

СХЕМА И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

К.М.Н. МАКСИМЕНКОВА В.В.

- ◎ *1 этап. Субъективное исследование (расспрос больного):*
 1. Жалобы.
 2. Anamnesis morbi.
 3. Anamnesis vitae.
- ◎ *II этап. Объективное исследование:*
 - Общий осмотр.
 - Пальпация
 - Перкуссия
 - Аускультация
 - Исследование других органов и систем.
 - Лабораторные методы исследования.
 - Инструментальные методы исследования.

*1 этап. Субъективное исследование (расспрос
больного):*

1. Жалобы

*Болезни органов пищеварения можно
подразделить на заболевания:*

1. полости рта,
2. пищевода,
3. желудка,
4. поджелудочная железа,
5. печень,
4. кишечника.

Основные жалобы больных с поражением пищевода.

1. Дисфагия - затруднение прохождения пищи по пищеводу

2. Рвота

3. Кровотечение из пищевода

3. Боли

4. Срыгивания

5. Слюнотечение

6. Гнилостный запах

7. Изжога

Основные жалобы больных с поражением пищевода.

1. Затруднение прохождения пищи по пищеводу (дисфагия):

- характер возникновения (остро или постепенно);
- длительность существования;
- характер прогрессирования;
- условия возникновения (прохождение плотной или жидкой пищи, нервно-психические факторы).

Основные жалобы больных с поражением пищевода.

◎ 2. Рвота

- время возникновения,

- *характер рвотных масс: консистенция, запах, примесь крови.*

◎ 3. Кровотечение из пищевода

основная причина: - варикозно расширенные вены пищевода.

◎ 3. Боли:

- локализация (на протяжении всего пищевода или на определенном участке);

- иррадиация;

- провоцирующие факторы (связаны с прохождением пищи, без видимой причины).

⦿ Жалобы при подозрении на заболевания пищевода

1. Дисфагия -

нарушение прохождения пищи по пищеводу. Больные ощущают при этом задержку пищевого комка в пищеводе, а также боль и чувство распирания в пищеводе (за грудиной) во время еды.

Дисфагия при заболеваниях пищевода может быть:

- *Постоянная, стойкая дисфагия* наблюдается при органических поражениях пищевода – сужение (стеноз)
- *Пароксизмальная дисфагия* чаще встречается при заболеваниях пищевода функциональной природы – (спазм)

- ◎ Жалобы при подозрении на заболевания пищевода
 - при органических поражениях пищевода (*стеноз*) (ЗНО, рубцовых стриктурах пищевода).
 - Вначале затрудняется прохождение по пищеводу твердой пищи.
 - По мере прогрессирования сужения пищевода, затрудненным становится прохождение мягкой и даже жидкой пищи.
 - ◎ при заболеваниях пищевода функциональной природы (при эзофагоспазме) провоцируется поспешной едой, волнением - боли отсутствуют, больные отмечают поперхивание пищей, попадание пищи в гортань, нос.
 - Чаще встречается в молодом возрасте, особенно при эмоциональном возбуждении.

◎ 2. Пищеводная рвота наблюдается при выраженном сужении пищевода.

- В отличие от рвоты при заболеваниях желудка и 12 п.к. **пищеводная рвота** провоцируется задержкой пищи в пищеводе, возникает нередко без предшествующей тошноты.

◎ От рвоты желудочного происхождения она отличается рядом признаков:

- *ей не предшествует тошнота*, а предшествует ощущение задержки пищи за грудиной,
- *рвотные массы не имеют специфического кислого запаха* (нет соляной кислоты),
- а при длительной задержке *имеют гнилостный запах* (при распадающемся раке).

◎ 3.Боли

- наблюдаются при **эзофагите** (остром воспалении слизистой оболочки пищевода), ожогах.

◎ Боль:

- при глотании

- по ходу пищевода

- иррадиирует в м/лопаточную область, шею, челюсть

- по времени от минут до нескольких часов.

3. Боль.

- при **воспалительных** заболеваниях пищевода, ожогах, при раке пищевода.
- боль наблюдается на всем протяжении пищевода, *усиливается в процессе глотания*, сохраняется и в покое.
- *иррадиация болей в м/лопаточное пространство*. При расширении пищевода боли носят тупой характер.

◎ 4.Срыгивания –

- возвращение части принятой пищи обратно в полость рта.
- из-за невозможности полного прохождения пищи через суженный пищевод.
- при неврозах, переедании, при спазме кардии.

5. Слюнотечение – при эзофагите, рубцовых сужениях пищевода.

6. Гнилостный запах – при раковой опухоли или застоем белковой пищи.

7. Изжога – чувство жжения за грудиной вследствие рефлюкс-эзофагита (забрасывание содержимого желудка в пищевод).

8. Кровотечение – при язве пищевода, повреждение инородным телом, распадом опухоли, кровотечением из расширенных вен пищевода, вызванном циррозом печени.

