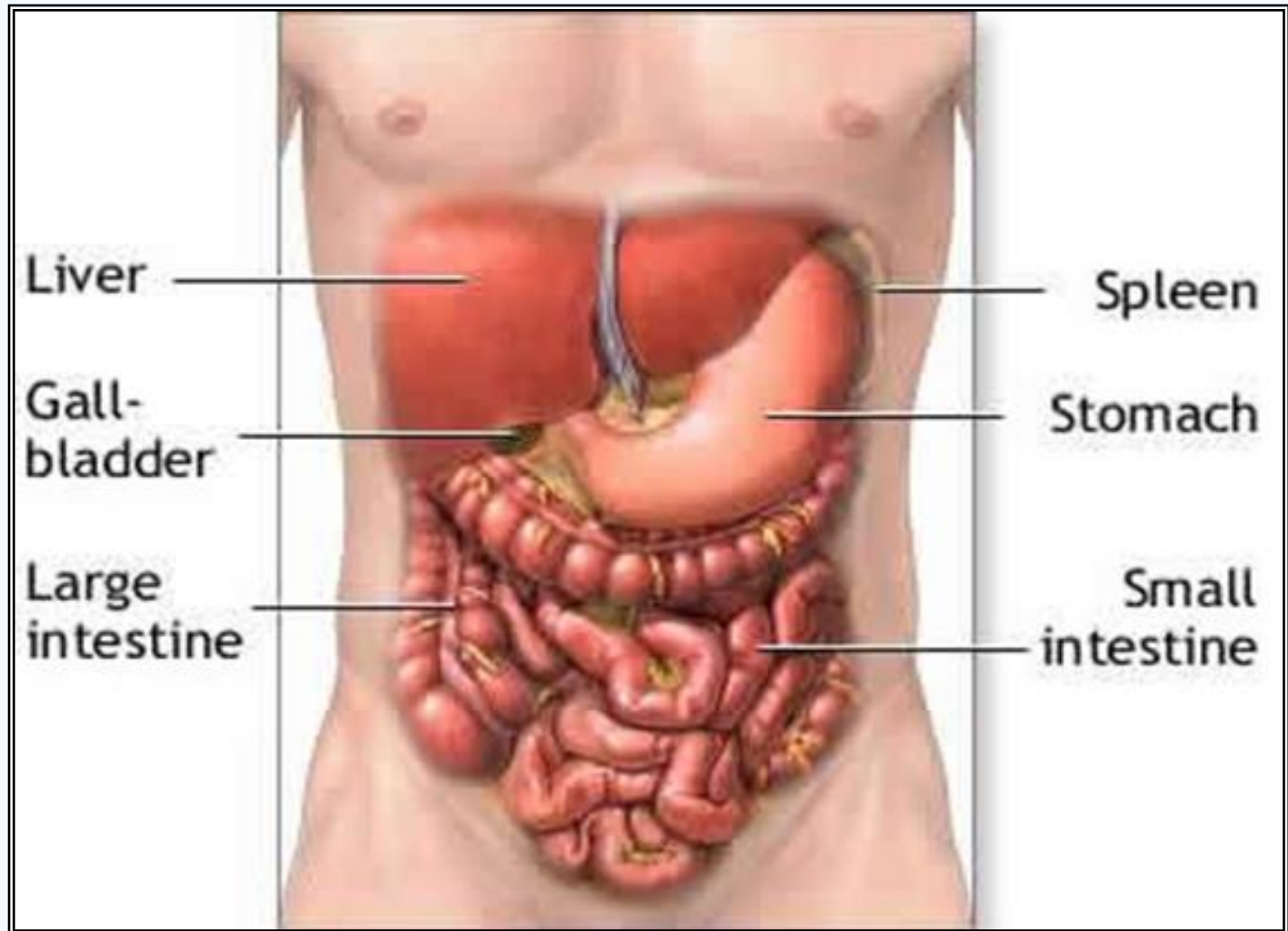


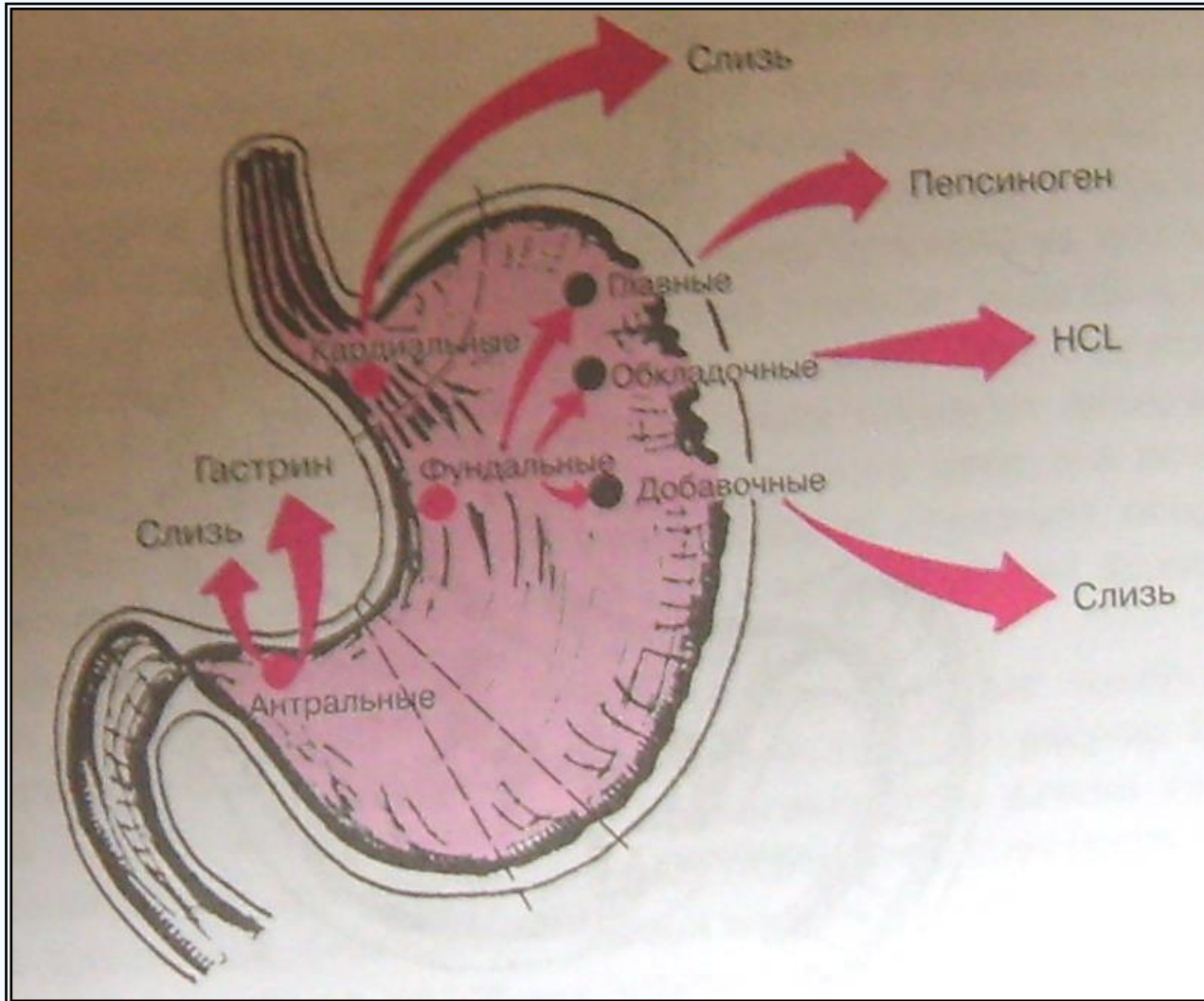
Examenul clinic în afecțiunile tractului digestiv

***Ludmila Condrățchi
d.ș.m., conferențiar universitar***



Funcția de baza a esofagului –
transportarea alimentelor din
faringe spre stomac.

Reflexul Serdiucov-Pavlov



Funcțiile stomacului:

- ❑ **Motorie** (rezervor, amestecare, reglarea mișcării bolului alimentar)
- ❑ **Exocrină** – secretă HCl, pepsinogen, mucus, bicarbonat, factorul intrinsec, gastroferina, apă.
- ❑ **Endocrină** – secretă gastrină, somatostatină

Celulele gastrice:

