МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківський національний медичний університет

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

*Методичні вказівки до практичних занять з пропедевтиці 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

Розпит і огляд хворих із захворюваннями органів травлення. Огляд і поверхнева пальпація живота: Метод. вказ. до практичних занять з пропедевтики 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. - 21 с.

Укладачі: Т.В. Ащеулова

 Н.І. Питецька

**СУБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРОГО**

**РОЗПИТ**

При патології травної системи найчастішими є скарги: біль у животі, порушення апетиту й смаку, печія, відрижка, нудота, блювота, метеоризм, дисфагія, діарея, закреп, кровотеча.

**Біль** *(dolor)* **–** відчуття болісності або дискомфорту **–** займає провідне місце при захворюваннях органів травлення. При патології стравоходу він локалізується за грудиною (е*зофагеальний біль*), а при ураженні органів черевної порожнини – у животі (*абдомінальний біль*).

Діагностика абдомінального болю надзвичайно складна, тому що причини його виникнення можуть бути обумовлені захворюваннями органів черевної порожнини, іррадіацією болю при захворюваннях, що локалізуються поза черевною порожниною, а також системними захворюваннями.

**Апетит** *(appetitus*) **–** важливий фактор, що регулює вживання їжі, яка впливає на слиновиділення, секрецію й рухову функцію шлунка. Найчастіше порушення апетиту зустрічаються при захворюваннях шлунка й 12-палої кишки.

***Зниження апетиту*** (*hyporexia)* спостерігається при низькій кислотності, ахілії, руховій недостатності шлунка. Зустрічається при хронічному гастриті, стенозі воротаря.

***Повна відсутність апетиту*** *(anorexia)*, що особливо поєднується з відразою до м'ясної їжі характерна для раку шлунка, при ахілії – відраза до жирної їжі. Втрата апетиту при поєднанні з відразою до жирної їжі зустрічається при хронічному панкреатиті.

 ***Утримання від вживання їжі*** через острах виникнення болю (*citofobia*) спостерігається при виразковій хворобі з локалізацією виразки в шлунку на тлі підвищеного апетиту.

***Підвищення апетиту –*** булімія *(bulimia)* характерне для виразкової хвороби з гіперсекрецією, особливо з локалізацією виразки у дванадцятипалій кишці. Голод спостерігається у хворих хронічним панкреатитом при приєднанні цукрового діабету.

**Печія** *(pyrosis*) – своєрідне відчуття печіння за грудиною, обумовлене закиданням шлункового вмісту в стравохід. Основними причинами, що сприяють її виникненню є: недостатність кардіального сфінктера, спазм воротаря, порушення рухової функції нижнього відділу стравоходу, шлунка й 12-палої кишки, підвищена чутливість слизової оболонки стравоходу.

**Відрижка** (*eructatio)* **–** раптовий вихід через рот повітря, що накопичилось у шлунку або стравоході (відрижка повітрям) або раптове надходження в порожнину рота невеликої порції вмісту шлунка або стравоходу (відрижка їжею).

***Відрижка повітрям*** *(eructatio aere)* обумовлена заковтуванням атмосферного повітря при ковтанні (аерофагія). Спостерігається при психоневрозах.

***Відрижка їжею*** (*regurgitatio*) – це надходження в рот стравохідного або шлункового вмісту, що не супроводжується нудотою й позивами до блювоти й обумовлене порушенням моторики стравоходу, а також порушенням секреторної й рухової функції шлунка.

**Нудота** *(nausea)* – рефлекторний акт, пов'язаний з подразненням блукаючого нерва, що проявляється своєрідним відчуттям тиску в епігастральній ділянці. Механізм її не з'ясований, але відзначена часта комбінація із блювотним актом. Нерідко нудота супроводжується блідістю шкірних покривів, загальною слабкістю, запамороченням, потовиділенням, салівацією, зниженням артеріального тиску, іноді напівнепритомним станом, що виникають внаслідок порушення парасимпатичного, а потім і симпатичного відділів центральної нервової системи.

**Блювота** *(vomitus*) може мати різне походження. Розрізняють стравохідну блювоту, обумовлену захворюваннями стравоходу й шлункову блювоту, обумовлену захворюваннями шлунка.

