

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

**РОЗПИТ ТА ОГЛЯД ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ.
ОГЛЯД ТА ПОВЕРХНЕВА ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА.
МЕТОДИЧНА, ГЛИБОКА КОВЗНА ПАЛЬПАЦІЯ
ЗА ОБРАЗЦОВИМ-СТРАЖЕСКОМ**

Методичні рекомендації
для самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Харків – 2019

УДК 616.33/.34-071.1-071.4(072)

P65

Рецензенти:

Є. Я. Ніколенко – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна;

О. В. Дорошенко – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України.

*Затверджено до друку рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 1 від 30.10.2019 р.)*

P65

Розпит та огляд хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Огляд та поверхнева пальпація живота. Методична, глибока ковзна пальпація за Образцовим–Стражеском : методичні рекомендації для самостійної підготовки до практичних занять здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» / уклад. : М. С. Бринза, О. С. Махаринська, Е. В. Карнаух та ін. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2019. – 56 с. : веб-сайт : <http://medicine.karazin.ua/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-meditsini-i-fizichnoi-reabilitatsii-/navchalno-metodichni-materiali-dlya-studentiv>

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Надається орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти, де чітко визначені, послідовно та детально описані рекомендації щодо підготовки на кожному етапі практичного заняття. Наведено перелік основних теоретичних питань і практичних навичок, структура та зміст теми, надані тестові завдання для контролю вихідного та кінцевого рівня знань, вказана основна та додаткова література, у додатках є посилання на електронні ресурси навчально-методичних матеріалів кафедри.

УДК 616.33/.34-071.1-071.4(072)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2019

© Колектив укладачів, 2019

ЗМІСТ

Орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти під час підготовки до практичних занять	4
Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття «РОЗПИТ ТА ОГЛЯД ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ. ОГЛЯД ТА ПОВЕРХНЕВА ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА. МЕТОДИЧНА, ГЛИБОКА КОВЗНА ПАЛЬПАЦІЯ ЗА ОБРАЗЦОВИМ–СТРАЖЕСКОМ»	7
ОСНОВНІ ПИТАННЯ (основні теоретичні питання та основні практичні навички з теми практичного заняття)	7
Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ	8
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ	10
Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ	48
САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання за темою практичного заняття	50
Список рекомендованої літератури (основна, додаткова)	51
Додаток 1. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету	53
Додаток 2. ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна eKhNUiR	54
Додаток 3. Офіційна група у Facebook, що присвячена кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.	
Новини, оголошення, корисна інформація для студентів	55

ОРІЄНТОВНА КАРТА РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ПІДГОТОВКИ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Підготовчий етап:	
1.	Знати міждисциплінарну інтеграцію теми практичного заняття із набутими теоретичними знаннями та практичними навичками з базових дисциплін (медична біологія, медична та біологічна фізика, латинська мова, анатомія людини, нормальна та патологічна фізіологія, біологічна та біоорганічна хімія, патологічна анатомія, мікробіологія, вірусологія та імунологія, фармакологія, філософія тощо). Знати термінологію (і в латинській транскрипції).
2.	Мотиваційна характеристика та обґрунтування теми практичного заняття для формування клінічного мислення , зокрема для подальшого формування умінь застосовувати знання щодо діагностики основних симптомів і синдромів та можливостей сучасних лабораторно-інструментальних методів обстеження внутрішніх органів у процесі подальшого навчання та у майбутній професійній діяльності.
3.	Ознайомитися з видами навчальної діяльності, інформація за якими надана на довідкових стендах кафедри: тематично-календарні плани лекцій, практичних аудиторних занять та позааудиторна самостійна робота здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання, що відповідають Навчальному плану типової та робочої Програми навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини».
4.	Використання відповідної основної і додаткової навчально-методичної літератури : <ul style="list-style-type: none">● підручники та навчальні посібники (друковані та електронні варіанти), список яких наданий у цих методичних рекомендаціях після теоретичного розділу;● навчально-методичні матеріали кафедри (методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» до практичних занять та для позааудиторної самостійної

роботи);

● відвідування **лекцій** (аудиторне лекційне забезпечення навчального процесу з використанням презентацій multi-media) – згідно з тематично-календарним планом.

Для підготовки використовувати **друковані видання**, які можна отримати в бібліотеці, та/або **електронні версії** цих видань, що розміщені на офіційному сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments> (навігація за розділами: ... / Факультети / Кафедри / Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації) – див. Додаток 1;

та у відкритій інтерактивній базі електронного архіву ресурсів Репозитарію ХНУ імені В. Н. Каразіна <http://ekhnuir.univer.kharkov.ua> (навігація: Медичний факультет / Навчальні видання. Медичний факультет) – див. Додаток 2.

Бажано нотувати основні питання у вигляді конспектів.

Основний етап:

Практичні заняття тривалістю 4 академічні години проводяться на **клінічній базі кафедри** — спеціалізована медико-санітарна частина № 13 (Харків, Київський район, проспект Академіка Курчатова, 29) – майбутня університетська клініка ХНУ імені В. Н. Каразіна – див. Додаток 3.

