

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерство здравоохранения Российской Федерации
Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

| | |
|----------------------------|----------------------------------|
| Наименование дисциплины | Пропедевтика внутренних болезней |
| Специальность | 31.05.03 Стоматология |
| Форма обучения | Очная |
| Год начала подготовки | 2025 |

Тема 6. Методы исследования больных с заболеваниями печени и желчевыводящих
путей

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»:
Разработаны

Ассистентом

Алферов В.В.

Обсуждены на заседании кафедры
«Пропедевтики внутренних болезней»,
зав. кафедрой

Павленко В.В.

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 Стоматология 2025 года набора очной формы обучения 28.05.25 (протокол №10)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Ивенский В.Н.

*Методические указания по дисциплине «Пропедевтика внутренних болезней»
размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

1. Цель. Научить студентов технике последовательности расспроса, осмотра, методике перкуссии и пальпации печени и желчного пузыря. В процессе изучения темы у студента формируется необходимость углубления и расширения своего научно-творческого потенциала, научного мировоззрения для формирования высокого уровня общей и профессиональной культуры. В результате изучения учебных вопросов занятия студент должен знать: анатомическое и гистологическое строение печени; структурно-функциональная единица печени; особенности кровообращения печени; функции печени; анатомию желчевыводящих путей, их функциональное назначение и регуляция деятельности; методику расспроса и осмотра больных с заболеваниями печени и желчевыводящих путей; симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси, Курвуазье-Террье. Уметь: определять границы печени, размеры печени при перкуссии; выявлять симптомы холецистита. В процессе изучения данной темы студент закрепляет умения и навыки непосредственного исследования больного: определение верхней, нижней, левой границы абсолютной тупости печени, определение высоты печеночной тупости по различным линиям и косоугольного размера: по Образцову-Стражеско, Курлову; овладеть методикой пальпации печени по методу Образцова-Стражеско и желчного пузыря.

2. Учебные вопросы

1. Анатомическое и гистологическое строение печени, желчевыводящих путей, их функции?
2. Какие наиболее частые жалобы предъявляют больные с заболеваниями печени и желчного пузыря? Как их следует детализировать?
3. Какие признаки заболеваний печени можно выявить при общем осмотре?
4. Верхняя и нижняя границы абсолютной тупости печени. Как определяют размеры печени?
5. Какие причины могут привести к смещению нижней границы печени?
6. Какова методика пальпации печени и желчного пузыря?

3. Теоретическая часть

Жалобы при заболеваниях желчного пузыря и желчевыводящих путей

Основные жалобы

- боли в животе
- диспепсические жалобы

БОЛИ В ЖИВОТЕ

Локализация. Боли чаще локализуются в правом подреберье, иногда - в подложечной области, вследствие растяжения, спазма или воспаления желчного пузыря (ЖП) и желчевыводящих путей.

Характер. При хроническом холецистите боли имеют тупой, ноющий, давящий, реже острый схваткообразный, сверлящий характер. Часть больных жалуется на ощущение тяжести в правом подреберье, чередование тупой и острой боли. Боль может быть постоянной (ежедневно) или эпизодической, длящейся несколько недель (не обязательно непрерывно) и сменяющейся полной ремиссией. При хроническом холецистите, протекающем с гипо- и атонией ЖП, боль в правом подреберье чаще всего умеренная, постоянная, тупая или ноющая. Интенсивная, приступообразная, острая боль, достигающая порой коликообразной силы (приступ желчной колики), характеризуется больным как “жесткая”, “невыносимая” боль и встречается обычно при калькулезном или шеечном холецистите, возникает в результате нарушения оттока желчи, вследствие спастического сокращения гладкой мускулатуры желчного пузыря и протоков. Может сопровождаться повторной рвотой с примесью желчи, не приносящей, как правило, заметного облегчения, повышенным потоотделением,

общей слабостью, чувством дурноты. После приступа желчной колики возможны познабливания, кратковременное повышение температуры тела, преходящая субиктеричность склер, а при закупорке камнем общего желчного протока или его ущемлении развивается механическая желтуха.

Иррадиация. Боль чаще иррадирует кзади, вправо и вверх - в правую подлопаточную область, правую половину грудной клетки, правое плечо и надплечье.