◎ 3. Основные жалобы больных с заболеваниями желудка.

1. Нарушение аппетита.

2. Извращение вкуса.

3. Отрыжка.

4. Изжога.

5. Тошнота.

6. Рвота.

7. Боль в подложечной области.

8. Кровотечение.

◎ 3. Основные жалобы больных с заболеваниями желудка.

◎ Рвота:

- время наступления;
- связь с приемом пищи;
- частота возникновения;
- характер рвотных масс: *цвет, консистенция, запах, наличие примесей.*

Жалобы при заболевании желудка

1. Нарушение аппетита –

- *понижен или повышен, отсутствие* - (при о.гастрите, раке желудка).
- *повышен* при хр.гастрите при язвенной б-и 12п.к.

2. Извращение вкуса –

- неприятный вкус во рту и притупление вкусовых ощущений. (кариес, хр. ТОНЗИЛЛИТ)

◎ 3.Отрыжка –

- внезапное выхождение воздуха через рот, скопившегося в желудке.
 - *при нарушении двигательной функции желудка* (процессы брожения, гниения с повышенным газообразованием).
 - *прогорклым маслом* (брожение, жирная пища).
 - *с запахом тухлого яйца* (гниение, при стенозе привратника).
- *кислая* – с гиперсекрецией желудочного содержимого,
- *горькая* – при забрасывании в желудок содержимого 12 П.К.,
- *гнилостная* – при ахилии с застоем содержимого (рак желудка).

4. **Изжога** – жжение в подложечной области, за грудиной вследствие заброса антиперистальтикой *кислого желудочного содержимого в пищевод*. При употреблении мучной, сладкой пищи.

5. **Тошнота** – рефлекторный акт, связанный с раздражением блуждающего нерва, проявляется ощущением давления в подложечной области.

- *Сопровождается*: бледностью кожных покровов, головокружением, ↓ АД, похолоданием конечностей, обмороком.

Тошнотой сопровождаются о. и хр. гастриты, рак желудка.

6. Рвота –

- сложный рефлекторный акт, связан с раздражением рвотного центра, во время которого происходит непроизвольное извержение содержимого желудка через пищевод, глотку, рот, иногда через носовые ходы.

Причины: - раздражение вестибулярного аппарата,
- недоброкачественная пища,
- заболевание ЖКТ, печени.

◎ Различают рвоту:

1. *нервного (центрального)* происхождения;
2. *висцеральную* (рефлекторная, периферическая);
3. *гематогенно-токсическая.*

⊙ Рвоту могут вызвать различные причины.

1. Рвота нервного происхождения -

- может возникнуть при ЧМТ, при ↑↑ внутричерепного давления, при печеночной недостаточности.

⊙ Характерно-

- упорство, отсутствие облегчения после рвоты, внезапность ее появления без предшествующей тошноты, она не прекращается после полного опорожнения желудка.

⊙ 2. Рефлекторная рвота-

- возникает вследствие раздражения самых разнообразных чувствительных зон. Это корень языка, мягкое небо и зев и поверхность брюшины.

- ◎ При диагностической оценке рвоты необходимо учитывать:
 - время ее наступления,
 - количество рвотных масс,
- ◎ Следует обращать внимание и на:
 - ◎ *Рвота утром натощак*
 - встречается при алкогольном гастрите и при гиперсекреции вследствие накопления в желудке большого количества желудочного сока.
 - ◎ *Рвота через 5-10 мин.*
 - после еды наблюдается при язве и раке кардиального отдела желудка или при неврозе.
 - ◎ *Рвота через 2-3 часа после еды,*
 - в разгаре пищеварения характерна для гастрита, язвы, рака желудка.
 - ◎ *Рвота через 4-6 часов после еды*
 - при язве 12 п.к., при атонии желудка.
 - ◎ *Рвота через 6-12 часов и более после еды,*
 - т. е. рвота накануне съеденной пищей, наблюдается при стенозе привратника.

7. Боль –

1. локализация

2. **характер:** приступообразные, периодические (в определенные часы), постоянные, сезонные (весной, осенью);

3. **связь с приемом пищи,** ее качеством, консистенцией;

4. **иррадиация** – (в спину, лопатку, за грудину, в левое подреберье);

5. **характер болей после** приема пищи, применения тепла, холода (уменьшение, исчезновение, усиление болей);

6. **связь с физическим напряжением** (подъем тяжести, тряска, езда);

7. **интенсивность** (коликообразная, режущая, тупая)

◎ Болевой синдром.

◎ *Различают периодические боли и постоянные.*

- **периодические боли** могут быть **ранние**, возникающие через 30 мин. после еды. Они характерны для яз. б-и желудка.

