**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Департамента здравоохранения города Москвы**

**«Медицинский колледж № 2»**

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

практического занятия

(для преподавателя)

# Методы обследования печени и желчевыводящих путей.

**Профессиональный модуль ПМ.01 Диагностическая деятельность**

**МДК.01.01 Пропедевтика клинических дисциплин**

**Курс II**

***Специальность 31.02.01******Лечебное дело***





Москва

2018

|  |  |
| --- | --- |
| УтвержденоМетодическим советомПротокол №от « » 2018 г.Председатель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО подпись |  |
| ОдобреноЦМК №Протокол №от « » 2018 г.Председатель ЦМК |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО подписьСогласованос методистом\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО подпись |  |
|  |
| Автор: Соломенцев Н.Б., преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ ДЗМ «МК № 2» |

 Рецензент: Юдина И.А.преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ ДЗМ «МК № 2»

**СОДЕРЖАНИЕ**

 **Стр.**

|  |  |
| --- | --- |
| Аннотация  | **5** |
| Введение (пояснительная записка) | **6** |
| Оснащение занятия | **11** |
| Технологическая карта занятия | **12-13** |
| Междисциплинарные связи  | **14** |
| Внутримодульные связи | **15** |
| Этапы занятия  | **16-18** |
| Опорный конспект | **20-27** |
| Приложение 1. Задания в форме тестового контроля, эталоны ответов, критерии оценки. |  **29-33** |
| Приложение 2. Алгоритм манипуляций, оценочные листы манипуляций, критерии оценки.  | **34-50** |
| Приложение 3. Ситуационные задачи к занятию, эталоны ответов, критерии оценки. | **51-54** |
| Литература | **55** |

**РЕЦЕНЗИЯ**

**на методическую разработку для проведения практического занятия**

**ПО ТЕМЕ: *«*Методы обследования печени и желчевыводящих путей*»***

**ПМ.01 Диагностическая деятельность**

**МДК.01.01 Пропедевтика клинических дисциплин**

**Курс II**

***Специальность*** *31.02.01* ***Лечебное дело***

Рецензируемая методическая разработка: «Методы обследования печени и желчевыводящих путей» предназначена для проведения практического занятия на 2 курсе специальности 31.02.01 Лечебное дело при изучении модуля ПМ.01 Диагностическая деятельность МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин» Тема: «Методы обследования печени и желчевыводящих путей»*.*

Методическая разработка имеет четкую структуру, материал изложен грамотно, в соответствии с современными представлениями и отвечает требованиям Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования к минимуму содержания и уровню подготовки выпускников по специальности Лечебное дело.

Обозначены цели занятия, прослеживаются междисциплинарные и внутримодульные связи с такими общепрофессиональными дисциплинами, как «Анатомия и физиология человека», «Основы патологии», «Основы латинского языка с медицинской терминологией» и профессиональными модулями: ПМ.02 Лечебная деятельность, ПМ.03 Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе, ПМ.07 Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра по уходу за больными.

Практическое занятие направлено на освоение обучающимися общих и профессиональных компетенций.

Материалы, содержащиеся в данной методической разработке позволяют обучающимся овладеть знаниями и умениями, необходимыми в будущей профессиональной деятельности фельдшера.

Работа отвечает поставленным перед ней целям и представляется целостным документом, который может быть рекомендован для проведения практического занятия проведения практического занятия среди обучающихся 2 курса специальности 31.02.01 Лечебное дело Профессионального модуля ПМ.01 Диагностическая деятельность, МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин».

.

Рецензент: Юдина И.А.преподаватель высшей квалификационной категории ГБПОУ ДЗМ «МК № 2»

**Аннотация**

Данное методическая разработка предназначена для проведения практического занятия по теме «Методы обследования печени и желчевыводящих путей» профессионального модуля ПМ.01 Диагностическая деятельность МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин», на которых обучающиеся на основе полученных теоретических знаний должны научиться самостоятельно применять субъективные и объективные методы обследования печени и желчного пузыря.

Методическая разработка может так же использоваться обучающимися для подготовки к квалификационному экзамену по профессиональному модулю ПМ.01 Диагностическая деятельность МДК.01.01 «Пропедевтика клинических дисциплин».

**Введение**

(пояснительная записка)

 Представленная методическая разработка по теме: «Методы обследования печени и желчевыводящих путей» составлена в соответствии с тематическим планом и рабочей программой профессионального модуля ПМ.01 Диагностическая деятельность, МДК.01.01. Пропедевтика клинических дисциплин, предназначена для проведения практического занятия у студентов II курса по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

Материал данной темы изучается в тесной взаимосвязи с полученными знаниями на таких общепрофессиональных дисциплинах, как «Анатомия и физиология человека», «Основы патологии», «Основы латинского языка с медицинской терминологией».

В дальнейшем будет необходим при изучении таких тем ПМ.01, МДК.01.01 как: «Дополнительные методы обследования печени и желчевыводящих путей», «Диагностика заболеваний печени и желчевыводящих путей», «Диагностика инфекционных заболеваний», «Диагностика в гериатрии» и профессиональных модулей: ПМ.02 Лечебная деятельность, ПМ.03 Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе.

Методическая разработка имеет четкую структуру, организационно-методический блок, информационный блок, задания для проверки исходного и уровня знаний и рубежного контроля, алгоритмы манипуляций, оценочные листы, эталоны ответов и критерии оценки заданий, приложение.

Тема: «Методы обследования печени и желчевыводящих путей» является актуальной. Владеть методами субъективного и объективного пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей, проводить перкуссию и пальпация печени, правильно интерпретировать полученные данные необходимо для постановки правильного диагноза.

Формирование знаний и умений, приобретение практического опыта в области методов обследования печени и желчевыводящих путей играет важную роль в обучении фельдшера.

Цель данной методической разработки способствовать освоению обучающимися общих и профессиональных компетенций и помочь освоению такого основного вида профессиональной деятельности, как диагностическая деятельность.

**Организационно-методический блок**

# Тема: «Методы обследования печени и желчевыводящих путей»

#### Время, отведенное на изучение темы: 90 минут

**Место проведения:** кабинет доклинической практики

**Вид занятия:**  практическое

**Методика проведения занятия:** сочетание традиционных и активных методов обучения (работа «малыми группами»).

**Общая цель:**

*Приобретение студентами знаний и умений по теме:* «Методы обследования печени и желчевыводящих путей».

**Конкретные цели:**

**уметь:**

* планировать обследование пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей;
* осуществлять сбор анамнеза пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей;
* применять объективные методы обследования пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей;
* анализировать и документировать полученные данные;

**знать:**

* топографию печени и желчевыводящих путей в различные возрастные периоды;
* биомеханические и биохимические процессы, происходящие в печени и желчевыводящих путях;
* основные закономерности развития печени и желчевыводящих путей;
* строение клеток, ткани, печени и желчевыводящих путей во взаимосвязи с их функцией в норме и патологии;
* методы субъективного и объективного обследования пациентов заболеваниями печени и желчевыводящих путей;
* диагностические критерии здорового человека.
* *Воспитательная цель -* воспитывать творческое отношение к обучению, интерес к избранной профессии
* *Развивающая цель -* развивать клиническое мышление на основе оценки полученных данных субъективного и объективного обследований, грамотно излагать мысли, аргументировать свои действия.

#### Достижение данных целей обеспечивает формирование следующих компетенций:

|  |
| --- |
| **Общие компетенции** |
| **Код/шифр****компетенции** | **Содержание****компетенции** | **Основные показатели оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** |
| ОК 1.  | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес. | Демонстрация интереса к будущей профессии и понимания ее значимости в современном обществе. | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка освоения компетенции в ходе занятия |
| ОК 2.  | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество. | Выбор и применение методов и способов решения профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов;Анализ и оценка эффективности и качества собственной профессиональной деятельности. | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка освоения компетенции в ходе занятия |
| ОК 3.  | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность | Грамотное решение стандартных и нестандартных профессиональных задач в сфере здравоохранения при лечении пациентов различных возрастов, при различной патологии и в различных ситуациях.Способность анализировать свою профессиональную деятельности и нести ответственность за нее. | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка освоения компетенции в ходе занятия |
| ОК 6.  | Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями | Взаимодействие с обучающимися, преподавателями и представителями практического здравоохранения в ходе обучения. - Грамотное взаимодействие с пациентами и их родственниками в процессе выполнения профессиональной деятельности. | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка освоения компетенции в ходе занятия |
| **Профессиональные компетенции** |
| **Код/шифр****компетенции** | **Результаты****(освоенные профессиональные компетенции)** | **Основные показатели****оценки результата** | **Формы и методы контроля и оценки** |
| ПК 1.1 | Планировать обследование пациентов различных возрастных групп. | Планирование проведения обследования пациентов различных возрастов.Планирование порядка проведения субъективного и объективного обследования пациентов различных возрастных групп. | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка освоения компетенции в ходе занятия |
| ПК 1.2. | Проводить диагностические исследования. | Анализ и оценивание состояние здоровья пациента. Проведение диагностических манипуляций субъективного и объективного обследования пациента и интерпретация результатов.  | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка выполнения им практических действий в моделируемых условиях |
| ПК 1.3. | Проводить диагностику острых и хронических заболеваний. | Выявление основных симптомов синдромов и симптомов заболеваний, обоснование полученных результатов. | Наблюдение за деятельностью обучающегося и оценка освоения компетенции в ходе занятия |
| ПК 1.7. | Оформлять медицинскую документацию. | Полнота, точность, грамотность при заполнении медицинской документации с использованием соответствующей терминологии в соответствии с предъявляемыми требованиями. | Проверка правильности выполнения фрагмента истории болезни. |

# Оснащение занятия:

#  1. Методическое обеспечение:

* Методическое пособие для преподавателя – 1 шт.
* Мультимедийная презентация
* Методическое пособие для обучающихся – 10 шт.

