

**Матеріали до практичної частини
підсумкового модульного контролю для студентів 6 курсу**

1. Пункція перикарду
2. Техніка накладання оклюзійної пов'язки на грудну клітку
3. Пальпація щитовидної залози
4. Плевральна пункція
5. Дренування плевральної порожнини
6. Триампульний активний дренаж
7. Пасивне дренування плевральної порожнини
8. Методична бімануальна ковзна глибока пальпація живота
9. Аускультация серця
10. Перкусія грудної клітки
11. Пальпація периферичних артерій
12. Пальпація периферичних лімфатичних вузлів
13. Техніка еластичного бинтування нижньої кінцівки
14. Визначення меж печінки за **Курловим**
15. Накладання джгута при кровотечі зі стегнової артерії у нижній третині стегна
16. Накладання джгута при кровотечі з плечової артерії у нижній третині плеча
17. Транспортна іммобілізація при переломі стегна
18. Транспортна іммобілізація при переломі плеча
19. Визначення межі трикутника **Пті** – медіально – m.latissimus dorsi, латерально - m.oblig. abd externus, знизу гребінь крила клубової кістки.
20. Визначення зони **Шоффара** – трикутної форми зона що утворена так: умовно проводять вертикальну лінію по білій лінії живота, та горизонтальну - через пупок і бісектрису прямого кута, що утворився. Сторонами зони є: серединна лінія, бісектриса кута і реберна дуга.
21. Проба **Неймарка** – до 2-3 мл ексудату, що знайдений у черевній порожнині, додають 4-5 крапель 10% розчину йоду. При наявності домішок шлункового вмісту ексудат набуває темного брудно-синього кольору.
22. Проби при *гемотораксі*. Проба **Рувілуа-Грегуара**. Проводять пункцію плевральної порожнини: якщо кров в шприці згортається – кровотеча продовжується, якщо не згортається – кровотеча зупинилася або продовжується незначно.
23. Проба **Петрова**. Отриману кров при пункції (2-3 мл) розводять в 5 раз більшою кількістю дистильованої води – настає гемоліз еритроцитів (рідина червона). Якщо вона прозора – інфікування немає, якщо каламутна – інфікована.