Что провоцирует боль. Обильная еда; прием жирной, жареной пищи, яиц; острых приправ, а также газированных напитков, особенно холодных, алкоголя. Болевые ощущения могут появляться также при значительной физической нагрузке, подъеме тяжести, тряской езде, психоэмоциональном стрессе.

Чем купируются боли. Спастические боли облегчаются спазмолитиками, грелкой, теплой ванной. При гипотонии ЖП - приемом желчегонных препаратов (холекинетиков).

ДИСПЕПСИЧЕСКИЕ ЖАЛОБЫ.

Связаны с нарушением оттока желчи в 12 перстную кишку. Наиболее частыми являются тошнота, рвота, понижение аппетита, ощущение горечи во рту, воздушная (пустая) или горькая на вкус отрыжка, метеоризм, урчание в животе, понос. Такой характер диспепсии носит название - билиарная диспепсия.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ

Слабость, эмоциональная лабильность, бессонница, нарушение сна, раздражительность, снижение работоспособности обусловлены как соматическими, так и психогенными внешними воздействиями.

Повышение температуры тела связано, как правило, с развитием воспаления ЖП.

Кожный зуд - симптом, отражающий нарушение желчевыделения и раздражение нервных окончаний кожи желчными кислотами. Наиболее характерен для желчекаменной болезни, синдрома холестаза, но иногда может наблюдаться при некалькулезном холецистите в связи с застоем желчи.

У 25-50% больных в период обострения возможны боли некоронарного характера в области сердца, сердцебиение вследствие пузырно-кардиального рефлекса

При осмотре больных хроническим некалькулезным холециститом существенных изменений может не наблюдаться. У некоторых больных при нарушении оттока желчи может появляться субиктеричность склер и слизистой оболочки мягкого неба, а при обтурации камнем общего желчного протока - желтушная окраска кожных покровов.

Расчесы на коже появляются при кожном зуде вследствие раздражения желчными кислотами нервных окончаний.

ОСМОТР ЖИВОТА

Пигментация в области правого подреберья появляется вследствие длительного применения больными для облегчения интенсивных болевых ощущений горячей грелки.

Отставание брюшной стенки в акте дыхания наблюдается при перихолецистите.

Выпячивание в правом подреберье можно увидеть при водянке ЖП.

ПАЛЬПАЦИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

В норме желчный пузырь не пальпируется. Если при пальпации удастся прощупать желчный пузырь, это всегда свидетельствует о том или ином патологическом процессе. ЖП в виде округлого эластичного, умеренно напряженного и безболезненного образования (симптом Курвазье-Терье), выявляется при сдавлении дистального отрезка общего желчного протока

злокачественной опухолью (головкой поджелудочной железы). Увеличенный, напряженный, болезненный ЖП (симптом увеличенного болезненного желчного пузыря) пальпируется при остром обтурационном холецистите. Редко можно пропальпировать ЖП при хроническом холецистите, в том числе калькулезном, это объясняется тем, что при хроническом холецистите утолщенная и фиброзноизменена стенка ЖП в большинстве случаев не способна к значительному растяжению, тем более при развитии спаечного процесса (перихолецистита).

Пальпация выявляет локальную болезненность в зоне расположения желчного пузыря - пересечение наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой (симптом Кера). Этот симптом наблюдается в стадии обострения ХБХ, при развитии перихолецистита, при гиперкинетическом типе дискинезии желчевыводящих путей, а также при растяжении ЖП при его гипотонии или атонии.

Для более точного выявления физикальных симптомов используется рабочая классификация Я.С. Циммермана (1992), в которой симптомы разделены на три группы.

Первая группа симптомов связана с сегментарными рефлексами билиарной системы (сегментарные рефлекторные симптомы) и обусловлены длительным раздражением сегментарных образований вегетативной нервной системы. Появляются ограниченные рефлекторные болевые зоны до 5 мм в диаметре.

Эти симптомы являются основными (патогномичными) симптомами обострения. Различают: болевую рефлекторную зону Маккензи расположенную спереди в месте пересечения наружного края правой прямой мышцы живота с правой реберной дугой, что соответствует ветвлению в коже веточки IX грудного нерва. На задней поверхности грудной клетки по паравертебральной линии справа на уровне X - XI грудных позвонков локализуется рефлекторная болевая точка Боаса.