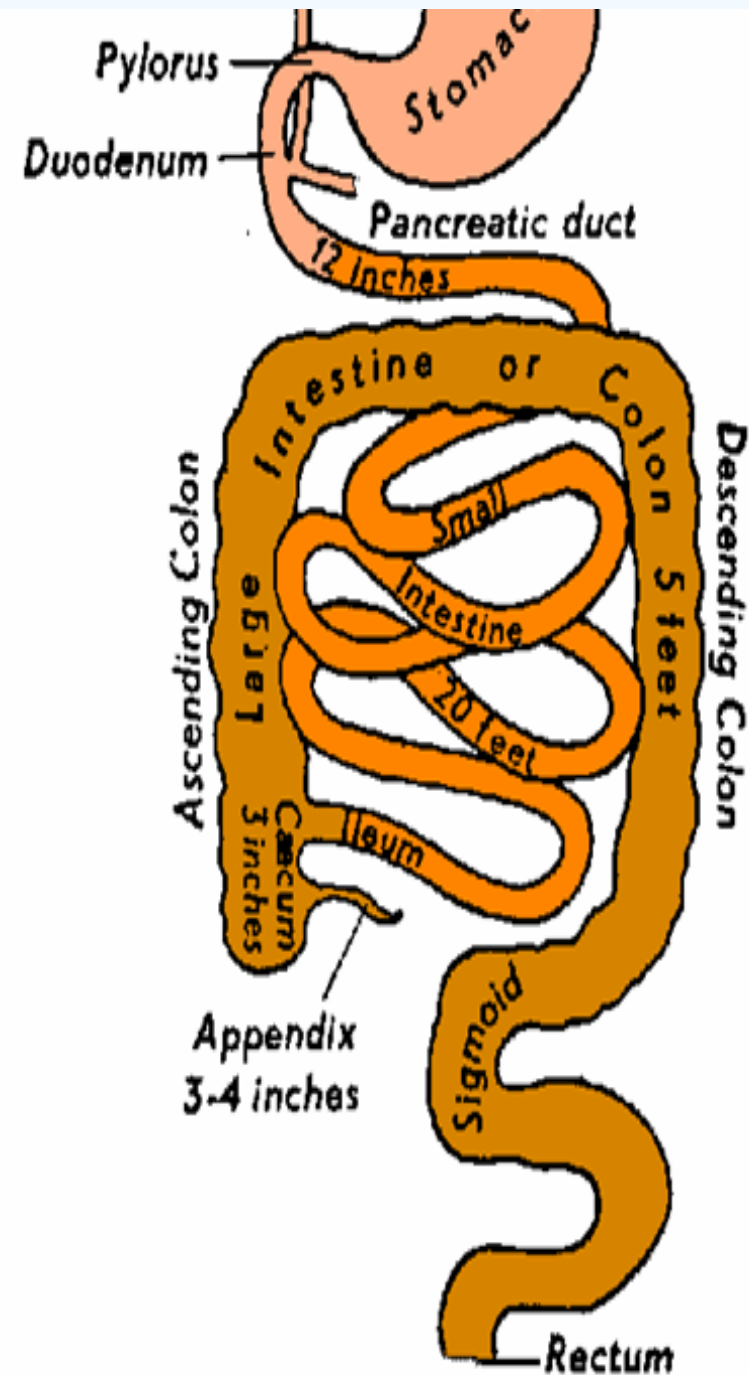
1. **celule mucoase** – secretă mucus,
2. **glande oxintice (fundice):**
 - celule parietale – HCl, gastroferina (pentru absorb. Fe), factorul intrinsec (absorbția vitaminei B12);
 - celule peptice – pepsinogen;
3. **glande pilorice** – mucus, pepsinogen, gastrina, somatostatina.

Duodenul:

- ❑ În el se deschid căile biliare și cele pancreatice la nivelul papilei Vater.
- ❑ Laboratorul endocrin al sistemului digestiv

Intestinul subțire (Jejunul și ileonul)

- ❑ Digestia și absorbția constituenților nutritivi,
- ❑ funcție imună.



Simptoamele subiective în afecțiuni digestive

- ❑ **Durerea** (sindromul dureros)
- ❑ **Hemoragia gastrointestinală** (HDS și HDI)
- ❑ **Dispepsie gastrică**: grețuri, vomă, eructație, regurgitație
- ❑ **Pirosis**
- ❑ **Disfagia, Odinofagia**
- ❑ **Tulburări ale apetitului**
- ❑ **Dispepsie intestinală**: diareea, constipația, meteorismul
- Manifestări generale**

Acuzele in cazul afectarii cavitatii bucale

- **Senzatii dolore in cavitatea bucala si tulburarea actului de masticatie** – in afectiunile dentare si in stomatite (inflamarea mucoasei cavitatii bucale), care apar frecvent in bolile insotite de slabirea brusca a fortelor de protectie ale organismului, de exemplu la scaderea evidenta a numarului de leucocite cu modificarea calitatilor lor fiziologice (agranulocitoza, leucemii, cand flora bacteriana habetuala din cavitatea bucala se activeaza, provocand un proces afto-necrotic);
- **Senzatie de usturime si durere de limba** cu agravarea in consumarea de produse picante – in modificarile inflamato-distrofice ale limbii, in bolile insotite de insuficienta vitaminelor grupei B, mai ales B12 (frecvent in anemii pernicioase (maligne));
- **Gust neplacut, adesea amar** – in afectiunile cailor biliare si ale ficatului, apar din cauza descuamarii epiteliului limbii si formarea unei depuneri de celule epiteliale si bacterii;
- **Miros fetid din gura** – din procesul de alteratie putrefianta a depunerilor pe limba, si datorate cariilor dentare.

Acuzele caracteristice patologiei esofagului

- **Disfagia**
- **Senzatii dureroase pe traseul esofagian** - sunt situate de obicei retrosternal sau in regiunea interscapulara si apar in timpul deglutitiei, frecvent in asociere cu disfagia;
- **Voma**
- **Hemoragia esofagiana**

1. Disfagia –

- **senzație de “înțepenire”
sau de obstrucție a trecerii
alimentelor prin faringe sau
esofag.**

Tipuri de disfagie

- **Disfagie mecanică (organică)** – provocată de **îngustare sau de compresie intrinsecă** a lumenului esofagian (carcinome, stricturi postulceroase, un bol alimentar foarte mare).
- **Disfagie motorie (funcțională)** – dificultatea de a iniția glutiția, o anomalie de peristaltică deglutivă, datorate bolilor musculaturii esofagiene (paralizia faringiană, spasmul esofagian).

Pentru Disfagie mecanică este specific:

- 1. Dificultatea înghițirii bolului alimentar solid, și doar în stări avansate –inclusiv și alimentele lichide.**
- 2. Ineficacitatea spasmoliticeilor.**

Pentru Disfagie motorie este specific:

- 1. Dificultatea înghițirii bolului alimentar lichid, cel solid trece mai ușor.**
- 2. Eficacitatea spasmoliticelor.**

SINDROMUL DUREROS ABDOMINAL

- Definiție: Durerea abdominală este senzația dureroasă resimțită de pacient la nivelul abdomenului.

Poate fi consecința:

- patologiei **abdominale**;
- patologiei **extra abdominale**
- durere cu punct de plecare la nivelul unor organe din afara abdomenului și care iradiază în zonele abdominale
- boli sistemice cu afectare abdominală secundară: DZ, porfirii, intoxicații, hipertiroidism

Durerea abdominală viscerală

Își are originea în organele abdominale cavitare sau parenchimotoase.

Caracterul durerii:

- -jenă, arsură, înțepătură;
- -caracter colicativ (durere paroxistică intermitentă) consecutiv spasmului unui organ visceral;
- -intensitatea este mai redusă (exceptând colica);
- -localizarea mai puțin precisă;
- -este însoțită de **fenomene vegetative** (semne de acompaniament): grețuri, vărsături, cefalee, transpirații, paloare, colaps;
- -este percepută (irradiază) într-un teritoriu somatic situat uneori la distanță față de viscerul afectat = **durere raportată** datorită “amestecării” căilor sensibilității viscerale și somatice la nivel ganglionar postmedular); durerea viscerală este mai puțin bine localizată;

Durerea abdominală parietală (somatică)

- **Originea** în leziuni ale peretelui abdominal, peritoneului parietal, rădăcina mezenterului și diafragm;
- **Are la bază** stimularea fibrelor senzitive prin procese inflamatorii, edeme, infiltrație neoplazică, torsiune, tracțiune
- **Caracteristici:** -intensă, bine localizată;
-exacerbată de tuse, strănut, mișcare;

Caracteristica durerilor abdominale in dependenta de mecanismul de aparitie (1)

- **Dureri spastice** – ca rezultat al spasmarii musculaturii netede a organelor abdominale – ***sunt acute, in accese (pe neasteptate apar si tot asa pot disparea), mult intense, de obicei bine localizate, cu iradiere tipica, se micsoreaza dupa administrarea spasmoliticeilor.*** Pot fi insotite de vomă, care frecvent nu aduce ameliorare, cu frison (de geneza reflectorie) si cu defans muscular local (din periviscerite) – se intalnesc in colica biliara, colica renala, colica colonica (sindromul intestinului iritabil, colica gastrica din boala ulceroasa s.a.);
- **Dureri de distensie** – ca rezultat al distensiei peretilor organelor cavitare si incordarea aparatului lor legamentar – ***frecvent sunt surde, cu senzatie de tractiune, de o intensitate minora, difuze, fara localizare si iradiere precisa, cu micsorarea intensitatii la administrarea spasmoliticeilor.*** Se determina in meteorism, sindromul hiposecretor (gastrite cu functiile de secretie si motorica micsorata);

Caracteristica durerilor abdominale in dependenta de mecanismul de aparitie (2)

- **Dureri peritoneale** – cu aparitie ca urmare a trecerii procesului de inflamatie pe peretele parietal al omentului sau perforatiei (penetratiei) organelor cavitare. ***Apar insidios (in inflamatii) sau acut (in perforatii), sunt permanente, treptat se intensifica pana la dureri nesuportabile.*** Se asociaza cu unele semne generale a inflamatiei si intoxicatiei (frison, leucocitoza s.a.), voma, limitarea miscarilor respiratorii ale abdomenului, semnul Blumberg pozitiv si micșorarea (disparitia) peristalticii abdominale. Poate aparea si **Insuficienta Vasculara Acuta**. Acest tip de dureri se determina in peritonite, cauzate de: a) inflamatia organelor (colecistite, apendicite); b) perforatia organelor cavitare (boala ulceroasa);
- **Dureri vasculare** – la dereglarea vascularizarii in cazul spasmului sau trombozei (emboliei) vaselor arteriale, ce duce la aparitia isemiei sau necrozei de organe. ***Apar pe neasteptate, sunt difuze, pot avea o intensitate majora, permanent se intensifica (pana la insuportare).*** In cazul necrotizarii organului, se asociaza si durerile peritoneale. Le determinam in tromboza mezenterica, embolii arteriale, angor abdominal (spasm).

