

**«СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»**

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №1

**РАССПРОС, ОСМОТР БОЛЬНЫХ С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ.
ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА
(ПОВЕРХНОСТНАЯ, ГЛУБОКАЯ).
ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ.**

Топография органов брюшной полости:

1 и 2 — легкое и сердце.

3 — диафрагма;

4 — желудок;

5 — поперечная
ободочная кишка;

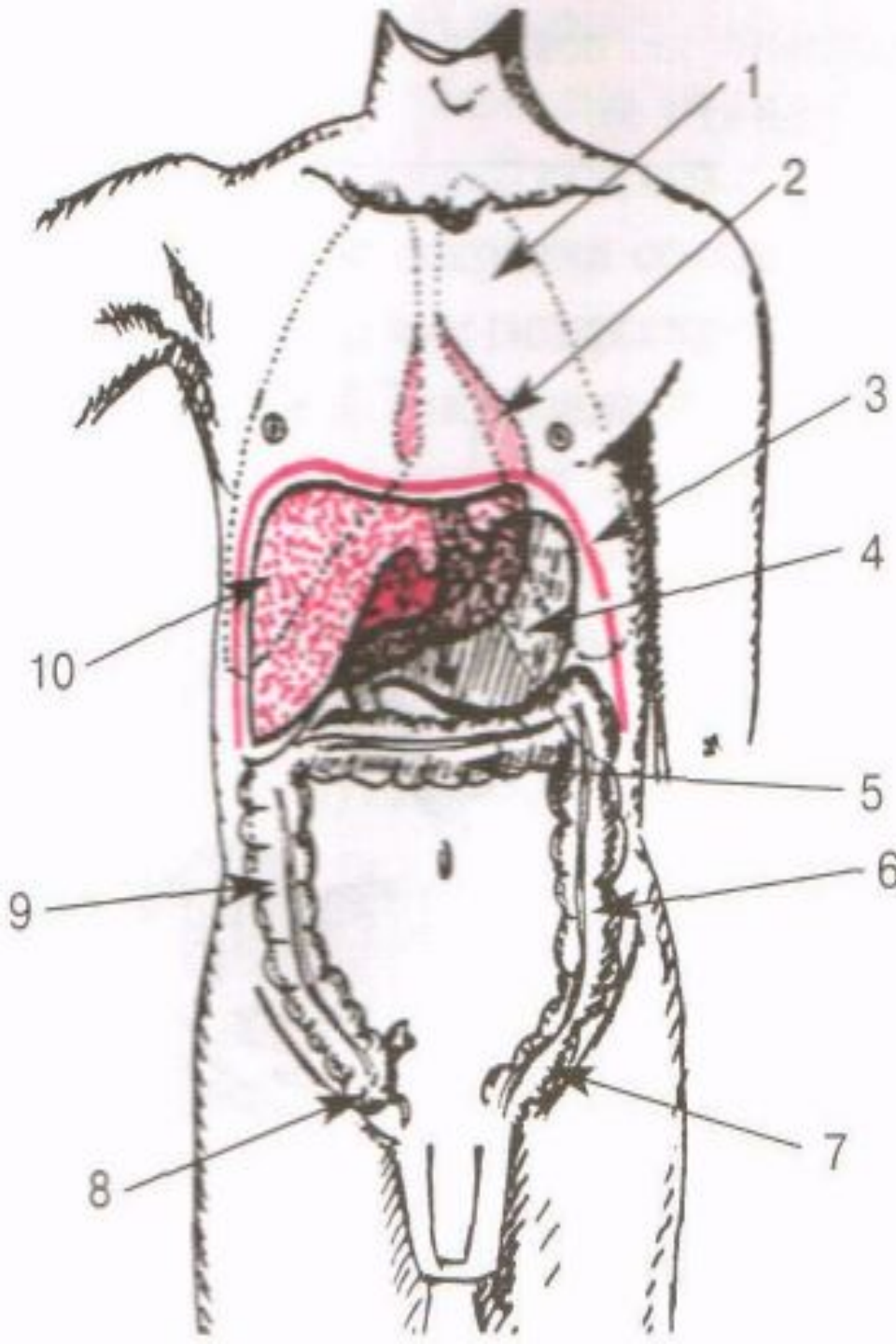
6 — нисходящая
ободочная кишка;

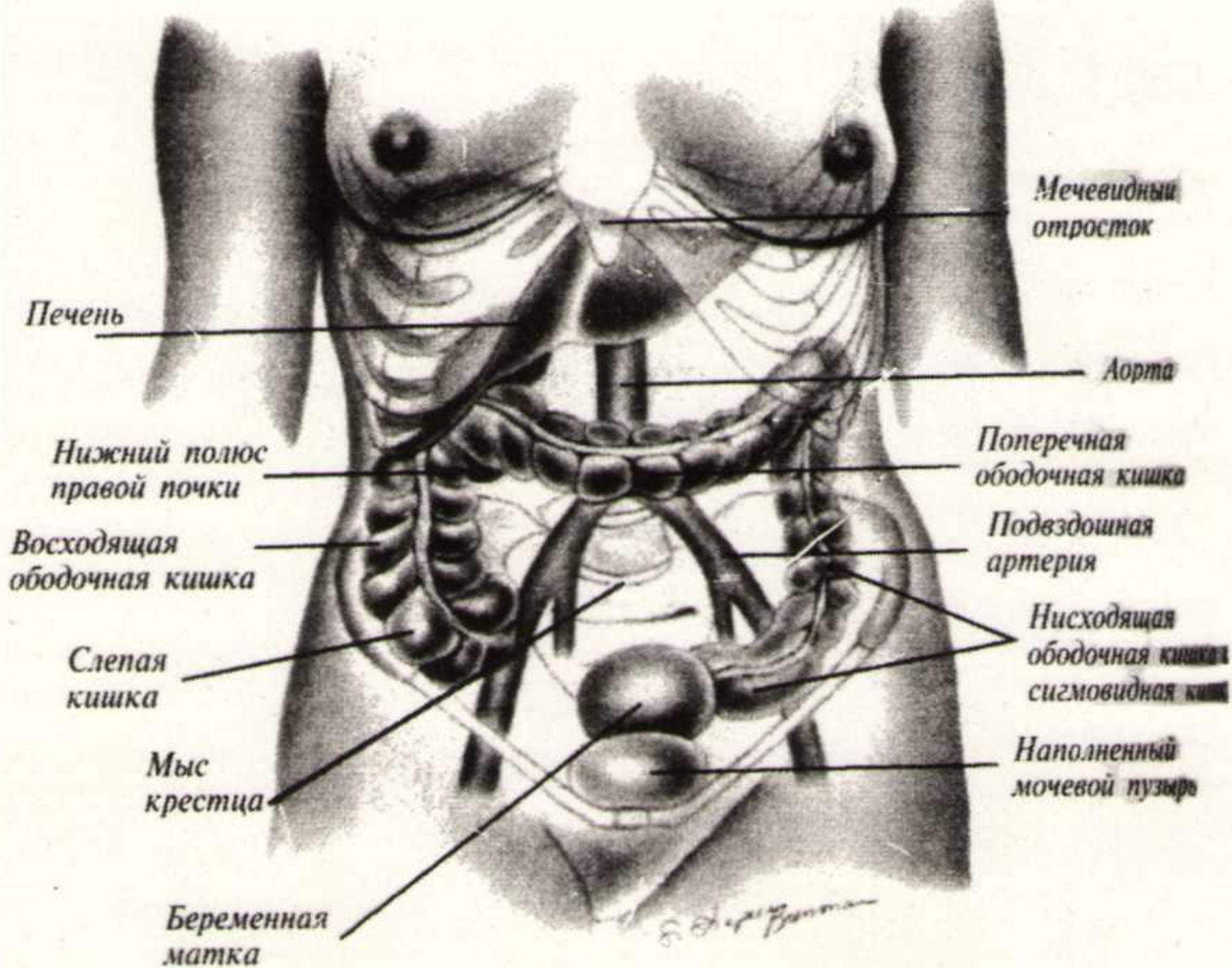
7 — сигмовидная кишка;

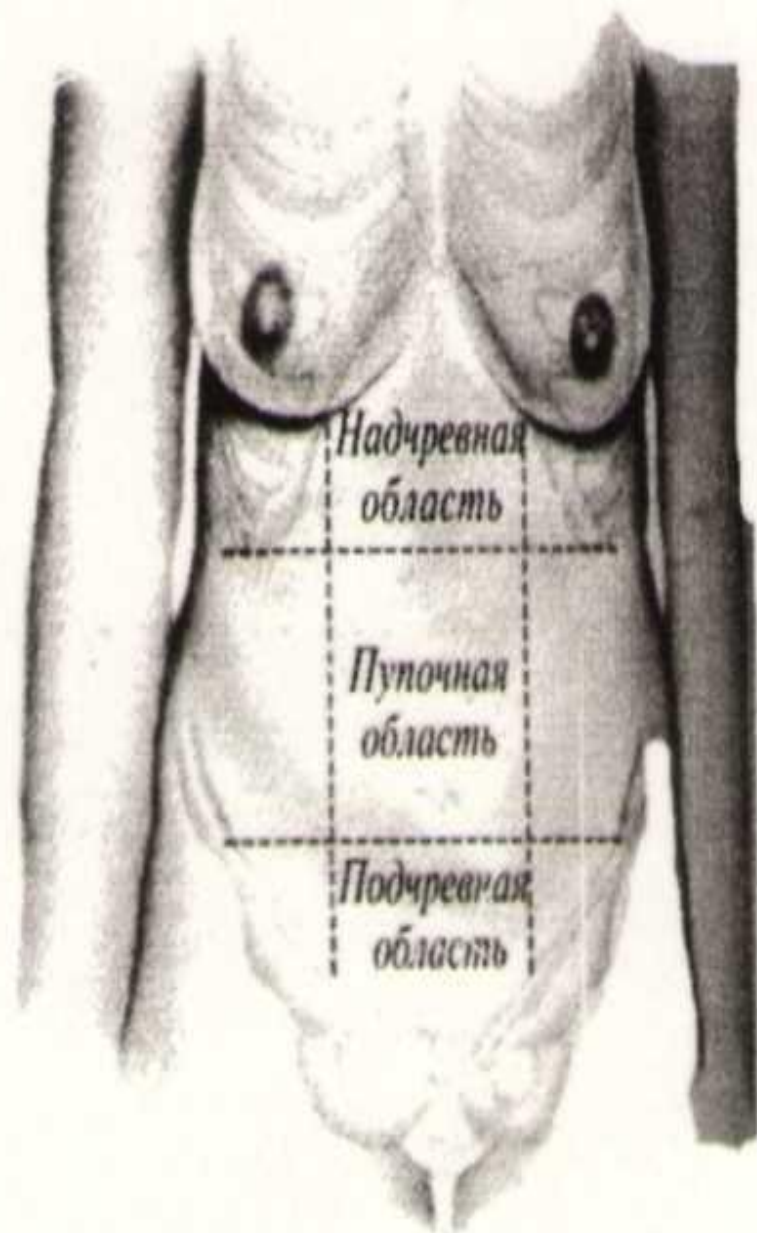
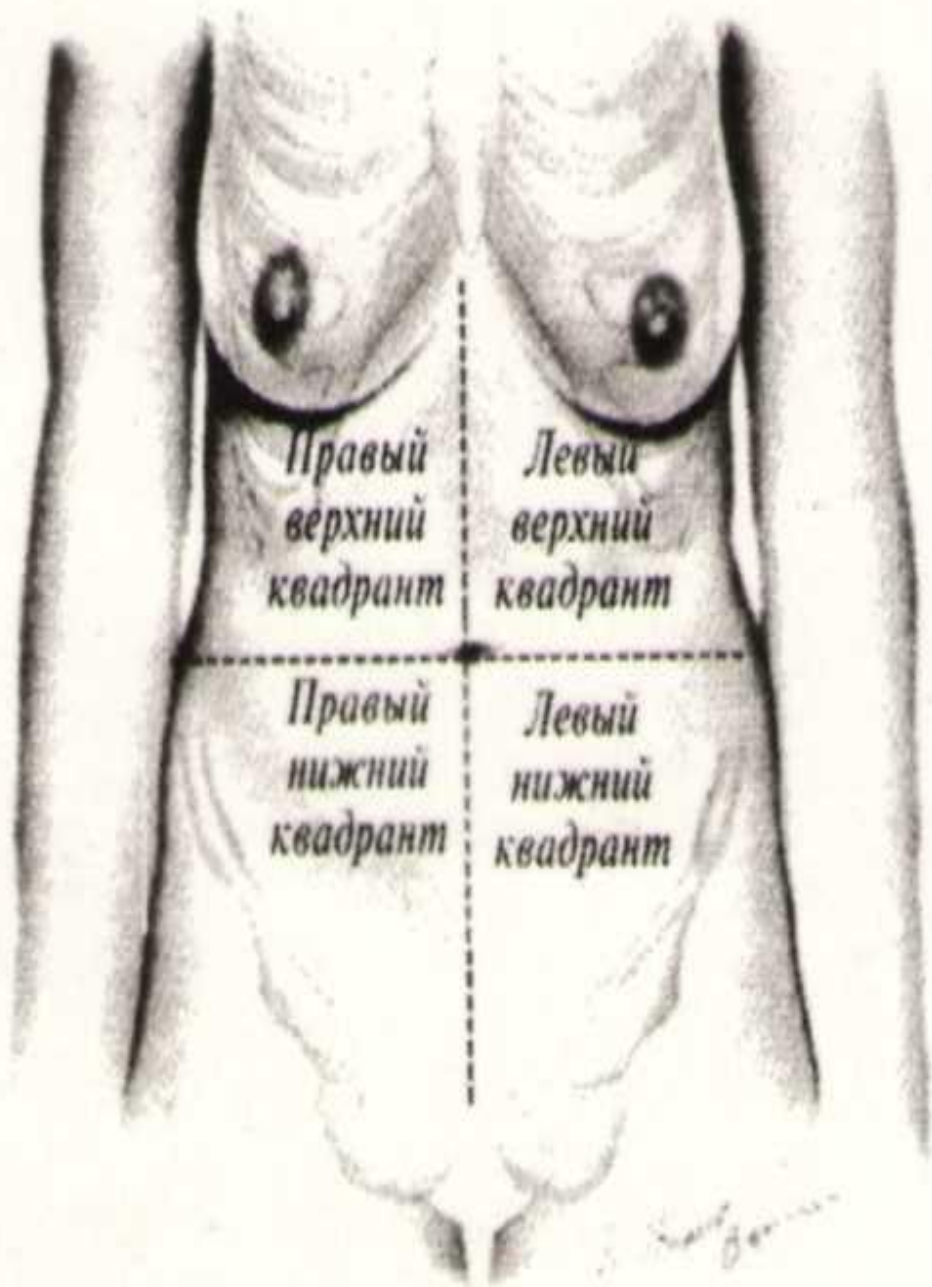
8 — слепая кишка;