◎ **Периодические боли**

- голодные ночные (поздние боли) возникают при постоянной гиперсекреции. Они носят жгучий характер, бывают очень сильными. Характерно для них появление натошак и особенно в ночное время (**«ночные боли»**). Боли стихают после приема пищи. Нередко боли сопровождаются рвотой. В основе этих болей лежит спазм всего желудка.

◎ Говоря о **периодичности болей**,

- следует указать на сезонную периодичность.
- **Постоянные** боли наблюдаются и при раке желудка. Особенно должно насторожить, если меняется характер болей.

◎ Боли висцерального характера

- (тупые) наблюдаются при опущении желудка и других органов брюшной полости.

◎ Боли могут иррадиировать

- в спину, лопатки, в нижнюю часть м/лопаточного пространства. Локализация болей, их иррадиация позволяют судить о вовлечении в патологический процесс тех или иных органов пищеварения.

◎ Боли в эпигастральной области

- наблюдаются при заболеваниях кардиального отдела пищевода, желудка, 12 п.к., поджелудочной железы, грыжи белой линии живота.

◎ Боли в правом подреберье

- при заболеваниях печени, желчного пузыря, желчных путей, головки поджелудочной железы, правой кривизны толстой кишки.

◎ Боли в левом подреберье

- характерны для поражения желудка, поджелудочной железы, левой доли печени, диафрагмы.

◎ Боли в среднем отделе живота

- наиболее типичны при заболеваниях желудка. Опоясывающие боли характерны для поражения поджелудочной железы.

- ◎ Непосредственно в **околопупочной области боли** возникают при заболеваниях 12 п.к. и тонкой кишки, при поражении сальника.

◎ Боли в правой подвздошной области

- могут указывать на аппендицит, поражение толстой или конечного отдела подвздошной кишки.

◎ Боли в левой подвздошной области

- чаще обусловлены поражением сигмовидной кишки.

◎ Разлитые боли в животе

- могут свидетельствовать о перитоните, кишечной непроходимости, разрывах паренхиматозных органов, спаечных процессах.

◎ 8. Желудочное кровотечение -

- часто встречается при яз. б-и, ЗНО, эрозивном гастрите, варикозном расширении вен желудка.

- редкими причинами являются полипы, доброкачественные опухоли желудка.

◎ Основными симптомами (*прямыми признаками*) желудочного кровотечения являются

- *рвота с кровью и дегтеобразный черный стул.*

◎ Основные жалобы при
заболевании **поджелудочной
железы**

1. Боль
2. Диспепсические явления.
3. Желтуха общая слабость.
4. Похудание.

1. Боль

◎ При о. панкреатите

— острая,

- внезапная,

- от **нескольких часов** до нескольких дней,

- **локализация** в верхней половине живота,
опоясывающего характера,

- **иррадиируют** в спину, позвоночник, поясницу.

◎ При хр. панкреатите

— **ноющие**, интенсивные в обострение,

- **усиливаются** к вечеру,

- **периодического** характера.

2. Тошнота и рвота

- тошнота сочетается с потерей аппетита, отвращение к жирной пищи.

Рвота при о. панкреатите – обильная, повторная, не приносящая облегчение, редко с примесью крови.

- метеоризм,
- неустойчивый стул.

3. Желтуха развивается при развитии процесса в головке поджелудочной железы сопровождается зудом геморрагиями.

- жажда, головокружение, обморок.

● Основные жалобы больных с заболеваниями **печени и желчных путей**

1. боли в правом подреберье;
2. желтуха;
3. кожный зуд;
4. диспепсические расстройства;
5. увеличение размеров живота;
6. лихорадку.

◎ Диспепсический синдром

- **отсутствие аппетита** характерно для о. гепатита;
- **снижение аппетита**, отвращение к жирной пище, горечь во рту— при хр. заболеваниях печени,
 - **рвота** — при приступе желчной колики;
- **похудание** вплоть до кахексии при циррозах и раке печени;
- **лихорадка с ознобами и профузными потами** — при о. гнойном холецистите, абсцессе печени.
 - **повышение температуры** возможно при гепатитах, циррозе, раке печени;

◎ **Встречаются следующие группы жалоб:**

1. Печеночная диспепсия (желчная диспепсия):
 2. Симптомокомплекс «печеночной лени».
 3. Желтуха.
 4. Кожный зуд.
 5. Чувство тяжести, давления и ноющие боли.
 6. Желчная колика.
 7. Лихорадка.
 8. Печеночный запах.
 9. Кровотечение.

1. Печеночная диспепсия (желчная диспепсия):

- это нарушением моторики ж. пузыря, ж. путей, 12 п.к., желудка и пищевода. Включает ↓ аппетита, ощущение тяжести, тупой боли в правом подреберье, усиливается после еды, тошнота, горечь во рту, головные боли.
- недостаточное поступление в кишечник **полноценной желчи** приводит к нарушению функции и всасывания жира, а также жирорастворимых витаминов А, Д, Е и К, что сопровождается болью, метеоризмом, урчанием в животе, поносом.