Симптом Алиева при надавливании на точки Маккензи и Боаса появляется боль, иррадиирующая вглубь - по направлению к ЖП.

Вторая группа симптомов - рефлекторные болевые точки, расположенные в правой половине тела вне сегментов иннервации билиарной системы. Появляются при частых рецидивах заболевания, при упорном и длительном его течении. При этом вовлекаются в патологический процесс симпатический отдел ВНС, который в совокупности образует правосторонний реактивный (ирритативный) вегетативный синдром (ПРВС), характеризующийся появлением болевых ощущений при пальпации определенных точек и зон.

Среди болевых точек и зон, формирующих ПРВС, заслуживают внимания: орбитальная точка Бергмана, затылочная Ионаша, точка Мюсси-Георгиевского, межлопаточная Харитонова, бедренная Лапинского, точка подколенной ямки, которые отражают тяжесть течения хронического холецистита.

Для выявления болезненности в указанных точках достаточно оказать давление на них кончиком указательного пальца. При определении болезненности в точке Мюсси (правосторонний френикус-симптом), расположенной в правой надключичной области между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, нужно оказывать легкие давление справа и слева, чтобы больной мог сравнить свои ощущения.

Третья группа симптомов - ирритативные симптомы, которые определяются при посредственном или опосредованном (путем сотрясения) раздражении воспаленного, а потому чувствительного ЖП.

Наиболее диагностически значимым является симптом Мерфи. Определяется он в положении больного на левом боку, сидя или стоя. Врач располагается справа или позади больного и во время выхода осторожно погружает кончики полусогнутых четырех пальцев правой руки под правую реберную дугу в области расположения

ЖП. Симптом положителен, если во время глубокого вдоха больной внезапно прерывает дыхания из-за появления боли.

Симптом Захарина-Кера- боль при глубокой пальпации в правом подреберье в зоне локализации ЖП.

Симптом Гаусмана- боль ощущается при коротком ударе ребром ладони ниже правой реберной дуги на высоте вдоха.

Симптом Василенко-Лепене - боль возникает при нанесении отрывистых ударов кончиками пальцев на вдохе ниже правой реберной дуги в зоне расположения ЖП.

Симптом Ортнера-Грекова- боль появляется при сотрясении воспаленного ЖП в момент удара ребром ладони по краю правой реберной дуги.

Симптом Айзенберга - в положении стоя больной поднимается на носки, а затем быстро опускается на пятки: появляется в правом подреберье в результате сотрясения воспаленного ЖП.

Симптомы этой группы положительны как в фазу обострения, так и ремиссии.

Жалобы при заболеваниях печени

ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ

- Боли в правом подреберье
- Желтуха
- Зуд кожи
- Увеличение живота в объеме

Боли в правом подреберье тупые или ноющие, постоянные, могут восприниматься как чувство тяжести или полноты в правом подреберье -вызваны растяжением глиссоновой капсулы вследствие увеличения печени, Боли иррадируют в правое плечо, лопатку, межлопаточное пространство, вследствие перехода возбуждения с правого диафрагмального нерва, обеспечивающего чувствительную иннервацию оболочки печени на чувствительные нервы, иннервирующие плечо, шею, которые берут начало в одних и тех же сегментах спинного мозга.

Желтуха – окрашивание слизистых и кожи в желтый цвет вследствие накопления билирубина в крови. Развивается в результате нарушения функции гепатоцитов, способность которых улавливать из крови билирубин, связывать с глюкуроновой кислотой и выделять его в желчные пути снижается. Интенсивность желтухи зависит от уровня билирубина в сыворотке крови. Субиктеричность - слабое окрашивание слизистых и кожи в желтый цвет может быть обнаружена при уровне билирубина в сыворотке крови 34,2 мкмоль/л. Желтуха становится явной при уровне билирубина – 120 мкмоль/л и выше.

Кожный зуд - носит постоянный характер, связан с увеличением концентрации желчных кислот в сыворотке крови и обусловлен раздражением ими сосочков кожи.