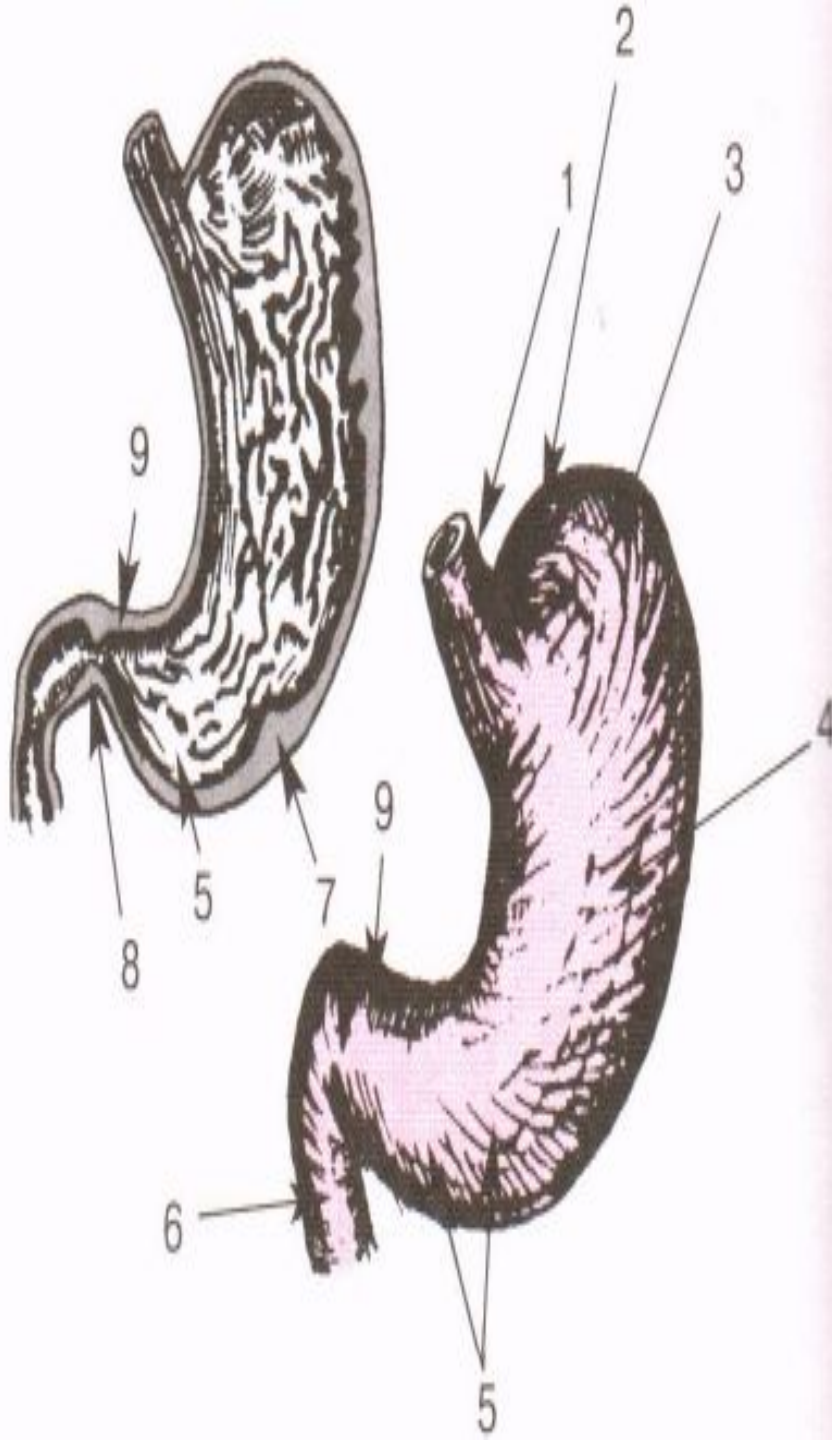
9 — восходящая
ободочная кишка;

10 - печень.



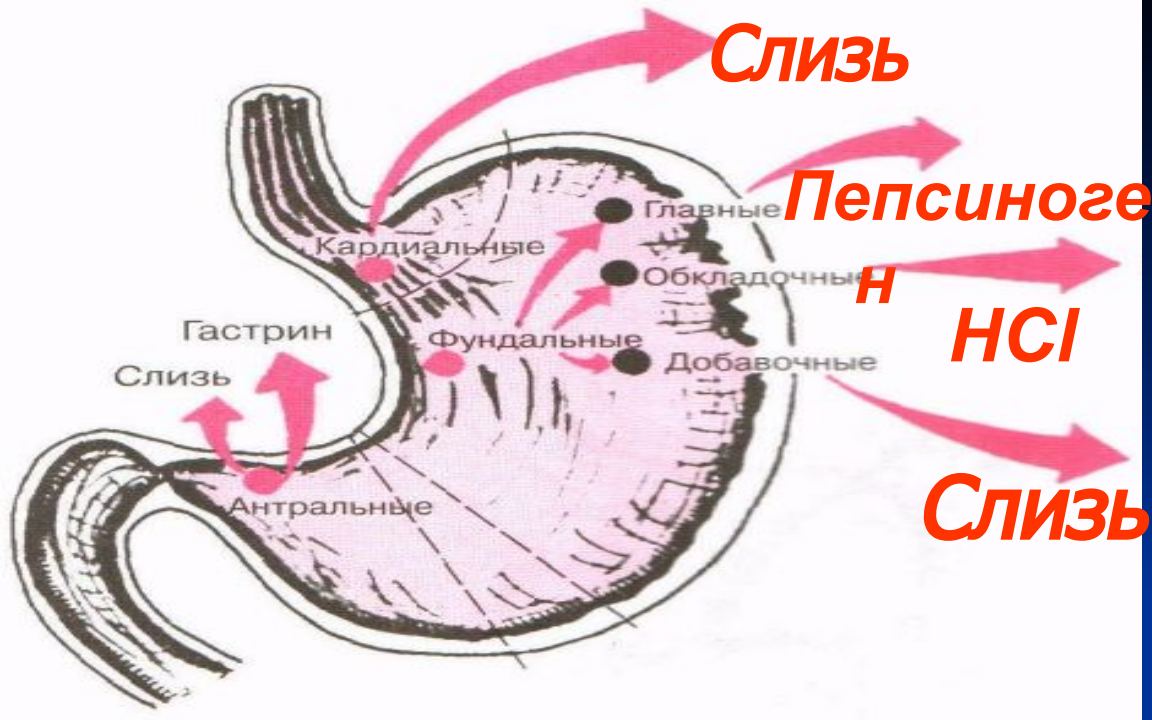






Желудок, вид спереди:

- 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 кишечинальный гормон гастрин.

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 **стоматитом**.
 - Воспалительно-дистрофические изменения слизистой оболочки языка возникают при заболеваниях, сопровождающихся дефицитом витамина В12, также больные обычно жалуются на **чувство жжения в языке**.
 - **Горький, неприятный вкус во рту** обусловлен заболеванием желчевыводящих протоков.

К жалобам, характерным для заболеваний 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 насторожить врача, так как причиной затрудненного глотания чаще является препятствие органического характера. Детальный анамнез позволяет дифференцировать органическую дисфагию от функциональной.

- 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.
- *Постоянная, стойкая дисфагия наблюдается при органических поражениях пищевода (новообразованиях, рубцовых стриктурах пищевода). Вначале обычно затрудняется прохождение по пищеводу твердой пищи.*

Больные при этом обычно отмечают, что свободнее проходит тщательно измельченная пища, особенно если больной запивает ее большим количеством воды. В дальнейшем, по мере прогрессирования сужения пищевода, затрудненным становится прохождение мягкой и даже жидкой пищи.

Боли при заболеваниях пищевода носят постоянный, ноющий или приступообразный характер, часто локализуются за грудиной и могут иррадиировать в плечо, шею, левую половину грудной клетки, имитируя порой боли при приступе стенокардии. В случае функциональных заболеваний (дискинезий) боли нередко бывают связаны с периодическими спастическими сокращениями стенки пищевода. При эзофагитах они обуславливаются воспалительными изменениями слизистой оболочки пищевода.

Пищеводная рвота встречается при выраженном сужении пищевода (например, при стриктурах рубцового или опухолевого происхождения). В отличие от рвоты при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки пищеводная рвота провоцируется задержкой пищи в пищеводе, возникает нередко без предшествующей тошноты, совершается без участия мышц передней брюшной стенки.

При пищеводной рвоте рвотные массы представлены обычно остатками непереваренной малоизмененной пищи, не содержащей соляной кислоты и пепсина, с примесью слюны. При распадающемся раке пищевода рвотные массы имеют гнилостный запах, содержат остатки давно принятой пищи, значительное количество слизи, примесь крови.

Срыгивание представляет собой возвращение (регургитацию) небольшой части принятой пищи обратно в полость рта и также чаще наблюдается при наличии препятствия для прохождения пищи по пищеводу. Ночная регургитация застойного пищеводного содержимого, возникающая во время сна («симптом мокрой подушки»), нередко встречается при ахалазии кардии.

Изжога (pyrosis) — ощущение жжения в области мечевидного отростка грудины — является частым симптомом многих заболеваний пищевода (рефлюкс-эзофагита, грыж пищеводного отверстия диафрагмы, недостаточности кардии и др.). Механизм возникновения изжоги связан с раздражением слизистой оболочки дистального отдела пищевода кислым содержимым, забрасываемым из желудка.

