

План занятия № 7

Название дисциплины: МДК 01.01 Пропедевтика клинических дисциплин

Курс 2

Раздел: Пропедевтика в терапии, гериатрии

Тема занятия: Методика объективного обследования при заболеваниях органов пищеварения.

Тип занятия: формирование умений и навыков

Форма занятия: практическое

Преподаватель: Фоминых В.Н.

Цели занятия:

Учебные

Знать:

-объективные методы исследования органов пищеварения

Уметь:

-провести осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию органов пищеварения.

-документирование полученных данных.

Формирование компетенций

Формируемые ОК:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

Формируемые ПК:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.

ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.

ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

Воспитательные цели:

Общие компетенции	Цель воспитательная
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес	Воспитывать устойчивый интерес к профессии
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество	Воспитывать ответственность за организацию собственной деятельности
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность	Воспитать способность принимать правильные решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.	Воспитать потребность поиска необходимой информации для выполнения возложенных профессиональных задач и личностного развития.
ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.	Воспитать необходимость использования информационно-коммуникационных технологий в профессиональной деятельности.
ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями	Воспитать способность работать в коллективе, команде.
ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.	Воспитать необходимость в правильной организации рабочего места с соблюдением требований охраны труда для предупреждения производственного травматизма.

Развивающие цели: стимулировать познавательную и мыслительную активность студентов, развивать клиническое и логическое мышление.

Интеграция темы:

междисциплинарные связи: ОП 01 Анатомия и физиология человека, ОП 03 Основы патологии, Основы латинского языка, ПМ 07 Деятельность по уходу.

Место проведения: лекционная аудитория

Продолжительность: 270 минут

Оснащение: интерактивная доска, мультимедиа проектор, презентация.

Источники информации**Литература****Основная:**

- 1.Э.В.Смолева Диагностика в терапии: МДК 01.01. Пропедевтика клинических дисциплин: учеб. Пособие/Э.В. Смолева, А.А. Глухова.- Ростов н/Д: Феникс, 2016.- 620 с.
2. Журавлева Т.П. Основы гериатрии: Учеб.пособие.- изд. 2-е, испр. и доп. - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2012.
3. Шишкин А. Пропедевтика клинических дисциплин. – Изд. 2-е, прераб. и доп. - М.: Академия, 2012 (Серия СПО).

Дополнительная:

Мухин, Н.А., Моисеев, В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник для студентов мед.вузов + CD / Н.А.Мухин, В.С. Моисеев.-М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2009.

Структурно – логическая схема практического занятия

№	Этапы занятия	Продолжительность	ООД преподавателя	ООД студента	Приложения
1	Организационный момент	2 мин	Приветствие, определение готовности группы к занятиям	Приветствие	
2	Сообщение плана урока	3 мин	Сообщает план урока	Слушают, записывают	
3	Контроль знаний	7 мин	Письменный опрос	Пишут на листочках	Приложение 1
		23 мин	Индивидуальный опрос	Отвечают, дополняют, слушают	Приложение 1
4	Практическая часть (210 мин)	2 мин	Предлагает ознакомиться с планом СРС	Знакомятся с планом СРС	Приложение 2
		30 мин	Наблюдает за работой студентов	Решают ситуационные задачи	Приложение 3
		28 мин	Проверяет решение задач	Устно отвечают на вопросы задач	Приложение 4
		60 мин	Наблюдает за работой студентов	Переписывают в дневник алгоритмы	Приложение 5
		20 мин	Демонстрирует объективное исследование	Слушают, запоминают	
		70 мин	Наблюдает за работой студентов, исправляет	Работают по алгоритмам под наблюдением преподавателя	Приложение 5
5	Закрепление темы	10 мин	Фронтальный опрос	Отвечают на вопросы	Приложение 6
6	Проверка дневников	15 мин	Проверяет дневники	Подают дневники на проверку	
7	Подведение итогов	3 мин	Комментирует и выставляет оценки,	Слушают	Приложение 7
8	Домашнее задание	2 мин	Разъясняет (вопросы для подготовки, источники информации)	Слушают, записывают	Приложение 8

Контроль знаний

Письменный опрос

- 1.Области живота: зарисовать, указать расположение внутренних органов по областям.