# 2. Материальное обеспечение:

 ( из расчета на одну бригаду)

* Фантом брюшной полости

# 3. Технические средства обучения:

* Мультимедийная установка
* Компьютер
* Мультимедийный проектор
* Экран

**Список литературы**

*Основная:*

* А.В. Струтынский, Г.Е. Ройтберг., А.П. Баранов, Ю.П. Гапоненков. Основы семиотики заболеваний внутренних органов: учебное пособие / - изд 10, МЕДпресс-информ, 2015г. – 304с.
* Смолева Э.В. Диагностика в терапии МДК 01.01 Пропедевтика клинических дисциплин: учебное пособие Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 620с.

*Дополнительная:*

* В.М. Нечаев В.Т. Ивашкин "Пропедевтика клинических дисциплин" - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014."

*Интернет-ресурсы:*

* <https://www.rosminzdrav.ru/> − официальный сайт министерства здравоохранения Российской Федерации.
* [www.rosmedlib.ru](http://www.rosmedlib.ru) – медицинская студенческая библиотека
* <http://www.medstudy.narod.ru> – медицинская электронная библиотека

# Технологическая карта занятия

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Этап****занятия** | **Время** | **Методы обучения** | **Деятельность****преподавателя** | **Деятельность** **обучающегося** |
| 1. | Организационный момент | 3 | Репродуктивный | Заполняет журнал,сообщает обучающимся тему, цели и план занятия. | Записывают в тетради тему и цели занятия.Обосновывают и обозначают цель занятия |
| 2. | Актуализация темы. | 2 | Репродуктивный | Актуализирует тему, отвечает на вопросы | Слушают преподавателя, задают вопросы |
| 3. | Определение исходного уровня знаний | 20 | Задания в тестовой форме | Определяет исходный уровень знаний студентов – раздает задания в тестовой форме, контролирует самостоятельность студентов при выполнении задания, озвучивает эталоны ответов, отвечает на вопросы обучающихся, разбирает ошибки обучающихся. | Выполняют задания в тестовой форме. Меняются работами. Проверяют правильность решения тестовых заданий по эталону. Задают вопросы. Отвечают на вопросы преподавателя. Анализируют свои ошибки.  |
| 4. | Изучение нового материала  | 15 | Демонстрация практических навыков | Показывает обучающимся методы объективного обследования пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей на фантоме и статисте. Акцентирует внимание обучающихся на достижении целей занятия иформирование общих и профессиональных компетенций. |  Наблюдают за демонстрацией преподавателем практических навыков. |
| 5. | Закрепление материала(работа малыми группами) | 30 | Отработка практических навыков | Делит студентов на малые группы. Выдает каждому оценочные листы алгоритмов практических навыков.Инструктирует студентов. Акцентирует внимание на достижении целей занятия. Контролирует работу обучающихся.  | Отрабатывают практические навыки. Оценивают работу друг друга. Заполняют оценочные листы. Анализируют свои ошибки и ошибки друг друга. |
| 6 | Рубежный контроль | 15 | Решение ситуационных задач | Организует работу студентов на этапе контроля. Раздает ситуационные задачи обучающимся. Корректирует ответы студентов. | Решают ситуационные задачи. Отвечают на вопросы преподавателя. Слушают ответы обучающихся. Исправляют допущенные ошибки. |
| 7. | Рефлексия | 2 | Проблемный | Предлагает студентам обобщить изученное на занятии, проанализировать допущенные ошибки, причины затруднений и успехов, оценить степень достижения целей и формирование общих и профессиональных компетенций. | Обобщают изученное на занятии, анализируют допущенные ошибки, причины возникших затруднений и достигнутых успехов. Оценивают степень достижения целей занятия |
| 8. | Итоги занятия | 3 | Репродуктивный | Оценивает работу группы, выставляет оценки, дает задание на дом | Записывают задание на дом |
| **Итого: 90 мин.** |

**Междисциплинарные связи**

**Внутримодульные связи**

**Этапы занятия**

**1 этап** занятия – *организационный момент* (3 мин.).

*Преподаватель проверяет присутствующих, их внешний вид, готовность к занятию.*

*Заполняет журнал, сообщает студентам тему, цели и план занятия.*

**2 этап** занятия - *актуализация темы, определение исходного уровня знаний обучающихся.* (2 мин.)

*Основная цель 2 этапа это*

* *мотивация обучающихся на изучение темы. Очень важно, чтобы обучающийся понял тему. А также, оценил ее важность и значение в практической деятельности.*

**Актуализация темы**

Тема: «Методы обследования печени и желчевыводящих путей» занимает важное место в подготовке медицинских работников среднего звена.

 Встречаясь на практике с патологией печени и желчевыводящих путей, фельдшер в каждом клиническом случае проводит сложную и ответственную дифференциальную диагностику, а также определяет тяжесть состояния и степень потенциальной опасности заболеваний, локализующихся в брюшной полости. При этом правильная постановка диагноза и своевременная диагностика угрожающих здоровью и жизни пациента осложнений, опирается на знания и умения, получаемые в рамках данной тем.

Каждый фельдшер должен владеть практическими навыками исследования печени и желчевыводящих путей, уметь правильно интерпретировать полученные данные и использовать их в диагностической деятельности.

Освоение материала занятия поможет в формировании следующих общих и профессиональных компетенций:

* 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 эффективность и качество.
* ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
* ОК 6. Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
* ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.
* ПК 1.2. Проводить диагностические исследования.
* ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.
* ПК 1.7. Оформлять медицинскую документацию.

**3 этап** занятия – Определение исходного уровня знаний(20 мин)

*Преподаватель проводит в форме выполнения заданий в тестовой форме.* *Студентам предлагается письменно ответить на задания в тестовой форме, преподаватель контролирует самостоятельность студентов при выполнении задания, оглашает эталоны ответов.*

*Для проверки правильности выполнения задания, обучающиеся меняются работами.*

*Тестовые задания, эталоны ответов и критерии оценки прилагаются. см.* **(Приложение 1.**)

*Тем самым у преподавателя появляется возможность:*

* *проверить насколько понял и разобрался обучающийся с теоретическим материалом во время самостоятельной подготовки*
* *оценить исходный уровень знаний обучающихся по результатам их самостоятельной подготовки*
* *выявить основные пробелы в знаниях обучающихся и акцентировать работу с учетом их коррекции.*

**4 этап** занятия – изучение нового материала (15 мин).

*Преподаватель демонстрирует обучающимся методы объективного обследования пациентов с заболеваниями печени и желчевыводящих путей на фантоме и статисте.*

*Акцентирует внимание обучающихся на достижении целей занятия и формирование общих и профессиональных компетенций.*

*Алгоритмы выполнения практических навыков прилагаются (см.* **Приложение 2***).*

**5 этап** занятия- закрепление материала (30 мин)

*Закрепление изученного материала проводится путем работы обучающихся малыми группами. Преподаватель делит студентов по 3 человека. Инструктирует студентов: каждый студент выступает роли "статиста", "фельдшера". Выдает каждому оценочные листы алгоритмов практических навыков.*

*Обучающиеся отрабатывают практические навыки, по очереди меняясь ролями. Оценивают работу друг друга, заполняя оценочные листы. Анализируют свои ошибки и ошибки друг друга.*

*Преподаватель контролирует работу обучающихся.*

*Оценочные листы алгоритмов практических навыков прилагаются (см.* **Приложение 3***).*

**6 этап** занятия- рубежный контроль (15 мин)

*Рубежный контроль проводится в форме решения ситуационных задач. Ситуационная задача представляет собой данные полученные при объективном обследовании пациента. Преподаватель предлагает обучающимся интерпретировать полученные данные.* *Корректирует ответы студентов.*

*Ситуационные задачи и эталоны ответов к ним прилагаются (см.* **Приложение 4***).*

**7 этап** занятия– *рефлексия (2 мин)*.

*Предлагает обучающимся обобщить изученное на занятии, проанализировать допущенные ошибки, причины затруднений и успехов, оценить степень достижения целей.*

**8 этап** занятия – *итоги занятия (3мин.)*

*Преподаватель оценивает работу группы. Выставляет оценки за занятие и комментирует их, дает задание на дом.*

**Задание на дом:**

Тема: «Дополнительные методы обследования печени и желчевыводящих путей»

Стр. 267 – 280, конспект лекции.

