**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **«*Утверждено****» -*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2022 г факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №3

на тему: «**Пальпация, перкуссия и аускультация больных с заболеваниями органов пищеварения».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Пальпация, перкуссия и аускультация больных с заболеваниями органов пищеварения»** (100 мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать пальпацию, перкуссию и аускультацию больных с заболеваниями органов пищеварения.

**План занятия:**

* Ознакомление с тактикой ведением больных;
* Демонстрация практических навык ;
* Оценка и обсуждения.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствиисо стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важныекачества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе, стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовойдеятельности специалиста.

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовыезадания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Пальпация, перкуссия и аускультация с заболеваниями органов пищеварения.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины- Клиническая фармакология  |  |

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

**Уровни усвоения: 2**,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента;
* определять тяжесть состояния пациента;
* выделять ведущий синдром;
* проводить дифференциальную диагностику;
* работать с портативной диагностической аппаратурой;
* оказывать посиндромнуюмедицинскую помощь;
* оценивать эффективность оказания медицинской помощи;
* контролироватьосновныепараметрыжизнедеятельности;
* осуществлятьфармакотерапию;
* осуществлятьмониторингсостоянияпациента;

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения (ООП)** | **Результат обучения (дисциплины)** | **Результаты обучения (темы)** |
| **1** | **ПК-2**- способен проводить и интерпретировать опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, результаты современных лабораторно-инструментальных исследований, морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала больных, оформить медицинскую карту амбулаторного и стационарного больного ребенка.**ПК-3**-способен проводить патофизиологический анализ клинических синдромов, использовать обоснованные методы диагностики, лечения, реабилитации и профилактики среди детей с учетом их возраста.**ПК-12-**способен анализировать результаты основных клинико-лабораторных методов исследования и оценить функциональное состояние детского организма с целью своевременной диагностики заболеваний. | **РО 4** - Владеет теоретическими и практическими знаниями по анатомо-физиологическим особенностям детского организма, семиотики их поражения, объективного, лабораторно-инструментального методов исследования.РО5 = ПК2 + ПК3+ПК12 | **РОд- 1**способен анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей и умеет применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов.**РОд-2:**способен выполнять основные лечебные мероприятия при наиболее часто встречающихся заболеваниях и состояниях у взрослого населения и умеет применить фундаментальные знания (анатомо-топографическое и гистофизиологическое обоснование) и основ физикального обследования. | **РОт**: Знает и понимает: этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину.- Методы современной диагностики и дифференциальный диагнозc учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- дифференцировать больных - составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией ;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы и важные аспекты по теме. | Мозговой штурм:Вызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов. Дается один вопрос на который ожидается полноценный и четкий ответ. | Обращение внимание студентов к занятию, способность развить клиническое мышление. | Доска с проектором, слайд  | 10мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов. | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 20мин |
| 3 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыков умения их использовать на практических занятиях | Объяснить, показать и довести до студента новую тему, акцентируя на основных моментах темы. | Усидчивость и внимательность студентов способствует лучшему усвоению темы. | Презентации слайдов, демонстрация в натурщике | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на практических занятиях  | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Перерыв |  |  |  |  |  |  | 10мин |
| 5 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач или тестовых вопросов. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции | Перечень ситуационных задач (Прил.2.) | 10мин |
| 6 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек – листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель, пикфлоуметр, таблица объемов легких,. лекарственные препараты (аннотации) | 20мин |
| 7 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

* Прием больного.
* Расспрос жалоб.
* Сбор анамнеза.
* Осмотр больного.
* Осмотр ротовой полости.
* Пальпация.
* Перкуссия.
* Аускультация.
* Определение ЧД.
* Определение АД.
* Определение пульса.
* Оценка дыхания.
* Постановка предварительного диагноза.
* Выбор лабораторных методов исследования.
* Выбор инструментальных методов исследования.
* Выбор тактики лечения.
* Выбор лекарственных средств.

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

* Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
* Тестовые задания на разрезе рубежного контроля.

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Василенко В.Х. и Гребенев А.Л.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

 3. «Пропедевтика внутренних болезней» Молдобаева М.С.

 4. «Пропедевтика внутренних болезней» Шелагуров А.А.

