

# **ЛЕКЦІЯ**

**Методи обстеження хворих із захворюваннями органів травлення (шлунка, кишечнику). Функціонально-діагностичні методи.**

**Викладач Шайко Ніна Іванівна**

# План

1. Опитування хворих із захворюваннями:

а/ шлунка

б/ кишечника

2. Загальний огляд хворих та огляд живота

### **3. Пальпація живота:**

- а/ поверхнева - правила, послідовність та діагностичне значення;**
- б/ глибока методична, ковзна пальпація за методом Образцова і Стражеско - послідовність, діагностичне значення.**

**Визначення межі великої кривини шлунка.**

### **4. Лабораторно-інструментальні методи дослідження при захворюваннях шлунка, кишечника:**

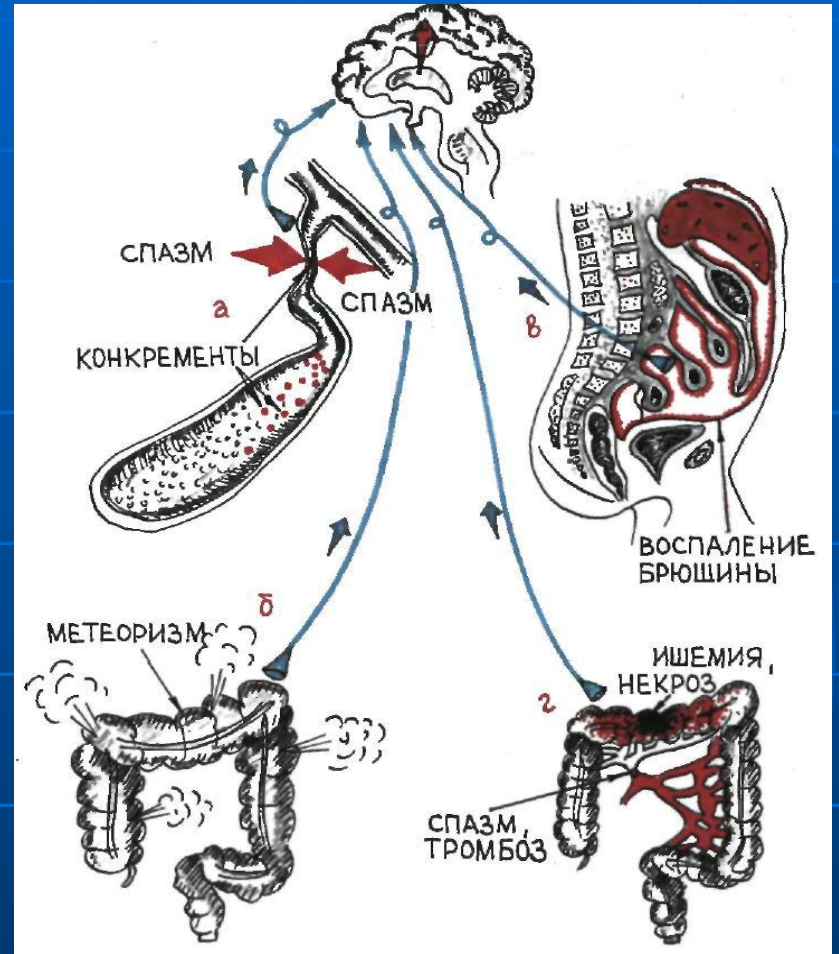
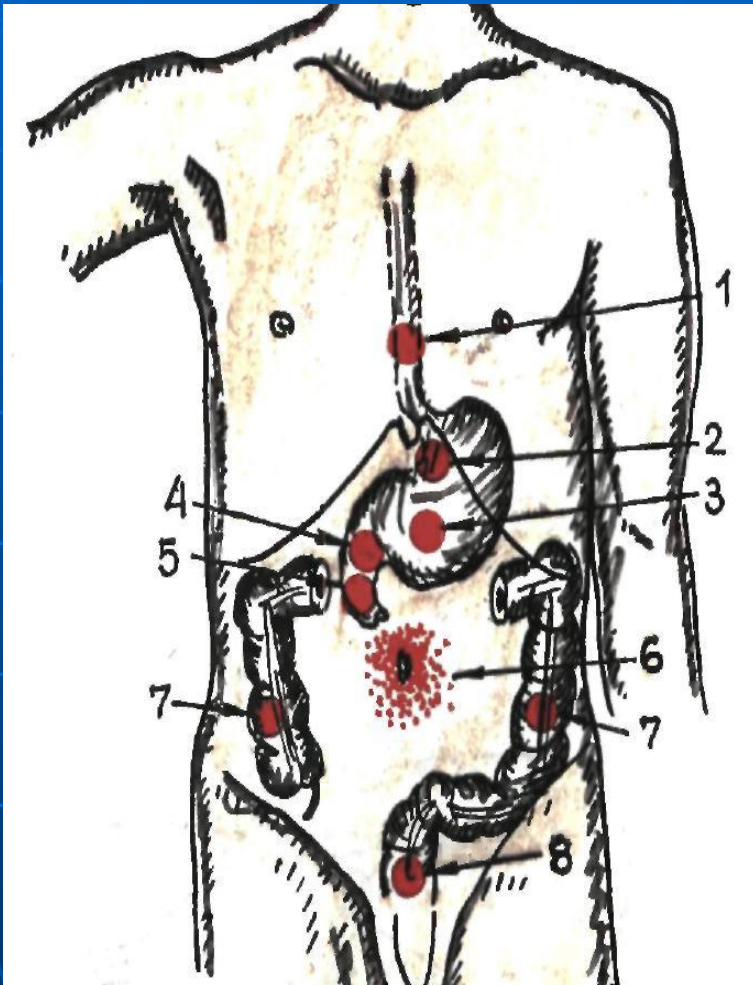
- а/ дослідження шлункової секреції;**
- б/ лабораторне дослідження калу;**
- в/ рентгенологічні методи дослідження;**
- г/ ендоскопічні методи дослідження (самостійна позааудиторна робота).**

# МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ (ШЛУНКА, КИШЕЧНИКА)

## **I. Опитування**

Скарги хворого:

- а/ біль у животі,
- б/ диспептичні розлади,
- в/ шлунково-кишкові кровотечі



**Найбільш типова локалізація та механізм болю при захворюваннях стравоходу, шлунка та кишечника**

## **Біль у животі**

### **місце локалізації,**

- характер болю: нападopodobний, періодичний, постійний, сезонність болю,
- зв'язок болю із прийманням їжі, її якістю, консистенцією,
- іррадіація болю,
- зменшення болю після блювання, приймання їжі або ліків, застосування тепла і спазмолітичних препаратів,
- зв'язок болю з фізичним напруженням, хвилюванням,
- зв'язок болю з актом дефекації.

Для захворювань шлунка та 12-палої кишки характерний біль, пов'язаний із прийманням їжі, нічний біль.

### **Біль:**

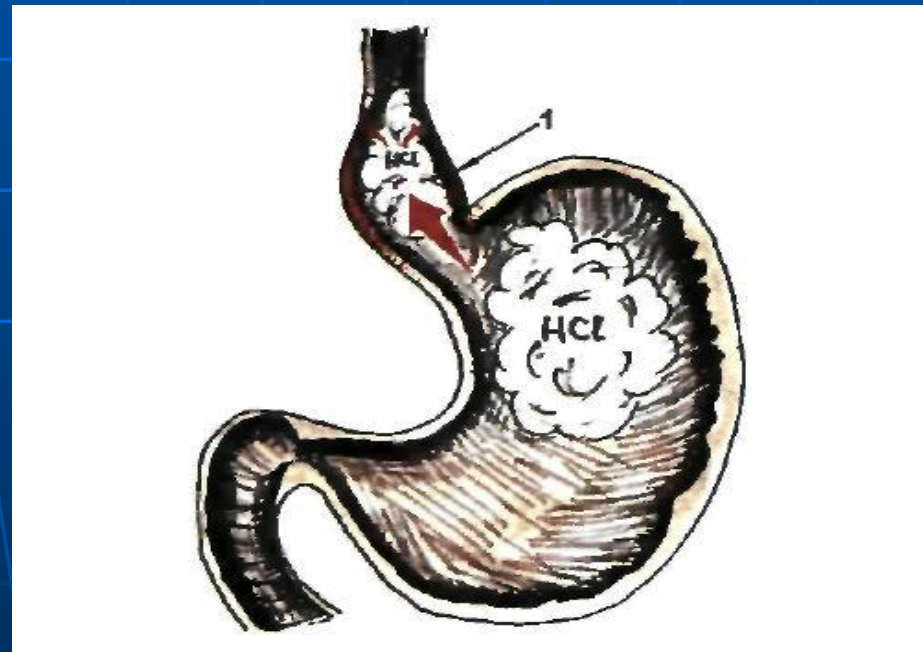
1. Ранній (через 30-60" після приймання їжі).
2. Пізній (через 1,5-2 години після приймання їжі).
3. Нічний.
4. Голодний.

Біль, обумовлений захворюваннями кишечника, не пов'язаний із прийманням їжі. Але тісно пов'язаний з актом дефекації. Часто після акту дефекації або відходження газів біль зменшується.

# Диспептичні розлади

## ***А/ Шлункові диспепсії.***

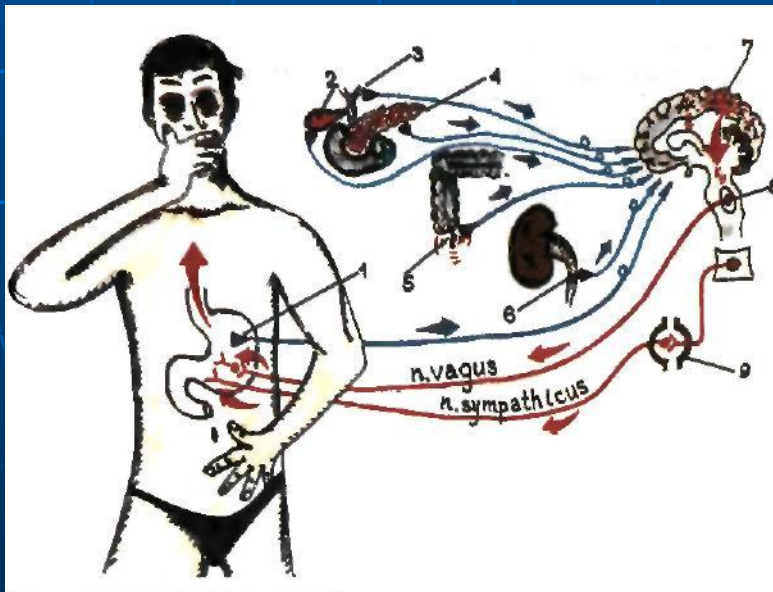
- порушення апетиту (пригнічення),
- поява неприємного присмаку в роті, пристрасть до неїстівних речовин (глина, крупа, вугілля),
- відрижка (повітрям, шлунковим вмістом), кисла, гірка, запах тухлих яєць,
- печія (відчуття печіння в епігастральній ділянці).