2. Симптомоккомплекс «печеночной лени».

Обусловлен печеночной недостаточностью (гепатодепрессией).

Проявляется слабостью, вялостью, быстрой психической истощаемостью, повышенной раздражительностью, ↓ работоспособности, головной болью, потливостью, головокружением, чувством тяжести в эпигастрии и в правом подреберье, ↓ аппетита, горьким привкусом во рту.

3. Желтуха.

Окрашивание кожи и конъюнктивы глаз, обусловленное увеличением содержания билирубина в крови (более 34,2 мкмоль/л).

4. Кожный зуд.

Сопровождает холестаза и связан с задержкой желчных кислот и депонированием их в коже.

Зуд упорный, усиливается ночью.

5. Чувство тяжести, давления и ноющие боли в пр. подреберье, возникают вследствие растяжения фиброзной капсулы печени и бывают при о. и хр. гепатите.

6. Желчная колика.

Боли в пр. подреберье характерны для **ЖКБ** возникает вследствие закупорки пузырного или общего ж. протока конкрементом.

Провоцируется обильным приемом пищи, особенно жирной.

Боль распространяется в надчревьe и иррадирует в м/лопаточную область, пр. лопатку и плечо.

Приступ развивается, внезапно, сопровождается тошнотой, рвотой и продолжается 1-4 ч, затихает постепенно или быстро.

После острой боли - сохраняется чувство тяжести в течение суток.

Лихорадка, озноб, возникающие при ж. колике, свидетельствуют о развитии осложнений (холецистита, панкреатита).

7. Лихорадка

– при остром воспалении в ж.пузыре, при абсцессе, раке печени.

8. Печеночный запах (сырого мяса)

- сладковатый ощущаемый при дыхании больных. При нарушении обмена аминокислот и ароматических соединений.

9. Кровотечение

- из варикозно расширенных вен пищевода (при портальной гипертензии). Кровотечение возникает обычно без каких-либо явных провоцирующих факторов и протекает б/б с обильной кровавой рвотой.

Основными жалобами при заболевании **кишечника**

1. *боль,*
2. *метеоризм,*
3. *поносы,*
4. *запоры,*
5. *кишечные кровотечения.*

Основные жалобы больных с заболеваниями **кишечника**.

1. Боль:

- локализация;
- характер;
- связь с отхождением газов, стула.

2. Изменения стула:

- задержка стула (привычный запор, опухолевое поражение кишечника, заболевания ЦНС);
- диарея (колиты, энтероколиты);
- «ложные» поносы (испражнения большей частью состоят из слизи, крови и гноя, а каловые массы задерживаются, стул при этом с болезненными тенезмами до 10—20 раз в день;

1. Для кишечных болей характерно:

- приступообразный характер,
- начинаются и кончаются внезапно.

Основная локализация

- пупочная область.

**Боли также могут возникать и от
растяжения кишечника газами:**

- для них характерны длительность и довольно точная локализация.

Боли возникают при непроходимости кишечника:

- при **полной непроходимости** боли развиваются быстро, сила их быстро нарастая становятся почти непрерывными.

- **характерна локализация** в одном и том же месте, усиление с перистальтикой кишечника.

При **аппендикулярной колике**

- боли вначале **локализуются вокруг пупка** и в подложечной области, а затем через несколько часов спускаются в пр. подвздошную область, постепенно усиливаясь.

2. Anamnesis morbi (анамнез заболевания).

1. Динамика дисфагии –при стенозе прогрессирует, при спазме – периодична.
2. Характер питания (качество пищи, злоупотребление жирной пищей, ритмичность приема пищи, регулярность).
3. Боль, потеря в весе, рвота.

3. Anamnesis vitae.

- образ жизни (употребление алкоголя, наркотиков, половые контакты, голодание);
- переносимость алкоголя, жиров, никотина;
 - применение лекарств;
- контакты с больными с вирусными гепатитами,
 - переливания крови, инъекции, операции, лечение у стоматолога;
- профессия (сельское хозяйство, контакт с промышленными ядами);
 - наследственность

II этап. Объективное исследование

Общий осмотр

Осмотр полости рта и глотки

Возможны следующие варианты патологических изменений:

- увеличение языка в размере;
- обложенность языка;
- сухость языка;
- атрофия сосочков;
- местные процессы на языке (язвы, рубцы, кровоизлияния и др.).

2. ОСМОТР, ПАЛЬПАЦИЯ, ПЕРКУССИЯ, АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА

Осмотр полости рта

Определить **наличие запаха** (гнилостный, алкоголя и т. д.), состояние слизистой оболочки полости рта.

