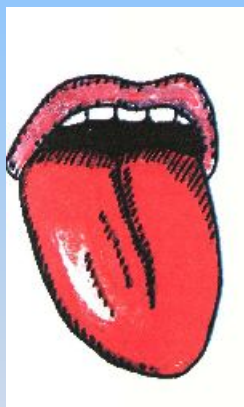
Увеличение языка с
отпечатками зубов – при
гипотиреозе

Сухость языка - симптом,
характерный для
обезвоживания, уремии,
тяжелых лихорадочных
состояний, разлитого
перитонита

Осмотр языка

Вкусовые сосочки

- верхушка – сладкое
- корень – горькое
- боковые отделы – кислое и соленое



Атрофический «лакированный» язык

- при V_{12} -дефицитной анемии, атрофическом гастрите и раке желудка

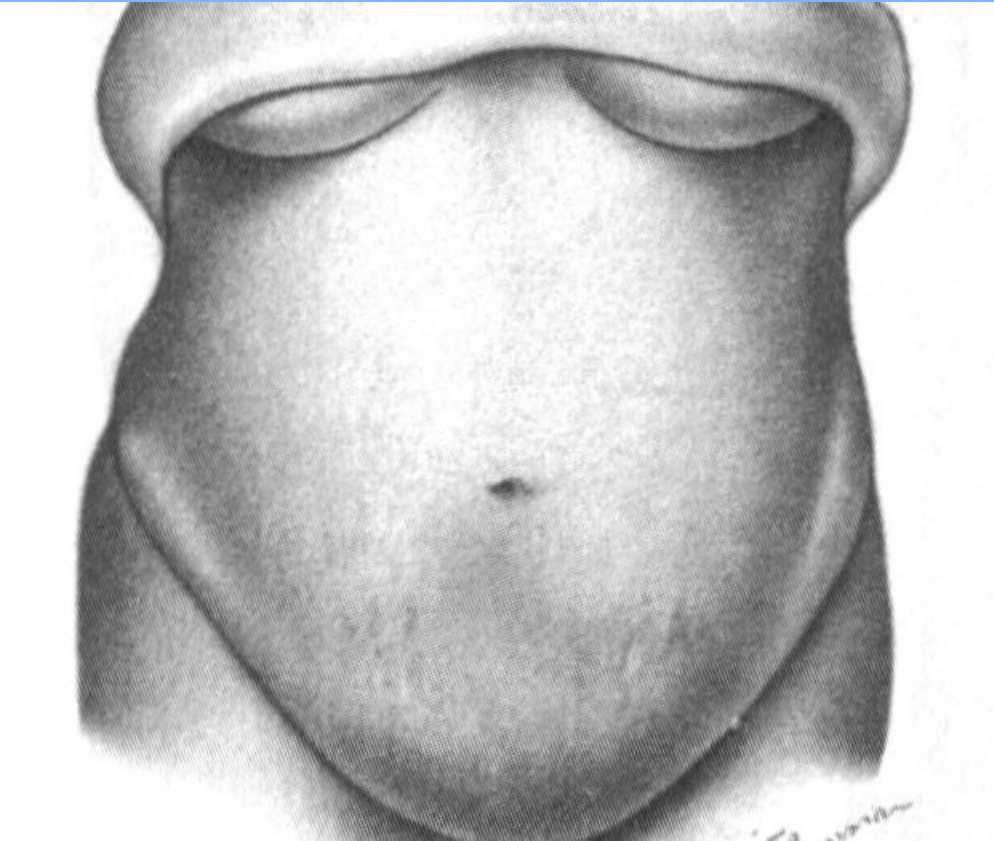
Обложенный серо-белым налетом с неприятным запахом – заболевания желудка, кишечника, печени

