

*Система органов пищеварения:
желудочно-кишечный тракт*

Жалобы

Боли в животе: локализация, иррадиация, интенсивность, длительность, условия возникновения и связь с приемом пищи (ранние, поздние, голодные боли), характер болей (постоянный, схваткообразный, острые, тупые, ноющие), купирование боли (самостоятельно или после приема пищи, применения тепла, холода, медикаментов, после рвоты).

Диспепсические явления:

Затруднения глотания и прохождения пищи по пищеводу тошнота, рвота, отрыжка, изжога, вздутие живота.

Детальная характеристика, степень выраженности этих явления, отношение к приему пищи, ее качеству и количеству, чем купируются диспепсические явления.

Аппетит: сохранен, понижен, повышен, полностью отсутствует, извращен. Отвращение к пище (жирной, мясной).

Стул: Частота за сутки, количество (обильное, умеренное, небольшое), консистенция кала (оформленный, жидкий, кашицеобразный, твердый, "овечий"), цвет кала (коричневый, желто-коричневый, желтый, серо-белый, дегтеобразный).

Кровотечения:

Признаки пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечения - рвота кровью, кофейной гущей, черный дегтеобразный стул, свежая кровь в кале.

Осмотр

Полость рта:

Язык (окраска, влажность, состояние сосочкового слоя, наличие налетов, трещин, язв).

Состояние зубов. Десны, мягкое и твердое небо (окраска, налеты, геморрагии, изъязвления).

У каждого хирургического больного исследование надо начинать с ротовой полости. Осмотр проводят обязательно со шпателем и непременно в перчатках. Важно не только узнать, влажный или сухой язык, каким налетом он обложен (это имеет особое значение при патологии органов пищеварения), но и получить представление о состоянии слизистой ротовой полости, зева и зубов.

Наличие язвы на губе или слизистой вызовет необходимость дополнительных исследований и консультаций других специалистов, гнойные пробки в миндалинах и кариозные зубы явятся противопоказанием к плановой операции и потребуют лечения. При обнаружении патологических изменений в ротовой полости (язвы, припухлости, кисты и т. д.) следует прибегнуть к пальпации, которую лучше выполнять в перчатках.

Пищевод: почти недоступен объективному исследованию. В норме лишь аускультация может дать сведения о состоянии и функции пищевода. Фонендоскоп помещают спереди в угол, образованный мечевидным отростком и левой реберной дугой или сзади на уровне VII грудного позвонка слева от позвоночника. При проглатывании жидкости возникает два шума: первый при начале глотания, а через 7—10) секунд - второй.

Н.Д. Стражеско характеризовал первый глотательный шум (начало глотания) как «шум брызжущей струи», а второй слабый (при прохождении жидкости в нижнем отделе пищевода) сравнивал с лопаньем крупных пузырьков. При подозрении на нарушение проходимости пищевода эти приемы исследования могут быть применены. У других больных достаточно выяснить, свободно ли проходит по пищеводу пища.

Живот

Исследование живота проводят строго по схеме:

осмотр,
активные движения.
перкуссия,
пальпация поверхностная,
пальпация глубокая,
аускультация,
проверяют специальные симптомы и
измерение живота (при наличии
патологии),
исследование пальцем через прямую
кишку.

При осмотре обращают внимание на форму живота, его симметричность, участие в акте дыхания, видимую перистальтику желудка и кишечника, венозные коллатерали.

Для максимально точного определения локализации обнаруживаемых изменений переднюю брюшную стенку делят на области, для чего мысленно проводят две горизонтальные линии (одна по самым нижним отделам X ребер, а вторая — между верхними передними остями гребешков подвздошных костей). Первая область выше первой горизонтальной линии - надчревная (epigastrium), вторая - между горизонтальными линиями - чревная (mesogastrium), третья - ниже второй горизонтальной линии - подчревная (hypogastrium). Кроме того, две вертикальные

мысленно проводят две горизонтальные линии (одна по самым нижним отделам X ребер, а вторая — между верхними передними остями гребешков подвздошных костей). Первая область выше первой горизонтальной линии - надчревная, вторая - между горизонтальными линиями - чревная, третья - ниже второй горизонтальной линии - подчревная. Кроме того, две вертикальные линии проходящие по наружным краям прямых мышц живота образуют 9 областей

После завершения осмотра проверяют активные движения: просят больного покашлять, натужиться и поднять голову и плечевой пояс без помощи рук. Оценивают: болезненность, не появляются ли выпячивания на брюшной стенке, изменяется ли конфигурация и выраженность выпячиваний брюшной стенки, выявленных при осмотре. Проверка активных движений позволяет выявить болезненность в животе, возникающую при нагрузке, вправимые грыжи (невидимые в покойном состоянии), провести предварительную дифференциальную диагностику локализацию опухоли (при напряжении мышц живота опухоли, исходящие из органов брюшной полости, исчезают или становятся менее заметными).