***Стравохідна блювота*** – ретроградне надходження стравохідного вмісту в порожнину рота без участі м'язів передньої черевної стінки.

 Найбільш характерними ознаками стравохідної блювоти є: відсутність нудоти; попереднє відчуття затримки їжі за грудиною; блювотні маси складаються з неперетравленої незміненої їжі; відсутність у блювотних масах соляної кислоти й пепсину; гнильний запах блювотних мас (великі дивертикули стравоходу, рак, що розпадається).

***Шлункова блювота*** – складний рефлекторний акт, обумовлений порушенням нервового центру, під час якого відбувається мимовільне викидання вмісту шлунка через стравохід, глотку, рот, а іноді й через носові ходи. Часто це захисний акт у відповідь на надходження до шлунка подразнювальної речовини. У більшості випадків блювоті передує тривалий період нудоти, іноді гіперсалівація.

***Можливі ускладнення блювоти:*** аспірація блювотними масами (особливо у літніх та ослаблених хворих); зневоднювання; порушення електролітного балансу (після багаторазової блювоти); анемія.

**Метеоризм** *(meteorismus)* – відчуття здуття й розпирання живота, що спостерігається при роздуванні живота газами, що перебувають у шлунку або кишечнику. Основні фактори, що сприяють появі метеоризму:

• порушення моторної функції травного тракту (зниження тонусу стінки кишечника, непрохідність кишечника);

• порушення процесів переварювання й усмоктування їжі, пов'язаного або з характером харчування (уживання великої кількості рослинної їжі, що легко зазнає процесів шумування), або з порушеннями з боку самого кишечника (зміна секреції й бактеріальної флори), або при застійних явищах у черевній порожнині (серцева недостатність);

• наявність психо-емоційних навантажень;

• істеричний метеоризм (парез гладкої мускулатури кишок центрального генезу);

• надлишкове надходження повітря до шлунка та кишечника (аерофагія).

**Дисфагія** *(dysphagia)*– утруднення проходження їжі по стравоходу, що виникає або при захворюваннях стравоходу, або при утрудненні проходження їжі з порожнини рота в стравохід. Цей симптом може поєднуватися **з одинофагією** (*odynophagia)* – болючим відчуттям при ковтанні, яке виникає при вираженому запаленні слизової оболонки стравоходу. **Афагія** *(aphagia*) – неможливість проковтнути прийняту їжу, яка виникає в результаті повільно прогресуючої дисфагії. Головною причиною, що викликає дисфагію є органічне звуження стравоходу (органічна або механічна дисфагія), при якому утруднення ковтання наростає поступово, аж до повної затримки не тільки щільної, але й рідкої їжі. Така дисфагія незворотня.

Поряд з органічною спостерігається функціональна дисфагія, викликана спазмом мускулатури стравоходу, в результаті порушення його інервації, для якої характерним є парадоксальне утруднення ковтання рідкої їжі й води, тоді як тверда їжа проходить вільно. При спазмуванні початкових відділів стравоходу виникає відчуття «грудки» у горлі.

**Діарея** *(diarrhoea)* – стан, що характеризується частими (більш, ніж 2 рази на добу) і рідкими випорожненнями.

**Закреп** *(obstipatio)* – уповільнення проходження по кишечнику його вмісту й затримка його вирожнення (дефекації).

***Характерні ознаки:*** рідка евакуація (1 раз у 2-4 дні й рідше); мала кількість калу; більша щільність калу; відсутність відчуття полегшення після дефекації.

**Кровотеча** завжди є серйозним симптомом при захворюваннях травної системи.

Виділяють стравохідну й шлункову кровотечі.

***Стравохідна кровотеча*** може бути гострою і хронічною. Вона характеризується наступними ознаками:

*а) гостра кровотеча:* раптове блювота червоною кров'ю; швидке зниження артеріального тиску; можливий летальний результат;

*б)**хронічна кровотеча:* позитивна реакція Грегерсена; залізодефіцитна анемія.

***Шлункова кровотеча*** найчастіше проявляється блювотою з домішкою крові. При цьому колір її різний.

 *Блювота «кавовою гущею»* спостерігається при тривалому знаходженні невеликої кількості крові в шлунку, коли під впливом соляної кислоти шлункового соку утворюється солянокислий гематин.