Algoritmul (PQRST) analizei durerii abdominale

- **P** - (palliate) ameliorare
(provoke) declanșare, intensificare
- **Q** – (qualities) caracteristica, caracterul durerii
(acută, surdă, monotonă...)
- **R** – (radiation) iradiere
- **S** – (severity) intensitatea
- **T** – (temporal) factorul de timp

Stimuli mecanici

- ❑ **la întinderea unui organ cavitărilor sau a capsulei unui organ solid (ficat)**
- ❑ **la contracții musculare violente (spasme musculare)**
- ❑ **Distensii**
- ❑ **în ulcerăție**
- ❑ **în perforare**

Stimuli chimici

- ❑ **Substanțe chimice(H^+ , acizii biliari, etc.)**
- ❑ **Substanțe endogene eliberate în procese inflamatorii sau ischemie, capabile să excite acești receptori (bradichinina, histamina, PG, NO).**

Caracterul durerii

Durerea gastrică poate fi surdă, intensă, “de ardere”:

- *Localizată în epigastriu; iradiază spre linia mediană*
- *Este însoțită de manifestări vegetative – grețuri, transpirație*

Durerea intestinală – *cu caracter de colică - perioadele de liniște alternează cu cele dureroase*

**Durere “de pumnal” în
epigastriu cu contractură
musculară abdominală – în
perforația ulcerului**

**Durere din ischemie intestinală
– severă, nelocalizată**

În peritonită (afectarea peritoneului parietal)

- ❑ Durerea este localizată, severă
- ❑ Se agravează la întinderea membranei peritoneale, adică la încordările mușchilor abdominali
- ❑ Defans muscular abdominal
- ❑ Semnul Blumberg pozitiv

Localizarea durerii (I)

- ❑ **Retrosternal** - tulburări ale esofagului sau cardiei stomacului.
- ❑ **În epigastriu** – afecțiuni gastrice, duodenale, biliare, pancreatice.
- ❑ **Periombilical** - afecțiunile intestinului subțire, de obicei nu au legătura cu timpul de primire a hranei
- ❑ **Subombilical** - de origine apendiculară, colonică, pelvină

Durerea colonică – nelocalizată, în toată cavitatea abdominală, tot nu are legătura cu timpul de alimentație, însă frecvent se ameliorează după actul de defecație și eliminarea de gaze

Durerea rectală – în regiunea anală, cu irradiație spre osul sacru, ca regulă, apare sau se intensifică în timpul sau după actul de defecație;

Durerea hepatică – în hipocondrul drept

În ocluzie intestinală – iradiază spre spate

Durerea din leziuni ale vezicii biliare –
în epigastriu, iradiază în hipocondrul
drept, spre scapula dreaptă.

Dureri pancreatice – în hipocondrul
stâng, epigastriu, hipocondrul drept,
“incingătoare”.

Relațiile temporale

- ❑ **Dureri constante** – **carcinom gastric**
- ❑ **Dureri în accese** – **gastrită acută, colică biliară**
- ❑ **Dureri periodice** – **esofagită de reflux**
(durerea survine în timpul nopții și în clinostatism)

- Durerea **flamândă sau nocturnă** (trezește pacientul dintr-un somn profund) - în **ulcer duodenal**
- Durere **sezonieră** - în **boala ulceroasă** (exacerbări primăvara și toamna)

Durere cu debut brusc

(devine maximă în câteva minute)

- perforare de ulcer gastroduodenal;**
- disecție de aortă;**
- ruptură de esofag;**
- sarcină extrauterină;**
- calculi renali**

Durere cu maximă în 10-60 minute

- Pancreatită acută**
- Colecistită**
- Ocluzie intestinală**
- Tromboză arterială mezenterică**

Relația durerilor cu ingestia alimentelor

- Durerea **postprandială precoce** (imediat după ingestie până 60-90 min postprandial) reflectă o afecțiune esofagiană sau gastrică.

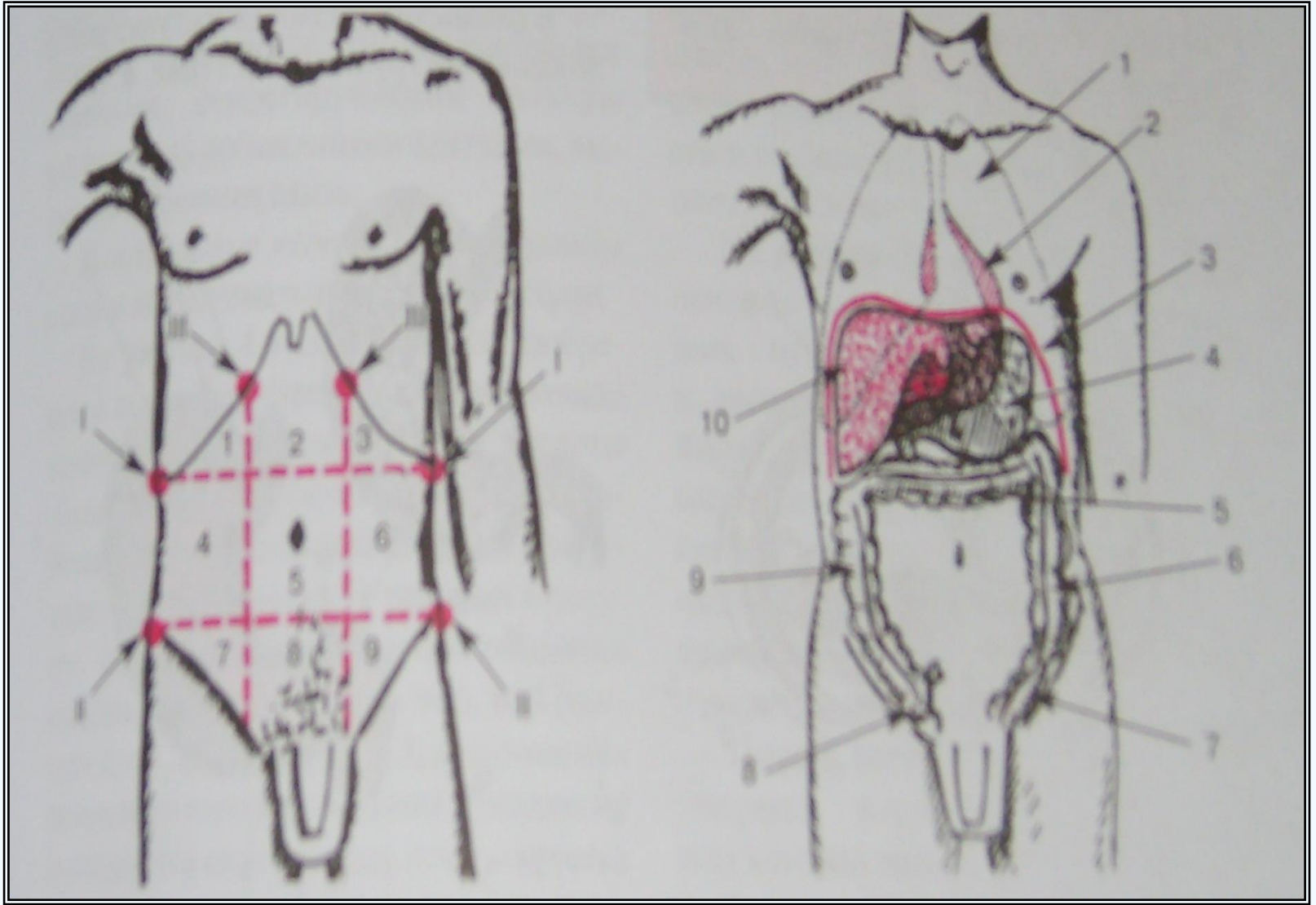
- Durerea **postprandială tardivă** (survine în 2-3-4 ore după ingestia alimentelor; “foame dureroasă”) - în **ulcer duodenal, duodenită, insuficiență pancreatică**

Relația durerilor cu administrarea de antiacide

- Durerea **ulceroasă** este calmată prin ingestia de lapte, alcaline, **H2-blocante**
- Durerea în **cancerul gastric** nu reacționează la antiacide, cedează la **analgetice opiate**.

Dureri abdominale de origine extraabdominală se întâlnesc în afecțiuni

- ❑ **Pulmonare** (pleurită, infarct pulmonar)
- ❑ **Cardiace** (infarct miocardic)
- ❑ **Metabolice** (diabet, tetanie)
- ❑ **Neurologice** (herpes zoster, radiculite)



2. Tulburări ale apetitului

1. **Apetit crescut** – ulcer duodenal
2. **Anorexie** – scădere până la dispariție a apetitului (ulcer gastric, cancer)
3. **Bulimie** – exagerarea senzației de foame
4. **Aversiune față de carne** – în cancer gastric

5. Appetit pervers - dorința de a mânca substanțe necomestibile - cretă, pamânt, ziare ș.a. (anemii, la gravide)

6. Citofobie – frica de a mânca (ulcer gastric)

Alte simptome funcționale

1. **Afagia** – obstrucția esofagiană completă
2. **Odinofagia** – deglutiția dureroasă
3. **Fagofobia** (teama de înghițire și *refuzul de a înghiți*) – în isterie, rabie, tetanos

Manifestări generale

- **Febra**
- **Scăderea ponderală**
- **Alterarea stării generale**
- **Deshidratare**

3. Greșurile

- **senzația unei dorințe iminente de a vărsa, percepută în gât sau epigastriu.**

4. Voma (sau emeza)

- **eliminare explozivă per orală forțată a conținutului gastric, cauzată de iritarea centrului de voma situat la fundul ventricolului IV, ce poate fi cauzată de:**

