

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.03 Стоматология
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2022

Занятие 5. Методы исследования больных с заболеваниями
органов пищеварения (расспрос, осмотр пальпация, перкуссия).

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине
«Пропедевтика внутренних болезней»:

Разработаны

Ассистентом

Хубиева Ф.Х.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело 2022 года набора очной формы обучения 08.04.22 (протокол №11)

Руководитель ОПОП ВО,
декан

Ивенский В.Н.

Методические указания по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции

1. Цель. Обучение студентов технике последовательности расспроса больного при патологии органов пищеварения (паспортные данные, жалобы, детализация жалоб, история заболевания и жизни), а

также технике последовательности общего осмотра больного при патологии органов пищеварения. Закрепление у студентов знаний и практических навыков по пищеварительной системе.

2. Учебные вопросы:

1. Методика проведения расспроса больного с заболеваниями органов пищеварения.
2. Общий осмотр больных с патологией пищевода, желудка, кишечника.

3. Теоретическая часть

Расспрос больного и жалобы, характерные для заболеваний пищевода:

Дисфагия: это нарушение глотания, которое может носить как функциональный, так и органический характер. Функциональная дисфагия возникает в молодом возрасте в результате невроза и вызвана спазмом гладкой мускулатуры пищевода, периодична. Органическая дисфагия носит стойкий и нарастающий характер, возникает вследствие наличия опухоли, рубцового стеноза. Выделяют, кроме того, параэзофагеальную дисфагию, вызываемую поражением органов, соседствующих с пищеводом (дилатированное левое предсердие при митральном стенозе сдавливает пищевод).

Боль при глотании: характерна для эзофагитов, рака пищевода.

Пищеводная рвота: связана с застоем пищи в пищеводе при его сужении (рак, рубцовый стеноз, дивертикул пищевода).

Отрыжка газом (воздухом), пищей: возникает в результате регургитации содержимого желудка при его поражениях: гастрит, язва, рак, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, гастроэзофагеальный рефлюкс при рефлюксной болезни,

Икота: возникает при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы в результате рефлюкс эзофагита, при раке кардии, пищевода, возникает при раздражении диафрагмального и блуждающих нервов.

Слюнотечение: частый симптом эзофагита и ахалазии кардии (нарушения раскрытия кардии), стеноза пищевода, возникает при раздражении блуждающего нерва,

Кровотечение: из пищевода часто наблюдается из варикозно расширенных вен у больных циррозом печени, при синдроме Меллори-Вейса (продольных надрывах слизистой кардии и пищевода, возникающих при интенсивной рвоте, чаще при злоупотреблении алкоголем).

Жалобы, характерные для заболеваний желудка:

Боли в подложечной области и их характер: боли в подложечной области и ощущение тяжести связаны с заболеваниями желудка, печени, поджелудочной железы, наличием грыжи белой линии живота и другими заболеваниями брюшной полости. Боли в подложечной области при заболеваниях желудка (гастрит, язва) возникают вследствие растяжения желудка или спазма мускулатуры, имеют, как правило, висцеральное происхождение. При глубоком поражении стенки, желудка может наблюдаться висцерально-соматический (иррадиация болей) или даже соматический болевой синдром (рак желудка, пепетрирующая язва). Ощущение тяжести в эпигастрии чаще возникает после приема пищи и связано с понижением тонуса гладкой мускулатуры желудка (острый, поверхностный гастрит), либо болевой может ощущать чувство тяжести постоянно - При повышении тонуса его мускулатуры (функциональная патология, синдром неязвенной диспепсии, компенсированный стеноз привратника). Приступообразные, спастические, режущего характера, периодические боли в подложечной или пилородуоденальной зонах возникают при спазме привратника и чаще наблюдаются при язве двенадцатиперстной кишки, дуодените. Ноющие, тупые боли в эпигастрии возникают из-за перерастяжения желудка (диспсионные боли), появляются, как правило, сразу после приема пищи и типичны для обострения хронического гастрита, язвы кардии, малой кривизны желудка, рака желудка высокой локализации, без прорастания стенки органа.

Выделяют, кроме того, периодичность болевого синдрома, в зависимости от приема пищи или длительности состояния натошак:

а) ранние боли, возникающие через 10-15 мин. после еды с последующим усилением через 1-1,5 часа, характерны для гастрита, язвенной болезни с локализацией в теле желудка, раке кардии, тела желудка;

б) поздние боли, через 1,5-4 часа после приема пищи. характерны для язвы 12-перстной кишки, дуоденита;

в) ночные и "голодные" боли, как правило, сочетаются с гиперсекрецией соляной кислоты и пепсина в желудке, легко купируются приемом антацидов и небольшого количества пищи, характерны для язвы 12-перстной кишки;

г) весенне-осенний характер появления болевого синдрома.

Желудочное кровотечение: появляется в виде кровавой рвоты или дегтеобразного стула. Если кровотечение продолжительное, то под действием соляной кислоты образуется соляно-кислый гематин - содержимое желудка (рвотные массы приобретает цвет кофейной гущи. Это наблюдается при кровоточащей язве желудка, раке желудка. Содержание алой крови - признак повреждения крупного сосуда - при язвенной болезни,

рака, полипах желудка. При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода цвет крови темный (венозная кровь, чаще со сгустками).