Индивидуальный опрос

- 1.Назовите методы исследования органов пищеварения.
2. Расскажите методику осмотра полости рта.
3. Расскажите методику осмотра области живота.
4. Расскажите расположение топографических линий области живота.
- 5.Методика поверхностной пальпации живота.
6. Расскажите условия при проведении пальпации живота по Образцову- Стражеско.
- 7.Последовательность проведения глубокой пальпация живота.
8. Методика проведения перкуссии при исследовании органов пищеварения.
- 9.Особенности перкуссии и пальпации печени.
- 10.Аускультация живота.

Карта самостоятельной работы студента на практическом занятии

Этап	Содержание	Ориенти- ровочное время (мин.)	ООД студента	Приложения
1.	Написание темы и даты		Пишут в дневнике дату и тему занятия	
2.	Решение проблемно-ситуационных задач	30	-переписать в дневник в графе «Содержание» условие одной из задач. -письменно дать ответ на поставленные вопросы.	Приложение 2
		30	устно дать ответ на поставленные вопросы	
3.	Работа с дневником	60	-Переписать в дневник алгоритмы объективного исследования.	Приложение 4
4.	Демонстрация преподавателем методики объективного исследования органов пищеварения на статисте	20	Слушают и запоминают	
5.	Отработка студентами методики объективного исследования органов пищеварения на статисте	70	Отрабатывают методику объективного исследования органов пищеварения по алгоритмам на статисте	

Задания для практического занятия по теме: Методика объективного обследования при заболеваниях органов пищеварения.

Ситуационные задачи

Задача 1

Пациент М., 53 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на чувство переполнения желудка, возникающее после еды, частую отрыжку тухлым, плохой аппетит, похудание. Считает себя больным в течение 5 лет. Последние 2 дня ухудшение самочувствия связывает с погрешностью в диете (выпивал). Вредные привычки: курит, употребляет алкоголь.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

1. Назовите клинический синдром, выявленный у пациента, с обоснованием.
2. Что необходимо уточнить у пациента при сборе анамнеза?
3. Объясните механизм развития всех объективных симптомов данного синдрома.

Задача 2

Пациент Б., 38 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области, здесь же напряжение мышц живота. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

1. Назовите клинический синдром, выявленный у пациента, с обоснованием.
2. Что необходимо уточнить у пациента при сборе анамнеза?
3. Объясните механизм развития всех объективных симптомов данного синдрома.

Задача 3

К фельдшеру обратилась пациентка С. 29 лет с жалобами на тупые, распирающие боли в животе, вздутие и сильное урчание, обильный жидкий стул, слабость, быструю утомляемость, похудание. Эти симптомы беспокоят в течение 2-х лет, ухудшение состояния провоцируется приемом острой пищи.

Объективно: температура 37,2⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. Волосы тусклые, сухие, ломкие, выпадают. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Со стороны легких и сердца патологии нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Задания

1. Назовите клинический синдром, выявленный у пациента, с обоснованием.

2. Что необходимо уточнить у пациента при сборе анамнеза?
3. Объясните механизм развития всех объективных симптомов данного синдрома.

Задача 4

Больной О., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натощак, нередко ночью. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

1. Назовите клинический синдром, выявленный у пациента, с обоснованием.
2. Что необходимо уточнить у пациента при сборе анамнеза?
3. Объясните механизм развития всех объективных симптомов данного синдрома.

Задача 5

К фельдшеру обратился мужчина 42 лет с жалобами на боли внизу и в левой половине живота, чередование поносов и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота. Беспокоит слабость, повышенная утомляемость. Болен в течение нескольких лет.

Объективно: температура тела 37,1⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердца изменений нет. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Задания

1. Назовите клинический синдром, выявленный у пациента, с обоснованием.
2. Что необходимо уточнить у пациента при сборе анамнеза?
3. Объясните механизм развития всех объективных симптомов данного синдрома.

Тема: Методика объективного обследования при заболеваниях органов пищеварения.

Эталон ответа к задаче 1

1. Синдром желудочной диспепсии

Обоснование:

а) данные анамнеза:

- чувство полноты в эпигастральной области, возникающая после еды, отрыжка тухлым, похудание;
- длительность заболевания;
- связь обострения с погрешностями в диете;
- вредные привычки: курение, употребление алкоголя;

2) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области.

