

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской  
Федерации

Кафедра пропедевтики внутренних болезней

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Наименование дисциплины	Пропедевтика внутренних болезней
Специальность	31.05.01 лечебное дело
Форма обучения	Очная

Тема 2. Методы исследования больных с заболеваниями органов  
пищеварения (пальпация, перкуссия).

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

Разработаны:

Ассистент

Квочко А.А.

Доцент

Журбина Н.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) 31.05.01 Лечебное дело 2025 года набора очной формы обучения 28.05.25 (протокол №10)

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Никулина Г.П

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

## **1. Учебные и воспитательные цели:**

### **Общая цель.**

Обучение студентов методике поверхностной и глубокой пальпации живота по Образцову-Стражеско, особенностям проведения перкуссии и аускультации живота.

### **Частные цели.**

Закрепление у студентов знаний и практических навыков по системе органов пищеварения.

## **2. Учебные вопросы:**

1. Правила проведения поверхностной пальпации живота.
2. Правила проведения глубокой пальпации живота по Образцову-Стражеско.
3. Правила проведения перкуссии живота.

## **3. Теоретическая часть (содержание темы):**

### **Пальпация живота (поверхностная ориентировочная пальпация живота):**

*1. Определение локальной болезненности и резистентности передней брюшной стенки.* Больного исследуют в положении лежа на спине на ровной твердой поверхности с низким изголовьем. Руки и ноги вытянуты вдоль туловища, мышцы расслаблены. Сядьте справа от больного лицом к нему. Определение резистентности и локальной болезненности живота производите одновременно плавным неглубоким погружением пальпируемой руки в брюшную полость. Если больной не предъявляет жалоб на боли в животе, то исследование производите в следующем порядке: придайте пальпирующей руке (правой) положение для пальпации (1-V пальцы сомкнуты и выпрямлены), положите руку плашмя продольно на левое бедро так, чтобы кончики пальцев были на левой подвздошной области и کنارужи от прямой мышцы живота. Плавно сгибая II-V пальцы, погружайте неглубоко в брюшную полость. В результате такого погружения определите степень сопротивления брюшной стенки и наличие болезненности в зоне пальпации. Сравните сопротивление (резистентность) симметричных участков брюшной стенки. После этого положите руку на левый фланк на 2-3 см выше предыдущего положения, сгибанием пальцев произведите погружение в брюшную полость. Вслед за этим руку переместите на симметричный участок правого фланка, произведите аналогичное движение пальцев, сравнивая степень резистентности брюшной стенки этих симметричных участков живота. Так, перемещаясь на 2-3 см

вверх, постепенно исследуйте боковые отделы живота вплоть до подреберий.

Аналогично исследуйте симметричные участки брюшной стенки над прямыми мышцами, начиная с подложечной области и заканчивая надлобковой областью.

Если больной предъявляет жалобы на боли в нижней половине живота, то последовательность исследования иная - начинайте исследование с участков, более удаленных от зоны болевых ощущений.

*2. Определение симптома раздражения брюшины (симптом Щеткина-Блюмберга):* положите пальпирующую руку ладью на живот в месте выявления болезненности, сгибая плавно пальцы, погружайте их вглубь брюшной полости, а затем очень быстро поднимайте руку, отнимая ее от живота. Если больной ощутит резкое усиление боли в момент отнятия руки от живота, констатируйте *положительный симптом раздражения брюшины* (наблюдается, как правило, на фоне повышенной резистентности брюшной стенки).

*3. Определение расхождения прямых мышц живота:* положите правую руку (с выпрямленными и сомкнутыми пальцами) ульнарным ее ребром над пупком на срединную линию живота исследуемого, слегка вдавив ее вглубь живота, затем попросите больного приподнять голову (прямые мышцы живота при этом напрягаются) и следите за кистью погруженной в живот руки.

Если в момент подъема больным головы рука выталкивается из живота, констатируйте отсутствие расхождения прямых мышц живота. Если же рука не выталкивается или между напрягшимися валиками прямых мышц живота ощущается широкая площадка, по которой возможно движение кисти в стороны, то в этом случае у больного имеется расхождение прямых мышц живота.

*4. Определение грыжевых выпячиваний:* проводится в положении больного стоя, сядьте спереди от больного лицом к нему, попросите больного натужиться. Пальпируйте кончиками пальцев участки живота, паховые области, область рубцов.