**Информационный блок**

**ОПОРНЫЙ КОНСПЕКТ**

по теме:

**«Методы обследования печени и желчевыводящих путей»**

**СУБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**1. Расспрос пациента.**

**Жалобы характерные для заболеваний печени и желчевыводящих путей.**

Основными жалобами являются: боли в правом подреберье, желтуха, кожный
зуд, увеличение живота, желудочно-кишечный дискомфорт, истощение и повышение
температуры.

***Боль в правом подреберье.*** Острые, сильные боли характерны для обострения или острого
хронического холецистита и ЖКБ. Если эти боли развиваются внезапно, особенно во
время работы, движения, то более вероятна возможность ЖКБ, если на фоне какой либо инфекции (грипп, ангина) – то о холецистите. Локализация болей в области
проекции желчного пузыря свидетельствует о холецистите, локализация по всему подреберью – о гепатите, циррозе или раке. Для холецистита и ЖКБ более
характерна приступообразная боль, тогда как для остальных заболеваний –
постоянная. Особенно свойственно постоянство боли для рака печени, причем боль,
располагаясь в области печени, часто имеет определенную локализацию.
Боли при гепатитах и циррозах печени, как правило, умеренные, нередко в
виде тяжести, нытья, чувства полноты в области правого подреберья. При раке боли
более интенсивные, иногда довольно выраженные. Боли при заболеваниях печени и
желчевыводящих путей нередко иррадиируют вверх, в область ключицы, в спину – в
область лопатки.



**Рисунок 1.** Болевые токи при заболеванияхпечени и желчевыводящих путей.

1 - пузырная точка (т. Кера),

2 - эпигастральная зона,

3 - холедохо-панкреатическая зона,

4 - плечевая зона,

5 - надключичная зона (точка n.frenici),

6 - подлопаточная точка,

7 - точка у конца XII ребра,

8 - точки у VIII - XI грудных позвонков,

9 - точка правее XII грудного позвонка.

Боль при заболевании печени вызывается раздражением (воспаление, растяжение, некроз) глиссоновой капсулы, а при заболевании желчных путей – воспалением, растяжением или некрозом желчного пузыря или его протоков либо их спазмом.

***Желтуха*** – нередкая жалоба больных. Наиболее часто наблюдается при остром вирусном
гепатите, затем при нарушении оттока желчи. Последнее состояние носит название
механической желтухи и встречается при ЖКБ, раке фатерова соска, спайках и
стриктурах желчных путей. Нередко встречается при билиарном или холестатическом
гепатите или циррозе печени когда имеется обширное воспаление
внутрипеченочных ходов. Желтуха, которая появилась вскоре после приступа острых болей, чаще свидетельствует о ЖКБ или холецистите. При остром вирусном гепатите желтуха развивается как бы среди полного здоровья, тогда как при хронических гепатитах - на фоне болей и других признаков гепатита и может повторяться неоднократно.

*Генез желтухи неоднозначен при различных заболеваниях. При остром
гепатите – это гепатоцитолиз, вследствие которого в кровь попадает часть прямого
билирубина. Кроме того больная печень не справляется с переводом всего
непрямого билирубина в прямой. В результате в крови накапливается прямой и
непрямой билирубин, что и приводит к желтухе. подреберью – о гепатите, циррозе или раке.*

*При механической желтухе затруднен отток желчи, вследствие этого резко
повышается резко повышается давление во внутрипеченочных желчных ходах,
билирубин ретроградно – из желчных путей в синусоиды – попадает в кровь и
появляется желтуха. При хронической гепатитах и циррозе имеют место смешанные факторы – гепатоцитолиз, тромбы в воспаленных внутрипеченочных желчных путях с явлениями застоя и ретроградным поступлением билирубина в кровь.*

***Кожный зуд*** – нередкая жалоба больных с заболеваниями печени и желчных
путей. Считается, что кожный зуд обусловлен накоплением в крови желчных кислот.
Отсюда следует, что он наблюдается во всех тех случаях, когда имеется затруднение
желчеотделения. Чаще эта жалоба сопутствует желтушности. Зуд нередко
является наиболее тяжким симптомом заболеваний печени и желчных путей. Резко
усиливаясь к ночи, он лишает больного сна, и приводит к физическому и
психическому истощению.

***Увеличение живота*** – может быть связано с развитием портальной
гипертонии и асцита. При некоторых циррозах вследствие сдавления портальных сосудов хаотично разрастающимися узлами регенерации, соединительной тканью, запустевания ряда
сосудов затрудняется отток крови из печени, что приводит к повышению давления в
портальной вене и выхождению (транссудации) жидкой части крови в брюшную
полость и появления асцита. Портальная гипертония может иметь и другой генез –
сдавление воротной вены опухолью или другим образованием еще до входа в
печень или у выхода из печени.

***Желудочно-кишечный дискомфорт*** – потеря аппетита, горький вкус во рту,
обложенность языка, вздутие живота, чувство полноты в эпигастрии, расстройство
стула и др. Это - чаще общие симптомы болезни, и они не характерны для какого либо отдельного заболевания печени и желчных путей.

***Истощение*** – нередко наблюдается у больных циррозом и раком печени. Оно
обусловлено или раковой интоксикацией, или резким нарушением всех видов
обмена в главнейшей железе пищеварительного тракта.

***Повышение температуры*** – больше характерно для заболеваний желчных
путей (холецистит, холангит), но может быть при раке печени, холестатических
(биллиарных) гепатитах и циррозах печени. Температура повышается в связи с
воспалительным процессом или вследствие распада раковых клеток и интоксикации.

Кроме вышеуказанных, могут встречаться жалобы общего характера –
слабость, сонливость, вялость и др.

**2. История развития настоящего заболевания (Anamnesis morbi).**

 Нужно установить: наблюдались ли прежде боли, диспепсия, зуд кожи, замечал ли больной у себя когда-нибудь желтуху, каковы были ее длительность и интенсивность, сопровождалась ли она повышением температуры, обесцвечиванием стула, потемнением мочи. Всегда надо интересоваться, как началось заболевание и после чего оно возникло. При имевших место в прошлом болях следует уточнить, какова была их локализация, куда они иррадиировали, когда впервые появились, их длительность и характер.

Указанная детализация при расспросе больного необходима также в ситуации, когда больной обращается к медработнику безотносительно к заболеванию печени, по какому-либо другому поводу, но фельдшер во время исследования обнаруживает у него увеличенную печень.

**3. История жизни.**

Большое значение в развитии патологических состояний печени и желчных путей имеют инфекционные заболевания, алиментарные факторы, профессия, образ жизни больного. Важно выявить гепатотоксические факторы и заподозрить инфекции гепатотропной направленности.

Из инфекций наибольшую роль в поражении печени играет вирусный гепатит. Другие инфекции — туберкулез, сифилис, малярия — имеют меньшее значение. Употребление алкоголя, особенно, систематическое, приводит к развитию хронического гепатита и да-
лее к циррозу печени. Неполноценное питание, малобелковая диета способствуют дегенеративным процессам в паренхиме печени.

Хронические инфекции, стрептококковые и стафилококковые, способствуют развитию воспаления в желчных путях. Кишечные инфекции часто приводят к хроническому холециститу. Интоксикации промышленными ядами, гербицидами, пестицидами или нитратами ухудшают функциональное состояние гепатобилиарной системы. Таким же действием обладают гепатотоксические лекарственные препараты: противотуберкулезные, психотропные, некоторые антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства.

Целенаправленный расспрос позволяет выяснить наличие перечисленных факторов. Семейный анамнез может позволить заподозрить наследственные заболевания типа доброкачественных гипербилирубинемий.

**ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**1. Общий осмотр.**

При осмотре кожи и слизистых оболочек может быть выявлена ***желтуха.***Следует помнить, что желтуха может быть и внепеченочного генеза – при
повышенном распаде эритроцитов (гемолитическая желтуха) или приеме некоторых
лекарств (противомалярийный препарат акрихин), при каротинемии, вследствие
чрезмерного употребления моркови, мандаринов. Осмотр склер позволяет дифференцировать билирубинэмические желтухи от лекарственных и каротинемических. При билирубинемических желтухах наряду с кожными покровами окрашиваются склеры возможно обнаружение «бронзового кольца» вокруг радужки глаз, при лекарственной и каротинемической желтухах склеры чистые.

При осмотре кожных покровов можно увидеть ксантомы и ксантелазмы. **Ксантомы** — **это** образование желтых пятен на коже, вызванное нарушением липидного обмена в организме.

**Ксантелазма**, как правило, располагается на веках в виде небольших желтоватых бляшек, несколько возвышающихся над кожей.