Нарушение аппетита: понижение его вплоть до полной потери (анорексия) наблюдается при атрофии слизистой желудка (атрофический гастрит типа А, язва тела желудка, рак тела желудка). Повышение аппетита характерно для язвенной болезни с локализацией язвы в 12-перстной кишке, может наблюдаться при сахарном диабете и при инсульте. Извращение аппетита чаще наблюдается при ахлоргидрии, отвращение к мясу наблюдается у больных с раком желудка и входит в так называемый "синдром малых признаков".

Отрыжка: обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном сфинктере, что вызывает заброс содержимого желудка в пищевод до полости рта. Различают физиологическую отрыжку (прием газированных напитков, переизбыток) и патологическую - при недостаточности кардиального сфинктера желудка, гастрите, язве желудка, раке тела желудка. Отрыжка тухлым свидетельствует о застое пищи в желудке, разложении ее (нарушение эвакуации пищи из желудка, ахлоргидрия, ахилия).

Изжога - чувство жжения в проекции пищевода (возможна па разных уровнях) возникает при желудочно-пищеводном рефлюксе, эзофагите, вызывающем рефлекторное сокращение гладкой мускулатуры пищевода с ограничением заброса. Изжога чаще наблюдается при повышенной кислотности желудочного сока, но может возникать и при снижении желудочной секреции. Иногда изжога возникает при отсутствии органической патологии пищевода или желудка, носит функциональный характер и возникает при приеме какой-либо раздражающей (очень индивидуально) пищи.

Тошнота: возникает при острых, хронических гастритах, раке желудка, нередко при секреторной недостаточности (подпороговое раздражение рвотного центра).

Рвота: бывает нервного (центрального), желудочного происхождения, рефлекторного, а также гематогенно-токсическая. Рвота центрального происхождения возникает внезапно, без предшествующих диспепсических расстройств, она многократна и не приносит облегчения, возникает при поражении ЦНС. Рвота желудочного происхождения вызывается раздражением рецепторов слизистой оболочки желудка, воспалительным процессом (острый гастрит, хронический гастрит, язвенная болезнь, рак желудка). Гематогенно-токсическая рвота возникает при уремии и других заболеваниях внутренних органов. Рефлекторная рвота наблюдается при виде визуальных картин, вызывающих сильный стресс, иногда при обонятельных реакциях.

Определите характер рвоты:

По времени: Рвота натощак характерна для хронического гастрита, часто наблюдается у алкоголиков, рвота через 10-15 мин после еды характерна для язвенной болезни желудка и рака кардиального отдела желудка, острого гастрита. Рвота через 2-3 часа, в разгар пищеварения, характерна для рака и язвы желудка (тела). Рвота через 4-6 часов после еды характерна для язвы привратника или 12-перстной кишки. Рвота пищей, съеденной накануне и даже через 1-2 дня, характерна для стеноза привратника. Рвота, возникающая на высоте болевого синдрома и приносящая облегчение, характерна для язвенной болезни желудка.

По запаху: Рвотные массы при желудочной рвоте чаще имеют кисловатый запах. Гнилостный запах характерен для процессов гниения в желудке. Каловый - при каловом свище, высокой кишечной непроходимости.

По реакции: Кислая реакция характерна для желудочной рвоты при гиперхлоргидрии, нейтральная или щелочная реакции характерны для ахилии.

По примесям: Наличие свежей крови характерно для эрозивного гастрита и язвенной болезни. Наличие желчи - для дуодено-гастрального рефлюкса, дуоденостаза, заболеваний желчевыводящих путей.

Жалобы, характерные для заболеваний кишечника:

Боли:

Ноющие, которые носят стойкий характер, усиливаются при кашле, возникают при воспалительных заболеваниях кишечника с частым вовлечением в процесс брыжейки Кишечника или брюшины.

Схваткообразные (по типу кишечных колик) характеризуются короткими повторными приступами, начинаются и кончаются внезапно. Боли локализуются, как правило, вокруг пупка, по ходу толстого кишечника, в основе болей лежат спазмы гладкой мускулатуры кишечника. Данные боли часто наблюдаются при синдроме раздраженной толстой кишки, язвенном колите, болезни Крона, дивертикулах толстой кишки.

Острые боли влевой нижней части живота появляются при непроходимости толстой кишки, воспалении сигмовидной кишки, тонкой кишки, раке ободочной кишки.

Тенезмы (болезненные позывы на дефекацию) характерны для вовлечения в патологический процесс прямой кишки, сфинктера и наблюдаются при дизентерии, заболеваниях нисходящей и сигмовидной кишки.

Метеоризм: ощущение пучения, вздутия живота вследствие:

- усиленного газообразования в кишечнике, обусловленного употреблением с пищей растительной клетчатки;

- нарушения двигательной функции кишечника при падении тонуса и непроходимости;
- понижения всасывания газов при их нормальном образовании;
- аэрофагии;
- истерического метеоризма.

Поносы:

Поносы - жидкий стул. Наблюдается при острых и хронических кишечных инфекциях (энтериты, энтероколиты, сигмоидиты, проктиты), при экзогенных (мышьяк, ртуть) и эндогенных интоксикациях (уремия, диабет, подагра), эндокринных расстройствах.

Поносы возникают вследствие:

- ускоренного продвижении пищевой кашицы;
- нарушения всасывания;
- воспалительных процессов в кишечнике;
- приема слабительных средств.'

Выявите отличительные признаки поносов при заболеваниях тонкого и толстого кишечника:

Поносы, возникающие при поражении толстого кишечника, бывают небильными, частыми, более 10-20 раз в сутки. При поражении тонкого кишечника поносы обильные, связаны с нарушением двигательной и ссасывающей функций кишечника, их частота 5-6 раз в сутки.

