

**Министерство образования и науки Российской Федерации**

**Дагестанский медицинский стоматологический институт**

**Кафедра естественно-научных и медико-биологических дисциплин**

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ  
ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И  
ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ**

**Учебно-методическое пособие**

для студентов по учебной дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»

***Составил:***

профессор Шихнебиев Д.А.

Махачкала – 2014

**Рецензент:** доцент, доктор медицинских наук Гусейнов А.А.

**Шихнебиев Д.А. Методы исследования при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы: учебно-методическое пособие для студентов по учебной дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней». - Махачкала: ДМСИ, 2014. - 16 с.**

Учебно-методическое пособие включает сведения об основных методах исследования при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы. Излагаются также контрольные вопросы, тесты для самоконтроля, клинические задачи, перечень необходимых практических навыков и умений по основным физическим и лабораторно-инструментальным методам обследования органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

Пособие составлено в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта по специальности 060201 «Стоматология», учебным планом и рабочей программой.

Предназначено для студентов стоматологического института.

Рекомендовано Учёным советом ДМСИ к применению в учебном процессе.

**Протокол №3 от 28.10.2013г.**

## **ТЕМА: «МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА И ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ»**

**Цель занятия:** научиться выявлять и детализировать жалобы, а также проводить физикальное обследование при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ:**

1. Как осуществляется обмен билирубина в организме, патогенез нарушения обмена билирубина.
2. Нормативы основных показателей обмена билирубина.
3. Топографические области и линии передней брюшной стенки.
4. Диагностическое значение расспроса, осмотра ротовой полости и живота, перкуссии живота.
5. Диагностическое значение поверхностной и глубокой пальпации живота.
6. Диагностическое значение физикальных методов исследования гепато-билиарной системы.

### **СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:**

1. Выявить типичные жалобы больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.
2. Методически правильно провести осмотр ротовой полости и живота.
3. Определить свободную жидкость в брюшной полости методом перкуссии и флюктуации.
4. Провести аускультацию живота, методически правильно провести поверхностную пальпацию живота, определить локальную болезненность.
5. Методически правильно пальпировать слепую и сигмовидную кишку.
6. Определить большую кривизну желудка (перкуссия, пальпация), выявить шум плеска.
7. Выявить основные жалобы больных при заболеваниях гепато-билиарной системы.
8. Выявить иктеричность кожи и склер, асцит.
9. Определить размеры печеночной тупости по М.Г. Курлову, пальпировать нижний край печени.

Из предшествующих курсов **студент должен знать:** анатомию и топографию, нормальную физиологию системы органов желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы.

### **Содержание занятия**

При обследовании органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы важное значение придается обучению методике расспроса, осмотра, пальпации (поверхностной и глубокой) и перкуссии живота с интерпретацией полученных данных; ознакомление студентов с комплексом современных дополнительных исследований в гастроэнтерологии.

**Методическое и материально-техническое оснащение:**

- схема истории болезни
- набор ЭКГ, рентгенограмм
- ноутбук, проектор, экран
- видеокамера
- тонометры
- фонендоскопы
- учебные таблицы
- сантиметровая лента.

## Методы исследования:

### Жалобы

#### 1. Жалобы, типичные для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

**Нарушение аппетита.** У больных язвенной болезнью, как правило, аппетит сохранен или повышен, но из-за болей они боятся принимать пищу. Снижение аппетита, отвращение к мясной пище может сигнализировать о развитии злокачественной опухоли желудка. Отвращение к жирной, жареной пище наблюдается у больных с заболеваниями печени и желчных путей.

**Чувство насыщаемости пищей** в зависимости от того, насколько быстро оно появляется и после какого количества пищи, также иногда является признаком заболевания. Быстро насыщаются больные, страдающие гастритом, преимущественно с частичным или полным снижением кислотности желудочного сока, заболеваниями печени и желчных путей, раком желудка.

При некоторых заболеваниях возможна **жажда**. При стенозе привратника, сопровождающемся частыми рвотами, при поносах и других болезненных состояниях, вызывающих обезвоживание организма, наблюдается сухость во рту. При обследовании больного нужно выяснить, отмечается ли у него жажда, сколько он выпивает жидкости за сутки, жалуется ли на сухость во рту.

При глистных инвазиях, панкреатитах, реже при гастритах отмечается **слюноотечение** (повышенная саливация).

Те или иные заболевания вызывают определенный **вкус во рту**. Он может быть кислый, горький, металлический, сладковатый, извращен или притуплен. Например, горький вкус ощущается при заболевании печени и желчных путей; кислый с «металлическим оттенком» при гастрите и язвенной болезни с повышенной кислотностью желудочного сока. У некоторых больных хроническим гастритом с пониженной кислотностью могут вообще притупляться вкусовые ощущения.

