

Матеріали до
ОБ'ЄКТИВНОГО СТРУКТУРОВАНОГО КЛІНІЧНОГО ІСПИТУ
з державної атестації за освітньо-кваліфікаційним рівнем «магістр»
зі спеціальності 222 «Медицина»
дисципліна «Хірургічні хвороби з дитячою хірургією»

Гострий апендицит

1. **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).
2. **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 м. iliopsoas і апендикс приближується до передньої черевної стінки, симптом патогномонічний при ретроцекальній локалізації червоподібного відростка.
3. **С-м Сітковського** - хворий, що лежить на спині, швидко повинен повернутися на лівий бік, після чого відчуває посилення болю в правій здухвинній ділянці(зумовлено переміщенням і натягом сліпої кишки і червоподібного відростка).
4. **С-м Бартом'є – Міхельсона** - у положенні хворого на лівому боці при пальпації правої здухвинної ділянки зміщуючи сліпу кишку вниз, виникає чи значно посилюється біль.
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 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.
7. **С-м Яуре – Розанова** - натискають пальцем у ділянці поперекового трикутника Пті – про гостре запалення ретроцекально розміщеного апендиксу свідчить посилення болю.
8. **Трикутник Пті** - медіально - m. latissimus dorsi, латерально - m. obliqu. abd. externus, знизу гребінь крила клубової кістки
9. **С-м Габая** - посилення болю в момент коли швидко віднімають палець (як при визначенні симптому Щоткіна-Блюмберга) в ділянці трикутника Пті; симптом зумовлений запаленням ретроцекально розміщеного червоподібного відростка.
10. **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.
11. **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.
12. **С-м Губергріца** – біль і гіперестезія у ділянці Скарпівського трикутника, ознака запаленого ретроцекально розміщеного апендикса внаслідок втягнення у процес nervus genitofemoralis.
13. **С-м Міхельсона** – біль у правій здухвинній ділянці у положенні вагітної (у 2-3 триместрі) на правому боці.
14. **С-м Кримова** – біль при пальпації (прогинанні) мізинцем уведеним через зовнішнє пахове кільце задньої стінки пахового каналу.
15. **С-м Думбадзе** - посилення болю при введенні кінчика пальця в пупкове кільце і поштовхах у напрямку правої здухвинної ділянки.
16. **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.
17. **С-м Арсена** – пацієнт лежить на лівому боці, при пальпації лікар піднімає черевну стінку доверху– біль (с-м Сітковського) зникає. Через 3-5 сек відпускає черевну стінку, різке падіння її донизу викликає натягування брижеечки апендикса, його тертя об сусідні органи та черевну стінку, що викликає різкий біль.

Гострий холецистит

1. **С-м Боткіна** - 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 Караванова – Спектора (С-м Ко-Туї - Мейера – Шлезингера)** - (ознака гострого холециститу та локального перитоніту) - пупок і лінія живота зміщені в сторону локалізації джерела запалення (вверх і вправо) внаслідок скорочення і ригідності м'язів передньої черевної стінки.
4. **С-м Ронсгофа** – візуально навколо пупка відмічається жовтушність.
5. **С-м Сейла** – а ускультативно ослаблення дихання у нижній частині правої легені.
6. **С-м Іонаша** - при надавлюванні на соскоподібний відросток у місці прикріплення трапецієвидного м'яза де розміщується потиличний нерв (гілка шийного сплетення), посилюється біль в ділянці жовчного міхура.
7. **С-м Мюссі-Георгієвського** - при надавлюванні між ніжками грудино-ключично-соскоподібного м'яза справа, посилюється біль в ділянці жовчного міхура.
8. **С-м Караванова** – з'являється біль у правому підребер'ї при натискуванні на грудну стінку під кутом правої лопатки.
9. **С-м Боаса-Сквирського** – біль при натисканні пальцем праворуч VIII – X грудних хребців на спині.
10. **С-м Маккензі** – гіперестезія у правій підреберній ділянці.
11. **С-м Ляховицького** - при надавлюванні на мечоподібний відросток, або заводячи пальці під нього, появляється чи посилюється біль в зоні жовчного міхура.
12. **С-м Захар'їна** – біль при натисканні кінчиками пальців на ділянку жовчного міхура.
13. **С-м Кера** - при помірному натисненні пальцем в точці Кера (правий край прямого м'яза живота біля реберної дуги) під час вдиху, або й без нього появляється чи посилюється біль.
14. **С-м Грекова-Ортнера** - при постукуванні ребром долоні перпендикулярно по правій реберній дузі появляється чи посилюється біль в зоні жовчного міхура.
15. **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).
16. **С-м Образцова** – різкий біль при введенні кисті під праву реберну дугу (як при пальпації печінки)
17. **С-м Курвуазье** - при пальпації визначається збільшений не болісний жовчний міхур на фоні жовтяниці, характерний для обтурації холедоха дистально пухлиною і часто позитивний при водянці.