### **Пальпация живота (методическая глубокая скользящая пальпация живота по методу В. П. Образцова и Н. Д. Стражеско).**

Общие принципы метода:

- глубокая пальпация: пользуясь расслаблением мышц брюшной стенки при выдохе глубоко проникают в брюшную полость;
- скользящая пальпация: скользящими движениями обходят доступную поверхность органа;

• методическая пальпация живота: исследования проводятся в строго определенной последовательности - сначала пальпируется сигмовидная кишка, затем слепая, терминальный отдел подвздошной кишки, восходящая и нисходящая, большая кривизна желудка, привратник, поперечно-ободочная кишка, печень, селезенка, поджелудочная железа.

*Для эффективного проведения глубокой пальпации обязательно соблюдение 4 основных этапов пальпации:*

- 1. Правильная постановка пальцев руки (определяется топографией исследуемого органа или части кишки);*
- 2. Формирование кожной складки. Кожная складка формируется по направлению к пупку за исключением 2 случаев: при пальпации большой кривизны желудка и поперечно-ободочной кишки;*
- 3. Погружение пальцев руки на выдохе больного;*
- 4. Скольжение (направление скольжения всегда обратно формированию кожной складки).*

*1. Пальпация сигмовидной кишки:* она расположена в левой подвздошной области, в нижней части левого фланка, направление ее косое: слева направо сверху вниз. Она пересекает левую пупочно-остную линию почти перпендикулярно на границе средней и наружной трети ее. Положение больного на спине, руки вытянуты вдоль туловища, конечности расслаблены. Положение врача справа от больного. Правой руке придайте положение, чтобы 11-V пальцы были сомкнуты и полусогнуты (кончики всех пальцев должны находиться на одной линии). Положите ее ладью на левую подвздошную область так, чтобы кончики пальцев располагались над ожидаемой проекцией сигмовидной кишки. Кисть руки должна лежать так, чтобы основание ее было обращено к срединной линии живота. Поверхностным движением (без погружения) во время глубокого вдоха больного кисть сместите медиально (перед тыльной поверхностью пальцев должна образоваться кожная складка). После этого попросите больного сделать выдох, и пользуясь спадением и расслаблением передней брюшной стенки, погружайте пальцы правой кисти вглубь брюшной полости до соприкосновения копчиков пальцев с задней стенкой брюшины. Погружение пальцев должно производиться на месте образованной ножной складки и не должно быть быстрым, опережающим расслабление мышц брюшной стенки. В конце выдоха кончиками пальцев скользите по задней брюшной стенке в направлении оси подвздошной кости и при этом пальцы перекатываются через валик сигмовидной кишки. В момент скольжения пальцами по кишке определите ее диаметр, консистенцию, поверхность, болезненность и феномен урчания. У здорового человека сигмовидная кишка прощупывается в виде безболезненного, плотного, гладкого цилиндра,  $d$  2-3 см; под рукой не урчит, обладает пассивной подвижностью в пределах 3-5 см.

2. *Пальпация слепой кишки:* левой рукой прощупайте верхнюю ость правой подвздошной кости, соедините ость с пупком условной линией и разделите ее пополам. Правой (пальпирующей) руке придайте положение необходимое для пальпации кишечника. Положите руку плашмя на живот так, чтобы тыльная поверхность пальцев была направлена к пупку, линия среднего пальца совпадала с правой пупочно-остной линией, а линия кончиков 11-V пальцев пересекла пупочно-остную линию на ее середине. Прикоснувшись копчиками пальцев к коже живота, сместите кисть в направлении к пупку. При этом перед тыльной поверхностью пальцев образуется кожная складка. Одновременно попросите больного сделать вдох диафрагмой, после этого выдох и, пользуясь спадением и расслаблением передней брюшной стенки, погружайте пальцы правой кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончиками пальцев скользите по задней брюшной стенке в направлении ости подвздошной кости. В момент перекатывания определите следующие характеристики: диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания. *У здорового человека слепая кишка пальпируется в виде безболезненного мягкоэластичного цилиндра, d 3 см, обладает умеренной подвижностью; обычно урчит под рукой.*