Из других важных признаков, выявляемых при осмотре, следует указать на ***телеангиоэктазии*** (сосудистые звездочки). Телеангиоэктазии – это своеобразное звездчатое расширение отдельных кожных сосудов. Они четко выделяются на коже, величина их 2-5 мм, изредка больше, располагаются часто на спине в межлопаточной
области, на шее, груди, иногда на кистях рук. Сосудистые звездочки характерны в
основном для хронических гепатитов и циррозов печени.
Признаком инактивации женских половых гормонов в печени является
развитие ***гинекомастии*** (увеличение грудных желез) у мужчин, нарушение роста
волос на лице, груди. Этот признак нередко встречается при циррозах печени. При осмотре следует обращать внимание на кисти рук, где могут наблюдаться
двоякие изменения: 1.так называемые «печеночные ладони»
2.изменение пальцев типа «барабанных палочек» ***«печеночные ладони»*** - это симметричное покраснение кожи в области тенара и гипотенара, являющееся симптомом длительного течения хронического гепатита или цирроза печени.

Обследование пищеварительной системы начинается с осмотра ротовой полости, где оценивается состояние языка (обложенность, отечность, состояние сосочков), зубов, десен. Осмотр живота проводят в вертикальном и горизонтальном положении больного. Оценивая его форму, следует помнить, что она в значительной степени определяется конституцией пациента. Равномерное увеличение живота может наблюдаться при ожирении, скоплении в кишечнике большого количества газов, наличии жидкости в брюшной полости.

***Асцит*** – увеличение живота, иногда с выпячиванием пупка. Часто на передней
брюшной стенке видны расширенные подкожные вены. Обычно они располагаются в
боковых частях передней брюшной стенки, но иногда группируются вокруг пупка,
лучеобразно отходят в разные стороны. В этом случае говорят о симптоме **«голова
медузы»**. системе. Необходимо запомнить, что *сосудистые звездочки, «печеночные ладони»,
расширение подкожных вен живота, асцит, гинекомастия, редкие волосы,
атрофия тестикул и истощение* называют периферическими признаками цирроза
печени. При осмотре больного также можно видеть следы расчесов на коже,
гемморагии в виде петехий, синяков, что свидетельствует о выраженной печеночной
недостаточности - уменьшение выработки протромбина, фибриногена, нарушение
обмена витамина К. При раке печени может быть выявлено увеличение живота преимущественно в области подреберья и эпигастрия.

**2. Пальпация поверхностная.**

Поверхностная пальпация позволяет определить: болезненность, напряжение мышц брюшной стенки (мышечная защита) с указанием локализации, ощупывание грыжевых отверстий. Состояние, белой линии живота. Симптом Щеткина – Блюмберга, болевые точки. Определение свободной жидкости в брюшной полости методом флюктуации и перкуссии.

**3. Перкуссия печени.**

 Для оценки размеров печени применяют метод перкуссии. Границы печени принято определять методом, предложенным М.Г. Курловым.

*Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.*

*Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту, руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями.*

Перкуторное определение верхней и нижней границ печени проводится по трем линиям:

* правой среднеключичной,
* передней срединной,
* левой реберной дуге.
1. Вначале находят верхнюю границу печеночной тупости по правой среднеключичной линии. Палец-плессиметр устанавливают горизонтально на уровне 2-3-го межреберья. Затем перкутируют, переставляя палец-плессиметр все ниже и ниже от ясного звука к тупому, ударами слабой силы. При появлении
тупого звука делают отметку на стороне пальца, обращенной к ясному звуку, — 1-я точка. В положении больного стоя — это нижний край VI ребра, в положении лежа, а печень при этомнесколько смещается вверх, — это 5-е межреберье.
2. Нижнюю границу печени по правой среднеключичной линии определяют следующим образом. Палец-плессиметр устанавливается
на уровне пупка параллельно нижнему краю печени (горизонталь-
но). Перкуссию ударами слабой силы проводят снизу вверх до появления притупленного звука. Дойдя при перкуссии до притупления, делают отметку на стороне пальца-плессиметра, обращенной к тимпаническому звуку, — 2-я точка. У здорового нормостеника она находится на краю реберной дуги.
3. Верхнюю границу печени по передней срединной линии перкуторно определить невозможно, поскольку пришлось бы перкутировать сверху вниз над находящимся здесь сердцем, дающим при перкуссии тупой звук. Поэтому данную границу находят эмпирически: из 1-й точки опускают перпендикуляр к передней срединной линии, место пересечения двух линий указывает верхнюю границу печени — 3-я точка.
4. Определение нижней границы печени по передней срединной линии (4-я точка) проводится аналогично определению точки 2, отличие состоит лишь в том, что палец-плессиметр продвигается при
перкуссии вверх по передней срединной линии. У большинства здоровых людей эта граница находится между верхней и средней третями расстояния от пупка до мечевидного отростка.
5. Определение нижней границы печени по левой реберной дуге
осуществляется таким образом: среднюю фалангу пальца-плессиметра прикладывают к левой реберной дуге примерно в месте пересечения этой дуги с передней аксиллярной линией; сам палец должен располагаться перпендикулярно реберной дуге. Затем проводят перкуссию слабой силы, перемещая палец-плессиметр по этой дуге вверх (медиально). Отметку границы на левой реберной дуге делают на стороне пальца, обращенной в сторону тимпанического звука, — 5-я точка.
6. После нахождения границ печени определяют ее размеры с помощью линейки.

По М.Г.Курлову определяют три размера:

Первый (вертикальный) — расстояние между 1-й и 2-й точками;

 Второй (вертикальный) — расстояние между 3-й и 4-й точками;

Третий (косой) — расстояние между 3-й и 5-й точками.

В норме размеры печени, по М.Г.Курлову:

* первый 7-11,
* второй 6-10,
* третий 5-9 см.

**4. Пальпация печени.**

Ощупывание печени — основной физикалъный метод ее исследования — осуществляется по методике, разработанной В. П. Образцовым.

Пальпация печени проводят бимануальным способом.

*Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.*

*Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту, руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями.*

 1) Фельдшер кладет левую руку (ладонь и четыре последних пальца) на правую поясничную область и на нижние два ребра больного, стремясь слегка продвинуть вверх заднюю брюшную стенку. Большой палец левой руки при этом располагается на правой реберной дуге.

 *Описанное положение левой руки фельдшера необходимо для того, чтобы как можно больше ограничить участие в акте дыхания межреберной мускулатуры. В этом случае дыхание больного будет совершаться преимущественно за счет диафрагмы, которая при дыхании будет совершать движения вверх и вниз, вместе с ней будет двигаться и печень, а это, в свою очередь, создаст благоприятные условия для ее пальпации.*

 2) Ладонь правой руки фельдшер кладет плашмя на правую по­ловину живота таким образом, чтобы концы слегка согнутых четырех последних пальцев были параллельны краю печени, прикасались к правой реберной дуге и располагались у на­ружного края прямой мышцы живота, затем правой рукой смещает кожу немного вниз, при этом пальцы должны оказаться на 5—6 см ниже правой реберной дуги.

 3) Во время выдоха больного пальцы погружают в глубь брюш­ной полости и одновременно в правое подреберье. Не отпуская руки, вошедшей в брюшную полость, больному предлагают глубоко вдохнуть. При этом нижний край печени начинает опускаться вниз и попадает в искусственный карман, который образуется между пальцами правой руки фельдшера и правой реберной дугой пациента. Затем при про­должающемся вдохе край печени продолжает опускаться вниз, а правой рукой фельдшер совершает умеренное давление, как бы препятствуя приподниманию переднебрюшной стенки на вдохе больного. При этом пальцы несколько выпрямляют, как бы совершая ими движение навстречу опускающейся в брюшную полость печени. Это способствует тому, что край печени обходит пальцы, погруженные в брюш­ную полость. В данный момент пальцы ощущают край печени (пальпация края печени).

При возможности оценивается форма печени, состояние ее поверхности (гладкая, ровная или бугристая), консистенция (мягкая, плотная), болезненность. определяются

 с*войства края печени:*

1. *консистенция (плотный, мягкий)*
2. *форма (ровный, неровный, острый, закругленный, фестончатый),*
3. *болезненность (безболезненный, чувствительный)*

В норме край печени мягкий, острый или слегка закругленный, ровный, безболезненный, легко подворачивается при пальпации.

**5. Пальпация желчного пузыря**

Желчный пузырь в норме не пальпируется. Желчный пузырь увеличивается в размерах при водянке, эмпиеме желчного пузыря, обтурации желчного протока, вызванного раком головки поджелудочной железы, тогда он становится доступным при пальпации. Увеличенный желчный пузырь прощупывается в виде грушевидного образования, смещающегося при дыхании. Крайне редко желчный пузырь может пальпироваться при раке и когда он наполнен большим количеством камней. При желчнокаменной болезни стенка пузыря склерозированна и спаяна с подлежащими тканями, поэтому желчный пузырь не увеличен и остается малоподвижным.

Значительно чаще пальпация позволяет обнаружить не желчный пузырь, а болевые точки и симптомы, характерные для воспалительного процесса в нем самом или в желчных ходах.

