Реферат

на тему: «Пальпация кишечника, печени и желчного пузыря, селезенки, поджелудочной железы и почек»

При пальпации **кишечника** прощупывание сигмовидной кишки ведется справа сверху и внутри влево, вниз и кнаружи, перпендикулярно к оси кишки, которая в среднем расположена косо в левой подвздошной впадине на границе средней и наружной трети (линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости). Пальпация производится сложенными вместе и слегка согнутыми четырьмя пальцами или локтевым краем мизинца правой руки. Погрузив пальцы внутри от предполагаемого положения кишки и достигнув ими задней стенки брюшной полости, скользят по ней в указанном направлении, т. е. кнаружи и книзу. При этом движении кишка, будучи придавлена к задней стенке, сперва скользит по ней, но затем (т. к. брыжейка ее имеет определенную ширину и натягивается) при дальнейшем движении руки выскальзывает из-под пальцев, и в этот момент пальпирующие пальцы обходят кишку почти по всей периферии, т. е. прощупывают ее. Применяя описываемую методику, удается прощупать сигмовидную кишку у 90— 95 из 100 чел. Только при чрезмерном вздутии живота и у тучных субъектов сигмовидная кишка не прощупывается. Если сигмовидная кишка не обнаруживается на обычном месте, то это означает, что она благодаря длинной брыжейке и чрезмерной подвижности находится где-либо в другой области живота, чаще всего ближе к пупку и вправо. Обычно эта кишка обнаруживается, если произвести по правилам глубокой пальпации обследование нижнепупочной и надлобковой области. В норме сигмовидная кишка прощупывается на протяжении 20—25 смв форме гладкого плотноватого цилиндра толщиной в большой или указательный палец, безболезненного при пальпации, не урчащего, очень вяло и редко перистальтирующего. Ее можно смещать в ту или другую сторону в пределах 3—5 см.

При прощупывании слепой кишки методика та же, только направление, по котолрому производится прощупывание, иное. Так как слепая кишка в среднем лежит на границе средней и наружной трети (на 5 см от ости подвздошной кости), то прощупывание ведется по этой линии пли параллельно ей. При пальпации находят не только слепой мешок, но прощупывают и некоторую часть восходящей кишки на 10—12 см,т. е. тот отдел толстой кишки. Слепая кишка в норме прощупывается в 80—85% в форме умеренно напряженного, несколько расширяющегося книзу, с закругленным дном цилиндра, диаметром 2—3 см,дающего при надавливании на него урчание. Пальпация кишки боли не причиняет и позволяет убедиться в некоторой пассивной подвижности кишки в пределах 2—3 см*.* Нижний край слепого мешка расположен у мужчин выше межостной линии, у женщин — ниже ее.

При дальнейшем пальпаторном обследовании правой подвздошной области удается в 80—85% прощупать на протяжении 15—20 смтот отрезок подвздошной кишки, который подымается снизу и слева из малого таза, чтобы соединиться с толстой кишкой. Направление этого отрезка большей частью снизу и слева вверх и вправо, вследствие чего пальпация ведется почти параллельно, но ниже ее. Прощупывается конечный отрезок в глубине правой подвздошной впадины в форме мягкого, легко перистальтирующего, пассивно подвижного цилиндра толщиной в мизинец или карандаш, который при выскальзывании из-под пальцев дает ясное урчание. Найдя конечный отрезок подвздошной кишки, можно сделать попытку отыскать выше или ниже его червеобразный отросток. Найти его легче, если предварительно прощупать брюшко (нахождение которого облегчается, если исследуемый слегка поднимет выпрямленную правую ногу) и пальпировать отросток на сокращенном брюшке мышцы. Отросток прощупывается в 20—25% всех случаев в форме тоненького, толщиной в гусиное перо, безболезненного цилиндрика, который не меняет под руками своей консистенции и не урчит. Однако же, прощупав этот цилиндр выше или ниже, нельзя еще быть уверенным, что прощупывается действительно червеобразный отросток, т. к. его могут имитировать дупликатура брыжейки и лимф, пучок. Трудность пальпации червеобразного отростка заключается еще и в том, что он занимает у разных людей неодинаковое положение по отношению к слепой кишке; например, при нахождении отростка позади этой кишки прощупать его невозможно. При воспалительном состоянии отростка вследствие его утолщения, обезображивания, фиксации и уплотнения возможность пальпаторного отыскания отростка значительно возрастает. Прощупывание слепой кишки, конечного отрезка и червеобразного отростка производится правой рукой со сложенными вместе четырьмя пальцами, которые несколько согнуты в суставах. При напряжении мышц брюшного пресса, для того чтобы вызвать расслабление его в районе пальпации, полезно лучевым краем левой руки надавить в области пупка.

