

**Львівський державний університет фізичної культури імені Івана
Боберського**

Факультет фізичної терапії та ерготерапії

Кафедра фізичної терапії та ерготерапії

Навчальна дисципліна «Пропедевтика пульмонології та кардіології»

лекція 4

підгот. Мазепа М. А.

**ТЕМА ЛЕКЦІЇ: «СИМПТОМИ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ШЛУНКОВО-
КИШКОВОГО ТРАКТУ»**

Біль у животі: локалізація по ділянках (епігастральна, мезогастральна, гіпогастральна), зв'язок із вживанням їжі (через який час від початку їди). Зв'язок болю з характером їжі (груба, холодна, гаряча, солодка, солонка, гостра, м'ясна, смажена). Зв'язок із ходьбою, фізичною роботою. Характер болю: гострий, тупий, ниючий, у вигляді гострих нападів нестерпного болю (колька), гострий раптовий біль типу “удару кинджалом”. Поступове або раптове виникнення болю.

Іррадіація болю: в спину, підребер'я, плече, лопатку, пахову чи попереково-крижову ділянку, нижні кінцівки. Зв'язок із появою жовтяниці, жовтизни склер і піднебіння. Залежність болю від дефекації та слабшання його після відходження випорожнень.

Диспепсичні скарги

Утруднене ковтання — дисфагія (рак стравоходу, ахалазія стравоходу).

Апетит: добрий, підвищений (виразкова хвороба), знижений (хронічний гастрит), відсутній (анорексія — при раку шлунка). Спотворення апетиту (анемія), відраза до їжі (рак шлунка).

Насичення: нормальне, швидке; постійне відчуття голоду (виразкова хвороба).

Печія: її зв'язок із часом уживання і характером їжі, чим усувається.

Відрижка: пуста, повітрям, кислим, гірким, із запахом тухлих яєць (холецистит), ужитою їжею (гастроезофагеальний рефлюкс), каловими масами (кишкова непрохідність).

Нудота: її зв'язок із вжитою їжею, тривалість, чи закінчується після блювання і його зв'язок із болем (не слабшає при панкреатиті).

Блювання: натще, після їди (гастрит), через певний проміжок часу. Характер блювоти: спожитою їжею, жовчю, кисла, з кров'ю (яскрава, темна кров, кольору какао, у вигляді кавової гущі при шлунковій кровотечі). Блювання залишками їжі, вжитої напередодні (пілоростеноз). Запах блювоти: неприємний, гнилisний, кислий, запах тухлих яєць. Зв'язок блювання з болем: чи блювання полегшує біль (слабшання болю при виразковій хворобі).

Випорожнення: регулярне, нерегулярне. Запори (затримка випорожнення більше 2–3 діб). Пронеси: рідкі випорожнення кілька разів за добу, зв'язок із характером їжі, час їх появи, несправжні позиви. Запах випорожнень: звичайний, гнилisний, кислий. Консистенція випорожнень: оформлені, ковбасоподібні, кашкоподібні, рідкі, пінисті, водянисті, “овечий” кал. Колір випорожнень: коричневий, світлий (глинистий), зелений, чорний (мелена), із домішками крові, слизу, гною, залишків їжі.

Відходження глистів, їх розмір і форма.

Відходження калу і газів: вільне, утруднене. Болючість при акті дефекації в задньому проході. Наявність гемороїдальних вузлів, кровотеч із них. Свербіж у задньому проході.

Інші скарги:

- *спрага:* підвищена (скільки рідини вживає за добу), сухість у роті, слинотеча;
- *присмак у роті:* звичайний, кислий, гіркий, металічний, солодкий;
- *відсутність смакових відчуттів;*
- *жування:* недостатнє пережовування їжі за відсутності зубів.

Можливі також скарги на вторинні розлади: схуднення, зниження працездатності, дратівливість, безсоння, судоми дрібних м'язів, трофічні зміни шкіри та її додатків і слизових оболонок.

Загальні скарги — прояв реакції організму на хворобу: зниження працездатності, загальна слабкість, підвищення температури тіла (ознаки інтоксикації).

Анамнез хвороби. Особливості перебігу: *гострий* (тривалість — дні, тижні, місяці) — при гострому гастриті, гепатиті, панкреатиті; *хронічний із періодами загострення і ремісії* (тривалість — більше 3 місяців, роки) — хронічний гастрит, виразкова хвороба, рак шлунка, панкреатит, гепатит, цироз печінки.

Діагностичне значення: вказівка на гостре чи хронічне захворювання.

Анамнез життя: спадкова, сімейна, професійна схильність, перенесені хвороби, аліментарні погрішності, шкідливі звички (зловживання алкоголем, паління тютюну), радіаційне ураження.

Діагностичне значення: можливість виявити етіологію захворювання.

Об'єктивне (фізичне) дослідження — огляд, пальпація, перкусія, аускультация.

Загальний огляд. *Загальний стан* задовільний, може бути порушення середнього чи тяжкого ступеня (при виразковій хворобі, раку шлунка).

Положення в ліжку — активне, вимушене через наявність інтенсивного болю (лежачи на боці, на спині з підігнутими нижніми кінцівками в колінних суглобах, колінно-ліктьове), пасивне в тяжкому стані (при раптовій слабкості, гострій кровотечі, втраті свідомості, комі).

Свідомість — збережена, ясна, може бути порушена: ступор, сопор, кома (гіпоксемічна при тяжкій внутрішній кровотечі).

Шкіра — *блідість* при шлунковій кровотечі, анемії; *жовтяниця*, пов'язана з накопиченням у шкірі та слизових об'єктах білірубіну при ураженні печінки, при раку головки підшлункової залози.

Стан харчування (вгодованість) — добра або підвищена (товщина шкірно-підшкірної складки більше 2 см), задовільна чи знижена (товщина шкірно-підшкірної складки менше 1 см), кахексія — *схуднення* при раку шлунка.

ЗМІНИ В РОТОВІЙ ПОРОЖНИНІ ПРИ ХВОРОБАХ ОРГАНІВ ТРАВЛЕННЯ

При хронічному гастриті зі збереженою або підвищеною секрецією слизова оболонка порожнини рота рожева, салівація нормальна. Язик ціанотичний, набряклий, із відбитками зубів. У ділянці середньої та дистальної третин дорсальної поверхні язика наявний інтенсивний наліт біло-жовтого або сіро-жовтого кольору, який важко знімається. Ниткоподібні сосочки язика гіпертрофовані, грибоподібні — дещо зменшені, листоподібні сосочки рельєфні, гіперемовані. Наявні явища парестезії, більше в ділянці кореня і кінчика язика. Характерний катаральний гінгівіт, частіше у фронтальній ділянці. Маргінальний край ясен інфільтрований, гіперемований, від дотику кровоточить; скупчення м'якого зубного нальоту.

При хронічному гастриті зі зниженою секрецією слизова ротової порожнини блідо-рожевого кольору, на язичку атрофовані сосочки, тріщини.

При виразковій хворобі шлунка слизова оболонка ротової порожнини бліда, сосочки язика добре розвинуті. Наліт на язичку сіро-білого кольору, важко знімається. Язик збільшений, із відбитками зубів на кінчику і бокових поверхнях. При стоматоскопії цих зон нерідко виявляють мікроерозії, ділянки стоншення епітелію, які призводять до пекучості, відчуття легкого поколювання, що посилюється під час уживання їжі.

При виразковій хворобі зі стійким зниженням секреторної функції шлунка язик зменшений, без нальоту, сосочки інколи відсутні, а на блідому фоні з'являються чіткі лаковані осередки десквамації епітелію. Характерне спонтанне зникнення осередків десквамації епітелію, що не спостерігається при гастритах.

При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, яка нерідко супроводжується порушенням функції жовчовиділення, слизова оболонка ротової порожнини яскравіша, з іктеричним відтінком у ділянці м'якого піднебіння.

При раку шлунка вся поверхня язика обкладена щільним білим нальотом, який складається з епітеліальних клітин, слизу, мікрофлори, великої кількості лейкоцитів

При хронічному коліті та ентериті спостерігаються набряк язика, яскраве забарвлення з малиновим відтінком, іноді ціанотичність, виражені складчастість і десквамація епітелію, згладженість сосочків язика. Корінь язика покритий щільним сірувато-жовтим нальотом. Явища хронічного рецидивуючого афтозного стоматиту, який інколи розвивається перед основною хворобою. Також можуть спостерігатися явища кандидамікозу. При вираженій інтоксикації та дисбактеріозі спостерігається гіперплазія ниткоподібних сосочків та їх забарвлення в коричневий або чорний колір. При хронічному холециститі слизова оболонка рожева, з іктеричним відтінком у ділянці м'якого піднебіння, характерний хронічний рецидивуючий афтозний стоматит.

При гострому панкреатиті слизова оболонка ротової порожнини гіперемована, з чітким судинним малюнком, часто наявний афтозний висип.

Зміни слизової оболонки ротової порожнини при хронічному панкреатиті : атрофічні зміни, десквамація епітелію дорсальної поверхні язика, стоншення слизової оболонки губ, хронічні тріщини в кутах рота, що виникають унаслідок вторинного гіповітамінозу, а також втягнення в патологічний процес інших органів травної системи.

При хворобах печінки утворюються ділянки десквамації епітелію на дорсальній поверхні язика, атрофуються ниткоподібні сосочки, інтенсивно забарвлюється у жовтий колір (жовтяниця) слизова рота, на ній виникають телеангіектазії та геморагії, а іноді — численні дрібні ерозії.

При хронічному гепатиті типові катаральний глосит, набряк, ціанотичне забарвлення бокової та нижньої поверхонь язика, атрофія сосочків язика.

При цирозі печінки спостерігається блідо-рожеве забарвлення слизової рота з ціанотичним відтінком, множинні телеангіектазії, виражений судинний малюнок м'якого піднебіння, мацерація епітелію і поява афт. Слизова порожнини рота суха, стоншена, з явищами кандидамікозу. Слизова оболонка язика атрофована, з ділянками десквамації епітелію, він стає гладеньким, гіперемованим.

Огляд живота. Проводять у вертикальному і горизонтальному положеннях хворого. Виявляють грижі. Зміни розмірів живота: збільшення за рахунок ожиріння, асцит (вільна рідина в черевній порожнині), метеоризму (багато газів у кишечнику). Форма живота: відвислий і випнутий при асциті, опущений при схудненні, асиметричний при великій пухлині. Участь в акті дихання (відсутня при перитоніті). Мають значення колір шкіри і наявність висипки, розширених підшкірних вен (“голова Медузи”); перистальтика шлунка (при кахексії та пілоростенозі); товщина шкірно-підшкірної складки — в нормі 2 см, менше — кахексія, більше — ожиріння.

Пальпація живота

Поверхнева пальпація. Мета — виявити болючість, напруження черевної стінки і подразнення очеревини (симптом Щоткіна – Блюмберга), випини й ущільнення в черевній порожнині. Для локалізації змін на передній черевній стінці розрізняють 3 зони і 9 топографічних ділянок: епігастрій (надчерев’я), що охоплює власне епігастрій, праве і ліве підребер’я; мезогастрій — навколупупкова, права і ліва здухвинні ділянки; гіпогастрій — права і ліва пахові та надлонна ділянки. Методика поверхневої пальпації: кисть руки випрямлена, всією поверхнею долоні плавно рухаємося проти годинникової стрілки по великому колу, починаючи і закінчуючи в лівій паховій ділянці, і по малому в навколупупковій ділянці.

Глибока, методична, топографічна, ковзна пальпація методом Образцова — Стражеска. Чому глибока — органи пропальповуються в глибині черевної порожнини. Чому методична, топографічна — пальпація у певній послідовності, з чітким знанням розміщення (локалізації) органів, що досліджуються, ковзна — визначаються властивості органа при сковзанні з його краю, бімануальна — пальпація виконується двома руками.

Послідовність пальпації органів черевної порожнини.

Сигмоподібна кишка — у лівій паховій ділянці. Сліпа кишка — у правій здухвинній ділянці. Висхідна частина ободової кишки — в правій здухвинній ділянці, низхідна — в лівій здухвинній ділянці. Шлунок: велика кривизна шлунка — в епігастральній ділянці. Поперечна ободова кишка, її правий і лівий

згини — білатерально, по обидва боки від серединної лінії, відступивши на 1–2 см від нижньої межі шлунка і на 2–3 см вище пупка. Печінка — у правому підребер'ї, по серединно-ключичній лінії. Селезінка — в лівому підребер'ї. Підшлункова залоза — на 1–2 см вище пупка. Нирки — нижній полюс у підребер'ях, по зовнішньому краю прямих м'язів живота.

Методика глибокої, методичної, топографічної, ковзної пальпації полягає

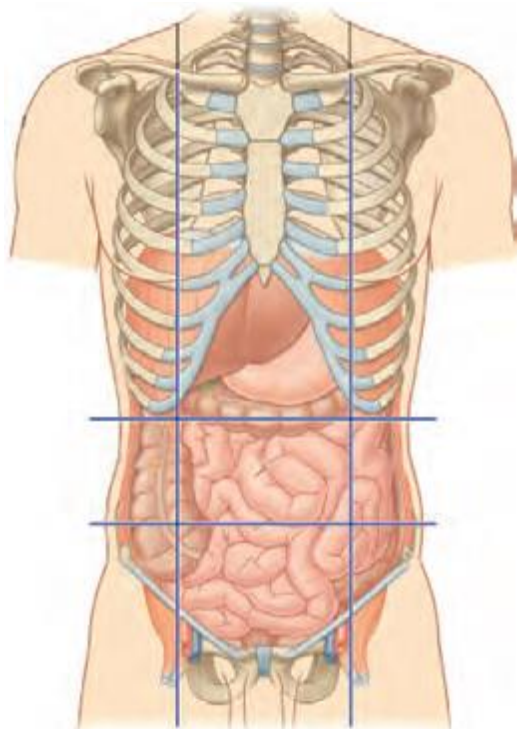


Рис. 5.5. Топографічні ділянки живота

у врахуванні 4 моментів:

- положення руки: чотири пальці напівзігнуті так, щоб нігтьові фаланги були на одній лінії; напрямок пальпації перпендикулярно осі органа;
- утворення шкірно-підшкірної складки: перед нігтьовими фалангами;
- занурення в черевну порожнину на фазі видиху;
- ковзний рух пальпуючої руки до зовнішнього краю органа.

Пальпаторні властивості незмінених

відрізків кишечника: локалізація (типова), форма (валика), величина (3,5 см — сліпа кишка, 1,5 см — сигмоподібна кишка), характер поверхні (гладенька), консистенція (м'якоеластична), рухомість (рухомий), болючість (неболючий), вуркотіння (сліпа кишка).

Пальпаторні властивості шлунка. Велика кривина шлунка знаходиться по оби-

два боки від серединної лінії, на 2–3 см вище пупка, визначається у вигляді м'якої тонкої складочки. При опущенні шлунка (гастроптоз) велика кривина може знаходитися нижче пупка, і тоді можна пропальпувати малу кривину. Пальпація шлунка дозволяє виявити пухлини в пілороантральній частині, по великій кривині та на передній стінці шлунка. Пухлини кардіального відділу шлунка недоступні пальпації.

При гострому запаленні очеревини локальне натискання рукою спричиняє інтенсивний біль, проте він стає ще сильнішим при раптовому віднятті руки — симптом Щоткіна – Блюмберга (симптом подразнення очеревини).

Перкусія живота — у здорових людей над кишечником виявляється тимпанічний звук. Над проекцією печінки в правому підребер'ї — тупий звук. Зникнення тупого звуку і поява замість нього тимпанічного звуку свідчить про наявність вільного повітря в черевній порожнині (при перфоративній виразці шлунка чи дванадцятипалої кишки).

Виявлення асцити (вільної рідини) у черевній порожнині. На огляді — зміна конфігурації живота: у вертикальному положенні — відвислий, у горизонтальному — “жаб'ячий”. При пальпації бімануально по фланках — позитивний симптом флуктуації рідини, при перкусії від пупка до фланків — зміна рівня тупого звуку при зміні положення лежачи на одному, потім на другому боці.

Аускультация. У нормі вислуховується шум перистальтики кишечника, який зникає при перитоніті (“німий живіт”). Аускультацию шлунка використовують при стетоакустичній пальпації для визначення положення великої кривини шлунка. Стетоскоп розміщують під лівою реберною дугою в місці проекції шлунка, нижче простору Траубе. Одночасно пальцем здійснюють штрихові рухи по черевній стінці, віддаляючись від стетоскопа. Поки палець рухається в зоні проекції шлунка, у стетоскоп чути шурхіт, який зникає при рухах пальця поза межами шлунка.