Важно установить также **особенности жевания** – хорошо ли больной прожевывает пищу, а если нет, то почему.

Для диагностики заболеваний пищевода необходимо выявить нарушения акта глотания (**дисфагия**). Затрудненное, болезненное прохождение пищи по пищеводу может наблюдаться при его раке, рубцевании после ожогов, при спазмах, стенозах и т. п. При органической дисфагии отмечается постепенное нарушение прохождения по пищеводу вначале твердой, затем жидкой пищи. При функциональной дисфагии характерно нарушение акта проглатывания жидкой пищи и воды, а твердая пища проходит свободно.

При наличии **изжоги** (ощущение жжения у входа в пищевод и по его ходу за грудиной) необходимо выяснить ее интенсивность, длительность, частоту появления, связь с приемом пищи (какой?), факторы, облегчающие или полностью устраняющие ее (прием соды, теплого молока и т. д.).

**Отрыжка** может быть воздухом (аэрофагия) при заглатывании его с пищей, кислым, съеденной пищей, тухлым яйцом и т. д. Необходимо выяснить ее частоту и

продолжительность, связь с приемом и характером пищи. Отрыжка воздухом (громкая, слышимая на расстоянии и сохраняющаяся месяцами) наблюдается у невротических больных. Отрыжка пищей, кислым отмечается при язвенной болезни, хронических гастритах с повышенной кислотностью. Отрыжка горьким указывает на забрасывание желчи из 12-перстной кишки в желудок, что бывает при анацидном гастрите, зиянии привратника, при заболеваниях печени и желчных путей. Отрыжка тухлым яйцом возникает в результате гниения белковой пищи и образования сероводорода при стенозе привратника, атонии желудка, хроническом гастрите. Отрыжка с каловым запахом встречается при свищах между желудком и поперечно-ободочной кишкой.

**Тошнота** – своеобразное ощущение в полости рта, часто сопровождающееся выделением обильного количества слюны, повышенным потоотделением и не имеющее каких-либо особенностей при отдельных заболеваниях, более того могущее быть при целом ряде желудочно-кишечных заболеваний. Необходимо выяснить ее частоту, продолжительность, зависимость от приема и характера пищи. Следует также установить, не сопровождается ли она рвотой и болями в животе. Она, как правило, предшествует рвоте, однако может быть и без нее. В случае заболевания желудка тошнота чаще встречается при его сниженной секреторной способности, опущении, при гастритах, раке желудка, реже – при язвенной болезни. Тошнота может сопровождаться бледностью лица, слюнотечением, головокружением, снижением артериального давления, общей слабостью, иногда предобморочным состоянием. Этот симптом не всегда связан с заболеваниями желудка и встречается также при гипертонических кризах, токсикозе беременных, заболеваниях почек с недостаточностью их функции, при хронических воспалительных заболеваниях желчных путей.

**Рвота** – усиленное выбрасывание через рот содержимого желудочно-кишечного тракта, является одной из частых жалоб и может встречаться при различных заболеваниях желудка (при гастритах, язвенной болезни, стенозе привратника или длительном спазме его, при раке желудка, приеме недоброкачественной пищи и т. д.). Необходимо выяснить, когда возникает рвота (натощак, в связи с приемом пищи или нет, сразу же после приема пищи или через определенный срок, на высоте болей либо нет), предшествует ли ей тошнота и слюнотечение. Следует также установить количество (обильное, незначительное) и характер рвотных масс (пищей, съеденной недавно или накануне; желчью; кровью – алой или темной, в виде кофейной гущи). Рвота через 2-3 часа после еды (иногда с примесью крови) с облегчением самочувствия характерна для язвенной болезни. Рвота с пищей, съеденной задолго до рвоты характерна для сужения привратника. Рвота натощак с выделением слизи наблюдается при хроническом гастрите. Рвота кофейной гущей наблюдается при желудочном кровотечении.

Вкус рвотных масс обычно кислый, при примеси желчи – горький. Запах их чаще кисловатый, гнилостный (при процессах гниения в желудке) или зловонный (при каловом свище между желудком и поперечно-ободочной кишкой). Рвота при заболеваниях органов брюшной полости во многих случаях рефлекторная по происхождению и не всегда связана с патологией желудка. Она может наблюдаться при желчно-каменной болезни, холецистите, остром аппендиците, перитоните и других заболеваниях, а также при приеме некоторых лекарственных средств. Рвота может быть обусловлена интоксикацией при уремии, токсикозе беременных или поражением центральной нервной системы при опухолях головного мозга, менингоэнцефалитах и т. д. Нередко она возникает при гипертонических кризах.

