

**АОУ СПО ТО ТМК
ОТДЕЛЕНИЕ «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»
ДИСЦИПЛИНА «ПРОПЕДЕВТИКА
КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН
(ТЕРАПИЯ)»**

**ЛЕКЦИЯ
ТЕМА «МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
СИСТЕМЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ»**

Цель лекции:

- Осветить основные положения диагностики заболеваний органов пищеварения

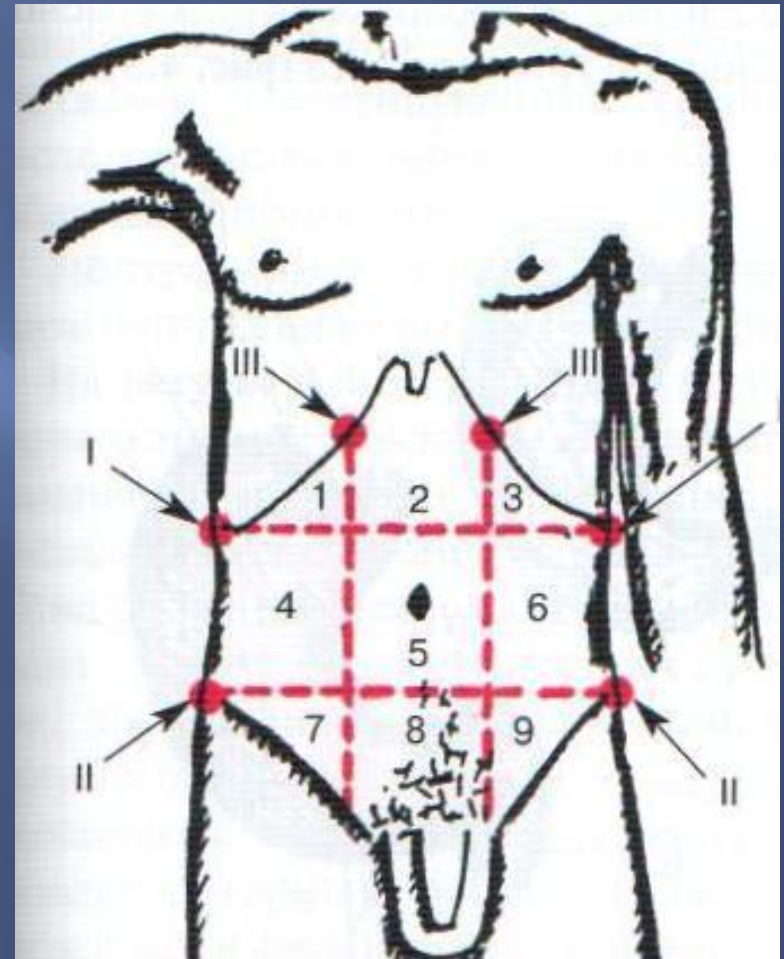
План лекции

- Жалобы
- Сбор анамнеза
- Осмотр
- Пальпация
- Перкуссия
- Аускультация

Основные жалобы больных с заболеваниями органов пищеварения

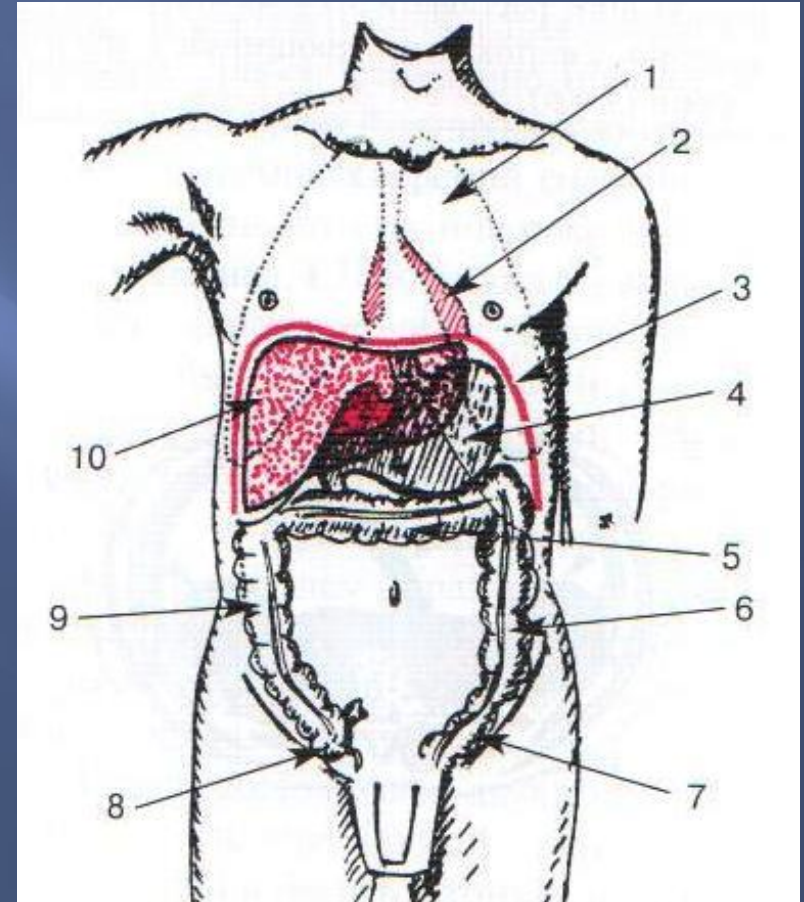
Области живота

1. Правое подреберье
2. Эпигастральная область
3. Левое подреберье
4. Правый фланк
5. Пупочная область
6. Левый фланк
7. Правая подвздошная область
8. Надлобковая область
9. Левая подвздошная область



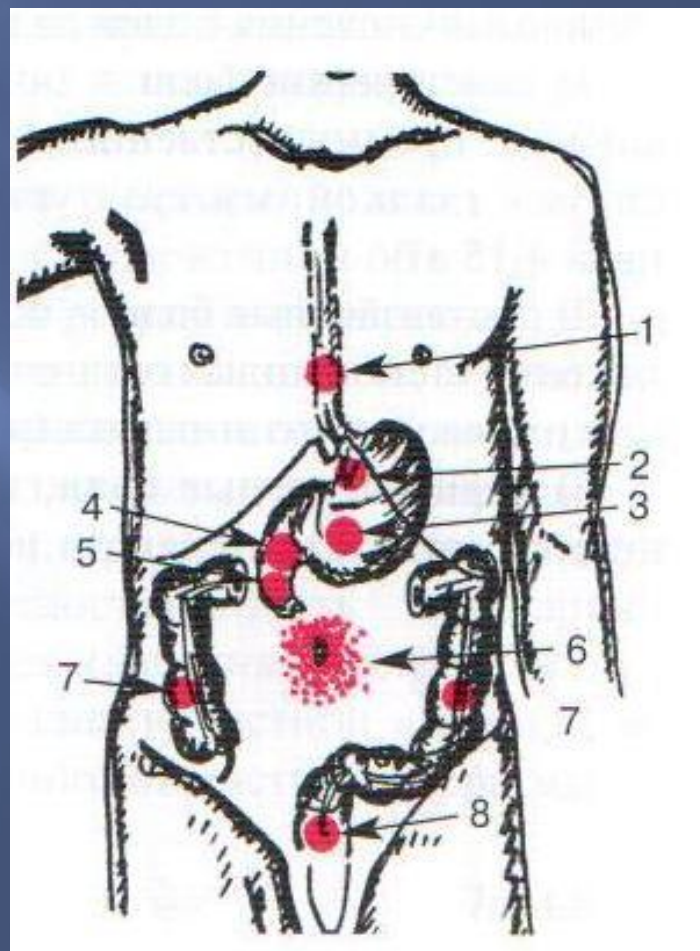
Топография органов брюшной полости

1. Легкое
2. 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



Локализация боли

1. Пищевод
2. Субкардиальный отдел желудка
3. Тело желудка
4. Пилорический отдел желудка
5. Двенадцатиперстная кишка
6. Тонкий кишечник
7. Ободочная кишка
8. Прямая кишка