Запоры:

Запоры —это длительная задержка кала в кишечнике (более 48 часов). затрудненное опорожнение кишечника, отсутствие чувства облегчения после дефекации. Запоры бывают спастическими и атоническими, обусловлены либо органическими (воспалительный процесс, токсическое поражение, опухоли толстой кишки), либо функциональными нарушениями (алиментарные, неврогенные -- "привычные", при гипокинезии).

Кровотечение:

Появление дегтеобразного стула характерно для язвенного поражения органов пищеварения высокого расположения (язвенная болезнь двенадцатиперстной Кишки), может быть при опухолях, при тромбозе сосудов брыжейки, алая кровь выделяется с калом при поражении толстого кишечника язвенным неспецифическим колитом, кровоточащих полипах толстой кишки, трещинах заднепроходного отверстия, геморрое.

II. Соберите анамнез заболевания:

Следует обратить внимание на предполагаемую больным причину заболевания, динамику симптомов, частоту и длительность обострений, сезонность.

III. Соберите анамнез жизни у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта:

Перенесенные заболевания: при сборе анамнеза заболевания следует ознакомиться с перенесенными ранее Заболеваниями пищевода (имевшие место ожоги щелочами или кислотами) - перенесенный сифилитический аортит, который приводит к сдавлению пищевода, митральный стеноз, хирургические вмешательства.

Условия питания: качественный и количественный состав пищи, регулярность питания.

Привычные интоксикации: злоупотребление алкоголем и курением способствует развитию язвенной болезни, гастрита.

Прием лекарственных веществ: длительный прием лекарственных веществ (гормональные препараты, ацетилсалициловая кислота) ведет к раздражению слизистой желудка и образованию эрозий и язв.

IV. Проведите общий осмотр больного и выявите:

Положение больного: оно может быть активным, пассивным - при раковой кахексии, вынужденным:

- лежа на спине с приведенной к животу одной или двумя ногами принимают больные с сильными болями в животе (во время приступа аппендицита, холецистита, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, колите);
- лежа на животе занимают больные язвенной болезнью (при локализации язвы на задней стенке желудка);
- коленно-локтевое (Положение *ala vache*) - при опухоли желудка, поджелудочной железы и других органов брюшной полости.

Питание больного: Может быть Пониженным, удовлетворительным и повышенным. При тяжелых заболеваниях, длительных нарушениях всасывании наблюдается крайняя степень истощения, вплоть до кахексии.

Отеки: возникают при потере организмом белка и одновременно задержке солей и воды.

Сухость кожных покровов и их шершавость: связана с недостаточным всасыванием железа и анемизацией больного (развитие железodefицитной анемии). Шершавость кожных покровов часто сочетается с; трещинами губ. может возникать и за счет авитаминоза, развивающегося при нарушении всасывания в тонком кишечнике.

Лицо Гиппократа: имеет важное диагностическое значение при перитоните и непроходимости кишечника.

V Проведите осмотр ротовой полости и живота:

При осмотре ротовой полости оцените:

Зубы (количество и Состояние их). При отсутствии или наличии нездоровых. кариозных зубов отметьте количество и их порядковые номера. Десны: оцените окраску их слизистой, наличие налетов, изъязвлений.

Язык: оцените его величину, окраску, наличие налетов, выраженность сосочков, влажность. У здорового человека язык розовый, влажный, без каких-либо налетов:

- малиновый язык наблюдается при выраженном гастрите, колите;
- обложенность языка белым, серовато-белым налетом наблюдается при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта, лихорадочных состояниях, некоторых инфекционных заболеваниях;
- "лакированный" язык с ярко-красной блестящей поверхностью, обусловленной атрофией сосочков, может быть у больных с гастритом типа А, при раке желудка, толстого кишечника, глистной инвазии, хроническом колите;
- сухость языка с наличием трещин и темно-коричневого налета наблюдается при перитоните, обезвоживании.

Небные миндалины - на величину, форму, окраску слизистой, наличие налетов.

Окраску остальной слизистой ротовой полости, наличие сыпей и налетов на ней.

Осмотр живота:

Изменение величины: увеличен в объеме, может быть за счет чрезмерно развитого подкожного жирового слоя, вздут за счет метеоризма, при асците.

Симметричности: увеличение живота в правом или левом подреберье или в нижних отделах может быть за счет увеличения печени, селезенки или опухоли.-

Формы: в норме форма живота правильная, при перитоните доскообразная, при наличии асцита - "лягушачья" - жидкость собирается в боковых фланках.

Участие в акте дыхания: в норме обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. При наличии аппендицита, холецистита симметричность при дыхании обеих половин исчезает.

Изменение пупка: в норме пупок втянут, при асците выбухает, а также при наличии пупочной грыжи.

Рисунок подкожных вен: увеличение рисунка подкожных вен в области пупка характерно для заболеваний печени (портальная гипертензия).

Перистальтика: антиперистальтические движения наблюдаются в подложечной области, либо по ходу кишечника, могут навести на мысль о

наличии Препятствия для продвижения каловых масс (кишечная непроходимость).

Следы от применения грелок, послеоперационные рубцы, стрии: помогают в расшифровке жалоб больных.

ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА:

При горизонтальном положении больного сядьте справа от него и, положив палец-плессиметр на переднюю срединную"линию на уровне пупка, Проведите тихую перкуссию, перемещая палец-плессиметр вправо и влево от срединной линии. Над всей поверхностью живота должен быть тимпанический звук. При появлении тупого звука перкуссию живота следует проводить При различных положениях больного (стоя и лежа, лежа на боку и в коленно-локтевом положении - Тренделенбурга и т. д.), Изменение положения больного произведите таким образом, чтобы участок с тупым перкуторным звуком перемещался в наиболее высокое положение. Свободная жидкость стекает в нижележащие участки брюшной полости, и над зоной тупого звука появляется тимпанический звук. Если тупой звук обусловлен плотным органом брюшной полости, а не жидкостью, то при перемене положения больного он не изменяется.

Определение свободно перемещающейся жидкости в брюшной полости методом флюктуации;

Исследование проводится в положении больного лежа на спине. Сядьте справа от больного, Положите левую руку с выпрямленными и сомкнутыми пальцами ладонной поверхностью на правую боковую область живота, а правой рукой (11-V пальцы ее сомкнуты и полусогнуты) кончиками пальцев сделайте короткие отрывистые толчки по симметричной части левой боковой области живота. При этом сосредоточьте внимание на ощущении к левой руке. Если ладонной поверхностью левой руки вы ощущаете толчки от правой руки, констатируйте положительный симптом флюктуации. При отсутствии ощущения толчка левой рукой констатируйте отсутствие симптома флюктуации. Симптом флюктуации является симптомом наличия жидкости в брюшной- полости. Необходимо, однако, исключить передачу толчка по брюшной стенке, для чего исследование повторите, но с некоторым дополнением: во время исследования помощник должен положить руку ульнарным ребром кисти на срединную линию живота. При таком проведении исследования исключается передача толчка по брюшной стенке.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА (поверхностная ориентировочная пальпация живота):

1. Определением локальной болезненности и резистентности передней брюшной стенки: больного исследуют в положении лежа на спине на ровной твердой поверхности с низким изголовьем. Руки и ноги вытянуты вдоль туловища, мышцы расслаблены. Сядьте справа от больного лицом к нему. Определение резистентности и локальной болезненности живота произведите одновременно плавным неглубоким погружением пальпируемой руки в брюшную полость. Если больной не предъявляет жалоб на боли в животе, то исследование произведите в следующем порядке: придайте пальпирующей руке (правой) положение для пальпации (I-V пальцы сомкнуты и выпрямлены), положите руку ладью продольно на левое бедро так, чтобы кончики пальцев были на левой подвздошной области и снаружи от прямой мышцы живота. Плавно сгибая II-V пальцы, погружайте неглубоко в брюшную полость. В результате такого погружения определите степень сопротивления брюшной стенки и наличие болезненности в зоне пальпации. Сравните сопротивление (резистентность) симметричных участков брюшной стенки. После этого положите руку на левый фланк на 2-3 см выше предыдущего положения, сгибанием пальцев произведите погружение в брюшную полость. Вслед за этим руку переместите на симметричный участок правого фланка, произведите аналогичное движение пальцев, сравнивая степень резистентности брюшной стенки этих симметричных участков живота. Так, перемещаясь на 2-3 см вверх, постепенно исследуйте боковые отделы живота вплоть до подреберий.

Аналогично исследуйте симметричные участки брюшной стенки над прямыми мышцами, начиная с надлобковой области и кончая подложечной областью. 1. пути больной предъявляет жалобы на боли в нижней половине живота; то последовательность исследования иная; начинайте исследование с участков, более удаленных от зоны болевых ощущений.

2. Определением симптома раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга): положите пальпирующую руку ладью на живот в месте выявления болезненности, сгибая плавно пальцы, погружайте их вглубь брюшной полости, а затем очень быстро поднимайте руку, отнимая ее от живота. Если больной ощутит резкое усиление боли в момент отнятия руки от живота, констатируйте положительный симптом раздражения брюшины (наблюдается, как правило, на фоне повышенной резистентности брюшной стенки.)

3. Определением расхождения прямых мышц живота: положите правую руку (с выпрямленными и сомкнутыми пальцами) ульнарным ее ребром над пупком на срединную линию живота исследуемого, слегка вдавив ее вглубь живота, затем попросите больного приподнять голову (прямые мышцы

живота при этом напрягаются) и следите за кистью погруженной в живот руки.

Если в момент подъема больным головы рука выталкивается из живота, констатируйте отсутствие расхождения прямых мышц живота. Если же рука не выталкивается или между напрягшимися валиками прямых мышц живота ощущается широкая площадка, по которой возможно движение кисти в стороны, то в этом случае у больного имеется расхождение прямых мышц живота.

4. Определением грыжевых выпячиваний: проводится в положении больного стоя, сядьте спереди от больного лицом к нему. попросите больного натужиться. Пальпируйте кончиками пальцев участки живота, паховые области, область рубцов.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА методическая глубокая скользящая живота по методу В. П. Образцова и Н. Д. Стразжеско.