**Механізм виникнення печії: подразнення слизової оболонки стравоходу кислим шлунковим вмістом**



- нападоподібна слинотеча.
- нудота (неприємне відчуття загальної слабкості, яке супроводжується слинотечею, запамороченням, іноді непритомним станом. Нудота часто передує блюванню.
- блювання (мимовільний викид шлункового вмісту через рот)
  - а/ нервового (центрального) походження,
  - б/ вісцеральне (периферичне, рефлексорне),
  - в/ гематогенно-токсичне.



Механізм виникнення блювання



## ***Б/ Кишкові диспепсії***

метеоризм (відчуття повноти в животі),  
бурчання в животі (при дискінезіях, переміщення рідини, газів),  
пронос,  
запори (тривала, понад 2 доби, затримка калу в к-ку).

## ***В/ Шлунково-кишкові кровотечі***

Причини: гострі й хронічні виразки, ракові виразки, варикозне розширення вен стравоходу, шлунка, прямої кишки.

Симптоми: блювання, в блювотних масах домішки крові, забарвлення "кавова гуща", випорожнення мають чорний колір, дьогтеподібні.

# ОГЛЯД

## - Положення в ліжку



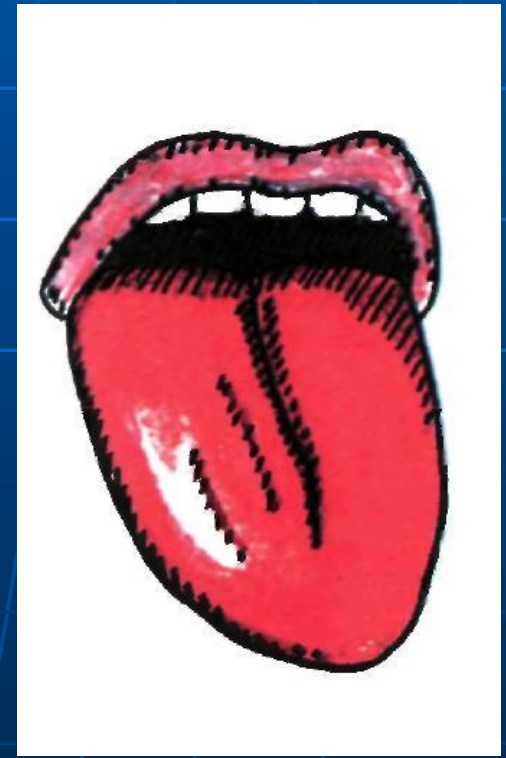
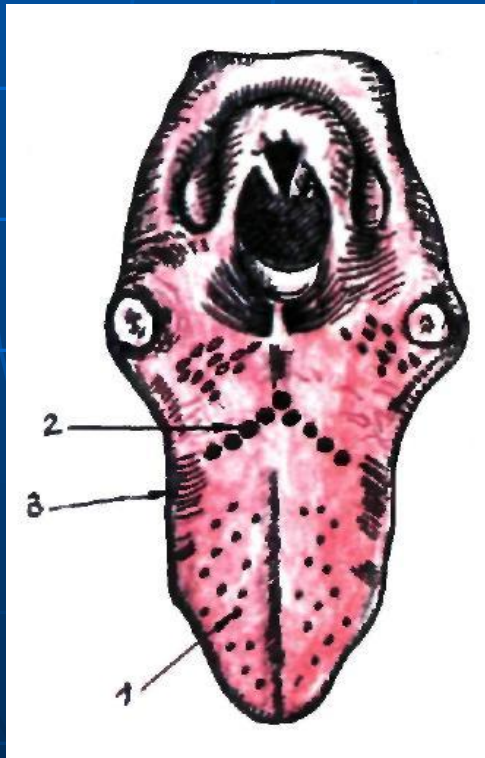
- вимушене положення хворого в ліжку при загостренні виразкової хвороби шлунка та 12-палої кишки

- схуднення хворих аж до розвитку кахексії,
- блідість шкіри,



**Зовнішній вигляд хворого з пухлиною шлунка, раковою інтоксикацією, виражена кахексія**

- трофічні зміни шкіри,
- огляд порожнини рота: наявність та відсутність зубів, стан зубів; язик - вологий чи сухий, чистий чи обкладений нальотом, атрофія сосочків язика, язик гладкий, блискучий» малиново-червоний



## Огляд живота

- **видима перистальтика шлунка,**
- **конфігурація - збільшена за рахунок підшкірно жирової клітковини, при метеоризмі, асциті,**
- **симетричність живота,**
- **участь передньої черевної стінки в акті дихання,**
- **розходження прямих м'язів живота,**
- **сліди від застосування грілки,**
- **післяопераційні рубці,**
- **антиперистальтичні хвилі.**