**Пузырные симптомы** свидетельствуют **о** воспалительном поражении желчного пузыря:

* симптом Ортнера - появление боли при легком постукивании ребром
ладони по реберной дуге в области локализации желчного пузыря;
* симптом Захарьина - резкая боль при поколачивании в области желчного пузыря;
* симптом Василенко - резкая боль при поколачивании в области желчного пузыря на высоте вдоха;
* симптом Образцова — Мерфи - после медленного и глубокого погружения кисти руки в
область правого подреберья на выдохе больному предлагают сделать глубокий вдох, в этот момент возникает или резко усиливается боль;
* симптом Мюсси (френикус-симптом) - болезненность при надавливании между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

Характерны болевые точки при заболеваниях желчных путей. Нередко она отмечается при надавливании справа от X—XII грудных позвонков, а также при постукивании ребром кисти или надавливании несколько правее позвоночника на уровне IX—XI грудных позвонков.

Перкуторно желчный пузырь, как правило, также не определяется. Это бывает
возможно лишь при значительном увеличении его (применяют очень тихую
перкуссию).

**Приложение**

**Приложение 1.**

# Задания в тестовой форме для проверки исходного уровня знаний по теме:

# " Методы обследования печени и желчевыводящих путей"

***1. Установите соответствие цифрового обозначения на рисунке с анатомическим названием.***



7

6

4

3

2

1

5

а) правая доля печени

б) венечная связка

в) левая доля печени

г) желчный пузырь

д) левая треугольная связка

ж) круглая связка

з) серповидная связка

***2. Выберите один правильный ответ из предложенных***

1. В норме нижний край печени при пальпации

а) твердый, гладкий

б) твердый, бугристый

в) мягкий, гладкий

г) мягкий, бугристый

2. Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге - это положительный симптом

а) Кера

б) Ортнера

в) френикус

г) Щеткина-Блюмберга

3. Верхняя граница абсолютной печеночной тупости по правой среднеключичной линии соответствует ребру

а) 5

б) 6

в) 7

г) 8

4. Нижняя граница печени по правой среднеключичной линии определяется

а) у края реберной дуги

б) на 2 см выше реберной дуги

в) на 2 см ниже реберной дуги

г) на 4 см ниже реберной дуги

5. Желтуха развивается при

а) гипобилирубинемии

б) гипербилирубинемии

в) гипопротеинемии

г) гиперпротеинемии

6. Признак портальной гипертензии

а) асцит

б) головная боль

в) желтуха

г) кожный зуд

7. Иррадиация боли в плечо и правую лопатку объясняется:

а) раздражение диафрагмального нерва

б) раздражение диафрагмального и межреберных нервов

в) раздражение межреберных нервов

г) нет верного ответа

8. Упорный кожный зуд характерен:

а) заболевание сердца

б) заболевание легких

в) заболевание печени

г) заболевание крови

9. Ярко-красные ладони бывают при:

а) заболевании почек

б) заболевании желудка

в) заболевании печени

г) заболевании желчного пузыря

10. «Голова медузы» - это:

а) расширение вен передней брюшной стенки

б) расширение вен задней брюшной стенки

в) расширение вен нижних конечностей

г) расширение вен верхних конечностей

**3. Выберите правильные соответствия:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1)Телеангиоэктазии  | а) Сосудистые «звездочки», «паучки» |
| 2)Пальмарная эритема  | б) Образования желтого цвета, обычно в области век |
| 3) Ксантомы | в)Ярко красная окраска ладоней |

# Эталоны ответов на задания в тестовой форме для проверки исходного уровня знаний по теме:

# " Методы обследования печени и желчевыводящих путей"

***1. Установите соответствие цифрового обозначения на рисунке с анатомическим названием.***



7

6

4

3

2

1

5

1 - б) венечная связка

2 - а) правая доля печени

3 - г) желчный пузырь

4 - ж) круглая связка

5 - д) левая треугольная связка

6 - в) левая доля печени

7 - з) серповидная связка

***2. Выберите один правильный ответ из предложенных***

1. В норме нижний край печени при пальпации

в)+ мягкий, гладкий

2. Болезненность при поколачивании по правой реберной дуге - это положительный симптом

б)+ Ортнера

3. Верхняя граница абсолютной печеночной тупости по правой среднеключичной линии соответствует ребру

б)+ 6

4. Нижняя граница печени по правой среднеключичной линии определяется

а)+ у края реберной дуги

5. Желтуха развивается при

б)+ гипербилирубинемии

6. Признак портальной гипертензии

а)+ асцит

7. Иррадиация боли в плечо и правую лопатку объясняется:

а)+ раздражение диафрагмального нерва

8. Упорный кожный зуд характерен:

в)заболевание печени

9. Ярко-красные ладони бывают при:

в) заболевании печени

10. «Голова медузы» - это:

а) расширение вен передней брюшной стенки

**3. Выберите правильные соответствия:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1)Телеангиоэктазии  | а) Сосудистые «звездочки», «паучки» |
| 2)Пальмарная эритема  | в)Ярко красная окраска ладоней |
| 3) Ксантомы | б) Образования желтого цвета, обычно в области век |

**Критерии оценки заданий в форме тестового контроля**

За каждый правильный ответ присуждается 1 балл.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Оценка** | **«2»** | **«3»** | **«4»** | **«5»** |
| **Баллы** | 0-13 | 14-15 | 16-17 | 18-20 |

**Приложение 2.**

**Алгоритмы практических навыков**

**1. Алгоритм пальпации печени.**

 **I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Получить согласие на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями).

**II. Выполнение процедуры:**

1. Помочь пациенту принять правильное положение.
2. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.
3. Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту.

*Техника пальпации.*

1. При пальпации печени фельдшер кладёт левую руку (ладонь и четыре последних пальца) на правую поясничную область и на нижние два ребра больного, стремясь слегка продвинуть вверх заднюю брюшную стенку.
2. Большой палец левой руки при этом располагается на правой реберной дуге.
3. Ладонь правой руки фельдшер кладет плашмя на правую по­ловину живота таким образом, чтобы концы слегка согнутых четырех последних пальцев были параллельны краю печени, прикасались к правой реберной дуге и располагались у на­ружного края прямой мышцы живота,
4. Затем правой рукой смещает кожу немного вниз, при этом пальцы должны оказаться на 5—6 см ниже правой реберной дуги.
5. Пациента фельдшер просит: "Сделайте вдох"
6. Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте выдох".
7. Во время выдоха пациента пальцы погружают вглубь брюш­ной полости и одновременно в правое подреберье.
8. Не отпуская руки, вошедшей в брюшную полость, больному предлагают глубоко вдохнуть.
9. При про­должающемся вдохе край печени продолжает опускаться вниз, а правой рукой фельдшер совершает умеренное давление, как бы препятствуя приподниманию переднебрюшной стенки на вдохе больного.
10. При этом пальцы правой руки несколько выпрямляют, как бы совершая ими движение навстречу опускающейся в брюшную полость печени.

**IΙΙ. Окончание процедуры:**

1. Вымыть руки (гигиенический уровень).
2. Сделать запись полученных результатов и реакции пациента.



Рисунок 2. Пальпация печени.

**2. Алгоритм перкуссии печени.**

**I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Получить согласие на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями).

**II. Выполнение процедуры:**

1. Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.
2. Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту.

***Техника перкуссии***

1. Положение левой руки. Левая ладонь плотно, чтобы не было воздушной прослойки, со слегка разведенными пальцами прижата к телу.
2. Положение правой кисти. Средний палец правой руки согнуть в конечной фаланге так, чтобы он при перкуссии падал на среднюю фалангу левого среднего пальца под пря­мым углом.
3. Техника нанесения удара. Необходимо следить за тем, чтобы перкуторный звук наносился не всей рукой, а только путем движения руки в лучезапястном суставе. Перкутирующий палец не делает самостоятельных дви­жений и падает отвесно на палец-плессиметр
4. Перкуторный удар должен быть коротким и от­рывистым. Это значит, после того как палец упал на дру­гой палец, кисть надо быстро отвести кверху.
5. Определение верхней границы печени по правой среднеключичной линии.
6. Вначале находят верхнюю границу печеночной тупости по правой среднеключичной линии. Палец-плессиметр устанавливают горизонтально на уровне 2-3-го межреберья. Затем перкутируют, переставляя палец-плессиметр все ниже и ниже от ясного звука к тупому, ударами слабой силы.
7. При появлении тупого звука делают отметку на стороне пальца, обращенной к ясному звуку, — 1-я точка.
8. Определение нижней границы печени по правой среднеключичной линии.
9. Палец-плессиметр устанавливается
на уровне пупка параллельно нижнему краю печени (горизонтально). Перкуссию ударами слабой силы проводят снизу вверх до появления притупленного звука и делают отметку на стороне пальца-плессиметра, обращенной к тимпаническому звуку, — 2-я точка.
10. Определение верхней границы печени по передней срединной линии.
11. Данную границу находят эмпирически: из 1-й точки опускают перпендикуляр к передней срединной линии, место пересечения двух линий указывает верхнюю границу печени — 3-я точка.
12. Определение нижней границы печени по передней срединной линии (4-я точка) проводится аналогично определению точки 2, отличие состоит лишь в том, что палец-плессиметр продвигается при перкуссии вверх по передней срединной линии.
13. Определение нижней границы печени по левой реберной дуге осуществляется таким образом: среднюю фалангу пальца-плессиметра прикладывают к левой реберной дуге примерно в месте пересечения этой дуги с передней аксиллярной линией; сам палец должен располагаться перпендикулярно реберной дуге.
14. Затем проводят перкуссию слабой силы, перемещая палец-плессиметр по этой дуге вверх (медиально). Отметку границы на левой реберной дуге делают на стороне пальца, обращенной в сторону тимпанического звука, — 5-я точка.
15. Определение первого размера печени по М.Г.Курлову.
16. С помощью линейки измеряют первый (вертикальный) размер — расстояние между 1-й и 2-й точками;
17. С помощью линейки измеряют второй (вертикальный) размер — расстояние между 3-й и 4-й точками;
18. С помощью линейки измеряют третий (косой) размер— расстояние между 3-й и 5-й точками.