Осмотр живота

Увеличение живота

- Ожирение
- Метеоризм
- Асцит

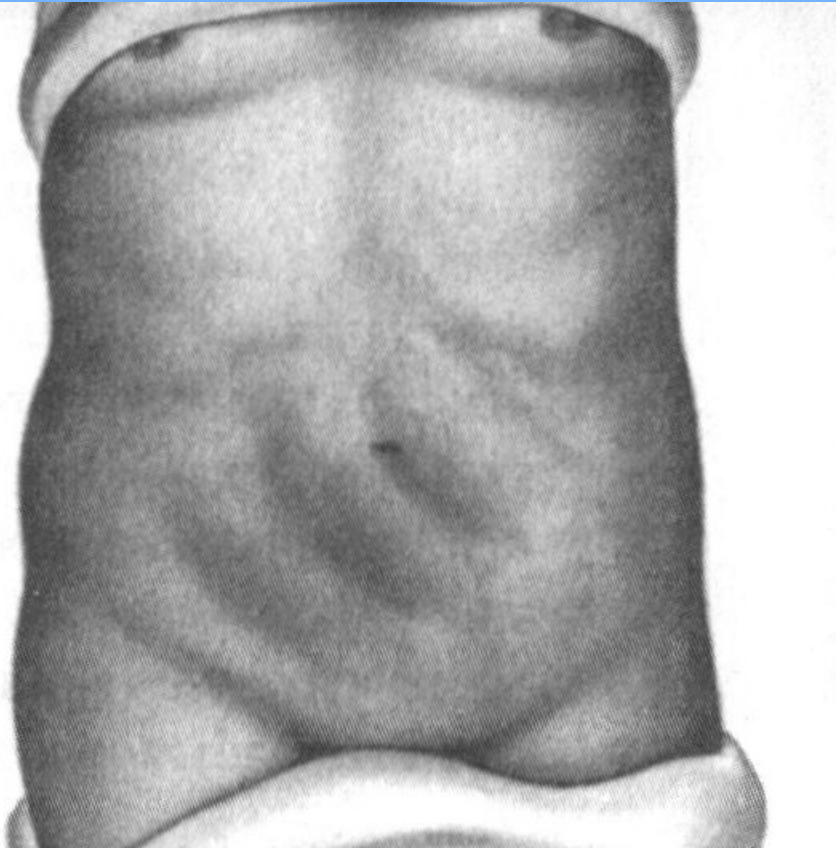
Осмотр живота при ожирении



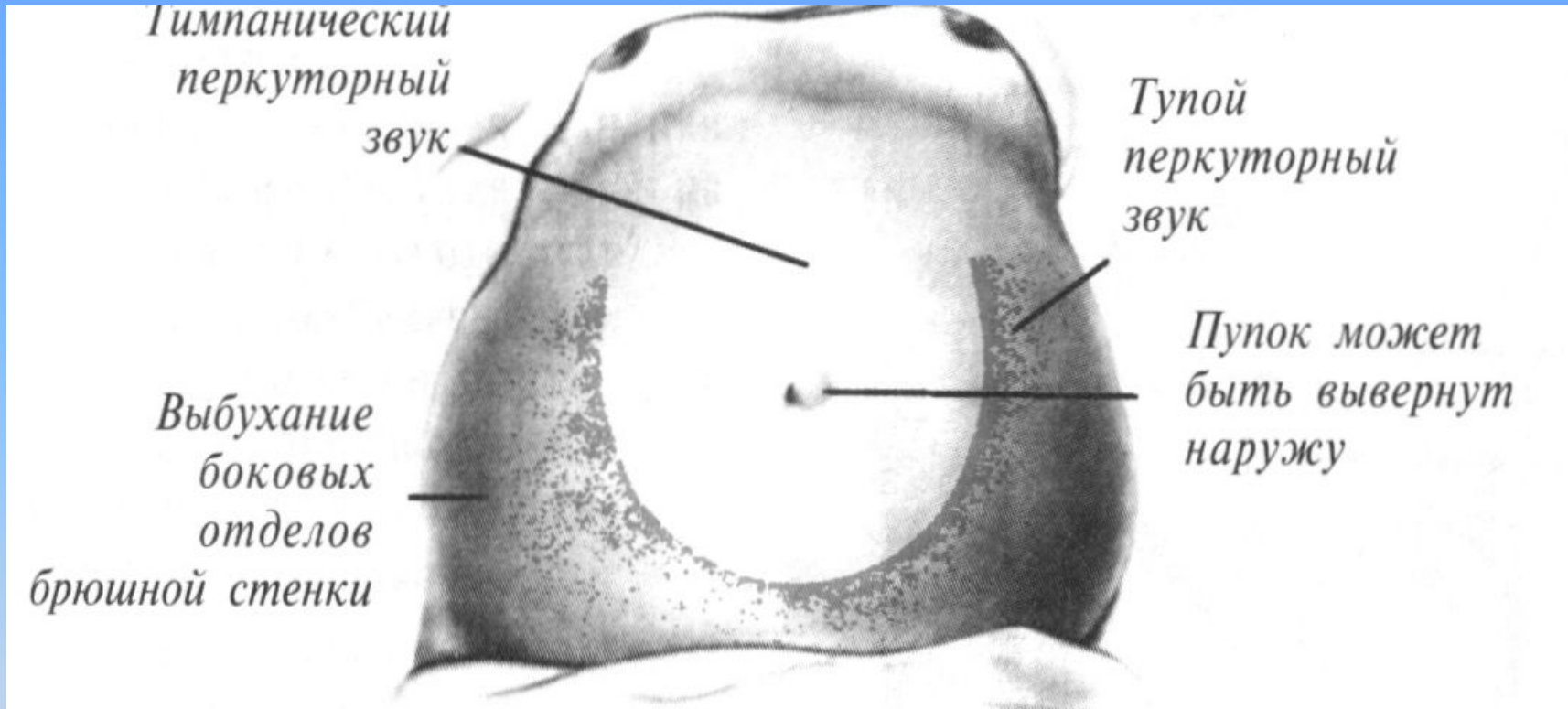
- в горизонтальном положении (равномерно распределен)
- в вертикальном (обвислый живот)
- равномерно участвует в дыхании
- пупок втянут.