*Кривава блювота* *(haematemesis)* спостерігається при виразковій хворобі, ерозивному гастриті, раку й поліпах шлунка, рідко – при саркомі, туберкульозі й сифілісі шлунка. Блювота, що містить велику кількість червоної крові обумовлена ушкодженням великої судини.

 Про кровотечу зі шлунка також може свідчити наявність ***мелени*** *(melaena)*– чорного або дегтеподібного випорожнення, поява якого свідчить про вилив не менш 60–80 мл крові в шлунково-кишковому тракті (зазвичай в стравохід, шлунок або дванадцятипалу кишку).

***Чорні недьогтеподібні випорожнення*** крім кровотечі можуть бути обумовлені вживанням препаратів заліза, солей вісмуту або навіть шоколадного печива. Такі випорожнення не є патологічними. Тест на приховану кров зазвичай негативний.

***Кров'янисті випорожнення –*** наявність червоної крові в калі. Найбільш частою причиною таких випорожнень є кровотеча з товстої й прямої кишки, анального отвору, значно рідше – з порожньої та клубової кишок.

 *Найбільш частими причинами кров'янистих випорожнень є:* рак товстої кишки; доброякісні поліпи товстої кишки; запальні захворювання товстої й прямої кишки (виразковий коліт, дизентерія й ін.); геморой; анальна тріщина.

***Некров'янисті випорожнення***, що мають червонуватий колір обумовлені вживанням у їжу буряка. Рожевий колір сечі звичайно передує появі червонуватих випорожнень.

 При захворюваннях органів травлення необхідно з'ясувати наступні **анамнестичні дані**:

 ***При захворюваннях стравоходу***: наявність опіків стравоходу (хімічних, термічних), перенесені захворювання (сифіліс, бронхоаденіт, у т.ч. туберкульозний, езофагоспазм), наявність психогенних факторів.

 ***При захворюваннях шлунка***: характер харчування і якість уживаної їжі, перенесені захворювання й хронічні інфекції, наявність факту тривалого застосування лікарських речовин, що подразнюють слизову оболонку шлунка, захворювання, що обумовлені умовами праці, професійні шкідливості, шкідливі звички.

 ***При захворюваннях кишечника***: характер харчування з раннього дитинства до початку захворювання, перенесені захворювання, у т.ч. захворювання сечостатевої системи, професійні шкідливості, умови праці, хронічні інтоксикації.

 ***При захворюваннях підшлункової залози***: характер харчування, перенесені захворювання, що сприяють розвитку вторинних панкреатитів, шкідливі звички.

**ОБ'ЄКТИВНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ**

## ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД

Загальний огляд хворих з патологією органів травлення проводиться за загальноприйнятою схемою з дотриманням правил і техніки огляду. При цьому звертають увагу на загальний стан хворого, свідомість, положення його в ліжку, поставу, ходу, статуру, конституцію, відповідність біологічного віку паспортним даним, вираз обличчя, шкірні покриви й деривати шкіри, розвиток підшкірно-жирової клітковини (визначають індекс маси тіла) і її розподіл (за індексом талія/стегна), лімфатичні вузли, набряки.

Загальний огляд хворих із захворюваннями органів травної системи дозволяє виявити наступні характерні зміни (*табл. 1).*