Увеличение живота в объеме наблюдается при скоплении жидкости в брюшной полости (асците) вследствие усиления трансудации жидкости из сосудистого русла при повышении давления в портальной вене, а также вследствие снижения синтеза альбумина и связанного с этим уменьшением онкотического давления крови при печеночно-клеточной недостаточности.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЖАЛОБЫ

- Метеоризм
- Обесцвечивание кала
- Тошнота, рвота
- Потеря веса
- Апатия, сонливость
- Появление геморрагий
- Кровавая рвота, кровотокающий геморрой

- Боли в левом подреберье

Метеоризм - развивается вследствие застоя крови и отека слизистой оболочки ЖКТ при повышении давления в портальной вене и вследствие нарушения кишечного пищеварения и всасывания при нарушении отделения или состава желчи.

Обесцвечивание (посветление) кала связано с уменьшением выделения билирубина в кишечник и стеркобилиногена с калом. Полное обесцвечивания стула (ахолия) наблюдается при подпеченочном холестазае.

Тошнота, рвота обусловлены нарушением желчеобразования, желчевыделения и процессов пищеварения в кишечнике.

Потеря веса вплоть до истощения связана с глубокими нарушениями обмена веществ в организме, дистрофическими изменениями, выраженными во всех органах и тканях.

Апатия, сонливость – возникают вследствие токсического воздействия необезвреженных продуктов кишечного распада белка и аммиака на кору головного мозга при нарушении обезвреживающей функции печени.

Образование геморрагий - происходит вследствие нарушения синтеза печенью факторов свертывания крови. Второй причиной может быть снижение тромбоцитов в результате активации функции селезенки.

Кровавая рвота, кровотокающий геморрой появляются при высокой портальной гипертензии, повышении давления в портокавальных анастомозах, истончении их стенок, повреждении варикозных узлов вен пищевода и геморроидальных вен.

Боли в левом подреберье наблюдаются при быстром и значительном увеличении селезенки вследствие растяжении ее капсулы.

ОБЩИЕ ЖАЛОБЫ: слабость, быстрая утомляемость, прогрессирующее снижение трудоспособности, повышение температуры

Слабость, быстрая утомляемость, прогрессирующее снижение трудоспособности развиваются как общая реакция организма на гиповитаминоз, снижение белковой и обезвреживающей функций печени.

Повышение температуры чаще до субфебрильных цифр может наблюдаться при нарушении инактивации печенью белковых веществ пирогенной природы (пептидов и липополисахаридов клеточной стенки грамотрицательных бактерий), поступающих по воротной вене из кишечника.

ОБЩИЙ ОСМОТР

При общем осмотре больного с заболеванием печени необходимо оценить состояние больного:

Состояние удовлетворительное – может наблюдаться у больных с заболеванием печени в фазе ремиссии и без признаков портальной гипертензии и интоксикации.

Состояние средней тяжести - характерно для заболеваний печени, протекающих с признаками малой печеночно-клеточной недостаточности без энцефалопатии и комы, при асците, поддающемся лечению.

Состояние тяжелое - у больных с выраженной функциональной недостаточностью печени с нарушением сознания в виде резкой эйфории или его угнетения, вплоть до полной потери, при плохо поддающемся лечению асците, при резком истощении и развитии печеночной комы.

Сознание

Ясное при отсутствии признаков печеночно-клеточной энцефалопатии. Пациент ориентирован во времени, месте и окружающей обстановке, адекватно и без затруднений отвечает на вопросы.

Сознание расстроено:

Ступор – состояние оглушения: пациент заторможен, недостаточно ориентирован в месте, времени и окружающей обстановке, на вопросы отвечает с запаздыванием или невпопад.

Сопор (спячка) – состояние, при котором больного громким окриком или тормошением удается вывести из сна, но на вопросы он отвечает неосмысленно. Рефлексы сохранены.

Кома - бессознательное состояние, характеризующееся полным отсутствием реакции на внешние раздражители, отсутствием рефлексов и расстройством жизненно-важных функций.

Положение больного.

Активное - в период компенсации печеночно-клеточной недостаточности.

Вынужденное на боку – при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.

Пассивное - при печеночной коме.

Вес

Похудание, мышечная гипотрофия, истощение вплоть до кахексии (крайняя степень истощения) отмечается вследствие нарушения белкового, жирового и углеводного обменов при циррозах, опухолях печени.

Осмотр кожи и слизистых

Кожные покровы при заболеваниях печени, как правило, имеют желтушный цвет. Желтуха может быть различной интенсивности. Желтушность кожи и видимых слизистых становится заметной при уровне сывороточного билирубина 50 ммоль/л и выше. Раньше всего окрашиваются в желтый цвет склеры глаз, слизистые оболочки, нижняя поверхность живота, мягкое небо, затем окрашиваются ладони, подошвы и вся кожа.