Осмотр живота при метеоризме

- равномерное, часто напряженное вздутие живота
- форма не меняется при перемене положения
- пупок втянут



Осмотр живота при асците



- форма живота в положении стоя – отвислая
- на спине – «лягушачья»
- пупок выпячен наружу

*

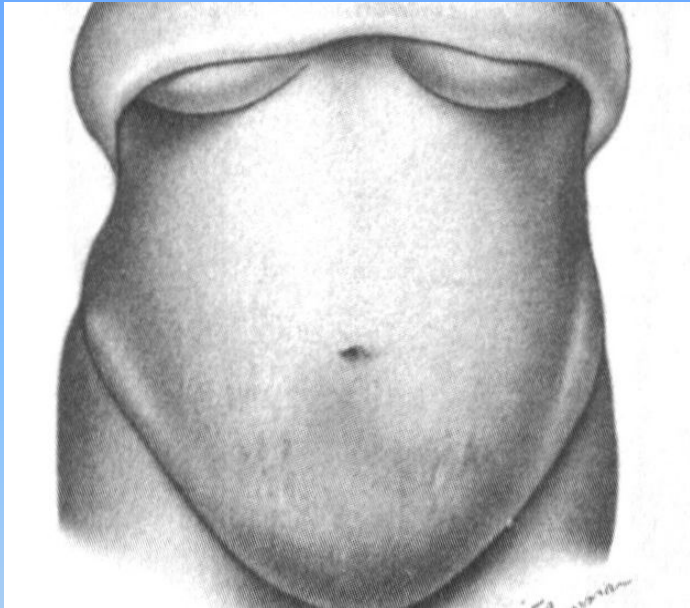
Осмотр живота



- грыжи различной локализации (при натуживании больного)
- «голова Медузы» (портокавальные анастомозы) при синдроме портальной гипертензии



Стрии



- окрашены в белый цвет (striae gravidarum, ожирение, асцит, метеоризм) в одном направлении
- багрово-синюшные стрии хаотичной направленности являются одним из характерных симптомов гиперкортицизма

Участие живота в акте дыхания

Полное отсутствие – перитонит

Локальное ограничение – ограниченный перитонит
(выраженное воспаление какого-либо отдела ЖКТ)

Видимая перистальтика свидетельствует о развитии препятствия (локальный спазм, кисты, опухоли, стриктуры) для продвижения кишечного содержимого

