**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

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

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

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

План-разработка практического занятия №1

на тему: «**Расспрос и осмотр больных с заболеваниями органов пищеварения».**

по дисциплине: **«Внутренние болезни »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**(560002) Педиатрия**

Составитель: Тажибаева У.Ж.

**Тема практического занятия:**

«**Расспрос и осмотр больных с заболеваниями органов пищеварения»** (50мин)**Актуальность темы:** Система органов пищеварения - одна из наиболее сложных и актуальных проблем в медицине. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, частым развитием осложнений и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель занятия: студенты должны знать расспрос и осмотр больных с заболеваниями органов пищеварения.

**План занятия:**

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

**Задачи:**

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

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

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

**Вид занятия:**практическое

**Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

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

**Формы контроля:**

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

**Междисциплинарные связи:**

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

**Внутридисциплинарные связи:**

Методы исследования больного

**Уровни усвоения: 2**,3

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

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

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

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

**Карта компетенции:**

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

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занят** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Показ рисунка и комментарий к нему. Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия | Записывают тему и его вопросы | Мозговой штурмВызвать интерес к изучениюматериала, мобилизовать внимание студентов | Обращение внимание студентов к занятию | Доска с проектором, слайд  | 5 мин |
| 2 | Практическая часть | Создание проблемной ситуацииАктивизация мыслительной деятельности. | Демонстрирование ситуации | В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Работа с чек - листом | Акцентирование внимание студентов на рассматриваемые вопросы, участие в командных обсуждениях, свободно выражают свои мнения | Доска с проектором, презентационный материал, чек-листы, натурщик. градусник, фонендоскоп, тонометр, шпатель.лекарственные препараты (аннотации) | 30мин |
| 3 | Оценка и дисскусия работы с чек-листами. | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация ситуационных задач. | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Обсуждение ситуационных задач | Самостоятельно используют полученные знания по теме, формируются познавательные компетенции | Чек-листы (Прил.2.) | 10 мин |
| 4 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Преподаватель анализирует работу студентов. Определяет степень достижения целей. Выставляет и объявляет оценки. Предлагает записать домашнее задание |  | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель предлагает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 5 мин |

**Содержание темы:**

Студенты должны продемонстрировать «Прием больного».

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

Студент должен озвучить каждое свое действие, выбор, выводы.

**Формы проверки знаний:**

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

**Литература:**

# Учебно-методическое обеспечение дисциплины

**Основная литература:**

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

2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мамасаидов А.Т

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

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

 5. «Ичкиооруларпропедевтикасы.» Сакибаев К.Ш.

**Дополнительная литература:**

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

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

**Электронные источники:**

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

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

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

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

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

**Краткое содержание темы:**

**Пищеварительная система.** О заболеваниях того или иного органа пищеварения можно судить по различным жалобам, характерным для его поражения. При заболеваниях пищевода могут наблюдаться следующие жалобы: дисфагия, боли, пищеводная рвота, срыгивание, изжога, пищеводное кровотечение.

**Дисфагия** (dysphagia) – затруднение прохождения пищи по пищеводу. Следует помнить, что этот симптом, кроме заболеваний пищевода может встречаться при патологии скелетной мускулатуры, например при дерматомиозите, мышечной дистрофии и т. д. Дисфагию различают двух типов: функциональную и органическую. Функциональная дисфагия возникает периодически и не носит закономерного характера. Она связана с моторными нарушениями и может наблюдаться у больных с неврастенией, при инфаркте миокарда, ахалазии пищевода, диффузном эзофагоспазме. При дисфагии функционального генеза боли, как правило, отсутствуют, больные отмечают поперхивание пищей, попадание пищевых масс в гортань, нос. Для нее характерно более свободное прохождение плотной пищи и затруднение при глотании жидкой. Органическая дисфагия связана с заболеваниями пищевода – рубцовые изменения после ожогов, опухоли. При ней отмечается четкая зависимость от характера пищи. Она прогрессирует постепенно – вначале у больного отмечается затруднение прохождения твердой пищи, а затем мягкой и жидкой. Нередко больные при этом отмечают и появление болей. Боли при прохождении пищи по пищеводу возникают из-за чисто механического раздражения стенки пищевода пищевым комком. Обычно боль наблюдается при воспалительных заболеваниях пищевода, при ожогах, раке пищевода. Боль отмечается на всем протяжении пищевода, усиливается в процессе глотания, сохраняется и в покое. Иррадиирует в межлопаточное пространство. Пищеводная рвота связана с застоем пищи в пищеводе. Особенность ее в том, что она возникает без предшествующей тошноты, а также без участия мускулатуры желудка и брюшного пресса. Содержимое пищевода выталкивается при сокращении мускулатуры его стенок, а иногда пассивно вытекает при наклонах больного. Рвотные массы состоят из непереваренной пищи, не содержат соляной кислоты и пепсина.