2. Необходимо уточнить

- наличие боли в эпигастральной области и ее связь с приемом пищи.
- наличие изжоги
- характер стула

3. Механизм развития субъективных и объективных симптомов данного синдрома обусловлен синдромом

обусловлен синдромом желудочной диспепсии: чувство переполнения желудка, возникающее после еды, частую отрыжку тухлым, плохой аппетит, похудание. Объективно: кожа бледная, подкожно-жировой слой выражен недостаточно.. Язык обложен белым налетом. Живот вздут за счет метеоризма, при пальпации нерезкая болезненность в эпигастральной области.

Эталон ответа к задаче 2

1. Синдром желудочной диспепсии.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи,
- изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;
- самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;
- аппетит сохранен;
- сезонность обострений;
- связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;

2) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при пальпации: болезненность в эпигастральной области;

2. Необходимо уточнить

- приносит ли рвота облегчение
- наличие вредных привычек
- наследственная предрасположенность

3. Механизм развития объективных симптомов данного синдрома обусловлен синдромом желудочной диспепсии: острые боли в животе, связь с приемом пищи, поэтому пациент ограничивает прием пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Объективно:

кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота болезненность в эпигастральной области, здесь же напряжение мышц живота.

Эталон ответа к задаче 3

1. Синдром нарушения всасывания.

Обоснование:

а) данные анамнеза:

- тупые, распирающие боли вокруг пупка, метеоризм, урчание в животе, обильный жидкий стул, слабость, утомляемость, похудание;
- обострения в связи с приемом острой пищи;
- длительность заболевания;

б) объективные данные:

- при осмотре: бледность и сухость кожи, волосы тусклые, сухие, ломкие, выпадают, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;
- при пальпации живота: умеренная болезненность в околопупочной области.

2. Необходимо уточнить

- локализация боли
- связь боли с приемом пищи
- интенсивность боли
- чем боль снимается
- частота стула
- внешний вид испражнений (стул кашицеобразный, с наличием пузырьков)
- характер питания
- вредные привычки

3. Механизм развития субъективных и объективных симптомов данного синдрома обусловлен нарушением всасывания: жалобами на тупые, распирающие боли в животе, вздутие и сильное урчание, обильный жидкий стул, слабость, быструю утомляемость, похудание. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки чистые, бледные, сухие. Волосы тусклые, сухие, ломкие, выпадают. Подкожно-жировой слой развит недостаточно. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в околопупочной области.

Эталон ответа к задаче 4

1. Синдром желудочной диспепсии.

Обоснование:

а) данные анамнеза:

- боли в животе “поздние”, “голодные”, “ночные”, проходят после приема молока;
- склонность к запорам;
- похудание на фоне сохраненного аппетита;
- вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем;

б) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи, обложенность языка;
- при пальпации: резкая болезненность живота в проекции двенадцатиперстной кишки.

2. Необходимо уточнить

- уточнить локализацию боли
- чем снимает боль
- сезонность обострения

3. Механизм развития субъективных и объективных симптомов данного синдрома обусловлен синдромом желудочной диспепсии: жалобы на сильные боли в животе после еды, натощак, нередко ночью, склонность к запорам, похудание. Из анамнеза выяснилось, что много курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: кожные покровы бледные. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка.

Эталон ответа к задаче 5

1. Синдром нарушения всасывания.

Обоснование:

а) данные анамнеза:

- боли по ходу толстого кишечника, неустойчивый стул, признаки толстокишечной диареи, тенезмы, метеоризм;
- слабость, повышенная утомляемость;
- длительность заболевания;

б) объективные данные:

- при осмотре: недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки, обложенность языка;
- при пальпации: болезненность по ходу толстого кишечника.

2. Необходимо уточнить

- частота жидкого стула
- количество каловых масс (обильное или в небольшом количестве)

3. Механизм развития объективных симптомов данного синдрома обусловлен синдромом нарушения всасывания: жалобы на боли внизу и в левой половине живота, чередование поносов и запоров, болезненные позывы к дефекации, вздутие живота, слабость, повышенная утомляемость. Объективно: Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно.. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный по ходу толстого кишечника.

Тема: Методика объективного обследования при заболеваниях органов пищеварения.