Общие принципы метода:

- глубокая пальпация: пользуясь расслаблением мышц брюшной стенки при выдохе глубоко проникают в брюшную полость;
- скользящая пальпация: скользящими движениями обходят доступную поверхность органа;
- методическая пальпация живота: исследования проводятся в строго определенной последовательности: сигмовидная, слепая, конечный отрезок тощей кишки, аппендикс, восходящая, поперечно-ободочная, «исходящая толстая кишка, большая кривизна желудка, привратник,

1. Пальпация сигмовидной кишки: она расположена в левой подвздошной области, в нижней част левого фланка, направление ее косое: слева направо сверху вниз. Она пересекает левую пупочно-остную линию почти перпендикулярно на границе средней и наружной трети ее. Положение больного на спине, руки вытянуты вдоль туловища, конечности расслаблены. Положение врача справа от больного. Правой руке придайте положение, чтобы 11-V пальцы были сомкнуты и полусогнуты (кончики всех пальцев должны находиться на одной линии). Положите ее плашмя на левую подвздошную область так, чтобы кончики пальцев располагались над ожидаемой проекцией сигмовидной кишки. Кисть руки должна лежать так, чтобы основание ее было обращено к срединной линии живота. Поверхностным движением (без погружения) во время глубокого вдоха больного кисть сместите медиально (перед тыльной поверхностью пальцев должна образоваться кожная складка). После этого попросите больного сделать выдох и. пользуясь спадением и расслаблением передней брюшной стенки, погружайте пальцы правой кисти вглубь брюшной полости до соприкосновения копчиков пальцев с задней стенкой брюшины. Погружение

пальцев должно производиться на месте обрадованной ножной складки и не должно быть быстрым, опережающим расслабление мышц брюшной стенки. В конце выдоха кончиками пальцев скользите по задней брюшной стенке в направлении ости подвздошной кости и при этом пальцы перекатываются через валик сигмовидной кишки. В момент скольжения пальцами по кишке определите ее диаметр, консистенцию, поверхность, болезненность и феномен урчания. У здорового человека сигмовидная кишка прощупывается в виде безболезненной, плотной, гладкого цилиндра; под рукой не урчит, обладает пассивной подвижностью и пределах 3-5 см.

2. Пальпация слепой кишки: левой рукой прощупайте верхнюю ость правой подвздошной кости, соедините ость с пупком условной линией и разделите ее пополам. Правой (пальпирующей) руке придайте положение, необходимое для пальпации кишечника. Положите руку ладонью на живот так, чтобы тыльная поверхность пальцев была направлена к пупку, линия среднего пальца совпадала с правой пупочно-остной линией, а линия кончиков 11-12 пальцев пересекла пупочно-остную линию на ее середине. Прикоснувшись кончиками пальцев к коже живота, сместите кисть в направлении к пупку. При этом перед тыльной поверхностью пальцев образуется кожная складка. Одновременно попросите больного сделать вдох диафрагмой, после этого выдох и, пользуясь спадением и расслаблением передней брюшной стенки, погружайте пальцы правой кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончиками пальцев скользите по задней брюшной стенке в направлении ости подвздошной кости. В момент перекатывания определите следующие характеристики: диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания. У здорового человека слепая кишка palpaturae я в виде безболезненного мягкоэластичного цилиндра, шириной в 2-3 см, обладает умеренной подвижностью; обычно урчит под рукой,

2а. Пальпация конечного отдела подвздошной кишки: правую руку положите на живот так, чтобы линия кончиков пальцев совпадала с проекцией кишки в правой подвздошной под углом в 45° к слепой кишке. Прикоснувшись кончиками пальцев к коже живота во время глубокого вдоха, сместите кисть по направлению к пупку. При этом перед тыльной поверхностью пальцев образуется кожная складка. После этого попросите больного сделать выдох и, пользуясь спадением, расслаблением передней брюшной стенки, погружайте пальцы правой кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой.

1} в конце выдоха кончиками пальцев скользите по задней брюшной стенке в косом направлении сверху вниз слева направо. В момент перекатывания определите характеристики кишки: ее диаметр, консистенцию, поверхность,

подвижность- болезненность, феномен урчания. У здорового человека конечный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде мягкого легко перистальтирующего, пассивно подвижного толщиной с карандаш цилиндра, который урчит.

3. Пальпация поперечно-ободочной кишки: расположение поперечно-ободочной кишки вариабельно. Чаше она располагается на 2-3 см ниже границы большой кривизны желудка. Поэтому пальпации поперечно-ободочной кишки должно предшествовать определение границы большой кривизны желудка, что может быть произведено одним из четырех методов:

- метод перкуторной пальпации - ульнарным ребром выпрямленной левой кисти, положенной поперечно оси тела, вдавливайте переднюю брюшную стенку у места прикрепления прямых мышцы живота к грудной стенке. Правую пальпирующую руку положите плашмя на живот (направление руки продольно оси тела, пальцы сомкнуты и обращены к подложечной области, кончики пальцев находятся на уровне нижней границы печени, средний палец - на срединной линии). Отрывистым, очень быстрым сгибанием 11-V пальцев правой руки, не отрывая их от передней поверхности брюшной стенки, произведите толчкообразные удары. При наличии в желудке значительного количества жидкости получается шум плеска. Смещая пальпирующую руку вниз на 2-3 см и производя подобные движения, продолжайте исследование до того уровня, когда шум плеска прекращается. Уровень, на котором шум плеска исчез, представляет границу большой кривизны желудка;

- метод аускульто-перкуссии; левой рукой установите стетоскоп на переднюю брюшную стенку под краем левой реберной дуги на прямую мышцу живота, копчиком указательного пальца правой руки наносите отрывистые, но несильные удары во внутреннему краю левой прямой мышцы живота, постепенно переходя сверху вниз. Выслушивая стетоскопом перкуторные звуки над желудком, отметьте границу перехода громкого тимпанического звука в глухой. Зона изменения перкуторного звука будет соответствовать границе большой кривизны желудка;

- метод аускульто-аффрикции: этот метод отличается от предыдущего только тем, что вместо ударов кончиком пальца производятся штриховые отрывистые поперечные скольжения по коже над левой прямой мышцей живота. Место, где звук с громкою шороха изменяется на тихий, является уровнем большой кривизны желудка.