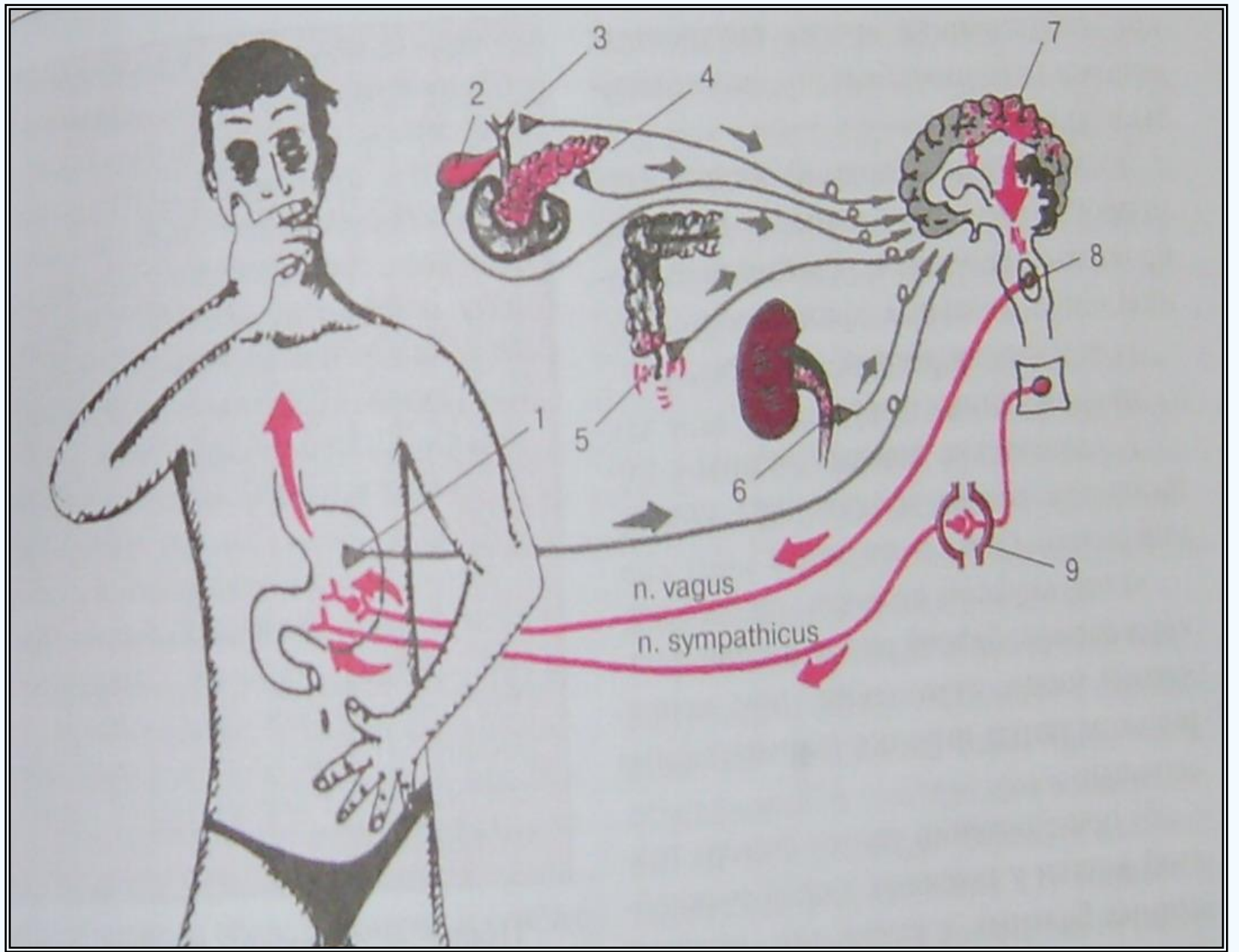
4. Voma (sau emeza)

- **Eliminare explozivă per orală forțată a conținutului gastric, cauzată de iritarea centrului de voma situat la fundul ventricolului IV, ce poate fi cauzată de:**
 - 1) **Impulsatia afferenta, de la inervatia nervului vag din diferite zone reflectogene: stomac (1), vezica biliara (2), ducturile biliare si renale (3), pancreas (4), apendix (5), uretere (6), uter s.a.;**
 - 2) **Procesele patologice din creier (7): din ictus hemoragic sau ischemic, edem cerebral, hipertensiune cerebrala in criza hipertensiva, traume cerebrale s.a.;**
 - 3) **Actiune toxica asupra centrului de voma (uremie, insuficienta renala, coma diabetica, la femeile gravide s.a.;**

Impulsurile eferente la iritarea centrului de voma se raspandesc pe ramurile motorii a nervilor vag si simpatic si provoaca spasmul rapid a pilorului si deschiderea sfincterului regiunii cardiale, ce duce la aparitia vomei

Voma

- **Atentie:**
- **Voma gastrica**, de obicei este de o cantitate mare, apare la picul digestiei gastrice (peste 0,5 – 1,5 ore dupa masa). De obicei este precedata de greturi. Dupa voma survine ameliorarea: se micsoreaza greturile si durerile;
- **Voma reflectorie** este determinata de afectarea altor organe interne, apare pe neasteptate, nu este de cantitate mare, neprecedata de greturi. Voma nu aduce ameliorare;
- **Voma de origine centrala** deseori apare la picul dereglarilor cerebrale (cefalee, vertije, ridicarea TA), frecvent ne este precedata de gretuti si nu aduce ameliorare.



Complicațiile vomei :

- ❑ **ruptura esofagului** (s-m Boerhaave);
- ❑ **rupturi liniare mucoase** (s-m Mallory-Weiss) în regiunea joncțiunii cardioesofagiene;
- ❑ **deshidratare**;
- ❑ **pierderea secreției gastrice** (HCl) – alcaloza; metabolică cu hipokaliemie.

Cauzele grețurilor și vomei (I)

- ❑ **Patologii inflamatorii abdominale acute** - apendicita, colecistita, peritonita.
- ❑ **Ocluzia intestinală**
- ❑ **Infecții**
- ❑ **Tulburările sistemului nervos** cu presiune intracraniană crescută (neoplasme, encefalită, hidrocefalie)

Cauzele grețurilor și vomei (II)

- ❑ **Infarct miocardic acut;**
- ❑ **Tulburari metabolice si endocrine – uremia, cetoacidoza diabetica, insuficiența suprarenală;**
- ❑ **Efecte secundare ale multor medicamente – digitalice, morfina, histamina, chimioterapice;**
- ❑ **Psihogene.**

5. Pirozisu

— senzatie de căldură sau arsură, retrosternală sau epigastrică ca urmare a reintoarcerii conținutului gastric în esofag și iritarea mucoasei esofagului cu conținut gastric acid. Poate iradia în gât, uneori în brațe.

Cauzele apariției:

- 1) Insuficiența sfincterului cardiac (boala ulceroasă a stomacului sau a duodenului, hernia diafragmala, reflux gastroesofagian);
- 2) Hipermotorica stomacului (boala ulceroasă, administrarea cantității mari de alimente);
- 3) Hiperaciditatea sucului gastric (boala ulceroasă a stomacului și a duodenului).

Atenție:

1. Pirozisu mai frecvent apare la hiperaciditatea sucului gastric în asociere cu dereglarea funcției motorice a stomacului și a sfincterului cardiac.
2. Pirozisu poate surveni și în cazul acidității normale sau micșorate preponderent din cauza insuficienței sfincterului cardiac

6. Eructația

- **Eliminare pe gură de gaze provenite din stomac, însoțită de o manifestare sonoră – ragaiala, fiind mai frecventă după masă, la cei ce mănâncă lacom și înghit aer; nu este mirositoare de obicei**

Eructatia este o consecinta a formarii unei cantitati mari de gaze, ca rezultat al procesului de fermentare sau putrefactie în cazul retentiei evacuării stomacului prin pilor.

Procesul fermentării provoacă formarea bioxidului de carbon lipsit de miros. Dacă acest proces e însoțit de descompunerea albuminelor cu conținut de sulf, atunci se formează hidrogenul sulfurat, cu eructatie «clocita» - miros de ouă clocite, întâlnit frecvent în stenoza pilorului.

7. Regurgitație

- **Eliminarea conținutului gastric/esofagian în cavitatea bucală fără efort, greață sau contracție abdominală**

La apariția concomitentă a unui gust acidulat, se suspectează o hipersecretie. În acest caz regurgitarea poate avea și un gust amar din cauza, că substanțele proteice alimentare sub influența enzimelor din conținutul gastric se scindează repede în peptone, care posedă un gust amar.

Eructatia «untdelemnului amarui» este cauzată de reducerea funcției secretorii gastrice și predominarea proceselor enzimatiche, care generează acizii grași, lactici și alți acizi organici.

8.Meteorismul

O creștere a producției de gaz intraintestinal ca urmare a proceselor intense de fermentare și putrefacție, urmata de distensie abdominală, balonare și flatulența.

Depinde de:

- ❑ ingestia anumitor alimente (legume, unele cereale)
- ❑ caracterul alimentării (abundenta glucidelor)
- ❑ anomalii circulatorii cu caracter local sau general
- ❑ colonizare bacteriană a intestinului subțire (*Lamblioza*)

9. Diareea

- creșterea greutateii zilnice a scaunului peste 300 g; de obicei asociată cu creșterea fluidității și frecvenței scaunelor.
- diareea este considerată *cronică* peste 4 săptămâni

Cauzele Diareei acute

- medicamente sau oxine ingerate;**
- administrare de chimioterapice;**
- reluarea alimentației după un post prelungit;**
- deblocarea fecalelor (de exemplu în cursa de maraton).**

Formele diareei cronice

- ❑ **Inflamatorie**
- ❑ **Osmotică**
- ❑ **Secretorie**
- ❑ **Prin tulburări de motilitate**

Diareea inflamatorie

- ❑ **Infecții parazitare –helminți, amoeba;**
- ❑ **Infecții – salmionela, shigela, E.coli;**
- ❑ **Colita ulceroasă, boala Crohn (mecanisme autoimune);**
- ❑ **Colită prin agenți fizici: toxine – Hg, Ar, iradiere;**
- ❑ **Colită ischemică, vasculite**

Diareea osmotică

Ingestia de produși osmotici activi

- ❑ Laxative
- ❑ Produse ce conțin sorbitol, xilitol : gumă de mestecat
- ❑ Medicamente: lactuloza, almagel (Mg)

Deficite de absorbție

- ❑ Deficite de: dizaharide (lactaza, sucraza), enterochinază
- ❑ Malabsorbții congenitale
- ❑ Insuficiență pancreatică exocrină
- ❑ Micșorarea suprafeței de absorbție (intestin scurt, inflamații)

Diareea secretorie

- ❑ **Infecții (holera, Staphylococcus aureus, Escherichia coli)**
- ❑ **Tumori**
- ❑ **Unele laxative**
- ❑ **Acizii biliari dihidroxilați**

Diaree prin tulburări de motilitate

Hipermotilitate

- ❑ S-mul intestinului iritabil (SII)
- ❑ Sindromul carcinoid (serotonina)
- ❑ Hipertiroidism

Hipomotilitate

- ❑ Diabet zaharat
- ❑ Sclerodermie
- ❑ amiloidoza

Diareea

- **Lezarea intestinului subtire** determina formarea scaunului de 3 - 6 ori in 24 ore, indolor, insotit de un garguiment intestinal. Fecaliile sunt destul de abundente, fluide de culoare galbuie din cauza amestecului de suc biliar.
- **La afectarea intestinului gros**, scaunul are loc mult mai des (12 – 15 ori nictemeral).
- **Lezarile colonului sigmoid si ale rectului** dau nastere la o senzatie caracteristica de impulsuri frecvente, false si dureroase spre defecatie – tenezme.