**Боли в животе** занимают ведущее место среди симптомов заболеваний органов пищеварения. Необходимо изучить их локализацию (в подложечной области, правом или левом подреберье, в подвздошных, пупочной и поясничной областях и т. д.), иррадиацию (в спину, плечо, лопатку, за грудину, в левое подреберье, пах, ногу и т. д.), характер (острые колющие, тупые, ноющие, жгучие, режущие, опоясывающие), продолжительность (приступообразные, постоянные, периодические); сезонность (весной

или осенью), интенсивность, связь с физическим напряжением (ходьбой, тряской во время езды, подъемом тяжести), с волнением, актом дефекации, с приемом пищи (натошак, т. е. голодные боли; ночные; через какое время после приема пищи: ранние боли возникают через 0, 5-1 ч, поздние – через 1,5-2 ч после еды), ее качеством (грубая, острая, сладкая, соленая) и консистенцией. Следует также выяснить, уменьшаются ли боли после рвоты, приема соды, спазмолитических средств, согревания. В случае поражения того или иного органа брюшной полости возникающая при этом боль имеет свою особенность.

Слабые или умеренные разлитые боли в подложечной области, появляющиеся вскоре после приема острой, грубой пищи и успокаивающиеся при отрыжке, рвоте, а также от грелки, обычно наблюдаются при хроническом гастрите. Выраженные локальные боли в эпигастрии, усиливающиеся натошак или спустя 1-2 часа после еды нередко в ночное время, проходящее при приеме пищи, щелочей, спазмолитиков и сезонные обострения (в весенне-осенний период) характерны для язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.

Спастические боли чаще всего встречаются при острых воспалительных процессах толстого кишечника (колит) или сочетанных заболеваниях тонкого (энтериты) и толстого (энтероколиты). При заболеваниях желчных путей боли обычно иррадируют вверх вправо и кзади, в правое плечо и лопатку, реже – влево, в область сердца. Желчно-каменной болезни свойственна интенсивность, продолжительность, приступообразность болевого синдрома и возникновение желтушности кожи или субиктеричности склер.

Боли, связанные с заболеваниями поджелудочной железы, локализуются в левой части эпигастриальной области. Они часто носят опоясывающий характер и иррадируют в левую реберную дугу, область сердца, левое плечо, в поясницу. Для острого панкреатита, особенно панкреонекроза, характерны интенсивные боли, для хронического – тупые. Боли в области селезенки (чувство тяжести, распирающего в левом подреберье) связаны с быстрым увеличением (при венозном полнокровии) либо с инфарктом ее. Чувство давления и тяжести, возникающее после приема пищи в подложечной области, характерно для гастритов, по всему животу – для колитов.

**Ощущение распирающего и тяжести в животе** часто сопровождается распространенным или ограниченным вздутием живота (метеоризм). Это состояние тяжело переносится больными. Оно обычно бывает при заболеваниях кишечника и связано с нарушением отхождения газов. Метеоризм может наблюдаться и при циррозах печени, недостаточности кровообращения вследствие нарушения портального кровообращения и ухудшения всасывания газов из кишок.

**Ощущение переливания и урчания в животе** встречается чаще всего при острых и хронических воспалительных заболеваниях тонкого и толстого кишечника, в результате плохого всасывания жидкого содержимого в тонком кишечнике и поступления его в толстый с одновременным скоплением газов.

**При расспросе** следует также обратить внимание на стул и акт дефекации. Необходимо выяснить, свободно или затруднено у больного отхождение кала, не бывает ли ложных позывов (тенезмы) к акту дефекации, выпадения прямой кишки, зуда в заднем проходе (это возможно при глистной инвазии и геморрое), геморроидальных узлов и кровотечения из них. Уточняют характер стула (регулярный или нерегулярный).

**Запоры** (отсутствие стула в течение суток и более) наблюдаются при атонии или спазме толстого кишечника, что может быть в случаях хронического колита, употребления в пищу легко усвояемых, бедных клетчаткой продуктов, при механическом препятствии в кишечнике для продвижения пищи (при опухолях кишечника или других органов брюшной полости).

Если больной страдает **поносами**, выясняют их частоту в течение суток, связь с приемом пищи и с ее характером. Поносы могут наблюдаться при нарушении секреторной функции желудка, поджелудочной железы, при колитах, энтеритах, отравлениях и т. д.