**Срыгивание** – возвращение небольшого количества пищи в ротовую полость. Этот симптом не сопровождается тошнотой и сокращением мышц диафрагмы. У взрослых данный симптом является патологией и свидетельствует о наличии функциональных или органических заболеваний (дискинезии, дивертикулы пищевода, расширения пищевода выше места его сужения), часто наблюдается у невротиков. Частым симптомом при заболеваниях пищевода являются повышенное слюноотделение или слюнотечение.

**Изжога** (pirosis) – своеобразное, болезненное, жгучее ощущение за грудиной. Появляется в результате забрасывания желудочного содержимого в нижний отдел пищевода при гастро-эзофагеальном рефлюксе. Пищеводное кровотечения возникают у больных с язвой пищевода, варикозным расширением вен пищевода при циррозах печени, опухолевом процессе, при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы. Иногда в результате сильной рвоты может развиться надрыв слизистой оболочки, что приводит к кровотечению. Кровь сначала алая, а затем может быть и в виде «кофейной гущи» в связи с поступлением в желудок. При заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки появляются следующие жалобы: боли в эпигастральной области, отрыжка, изжога, тошнота, рвота, изменение аппетита, извращение вкуса, усиленная жажда. Боли в эпигастральной области – могут быть различного характера и происхождения. Различают постоянные и периодические боли. В большинстве случаев они связаны с приемом пищи, по отношению к которому выделяют: голодные, ранние и поздние. При этом имеется определенная зависимость между временем возникновения боли после приема пищи и локализацией патологического процесса. Ранние боли возникают через 30–40 минут после приема пищи. Они характерны для язвенной болезни желудка. Периодические голодные и ночные боли возникают при постоянной гиперсекреции. Они носят жгучий, интенсивный характер. Стихают после приема пищи. Нередко сопровождаются рвотой кислым содержимым. Характерны для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Часто боли могут сопровождаться тошнотой и рвотой, причем после рвоты самочувствие больных обычно облегчается. Поэтому некоторые пациенты самостоятельно вызывают рвоту. А другие воздерживаются от приема пищи из-за боязни возникновения болей (cibophobia).

**Отрыжка** (eructatio – отрыжка воздухом, regurgitatio – отрыжка пищей) – внезапное отхождение через рот газов, скопившихся в желудке. Она возникает вследствие легких антиперистальтических сокращений мускулатуры желудка. По характеру различают: пустую отрыжку (или воздухом) – это наблюдается при привычном заглатывании воздуха во время еды (аэрофагия); кислую отрыжку – при гиперсекреции желудочного сока; горькую – при забросе желчи в желудок из двенадцатиперстной кишки; прогорклую – у больных с раком желудка из-за наличия органических кислот, появляющихся в процессе брожения при пониженной кислотности; гнилостную, или «тухлым яйцом» – у 20 Пропедевтика внутренних болезней: методы исследования пациента больных со стенозом привратника, при опущении желудка, при раке желудка, когда нарушается эвакуация пищи и вследствие распада белков образуется сероводород, наблюдается утром, натощак. Изжога (pyrosis) – своеобразное чувство жара и жжения в эпигастральной области. Связана с регургитацией кислого содержимого желудка в пищевод. Наблюдается у пациентов с высокой секрецией желудочного сока, при слабости сфинктерного аппарата (гастроэзофагальный рефлюкс).