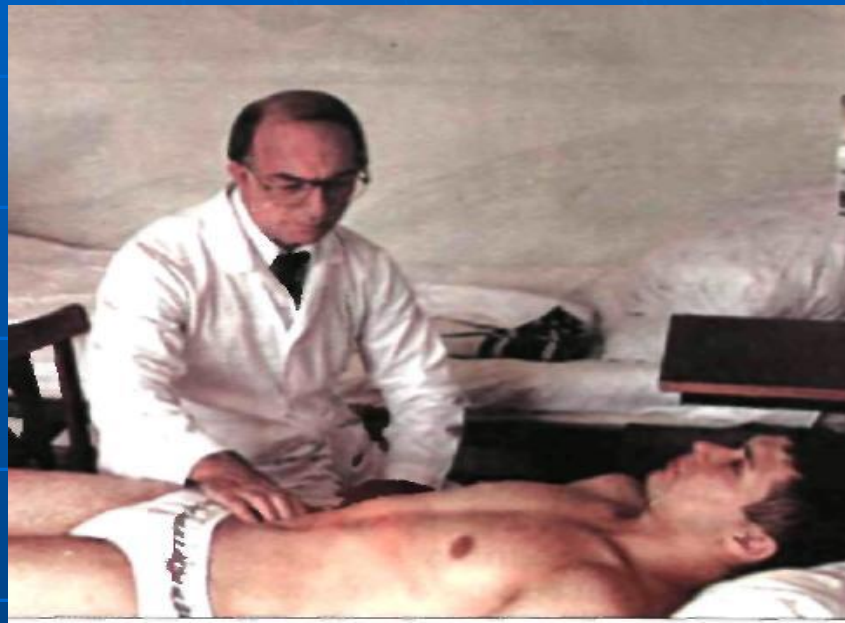






# Пальпація

## Правила пальпації живота



### Положення пацієнта при пальпації живота

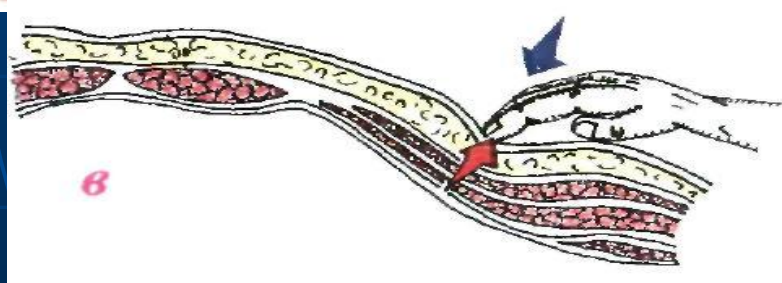
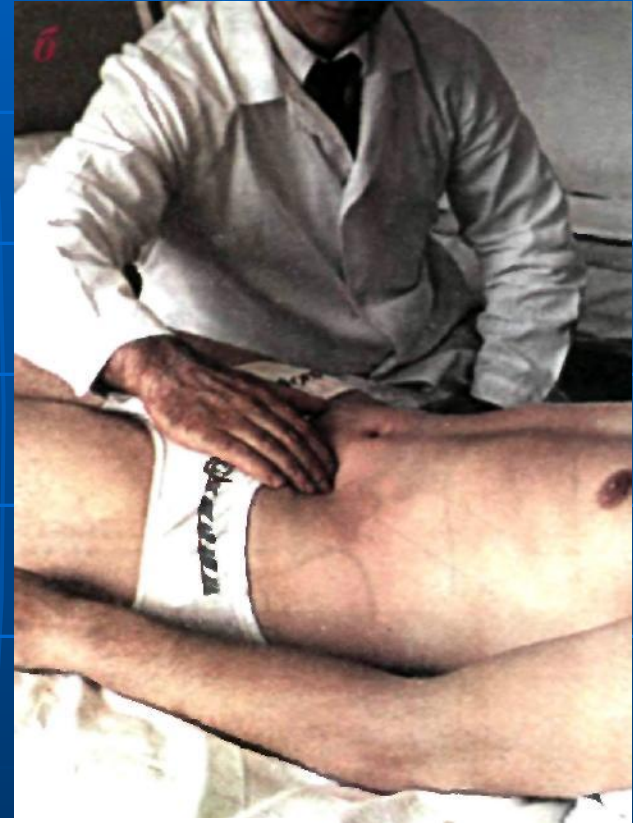
1. Сісти праворуч від хворого, на рівні його ліжка.
2. Хворий лежить на невисокій подушці, руки покласти вздовж тулуба, ноги витягнуті.
3. Хворий неглибоко дихає.
4. Живіт хворого оголюють від мечоподібного відростка до лона.
5. Руки пальпуючого повинні бути теплими, сухими, з короткими нігтями.