**IΙΙ. Окончание процедуры:**

1. Вымыть руки (гигиенический уровень).
2. Сделать запись полученных результатов.



**Рисунок 3.** Определение верхней границы печени по правой среднеключичной линии.



**Рисунок.** Определение нижней границы печени по правой среднеключичной линии.

 

**Рисунок 4.** Размеры печени по М.Г.Курлову.

**3. Алгоритм поверхностной пальпации желчного пузыря.**

**I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Получить согласие на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями).

**II. Выполнение процедуры:**

1. Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.
2. Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту.
3. Фельдшер находит «Зону проекции» желчного пузыря на передней брюшной стенке, на месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (пузырная точка).
4. Выполняется простое надавливание на пузырную точку указательным или средним пальцем правой руки.
5. Во время пальпации оценивается реакция пациента.
6. Фельдшер расспрашивает об ощущениях.

*Пальпаторное исследование с использованием дыхательных движений.*

1. Пациента фельдшер просит: "Сделайте вдох"
2. Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте выдох".
3. Одновременно с этим большой палец правой руки фельдшер вводит под правую реберную дугу в области пузырной точки так, чтобы его осязающая поверхность была обращена вверх, пользуясь фазой выдоха.
4. Затем просят пациента: "Сделайте глубокий вдох и вдох". В момент вдоха печень опускается и желчный пузырь приходит в соприкосновение с пальпирующим пальцем (через стенку живота).
5. Во время пальпации оценивается реакция пациента.
6. Фельдшер расспрашивает об ощущениях.

**IΙΙ. Окончание процедуры:**

1. Вымыть руки (гигиенический уровень).
2. Сделать запись полученных результатов и реакции пациента.

**4. Алгоритм глубокой пальпации желчного пузыря** **по Образцову-Стражеско.**

**I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Получить согласие на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями).

**II. Выполнение процедуры:**

1. Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.
2. Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту.
3. При пальпации фельдшер кладёт левую руку (ладонь и четыре последних пальца) на правую поясничную область и на нижние два ребра больного, стремясь слегка продвинуть вверх заднюю брюшную стенку. Большой палец левой руки при этом располагается на правой реберной дуге.
4. Правой (пальпирующей) руке придает исходное положение для пальпации: II-V пальцы сомкнуты и слегка согнуты так, чтобы кончики II-IV пальцев оказались на одной линии. Она кладется плашмя на правую половину живота продольно так, чтобы линия кончиков пальцев была на 2 см ниже края печени у наружного края правой пря­мой мышцы живота.
5. Пациента фельдшер просит: "Сделайте вдох", при этом пальпирующая рука одновременно с брюшной стенкой поднимается вверх (складка не делается).
6. Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте выдох". Одновременно с этим пальцы пальпирующей руки погружают вглубь подреберья.
7. Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте глубокий вдох". Пальпирующие пальцы остаются погруженными в брюшную по­лость до конца вдоха.
8. Во время пальпации оценивается реакция пациента.
9. Фельдшер расспрашивает об ощущениях.

**IΙΙ. Окончание процедуры:**

1. Вымыть руки (гигиенический уровень).
2. Сделать запись полученных результатов и реакции пациента.

**Алгоритм проверки пузырных симптомов.**

**I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые.
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры.
3. Получить согласие на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями).

**II. Выполнение процедуры:**

1. Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.
2. Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту.
3. Фельдшер находит «Зону проекции» желчного пузыря на передней брюшной стенке, на месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (пузырная точка).

***симптом Ортнера***

1. Легкое постукивание ребром ладони по реберной дуге в области локализации желчного пузыря

***симптом Захарьина***

1. Фельдшер наносит указательным или средним пальцем перкуторные удары по поверхности живота в точке проекции желчного пузыря

***Симптом Василенко***

1. Фельдшер просит пациента: "Сделайте вдох"
2. Фельдшер наносит указательным или средним пальцем перкуторные удары по поверхности живота в точке проекции желчного пузыря на высоте вдоха.

***симптом Образцова — Мерфи***

1. Фельдшер просит пациента: "Сделайте вдох и выдох"
2. Фельдшер медленно и глубоко погружает кисть руки в область правого подреберья на выдохе.
3. Фельдшер просит пациента: "Сделайте глубокий вдох"

***симптом Мюсси (френикус-симптом)***

1. Указатель­ными пальцами обеих рук производят одновременное надавливание меж­ду ножками правой и левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы.
2. Во время проверки симптомов оценивается реакция пациента.
3. Фельдшер расспрашивает об ощущениях.

**IΙΙ. Окончание процедуры:**

1. Вымыть руки (гигиенический уровень).
2. Сделать запись полученных результатов и реакции пациента.

**Приложение 3.**

**Лист оценки манипуляции.**

**Лист оценки манипуляции.**

 **Алгоритм пальпации живота**.

(оценивается сформированность ПК 1.1., ПК 1.2., ПК 1.3., ПК 1.7., ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Алгоритм действия*** | ***Исходный балл*** | ***Полученный балл*** |
|  | **I. Подготовка к процедуре:** | 1 |  |
| 1 | Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые. |  |  |
| 2 | Объяснить пациенту цель и ход процедуры. | 1 |  |
| 3 | Получить согласие на процедуру. | 1 |  |
| 4 | Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями). | 1 |  |
|  | **II. Выполнение процедуры:** |  |  |
| 5 | Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях.Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту. | 11 |  |
| 6 | Осмотреть переднюю брюшную стенку,попросить подышать животом | 1 |  |
| 7 | Начинать с поверхностной пальпации со здоровой стороны | 1 |  |
| 8 | Во время пальпации оценивать реакцию, расспрашивать об ощущениях | 1 |  |
| 9 | Выявить наличие основных перитонеальных симптомов | 1 |  |
| 10 | Определение наличия защитного напряжения мышц брюшной стенки (дефанса)  | 1 |  |
| 11 | Уточнение локализации боли | 1 |  |
| 12 | Выявление наличия симптома Щёткина-Блюмберга | 1 |  |
| 13 | Провести перкуссию с целью выявления притупления в отлогих местах живота | 1 |  |
| 14 | Провести перкуссию с целью определения печеночной тупости | 1 |  |
| 15 | Провести аускультацию | 1 |  |
|  | **IΙΙ. Окончание процедуры:** |  |  |
| 16 | Вымыть руки (гигиенический уровень). | 1 |  |
| 17 | Сделать запись полученных результатов и реакции пациента. | 1 |  |
|  | ВСЕГО: | 18 |  |