**Тошнота** (nausea) – неприятное ощущение (давление) в подложечной области, сопровождаемое ощущением дурноты, головокружением, слюнотечением, бледностью кожных покровов. Часто может предшествовать рвоте, но бывает и как самостоятельный симптом. Возникает вследствие раздражения блуждающего и чревного нервов. Нередко появление тошноты не связано с заболеваниями органов пищеварения (интоксикации, неврозы, беременность и т. д.).

**Рвота** (vomitus) – это полное или частичное непроизвольное толчкообразное выталкивание содержимого желудка через рот. Является сложным рефлекторным актом, связанным с возбуждением рвотного центра. Последовательно происходит опущение диафрагмы, закрытие голосовой щели, затем пилорическая часть желудка сильно сокращается, а тело и кардиальный сфинктер расслабляются, и возникает антиперистальтика. Сокращение диафрагмы и повышение внутрибрюшного давления вызывают выброс желудочного содержимого. По этиологии различают рвоту центральную и периферическую. Центральная рвота связана с повышением внутричерепного давления и наблюдается при опухолях мозга, нарушениях мозгового кровообращения, повышении артериального давления и т. д. Периферическая рвота может быть рефлекторной (при заболеваниях органов брюшной полости – желчный пузырь, печень, поджелудочная железа) и желудочной. Желудочная рвота возникает в связи с раздражением блуждающего нерва при воздействиях на слизистую оболочку желудка:-пищи, химических факторов; – при застое пищи в желудке из-за сужения привратника, нарушениях моторной функции. Следует обращать внимание на характер рвотных масс. Они могут содержать: съеденную только что пищу; иметь каловый характер (при пенетрации язвы желудка в поперечно-ободочную кишку), пищу, съеденную накануне (при стенозе привратника), с примесью крови (haematomesis) при язве или раке желудка (так называемая «кофейная гуща»). Такой характер рвотные массы приобретают в связи с воздействием соляной кислоты на кровь с образованием солянокислого гематина. При диагностической оценке рвоты необходимо также учитывать время ее наступления и количество рвотных масс. Рвота через 5–10 минут после еды наблюдается при язве и раке кардиального отдела желудка или при неврозе. Рвота через 2–3 часа после еды, в разгар пищеварения характерна для гастрита, язвы, рака желудка. Рвота через 4–6 часов после еды – для язвы привратника или двенадцатиперстной кишки, атонии желудка. Рвота через 6–12 часов и более (рвота накануне съеденной пищей) наблюдается при стенозе привратника. Количество рвотных масс может быть незначительным (у алкоголиков, у беременных), обильные рвотные массы наблюдаются при атонии желудка и при стенозе привратника.

