

Обследование больных и  
симптоматология при болезнях  
желудочно-кишечного тракта.

Расспрос, осмотр больных. Пальпация  
живота. Перкуссия и аускультация  
живота. Основные синдромы при  
заболеваниях ЖКТ. Роль В.И.  
Образцова и Н.Д. Стражеско в  
разработке метода пальпации

# Основные жалобы

- Болевой синдром
- Диспепсический синдром
- Астенический синдром

# Болевой синдром

- Может встречаться при патологии любого органа ЖКТ, а также при ИМ, поражении диафрагмальной плевры
- **Уточнить:**
  - локализацию болей
  - характер боли (чувство тяжести, ноющие, острые, режущие, кинжальные)
  - периодичность боли (связь с приемом пищи, сезонность обострений)
  - с чем связано уменьшение болей (после рвоты, приема пищи, щелочей, применение тепла, вынужденного положения)

# Локализация боли

- При патологии **пищевода** (эзофагит, ожоги): за грудиной, могут иррадиировать в межлопаточную область
- При **грыже пищеводного отверстия диафрагмы**: могут иррадиировать в левую половину грудной клетки, имитировать заболевания сердца
- При заболеваниях **желудка**: в подложечной области, справа от средней линии
- Иррадиация в спину- при язвах задней стенки желудка, при пенетрации в п/ж железу
- Опоясывающие боли – при патологии **п/ж железы**
- При заболеваниях **кишечника** – в любом месте

# Характер боли

- Боли **постоянного характера** (от нескольких дней до недель)- тянущие, тупые, ноющие – обусловлены воспалением стенки желудка (хр. гастрит) или покрывающего его листка брюшины (растяжение желудка). Возможны при злокачественных опухолях желудка.
- Боли **приступообразные** (связаны с приемом пищи) – ранние (до 2 ч.), поздние (спустя 2 ч.), голодные, ночные.
  - в основе лежит **спазм гладкой мускулатуры** желудка или кишечника
  - возникают при двигательном раздражении желудка при повышенной кислотности, при раздражении кислым содержимым или пищей язвенного дефекта желудка или ДПК
- При патологии желудка: м.б. **чувство давления**, дискомфорта в подложечной области (при переполнении пищей, от вздутия, при спущении)

# Характер боли

- **Ранние боли** характерны для язв верхних отделов желудка (кардия, малая кривизна)
- **Поздние и голодные** – при поражении ДПК
- Приступы болей зависят от **характера пищи** (после грубой, экстрактивной)
- **Облегчаются** от тепла, приема соды, молока, после рвоты)
- **Сезонность** болей – их появление в весенне-осенний период (при язвенной болезни)

# Изменение характера боли

- **Перфорация** – кинжальные боли
- **Пенетрация** – опоясывающего характера, иррадиирующие в спину – при прорастании в п/ж железу
- **Малигнизация** – постоянные, не зависящие от приема пищи

# Диспепсический синдром

- Отрыжка
- Изжога
- Тошнота
- Рвота
- Чувство сильного переполнения желудка после еды
- Метеоризм
- Изменение аппетита
- Расстройства стула



# Отрыжка

- Обратный выход в полость рта газа или небольшой порции желудочного содержимого
- Обусловлена сокращением мускулатуры желудка при открытом кардиальном отверстии

# Виды отрыжки

- **Отрыжка воздухом** (аэрофагия):
  - при усиленном заглатывании воздуха во время еды
  - при гипоацидном гастрите (повышение газообразования)
  - «тухлым» - стеноз привратника
- **Отрыжка пищей:**
  - кислым – при гиперацидном гастрите
  - горьким – при забросе желчи
  - гнилостным – при стенозе привратника

# Изжога

- Ощущение жжения в нижней трети пищевода
- Возникает при попадании в пищевод кислого желудочного сока при рефлюксе
- Наблюдается обычно при повышенной кислотности
- Может встречаться при нормальном и низком содержании HCl при накоплении в желудке органических кислот брожения

# Тошнота

- Возникает при раздражении блуждающего нерва
- Неспецифическая жалоба – встречается не только при заболеваниях ЖКТ, но и при ХПН, расстройствах мозгового кровообращения, при токсикозе беременных
- Особенность при заболеваниях ЖКТ – возникновение после еды
- Наиболее часто встречается при гастритах (особенно с пониженной кислотностью), раке желудка, патологии печени

# Рвота

- Сложный рефлекторный акт, во время которого происходит непроизвольное выбрасывание желудочного содержимого наружу
- Различаю рвоту **центральной** (наблюдается при повышении внутричерепного давления, не приносит облегчения больному) и **периферическую**

# Периферическая рвота

- **Пищеводная** (при ахалазии пищевода):
  - возникает сразу после еды
  - рвотные массы не объемные, состоят из не переваренной пищи, не имеют кислого вкуса и запаха
- **Желудочная** – возникает при раздражении слизистой желудка:
  - химическими продуктами (пищевые, лекарственные)
  - при воспалении
  - при застое, в результате переполнения пищей