Объективное исследование органов пищеварения включает:

- Осмотр (полости рта, живота)
- Пальпацию (поверхностную и глубокую)
- Перкуссию
- Аускультацию

Начало объективного исследования

1. Представиться пациенту.
2. Узнать ФИО пациента (идентифицировать)
3. Объяснить цель медицинского вмешательства.
4. Получить согласие на вмешательство.
5. Провести гигиеническую обработку рук.
6. Попросить пациента раздеться до пояса и встать лицом к фельдшеру.
7. На протяжении объективного исследования интересоваться состоянием пациента.
8. После проведения объективного исследования провести гигиеническую обработку рук.

Осмотр

I. Осмотр полости рта:

Алгоритм осмотра полости рта:

1. Подготовить стерильный шпатель (в стерильном лотке).
2. Усадить пациента лицом к источнику света.
3. Стать спереди и справа от пациента.
4. Объяснить пациенту суть исследования.
5. Шпателем осмотреть преддверие рта, оттягивая ребром шпателя верхнюю губу вверх, нижнюю вниз.
6. Попросить пациента открыть рот и осмотреть щечные поверхности, проводя по ним шпателем в стороны и сверху вниз.
7. Осмотреть зубы, язык.
8. Попросить пациента поднять язык вверх, помогая ему шпателем, осмотреть уздечку языка.
9. Осмотреть зев, для чего слева надавить шпателем на корень языка и предложить пациенту в этот момент произнести звук «а».
10. Шпатель положить в дезраствор на 60 минут.

В норме язык чистый, влажный. Зев не гиперемирован. Кариозных зубов нет.

II. Осмотр живота

1. Уложить пациента на спину.
2. Живот обнажается так, чтобы осмотру были доступны все его отделы, включая надлобковую и подвздошные области.
3. При осмотре живота обращают внимание на:
 - а) форму и размеры,
 - б) симметричность обеих половин,
 - в) наличие грыжевых выпячиваний, рубцов, видимой перестальтики.

У здорового человека обе половины живота симметричны, пупок слегка втянут.

В норме живот правильной формы, участвует в акте дыхания

Пальпация живота

Виды:

1. Поверхностная

2. Глубокая

Поверхностная пальпация живота

Цель: определить болезненность и напряжение мышц живота

Правила проведения пальпации:

1. Положение пациента лежа на спине с опущенными вдоль туловища или сложенными на груди руками и выпрямленными ногами. Поверхность должна быть ровной, не слишком мягкой, изголовье — невысокое.

2. Фельдшер садится справа от пациента лицом к нему (левша садится слева). При этом стул должен стоять на уровне таза пациента, а сиденье стула - на высоте постели.

3. Руки фельдшера должны быть теплыми, ногти короткими.

4. Желательно пальпировать живот натощак и после опорожнения кишечника.

5. Пациент во время исследования должен дышать через рот, глубоко и ровно, используя диафрагмальный тип дыхания.

6. Перед началом пальпации для уменьшения напряжения брюшного пресса целесообразно на короткое время положить одну или обе ладони на живот пациента, дав ему возможность привыкнуть к руке фельдшера.

7. Поверхностную пальпацию проводят правой рукой. В пальпации участвует только кисть.

8. При проведении поверхностной пальпации следует смотреть не на живот, а в лицо пациента, чтобы заметить реакцию на появление боли.

10. Пальпацию проводят снизу вверх, слева направо. Последовательно ощупывают вначале парные области живота:

левая подвздошная - правая подвздошная,

левая боковая область живота - правая боковая область живота,

область левого подреберья — правого подреберья. Затем пальпируют непарные области сверху вниз: эпигастральная, пупочная и надлобковая.

11. Болезненные участки живота пальпируют в последнюю очередь.

В норме живот мягкий, безболезненный при пальпации

Глубокая, методическая, скользящая пальпация по Образцову— Стражеско

Методика пальпации включает четыре этапа:

1. Установка рук - правая рука кладется на переднюю брюшную стенку параллельно исследуемому органу.

2. Образование кожной складки — для исключения ограничения движения руки натяжением кожи.

3. Погружение руки вглубь живота на выдохе до задней стенки,

4. Скольжение подушечками пальцев в направлении исследуемого органа.

1.Пальпация сигмовидной кишки по Образцову— Стражеско

а) четыре слегка согнутых пальца правой руки устанавливают на передней брюшной стенке в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, проведенной от пупка до передней верхней ости подвздошной кости. (рис. 1)

б) движением пальцев правой руки по направлению к пупку создается кожная складка.