# Пальпація живота

**Поверхнева**

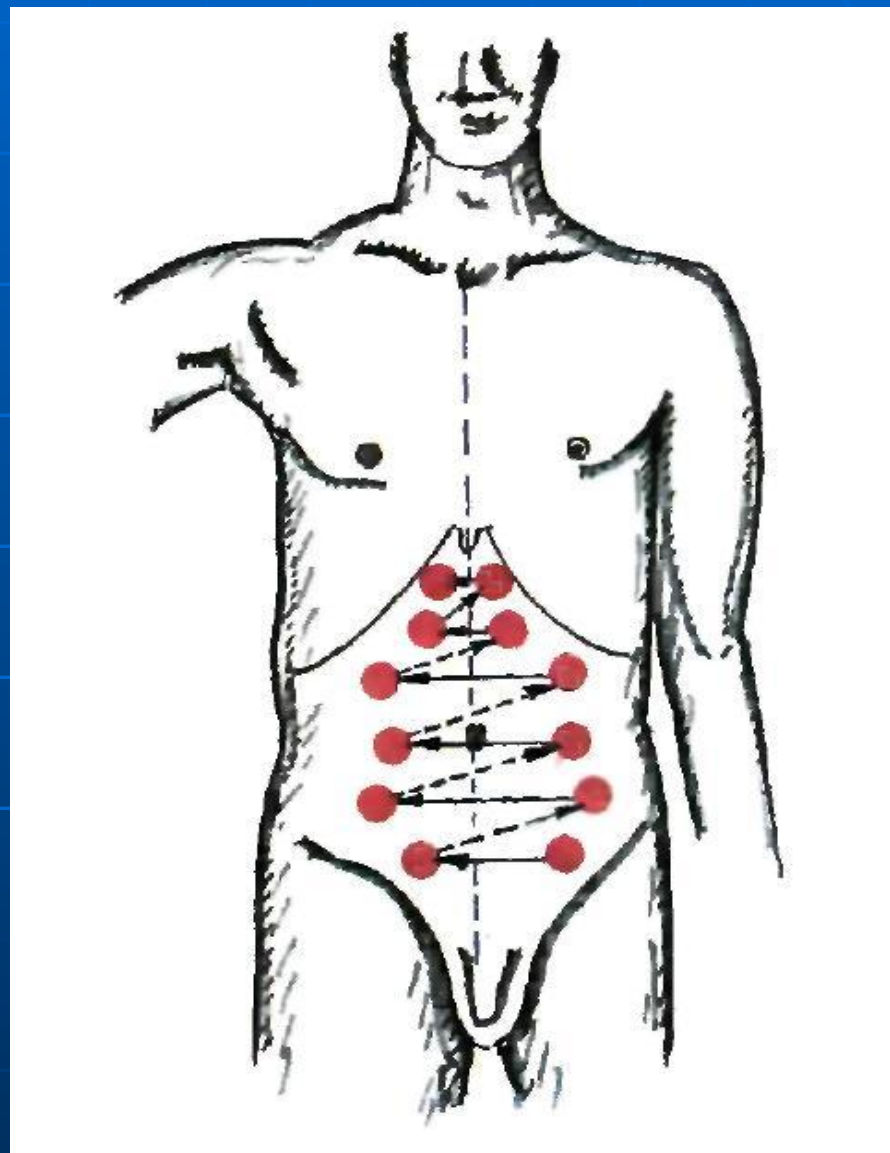
**Глибока**  
Методична ковзна  
за методом  
Образцова і Стражеско

а/ Для проведення поверхневої пальпації руки кладуть на оголений живіт і м'яким обережним натискуванням обстежують його



## **Послідовність:**

- ліва пахвинна (здухвинна) ділянка,
- потім симетричні ділянки зліва і справа, поступово підіймаючись до епігастральної ділянки (догори)



**Послідовність проведення  
поверхневої пальпації живота**



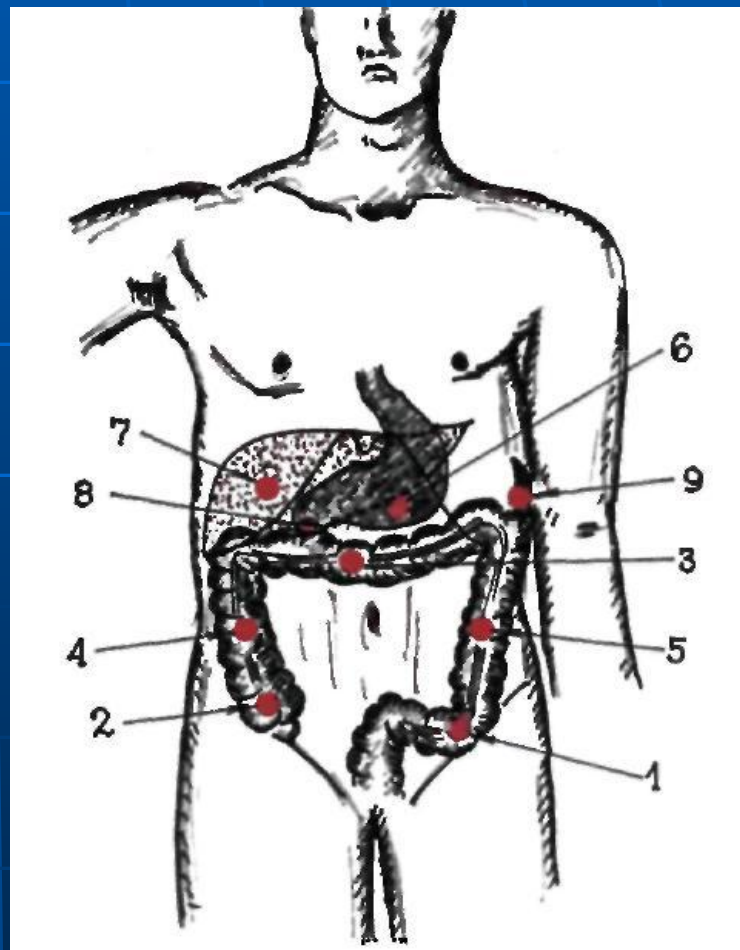
## Поверхнева пальпація дає змогу:

- виявити напруження черевної стінки, її резистентність,
- болісність,
- виявити наявність асциту, грижі,
- пухлини передньої черевної стінки

б/ Глибока методична ковзна пальпація за методом Образцова і Стражеско - топографічне розташування органів черевної порожнини, орієнтовно характер вмісту

### Послідовність:

1. Сигмоподібна к-ка.
2. Сліпа к-ка.
3. Висхідна к-ка.
4. Низхідна к-ка.
5. Шлунок.
6. Воротар (пілорус).
7. Поперечна к-ка.
8. Печінка.
9. Жовчний міхур.
10. Підшлункова залоза.
11. Селезінка.
12. Нирка.