Cel mai frecvent tenezmele apar in dizenterie. Colitele de alta etiologie se caracterizeaza prin scaune mai frecvente in cantitati mai mici, adesea cu un amestec de mucus si sange.

10. Constipația

- ❑ o frecvență a scaunului mai rar de 3 ori/săptămână (1 dată în 48 ore).
- ❑ Secundar are loc o absorbție excesivă de apă – scaunul devine de consistență crescută.
- ❑ Constipația este considerată cronică peste **6 spt.**

Cauzele constipației (cele mai frecvente)

- neoplasm de colon, corp străin, stricturi de colon, infecții, colită ischemică;**
- psihogene;**
- funcționale (aport redus de lichide, fibre; efort fizic redus);**
- afecțiuni rectale, afecțiuni de canal anal;**

- ❑ leziuni ale sistemului nervos;**
- ❑ boli metabolice și endocrine;**
- ❑ Intoxicații;**
- ❑ maladii ale sistemului digestiv;**
- ❑ medicamente (analgezice, opiacee, antidepressive, antipsihotice, blocanții canalelor de calciu).**
- ❑ Adesea constipațiile se înregistrează la persoanele, care practică abstenența de la defecție, fapt care antrenează slăbirea percepției excitației cu mase fecale a rectului. Ca rezultat se formează megacolon cu scăderea motilității intestinale.**

11.Hemoragia gastrointestinală –

**este o urgență,
totdeauna având un
substrat organic.**

Semnele hemoragiei GI:

1. Hematemeza – vomă cu sânge.

Daca hematemeza survine la un scurt timp după debutul sîngerării, voma pare **roșie**.

Daca survine peste 0,5 -1 ore, aspectul ei va fi **roșu-închis, maroniu sau negru**, va avea aspect caracteristic - **“zaț de cafea”** (sîngele degradat de HCl).

2. Melenă –

eliminarea de scaun devenit negru, cu aspect de smoală, “ca păcura”, cauzat de sângele dintr-o hemoragie superioară gastrointestinală (**esofag, stomac sau duoden**), digerat și care devine întunecat sub acțiunea florei microbiene.

Leziunile jejunului, ileonului și colonului ascendent pot provoca melenă, atunci când timpul de tranzit gastrointestinal este prelungit.

3. Hematochezia

- trecerea de sânge roșu prin rect, semnificând sângerarea dintr-o sursă distală (ligamentul lui Treitz).**

Este necesară determinarea gravității hemoragiei :

< 500 ml - fără semne clinice

Semnele șocului hipovolemic

(pierdere de peste 40% volum sanguin):

- Lipotemie, sincopa, greață, transpirație și sete;**
- Tegumente palide, reci;**
- Agitație;**
- Hipotensiune arterială;**
- Tahicardie.**

Etiologia hemoragiilor digestive (HD)

Etiologia HD superioare :

- ❑ gastropatia eroziva sau hemoragica (nesteroidice, anticoagulante, alcool);
- ❑ ulcer duodenal sau gastric;
- ❑ s-m Mellory-Weiss;
- ❑ varice esofagiene;
- ❑ Tumorile maligne;
- ❑ Esofagita (5-8%), duodenita (5-9%);
- ❑ Angiodisplasiile (5-7%).

Etiologia HD inferioare

- ❑ boala anorectală;**
- ❑ polipi, cancer;**
- ❑ diverticuloza;**
- ❑ anomalie a tractului intestinal;**
- ❑ enterocolita, colita;**
- ❑ ischemie intestinală.**

Examenul obiectiv :

- ❑ **Pozitia** – de decubit dorsal, nemiscati, cu respiratie superficiala, fara participarea abdomenului – in peritonite. In boala ulceroasa gastrica sau duodenala – decubit lateral, sau dorsal, flexia genunchilor apasand cu mainile regiunea dureroasa
- ❑ **Facies hipocratic** – in peritonita acuta – tegumente palide transpiratie rece, ochi afundati in orbite, nas ascutit, buze uscate.
- ❑ **Tipul constitutional** – astenic in ulcer gastric, enteropatii, colon iritabil. Hiperstenic – in afectiuni biliare, pancreatite, ulcer duodenal
- ❑ **Scaderea ponderala** in neoplazii, sindrom de malabsorbție, enteropatii cronice cu diaree, rectocolita ulcerohemoragica, resectii gastrice
- ❑ **Paloarea tegumentelor si mucoaselor vizibile** – in sindromul anemic din hemoragie digestiva, hemoroizi sangeranzi, cancer gastric, parazitoze, gastrectomie
- ❑ **Edemele sunt generalizate** – cauzate de reducerea presiunii coloidosmotice din malabsorbție, enterocolite pierzatoare de proteine
- ❑ **Ganglioni limfatici** – in neoplaziile abdominale se determina adenopatii metastatice supraclaviculare, in particular – adenopatia supraclaviculara stanga (ganglionul Virchow) din cancerul gastric

Inspectia speciala

- ***Herpesul labial*** – erupție veziculoasă policistică cu conținut seros, care se exulcerează, apoi se acoperă de cruste și se vindecă în ~ 2 săptămâni, este datorată infecției cu virusul herpetic I. Apare în pneumonii, stări febrile, indigestii etc.
- ***Ulceratiile labiale*** – apar în stări carentiale (mai frecvent în carente de Fe și vitamina B12), infecții, neoplazii, traumatisme.
- ***Cheilita angulara («zabala»)*** - fisurare profundă, dureroasă la colțul buzelor- dermită fisulară. Mai frecvent întâlnită la copii, la pacienții cu malabsorbție, cu diabet zaharat. La vârstnicii edentați și neprotezați apare din cauza întinderii permanente a tegumentelor din închiderea strânsă a buzelor.

Inspectia cavitatii bucale

- **Limba** – «oglanda» aparatului digestiv –apreciem volumul, mobilitatea, culoarea, prezenta ulceratiilor, escarelot.
- **Marirea in volum**, periodic cu amprente dentare pe laterale – in stomatite, glosite, acromegalie, mixedem;
- **Limba saburala (incarcata)** cu un strat albicios-galgui cremos lipsit de umiditate – in imposibilitatea regimurilor hidrosaline de a descuama epiteliul lingual (stari de deshidratare, regimuri alimentare care exclud alimentele solide, boli febrile, tulburari gastrice, insuficienta hepatica, gingivite etc.);
- **Limba uscata** in stari de deshidratare (diaree, voma, poliurie), sindromul Sjogren, patologii acute infectioase (tifos abdominal, sepsis), in peritonite;

Aprecierea papilelor si culorii limbii;

- **Depapilata «laciuta» poate fi si rosie-purpurie in:**
 - Anemie B12 deficitara
 - Anemii cronice ferodeficitare
 - In unele patologii ale tractului gastrointestinal, care decurg cu defici de Fe si vitamina B12 (hepatite, ciroza hepatica, colite cronice, enterite, Ca gastric);
- **Limba geografica** – pe suprafata limbii apar migrator insule rosietice depapilate, descuamate, care alterneaza cu zone fara descuamare, acoperite cu un strat albicios, cu aspect de harta geografica - la copii si in perioada premenstruala;
- **Limba paroasa neagra** – cu depuneri negricioase, asemanatoare cu niste peri inclinati (din hipertrofia si hipercheratoza papilelor filiforme) – ca urmare a tratamentului indelungat cu antibiotice cu spectru larg, fumat excesiv, in aspergiloza.

Mirosul aerului expirat

Foetor oral, halena, halitoza - (miros neplacut al gurii)

apare in afectiuni dentare, gingivale, rinosinuzale, deoarece se dezvolta flora de putrefactie cu reducerea fluxului salivar si alcalizarea salivei. La bolnavii uremici ureea din saliva sub actiunea ureazelor bacteriene se transforma in amoniu si foeturul oral are miros amoniacal.

Halitoza are miros:

- De acetona in cetoacidoza diabetica;
- De scatol si indol, ficat crud, transpiratie, mucegai in insuficienta hepatica;
- Fecaloid in ocluzie intestinala de durata;
- Fetid, cadaveric in supuratiile pulmonare; de alcool I etilism;
- De usturoi in intoxicatia cu fosfor;
- De migdale amare in intoxicatia cu cianuri;
- De paie putrezite in bruceloxa
- De gaza intestinale in constipatie cronica.