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Краткое содержание темы:**

**Пальпация живота**

***Пальпация живота является*** самым важным методом физикального исследования органов брюшной полости. Для ощупывания живота исследующий садится справа от больного на стуле. Си­денье стула должно находиться на одном уровне с койкой или кушеткой. Больной лежит на спине с низко расположенной головой, руки его вытянуты вдоль туловища, мышцы брюшного пресса долж­ны быть расслабленными, дыхание ровное, спокойное, лучше ртом. Руки врача должны быть теплы­ми, ногти коротко острижены. Сначала проводится ***поверхностная (ориентировочная) пальпация- живота.***Ее цель:

1. изучить степень напряжения брюшной стенки;
2. определить болезненные места (участки);
3. определить наличие в брюшной стенке уплотнений, узлов, опухолей или грыжевых отвер­стий.

При поверхностной пальпации ладонь правой руки ложится плашмя со слегка согнутыми кончиками пальцев на живот больного. Нежно, без всякого давления ощупывается мякотью конце­вых фаланг пальцев стенка живота, постепенно передвигая ладонь с одного места на другое. Обычно начинают с левой подвздошной области, передвигая ладонь против хода часовой стрелки, доходят до правой подвздошной и паховой области, а затем по средней линии, идя сверху вниз (от эпигастрия до надлобковой области). Поверхностную пальпацию можно проводить и по симметричным участкам живота, начиная сверху. В норме живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

**Методическая глубокая, скользящая пальпация по Образцову-Стражеского**

После поверхностной пальпации живота производят методическую глубокую, скользящую пальпацию по Образцову-Стражеско. До В.П. Образцова считалось, что пропальпировать возможно только патологически измененные органы брюшной полости. В.П. Образцов впервые показал, что можно пропальпировать органы брюшной полости и у здоровых людей. Методической пальпация называется потому, что проводится она в определенной последовательности.

Последовательность пальпации органов брюшной полости.

1. Сигмовидная кишка.
2. Слепая кишка.
3. Терминальный отдел подвздошной кишки.
4. Поперечно-ободочная кишка.
5. Восходящая часть толстой кишки.
6. Нисходящая часть толстой кишки.
7. Большая и малая кривизна желудка.
8. Пальпация привратника.
9. Пальпация печени.
10. Пальпация селезенки.
11. Пальпация поджелудочной железы.

Глубокой, скользящей она называется потому, что врач постепенно глубоко проникает во время выдоха до задней стенки брюшной полости и, скользя по ней, пальпирует орган.

Правила пальпации:

1. постановка руки: слегка согнутые пальцы правой руки устанавливают параллельно пальпи­руемому органу, для чего необходимо четко знать его топографию;
2. формирование кожной складки;
3. постепенное погружение руки на выдохе вглубь брюшной полости;
4. собственно пальпация: скользят кончиками пальцев по задней стенке живота и исследуемому органу.

Методическая глубокая, скользящая пальпация позволяет составить представление о разме­рах, консистенции, болезненности и других свойствах органов брюшной полости.

***Пальпация сигмовидной кишки.*** Сигмовидная кишка расположена в нижней части левого фланка и в левой подвздошной области. Направление ее косое: слева направо и сверху вниз. Она пе­ресекает левую пупочно-остную линию (lin. umbilico-iliaca) почти перпендикулярно на границе средней и наружной трети ее.

Больной лежит на спине, дышит ртом, руки вытянуты вдоль туловища, мышцы живота рас­слаблены. Такое положение больного должно быть при исследовании всего кишечника и желудка. Врач сидит справа от больного лицом к нему.

Правой руке придают такое положение, чтобы II-V пальцы были сомкнуты и полусогнуты (кончики всех пальцев должны находиться на одной линии). Кисть правой руки кладут плашмя на левую подвздошную область так, чтобы кончики пальцев располагались над ожидаемой проекцией сигмовидной кишки. Кисть руки должна лежать так, чтобы тыльная поверхность пальцев была об­ращена к пупку. Поверхностным движением (без погружения) во время глубокого вдоха животом кисть смещается медиально и формируется перед пальцами кожная складка. После этого больного просят сделать выдох и, пользуясь спадением и расслаблением передней брюшной стенки, погружа­ют пальцы правой кисти вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой. Погружение пальцев должно производиться на месте образованной кожной складки и не должно быть быстрым, опережающим расслабление мышц брюшной стенки. В конце выдоха кончики пальцев скользят по задней брюшной стенке в направлении ости подвздошной кости и при этом перекатываются через валик сигмовидной кишки.

