МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

**ГЛИБОКА КОВЗНА МЕТОДИЧНА ПАЛЬПАЦІЯ ВІДДІЛІВ КИШЕЧНИКА, ПЕЧІНКИ, СЕЛЕЗІНКИ**

*Методичні вказівки до практичних занять з пропедевтики внутрішньої медицини для студентів медичних факультетів*

*вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації*

Рекомендовано

Вченою радою ХНМУ.

Протокол №\_\_ від \_ 2018 р.

Харків

ХНМУ

2018

Глибока ковзна методична пальпація відділів кишечника, печінки, селезінки: Метод. вказ. до практичних занять з пропедевтиці внутрішньої медицини для студентів за спеціальністю «Лабораторна діагностика» та студентів медичних факультетів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації /Уклад.: Т.В. Ащеулова, Н.І. Питецька. - Харків: ХНМУ, 2018. - 25 с.

Укладачі: Т.В. Ащеулова,

 Н.І. Питецька

**ГЛИБОКА КОВЗНА МЕТОДИЧНА ПАЛЬПАЦІЯ ВІДДІЛІВ КИШЕЧНИКА, ПЕЧІНКИ, СЕЛЕЗІНКИ**

Глибока ковзна методична пальпація живота розроблена В.П. Образцовим і вдосконалена М.Д. Стражеско.

*Методичною* вона називається тому, що органи пальпують у певній послідовності: сигмовидна кишка, сліпа кишка, кінцевий відрізок клубової кишки (pars coecalis ilei), апендикс, висхідна і низхідна частини ободової кишки, шлунок, поперечна ободова кишка, печінка, селезінка, підшлункова залоза й нирки.

*Глибокою проникаючою й ковзною* вона називається тому, що лікар поступово проникає до задньої стінки черевної порожнини й, ковзаючи по глибоко розташованому досліджуваному органу, визначає його властивості.

**Мета глибокої пальпації живота:**

● визначення топографії органів черевної порожнини;

● при пальпації відділів товстого кишечника – визначення локалізації, консистенції, діаметра, характеру поверхні, болісності, рухливості, наявності або відсутності гурчання;

● при пальпації паренхіматозних органів – визначення властивостей стінки досліджуваного органа.

**Методика проведення глибокої ковзної проникаючої пальпації за Образцовим-Стражеско**

Глибоку пальпацію живота треба проводити за визначеними правилами, від дотримання яких залежить успіх пальпації. Положення лікаря і хворого таке ж, як при поверхневій пальпації: лікар сидить праворуч від хворого, м’язи якого повинні бути максимально розслабленими.

Проведення глибокої пальпації складається із чотирьох моментів.

*Перший момент – позиція рук лікаря.* Праву руку лікар кладе плиском на передню черевну стінку, перпендикулярно до вісі досліджуваної частини ободової кишки або до краю досліджуваного органа.

*Другий момент – зміщування шкіри й утворення шкірної складки* під час глибокого вдиху, щоб надалі рухи руки не обмежувалися натягом шкіри.

*Третій момент – занурення пальців правої руки всередину черевної порожнини.* Під час глибокого видиху пальці занурюють в черевну порожнину поступово. Користуючись розслабленням передньої черевної стінки, доходять до задньої стінки очеревини або до досліджуваного органа.

*Четвертий момент – ковзання верхівками пальців у напрямку, поперечному вісі досліджуваного органа*. При цьому орган притискають до задньої стінки і, продовжуючи ковзання, перекочуються через нього. В залежності від положення досліджуваного органа рухи можуть бути або зсередини назовні (сигмовидна кишка, сліпа кишка), або зверху вниз (шлунок, поперечна ободова кишка). Рука, що пальпує рухається разом із шкірою, а не по шкірі.

## Пальпація сигмовидної кишки

Сигмовидна кишка пальпується у здорових людей у лівій клубовій ділянці в 90-95 % випадків.

**Методика пальпації.** Напівзігнуті пальці правої руки розташовують паралельно сигмовидній кишці. Під час глибокого вдиху пальці утворюють шкірну складку в напрямку до пупка. Під час глибокого видиху, користуючись розслабленням передньої черевної стінки, пальці занурюють всередину черевної порожнини, доходячи до її задньої стінки. Потім, не послаблюючи тиску руки, ковзають рукою разом із шкірою в напрямку до пупартової зв’язки і перекочують руку через поверхню кишки*.* Сигмовидну кишку можна також пальпувати, встановивши руку з зовнішнього боку живота, використовуючи вище наведену методику пальпації*.*

***Властивості сигмовидної кишки в нормі*:** гладкий, щільний циліндр, діаметром 2-3 см, при пальпації безболісний, не гурчить, легко зміщується в межах 3-5 см, дуже рідко і в'яло перистальтує.

***Сигмовидна кишка не пальпується:*** улюдей з надлишковою масою тіла, при надмірному здутті живота, при довгих брижах і надмірній рухливості кишки.

***Властивості сигмовидної кишки при патологічних станах:***

*•* збільшення в розмірі (рак, поліпоз, сигмоідит, затримка калових мас, скупчення великої кількості газів);

• збільшення щільності (гіпертрофія стінки, спазм мускулатури, гостра запальна інфільтрація, пухлина, скупчення калових мас);

• визначення кишки у виді тонкого тяжа (коліт);

• поява нерівної, горбистої поверхні (патологічні утворення, туберкульозні виразки, скупчення в кишці твердих калових мас, після видалення яких горбистість зникає);

• болісність при пальпації (наявність гострого запального процесу в кишці: сигмоідит, дизентерія);

• поява гурчання (сигмоідит, дизентерія);

• збільшення рухливості (при подовженні брижі);

• утрата рухливості (пухлина, перисигмоідит).

## Пальпація сліпої кишки

Сліпа кишка знаходиться в правій клубовій ділянці, на межі середньої і зовнішньої третини лінії, що з'єднує пупок з передньою верхньою вістю клубової кістки (linea umbilicoiliaca) і пальпується у здорових людей в 79 % випадків.