**Таблиця 1**

**Патологічні зміни, що виявляються при загальному огляді хворих із захворюваннями органів травлення**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ознака | Патологічнізміни | Захворювання |
| Загальний стан |  Від середньої важкості до вкрай важкого | Гострі захворювання органів травленняЗагострення хронічних захворювань органів травлення.Злоякісні пухлини органів травленняПеритонітАбсцес печінкиЦироз печінки із хронічною печінковою недостатністю |
| Свідомість | • Затьмарена• Ейфорія  | ПеритонітПечінкова кома (інтоксикація центральної нервової системи). |
| Положення(вимушене) | •лежачи на правому боці з приведеною однією або двома ногами.•лежачи на спині з приведеними ногами• Лежачи на спині або на боці, здавлюючи руками болісну ділянку, із зігнутими в колінах ногами• Лежачи на животі з підкладеною під нього подушкою й підтягнутими під себе зігнутими в колінах ногами•сидяич з опущеною головою й приведеними колінами до грудної клітки•коленно-ліктьове положення•сидячи з опущеними ногами, сильно нахилившись уперед, притискаючи кулаками передню черевну стінку  | Гострий апендицитІнтенсивний біль у животі (напад холециститу, панкреатиту) Виразкова хвороба шлунка (з локалізацією по передній стінці) або дванадцятипалої кишкиВиразкова хвороба шлунка з локалізацією по задній стінці, панкреатитВиразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишкиПухлина шлунка або голівки підшлункової залозиРак тіла підшлункової залози |
| Хода | Горда | Масивна пухлина в черевній порожниніАсцит |
| Постава | Сутула | Виразкова хвороба, ускладнена стенозом воротаряХронічний панкреатит із синдромом мальабсорбціїНеспецифічний виразковий коліт.Злоякісні новоутворення (прогресуюча стадія) |
| Конституція | Астенічний типГіперстенічний тип | ГастритВиразкова хворобаЖовчокам’яна хвороба.Холецистит |
| Обличчя | Обличчя Гіппократа | Перитоніт |
|  Зовнішній вигляд *(habіtus)* | • Хворий виглядає старше паспортного віку• Хворий виглядає молодше паспортного віку | Мікронодулярний цироз печінкиЗлоякісні пухлини органів травленняСиндром Моріака – комбінація вродженого цирозу печінки із цукровим діабетом |
| Шкіра:*(колір)* | • Виражена блідість•блідість із ділянками ціанозу• Брудно-білий колір• Жовтяничність на тлі блідості•Субіктеричність (жовтяничний відтінок) •Жовтогарячий відтінок (rubіcterus) – паренхіматозна жовтяниця•Жовто-зелений відтінок (verdіnіcterus) –механічна жовтяниця• Інтенсивна прогресуюча жовтяниця, часто темно-бура, майже чорна (icterus melas)• Гіперемія тенара й гіпотенара ("*печінкові долоні»)* | Стравохідна, шлункова, кишкова кровотечаГострий панкреатитХронічний гепатитМетастазування пухлини в печінку.Застійна печінка ( при порушенні кровообігу)Вірусний гепатит (хвороба Боткіна) Гострий калькульозний холецистит, жовчокам’яна хвороба, пухлина голівки підшлункової залозиТривалий перебіг механічної жовтяниціЦироз печінки |
| *Розчухи* | Розчухи на шкірі | Механічна, рідше паренхіматозна жовтяниця |
| *Шкірні елементи* | • Петехії, синці, крововиливи•Телеангіоіктазії («судинні зірочки»)•Ксантоматоз (відкладання холестерину під шкірою)•Ксантелазмы (відкладання холестерину в шкірі повік)  | Цироз печінки, ехінококкоз, пухлина печінкиЦироз печінкиПорушення ліпідного обміну, у першу чергу, холестериновогоПорушення ліпідного обміну, у першу чергу, холестеринового |
| *Місцева пігментація шкіри* | В ділянці правого підребер'я  | Хронічний холецистит ( при тривалому застосуванні грілки) |
| Підшкірно-жирова клітковина | Виражене схуднення (кахексія) | Рак стравоходу, шлункаСтеноз воротаря (запущена стадія)Хронічний панкреатит (важкий перебіг, приєднання цукрового діабету) |
| Деривати шкіри | • "Барабанні палички","нігті Гіппократа"• Білі нігті• Порушення росту волосся на обличчі у чоловіків у комбінації з генікомастією | Цироз печінки, частіше біліарнийХронічні захворювання печінки, обумовлені порушенням обміну й накопиченням естрогенів і серотонінуЦироз печінки |
| Лімфатичні вузли | Збільшений щільний лімфатичний вузол між ніжками грудинно-ключично-сосцевидного м'яза | Рак шлунка |
| Набряки | Дистрофічні набряки нижніх кінцівок | Рак шлунка |

**ОГЛЯД ПОРОЖНИНИ РОТА**

Після проведення загального огляду хворих із захворюваннями травної системи проводять огляд ротової порожнини.

***У нормі*** слизова оболонка ротової порожнини блідо-рожевого кольору, чиста, без деффектів; зуби здорові або сановані; ясна рівні; мигдалини чисті, не виступають за дужки; язик рожевий, чистий, вологий.