2а. *Пальпация терминального отдела подвздошной кишки:* правую руку положите на живот так, чтобы линия кончиков пальцев совпадала с проекцией кишки в правой подвздошной области под углом в  $45^\circ$  к слепой кишке. Прикоснувшись копчиками пальцев к коже живота во время глубокого вдоха, сместите кисть по направлению к пупку. При этом перед тыльной поверхностью пальцев образуется кожная складка. После этого попросите больного. сделать выдох и пользуясь спадением, расслаблением передней брюшной стенки, погружайте пальцы правой кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения кончиков пальцев с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончиками пальцев скользите по задней брюшной стенке в косом направлении сверху вниз и слева направо. В момент перекатывания определите характеристики кишки: ее диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания. *У здорового человека терминальный отдел подвздошной кишки пальпируется в виде мягкого, легко перистальтирующего, пассивно подвижного, безболезненного тяжа длиной до 10-15 см, d не более мизинца; периодически расслабляется, издавая громкое урчание, и при этом как бы исчезает под рукой.*

3. *Пальпация восходящего отдела толстой кишки:* левую руку в поперечном к туловищу направлении подведите под больного в поясничной области ниже двенадцатого ребра, держа пальцы вместе и выпрямленными. Правую кисть в стандартной для пальпации кишечника позиции установите

над правым фланком так, чтобы линия кончиков пальцев была параллельна наружному краю правой прямой мышцы живота, на 2 см отступя от него кнаружи. Тыльная поверхность пальцев должна быть обращена к пупку, средний палец находится на уровне пупка. Во время вдоха смещайте кисть в направлении к пупку так, чтобы перед ногтевой поверхностью кончиков пальцев образовалась кожная складка. Затем больному предложите сделать выдох и, пользуясь расслаблением брюшной стенки, погрузите пальцы кисти отвесно вглубь брюшной полости до соприкосновения с ладонной поверхностью левой руки. Затем произведите скольжение кончиков пальцев правой руки в противоположном отведении кожи направлении, по левой ладони. При этом должно получиться ощущение перекатывания через валик. Определите характеристики: диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания.

4. *Пальпация нисходящего отдела толстой кишки*: подведите в поперечном к туловищу направлении левую руку под левую половину поясничной области ниже 12 ребра, держа пальцы сложенными вместе. Правую руку в стандартном для пальпации кишечника положении установите на животе так, чтобы линия кончиков пальцев была параллельна наружному краю левой прямой мышцы живота (на 2 см отступая от него кнаружи), ладонная поверхность пальцев обращена к пупку, а средний палец находится на уровне пупка. Во время вдоха сместите кисть по направлению к пупку так, чтобы перед ладонной поверхностью кончиков пальцев образовалась кожная складка. Затем попросите больного сделать выдох и, пользуясь расслаблением брюшной стенки, погрузите пальцы кисти отвесно вглубь брюшной полости в направлении левой руки до соприкосновения с ней. Затем произведите скольжение правой руки по левой ладони в направлении от пупка кнаружи. При этом должно получиться ощущение перекатывания через валик нисходящей кишки. Определите характеристики: диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания. Тактильные ощущения, получаемые *при пальпации восходящего и нисходящего отделов толстой кишки* - схожи с ощущениями, получаемыми от поперечно - ободочной кишки. Если их удастся прощупать, *представляют собой подвижные, умеренно плотные, безболезненные цилиндры d около 2 см.*

5. *Пальпация поперечно-ободочной кишки*: расположение поперечно-ободочной кишки вариабельно. Чаще она располагается на 2-3 см ниже нижней границы желудка. Поэтому пальпации поперечно-ободочной кишки должно предшествовать определение нижней границы желудка, что может быть произведено одним из четырех методов:

- метод перкуторной пальпации - ульнарным ребром выпрямленной левой кисти, положенной поперечно оси тела, вдавливайте переднюю брюшную

стенку у места прикрепления прямых мышцы живота к грудной стенке. Правую пальпирующую руку положите плашмя на живот (направление руки продольно оси тела, пальцы сомкнуты и обращены к подложечной области, кончики пальцев находятся на уровне нижней границы печени, средний палец - на срединной линии). Отрывистым, очень быстрым сгибанием 11-V пальцев правой руки, не отрывая их от передней поверхности брюшной стенки, произведите толчкообразные удары. При наличии в желудке значительного количества жидкости получается шум плеска. Смещая пальпирующую руку вниз на 2-3 см и производя подобные движения, продолжайте исследование до того уровня, когда шум плеска прекращается. Уровень, на котором шум плеска исчез, представляет нижнюю границу желудка;