В момент скольжения пальцами по кишке определяют ее диаметр, консистенцию, поверх­ность, подвижность, болезненность и феномен урчания. При втором способе пальпации сигмовидной кишки пальпирующая рука изначально устанавливается так, чтобы ладонная поверхность кисти была направлена к пупку. На вдохе создается кожная складка по направлению к пупку. На выдохе кисть погружается до задней стенки брюшной полости, а затем ногтевой поверхностью пальцев скользят в направлении ости подвздошной кости, перекатываясь через сигмовидную кишку У здорового человека сигмовидная кишка прощупывается в виде безболезненного, плотного, шириной в 2-3 см гладкого цилиндра, который под рукой не урчит, обладает пассивной подвижно­стью в пределах 3-4 см.

***Пальпация слепой кишки.*** Слепая кишка расположена в правой подвздошной области и име­ет несколько косое направление: справа сверху вниз налево.

У женщин нижняя граница слепой кишки совпадает с верхней границей подвздошной области (межостная линия), у мужчин - она расположена несколько ниже. Однако нередко слепая кишка бы­вает значительно выше обычного уровня. Слепая кишка находится на границе средней и наружной третей правой пупочно-остной линии (lineaumbilico-iliacadextra - условная линия соединяющая верхнюю ость правой подвздошной кости с пупком). Правая рука кладется плашмя на живот так, чтобы тыльная поверхность пальцев была обращена к пупку, линия среднего пальца совпала с пра­вой пупочно-остной линией, а линия кончиков II-V пальцев пересекала пупочно-остную линию при­близительно на ее середине. Прикоснувшись кончиками пальцев к коже живота, исследующий сме­щает кисть в направлении к пупку. При этом перед ногтевой поверхностью пальцев образуется кож­ная складка. Одновременно больного просят сделать вдох животом. После этого больного просят сделать выдох и погружают пальцы правой кисти вглубь брюшной полости до соприкосновения кон­чиков пальцев с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончики пальцев скользят по задней брюшной стенке в направлении ости подвздошной кости и при этом перекатываются через слепую кишку. В момент перекатывания определяют диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность кишки и феномен урчания ***Пальпация терминального отдела подвздошной кишки.*** Терминальный отдел подвздошной кишки расположен в правой подвздошной области (направление косое слева снизу направо вверх) и впадает с внутренней стороны под острым углом в слепую кишку (45°). Правая (пальпирующая) рука кладется плашмя на живот так, чтобы линия кончиков пальцев совпадала с проекцией кишки. При­коснувшись кончиками пальцев к коже живота, исследующий смещает кисть в направлении к пупку. При этом перед ногтевой поверхностью пальцев образуется кожная складка. После этого больного просят сделать выдох и, пользуясь расслаблением передней брюшной стенки, погружают пальцы правой кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончики пальцев скользят по задней брюшной стенке в косом на­правлении сверху слева вниз направо. В момент перекатывания следует определить диаметр, конси­стенцию, поверхность, подвижность, болезненность кишки и феномен урчания.

Конечная часть подвздошной кишки может пальпироваться на протяжении 10-12 см. В случае, если кишка сокращена или заполнена плотным содержимым, создается ощущение перекатывания через гладкий плотный цилиндр, толщиной с мизинец. Если стенка кишки расслаблена и содержимое жидкое, то ощущается тонкостенная трубка, пальпация которой вызывает громкое урчание.

Пальпация поперечно-ободочной кишки.

Прежде чем провести пальпацию поперечно-ободочной кишки, необходимо найти большую кривизну желудка. С этой целью применяют следующие методы.

***Метод перкуторной пальпации.***Ульнарным ребром выпрямленной левой кисти, положен­ной поперечно оси тела, врач вдавливает переднюю брюшную стенку у места прикрепления прямых мышц живота к грудной стенке. Правая (пальпирующая) рука кладется плашмя на живот (направле­ние руки продольно оси тела, пальцы сомкнуты и обращены к подложечной области, кончики паль­цев находятся на уровне нижней границы печени, средний палец - на срединной линии). Исследую­щий отрывистым, быстрым сгибанием II-IV пальцев правой руки, не отрывая их от передней поверх­ности брюшной стенки, производит толчкообразные удары. При наличии в желудке значительного количества жидкости получается шум плеска. Смещая пальпирующую руку вниз на 2-3 см и произ­водя подобные движения, исследование продолжают до того уровня, когда шум плеска исчез, этот уровень представляет границу большой кривизны желудка.