 ***При захворюваннях органів травлення,*** досліджуючи ротову порожнину, можна виявити такі характерні зміни (*табл. 2).*

**Таблиця 2**

**Патологічні зміни в ротовій порожнині при захворюваннях органів травлення**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Локалізація | Патологічні зміни | Патологічні стани |
| Зуби, ясна, піднебінні мигдалини | •відсутність значної кількості зубів.•запальні флегмонозні процеси дна порожнини рота•каріозні зуби, стоматити, гінгівіти, тонзиліти  | Порушення акту пережовування їжіУтруднене ковтанняДжерело інфекції органів травлення  |
| Язик | • Чистий і вологий• Чистий, гіперемірований з вираженим розвитком сосочків• Обкладений сірувато-білим нальотом• Обкладений сіруватим або сірувато-жовтуватим нальотом• Гладкий, гіперемірований із згладженими сосочками («лакований» язик)• Сухий • Сухий, незначно обкладений білуватим нальотом• Сухий, спочатку обкладений білуватим, потім темним нальотом, спинка язика вкрита тріщинами• Малиновий язик ("*печінковий язик*")• Обкладений помірно білуватим нальотом• Збільшений язик | Неускладнена виразкова хворобаПідвищена секреторна функція шлункаГострий гастритХронічний гастритАтрофічний гастрит, рак шлунка, хронічний колітГострий панкреатитГострий апендицитПеритонітЦироз печінкиГострий колітЗапальні процеси в товщі язика, пухлини |

**ОГЛЯД ЖИВОТА**

**Методика проведення огляду живота.** Під час огляду живота *у вертикальному положенні* хворого лікар сидить перед ним на стільці так, щоб світло з-за його спини падало на хворого, що стоїть перед ним обличчям з повністю оголеним животом. Живіт досліджують від мечовидного відростка до лобкового симфізу. При цьому звертають увагу на його форму, величину, симетричність, участь передньої стінки живота в акті дихання, положення пупка, перистальтику шлунка і кишечника, стан шкірних покривів живота (розширення підшкірних вен і венозних колатералей, наявність післяопераційних рубців, висипів, телеангіоектазій, розчухів, місцевої пігментації). Інспекція живота у вертикальному положенні хворого дозволяє в ряді випадків виявити пульсацію в епігастральній ділянці, обумовлену передачею передній черевній стінці пульсації правого шлуночка або черевної аорти.

Під час огляду живота в *горизонтальному положенні* хворого джерело освітлення має бути розташоване за спиною лікаря. Як правило, дослідник повинен сидіти праворуч від хворого на стільці, рівень якого співпадає з рівнем кушетки, на якій лежить хворий. Поверхня кушетки повинна бути напівжорсткою, щоб не було «провалювання» хворого. При цьому констатують ті ж зміни, які були виявлені під час огляду живота у вертикальному положенні хворого.

Слід пам'ятати, що деякі асиметричні випинання живота, обумовлені збільшенням органів, наявністю кист, пухлин часто більш рельєфно виступають, тому значно легше можуть виявлятися в горизонтальному положенні.

***У нормі***під час огляду живота визначають наступні ознаки:

*●* *форма живота* (залежить від конституції) – овальний, плескатий, круглий;

*●* *величина живота* – не збільшений;

*● симетричність* *живота* – симетричний;

*● участь передньої стінки живота в акті дихання* – не приймає, приймає;

*●* *положення пупка –* втягнутий;

*● видима пульсація* – відсутня;

*● видима перистальтика шлунка і кишечника* – відсутня;

*●стан шкірних покривів живота*: шкіра гладка, матова, розширення підшкірних вен і венозних колатералей, післяопераційні рубці, висипи, телеангіоектазії, розчухи, місцева пігментація відсутні.