Жалобы

- Изжога – ощущение жжения за грудиной и в эпигастральной области, возникающее в результате забрасывания желудочного содержимого в пищевод и раздражения слизиной оболочки пищевода кислым желудочным содержимым
- Причины:
 1. Недостаточность кардиального сфинктера (язвенная болезнь желудка, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
 2. Гипермоторика желудка (язвенная болезнь, употребление большого количества пищи);
 3. Повышение кислотности желудочного сока (язвенная болезнь)

Тошнота -

неприятное тягостное ощущение давления в эпигастральной области, часто сопровождающееся общей слабостью, головокружением, повышенным потоотделением. Связано с раздражением блуждающего нерва. Часто предшествует рвоте.

Причины:

Заболевания желудка (гастрит, язвенная болезнь, рак желудка)

Заболевания желчевыводящей системы (холецистит, желчекаменная болезнь, панкреатит)

Заболевания печени (гепатиты)

Интоксикации

Расстройства мозгового кровообращения

Рвота -

сложнорефлекторный акт, в результате которого содержимое желудка извергается наружу. Обусловлена раздражением рвотного центра.

■ Причины:

- 1.
2. Патологические процессы в головном мозге :
инсульт, отек мозга, повышение внутричерепного давления при гипертоническом кризе или травмах головного мозга;
3. Токсическое воздействие непосредственно на рвотный центр (уремия, печеночная недостаточность, диабетическая кома, беременность и др.)

Особенности рвоты

- Желудочная рвота обычно обильная, возникает на высоте пищеварения (через 0,5-1,5 ч после еды). Ей, как правило, предшествует тошнота. После рвоты наступает облегчение: уменьшаются тошнота, боли.
- Рефлекторная рвота, обусловленная поражением других внутренних органов, необильная, чаще возникает внезапно, без предшествующей тошноты. Рвота не приносит облегчения
- Рвота центрального генеза нередко возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружение, повышение АД), чаще появляется без предшествующей тошноты и не приносит облегчения

Нарушения стула

- ▣ Запоры
- ▣ Поносы



Запор -

длительная задержка кала в кишечнике,
обусловленная замедлением его перистальтики,
механическими препятствиями в кишечнике и

Спастические	Атонические	Органические
Возникают в результате спазма гладкой мускулатуры кишечной стенки	Связаны с понижением тонуса мускулатуры кишечника	Обусловлены механическими препятствиями для продвижения каловых масс по кишечнику
Причины: колиты, - синдром раздраженной кишки, - язвенная болезнь, - холециститы, - геморрой, отравления ртутью, свинцом, психогенные факторы	Причины: скудное питание, прием легкоусвояемой, бедной растительной клетчаткой пищи, - неправильный ритм питания, пожилой возраст, - малоподвижный образ жизни , постельный режим, злоупотребление слабительными, антацидами, холинолитиками	Причины: - опухоли кишечника, - рубцы, спайки

Понос (диарея)-

- Жидкий, неоформленный стул, в большинстве случаев сочетающийся с учащением дефекации вследствие усиления перистальтики кишечника и ускорения продвижения его содержимого, нарушения всасывания жидкости в кишечнике, увеличения патологической секреции жидкости в кишечнике при его воспалении.
- Причины:
 - Энтериты
 - Колиты
 - Панкреатиты
 - Рак поджелудочной железы

Нарушения аппетита

Общие жалобы

- ▣ - лихорадка
- ▣ - слабость
- ▣ - снижение работоспособности
- ▣ - кожный зуд
- ▣ - горечь во рту

Анамнез заболевания

- Начало заболевания
- Причина заболевания
- Последовательность появления клинических признаков
- Характер и эффективность проводившегося лечения
- Наличие рецидивов, их частота, провоцирующие факторы

Анамнез жизни

- Условия работы (профессиональные вредности: ртуть, свинец, пары кислот)
- Социальные условия (стрессы, нерегулярное питание, прием острой, жирной пищи, малоподвижный образ жизни)
- Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, наркомания)
- Наследственность
- Эпидемиологический анамнез (перенесенный о. гепатит, описторхоз, переливание крови)
- Длительный прием лекарственных препаратов, (НПВС, ГКС, антибиотики)

Общий осмотр

ВЫНУЖДЕННОЕ
ПОЛОЖЕНИЕ ПРИ
ПАНКРЕАТИТЕ





Осмотр

ПАЛЬМАРНАЯ
ЭРИТЕМА



ВНЕШНИЙ ВИД ПАЦИЕНТКИ С
ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ
БОЛЕЗНЬЮ



ТЕЛЕАНГИЭКТАЗИИ



ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ
КЕЛОИДНЫЙ РУБЕЦ



Осмотр живота

- Форма живота
- Симметричность
- Окружность
- Участие в акте дыхания
- Наличие асцита
- Состояние кожи
- Состояние пупка
- Коллатеральная венозная сеть (наличие «головы медузы»)
- Грыжевые выпячивания

Осмотр живота

УВЕЛИЧЕНИЕ ЖИВОТА
ЗА СЧЕТ АСЦИТА



Пальпация живота



```
graph TD; A[Пальпация живота] --> B[Поверхностная (ориентировочная)]; A --> C[Глубокая методическая скользящая по методу Образцова-Стражеско];
```

Поверхностная
(ориентировочная)

Глубокая
методическая
скользящая по
методу Образцова-
Стражеско

Поверхностная пальпация

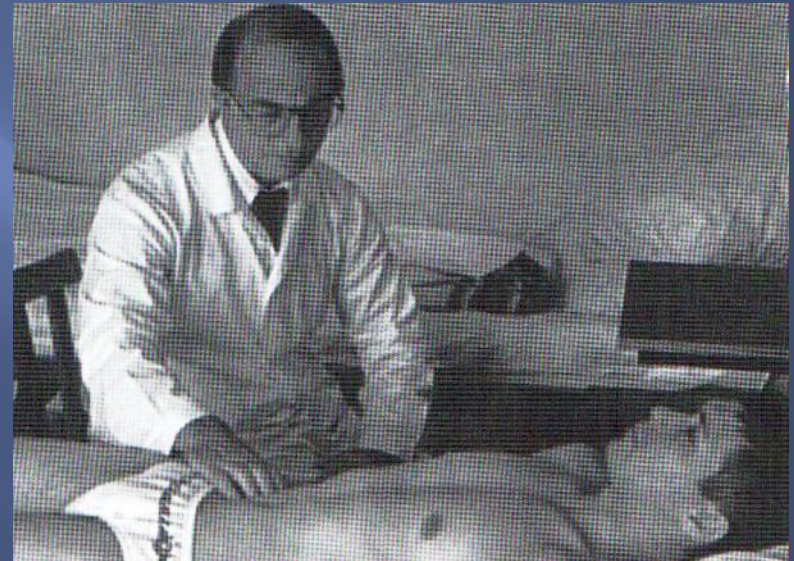
Цель:

Определить

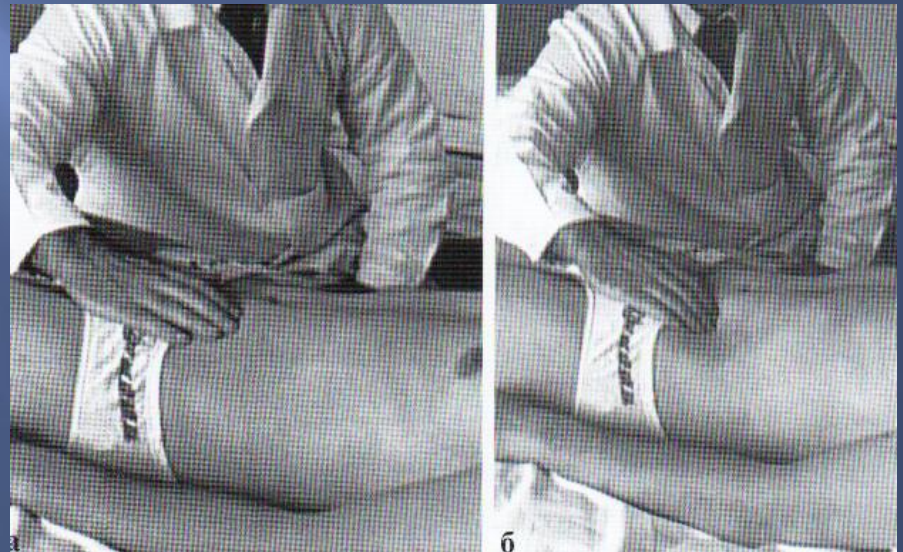
- ▣ Болезненность
- ▣ Напряжение мышц брюшной стенки
- ▣ Расхождение прямых мышц живота
- ▣ Наличие грыж
- ▣ Увеличение внутренних органов
- ▣ Опухолевые образования

Правила пальпации

- Больной лежит на спине, на постели с низким изголовьем. Руки вытянуты вдоль туловища.
- Фельдшер располагается справа от больного
- Руки фельдшера должны быть теплыми.
- При отсутствии жалоб пальпацию начинают с левой подвздошной области.

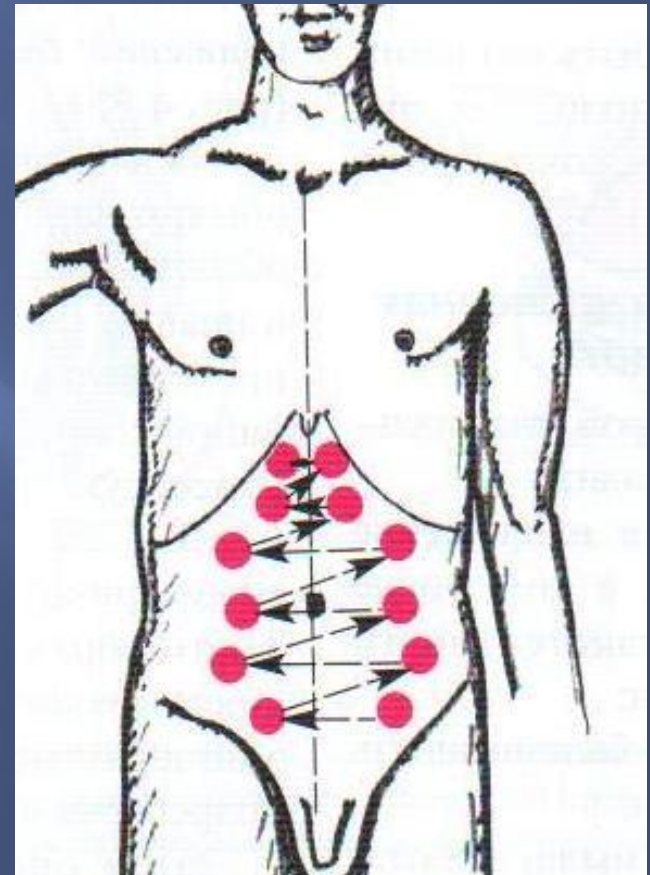


- ▣ Правую руку кладут плашмя и производят легкий нажим на брюшную стенку кончиками II, III, IV и V пальцев, получая тактильное ощущение. Затем руку переносят в правую подвздошную область и снова проводят пальпацию.
- ▣ Далее руку переносят несколько выше (на 4-5 см). Таким образом пальпируют всю переднюю брюшную стенку.



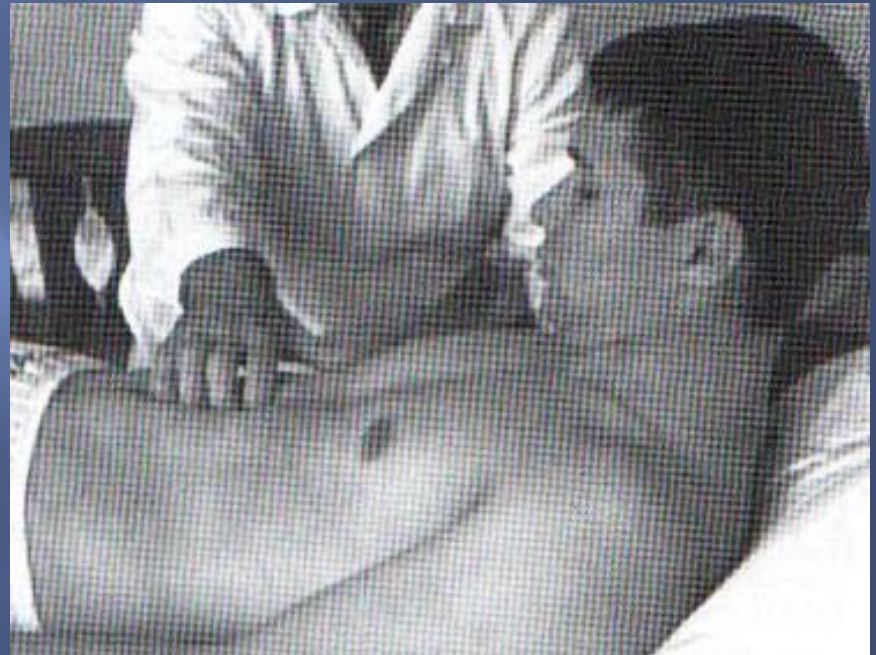
Последовательность поверхностной пальпации

- Левая подвздошная область
- Правая подвздошная область
- Левый фланк
- Правый фланк
- Левое подреберье
- Правое подреберье
- Эпигастральная область
- Пупочная область
- Надлобковая область