**Методика пальпації.** В основі пальпації сліпої кишки лежить той же принцип, який був застосований при пальпації сигмовидної кишки. Напівзігнуті пальці правої руки розташовують паралельно сліпій кишці. Під час глибокого вдиху пальці утворюють шкірну складку в напрямку до пупка, а під час глибокого видиху пальці занурюють всередину черевної порожнини, доходячи до її задньої стінки. Потім роблять ковзаючий рух назовні і перекочуються через сліпу кишку.

***Властивості сліпої кишки в нормі*:** гладкий, помірно пружний циліндр, шириною 3-5 см, безболісний при пальпації, помірно рухливий, гурчить при натисканні.

***Властивості сліпої кишки при патологічних станах:***

*•* збільшення в розмірі (скупчення калових мас і газів при закрепах або при її стенозі);

*•* зменшення в розмірах (діарея, спазм її мускулатури);

• поява нерівної, горбистої поверхні (рак, туберкульоз);

• болісність і голосне гурчання (наявність у ній запального процесу);

• надмірна рухливість (*coecum mobile)* обумовлена недостатньою фіксацією її до задньої стінки черевної порожнини і наявністю загальної брижі з кінцевим відростком клубової кишки, що призводить до часткової або повної непрохідності кишечника;

• повна нерухомість (перенесені запальні процеси в цій ділянці: апендицит, перисальпінгіт).

## Пальпація кінцевого відрізка клубової кишки

## Кінцевий відрізок клубової кишки (pars coecalis ilei) у здорових людей пальпується в 75-80 % випадків. Він впадає в сліпу кишку трохи вище її кінця, і є єдиним відділом тонкої кишки, що доступний пальпації.

## Методика пальпації. Пальпацію кінцевого відрізка клубової кишки проводять одразу після прощупування сліпої кишки. Оскільки кінцевий відрізок клубової кишки займає косе положення і йде зсередини назовні і знизу вверх до його місця впадання в coecum, пальпацію його проводять перпендикулярно до розташування довгої вісі. Отже, прощупавши сліпу кишку, дослідник ставить руку під тупим кутом до coecum і проводить пальпацію зсередини назовні (зліва направо) і зверху вниз. При цьому зручно вести прощупування по m. psoas чотирма, рівномірно зігнутими в суглобах пальцями правої руки за загальними правилами глибокої ковзної пальпації.

## *Властивості кінцевого відрізка клубової кишки в нормі*: пальпується у вигляді тонкостінної трубки, що дає голосне гурчання (якщо він не зменшений і наповнений рідким вмістом) або у вигляді гладкого щільного циліндра, діаметром 1-1,5 см. Він то стає щільнішим, то зникає при розслабленні – «грає під рукою» (М.М. Губергріц).

## Пальпація черв’якоподібного відростка сліпої кишки

Пальпація черв’якоподібного відростка (appendix) можлива лише тоді, коли він лежить зсередини від сліпої кишки і не прикритий кишечником чи брижею. У здорових людей він пальпується не частіше, ніж у 16% випадків. При цьому частина цих випадків приходиться на патологічно змінений, ущільнений апендикс.

**Методика пальпації.**

Пальпацію апендикса проводять після визначення місця розташування сліпої кишки. Не віднімаючи кінчиків наших пальців від задньої стінки клубової ямки, а тільки просунувши їх трохи вище чи нижче знайденої кишки, треба ковзними рухами обстежити простір вище і нижче, обережно просуваючись крок за кроком в обидва боки. Якщо дійсно відросток лежить у цій ділянці і доступний для пальпації, то вдається притиснути його до задньої стінки клубової ямки, прощупати під пальцями і скласти уявлення про його властивості.

***Властивості черв’якоподібного відростка сліпої кишки в нормі*:** у формі тонкого, з гусяче перо, гладкого циліндра, абсолютно безболісного, при пальпації не гурчить.

***Властивості черв’якоподібного відростка сліпої кишки при патологічних станах:***

***•*** потовщення, ущільнення, фіксація запальними спайками (хронічний апендицит);

***•*** форма у вигляді грушоподібного утворення (при скупченні запального ексудату всередині черв’якоподібного відростка);

***•*** болісність при пальпації (наявність запального процесу).

## Пальпація ободової кишки

**Методика пальпації.** *Пальпацію висхідної і низхідної частини ободової кишки* проводять за методом В.Х. Василенка. При цьому використовують бімануальну пальпацію. Долоню лівої руки підкладають під праву, а потім під ліву поперекову ділянку, а напівзігнуті пальці правої руки встановлюють паралельно висхідній кишці чи низхідній. Під час глибокого вдиху утворюють шкірну складку в напрямку до пупка. Під час видиху пальці занурюють усередину черевної порожнини до зіткнення з лівою рукою і ковзають по ній ззовні.

## *Пальпація поперечної частини ободової кишки* проводиться після визначення методом «перкуторної пальпації за Образцовим» нижньої межі шлунку, тому що вона нерідко розташована нижче її на 2-3 см, але на практиці цей відділ кишечника зазвичай прощупують до обстеження шлунку. Для цього користуються або однією правою рукою, або обома руками (білатеральна пальпація).

## При пальпації однією рукою спочатку прощупують праву, а потім ліву половину поперечно-ободової кишки. Під час глибокого вдиху напівзігнутими пальцями правої руки зміщують шкіру в складку догори. Потім, під час видиху, користуючись розслабленням передньої черевної стінки, пальці занурюють усередину черевної порожнини з обох боків білої лінії до зіткнення з задньою черевною стінкою. Після цього роблять ковзний рух зверху вниз. Для того, щоб прощупаний тяж міг бути прийнятий за кишку, необхідно знайдений циліндр пальпаторно дослідити праворуч і ліворуч від середньої лінії не менш, ніж на 6-8 см.

## Білатеральна пальпація проводиться за такою ж методикою, але тільки двома руками одночасно*.* При цьому руки під тупим кутом один до одного, вершиною, направленою вниз, прагнуть проникнути в глибину черевної порожнини, а потім перекотитися через кишку.

***Властивості поперечно-ободової кишки в нормі:*** у здорових людей у 60-70 % вона пальпується у вигляді дугоподібно і поперечно розташованого циліндра, помірної щільності, шириною 2-3 см, що легко зміщується догори і вниз, не гуркітливого і безболісного.