Для пальпации восходящей и нисходящей части ободочной кишки применяется бимануальная пальпация: кисть левой руки подкладывается под левую и затем правую половину поясницы, а пальцами правой руки, погруженной в брюшную полость до соприкосновения с левой рукой, скользят кнаружи перпендикулярно оси кишки (В. X. Василенко).

Пальпация поперечной ободочной кишки производится одной правой рукой со сложенными и несколько согнутыми четырьмя пальцами или обеими руками (билятеральная пальпация). Так как положение непостоянно, то для того чтобы знать, где ее отыскивать, полезно перед ее прощупыванием определить посредством «перкуторной пальпации Образцова» положение нижней границы желудка и вести исследование, отступя книзу на 2—3 см.Пальпация производится таким образом, что, положив правую руку или обе руки с согнутыми пальцами по бокам белой линии и отодвинув кожу несколько вверх, постепенно погружают руку, пользуясь расслаблением брюшного пресса во время выдоха, вплоть до соприкосновения с задней стенкой живота. Дойдя до задней стенки, скользят по ней книзу и в случае прощупываемости кишки находят ее в форме идущего дугообразно и поперечно цилиндра умеренной плотности толщиной в 2 см,легко перемещающегося вверх и вниз, но не урчащего и безболезненного. Если на указанном месте кишка не находится, то при помощи того же приема обследуют брюшную полость ниже и в боковых фланковых областях, изменив соответствующим образом положение пальпирующих рук. Поперечная ободочная кишка в норме прощупывается в 60—70% всех случаев.

Кроме указанных отрезков кишок, в редких случаях удается прощупать горизонтальные части и кривизны ободочной кишки, а также какую-нибудь случайно попавшую в подвздошные впадины петлю тонких кишок. Вообще же тонкие кишки благодаря глубокому расположению, большой подвижности и тонким стенкам ощупыванию не поддаются; вследствие этих причин их нельзя прижать к задней стенке брюшной полости, без чего прощупать отрезок кишок в нормальном состоянии невозможно.

Пальцевое ощупывание прямой кишки после предварительной очистки ее клизмой производится в коленно-локтевом положении больного; в прямую кишку вводится смазанный жиром указательный палец и медленными движениями осторожно продвигается на возможную глубину. При чрезвычайно большой чувствительности пациента, при трещинах и воспалительных процессах приходится до введения пальца анестезировать сфинктерную часть и ампулу прямой кишки путем вкладывания тампона, смоченного 1—2% раствором кокаина. Пройдя сфинктер, палец встречает у мужчины кпереди простату, а у женщин вагинальную часть матки; по ней палец нужно продвинуть вверх, обойти крестцово-копчиковую складку и по возможности дойти до конечной складки, закрывающей вход в сигмовидную кишку и находящейся на 11—13 смвыше таза. Пальпация начальных (глубоких) отделов прямой кишки облегчается, если заставить больного присесть «на корточки» и слегка натужиться. Обследовав пальцем переднюю стенку, поворачивают палец кзади и ощупывают заднекрестцовую, а затем и боковые стенки, всюду составляя себе на основании пальпации представление о состоянии слизистой оболочки (язвы, папилломы, полипы, варикозные узлы, отечность и припухание слизистой, рубцовые сужения;, новообразования и пр.), а также о состоянии клетчатки, окружающей прямую кишку, дугласова пространства, простаты, матки с ее придатками и костей таза.

Пальпация **печени и желчного пузыря** производится в положении больного стоя или лежа на спине. В некоторых случаях прощупывание печени облегчается тем, что больной принимает диагональное положение на левом боку; при этом печень под действием силы тяжести выходит из подреберья; тогда легче прощупать ее нижнее-передний край. Прощупывание печени и пузыря производится по общим правилам пальпации, причем больше всего обращается внимание на передненижний край печени, по свойствам которого судят о физическом состоянии самой печени, ее положении и форме. Во многих случаях (особенно при опущении или увеличении органа), кроме края печени, который пальпаторно можно проследить зачастую от левого подреберья до правого, удается прощупать и верхне-переднюю и нижне-заднюю ее поверхности.