Кроме перечисленных жалоб, у больных с заболеваниями пищевода могут наблюдаться жалобы на слюнотечение (гиперсаливация), отрыжку воздухом или кислым желудочным содержимым, неприятный запах изо рта, икоту и т.д.

Диагностически и прогностически серьезным симптомом при заболеваниях пищевода является кровотечение.

Его причинами могут служить пептическая язва и злокачественные опухоли пищевода, повреждение стенки пищевода инородным телом, разрыв

варикозно-расширенных вен пищевода (у больных с циррозом печени), линейные надрывы слизистой оболочки пищевода в области кардии, возникающие на фоне упорной рвоты, например, у больных, злоупотребляющих алкоголем (синдром Маллори — Вейсса). В отличие от кровотечений, возникающих при заболеваниях желудка, артериальное пищеводное кровотечение (например, из пептической язвы, распадающейся опухоли) характеризуется появлением

в рвотных массах примеси неизменной
крови. При кровотечении из варикозно-
расширенных
вен пищевода выделяющаяся с рвотными
массами кровь чаще имеет темно-
вишневый цвет.

- **Боли** – локализация (постоянство, периодичность, сезонность (циркадность), интенсивность, иррадиация).
- **Боли в подложечной 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 иррадируют 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. **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.

В соответствии с ведущим механизмом возникновения болей различают:

1) Спастические боли – возникают преимущественно в результате спазма гладкой мускулатуры органов. Острые, приступообразные (внезапно резко 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). Наблюдаются у пациентов с кишечной коликой (при синдроме раздраженной толстой кишки), желудочной коликой (при язвенной болезни и др.)

2) Дистензионные боли – боли от растяжения стенок полых органов и натяжения их связочного аппарата. Тупые, тянущие, малоинтенсивные, обычно разлитые, без четкой локализации

и иррадиации; часто не стихают после приема спазмолитиков. Характерны для метеоризма, гипосекреторного синдрома (гастриты со снижением секреторной и моторной функций желудка).

3) Перитонеальные боли, возникающие в результате перехода воспаления на париетальную брюшину или перфорации (прободения) полых органов. Возникают постепенно (при воспалении органов) или остро (при прободении), постоянные, непрерывно усиливающиеся вплоть

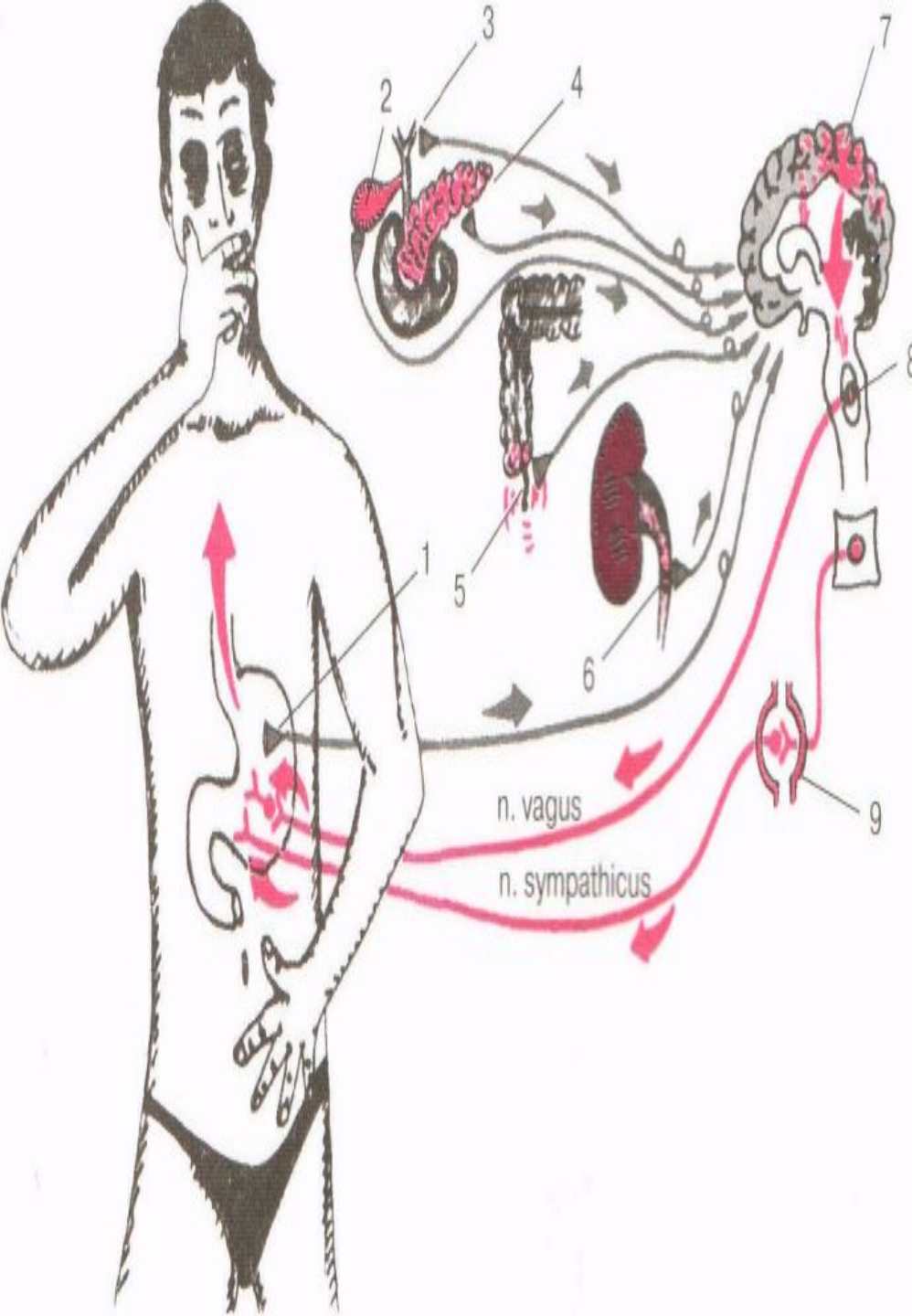
до нестерпимых. Сопровождаются общими признаками воспаления и интоксикации, рвотой, ограничением дыхательных движений живота, напряжением мышц брюшной стенки, положительным симптомом Щеткина-Блюмберга и ослаблением (исчезновением) перистальтики. Наблюдаются при перитонитах, развившихся в результате: а) воспаления органов (аппендицит); б) прободения полых органов (язвенная болезнь).

4) Сосудистые боли, возникающие при остром нарушении кровообращения в органах в результате спазма или тромбоза (эмболии) артериальных сосудов, что ведет к развитию ишемии органа или даже некрозу. Эти боли начинаются внезапно, разлитые, могут быть очень интенсивными, постоянно усиливающимися (вплоть до нестерпимых). При некрозах органов развивается перитонит, возникают перитонеальные боли.

Характерны для мезентериального тромбоза, эмболии артерий, брюшной «жабы» (спазм).

Рвота.

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



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.

Непосредственной причиной рвоты является раздражение рвотного центра, расположенного на дне IV желудочка, что может быть обусловлено:

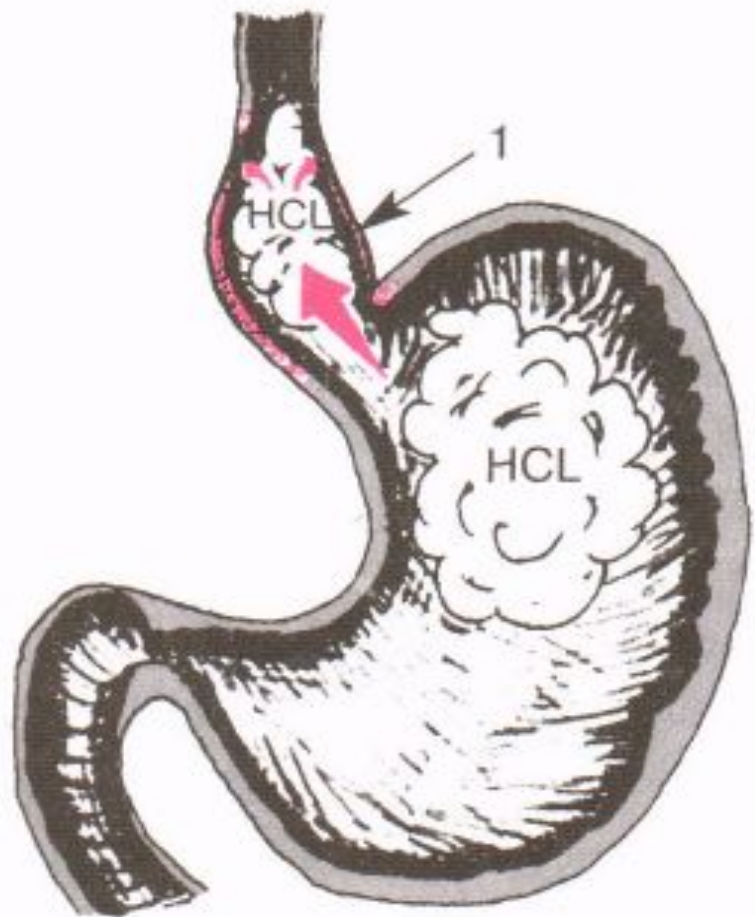
- 1) Усиленной афферентной импульсацией, идущей по чувствительным волокнам блуждающего нерва из различных рефлексогенных зон.
- 2) Патологическими процессами в головном мозге
- 3) Токсическими воздействиями непосредственно на рвотный центр

Важно помнить о некоторых клинических особенностях рвоты различного происхождения.

- 1) Желудочная рвота обычно обильная, возникает на высоте пищеварения (через 30 мин. – 1,5 ч. после еды). Ей, как правило, предшествует тошнота. После рвоты наступает облегчение: уменьшаются тошнота и боли.
- 2) Рефлекторная рвота, обусловленная поражением других внутренних органов, необильная, чаще возникает внезапно,

без предшествующей тошноты. Рвота не приносит облегчения.

3) Рвота центрального генеза нередко возникает на высоте церебральных расстройств (головные боли, головокружение, повышение АД), чаще появляется без предшествующей тошноты и не приносит облегчения.



Механизм

возникновения изжоги:

1 - раздражение слизистой оболочки пищевода кислым желудочным содержимым.

Изжога – ощущение жжения за грудиной, 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.

Причинами изжоги являются:

- 1) Недостаточность кардиального сфинктера (язвенная болезнь желудка или 12-перстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)
- 2) Гипермоторика желудка (язвенная болезнь, употребление большого количества пищи)
- 3) Повышение кислотности желудочного сока (язвенная болезнь)

Отрыжка (eructatio) представляет собой непроизвольное выделение из желудка в полость рта газов (отрыжка воздухом) или же небольшого количества пищи.

Отрыжка воздухом иногда наблюдается у здоровых людей при переедании, употреблении газированных напитков, при физических упражнениях, если они выполняются сразу после приема пищи. Громкая отрыжка воздухом, обусловленная его привычным заглатыванием (аэрофагия), встречается при неврозах.

При усилении в желудке процессов брожения (например, на фоне секреторной недостаточности) и образовании в результате этого органических кислот появляется отрыжка с запахом прогорклого масла. У больных с повышенной секрецией соляной кислоты часто отмечается отрыжка кислым. При попадании в желудок дуоденального содержимого с примесью желчи наблюдается горькая отрыжка.

Гнилостная отрыжка (« тухлым яйцом ») появляется при образовании в желудке из белков в результате гниения веществ, содержащих сероводород и аммиак, и может указывать на длительную задержку содержимого в желудке у больных с декомпенсированным стенозом привратника.

К жалобам при заболеваниях кишечника относятся:

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

Понос характеризуется более-менее частым опорожнением кишечника, что объясняется усиленной перистальтикой кишечника и увеличением секреции его желез. При поражениях тонкого кишечника стул до 3-6 раз в сутки. Стул безболезнен, сопровождается урчанием. При поражении толстого кишечника – стул до 10-15 раз в сутки, поражение сигмовидного отдела дает ложные позывы на дефекацию (тенезмы), что характерно для дизентерии.