Гострий панкреатит

1. **С-м Керте** - відповідно локалізації підшлункової залози у вигляді поясу визначається резистентність передньої черевної стінки.
2. **С-м Мейо-Робсона** - при помірному надавлюванні у лівому реберно-хребтовому куті посилюється біль, у тому числі й у проекції підшлункової залози.
3. **С-м Чухрієнка** - при легких поштовхах передньої черевної стінки спереду назад і зверху вниз над пупком посилюється біль в зоні підшлункової залози.
4. **С-м Воскресенського** – відсутність чи ослаблення пульсації черевного відділу аорти над пупком (зумовлено набряком підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини).
5. **С-м Ніндера** - при натискуванні долонею у ділянці лівого підребер'я визначається пульсація аорти внаслідок розповсюдження пуьсової хвилі ліворуч внаслідок набряку п/ш залози.
6. **Зона Шоффара** – трикутної форми зона що утворена так: умовно проводять вертикальну лінію по білій лінії живота, іншу лінію горизонтально через пупок, а затим бісектрису прямого кута, що утворився. Сторонами зони є: серединна лінія, бісектриса кута і реберна дуга.
7. **С-м Осипової** - хворий лежить на спині; лікар підводить обидві кисті рук у поперековій ділянці і робить спробу припідняти хворого – при цьому посилюється біль у зоні підшлункової залози.
8. **С-м Гербріха** - при перкусії живота визначається тимпаніт у проекції підшлункової залози внаслідок паретичного здуття поперечно-ободової кишки.
9. **С-м Кюнео** - при пальпації визначається інфільтрат у проекції підшлункової залози.
10. **С-м Куллена** – поява жовто-фіолетових плям у пупковій ділянці.
11. **С-м Грей-Турнера** - поява жовто-фіолетових плям у вигляді окремих ділянок на бокових стінках живота.
12. **С-м Мондора** – синюшні плями на обличчі та тулубі.
13. **С-м Грюнвальда** – екхімози навколо пупка та сідницях внаслідок ураження периферичних судин ферментами залози та порушення проникності їх судин

Перфорація порожнистого органу

1. **Тріада Мондора** – «кинжальний біль», «дошкоподібний живіт» і «виразковий анамнез».
2. **С-м Дьєлафуа** – «кинжальний» біль у животі.
3. **С-м Краснобаєва-Крювельє** - різко виражене напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо над джерелом запалення («дошкоподібний живіт»).

