Заключение

„Остър кивот“ - това е „пробният камък“, върху който се усъвършенства не само техническото умение на хирурга, но на първо място диагностичното умение на всеки лекар. Притежание на клинични прегледи. както и познаването и тълкуването на специфични преди преброяването техники, които изясняват диагнозите, е изключително [1] необходимо за лекарите, особено тези, които са в челните редици на медицината. „Лекарят остава студент до смъртта. Когато умира да учи, той умира като лекар ”(Доусън).

В случай на остри заболявания и наранявания на коремните органи, лекарят трябва за кратко време да постави диагноза, да вземе оптимално тактическо решение, да вземе решение за обема на първата помощ и по-нататъшното лечение.

Мисленето на лекаря до леглото на пациента не е толкова различно от общото, въпреки че съдържа в себе си общ проблем! логика. Същността на професията несъмнено ще повлияе на оригиналността и естеството на опита, тъй като лекарят, решавайки диагностичния и терапевтичния проблем, трябва да се придържа към строги правила, които произтичат от отношенията с пациента. Състои се от наблюдение, разпространение, изследвания и други методи за получаване на информация за пациента. Vcc това трябва да се комбинира с дълбоки пропуски на лекаря.

Първичната диагностика, особено на етапа преди осниталиома, често има интуитивен характер. Лекарят разчита на личния си опит и знания, създава се картина въз основа на по-рано срещани случаи. И понякога такава интуитивна диагноза може да бъде надеждна, особено ако клиничната картина протича с типични прояви. В ситуация на несигурност и повишен риск е необходимо да се направи логичен избор между по-вероятната и по-малко вероятната диагноза, а оттам и съответните тактики и лечение. Познаването на разнообразието от заболявания, свързани със синдрома на коремна острота, трябва да насочи лекаря към необходимостта от задълбочена диференциална диагноза.

Успехите и неуспехите в медицината на Клипич, и особено в хирургията, не винаги зависят от наличието на модерна съвременна диагностична апаратура. Понякога опи може да се определи само от клиничната преценка и знанията на конкретния лекар. Клиничната терапия е многостранна концепция. Той съчетава както способността за събиране на информация. и способността да се вземе най-правилното решение, особено в случай на атипичен или олигосимптоматичен ход на заболяването.

Разбира се, изключително трудно е да се отрази информация за всички заболявания, които по един или друг начин могат да дадат картина на „острота на корема“, затова ще се опитам да дам основната информация за най-често срещаните и най-често срещаните заболявания.

Списък на литературата

1. Авдей Л.В. Грешки в диагностиката и лечението на остри заболявания на коремните органи в селските райони / Л.В. Авдей, П.Д. Карнаух. - Минск: Издателство „Беларус“, 1974.

2. Акжигитов Г.Н. Остри хирургични заболявания на коремните органи / Г.Н. Акжигитов. - М., 1997.

3. Бажапов В.А. Остра болест на коремната кухина / В. А. Бажанов //

- М.: Медицина, 1957.

4. Байров Г.А. Спешна хирургия за деца / G.A. Байров. - Л.: Медицина, 1979.

5. Блипов Н. И. Трудности и грешки при диагностицирането на остри заболявания на коремните органи / Н. И. Блинов, Т.А. Гомзяков. - Л.: Медицина, 1962.

6. Блинов Н.И. Указания за лекарите за диагностика на заболявания, които симулират "остротата на корема" / Н.И. Блинов. - Л.: Медицина, 1960.

7. Богомолов Б.П. Диагностика на чревни и някои други инфекции, имитиращи авангарда на хирургичните заболявания на органите на коремната кухина. Хирургия / B.P. Богомолов // Хирургия. - 1998. - No 1. - С. 19-25.

8. Бухщаб Я.А. Извънкоремни заболявания, симулиращи „остър корем“ / Ya.A. Бухщаб, М.Г. Каменчик // Запад. хирургия. - Т. 5. - Кн. 2-3.

- 1939. - С. 308-322.

9. Vetshev I I.C. Фалшиви точки на стомаха като маска на някои ендокринни заболявания / I.S. Vetshev, L.I. Иполитов, Е.И. Коваленко // Хирургия.

- 2002. -№ 2. - С. 65-70.

10. Викер М.М. Остър стомах / М.М. Викер. - М.: Ростиздат, 1946.