Поносы возникают вследствие:

- 1) Усиления перистальтики кишечника и ускорения продвижения его содержимого
- 2) Нарушения всасывания жидкости в кишечнике
- 3) Увеличения патологической секреции жидкости в кишечнике при его воспалении

Наиболее частыми причинами поносов являются:

- 1) Воспаление слизистой оболочки тонкого кишечника (энтериты)
- 2) Воспаление слизистой оболочки толстого кишечника (колиты), преимущественно его дистальный отделов (дизентерия)
- 3) Снижение секреторной функции желудка (ахилия)
- 4) Снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы (панкреатиты, рак)

Клинические особенности поносов

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 с неприятным гнилостным запахом (нарушение переваривания белков), со слизью. Поносы часто сопровождаются чувством переполнения и тупыми распирающими болями дистензионного характера в эпигастрии
Панкреатически е.	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

Запоры – это длительная задержка кала в кишечнике, обусловленная замедлением его перистальтики, механическим препятствием в кишечнике и алиментарным фактором.

Различают 3 вида запоров:

- 1. Спастические запоры возникают в результате спазма гладкой мускулатуры кишечной стенки (колиты, язвенная болезнь, холециститы, геморрой, отравления свинцом, ртутью, психогенные факторы)**

2) Атонические запоры связаны с понижением тонуса мускулатуры кишечной стенки. Они встречаются при скудном питании, сухоедении (алиментарные запоры); при снижении тонуса стенки толстой кишки у пожилых пациентов и ослабленных больных; при нарушении нервной регуляции моторной функции кишечника и акта дефекации у больных с органическими заболеваниями ЦНС; при злоупотреблении слабительными, антацидами, седативными, транквилизаторами и т.д.

3) Органические запоры обусловлены механическим препятствием для продвижения каловых масс по кишечнику (опухоли кишечника, рубцы, спайки, мегаколон, долихосигма и др.)

Вздутие живота (метеоризм), обусловлено скоплением большого количества газов в петлях кишечника, что связано с нарушением питания, кровоснабжения.

ОСМОТР

При общем осмотре больных с заболеваниями желудка обращают внимание на состояние пациентов, которое может быть как удовлетворительным (при хроническом гастрите, неосложненной язвенной болезни), так и тяжелым и крайне тяжелым (при далеко зашедших стадиях рака желудка).

Положение больных чаще всего остается активным, но в ряде случаев может быть и вынужденным. Так, некоторые больные с обострением язвенной болезни предпочитают лежать на животе (при язвах задней стенки желудка) или же на спине с подтянутыми к животу ногами. При перфорации язвы больные обычно лежат строго на спине, не двигаясь, поскольку малейшее движение приводит к резкому усилению болей.

При осмотре кожных покровов можно иногда отметить их бледность, которая бывает обусловлена развитием анемии вследствие желудочно-кишечного кровотечения.

Восковидный или землистый оттенок кожных покровов появляется у больных с поздними стадиями рака желудка. Степень развития подкожного жирового слоя у многих больных с заболеваниями желудка остается удовлетворительной.

Выраженное похудание (вплоть до развития кахексии) отмечается при стенозе привратника рубцово-язвенного или опухолевого происхождения. При исследовании лимфатической системы у больных раком желудка в левой надключичной области между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы иногда удается определить плотный лимфатический узел с неровной поверхностью (вирховский метастаз).

При осмотре полости рта у больных с заболеваниями желудка нередко выявляются различные изменения зубов (кариес, пародонтоз и др.). Язык может оставаться чистым (например, у больных язвенной болезнью). Иногда также при этом наблюдается гипертрофия нитевидных и грибовидных сосочков. При хроническом гастрите на языке часто обнаруживается налет беловато-желтоватого цвета.

При атрофическом гастрите, раке желудка нередко происходит сглаживание сосочков языка, который в таких случаях становится как бы лакированным.

Выраженная сухость языка отмечается при перфорации язвы. При распаде злокачественной опухоли желудка появляется зловонный запах изо рта.



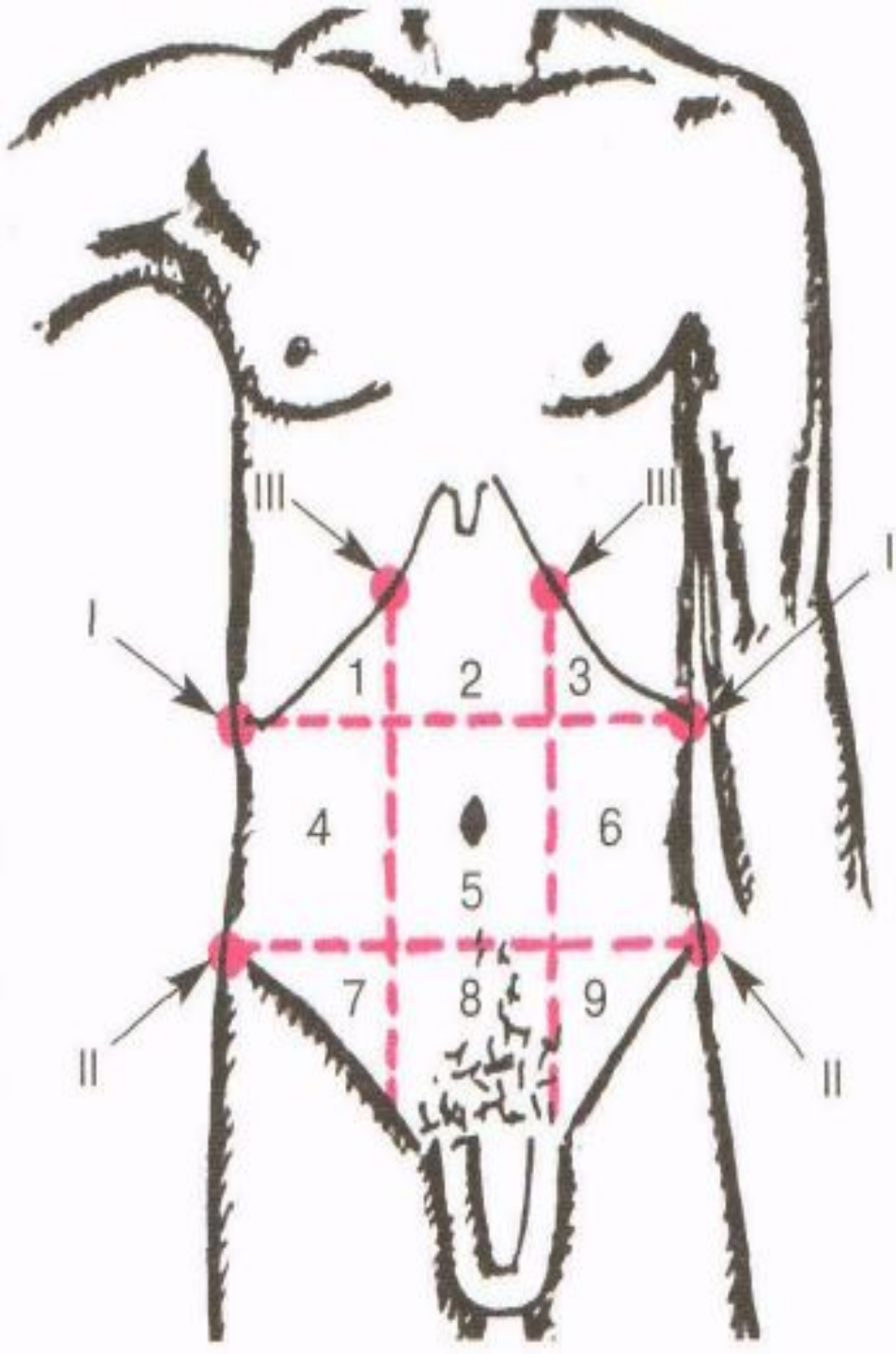
Асцит.

Склеры желтушны,
живот вздут, небольшая
гинекомастия.

Осмотр живота.

При осмотре живота
диагностическое значение могут
иметь следующие признаки:

- 1) Форма живота и наличие
равномерных или неравномерных
выпячиваний или втяжений
(западений) живота
- 2) Рубцы и стрии на передней
брюшной стенке
- 3) Расширение и извитость
подкожных вен
- 4) Грыжи белой линии и пупочного
кольца
- 5) Усиленная перистальтика
кишечника
- 6) Участие живота в дыхании



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.

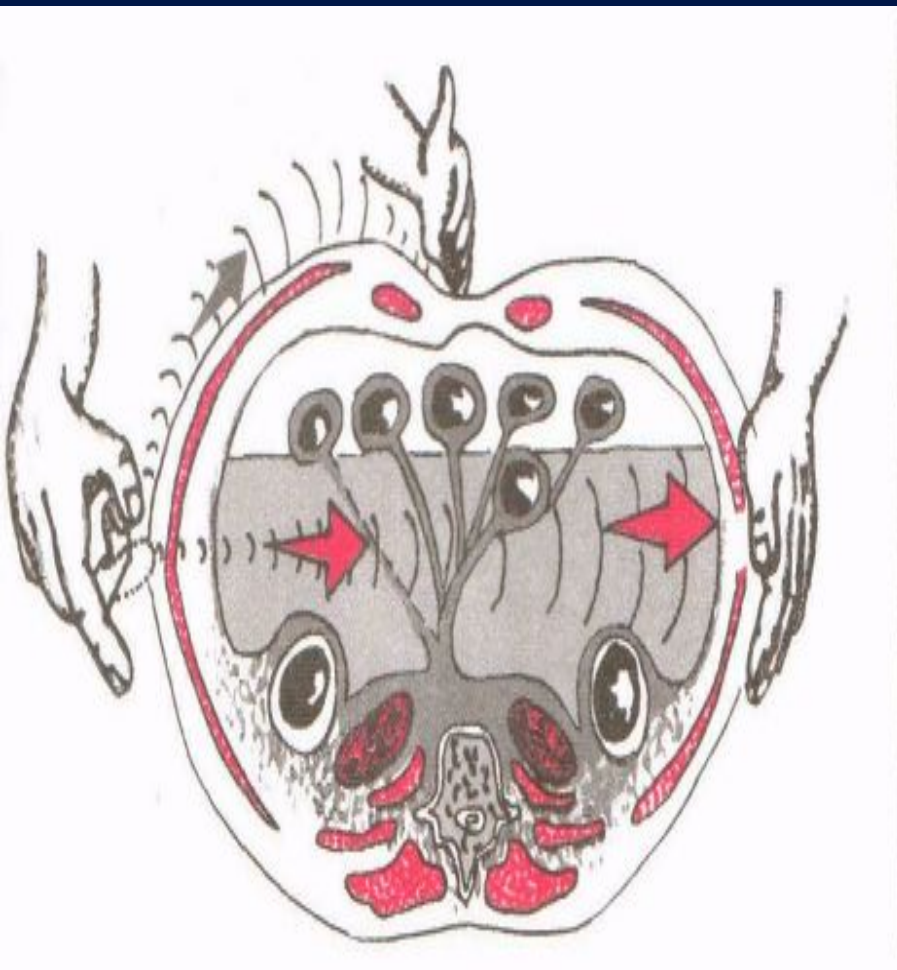
Перкуссия живота

Основные цели перкуссии живота:

- 1) Выявление свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости
- 2) Определение границ и размеров некоторых органов брюшной полости

При перкуссии живота наносят тихие перкуторные удары. В норме над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук.