4. **С-м Елекера** – «френікус-симптом» - ірадіація болю у надключичну ділянку справа чи зліва внаслідок подразнення газом діафрагми.
5. **С-м Вінтера** - черевна стінка не приймає участі в акті дихання із-за різкого напруження. 6. **С-м Чугаєва** – прямі м'язи живота напружені та виражений їх рельєф.
7. **С-м Дзбановського-Чугаєва** - при різкому напруженні передньої черевної стінки вище пупка відповідно перемичкам прямих м'язів живота видно поперечні складки шкіри.
8. **С-м Ратнера-Вікера** – різке напруження м'язів черевної стінки у епігастральній чи правій підреберній ділянці.
9. **С-м Бернштейна** – шкіра калитки гофрована, яєчка підтягнуті до зовнішніх отворів пахових каналів і статевий член повернутий вгору, або вгору і вправо.
10. **С-м Гюстена** – аускультативно визначаються: серцеві тони розповсюджені аж до пупка, шум тертя очеревини і «сріблястий дзвін» внаслідок виходу газу з перфорованого органа через рідину.
11. **С-м Брунера** – шум тертя діафрагми внаслідок скопичення шлункового вмісту між діафрагмою і шлунком
12. **С-м Грекова** - «вагусний пульс», частота пульсу сповільнена чи в нормі на фоні «жорстокого» болю в животі.
13. **С-м Кларка** – не визначається печінкового притуплення внаслідок скопичення газу між печінкою і черевною стінкою.
14. **С-м Спіжарного** - при перкусії тимпаніт у проекції печінки, печінкового притуплення не визначається, оскільки накопичений вільний газ у верхніх відділах черевної порожнини.
15. **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.
16. **С-м Куленкампа** - при ректальному пальцевому дослідженні визначається різкий біль та нависання передньої стінки прямої кишки.
17. **С-м Подлага** - ознака атипової перфорації виразки з розпоширенням газу клітковиною у задне середостіння через стравохідний отвір діафрагми, а далі за ходом стравоходу в ліву надключичну ділянку де і спричинює ознаки підшкірної емфіземи.
18. **С-м Вігіацо** - (ознака атипової перфорації виразки задньої стінки ДПК з розпоширенням газу клітковиною *lig. hepatoduodenale* і *lig. teres hepatis*) - у пупковій ділянці ознаки підшкірної емфіземи.
19. **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.

ГНК

1. **С-м Тіліякса – Вікера** – 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 Гіршпрунга** - зняття анального сфінктера при інвагінації.
4. **С-м Крувельє** - виділення крові із заднього проходу при інвагінації кишечника.
5. **С-м Лідського** - при аускультативній «тривалі, рокошуватій, різній за звучністю шуми, навіть мілкі короткі звуки».
6. **С-м Бейлі** - при занедбаній гострій кишковій непрохідності з явищами перитоніту перистальтика дуже ослаблена, але вислуховуються майже по всіх ділянках живота серцеві тони.
8. **С-м Спасокукоцького** - при тонкокишкової непрохідності аускультативно визначається шум падаючої краплі.
9. **С-м Руша** - еластичне помірно болісне пухлиноподібне утворення у животі при пальпації якого виникають тенезми;
10. **С-м Мондора** - у пізні строки гострої кишкової непрохідності при сильному перерозтягненні кишечника виникає ригідність черевної стінки.
11. **С-м Валя** - пальпується роздута петля кишки у вигляді гладкоеластичної опуклості, а інколи навіть видно ділянку асиметрії живота.
12. **С-м Склярова** - при легкому поштовхоподібному струсі передньої черевної стінки як пальпаторно так і аускультативно визначається шум плескоту рідини, що накопичилася в просвіті розтягнутих кишкових петель.
13. **С-м Грекова** - «Обухівської лікарні» - при ректальному дослідженні визначається балоноподібна порожня ампула прямої кишки та зняття анального сфінктера;

14. **С-м Шимонса-Данса** - відчуття пустоти у правій здухвинній ділянці при завороті сліпої кишки.
15. **С-м Матьє** - при швидкій перкусії кінчиками пальців над пупком, з'являється “шум плескоту”.
16. **С-м Ківуля** - при перкусії над перерозтягнутою газом і рідиною петлею кишки визначається тимпаніт з металевим відтінком.
17. **С-м Бебука** – наявність еритроцитів у промивних водах після клізми.
18. **С-м Цеге-Мантейфеля** - у пряму кишку під час виконання очисної клізми можливо ввести до 500 мл. води.

Виразкова кровотеча

1. **С-м Менделя** – біль при постукуванні кінчиками зігнутих під прямим кутом пальців, у ділянці присутності виразки.
2. **С-м Бергмана** – зменшення інтенсивності, або зникнення болю у ділянці епігастрія із самого початку шлунково-кишкової кровотечі.
3. **С-м Тейлора** – інтенсивна перистальтика внаслідок переповнення і подразнення кишок кров'ю і токсинами при її гнитті під час ШКК.