СИМПТОМИ

Гострий апендицит

1. **Симптом Вольфа** – кульгавість при ходьбі через біль у правій здухвинній ділянці.
2. **С-м Кохера-Волковича** – виникає біль в епігастрії, зумовлений запаленням і набряком апендикса, подразнюються больові рецептори і виникає іррадіація болю у верхньобрижейкове та сонячне сплетіння. Згодом через 1-3-5 годин внаслідок деструктивних змін в апендиксі гинуть больові рецептори та виникає запальна ексудація втягуючи в процес парієтальну очеревину. Виникає перитоніт і тепер біль ніби перемістилася з епігастрія у праву здухвинну ділянку.
3. **С-м Іванова** (ознака гострого перитоніту як ускладнення апендициту)- пупок і лінія живота зміщені в сторону локалізації джерела запалення (вниз і вправо) внаслідок скорочення і ригідності м'язів передньої черевної стінки.
4. **С-м Пржевальського** – хворий піднімає обидві ноги під кутом 45°, права нога опускається раніше лівої.
5. **С-м Черемських – Кушніренка** - при кашлі виникає або посилюється біль в місці джерела запалення очеревини, що зумовлене раптовим підвищенням внутрішньочеревного тиску і напруженням черевної стінки.
6. **С-м Коупа 1** – пацієнт лежить на лівому боці, з'являється (чи посилюється) біль у правій здухвинній ділянці при відведенні правої нижньої кінцівки, зігнутої в колінному суглобі, назад і латерально.
7. **С-м Коупа 2** – пацієнт лежить на спині, з'являється (чи посилюється) біль у правій здухвинній ділянці при ротації назовні правої нижньої кінцівки зігнутої в колінному і кульшовому суглобі.
8. **С-м Міхельсона** – біль у правій здухвинній ділянці у положенні вагітної (у 2-3 триместрі) на правому боці.
9. **С-м Сітковського** – хворий лежить на спині, швидко повертається на лівий бік і відчуває посилення болю в правій здухвинній ділянці.
10. **С-м Бартом'є – Міхельсона** - у положенні хворого на лівому боці при пальпації правої здухвинної ділянки зміщуючи сліпу кишку вниз, значно посилюється біль.
11. **С-м Воскресенського (сорочки)** – від епігастральної в праву здухвинну ділянку проводять рукою по шкірі чи через сорочку – біль посилюється в здухвинній ділянці.
12. **С-м Жендринського** - для диференційної діагностики гострого апендициту і сальпінгіту чи аднекситу – хвора лежить на спині, пальцем натискають на черевну стінку в точці Кюммеля (на 2 см нижче і праворуч від пупка) і, не забираючи пальця, просять хвору сісти без допомоги рук - посилення болю свідчить про гострий апендицит, зменшення - про сальпінгіт.
13. **С-м Губергріца** – біль і гіперестезія у ділянці Скарпівського трикутника, ознака запаленого ретроцекально розміщеного апендикса внаслідок втягнення у процес nervus genitofemoralis.
14. **С-м Образцова** - хворий лежить на спині, у правій здухвинній ділянці на передню черевну стінку помірно натискають прогинаючи її і просять хворого підняти праву випрямлену ногу – при цьому біль посилюється, оскільки напружується m. iliopsoas і апендикс приближується до передньої черевної стінки, симптом патогномонічний при ретроцекальній локалізації червоподібного відростка.
15. **С-м Думбадзе** - посилення болю при введенні кінчика пальця в пупкове кільце і поштовхах у напрямку правої здухвинної ділянки.
16. **С-м Ровзінга** - у лівій здухвинній ділянці правою рукою притискають сигмоподібну кишку до задньої черевної стінки, а лівою рукою проксимальніше в проекції низхідної кишки наносять поштовхи – при гострому апендициті в правій здухвинній ділянці виникає біль (це пов'язано з ретроградним переміщенням упродовж товстої кишки газів і розтягнення ними сліпої кишки, а також зміщенням при цьому апендикса і внутрішніх органів запалених навколо нього).
17. **С-м Яуре – Розанова** - натискають пальцем у ділянці поперекового трикутника Пті – про гостре запалення ретроцекально розміщеного апендиксу свідчить посилення болю.
18. **С-м Габая** - посилення болю в момент коли швидко віднімають палець (як при визначенні симптому Щоткіна-Блумберга) в ділянці трикутника Пті; симптом зумовлений запаленням ретроцекально розміщеного червоподібного відростка.
19. **С-м Кримова** – біль при пальпації (прогинанні) мізинцем уведеним через зовнішнє пахове кільце задньої стінки пахвинного каналу.

Гострий холецистит, в т.ч. з ЖКХ, механічною жовтяницею

1. **С-м Боткіна** (холецисто-кардіальний) - ірадіація болю у ділянку серця за ходом n. phrenicus у передньому середостінні по передній стінці перикарда.
2. **С-м Березняговського – Елекера** – ірадіація болю у надключичну ділянку за ходом n. phrenicus, а далі у діл. лопатки і в/ третини зовнішньої поверхні плеча.
3. **С-м Сейла** – аускультативно ослаблення дихання у нижній частині правої легені.
4. **С-м Мюссі-Георгієвського** - при надавлюванні між ніжками грудино-ключично-соскоподібного м'яза справа, посилюється біль в ділянці жовчного міхура.
5. **С-м Ляховицького** - при надавлюванні на мечоподібний відросток, або заводячи пальці під нього, появляється чи посилюється біль в зоні жовчного міхура.
6. **С-м Маккензі** – гіперестезія у правій підреберній ділянці при холециститі.
7. **С-м Курвуазье** - при пальпації визначається збільшений не болісний жовчний міхур на фоні жовтяниці, характерний для обтурації холедоха дистально пухлиною.
8. **С-м Мерфі** - хворий лежить на спині, лікар кладе ліву долоню на праву реберну дугу так щоб великий палець вдавлював в глибину черевну стінку в проекції жовчного міхура; хворого просять зробити глибокий вдих, який переривається із-за виникнення болю (жовчний міхур переміщується з печінкою вниз виникає тертя).
9. **С-м Кера** - при помірному натисненні пальцем в точці Кера (зовнішній край правого прямого м'яза живота біля реберної дуги) під час вдиху, або й без нього появляється чи посилюється біль.
10. **С-м Грекова-Ортнера** - при постукуванні ребром долоні перпендикулярно по правій реберній дузі посилюється біль в зоні жовчного міхура.