***Властивості поперечно-ободової кишки при патологічних станах:***

## • щільний, тонкий і гладкий тяж (при спастичному зменшенні кишки);

• у вигляді трубки з млявими, розслабленими стінками (атонія кишок);

• щільний і болісний при пальпації циліндр (коліт);

• потовщений з горбистою поверхнею циліндр (злоякісні новоутворення);

• збільшений в об’ємі, періодично перистальтуючий, іноді голосно гурчить (при звуженнях, розташованих нижче поперечно-ободової кишки).

## ФИЗИКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА

## Пальпація шлунка

Перш, ніж прощупати велику кривизну шлунка, положення якої може бути різним, необхідно визначити нижню межу шлунка, для чого застосовують перкуторну пальпацію за В.П. Образцовим або метод аускультативної перкусії.

**Методика перкуторної пальпації шлунка за В.П. Образцовим**. Шум плескоту визначається тільки тоді, коли в шлунку одночасно знаходяться рідина і газ, тому перед дослідженням хворому дають випити стакан води.

Хворий лежить на спині з розташованими уздовж тулуба руками і рівномірно глибоко дихає животом. Ліву руку кладуть на грудну клітку ліворуч, захоплюючи ділянку мечовидного відростка і, легко надавлюючи, зміщують повітря з верхньої частини шлунку. Потім напівзігнутими пальцями правої руки по середній лінії живота наносять короткі удари в надчеревній ділянці, поступово спускаючись вниз. Виникаючий при цьому шум плескоту зникає, коли закінчується нижня межа шлунку.

***Діагностичне значення шуму плескоту*:**

– визначення шуму плескоту відразу після їжі (у здорових людей);

– визначення шуму плескоту через 7-8 годин і більше після їжі (при значній гіперсекреції шлунку – гастросукореї або при стенозі воротаря);

– відсутність шуму плескоту через 1-3 години після прийому їжі (при посиленні рухової функції шлунка і швидкому його спорожненні – ахілії);

– визначення шуму плескоту праворуч від середньої лінії живота (при розширенні препілоричного відділу – симптом Василенка).

**Методика аускульто-перкусії шлунка.** Лівою рукою встановлюють стетоскоп над епігастральною ділянкою, кінчиком вказівного пальця правої руки наносять уривчасті, несильні удари по передній черевній стінці ліворуч від середньої лінії зверху вниз, поступово переходячи до шлунка. Стетоскопом вислуховують перкуторні звуки над шлунком. Межа переходу голосного тимпанічного звуку в глухий відповідає межі шлунка.

Іноді перкуторний звук заміняють легким потиранням шкіри живота пальцем, що зветься ***аускультативною африкцією****.* Поки палець знаходиться над шлунком, через стетоскоп чути шарудливі звуки, які зникають, коли палець переступає межу шлунка. Цей спосіб простий, але іноді дає неточні результати.

***Нижня межа шлунка в нормі*** визначається на 3-4 см вище пупка по серединній лінії, причому у жінок на 1-2 см нижче, ніж у чоловіків. Навіть у нормі вона залежить від ряду факторів (вгодованість, ступінь наповнення шлунка і кишечника).

**Методика пальпації великої кривизни шлунка**

Після визначення нижньої межі шлунка застосовують глибоку ковзну пальпацію. Для цього руку ставлять у подовжньому напрямку на живіт так, щоб напівзігнуті пальці були спрямовані до надчеревної ділянки, середній палець повинен лежати на передній серединній лінії, кінчики пальців – в місці попередньо знайденої нижньої межі шлунка. Потім, під час вдиху, зміщують шкіру в складку догори (у напрямку до надчеревної ділянки). Під час видиху пальці занурюють усередину черевної порожнини до зіткнення з хребтом і ковзають по ньому.

**Методика пальпації пілоричного відділу шлунка (воротаря)**

Воротар розташований у трикутнику, що утворений серединною лінією тіла, нижнім краєм печінки праворуч від серединної лінії і поперечною лінією, проведеною на 3-4 см вище пупка*.*

Пальпацію воротаря проводять чотирма напівзігнутими пальцями правої руки нижче краю печінки у ділянці правого прямого м’язу живота, іноді з зовнішнього його краю. Воротар пальпують зверху вниз і трохи справа наліво

***Властивості пілоричного відділу в нормі:*** тонкий, помірно рухливий циліндр, щільність якого змінюється (від щільного до такого, що майже не прощупується).

***Властивості пілоричного відділу при патологічних станах:***

• постійно щільна консистенція (пілороспазм, пухлина).

**ФІЗИКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ.**

***Перкусія печінки***

Пальпація є основним методом фізичного дослідження печінки. Однак розміри печінки пальпаторно визначити неможливо, тому пальпації печінки обов'язково повинна передувати її перкусія.

**Метою перкусії печінки є:**

* визначення меж печінки (верхньої і нижньої);
* визначення розмірів печінки.

**Методика перкусії печінки за методом М.Г. Курлова**.

Хворий лежить на спині (або стоїть обличчям до лікаря), лікар сидить на стільці (або стоїть) праворуч від хворого. Але слід зазначити, що у вертикальному положенні хворого напруження черевної стінки обумовлює притуплення перкуторного звуку в ділянці розташування кишок, тим самим утруднюючи точне перкуторне відмежування печінкової тупості.

Спочатку визначають *верхню межу* по правій середньо-ключичній лінії (l. Medіoclavіcularіs dextra)*.* Для цього палець-плесиметр розташовують паралельно очікуваній верхній межі і проводять тиху перкусію зверху вниз по ребрах і міжребер’ях до виникнення тупого звуку (1 точка).

***У нормі*** верхня межа абсолютної тупості печінки знаходиться на рівні VI ребра. Її відмічають по верхньому краю пальця-плесиметра.