Пошкодження паренхіматозного органу

1. **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.
2. **С-м Джойса** - перкуторно притуплення визначається в ділянці травми і не переміщується при повертанні хворого на інший бік, що свідчить про наявність великої кількості згустків крові навколо пошкодженого органа, або заочеревинну гематому.
3. **С-м Хедрі** – під час натискування на нижню частину грудини виникає біль лівої реберної дуги при травмі селезінки, а правої – печінки.
4. **С-м Кера-2** – біль у ділянці лівого надпліччя і лівої половини шиї внаслідок подразнення діафрагмального нерва скопиченою кров'ю під лівим куполом діафрагми.
5. **С-м Розанова (симптом “Ваньки-встаньки”)** – при наявності рідини у порожнини очеревини, що швидко накопичується при горизонтальному положенні пацієнта, виникає біль в ділянці лівого надпліччя та лівої половини шиї (с-м Кера-2). Це заставляє пацієнта зайняти вертикальне положення, що полегшує стан. Але згодом з'являється головокружіння, запаморочення (як с-ми крововтрати), а також позиви до акту дефекації внаслідок подразнення прямої кишки через накопичення рідини у малому тазі. Це заставляє пацієнта знову зайняти горизонтальне положення.

Спайкова хвороба очеревини

1. **С-м Карно** – виникнення чи посилення болю в епігастрії при розгинанні тулуба.
2. **С-м Леотта** – біль при зміщенні шкіри живота взятої в складку.
3. **С-м Кноха** – біль у ділянці п/о рубця при лежанні на валику.
4. **С-м Блінова** - біль у ділянці п/о рубця при нахилі тулуба вперед.
5. **С-м Андросова** – біль у епігастрії при глибокій пальпації гіпогастрія.
6. **С-м Бондаренко** - біль у гіпогастрії при глибокій пальпації епігастрія.
7. **С-м Хунафіна** – біль при навмисному довільному надуванні живота пацієнтом.

Гострий перитоніт

1. **С-м Розанова** - пацієнта, який лежить на спині, просять видихнути повітря і зразу ж зробити додатковий видих: додатково видихнути повітря пацієнт не може із-за болю, оскільки для цього необхідно напружити м'язи передньої черевної стінки. Симптом дає змогу диференціювати наявність запального процесу в черевній порожнині чи поза її межами (плеврит, пневмонія).
2. **С-м Менделя** - при легкому постукуванні кінчиками пальців по передній черевній стінці виникає біль саме над місцем накопичення рідини чи джерелом запалення.
3. **С-м Роздольського** - при молоточковій перкусії передньої черевної стінки над джерелом запалення виникає чи посилюється біль.
4. **С-м Драхтера** - одною рукою тримають стопу випрямленої ноги хворої дитини, а другою, кулаком по п'ятці наносять поштовхи (перкутують). При цьому дитина захищається від болю у животі, який утримує рукою саме в ділянці запалення.
5. **С-м Вінтера** - черевна стінка не приймає участі в акті дихання із-за різкого напруження.

6. С-м Шоткіна – Блюмберга - при поступовому натисненні пальцями на черевну стінку хворий відчуває посилення болю (симптом **Мортола**), а якщо миттєво відняти руку від живота, то виникає біль надто виражений.
 7. С-м Воскресенського (сорочки) - при швидкому переміщенні кисті руки по шкірі чи сорочці 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 **Мортола** – під час поступового натиснення пальцями на черевну стінку хворий відчуває посилення болю
 9. С-м **Маделунга** - різниця температури тіла в аксілярній ямці та прямій кишці сягає понад 2 градуси.
 10. «**Крик Дугласа**» - сильний біль при пальцевому обстеженні прямої кишки чи бімануальному гінекологічному обстеженні.
 11. С-м «**обличчя Гіпократа**» - обличчя бліде із зеленим відтінком, покрите холодним потом, вираз страждальця та страху, риси загострені, запалі очі та щоки, «витагнутий» ніс і борода.
 12. **Правило Коупа** – якщо у животі хворого сильний біль, що раптово виник і триває 6 годин (це ознака «гострого живота») – потрібна екстрена операція.
 13. **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 – необхідна термінова лапаротомія.
- С-ми абсцесу піддіафрагмального простору*
14. С-м **Сенатора** - нерухомість хребта під час ходьби внаслідок напруження m. trector spinae
 15. С-м **Дюшена** – втягнення епігастральної ділянки при вдиху і випинання при видиху.
 16. С-м **Літтена** – втягнення міжреберних проміжків при вдиху.