Все желтухи подразделяются на истинные и ложные. Желтуха может быть различных оттенков. Оранжево-желтый цвет вызван накоплением в кожных покровах билирубина и обычно наблюдается в ранние сроки заболевания. При печеночно-клеточной желтухе кожа имеет типичный шафраново-желтый с красноватым оттенком цвет. Зеленовато-желтый цвет кожи обнаруживается при механической желтухе и сочетается с кожным зудом (см. подпеченочный холестаз), что обусловлено накоплением в крови биливердина.

Кроме заболеваний печени желтуха может иметь место при гемолитической анемии. При этом она имеет типичную лимонно-желтую окраску.

Ложная желтуха бывает при употреблении большого количества моркови, некоторых красителей и медикаментов вследствие накопления в коже каротинов. При осмотре можно обнаружить: желтушное окрашивание кожи, но не слизистых оболочек. Лабораторные признаки поражения печени отсутствуют.

Бледность наблюдается при кровотечениях из расширенных вен пищевода, кишечника, геморроидальных вен (при циррозе печени) и усиленном разрушении эритроцитов вследствие активации функции селезенки.

Расчесы на коже появляются при зуде вследствие раздражения желчными кислотами нервных окончаний в коже. Они наиболее выражены при холестазе подпеченочном, однако встречается и при внутripеченочном холестазе вследствие нарушения синтеза желчных кислот поврежденными клетками печени.

Петехиальная сыпь и кровоизлияния в кожу (геморрагии) могут образовываться при проявлениях геморрагического диатеза, вследствие уменьшения факторов свертывания крови и усиленного разрушения эритроцитов при гиперспленизме.

Крапивница, коревидная сыпь возникают при нарушении антитоксической функции печени.

Ксантоматоз – появление на веках, кистях рук, локтях, коленях, стопах, ягодицах, в подмышечных областях ксантолазм (внутрикожных желтых бляшек)

связанных с повышенным содержанием в крови липидов при нарушении холестерина обмена.

Лейконихии – появление белых участков на ногтевых пластинках, пальцы в виде «барабанных палочек» при циррозе печени

При нарушении дезинтоксикационной функции печени может наблюдаться гиперэстрогемия, являющаяся причиной появления следующих симптомов:

Сосудистые звездочки – так называемые пульсирующие тллангиоэктазии от 0,5 до 1 см в диаметре, от которых во все стороны распространяются мелкие сосудистые веточки (эстрогены снижают тонус сосудов кожи). Располагаются на плечах, шее, лице, кистях, спине, слизистых носа, рта.

Печеночные ладони - симметричное покраснение ладоней и подошв в области тенара и гипотенара.

Сосудистые звездочки и печеночные ладони при надавливании бледнеют, а по прекращении давления вновь быстро краснеют.

Ярко-красная окраска языка

Гинекомастия (увеличение молочных желез у мужчин), изменение оволосения по женскому типу у мужчин- выпадение волос на груди, подбородке и животе.

Уменьшается рост волос в подмышечных областях и на лобке у женщин, нарушение менструального цикла, бесплодие.

ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА

Может обнаруживаться ангулярный стоматит (воспаление слизистой в углах рта) при нарушении обмена витаминов.

ОСМОТР ЖИВОТА

Расширение венозной сети обусловлено образованием анастомозов между системами воротной, верхней и нижней полыми венами (признак портальной гипертензии при циррозе печени). Голова медузы (*caput Medusae*) образована расширенными, набухшими и извитыми венозными коллатеральями, располагающимися вокруг пупка и направляющимися от него лучеобразно (один из признаков выраженной портальной гипертензии). Это указывает на усиленный кровоток через облитерированную в норме пупочную вену.

Увеличенный отвислый живот в вертикальном положении и распластаный («лягушачий») живот в горизонтальном положении свидетельствует о наличии асцита, развившегося вследствие декомпенсированной портальной гипертензии (см. синдром портальной гипертензии). Этот симптом часто сочетается с выпячиванием пупка в связи с высоким внутрибрюшным давлением. Асимметрия живота: выбухание в правом подреберье может быть вызвано значительным увеличением печени, что характерно для опухолей, больших кист, гельминтозов печени (эхинококкоза, трематодозов: описторхоза, фасциолеза и др.); выбухание в левом подреберье - увеличением селезенки (спленомегалией), что наблюдается при портальной гипертензии.