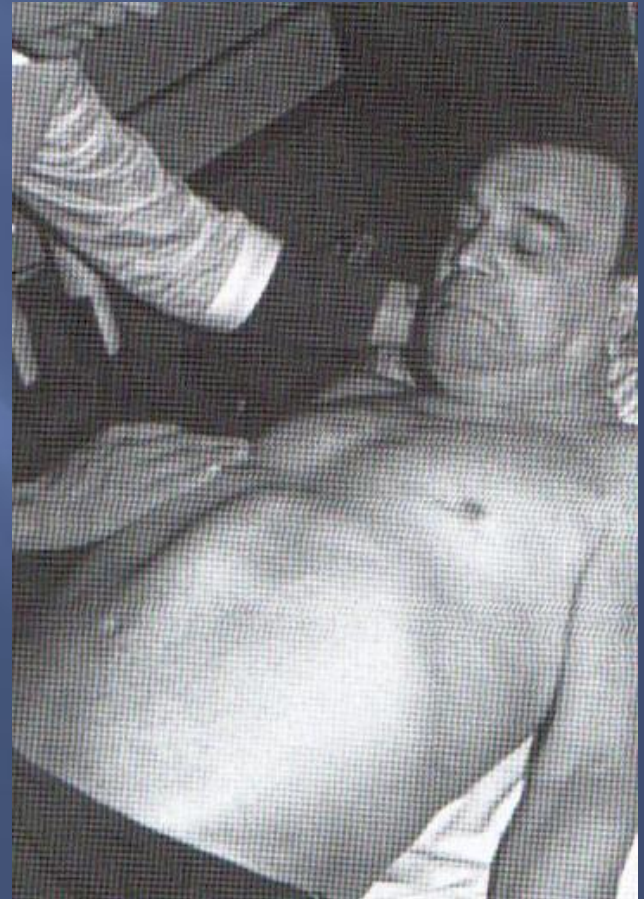
Определение расхождения прямых мышц живота

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



Выявление грыж

- При подъеме головы заметно выбухание в области белой линии живота - грыжа



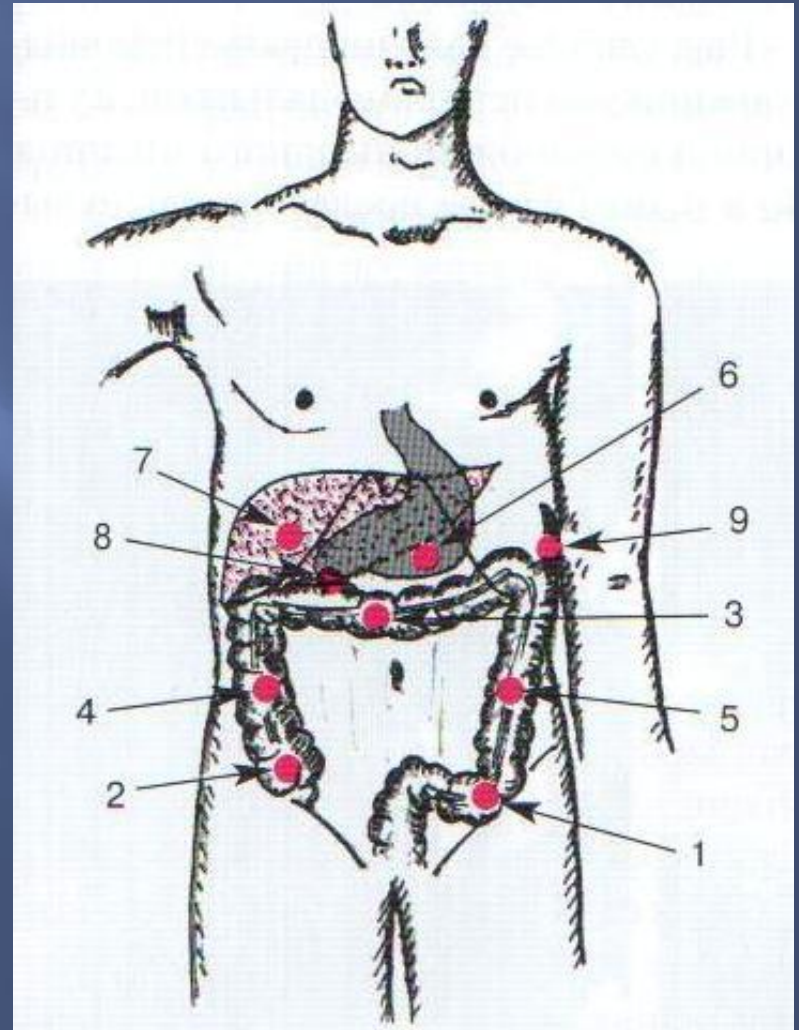
Глубокая пальпация

Цели:

1. Определение локализации
2. Определение размеров
3. Определение формы
4. Определение консистенции
5. Определение болезненности и др. свойств органов брюшной полости.

Последовательность глубокой пальпации

1. Сигмовидная кишка
2. Слепая кишка
3. Поперечная ободочная кишка
4. Восходящая ободочная кишка
5. Нисходящая ободочная кишка
6. Большая кривизна желудка, привратник
7. Печень
8. Поджелудочная железа

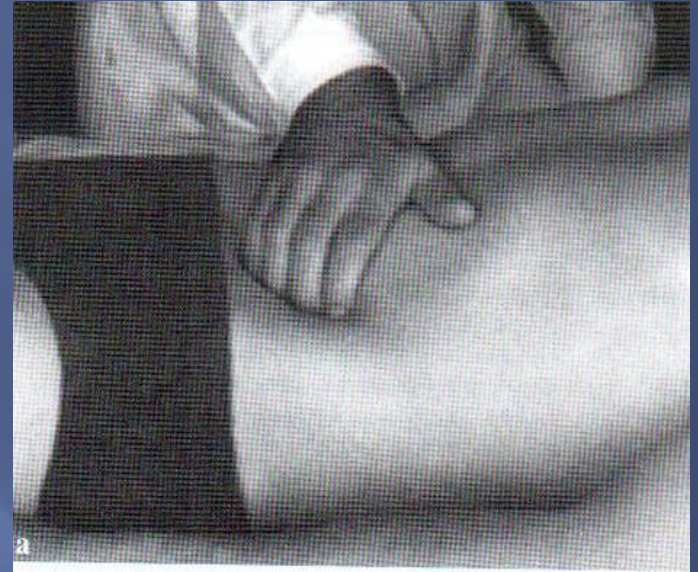


Правила методической глубокой пальпации

- Первый момент – установка рук: правая кисть с чуть согнутыми пальцами кладется так, чтобы пальцы располагались перпендикулярно оси пальпируемого органа.
- Второй момент – создание кожной складки: кожа сдвигается
- Третий момент – погружение руки вглубь живота
- Четвертый момент – скольжение руки по поверхности органа в направлении, поперечном его оси

Пальпация сигмовидной кишки

I момент - правая рука располагается в левой подвздошной области на границе наружной и средней третей линии, соединяющую пупок и ость подвздошной кости. Пальпация производится сложенными вместе слегка согнутыми четырьмя пальцами правой руки, расположенными поперек оси кишки.