Мезентеріальна ішемія

1. С-м **Штемберга** – при пальпації на фоні вираженого болю визначається «м'який живіт.»
2. С-м **Кадьяна-Мондора** – пальпаторно визначається щільна чи тістоподібної консистенції петля кишки, що імбібована кров'ю.
3. **Проба Мікельсена** – протягом 1 години хворий випиває 1 літр молока. Якщо у нього виразкова хвороба тоді біль у животі зменшується, або зовсім зникає, а якщо хронічна абдомінальна ішемія, тоді біль наростає і стає інтенсивним.

Грижі

1. С-м **Купера** – паховинна грижа пальпаторно визначається над- і ззовні лобкового горбика, а стегова – нижче і медіально від нього.
2. С-м «**кашльового поштовху**» - при кашлі та натужуванні живота, а за тим розслабленні живота не відбувається ні вправлення (хоча б частково), ні збільшення защемленого грижового вмісту. Це є ознакою защемлення грижі.
3. С-м «**зав'язування шнурків**» - при нахилі тулуба вперед у хворих виникає регургітація і зригування шлунковим вмістом внаслідок неспроможності замикального апарату виходу з шлунка в стравохід: згладжений кут Гіса, розправлена заслінка Губарева і ослаблений кардіальний жом.

Цироз печінки, СПГ

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

Практичні мануальні навички:

1. Аускультация грудної клітини.
2. Перкусія грудної клітини.
3. Пальпація грудної клітини.
4. Дренування плевральної порожнини за Бюлау.
5. Дренування плевральної порожнини за допомогою триампулярного активного дренажа.
6. Плевральна пункція.
7. Пальпація периферичних лімфатичних вузлів.
8. Пальпація молочних залоз.
9. Методична бімануальна ковзна глибока пальпація живота.
10. Пальпація щитоподібної залози.
11. Визначення лінії Дамуазо.
12. Аскультація серця.
13. Проба Ревилуа-Грегуара.
14. Накладання оклюзивної пов'язки на грудну клітку.
15. Пункція перикарда.
16. Зупинка кровотечі за допомогою джгута.
17. Зупинка кровотечі за допомогою тиснучої пов'язки.
17. Імобілізація кінцівки при переломах плеча та передпліччя.
18. Імобілізація кінцівки при переломах стегна та гомілки.

Пошкодження і перфорація порожнистого органа

1. **Тріада Мондора** – «кинжальний біль», «дошкоподібний живіт» і «виразковий анамнез».
2. **С-м Дьслафуа** – «кинжальний» біль у животі.
3. **С-м Краснобаєва-Крювельє** - різко виражене напруження м'язів передньої черевної стінки, особливо над джерелом запалення («дошкоподібний живіт»).
4. **С-м Елекера** – «френікус-симптом» - ірадіація болю у надключичну ділянку справа чи зліва внаслідок подразнення газом діафрагми.
5. **С-м Вінтера** - черевна стінка не бере участі в акті дихання із-за різкого напруження.
6. **С-м Чугаєва** – прямі м'язи живота напружені та виражений їх рельєф.
7. **С-м Дзбановського-Чугаєва** - при різкому напруженні передньої черевної стінки вище пупка відповідно перемичкам прямих м'язів живота видно поперечні складки шкіри.
8. **С-м Бернштейна** – шкіра калитки гофрована, яєчка підтягнуті до зовнішніх отворів пахових каналів і статевий член повернутий вверх, або вверг і вправо.
9. **С-м Брунера** – шум тертя діафрагми внаслідок скопичення шлункового вмісту між діафрагмою і шлунком
10. **С-м Грекова** - «вагусний пульс», частота пульсу сповільнена чи в нормі на фоні «жорстокого» болю в животі.
11. **С-м Кларка** - не визначається печінкового притуплення внаслідок скопичення газу між печінкою і черевною стінкою.
12. **С-м Спіжарного** - при перкусії тимпаніт у проекції печінки, печінкового притуплення не визначається, оскільки накопичений вільний газ у верхніх відділах черевної порожнини.
13. **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.
14. **С-м Куленкампа** - під час ректального дослідження визначається різкий біль і нависання передньої стінки прямої кишки. Позитивний при накопичуванні крові, чи іншої патологічної рідини у малому тазі.
15. **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.