***Метод аускульто-перкуссии.*** Исследующий левой рукой устанавливает стетоскоп (фонендо­скоп) на переднюю брюшную стенку под краем левой реберной дуги на прямую мышцу живота, кончиком указательного пальца правой руки наносит отрывистые, но не сильные удары по внутрен­нему краю левой прямой мышцы живота, постепенно спускаясь сверху вниз. Выслушивая стетоско­пом (фонендоскопом) перкуторные звуки над желудком, отмечают границу перехода громкого тимпанического звука в глухой. Зона изменения перкуторного звука будет соответствовать границе большой кривизны желудка.

***Метод аускульто-аффрикции.*** Этот метод отличается от предыдущего только тем, что вме­сто ударов кончиком пальца производятся штриховые отрывистые поперечные скольжения по коже над левой прямой мышцей живота. Место, где звук с громкого шороха изменяется на тихий, является уровнем большой кривизны желудка.

***Техника пальпации поперечно-ободочной кишки.*** Пальпация кишки осуществляется одной (правой) или двумя руками.

Пальпирующей руке придается положение, необходимое для пальпации кишечника, она кла­дется на живот продольно оси тела у наружного края прямой мышцы (мышц) живота. При этом ни один палец пальпирующей руки не должен лежать на прямых мышцах живота. Пальцы руки распо­лагаются на 2 см ниже уровня предварительно найденной большой кривизны желудка вдоль ожи­даемой проекции кишки. Во время вдоха больного руку (руки) перемещают вверх так, чтобы перед ногтевой поверхностью пальцев образовалась кожная складка. После этого больного просят сделать выдох и, пользуясь расслаблением передней брюшной стенки, погружают пальцы кисти (кистей) вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончиками пальцев скользят по задней брюшной стенке вниз, при этом должно быть ощуще­ние перекатывания через валик поперечно-ободочной кишки.

В момент перекатывания следует определить диаметр, консистенцию, поверхность, подвиж­ность, болезненность кишки и феномен урчания. В расслабленном состоянии поперечник кишки мо­жет достигнуть 5-6 см, в состоянии спастического сокращения - до 2 см, а чаще всего 3-4 см. Разду­тая газами кишка представляется мягкой с гладкой поверхностью, иногда урчит под рукой. Попереч­но-ободочная кишка обладает значительной пассивной подвижностью.

***Пальпация восходящего отдела толстой кишки.*** Восходящий отдел толстой кишки распо­лагается в правом фланке, направление его продольное, параллельно оси тела. Врач подво­дит в поперечном к туловищу направлении левую руку под больного в поясничной области ниже двенадцатого ребра, держа пальцы сложенными вместе и выпрямленными. Это делается для того, чтобы образовать плотное основание, которое облегчает пальпацию кишки.

Правую кисть в стандартной для пальпации кишечника позиции устанавливают над правым фланком так, чтобы линия кончиков пальцев была параллельна наружному краю правой прямой мышцы живота на 2 см отступала от него кнаружи.

Тыльная поверхность пальцев должна быть обращена к пупку, средний палец находится на уровне пупка. Во время вдоха смещают кисть в направлении к пупку так, чтобы перед ногтевой по­верхностью пальцев образовалась кожная складка. Затем больному предлагают сделать выдох и, пользуясь расслаблением передней брюшной стенки, погружают пальцы кисти вглубь брюшной по­лости до соприкосновения с ладонной поверхностью левой руки. Затем производится скольжение кончиков пальцев правой руки в противоположном отведению кожи направлении, по левой ладони. При этом должно получиться ощущение перекатывания через валик. В момент перекатывания следу­ет определить диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность кишки и феномен урчания.

Пальпация нисходящего отдела толстой кишки.

Нисходящий отдел толстой кишки расположен в левом фланке, направление его продольное, параллельное оси тела. Врач подводит в поперечном к туловищу направлении левую руку под левую половину поясничной области ниже двенадцатого ребра, держа пальцы сложенными вместе (рис.72). Правую руку в стандартной для пальпации кишечника позиции устанавливают над правым фланком так, чтобы линия кончиков пальцев была параллельна наружному краю левой прямой мышцы живо­та (на 2 см отступая от него кнаружи), ладонная поверхность пальцев должна быть обращена к пуп­ку, а средний палец находится на уровне пупка. Во время вдоха смещают кисть в направлении к пуп­ку так, чтобы перед ладонной поверхностью кончиков пальцев образовалась кожная складка. Затем больному предлагают сделать выдох и, пользуясь расслаблением брюшной стенки, погружают паль­цы кисти отвесно вглубь брюшной полости в направлении левой руки до соприкосновения с ней.