II момент - во время вдоха пальцы сдвигаются по направлению к пупку и образуют складку



III момент - во время выдоха пальцы погружаются в брюшную полость

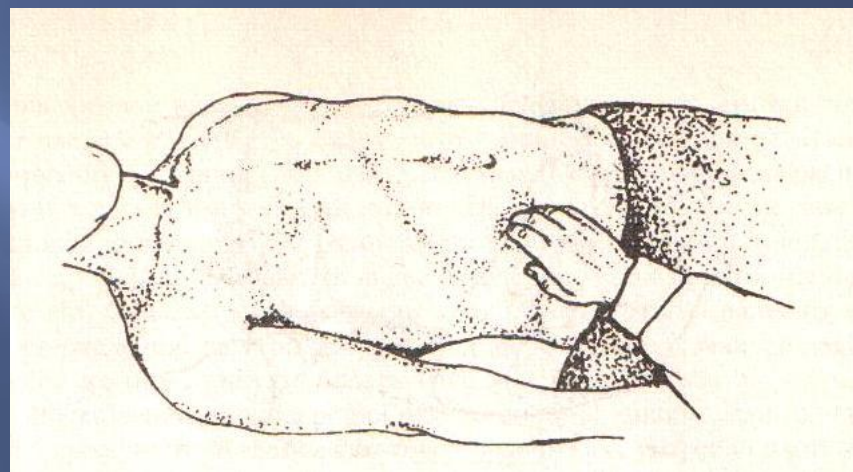
IV момент - в конце выдоха выполняется скользящее движение по направлению левой ости и получают пальпаторное представление о сигмовидной кишке

- В норме сигмовидная кишка пальпируется в виде гладкого эластичного цилиндра диаметром 2,5-3 см, безболезненная, не урчит, смещается

Пальпация слепой кишки

I момент - правая рука располагается в правой подвздошной области на границе наружной и средней третей линии, соединяющую пупок и правую ось подвздошной кости. Пальпация производится сложенными вместе слегка согнутыми четырьмя пальцами правой руки, расположенными поперек оси кишки.

II момент - во время вдоха пальцы сдвигаются по направлению к пупку и образуют складку



III момент - во время выдоха пальцы погружаются в брюшную полость

IV момент - в конце выдоха выполняется скользящее движение по направлению правой ости и получают пальпаторное представление о слепой кишке

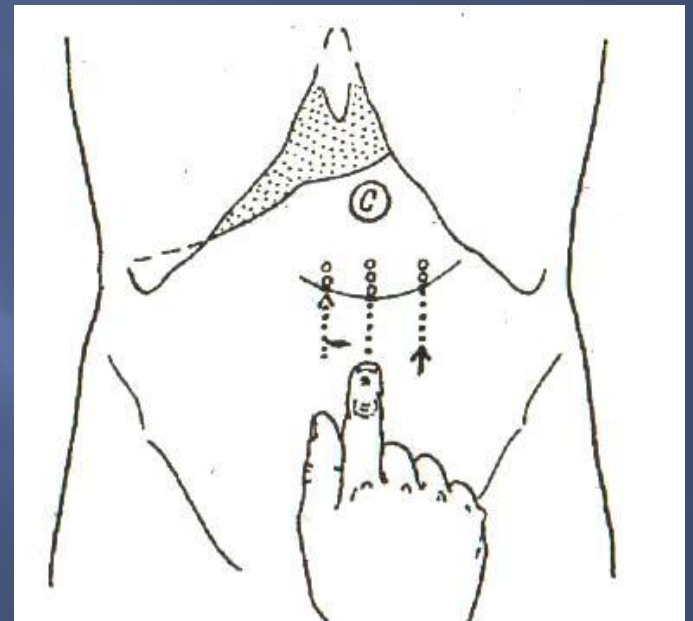
- В норме слепая кишка пальпируется в виде гладкого эластичного цилиндра диаметром 3-4 см, безболезненная урчит, умеренно смещается

- Перед тем, как проводить пальпацию поперечной ободочной кишки, необходимо определить нижнюю границу желудка, т.к. поперечная ободочная кишка обычно располагается на 2-3 см ниже большой кривизны желудка.

Определение нижней границы желудка

Метод аускультативной перкуссии

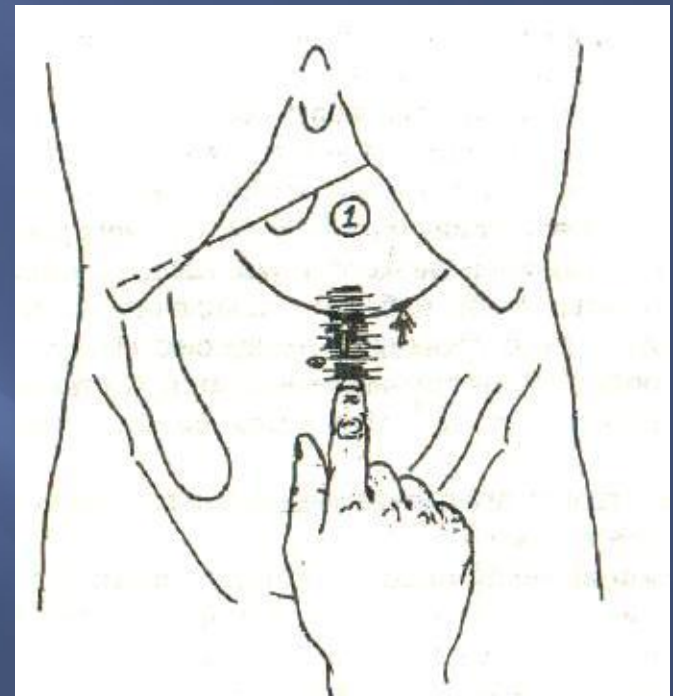
Мембрану фонендоскопа устанавливают в эпигастральной области и удерживают левой рукой. Кончиком указательного или среднего пальца правой руки делают отрывистые удары по передней срединной линии от пупка вверх. При скачкообразном усилении громкости звука на коже делают метку – она соответствует расположению нижней границы желудка



Определение нижней границы желудка

Метод аускультативной аффрикции.

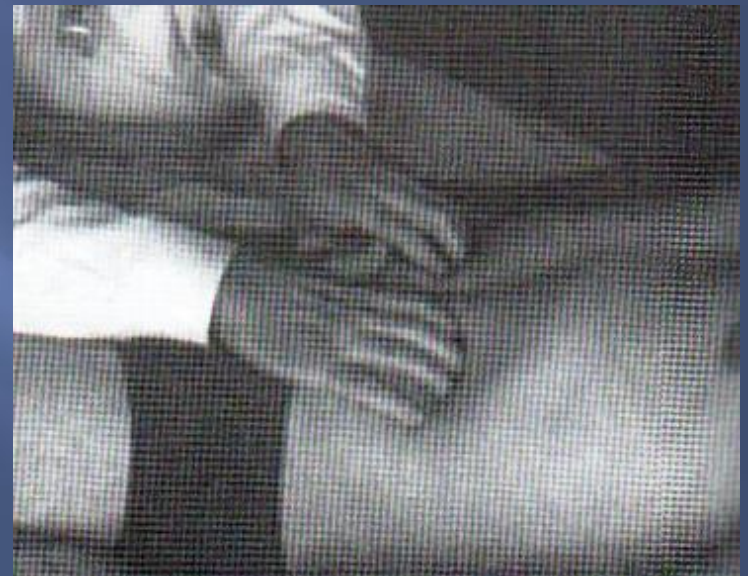
Мембрану фонендоскопа устанавливают в эпигастральной области и удерживают левой рукой. Кончиком указательного или среднего пальца правой руки производят беззвучное трение по коже больного. Движения пальца - параллельны искомой границе, палец постепенно смещают вверх. В точке, где выслушиваемый через фонендоскоп звук значительно усиливается, делаем отметку. Здесь находится нижняя граница



Поперечная ободочная кишка

Пальпация
бимануальная .