Пошкодження паренхіматозного органа

1. **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.
2. **С-м Джойса** - перкуторно притуплення визначається в ділянці травми і не переміщується при повертанні хворого на інший бік, що свідчить про наявність великої кількості згустків крові навколо пошкодженого органа, або заочеревинну гематому.
3. **С-м Хедрі** – під час натискування на нижню частину грудини виникає біль лівої реберної дуги при травмі селезінки, а правої – печінки.
4. **Симптом Кера-2** – біль у ділянці лівого надпліччя і лівої половини шиї внаслідок подразнення діафрагмального нерва скопиченою кров'ю під лівим куполом діафрагми.

5. Симптом Розанова (симптом “Ваньки-встаньки”) – при горизонтальному положенні пацієнта виникає біль у ділянці привого надпліччя і затруднене дихання, що вимагає вертикального положення, але в той же час виникає позив до акту дефекації, запаморочення аж до втрати свідомості, тоді хворий знову займає горизонтальну положення. Такі прояви знову повторюються.

Гострий перитоніт

1. С-м Розанова - пацієнта, який лежить на спині, просять видихнути повітря і зразу ж зробити додатковий видих: додатково видихнути повітря пацієнт не може із-за болю, оскільки для цього необхідно напружити м'язи передньої черевної стінки. Симптом дає змогу диференціювати наявність запального процесу в черевній порожнині чи поза її межами (плеврит, пневмонія).

2. С-м Менделя - при легкому постукуванні кінчиками пальців по передній черевній стінці виникає біль саме над місцем накопичення рідини чи джерелом запалення.

3. С-м Роздольського - при молоточковій перкусії передньої черевної стінки над джерелом запалення виникає чи посилюється біль.

4. С-м Драхтера - одною рукою тримають стопу випрямленої ноги хворої дитини, а другою, кулаком по п'ятці наносять поштовхи (перкутують). При цьому дитина захищається від болю у животі, який утримує рукою саме в ділянці запалення.

5. С-м Щоткіна – Блюмберга - при поступовому натисненні пальцями на черевну стінку хворий відчуває посилення болю (симптом **Мортола**), а якщо миттєво відняти руку від живота, то виникає біль надто виражений.

6. С-м Воскресенського («сорочки») - при швидкому переміщенні кисті руки по шкірі чи сорочці 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.

7. С-м Мортола – під час поступового натиснення пальцями на черевну стінку хворий відчуває посилення болю

8. С-м Маделунга - різниця температури тіла в аксілярній ямці та прямій кишці сягає понад 2 градуси.

10. С-м «Крик Дугласа» - сильний біль при пальцевому обстеженні прямої кишки чи бімануальному гінекологічному обстеженні.

10. С-м «обличчя Гіпократа» - обличчя бліде із зеленуватим відтінком, покрите холодним потом, вираз страждальця та страху, риси загострені, запалі очі та щоки, «витагнутий» ніс і борода.

Симптоми абсцесу піддіафрагмального простору

11. С-м Сенатора - нерухомість хребта під час ходьби внаслідок напруження m. erector spinae

12. С-м Дюшена – втягнення епігастральної ділянки при вдиху і випинання при видиху.

13. С-м Літтена – втягнення міжреберних проміжків при вдиху.

Симптоми гострого панкреатиту

1. С-м Чухрієнка - при легких поштовхах передньої черевної стінки спереду назад і зверху вниз над пупком посилюється біль в зоні підшлункової залози.

2. С-м Ніндера - при натискуванні долонею у ділянці лівого підребер'я визначається пульсація аорти внаслідок розповсюдження пуьсової хвилі ліворуч внаслідок набряку п/ш залози.