По форме кал бывает оформленный, колбасовидный, лентовидный, «овечий», по консистенции – кашицеобразный, жидкий, пенистый, водянистый, в виде рисового отвара и т. д. Он может содержать примеси слизи, крови, гноя, глистов, остатков непереваренной пищи. Цвет его в зависимости от этого может быть коричневый, темный, глинистый, черный (дегтеобразный). В норме кал имеет коричневый цвет, обусловленный наличием стеркобилина. Ахолический пенистый кал наблюдается при непоступлении в кишечник желчи. Черный дегтеобразный кал бывает в случае кровотечения из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта при язвенной болезни желудка, 12-перстной кишки, раке. Однако темным он может быть и из-за приема определенных пищевых продуктов (черника, вишня, кровяная колбаса, печень и др.), лекарственных средств (викалин, соль висмута, гематоген, карболен и др.). Наличие алой крови в кале свидетельствует о кровотечении из дистальных отделов кишечника и бывает при дизентерии, язвенном колите, геморрое, трещине, при раке прямой кишки и т. д. В случае воспаления дистальных отделов толстого кишечника, кроме алой крови, в кале могут быть примеси слизи.

**Запах кала** обусловлен присутствием в испражнениях некоторых ароматических веществ (индола, скатола, фенола, крезолов и др.), образующихся в результате бактериального распада белков и летучих жирных кислот. Ахолический кал имеет запах прогорклого масла. Кислый запах кал приобретает при бродильной диспепсии, гнилостный, зловонный – при дизентерии, раке сигмовидной и прямой кишок и др.

## **2. Жалобы, типичные для заболеваний гепатобилиарной системы**

Тщательный расспрос позволяет обнаружить ряд проявлений болезни печени уже на ранних этапах заболевания. Для болезней печени и желчных путей наиболее характерны следующие жалобы:

- **жалобы общего характера**: плохой аппетит, утомляемость, раздражительность, головные боли, снижение аппетита, нарушения менструального цикла;

- **зуд кожи мучительного характера**, усиливающийся в ночное время и лишающий больного сна;

- **желтуха** – часто на момент осмотра желтухи не отмечается и выявить ее можно только анамнестически, также можно оценить характер, имеющийся желтухи (она может развиваться при: 1) чрезмерном разрушении эритроцитов – гемолитическая желтуха; 2) нарушении функции печеночных клеток – паренхиматозная желтуха; 3) нарушении поступления желчи в кишечник из печени – механическая желтуха);

- **появление крови в рвотных массах или кале**;

- **увеличение размеров живота** и связанная с этим прибавка массы тела.

При патологии желчевыводящих путей отмечают и другие жалобы, связанные с забросом желчи в желудок и пищевод:

- **неприятный, обычно горький вкус во рту**,

- **отрыжка, тошнота и рвота**, часто провоцируемые приемом жирной или жареной пищи;

- **неустойчивый стул, вздутие живота**;

- **боли в правой подреберной области**.

## **Осмотр**

### **1. Осмотр полости рта и челюстно-лицевой области**

*Цель:* научиться осматривать язык, десны, зубы, миндалины, стенку глотки и распознавать их патологические изменения.

*Техника выполнения:* повернув больного к источнику света лицом, просим открыть рот и показать язык. Обратит внимание на цвет языка, выраженность сосочков языка, наличие налета. Затем осмотреть зубы: наличие кариозных поверхностей, зубных камней, полостей в зубах, оценить цвет десен, наличие отека, эрозий, язв, петехий. Затем осмотр миндалин и задней стенки глотки – для этого просим больного широко открыть рот и произнести звук «а-а», если миндалины не видим, надавливаем шпателем на корень языка. Осмотр дужки мягкого неба и оценить размеры, цвет, налеты на небных миндалинах. Осмотреть заднюю стенку глотки (цвет, налеты).

*В норме:* язык чистый, влажный. Сосочки языка выражены обычно. Слизистые оболочки десен, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки обычного цвета. Миндалины не увеличены. Зубы здоровые.

## ***2. Осмотр живота***

*Цель:* определение формы живота, состояние пупка, размеров живота, состояние подкожных вен.

*Техника выполнения:* больной лежит на кушетке ли стоит. Осмотр должен проводиться в 2 положениях. Грыжи брюшной стенки, расширение подкожных вен на животе лучше выявляются в вертикальном положении больного. Размер живота считается нормальным, если в вертикальном положении он не выступает за уровень грудной клетки. Далее производится оценка формы пупка, цвета кожных покровов живота, наличие высыпаний на коже, участие дыхания передней брюшной стенки, равномерность выпячивания живота при его увеличении, расхождение прямых мышц живота.