- больной выпивает 200 мл жидкости (чай, сок), при сотрясении – шум плеска

После определения границы большой кривизны желудка наложите руку или обе руки (билатеральная пальпация) на живот продольно оси тела у

наружного края прямой мышцы (мышц) живота на 2 см ниже большой кривизны желудка. Следите, чтобы ни один палец пальпирующей руки (рук) не лежал на прямых мышцах живота. Во время вдоха больного руку (руки) переместите вверх так, чтобы перед ногтевой поверхностью пальцев образовалась кожная складка. Затем попросите больного сделать выдох и, пользуясь расслаблением передней брюшной с гонки, погрузите пальцы кисти (кистей) вглубь брюшной полости до соприкосновения с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончиками пальцев соскользните по задней брюшной стенке вниз, при этом должно быть ощущение перекатывания через валик поперечно-ободочной кишки. В момент перекатывания определите следующие характеристики кишки: диаметр, консистенция, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания. Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде идущего дугообразно и поперечно цилиндра умеренной плотности, шириной 2-2,5 см, легко перемещающегося вверх, неурчащего и безболезненного.

4. Пальпация восходящего отдела толстой кишки: левую руку в поперечном к туловищу направлении подведите под больного в поясничной области ниже двенадцатого ребра, держа пальцы вместе и выпрямленными. Правую кисть в стандартной для пальпации кишечника позиции установите над правым фланком так, чтобы линия копчиков пальцев была параллельна наружному краю правой прямой мышцы живота, на 2 см отступая от него наружу. Тыльная поверхность пальцев должна быть обращена к пупку, средний палец находится на уровне пупка. Во время вдоха смещайте кисть в направлении к пупку так, чтобы перед ногтевой поверхностью кончиков пальцев образовалась кожная складка. Затем больному предложите сделать выдох и, пользуясь расслаблением брюшной стенки, погрузите пальцы кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения с ладонной поверхностью левой руки. Затем произведите скольжение кончиков пальцев правой руки в противоположном отведении кожи направлении, по левой ладони. При этом должно получиться ощущение перекатывания через валик. Определите характеристики; диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания.

5. Пальпация нисходящего отдела толстой кишки: подведите в поперечном к туловищу направлении левую руку под левую половину поясничной области ниже 12 ребра, держа пальцы сложенными вместе. Правую руку в стандартном для пальпации кишечника положении установите на животе так, чтобы линия копчиков пальцев была параллельна наружному краю левой прямой мышцы живота (на 2 см отступая от него наружу), ладонная поверхность пальцев обращена к пупку, а средний палец находится на уровне пупка. Во время вдоха сместите кисть по направлению к пупку так, чтобы перед ладонной поверхностью копчиков пальцев образовалась кожная

складка. Затем попросите больного сделать выдох и, пользуясь расслаблением брюшной стенки, погрузите пальцы кисти отвесно вглубь брюшной полости в направлении левой руки до соприкосновения с ней. Затем произведите скольжение правой руки по левой ладони в направлении от пупка кнаружи. При этом должно получиться ощущение перекатывания через валик нисходящей кишки, Тактильные ощущения, получаемые при пальпации восходящего и нисходящего отделов толстой кишки- схожи с ощущениями, получаемыми от поперечно- ободочной кишки.

6. Пальпация большой кривизны желудка: определите границу большой кривизны желудка одним из трех методов (смотри: пальпация поперечно-ободочной кишки). После этого придайте (пальпирующей) руке положение, необходимое для пальпации (11-V пальцы сомкнуты, 111-V пальцы слегка согнуты так, чтобы кончики 11-1V пальцев оказались на одной линии). Положите ее в продольном направлении на живот так, чтобы пальцы были направлены к подложечной области, средний палец должен лежать на передней срединной линии, линия копчиков пальцев - на границе предварительно найденной большой Кривизны желудка. Затем, во время вдоха, руку сместите вверх (по направлению к подложечной области) так, чтобы перед кончиками пальцев образовалась кожная складка. После этого попросите больного сделать выдох и погрузите пальцы вглубь брюшной полости до соприкосновения с позвоночником. Окончив погружение, соскользните кончиками пальцев по срединной линии вниз. При этом должно получиться ощущение соскальзывания со ступеньки (дубликатуры стенок большой кривизны желудка). В момент соскальзывания определите характеристики: толщину, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, безболезненного валика.

6а Пальпация малой кривизны желудка: становится доступной пальпации только в случае резко выраженного гастроптоза. Определение ее границы следует производить по средней линии живота. Техника пальпации аналогична технике пальпации большой кривизны желудка.