Затем производится скольжение правой руки по левой ладони в направлении от пупка кна­ружи. При этом должно получиться ощущение перекатывания через валик нисходящей кишки. В момент перекатывания следует определить диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, бо­лезненность кишки и феномен урчания.

Тактильные ощущения, получаемые при пальпации восходящего и нисходящего отделов тол­стой кишки, схожи с ощущениями, получаемыми от поперечно-ободочной кишки.

**Перкуссия живота**

Цели перкуссии:

1. определить границу между желудком и кишечником;
2. найти границы печени и селезенки (описание см. в соответствующих разделах ниже);
3. определить наличие свободной жидкости в брюшной полости.

В норме над всей поверхностью живота выявляется тимпанический звук, независимо от по­ложения больного.

**Аускультация живота**

У здорового человека над брюшной полостью при прикладывании фонендоскопа выслушива­ются звуки перистальтики кишечника. Эти звуки представляют собой своеобразное урчание, перели­вание жидкости, плеск. Перистальтика кишечника исчезает при парезе кишечника. Это бывает при разлитом остром перитоните. Резкое усиление перистальтики может наблюдаться при развитии ме­ханической непроходимости кишечника (на первом этапе), при воспалении тонкого кишечника. Ино­гда у больных с фибринозным перитонитом может выслушиваться ***шум трения брюшины,*** напоми­нающий шум трения плевры при сухом плеврите. Шум трения брюшины бывает при вовлечении в воспалительный процесс листка брюшины, покрывающего печень (перигепатит) и селезенку (перис- пленит).

В области проекции аорты на брюшную стенку может выслушиваться артериальный шум. Он бывает при сужении аорты (коарктация аорты). Кроме этого, аускультация используется при суже­нии почечных артерий и для определения нижней границы желудка (метод стетоакустической пер­куссии и аускульто-аффрикции).

**Перкуссия печени**

Метод перкуссии позволяет определить границы, величину и конфигурацию печени. Перкуссией определяют верхнюю и нижнюю границы печени. Различают верхние границы двух видов печеночной тупости: относительной тупости, которая дает представление об ис­тинной верхней границе печени, и абсолютной тупости, т. е. верхней границе участка перед­ней поверхности печени, который непосредственно прилежит к грудной клетке и не прикрыт легкими. На практике ограничиваются определением лишь границ абсолютной тупости пече­ни, так как положение верхней границы относительной тупости печени непостоянно и зави­сит от размеров и формы грудной клетки, высоты стояния правого купола диафрагмы. Кроме того, верхний край печени очень глубоко скрыт под легкими, и верхнюю границу относи­тельной тупости печени трудно определить. Наконец, почти во всех случаях увеличение пе­чени происходит преимущественно книзу, о чем судят по положению ее нижнего края. Перкуссию печени проводят с соблюдением общих правил топографической перкуссии.

Для *определения верхней границы абсолютной тупости печени* применяют тихую перкуссию. Перкутируют сверху вниз, по вертикальным линиям, как при определении нижних границ правого легкого. Границы находят по контрасту между ясным легочным звуком и тупым от печени. Найденную границу отмечают точками на коже по верхнему краю пальца-плессиметра по каждой вертикальной линии. В норме верхняя граница абсо­лютной тупости печени располагается по правой окологрудинной линии у верхнего края VI ребра, по правой среднеключичной линии на VI ребре и по правой передней подмышечной линии на VII ребре, т. е. верхняя граница абсолютной тупости печени соответствует положе­нию нижнего края правого легкого (рис. 115). Таким же способом можно установить положе­ние верхней границы печени и сзади, однако обычно ограничиваются определением только по указанным трем линиям.