Исследующий садится справа рядом с кроватью на стул или табурет лицом к исследуемому, кладет ладонь и четыре пальца левой руки на правую поясничную область, а большим пальцем левой руки надавливает сбоку и спереди на реберную дугу, что способствует приближению печени к пальпирующей правой руке и, затрудняя расширение грудной клетки во время вдоха, способствует большим экскурсиям правого купола диафрагмы. Ладонь правой руки кладут плашмя со слегка согнутыми пальцами на живот больного сразу ниже реберной дуги, по бокам сосковой линии, и производят небольшое вдавливание концами пальцев брюшной стенки. После такой установки рук предлагают исследуемому сделать глубокий вдох, и печень, опускаясь, сперва подходит к пальцам, затем их обходит и, наконец, выскальзывает из-под пальцев, т. е. прощупывается. Рука исследующего все время остается неподвижной; прием повторяется несколько раз. Так как положение края печени может быть различным в зависимости от разнообразных обстоятельств, то для того чтобы знать, где располагать пальцы пальпирующей руки, полезно предварительно определить положение нижнего края печени перкуссией. Край нормальной печени, прощупываемый в конце глубокого вдоха на 1—2 смниже реберной дуги, представляется мягким, острым, легко подворачивающимся и нечувствительным. По Образцову, нормальная печень прощупывается в 88% случаев. При большом вздутии живота для облегчения прощупывания полезно производить исследование натощак, после дачи слабительного, а при больших скоплениях жидкости в брюшной полости приходится предварительно парацентезом выпустить жидкость.

Желчный пузырь, ввиду того что он мягок и выступает очень мало из-под края печени, в норме не прощупывается. Но при увеличении пузыря (водянка, наполнение камнями, рак и пр.) он становится доступным пальпации. Прощупывание пузыря ведется в том же положении больного, что и пальпация печени. Найдя край печени сразу ниже его, у наружного края правой прямой мышцы, производят по правилам прощупывания самой печени пальпация желчного пузыря. Легче всего можно его обнаружить движением пальцев поперечно оси пузыря. Желчный пузырь пальпаторно определяется в виде грушевидного тела различной величины, плотности и болезненности в зависимости от характера патологического процесса в нем самом или в окружающих его органах (например, мягко эластичный пузырь при закупорке общего желчного протока — признак Курвуазье — Терье, плотно-бугристый пузырь при новообразованиях в его стенке или переполнении камнями и при воспалении стенки и т. д.). Увеличенный пузырь подвижен при дыхании и совершает боковые маятникообразные движения. Подвижность пузыря утрачивается при воспалении покрывающей его брюшины — перихолецистите.

Описанная методика пальпации печени и желчного пузыря представляется наиболее простой, удобной и дающей наилучшие результаты. Трудность пальпации печени и в то же время сознание, что только она может дать ценные данные для диагностики, заставляли искать наилучший метод пальпации. Предложены различные приемы, сводящиеся главным образом к разнообразным положениям рук исследующего или к изменению позиции исследующего по отношению к больному [например, исследование печени и пузыря, обхватив наклонившегося кпереди больного сзади — прием Ширея; прощупывание края печени двумя руками, одновременно соприкасающимися концами пальцев, расположивши их одну сверху, а другую снизу — прием Жильбера и т. д.]. Никаких преимуществ эти методы в исследовании печени и желчного пузыря не имеют. Дело не в разнообразии приемов, а в опыте исследующего и систематическом проведении плана исследования брюшной полости в целом.

Пальпация **селезенки** производится в лежачем положении больного на спине или в правом боковом диагональном положении. Исследующий кладет плашмя левую руку на левую половину грудной клетки в области VII и X ребра и слегка надавливает на нее, чем достигается фиксирование левой половины грудной клетки и увеличение дыхательных экскурсий левого купола диафрагмы. Правую руку со слегка согнутыми пальцами кладут плашмя ниже реберного края по бокам линии, представляющей продолжение X ребра, и слегка вдавливают брюшную стенку, после чего предлагают больному сделать глубокий вдох; край селезенки подходит к пальцам, обходит и выскальзывает, т. е. прощупывается. Такой прием проделывают несколько раз, причем пальпирующая рука остается все время неподвижной. При ненахождении края селезенки сразу ниже реберной дуги, особенно при ощущении неясного сопротивления, как от какого-то тела, находящегося в этом месте, пальцы правой руки продвигают на 2—3 смниже или несколько вбок и просят при этом больного делать глубокие вдохи. Иногда прощупывание облегчается тем, что левой рукой, подведенной под больного, надавливают сзади на последние ребра. Нормальная, не увеличенная селезенка не прощупывается; ее можно прощупать только при большом энтероптозе. Если только селезенка прощупывается, то это значит, что она увеличена. Прощупав селезенку, стараются определить ее консистенцию, болезненность, состояние ее края и поверхности.