**Изменение аппетита** – свойственно не только заболеваниям желудка. Снижение и, реже, повышение аппетита может быть обусловлено влиянием ЦНС. Это наблюдается при неврозах, психозах и при органических поражениях головного мозга. При заболеваниях желудка наблюдается как снижение, так и повышение аппетита. Снижение аппетита отмечается при интоксикациях. Полное отсутствие аппетита (анорексия) возникает у больных с раком желудка, что связано с интоксикацией и уменьшением секреции желудочного сока. Увеличение аппетита (булимия) наблюдается у больных с повышением секреции желудочного сока (например, хронический гастрит, язвенная болезнь). Частый прием пищи в таких случаях уменьшает болевые ощущения. При некоторых заболеваниях наблюдается избирательное отношение к пище. Например, при хроническом гастрите, при раке желудка больные зачастую отмечают отвращение к мясу, к жирной пище. Извращение вкуса часто имеет место при заболеваниях желудка. Больные отмечают неприятный вкус во рту или притупление вкусовых ощущений. Притупление вкусовых ощущений обусловлено наличием налета на языке, который затрудняет доступ вкусовых веществ к рецепторам языка, в результате чего еда кажется безвкусной. Это наблюдается при острых и хронических гастритах. Усиленная жажда (polydipsia) встречается не часто. Наблюдается при гиперсекреции и рвоте. В первом случае идет разбавление кислого содержимого желудка, во втором – жажда является следствием обезвоживания организма. При заболеваниях кишечника у больных могут наблюдаться следующие основные жалобы: боли в животе, расстройства опорожнения кишечника, вздутие живота, урчание. Боли при заболеваниях кишечника связаны с возникновением спазма, атонии или непроходимости. Боли могут быть постоянными и периодическими (схваткообразными). Иногда наблюдаются достаточно интенсивные боли (кишечная колика), например при непроходимости кишечника. В основном боли в кишечнике зависят от спазма мускулатуры кишечника (спастические боли). Боли также могут возникать и в результате растяжения кишечника газами (дистенсионные боли). Для них характерны длительность и довольно точная локализация. При непроходимости кишечника боли развиваются быстро, интенсивность их нарастает быстро и они становятся нестерпимыми. Они имеют одну и туже локализацию, усиливаются в связи с перистальтикой кишечника. Между периодами перистальтики отмечается затишье. Разновидность кишечной колики составляют тенезмы (ложные позывы к дефекации). Они развиваются при раздражении прямой кишки. Особые тяжелые формы тенезмов наблюдаются при дизентерии. Боли при поражении кишечника часто сопровождаются метеоризмом и облегчаются после отхождения газов. Расстройства опорожнения кишечника наблюдаются в виде поносов, или запоров. Важно выяснить не только частоту стула, но его характер – наличие примеси крови, слизи и т. д.

**Понос** (diarrhoea) – учащенное выделение жидкого кала более 200 г в сутки. В зависимости от преимущественных механизмов развития диарею различают: осмотическую, секреторную, моторную, смешанную. Осмотическая диарея обусловлена нарушением всасывания осмотически активных веществ (белков, углеводов), что приводит к задержке воды в просвете кишечника. Это имеет место при ахилии, панкреатитах, болезни Крона. Секреторная диарея вызвана обильным выделением слизистой оболочкой кишечника воды, в том числе в составе воспалительного экссудата и слизи (энтериты, колиты). Моторная диарея связана с усилением перистальтики кишечника, что ведет к ускоренному продвижению химуса и нарушению всасывания воды. Смешанная диарея обусловлена различными механизмами нарушения всасывания воды, расстройством моторики и секрецией в просвет кишки воспалительного экссудата, слизи и крови.

**Запоры** (obstipatio) – длительная задержка кала в кишечнике (более 48 часов). Запоры могут быть органическими и функциональными. Органические обусловлены сужением кишки. Функциональные чаще обусловлены слабостью мышц брюшного пресса, малоподвижным образом жизни, различными интоксикациями, рассеянным склерозом, паркинсонизмом, употреблением в пищу легко усвояемой, бедной клетчаткой пищи. Запоры могут вызывать ряд лекарственных средств: антидепрессанты, наркотические анальгетики, антациды, содержащие алюминий. Вздутие живота иначе называется метеоризмом и зависит от скопления в кишечнике газов. У больных наблюдается увеличе- 24 Пропедевтика внутренних болезней: методы исследования пациента ние размеров живота, что связано с расширением петель кишечника газами. Иногда вздутие сопровождается урчанием или переливанием (бульканьем). Под понятием урчание понимают шумы в животе, происходящие в результате столкновения газов и жидкости при одновременном прохождении через узкое место в кишечнике. Данный симптом может наблюдаться при аэрофагии или при обильном брожении, при острых и хронических воспалительных заболеваниях кишечника. Печень и желчевыводящие пути. При заболеваниях печени встречаются следующие жалобы: желтуха, кожный зуд, боль, печеночный запах, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода, печеночная диспепсия, симптомокомплекс «печеночной лени».

**Желтуха** – обусловлена повышенным содержанием билирубина в крови (более 35 мкмоль/л). Характеризуется желтым окрашиванием кожных покровов и слизистых оболочек.