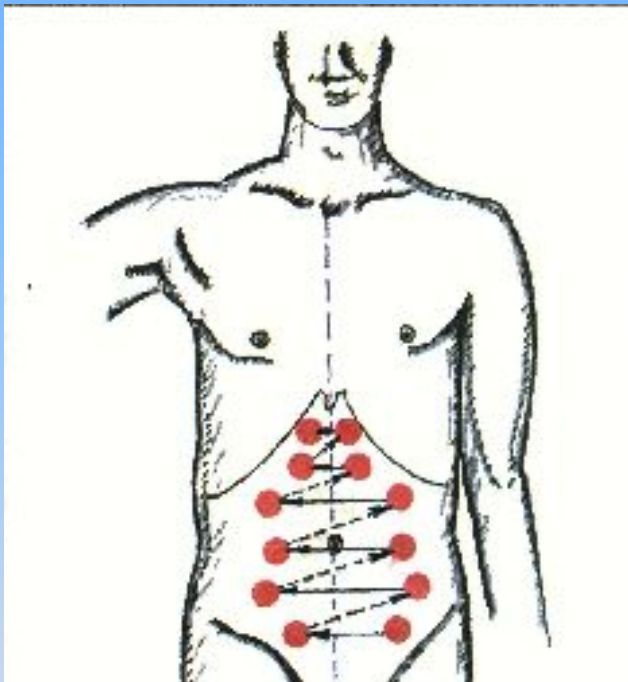
Поверхностная пальпация живота



- 1) резистентность и напряжение брюшной стенки
- 2) болезненность
- 3) перитонеальные симптомы
- 4) грыжи
- 5) подкожные образования (фибролипомы, нейрофибромы)

Поверхностная пальпация живота

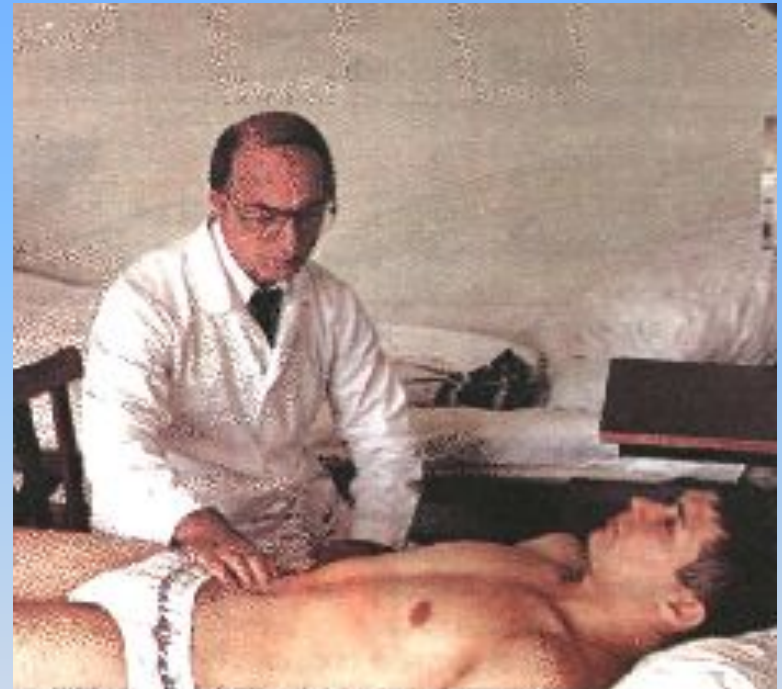
- легкие надавливания на симметричные участки живота
- начиная с **левой** паховой области и заканчивая эпиастральной



Если пациент предъявляет жалобы на боли определенной локализации, то данная область исследуется в последнюю очередь.

Глубокая пальпация живота

- Величина
- Расположение
- Подвижность
- Наличие болезненности
- Интраабдоминальные патологические образования (кисты, опухоли, инфильтраты)



Глубокая пальпация живота

- сигмовидная кишка (2,5-3 см, гладкая, плотноватая, не урчит)
- слепая кишка (3-5 см, гладкая, эластичная, урчит)
- восходящая часть ободочной кишки и нисходящая часть ободочной кишки (4-6 см, толстая, эластичная, не урчит)
- поперечная ободочная кишка (5-6 см, эластичная, не урчит)
- желудок (мягкий, гладкий, эластичный), привратник (2-2,5 см, эластичный, писк)
- печень, селезенка, поджелудочная железа

Глубокая пальпация живота



- 1) постановка руки врача (параллельно пальпируемому отрезку кишки)
- 2) формирование кожной складки по направлению к пупку (во избежание перерастяжения кожи)

Глубокая пальпация живота



- 3) погружение пальцев руки вглубь живота практически до задней брюшной стенки на выдохе
- 4) скольжение пальцев руки по передней поверхности кишки