I момент - руки
располагают на 2-3 см ниже
найденной границы желудка
и на 4-5 см вправо и влево от
передней срединной линии.



II момент - во время вдоха кожу сдвигают вверх и образуют складку

III момент - во время выдоха пальцы погружаются вглубь живота.

IV момент - в конце выдоха руки скользят вниз и перекатываются через кишку

- ▣ Если кишку не удастся пропальпировать с первого раза, ее поиск продолжается ниже.
- ▣ В норме поперечная ободочная кишка пальпируется в виде гладкого эластичного цилиндра диаметром 4-5 см, безболезненная, может урчать, смещается

Пальпация восходящей ободочной кишки

Пальпация
бимануальная .

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

II момент - во время вдоха кожу сдвигают к пупку и образуют складку



III момент - во время выдоха пальцы правой руки погружают вглубь живота, стремясь соприкоснуться с левой рукой.

IV момент - в конце выдоха руки скользят по кишке кнаружи (от пупка) , перпендикулярно оси кишки, перекатываются через кишку

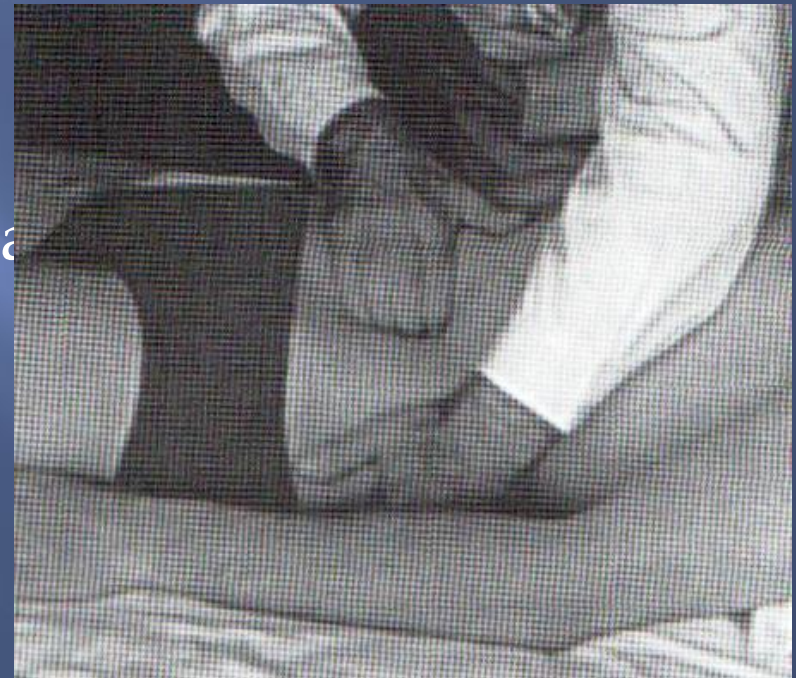
- В норме восходящая ободочная кишка пальпируется в виде гладкого эластичного цилиндра диаметром 3-4 см, безболезненная, может урчать, умеренно смещается

Пальпация нисходящей ободочной кишки

Пальпация бимануальная

I момент - кисть левой руки подкладывают под левую поясничную область, а пальцы правой руки – в область левого фланка живота, перпендикулярно восходящей ободочной кишке.

II момент - во время вдоха кожу сдвигают к пупку и образуют складку



III момент - во время выдоха пальцы правой руки погружают вглубь живота, стремясь соприкоснуться с левой рукой.

IV момент - в конце выдоха руки скользят по кишке кнаружи (от пупка) , перпендикулярно оси кишки, перекатываются через кишку

- В норме нисходящая ободочная кишка пальпируется в виде гладкого эластичного цилиндра диаметром 3-4 см, безболезненная, может урчать, умеренно смещается

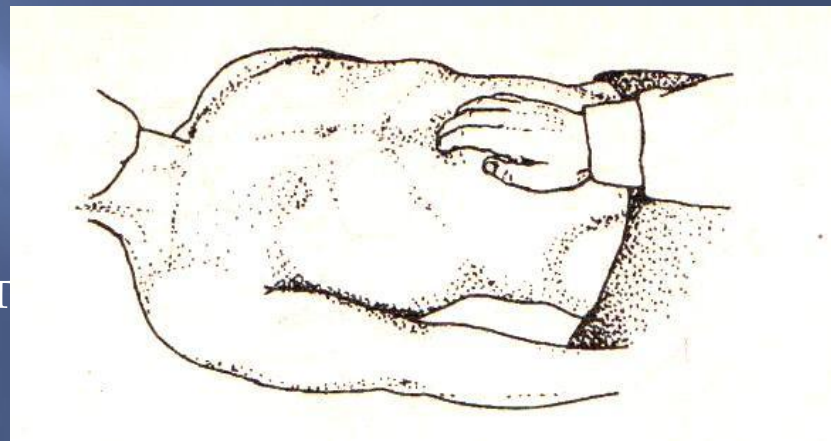
Пальпация желудка

I момент - большую кривизну желудка прощупывают после предварительного определения его нижней границы. Пальпация бимануальная. Руки устанавливают вертикально на 1 см ниже найденной границы желудка по передней срединной линии живота.

II момент - во время вдоха кожу сдвигают вверх и образуют складку

III момент - во время выдоха пальцы погружаются вглубь живота.

IV момент - в конце выдоха руки скользят вниз; большая кривизна пальпируется в виде гладкого плотноватого безболезненного валика



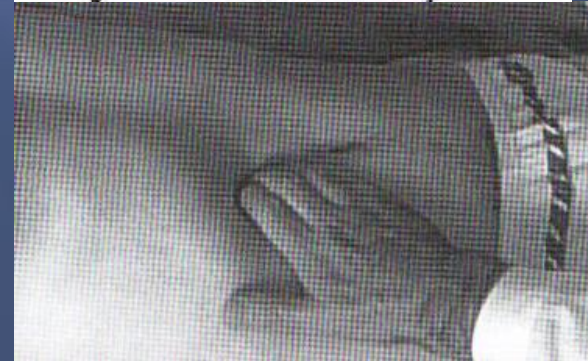
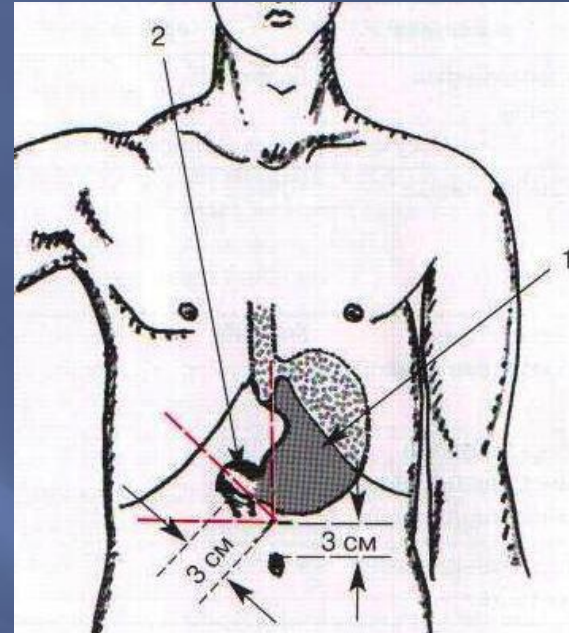
Пальпация привратника

I момент - пальцы правой руки устанавливают в области проекции привратника.