Пальпация **поджелудочной железы** представляется крайне трудной ввиду глубокого положения и мягкой консистенции органа. Только исхудание больного, расслабление брюшного пресса и опущение внутренностей позволяют прощупать нормальную железу в 4—5% случаев у женщин и в 1—2% случаев у мужчин. Уплотненная панкреатическая железа при циррозе ее или новообразовании, или при кисте в ней прощупывается значительно легче. Прощупывание панкреатической железы нужно производить утром натощак после приема слабительного и при пустом желудке. Предварительно нужно прощупать большую кривизну желудка, определить положение привратника и прощупать правое колено поперечной ободочной кишки. Желательно пальпаторно найти и нижнюю горизонтальную часть двенадцатиперстной кишки. Тогда определится место, где нужно искать ощупыванием головку поджелудочной железы; ее прощупать все-таки легче, чем тело железы, ввиду большей величины и более частого уплотнения. Прощупывание производится по правилам глубокой скользящей пальпации, обычно выше правой части большой кривизны желудка. С заключениями относительно прощупываемости железы нужно быть крайне осторожным — можно легко принять за железу часть желудка, часть поперечной ободочной кишки, пакет лимф, узлов и пр.

Пальпация **почек** является главным и притом наиболее простым и доступным методом исследования почек, имеющим исключительное значение при хирургических заболеваниях их. Прощупывание почек нужно производить в стоячем и в лежачем положении больного, как это рекомендовал еще С. П. Боткин. Прощупывание в положении стоя производится по методике так называемой фланковой пальпации. Врач сидит па стуле лицом к стоящему обнаженному больному. Расположив левую руку поперечно туловищу больного сзади ниже XII ребра, правую руку кладут спереди и сбоку плашмя на фланк (т. е. боковой части живота, кнаружи от прямой мышцы) ниже XII ребра, параллельно оси туловища больного, т. е. вертикально. Больной производит глубокие дыхательные движения, а врач, пользуясь расслаблением брюшного пресса во время выдоха, стремится свести пальцы обеих рук до соприкосновения через брюшные стенки, т. е. пальпирует бимануально. Таким образом исследуется сначала правый, а затем и левый фланки. В случае опущения или увеличения почки она прощупывается. Нормально расположенная почка не прощупывается, и нельзя согласиться с Гюйоном и Израэлем, которые, производя прощупывание почек только в положении больного на спине или в диагональном положении, когда условия для пальпации более затруднительны, утверждают, что нормально расположенные не увеличенные почки иногда прощупываются. Прощупываемость почки при фланковой пальпации всегда указывает на ее опущение или увеличение.

Для детального ознакомления с формой, величиной, консистенцией и конфигурацией почек, а также для определения степени их подвижности необходимо производить пальпацию в лежачем положении больного на спине и на боку. Положение и поведение больного и врача те же, что и при прощупывании печени (для правой почки) или селезенки (для левой почки). При прощупывании правой почки кладут правую руку со слегка согнутыми пальцами на живот больному кнаружи от наружного края прямой мышцы так, чтобы концы пальцев находились на 2—3 смниже реберной дуги, а левую руку подводят под поясничную область. При каждом выдохе врач стремится продвинуть концы пальцев правой руки все глубже до соприкосновения с задней стенкой брюшной полости и через последнюю со своей левой рукой. Затем движениями левой руки через толщу поясничных мышц приподымает лежащую на них ночку и подводит ее под пальцы правой руки; в это время больной должен сделать неглубокий вдох. Если почка прощупывается, то она целиком или только нижний ее круглый полюс подходит под пальцы правой руки, которая его захватывает, усилив давление кзади. Затем, не ослабляя давления и не уменьшая сведения обеих рук, начинают скользить пальцами правой руки книзу, тогда почка, будучи все-таки фиксирована, при попытке правой руки сместить ее книзу выскальзывает, и в этот момент составляют себе окончательное представление как об ее величине, так и о форме консистенции и степени подвижности. Если почка резко подвижна или блуждает, следует захватить ее правой рукой и установить путем смещения в стороны, вверх и вниз пределы ее подвижности. Полезно также для определения характера увеличения почки применять метод баллотирования, предложенный Гюйоном. Одновременно с пальпацией почки в положении больного на спине должна проводиться пальпация на боку (по Пзраэлю). При исследовании левой почки больной лежит на правом боку, при исследовании правой ночки — на левом боку. Прощупав почку между двумя руками, наносят путем отрывистых сгибаний пальцев руки, лежащей сзади, ряд толчков по поясничной области, которые передаются через почку другой руке; это позволяет лучше судить о ее болезненности, консистенции, содержимом кистевидной опухоли почки и т. д.

