Верхнюю границу печени регистрируют при сравнительно громкой перкуссии от уровня сосков по направлению книзу. Для определении нижней границы применяют слабую перкуссию по направлении от пупка и книзу реберной дуги. С помощью перкуссии определяют размеры исследуемого органа и особенно она ценна в случае малых размеров печени.

Чтобы определить точные цифры измеряют расстояние по вертикали между самой высокой и низкой точками печеночной тупости по среднеключичной линии. Полученные показатели будут такими же точными, как и при **Узи — диагностике**. При пальпации и аускультации иногда диагностируют шум трения, как правило обусловленный биопсией
в анамнезе, новообразованием или перигепатитом. При портальной гипертензии между пупком и мечевидным отростком можно выслушать венозные звуковые явления. Артериальные шумы над печенью указывают на первичный рак печени или острый интоксикационный гепатит.

Жёлчный пузырь получается прощупать только при его переполнении. Он характеризуется как грушевидное выпячивание, в большинстве длиной приблизительно 7 см. У худощавых граждан в редких случаях можно невооруженным глазом видят его выбухание через переднюю брюшную стенку. При вдохе этот орган спускается вниз; при этом его отводят немного в сторону для **удобства диагностики**. Перкуторный оттенок непосредственным образом переходит на париетальную брюшину ввиду того, что толстая кишка закрывает жёлчный пузырь в редких случаях. Тупой характер звука в проекции жёлчного пузыря постепенно переходит на печёночную тупость.

Следует обратить внимание на болезненность в области живота. Воспаление жёлчного пузыря характеризуется резко прослеживающимися симптомом **Мэрфи**: невозможностью сделать глубокий вдох при надавливании пальцами врача под краем печени. Это характеризуется тем фактом, что измененный жёлчный пузырь приближается к руке доктора и появляющаяся боль не дает пациенту глубоко вдохнуть.

Увеличение жёлчного пузыря нужно дифференцировать от опущения правой почки. В последнем случае она очень подвижная, её по силам переместить к тазу; кпереди от почки находится резонирующая толстая кишка . Очаги фиброзной ткани или злокачественных процессов плотной консистенции по сравнению с желчным пузырем при пальпации.

Методы визуализации. Зарегистрировать размеры печени и выявить подлинное увеличение печени от её опущения возможно при помощи обзорной рентгенограммы брюшной полости, стараясь зафиксировать диафрагму. При поверхностном вдохе диафрагма справа находится позади на уровне XI ребра и спереди на уровне VI ребра. Также, параметры, поверхность и плотность печени анализируют с применением УЗИ, КТ и магнитно-резонансной томографии.

Прочитать еще:

1) Рак толстого кишечника

2) Исход кори

3) Нейрон