- 200 стр.

11. Виноградов А.А. Диференциална диагноза на вътрешни заболявания / А.А. Виноградов. - М., 1980. - Т. 1-2.

12. Габриел П. Крестин. Остър корем / Габрисл П. Крестин, Питър Л. Чойке; 11er. с amgl. - М.: Gzotar-Msd, 2001. - 349 с.

13. Печелете Ю.М. Грешки в диагнозата "остър корем" / Ю.М. Таим.

- Минск, 2001. - 24 с.

14. Граждански кодекс на Руската федерация. 1 и 2. - М.: Издателство „Нова вълна“, 1996.

- 512 с.

15. Грипбърг А.А. Спешна коремна хирургия / А.А. Грийнбърг.

- М.: Триада-X, 2000.

16. Громов А.11. Права, задължения и отговорности на медицинските работници / А.П. Громов. - М.: Медицина, 1976.

17. Даиилов И.В. Грешки в диагностиката и лечението на остри хирургични заболявания на коремната кухина / И.В. Данилов, А.Г. Каравани. - М .: Медицина, 1965. - 325 с.

18. Диагностика на "остроживота" / изд. Н.Н. Самарина. - Л .: TIML, I 1940.

19. Клинична хирургия / изд. Ю.М. Пантсфева. - М.: Медицина, 1998.

20. Комаров Б. Остръш стомах / Б. Когларов // Доктор. - 2005. - No 7. - C 45-48.

21. Королев Б.А. Ostrsh корем / V.A. Королев, В.А. Gaguship. - Горки, 1978.

22. Кочнев О.С. Хирургия за спешни състояния / ОПЕРАЦИОННА СИСТЕМА. Кочнев. - Казан, 1981. - 272 с.

23. Краковски Н.И. Грешки в хирургическата практика / Н.И. Краковски, Ю. Грицман. - М., 1959.

24. Крмлов А.А. Psotlozhnaya гастроцентерология / A.A. Кркпов, А.Г. Zsm-blooper, V.A. Михайлович, А.И. Иванов. - М.: Медицина, 1988.

25. Кудрявцев В.А. Детска хирургия / В.А. Кудрявцев. - Архангелск,

2000 г.

26. Кутушев Ф.Х. Спешна хирургия на гръдния кош и корема (грешки в диагностиката и тактиката) / Ф.Х. Кутушев, М.П. Гвоздев и В.И. Филип, А.С. Или в. - Л.: Медицина, 1984, - 248 с.

27. Лазовскис И.Р. Справочник по клинични симптоми и sipdromov / I.R. Lazovskis. - М.: Медицина, 1981.

28. Lejar P. Ostrsh корем / P. Lejar. - М.: Медицина, 1940.

29. Линденбаум И.С. Методология за изследване на хирургични пациенти (x / I.S. Lindenbaum. - M.: Medicine, 1957.

30. Лисицин К.М. Спешна хирургия на коремната кухина / К.М. Лисицин, Ю.Т. Шапоишиков. - Москва: Военно издателство, 1984 г. - 224 с.

31. Майстренко Н.А. Спешна коремна хирургия / Н.А. Мейс Трейко, К.М. Мовчан, В.Г. Волков. - CI16.: Петър, 2002.

32. Масумов С.А. Разпознаване на някои остри заболявания на коремните органи / S.A. Масумов, И., М. Надевдин. - Ташкент, 1966.

33. Матяшин И.М. Симптоми и синдроми в хирургията / I.M. Матяшин, А.А. Olshanstsky, A.M. Глузман. - Киев: Здраве, 1975.

34. Mopdor G. Спешна диагностика на корема / G. Mondor. - М.; 1939. -Т 1.

35. Пелюбович Я.Н. Ръбът на вмъкването на коремните органи / Ya.N. Нслюбович. - М.: Медицина, 1961.

36.11 Спешна коремна хирургия / изд. В.Т. Злицева. - Киев Здраве, 1989. - 272 с.

37. Мифантьев О.Е. Остър апендицит / O.F;. Нифайтиев. - Красноирск, 1986.

38. Мифантьев О.Е. Перфорираща язва на стомаха и дванадесетопръстника / O.E. Мифантиев. - Краспоярск, 1987.

39. Нифайтиев О.Е. Механично препятствие! " черва / О.Е. Без фантазии. - Краспоярск, 1989.