**Рис. Определение верхней, ниж­ней левой границ абсолютной ту­пости печени.**

*Определение нижней границы абсолютной тупости печени* представляет некоторую

трудность из-за близости полых органов (желудок, кишечник), дающих при перкуссии высо­кий тимпанит, скрадывающий печеночный звук. Учитывая это, следует применять ти­шайшую перкуссию, а еще лучше использовать непосредственную перкуссию одним паль­цем по методу Образцова. Перкуссию нижней границы абсолютной тупости печени по Об­разцову— Стражеско начинают в области правой половины живота по правой передней под­мышечной линии в горизонтальном положении больного. Палец-плессиметр устанавливают параллельно предполагаемому положению нижнего края печени и на таком отдалении от него, чтобы при нанесении удара слышался тимпанический звук (например, на уровне пупка или ниже). Постепенно передвигая палец-плессиметр вверх, доходят до границы перехода тимпанического звука в абсолютно тупой. В этом месте по каждой вертикальной линии (пра­вая среднеключичная линия, правая окологрудинная линия, передняя срединная линия), а при значительном увеличении печени и по левой окологрудинной линии делают отметку на коже по нижнему краю пальца-плессиметра.

При *определении левой границы абсолютной тупости печени* палец-плессиметр устанав­ливают перпендикулярно краю левой реберной дуги на уровне VIII—IX ребер и перкутиру­ют вправо непосредственно под краем реберной дуги до места перехода тимпанического зву­ка (в области пространства Траубе) в тупой.

В норме нижняя граница абсолютной тупости печени в горизонтальном положении боль­ного с нормостенической формой грудной клетки проходит по правой передней подмышеч­ной линии на X ребре, по среднеключичной линии по нижнему краю правой реберной дуги, по правой окологрудинной линии на 2 см ниже нижнего края правой реберной дуги, по передней срединной линии на 3—6 см от нижнего края мечевидного отростка (на границе верхней трети расстояния от основания мечевидного отростка до пупка), слева не заходит за левую окологрудинную линию.

Положение нижнего края печени и в норме может быть различным в зависимости от фор­мы грудной клетки, конституции человека, но это отражается в основном лишь на уровне его положения по передней срединной линии. Так, при гиперстенической грудной клетке ниж­ний край печени располагается несколько выше указанного уровня, а при астенической груд­ной клетке — ниже, приблизительно на середине расстояния от основания мечевидного от­ростка до пупка. Смещение нижнего края печени вниз на 1 — 1,5 см отмечается в вертикаль­ном положении больного. При увеличении печени граница расположения ее нижнего края измеряется от края реберной дуги и мечевидного отростка; граница левой доли печени опре­деляется по левой окологрудинной линии вниз от края реберной дуги и влево от этой линии (по ходу реберной дуги).

Полученные данные перкуссии печени позволяют определить высоту и размеры печеноч­ной тупости. Для этого по вертикальным линиям измеряют расстояние между двумя соответ­ствующими точками верхней и нижней границ абсолютной тупости печени. Эта высота в норме по правой передней подмышечной линии равна 10—12 см, по правой среднеключич­ной линии — 9—11 см, а по правой окологрудинной — 8—11 см. Сзади определить перку-торно зону тупости печени трудно (она сливается с зоной тупого звука, образуемой толстым слоем мышц поясницы, почками и поджелудочной железой), но иногда удается в виде поло­сы шириной 4—6 см. Это позволяет избежать ошибочного заключения об увеличении пече­ни в тех случаях, когда она опущена и выходит из-под правой реберной дуги, а также несколько повернута вокруг своей оси кпереди, — тогда полоса притуплённого звука сзади становится уже.

Перкуссия печени по Курлову. При перкуссии печени по Курлову определяют следующие три ее размера: первый размер — по правой среднеключичной линии от верхней до нижней границы абсолютной тупости печени (в норме 9—11 см), второй размер — по передней сре­динной линии — от условной верхней границы печени, отмеченной на том же уровне, что и верхняя граница печени по правой среднеключичной линии, до нижней (в норме 7—9 см), третий размер — от условной верхней границы печени по передней срединной линии до гра­ницы левой доли печени по краю реберной дуги (в норме 6—8 см).

Определение перкуторных границ печени и ее размеров имеет диагностическое значение. Однако смещение верхней границы (вверх или вниз) чаще связано с внепеченочными изме­нениями (высокое или низкое стояние диафрагмы, наличие поддиафрагмального абсцесса, пневмоторакса, экссудативного плеврита). Только при эхинококкозе и раке печени верхняя ее граница может смещаться вверх. Смещение нижней границы печени вверх свидетельству­ет об уменьшении ее размеров, но может отмечаться также при метеоризме и асците, оттес­няющих печень вверх. Смещение нижней границы печени вниз наблюдается, как правило, при увеличении органа в результате различных патологических процессов (гепатит, цирроз, рак, эхинококк, застой крови при сердечной недостаточности и др.), но иногда объясняется низким стоянием диафрагмы. Систематическое наблюдение за перкуторными границами пе­чени и изменением высоты печеночной тупости позволяет судить об увеличении или умень­шении этого органа на фоне течения заболевания.