Особливості огляду живота при ураженні органів травлення представлені в *табл. 3.*

**Таблиця 3**

**Особливості огляду живота у хворих із захворюваннями органів травлення**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ознаки | Патологічні зміни | Патологічні станиі захворювання |
| Форма | Яйцеподібна з опуклістю посерединіКуляста«Жаб'ячий живіт» Відвислий живіт | Велика кіста яєчникаМетеоризмАсцит (у горизонтальному положенні хворого)Асцит (у вертикальному положенні хворого) |
| Величина | ВтягнутийЗбільшений | Підвищення тонусу черевних м'язів, виснаження, стеноз стравоходу, воротаряМетеоризм, асцит, ожиріння, пухлина (яєчника, матки), кіста (яєчника, матки) |
| Симетричність | Асиметричний | ГепатомегаліяСпленомегаліяВелика пухлина шлунка, кишечника, сальникаВелика кіста чи пухлина підшлункової залозиЗбільшення ниркиВеликі кісти чи пухлини статевих органів |
| Обмежені випинання на черевній стінці | Присутні | Післяопераційна грижаРозходження прямих м'язів животаРозширення пупкового кільцяЛіпомаПухлина |
| Положення пупка | ЗгладженийВипнутий | Метеоризм, ожирінняАсцит, пупкова грижа |
| Шкіра живота | Блискуча і напружена | Набряк і розтягнення черевного преса |
| Видима перистальтика шлунка та/чи кишечника | Визначається | Стеноз воротаряАнтиперистальтичні рухи – наявність перешкоди для просування харчових мас (пухлина) |
| Вираженість підшкірних вен | Вище пупкаНавколо пупка –«голова медузи» | Тромбоз і стискання нижньої порожньої вениЦироз печінки, тромбоз і стискання воротної вени |
| Шкірні елементи | Телеангіоектазії | Цироз печінки |
| Крововиливи | Петехії | Цироз, ехінококоз печінки |
| Рубці | Післяопераційні | ГастроектоміяХолецистектоміяГрижорозтинанняАпендектомія |

**Еталони відповідей**

***Норма.*** Живіт овальної форми, не збільшений, симетричний, передня стінка живота бере участь в акті дихання, пупок втягнутий, вираженого венозного малюнка, фляків, висипів, телеангіоектазій, розчухів, слідів від застосування грілки, видимої пульсації, перистальтики шлунка й кишечника немає.

***Патологія*:** Живіт овальної форми, збільшений у розмірі, си-метричний, пупок випнутий, на передній стінці живота виражений веноз-ний малюнок, шкіра живота розтягнута, стоншена, фляків, висипів, телеангіоектазій, розчухів, слідів від застосування грілки, видимої пульсації й перистальтики шлунка й кишечника немає.

# **ПОВЕРХНЕВА ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА**

Пальпація є основним методом дослідження живота й органів черевної порожнини.

**Загальні правила пальпації:**

 – при пальпації у вертикальному положенні хворого дослідник сидить на стільці обличчям до пацієнта. При пальпації у горизонтальному положенні хворого лікар сидить праворуч від пацієнта, який зручно лежить на спині: голова разом із плечима трохи піднята (для досягнення найбільшого розслаблення м’язів черевної стінки, руки витягнуті уздовж тулуба або складені на грудях, ноги або витягнуті, або, якщо це необхідно для розслаблення черевних м’язів, злегка зігнуті у кульшових та колінних суглобах;

– руки лікаря повинні бути теплими, нігті коротко обстриженими;

– пальпацію бажано проводити натще і після випорожнення кишечника;

– перед початком пальпації лікар з'ясовує локалізацію болю, і ці місця він пальпує в останню чергу;

– пальпацію починають повільно, уникаючи різких і несподіваних рухів;

– при пальпації необхідно спостерігати за виразом обличчя хворого, при необхідності відволікати увагу питаннями чи розмовою;

Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію живота. Обидва види пальпації повинні бути використані в кожного хворого, причому поверхнева пальпація завжди повинна передувати глибокій.

**Цілі поверхневої пальпації живота:**

● виявлення болісності черевної стінки: локалізація болю (обмежена або розповсюджена), інтенсивність, зони гіперстезії;

● визначення напруження м'язів черевної стінки (локальне або дифузне);

● виявлення розходження (діастаз) прямих м'язів живота, грижових випинань.

**Методика проведення поверхневої пальпації живота.** При поверхневій пальпації живота лікар кладе свою праву руку на живіт хворого плиском і обережно, не прагнучи глибоко проникати усередину, досліджує весь живіт. Зазвичай починають пальпацію з лівої клубової ділянки, поступово пересуваючись нагору до епігастрію, пальпуючи симетричні ділянки.

