

Міністерство охорони здоров'я України
Запорізький державний медичний університет
Кафедра загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

до практичних занять з навчальної дисципліни
«Пропедевтика внутрішньої медицини»
для студентів II курсу, спеціальність **«Стоматологія»**
та викладачів

Тема 5: «Методи дослідження органів травлення. Розпитування та загальний огляд хворих з патологією травної системи. Основні синдроми в гастроентерології. Зміни в ротовій порожнині при захворюваннях ШКТ».

Запоріжжя

2020

Затверджено:

на засіданні кафедри загальної практики –
сімейної медицини

та внутрішніх хвороб ЗДМУ

протокол № 13.1 від 20 травня 2020 р.

на ЦМК з терапевтичних
дисциплін ЗДМУ

протокол № 10 від 21 травня 2020 р.

Рецензенти:

Доценко С. Я. – д-р мед.наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 3 ЗДМУ;

Кисельов С.М. – д-р мед.наук, професор кафедри внутрішніх хвороб 1 ЗДМУ.

Автори:

Михайловська Н.С., д.мед.н., професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Шершньова О.В., к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Грицай Г.В., к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Кулинич Т.О., к.мед.н., доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Лісова О.О., к.мед.н., асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Стецюк І.О., асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Методичні рекомендації складені відповідно до робочої програми з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для студентів-стоматологів. Методичні рекомендації мають на меті допомогти студентам підготуватися до практичних занять та краще засвоїти матеріал. Можуть бути використані у навчальному процесі студентів-стоматологів при вивченні дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини».

Тема 5. Методи дослідження органів травлення. Розпитування та загальний огляд хворих з патологією травної системи. Основні синдроми в гастроентерології. Зміни в ротовій порожнині при захворюваннях ШКТ

I. Актуальність теми: проведення правильної методики і техніки розпитування хворого, огляду, перкусії, аускультатії, поверхневої пальпації живота дозволяє у багатьох випадках швидко діагностувати патологічні зміни органів черевної порожнини, провести диференційну діагностику, а також аналізувати взаємозв'язок між результатами опитування та фізикальними методами обстеження травної системи та ідентифікувати основні патологічні синдроми, і в тому числі невідкладні стани. Проведення догляду за хворими з патологією органів травлення.

II. Загальна мета: вміти проводити розпитування та оволодіти фізикальними методами об'єктивного обстеження хворих з патологією органів травлення. Знати методи дослідження в гастроентерології, особливості догляду за хворими та надання першої допомоги хворим з патологією органів травлення. Інтерпретувати основні синдроми при патології органів травлення і давати клінічну оцінку отриманим даним. Відзначати зміни в ротовій порожнині при хворобах органів травлення.

III. Кінцеві цілі:

- вміти методично, правильно проводити розпитування хворого із патологією системи травлення, оцінити отримані дані, звернути увагу на особливості анамнезу та результати біофізичних досліджень при хворобах органів травлення, а також гепатобіліарної системи;
- вміти провести огляд, пальпацію, перкусію і аускультатію передньої черевної стінки і оцінити отримані дані, визначити клінічне значення виявлених симптомів;
- вміти визначити провідні клінічні симптоми і синдроми органів травлення;
- знати основні та додаткові методи дослідження системи ШКТ;
- вміти інтерпретувати лабораторні дослідження при захворюваннях органів травлення;
- вміти оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубощелепної системи на виникнення і перебіг захворювань органів травлення;
- визначитись у ролі та місці лікаря-стоматолога в профілактиці захворювань органів травлення та їх ускладнень.

IV. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня знань.

1. Хвора Н., 47 років скаржиться на розпираючий біль у правій половині живота з періодичним посиленням по типу зіткнень, нудоту, блювоту. Рік тому зроблена апендектомія, ускладнена обмеженим перитонітом. При огляді живіт роздутий, асиметричний. При пальпації локалізована болючість в правій половині живота, кишка збільшена в діаметрі, щільна. При аускультатії повна відсутність кишкових шумів. Які відділи кишечника проєктуються в правій половині клубової області?

- A. Висхідний відрізок товстого кишечника та сліпа кишка.**
- B. Спадний відрізок товстого кишківника.
- C. Сигмоподібна кишка.
- D. Тоща кишка.
- E. Поперечно-ободова кишка.

2. Хворий, скаржиться на розлиті, помірної інтенсивності біль у животі, відчуття «здуття», нудоту. Які з скарг хворого можуть служити підтвердженням метеоризму?

- A. Відчуття «здуття» живота.**
- B. Біль у животі.
- C. Нудота.
- D. Всі зазначені скарги.
- E. Жодна із зазначених скарг.

3. Для якого захворювання травної системи характерна «голодна» біль?

- A. Холецистит.
- B. Жовчо-кам'яна хвороба.
- C. Виразкова хвороба 12-ти палої кишки.**
- D. Коліт.
- E. Гепатит.

4. Хворий К., 38 років, скаржиться на інтенсивний біль в епігастрії, відчуття здуття живота, різку загальну слабкість. Відмічені скарги з'явилися раптово. З анамнезу відомо, що протягом 10 років страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки. При перкусії живота на всьому протязі, в тому числі і над печінкою, перкуторний звук голосний, тривалий, низький, дзвінкий. Лікар запідозрив наявність перфорації виразки у вільну черевну порожнину, що було підтверджено при подальшому обстеженні хворого. Який перкуторний звук визначається над всією поверхнею живота?

- A. Тупий.
- B. Притуплений.
- C. Тимпанічний.**
- D. притуплено-тимпанічний.
- E. Ясний.

5. Хворий І., 52 роки, поступив в клініку зі скаргами на відчуття тяжкості в епігастральній ділянці, поганий апетит, набряки, на нижніх кінцівках скуп на 6 кг за рік. При огляді живота хворого (нормостенік) виявлено наступне: живіт збільшений в об'ємі, пупок виступаючий, при перкусії тупий звук від рівня пупка донизу. Глибока пальпація живота утруднена. Велика кривизна шлунка знайдена аускультативно-фрикційним методом на 6 см вище пупка. Оцініть стан великої кривизни шлунка?

- A. Норма для астеника.
- B. Норма для нормостеніка.
- C. Норма для гіперстеніка.
- D. Підведена.
- E. **Опущена.**

6. Яка кількість шлункового соку виділяється за добу у людини?

- A. 1 літр.
- B. **2 - 2,5 літри.**
- C. 3,5 - 4 літри.
- D. 0,5 - 1 літр.
- E. 3 літри.

7. Які клітини виділяють соляну кислоту в шлунку?

- A. Головні клітини.
- B. **Обкладувальні клітини.**
- C. Келихоподібних клітини.
- D. Додаткові клітини.
- E. Циліндрові клітини.

8. Надчеревний кут це:

- A. **Епігастральний кут.**
- B. Кут, під яким ребра відходять від хребта.
- C. Кут, утворений тілом грудини і її рукояткою.
- D. Кут, який утворює грудина в яремній ямці.
- E. Кут, утворений ключицею і грудиною.

9. Для якої патології характерно обличчя «Гіппократу»?

- A. Ниркової коліки.
- B. **Запалення парієтальної очеревини при апендициті.**
- C. Метеоризму.
- D. Гіпосекреторному синдромі.
- E. Печінкової коліки.

10. При якій патології спостерігається підвищення непрямого білірубіну в крові?

- A. **Перниціозній анемії.**

- В. Механічній жовтяниці.
- С. Залізодефіцитній анемії.
- Д. Гемолітичній жовтяниці.**
- Е. Постгеморагічній анемії.

V. Основні питання за темою.

1. Загальні правила, методика розпитування хворого, специфіка скарг у хворих з патологією органів травлення.
2. Схема розташування областей черевної стінки.
3. Топографо-анатомічні особливості розташування органів в черевній порожнині.
4. Принципи, техніка огляду ротової порожнини. Діагностичне значення даних, отриманих при огляді.
5. Перкусія живота, фізичні основи перкусії.
6. Загальні правила, техніка, етапи проведення поверхневої і глибокої пальпації, діагностичне значення отриманих даних.
7. Провідні синдроми органів травлення та гепатобіліарної системи. Діагностичне значення даних, які отримані за допомогою основних і додаткових лабораторних методів.