Увага! Кожен здобувач вищої медичної освіти зобов'язаний мати медичний халат, змінне взуття, медичну шапочку, маску, бахіли, стетофонендоскоп, тонометр.

1. Для досягнення навчальної мети практичного заняття та засвоєння теоретичної частини теми треба **ВИВЧИТИ** та **ЗНАТИ** відповіді на **основні теоретичні питання** з теми заняття (див. перелік основних теоретичних питань), які будуть перевірятися викладачем шляхом усного та/або письмового опитування (корекція, уточнення, доповнення відповідей) на основному етапі проведення практичного заняття.
2. **ВМІТИ** вирішувати з поясненнями теоретичні, тестові (для контролю вихідного та кінцевого рівня знань), ситуаційні задачі та рецептурні завдання, які запропоновані для засвоєння теми.

<p>3. ОВОЛОДІТИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ з теми заняття:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Брати активну участь у демонстрації викладачем методики дослідження тематичного хворого та відпрацьовувати практичні навички біля ліжка хворого під контролем викладача. ● Провести курацію хворих, дати інтерпретацію отриманим лабораторним та інструментальним методам дослідження, вміти користуватися необхідними приладами та інструментами. ● Встановити синдромний діагноз, провести диференційний діагноз, проаналізувати принципи лікування, виписати рецепти на основні лікарські препарати.
<p>4. ВИКОНАТИ обов'язкові завдання, що передбачені для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи.</p>
<p>Заключний етап:</p>
<p>1. На підставі опанування теоретичних знань та практичних навичок з теми формувати клінічне мислення та навички встановлення синдромного діагнозу для подальшого навчання професії лікаря.</p>
<p>2. Написання відповідного розділу історії хвороби – за планом.</p>

За період вивчення дисципліни «**Пропедевтика внутрішньої медицини**» передбачено написання двох історій хвороби:

1) **Анамнестична історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання) — оформлюється до закінчення **осіннього семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

2) **Повна історія хвороби** (паспортна частина, скарги хворого, анамнез життя та захворювання, об'єктивне дослідження пацієнта, написання плану обстеження, трактовка результатів лабораторних та інструментальних досліджень, постановка синдромального діагнозу) — оформлюється до закінчення **весняного семестру** навчального року та надається викладачеві для перевірки і оцінювання.

**Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття
«РОЗПИТ ТА ОГЛЯД ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ. ОГЛЯД ТА ПОВЕРХНЕВА
ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА. МЕТОДИЧНА, ГЛИБОКА КОВЗНА
ПАЛЬПАЦІЯ ЗА ОБРАЗЦОВИМ-СТРАЖЕСКОМ»**

Підвищити рівень знань з питань етіології, патогенезу, класифікації, клініки та діагностики хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту. Навчитися здобувачам вищої медичної освіти 3-го року навчання сучасній тактиці ведення таких хворих.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ

**Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ЗНАТИ
(основні теоретичні питання):**

1. Визначення послідовості розпиту пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.
2. Навчити студентів розпізнавати основні симптоми та синдроми при захворюваннях органів травлення.
3. Основні правила огляду пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.
4. Навчити студентів самостійно трактувати результати проведених досліджень.

**Здобувач вищої медичної освіти 3-го року навчання повинен ВМІТИ
проводити (основні практичні навички з теми практичного заняття):**

1. обстеження живота;
2. огляд живота;
3. поверхневу пальпацію живота;
4. глибоку методичну ковзну пальпацію органів черевної порожнини за Образцовим-Стражеском;

5. виявлення ознак асцити;
 6. перкусія, пальпація печінки;
 7. перкусія, пальпація селезінки;
 8. симптоми подразнення черевини;
 9. огляд шкіри та слизових оболонок.
-

Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. В нормі лімфатичні вузли:
 - A. Не пальпуються;
 - B. Пальпуються діаметром 1–2 мм.
 - C. Пальпуються діаметром 3–4 мм.
 - D. Пальпуються діаметром 4–5 мм.
 - E. Пальпуються діаметром 5–6 мм.
2. Викладач разом із студентом оглядали хворого. Після проведення суб'єктивного обстеження студент отримав завдання виділити основні скарги хворого і другорядні. Що належить до основних скарг?
 - A. Скарги, характерні для основної патології.
 - B. Скарги, що супроводжують супутнє захворювання.
 - C. Скарги загального характеру (Слабкість, погане самопочуття, знижений апетит, поганий сон).
 - D. Скарги, які найбільше турбують хворого.
 - E. Скарги, які, на думку лікаря, можуть призвести до загрозливого для життя стану.
3. Від чого залежить колір шкіри:
 - A. Від впливу гемоглобіну.
 - B. Від кровонаповнення судин шкіри.
 - C. Від товщини шкіри.
 - D. Від кількості пігменту.
 - E. Від переліченого вище.
4. Гіперстенічний тип конституції характеризується:
 - A. Переважанням повздовжніх розмірів над поперечними.