Inspecția abdomenului

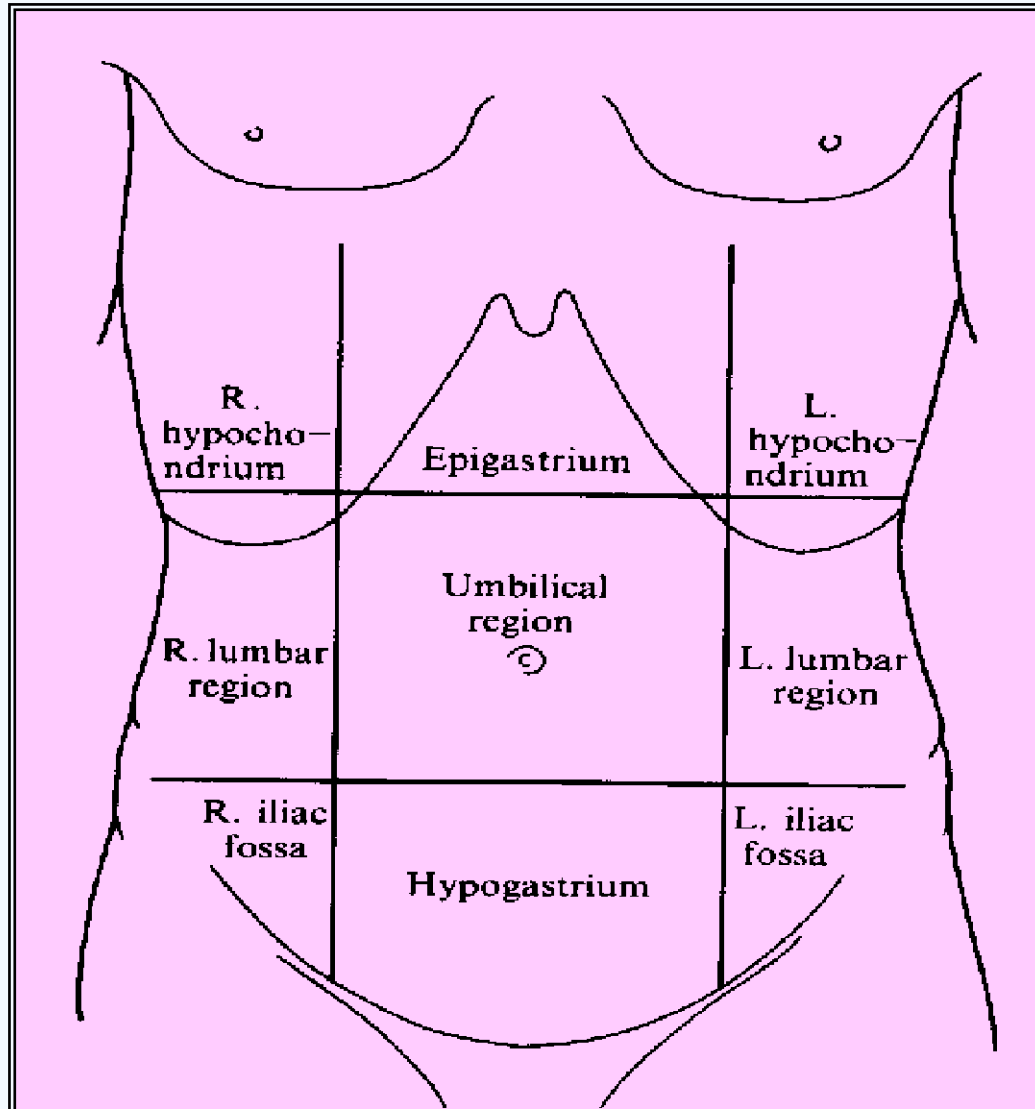
- ❑ Forma (bombată, plată, ascuțită);
- ❑ Dimensiunile (mărite?);
- ❑ Simetria (asimetric?);
- ❑ Prezența bombărilor locale (herniilor, tumorilor);
- ❑ Tegumentele și țesutul celular subcutanat;
- ❑ Poziția și aspectul ombilicului (protruziv?);
- ❑ Circulația venoasă superficială;
- ❑ Peristaltism accelerat
- ❑ Participarea abdomenului în respirație

Inspectia abdomenului (2)

Atentie:

- 1) Lipsa participarii abdomenului in respiratie este un criteriu major al peritonitei difuze, mai frecvent intalnita in perforatia ulcerului gastric sau duodenal, perforatia apendicelui.
- 2) Limitarea locala a miscarilor abdominale in respiratie poate fi cauzata de aparitia perivisceritelor cu trecerea procesului inflamator pe tunica seroasa a unui organ (exemplu – in cazul ulcerului gastric sau duodenal), sau aparitia peritonitei locale.

In toate cazurile limitarea miscarilor respiratorii abdominale are legatura cu marirea tonusului reflector al muschilor peretelui abdominal.



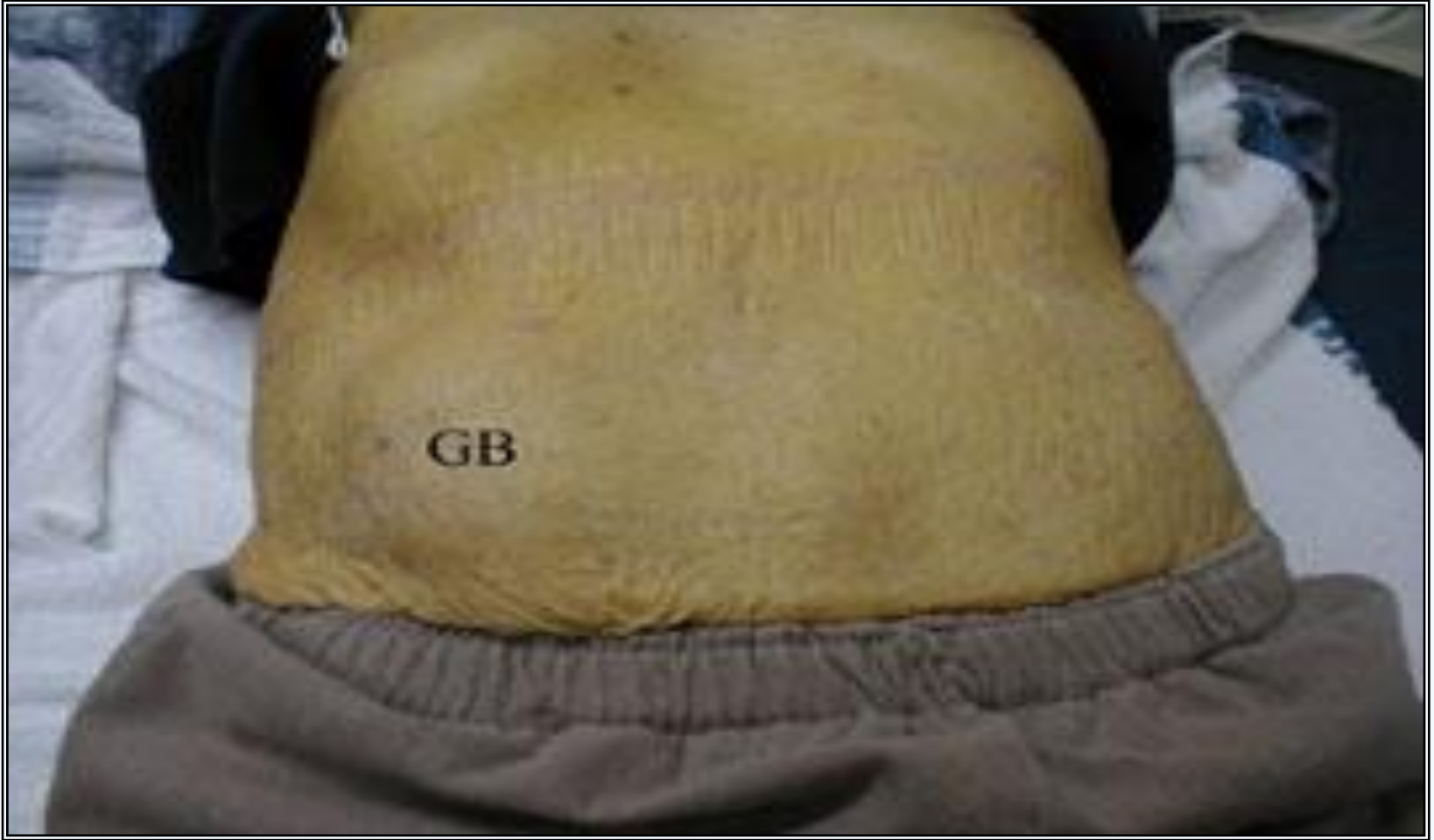
Obezitate



Hepatomegalie



Colecistul, icter



Ascită, ombilic protruziv



Ascită, ombilic protruziv



Hernie ombilicală



Hernie ombilicală



Circulația venoasă superficială



Palparea abdomenului

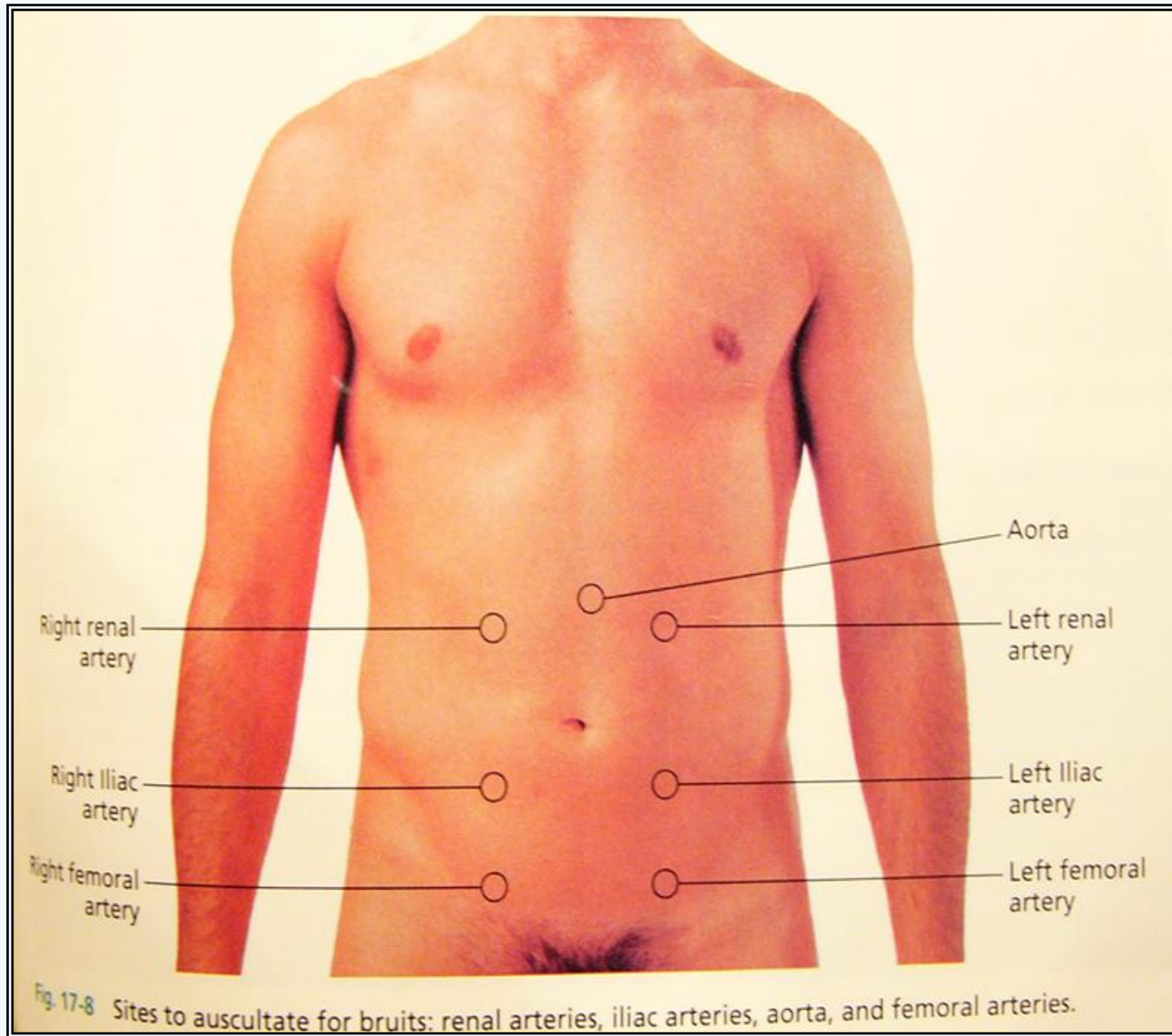
- **Palparea superficială**
- **Palparea profundă**