# Желудочная рвота

- **Приносит облегчение больным** (купирует болевой синдром, чувство дискомфорта)
- Время возникновения рвоты:
  - по утрам натощак – при повышенной секреции, при задержке опорожнения желудка
  - ч/з 1-2-3 ч. после еды – при язвенной болезни
  - ч/з 6 ч. и более после еды, пищей съеденной день, два назад, с гнилостным запахом – при стенозе привратника

# Характер рвотных масс

- Наличие патологических примесей:
  - **алая кровь** – при пищеводном кровотечении (из расширенных вен пищевода), синдроме Мелори-Вейса
  - рвота **«кофейной гущей»** - при желудочном кровотечении



# Метеоризм

- Вздутие живота из-за избыточного образования газов в пищеварительном тракте и нарушения их всасывания
- В норме при переваривании пищи образуется около 15 л газа, большая часть которого реабсорбируется кишечной стенкой, а около 2 л выделяется наружу
- Жалобы на тяжесть, распирающие и увеличение живота
- Встречается при ферментативной недостаточности, дисбактериозе, чрезмерном заглатывании воздуха во время еды, при нарушении всасывания газа кишечной стенкой

# Изменение аппетита

- **Снижение** –при гипоацидном гастрите
- Полное отсутствие (**анарексия**) – при раке желудка
- **Отказ от** приема **пищи** вследствие боязни возобновления боли – при язвенной болезни желудка
- **Повышение** аппетита (булимия) – при язвенной болезни ДПК
- **Извращение вкуса и обоняния** – следствие железо-дефицитной анемии в результате гипо- и анацидных гастритов
- **Отвращение к мясу** – при раке желудка

# Нарушения стула

- **Понос** (диарея) – учащенное опорожнение кишечника (свыше 2 раз/сут) с выделением жидких испражнений
- **Запор** – длительная задержка стула (реже чем 1 раз в 2 дня)

# Понос

- Обычно связан с ускоренной перистальтикой кишечника
- Иногда сопровождается тенезмами (при дизентерии)
- Выделяют поносы **алиментарные** (после переедания, грубой пищи, при поспешной еде) и **неврогенные** (при неустойчивой нервной системе от переживаний, страха)- «медвежья болезнь»
- По локализации – **энтеральные** и **колитические**

# Энтеральные поносы

- Частота 4-6 раз/сут
- Опорожнение кишечника безболезненное
- Испражнения обильные
- При поражении **проксимального отдела** (еуниты) нарушается всасывание жирных кислот – испражнения глинистой жирной консистенции (**«жирная диарея»**)
- При поражении **дистальных отделов** (илеиты) нарушается всасывание желчных кислот – испражнения **водянистые, пенистые**

# Колитические поносы

- Опорожнение кишечника более 10 раз/сут
- Испражнения скудные («ректальный плевок»)
- Иногда имеется наличие крови
- Характерны тенезмы

# Запор

«Блажен, кто рано по утрам  
Сходил в галюнь без  
промедленья,  
Тому и пицца по нутру  
И все доступны наслажденья»

И. Барков

# Запор

- **Атонический** – кал имеет цилиндрическую форму, очень плотную консистенцию. При длительной задержке стула – формирование «каловых камней»
- **Спастический** – моторика кишечника усилена, однако над продольными движениями преобладают сегментарные, что препятствует транспорту кишечного содержимого. Каловые массы в виде шариков («овечий кал»)



# Нарушения стула

- **Выяснить:**

- частоту и оформленность стула
- цвет (обесцвеченный при гепатитах, мелена при кровотечении)
- наличие не переваренных остатков пищи (панкреатит)
- наличие патологических примесей (кровь- дизентерия, язвенный колит, геморрой; слизь – воспалительные процессы кишечника, дизентерия)

# Анамнез

- **Условия питания** больных, режим приема пищи, наличие сухоедения, качество пищи
- **Динамика массы тела** больного (похудание)
- **Перенесенные заболевания** (пищевые интоксикации, алкоголизм)
- **Курение**
- Длительный **прием лекарственных препаратов** (НПВП, стероидные гормоны, хлористый калий)
- Неблагоприятные **условия труда** (контакт со свинцом, ртутью, стрессовые факторы)

# Осмотр

- Особенности телосложения
- Развитие п/ж слоя:
  - выраженное **похудание** при язвенной болезни желудка
  - **кахексия** при стенозе привратника



# Осмотр

- **Цвет кожных** покровов:
  - бледность (прижелудочных кровотечениях)
  - желтушность (патология печени)
  - сероватый оттенок (рак желудка)
- **Полость рта:**
  - недостаток зубов (плохое пережевывание)
  - кариозные зубы (попадание патогенной флоры в желудок)
  - язык – «зеркало желудка»

# Язык

- Обложен белым или серым налетом (гастрит, рак)
- Красный (при повышенной кислотности)
- Малиновый, лакированный (цирроз печени)



