

ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ПО ТЕМЕ:

**ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ****Осмотр**

При общем наружном осмотре обращают внимание на:

1. Питание больного

- Исхудание, может быть при раке желудка, хроническом энтерите.
- Ожирение, характерно для больных с заболеваниями ЖВП.

2. Осмотр кожи

- Желтушность кожи и слизистых

Желтуха м.б. истинной (связанной с заболеваниями) и ложной (при употреблении большого количества моркови, некоторых красителей и медикаментов вследствие накопления в коже каротинов). При ложной желтухи слизистые имеют обычную окраску.

Желтуха может быть различных оттенков.

- оранжево-желтый цвет наблюдается в ранние сроки заболеваний печени
- типичный шафраново-желтый с красноватым оттенком цвет при печеночно-клеточной желтухе
- зеленовато-желтый (темно-оливковый) цвет кожи обнаруживается при механической желтухе и сочетается с кожным зудом (холестаза), что обусловлено накоплением в крови биливердина.
- лимонно-желтую окраску кожа имеет при гемолитической анемии.

Окрашивание слизистых с желтый цвет – *иктеричность*

- Бледность (при кровотечениях желудочных, кишечных, заболеваниях печени)
- Следы расчесов бывают при зуде вследствие раздражения желчными кислотами нервных окончаний в коже. Они наиболее выражены при холестазе подпеченочном, однако встречается и при внутripеченочном холестазе вследствие нарушения синтеза желчных кислот поврежденными клетками печени.
- Сосудистые звездочки - телеангиоэктазии от 0,5 до 1 см в диаметре, от которых во все стороны распространяются мелкие сосудистые веточки (эстрогены снижают тонус сосудов кожи). Располагаются на плечах, шее, лице, кистях, спине, слизистых носа, рта при заболеваниях печени.
- Сухость кожи, снижение ее тургора, ломкие ногти, легко выпадающие волосы бывают при хронических заболеваниях кишечника

- Печеночные ладони - симметричное покраснение ладоней и подошв в области тенара и гипотенара. Сосудистые звездочки и печеночные ладони при надавливании бледнеют, а по прекращении давления вновь быстро краснеют
- В области живота, на груди и реже - на спине можно видеть четко ограниченные ярко-красные небольших размеров элементы, несколько возвышающиеся над поверхностью кожи, - симптом “красных капелек” (бывает при хр.панкреатите)
- Гинекомастия (увеличение молочных желез у мужчин), изменение оволосения по женскому типу у мужчин- выпадение волос на груди, подбородке и животе.

Осмотр органов пищеварения включает:

1. Осмотр полости рта. М.б.:

- Отсутствие зубов
- Наличие кариеса
- Состояние языка:
 - обложенный серо-белым налетом
 - сухой
 - со сглаженными сосочками
 - малиновый

2. Осмотр живота. Живот может быть:

- Вздутый (за счет метеоризма), вздутый ассиметричный живот характерен для непроходимости кишечника
- Увеличенный, за счет асцита
- Втянутый живот ладьевидной формы характерен для перфорации полого органа.
- Не участвовать в акте дыхания
- «Голова медузы» - расширение вен передней брюшной стенки (один из признаков выраженной портальной гипертензии при циррозе печени).

Пальпация.

Пальпацию проводят в положении лежа. Пациент лежит с низким изголовьем, руки вдоль туловища или сложенные на груди. Можно попросить больного согнуть ноги в коленях, для лучшего расслабления мышц брюшного пресса (хотя многие авторы считают этот прием бесполезным) Для максимального расслабления мышц брюшного пресса дыхание больного должно быть диафрагмальным и больного нужно обучить так, дышать. Для этого, обследующий садиться справа от больного (сиденье должно быть на одном уровне с кроватью) , рука кладется на живот, и больной должен дышать так, чтобы рука поднималась и опускалась в такт дыхательным движениям.

Пальпация бывает: *поверхностной и глубокой*.

1. Цели поверхностной (ориентировочной) пальпации:

1. Выявить зону болезненности, возникающую при воспалительных процессах в брюшной полости.