Потім по тій же лінії (l. medіoclavіcularіs dextra) проводять визначення *нижньої межі* абсолютної тупості печінки. Для цього палець-плесиметр встановлюють паралельно очікуваній межі на рівні пупка або нижче, щоб при нанесенні удару визначався тимпанічний звук. Проводячи тиху перкусію, поступово пересувають палець-плесиметр догори, доходять до межі переходу тимпанічного звуку в абсолютно тупий. Межу печінки відмічають по нижньому краю пальця-плесиметра (*2 точка).*

***У нормі*** нижня межа печінки по середньо-ключичній лінії проходить по нижньому краю реберної дуги.

Верхню межу по передній серединній лінії визначають умовно, проводячи перпендикуляр від точки, одержаної при перкусії верхньої межі по середньо-ключичній лінії, до перетинання її з передньою серединною лінією (l. mediana anterior) (*3 точка).*

Після цього визначають нижню межу печінки по тій же лінії (l. mediana anterior). Палець-плесиметр встановлюють паралельно очікуваній межі на рівні пупка і, проводячи тиху перкусію, поступово направляються догори до появи тупого звуку (*4 точка)*. Відмітку ставлять по нижньому краю пальця-плесиметра.

***У нормі*** нижній край печінки по передній серединній лінії розташовується на межі між верхньою й середньою третиною відстані між мечоподібним відростком і пупком.

Потім проводять визначення межі печінки по лівій реберній дузі. Для цього палець-плесиметр розташовують перпендикулярно лівій реберній дузі, приблизно на рівні ІХ ребра й, проводячи тиху перкусію, направляються до грудини. Одержавши зміну перкуторного звуку, ставлять оцінку по зовнішньому краю пальця (5 точка)*.*

***У нормі*** нижній край печінки в цьому місці перебуває на рівні VII-VIII ребра по l. parasternalis sinistra.

***Розміри печінки за Курловим у нормі*:**

* правої частки (між 1 і 2 точками) – 9 см±1-2 см);
* середньої частки (між 3 і 4 точками) – 8 см±1-2 см);
* лівої частки (між 3 і 5 точками) – 7 см±1-2 см).

***Пальпація печінки***

**Мета пальпації:**

* уточнення нижньої межі печінки;
* визначення властивостей печінки: консистенції, болісності, форми краю, характеру поверхні (при збільшенні печінки, наявності патологічних утворень).

**Методика пальпації нижнього краю печінки за Образцовим-Стражеско**. Хворий лежить горизонтально на спині із трохи піднятою на невисокій подушці головою, з наведеними до тулуба ногами й зі схрещеними на грудях руками. Лікар сидить на стільці праворуч, обличчям до хворого. Пальпація нижнього краю печінки складається із чотирьох моментів.

*1-й момент* (позиція рук лікаря) – лікар кладе долоню і останні чотири пальці лівої руки на поперекову ділянку і частково на останні два ребра, великим пальцем лівої руки здавлює реберну дугу спереду. Здавлювання лівою рукою правої поперекової ділянки подає задню черевну стінку вперед, здавлювання великим пальцем реберного краю перешкоджає розширенню грудної клітки під час вдиху. Долоню правої руки кладуть плиском з випрямленими ІІ-V пальцями (середній при цьому злегка зігнутий, щоб кінчики пальців лежали на одній лінії) на живіт нижче реберної дуги по правій середньо-ключичній лінії, перпендикулярно краю печінки (реберної дуги)

*2-й момент* (зміщування шкіри) – під час вдиху пальці лікаря зміщують шкіру дещо вниз (в напрямку до пупка);

*3-й момент* (проникнення) – під час видиху хворого пальці – *4-й момент* (прощупування), не відпускаючи руки, що знаходиться в черевній порожнині, хворого просять зробити глибокий вдих, під час якого нижній край печінки опускається вниз, підходить до пальців лікаря і попадає в штучний карман, утворений при вдавлюванні черевної стінки пальцями правої руки. Потім під час скорочення діафрагми вислизає з карману, обходить пальці і прослизає під ними вниз.

Рука дослідника протягом усього часу залишається нерухомою, а прийом повторюється декілька разів. Під час ковзання краю печінки під кінчиками пальців вдається визначити його локалізацію, форму (гострий чи закруглений), консистенцію, характер (гладкий чи горбистий), чутливість до тиску.

***Властивості печінки в нормі:*** печінка не пальпується або пальпується по l. axіllarіs anterіor dextra та l. medіoclavіcularіs dextra по краю реберної дуги, по l. medіana anterіor на 1/3 відстані між мечовидним відростком і пупком, еластична, із гладкою поверхнею і рівним гострим або злегка закругленим краєм, безболісна.

***Властивості печінки при патологічних станах***

*Розмір:*

• збільшена: запальні захворювання паренхіми (гострі і хронічні гепатити), застій венозної крові в печінці (внаслідок порушення кровообігу), застій жовчі (камінь або рак печінкового або загального жовчного протоку), гіпертрофічний цироз печінки, атрофічний цироз печінки (в початковій стадії), пухлини печінки, паразитарні ураження печінки, сифіліс, захворювання крові, виразкова хвороба, крупозна пневмонія, подагра, діабет тощо;

• зменшена: гостра дистрофія печінки (важкий варіант хвороби Боткіна), атрофічний цироз, а також у випадках повороту печінки нижнім краєм догори;

• нерівномірне збільшення: пухлини, ехінококоз;.

*Поверхня:*

• гладка: гострі і хронічні гепатити, захворювання внутрішньопечінкових жовчних шляхів (холангіогепатити), застійні явища;

• горбиста: рак печінки, метастатичне ураження печінки, ехінококоз.

*Край печінки:*

• гострий: цироз печінки, паразитарні ураження печінки (ехінокок), жирове переродження печінки;

• закруглений: гепатити, цироз, застійні явища;

• нерівний: рак печінки, цироз.

*Консистенція (щільність):*

• еластична: гепатити, застійні явища;

• помірно м’яка: септичні процеси, гнійні ангіохоліти, напад жовчокам’яної хвороби, розвиток жирової інфільтрації на початку дистрофії печінки;

• тверда (цироз печінки), "дерев'яниста" або "кам'яниста" (рак печінки).

*Болісність:*

• безболісна: норма, цироз, рак печінки (початкова стадія), амілоїдоз, жирове переродження;

• болісна (гепатити, кінцева стадія раку печінки, застійні явища в печінці);

• різко болісна: виникнення швидкого розтягнення капсули (серцева декомпенсація), перехід запального процессу на серозний покрив печінки (перигепатит).