**Пальпація сигмоподібної кишки**



**Пальпація сліпої кишки**





**Пальпація висхідного відділу ободової Кишки**



**Пальпація нисхідного відділу ободової кишки**



**Пальпація великої кривини шлунка**



**Пальпація поперечного відділу ободової кишки**



**Пальпація вороторя (пілоруса)**

**Сигмоподібна к-ка** - гладкий, ущільнений циліндр товщиною в великий чи вказівний палець, не болісний, не бурчить, в'яло і рідко перистальтує.

**Сліпа кишка** - помірно напружений, дещо розширений донизу циліндр із закругленим дном. Д 2-3см, бурчить при надавлюванні на нього.

**Кінцевий відділ клубової кишки** - м'який, легко перистальтуючий, пасивно рухомий циліндр товщиною з олівець, бурчить.

**Поперечно-ободова кишка** - ще дугоподібно і поперечно, має вигляд циліндра помірної щільності, товщиною 2-2,5см, легко пересувається догори і донизу, не бурчить, не болісний

## *Визначенням межі великої кривини шлунка*

- 1. Перкуторне визначення (за різними відтінками тимпанічного звуку).**





**2. Пальпаторно ( у вигляді складки – валу, яка розташована по обидва боки від хребта) на 2-3см вище пупка.**





3. Шляхом перкуторної пальпації за Образцовим.

Пальцями, прикладеними в надчеревній ділянці, роблять короткі поштовхи. Визначають шум плескоту.



#### 4. Стетоакустична пальпація.

-Стетоскоп розташовують під ліву реберну дугу. Одночасно пальцями здійснюють тертя по черевній стінці, поступово віддаляючись від стетоскопа. Поки палець пересувається в зоні відповідно шлунку, в стетоскоп чути шарудіння, яке відразу зникає, як тільки палець виходить за межі шлунка.



# Методи обстеження хворих із захворюваннями печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози

## План

1. Опитування хворих із захворюваннями печінки, жовчних шляхів: скарги, особливості анамнезу.
2. Особливості огляду хворих із захворюваннями печінки, жовчних шляхів.
3. Визначення меж печінки, розмірів печінки за Курловим,
4. Методика проведення пальпації печінки. Край печінки в нормі.
5. Суб'єктивне обстеження хворих із захворюваннями підшлункової залози.
6. Об'єктивне обстеження хворих із захворюваннями підшлункової залози: огляд, перкусія, пальпація.
7. Лабораторно-інструментальні методи обстеження при захворюваннях печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози (сам. доаудиторна робота студентів).

# Методи обстеження хворих із захворюваннями печінки та жовчних шляхів

## Скарги:

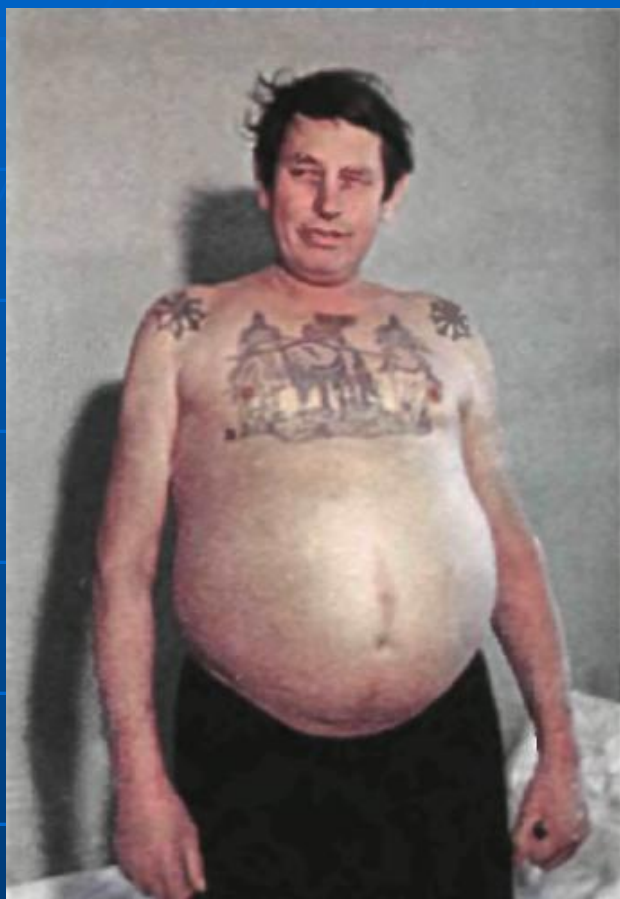
- біль в животі,
- диспептичні розлади,
- свербіж шкіри,
- жовтяниця,
- збільшення розмірів живота,
- гарячка

# Огляд

**Огляд шкіри:** жовтяниця (огляд при природному освітленні або при освітленні лампою денного світла). У жовтий колір забарвлюються склери, нижня поверхня язика, піднебіння, долоні, підошви.



**Зовнішній вигляд пацієнта з механічною жовтяницею**



**Зовнішній вигляд пацієнтів з паренхіматозною жовтяницею**



**Блідість шкіри** (при кровотечах із варикозно розширених вен стравоходу чи гемороїдальних вен).

**Розчухи** на шкірі, **судинні зірочки** - на обличчі, шиї, верхній частині тулуба, еритему долонь (печінкові долоні), ксантоми на повіках, ліктях, долонях, підошвах ніг.