2. Выявить участки мышечного напряжения (резистентности, симптомов мышечной защиты), возникающие при воспалении париетальной брюшины (перитонит).

3. Выявить большие увеличения органов (печени, почек, селезенки) или образования (опухоль, киста) в брюшной полости

Методика: проводят легкие (не проникая вглубь живота), осторожные надавливающие движения пальцами на переднюю брюшную стенку в симметричных участках, начиная с левой подвздошной области (подвздошная область слева и справа, боковой отдел живота слева и справа, подреберье левое и правое, эпигастральная область, околопупочная область, надлобковая обл.) или против часовой стрелки.

При наличии у больного болей начинают с наименее болезненного участка.

Заканчивается поверхностная пальпация исследованием белой линии живота на наличие грыж и расхождения прямых мышц живота. Для этого просят больного, находящегося в горизонтальном положении, приподнять голову, оторвав ее от подушки без помощи рук, а врач в это время проводит своим указательным пальцем правой руки по средней линии живота ниже мечевидного отростка.

2. Глубокой пальпацией (по Образцову-Стражеско) пальпируют:

- Отделы кишечника (сигмовидная, слепая, восходящий отдел, нисходящий отдел ободочной кишки, поперечно ободочная)
- Нижний край печени (*в норме не пальпируется или на 1 см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии мягкий, острый, не чувствительный*)
- Желчный пузырь, поджелудочная железа (в норме не пальпируются)

Отличается от поверхностно тем, что рука проникает вглубь брюшной полости. Включает 4 этапа:

1. Согнутые пальцы правой руки устанавливают параллельно длинной оси пальпируемого органа

2. Образование кожной складки, которая позволит в дальнейшем избежать натяжения кожи при движении руки.

3. Погружение вглубь брюшной полости, которое осуществляется при выдохе больного (за 2–3 вдоха и выдоха, удерживая достигнутое положение пальцев после предыдущего выдоха)

4. Скольжение пальцев правой руки по поверхности кишки, прижатой к задней брюшной стенке. Рука при этом как бы перекачивается через кишку

попутно оценивая ее свойства (размер, консистенцию, подвижность, характер поверхности, болезненность, урчание)

3. Пальпируются болевые точки:

✓ *поджелудочной железы:*

- точка Мейо-Робсона - находится на границе наружной трети линии соединяющей пупок и середину левой реберной дуги (отмечается болезненность при воспалении хвоста поджелудочной железы)

- зона Шоффара - находится между вертикальной линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла, образованного вертикальной и горизонтальной линиями проходящими через пупок (отмечается болезненность при воспалении головки поджелудочной железы)

✓ *желчного пузыря, желчевыводящих путей:*

- симптом Мюсси (френикус-симптом) - болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа

- симптом Кера - болезненность в точке желчного пузыря на вдохе (точка желчного пузыря находится на пересечении наружного края прямой мышцы живота с нижней границей печени)

- симптом Ортнера - болезненность при поколачивании ладонью по реберной дуге

Перкуссия.

Прежде чем пальпировать печень, рекомендуется перкуторно определить ее границы. Это позволяет не только судить о величине печени, но и определить с какого места следует начинать пальпацию. На практике границы печени определяют по методу М. Г. Курлова.

По срединно-ключичной линии:

- верхняя граница - 5 м/р;
- нижняя граница – край реберной дуги.
- Первый размер – 9 – 10 см

По срединной линии

- верхнюю границу определяют условно, проводя горизонтальную линию из верхней точки первого размера до пересечения со срединной линией

- при определении нижней границы печени палец-плексиметр устанавливают на уровне пупка перпендикулярно к срединной линии и проводят тихую перкуссию, перемещаясь вверх до появления тупого перкуторного звука
- Второй прямой размер составляет 7–9 см

По левой реберной дуге (косой размер)

- верхняя точка со-впадает с верхней точкой второго размера
- для определения нижней точки палец-плексиметр устанавливают на левую реберную дугу перпендикулярно к ней, проводят тихую перкуссию и смещаются вверх до появления тупого перкуторного тона.

- Третий косой размер 6–8 см