- метод аускульты-перкуссии: левой рукой установите стетоскоп на переднюю брюшную стенку под краем левой реберной дуги на прямую мышцу живота, кончиком указательного пальца правой руки наносите отрывистые, но несильные удары по внутреннему краю левой прямой мышцы живота, постепенно переходя сверху вниз. Выслушивая стетоскопом перкуторные звуки над желудком, отметьте границу перехода громкого тимпанического звука в глухой. Зона изменения перкуторного звука будет соответствовать нижней границе желудка;

- метод аускульты-аффрикции: этот метод отличается от предыдущего только тем, что вместо ударов кончиком пальца производятся штриховые отрывистые поперечные скольжения по коже над левой прямой мышцей живота. Место, где звук с громкого шороха изменяется на тихий, является уровнем нижней границы желудка;

- больной выпивает 200 мл жидкости (чай, сок), при сотрясении – шум плеска.

После определения границы нижней границы желудка положите руку или обе руки (билатеральная пальпация) на живот продольно оси тела у наружного края прямой мышцы (мышц) живота на 2 см ниже большой кривизны желудка. Следите, чтобы ни один палец пальпирующей руки (рук) не лежал на прямых мышцах живота. Во время вдоха больного руку (руки) переместите вверх так, чтобы перед ногтевой поверхностью пальцев образовалась кожная складка. Затем попросите больного сделать выдох и, пользуясь расслаблением передней брюшной стенки, погрузите пальцы кисти (кистей) вглубь брюшной полости до соприкосновения с задней брюшной стенкой. В конце выдоха кончиками пальцев соскользните по задней брюшной стенке вниз, при этом должно быть ощущение перекачивания через валик поперечно-ободочной кишки. В момент перекачивания определите следующие характеристики кишки: диаметр, консистенция, поверхность, подвижность, болезненность, феномен урчания.

*Поперечно-ободочная кишка пальпируется в виде идущего дугообразно и поперечно цилиндра умеренной плотности, шириной 2-2,5 см, легко перемещающегося вверх, неурчащего и безболезненного.*

*б. Пальпация большой кривизны желудка:* определите нижнюю границу желудка одним из 3 методов (исключая пальпацию) (см. пальпация поперечно-ободочной кишки). После этого придайте (пальпирующей) руке положение, необходимое для пальпации. Положите ее в продольном направлении на живот так, чтобы пальцы были направлены к подложечной области, средний палец должен лежать на передней срединной линии, линия кончиков пальцев - на границе предварительно найденной большой кривизны желудка. Затем, во время вдоха, руку сместите вверх (по направлению к подложечной области) так, чтобы перед кончиками пальцев образовалась кожная складка. После этого попросите больного сделать выдох и погрузите пальцы вглубь брюшной полости до соприкосновения с позвоночником. Окончив погружение, соскользните кончиками пальцев по срединной линии вниз. При этом должно получиться ощущение соскальзывания со ступеньки (дубликатуры стенок большой кривизны желудка). В момент соскальзывания определите характеристики: толщину, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность. *Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, безболезненного валика, нередко урчит при пальпации.*

*ба Пальпация малой кривизны желудка:* становится доступной пальпации только в случае резко выраженного гастроптоза. Определение ее границы следует производить по средней линии живота. Техника пальпации аналогична технике пальпации большой кривизны желудка.

*бб Пальпация пилорического отдела желудка:* привратник расположен в области mesogastrium, непосредственно справа от срединной линии, на 3-4 см выше уровня пупка. Направление его косое: слева и снизу направо и вверх. Его проекция на брюшной стенке совпадает с биссектрисой угла, образованного передней срединной линией и перпендикулярной к ней линией, пересекающей первую на 3 см выше уровня пупка. Придайте правой руке исходное положение для пальпации и положите на живот так, чтобы пальцы были направлены к левой реберной дуге, линия кончиков пальцев совпала с ожидаемой проекцией привратника над правой прямой мышцей живота. После этого во время вдоха сместите руку в направлении левой реберной дуги так, чтобы перед ногтевой поверхностью кончиков пальцев образовалась кожная складка. Затем попросите больного сделать выдох и, пользуясь расслаблением и спадением брюшной стенки, погрузите пальцы вглубь брюшной полости до соприкосновения с задней брюшной стенкой. Затем кончиками пальцев соскользните по задней брюшной стенке вправо и вниз. При этом должно быть ощущение перекатывания через валик.