Гострий панкреатит

1. **С-м Мондора** – жовто-фіолетові ціанотичні плями на обличчі та тулубі.
2. **С-м Куллена** – жовто-фіолетово-ціанотичні плями у пупковій ділянці.
3. **С-м Грей-Турнера** - жовто-фіолетово-ціанотичні плями на бокових стінках живота.
4. **С-м Мейо-Робсона** - при помірному надавлюванні у лівому реберно-хребетовому куті посилюється біль, у тому числі й у проекції підшлункової залози.
5. **С-м Керте** – у проекції підшлункової залози визначається резистентність передньої черевної стінки, біль та гіперестезія.
6. **С-м Гербріха** - при перкусії живота визначається тимпаніт у проекції підшлункової залози внаслідок паретичного здуття поперечно-ободової кишки.
7. **С-м Воскресенського** – відсутність чи ослаблення пульсації черевного відділу аорти над пупком (зумовлено набряком підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини).
8. **С-м Кюнео** - при пальпації визначається інфільтрат у проекції підшлункової залози.

Перфорація порожнистого органа

1. **С-м Дьєслафуа** – «кинжальний» біль у животі.
2. **С-м Елекера** – «френікус-симптом» - ірадіація болю у надключичну ділянку справа чи зліва внаслідок подразнення газом діафрагми.
3. **С-м Вінтера** – черевна стінка не приймає участі в акті дихання внаслідок різкого напруження м'язів.
4. **Тріада Мондора** – «кинжальний біль», «дошкоподібний живіт» і «виразковий анамнез».
5. **С-м Дзбановського-Чугаєва** - відповідно перемичкам прямих м'язів передньої черевної стінки які різко напруженні вище пупка видно поперечні складки шкіри.
6. **С-м Краснобаєва-Крювельє** - різко виражене напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо над джерелом запалення («дошкоподібний живіт»).
7. **С-м Гюстена** – визначається аускультативно: серцеві тони розповсюджені аж до пупка, шум тертя очеревини і «сріблястий дзвін» внаслідок виходу газу з перфорованого органа через рідину.
8. **С-м Брунера** – шум тертя діафрагми внаслідок скопичення шлункового вмісту між діафрагмою і шлунком
9. **С-м Кларка – Спіжарного** - не визначається печінкового притуплення внаслідок скопичення газу між печінкою і черевною стінкою.
10. **С-м Бернштейна** – шкіра калитки гофрована, яєчка підтягнуті до зовнішніх отворів пахових каналів і статевий член повернутий вверх, або вверх і вправо.