**Язик** - малиновий, яскраво-червоний. У чоловіків - **гінекомастія**, випадає волосся.

**Пальці** у вигляді барабанних паличок, іноді білі нігті ( надлишок естрогенів, серотоніну)

Огляд **порожнини рота** - явища ангулярного стоматиту запалення слизової оболонки і шкіри в кутинах рота



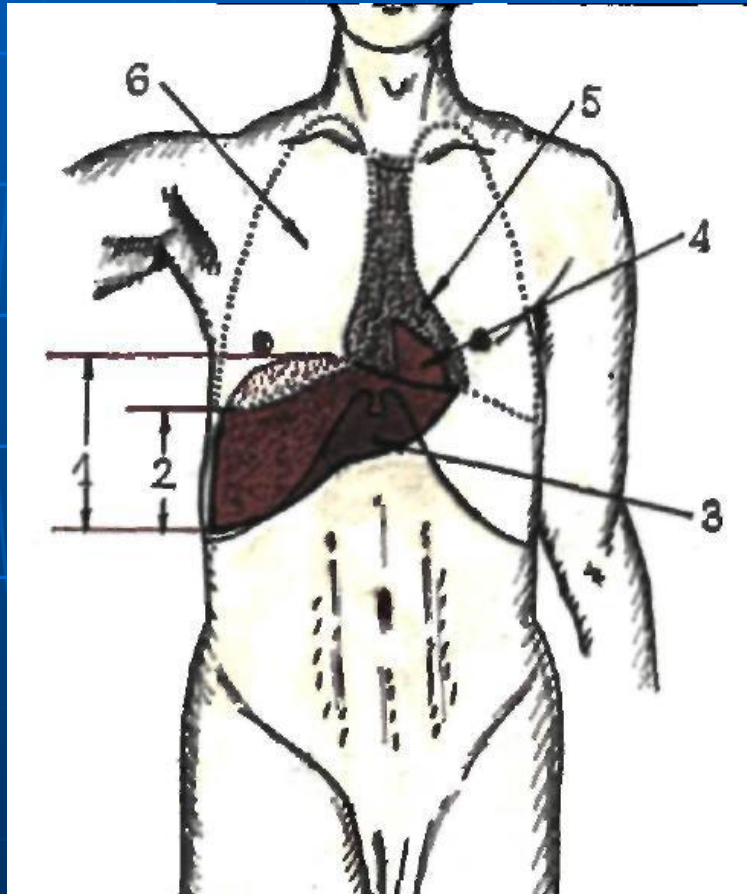
## Огляд живота

- асцит,
- розширення вен навколо пупка ("голова медузи"),
- випин правого підребер'я і епігастральної ділянки (при значному збільшенні печінки і виснаженні).
- випин в ділянці лівого підребер'я (збільшена селезінка).



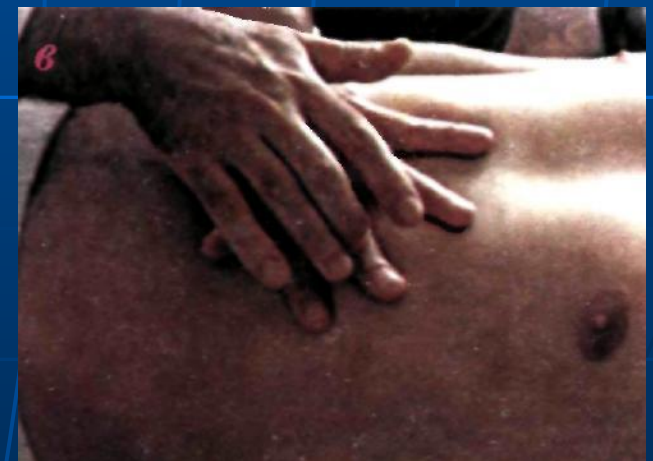
# Перкусія

Визначення межі, величини і конфігурації печінки.



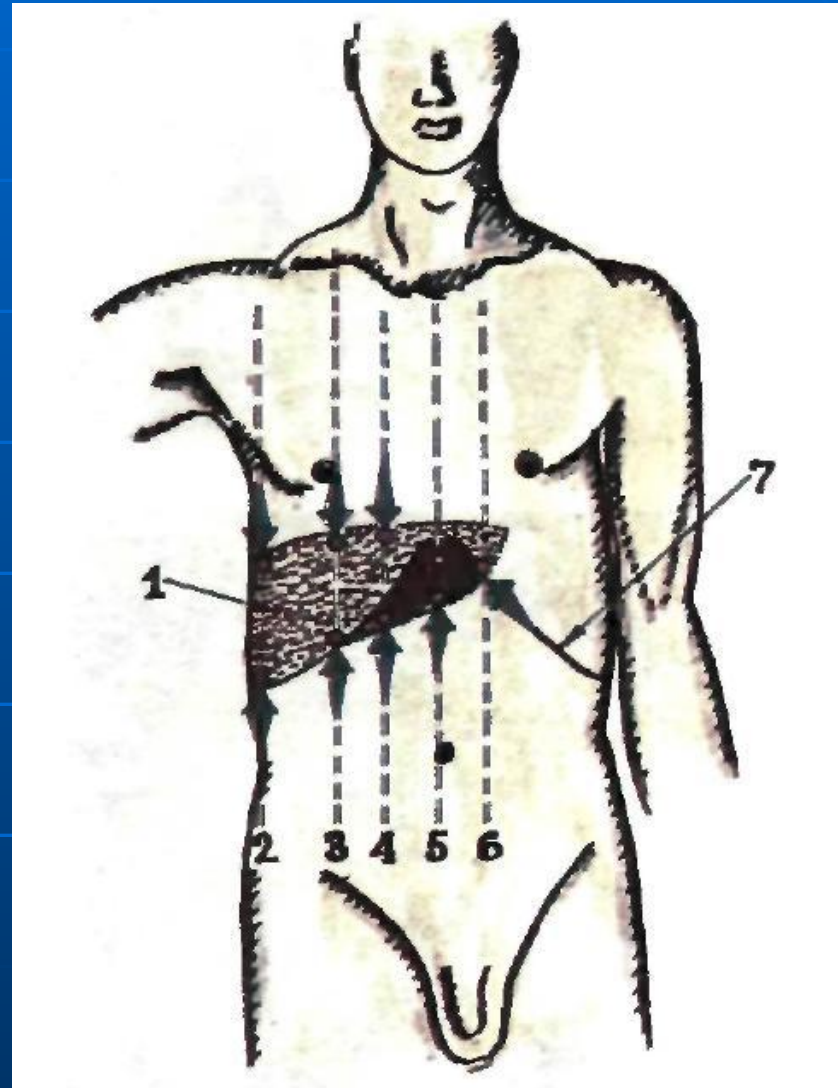
1 – відносна печінкова тупість, 2 – абсолютна печінкова тупість