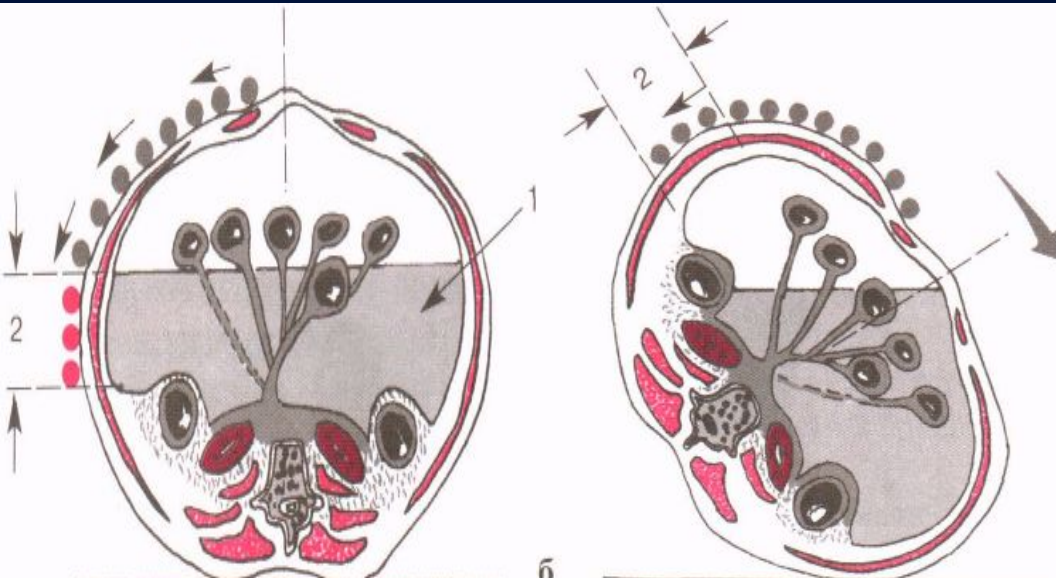
Определение асцита



При больших количествах жидкости производят ее определение **методом флюктуации**, для чего ладонь левой руки плотно прикладывают к боковой поверхности живота, а правой рукой наносят легкие отрывистые удары или щелчки с противоположной стороны. Если в брюшной полости имеется свободная жидкость, эти удары ощущаются в виде волны (**симптома волны**).

Схема определения асцита методом флюктуации

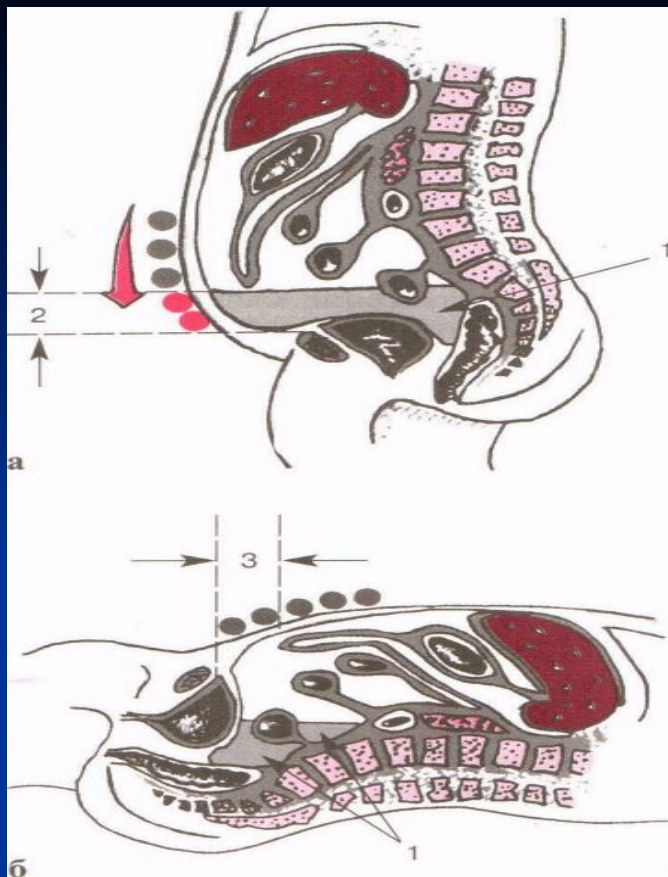
Перкуссия живота



При достаточно больших количествах свободной жидкости она может быть выявлена методом перкуссии в горизонтальном положении больного. Исследование начинают в положении больного на спине. Палец-плексиметр устанавливают параллельно срединной линии и перкутируют от области пупка, где определяется тимпанический звук, по направлению к фланкам

живота, где при наличии жидкости в брюшной полости появляется тупой перкуторный звук.

Затем больного поворачивают на противоположный бок, не отнимая пальца плессиметра от выявленной ранее границы тупого и тимпанического перкуторного звуков, и снова наносят здесь же тихие перкуторные удары. Если на месте тупого перкуторного звука появится тимпанический, то речь идет о наличии свободной жидкости в брюшной полости



Небольшие скопления жидкости в брюшной полости можно выявить методом перкуссии в положении больного стоя. Для этого в вертикальном положении перкутируют сверху вниз по передней срединной линии. Если в нижних отделах живота (выше лобка) определяется тупой перкуторный звук, больного просят лечь на спину, предварительно заметив границу тупого перкуторного звука, и в горизонтальном положении продолжают перкуссию от

этой границы до лобка. Если в брюшной полости имеется небольшое количество свободной жидкости, то при переводе больного в горизонтальное положение она перемещается в область фланков живота, и над лобком врач определяет уже тимпанический перкуторный звук.

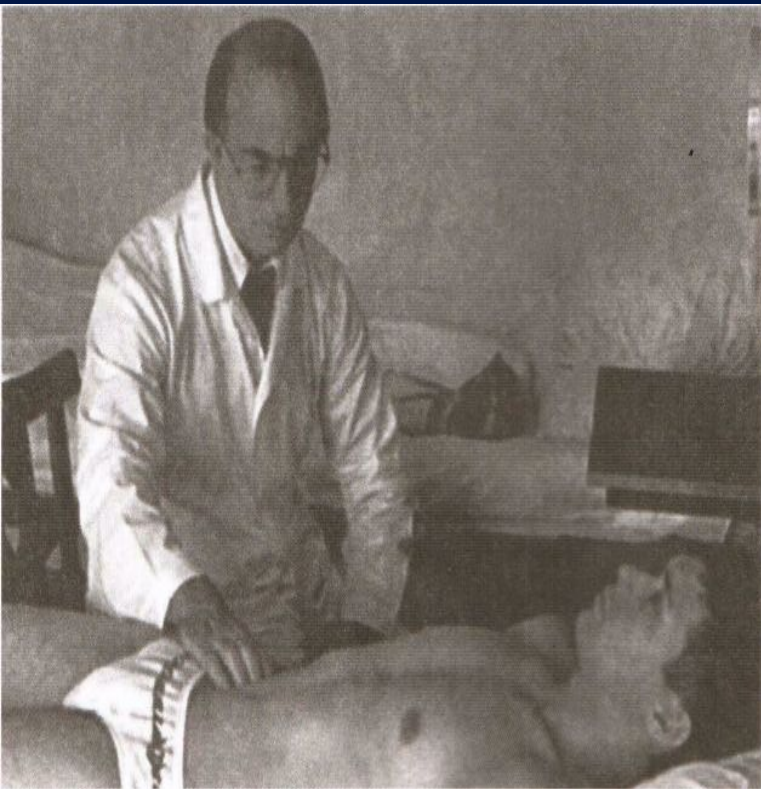
Пальпация живота

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 больного
- 5)** Руки врача должны быть теплыми, так как прикосновение холодных рук вызывает рефлекторное сокращение мышц брюшной стенки.

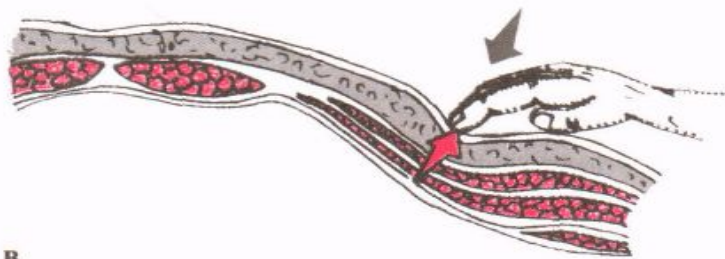
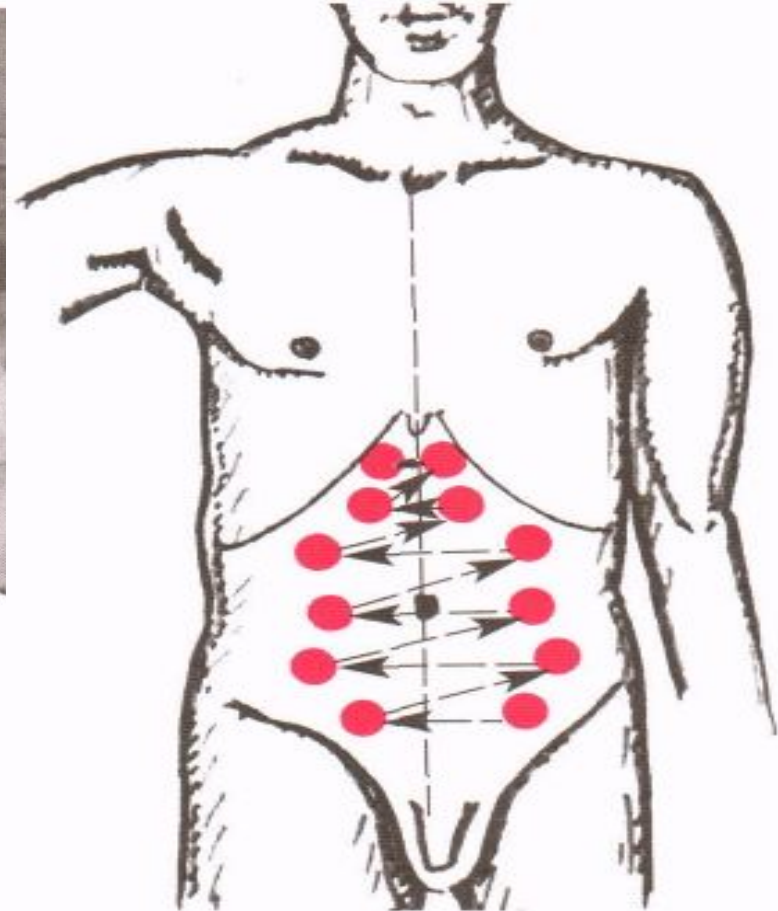
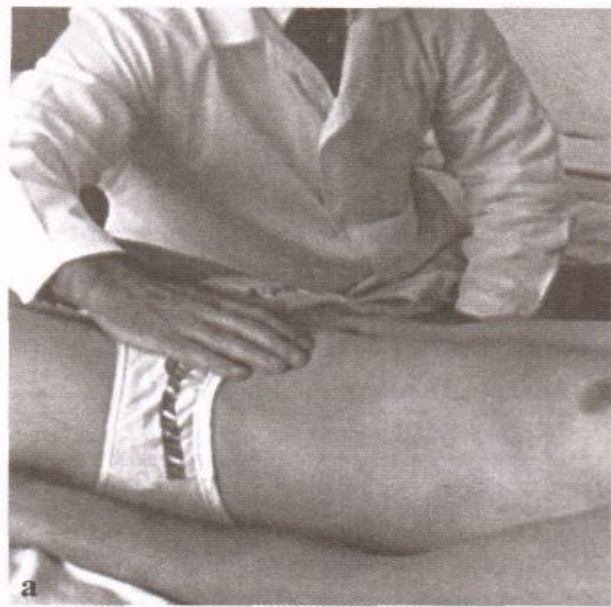
Поверхностная ориентировочная пальпация живота