Якщо скарг у хворого немає, поверхневу пальпацію живота можна проводити в такій послідовності.

*Перший спосіб* (пальпація проти годинникової стрілки). Послідовно пальпують наступні ділянки: ліву клубову, ліву бічну, ліву підреберну, епігастральну, праву підреберну, праву бічну, праву клубову, навколопупкову, надлобкову *(мал. 1а)*.

|  |  |
| --- | --- |
|  а)  |  б) |

**Рис. 1. *Способи поверхневої пальпації живота:*** *а – проти годинникової стрілки; б – пальпація симетричних ділянок*

*Другий спосіб (пальпація симетричних ділянок).* Послідовно пальпують такі ділянки: ліву клубову, праву клубову, праву бічну, ліву бічну, ліву підреберну, праву підреберну, епігастральну, навколопупкову, надлобкову *(мал. 1б).*

Якщо хворий скаржиться на біль у лівій паховій ділянці, то пальпацію починають із найменш болісної ділянки передньої черевної стінки.

*Розходження прямих м'язів живота (діастаз)* виявляють, попросивши хворого, що перебуває в положенні лежачи на спині, підняти голову (в ділянці білої лінії живота з'являється валик, що піднімається).

***У нормі*** при поверхневій пальпації пальці не зустрічають ніякого опору з боку черевної стінки – м'якої, податливої й безболісної. Розходження прямих м'язів живота й грижових випинань немає.

***У патологічних випадках*** зустрічаються два види підвищеного напруження черевної стінки: її резистентність і м'язовий захист (defаnce muscularis), які необхідно відрізняти один від одного, тому що вони мають різні діагностичні значення.

*Резистентність* черевної стінки спостерігається при локальному запальному процесі органів черевної порожнини при відсутності запалення очеревини. *«М'язовий захист»* спостерігається там, де до запального процесу залучається очеревина. Загальне м'язове напруження спостерігається при розлитому перитоніті (перфоративна виразка шлунка або кишечника, перфоративний холецистит, апендицит і т.д.).

Слід пам'ятати, що значне напруження черевної стінки – ригідність мускулатури черевного преса – важливий клінічний симптом «черевної катастрофи». Тому наступним етапом дослідження живота є визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга й болісних точок, які супроводжують локальні запальні процеси з боку очеревини.

**Визначення симптому подразнення очеревини (симптом Щьоткіна-Блюмберга)**

Симптом Щьоткіна-Блюмберга визначається при залученні в запальний процес очеревини і характерний для гострого перитоніту (як загального, так і локального), незалежно від причини його виникнення.

***Методика визначення симптому Щьоткіна-Блюмберга.* У** ділянці локалізації запального процесу пальці правої руки під час видиху повільно вертикально проникають у черевну порожнину, надавлюючи на черевну стінку так, щоб хворий при цьому не відчував болю, потім різко й швидко відривають пальці.

***У нормі***симптом Щьоткіна-Блюмберга негативний: болісність відсутня.

***У патологічних випадках*** (при запаленні очеревини) симптом Щьоткіна-Блюмберга позитивний: болісність сильніша при відриві пальців від черевної стінки, ніж при натисненні на неї.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ

***Норма*:** При поверхневій орієнтовній пальпації живіт м'який, безболісний, розходження прямих м'язів живота немає.

 ***Патологія*:** При поверхневій орієнтовній пальпації живіт напружений і болісний в епігастральній ділянці, розходження прямих м'язів живота немає.