Гострий перитоніт

1. **С-м «обличчя Гіпократа»** - обличчя бліде із зеленим відтінком, покрите холодним потом, вираз страждальця та страху, риси загострені, запалі очі та щоки, «витягнутий» ніс і підборіддя.
2. **С-м Вінтера** - черевна стінка не бере участі в акті дихання із-за різкого напруження м'язів.
3. **Правило Лежара** – у хворого чи травмованого упродовж найближчої години відмічаються три ознаки: а) з'являється і наростає біль у животі; б) виникає подразнення очеревини; в) частішає пульс – це ознака «гострого живота». Тому необхідна термінова лапаротомія.
4. **С-м Черемських – Кушніренка** - при кашлі виникає або посилюється біль в місці джерела запалення очеревини, що зумовлене раптовим підвищенням внутрішньочеревного тиску і напруженням черевної стінки.
5. **Симптом Розанова** – пацієнта, який лежить на спині, просять видихнути повітря і зразу ж зробити додатковий видих: додатково видихнути повітря пацієнт не може через біль, оскільки для цього необхідно напружувати м'язи передньої черевної стінки. Симптом дає змогу диференціювати наявність запального процесу в черевній порожнині чи поза її межами (плеврит, пневмонія).
6. **С-м Драгтера** - одною рукою тримають стопу випрямленої ноги хворої дитини, а другою, кулаком по п'ятці наносять поштовхи (перкутують). При цьому хворий захищається від болю у животі, який утримує рукою саме в ділянці запалення.
7. **С-м Воскресенського (сорочки)** - при швидкому переміщенні кисті руки по шкірі чи сорочки хворого притискаючи черевну стінку, із епігастральної ділянки (від мечоподібного відростка) до правої, лівої здухвинної, чи до лобка, з'являється біль у ділянці де запалена очеревина.
8. **С-м Краснобаєва-Крювельє** - різко виражене напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо над джерелом запалення («дошкоподібний живіт»).
9. **С-м Менделя** - при легкому постукуванні кінчиками пальців по передній черевній стінці виникає біль саме над місцем накопичення рідини чи джерелом запалення.
10. **С-м Роздольського** - при молоточковій перкусії передньої черевної стінки над джерелом запалення виникає чи посилюється біль.
11. **С-м Де Кервена** - у пологих місцях живота, переважно над правою здухвинною ямкою чи над боковими каналами, де накопичується кров або патологічна рідина визначається притуплення перкуторного звуку.
12. **С-м Моргола** – під час поступового натиснення пальцями на черевну стінку хворий відчуває посилення болю
13. **С-м Щоткіна – Блюмберга** - при поступовому натисненні пальцями на черевну стінку хворий відчуває посилення болю (симптом **Моргола**), а якщо миттєво відняти руку від живота, то виникає біль надто виражений.
14. **С-м Маделунга** - різниця температури тіла в аксілярній ямці та прямої кишці сягає понад 2 градуси.
15. **С-м Куленкампа «Крик Дугласа»** - сильний біль при пальцевому обстеженні прямої кишки чи бімануальному гінекологічному обстеженні.

Кишкова непрохідність

1. **С-м Тіліякса – Віккера** – переймоподібний біль у животі.
2. **С-м Шланге** - при кишковій непрохідності можна візуально спостерігати перистальтичні рухи кишечника, які посилюються після пальпації живота.
3. **С-м Ківуля** - при перкусії над перерозтягнутою газом і рідиною петлею кишки визначається тимпаніт з металевим відтінком.
4. **С-м Склярєва** - при легкому поштовхоподібному струсі передньої черевної стінки як пальпаторно так і аускультативно визначається шум плескоту рідини, що накопичилася в просвіті розтягнутих кишкових петель.
5. **С-м Валя** - пальпується роздута петля кишки у вигляді гладкоеластичної випуклості, а інколи навіть видно ділянку асиметрії живота.
6. **С-м Руша** - еластичне помірно болісне пухлиноподібне утворення у животі при пальпації якого виникають тенезми.
7. **С-м Кривельє** – при інвагінації кишечника виділення крові з ануса.
8. **С-м Грекова** - “Обухівської лікарні” - при ректальному дослідженні визначається балоноподібна порожня ампула прямої кишки та зіяння анального сфінктера.

Спайкова хвороба очеревини

1. **С-м Карно** – виникнення чи посилення болю в животі при розгинанні тулуба.
2. **С-м Кноха** – біль у ділянці п/о рубця при лежанні на валику.
3. **С-м Леотта** – біль при зміщенні черевної стінки шкірою живота взятої в складку.
4. **С-м Розенгейма** – біль при відтягуванні лівої реберної дуги.