6б Пальпация пилорического отдела желудка: привратник расположен в г. mesogastrium, непосредственно справа от срединной линии, на 3-4 см выше уровня пупка. Направление его косое слева снизу вверх и вправо. Его проекция на брюшной стенке совпадает с биссектрисой угла, образованного передней срединной линией и перпендикулярной к ней линией, пересекающей первую на 3 см выше уровня пупка. Придайте правой руке исходное положение для пальпации и положите на живот так, чтобы пальцы были направлены к левой реберной дуге. линия кончиков пальцев совпала с ожидаемой проекцией привратника над правой прямой мышцей живота. После этого во время вдоха сместите руку в направлении левой реберной

дуги так, чтобы перед ногтевой поверхностью кончиков пальцев образовалась кожная складка. Затем попросите больного сделать выдох и, пользуясь расслаблением и спадением брюшной стенки, погрузите пальцы вглубь брюшной полости до соприкосновения с задней брюшной стенкой. Затем кончиками пальцев соскользните по задней брюшной стенке вправо и вниз. При этом должно быть ощущение перекатывания через валик. Пальпация привратника может сопровождаться звуком, напоминающим мышинный писк, возникновение которого обусловлено выдавливанием из привратника жидкого содержимого и пузырьков воздуха. В момент пальпации следует определить характеристики: диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность. Привратник лучше пальпируется в период сокращения: гладкий, безболезненным, цилиндр диаметром 2 см, ограниченно подвижный. В период расслабления пальпируется очень редко.

4. Практическая часть:

Задание 1. Курация больных терапевтического отделения;

Задание 2. Написание кураторских листов;

Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

5. Вопросы для собеседования

1. Назовите жалобы, предъявляемые больными с заболеваниями пищевода.
2. Отличие органической дисфагии от функциональной.
3. Назовите жалобы, предъявляемые больными с заболеваниями желудка.
4. Отличительные признаки болевого синдрома при поражении желудка и двенадцатиперстной кишки.
5. Признаки желудочного и кишечного диспепсических синдромов.
6. Отличие желудочного кровотечения от легочного.
7. Назовите жалобы, предъявляемые больными с заболеванием кишечника.
8. Как отличить кровотечение из верхних и нижних отделов кишечника?
9. Какое положение больного и врача должно быть при проведении пальпации живота?
10. Порядок поверхностной пальпации живота для выявления патологии.
11. Какие результаты вы ожидаете получить при проведении поверхностной ориентировочной пальпации?
12. Каков порядок выполнения и основные моменты глубокой пальпации?
13. Назовите области живота для пальпации различных отделов кишечника (сигмовидной кишки, слепой, восходящей, нисходящей, поперечно-ободочной, подвздошной) и желудка.
14. Каким методом можно определить границу большой кривизны желудка?
15. Какой звук определяется при перкуссии живота?

16.С какой целью проводится перкуссия живота?

17.Как определить наличие жидкости в брюшной полости: свободной и осумкованной?

18.Какая диагностическая ценность симптома флюктуации?

19.В чем заключается диагностическая ценность метода аускультации брюшной полости?

6.Тестовые задания

1. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для стеноза привратника?

А) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки

Б) живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок

втянут, перкуторно - громкий тимпанит

В) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота - расширенная венозная сеть

Г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики

Д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут

2. В пользу воспалительного процесса в нижнем отделе тонкой кишки говорит:

А) запор

Б) понос с частотой до 10 раз в сутки

В) понос с частотой более 10 раз в сутки

Г) вздутие живота

Д) тенезмы

3. Дисфагия при приеме жидкости характерна для:

А) рака пищевода

Б) функциональной дисфагии

В) атонии пищевода

Г) ахалазии кардии

Д) стриктуры пищевода

4. Для боли при язвенной болезни 12 - перстной кишки характерно:

А) появление через 1,5-2 часа после еды

Б) появление через 15 минут после еды

В) облегчение боли после рвоты

Г) усиление боли после приема пищи

- Д) появление боли после приема жирной пищи
5. Для диареи вследствие заболевания дистальных отделов толстого кишечника характерно все перечисленное, кроме одного:
- А) малый разовый объем стула
 - Б) наличие в кале слизи
 - В) императивные и частые позывы к дефекации
 - Г) уменьшение болей в животе после дефекации
 - Д) диарея только в утренние часы
6. Для диареи при органических заболеваниях тонкого кишечника характерны все перечисленные признаки, кроме одного:
- А) увеличенный разовый объем стула
 - Б) увеличенный суточный объем стула
 - В) диарея, в том числе и в ночные часы
 - Г) наличие императивных позывов на дефекацию
 - Д) локализация болей (не сильных) в околопупочной области
7. Для кровотечения из дистальных отделов толстого кишечника не характерно:
- А) дегтеобразный стул
 - Б) резкая слабость
 - В) кровавый стул
 - Г) сердцебиение
 - Д) головокружение
8. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для механической непроходимости толстого кишечника?
- А) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки
 - Б) живот увеличен в размерах* куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно - громкий тимпанит
 - В) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота - расширенная венозная сеть
 - Г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики
 - Д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут
9. Для механизма изжоги обязательно наличие:
- А) гиперсекреции НС 1 в желудке
 - Б) наличие эзофагита
 - В) дуоденально-гастральный рефлюкс
 - Г) спазм мускулатуры пищевода
 - Д) язвенной болезни желудка

10. Для острого гастрита характерно:

- А) ранний болевой синдром
- Б) рвота накануне съеденной пищей
- В) рвота "кофейной гущей"
- Г) мелена
- Д) обстипационный синдром

11. Для пищеводной рвоты не характерно:

- А) наличие тошноты
- Б) отсутствие тошноты
- В) высокое Ph рвотных масс
- Г) рвота непереваренной нишей
- Д) зловонный запах рвотных масс

12. Какие изменения, выявляемые при осмотре и перкуссии живота, наиболее характерны для перитонита?