Осмотр живота:

- определить форму живота:
 - в положении стоя;
 - в положении лежа на спине (**втянут, выпячен**);
- определить наличие **асимметрии живота**;
- выявить **участие живота в акте дыхания**;
- оценить **состояние кожи**;
- оценить **состояние пупка** и наличие венозного сосудистого рисунка.

1. Форма и симметричность:

- симметричное ув. в объеме;
- ассиметричное выбухание;
 - впалый живот

2. Участие живота в акте дыхания:

- не участвует в акте дыхания;
- участвует в акте дыхания
неравномерно;

3. Грыжи:

—пупочная;

—паховая;

—грыжа белой линии живота.

4. Аномальные проявления:

—кровоподтеки;

—расширение подкожных вен;

—послеоперационные рубцы.

5. Основные изменения пупочной области:

—возвышения пупка.

3. Пальпация

1. Поверхностная пальпация:

- болезненность;
- напряжение мышц брюшной стенки;
- расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца;
- ув. внутренних органов;
- опухолевые образования.

2. Глубокая пальпация:

- размеры;
- консистенция;
- болезненность органов брюшной полости

*Последовательность методической
глубокой, скользящей пальпации живота:*

1. Пальпация сигмовидной кишки.
2. Пальпация слепой кишки.
3. Пальпация поперечной ободочной кишки.
4. Пальпация восходящего и нисходящего отделов толстой кишки.
5. Пальпация большой кривизны желудка и привратника, поджелудочной железы.
6. Пальпация печени, селезенки.

7. Перкуторное определение свободной жидкости в брюшной полости:

- в положении больного лежа на спине,
 - в положении больного стоя (предварительное опорожнение мочевого пузыря),
- определение свободной жидкости методом флюктуации.

4. Перкуссия

Перкуссия живота применяется в основном для диагностики **асцита**.

У здорового человека при перкуссии живота определяется **тимпанический звук**, высота которого в различных участках неодинакова:

над кишечником более высокий, чем над желудком.

4. Перкуссия

Появление газа в свободной брюшной полости (пневмоперитонеум) характеризуется усилением тимпанического звука.

Чрезмерное газообразование в кишечнике (метеоризм) также сопровождается громким тимпаническим звуком.

Асцит, характеризуется выраженным притуплением перкуторного звука. При изменении положения тела больного свободная жидкость перемещается. Соответственно изменяется локализация зон тупого звука и тимпанита.

5. Аускультация

Аускультация живота имеет в настоящее время ограниченное применение.

Патологическое усиление кишечных шумов (урчание в животе) обусловлено 3 причинами:

- наличие сужения по ходу кишечника (спазм);
- усилением кишечной перистальтики;
- разжижением кишечного содержимого.

Общий осмотр больных с заболеванием печени
При общем осмотре обратить внимание на:

Изменение нервной системы

Изменения кожных покровов и слизистых

«Сосудистые звездочки»

Гинекомастия

Печеночный запах

Похудание

Пигментация кожи

Печеночные ладони

Выпадение волос

Малиновый язык.

Расчесы и ссадины

Расширенные вены

При общем осмотре обратить внимание на:

1. Изменение нервной системы:

- энцефалопатия, нарушение сознания вплоть до комы;
- полинейропатия

2. Изменения кожных покровов и слизистых:

- желтуха;
- сосудистые звездочки — телеангиэктазии;
- синяки, геморрагические высыпания;
- следы расчесов;
- гиперпигментация;
- ксантомы;

3. Усиление сосудистого рисунка на лице

4. Асцит, расширение вен передней брюшной
стенки.

5. Отеки

6. Изменения рук:

— пальмарная эритема;

— пальцы по типу «барабанных палочек»;

7. Изменения эндокринной системы (утрата
вторичных половых признаков)

8. Внепеченочные системные проявления:

— лимфаденопатия;

— артриты;

— лихорадка.

9. Маркеры хронической алкогольной интоксикации:

- ожирение или дефицит массы тела;
- ув. околоушных слюнных желез;
- синюшный цвет лица;
- тремор;
- гинекомастия;
- телеангиэктазии;
- обложенный язык;
- гепатомегалия;
- энцефалопатия,

10.«Сосудистые звездочки» — телеангиэктазии (локальное расширение капилляров и мелких сосудов слегка возвышающихся над поверхностью кожи) чаще расположены на шее, плечах, лице, кистях, спине.

- **Кожный зуд**, который появляется в результате задержки солей ж. кислот, при холестазах. Обычно эти соединения выводятся желчью. С патологией печени они начинают выделяться кожными покровами.

- **Нарушение холестерина обмена** способствует образованию ксантом (бугристые желтые уплотнения в области суставов и сухожилий) и ксантелазм (с типичной локализацией в области век).

11. Пальмарная эритема или печеночные ладони — ярко красная эритема в области возвышения большого пальца и мизинца. Это обусловлено гиперэстрогемией. Повышение эстрогенов в крови связано с уменьшением их разрушения в печени.