3. С-м Осипової - хворий лежить на спині; лікар підводить обидві кисті рук у поперековій ділянці і робить спробу припідняти хворого – при цьому посилюється біль у зоні підшлункової залози.

4. С-м Гербріха - при перкусії живота визначається тимпаніт у проекції підшлункової залози внаслідок паретичного здуття поперечно-ободової кишки.

5. С-м Кюнео - при пальпації визначається інфільтрат у проекції підшлункової залози.

Грижі стравохідного отвору

1. С-м «зав'язування шнурків» - при нахилі тулуба вперед у хворих виникає регургітація і зригування шлунковим вмістом внаслідок неспроможності замикального апарату виходу з шлунка в стравохід: згладжений кут Гіса, розправлена заслінка Губарева і ослаблений кардіальний жом.

Плеврити, емпієма плеври

1. Симптом Бачеллі – посилення шепоту хворого, яке добре прослуховується при аускультатії грудної клітки. Виявляють при гідротораксі.

2. Симптом Келлока – при випоті до плевральної порожнини постукування у місці передбачуваного випоту викликає вібрацію ребер. Вона сприймається правою рукою, притиснутою до грудної стінки нижче соска з того ж боку. При пневмонії вібрація не визначається.

3. Симптом Пржевальського – напруження та звуження міжреберних проміжків. Спостерігають при випоті у порожнину плеври.

4. Симптом Хувера – зменшення амплітуди руху ребер під час вдиху і видиху на ураженому боці. Виявляють при ексудативному плевриті та пневмотораксі.

5. Симптом «зона Шкоди» - полоска тимпаніту, над верхньою межею тупого звуку при випітних плевритах. Характерна для компресійного ателектазу легень.

6. Симптом Яновського – зникнення або ж послаблення болю у грудній клітці при її іммобілізації стисненням руками. Характерно для захворювання плеври.

Медіастиніти

1. Симптом Герке – посилення болю за грудною при запрокидуванні голови назад внаслідок спазму м'язів інфрагіоїдної групи при передньому медіастиніті.

2. Симптом Редінгера – посилення болю у грудній клітці, особливо між лопатками під час ковтання при задньому медіастиніті.

3. Симптом Романова – біль за грудиною та під лопатками, який посилюється при ковтанні та запрокидуванні голови. Виявляють при гострому медіастиніті.

Гнійно-запальні захворювання легенів

1. Симптом Бейс-Арді – афонія при гангрені легень внаслідок подразнення п. recurrens.

2. Симптом Вінтріха- при перкусії у хворого з відкритим ротом тимпанічний звук над порожниною у легені вище та коротше, із закритим – нижче та довше, якщо порожнина розташована поверхнево та з'єднується з бронхом (абсцес, каверна).

3. Симптом Лаеннека- своєрідний «шум тріснутого кувшина», що визначається перкуторно над порожниною у легені при сполученні її з бронхом.

Захворювання молочної залози

1. Симптом Кеніга – при доброякісних пухлинах ущільнення чітко визначається пальпацією молочної залози при захопленні її між великим та рештою пальців руки у вертикальному положенні жінки. Якщо пальпувати залозу долонями, притискаючи її до грудної клітки у горизонтальному положенні ущільнення не визначається. При раку характер ущільнення не змінюється.

2. Симптом Краузе – потовщення соска та ареоли при раку молочної залози.

3. Симптом Прібрама – при потягуванні за сосок ракова пухлина молочної залози зміщується слідом за ним.

4. Симптом Рі – ознака пухлини молочної залози, фіксованої до грудної клітки. При відведенні руки на ураженій стороні до прямого кута пухлина залишається нерухомою.

5. Симптом (вузол) Зоргіуса - при раку молочної залози під зовнішнім краєм великого грудного м'яза на третьому зубці m. serratus anterior пальпують лімфатичний вузол величиною від горошини до лісового горіха.

Ускладнення інтенсивної терапії

1. Симптом Безінбергера – виникає внаслідок перевантаження правої половини серця при швидкій внутрішньовенній інфузії: колючий біль у серці, сповільнення пульсу, ціаноз, залишка.