- В. Переважанням поперечних розмірів над поздовжніми.
 - С. Дещо зниженим ат.
 - Д. Підвищеним ат.
 - Е. Гіперфункцією наднирників і статевих залоз.
5. З якої системи починають розпитування за системами і органами?
- А. З ураженої.
 - В. З травної.
 - С. З дихальної.
 - Д. З будь-якої.
 - Е. Зі здорової.
6. Загальний огляд – це:
- А. Огляд шкірних покривів і слизових.
 - В. Огляд ділянки, де локалізується паталогічний процес.
 - С. Оцінка загального стану хворого.
 - Д. Огляд усього тіла з голови до ніг незалежно від локалізації патологічного процесу.
 - Е. Огляд окремих частин тіла.
7. Лікар провів суб'єктивне обстеження хворого. Який висновок має тепер зробити лікар?
- А. Визначити, яка система уражена, взаємозв'язок скарг та який перебіг має хвороба.
 - В. Визначити клінічний діагноз.
 - С. Оцінити загальний стан хворого.
 - Д. Поставити попередній діагноз.
 - Е. Спланувати методику лікування хворого.
8. В гістологічному препараті представлений поперечний зріз стінки порожнистого органу, слизова оболонка якого вкрита багат шаровим плоским незроговілим епітелієм. Який це орган?
- А. Дно шлунка.
 - В. Пілоричний відділ.
 - С. Кардіальний відділ.

- D. Стравохід.
E. Перехід стравоходу в шлунок.
9. Як називаються клітини екзокринної частини підшлункової залози?
- A. Центроацинозні клітини.
B. Ацино-інсулярні клітини.
C. Ендокринні панкреатоцити.
D. Екзокринні панкреатоцити.
E. Інсулоцити.
10. Що таке зимоген в екзокринних панкреатоцитах?
- A. Диктіосоми комплексу Гольджі.
B. Активні ферменти.
C. Скупчення полісом.
D. Неактивні ферменти.
E. Скупчення мітохондрій.

Еталони відповідей: 1–А, 2–А, 3–Е, 4–В, 5–А, 6–D, 7–А, 8–D, 9–D, 10–D.

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ

Актуальність. Органи травлення утворюють єдину систему, що займає важливе місце в обміні речовин в організмі. Основна функція їх, під якою розуміють сукупність процесів, що забезпечують механічну та хімічну переробку харчових продуктів, перетворення їх у компоненти, які не мають видової специфічності та придатні до всмоктування та участі в обміні речовин організму. Складність інтерпретації клінічних симптомів у багатьох пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту диктує необхідність в знаннях та використанні на практиці знань методики збору скарг, анамнезів, навичок у проведенні фізикального обстеження хворих, сучасних методів дослідження, в тому числі інструментальних. Вірна інтерпретація отриманих даних дозволяє вірно призначити симптоматичну терапію.

ЗАГАЛЬНИЙ ОГЛЯД ХВОРИХ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

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 (*езофагеальний 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 – відразу 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 передують 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 тону 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 випорожнення (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 такими ознаками:

а) гостра кровотеча: раптова 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 (melena)** – чорного або дьогтеподібного випорожнення, поява якого свідчить про вилиття 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 зазвичай передусе появи червонуватих випорожнень.

При захворюваннях органів травлення необхідно з'ясувати такі **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.

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 такі характерні зміни (*табл. 1*).

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

Ознака	Патологічні зміни	Захворювання
Загальний стан	Від середньої важкості до вкрай важкого.	Гострі захворювання органів травлення Загострення хронічних захворювань органів травлення. Злоякісні пухлини органів травлення. Перитоніт. Абсцес печінки. Цироз печінки із хронічною печінковою недостатністю.
Свідомість	<ul style="list-style-type: none"> • Затьмарена. • Ейфорія. 	Перитоніт. Печінкова кома (інтоксикація центральної нервової системи).
Положення (вимушене)	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	Гострий апендицит. Інтенсивний біль у животі (напад холециститу, панкреатиту). Виразкова хвороба шлунка (з локалізацією по передній стінці) або дванадцятипалої кишки. Виразкова хвороба шлунка з локалізацією по задній стінці, панкреатит. Виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки.