### ***3. Топографические области передней брюшной стенки***

*Цель:* научиться различать этажи и области передней брюшной стенки.

*Техника выполнения:* больной лежит на кушетке, врач сидит на стуле справа от больного и производит осмотр передней брюшной стенки. Двумя горизонтальными линиями, одной соединяющей 10-е ребро, и другой – передне-верхние ости подвздошных костей (lin. interspinalis) и двумя вертикальными линиями, проведенными по наружным краям прямых мышц живота, разделяем брюшную полость на три этажа. Верхний этаж – epigastrium, средний - mesogastrium, нижний – hypogastrium. Эпигастральной областью называется та часть живота, которая ограничена по бокам ложными ребрами и верхней горизонтальной линией. Отделы брюшной полости, ограниченные сверху диафрагмой, и спереди и с боков последними ребрами, т.е. расположенные непосредственно под куполом диафрагмы, носят название подреберий. Остающиеся по бокам отделы, ограниченные спереди наружными краями прямых мышц, с боков мускулатурой брюшного пресса, снизу костями таза, носит название фланковых областей. Отделы, ограниченные сверху межостной линией и снизу пупартовой связкой, принято называть подвздошными областями. Околопупочная и надлобковая области расположены в центре среднего и нижнего этажей.

## **Пальпация**

### ***1. Поверхностная ориентировочная пальпация.***

#### ***Выявление локальной болезненности передней брюшной стенки***



*Цель:* определение тонуса передней брюшной стенки живота, определение локальной или разлитой болезненности, патологического напряжения мышц, определение опухолей и грыж передней брюшной стенке, пальпация увеличенных органов, симптом Щеткина-Блюмберга.

*Техника выполнения:* пальпация больного проводится на спине с вытянутыми руками и расслабленным прессом; положение врача с правой стороны больного, руки должны быть теплыми; правая рука врача кладется на живот плашмя; сначала производят поверхностную, а затем – глубокую пальпацию.

Поверхностную пальпацию начинают с левой подвздошной области и постепенно поднимаются вверх по левому фланку к левому подреберью, эпигастральной области. Затем следует перейти на область правого подреберья, спускаясь к правому фланку до правой подвздошной области. Таким образом, пальпацию проводят как бы против часовой стрелки. Затем пальпируют околопупочную и надлобковую области. В месте выявления болезненности необходимо определить перкуторную болезненность. Здесь же провести определение симптома Щеткина-Блюмберга (медленное погружение руки на вдохе, быстрое отрывание руки от живота). При пальпации нужно определить состояние мышц по белой линии живота, углубление между мышцами увеличится, если попросить больного поднять голову.

При выполнении глубокой пальпации: 1) слегка согнутые пальцы правой руки ставят параллельно пальпируемому органу; 2) смещают кожную складку; 3) постепенно погружают пальцы во время выдоха до задней стенки брюшной полости; 4) скользят пальцами по исследуемому органу во время вдоха. Пальпацию начинают с сигмовидной кишки, затем переходят на слепую, подвздошную кишку, аппендикс, поперечно-ободочную кишку, большую и малую кривизну желудка, привратник, печень, селезенку, поджелудочную железу и почки.

У здорового человека часто прощупываются сигмовидная, слепая, поперечно-ободочная, подвздошная (конечный отрезок) кишки в виде гладкого, безболезненного цилиндра различной толщины, большая кривизна желудка в виде безболезненного валика и привратник в виде цилиндра, меняющего свою форму, консистенцию. Тонкий кишечник обычно не пальпируется.

## ***2. Пальпация нижнего края печени.***

*Цель:* по данным пальпации определить локализацию нижнего края печени, болезненность, плотность, форму.

*Техника выполнения:* положение больного лежащее, врача – справа, сидячее лицом к больному. Ладонь левой руки ложат на правую поясничную область, слегка согнутые пальцы правой руки погружают в брюшную полость (на выдохе) ниже правой реберной дуги по среднеключичной линии и больному предлагают сделать вдох. При этом печень подходит к пальцам и удается прощупать ее край, который в норме эластичный, острый, безболезненный, поверхность гладкая.

Увеличение размеров печени наблюдается при острых и хронических гепатитах, ранних стадиях цирроза (край печени плотный, острый, истонченный, болезненный, а иногда без особой болезненности), раке печени (печень болезненная и очень плотная – «деревянистая» или «каменистая» печень, край неровный и поверхность бугристая), абсцессе, эхинококке печени, лейкозах и др.