**Кожный зуд** – является характерным признаком холестаза и связан с задержкой желчных кислот и депонированием их в коже, что вызывает раздражение нервных окончаний. Зуд носит упорный характер, усиливается в ночное время. Боли в правом подреберье могут носить различный характер. Тупая, ноющая боль в правом подреберье в большинстве случаев является следствием растяжения фиброзной капсулы печени и наблюдается при гепатитах и циррозах. Приступ сильнейших болей в правом подреберье (желчная колика) является характерным симптомом желчнокаменной болезни и возникает вследствие закупорки пузырного или общего желчного протоков конкрементом. Обычно она провоцируется обильным приемом жирной пищи. Боль распространяется в эпигастральную область и иррадиирует в межлопаточное пространство, правое плечо и лопатку, сопровождается тошнотой и рвотой. Печеночный запах – сладковатый, ароматический запах, ощущаемый при дыхании больных. Он обусловлен нарушением обмена аминокислот и ароматических соединений. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода наблюдается при портальной гипертензии. Оно возникает обычно без каких-либо провоцирующих факторов, протекает без болевого синдрома, характеризуется обильной кровавой рвотой, мелена может отсутствовать. Печеночная (желчная) диспепсия обусловлена нарушением моторики желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, желудка и пищевода. Включает в себя снижение аппетита, ощущение тяжести в правом подреберье усиливающиеся после приема пищи, тошноту, чувство горечи во рту, частые головные боли. Нарушение всасывания жиров и жирорастворимых витаминов может сопровождаться урчанием в животе, поносом, метеоризмом. Симптомокомплекс «печеночной лени» обусловлен печеночной недостаточностью. Характеризуется слабостью, вялостью, быстрой психической истощаемостью эмоциональной лабильностью, немотивированным снижением работоспособности, головными болями, потливостью, чувством тяжести в правом подреберье, неустойчивым аппетитом, горьким привкусом во рту.

***Контрольные тесты для проверки знаний студентов***

**1. Анорексия - это:**

1) отсутствие аппетита; 2) извращение аппетита; 3) отказ от приема пищи из-за боязни возникновения болей;

4) извращение вкуса; 5) скопление жидкости в брюшной полости.

**2. Citofobia – это:**

1) отсутствие аппетита; 2) извращение аппетита; 3) отказ от приема пищи из-за боязни возникновения болей; 4) извращение вкуса; 5) скопление жидкости в брюшной полости.

**3. Внезапное звучное выхождение через рот воздуха и небольшой части содержимого желудка называется:**

1) Citofobia; 2) анорексия; 3) отрыжка; 4) изжога; 5) асцит.

**4. Ощущение жжения в эпигастрии и за грудиной – это:**

1) Citofobia; 2) анорексия; 3) отрыжка; 4) изжога; 5) асцит.

**5. Трудноопределяемое своеобразное чувство давления в подложечной области – это:**

1) изжога; 2) тошнота; 3) отрыжка; 4) рвота; 5) анорексия.

**6. Рвота по происхождению может быть:**

1) центральной; 2) рефлекторной; 3) гематогенно-токсической; 4) все перечисленное;

5) периферической.

**7. Опоясывающие боли характерны для:**

1) язвенной болезни; 2) гастрита; 3) холецистита; 4) панкреатита; 5) эзофагита.

**8. Приступообразные, периодические боли в подложечной области являются следствием:**

1) ишемии органа; 2) спазма мускулатуры привратника; 3) раздражения брюшины; 4) растяжения желудка;

5) рефлекса с других органов.

**9. Желудочное кровотечение характерно для:**

1) язвенной болезни; 2) холецистита; 3) панкреатита; 4) эзофагита; 5) гастрита.

**10. Рвота «кофейной гущей» обусловлена:**

1) забросом и примесью желчи; 4) съеденной пищей;

5) приемом лекарственных препаратов. 3) солянокислым гематином;

2) застойным содержимым желудка; 1-2, 2-3, 3-3, 4-4, 5-2, 6-4, 7-4, 8-4, 9-1, 10-3,