	<ul style="list-style-type: none"> • Сидячи з опущеною головою й приведеними колінами до грудної клітки. • Колінно-ліктьове положення. • Сидячи з опущеними ногами, сильно нахилившись уперед, притискаючи кулаками передню черевну стінку. 	<p>Пухлина шлунка або голівки підшлункової залози.</p> <p>Рак тіла підшлункової залози.</p>
Хода	Горда.	Масивна пухлина в черевній порожнині. Асцит.
Постава	Сутула.	Виразкова хвороба, ускладнена стенозом воротаря. Хронічний панкреатит із синдромом мальабсорбції. Неспецифічний виразковий коліт. Злоякісні новоутворення (прогресуюча стадія).
Конституція	Астенічний тип. Гіперстенічний тип.	Гастрит. Виразкова хвороба. Жовчокам'яна хвороба. Холецистит.
Обличчя	Обличчя Гіппократа.	Перитоніт.
Зовнішній вигляд (<i>habitus</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Хворий виглядає старше паспортного віку. • Хворий виглядає молодше паспортного віку. 	<p>Мікронодулярний цироз печінки.</p> <p>Злоякісні пухлини органів травлення.</p> <p>Синдром Моріака – комбінація вродженого цирозу печінки із цукровим діабетом.</p>
Шкіра: (<i>колір</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Виражена блідість. • блідість із ділянками ціанозу. 	<p>Стравохідна, шлункова, кишкова кровотеча.</p> <p>Гострий панкреатит.</p> <p>Хронічний гепатит.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Брудно-білий колір. • Жовтяничність на тлі блідості. • Субіктеричність (жовтяничний відтінок). • Жовтогарячий відтінок (rubicterus) – паренхіматозна жовтяниця. • Жовто-зелений відтінок (verdincterus) – механічна жовтяниця. • Інтенсивна прогресуюча жовтяниця, часто темно-бура, майже чорна (icterus melas). • Гіперемія тенара й гіпотенара ("печінкові долоні"). 	<p>Метастазування пухлини в печінку.</p> <p>Застійна печінка (при порушенні кровообігу).</p> <p>Вірусний гепатит (хвороба Боткіна).</p> <p>Гострий калькульозний холецистит, жовчокам'яна хвороба, пухлина голівки підшлункової залози.</p> <p>Тривалий перебіг механічної жовтяниці.</p> <p>Цироз печінки.</p>
<p><i>Розчухи</i></p> <p><i>Шкірні елементи</i></p>	<p>Розчухи на шкірі.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Петехії, синці, крововиливи. • Телеангіоіктазії («судинні зірочки»). • Ксантоматоз (відкладання холестерину під шкірою). • Ксантелазми (відкладання холестерину в шкірі повік). 	<p>Механічна, рідше паренхіматозна жовтяниця.</p> <p>Цироз печінки, ехінококкоз, пухлина печінки</p> <p>Цироз печінки.</p> <p>Порушення ліпідного обміну, у першу чергу, холестеринового.</p> <p>Порушення ліпідного обміну, у першу чергу, холестеринового.</p>

Місцева пігментація шкіри	В ділянці правого підребер'я.	Хронічний холецистит (при тривалому застосуванні грілки).
Підшкірно-жирова клітковина	Виражене схуднення (кахексія).	Рак стравоходу, шлунка. Стеноз воротаря (запущена стадія). Хронічний панкреатит (важкий перебіг, приєднання цукрового діабету).
Деривати шкіри	<ul style="list-style-type: none"> • «Барабанні палички», «нігті Гіппократа». • Білі нігті. • Порушення росту волосся на обличчі у чоловіків у комбінації з генікомастією. 	Цироз печінки, частіше міліарний. Хронічні захворювання печінки, обумовлені порушенням обміну й накопиченням естрогенів і серотоніну. Цироз 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 дефектів; 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	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність значної кількості зубів. • Запальні флегмонозні процеси дна порожнини рота. • Паріозні зуби, стоматити, гінгівіти, тонзиліти. 	<p>Порушення акту пережовування їжі. Утруднене ковтання.</p> <p>Джерело інфекції органів травлення.</p>
Язик	<ul style="list-style-type: none"> • Чистий і вологий. • Чистий, гіперемірований з вираженим розвитком сосочків. • Обкладений сірувато-білим нальотом. • Обкладений сіруватим або сірувато-жовтуватим нальотом. • Гладкий, гіперемований із згладженими сосочками («лакований» язык). • Сухий. • Сухий, незначно обкладений білуватим нальотом. • Сухий, спочатку обкладений білуватим, потім темним нальотом, спинка язика вкрита тріщинами. 	<p>Неускладнена виразкова хвороба.</p> <p>Підвищена секреторна функція шлунка.</p> <p>Гострий гастрит.</p> <p>Хронічний гастрит.</p> <p>Атрофічний гастрит, рак шлунка, хронічний коліт.</p> <p>Гострий панкреатит.</p> <p>Гострий апендицит.</p> <p>Перитоніт.</p> <p>Цироз печінки.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Малиновий язик («печінковий язик»). • Обкладений помірно білуватим нальотом. • Збільшений язик. 	<p>Гострий коліт.</p> <p>Запальні процеси в товщі язика, пухлини.</p>
--	---	---

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 низці 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 такі ознаки:

- *форма живота* (залежить від конституції) – овальний, плескатий, круглий;
- *величина живота* – не збільшений;
- *симетричність живота* – симетричний;
- *участь передньої стінки живота в акті дихання* – не бере, бере;
- *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 стани і захворювання
Форма	Яйцеподібна з опуклістю посередині. Куляста. «Жаб'ячий живіт». Відвислий живіт.	Велика кіста яєчника. Метеоризм. Асцит (у горизонтальному положенні хворого). Асцит (у вертикальному положенні хворого).