0 – 9 - баллов – «2» оценка неудовлетворительно

10–12 баллов - «3» оценка удовлетворительно

13-15 –баллов - «4» оценка хорошо

16-18 – баллов - «5» оценка отлично

**Лист оценки манипуляции.**

**Алгоритм перкуссии печени.**

(оценивается сформированность ПК 1.1., ПК 1.2., ПК 1.3., ПК 1.7., ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Алгоритм действия*** | ***Исходный балл*** | ***Полученный балл*** |
|  | **I. Подготовка к процедуре:** |  |  |
| 1. |  Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые. | 1 |  |
| 2. | Объяснить пациенту цель и ход процедуры. | 1 |  |
| 3. | Получить согласие на процедуру. | 1 |  |
| 4. | Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями). | 1 |  |
|  | **II. Выполнение процедуры:** |  |  |
| 5 | Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях. | 1 |  |
| 6 | Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту. | 1 |  |
| 7 | ***Техника перкуссии***Положение левой руки. Левая ладонь плотно, чтобы не было воздушной прослойки, со слегка разведенными пальцами прижата к телу. | 1 |  |
| 8 | Положение правой кисти. Средний палец правой руки согнуть в конечной фаланге так, чтобы он при перкуссии падал на среднюю фалангу левого среднего пальца под пря­мым углом. | 1 |  |
| 9 | Техника нанесения удара. Необходимо следить за тем, чтобы перкуторный звук наносился не всей рукой, а только путем движения руки в лучезапястном суставе. Перкутирующий палец не делает самостоятельных дви­жений и падает отвесно на палец-плессиметр | 1 |  |
| 10 | Перкуторный удар должен быть коротким и от­рывистым. Это значит, после того как палец упал на дру­гой палец, кисть надо быстро отвести кверху.  | 1 |  |
| 11 | Определение верхней границы печени по правой среднеключичной линии.Вначале находят верхнюю границу печеночной тупости по правой среднеключичной линии. Палец-плессиметр устанавливают горизонтально на уровне 2-3-го межреберья. Затем перкутируют, переставляя палец-плессиметр все ниже и ниже от ясного звука к тупому, ударами слабой силы.  | 1 |  |
| 12 | При появлении тупого звука делают отметку на стороне пальца, обращенной к ясному звуку, — 1-я точка.  | 1 |  |
| 13 | Определение нижней границы печени по правой среднеключичной линии. Палец-плессиметр устанавливаетсяна уровне пупка параллельно нижнему краю печени (горизонтально). Перкуссию ударами слабой силы проводят снизу вверх до появления притупленного звука и делают отметку на стороне пальца-плессиметра, обращенной к тимпаническому звуку, — 2-я точка. | 1 |  |
| 14 | Определение верхней границы печени по передней срединной линии.Данную границу находят эмпирически: из 1-й точки опускают перпендикуляр к передней срединной линии, место пересечения двух линий указывает верхнюю границу печени — 3-я точка. | 1 |  |
| 15 | Определение нижней границы печени по передней срединной линии (4-я точка) проводится аналогично определению точки 2, отличие состоит лишь в том, что палец-плессиметр продвигается при перкуссии вверх по передней срединной линии.  | 1 |  |
| 16 | Определение нижней границы печени по левой реберной дуге осуществляется таким образом: среднюю фалангу пальца-плессиметра прикладывают к левой реберной дуге примерно в месте пересечения этой дуги с передней аксиллярной линией; сам палец должен располагаться перпендикулярно реберной дуге.  | 1 |  |
| 17 | Затем проводят перкуссию слабой силы, перемещая палец-плессиметр по этой дуге вверх (медиально). Отметку границы на левой реберной дуге делают на стороне пальца, обращенной в сторону тимпанического звука, — 5-я точка. | 1 |  |
| 18 | Определение первого размера печени по М.Г.Курлову .С помощью линейки измеряют первый (вертикальный) размер — расстояние между 1-й и 2-й точками; | 1 |  |
| 19 | С помощью линейки измеряют второй (вертикальный) размер — расстояние между 3-й и 4-й точками;  | 1 |  |
| 20 | С помощью линейки измеряют третий (косой) размер— расстояние между 3-й и 5-й точками.  | 1 |  |
|  | **IΙΙ. Окончание процедуры:** |  |  |
| 21 | Вымыть руки (гигиенический уровень). | 1 |  |
| 22 | Сделать запись полученных результатов. | 1 |  |
|  | ВСЕГО: | 22 |  |

0 – 13 - баллов – «2» оценка неудовлетворительно

14–16 баллов - «3» оценка удовлетворительно

17-19 –баллов - «4» оценка хорошо

20-22 – баллов - «5» оценка отлично

**Лист оценки манипуляции.**

 **Алгоритм пальпации печени**.

(оценивается сформированность ПК 1.1., ПК 1.2., ПК 1.3., ПК 1.7., ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Алгоритм действия*** | ***Исходный балл*** | ***Полученный балл*** |
|  |  **I. Подготовка к процедуре:** | 1 |  |
| 1. | Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые. |  |  |
| 2. | Объяснить пациенту цель и ход процедуры. | 1 |  |
| 3. | Получить согласие на процедуру. | 1 |  |
| 4. | Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями). | 1 |  |
|  | **II. Выполнение процедуры:** |  |  |
| 5 | Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях. | 1 |  |
| 6 |  Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту. | 1 |  |
| 7 | *Техника пальпации.* При пальпации печени фельдшер кладёт левую руку (ладонь и четыре последних пальца) на правую поясничную область и на нижние два ребра больного, стремясь слегка продвинуть вверх заднюю брюшную стенку.  | 1 |  |
| 8 | Большой палец левой руки при этом располагается на правой реберной дуге. | 1 |  |
| 9 | Ладонь правой руки фельдшер кладет плашмя на правую по­ловину живота таким образом, чтобы концы слегка согнутых четырех последних пальцев были параллельны краю печени, прикасались к правой реберной дуге и располагались у на­ружного края прямой мышцы живота,  | 1 |  |
| 10 | Затем правой рукой смещает кожу немного вниз, при этом пальцы должны оказаться на 5—6 см ниже правой реберной дуги. | 1 |  |
| 11 | Пациента фельдшер просит: "Сделайте вдох" | 1 |  |
| 12 | Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте выдох".  | 1 |  |
| 13 | Во время выдоха пациента пальцы погружают вглубь брюш­ной полости и одновременно в правое подреберье. | 1 |  |
| 14 | Не отпуская руки, вошедшей в брюшную полость, больному предлагают глубоко вдохнуть.  | 1 |  |
| 15 | При про­должающемся вдохе край печени продолжает опускаться вниз, а правой рукой фельдшер совершает умеренное давление, как бы препятствуя приподниманию переднебрюшной стенки на вдохе больного.  | 1 |  |
| 16 | При этом пальцы правой руки несколько выпрямляют, как бы совершая ими движение навстречу опускающейся в брюшную полость печени. | 1 |  |
|  | **IΙΙ. Окончание процедуры:** |  |  |
| 17 | Вымыть руки (гигиенический уровень). | 1 |  |
| 18 | Сделать запись полученных результатов и реакции пациента. | 1 |  |
|  | ВСЕГО: | 18 |  |

0 – 9 - баллов - «2» оценка неудовлетворительно

10–12 баллов - «3» оценка удовлетворительно

13-15 –баллов - «4» оценка хорошо

16-18 – баллов - «5» оценка отлично

**Лист оценки манипуляции.**

 **Алгоритм поверхностной пальпации желчного пузыря.**

(оценивается сформированность ПК 1.1., ПК 1.2., ПК 1.3., ПК 1.7., ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Алгоритм действия*** | ***Исходный балл*** | ***Полученный балл*** |
|  |  **I. Подготовка к процедуре:** |  |  |
| 1. | Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые. | 1 |  |
| 2. | Объяснить пациенту цель и ход процедуры. | 1 |  |
| 3. | Получить согласие на процедуру. | 1 |  |
| 4. | Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями). | 1 |  |
|  | **II. Выполнение процедуры:** |  |  |
| 5 | Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях. | 1 |  |
| 6 |  Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту. | 1 |  |
| 7 | Фельдшер находит «Зону проекции» желчного пузыря на передней брюшной стенке, на месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (пузырная точка). | 1 |  |
| 8 | Выполняется простое надавливание на пузырную точку указательным или средним пальцем правой руки. | 1 |  |
| 9 | Во время пальпации оценивается реакция пациента.  | 1 |  |
| 10 | Фельдшер расспрашивает об ощущениях. | 1 |  |
| 11 | *Пальпаторное исследование с использованием дыхательных движений.* Пациента фельдшер просит: "Сделайте вдох" | 1 |  |
| 12 | Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте выдох".  | 1 |  |
| 13 | Одновременно с этим большой палец правой руки фельдшер вводит под правую реберную дугу в области пузырной точки так, чтобы его осязающая поверхность была обращена вверх, пользуясь фазой выдоха. | 1 |  |
| 14 | Затем просят пациента: "Сделайте глубокий вдох и вдох". В момент вдоха печень опускается и желчный пузырь приходит в соприкосновение с пальпирующим пальцем (через стенку живота). | 1 |  |
| 15 | Во время пальпации оценивается реакция пациента.  | 1 |  |
| 16 | Фельдшер расспрашивает об ощущениях. | 1 |  |
|  | **IΙΙ. Окончание процедуры:** |  |  |
| 17 | Вымыть руки (гигиенический уровень). | 1 |  |
| 18 | Сделать запись полученных результатов и реакции пациента. | 1 |  |
|  | ВСЕГО: | 18 |  |