Желчный пузырь перкуторно обычно не определяется, однако при значительном увеличе­нии его можно определить с помощью очень тихой перкуссии.

Перкуссию применяют не только для определения размеров печени и желчного пузыря (топографическая перкуссия), но и для оценки их состояния: перкуссия (осторожная) по по­верхности увеличенной печени или над зоной расположения желчного пузыря вызывает бо­лезненные ощущения при воспалительных процессах (гепатит, холецистит, перихолецистит и др.). *Поколачивание*(succusio) по правой реберной дуге также вызывает боль при заболева­ниях печени и желчных путей, особенно при желчнокаменной болезни (симптом Ортнера).

**Пальпация**

Поверхностная пальпация при заболеваниях печени может выявить зону болезненности в области правого подреберья и эпигастральной области. Особенно сильная локальная болез­ненность даже при легком прикосновении к передней брюшной стенке в зоне проекции желчного пузыря наблюдается при остром холецистите и желчной колике. При хроническом холецистите обычно определяется лишь легкая или умеренная болезненность в так называе­мой точке желчного пузыря: она соответствует проекции его дна на переднюю брюшную стенку и в норме в большинстве случаев локализуется непосредственно под правой реберной дугой по наружному краю правой прямой мышцы живота.

Пальпацию печени проводят по методу Образцова—Стражеско. Принцип метода заклю­чается в том, что при глубоком вдохе нижний край печени опускается навстречу пальпирую­щим пальцам и затем, натыкаясь на них и соскальзывая с них, становится ощутимым. Из­вестно, что печень вследствие непосредственной близости к диафрагме обладает наибольшей дыхательной подвижностью среди органов брюшной полости. Следовательно, при пальпа­ции печени активная роль принадлежит ее собственной дыхательной подвижности, а не пальпирующим пальцам, как во время ощупывания кишечника.

Пальпацию печени и желчного пузыря производят в положении больного стоя или лежа на спине (однако в отдельных случаях прощупывание печени облегчается при положении больного на левом боку; при этом печень под действием силы тяжести выходит из подребе­рья, и тогда легче прощупать ее нижнепередней край). Прощупывание печени и желчного пузыря производят по общим правилам пальпации, причем больше всего обращают внима­ние на передненижний край печени, по свойствам которого (контуры, форма, болезненность, консистенция) 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 часто от левого подреберья до правого, удается прощупать и верхнепереднюю поверхность печени.

Исследующий садится справа рядом с кроватью на стул или на 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, помогает усилению экскурсий правого купола диафрагмы. Ладонь правой руки кладут плашмя, слегка согнув пальцы, на живот больного непосредственно под реберной ду­гой по среднеключичной линии и слегка надавливают кончиками пальцев на брюшную стен­ку*.* После такой установки рук исследуемому предлагают сделать глубокий вдох; печень, опускаясь, сначала подходит к пальцам, затем их обходит и выскальзывает из- под пальцев, т. е. прощупывается. Рука исследующего все время остается непо­движной, прием повторяют несколько раз. Положение края печени может быть различным в зависимости от разнообразных обстоятельств, поэтому, чтобы знать, где располагать пальцы правой руки, полезно предварительно определить положение нижнего края печени путем перкуссии.

По В. П. Образцову, нормальная печень прощупывается в 88% случаев. Пальпаторные ощущения, получаемые от нижнего края печени, позволяют определить его физические свойства (мягкий, плотный, неровный, острый, закругленный, чувствительный и др.). Край неизмененной печени, прощупываемый в конце глубокого вдоха, на 1—2 см ниже реберной дуги, мягкий, острый, легко подворачивающийся и нечувствительный.

Нижний край нормальной печени обычно прощупывается по правой среднеключичной ли­нии; справа от нее печень прощупать не удается, так как она скрыта под реберной дугой, а слева нередко пальпация затруднена из-за выраженности брюшных мышц. При увеличении и уплотнении печени ее удается прощупать по всем линиям. Больных со вздутием живота це­лесообразно исследовать натощак для облегчения пальпации. При скоплении жидкости в брюшной полости (асцит) пальпировать печень в горизонтальном положении больного не всегда удается. В этих случаях пользуются указанной методикой, но пальпацию производят в вертикальном положении или в положении больного на левом боку. При скоплении очень большого количества жидкости ее предварительно выпускают с помощью парацентеза.