**Scopul palpării superficiale
este de a determina :**

- Zonele dureroase**
- Formațiunile de dimensiuni mari**
- Defansul muscular**
- Hernia liniei albe abdominale**
- Simptomul Blumberg**

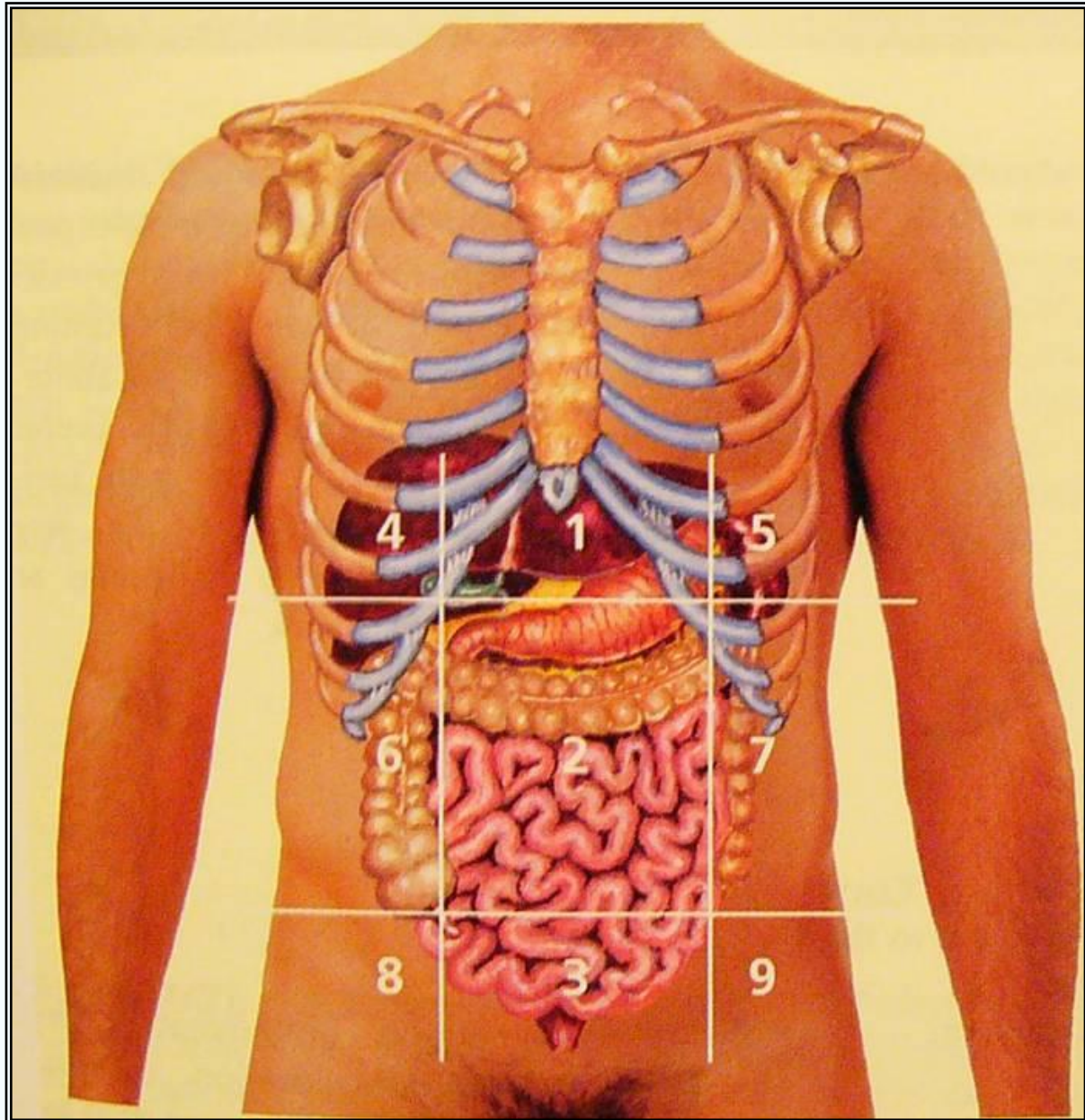
Unele reguli de bază

- Medicul se va așeza pe partea dreaptă a bolnavului, la un nivel cu patul.**
- Zona, unde pacientul acuză durere, va fi palpată ultima.**



Consecutivitatea palpării superficiale **(contrar acelor ciasornicului):**

- ❑ Regiunea inghinală stângă
- ❑ Flancul stâng (regiunea Laterală stângă)
- ❑ Hipocondrul stâng
- ❑ Epigastriul
- ❑ Hipocondrul drept
- ❑ Flancul drept
- ❑ Regiunea inghinală dreaptă
- ❑ Regiunea suprapubiană
- ❑ Regiunea ombilicală



Simptomul Blumberg

– semnul de iritare a peritoneului
(pozitiv în peritonită).

Se efectuează:

- ❑ de mîna palpatorie apasă abdomenul în regiunea dureroasă (apare durere);
- ❑ de mîna se ridică brusc.

Dacă durerea se intensifică după ridicarea bruscă a palmei – semnul Blumberg este pozitiv.

Palparea profundă

Are ca scop **examinarea** nemijlocită a **compartimentelor tractului gastrointestinal.**

Se vor determina:

- ❑ **Dimensiunea**
- ❑ **Forma**
- ❑ **Prezența neregularităților**

Consecutivitatea palpării profunde :

- ❑ Colonul sigmoid
- ❑ Cecul
- ❑ Segmentul terminal al ileonului
- ❑ Colonul ascendent
- ❑ Colonul descendent
- ❑ Colonul transversal
- ❑ Marea curbură gastrică
- ❑ Pilorul

Metoda palpării profunde a abdomenului

**Distingem
4 momente consecutive:**

1 moment –

plasarea degetelor alipite paralel marginii palpate; a doua mina se afla pe abdomen pentru calmarea pacientului



2 moment – formarea plicii cutanate



Plica cutanată se formează

Spre ombilic

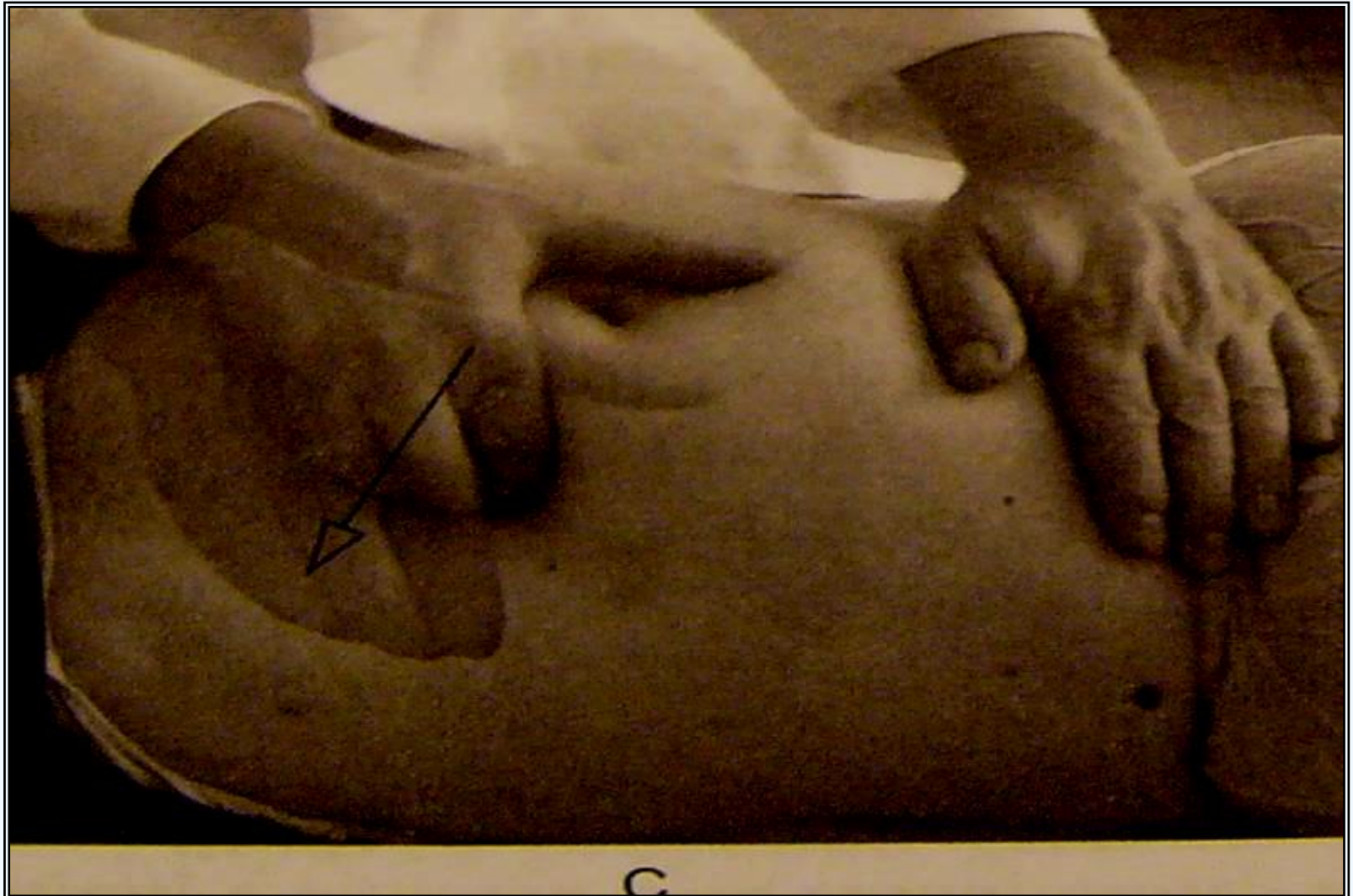
- Pentru compartimentele colonului, aflate mai jos de ombilic (colonul sigmoid, cecul, unghiul ileocecal, col. ascendent, col. descendent)