II момент - во время вдоха кожу сдвигают вверх.

III момент - во время выдоха пальцы правой руки погружают вглубь живота.

IV момент - в конце выдоха руки скользят по привратнику вниз.



- В норме привратник пальпируется в виде гладкого эластичного косо расположенного цилиндра диаметром 2-3 см, безболезненный. Во время пальпации часто определяется своеобразный писк («мышинный писк» по В.П. Образцову).

Пальпация нижнего края печени

I момент - правую руку кладут ладонем на правое подреберье так, чтобы указательный и средний пальцы были несколько латеральнее наружного края прямой мышцы. Пальцы устанавливают на 1-2 см ниже найденной при перкуссии нижней границы печени.левой рукой охватывают правую половину грудной клетки в нижнем отделе с целью ограничить ее экскурсию.



- **II момент** - Во время вдоха кожу сдвигают вниз и образуют складку
- **III момент** - во время выдоха пальцы правой руки погружают в правое подреберье, создавая своеобразный карман из брюшной стенки стремясь соприкоснуться с левой рукой

Пальпация нижнего края печени

IV момент - больного просят сделать глубокий вдох, во время которого печень опускается вниз. При этом нижний край печени, скользя вниз, попадает в карман, образованный пальпирующими пальцами и находится впереди их ногтевых поверхностей. Затем нижний край печени обходит пальцы и идет дальше вниз. Момент, когда край печени приходит в соприкосновение с пальцами, используется для

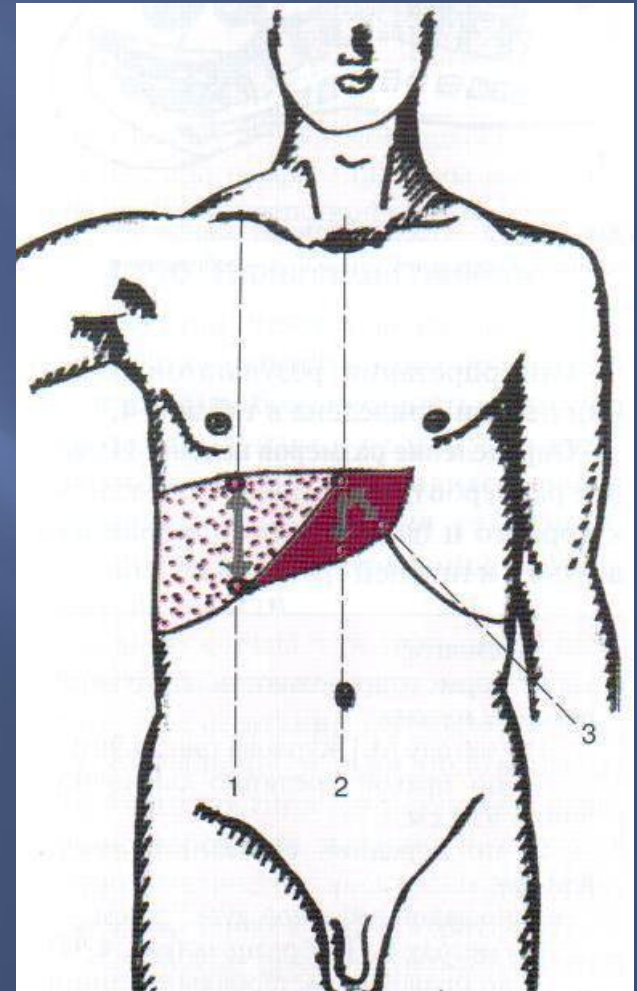


Определение свойств края печени

1. Локализация края по отношению к реберной дуге (в норме по краю реберной дуги)
2. Консистенция края (в норме – мягкая)
3. Форма края (в норме – заостренная)
4. Поверхность (в норме – ровная)
5. Болезненность (в норме – безболезненная)

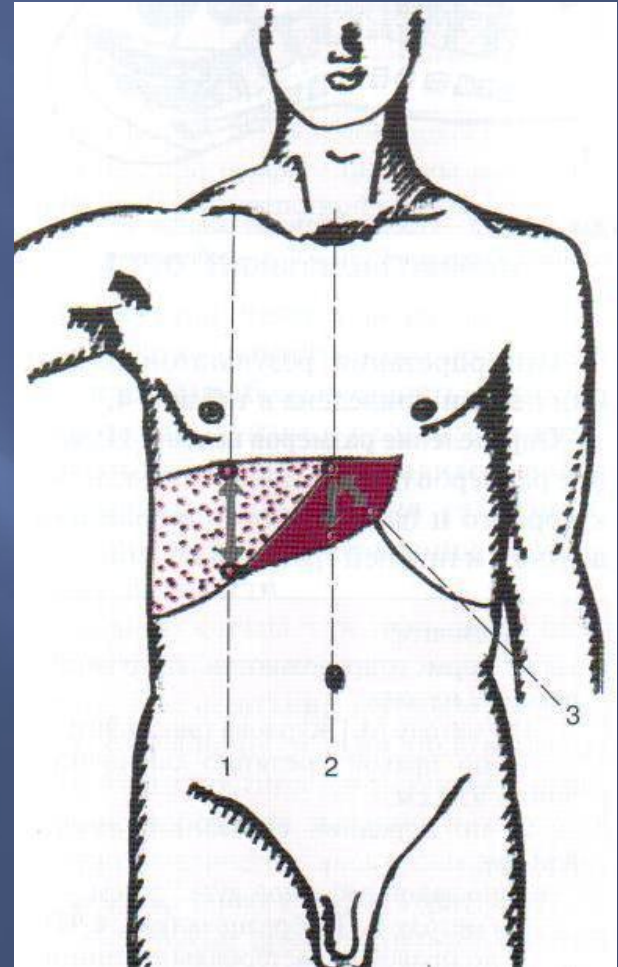
Определение размеров печени по Курлову

1. Определение верхней границы печени по правой срединноключичной линии
2. Определение нижней границы печени по правой срединноключичной линии
3. Определение верхней границы по передней срединной линии (путем переноса верхней точки первого размера)
4. Определение нижней границы печени по передней срединной линии, перкутируя снизу вверх
5. Определение нижней границы по левой реберной