Пальпация привратника может сопровождаться звуком, напоминающим мышинный писк, возникновение которого обусловлено выдавливанием из привратника жидкого содержимого и пузырьков воздуха. В момент пальпации следует определить характеристики: диаметр, консистенцию, поверхность, подвижность, болезненность. *Привратник лучше пальпируется в период сокращения: гладкий, умеренно плотный, безболезненный цилиндр диаметромне более мизинца, ограниченно подвижный. В период расслабления пальпируется очень редко.*

**Перкуссия живота:** применяется для определения размеров органов и для выявления жидкости в брюшной полости.

При горизонтальном положении больного сядьте справа от него и, положив палец-плессиметр на переднюю срединную линию на уровне пупка, Проведите тихую перкуссию, перемещая палец-плессиметр вправо и влево от срединной линии. Над всей поверхностью живота должен быть тимпанический звук. При появлении тупого звука перкуссию живота следует проводить при различных положениях больного (стоя и лежа, лежа на боку и в коленно-локтевом положении - Тренделенбурга и т.д.). Изменение положения больного произведите таким образом, чтобы участок с тупым перкуторным звуком перемещался в наиболее высокое положение. Свободная жидкость стекает в нижележащие участки брюшной полости, и над зоной тупого звука появляется тимпанический звук. Если тупой звук обусловлен плотным органом брюшной полости, а не жидкостью, то при перемене положения больного он не изменяется.

*Определение свободно перемещающейся жидкости в брюшной полости методом флюктуации:* исследование проводится в положении больного лежа на спине. Сядьте справа от больного, положите левую руку с выпрямленными и сомкнутыми пальцами ладонной поверхностью на правую боковую область живота, а правой рукой (I-V пальцы ее сомкнуты и полусогнуты) кончиками пальцев сделайте короткие отрывистые толчки по симметричной части левой боковой области живота. При этом сосредоточьте внимание на ощущении к левой руке. Если ладонной поверхностью левой руки Вы ощущаете толчки от правой руки, констатируйте положительный симптом флюктуации. При отсутствии ощущения толчка левой рукой констатируйте отсутствие симптома флюктуации. Симptom флюктуации является симптомом наличия жидкости в брюшной полости. Необходимо, однако, исключить передачу толчка по брюшной стенке, для чего исследование повторите, но с некоторым дополнением: во время исследования помощник должен положить руку ульнарным ребром кисти на срединную линию живота. При таком проведении исследования исключается передача толчка по брюшной стенке.

#### **4. Практическая часть:**

- курация больных терапевтического отделения;
- написание кураторских листов;
- чтение и трактовка результатов лабораторно-инструментальных исследований.

#### **5. Вопросы для самоконтроля:**

1. Какое положение больного и врача должно быть при проведении пальпации живота?
2. Порядок поверхностной пальпации живота для выявления патологии?
3. Какие результаты вы ожидаете получить при проведении поверхностной ориентировочной пальпации?
4. Каков порядок выполнения и основные моменты глубокой пальпации?
5. Назовите области живота для пальпации различных отделов кишечника (сигмовидной кишки, слепой, восходящей, нисходящей, поперечно-ободочной, подвздошной) и желудка.
6. Каким методом можно определить границу большой кривизны желудка?
7. Какой звук определяется при перкуссии живота?
8. С какой целью проводится перкуссия живота?
9. Как определить наличие жидкости в брюшной полости: свободной и осумкованной?
10. Какая диагностическая ценность симптома флюктуации?