Величина	Втягнутий. Збільшений.	Підвищення тонусу черевних м'язів, виснаження, стеноз стравоходу, воротаря Метеоризм, асцит, ожиріння, пухлина (яєчника, матки), кіста (яєчника, матки).
Симетричність	Асиметричний.	Гепатомегалія. Спленомегалія. Велика пухлина шлунка, кишечника, сальника. Велика кіста чи пухлина підшлункової залози. Збільшення нирки. Великі кісти чи пухлини статевих органів.
Обмежені випинання на черевній стінці	Присутні.	Післяопераційна грижа. Розходження прямих м'язів живота. Розширення пупкового кільця. Ліпома. Пухлина.
Положення пупка	Згладжений. Випнутий.	Метеоризм, ожиріння. Асцит, пупкова грижа.
Шкіра живота	Блискуча і напружена.	Набряк і розтягнення черевного преса.
Видима перистальтика шлунка та / чи кишечника	Визначається.	Стеноз воротаря. Антиперистальтичні рухи – наявність перешкоди для просування харчових мас (пухлина).
Вираженість підшкірних вен	Вище пупка. Навколо пупка – «голова медузи».	Тромбоз і стискання нижньої порожньої вени. Цироз печінки, тромбоз і стискання воротної вени.
Шкірні елементи	Телеангіоектазії.	Цироз печінки.

Крововиливи	Петехії.	Цироз, ехінококоз печінки.
Рубці	Післяопераційні.	Гастроектомія. Холецистектомія. Грижорозтинання. Апендектомія.

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, за 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.

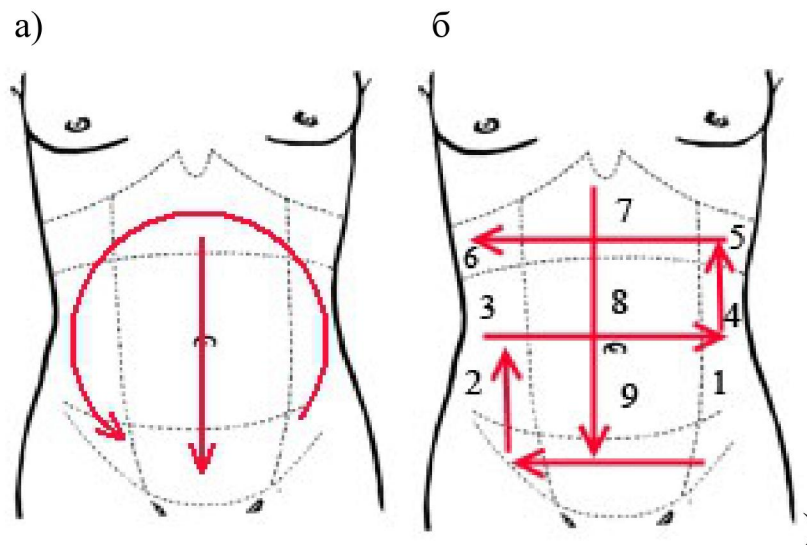
Цілі поверхневої пальпації живота:

- 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 пліском 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 такі ділянки: ліву клубову, ліву бічну, ліву підреберну, епігастральну, праву підреберну, праву бічну, праву клубову, навколопупкову, надлобкову (*мал. 1а*).



Мал. 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 гризових випинань немає.

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

Резистентність черевної стінки спостерігається при локальному запальному процесі органів черевної порожнини за 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.

ГЛИБОКА КОВЗНА МЕТОДИЧНА ПАЛЬПАЦІЯ ВІДДІЛІВ КИШЕЧНИКА, ПЕЧІНКИ, СЕЛЕЗІНКИ

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

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–Стражеском. 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 пліском 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. Залежно 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 із зовнішнього боку живота, використовуючи наведену вище 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: у людей 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, сигмоїдит, 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: сигмоїдит, дизентерія);
- поява гурчання (сигмоїдит, дизентерія);
- збільшення рухливості (при подовженні брижі);
- втрата рухливості (пухлина, перисигмоїдит).

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, доходючи 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 caecalis 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 догори 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 соесит і проводить пальпацію зсередини назовні (зліва направо) і зверху вниз. При цьому зручно вести прощупування по т. рsoas 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 припадає 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. Долонню 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 неї на 2–3 см, але на практиці цей відділ кишечника зазвичай прощупують до обстеження шлунка. 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 згори донизу. 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 гуркітливою і безболісною.

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).

ФІЗИКАЛЬНЕ 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 згори донизу, поступово переходячи до шлунка. Стетоскопом вислуховують перкуторні звуки над шлунком. Межа переходу голосного тимпанічного звуку в глухий відповідає межі шлунка. Іноді перкуторний звук замінюють 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 низки факторів (вгодваність, ступінь наповнення шлунка і кишечника).

Методика пальпації великої кривизни шлунка

Після визначення нижньої межі шлунка застосовують глибоку ковзну пальпацію. Для цього руку ставлять у поздовжньому 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 із зовнішнього його краю. Воротар пальпують згори донизу 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. Medioclavicularis dextra). Для цього палець-плесиметр розташовують паралельно очікуваній верхній межі і проводять тиху перкусію згори донизу 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. medioclavicularis 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 IX 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–Стражеском. 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 пліском з випрямленими II-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 потрапляє 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. axillaris anterior dextra та l. medioclavicularis dextra по краю реберної дуги, по l. mediana anterior 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 процесу на серозний покрив печінки (перигепатит).