12. Гинекомастия — ув. м/ж у мужчин и атрофия яичек.

13. Контрактура Дюпюитрена — утолщение и укорочение сухожилий сгибателей пальцев кисти, ладонного апоневроза, препятствующее возможности полностью разогнуть пальцы кисти.

14. Печеночный запах

— сладковатый, ощущаемый при дыхании больных— обусловлен нарушением обмена аминокислот и ароматических соединений.

15. Похудание —

- достигающее иногда до кахексии, возможно при циррозе печени и опухоли печени. Раньше всего желтуха выявляется на склерах и слизистой языка
- это иктеричность склер и уздечки языка.

16. Пигментация кожи —

- бронзового оттенка с дымчато-серой окраской ладоней и подмышечных впадин характерна для гемохроматоза.

17. Сосудистые звездочки (паучки, телеангиэктазии)

- располагаются на шее, лице, плечах, кистях, спине, на слизистой оболочке верхнего неба, рта, глотки. Размеры до 1-2 см. Пульсация крупных звездочек видна на глаз, а у мелких звездочек ее позволяет выявить надавливание.

При о. и хр. активном гепатите, циррозе печени, цирроз-раке.

Механизм возникновения связан с повышением количества эстрогенов в крови и изменением чувствительности сосудистых рецепторов.

18. Печеночные ладони (пальмарная эритема) – симметричное покраснение ладоней и подошв. Пятна бледнеют при надавливании. Наблюдается при хр. диффузном заболевании печени. Связана с повышением уровня эстрогенов в крови.

19. Малиновый язык.

Ярко красная окраска языка, имеющего гладкую, лакированную, поверхность; обусловлена нарушением обмена ВИТАМИНОВ.

20. Расчесы и ссадины на коже вызваны кожным зудом.

Кожные кровоизлияния и точечные геморрагии - проявления геморрагического диатеза, которые связаны с ум. синтеза протромбина (и др. факторов свертывания).

21. Расширенные вены на передней стенке живота (голова Медузы)

- анастомозы между системами воротной вены и ↓ и ↑ полых вен. Развивается при портальной гипертензии.

Пальпация печени

Пальпация по методу Образцова - Стражеско
позволяет определить:

- ув. размеров печени;
- чувствительность, болезненность нижнего края печени;
- поверхность печени (гладкая, неровная, бугристая, с узлами);
- консистенцию печени (мягкая, плотная, каменистой плотности);
- край печени (ровный, неровный, заостренный, закругленный, мягкий, плотный, болезненный)

В норме

- печень не пальпируется или пальпируется край печени, б/б, мягкой консистенции.

При гепатитах

- печень ув., болезненна, более плотной консистенции.

При циррозах

- печень плотная, обычно б/б, край — острый, поверхность ровная или мелкобугристая.

При застойной сердечной недостаточности

- печень ув., мягкой консистенции, край закруглен, при пальпации болезненный.

Низкое расположение края печени встречается при:

— **опущении** печени (гепатоптоз) встречается при эмфиземе легких, выпотном плеврите - край печени не изменяется, но прощупать его удастся не всегда, т.к. печень отклоняется вниз и назад;

— **увеличении** - может затрагивать как всю печень (застой крови, о. гепатит, ожирение, инфекции) так и отдельные части (опухоли, абсцессы).

Ум. размеров печени, как правило, при циррозах. Не всегда удастся ее пальпация.

В норме печень имеет мягкую консистенцию. Умеренное уплотнение наблюдается при о. гепатитах, значительное — при циррозах, ЗНО. Застой крови, ожирение, инфекции - вызывают ув. печени, не приводят к ее уплотнению.

Характер края печени:

- в норме — *острый или слегка закругленный*;
- при циррозе — *заостряется*;
- при раке — *неровный*.

Поверхность печени при циррозах становится неровной, зернистой, при очаговых процессах в печени — бугристой.

Болезненность края печени появляется при застое крови на фоне декомпенсации СН, в меньшей степени — при остром гепатите. При циррозах, печень б/б.

Пульсация печени появляется при недостаточности 3-х створчатого клапана сердца. Пульсация ощущается по всей поверхности.

Перкуссия печени по Курлову

1-й размер — среднеключичная линия, в норме составляет 10 см;

2-й размер, средняя линия в норме составляет 9 см;

3-й размер (косой), вдоль левого реберного края, в норме составляет 8 см

Болезни органов пищеварения (желудка и кишечника)

Синдром желудочной диспепсии

Желудочная диспепсия – симптомокомплекс, развивающийся вследствие нарушения пищеварения.

Этиология: гастрит, яз. б-ь желудка и 12 п.к., рак желудка, болезни печени и желчевыводящих путей, панкреатит.

Патогенез: нарушение секреторной, моторной и эвакуаторной функций желудка.