Шлунково-кишкова кровотеча

1. **С-м Тейлора** – інтенсивна перистальтика внаслідок переповнення і подразнення кишок кров'ю і токсинами при її гнитті під час ШКК.
2. **С-м Бергмана** – зменшення інтенсивності, або зникнення болю у ділянці епігастрія із самого початку шлунково-кишкової кровотечі.

Мезентеріальний тромбоз

1. **С-м Штемберга** – при пальпації на фоні вираженого болю визначається «м'який живіт.»

Грижі

1. **С-м «кашльового поштовху»** - при кашлі та натужуванні живота, у хворого з незащемленою грижею відчувається поштовх, при защемленій грижі – не відчувається.

Цироз печінки, СПГ

1. **С-м «голови медузи»** - виражені вени на передній черевній стінці внаслідок реканалізації пупкової вени та зростання кровотоку по порто-кавальних анастомозах.
2. **С-м Штрюмпеля** – «симптом пустоти» у правому підребер'ї при пізньому цирозі печінки та СПГ внаслідок зменшення розмірів «зморщення» печінки.

Визначення судинної патології

Визначення артеріального кровообігу нижніх кінцівок

1. **Проба Панченко.** Хворий сидить, кладе хвору ногу на коліно здорової і досить швидко (1-3 хв) починає відчувати оніміння ступні, біль в литкових м'язах хворої ноги.
2. Симптом стиснення нігтьового ложа (**проба Леньєль-Лавастіна**) – показник стану мікроциркуляції (капілярного кровообігу). Одночасно стискають нігтьову фалангу 2 пальців на обох ступнях – виникає бліда пляма, яка в нормі відразу ж зникає після припинення стискування; при порушенні мікроциркуляції пляма утримується до 2-6 сек.
3. **Проба Гольдфламма.** Хворий лежить на спині, ноги піднімає над ліжком і протягом 2 хв. робить згинання-розгинання ступнями – при порушенні кровообігу литковий м'яз стомлюється, появляється оніміння, біль вже після 10-20 рухів: через 20 сек. – поширена оклюзія судин, через 40 сек. – середній ступінь ураження, якщо через 60 сек. – легкий ступінь (неповна обтурація судин).
4. **Проба Самюельса - Ратшова.** Хворий робить, як при попередній пробі, згинально-розгинальні рухи упродовж 2 хв. (1 раз /сек) – при порушенні артеріального кровообігу вже через 5-10 сек виникає збліднення шкіри підосви та пальців.
5. **Проба Оппеля** (симптом плантарної ішемії) – це поблідніння підосви стопи ураженої кінцівки, піднятої вгору на 45°. Залежно від швидкості появи поблідніння можна робити висновок про ступінь порушення кровообігу в кінцівках. При важкій ішемії воно настає протягом найближчих 4-6 секунд.

Оцінка клапанного апарату *поверхневих вен нижньої кінцівки*

1. **Проба Троянова-Тренделенбурга.** Хворий лежить на спині, піднімає ногу під кутом 45. Після спадіння варикозно-розширених вен на в/з стегна накладають джгут або пальцем стискають підшкірну вену в овальній ямці. Хворий встає. В нормі вени гомілки не наповнюються до 15 сек. Швидко наповнення вен знизу-вверх – недостатність клапанів перфорантних вен. Потім швидко знімають джгут (чи не стискають вену пальцем): наповнення вен стегна і гомілки зверху-вниз – недостатність остіального клапану і клапанів великої підшкірної вени.
2. **Проба Гаккенбруха-Сікара.** Лікар стискує в ділянці овальної ямки підшкірну вену і просить хворого покашляти – при неспроможності остіального клапану відчувається кашльовий поштовх – симптом позитивний.

Оцінка стану клапанів *перфорантних вен*.