в) во время выдоха пациента пальцы плавно погружаются в глубь живота, во время вдоха пальцы фиксируются в достигнутом положении.

г) постепенно достигнув задней брюшной стенки направить пальцы скользящими движениями по направлению от пупка к подвздошной кости. При этом пальцы перекатываются через сигмовидную кишку. Она толщиной с большой палец, не урчит.

В норме сигмовидная кишка пальпируется, гладкая, плотная, безболезненная, подвижная.

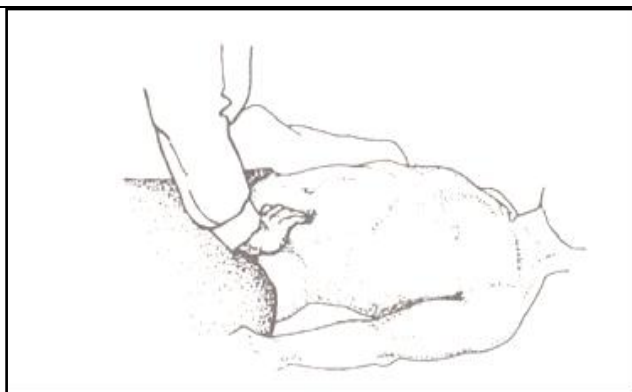


Рис. 1. Пальпация сигмовидной кишки

Пальпация слепой кишки по Образцову - Стражеско

а) четыре слегка согнутых пальца правой руки устанавливают на передней брюшной стенке в правой подвздошной области на границе средней и наружной трети линии, проведенной от пупка до передней верхней ости подвздошной кости.(рис.2)

б) движением пальцев правой руки по направлению к пупку создается кожная складка.

в) во время выдоха пациента пальцы плавно погружаются в глубь живота, во время вдоха пальцы фиксируются в достигнутом положении.

г) постепенно достигая задней брюшной стенки направить пальцы скользящими движениями по направлению от пупка к подвздошной кости. При этом пальцы перекатываются через прямую кишку. слепой кишки до двух поперечных пальца, при надавливании чувствуется урчание.

В норме слепая кишка пальпируется, мягкая, эластичная, безболезненная, подвижная.

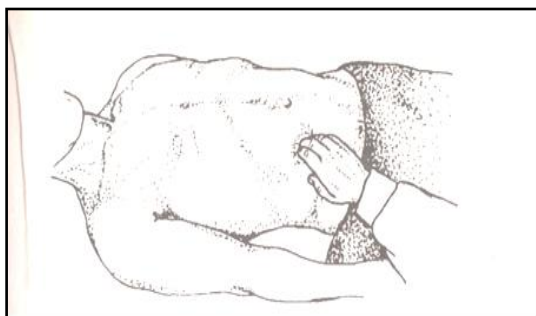


Рис. 2. Пальпация слепой кишки

Пальпация восходящей и нисходящей ободочной кишки по Образцову— Стражеско

Восходящий и нисходящий отделы толстой кишки расположены продольно, в правой и левой боковых областях живота. Они лежат в брюшной полости на мягком основании, что затрудняет их пальпацию. Поэтому необходимо предварительно снизу создать плотную основу, к которой можно прижать кишку при ее ощупывании (бимануальная пальпация). С этой целью при **пальпации восходящей ободочной кишки** левую ладонь подкладывают под правую поясничную область ниже XII ребра в поперечном туловищу направлении. Пальпирующую правую руку располагают в правом фланке живота поперечно ходу кишки так, чтобы основание ладони было направлено кнаружи, а кончики пальцев находились на 2 см латеральнее наружного края прямой мышцы живота. Кожную складку смещают медиальнее кишки и пальпируют в направлении изнутри кнаружи. Одновременно пальцами левой руки надавливают на поясничную область, стараясь приблизить заднюю брюшную стенку к пальпирующей правой руке (см. рис.3).