De la ombilic

- Pentru compartimentele aflate mai sus de ombilic (colonul transvers, stomacul)

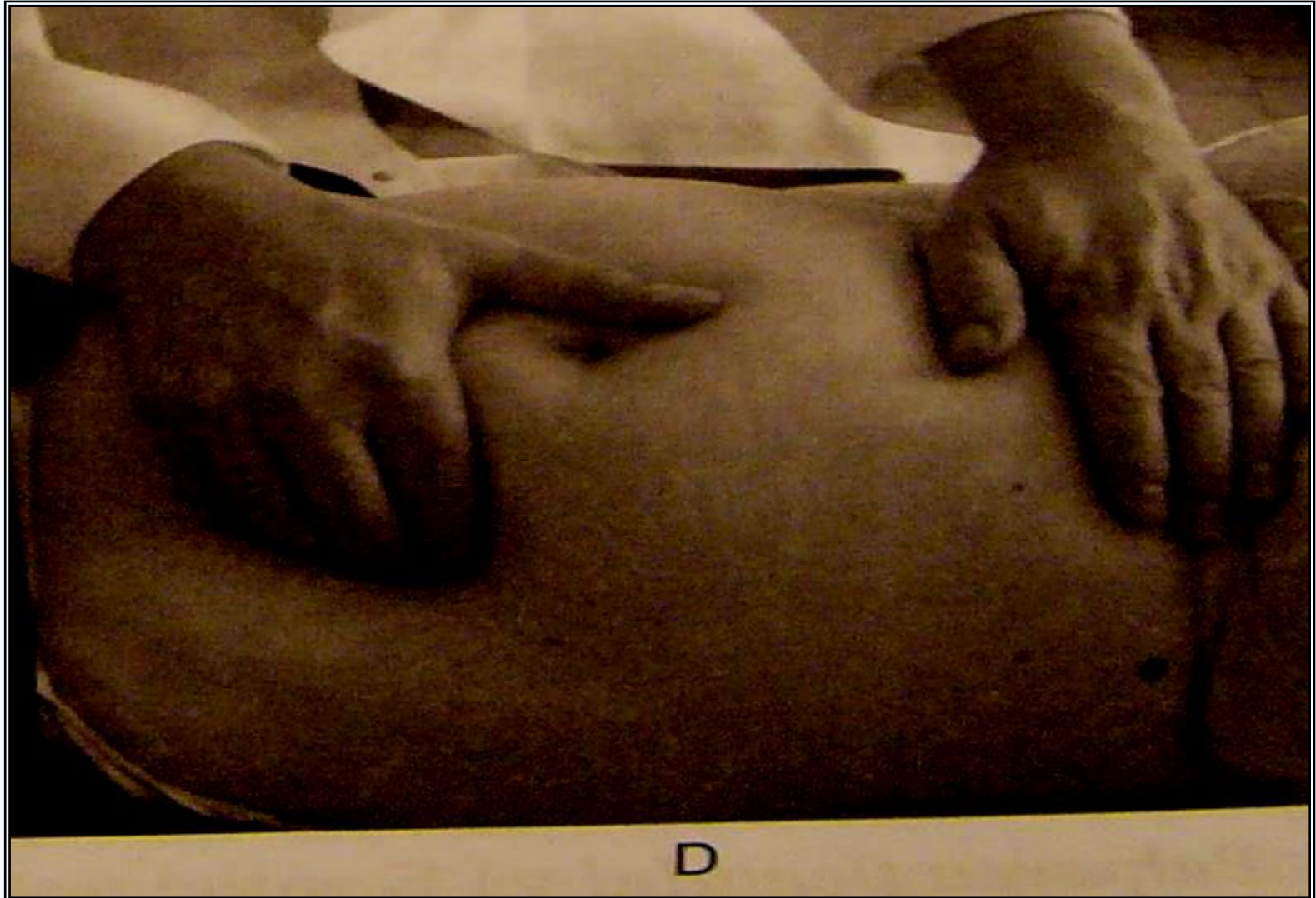
3 moment –

pătrunderea degetelor adânc în abdomen (în expir)



4 moment –

alunecarea (glisarea) pe suprafața organului respectiv



Palparea colonului ascendent și descendent



La palparea colonului ascendent și descendent

- **Mina stînga se va afla pe partea posterioară a abdomenului (în regiunea lombară), mișcând țesuturile spre mâna care palpează (dreaptă).**

Palparea marii curburi gastrice



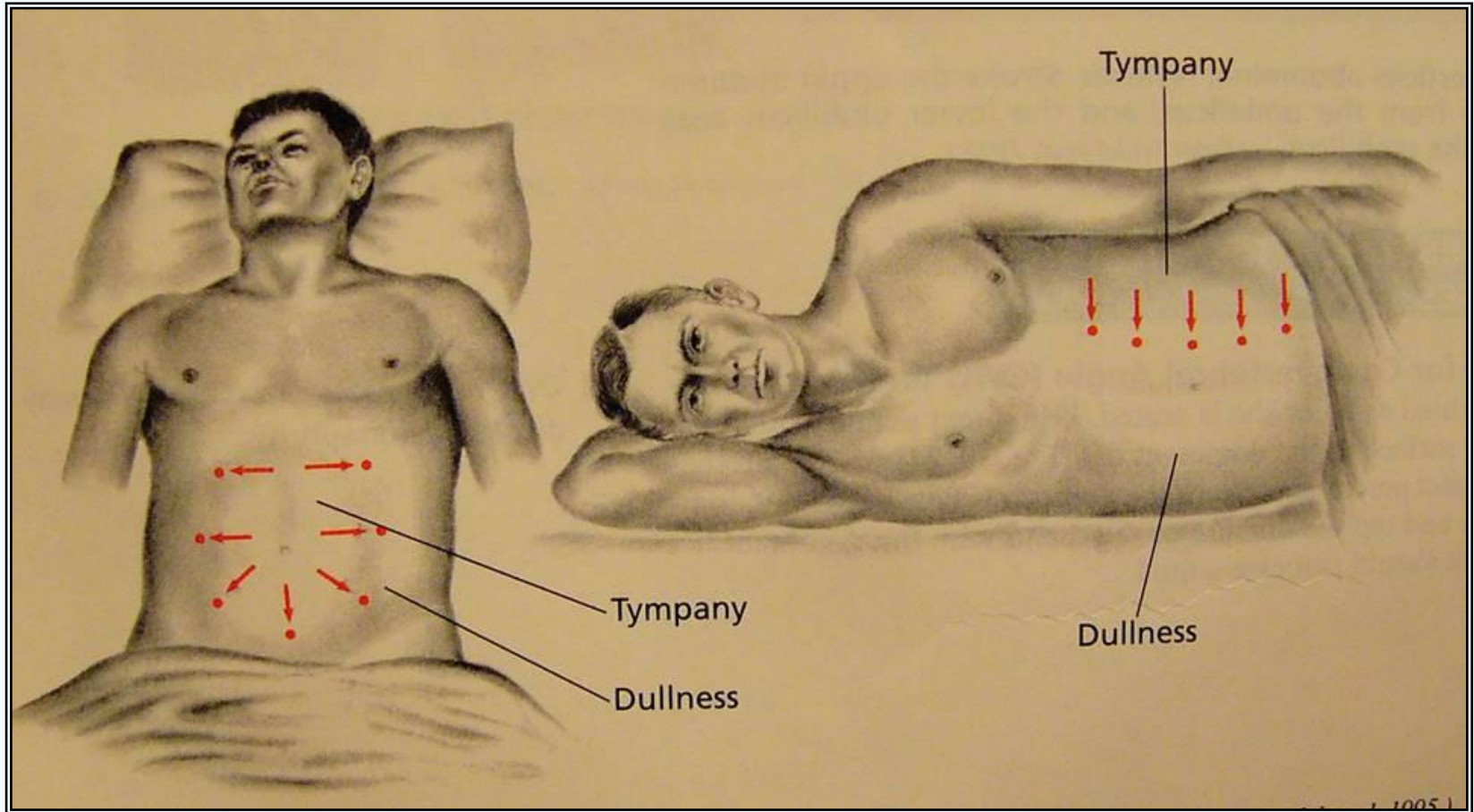
Percuția abdomenului

- Determinarea prezenței lichidului în cavitatea abdominală**
- Percuția ficatului și splinei**

Percuția



Determinarea prezenței lichidului în cavitatea abdominală



Determinarea prezenței lichidului în cavitatea abdominală - Semnul fluctuației (undeii)



Auscultatia



Auscultația abdomenului

- ❑ Zgomote de origine intestinală (garguimente)
- ❑ Zgomote peritoneale
- ❑ Sufluri arteriale
- ❑ Prin metoda auscultativ –frictională se determină **limita inferioară a stomacului**

Examenul paraclinic

- ❑ **FEGDS**
- ❑ **USG**
- ❑ **TC, RMN**
- ❑ **Radiografia cu esofag baritat**
- ❑ **Hemoleucograma**
- ❑ **Biochimia sângelui**