ПАЛЬПАЦИЯ И ПЕРКУССИЯ ПЕЧЕНИ.

При исследовании печени вначале проводится перкуссия, а затем пальпация. При перкуссии печени определяют размеры и форму печени. В клинической практике размеры печени определяют по линиям предложенным М.Г. Курловым

1. по средне-ключичной линии справа
 2. по срединной линии
 3. по линии соответствующей левой реберной дуге
- Размеры печени по Курлову составляют в норме: 9-8-7 (+/- 2) см

Причины смещения границ печени

| | |
|------------------------|-----------------------|
| <i>Верхней границы</i> | <i>Нижней границы</i> |
|------------------------|-----------------------|

| <i>Вверх</i> | <i>вниз</i> | <i>вверх</i> | <i>вниз</i> |
|--|--|--|---|
| Эхинококк, рак, абсцесс печени, сифилитическая гумма печени, сморщивание правого легкого, паралич диафрагмы, повышение внутрибрюшного давления, правосторонний экссудативный плеврит, поддиафрагмальный абсцесс | низкое стояние диафрагмы пущение печени, эмфизема, пневмо- торака | уменьшение размеров печени (цирроз), повышение внутрибрюшного давления | опущение печени, увеличение печени (венозный застой, гепатит, цирроз). |

Пальпация печени

Цель – охарактеризовать передне-нижний край печени, оценить:

- контуры,
- форму,
- болезненность,
- плотность (консистенцию).

Нижний край нормальной печени прощупывается по средне - ключичной линии справа на вдохе. При увеличении печени нижний край удаётся пальпировать по всем линиям.

Болезненность в правом подреберье характерна для:

1. Воспалительного процесса в ткани печени (при гепатитах) и в желчных ходах (при холангитах) с переходом воспаления на ее капсулу.
2. Сердечной недостаточности вследствие растяжения капсулы печени.
3. Опухолей печени.

ПАЛЬПАЦИЯ И ПЕРКУССИЯ СЕЛЕЗЕНКИ

Перкуссия селезенки

Цель: определить ориентировочную границу селезенки.

Используют тишайшую перкуссию.

Положение больного стоя или лежа на правом боку. Поперечник находится между 9 и 11 ребрами и составляет 4 - 6 см. Длинник перкутируют по 10 ребру. Он составляет 6-8см

Пальпация селезенки.

В норме селезенка пальпации недоступна. При увеличении или опущении селезенки в правом подреберье ее удаётся пальпировать. При пальпации оценивают: размеры, болезненность плотность (консистенцию), форму подвижность селезенки, наличие вырезок на переднем крае.

4. Практическая часть

1. Задание 1. Курация больных гастроэнтерологического отделения;
2. Задание 2. Написание кураторских листов;
3. Задание 3. Чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

5. Вопросы для собеседования

1. Какие жалобы характерны для больных с заболеваниями печени?

2. Какие жалобы характерны для больных с заболеваниями желчного пузыря?
3. Какие проявления заболеваний печени можно выявить при общем осмотре?
4. Как проводится перкуссия печени по Курлову?
5. Какие причины приводят к смещению верхней границы печени?
6. Какие причины приводят к смещению нижней границы печени?
7. Как проводится пальпация печени?
8. Как проводится пальпация желчного пузыря?
9. Какие симптомы острого холецистита, выявляемые при пальпации желчного пузыря вы знаете?
10. Как проводится пальпация селезенки?
11. Как проводится перкуссия селезенки?