0 – 9 - баллов – «2» оценка неудовлетворительно

10–12 баллов - «3» оценка удовлетворительно

13-15 –баллов - «4» оценка хорошо

16-18 – баллов - «5» оценка отлично

**Лист оценки манипуляции.**

 **Алгоритм глубокой пальпации желчного пузыря** **по Образцову-Стражеско.**

(оценивается сформированность ПК 1.1., ПК 1.2., ПК 1.3., ПК 1.7., ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Алгоритм действия*** | ***Исходный балл*** | ***Полученный балл*** |
|  |  **I. Подготовка к процедуре:** |  |  |
| 1. | Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые. | 1 |  |
| 2. | Объяснить пациенту цель и ход процедуры. | 1 |  |
| 3. | Получить согласие на процедуру. | 1 |  |
| 4. | Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями). | 1 |  |
|  | **II. Выполнение процедуры:** |  |  |
| 5 | Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях. | 1 |  |
| 6 |  Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту. | 1 |  |
| 7 | При пальпации фельдшер кладёт левую руку (ладонь и четыре последних пальца) на правую поясничную область и на нижние два ребра больного, стремясь слегка продвинуть вверх заднюю брюшную стенку. Большой палец левой руки при этом располагается на правой реберной дуге. | 1 |  |
| 8 | Правой (пальпирующей) руке придает исходное положение для пальпации: II-V пальцы сомкнуты и слегка согнуты так, чтобы кончики II-IV пальцев оказались на одной линии. Она кладется плашмя на правую половину живота продольно так, чтобы линия кончиков пальцев была на 2 см ниже края печени у наружного края правой пря­мой мышцы живота. | 1 |  |
|  | Пациента фельдшер просит: "Сделайте вдох", при этом пальпирующая рука одновременно с брюшной стенкой поднимается вверх (складка не делается).  | 1 |  |
| 9 | Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте выдох". Одновременно с этим пальцы пальпирующей руки погружают вглубь подреберья.  | 1 |  |
| 10 | Затем фельдшер просит пациента: "Сделайте глубокий вдох". Пальпирующие пальцы остаются погруженными в брюшную по­лость до конца вдоха. | 1 |  |
| 11 | Во время пальпации оценивается реакция пациента.  | 1 |  |
| 12 | Фельдшер расспрашивает об ощущениях. | 1 |  |
|  | **IΙΙ. Окончание процедуры:** |  |  |
| 13 | Вымыть руки (гигиенический уровень). | 1 |  |
| 14 | Сделать запись полученных результатов и реакции пациента. | 1 |  |
|  | ВСЕГО: | 14 |  |

0 – 8 - баллов – «2» оценка неудовлетворительно

9–10 баллов - «3» оценка удовлетворительно

11-12 –баллов - «4» оценка хорошо

13-14– баллов - «5» оценка отлично

**Лист оценки манипуляции.**

 **Алгоритм проверки пузырных симптомов.**

(оценивается сформированность ПК 1.1., ПК 1.2., ПК 1.3., ПК 1.7., ОК 1, ОК 2, ОК 3, ОК 6)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Алгоритм действия*** | ***Исходный балл*** | ***Полученный балл*** |
|  |  **I. Подготовка к процедуре:** |  |  |
| 1. | Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если видите пациента впервые. | 1 |  |
| 2. | Объяснить пациенту цель и ход процедуры. | 1 |  |
| 3. | Получить согласие на процедуру. | 1 |  |
| 4. | Вымыть и осушить руки. (Руки должны быть чистые, теплые, с коротко подстриженными ногтями). | 1 |  |
|  | **II. Выполнение процедуры:** |  |  |
| 5 | Помочь пациенту принять правильное положение. Положение пациента – лежа на твердой кушетке без подушки, руки вытянуты вдоль туловища, ноги слегка согнуты в коленях. | 1 |  |
| 6 |  Положение фельдшера – сидя на стуле правым боком к пациенту. | 1 |  |
| 7 | Фельдшер находит «Зону проекции» желчного пузыря на передней брюшной стенке, на месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (пузырная точка). | 1 |  |
|  | ***симптом Ортнера*** |  |  |
| 8 | Легкое постукивание ребромладони по реберной дуге в области локализации желчного пузыря | 1 |  |
|  | ***симптом Захарьина***  |  |  |
| 9 | Фельдшер наносит указательным или средним пальцем перкуторные удары по поверхности живота в точке проекции желчного пузыря | 1 |  |
|  | ***Симптом Василенко*** |  |  |
| 10 | Фельдшер просит пациента: "Сделайте вдох" |  |  |
| 11 | Фельдшер наносит указательным или средним пальцем перкуторные удары по поверхности живота в точке проекции желчного пузыря на высоте вдоха | 1 |  |
|  | ***симптом Образцова — Мерфи*** |  |  |
| 12 | Фельдшер просит пациента: "Сделайте вдох и выдох" | 1 |  |
| 13 | Фельдшер медленно и глубоко погружает кисть руки в область правого подреберья на выдохе  | 1 |  |
| 14 | Фельдшер просит пациента: "Сделайте глубокий вдох"  | 1 |  |
|  | ***симптом Мюсси (френикус-симптом)*** |  |  |
| 15 | Указатель­ными пальцами обеих рук производят одновременное надавливание меж­ду ножками правой и левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. | 1 |  |
| 16 | Во время проверки симптомов оценивается реакция пациента.  | 1 |  |
| 17 | Фельдшер расспрашивает об ощущениях. | 1 |  |
|  | **IΙΙ. Окончание процедуры:** |  |  |
| 18 | Вымыть руки (гигиенический уровень). | 1 |  |
| 19 | Сделать запись полученных результатов и реакции пациента. | 1 |  |
|  | ВСЕГО: | 19 |  |

0 – 10 - баллов – «2» оценка неудовлетворительно

11–13 баллов - «3» оценка удовлетворительно

14-16 –баллов - «4» оценка хорошо

17-19 – баллов - «5» оценка отлично

**Приложение 4.**

**Ситуационные задачи**

**Задача № 1**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 11 см;

·   по передней срединной линии - 10 см;

·   по левой реберной дуге - 8 см.

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 2**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 14 см;

·   по передней срединной линии - 13 см;

·   по левой реберной дуге - 11 см.

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 3**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 10 см;

·   по передней срединной линии - 9 см;

·   по левой реберной дуге - 7 см.

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 4**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·  по правой среднеключичной линии - 7 см;

·   по передней срединной линии - 6 см;

·   по левой реберной дуге - 5 см.

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 5**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 5 см;

·   по передней срединной линии - 5 см;

·   по левой реберной дуге - 4 см.

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 6**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 16 см;

·   по передней срединной линии - 14 см**;**

·   по левой реберной дуге - 12 см

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 7**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 15 см;

·   по передней срединной линии - 13 см**;**

·   по левой реберной дуге - 12 см

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 8**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 8 см;

·   по передней срединной линии - 7 см**;**

·   по левой реберной дуге - 6 см

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 9**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 6 см;

·   по передней срединной линии - 5 см**;**

·   по левой реберной дуге - 4 см

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Задача № 10**

При обследовании пациента были получены следующие размеры печени по Курлову:

·   по правой среднеключичной линии - 8 см;

·   по передней срединной линии - 6 см**;**

·   по левой реберной дуге - 5 см

**Задание:**

Оцените размеры печени по Курлову.

**Эталоны ответов на ситуационные задачи.**

**Задача №1.**

 **Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 11 см **(норма)**

·   по передней срединной линии - 10 см **(норма)**

·   по левой реберной дуге - 8 см **(норма)**

**Задача №2.**

**Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 14 см **(увеличен)**

·   по передней срединной линии - 13 см **(увеличен)**

·   по левой реберной дуге - 11 см **(увеличен)**.

**Задача №3.**

**Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 10 см **(норма)**

·   по передней срединной линии - 9 см **(норма)**

·   по левой реберной дуге - 7 см **(норма)**

**Задача №4.**

**Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 7 см **(норма)**

·   по передней срединной линии - 6 см **(норма)**

·   по левой реберной дуге - 5 см **(норма)**

**Задача №5.**

**Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 5 см **(уменьшен)**

·   по передней срединной линии - 5 см **(уменьшен)**

·   по левой реберной дуге - 4 см **(уменьшен)**

**Задача №6.**

**Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 16 см **(увеличен)**

·   по передней срединной линии - 14 см **(увеличен)**

·   по левой реберной дуге - 12 см **(увеличен)**.

**Задача №7.**

 **Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 15 см **(увеличен)**

·   по передней срединной линии - 13 см **(увеличен)**

·   по левой реберной дуге - 12 см **(увеличен)**.

**Задача №8.**

 **Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 8 см**(норма)**

·   по передней срединной линии - 7 см **(норма)**

·   по левой реберной дуге - 6 см **(норма)**

**Задача №9.**

 **Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 6 см **(уменьшен)**

·   по передней срединной линии - 5 см **(уменьшен)**

·   по левой реберной дуге - 4 см **(уменьшен)**

**Задача №10.**

**Оцените размеры печени по Курлову:**

·   по правой среднеключичной линии - 8 см**(норма)**

·   по передней срединной линии - 6 см **(норма)**

·   по левой реберной дуге - 5 см **(норма)**

.

**Литература**

*Основная:*

* А.В. Струтынский, Г.Е. Ройтберг., А.П. Баранов, Ю.П. Гапоненков. Основы семиотики заболеваний внутренних органов: учебное пособие / - изд 10, МЕДпресс-информ, 2015г. – 304с.
* Смолева Э.В. Диагностика в терапии МДК 01.01 Пропедевтика клинических дисциплин: учебное пособие Ростов н/Д: Феникс, 2016. – 620с.

*Дополнительная:*

* В.М. Нечаев В.Т. Ивашкин "Пропедевтика клинических дисциплин" - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014."

*Интернет-ресурсы:*

* <https://www.rosminzdrav.ru/> − официальный сайт министерства здравоохранения Российской Федерации.
* [www.rosmedlib.ru](http://www.rosmedlib.ru) – медицинская студенческая библиотека
* <http://www.medstudy.narod.ru> – медицинская электронная библиотека