Если в брюшной полости имеется большое скопление жидкости, печень также прощупы­вают с помощью *толчкообразной баллотирующей пальпации.* Для этого правую руку со слегка согнутыми II—IV пальцами устанавливают внизу правой половины живота, перпен­дикулярно предполагаемому нижнему краю печени. Сомкнутыми пальцами правой руки на­носят толчкообразные удары по брюшной стенке и передвигают в направлении снизу вверх до ощущения плотного тела печени, которая при ударе пальцев сначала отходит в глубину брюшной полости, а затем ударяется в них и становится ощутимой (симптом «плавающей льдинки»).

Болезненность характерна для воспалительного поражения печени с переходом воспали­тельного процесса на капсулу печени или для растяжения ее (например, при застое крови в печени вследствие сердечной недостаточности). Печень здорового человека, если она до­ступна пальпации, имеет мягкую консистенцию; при гепатитах, гепатозе, сердечной де­компенсации она более плотная. Особенно плотна печень при ее циррозе (при этом край ее острый, а поверхность ровная или мелкобугристая), опухолевом поражении — множест­венных метастазах рака (в этих случаях иногда поверхность печени грубобугристая соответ­ственно поверхностно расположенным метастазам, а нижний край неровный), при амилоидозе. Иногда удается пропальпировать сравнительно небольшую по размерам опухоль или эхи­нококковую кисту. Выстояние нижнего края увеличенной печени определяется по отноше­нию к реберной дуге по правой передней подмышечной, правой окологрудинной и левой окологрудинной линиям. Данные пальпации уточняют представления о размерах печени, по­лученные методом перкуссии.

Желчный пузырь в норме не прощупывается, так как он мягок и практически не выступа­ет из-под края печени. Но при увеличении желчного пузыря (водянка, наполнение камнями, рак и др.) он становится доступным пальпации. Прощупывание пузыря ведут в том же поло­жении больного, что и пальпацию печени. Находят край печени и непосредственно под ним у наружного края правой прямой мышцы производят по правилам прощупывания самой пе­чени пальпацию желчного пузыря. Легче всего его можно обнаружить при движении паль­цев поперечно оси желчного

**Контрольные тестовые вопросы:**

1. Поверхностная пальпация живота проводится в положении больного:

1. на левом боку;
2. сидя;
3. на правом боку;
4. лежа на спине;
5. на левом и правом боку.

2. Поверхностная ориентировочная пальпация живота начинается с:

1. эпигастральной области;
2. мезогастрия;
3. правой паховой области;
4. левой паховой области;
5. надлобковой области.

3. При болях в животе поверхностная ориентировочная пальпация живота начинается с:

1. места, где нет боли;
2. эпигастральной области;
3. левой паховой области;
4. правой паховой области;
5. места наибольшей болезненности.

4. При поверхностной пальпации живо­та оценивают все, кроме:

1. напряжения брюшной стенки;
2. болезненности;
3. перитонеальных симптомов;
4. края печени;
5. зон гиперестезии.

5. При поверхностной пальпации оце­нивают все, кроме:

1. расположения дна желудка;
2. зон гиперестезии;
3. наличия грыж;
4. перитонеальных симптомов;
5. расхождения прямых мышц живота.

6. Симптом Щеткина - Блюмберга оп­ределяется в:

1. правой подвздошной области;
2. левой подвздошной области;
3. эпигастрии;
4. мезогастрии;
5. всех отделах живота.

7. Симптом Менделя определяется в:

1. подложечной области;
2. правой подвздошной области;
3. левой подвздошной области;

всех отделах живота;1-4, 2-4, 3-1, 4-4, 5-1, 6-5, 7-4, 8-4, 9-3, 10-5

1. месте локализации боли.

8. Целью перкуссии живота является все, кроме:

1. определения нижней границы пече­ни;
2. выявления асцита;
3. выявления метеоризма;
4. определения болезненности;
5. выявления опухолевидных образо­ваний.

9. При исследовании живота проводят все, кроме:

1) поверхностной пальпации;

2) осмотра живота;

3) осмотра поясничной области;

4) аускультации живота;

5) перкуссии живота.

10. Аускультация живота проводится для:

1) определения нижней границы желудка;

2) выявления жидкости;

3) выслушивания перистальтики кишечника;

4) выявления объемного образования;

5) правильно 1) и 3).