1. **Використовуємо тиху перкусію.**
2. **Верхня межа абсолютної печінкової тупості збігається з нижнім краєм правої легені.**
3. **Нижня межа абсолютної печінкової тупості. Починають перкусію з правої передньої аксилярної лінії. Палець-плесиметр розташовують паралельно положенню нижнього краю печінки, на рівні пупка, чи нижче. Перкутуємо від тимпанічного до абсолютно тупого звуку.**
4. **Для визначення лівої межі печінкової тупості палець-плесиметр встановлюємо перпендикулярно краю лівої реберної дуги на рівні VIII-IX ребер і перкутуємо вправо безпосередньо по краю реберної дуги до ділянки переходу тимпанічного звуку в тупий**



**Визначення нижнього краю печінки по  
правій середньоключичній лінії,  
передній серединній лінії по лівій  
ребровій дузі**

**Схема визначення  
меж абсолютної  
печінкової тупості за  
В.П. Образцовим**



## Норма

1. Пр. передня аксиллярна лінія - X ребро.
2. Пр. середньоключична лінія - нижній край реберної дуги.
3. Пр. біля грудина лінія - на 2см нижче краю реберної дуги.
4. Передня серединна лінія - на 3-бсм нижче мечоподібного відростка,
5. Зліва - не заходить за ліву білягрудинну лінію і збігається по цій лінії з краєм реберної дуги.

## Висота печінкової тупості (розміри по Курлову)

1. По пр. передній аксиллярній лінії- 10-12см.
2. По правій середньоключичній лінії - 9- 11 см.
3. По пр. білягрудинній лінії - 8-11см.





# Пальпація

Поверхнева пальпація може виявити болісність в ділянці пр. підребер'я і епігастральній ділянці.

## Пальпація печінки за методом Образцова і Стражеско

1. Сісти праворуч від хворого.
2. Покласти чотири пальці лівої руки на поперекову ділянку, а великим пальцем натискувати збоку і спереду на реберну дугу, що наближає печінку до пальпуючої руки.
3. Долоню правої руки кладуть плазом, - на черевну стінку по середньоключичній лінії (пальці злегка зігнуті, розташовані нижче реберної дуги) і не сильно тиснути на черевну стінку.
4. Хворий глибоко дихає животом, Печінка змішується вниз, її край ковзає вздовж пальців, тобто пальпується.
5. Край незміненої печінки пальпується в кінці глибокого вдиху на 1-2см нижче реберної дуги. Він м'який, гострий, легко підвертається, рівний і не чутливий.
6. Жовчний міхур у здорових людей не пальпується, оскільки мало вирізняється з-під печінки.

# Аускультация

Має обмежене значення. Іноді шум тертя очеревини (при перигепатиті, чи перихолециститі).



Аускультация живота

# Методи обстеження хворих із захворюваннями підшлункової залози

## Опитування;

- біль,
- диспептичні розлади,
- загальна слабкість,
- схуднення.

**Біль** - локалізується в епігастральній ділянці або в лівому підребер'ї, іррадіює в спину. Часто має оперізуючий характер.

**Нудота, блювання** - пригнічення апетиту, відраза до жирної їжі, метеоризм, проноси, схуднення.

**Огляд** - загальне виснаження, жовтяничне забарвлення шкіри, розчухи шкіри і геморагії на шкірі. Блідість шкіри, сухість, зниження тургору.

При огляді живота зрідка можна бачити випин в верхній його ділянці - при пухлинах, кістках підшлункової залози. Здуття живота.

**Перкусія** - іноді над ділянкою підшлункової залози — притуплено - тимпанічний чи тупий звук в разі значного збільшення підшлункової залози.

## **Пальпація**

**А/ При поверхневій** - пальпація живота при гострому панкреатиті -болісність напруження м'язів передньої черевної стінки в епігастрії, лівим підребер'ї в ділянці проекції підшлункової залози.

**Б/ В нормі** підшлункова залоза пальпується у 4-5% чоловіків і лише 1 -2% жінок (при схудненні).

Пальпацію проводять за правилами глибокої пальпації, звичайно вище правої частини великої кривини шлунка: пальці встановлюють на 2-3см вище попередньо знайденої нижньої межі шлунка. Досягають задньої стінки черевної порожнини, рука ковзає донизу.

У вигляді поперечно розташованого м'якого циліндра біля 1,5-3см, нерухомого і не болісного.