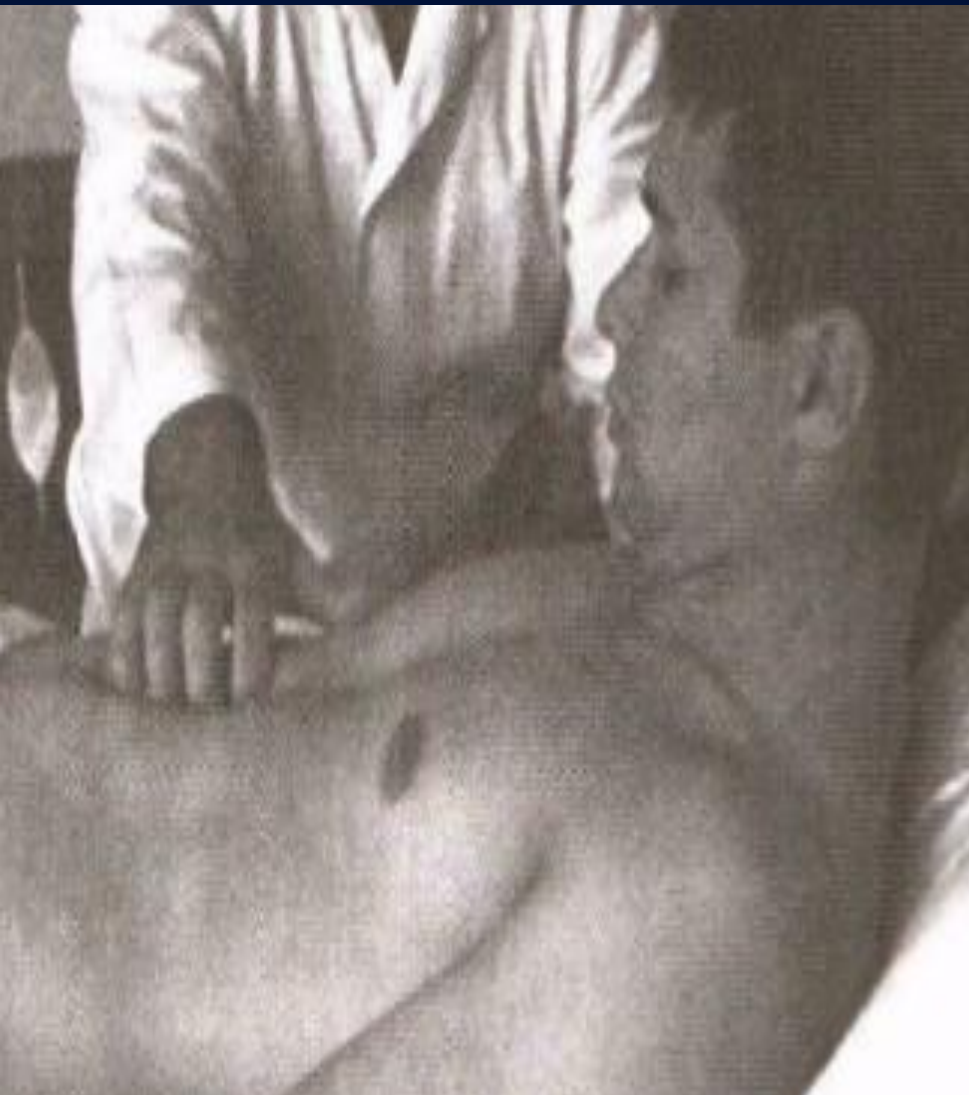
Данная пальпация позволяет
выявить:

- 1) Локальное и общее напряжение мышц брюшного пресса
- 2) Локальную и общую болезненность передней брюшной стенки
- 3) Расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца
- 4) Значительное увеличение органов брюшной полости, поверхностно расположенные опухоли и т.п.

**Методика пальпации
живота**



Ладонь правой руки врач кладет плашмя на живот и производит легкий нажим на брюшную стенку кончиками II, III, IV и V пальцев, получая таким образом представление о степени напряжения передней брюшной стенки. Пальпацию начинают в левой подвздошной области. Затем руку переносят в правую подвздошную область. Далее устанавливают несколько выше (на 3-4см) и пальпируют симметричные участки справа и слева.

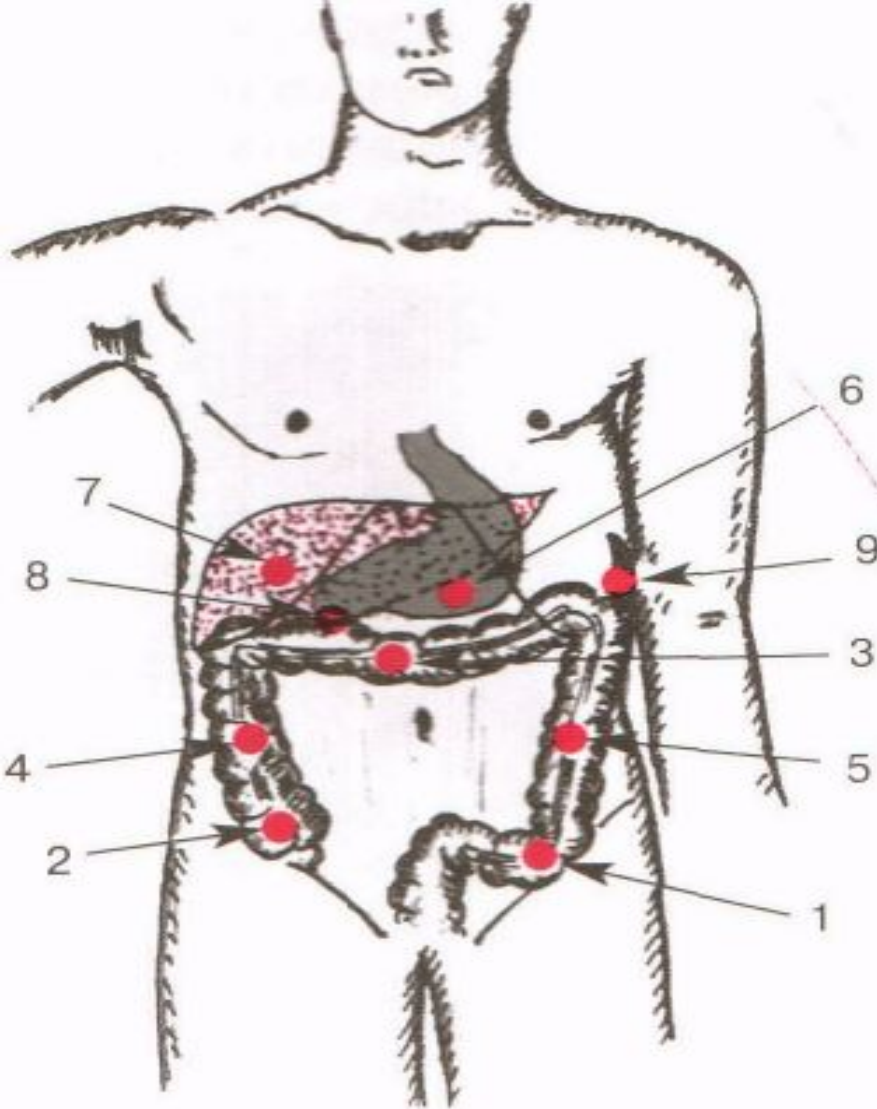


Методика определения расхождения прямых мышц живота.

**Затем определяют
степень расхождения
прямых мышц живота и
выявляют наличие
грыж белой линии и
пупочного кольца.
Пальпация проводится во
время приподнимания
головы пациента и
напряжения прямых мышц
живота.**

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).

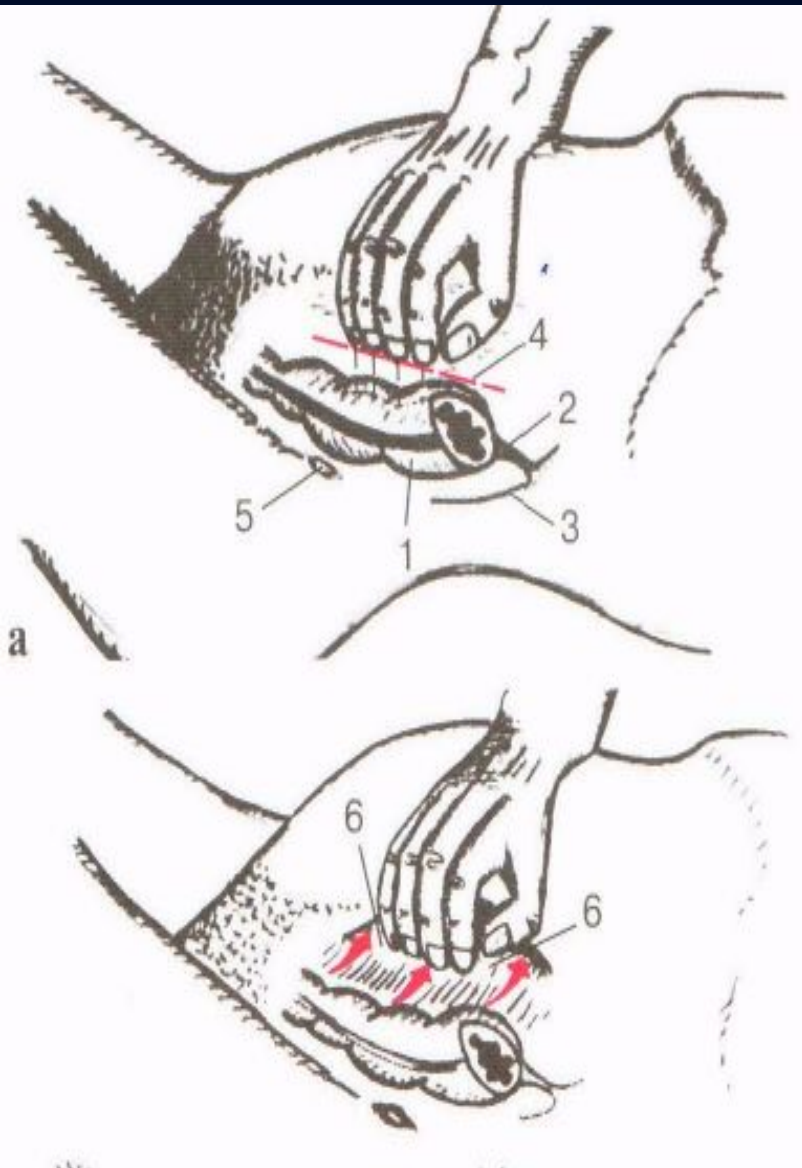


Последовательность
методической глубокой
скользящей пальпации
живота (по А.А.
Шелагурову)

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 стенку в соответствии с топографией пальпируемого органа.

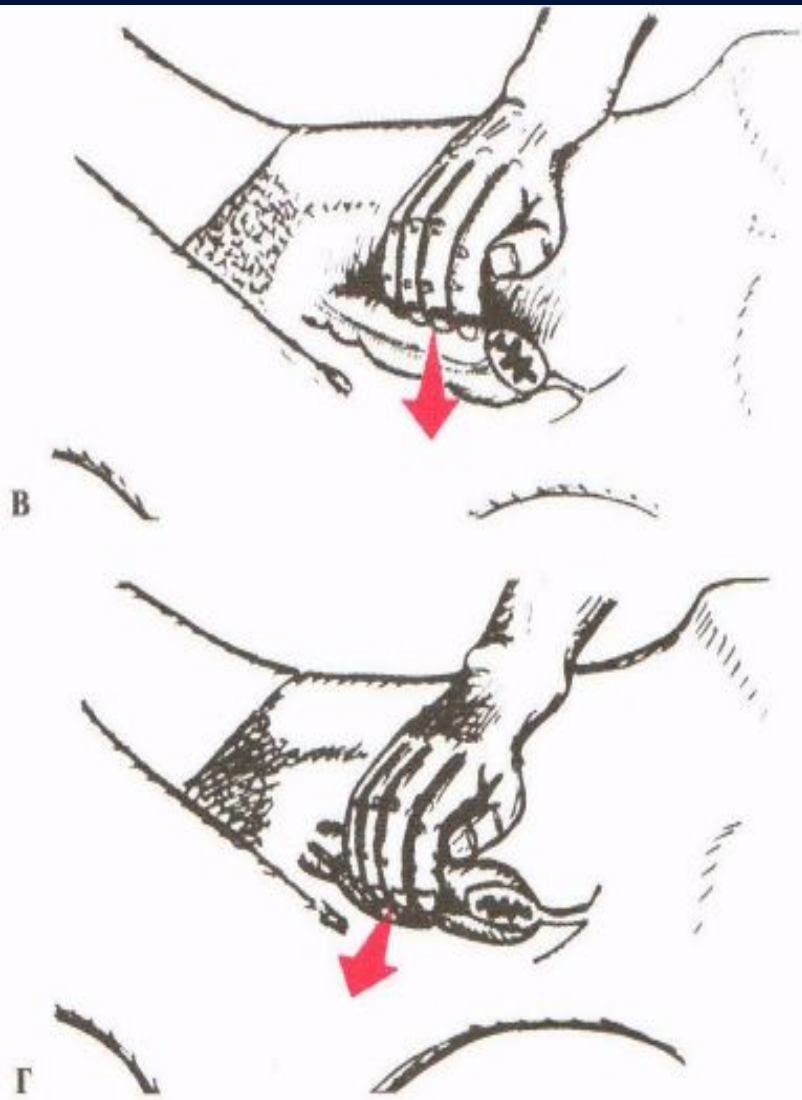
II момент пальпации - образование кожной складки (рис. б). Во время вдоха больного слегка согнутыми пальцами образуют кожную складку, сдвигая кожу в сторону, противоположную направлению последующего скольжения по кишке (пальпации).