Жалобы: нарушение аппетита (\downarrow , \uparrow , отсутствие аппетита, боязнь приёма пищи, отвращение к ряду пищевых продуктов), отрыжка воздухом и пищей (кислая, с запахом прогорклого масла или сероводорода), изжога, тошнота, рвота.

Осмотр: \downarrow массы тела, сухость, бледность кожного покрова, язык обложен налетом, иногда со сглаженными сосочками.

Пальпация: болезненность и мышечное напряжение в проекции нижней границы и пилорического отдела желудка.

Синдром нарушения эвакуации из желудка -

— симптомокомплекс, развивающийся вследствие рубцовых изменений, отека или спазма пилородуоденальной зоны.

Этиология: постязвенный и опухолевый пилоростеноз.

Патогенез: затруднение эвакуации из желудка в 12 п. к. ч/з суженный пилорический канал.

Жалобы: чувство тяжести и переполнения в подложечной области, отрыжка «тухлым яйцом», рвота съеденной накануне пищей, приносящая облегчение, похудание.

Осмотр: ↓ массы тела, сухость и шелушение кожи, ↓ тургора и эластичности кожи, видимая перистальтика в проекции желудка.

Пальпация: "мышинный писк" в области пилорического отдела желудка.

Перкуссия: "шум плеска" в подложечной области через 7—8 часов после приёма пищи (симптом Василенко), смещение ↓ границы желудка ниже пупка.

Рентгеноскопия: содержание жидкости натошак и задержка эвакуации контрастного вещества из желудка.

Синдром кишечной диспепсии -

– симптомокомплекс, развивающийся вследствие нарушения пристеночного пищеварения в кишечнике.

Этиология: хр. энтерит, колит, панкреатит, дисбактериоз.

Патогенез: нарушение процессов газообразования, перистальтики, всасывания и равновесия между бродильной и гнилостной флорой кишечника.

Жалобы: вздутие живота, урчание, нарушение стула (жидкий стул, запоры).

Осмотр: похудание, бледность и сухость кожного покрова, малиновый язык, вздутие живота.

Пальпация: болезненность и напряжение по ходу толстого кишечника, изменение эластичности и подвижности того или иного отдела толстой кишки, урчание.

Перкуссия: тимпанический перкуторный звук.

Синдром ЖКТ кровотечения

Этиология: яз. б-ь ж. и 12 п.к., эрозивный. гастрит, полипы, рак желудка и кишечника, НЯКолит, портальная гипертензия, геморрой.

Патогенез: появление образовавшегося в желудке солянокислого гематина, или алой крови (из вен пищевода, геморроидальных вен) в рвотных массах и кале.

Жалобы: рвота "кофейной гущей", кал черного цвета (дегтеобразный) или с примесью алой крови, общая слабость, головокружение, сердцебиение, "мелькание мушек" перед глазами, шум в ушах, тошнота, сухость во рту.

Осмотр: бледность кожного покрова, холодный пот, тахипноэ.

Пальпация: пульс частый, слабого наполнения и напряжения.

АД: снижено.

Диурез: олигурия (выделение мочи менее 60 – 70 мл/ч)

Кал: дегтеобразный (мелена).

Анализ крови: анемия нормо- или гипохромная.

Болезни печени

Синдром паренхиматозной желтухи

Этиология: вирусный, токсический гепатит, цирроз печени.

Патогенез: повреждение гепатоцитов, снижение их способности улавливать из крови билирубин (непрямой), связывать его с глюкуроновой кислотой (то есть переводить в прямой) и выделять последний в желчные пути.

Жалобы: изменение цвета кожи, мочи и кала, кожный зуд (умеренно выраженный).

Осмотр: жёлтый цвет кожного покрова, склер, слизистых оболочек.

ОАК: гипербилирубинемия (с преимущественным повышением уровня прямого билирубина).

ОАМ: цвет тёмный, «+» проба на желчные пигменты, уробилин.

Анализ кала: светлый за счёт ум. содержания стеркобилина.

Синдром механической желтухи

Этиология: ЖКБ, опухоли панкреатодуоденальной зоны, эхинококкоз печени, гипоплазия желчевыводящих путей.

Патогенез: вследствие обтурации общего ж. протока камнем или прорастания его опухолевой тканью затрудняется отток желчи, которая диффундирует в печеночные клетки, поступает в лимфу и кровь. В кровь поступают также желч. кислоты, вырабатываемые гепатоцитами.

Жалобы: изменение цвета кожи, мочи, кала, кожный зуд.

Осмотр: тёмно-оливковый цвет кожи, иктеричность склер, слизистых, следы расчёсов, ксантелазмы на веках, ксантомы на кистях, локтях, стопах.

ОАК: гипербилирубинемия (↑↑ об. и прямого билирубина), гиперхолестеринемия, ↑↑ щ.ф., желчных кислот.