Асцит



Врач пальцами правой
рукой наносит толчки

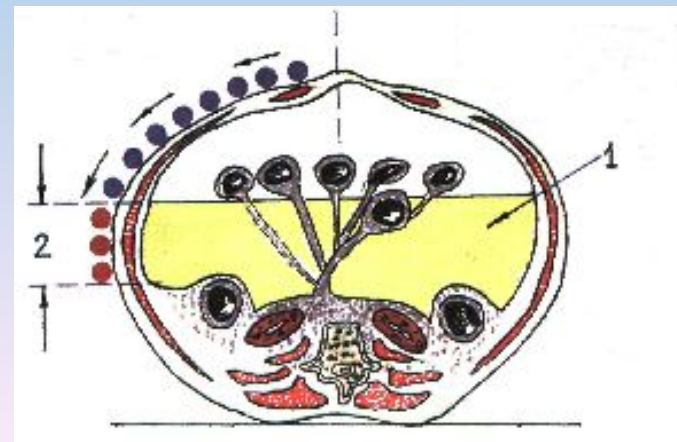
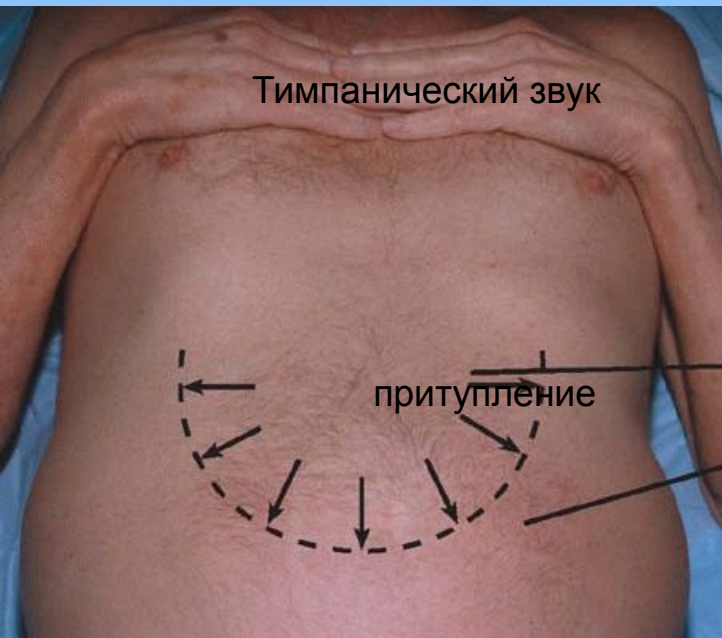
Левой ладонью ощущает
колебания при асците

Перкуссия

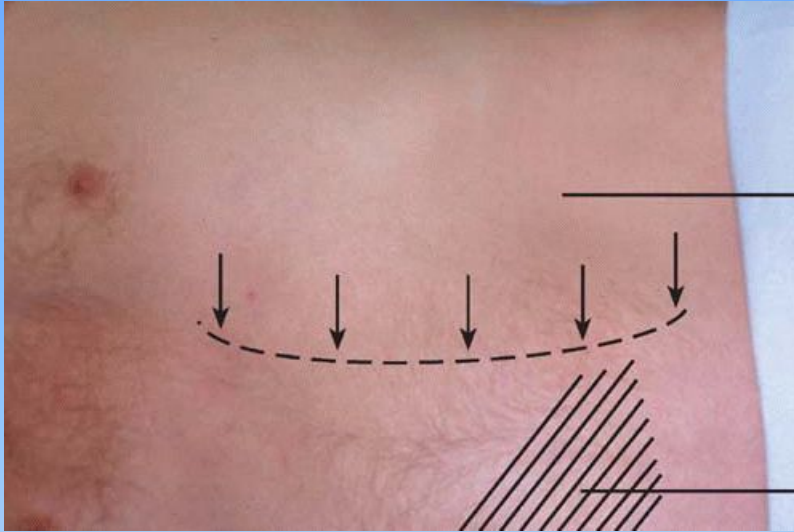
- У здорового человека - тимпанический звук
- Над кишечником он обычно более высокий, чем над желудком

Перкуссия

- У здорового человека - тимпанический звук
- Над кишечником он обычно более высокий, чем над желудком
- не менее 1,5-2 литров асцитической жидкости
- притуплением перкуторного звука в отлогих местах живота