1. **Проба Тальмана** – хворий лежить на кушетці, піднімаємо ногу на 45° для спорожнення поверхневих вен. Один довгий гумовий джгут (2-3 м) накладують на ногу по спіралі знизу вверху з відстанню між витками джгута повинно бути 5-6 см. Швидке наповнення вен між витками джгута свідчить, що в цій ділянці клапани комунікантних вен неспроможні.
2. **Проба Шейніса (триджгутова)** - хворий лежить на кушетці, піднімаємо ногу на 45° для спорожнення поверхневих вен. Накладують три джгута так, щоби вони перетиснули тільки поверхневі вени: на верхній тритині стегна (поблизу пахвинної складки), насередині стегна і на гомілку нижче колінного суглобу. Хворий встає на ноги: швидке наповнення вен на будь-якій ділянці між джгутами свідчить про неспроможність клапанів комунікантних вен. Джгут переміщують до низу по гомілці (повторюють пробу) і чітко визначають локалізацію патологічних вен.

Оцінка прохідності *глибоких вен*.

1. **Проба Прагга – 1.** Вимірюють окружність гомілки хворого. Він лягає на спину і піднімає ногу, на яку тісно накладають еластичний бинт. Хворий встає і ходить 10 хв. – поява болю в литкових м'язах свідчить про непрохідність глибоких вен.
2. **Маршова проба Дельбе-Пертеса.** Хворому в положенні стоячи (коли максимально заповнені підшкірні вени) нижче колінного суглобу накладають джгут (якби тільки перетиснути поверхневі вени) і пропонують походити 5-10 хв.: поверхневі вени спадаються – глибокі вени прохідні, не спадаються – або ж вони непрохідні, або ж неправильно проведена проба (стиснено глибокі вени). Тому пробу повторюють.

Тромбоз *глибоких вен гомілки*.

1. **Симптом Хоманса.** Поява болю в литкових м'язах при різкому пасивному тильному згинанні стопи.
2. **Симптом Мозеса** – біль в литкових м'язах при їх стисненні пальцями.

Симптоми травматичного ушкодження *паренхіматозних органів*

1. **Симптом Розанова (симптом “Ваньки-встаньки”)** – при горизонтальному положенні пацієнта виникає біль у ділянці правого надпліччя і затруднене дихання. (Кров подразнює очеревину діафрагми, верхнього відділу черевної порожнини). Тому він приймає напівсидячі положення, в якому біль зменшується (кров відтікає вниз).
2. **С-м Галанса** - феномен переміщення рідини – при повертанні потерпілого з одного боку на інший, наприклад з правого на лівий, притуплення перкуторного звуку переміщується вліво відповідно переміщенню рідини.
3. **С-м Джойса** - в ділянці травми перкуторно визначається притупленн, зона якого не переміщується при повертанні хворого на інший бік – це свідчить про наявність великої кількості згустків крові навколо пошкодженого органа, або заочеревинну гематому.
4. **С-м Хедрі** – під час натискування на нижню частину грудини при травмі селезінки виникає біль вздовж лівої реберної дуги, а травмі печінки – правої реберної дуги.

Симптоми *тиротоксикозу*

1. **С-м Грефе** – відставання верхньої повіки від райдужної оболонки при фіксації очима предмету, що повільно переміщується вниз, в зв'язку з чим між райдужною оболонкою і верхньою повікою залишається біла смужка склери. Обумовлений підвищеним тонусом м'яза, що піднімає верхню повіку.
2. **С-м Кохера (аналогічний симптому Грефе)** – відставання нижньої повіки при фіксації очима предмету, що повільно переміщується вгору.
3. **С-м Штельвага** – рідке неповне кліпання очима зумовлене зниженою чутливістю рогівки.
4. **С-м Мебіуса** – очні яблука розходяться – втрачається здатність фіксувати погляд на близькій відстані.
5. **С-м Жоффруа** – відсутність наморщування лоба при погляді вгору.