#### **6. Тестовые задания:**

1. При напряженном асците пальпация живота:  
А. необходима для выявления спленомегалии  
Б. затруднена\*  
В. проводится с целью определения гепатомегалии  
Г. не проводится
2. При перкуссии живота над зоной скопления жидкости будет определяться \_\_\_\_\_ звук:  
А. тимпанический  
Б. тупой\*  
В. притупленно-тимпанический  
Г. коробочный
3. Для выявления свободной жидкости в брюшной полости при объективном исследовании наиболее чувствительным методом служит:  
А. перкуссия\*  
Б. расспрос  
В. осмотр

Г. аускультация

4. При перкуссии над местом скопления свободной жидкости в брюшной полости (более 1,5 л) определяется:

- А. глухой тимпанит
- Б. громкий тимпанит
- В. притупление перкуторного звука
- Г. тупой звук\*

5. Последовательность пальпации толстого кишечника

- А) слепая, сигмовидная, восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая
- Б) сигмовидная, слепая, восходящая, нисходящая, поперечно-ободочная\*
- В) восходящая, поперечно-ободочная, нисходящая, слепая, сигмовидная
- Г) слепая, сигмовидная, поперечно-ободочная, нисходящая, восходящая
- Д) сигмовидная, поперечно-ободочная, нисходящая, восходящая, слепая

6. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга выявляется при:

- А) желудочном кровотечении
- Б) стенозе привратника
- В) спастическом колите
- Г) перитоните\*
- Д) дисбактериозе кишечника

7. Назовите основные моменты глубокой пальпации живота:

- А) установка рук врача – перпендикулярно оси пальпируемого органа
- Б) образование кожной складки
- В) используя акт вдоха-выдоха пациента – погружение руки в брюшную полость
- Г) скольжение руки врача при пальпации при вдохе пациента
- Д) все вышеперечисленное\*

8. Положительный симптом Щеткина - Блюмберга :

- А) быстрое нажатие на переднюю брюшную стенку всеми сложенными пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием уменьшает боль
- Б) медленное нажатие на переднюю брюшную стенку всеми сложенными пальцами кисти с последующим их быстрым отнятием усиливает боль\*
- В) при глубоком дыхании пациента погружение руки в брюшную полость вызывает боль
- Г) поколачивание по правому подреберью согнутыми пальцами руки вызывает боль

9. Для выявления наличия жидкости в брюшной полости используют:

- А) определение симптома Щеткина - Блюмберга
- Б) поверхностную пальпацию живота
- В) глубокую пальпацию живота
- Г) перкуссию живота в положении стоя и лежа\*
- Д) аускультацию живота

10. Бимануальную пальпацию используют при пальпации:

- А) желудка
- Б) восходящей и нисходящей кишки\*
- В) слепой кишки
- Г) поперечно- ободочной кишки
- Д) сигмовидной кишки

11. Поверхностная пальпация живота используется для:

- А) пальпации желудка и кишечника
- Б) выявления жидкости в брюшной полости
- В) выявления перистальтики кишечника
- Г) определения болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки\*

12. Определение нижней границы желудка производится следующими методами:

- А) перкуссии
- Б) стето-акустической аффрикции
- В) методом определения шума плеска
- Г) методом пальпации
- Д) все вышеперечисленное\*

13. При перкуторном определении нижней границы желудка она определяется в норме:

- А) на 3-4 см выше пупка\*
- Б) на уровне пупка
- В) на 3 см ниже пупка
- Г) на середине расстояния от мечевидного отростка до пупка
- Д) перкуторно не определяется

14. Восходящая кишка пальпируется:

- А) в правых боковых отделах живота методом бимануальной пальпации\*
- Б) в левой подвздошной области
- В) ниже желудка на 3-4 см
- Г) бимануальной пальпацией в левых боковых отделах живота
- Д) в правой подвздошной области

15. Поверхностная пальпация живота позволяет выявить:

- А) подвижность и топографические особенности пальпируемых органов
- Б) нижнюю границу желудка
- В) болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки живота\*
- Г) наличие жидкости в брюшной полости
- Д) опухоли желудка и кишечника

## Ответы на тестовые задания

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

## 7. Рекомендуемая литературы:

### Основная

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.
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>

### Дополнительная

1. Основы семиотики заболеваний внутренних органов [Текст] : учеб.пособие / А.В. Струтынский [и др.]. - 8-е изд. - М. : МЕДпресс-информ, 2013. - 304 с.
2. Практическое руководство по пропедевтике внутренних болезней: уч. пособие / под ред. С. Н. Шуленина. – М.: МИА, 2006. – 256 с.