- А) живот втянут (ладьевидный), практически не участвует в дыхании, выраженное напряжение мышц брюшной стенки
- Б) живот увеличен в размерах, куполообразно вздут, участвует в дыхании, пупок втянут, перкуторно - громкий тимпанит
- В) живот увеличен в размерах; в горизонтальном положении - распластан, в вертикальном - выглядит отвисшим, пупок выбухает, на боковых поверхностях живота - расширенная венозная сеть
- Г) у истощенного больного в эпигастрии хорошо заметно выбухание и периодически возникающие волны антиперистальтики
- Д) при осмотре живота на глаз заметна усиленная бурная перистальтика кишечника, живот вздут

13. Для стеноза привратника характерно все, кроме:

- А) рвота пищей, съеденной накануне
- Б) смещение границы большой кривизны желудка вниз
- В) шум плеска
- Г) голодные боли в эпигастральной области
- Д) отрыжка "тухлым яйцом"

14. Для функциональной дисфагии не характерно:

- А) затруднение прохождения в основном жидкой нищи
- Б) затруднение прохождения в основном твердой пищи
- В) отрыжка воздухом
- Г) усиление дисфагии после волнения
- Д) более частое возникновение в молодом возрасте

15. Для энтерита не характерно:

- А) частый стул до 10-20 раз в сутки
- Б) кашицеобразный стул
- В) зловонный стул

Г) стул 3-4 раза в сутки

Д) обильный стул

16. Глубокая пальпация живота осуществляется по методу :

А) Захарьина - Геда

Б) Образцова - Стражеско

В) Мюсси - Георгиевского

Г) Щеткина – Блюмберга

Д) Курлова - Кера

17. Назовите основные моменты глубокой пальпации живота:

А) установка рук врача – перпендикулярно оси пальпируемого органа

Б) образование кожной складки

В) используя акт вдоха-выдоха пациента – погружение руки в брюшную полость

Г) скольжение руки врача при пальпации при вдохе пациента

Д) все вышеперечисленное

18. Для выявления наличия жидкости в брюшной полости используют:

А) аускультацию живота

Б) поверхностную пальпацию живота

В) глубокую пальпацию живота

Г) определение симптома Щеткина - Блюмберга

Д) перкуссию живота в положении стоя и лежа

19. Поверхностная пальпация живота позволяет выявить:

А) нижнюю границу желудка

Б) подвижность и топографические особенности пальпируемых органов

В) наличие жидкости в брюшной полости

Г) болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки живота

Д) опухоли желудка и кишечника

20. Бимануальную пальпацию используют при пальпации:

А) желудка

Б) сигмовидной кишки

В) слепой кишки

Г) восходящей и нисходящей кишки

Д) поперечной-кишки

21. Положительный симптом Щеткина- Блюмберга выявляется при:

А) желудочном кровотечении

Б) дисбактериозе кишечника

В) спастическом колите

Г) перитоните

Д) стенозе привратника

22. Бимануальную пальпацию используют при пальпации:

А) желудка

- Б) восходящей и нисходящей кишки
- В) слепой кишки
- Г) поперечно-ободочной кишки
- Д) сигмовидной кишки

23. Поверхностная пальпация живота используется для:

- А) пальпации желудка и кишечника
- Б) выявления жидкости в брюшной полости
- В) выявления перистальтики кишечника
- Г) исследования грыжевых выпячиваний живота
- Д) определения болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки

24. Определение нижней границы желудка производится следующими методами:

- А) перкуссии
- Б) стето-акустической аффрикции
- В) методом определения шума плеска
- Г) методом пальпации
- Д) все вышеперечисленное

25. Назовите основные моменты глубокой пальпации живота:

- А) установка рук врача – перпендикулярно оси пальпируемого органа
- Б) образование кожной складки
- В) используя акт вдоха-выдоха пациента – погружение руки в брюшную полость
- Г) скольжение руки врача при пальпации при вдохе пациента
- Д) все вышеперечисленное

26. При перкуторном определении нижней границы желудка она определяется в норме:

- А) на 3-4 см выше пупка
- Б) на уровне пупка
- В) на 3 см ниже пупка
- Г) на середине расстояния от мечевидного отростка до пупка
- Д) перкуторно не определяется

27. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга выявляется при:

- А) желудочном кровотечении
- Б) наличии жидкости в брюшной полости
- В) спастическом колите
- Г) перитоните
- Д) стенозе привратника

28. Восходящая кишка пальпируется:

- А) в правых боковых отделах живота методом бимануальной пальпации
- Б) в левой подвздошной области

- В) ниже желудка на 3-4 см
Г) бимануальной пальпацией в левых боковых отделах живота
Д) в правой подвздошной области
29. Поверхностная пальпация живота позволяет выявить:
- А) подвижность и топографические особенности пальпируемых органов
Б) нижнюю границу желудка
В) болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки живота
Г) наличие жидкости в брюшной полости
Д) опухоли желудка и кишечника
30. При асците выявляется:
- А) положительный симптом флюктуации
Б) громкая перистальтика кишечника
В) тимпанический перкуторный звук в отлогих отделах живота
Г) опущение нижней границы желудка

Ответы на тестовые задания

- 1-Г
2-Б
3-Б
4-А
5-Д
6-Г
7-А
8-Д
9-Г
10-А
11-А
12-А
13-Г
14-Б
15-А
16-Г
17-Д
18-Д
19-Г
20-Г
21-Г
22-Б
23-Д

24-Д
25-Д
26-А
27-Г
28-А
29-В
30-А

7.Рекомендуемая литература:

Основная

1. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ.мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.
2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>
3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб.для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

Дополнительная

- 1.Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб.пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с.
- 2.Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шуленина. – М.: МИА, 2006. – 256 с.