За наявності асцити, 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.

За наявності вираженого асцити 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 просуваючись 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'якоть 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 потім 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 (асцит) 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 флюктуації.

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 таких положеннях хворого: вертикальному, горизонтальному, на боці.

У вертикальному положенні хворого (рідина стікає вниз) перкусія проводиться зверху вниз по середній лінії. За 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 (навколупупкова 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. Коливання рідини, що при цьому виникають, передаються на ліву руку. Однак не завжди вдається відчутти коливання за наявності асцитичної рідини, а іноді цей симптом позитивний за відсутності вільної рідини (ожиріння, м'який 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. За 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 низці 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 із 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 у 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 навколопупкової 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. Стражеском): 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 кишечником, 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 – плесиметр ставлять біля краю лівої реберної дуги перпендикулярно X ребру. Перкутують від краю реберної дуги безпосередньо по X ребру. На місці виявлення притупленого звуку ставлять відмітку (перша точка) по краю пальця, зверненого до тимпанічного звуку.

Другий момент. Палець – плесиметр ставлять перпендикулярно до X 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 її довжину ділять на 2 частини і проводять перкусію від визначеної точки по перпендикуляру до X ребра. Спочатку рухаються догори від тупого звуку до ясного (третья 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 X 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 X 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 – Стражеском

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 пливком 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 зі злегка зігнутими пальцями пливком розташовують у лівому підребер'ї, перпендикулярно реберній дузі (краю селезінки). Кінчики пальців повинні знаходитися в куті між X і XI 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 для 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 разі гострого застою в селезінці крові.

Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. «Вірхова залоза» – характерна ознака для:

- A. Гепатиту.
- B. Панкреатиту.
- C. Перитоніту.
- D. Раку шлунка.
- E. Коліту.

2. Випинання пупка характерно для:

- A. Ожиріння.
- B. Перитоніту.
- C. Асцити.
- D. Метеоризму.
- E. Кишкової непрохідності.

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

- A. Холециститу.
- B. Асцити.
- 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 за наявності:
- A. Виразкової хвороби.
 - B. Хронічного панкреатиту.
 - C. Гастриту.
 - D. Езофагіту.
 - E. Цирозу печінки.
6. 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.
7. 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.
8. Пальпація селезінки здійснюється в положенні:
- A. Вертикальному.
 - B. На спині.
 - C. На животі.

- D. На правому боці.
 - E. На лівому боці.
9. 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.
10. Фізичний метод, що дозволяє оцінити рухову функцію кишечника
- A. Поверхнева пальпація.
 - B. Перкусія.
 - C. Глибока методична пальпація.
 - D. Аускультация.
 - E. Огляд.

Еталони відповідей: 1–D, 2–C, 3–D, 4–D, 5–C, 6–C, 7–B, 8–D, 9–B, 10–C.

САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання
за темою практичного заняття

1. Провести курацію хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту.
2. Дати інтерпретацію отриманим лабораторним методам дослідження.
3. Дати інтерпретацію отриманим інструментальним методам
Дослідження.
4. Дати інтерпретацію даним, отриманим при пальпації живота.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Ковалева О. Н. Пропедевтика внутренней медицины : учебник / О. Н. Ковалева, Н. А. Сафаргалина-Корнилова. – К. : Медицина, 2013. – 752 с. + илл. URI : <http://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/4792>
2. Малая Л. Т. Терапия / Л. Т. Малая, В. Н. Хворостинка – 2-е изд. испр. и доп. – Х. : Фолио, 2005. – 879 с.
3. Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник + комплект з 4-х CD (ВНЗ III-IV р.а.) / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Є. М. Нейко та ін.; за ред. проф. О. Г. Яворського. 4-е вид., виправл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2016. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Р. Я. Дутка та ін.; за ред. проф. О. Г. Яворського. 3-е вид., виправл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2013. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл.
5. Ганджа Ш. М. Внутрішні хвороби / Ш. М. Ганджа, В. М. Коваленко, Н. М. Шуба та ін. – К.: Здоров'я, 2002. – 992 с.
6. Швець Н. І. Еталони практичних навиків з терапії. / Н. І. Швець, А. В. Підаєв, Т. М. Бенца та ін. – Київ : Главмеддрук, 2005, – 540 с.
7. Терапевтическая гастроэнтерология : Руководство для практических врачей / В. Н. Хворостинка, Н. И. Яблучанский, С. Н. Панчук, Л. М. Пасиешвили под ред. В. Н. Хворостинки и Н. И. Яблучанского. – Х. : Основа, 1999. – 368 с.
8. Нейко В. Є. Розпитування та фізикальне обстеження хворого терапевтичного профілю : навч. посібник / В. Є. Нейко, І. В. Тимків, М. В. Близнюк та ін. – Івано-Франківськ : Нова зоря, 2011. – 144 с.
9. Андрейчин М. А. Методика обстеження терапевтичного хворого : навч. посіб. / М. А. Андрейчин, Н. А. Бількевич, Т. Ю. Чернець. – Тернопіль : ТДМУ, 2015. – 260 с.