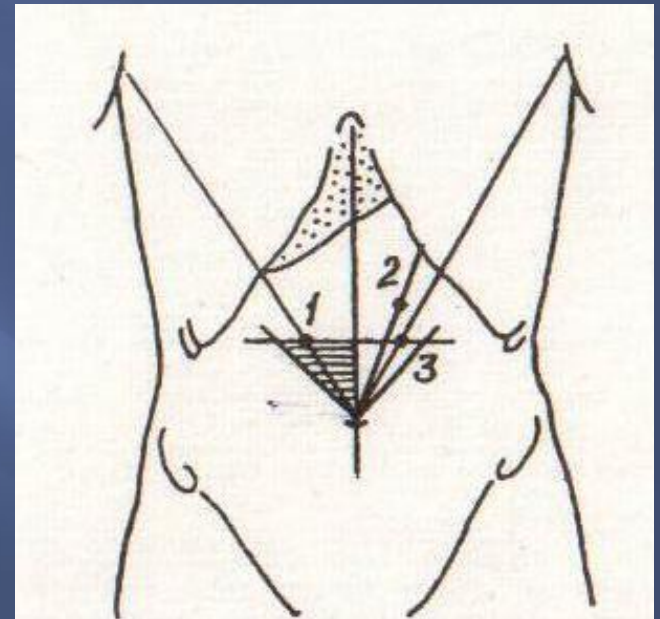
Размеры печени (ординаты) по Курлову

- По правой срединноключичной линии – $9 \pm 1-2$ (см)
- По передней срединной линии – $8 \pm 1-2$ (см)
- По левой реберной дуге – $7 \pm 1-2$ (см)
- Пример записи ординат по Курлову: $9 \times 8 \times 7$ (см)



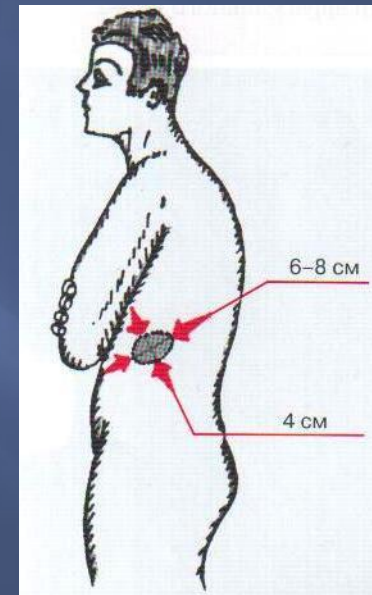
Пальпация поджелудочной железы

- Нормальная ПЖЖ пальпируется редко, т.к. расположена в забрюшинной жировой ткани, находится за желудком.
- Головка ПЖЖ проецируется на зону Шоффара (холедохопанкреатическая зона), которая находится в углу, образованном срединной линией и линией, проведенной под углом 45° через пупок вправо вверх. Верхнюю границу зоны образует горизонтальная линия, проведенная примерно на 6 см выше пупка.
- После пальпации в зоне Шоффара, постепенно перемещая руку влево (по отношению к больному) и немного вверх, продолжают исследование до левой реберной дуги и дальше – в глубине подреберья. Используется глубокая скользящая пальпация.
- Исследование ПЖЖ проводят утром натощак. Вначале пальпируют в положении больного на спине, под которую кладут плотный валик (можно попросить пациента подложить под спину свои руки). Затем пациент ложится на правый бок, согнув ноги



Перкуссия селезенки

- Селезенка располагается в брюшной полости, в области левого подреберья. Имеет овальную форму, ее ось совпадает с ходом X ребра.



Перкуссия селезенки

- Пациент лежит на правом боку, ноги слегка согнуты. Палец-плессиметр устанавливают у края реберной дуги перпендикулярно X ребру и перкутируют по нему сначала по направлению к позвоночнику до притупления, а затем от задней подмышечной линии по направлению вперед до притупления. Отмеченные границы – длинник селезенки



- . Для определения поперечника селезенки ее длиник делят пополам и через середину длиника проводят перпендикуляр. После этого проводят перкуссию к середине длиника сверху вниз и снизу вверх до притупления.
- Длинник – 6-8 см, поперечник – 4-6 см. Ординаты по Курлову 0 8/6 см

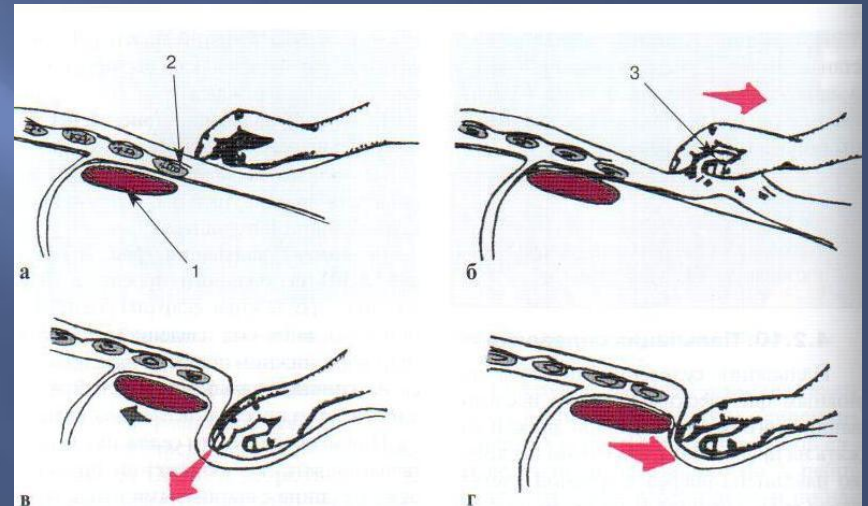
Пальпация селезенки

- Положение пациента на правом боку
- I момент – правую (пальпирующую) руку фельдшер кладет плашмя со слегка согнутыми пальцами на область левого подреберья примерно у места прикрепления X ребра к реберной дуге так, чтобы средний палец руки являлся как бы продолжением X ребра пациента. Левую руку фельдшер кладет на левую половину грудной клетки больного, оказывая на нее



Пальпация селезенки

- II момент – во время вдоха кожа сдвигается вниз
- III момент – во время выдоха пальцы погружаются вглубь брюшной полости
- IV момент – больного просят глубоко вдохнуть, и селезенка, если она увеличена, опускаясь вниз, своим нижним полюсом наталкивается на кончики пальцев фельдшера, упирается в них и затем соскальзывает



Пальпация селезенки

Положение пациента на спине

- Техника пальпации та же, что и в положении пациента на правом боку
- В норме селезенка не пальпируется. Она может быть пропальпирована только при ее увеличении (гепатомегалии):
 - при заболеваниях крови (лейкозы, гемолитические анемии),
 - хронических заболеваниях печени (гепатолиенальный синдром при гепатитах, циррозе печени),
 - некоторых острых и хронических инфекционных заболеваниях (сепсис, брюшной и сыпной тиф, малярия,



Домашнее задание

- Изучить лекционный материал по теме «Методы исследования системы пищеварения»
- Изучить главы 6, 7, 8, 9 «Методы обследования пациентов с заболеваниями системы пищеварения, заболеваний кишечника, поджелудочной железы, печени и желчевыводящих путей» в учебнике «Пропедевтика клинических дисциплин» под ред. Э.М. Аванесьянца стр.191-236
- Ответить на вопросы на с.206, 223, 233, 255.
- Проработать задания в виде тестов на с.257-258.
- Решить ситуационную задачу на с. 178