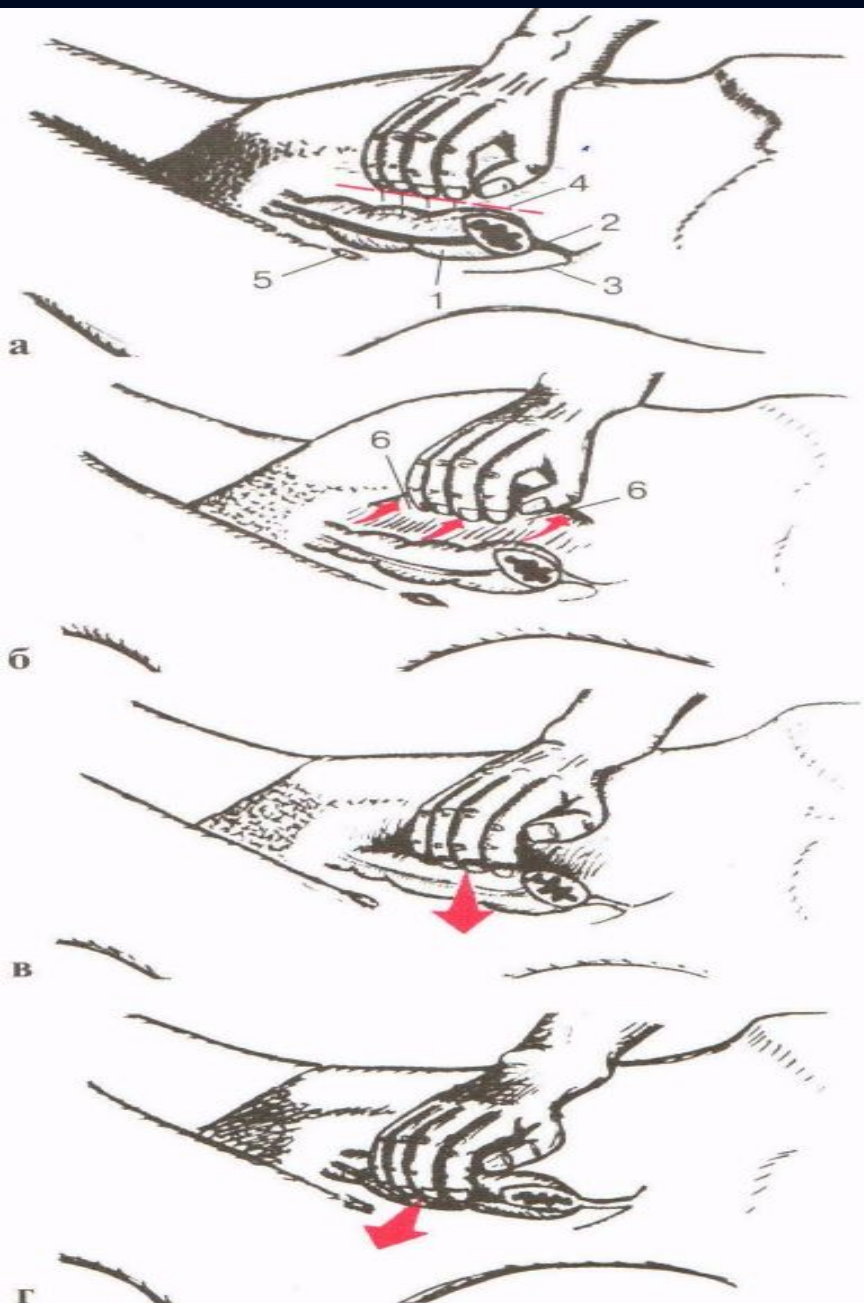


Методическая глубокая скользящая пальпация предусматривает обязательное выполнение четырех основных моментов пальпации.

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)



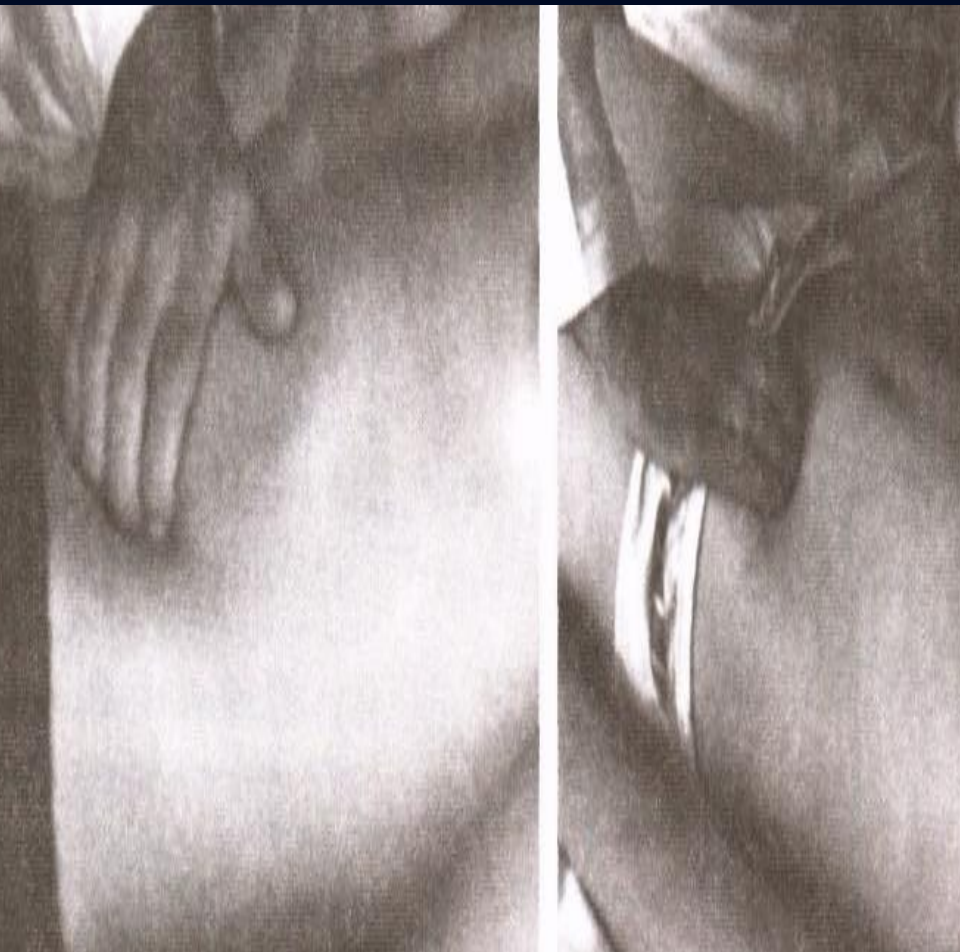
Пальпация СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

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 (к пупку) на вдохе

III момент-погружение пальцев в брюшную полость, пользуясь расслаблением брюшных мышц на вдохе - 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, плотноватого,
безболезненного
легко смещаемого
цилиндра, размером
около 2,5-3 см. Не
урчит.

При дизентерии – она
становится утолщенной,
болезненной.

При опухоли - бугристой



Пальпация слепой кишки

I момент-правую руку врач располагает в правой подвздошной области так, чтобы кончики полусогнутых пальцев находились на $\frac{1}{3}$ расстояния между spina iliaca anterior superior до пупка

II момент-сдвигание кожи медиально (к пупку) на вдохе

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

IV момент-скользящие движения по направлению правой spina iliaca anterior superior



Кишка мягкой, эластической консистенции, безболезненная, размером 3-5 см. Поверхность ее гладкая, при пальпации, как правило, выявляется урчание.

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

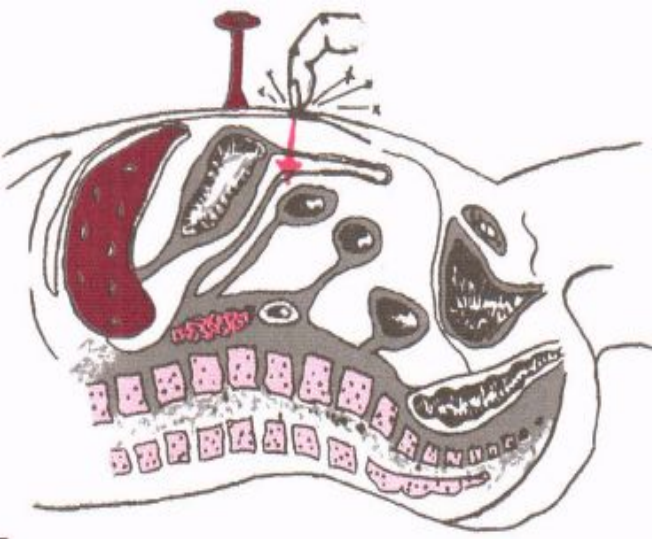


**Перкуторное
определение нижней
границы желудка.**

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 расположения 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 постепенно удаляясь от него вниз. Пока перкуторные удары наносятся над проекцией желудка, в стетофонендоскоп можно выслушать относительно громкий тон. Когда перкутируют вне зоны проекции желудка, звук резко ослабевает или исчезает

Определение нижней границы желудка методом аускультоперкуссии

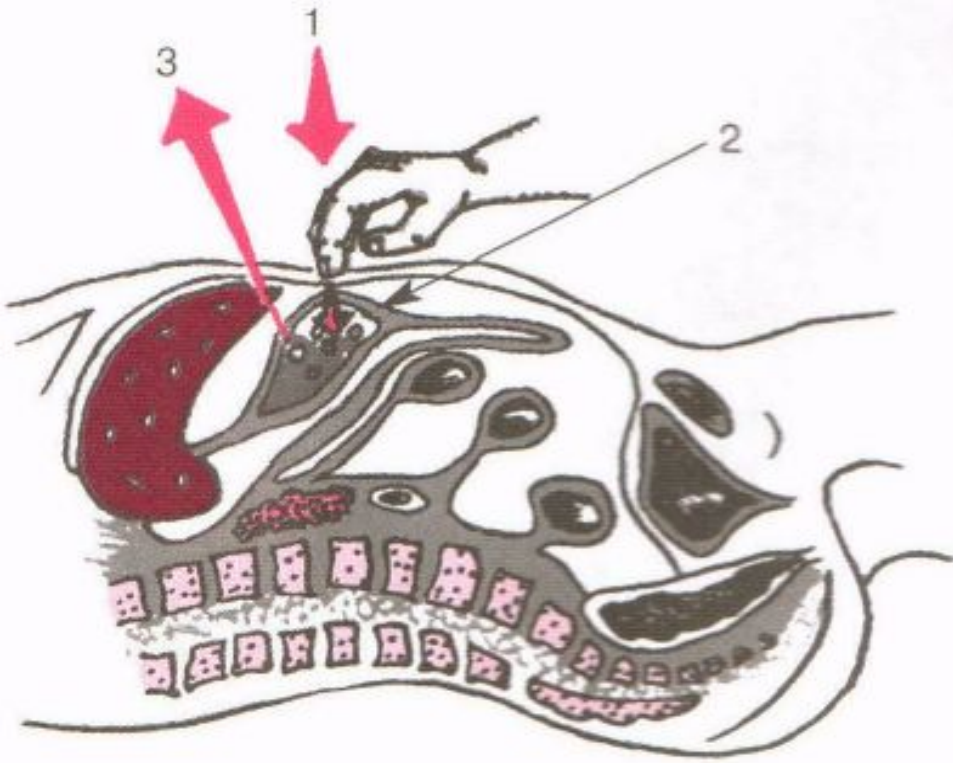


3) Метод выявления шума плеска

(перкуторная пальпация)

Этот метод, предложенный В.П. Образцовым, наиболее точный способ предварительного определения нижней границы желудка

Определение нижней
границы желудка
методом выявления
шума плеска



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.