Додаткова:

1. Пропедевтика внутренних болезней под. ред. В. Х. Василенко, А. Л. Гребенева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Медицина, 1982. – 640 с.
2. Хворостінка В. М. Факультетська терапія : підручник / Т. А. Моїсеєнко, Л. В. Журавльова. – Х. : Факт, 2000. – 888 с.
3. Передерий В. Г. Основы внутренней медицины : Том 1. Учебник / В. Г. Передерий, С. М. Ткач. – К. : 2009. – 784 с.
4. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю. І. Децик, О. Г. Яворський, Р. Я. Дутка та ін.; за ред. проф. О. Г. Яворського. 3-е вид., виправл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2013. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний внутренних органов : т. I / под ред. О. Я. Бабака. – Х. : Здоровье Украины, Доктор Медиа, 2009. – 586 с.
5. Шулипенко И. М. Пропедевтика внутренней медицины : общая семиотика и диагностика. / И. М. Шулипенко. – К. : Медицина, 2008. – 304 с.
6. Швец Н. И. Неотложные состояния в клинике внутренней медицины / Н. И. Швец, А. В. Пидаев, Т. М. Бенца и др. – Киев, 2006. – 752 с.
7. Kovalyova O. M. Propedeutices to Internal Medicine Part 2. / O. M. Kovalyova, S. O. Shapovalova, O. O. Nizhegorodsteva. – Vinnitsya : Nova knyha, 2007. – 264 p.
8. Soehendra N. Therapeutic Endoscopy. Color Atlas of Operative Techniques for the Gastrointestinal Tract / Nib Soehendra, Kenneth F. Binmoeller, Hans Seifert. – Stuttgart, New York, 2005. – 680 p.

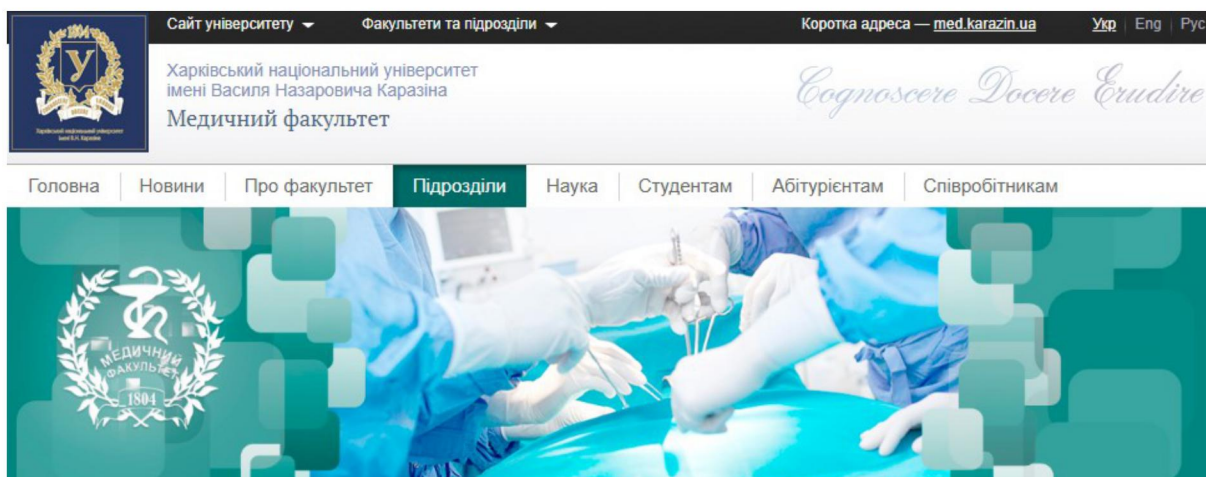
Офіційний сайт: <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments>



Медичний

Кафедри

Пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
<http://medicine.karazin.ua/departments/kafedri/kafedra-propedevtiki-vnutrishnoi-meditsini-i-fizichnoi-reabilitatsii->



- **Кафедра пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації**
- Історія кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Забезпечення кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Завідувач кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Кадровий склад кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Навчальна робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Дисципліни кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Методична робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Наукова робота кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Клінічні бази кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- Контакти кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
- **Навчально-методичні матеріали для студентів**

ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ

Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна

<http://ekhnuir.univer.kharkov.ua/>

eKhNUIR

Пошук у бібліотеці

 Знайти[Розширений пошук](#)[Пошук за темами](#)[Головна сторінка](#)

Перегляд

[Розділи та колекції](#)[За датою випуску](#)[Автори](#)[Назви](#)[Теми](#)[За датою надходження](#)

Зареєстрованим:

[Отримувати оновлення по e-mail](#)[Мій архів](#)
зареєстрованим користувачам[Редагувати профіль](#)[Довідка](#)[Про Dspace](#)

eKhNUIR - Electronic Kharkiv National University Institutional Repository

Ласкаво просимо до Електронного архіву Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна!

Електронний архів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна наповнюється наступними матеріалами: наукові публікації працівників та студентів Каразінського університету, статті з наукових журналів, монографії, дисертаційні матеріали, навчально-методичні розробки. Наукові публікації студентів розміщуються за умови наявності рецензії наукового керівника.