6. Тестовые задания

1. Какие жалобы предъявляют больные с циррозом печени:
 - а) увеличение живота в объеме
 - б) носовые кровотечения
 - в) кровохарканье
 - г) выраженная слабость
 - д) диарея

2. Наиболее частая причина ладонной эритемы:
 - а) микседема
 - б) хронический бронхит
 - в) ревматическая лихорадка
 - г) цирроз печени
 - д) хронический холецистит

3. Что характерно для «ложной» желтухи:
 - а) Повышен общий билирубин в крови
 - б) Желтушность кожи и склер глаз
 - в) Желтушность только кожи
 - г) Бледность кожных покровов

4. Назовите причина кожного зуда у больного с желтухой:
 - а) повышение прямого билирубина
 - б) повышение непрямого билирубина
 - в) повышение уробилина
 - г) повышение уровня желчных кислот

5. Болезненность при покалывании локтевой стороной ладони по реберной дуге в зоне проекции желчного пузыря - это положительный симптом:
 - а) Ортнера
 - б) Василенко
 - в) Захарьина
 - г) Мерфи

6. Выберите признаки асцита:
 - а) неравномерное увеличение живота в объеме
 - б) равномерное увеличение живота в объеме
 - в) наличие пупочной грыжи

- г) положительный симптом волны
- д) в горизонтальном положении - тимпатический перкуторный звук в боковых отделах живота

7. Быстро увеличивающаяся и каменисто-плотная печень выявляется при одном из заболеваний:

- а) хроническом активном гепатите
- б) хроническом персистирующем гепатите
- в) при прогрессировании недостаточности кровообращения
- г) гепатозе
- д) первичном раке печени

8. Желтуха раньше всего появляется на:

- а) уздечке языка
- б) мягком нёбе
- в) коже лица
- г) склерах
- д) коже ладоней

9. Что такое симптом Курвуазье:

- а) увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой
- б) механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна
- в) увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет
- г) паренхиматозная желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его болезненна

10. Укажите ведущие механизмы повышенной кровоточивости у больных с печеночной недостаточностью:

- а) повышение проницаемости сосудистой стенки
- б) снижение числа тромбоцитов
- в) активация фибринолитической системы
- г) снижение плазменных факторов свертывания крови

11. Какие жалобы предъявляют больные с циррозом печени:

- а) увеличение живота в объеме
- б) носовые кровотечения
- в) кровохарканье
- г) выраженная слабость
- д) диарея

12. Из перечисленных выберите 4 признака, не характерных для асцита:

- а) неравномерное (асимметричное) увеличение живота в объеме
- б) равномерное (симметричное) увеличение живота в объеме
- в) в положении лежа – тупой перкуторный звук в боковых отделах живота
- г) в положении лежа – тупой перкуторный звук в околопупочной области живота
- д) в положении стоя – тупой перкуторный звук в эпигастральной области
- е) в положении стоя – тупой перкуторный звук в нижних отделах живота
- ж) положительный симптом волны;
- з) отрицательный симптом волны.

13. Желчная колика может быть спровоцирована:

- а) физической нагрузкой
- б) приёмом жирной пищи
- в) переохлаждением
- г) приёмом большого количества жидкости

14. При заболеваниях печени печеночный запах изо рта свидетельствует о:

- а) наличии дуодено-гастрального рефлюкса
- б) нарушении синтетической (белковообразовательной) функции печени
- в) сердечной недостаточности на фоне выраженной сопутствующей миокардиодистрофии
- г) снижении дезинтоксикационной функции печени по отношению к продуктам распада белков)

15. Появление тянущих, распирающих, тупых постоянных болей в правом подреберье связано с:

- а) спазм сфинктера Одди
- б) спазмом мускулатуры желчного пузыря
- в) спазмом сфинктера желчного пузыря
- г) растяжением глиссоновой капсулы печени при ее увеличении
- д) атонией сфинктера Одди

Ответы на тестовые задания

- 1-А, Б, Г
- 2-Г
- 3-В
- 4-Г
- 5-А
- 6-Б, В, Г
- 7-Д
- 8-Г
- 9-А
- 10-А,Б,Г
- 11-А, Б, Г
- 12-А, Г, Д, З
- 13- Б
- 14-Г
- 15-Г

7. Рекомендуемая литература:

1. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Текст] : учеб. для студ.мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с. – (300 экз.)
2. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2012. - 848с.- Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421321.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>
3. Мухин, Н. А. Пропедевтика внутренних болезней [Электронный ресурс]: учеб. для студ. мед. вузов / Н. А. Мухин, В. С. Моисеев. - 2-е изд., доп. и перераб. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. - 848с.- Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434703.html?SSr=3301337aeb105a62164857828011959>

4. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст]: учеб. пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с. (170 экз.)
5. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шульгина. – М.: МИА, 2006. – 256 с. (291 экз.)