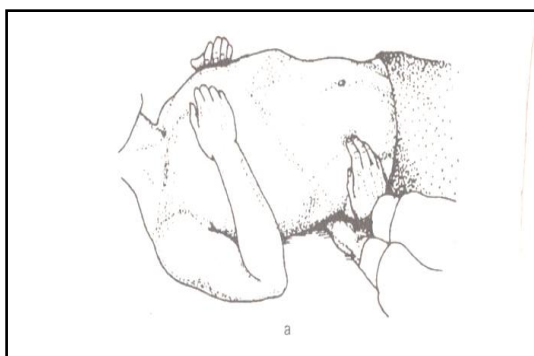


Рис.3. Пальпация восходящей ободочной кишки

При пальпации нисходящей ободочной кишки ладонь левой руки продвигают дальше за позвоночник и подкладывают в поперечном направлении под левую поясничную область. Пальпирующую правую руку заводят с левой стороны тела и располагают в левом фланке живота поперечно ходу кишки так, чтобы основание ладони было направлено кнаружи, а кончики пальцев находились на 2 см латеральнее наружного края прямой мышцы живота. Складку кожи смещают медиальнее кишки и пальпируют в направлении изнутри кнаружи, одновременно надавливая левой рукой на поясничную область (см. рис. 4).

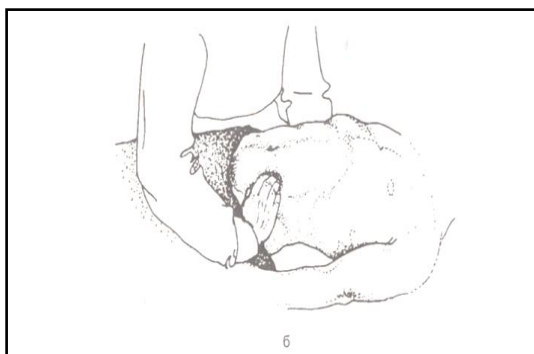


Рис.4. Пальпация нисходящей ободочной кишки

Пальпация поперечной ободочной кишки

Пальпируется в пупочной области одновременно обеими руками (билатеральная пальпация) непосредственно через толщу прямых мышц живота. Для этого ладони кладут продольно на переднюю брюшную стенку с обеих сторон срединной линии так, чтобы кончики пальцев располагались на уровне пупка. Кожную складку сдвигают в сторону эпигастральной области и пальпируют в направлении сверху вниз (см. рис.5).

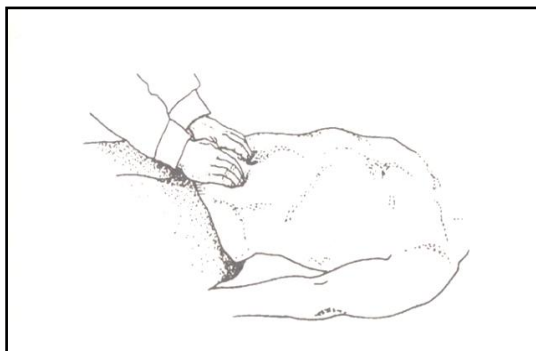


Рис.5. Пальпация поперечной ободочной кишки

Пальпация печени

Перед пальпацией печени необходимо предварительно определить перкуторно локализацию нижнего края печени (нижней границы печени).

Для этого палец-плессиметр устанавливают в правой половине живота на уровне пупка по правой срединно-ключичной линии в поперечном ей направлении. (см. рис.6)

Применяя тихие удары, перкутируют снизу вверх в направлении правой реберной дуги.

После каждой пары ударов палец-плессиметр смещают на расстояние, равное его ширине, до перехода тимпанического звука в тупой.

Отмечают точку в сторону ясного звука. Эта граница соответствует нижней границе печени.

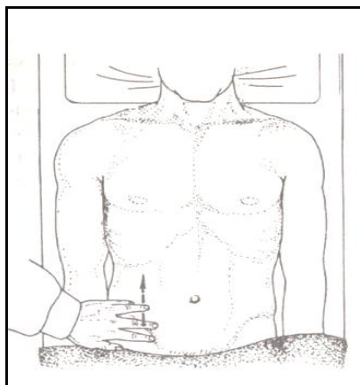


Рис. 6. Определение нижней границы печени

В норме нижняя граница печени находится по краю правой реберной дуги

Пальпация нижнего края печени

1. Сестра справа от пациента.
2. Ладонь правой руки с сомкнутыми и слегка согнутыми пальцами положить на живот в области правого подреберья ниже правой реберной дуги по среднеключичной линии.
3. Лево́й ладонью обхватить нижнюю часть правой половины грудной клетки так, чтобы большой палец лежал на реберной дуге спереди, а остальные располагались сзади для ограничения экскурсии правой половины грудной клетки (рис.7)

4. При выдохе правой рукой сместить кожу брюшной стенки на 3-4 см вниз. Это облегчает дальнейшее продвижение пальцев в глубину брюшной полости.