Измерение живота тоже имеет смысл при наличии патологического процесса в брюшной полости. Следует измерять окружность живота на уровне пупка (целесообразно отметить другие точки, через которые проходит сантиметровая лента). При вздутом животе, кроме того, измеряют расстояние между *spinae ilei anterior superior* и расстояние между мечевидным отростком и лобком.

Перкуссия

Характер перкуторного звука. Наличие свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости.

Выполняя перкуссию живота, врач должен

Ответить, в основном, на четыре вопроса: имеется ли перкуторная болезненность (локализация и выраженность), изменение перкуторного звука (притупление, высокий тимпанит), определить границы печени и селезенки.

Перкуссию: тихую тишайшую (может быть резкая болезненность), выполняют по белой линии живота, затем над прямыми мышцами, кнаружи от них и, наконец, перкутируют отлогие места. При подозрении на наличие жидкости в брюшной полости поворачивают больного на бок и сравнивают зоны притупления при положении больного на боку и на спине.

Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация: болезненные области, напряжение мышц брюшной стенки (мышечная защита), расхождение прямых мышц живота и наличие грыжи белой линии, пупочной грыжи, перитонеальные симптомы (симптом Шеткина-Блюмберга, симптом Менделя и др.). Наличие поверхностно расположенных опухолевидных образований. Поверхностной (ориентировочной) пальпацией определяют наличие напряжения мышц, болезненность и получают общее (предварительное) представление о выпячивании (опухоли, грыже, инфильтрате). Одновременно проверяют состояние белой линии живота, пупочного кольца и

Поверхностной (ориентировочной) пальпацией определяют наличие напряжения мышц, болезненность и получают общее (предварительное) представление о выпячивании (опухоли, грыже, инфильтрате). Одновременно проверяют состояние белой линии живота, пупочного кольца и поверхностных колец паховых и бедренных каналов.

Ориентировочную пальпацию следует проводить обеими руками, вначале всей ладонью, а затем пальцами, сразу с двух сторон, чтобы получить сравнительные данные о локализации напряжении мышц, его выраженности (едва заметное, слабое, резкое), а также о локализации и интенсивности болезненности. Полученные после поверхностной пальпации сведения дополняют данные предыдущих методов исследования и ориентируют на более рациональное выполнение глубокой пальпации.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско сигмовидной, слепой, восходящей, нисходящей, ободочной кишки, большой кривизны желудка, привратника (с предварительным определением нижней границы желудка методом перкуссии, перкуторной пальпации - определение шума плеска, а также методом аускультативной перкуссии).

Определяется локализация, болезненность, размеры, форма, консистенция, характер поверхности, подвижность и урчание различных участков кишечника и желудка. При наличии опухолевых образований описываются их размеры, консистенция, болезненность, смещаемость, локализация и возможная связь с тем или иным органом брюшной полости.

Глубокую пальпацию можно делать только после выполнения поверхностной; пальпацию надо проводить осторожно, постепенно проникая в глубину брюшной полости (ни в коем случае нельзя сразу, рывком, резко углубляться в живот— это вызывает болевые ощущения даже у здорового человека, а больному может навредить); при пальпации печени и селезенки надо пользоваться бимануальным методом исследования, а при исследовании одной рукой фиксировать другой соответствующую реберную дугу в положении выдоха (ограничить смещаемость органа и сделать его более доступным пальпации).

Аускультация

Характеристика выслушиваемых кишечных шумов. Шум трения брюшины. Сосудистые шумы (в области проекции брюшной аорты, почечных артерий).

Надо приучить себя к выслушиванию живота у здорового человека и у больного без патологии органов живота, приобрести навык изменения звуковых сигналов при различных патологических процессах. Тогда аускультация живота станет неотъемлемой частью исследования хирургического больного. Хорошо известны изменения звуков в животе при непроходимости кишечника, при перитонитах, после травм и т.д.