При наявності асциту, вираженого метеоризму, коли печінка відтісняється догори, доцільно проводити пальпацію її краю у вертикальному положенні хворого.

**Методика пальпації краю печінки у вертикальному положенні хворого.**

Хворий повинен стояти, трохи нахилившись уперед і глибоко дихати. Методика пальпації та ж, що в горизонтальному положенні.

При наявності вираженого асциту пальпація печінки утруднена (не вдається підвести руку під край печінки), тому в цих випадках застосовують так звану поштовхоподібну, *балотуючу пальпацію*.

**Методика проведення балотуючої пальпації**

Складеними разом кінчиками чотирьох пальців правої руки проводять поштовхоподібні удари по правій черевній стінці, починаючи від реберного краю вниз до зникнення характерної резистентності, яка визначається над поверхнею печінки. Аналогічний ефект можна одержати і шляхом ковзання пальців по шкірі живота від реберної дуги вниз.

Печінка при асциті ніби "плаває в рідині" і при поштовхах спочатку відходить усередину, а потім рухається вперед і вдаряється об кінчики пальців (симптом «плаваючої крижинки»).

**Методика пальпації краю патологічно зміненої печінки** не відрізняється від методики пальпації нижнього краю здорової печінки, але прощупати її значно легше. При цьому збільшений і ущільнений край печінки можна визначити незалежно від фази дихання.

Пальці підводять під край печінки, потім, піднімаючи їх, обходять ними край. Пошуки краю краще починати з правої клубової ямки, поступово продвигаючись правою рукою догори до зустрічі пальців з краєм печінки, інакше його легко пропустити. Якщо край печінки знайдено нижче реберної дуги, то дослідити його необхідно праворуч і ліворуч від середньо-ключичної лінії, наскільки це є можливим.

**Пальпація поверхні патологічно зміненої печінки.**

У випадках, коли печінка ущільнена часто вдається прощупати не тільки її край, але й поверхню її частини, що прилягає до черевної стінки. Для цього долоню лівої руки лікар розташовує на поперековій ділянці, долоню своєї правої руки кладе плиском на живіт хворого і обережно, не прагнучи глибоко проникати всередину, досліджує м’якоттю кінцевих фаланг пальців всю праву підреберну ділянку – праворуч і ліворуч від правої середньо-ключичної лінії, наскільки це є можливим.

***Пальпація жовчного міхура***

При дослідженні жовчного міхура застосовують поверхневу і глибоку пальпацію за Образцовим-Стражеско.

**Мета пальпації:**

– пальпація жовчного міхура з визначенням величини, консистенції, болісності.

**Поверхнева пальпація** (методика представлена вище) дозволяє визначити болісність у ділянці жовчного міхура і напруження м’язів черевного пресу при гострому холециститі, жовчнокам’яній хворобі, загостренні хронічного холециститу.

За наявності хронічного холециститу рекомендовано застосування такого прийому при пальпації: великий палець правої руки ставлять над ділянкою жовчного міхура і під час видиху хворого вводять його в праве підребер’я, а потів просять хворого глибоко вдихнути. Під час вдиху жовчний міхур опускається вниз і, зустрівшись з великим пальцем, дає сильний біль, який нерідко не дає хворому можливості зробити глибокий вдих (симптом Мерфі).

***У нормі*** жовчний міхур не пальпується.

***При патології*** жовчний міхур пальпується в своїй точці проекції – на перетині правої реберної дуги і зовнішнього краю прямих м'язів живота. Проекцією жовчного міхура може бути також місце перетинання середньо-ключичної лінії з краєм правої реберної дуги.

*Патологічні зміни жовчного міхура*:

• збільшений, з гладкою поверхнею (гострий холецистит);

• збільшений, з горбистою поверхнею (жовчнокам'яна хвороба, калькульозний холецистит, ехінококоз);

• збільшений, твердий (рак жовчного міхура).

**Методи визначення вільної рідини (асциту) у черевній порожнині**

*Асцит(ascitis)* – скупчення рідини в черевній порожнині. Розвиток асциту обумовлений підвищенням тиску в системі воротної вени (портальною гіпертензією), підвищенням проникності й ламкості судин, зниженням онкотичного тиску. Для виявлення асциту використовують огляд, перкусію й метод флуктуації.

 ***Під час огляду*** живіт у таких хворих збільшений у розмірах, зі згладженим або випнутим пупком, внаслідок підвищення внутрішньочеревного тиску, мінливий за формою при зміні положення тіла хворого:

– *у вертикальному положенні хворого* рідина стікає вниз, тому живіт виглядає відвислим;

– *у горизонтальному положенні хворого* вільна рідина накопичується в бічних ділянках, тому живіт розпластаний, а бічні його відділи вибухають («жаб'ячий живіт»);

– *у положенні хворого на боці* вільна рідина переміщується у відповідний бік.

**Визначення вільної рідини в черевній порожнині (асциту)**

**методом перкусії**

**Методика.** Наявність вільної рідини в черевній порожнині визначається в наступних положеннях хворого: вертикальному, горизонтальному, на боці.

*У вертикальному положенні хворого (*рідина стікає вниз) перкусія проводиться зверху вниз по середній лінії. При наявності рідини тупий звук визначається внизу живота.

*У горизонтальному положенні хворого* (вільна рідина накопичується в бічних ділянках) перкусію проводять від пупка в напрямку до бічних відділів живота. При цьому в центрі живота (навколопупкова ділянка) визначається тимпанічний звук, а над фланками – тупий*.*

*У положенні хворого на боці* вільна рідина переміщується у відповідну сторону, де й буде визначатися тупий звук, а над фланком, що зверху – тимпанічний.