ОАМ: цвет тёмный, «+» реакция на желчные пигменты.

Анализ кала: обесцвеченный (ахоличный) из-за отсутствия стеркобилина.

Синдром гемолитической желтухи

Этиология: гемолитическая анемия, малярия, ИЭ, переливание несовместимой крови.

Патогенез: гемолиз эр., образование в крови в большом количестве непрямого билирубина, превышающего выделительную способность печени.

Жалобы: изменение цвета кожи и кала.

Осмотр: лимонно—жёлтый цвет кожного покрова, склер, слизистых оболочек.

ОАК: анемия, гипербилирубинемия (преимущественное ↑↑ уровня непрямого билирубина).

ОАМ: резко «+» реакция на уробилин.

Анализ кала: тёмный цвет за счёт ув. содержания стеркобилина.

Синдром портальной гипертензии -

характеризуется стойким $\uparrow\uparrow$ кровяного давления в воротной вене и проявляется расширением портокавальных анастомозов, асцитом и ув. селезенки.

Этиология: цирроз печени, рак печени, метастазы рака в печень, тромбоз воротной вены.

Патогенез: разрастание соединительной ткани или опухолевой ткани в печени, сужение и облитерация сосудов системы воротной вены, затруднение оттока из них, развитие анастомозов между системами портальной, \uparrow и \downarrow полых вен, транссудация жидкой части крови из сосудистого русла в брюшную полость за счёт \uparrow гидростатического и \downarrow онкотического давления, \uparrow проницаемости сосудистой стенки и вторичного гиперальдостеронизма.

Жалобы: ув. живота в объёме, отёки на ногах, пищеводные и геморроидальные кровотечения.

Осмотр: асцит, расширенные подкожные вены на передней брюшной стенке (по боковым отделам и вокруг пупка — "голова медузы"), отёки на ногах.

Пальпация, перкуссия: «+» симптом баллотирования, притупленный перкуторный звук в местах скопления жидкости, симптом "плавающей льдинки", ув. печени и селезёнки.

Гепатолиенальный синдром

- характеризуется параллельным ув. печени и селезенки при первичном поражении одного из этих органов.

Этиология: цирроз печени, лейкозы, сепсис, тромбоз печеночных вен.

Патогенез: застой в воротной и селезеночной венах, гепато— и спленомегалия, "гиперспленизм": торможение всех ростков костномозгового кроветворения и усиленное разрушение форменных элементов крови, а также образование в селезенке антиэритроцитарных, антилейкоцитарных и антитромбоцитарных аутоантител.

Жалобы: чувство тяжести в пр. и левом подреберьях, кровотечения (носовые, из дёсен, маточные), общая слабость.

Осмотр: бледность кожного покрова, подкожные кровоизлияния, выбухание в пр. и лев. подреберьях.

Перкуссия, пальпация: ув. печени, селезёнки.

ОАК: анемия, лейкопения, тромбоцитопения.

Синдром печеночной недостаточности

- развивается при о. и хр. поражениях печени вследствие выраженной дистрофии и гибели гепатоцитов, резкого ум. количества функционирующих клеток печени.

Этиология: вирусный гепатит, цирроз печени, метастазы рака в печень, интоксикация промышленными ядами (мышьяк, свинец, фосфор).

Патогенез: резкое ↓ всех функций печени, в первую очередь, антитоксической, самоотравление организма конечными продуктами обмена веществ.

Жалобы: общая слабость, утомляемость, дрожь конечностей, повышение температуры тела, нарушение сна (сонливость в дневное время и бодрствование ночью), раздражительность или апатия, галлюцинации, нарушение речи, судороги.

Осмотр: эйфория, затем ступор, сопор, кома, патологические рефлексы, судороги, тремор конечностей, "печёночный" запах (сырого мяса) изо рта, похудание, подкожные кровоизлияния, желтуха, следы расчёсов, отёки на ногах.

Печёночные знаки (накопление в крови эстрогенов и серотонина вследствие нарушения их инактивации в печени): "сосудистые звёздочки" — лучеобразные ангиомы на верхней половине туловища, "печёночные ладони" — пальмарная эритема, малиновый язык, эритема скул, гинекомастия и атрофия яичек у мужчин.

ОАК: анемия, лейкопения, тромбоцитопения, ув. СОЭ, резкое нарушение всех функциональных печёночных проб.

4. Лабораторные и инструментальные методы исследования больных с заболеванием ЖКТ и кишечника.

- ОАК
- ОАМ
- БАК
- Анализ кала общеклинический (на скрытую кровь)
 - ФГДС (с биопсией)
 - ФКС (с биопсией)
 - РРС (с биопсией)
- Исследование желудочного сока
 - Ирригоскопия
 - УЗИ
 - КТ
- Рентгенологическое исследование (обзорный снимок брюшной полости)
 - Холецистография

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ