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ**

**1. «Вірхова залоза» – характерна ознака для:**

А. Гепатиту

В. Панкреатиту

С. Перитоніту

D. Раку шлунка

E. Коліту

**2. Випинання пупка характерно для:**

A. Ожиріння

B. Перитоніту

C. Асциту

D. Метеоризму

E. Кишкової непрохідності

**3. Відставання передньої черевної стінки під час дихальних рухів характерно для:**

A. Холециститу

B. Асциту

C. Ожиріння

D. Перитоніту

E. Гастриту

**4. Під час огляду живота хворого з портальним цирозом печінки визначається:**

A. Здуття живота

B. Втяжіння пупка

C. Асиметрія живота

D. Асцит, «голова медузи»

E. Видима перистальтика

**5. Збільшення в розмірі живота може спостерігатися при наявності:**

A. Виразкової хвороби

B. Хронічного панкреатиту

C. Гастриту

D. Езофагіту

E. Цирозу печінки

**6. Розпластаний («жаб'ячий») живіт виявляється при наявності:**

A. Метеоризму

B. Перитоніту

C. Асциту

D. Ожиріння

E. Кісти підшлункової залози

**7. Розширення навколопупкових вен відзначається при наявності:**

A. Стенозу воротаря

B. Хронічного холециститу

C. Цирозу печінки

D. Хронічного гепатиту

E. Коліту

**8. Видима перистальтика спостерігається при наявності:**

A. Коліту

B. Стенозу воротаря

C. Метеоризму

D. Перитоніту

E. Ентериту

**9. Телеангіоектазії характерні для:**

A. Виразкової хвороби

B. Грижі стравохідного отвору діафрагми

C. Панкреатиту

D. Цирозу печінки

E. Ентериту

**10. Напруження м'язів передньої черевної стінки характерно для:**

A. Асциту

B. Перитоніту

C. Ожиріння

D. Кишкової непрохідності

E. Виразкової хвороби

**11. Резистентність м'язів передньої черевної стінки спостерігається при наявності:**

A. Метеоризму

B. Ожиріння

C. Перитоніту

D. Виразкової хвороби

E. Езофагіту

**12. Болісність у точках Ланца й Мак-Бурнея визначається при наявності:**

A. Гострого панкреатиту

B. Гострого апендициту

C. Виразкової хвороби

D. Гострого холециститу

E. Кишкової непрохідності

**13.** Хворий Б., 38 років, скаржиться на утруднення ковтання твердої їжі, блювоту, що приносить полегшення, зниження маси тіла.

*В анамнезі:* отруєння лугою. *Огляд:* шкірні покриви бліді, хворий виснажений. При поверхневій пальпації живіт м'який, безболісний, печінка в розмірах не збільшена. Випорожнення без особливостей.

*Про ураження якого органа можна думати?*

А. Шлунка

B. Кишечника

C. Стравоходу

D. Підшлункової залози

E. Печінки

**14.** Хвора Н., 33 років, доставлена в клініку у зв'язку із втратою свідомості. Скаржиться на слабість, запаморочення, біль в ділянці серця.

*Анамнез.* Протягом року турбує печія, що виникає через 20-30 хвилин після вживання їжі, особливо гострої, іноді навіть уночі. Стан погіршився раптово під час повернення з роботи. *Огляд:* блідість шкірних покривів. Пульс – 110 уд. за хвилину, слабкого наповнення, ритмічний. АТ – 90/60 мм рт. ст. *Аускультація:* тони серця ослаблені, ритмічні, систолічний шум над верхівкою. *При пальпації* живіт м'який, відзначається нерізка болісність в епігастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини відсутні.

*Ваш попередній діагноз?*

А. Гастрит

B. Неускладнена виразкова хвороба

C. Виразкова хвороба, ускладнена шлунково-кишковою кровотечею

D. Панкреатит

E. Перитоніт

**15.** Хворого Г., 60 років, турбує відчуття важкості в епігастральній ділянці, відраза до м'ясної їжі, блювота їжею, з'їденою напередодні, зниження маси тіла.

*В анамнезі*: виразкова хвороба шлунка. *Огляд:* блідість шкірних покривів, виражене схуднення, над лівою ключицею пальпується щільний лімфатичний вузол. Визначається вибухання черевної стінки в епігастральній ділянці. *При пальпації живота* в епігастральній ділянці, більше ліворуч від серединної лінії пальпується утворення, розміром 3×4 см. *Загальний аналіз крові:* Hb – 90 г/л, лейкоцити – 12 × 109/л, ШОЕ – 43 мм/год. *При дослідженні вмісту шлунка* реакція на молочну кислоту позитивна.

*Ваш попередній діагноз?*

A. Виразкова хвороба

B. Панкреатит

C. Шлунково-кишкова кровотеча

D. Рак шлунка

E. Рак стравоходу

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

*Навчальне видання*

**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. Зауводити, увести до ладу. №\_\_\_\_. Ціна\_\_\_\_.

пр. науки, м.Харків, 4, ХНМУ, 61022

Редакційно-видавничий відділ