Мочеточник в норме безболезнен и не прощупывается. При наличии в нем инфильтратов или больших камней эти образования иногда могут прощупываться у женщин с дряблым животом или у очень худых мужчин, но полная уверенность без рентгеновского контроля бывает редко.

Пальпация надлобковой области позволяет обнаружить мочевой пузырь при переполнении его мочой в виде сферического упруго плотного тела, увеличенную матку при беременности или опухоли.

Прощупывание опухолей брюшной полости, собственно говоря, и создало повод к детальной и систематической разработке методичной пальпации, т. к. этот метод является по настоящее время, пожалуй, одним из важнейших при диагностике их. Посредством ощупывания обнаруживают присутствие опухоли, определяют ее принадлежность к брюшной полости и отношение к соседним органам, устанавливают природу опухоли и составляют представление о возможности удаления ее оперативным путем. С введением в клиническую практику рентгенологического исследования ощупывание опухоли производится также под контролем рентгеноскопии. Обнаружив опухоль, следует прежде всего установить ее локализацию, т. е. расположена ли она в самой брюшной стенке, внутри брюшной полости или позади брюшины; установив нахождение опухоли в брюшной полости, нужно точно определить ее принадлежность тому или другому органу и отношение к соседним органам, ее подвижность, природу, а также и то, имеется ли воспалительный процесс в брюшине вокруг нее.

Опухоли брюшной стенки, в отличие от внутрибрюшинных и забрюшинных опухолей, расположены более поверхностно, легко обнаруживаются осмотром, отчетливо прощупываются и при напряжении брюшного пресса фиксируются, становясь хуже прощупываемыми, но при сокращении мышц все же не исчезают вовсе из поля пальпации, как это бывает при внутрибрюшинных опухолях; при дыхательных экскурсиях они перемещаются в передне-заднем направлении при выпячивании брюшного пресса во время вдоха и западения его во время выдоха.

Опухоли, расположенные за брюшиной, отличаются довольно тесным соприкосновением с задней стенкой брюшной полости, малоподвижны при дыхании и менее подвижны при пальпации, а главное — они всегда бывают прикрыты кишками или желудком. Исключением в отношении подвижности являются небольшие опухоли почек и опухоли хвоста поджелудочной железы, которые бывают, несмотря на свое забрюшинное расположение, нередко достаточно подвижны. Еще большей дыхательной и пассивной подвижностью отличаются опухоли, расположенные внутри-брюшинно; чем ближе они расположены к диафрагме, тем большей подвижностью сверху вниз они отличаются при вдохе. В зависимости от ширины или длины прикрывающих связок того органа, которому принадлежит опухоль, находится ее пассивная подвижность. Однако иногда опухоли хорошо укрепленных в норме отделов желудочно-кишечного тракта приобретают большую подвижность благодаря врожденной чрезмерной длине брыжейки и связок или растяжению укрепляющего аппарата во время роста опухоли; напр., нередко обладают большой подвижностью опухоли привратника желудка или опухоли слепой кишки. Внутрибрюшинные опухоли теряют как дыхательную, так и пассивную подвижность в том случае, если вокруг них развивается воспаление брюшины, после которого наблюдаются плотные сращения опухоли с окружающими ее органами.

Нахождение опухоли, установление ее внутрибрюшинной локализации являются первым моментом в процессе распознавания. После этого нужно установить природу опухоли, что удается после детального изучения (ощупыванием) ее физических свойств, как, например, формы, плотности, эластичности, бугристости, присутствия в ней флюктуации, болезненности и пр., но главное приходится определять исходный ее пункт и принадлежность тому или другому внутрибрюшинному органу. Последнее становится возможным только после предварительной топографической пальпации всей брюшной полости и конкретного установления у больного положения и свойств каждого органа в отдельности. Такое конкретное изучение топографических отношений необходимо ввиду того, что пользоваться нормальными анатомическими отношениями невозможно, т. к. благодаря росту опухоли и изменению внутрибрюшинного давления они зачастую бывают нарушены и извращены. Таким образом, для распознавания опухолей требуются умение тонко пальпировать и детальное знание физиологических свойств брюшной полости и ее органов как в норме, так и при различных патологических состояниях. Методикой пальпации должен владеть каждый врач, имеющий дело с болезнями органов брюшной полости,— терапевт, хирург, гинеколог или уролог. Ни один метод клинического исследования, в т. ч. и пальпацию, не исключает другого, и только сочетание различных способов изучения может дать наиболее полное представление о больном.