Практичні мануальні навички:

1. Аускультация грудної клітини.
2. Перкусія грудної клітини.
3. Пальпація грудної клітини.
4. Дренування плевральної порожнини за Бюлау.
5. Дренування плевральної порожнини за допомогою триампулярного активного дренажа.
6. Плевральна пункція.
7. Пальпація периферичних лімфатичних вузлів.
8. Пальпація молочних залоз.
9. Методична бімануальна ковзна глибока пальпація живота.
10. Пальпація щитоподібної залози.
11. Визначення лінії Дамуазо.
12. Аскультація серця.
13. Проба Ревилуа-Грегуара.
14. Накладання оклюзивної пов'язки на грудну клітку.
15. Пункція перикарда.
16. Зупинка кровотечі за допомогою джгута.
17. Зупинка кровотечі за допомогою тиснучої пов'язки.
17. Імобілізація кінцівки при переломах плеча та передпліччя.
18. Імобілізація кінцівки при переломах стегна та гомілки.

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 верхньобрижеекове 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 епігастрії 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 ретроцекального 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** - натискують 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) мизинцем 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 Дьслафуа** – «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-Чугасва** - 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 вгору, або вгору 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, «витагнутий» 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 сорочці 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 Мортла** – 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 **Мортла**), а якщо миттєво відняти руку від живота, то виникає біль надто виражений.
14. **С-м Маделунга** - різниця температури тіла в аксілярній ямці та прямій 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 Тіліакса – 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 Склярлова** - 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 Леньель-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 підшви та пальців.
5. **Проба Опеля** (симптом плантарної ішемії) – це поблідіння підшви стопи ураженої кінцівки, піднятої вгору на 45°. Залежно від швидкості появи поблідіння 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. Швидке 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 стискає 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) накладають на ногу по спіралі знизу вгору 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. Накладають три джгута так, щоби вони перетиснули тільки поверхневі вени: на верхній третині 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 Пратта – 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 напівсидячи 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 переміщуєт 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 уверх.
- 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 уверх.

Невідкладні стани

Перелік практичних навичок.

1. Оцінити безпечність місця події.
2. Застосувати засоби індивідуального захисту та спеціалізованого одягу.
3. Провести первинний огляд пацієнта за схемою «ABCDE».
4. Провести вторинний огляд постраждалого.
5. Зібрати анамнез за схемою «SAMPLE».
6. Провести медичне сортування. Заповнити сортувальний талон.
7. Забезпечити периферичний внутрішньовенний та внутрішньокістковий доступи.
8. Провести введення лікарських речовин (внутрішньовенне струминне та крапельне, внутрішньокісткове), в т.ч. у польових умовах.
9. Встановити сечовий катетер.
10. Встановити шлунковий зонд.
11. Забезпечити прохідність верхніх дихальних шляхів. Надати постраждалому стабільного бокового положення.
12. Відновити прохідність дихальних шляхів за допомогою прийому Геймліха.
13. Встановити назо- та орофарингіальні повітроводи.
14. Накласти оклюзійну пов'язку з клапаном.
15. Виконати декомпресійну пункцію плевральної порожнини.
16. Здійснити інтубацію трахеї.
17. Виконати хірургічне відновлення прохідності дихальних шляхів.
18. Зупинити кровотечу прямим тиском, тампонуванням та за допомогою засобів для зупинки кровотечі (турнікети CAT, SOF, SWAT, Січ; перев'язувальні пакети Israeli Emergency Bandage, Tac Med Solutions Blast bandage, Olaes Modular Bandage; гемостатичні засоби (Кровоспас, Celox, QuikClot).
19. Провести стабілізацію хребта, стабілізацію та іммобілізацію опорно-рухового апарату та накладати пов'язки при травмах.
20. Здійснити іммобілізацію шийного відділу хребта за допомогою шийного комірця.
21. Здійснити серцево-легеневу реанімацію, у тому числі із застосуванням дефібрилятора та дихального обладнання.
22. Записати та інтерпретувати результати електрокардіограми.
23. Виконати пульсоксиметрію.
24. Визначити рівень глікемії. Проводити експресдіагностику глюкози та кетонових тіл у сечі.