**Визначення вільної рідини в черевній порожнині (асциту)**

**методом флуктуації**

**Методика.** Ліву руку кладуть на бічну поверхню черевної стінки, а з протилежної сторони наносять короткі, легенькі удари пальцями правої руки. Виникаючі при цьому коливання рідини передаються на ліву руку. Однак, не завжди вдається відчути коливання при наявності асцитичної рідини, а іноді цей симптом позитивний при відсутності вільної рідини (ожиріння, млявий черевний прес). У таких випадках користуються допомогою асистента. Його просять надавити ребром долоні на живіт хворого по серединній лінії (коливання черевної стінки гасяться, а коливання, що проводяться по рідині добре виявляються). Потім долоню лівої руки кладуть на бічну поверхню правої половини живота хворого й пальцями правої руки наносять короткі удари по бічній поверхні лівої половини живота. При наявності рідини ліва рука відчуває її коливання.

**ФІЗИКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

***Пальпація підшлункової залози***

Підшлункова залоза в нормі пальпується в 1 % чоловіків і 4 % жінок. Вона пальпується при значному збільшенні органу (кіста, пухлина).

**Методика пальпації.** Хворий лежить на спині, руки розташовані уздовж тулуба або на грудях, лікар сидить на стільці праворуч від нього. Ліву руку дослідник підкладає під ліву поперекову ділянку нижче краю ребер, напівзігнуті пальці правої руки – на поверхню черевної стінки в ділянці лівого підребер'я на 3-4 см вище пупка, паралельно розташуванню підшлункової залози. Потім, зміщуючи складку шкіри догори, лікар занурює руку усередину черевної порожнини, а під час видиху досягає задньої стінки її і ковзає вниз.

 У ряді випадків підшлункову залозу можна прощупати у положенні хворого стоячи. При цьому лікар сидить на стільці обличчям до хворого. Крім того, підшлункову залозу пальпують у положенні хворого на правому боці з зігнутими у колінах ногами. Лікар сидить на стільці праворуч від хворого. Методика пальпації в обох випадках аналогічна методиці пальпації у горизонтальному положенні хворого.

***Властивості підшлункової залози в нормі:*** нерухомий, плескатий тяж товщиною 1-2 см, розташований в горизонтальному напрямку на задній черевній стінці в верхній половині живота.

***Властивості підшлункової залози при патологічних станах:***

• щільне, горбисте, нерухоме, болісне при пальпації тіло в правому підребер'ї за правим прямим м'язом (рак голівки підшлункової залози);

• дуже щільний, нерухомий, нерідко болісний при пальпації тяж (хронічний панкреатит з явищами різко вираженого фіброзу підшлункової залози).

***Перкусія підшлункової залози***

Великі пухлини і кісти підшлункової залози можуть обумовлювати появу притуплення у навколопупковій ділянці і вище, частіше зліва. Часто вище місця притуплення визначається зона тимпаніту.

*Особливості розподілення перкуторного звуку* при великих пухлинах і кістах підшлункової залози (за М.Д. Стражеско): коли великі новоутворення розсувають шлунок і поперечну ободову кишку, над пупком утворюється овальна зона тупого звуку, який обмежений зверху в епігастральній ділянці голосним тимпанітом шлунка, а знизу – низьким тимпанітом ободової кишки. При інших локалізаціях пухлин підшлункової залози відповідно змінюється співвідношення зон тупого і тимпанічного перкуторного звуку.

**ФІЗИКАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СЕЛЕЗІНКИ**

Збільшення селезінки спостерігається в 10-25% хворих хронічним гепатитом і в 80% хворих цирозом печінки. Збільшення селезінки виявляється за допомогою перкусії і пальпації.

***Перкусія селезінки***

**Методика перкусії.** Перкусія може бути тільки орієнтовним методом для визначення розмірів селезінки. Оскільки селезінка межує з верхнім полюсом шлунка і кішечником, які дають тимпанічний звук і резонанс при перкусії, то треба використовувати тиху перкусію. Перкусію проводять в положенні хворого на правому боці з зігнутими ногами, а також у положенні сидячи або стоячи.

*Перший момент.* Палець – плессиметр ставлять біля краю лівої реберної дуги перпендикулярно Х ребру. Перкутують від краю реберної дуги безпосередньо по Х ребру. На місці виявлення притупленого звуку ставлять відмітку (перша точка) по краю пальця, зверненого до тимпанічного звуку.

*Другий момент***.** Палець – плесиметр ставлять перпендикулярно до Х ребра по задній пахвовій лінії. Перкусію ведуть у напрямку до першої точки. У місці виявлення притуплення перкуторного звуку роблять відмітку по краю пальця, зверненого до ясного звуку (друга точка). Відрізок, що з’єднує першу і другу точки характеризує довжину селезінки, яка в нормі дорівнює 6-8 см.

*Третій і четвертий моменти.* Для визначення ширини селезінки довжину її ділять на 2 частини і проводять перкусію від визначеної точки по перпендикуляру до Х ребра. Спочатку рухаються догори від тупого звуку до ясного (третя точка), потім вниз, також від тупого до ясного звуку (четверта точка) або від ясного перкуторного звуку до середини селезінки. З’єднуючи третю і четверту точки, отримують відрізок, що характеризує ширину селезінки, яка в нормі дорівнює 4-6 см.

 У випадках, коли селезінка збільшена настільки, що виступає за край реберної дуги, описаний вище метод не використовується, бо в перший же момент перкусії по Х ребру буде отримано тупий звук. В такому разі слід розпочинати перкусію над черевною порожниною від пупка в напрямку реберної дуги до місця прикріплення до неї Х ребра.

***Пальпація селезінки***

Пальпація селезінки є основним методом дослідження цього органу, тоді як перкусія на практиці майже не застосовується.

**Мета пальпації селезінки:**

– визначення нижнього краю, локалізації, консистенції, форми, болісності, характеру поверхні.

**Методика пальпації селезінки за Образцовим – Стражеско.** Принцип методу такий же, як і при пальпації печінки, тобто для отримання тактильних відчуттів пальпуючими пальцями використовується рух селезінки разом з дихальними рухами діафрагми повз пальці, що стоять на місці або роблять незначні рухи назустріч органу.

Пальпацію селезінки найкраще проводити у положенні хворого на правому боці з зігнутими у колінах ногами і з підкладеними під голову руками. Лікар сидить на стільці праворуч від хворого, обличчям до нього.

 *Перший момент* (позиція рук лікаря)**.** Чотири пальці лівої руки дослідник плиском кладе на ліву половину грудної клітки хворого, великий палець – на реберну дугу для фіксації грудної клітки. Цим прийомом досягається обмеження екскурсії грудної клітки при диханні і компенсаторне збільшення дихальних рухів лівого купола діафрагми, до якого прилягає селезінка. Долоню правої руки із злегка зігнутими пальцями плиском розташовують у лівому підребер’ї, перпендикулярно реберній дузі (краю селезінки). Кінчики пальців повинні знаходитися в куті між Х і ХІ ребрами.

*Другий момент.* Під час вдиху хворого пальці рук лікаря зміщують шкіру дещо вниз.

*Третій момент.* Під час видиху хворого кінчики пальців проникають глибоко в ліве підребер’я, зробивши при цьому нібито карман із черевної стінки.

 *Четвертий момент.* Хворого просять зробити глибокий вдих, залишаючи пальці нерухомими, під час якого селезінка опускається назустріч пальцям, що пальпують і торкається їх. Таким чином прощупується нижній край селезінки. При цьому необхідно скласти достовірне уявлення щодо її локалізації, краю (рівний, зазубрений), консистенції (щільна, м’яка), характеру поверхні (гладка, нерівна, горбиста), зміщуваності (рухома, нерухома) і чутливості (болісна, безболісна).

 ***У нормі:*** селезінка не доступна пальпації (нижній полюс її знаходиться на 3 – 4 см вище реберної дуги). Якщо вдалося прощупати край селезінки біля краю реберної дуги, то вважається, що вона збільшена приблизно в 1,5 рази.

***При патології*** селезінка стає щільною, край її частіше зберігає округлу форму (синдром портальної гіпертензії) або стає загостреним (цироз печінки). При значному збільшенні селезінки можна прощупати фізіологічну вирізку по передньому краю. За цією ознакою відрізняють селезінку від лівої нирки. Поверхня селезінки, як правило, гладка. Болісність характерна у випадку гострого застою в селезінці крові.

**Еталони відповідей**

***Норма***. При глибокій методичній ковзній пальпації живота за методом Образцова-Стражеска в лівій клубовій ділянці пальпується сигмовидна кишка у вигляді гладкого, помірно щільного тяжа, товщиною 2-3 см, безболісна, легко зміщується, не гурчить, в'яло і рідко перистальтує. У правій клубовій ділянці пальпується сліпа кишка у вигляді гладкого, м'якого, еластичного, трохи розширеного донизу циліндра, товщиною 3-4 см, безболісна, помірно рухлива, гурчить при натисненні. Висхідний і низхідний відділи товстої кишки пальпуються, відповідно, в ділянці правого й лівого фланків у вигляді рухливих, помірно щільних, безболісних циліндрів, товщиною близько 2 см. Поперечний відділ ободової кишки визначається на 2 см вище пупка у вигляді поперечно лежачого, дугоподібно вигнутого донизу, помірно щільного циліндра, діаметром близько 2,5 см, безболісного, що легко зміщається догори й донизу. На 4 см вище пупка пальпується велика кривизна шлунка у вигляді гладкого, м'якого, малорухомого, безболісного валика. Печінка, жовчний міхур, підшлункова залоза й селезінка не пальпуються. Розміри печінки за Курловим – 9 х 8 х 7 см. Ознаки скупчення вільної рідини в черевній порожнині не визначаються.

***Патологія:*** При глибокій методичній ковзній пальпації живота за методом Образцова-Стражеска в лівій клубовій ділянці пальпується сигмовидна кишка у вигляді гладкого, помірно щільного тяжа, діаметром з великий палець руки. Вона безболісна, легко зміщується, не гурчить, в'яло й рідко перистальтує. У правій клубовій ділянці пальпується сліпа кишка у вигляді гладкого, м'якого, еластичного, трохи розширеного донизу циліндра, товщиною 4 см, безболісна, помірно рухлива, гурчить при натисненні. Висхідний і нисхідний відділи товстої кишки, поперечну ободову кишку, велику кривизну шлунка пальпувати не вдалося (вказати причину). Розміри печінки за Курловим 12 х 11 х 10 см. Нижній край печінки по середньоключичній лінії виступає на 6 см нижче краю реберної дуги, по передній серединній лінії займає половину відстані від мечоподібного відростка до пупка. Печінка щільна, горбиста, безболісна. Жовчний міхур, підшлункова залоза, селезінка не пальпуються. Є ознаки скупчення вільної рідини в черевній порожнині: симптом флуктуації позитивний.

**Велика кривизна шлунка пальпується:**

A. Ліворуч і зверху від пупка

B. Праворуч і зверху від пупка

C. Над пупком

D. Ліворуч і знизу від пупка

E. Праворуч і знизу від пупка

**2. Пілоричний відділ шлунка пальпується:**

A. Ліворуч і зверху від пупка

B. Праворуч і зверху від пупка

C. Над пупком

D. Ліворуч і знизу від пупка

E. Праворуч і знизу від пупка

**3. Пальпація селезінки здійснюється в положенні:**

A. Вертикальному

B. На спині

C. На животі

D. На правому боці

E. На лівому боці

**4. Пальпація печінки здійснюється в положенні:**

A. Тільки в горизонтальному

B. Лежачи на спині й у вертикальному

C. На животі

D. На правому боці

E. На лівому боці

**5. Фізичний метод, що дозволяє оцінити рухову функцію кишечника**

A. Поверхнева пальпація

B. Перкусія

C. Глибока методична пальпація

D. Аускультація

E. Огляд

**6. Глибоку пальпацію живота починають з:**

A. Пупкової ділянки

B. Епігастральної ділянки

C. Правої клубової ділянки

D. Лівої клубової ділянки

E. Правого підребер'я

**7. Болісність у точці Кера визначається при наявності:**

A. Виразкової хвороби

B. Коліту

C. Панкреатиту

D. Холециститу

E. Перитоніту

**8. Шум «плескоту» натще визначається при наявності:**

A. Метеоризму

B. Стенозу воротаря

C. Асциту

D. Кишкової непрохідності

E. Перитоніту

**9.** Хворий К., 50 років, скаржиться на важкість й відчуття повноти в епігастрії, що підсилюються після вживання їжі, відрижку «тухлим», а також їжею, з'їденою напередодні. Полегшення наступає після блювоти. *В анамнезі:* виразкова хвороба дванадцятипалої кишки протягом10 років. За останній місяць схуд на 3 кг. *Огляд:* зниженого харчуванн, шкіра суха, хейліт, язик укритий білим нальотом. *При поверхневій пальпації живота*: живіт дещо здутий, болісний в епігастральній ділянці. *Перкусія живота*: визначається шум «плескоту», нижня межа шлунка на 2-3 см нижче пупка.