## **Перкуссия**

### **1. Определение нижней границы желудка, перкуссия, "шум плеска"**

*Цель:* определение расположения нижней границы желудка для диагностики гастроптоза, определение болезненности, изменения плотности, контуров большой кривизны, обнаружение симптома «шума плеска»

*Техника выполнения:* применяется перкуторная пальпация по Образцову. Шум плеска можно вызвать в том случае, если в желудке находятся жидкость и воздух и если последний располагается перед жидкостью. Для обнаружения шума плеска локтевым краем слегка согнутой кисти левой руки следует надавить в области левого подреберья и мечевидного отростка. При этом воздух газового пузыря распределяется над поверхностью жидкости. Далее четырьмя полусогнутыми пальцами правой руки производят короткие удары в подложечной области и, постепенно опускаясь вниз, вызывают шум плеска до тех пор, пока пальцы не соскользнут с большой кривизны желудка. Прекращение шума плеска указывает на нижнюю границу желудка.

Для определения нижней границы желудка используется также метод перкуссии. Тихой перкуссией «пальцем по пальцу» в направлении от мечевидного отростка до пупка можно установить нижнюю границу желудка, основываясь на разном характере желудочного и кишечного тимпанита.

Большая кривизна желудка определяется на 3-4 см (у мужчин) и 1-2 см (у женщин) выше пупка.

### **2. Определение наличия свободной жидкости в брюшной полости**

*Цель:* определение свободной жидкости в брюшной полости.

*Техника выполнения:* для определения асцита проводят тихую перкуссию «пальцем по пальцу» в различных положениях больного: стоя, лежа на спине, лежа на боку. При положении больного лежа на спине тихую перкуссию начинают проводить с области пупка, где определяется тимпанический звук, затем, постепенно нанося перкуторные удары, направляются к фланкам живота. При наличии жидкости в боковых частях живота отмечается тупой перкуторный звук. При отсутствии полной уверенности в наличии асцита больного просят повернуться на противоположный бок и, не отпуская пальца-плессиметра, снова наносят перкуторный удар. Если вместо тупого перкуторного звука во фланке появится тимпанический, это будет служить дополнительным доказательством наличия в брюшной полости свободной жидкости. Свободная жидкость может быть выявлена методом флюктуации. При этом врач накладывает левую руку на боковую поверхность брюшной стенки, а с противоположной ее стороны наносят короткие, легкие удары пальцами правой руки. Возникающие при этом колебания жидкости передаются на левую руку.

### **3. Размеры печёночной тупости по Курлову.**

*Цель:* определить верхнюю и нижнюю границу абсолютной печеночной тупости.

*Техника выполнения:* при перкуссии печени пациент должен находиться в горизонтальном положении. Палец плессиметра располагают параллельно искомой границе. Вначале перкутируют сверху вниз по правой среднеключичной линии до печеночной тупости и здесь ставят точку. Затем по той же линии перкутируют, продвигаясь снизу вверх до появления тупого звука и здесь ставят точку. Расстояние между этими точками отражает размеры правой доли печени и в норме равно  $9 \pm 1-2$  см. Третья точка ставится у основания мечевидного отростка по срединной линии (на уровне I точки). Затем, перкутируя по той же линии от пупка вверх, находят тупость и здесь ставят

четвертую точку. Расстояние между ними характеризует размеры печени по средней ее части и равно  $8\pm 1-2$  см. Затем перкутируют, начиная от третьей точки, продвигаясь по левой реберной дуге – до появления кишечного звука, и здесь ставят пятую точку. Расстояние между ними равно  $7\pm 1-2$  см и отражает длину левой половины печени.

## **Аускультация**

### ***1. Аускультация живота***

*Цель:* определение шумов перистальтики кишечника для выявления симптомов «раздраженной» кишки, кишечной непроходимости.

*Техника выполнения:* аускультация перистальтических шумов над брюшной полостью проводится с помощью фонендоскопа или непосредственно ухом. Фонендоскоп прикладывается в одном из положений в околопупочной области и проводится выслушивание в этом положении в течении 30 секунд – 1 минуты. Подсчитывается число перистальтических шумов в минуту.

Обычно при аускультации живота определяется небольшое количество перистальтических шумов.

## **Лабораторные методы исследования**

### ***Трактовка анализа кала***

Обращают внимание на физические свойства кала – цвет, консистенцию, реакцию. Обнаружение при микроскопии кала лейкоцитов, эритроцитов, слизи, кишечного эпителия свидетельствует о воспалительном процессе в дистальных отделах толстой кишки. Выявление простейших, яиц гельминтов, грибов, патогенной микрофлоры способствует выяснению генеза кишечных расстройств. Кoproлогический анализ дает возможность составить представление о нарушении пищеварительной, всасывательной и двигательной функции кишечника и о нарушении деятельности других органов системы пищеварения, которые нередко вовлекаются в патологический процесс при заболеваниях кишечника. Кашицеобразный или жидкий стул щелочной реакции, со зловонным запахом, большим количеством соединительной ткани, грубой растительной клетчатки, поперечно-исчерченных мышечных волокон, бактерий, оксалатов наблюдается при недостаточности кислото- и ферментовыделительной функции желудка. Глинистый светлый кал от жидкого до оформленного, обильный, с большим количеством органических, в частности жирных кислот, мыл, внутри- и внеклеточного крахмала, мышечных волокон, остатками пищи свидетельствует о расстройстве тонко-кишечного пищеварения. Преобладание гнилостной диспепсии характеризуется небольшим объемом суточного кала щелочной реакции, присутствие в нем большого количества соединительной ткани и мышечных волокон, бродильной – пенистым калом, выраженной кислой реакции, обилием мышечных волокон, клетчатки, дрожжей. При панкреатической недостаточности кал имеет маслянистый вид, объем его увеличен, в кале много нейтрального жира, мышечных волокон. При нарушении пищеварения в проксимальном отделе толстой кишки кал бывает оформленным, но чаще неоформленным, желтого цвета, имеющим слабокислую или кислую реакцию. При поражении дистальных отделов толстой кишки кал жидкий с примесью большого количества слизи, содержащий много лейкоцитов, кишечного эпителия. При дискинезии кишечника кал фрагментированный (типа овечьего кала), на поверхности которого слизь.

## **КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:**

1. Назовите жалобы, характерные для заболеваний органов пищеварения.
2. Боль в животе: план детализации этой жалобы, диагностическое значение.
3. Топографические области передней брюшной стенки.
4. С какой целью проводится перкуссия живота?
5. Что такое асцит, как определить свободную жидкость в брюшной полости.
6. Для чего проводится аускультация живота, методика и диагностическое значение.
7. Назовите жалобы, характерные для заболеваний гепато-билиарной системы.
8. Диагностическое значение осмотра живота при заболеваниях гепато-билиарной системы.
9. Как определить размеры печени. Данные в норме? Определение верхней и нижней границы печени методом перкуссии, нормативы.
10. Пальпация печени (методика, эталон описания данных пальпации, диагностическое значение, нормативы).
11. Условия, необходимые для успешной пальпации живота (подготовка больного, положение больного и врача и др.). Цель и методика поверхностной пальпации живота.
12. Как определить локальную болезненность передней брюшной стенки? О чем свидетельствует этот симптом?
13. Назовите правила и 4 последовательно проводимых этапа глубокой пальпации живота.
14. Методика пальпации сигмовидной кишки и слепой кишки.
15. Определение нижней границы желудка методом перкуссии живота. Нормативы.
16. Изменения полости рта и зубов при заболеваниях органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.
17. Лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний органов желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной системы.

#### **Практические навыки:**

1. Сбор жалоб и анамнеза при заболеваниях желудочно-кишечного тракта.
2. Осмотр полости рта.
3. Осмотр живота, топографические области передней брюшной стенки.
4. Поверхностная ориентировочная пальпация, локальная болезненность передней брюшной стенки и симптом Щеткина-Блюмберга.
5. Пальпация конечной части подвздошной кишки, аппендикса, слепой кишки, сигмовидной кишки.
6. Наличие свободной жидкости в брюшной полости.
7. Аускультация живота.
8. Сбор жалоб и анамнеза при заболеваниях гепатобилиарной системы.
9. Перкуторные размеры печени по М.Г. Курлову.
10. Пальпация печени.
11. Пальпация желчного пузыря и точки повышенной болевой чувствительности при его патологии.
12. Симптомы Кера и Ортнера.

#### **ТЕСТЫ**

1. Укажите размеры печени по Курлову в норме:

1. *9x8x7 см*
2. *9x12x11 см*
3. *14x10x11 см*
4. *14x8x7 см*
5. *6x5x4 см*

2. В какой области пальпируется сигмовидная кишка:
  1. *правой подвздошной*
  2. *левой подвздошной*
  3. *пупочной*
  4. *эпигастральной*
  5. *правой фланковой*
  
3. При определении свободной жидкости в брюшной полости:
  1. *перкуссии проводят от пупка по направлению к боковым отделам живота*
  2. *для определения больших количеств жидкости рекомендуется перкуссия в коленно-локтевом положении*
  3. *малое количество жидкости обнаруживается с помощью симптома флюктуации*
  4. *в области скопления жидкости определяется тимпанический перкуторный звук*
  5. *перкуссии проводят от фланковых отделов живота к околопупочной области*
  