5. На выдохе погружать пальцы в глубь живота и фиксировать их в таком положении до следующего вдоха.

6. После необходимого погружения пальцев попросить пациента глубоко вдохнуть «животом».

7. Диафрагма во время вдоха опускается, и правый ее купол смещает печень вниз.

Если печень доступна для пальпации, то, опускаясь, она проникает в образовавшийся своеобразный карман между пальцами и реберной дугой, выскальзывает из кармана, обходит кончики пальцев, опускаясь позади них, в результате пальпируется. (рис.8)

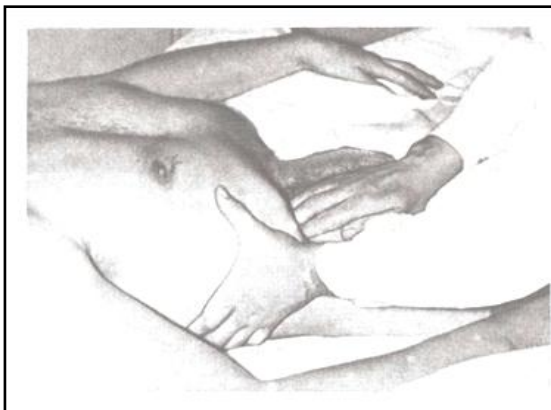


Рис. 7. Пальпация нижнего края печени

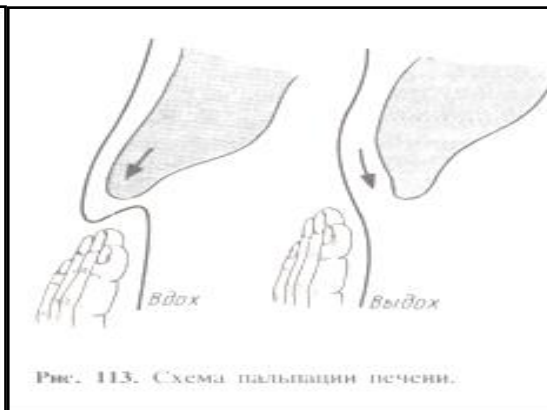


Рис. 113. Схема пальпации печени.

Рис. 8. Схема пальпации печени

В норме нижний край печени не пальпируется.
Если удалось край печени пропальпировать (в 12%),
он в норме острый, мягкий, безболезненный

Определение размеров печени по Курлову

После пальпаторного исследования печени определяют *перкуторные размеры печени по Курлову по трем линиям:*

- а) правая срединно-ключичная,
- б) передняя срединная линия
- в) левая реберная дуга.

Первый размер печени определяют по правой срединно-ключичной линии:

а) сначала находят верхнюю границу печени перкуссией в направлении сверху вниз по правой срединно-ключичной линии начиная с первого межреберья до тупого звука. Границу отмечают дермографом в сторону ясного звука.

б) затем находят нижнюю границу печени по этой же линии проводя перкуссию снизу вверх от пупка до тупого звука. Границу отмечают так же дермографом в сторону ясного звука. Для определения первого размера измеряют расстояние между этими точками. **В норме первый размер печени составляет 8-10 см.**

Примечание: при нахождении второго и третьего размеров печени верхнюю границу не определяют из-за близкого расположения сердечной тупости.

Поэтому в качестве условной верхней границы используют линию пересечением передней срединной линии и перпендикуляра, опущенного на нее из точки, соответствующей верхней границе печени по правой срединно-ключичной линии. Найденную таким образом на груди условную верхнюю границу печени отмечают дермографом (обычно она соответствует основанию мечевидного отростка).