Репозитарій Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна має власний **ISSN 2310-8665**. Тим самим, репозитарій отримав статус повноцінного електронного видання (ресурсу, що постійно оновлюється), в якому можна публікувати результати досліджень як в першоджерелі, нарівні з друкованими періодичними виданнями.

Пошук

Введіть ключові слова для пошуку ресурсів в архіві електронних ресурсів.

Спільноти

Виберіть спільноту для перегляду її колекцій.

[Медичний факультет](#)[eKhNUIR >](#)

Медичний факультет : [1229]

Головна сторінка спільноти

У: Медичний факультет	<input type="text"/>	<input type="button" value="Перейти"/>
або переглянути	<input type="button" value="За датою надходження"/>	<input type="button" value="Теми"/>
	<input type="button" value="Назви"/>	<input type="button" value="Автори"/>
	<input type="button" value="За датою випуску"/>	

Колекції цієї спільноти

- [Із історії харківської медичної школи](#) [281]
- [Кваліфікаційні випускні роботи здобувачів вищої освіти. Медичний факультет](#) [0]
- [Навчальні видання. Медичний факультет](#) [257]
- [Наукові видання. Медичний факультет](#) [62]
- [Наукові роботи. Медичний факультет](#) [524]
- [Наукові роботи студентів та аспірантів. Медичний факультет](#) [105]

[Перегляд статистики](#)



Propaedeutics of
Internal Medicine
and Phy. Rehab.
Dep V.N.Karazin
KhNU

**Кафедра пропедевтики
внутрішньої медицини і
фізичної реабілітації
ХНУ імені В. Н. Каразіна**

**Department of
propaedeutics
of internal medicine and
physical rehabilitation
V. N. Karazin KhhNU**

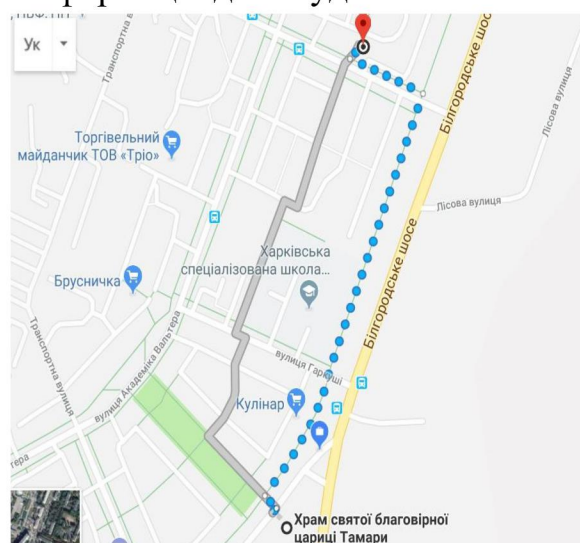


Офіційна група у **Facebook**, що присвячена
кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна.

Новини, оголошення, корисна інформація для студентів.

Як дістатися? База кафедри знаходиться
у красивому, затишному місці, далеко
від метушні великого міста.

Наша адреса: проспект Академіка
Курчатова, 29. Ви можете дістатися
цього місця просто з центру міста,
скориставшись автобусом 296е (автобус
здійснює посадку пасажирів просто біля
станції метро "Держпром"), доїхати
треба до зупинки "Церква", і далі пройти
приблизно 600 метрів. Ви на місці!



Навчальне видання

Бринза Марія Сергіївна – зав. каф., к.мед.н., доцент
Махаринська Олена Сергіївна – к.мед.н., доцент
Карнаух Елла Володимирівна – к.мед.н., доцент
Матюхін Павло Володимирович – к.мед.н., доцент
Пірятінська Наталія Євгенівна – к.мед.н., доцент
Айдінова Ельвіра Аліярівна – асистент
Вороненко Олена Сергіївна – асистент
Галдзицька Ніна Петрівна – асистент
Золотарьова Тетяна Володимирівна – асистент
Ларіонова Віола Миколаївна – асистент
Лахоніна Арина Ігорівна – асистент
Лісова Наталія Олександрівна – асистент
Октябрєва Ірина Іванівна – асистент
Павлова Даяна Юріївна – асистент
Целік Наталія Євгенівна – асистент
Швець Юліан Миколайович – асистент
Шокало Ірина Володимирівна – асистент

РОЗПИТ ТА ОГЛЯД ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ. ОГЛЯД ТА ПОВЕРХНЕВА ПАЛЬПАЦІЯ ЖИВОТА. МЕТОДИЧНА, ГЛИБОКА КОВЗНА ПАЛЬПАЦІЯ ЗА ОБРАЗЦОВИМ-СТРАЖЕСКОМ

Методичні рекомендації
для самостійної підготовки до практичних занять
здобувачів вищої медичної освіти 3-го року навчання з дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»

Коректор *О. В. Пікалова*



Електронна публікація на офіційному веб-сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна — сторінка кафедри пропедевтики внутрішньої медицини і фізичної реабілітації медичного факультету, розділ «Навчально-методичні матеріали для студентів / Методичні рекомендації»