4. Поверхностную пальпацию живота проводят с целью определения:
  1. *напряжения мышц передней брюшной стенки*
  2. *положения внутренних органов*
  3. *размеров внутренних органов*
  4. *симптома «головой медузы»*
  5. *симптомов раздражения брюшины*
  
5. Основным этапам глубокой пальпации не относится:
  1. *установка руки вдоль предполагаемой оси исследуемого органа*
  2. *движение кожи с подкожной клетчаткой в сторону противоположную будущему скольжению*
  3. *во время выдоха погружение пальцев вглубь брюшной полости до задней стенки*
  4. *во время вдоха погружение пальцев вглубь брюшной полости до задней стенки*
  5. *скольжение вершинами пальцев в направлении, перпендикулярной оси исследуемого органа.*
  
6. Над областью желудка в норме определяется перкуторный звук:
  1. *коробочный*
  2. *тимпанический*
  3. *тупой*
  4. *ясный*
  5. *притупленный*
  
7. Поздние, «голодные», ночные боли характерны для:
  1. *хронического гастрита*
  2. *язвенной болезни желудка*
  3. *язвенной болезни двенадцатиперстной кишки*
  4. *хронического панкреатита*
  5. *хронического холестита*
  
8. При заболеваниях желчного пузыря болезненность не определяется в точке:
  1. *угла лопатки справа*
  2. *угла лопатки слева*
  3. *между ножками кивательной мышцы*
  4. *области IX-XII грудных позвонков*

*5. пересечения правой реберной дуги и края прямой мышцы живота*

9. При панкреатите в крови повышается уровень:

1. креатинина
2. амилазы
3. непрямого билирубина
4. аланиновой аминотрансферазы (АЛТ)
5. мочевой кислоты

10. Ирригоскопия – это метод:

1. эндоскопическое исследование пищевода
2. эндоскопическое исследование желудка
3. эндоскопическое исследование кишечника
4. рентгенологическое исследование желудка
5. рентгенологическое исследование кишечника

### **Задача 1**

Больной жалуется на отрыжку, тошноту, рвоту, боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи. После рвоты боли уменьшаются. При пальпации болезненность в подложечной области.

#### **Вопросы:**

1. Уточните происхождение вышеуказанных жалоб.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения характера и локализации патологического процесса?

### **Задача 2**

Больная 36 лет. Предъявляет жалобы на резкие боли в области правого подреберья, отдающие в правое плечо, появившиеся после употребления жареной жирной пищи, тошнота, рвота.

Объективно: не находит себе места от боли, склеры и кожные покровы зеленовато-желтого цвета, при пальпации болезненность и напряжение мышц живота в области пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота, положительные симптомы Кера, Ортнера.

#### **Вопросы:**

1. Какому органу соответствуют топографические ориентиры области болезненности и напряжения мышц живота у больной?
2. В чем проявляются и о чем свидетельствуют симптомы Кера и Ортнера?

### **Задача 3**

Больной 50 лет, предъявлял жалобы на слабость, раздражительность, снижение аппетита, тяжесть в правом подреберье, тошноту, рвоту, метеоризм, расстройства стула.

При объективном обследовании: кожные покровы желтушные, склеры иктеричны, «сосудистые звездочки» на коже верхней половины туловища. Печень по Курлову – 15,12,10 см, селезенка – 12 и 8 см. Лицо, голени и стопы пастозны.

#### **Вопросы:**

1. О какой патологии свидетельствуют «сосудистые звездочки»?

2. Что следует уточнить при сборе анамнеза у данного пациента?

#### Список основной литературы

1. **Гребенев А.Л.** Пропедевтика внутренних болезней: учебник для вузов. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2009. – 656 с.
2. **Мухин Н.А.** Пропедевтика внутренних болезней: учебник для вузов / Н.А.Мухин, В.С.Моисеев. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 768 с.
3. **Рябчикова Т.В., Смирнов А.В., Егорова Л.А.и др.** Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: учебное пособие. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. – 192 с.
4. **Шамов И.А.** Пропедевтика внутренних болезней. Махачкала: Изд-во «Юпитер», 2002. – 336 с.
5. **Шихнебиев Д.А., Эседов Э.М.** Методы исследования и семиотика при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов и врачей. – Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. – 385 с.

*Под авторской редакцией*

Тираж 100

Издано в ДМСИ, ул. Азиза Алиева, 25.