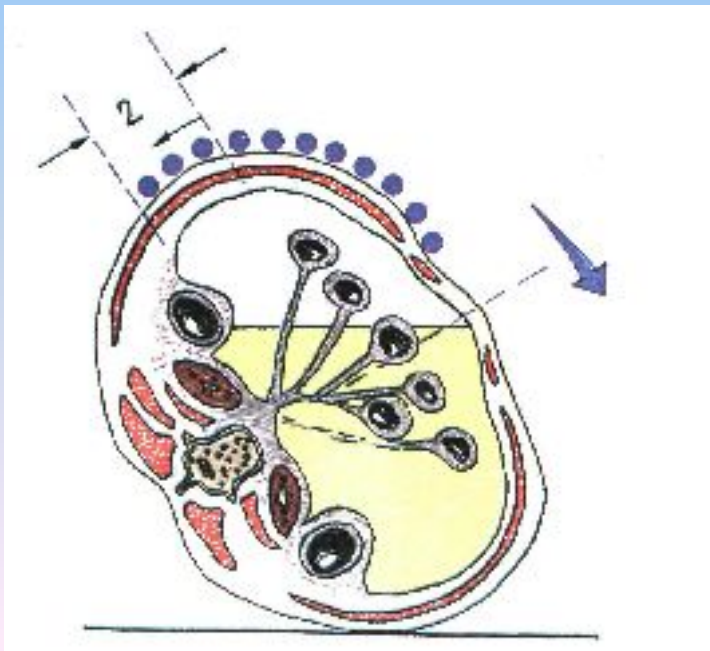


Перкуссия

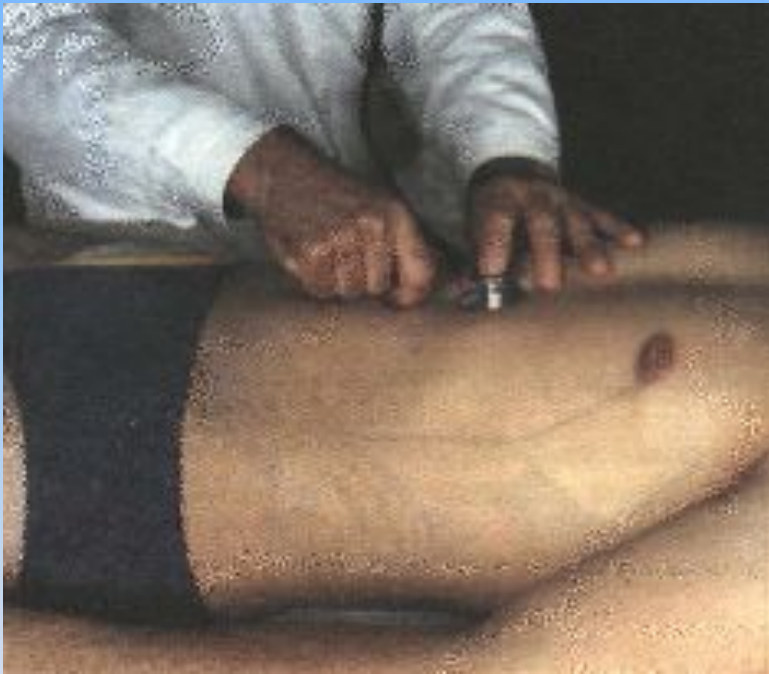


При изменении положения тела больного свободная жидкость перемещается

Изменяется локализация зон тупого звука и тимпанита



Пальпаторная аускультация при определении нижней границы желудка



- Фонендоскоп чуть ниже пространства Траубе (левее срединной линии тела и на 3-4 см выше пупка)
- Производят легкие трущие движения в горизонтальном направлении вниз
- Положение нижней границы желудка определяется по исчезновению шума

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Исследование желудочной секреции

Процедуру начинают с извлечения желудочного сока натошак

После этого продолжают исследование, извлекая еще четыре 15-минутные порции

Это так называемая базальная секреция, которая происходит в ответ на механическое раздражение стенки желудка зондом

Исследование желудочной секреции

После получения четвертой порции базальной секреции (т.е. через 60 мин) больному вводят стимулятор секреции – гистамин

Дозу гистамина рассчитывают, исходя из массы тела больного (0,01 мг/кг гистамина гидрохлорида)