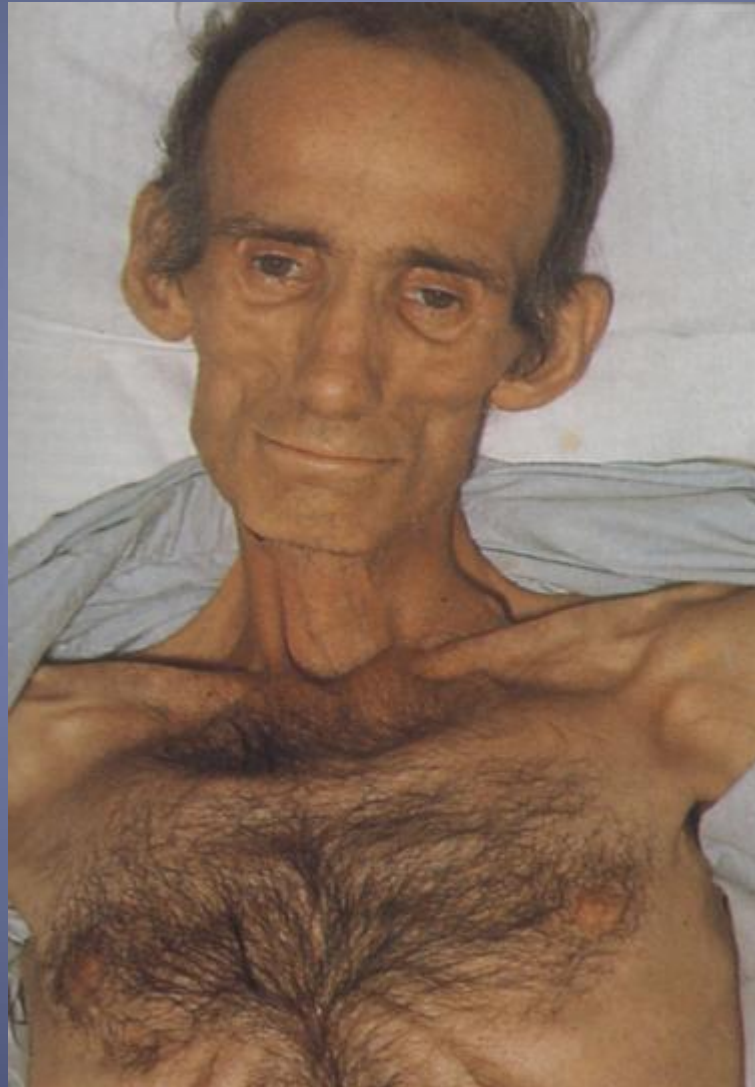
# Осмотр живота

- **Вздутие** (при метеоризме)
- **Увеличение** (асцит)
- **Перистальтические движения**  
усиливающиеся при поколачивании  
подложечной области (стеноз  
привратника)
- Иногда заметны крупные **опухоли**  
желудка
- **Следы от** применения **грелок** (при  
болевым синдроме)
- **П/о рубцы** (локализация, форма) дают  
представление об оперативном  
вмешательстве, возможности спаечного

# «Голова медузы»



# Железа Вирхова





# Пальпация живота

- Поверхностная
- Глубокая скользящая методическая по Образцову-Стражеско

# Поверхностная пальпация

- Проводится легкими ощупывающими движениями
- Начинается с левой подвздошной области, против часовой стрелки, по ходу белой линии живота, пальпируется пупочное отверстие
- При наличии жалоб на боли в животе, пальпацию начинают с противоположной стороны
- Обращают внимание на наличие болезненности, напряжения мышц брюшного пресса, расхождения мышц по белой линии живота, расширения пупочного отверстия, грыжевых выпячиваний

# Глубокая пальпация

(роль В.П. Образцова, Н.Д. Стражеско)

Указали, что:

- пальпации поддаются не только органы брюшной полости, но и разные отделы кишечника
- отделы кишечника могут пальпироваться не только при их патологическом изменении, но и в норме у здорового человека

# Правила глубокой пальпации

- Необходимо научить больного дышать животом, чтобы максимально исключить напряжение мышц брюшного пресса
- Положение рук перпендикулярно пальпируемому органу
- Образование кожной складки по направлению к пупку
- Постепенное погружение рук в брюшную полость во время выдоха
- Скольжение пальцев в направлении, поперечном оси исследуемого органа

# Последовательность глубокой пальпации

- Сигмовидная кишка
- Слепая кишка
- Восходящий отдел ободочной кишки
- Нисходящий отдел ободочной кишки
- Определение нижней границы желудка
- Поперечный отдел ободочной кишки
- Печень

# Что выявляет глубокая пальпация?

- **Консистенцию** кишки:
  - плотная – при наличии плотного содержимого кишки, при спастическом сокращении кишки
  - мягкая – при скоплении газов
- **Урчание** (при скоплении газов)
- **Болезненность**
- **Бугристость** (наличие опухоли)
- **Неподвижность** (наличие спаечного процесса)

# Перкуссия

- Определение свободной жидкости в брюшной полости (асцит):
  - методом перкуссии
  - методом флюктуации
- Перкуссия печени
- Перкуссия селезенки

# Аускультация

- Позволяет выслушать перистальтические шумы (во время двигательной активности кишечника)
- Перистальтические шумы исчезают при кишечной непроходимости, перитонитах