Для определения второго размера печени палец-пlessиметр ставят на уровне пупка поперек передней срединной линии и перкутируют по ней снизу вверх в направлении мечевидного отростка до обнаружения границы перехода тимпанита в тупой звук (рис.9,10 а). Затем измеряют расстояние от найденной нижней границы до условной верхней границы. **В норме второй размер печени 7-9 см.**

При определении третьего размера печени палец-пlessиметр средней фалангой ставят на левую реберную дугу в перпендикулярном ей направлении. Сохраняя такое положение пальца-пlessиметра, перкутируют по реберной дуге от левой срединно-ключичной линии в направлении мечевидного отростка до появления тупого звука (рис. 9,10 б). После этого измеряют расстояние от найденной таким образом границы до условной верхней границы на груди. **В норме третий размер печени 6-8 см.**

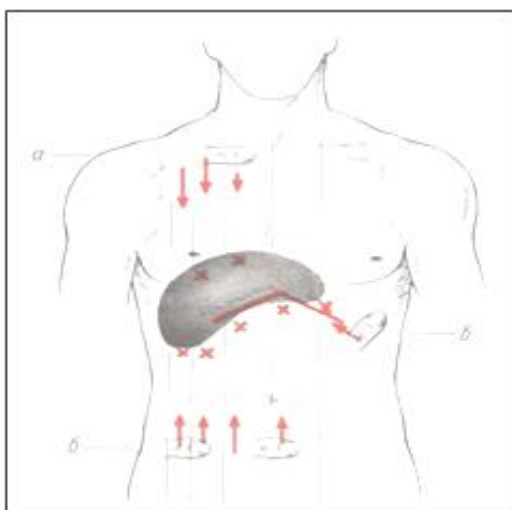


Рис. 9. Расположение пальца-пlessиметра при определении размеров печени по Курлову

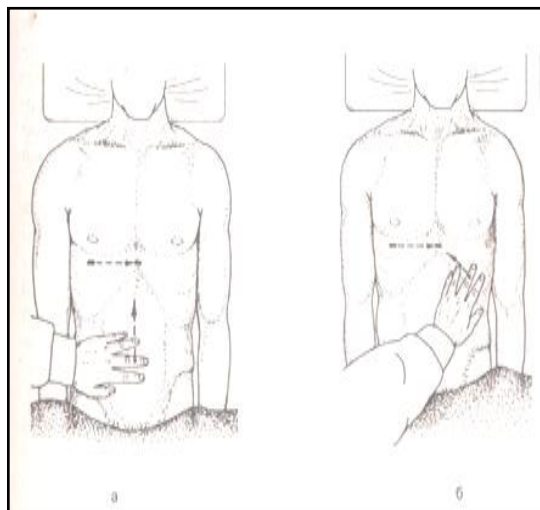


Рис.10. Определение второго и третьего размеров печени по Курлову

Пример записи размеров печени по Курлову: 10-9-8 см.

Аускультация живота

Аускультация живота практического значения не имеет. При аускультации можно услышать шум перистальтики кишечника.

Закрепление
Фронтальный опрос

1. Что включает в себя объективное исследование органов пищеварения? (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию)
2. С чего начинается осмотр органов пищеварения? (с осмотра полости рта)
3. Виды пальпации живота. (поверхностная и глубокая)
4. Цель поверхностной пальпации живота. (определить болезненность и напряжение мышц живота)
5. В каком положении пациента проводится пальпация живота? (лежа на спине)
6. Где находится фельдшер при пальпации живота по отношению к пациенту? (справа от пациента)
7. По какой методике проводится глубокая пальпация живота? (по Образцову—Стражеско).
8. Какое количество этапов содержит глубокая, скользящая пальпация по Образцову—Стражеско? (4)
9. Особенность объективного исследования печени. (сначала проводят перкуссию, потом пальпацию)
10. Где в норме находится нижняя граница печени? (по краю правой реберной дуги)

Оценочный лист

№	ФИО	Внешний вид	Письменный опрос	Решение задач	Отработка объектив. исследований	Фронтальный опрос	Ведение дневника	Средний балл
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Домашнее задание

1. Дополнительные методы исследования органов пищеварения. Э.В. Смолева «Диагностика в терапии», 2016, с. 180-193
2. Повторить по ТМУ:
 - а) подготовку к рентгенологическому исследованию желудка, кишечника.
 - б) подготовку к ФГДС
 - в) подготовку к УЗИ брюшной полости
 - г) забор кала на яйца глистов, копрограмму, выписать направление.
3. Самостоятельная работа. Разработка презентаций по темам:
 - «Инструментальные методы исследования органов пищеварения»
 - «Лабораторные методы исследования органов пищеварения»;
 - «Лабораторные методы исследования печени»;
 - «Лабораторные методы исследования желчевыводящих путей»;