После введения гистамина желудочный сок собирают в течение 1 ч, обычно также с 15-минутными интервалами

Также вычисляют дебит-час (продукцию соляной кислоты за 1 час): количество желудочного сока (мл) умножаем на свободную соляную кислоту (ммоль/л) и делим на 1000

Исследование желудочной секреции (Фишзон-Рысс Ю.И., 1972)

Показатели	Натошак	Базальная секреция	Субмаксимальная секреция
Объем желудочного сока, мл	50-100	50-100	100-140
Общая кислотность, ммоль/л	До 20	40-60	80-100
Свободная кислота, ммоль/л	0-10	20-40	65-85
Дебит-час свободной соляной кислоты	-	1-4	8-12

Исследование желудочной секреции

Гистамин применяют для дифференциальной диагностики органической ахлоргидрии от функциональной.

Если после стимуляции гистамином в желудочном соке обнаруживают соляную кислоту, то ахлоргидрия расценивается функциональной.

Внутрижелудочная рН-метрия

- определяется концентрация водородных (H^+) ионов в просвете желудочно-кишечного тракта на разных уровнях
- внутрижелудочная рН-метрия обеспечивает более точную информацию (удаление желудочного сока приводит к рефлексорному повышению его продукции и завышает цифры кислотности)

Оценка рН-метрических данных

Интерпретация	рН кардия	рН антрум
Норма	1,6-2,0	больше 2,5
<i>Примечание.</i> В норме разница рН антрального и кардиального отделов должна быть не менее 1,5-2 единиц.		
Нарушение ощелачивания		< 2,5
Гиперацидность	<1,6	
«Кислый желудок»	<1,2	< 2,5
Гипоацидность	2-5	
Ахлоргидрия	>6,0	

Инструментальные методы

ФГДС

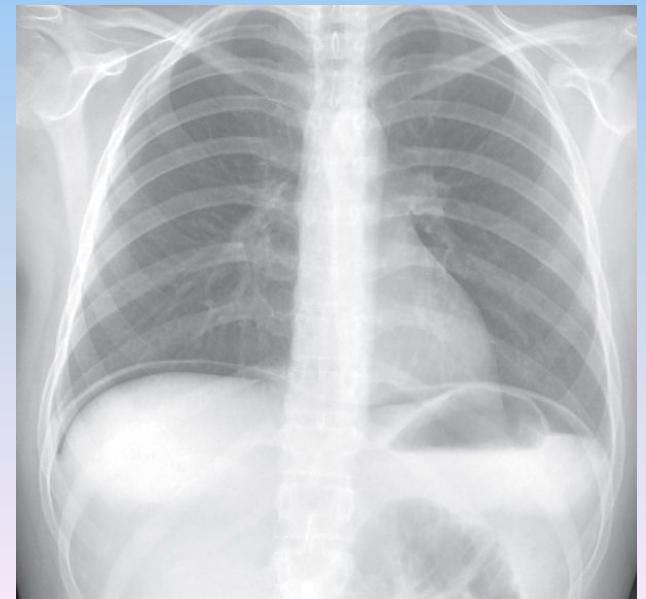
- осмотр слизистой оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки
- биопсия из пораженного участка
- лечебные манипуляции: расширение (бужирование) пищевода, электрокоагуляция кровоточащего сосуда, склеротерапия или лигирование варикозно расширенных вен пищевода

Инструментальные методы

Колоноскопия проводится с помощью специального гибкого колоноскопа длиной до 190 см.

Обзорная рентгенография брюшной полости

- кишечная непроходимость
- перфорация



Рентгеноконтрастное исследование

Рентгенография пищевода

- при ахалазии кардии
- стриктурах пищевода
- диафрагмальных грыжах

Ирригоскопия

- Положение
- Форма
- Состояние ее просвета и выраженность гаустр
- Рельеф слизистой оболочки

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

- для оценки состояния печени, желчного пузыря, вне- и внутрипеченочных желчных протоков, поджелудочной железы, селезенки, почек, крупных сосудов

Можно диагностировать объекты, размер которых составляет 3 мм и более

УЗИ также широко используется как способ контроля при проведении биопсии печени и объемных образований брюшной полости

Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография

- обнаружить более мелкие образования (1 мм)
- выявить очаги, которые незначительно отличаются по плотности от соседних органов
- изучить состояние лимфатических узлов