VI. Практична робота – види та завдання.

1. Провести розпитування хворого із патологією органів травлення.
 2. Оцініть дані отримані при огляді ротової порожнини.
 3. Оцінити форму, розмір живота.
 4. Провести перкусію живота.
 5. Провести аускультацию живота.
 6. Провести поверхневу пальпацію живота.
 7. Провести пальпацію органів черевної порожнини за методом Образцова-Стражеска.
 8. Визначити нормальні параметри сигмовидної кишки.
 9. Визначити нормальні параметри сліпої кишки.
 10. Визначити нормальні параметри термінального відділу клубової кишки:
 - визначити нормальні параметри висхідній, низхідній кишки;
 - визначити нормальні параметри поперечно-ободової кишки.
 11. Використовувати клінічні, лабораторні та інструментальні:
 - методику отримання у хворих шлункового вмісту фракційним методом, оцінка стану секреторної функції;
 - методику дуоденального зондування;
 - методику проведення фіброколоноскопії, рентгенологічних методів дослідження ШКТ.
- методи дослідження для виявлення синдромів патології ШКТ

12. Оцінити діагностичне значення симптомів.

VII. Зміст теми.

Методика дослідження хворого з захворюваннями черевної порожнини.

Ротова порожнина.

Діагностичні дані одержані при дослідженні слизової оболонки рота, язика, зубів, вивченні слиновиділення та смакової функції, можуть вказувати на прояви патологічних змін і підтвердження патологічних синдромів з боку ШКТ. Наприклад, при подразненні шлунка і тонкого кишківника в порожнині рота з'являються виразки, при подразненні товстого кишківника - висипання і виразки; при холециститі ерозивні ділянки - виявляються головним чином на слизовій оболонці щік. У хворих з виразкою шлунка проявляється запальна форма пародонтозу (запалення зубо-ясенного карману і оголення шийок зубів). Часто Виразкова хвороба шлунка супроводжується рясним відкладенням зубного каменю і зменшенням кількості функціонуючих малих слинних залоз. При огляді порожнини рота можуть спостерігатися плями Філатова (при корі), білі бляшки молочниці (у хворих з імунodefіцитом), буро-коричневі плями (при Аддісоновій хвороби).

Зміна смаку.

Певне діагностичне значення мають також зміни смаку. Вони зустрічаються досить часто при інфекційних та шлунково-кишкових захворюваннях, при патології ротової порожнини і порожнини носа, при органічних захворюваннях головного мозку, при тривалому прийомі різних лікарських засобів. В основі зміни смаку лежить недостатній вміст в організмі міді та цинку. Особливо велику роль у змінах смаку відіграє дефіцит цинку в слині.

Слиновиділення.

Відому роль у розпізнаванні деяких хвороб відіграє аналіз слиновиділювальної діяльності. Підвищене слиновиділення - гіперсаливація, залежить від ряду причин і спостерігається при наступних фізіологічних і патологічних станах: при подразненні їжею, при дії парасимпатікоміметичних речовин - пілокарпіну, фізостигміну, мускарину та інших, при підвищеній секреції великих травних залоз у хворих з виразковою хворобою шлунка і патологією підшлункової залози, при отруєнні ртуттю або йодом, при рефлекторній дії слинних залоз у хворих страждаючих на глистяну інвазію, паркінсонізмі, сказі, при вагітності і блювоті, а так само при важких ураженнях деяких внутрішніх органів - ампули прямої кишки, сечового міхура, статевих органів. Зниження слиновиділення - гіпосаливація, з'являється при різних обставинах: при рефлекторному порушенні функції слинних залоз і від дії холінолітичних засобів, при хвилюванні і посиленому потінні, при порушенні водного обміну, після великих кровотеч і тривалого проносу, при ботулізмі, хворобах нирок, двосторонньому паралічі лицьового нерва.

Огляд язика.

Основну цінність при діагностики стану організму при огляді язика грають його колір, характер нальоту, стан сосочків, щільність і рухливість, особливості промови. Викривлення язика може бути обумовлено соматичними порушеннями. При патології тієї чи іншої половини тіла: лівої (селезінка, ліва легеня) або правої (печінка, права легеня) відповідна половина язика змінюється в обсязі, а кінчик його відхиляється. У нормі язик рожевий, вологий, з легким жовтуватим нальотом, при висуванні не відхиляється убік і не тремтить.

Лаковий язик характеризується яскраво-червоним забарвленням, він стає блискучим і гладким через атрофії сосочків. Зустрічається він при онкологічних захворювання ШКТ, важкому хронічному коліті, вираженому гіповітамінозі.

Волосатий язик - рідкісне захворювання, при якому відбувається зроговіння і розростання сосочків і фарбування їх в чорний або коричневий колір. Патологія часто розвивається після перенесених інфекційних захворювань, при хворобах шлунково-кишкового тракту і печінки, після антибіотикотерапії через активізацію грибкової мікрофлори. Певну роль відіграють фізико-хімічні чинники - алкоголь, куріння, прийом ліків. Чорний наліт язика може бути пов'язаний з перевагою в порожнині рота хромогенних грибків і особливостями харчування з вживанням забарвлених продуктів. У багатьох дітей чорний наліт на язика з'являється після ГРВІ та самостійно зникає через кілька тижнів після одужання. Лікування волохатого чорного язика проводиться стоматологом. Використовують кератолітичні засоби для розм'якшення щільного епітелію і протизапальні розчини з протигрибковою дією. У деяких випадках застосовують зрошення рідким азотом на кілька секунд, що сприяє відторгненню гіперплазованих сосочків. У початкових стадіях пелагри (дефіциту вітамінів групи В і РР) язик також покривається чорним або коричневим нальотом, важко знімається, з хворобливими тріщинами. На пізніх етапах цього захворювання він набуває типового лакованого червоного відтінку і його називають «кардинальським».

Ромбоподібний глосит - це хронічний запальний процес, при якому на язика розвивається характерне на вигляд і локалізації зміна у вигляді ромба. У задній третині язика, по середній лінії з'являється ділянка слизової оболонки ромбоподібної або овальної форми розміром 0,5-2,5 см, червоного або синюшного кольору, чітко окреслений від оточуючих тканин. Іноді ця ділянка вибухає над останньою поверхнею язика і виглядає як бруківка. Зрідка при ромбоподібному язика з'являються суб'єктивні відчуття у вигляді печіння і болю, сухості в порожнині рота. При ромбоподібному язика обов'язкове спостереження стоматолога, оскільки в поодиноких випадках можливе переродження слизової оболонки язика і розвиток злоякісних новоутворень.

Складчастий язик зустрічається при ураженнях центральної нервової системи та ендокринних органів, у тому числі ураженні гіпофіза. При дуже товстому язика з грубими поперечними борознами. Нерідко цей симптом

зустрічається при глибокій розумовій відсталості і психічних захворюваннях, особливо якщо пацієнт не дотримується щоденної гігієни порожнини рота. Складчастий язик може бути проявом синдрому Мелькерсона-Розенталя - захворювання неясної етіології, при якому спостерігаються рецидивуючі опухання в області щік, губ і язика в поєднанні з парезом лицьового нерва. Стоматологи диференціюють складчастий язик у дорослих також з склерозуючим глоситом, який розвивається при третинному сифілісі.

Тифозний язик - одна з найбільш ранніх ознак черевного тифу. Він відрізняється потовщенням, наявністю сірувато-білого нальоту з яскравою гіперемією вільних від нальоту кінчика і країв, на яких добре видно відбитки зубів.

Фулігінозним називають язик при важких гарячкових станах. Це сухий язик з темно-коричневим або чорним нальотом.

Малиновий колір язика дуже характерний для скарлатини, також з'являється при ожирінні і хронічному алкоголізмі, синюшний - при серцево-судинній недостатності.

Білий колір язика характерний для різних запальних захворювань органів травлення, особливо кишківника.

Обов'язкового спостереження стоматолога і детального дослідження вимагає поява білих ділянок на язиці або слизовій оболонці щік - лейкоплакія. Такі білі плями, не покриті нальотом, пов'язані з зроговінням епітелію і розцінюються як передраковий стан. Нерідко лейкоплакія розвивається при дефіциті вітаміну А.

Тремор м'язових волокон язика, або фасцикуляції, розвивається при серйозних ураженнях головного мозку, тиреотоксикозі, емоційному збудженні, страху.

Дослідження черевної порожнини.

- Провести огляд живота у вертикальному положенні хворого: оцінити форму (звичайна, випнутий, відвислий, втягнутий), симетричність, пупок (згладжений, втягнутий, випнутий), стан шкіри (колір, еластичність, наявність висипань, рубців, стрий).
- Виявити наявність венозних колатералей і напрям течії крові в них, розходження прямих м'язів живота, гриж.
- Провести перкусію живота у вертикальному положенні хворого (для виявлення асцитів): для цього палець-плесіметр встановлюють над пупком по серединній лінії (перпендикулярно їй) і тихо перкутують вниз, аналізуючи звук, що виникає (перехід від тимпанічного звуку до тупого свідчить про наявність рідини).
- Провести огляд живота в горизонтальному положенні хворого: оцінити форму, симетричність, участь в диханні (активна, слабка, не бере участі (локально, дифузно)), видну перистальтику.
- Провести перкусію живота в горизонтальному положенні хворого (для виявлення асцитів): для цього палець-плесіметр встановлюють над пупком по серединній лінії (паралельно їй) і тихо перкутують до фланки живота,

аналізуючи звук, що виникає (перехід від тимпанічного звуку до тупого свідчить наявності рідини).

- Провести аускультацию живота: вислуховувати симетрично (у вертикальному і горизонтальному положеннях хворого) усі області живота (починаючи з лівої пахової і далі проти годинникової стрілки), аналізуючи інтенсивність кишкових шумів (нормальні - слабкі, посилені, відсутні), наявність або відсутність шуму тертя очеревини.
- Провести поверхневу пальпацію живота: для цього хворого укладають на спину з низьким узголів'ям, а руки його укладаються уздовж тулуба (у такому ж положенні проводиться і глибока пальпація), долоню правої руки лікаря розташовують плазом (спочатку в лівій паховій області) і злегка натискають м'якотно кінцевих фаланг пальців, переміщаючи їх на 3-4 см в сторони, при цьому аналізуючи болючість, консистенцію, податливість черевної стінки; потім порівнюють з симетричним ділянкою праворуч. Так само зіставляють ділянки мезогастральної і епігастральної ділянок.

Методика проведення глибокої і ковзної пальпації по Образцову і Стражеско.

1. Хворий приймає горизонтальне положення з низьким узголів'ям, а руки його укладаються уздовж тулуба.
2. При проведенні глибокої пальпації сигмоподібної кишки:
 - випрямлені кисті правої руки встановлюють під кутом 45° в лівій клубовій області, на межі зовнішньої і середньої третини лінії, що з'єднує пупок і ость клубової кістки;
 - поверхневим рухом пальців кисті зрушують шкіру медіально у напрямку до пупка на 3-4 см, утворивши складку;
 - використовуючи розслаблення черевних м'язів під час видиху (хворий дихає «животом»), занурюють пальці в черевну порожнину, досягнувши задньої черевної стінки по 2-3 дихальних циклу;
 - на висоті чергового глибокого видиху до початку наступного вдиху роблять ковзання пальцями перпендикулярно до поздовжньої осі кишки, оцінюючи форму, діаметр, рухливість, консистенцію, болючість, бурчання.
3. При проведенні глибокої пальпації сліпої кишки:
 - кисть правої руки кладуть на праву клубову область хворого так, щоб кінці зімкнутих II-V пальців були на межі зовнішньої і середньої третини лінії, що з'єднує пупок і ость правої клубової кістки;
 - поверхневим рухом пальців кисті зрушують шкіру медіально у напрямку до пупка на 3-4 см, утворивши складку;
 - використовуючи розслаблення черевних м'язів під час видиху (хворий дихає «животом»), занурюють пальці в черевну порожнину, досягнувши задньої черевної стінки по 2-3 дихальних циклу;
 - на висоті чергового глибокого видиху до початку наступного вдиху роблять ковзання пальцями перпендикулярно до поздовжньої осі кишки,

оцінюючи форму, діаметр, рухливість, консистенцію, болючість, бурчання.

4. Проведення глибокий пальпації інших органів черевної порожнини в такій послідовності: клубова кишка (термінальний відрізок), висхідна кишка, спадна кишка, велика кривизна шлунку, поперечно-ободова кишка, печінка, селезінка, нирки.

! При наявності болю в животі пальпація ураженої ділянки проводиться в останню чергу.

5. Проведення пальпації термінального відрізка клубової кишки:

- напівзігнуту кисть правої руки кладуть на праве стегно хворого так, щоб кінці пальців були на 2 см вище лобкової кістки;
- поверхневим рухом пальців (трохи розпрямляючи їх) зрушують шкіру вгору на 2-3 см, утворивши складку;
- використовуючи розслаблення черевних м'язів під час видиху (хворий дихає «животом»), занурюють пальці в черевну порожнину через 2-3 дихальних циклу;
- на висоті чергового глибокого видиху до початку наступного вдиху роблять ковзання перпендикулярно поздовжньої осі кишки, при цьому аналізують її форму, діаметр, рухливість, консистенцію, болючість, урчання.

6. Проведення пальпації висхідної кишки:

- пальці лівої кисті укладають у найбільш податливу ділянку правої поперекової області між XII ребром і крилом клубової кістки, а напівзігнуту кисть правої руки - на правий фланки живота так, щоб кінці пальців були латеральніше, ніж зовнішній край прямого м'яза;
- неглибоким рухом пальців правої кисті, трохи випрямляючи їх, зрушують шкіру і прямий м'яз живота медіально, у напрямку до пупка, утворюючи складку;
- далі виконують дії, аналогічні тим, що проведено в попередніх пунктах.

7. Проведення пальпації низхідній кишки:

- ліву руку проводять під спиною хворого і укладають пальці в найбільш податливу ділянку лівої поперекової області, між XII ребром і крилом клубової кістки, а напівзігнуті пальці правої руки - на лівий фланки живота так, щоб кінці пальців були латеральніше, ніж зовнішній край прямого м'яза;
- неглибоким рухом пальців правої кисті зрушують шкіру і прямий м'яз живота медіально, у напрямку до пупка на 3-4 см, утворивши складку. Далі виконують дії, аналогічні тим, що проведено в попередніх пунктах.

8. Визначення положення великої кривизни шлунку аускультативно-фрікційним способом.

- приймальну камеру фонендоскопа встановлюють на епігастральну ділянку, на 2 см вправо від серединної лінії і на 5-6 см вище пупка;
- вказівним пальцем правої руки роблять горизонтальні потирання (аффікції) по шкірі черевної стінки від білої лінії живота вліво,

переміщаючись зверху вниз на 1 см - до різкого ослаблення резонансу звуку;

- потім визначають відстань великої кривизни шлунку від пупка в см (за рівнем різкого ослаблення резонансу звуку).
9. Проведення пальпації великої кривизни шлунка.
- долоню правої руки укладають на живіт так, щоб кінці пальців були на 2-3 см вище пупка, а злегка вигнутий III палець знаходився на білій лінії;
 - поверхневим рухом пальців правої кисті зміщується шкіра на 2-3 см вгору, утворивши складку;
 - використовуючи розслаблення м'язів на видиху (хворий дихає «животом»), поетапно занурюють пальці в черевну порожнину, досягнувши хребта за 2-3 дихальних циклу;
 - на висоті чергового глибокого видиху до початку наступного вдиху роблять ковзання пальцями вниз, притискаючи велику кривизну шлунка до хребта і аналізують її фізичні властивості. Якщо відчуття "зсковзування" з "складки" не отримано, прийом повторюють, зміщуючи пальці трохи вище або нижче первісний рівень.
10. Проведення пальпації поперечно-ободової кишки.
- злегка зігнувши в фалангових суглобах пальці обох рук, встановлюють їх на 3 см нижче рівня великої кривизни шлунка з обох сторін, латеральніше за серединну лінію на 4-5 см;
 - поверхневим рухом пальців зрушують шкіру вгору на 2-3 см, утворивши складку;
 - далі виконують дії, аналогічні тим, що проведено в попередніх пунктах. За відсутності пальпаторного почуття кишки повторюють спроби ковзання нижче або вище даний рівень.

Дослідження шлункового соку.

Шлунковий сік - продукт діяльності шлункових залоз і слизової оболонки шлунка.

Дослідження шлункового соку проводять для виявлення захворювань шлунка та контролю за станом його видільної функції в процесі лікування. Шлунковий сік отримують за допомогою зондування. З вечора напередодні хворий не повинен їсти, пити, палити.

Чистий шлунковий сік являє собою безбарвну рідину, без запаху зі зваженими грудочками слизу, і володіє вираженими бактерицидними і бактеріостатичними властивостями, за рахунок наявності соляної кислоти (НС1), а також саме має високу протеолітичну активність за рахунок ферментів: пепсин (оптимальна протеазна дія пепсину знаходиться при рН 1,5-2,0, пептидазна - при рН близько до 4,0) гастріксін (гастрин), що володіє максимальною протеолітичною активністю при рН 3,2. Кількість пепсину в шлунковому соку в 2-4 рази більше, ніж гастріксину. Роздільне визначення пепсину і гастріксину має важливе значення. Шлунковий сік має кислу реакцію; добова його кількість - близько 2 літрів. Кількість шлункового

вмісту вимірюється в порціях, отриманих натщесерце і після пробного сніданку - харчового подразника (м'ясний бульйон, капустяний сік, розчин кофеїну і т.д.). Однак одержувані результати значно відрізнялися один від одного, що в кінцевому підсумку змусило відмовитися від вживання цих пробних сніданків. Пріоритет залишає за собою субмаксимальний тест гістаміну (0,01 мг/кг гістаміну дигідрохлориду підшкірно). Більш інформативний максимальний тест (0,0245 мг/кг гістаміну дигідрохлориду підшкірно) гістаміну, та інші пентагастрин, інсулін, теофілін.

Гнильний запах шлункового соку з'являється при гнитті харчових білків і при розпаді ракової пухлини. Домішка жовчі забарвлює сік у жовтий або зелений колір. Наявність крові змінює забарвлення від червоної до коричневої. При гастриті й інших захворюваннях шлунка виявляється в значних кількостях слиз.

Лабораторні дослідження шлункового вмісту дозволяють визначити в ньому:

- показники кислотної секреції і активності ферментів;
- показники цітопротекції - здатність слизової оболонки оберігати клітини епітелію від загибелі, вона включає:
 - a. антикислотний і антипепсиновий бар'єри,
 - b. нормальну регенераторну активність покривно-ямкового епітелію,
 - c. кровотік у слизовій оболонці шлунка,
 - d. мікробну флору шлунка.

Клітини залоз шлунка поділяються на головні, обкладні та додаткові. Кожна група клітин виробляє певні складові частини соку.

Головні клітини виробляють ферменти, за допомогою яких розщеплюються харчові речовини: пепсин, що розщеплює білки, ліпази, що розщеплюють жир, та ін.

Обкладні клітини виробляють соляну кислоту, яка створює кисле середовище в порожнині шлунка. Концентрація соляної кислоти в шлунковому соку дорівнює 0,4-0,5%. Їй належить особлива і дуже велика роль у травленні: вона розм'якшує деякі речовини, харчові грудки, активізує ферменти, вбиває мікроорганізми, підсилює вироблення ферментів підшлункової залози, сприяє утворенню травних гормонів. Зміст соляної кислоти в шлунковому соку визначається поняттям кислотність. Кислотність не завжди однакова, вона залежить від швидкості виділення соку і від нейтралізуючого дії шлункового слизу, змінюється також при захворюваннях органів травної системи.

Збільшення кислотності вмісту шлунка спостерігається при виразковій хворобі, особливо при виразці дванадцятипалої кишки.

Зменшення кислотності відзначається при гострих запальних захворюваннях печінки і жовчного міхура, порушеннях харчування, при хронічних гастритах і раку шлунка, а також при анеміях.

Додаткові клітини виділяють слиз, вона нейтралізує соляну кислоту, знижуючи кислотність шлункового соку і захищаючи слизову оболонку від подразнення.

Крім ферментів, слизу і соляної кислоти, шлунковий вміст складається з ряду органічних і неорганічних речовин, а також особливої речовини - фактора Касла, що забезпечує всмоктування вітаміну В12. Цей вітамін необхідний для нормального дозрівання еритроцитів в кістковому мозку. Характерна особливість шлункового вмісту здорових людей - відсутність в ньому патологічних домішок і залишків з'їденої напередодні їжі. При порушенні евакуаторної функції шлунка мікроскопічне дослідження може виявити ці залишки.

Наявність в шлунковому соку слизу з лейкоцитами може вказувати на органічне ураження слизової оболонки шлунка-гастрит, виразкова хвороба, поліпоз, рак.

При пухлини шлунка клітини її можуть бути виявлені в шлунковому вмісті. Ось чому дослідження шлункового соку слід вважати важливим діагностичним методом.

При виразці шлунка, більшість пептичних виразок (до 95%) локалізуються в частині пілоричного відділу шлунка і початкового відділу дванадцятипалої кишки. Для цих хворих характерно гіперсекреторний синдром (збільшена продукція НС1 і інтенсивність протеолізу), особливо при дуоденальної локалізації виразки. Найбільшою мірою базальна кіслотопродукція збільшена у хворих дуоденальними виразками на 30-100% і більше.

Дослідження дуоденального вмісту і жовчі.

Вміст дванадцятипалої кишки, одержуваний шляхом дуоденального зондування, є сумішшю жовчі, секретів дванадцятипалої кишки, підшлункової залози і деякої кількості шлункового соку.

З метою виявлення захворювань жовчних проток застосовується метод дуоденального зондування з наступним вивченням вмісту дванадцятипалої кишки.

За його допомогою визначають склад жовчі, за рядом ознак судять про можливу затримку її в жовчному міхурі, виявляють мікробів або паразитів.

Жовч - продукт секреції печінкових клітин, є рідиною золотисто-жовтого кольору, має лужну реакцію (щільністю 1,007-1,015, лужною реакцією (рН 7,3-8,0).

Основними компонентами жовчі є жовчні кислоти (переважно холієва), пігменти (білірубін і білівердин) і холестерин. Розрізняють жовч печінкову і жовч міхура. Відмінності міхурової жовчі від печінкової полягає в тому, що слизова оболонка міхура продукує муцин і має здатність вбирати воду, тому в міхурі жовч має терпку тягучу консистенцію.

Основні функції жовчі:

- підвищує активність ферментів панкреатичного соку, особливо ліпази;
- безпосередньо бере участь у травленні за рахунок власних ферментів амілаз і протеаз;
- виводить з організму різні екзо-і ендogenous токсичні речовини;
- емульгує жири та готує їх до подальшого розщеплення;
- приймає участь у всмоктуванні жиророзчинних вітамінів А, D, Е, К;
- посилює секреторну функцію підшлункової залози;
- підвищує тонус і моторику шлунково-кишкового тракту;
- бере участь у пристінковому травленні в тонкому кишечнику;
- має бактеріостатичний вплив на флору кишківника, попереджаючи розвиток гнильних процесів.

Дуоденальне зондування проводять натще, не раніше ніж через 10-12 годин після останнього прийому страви або рідини. Найбільш інформативний метод фракційного дуоденального зондування. При проведенні фракційного дуоденального зондування загальноприйнятою є оцінка часових параметрів фаз виділення жовчі, її кількості, а потім проведення біохімічних, мікроскопічних і бактеріологічних досліджень отриманих порцій жовчі.

Оцінка результатів фракційного дуоденального зондування дозволяє визначити різні порушення моторної функції жовчного міхура і жовчовивідних проток:

- гіпотонію сфінктера Одді - скорочення фази закритого сфінктера Одді менше 3 хв. і виділення жовчі зі швидкістю більше 2 мл/хв;
- гіпертонію сфінктера Одді - збільшенням тривалості закритого сфінктера Одді більше 6 хв., виділення жовчі В і С переривчасте, уповільнене, можливі болі, введення новокаїну збільшує об'ємну швидкість струму жовчі;
- гіпотонію жовчного міхура - подовження часу виділення порції В - більше 60 хв., зниженням об'ємної швидкості жовчовиділення і збільшенням об'єму порції В - більше 100 мл;
- гіпертонію жовчного міхура - зменшенням часу виділення порції В - менше 20 хв., збільшенням об'ємної швидкості жовчовиділення - більше 5 мл/хв., обсяг порції В істотно не змінений;
- гіпертонію протоки міхура - утруднення виділення жовчі.

Мікроскопічне дослідження.

Лейкоцити. Велика кількість лейкоцитів в порціях В і С може вказувати на наявність запального процесу в жовчовивідних протоках (холецистит, холецистохолангіт), також можливе їх нежовчне походження (домішка шлункового і панкреатичного соків, міграція з слизової оболонки дванадцятипалої кишки - харчової лейкопенії).

Епітеліальні клітини - велика кількість круглих епітеліальних клітин в порціях В і С - патологічні зміни у дванадцятипалій кишці, циліндричні епітеліальні клітини - верифікація запалення жовчних проток.

Білірубін кальцію і кристали холестерину. Виявлення їх характерно для застою жовчі, що найчастіше властиво жовчнокам'яної хвороби.

Найпростіші та гельмінти. Дослідження дуоденального вмісту рекомендується проводити при підозрі на гельмінтози печінки і жовчного міхура (опісторхоз, фасціольоз, клонорхоз, дикроцеліоз) і дванадцятипалої кишки (стронгілоїдоз, тріхостронгілоїдоз).

Бактеріологічне дослідження жовчі проводиться для визначення мікрофлори і чутливості її до антибіотиків. Біохімічне дослідження жовчі дає уявлення про концентраційну функцію жовчного міхура і колоїдної стійкості жовчі, а також про наявність запального процесу. Однак ці методи вимагають дорогого обладнання і за своєю складністю найчастіше застосовуються в наукових дослідженнях.

Дослідження калу.

Дослідження калу в сучасних умовах найчастіше проводиться в трьох напрямках:

1. загальний аналіз калу:

- а) як протікають процеси травлення, і є їх порушення;
- в) виявити ознаки запальних захворювань товстої і прямої кишки;
- с) визначаються яйця глистів і деякі прості організми.

2. дослідження калу на приховану кров - виявлення ранніх ознак виразкових процесів, поліпів і пухлин шлунково-кишкового тракту;

3. визначення мікробного складу - виявляє збудників кишкових інфекцій (дизентерія, сальмонельоз), а також наявність дисбактеріозу.

Підготовка дослідження.

При проведенні загального аналізу калу спеціальної підготовки не потрібно. Але слід пам'ятати, що на дослідження не можна направляти кал після клізми, введення свічок, прийому касторового і вазелінового масел, заліза, препаратів вісмуту (де-нол), після проведення рентгенівського обстеження за допомогою барію. Кал не повинен містити сторонніх домішок, наприклад, сечі.

При проведенні дослідження на наявність прихованої крові в калі необхідно за 4 дні виключити з харчового раціону пацієнта м'ясо, рибу, яйця. Хворому потрібно рекомендувати в ці дні не чистити зуби, а лише полоскати рот. Ці заходи необхідні, щоб попередити так звані хибно позитивні результати проби.

Загальний аналіз калу.

М'язові волокна (креаторея) - визначаються при порушеннях функції шлунку й підшлункової залози, коли виділяється недостатня кількість соляної кислоти і ферментів, що перетравлюють білки. Джерелом білка в їжі в основному є м'ясні продукти, риба.

Крапельки жиру і кристали жирних кислот (стеаторея) - проявляються при порушенні функції тонкої кишки внаслідок недостатнього вироблення ферментів, які перетравлюють жири (вершкове і рослинне масло, сметана).

Зерна крохмалю (амілорея) буває у хворих з порушеною функцією підшлункової залози через відсутність ферменту, який переварює крохмаль (хліб та хлібобулочні вироби, картопля, овочі, фрукти).

Еритроцити і лейкоцити виявляються в калі при запальних і пухлинних процесах в кінцевих ділянках товстої кишки у хворих на дизентерію, виразковим колітом, поліпами і пухлинами товстої кишки.

Яйця глистів - часто виявляються у людей з кишковими розладами. Амеби, балантидії, лямблії - найпростіші організми. Є причиною відповідних захворювань - амебіази, лямбліозу.

Дослідження калу на приховану кров.

Позитивна реакція калу на приховану кров означає, що у людини, можливо, є хвороби шлунково-кишкового тракту, що викликають порушення цілісності слизової оболонки, і тоді в просвіт шлунку або кишки виділяється невелика кількість крові, яку не видно оком. Це буває при виразці шлунку або 12-палої кишки, виразковому коліті, хворобі Крона, пухлинах, поліпах. Прихована кровотеча є сигналом неблагополуччя в травній системі, вона змушує підозрювати, зокрема, пухлинний процес. Тому це дослідження використовується на першому етапі профілактики пухлин ШКТ під час профілактичних оглядів.

Дослідження мікробного складу калу (бактеріологічне дослідження).

Виявлення в калі мікробів - збудників кишкових інфекцій. Виявляються збудники дизентерії, сальмонельозу, холери, черевного тифу і деяких інших інфекцій. Результати цих досліджень є вирішальними для розпізнавання інфекційних хвороб. Порушення співвідношення між різними видами мікроорганізмів у кишечнику - дисбактеріоз. Виявляється при більшості гострих і хронічних захворюваннях кишечника, після вживання антибіотиків, деяких інших ліків. Дисбактеріоз сам по собі може викликати запальні зміни в кишці, або навіть в інших органах.

Рентгенодіагностика

Тільки після введення в практику рентген-контрастної речовини сульфату барію почалося систематичне вивчення і дослідження ШКТ. Сьогодні при класичному дослідженні органів травлення (ШКТ) використовують три принципи:

1. рентген дослідження з прийомом контрастної маси (для оцінки скупчень газу, каменів, сторонніх тіл тощо);
2. обстеження з контрастуванням сульфатом барію і повітрям;
3. детальне вивчення стану ШКТ тракту, виконується трьома прийомами:
 - а) використанням властивості формування складок при невеликому розтягуванні травного каналу;

- б) використанням можливості розтягування органу для вирівнювання складок, судять про зміну кількості контрасту, що вводиться для отримання можливості оцінки положення, форми, еластичності і активності стінок ШКТ.

Все це допомагає детальному вивченню структури і функції ШКТ.

До методів дослідження шлунка та 12-палої кишки, крім оглядової рентгенограми, відносять:

- метод контрастного сніданку (показання: широкий спектр захворювань стравоходу, шлунка, дванадцятипалої кишки, питання трудової експертизи, визначення ефективності лікування. При необхідності метод може використовуватися при проф. оглядах для виявлення приховано діючих захворювань);
- пневмогастрографія і подвійне контрастування шлунка (основне показання: пухлини);
- діагностичний пневмоперітоніум - введення газу в черевну порожнину (показання пухлини, кісти, аномалії розвитку органів);
- парієтографії - метод дослідження товщини стінок, проводиться контрастуванням газом (показання – пухлини);
- потрійне контрастування шлунка барієм, повітрям всередині і зовні шлунка (показання - диференціальна діагностика між пухлинами та іншою патологією шлунка).

До протипоказань для останніх трьох методів відносять важкі захворювання нирок, печінки, серця і судин, гострі запальні захворювання органів черевної порожнини;

- релаксацийна дуоденографія - дослідження після введення релаксантів (показання виразки, дивертикули, об'ємні утворення 12-палої кишки).

Синдром абдоміналгії

Абдоміналгії - це виникнення абдомінальних болів, не пов'язаних з органічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, вони представляють певні діагностичні труднощі. Слід підкреслити, що абдоміналгії мають, як правило, багатофакторну етіологію і патогенез головними ланками яких виступають:

- психогенні,
- нейрогенні,
- ендокринні,
- метаболічні "неорганічні".

Абдоміналгії психогенної природи

Важливо уточнити анамнез життя і пережитих стресів, життєвих подій і встановити принципи для доказу психогенної природи захворювання обставини.

Абдоміналгії в картині вегетативного кризу - досить часта клінічна ситуація. При цьому болі в животі можуть бути першим симптомом або

виникають на висоті кризи, періодично супроводжуючись посиленою перистальтикою кишечника.

Абдоміналгії при психічних захворюваннях.

"Абдомінальні психалгії" - підкреслюють відсутність зв'язку між болем і топографією органів, мінливість локалізації, інтенсивності, характеру болю, незвичайність опису "забарвлення" болів. Зазвичай відзначають також і суттєву різницю між описом болів як "надмірних", "нестерпних" і досить задовільним загальним станом пацієнта, його настроєм, апетитом, сном і поведінкою, які відзначаються на тлі інших психічних порушень. Патогенез болю пов'язаний по суті з психічним захворюванням, коли "біль у животі" є божевільною ідеєю, організуючою патологічну поведінку хворого.

Абдомінальна мігрень.

Біль носить інтенсивний, дифузний характер, але може іноді бути локалізована в області пупка, супроводжуватися нудотою, блювотою, проносом, зблідненням і похолоданням кінцівок. Тривалість болю коливається від півгодини до декількох годин або навіть декількох діб. Можливі різні поєднання з мігренозною цефалгією: одночасна поява абдомінального і головного болю, їх чергування, домінування однієї з форм при одночасній їх присутності.

Абдоміналгії при епілепсії.

Болі в животі можуть бути проявом простого епілептичного нападу, при цьому характерно поширення болю і неприємних відчуттів, іноді в поєднанні з нудотою, від живота вгору до голови, після чого виникає виключення свідомості і з'являються різні вегетативні порушення або розгортається генералізований напад. Діагностичними критеріями абдомінальних болів епілептичної природи є пароксизмальність і короткочасність (секунди) нападу.

Абдоміналгії при тетанії.

Важливою рисою болю при тетанії є те що періодично виникає, спазматичний і болючий, характер. Хворі скаржаться на "коліки", відчуття скорочення, стиснення, спазмів в животі. У діагностиці мають значення виявлення парестезій і м'язово-тонічних феноменів у кінцівках. Патогенез абдомінального болю при тетанії обумовлений підвищеною нервово-м'язовою збудливістю, пов'язаної з виникненням м'язових скорочень і спазмів у поперечно-смугастої і гладкої мускулатури, порушенням мінерального балансу, вираженої вегетативної дисфункції.

Абдоміналгії при періодичній хворобі.

Захворювання характеризується періодично виникаючими нападами гострого болю в животі і суглобах, що супроводжуються підвищенням температури до високих цифр (40-42 °C). Пароксизми болів нагадують картину "гострого живота". У хворого відзначається нудота, блювота, пронос. При пальпації живота виявляється різке напруження м'язів передньої стінки живота, різко позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. З урахуванням того, що біль у животі, крім лихоманки, супроводжується також підвищенням ШОЕ і

лейкоцитозом, ці хворі часто піддаються оперативним втручанням, а частина з них і повторним.

Абдоміналгії при порфірії.

Порфірійна абдоміналгія - велика група захворювань різної етіології, в основі яких лежить порушення обміну порфіринів (пігменти, широко поширені в живій природі, входять до складу гемоглобіну, міоглобіну, цитохромів і вітамінів беруть участь у найважливіших біологічних процесах). Ведучою ознакою зазначеної форми хвороби є абдомінальний синдром: періодично виникає колікоподібний біль у животі тривалістю від декількох годин до декількох днів. До болю можуть приєднатися блювота, запор і рідше діарея. При прогресуванні хвороби приєднуються ознаки ураження нервової системи (поліневропатії, радикулопатії).

Абдомінальні болі вертеброгенної і м'язової природи.

Болі в животі можуть виникнути внаслідок дегенеративних змін у хребті, спондиліозу, туберкульозу, пухлин або травм хребта. Виникнення болів у животі реалізується через вегетативно-іритативні, корінцеві, вісцеромоторні, міофасціальні механізми. Важливими характеристиками подібних болів є зв'язок з рухами тіла.

Абдомінальні болі при органічних захворюваннях головного та спинного мозку.

Болі відрізняються раптовістю виникнення, приступоподібні, швидко досягають максимального прояву.

Біль частіше локалізується в епігастрії, але може іррадіювати в ліві підребер'я або в область попереку. Періодично посилюючись, біль може зберігатися протягом декількох днів. Можливі порушення функцій ШКТ. Гострий біль у животі зустрічається при гострому енцефаліті, судинних ураженнях нервової системи, енцефалопатіях та інших хворобах. Абдоміналгії при пухлинах IV шлуночка характеризуються високою інтенсивністю, супроводжуються спонтанної блювотою без попередньої нудоти. Пухлини скроневої і верхнетім'яної локалізації можуть викликати яскраві вісцеральні, частіше епігастральні болі.

Абдоміналгії при захворюваннях шлунково-кишкового тракту неясної етіології.

Синдром подразненого кишечника - хронічний патологічний стан, який характеризується наявністю болю в животі, що поєднуються з розладами функції кишечника (пронос, запор) без порушення апетиту і зниження маси тіла, тривалістю розладів не менше 3 місяців при відсутності органічних змін ШКТ, які могли б пояснити наявні розлади.

Синдром не виразкової диспепсії проявляється як біль у животі, дискомфорт або нудота, що виникають періодично, зберігаються не менше місяця, не пов'язані з фізичним навантаженням і не зникають протягом 5 хв. відпочинку.

Однак треба зазначити, що подібні розлади, незважаючи на те, що вони турбують хворих, заподіюючи їм багаточисельні страждання,

викликаючи астеничні і вегетативні розлади, істотно не впливають в цілому на соціальну активність пацієнтів.

Особливості диспептичних розладів

До диспептичних розладів відносяться:

анорексія - відмова від їжі (на тлі інших розладів травлення).

печія - обумовлена зниженням тону сфінктера стравоходу і рефлюксом шлункового вмісту в стравохід, спостерігається на голодний шлунок або після ситної їжі, великої кількості солодощів, пряних, гострих страв, з'являється і посилюється в горизонтальному положенні, при роботі з нахилом вперед, часто буває у вагітних. Печія характерна для рефлюкс-езофагіту, грижі стравохідного отвору діафрагми, склеродермії.

відрижка - зумовлена також рефлюксами в стравохід зі шлунку, із стравоходу в глотку і ротову порожнину. Відрижка може бути кислим, гірким або з гнильним запахом. Одночасно з цими симптомами у хворих може бути неприємний запах з рота. Якщо ця ознака відчутний об'єктивно лікарем, він може служити серйозним симптомом органічного ураження стравоходу і кардіального відділу шлунку.

блювота - здійснюється власними антиперистальтичними рухами стравоходу, є ознакою переповнення стравоходу і завжди свідчить про органічний стеноз кардії при ахалазії стравоходу, виразках, пухлинах.

діарея - рясні, рідкі випорожнення.

тенезми - болі спастичного характеру.

дисбактеріоз - диспептичні розлади обумовлені дратівливою, алергизуючою дією ліків на слизову оболонку кишечника, ураження кишкової мікрофлори. Дисбактеріоз призводить до зниження вмісту ряду вітамінів групи В організмі. Орієнтиром для постановки діагнозу дисбактеріозу повинні служити клінічні симптоми наполегливих диспептичних розладів.

Синдром порушення всмоктування - мальабсорбції це симптомокомплекс клінічних проявів, що виникають внаслідок розладу процесів всмоктування в тонкій кишці, а також саме порушення засвоєння їжі. Не всмоктуються: жири, білки, вуглеводи, вітаміни В, К, залізо, кальцій, жовчні кислоти. Залізо, всмоктується в проксимальних відділах дванадцятипалої кишки, тоді як вітамін В12 і жовчні солі - тільки в клубовій кишці.

Етіологія і патогенез. Відрізняють первинний і вторинний синдроми порушення всмоктування. Первинні розлади порушення абсорбції передбачають генетично обумовлену ензимопатію.

Дисахаридна недостатність - захворювання, пов'язане з дефіцитом певних ферментів (дисахариди) у слизовій оболонці тонкої кишки.

Непереносимість білку коров'ячого молока - захворювання, при якому під впливом антигену (білок коров'ячого молока) у дітей раннього віку розвивається пошкодження слизової оболонки тонкої кишки, часто в поєднанні з шкірними проявами харчової алергії (атопічний дерматит).

Целіакія - захворювання, при якому в результаті непереносимості білків злаків: пшениці, рису, вівса, ячменю розвивається важкий синдром мальабсорбції - пошкодження слизової оболонки проксимального відділу тонкої кишки, тотальна і субтотальна атрофія ворсинок.

Ексудативна ентеропатія - стан, при якому відбувається посилене проникнення білка з крові через кишкову стінку в просвіт кишки і значна втрата його з калом.

Вторинні розлади всмоктування розвиваються при багатьох захворюваннях шлунково-кишкового тракту, таких, як хронічний ентерит; неспецифічний виразковий коліт; хвороба Крона - запалення підслизового потім слизового шару з утворенням виразок і лімфоїдних гранульом, поширюються на всі відділи травного тракту: сліпу і висхідну кишку, тонку кишку, шлунок і дванадцятипалу кишку, стравохід; хвороба Уіппла - ураження тонкої кишки корінобактеріями, у відповідь на це макрофаги блокують кишкові лімфатичні судини, виявляються заповненими жиром, все це призводить до порушення всмоктування тонкою кишкою; стан після резекції шлунка і кишки; хвороба Гіршпрунга - обумовлена вродженою відсутністю інтрамуральних гангліїв в стінці кишки - відсутня здатність до скорочення.

До ознак синдрому мальабсорбції відносять:

- схуднення і діарея, в калі часто виявляються сліди жиру;
- вітамінна недостатність, яка супроводжується порушенням травлення;
- поперечна счерченість нігтьових пластинок;
- утворення синців або часті кровотечі;
- гемералопія (нічна сліпота);
- глосит;
- зниження смаку або нюху;
- кровоточивість ясен;
- тетанія;
- болі в кістках;
- збільшення привушних слинних залоз;
- набряки і погане загоєння ран;
- підвищене газоутворення в кишки і здуття живота;
- підвищена стомлюваність.

Діарея при синдромі мальабсорбції характеризується збільшенням об'єму (поліфекалія), кал має кашкоподібну або водянисту консистенцію, часто набуває неприємного запаху через наявність стеатореї погано змивається зі стінок унітаза.

При порушенні синтезу жовчних кислот або малому надходженні їх у кишечник (холестази) стул стає ахолічний і набуває жирного блиску.

Болі у верхній половині живота, що іррадіюють в поперекову область або набувають оперізуючий характер.

Синдром подразненої товстої кишки це порушення моторики, що характеризується зміною функцій кишечника, болу в області живота і відсутністю виявленого органічного захворювання.

Синдром подразненої товстої кишки може виникнути на фоні перенесених кишкових інфекцій, нераціонального харчування, здуття, болу у животі, проносів, прийому антибіотиків.

Синдром подразненої товстої кишки - включає такі поняття, як:

- спазмований товста кишка;
- спастичний коліт;
- невроз товстої кишки;
- дискінезія товстої кишки;
- функціональна діарея;
- функціональна ентероколонопатія;
- нервова діарея.

Першою клінічною ознакою синдрому подразненої товстої кишки є порушення моторики товстого кишечника виникає без зміни випорожнення - закріпів і діареї.

Другою клінічною ознакою синдрому подразненої товстої кишки є больовий синдром - спастичний біль.

Клінічні прояви:

- спастичний стан товстої кишки (хронічний біль в животі і запор);
- чергування закріпу та діареї;
- хронічна безбольова діарея.

При обстеженні хворих виявляється підвищена частота психічних розладів, депресій, істерії, непереносимості їжі.

При діагностиці велике значення має анамнез, ректороманоскопію і іригоскопію проводять для виключення злоякісної пухлини; диференціальну діагностику проводять з лямбліозом, недостатністю кишкової лактази і тиреотоксикозом.

Синдром жовтяниці. Жовтяниця - жовте забарвлення шкіри, слизових оболонок, характерна при ураженні печінки і жовчних шляхів, а також для захворювань, що протікають з масивним гемолізом.

Жовтяниця викликається надмірним вмістом білірубіну в сироватці крові та його дифундіюванні в тканини, надаючи шкірним покривам жовтяничного відтінку.

Розрізняють спадкові жовтяниці, обумовлені наступними факторами:

- порушенням захоплення білірубіну клітинами печінки з крові (синдром Жильбера);
- порушенням виділення білірубіну в жовчні протоки (синдром Дабинаж-Джонсона);

Ці порушення пов'язують з вродженими дефектами деяких ферментів клітин печінки. Цю патологію доводиться диференціювати від гепатитів легкого перебігу. При цьому вирішальне значення мають дані функціональної біопсії печінки, при якій у хворих на доброякісну

жовтяницю патології або не визначають або знаходять невелике відкладення меланіну.

Придбані жовтяниці гемолітична, паренхіматозна, механічна або обтураційна.

Розрізняють такі патогенетичні форми жовтяниці:

- гемолітична,
- паренхіматозна,
- механічна,
- доброякісна.

Гемолітична жовтяниця (надпечінкова): не пов'язана з ураженням печінки і виникає при значному гемолізі внаслідок посиленого руйнування еритроцитів і підвищеного утворення білірубіну. У таких хворих жовтяниця буває виражена помірно. Діагностичне значення має визначення деяких особливостей білірубіну (так званий непрямий білірубін).

Паренхіматозна (печінкова) жовтяниця: розвивається при пошкодженні печінкових клітин, спостерігається при вірусному, токсичному гепатитах, цирозах печінки і т.д. При цьому порушення виділення білірубіну з крові в жовчні шляхи супроводжується підвищенням його вмісту в сироватці крові; є зсуви осадкових проб. Кал може бути безбарвним деякий час.

Механічна або обтураційна (підпечінкова) жовтяниця: розвивається при порушенні відтоку жовчі по жовчовивідних шляхах. Жовчний протік може бути закритий каменем, а також стислий пухлиною головки підшлункової залози. Печінкова закупорка дрібних жовчних шляхів може бути при холангіті, біліарному цирозі печінки. У всіх випадках жовтяниця буває вираженою, супроводжується сверблячкою, брадикардією, що пов'язано з підвищенням вмісту жовчних кислот у крові. У сироватці підвищений вміст білірубіну, а також холестерину. Кал безбарвний. Сеча темна внаслідок підвищення білірубіну. Своєчасне встановлення генезу механічної жовтяниці має велике значення через можливість оперативного лікування.

VIII. Тестові завдання для самопідготовки і самокорекції заключного рівня знань.

1. При поверхневій пальпації живота хворого - різка болючість в правій клубової області, черевна стінка тверда, при тривалому легкому прогладжуванні і перемиканні уваги хворого на розмову ущільнення зберігається. Оцініть дані поверхневої пальпації правої клубової області?

A. Варіант норми.

B. Має місце резистентність черевної стінки.

C. Має місце «м'язовий захист».

D. Має місце гіпертрофія м'язів черевної стінки.

E. Має місце патологічне утворення черевної стінки.

2. Хворий С., 52 років, поступив в клініку зі скаргами на відчуття тяжкості в епігастральній ділянці, поганий апетит, швидку насиченість і відчуття переповнення шлунка при прийомі малої кількості їжі, відрижку «тухлим», часту нудоту і блювоту з неприємним запахом і домішкою їжі, з'їденої за 1 - 2 доби до цього, закрепи, значне схуднення. Протягом 20 років страждає виразковою хворобою шлунка. Об'єктивно: вгодованість знижена, живіт був запалий, при пальпації болючий, особливо в епігастрії та околопупочній області. При глибокій пальпації живота у хворого знайдено: велика кривизна шлунка пальпується на 2 см нижче пупка, безболісна, у вигляді «сходинки», м'яко-еластичної консистенції, рухома в межах 3-4 см. Оцініть пальпаторно властивості великої кривизни шлунка:

- A. змінена тільки рухливість;
- B. змінена тільки консистенція;
- C. змінена тільки топографія;**
- D. всі властивості змінені;
- E. норма.