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



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 смешивает воздух из верхней части желудка вниз до соприкосновения с жидкостью.

Определение нижней границы желудка методом выявления шума плеска



Пальпация поперечной ободочной кишки

После предварительного определения нижней границы желудка проводят пальпацию поперечной ободочной кишки

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 Ободочную 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.

Поперечная ободочная кишка мягкой,
эластической консистенции,
безболезненная, легко и значительно
смещается, не урчит. Нормальные
размеры кишки 5-6 см.



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

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.

Восходящий и нисходящий отделы ободочной кишки пальпируются в виде толстого, безболезненного эластичного цилиндра размером 4-6 см, без урчания

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—5

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

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

Для многомоментного исследования секреции желудка, способного дать значительную информацию о ее характере, в настоящее время применяется зондирование тонким зондом. Обычно начинают с извлечения сока натощак. После этого, согласно некоторым методам, сразу вводят стимулятор секреции; согласно другим, продолжают исследование «тощего желудка», извлекая еще четыре (можно две) 15-минутные порции.

Это так называемая *базальная секреция* — название, не совсем точно отражающее существо дела, ибо трудно определить, в какой мере получаемый секрет выделяется самопроизвольно и в какой — в ответ на раздражение зондом, акт глотания и т.д.

Опыт показывает, что получасовое извлечение дает ту же информацию о базальной секреции, что и часовое.

После получения четвертой порции базальной секреции (т. е. через 60 мин) больному вводят через зонд стимулятор секреции — так называемый пробный завтрак — в виде теплой жидкости в объеме 300 мл. Вызвать секрецию желудка можно и стимуляторами, вводимыми парентерально, — гастрином, гистамином, инсулином. Наиболее эффективны в этом отношении пентагастрин (синтетический препарат) и гистамин, которые относятся к физиологическим возбудителям желудочной секреции.

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

Арсенал энтеральных стимуляторов желудочной секреции представлен самыми разнообразными раздражителями: это и мясной бульон, и 5% раствор алкоголя, и раствор кофеина (0,2 г на 300 мл воды), и 7% отвар сухой капусты, и многие другие, которые можно применять при наличии противопоказаний к введению гистамина.

Внутрижелудочная рН-метрия

В последние десятилетия в клинической практике широкое распространение нашла методика внутрижелудочной рН-метрии. В ходе этого исследования определяется концентрация водородных (H^+) ионов в просвете желудочно-кишечного тракта на разных уровнях, в зависимости от цели данной процедуры.

В отличие от аспирационных методов исследования желудочного содержимого, когда удаление желудочного сока приводит к рефлекторному повышению его продукции и завышает цифры кислотности, внутрижелудочная рН-метрия обеспечивает более точную информацию. Недостаток рН-метрии заключается в том, что этот метод оценивает лишь концентрацию ионов водорода и не предоставляет данных об объеме секреции.

Рентгенологическое исследование

Рентгеноскопия и рентгенография относятся к наиболее распространенным методам исследования желудка и широко применяются как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Эти методы позволяют оценить положение и форму желудка, характер рельефа слизистой оболочки, контуры и эластичность стенки желудка, состояние его эвакуаторной функции.

Рентгенологическое исследование желудка проводится натошак **с использованием жидкой** водной взвеси бария сульфата, приготовленной из расчета 100— 150 г контрастного вещества на 200 мл воды.

Вначале выполняют обзорную рентгеноскопию органов грудной клетки и брюшной полости для ориентировочной оценки их состояния. Затем пациенту предлагают сделать глоток бариевой взвеси, после чего обращают внимание на ее прохождение по пищеводно-желудочному переходу.

Рентгеноскопию, дополняемую серией прицельных снимков, проводят в нескольких проекциях и при различном положении больного. Изучают положение, величину и форму желудка, его смещаемость, характер перистальтики, функцию привратника, эвакуацию контрастной массы.

Изменение рельефа слизистой оболочки желудка всегда свидетельствует о каком-либо патологическом процессе. Так, появление обрыва складок слизистой оболочки желудка характерно для ее инфильтрации раковой опухолью.

Гастроскопия представляет собой визуальный осмотр слизистой оболочки желудка, проводимый с помощью специальных гибких аппаратов (гастродуоденоскопов), в которых изображение внутренней поверхности желудка передается по световоду, состоящему из множества стеклянных эластичных волокон. Наличие специальной фотографической приставки, соединенной с гастроскопом (гастрокамеры), дает возможность фотографировать различные участки слизистой оболочки.

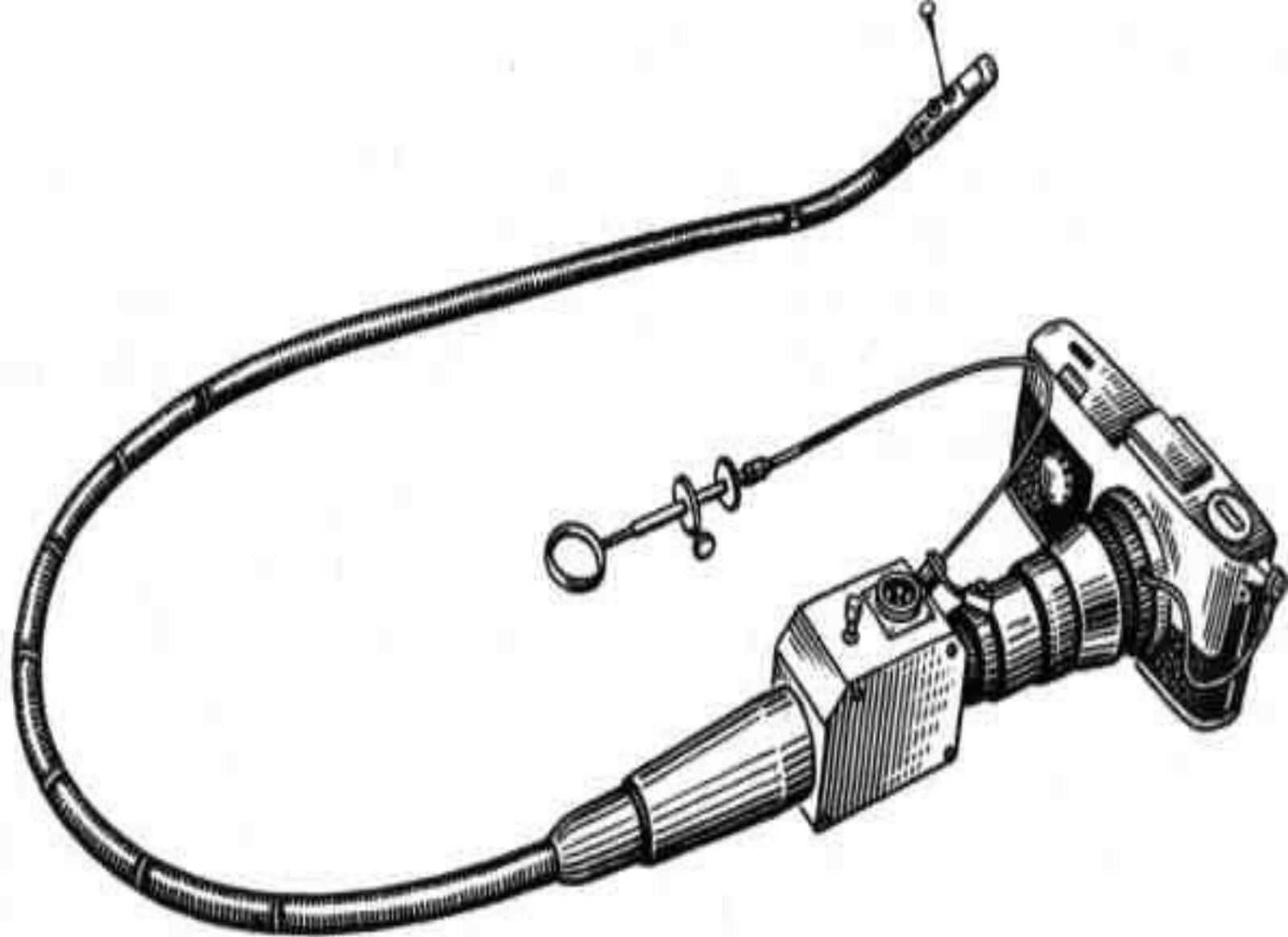


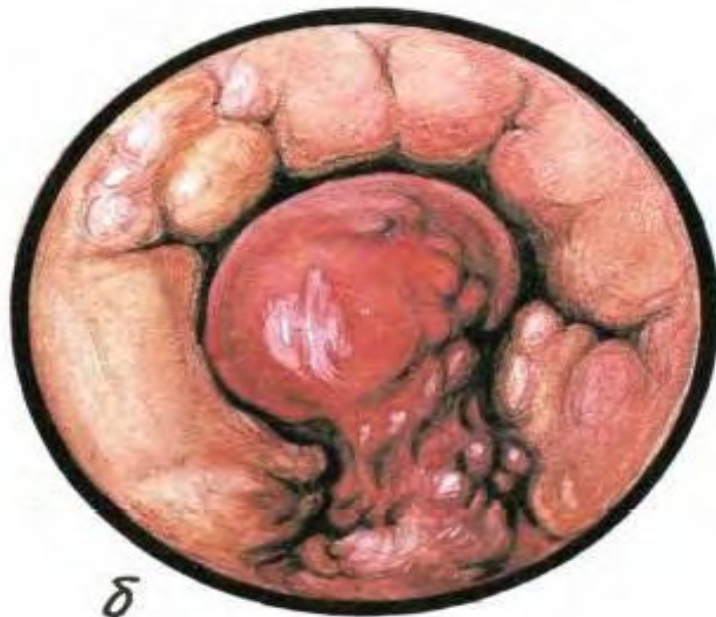
Рис. 100. Гастродуоденоскоп.

Гастроскопия, являющаяся в настоящее время одним из основных методов диагностики заболеваний желудка, позволяет оценить изменения его слизистой оболочки (уточнить характер и распространенность хронического гастрита, эрозивно-язвенных поражений, опухоли и др.), обнаружить различные двигательные нарушения (гастроэзофагеальный и дуоденогастральный рефлюкс, нарушения эвакуации).

При помощи биопсионных щипцов, вводимых в желудок через боковой канал гастроскопа, при необходимости можно взять кусочки ткани (из язвы, опухоли и т. д.) для последующего морфологического исследования. В дифференциальной диагностике язвенных поражений используют различные модификации эндоскопического исследования: эндоскопический люминесцентный анализ с применением гематопорфирина и тетрациклина, хромотогастроскопию с метиленовым синим и др.



a



б



в

Рис. 101. Данные гастроскопии при некоторых заболеваниях желудка.
a — острая язва желудка; *б* — кровоточащий полип антрального отдела желудка; *в* — хроническая язва желудка.

Эндоскопический метод исследования играет большую роль в выявлении источника кровотечения (язвы, эрозии, злокачественная опухоль и т. д.). В этих случаях удастся также провести электрокоагуляцию или лазерную коагуляцию кровоточащего сосуда.

В последние годы гастроскопия стала широко использоваться и при лечении больных язвенной болезнью для местного введения в область язвенного дефекта лекарственных препаратов, облучения язвы гелийнеоновым или аргоновым

лазером, а также для удаления полипов желудка с помощью специальной петли.

Подготовка к гастроскопии (за исключением экстренных случаев) проводится утром натощак. Она включает в себя подкожное введение 1,0 мл 0,1% раствора атропина сульфата за 30 мин до исследования и анестезию глотки 1 % раствором дикаина.

Противопоказаниями к проведению гастроскопии являются резкое сужение пищевода, аневризма аорты, острый инфаркт миокарда и тяжелая сердечная недостаточность, острое нарушение мозгового кровообращения, выраженный кифосколиоз, психические заболевания.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