*Яке ускладнення виразкової хвороби виникло в пацієнта?*

А. Перфорація

B. Пенетрація

C. Шлунково-кишкова кровотеча

D. Стеноз воротаря

E. Малегнізація

**10.** Хвора Т., 57 років, скаржиться на інтенсивний біль у правому підребер'ї нападоподібного характеру, нудоту, темний колір сечі.

*В анамнезі* – протягом 7 років виникає біль після вживання жирної їжі. Діагностовано хронічний холецистит, із приводу якого лікувалася амбулаторно. Різке погіршення стану відзначається після поїздки в автобусі. *Під час огляду* виявлено жовтяничність склер і шкірних покривів, живіт трохи здутий. *При пальпації живота* симптоми подразнення очеревини відсутні. Визначається болісність у точці Кера, позитивний симптом Ортнера.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Калькульозний холецистит

B. Некалькульозний холецистит

C. Рак підшлункової залози

D. Пенетруюча виразка дванадцятипалої кишки

E. Гепатит

**11.** Хворий Т., 34 років, доставлений зі скаргами на загальну слабкість, відсутність апетиту, біль у правому підребер'ї, блювоту з домішкою крові.

*В анамнезі:* зловживання алкоголем протягом 15 років. *Огляд:* зниженого харчування, іктеричність склер, шкіра суха, наявність «судинних зірочок» на шкірі обличчя й верхнього плечового поясу, гіперемія долонь. Язик малиновий зі згладженими сосочками, гомілки пастозні. Живіт збільшений, відзначається випинання пупка, розширені підшкірні вени. *Перкуторно* – асцит, нижній край печінки на 6 см виступає з-під краю правої реберної дуги, селезінка – на 5 см виступає з-під краю лівої реберної дуги.

*Ваше діагностичне припущення?*

А. Хронічний гепатит

B. Цироз печінки

C. Рак печінки

D. Лейкоз

E. Гемолітична анемія

**12.** Хвора В., 52 років, скаржиться на постійний біль у верхній половині живота, більше в лівому підребер'ї, який іррадіює у поперекову ділянку і підсилюється після їжі, непереносимість молочних і жирних продуктів, нестійкі випорожнення.

*В анамнезі:* хронічний холецистит, рік тому лікувалася із приводу хронічного панкреатиту. *Огляд:* температура тіла 37,5°С, язик сухий, вкритий сірувато-жовтуватим нальотом. Живіт роздутий. При пальпації симптоми подразнення очеревини відсутні, болісність у зоні Шоффара, позитивний симптом Ортнера.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Панкреатит

B. Калькульозний холецистит

C. Рак підшлункової залози

D. Пенетруюча виразка дванадцятипалої кишки

E. Гепатит

**13.** Хвора Є., 42 років, скаржиться на діарею до 4 разів за останню добу, біль у животі, підвищення температури тіла до 37,6 С.

*В анамнезі*: напередодні з'їла недоброякісні продукти. *Огляд порожнини рота*: язик вкритий білим сухим нальотом. *Поверхнева пальпація живота:* живіт здутий, виявляється болісність у лівій клубовій ділянці. *Глибока пальпація живота*: сигмовидна кишка болісна, спазмована.

*Про ураження якого органа травної системи можна думати?*

А. Шлунка

B. Дванадцятипалої кишки

C. Печінки

D. Підшлункової залози

E. Товстого кишечнику (сигмовидної кишки)

**14.** Хворий Х., 36 років, скаржиться на часті рідкі випорожнення ( до 8-10 раз на добу) з домішкою крові й слизу, біль у нижній частині живота, зниження маси тіла протягом року на 5 кг.

*Анамнез:* хворіє протягом року, неодноразово обстежувався. Наявність гострих інфекційних захворювань не підтверджувалися. *Огляд:* зниженого харчування, шкіра млява, суха, язик яскраво-червоний. Пульс 86 ударів за хвилину, АТ – 95/60 мм рт. ст. *При пальпації*  живіт м'який, сигмовидна кишка різко болісна. Печінка збільшена, виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, щільна. *У калових масах* – невелика кількість рідкого вмісту з домішками крові.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Хронічний гепатит

B. Цироз печінки

C. Рак шлунка

D. Неспецифічний виразковий коліт

E. Рак кишечнику

**15.** Хворий К., 34 років, скаржиться на слабкість, втрату маси тіла, нудоту, проноси, біль у правому підребер'ї після вживання жирної їжі.

*Об'єктивно*: тургор і еластичність шкіри знижені, атрофія м'язів, субіктеричність склер. Живіт м'який, нижній край печінки визначається на 3 см нижче краю реберної дуги по правій середньоключичній лінії.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Хронічний холецистит

B. Хронічний гепатит

C. Функціональна диспепсія

D. Цироз печінки

E. Хронічний панкреатит

***Еталони відповідей:* 1C, 2B, 3D, 4B, 5C, 6D, 7D, 8B, 9D, 10B, 11B, 12A, 13E, 14D, 15B.**

*Методичні вказівки*

**РОЗПИТ І ОГЛЯД ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ. ОГЛЯД І ПОВЕРХНЕВА ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА**

Укладачі: Тетяна Вадимівна Ащеулова

 Наталя Іванівна Питецька

Відповідальний за випуск Ащеулова Т.В.

 Редактор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Коректор\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Комп’ютерна верстка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

План 2015\_\_\_, поз.\_\_\_, Ризографія.

Умов.друк.л.\_\_\_.Тираж 300 екз. №\_\_\_\_. Ціна\_\_\_\_.

пр. Науки, 4. м.Харків, ХНМУ, 61022

Редакційно-видавничий відділ