3. Хворий С., 70 років, скаржиться на слабкість, субфебрильна температура, практично постійні болі в правій половині живота, втрату ваги, закрепи. Хворіє 6 місяців. При глибокій пальпації висхідної кишки у хворого С. отримані наступні дані: відзначається помірна болючість, діаметр близько 6 см, щільна, горбиста, абсолютно нерухома. Оцініть пальпаторно властивості кишки:

- A. змінено тільки діаметр;
- B. змінена тільки консистенція;
- C. всі властивості змінені;**
- D. змінено тільки стан поверхні;
- E. змінена тільки рухливість.

4. Для чого використовують барієву суспензію при контрастній рентгенографії?

- A. Збільшення перистальтики.
- B. Очищення шлунку.
- C. Спазмолітичний ефект.
- D. Контрастування досліджуваного органу, рельєфності і його евакуаторної здатності.**
- E. Підвищення газоутворення.

5. У наведеному переліку захворювань вкажіть ті з них, при яких введення зонда для фракційного дослідження шлункового вмісту протипоказано.

- A. Загострення виразкової хвороби.
- B. Виразкова хвороба шлунка, шлункова кровотеча 3 тиж. тому.**
- C. Хронічний гастрит.
- D. Хронічний холецистит.

Е. Стенокардія напруження і спокою.

6. Амілорея це:

- А. наявність у випорожненнях неперетравлених залишків м'ясної їжі;
- В. наявність гною в калі;
- С. наявність в калі тяжів, пластівців, щільних утворень;
- Д. значний вміст в калі жиру;
- Е. виділення грудок неперетравленої їжі багатой крохмалем.**

7. Збільшення пов'язаної соляної кислоти свідчить:

- А. про помилку при визначенні вільної кислоти;
- В. про наявність в шлунковому соку білків;**
- С. про наявність в шлунковому соку бікарбонатів;
- Д. про дефіцит в шлунковому соку вільної соляної кислоти;
- Е. про підвищене утворення молочної кислоти.

8. При перерахованих вище умовах, визначте джерело жовчі в порції В:

- А. загальний жовчний протік;
- В. жовчний міхур;**
- С. жовчні протоки;
- Д. печінка;
- Е. підшлункова залоза.

9. Загальний жовчний проток розташований по дванадцятипалій кишки таким чином, прилеглої до:

- А. головки підшлункової залози;**
- В. тіла підшлункової залози;
- С. хвоста підшлункової залози;
- Д. хвоста і тіла підшлункової залози;
- Е. прилягає до всіх відділів підшлункової залози.

10. Sphincter Oddi розташований:

- А. в області протоки міхура (сфінктер жовчного міхура);
- В. в області великого сосочка дванадцятипалій кишки (сфінктер загальної жовчної протоки);**
- С. в ділянці загальної печінкової протоки (сфінктер загальної печінкової протоки);
- Д. в ділянці правої печінкової протоки;
- Е. в ділянці лівого печінкової протоки.

ПРИКЛАДИ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Задача 1. Хворий Р., 43 роки, фармацевт. Скаржиться на голодні, пізні і нічні болі в надчеревній ділянці, печію, відрижку, відчуття "обпаленого" язика, що посилюються ближче до вечора. Апетит збережений і навіть підвищений.

Хворіє з юнацьких років, загострення бувають часто в осінню пору року, харчується нерегулярно, багато курить.

Об-но: зниженого харчування, при поверхневій та глибокій пальпації живота болючість в пілородуоденальній зоні, кислотність і секреція натще і після стимуляції - підвищені. Рентгенологічно - "ніша" в стінці цибулини 12-палої кишки, є прихована крову калі.

А. Про яке захворювання слід думати?

Б. Яка відрижка характерна для підвищеної кислотності шлункового соку?

В. Яке порушення випорожнень частіше зустрічається при даній патології?

Г. Назвіть можливі ускладнення даного захворювання?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. виразка ДПК

Б. кисла відрижка

В. запор

Г. перфорація, стеноз воротаря

Задача 2. Хворий Б., 35 років, токарь, звернувся в лікарню зі скаргами на постійні, ниючі болі оперізуючого характеру, що іррадіюють в спину, особливо інтенсивні вночі.

Об'єктивно: болючість при пальпації епігастральної ділянки. Слизова оболонка порожнини рота гіперемована. Язик обкладений жовто-білим нальотом. У крові - лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво,

збільшення ШОЕ.

А. Поставте попередній діагноз?

Б. Назвіть диспепсичні розлади, найбільш характерні для даної патології?

В. Які додаткові дослідження необхідно провести в даному випадку?

Г. Які найбільш часті причини розвитку даної патології?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. гострий панкреатит

Б. нудота, блювота, рідкий стілець

амілаза крові, діастаза сечі, УЗД

В. алкоголь, травми, захворювання жовчних шляхів,
медикаменти, васкуліти, пенетрація виразки ДПК

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна (базова)

1. Михайловська Н.С. Основи внутрішньої медицини / Н.С. Михайловська, О.В. Шершньова, Г.В. Грицай, О.О. Лісова, Т.О.Кулинич // Електронний навчально-методичний комплекс з основ внутрішньої медицини для студентів 2, 3, 4 курсів, спеціальності 221 «Стоматологія». - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017).
2. Михайловська Н.С. Основні методи обстеження хворих в клініці внутрішніх хвороб. Симптоми та синдроми при захворюваннях внутрішніх органів. Модуль 1» / Н.С. Михайловська, Т.В. Олійник // Збірник тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів 2 курсу III мед. факультету, спеціальність «Стоматологія» за програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини». - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 28.09.2017). –119 с.
3. Архій Е.Й., Москаль О.М., Сірчак Є.С., Коваль В.Ю., Дербак М.А. Розумик Н.В. Навчальний посібник. “Пропедевтика внутрішніх хвороб. Практикум. в 3-х ч.”: В-во Говерла.-Ужгород. - 2017. - 554 с.
4. Михайловская Н.С. Практикум по дисциплине «Пропедевтика внутренней медицины» для студентов – иностранных граждан 2 курса, специальность «Стоматология» / Н.С. Михайловская, О.А. Лисовая. - Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017). –72 с.
5. Михайловська Н.С. Практикум / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова // Практикум з навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для студентів II курсу спеціальності 7.12010005 «Стоматологія» на пряму підготовки 1201 «Медицина». – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 10.03.2016). – 78 с.
6. Пропедевтика внутрішньої медицини: національний підручник / К.О. Бобкович, Є.І. Дзісь, В.М. Жебель, Р.І. Ільницький, та співав. за ред. проф. М.С. Расіна. – Вінниця: Нова Книга, 2014. – 208 с.

Допоміжна

1. Москаленко В. Ф. Пропедевтика внутрішньої медицини: загальна семіотика і діагностика. - Київ: «Книга плюс», 2007. – 632 с.
2. Амосов В. Пропедевтика внутренних болезней. Учебник для медицинских вузов, 2015. – 477 с.
3. Лис М.А. Пропедевтика внутренних болезней. Учебное пособие для студентов лечебного факультета. - Гродно: ГрГМУ, 2011. – 360с.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими /За заг. ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль:Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
5. Банченко Г.В., Ю.М. Максимовський, В.М. Гришин. //Язык – «зеркало» организма. – М., 2000. с.218 -306.
6. Дзяк Г.В. Основи обстеження хворого та схема історії хвороби: довідник / Г.В. Дзяк, В.З. Нетяженко, Т.А. Хомазюк та ін. //Дн-ск : Арт-прес

– 2002 р.

7. Ослопова В.Н. Общий уход в терапевтической клинике / под ред. В.Н. Ослопова // М.: МЕДпресс-информ – 2002 р.

8. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І.Децик, О.Г. Яворський, Р.Я. Дутка та ін.; за ред. проф. О.Г. Яворського. 3-є вид., виправл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2013.- 552 с. + 12с. кольор. вкл.