40. Подоиенко-Богданова А.И И. Болести, които имитират „остър живот“ / А.11. I Юдоненко-Богданов. - Киев: Здраве, 1968.

41. Грешки в диагнозата „коремна острота“. - Киев: Здраве, 1981.

42. Померанцев В.П. Болка в корема, диференциална диагноза в амбулаторната практика / В.П. Померанцев // Санкт Петербург. медицински извлечения. - 1991.- С. 28-31.

43. Попов В.Л. 11ravovge основи на медицинската дейност / V.L. Попов.

- СПб., 1997. - 98 с.

44.1 Юташов Л.В. „Остър корем“ - принципът на диагностика и лечебна тактика е съвременен / Л.В. Поташов, Т. Д. Фигурина // Пак там. - С. 51-56

45. Рошал Л. М. Ostrsh стомаси на деца / L.M. Рошал. - М., 1980. - 192 с.

46. ​​Насоки за спешна хирургия на коремните органи / изд. акад. СРЕЩУ. Савельев. - М.: Медицина, 1988.

47. Сергеев Ю.Д. Съветски закон за медицинските институти / Ю.Д. Сергеев.

- Киев: Виш. шк., 1984.

48. Скрипийченко Д.Ф. Спешна коремна хирургия / DF. Скрипийченко. - Киев: Здраве, 1986 г. - 350 с.

49. Trudy I Всеукраински конгрес на хирурзите. - Днепропетровск, 1927. • С. 10-82.

50. Наказателен кодекс на Руската федерация. Официален текст. - М.: Изд. група "INF PA-M-Norma", 1996. - 208 с.

51. Хеглин Й. Хирургичен преглед / Й. Хеглин. - М.: Медицина, 1991.

52. Khzgglin R. Диференциална диагноза на вътрематочни заболявания / R. Khzgglin. - М.: Медицина, 1993.

53. Злкин М А. Придобита в общността диагноза на остър корем / М.А. Злкин. -Л., 1974.

54. Злкин М.А. Ostrsh корем / M.A. Злкин. - М.: Медицина, 1981.

55. Бийл Дж. Диагностика на остра коремна болест / J.M. Бийл Дж. Г. Рафенспергер. - Филаделфия, 1979.

56. БегерГ. Верн I:. Akutes корем. - Щутгарт, 1987.

57. Dick W. Das Akute Abdomen. - Берн, 1986.

58. Fischer G. Гастроентерология. - Вена, 1974.

59. Leiber B. Olbrich G. Die klinischen синдром. - Мюнхен-Берлин-Виена, 1966.

60. Reiferscheid M. Chirurgie. - Щутгарт, 1974.

Приложения

Приложение /

Схема на преглед на пациент с "остър стомах"

Оплаквания, анамнеза

1. Коремна болка (да, не).

2. Локализация на болката по проксимален начин (в целия корем, в zpigastria, в мезогастриума, в десния хипохондриум, в дясната илиачна област, в дясната половина на корема, в левия хипохондриум, в лявата илиачна област, в лявата половина на корема, в лумбалната област).

3. Интензивността на болката (по-силна, умираща, по-слаба).

4. Начало на заболяването (внезапно, остро, постепенно нарастващо).

5. Време от началото на заболяването (до 6 часа, от 6 до 24 часа, повече от 24 часа).

6. Облъчване на болка. Има левкорея, а след това къде (в десния раменен пояс, в левия раменен пояс, отзад, в половин орган], друга локализация).

7. Обстоятелства, съпътстващи появата на заболяване (нарушаване на диетите, травма, физическо натоварване, трескаво състояние! По-ранна болка след хранене!, Подстригване, хълцане, повръщане, има ли кръв в изпражненията, има ли кърваво повръщане на кръв в урина, кървава или зачервена ступа, независимо дали е чернодробна, бъбречна колика, жълтеница и др.).

8. Съпътстващи явления - виене на свят, слабост, загуба на съзнание (d лития). Гадене, повръщане, колко пъти от (ядене, стомашен сок, жлъчка, кръв), когато се появи повръщане (с болка или по-късно). Естеството и времето на последния настинка, изпускането на газове. Уриниране

- нарушение на него, трудност, забавяне, повече в би е усещания с него, тип

урина. При жените - нарушение на функцията на мейструалпа, v. Вагинално отделяне, сексуална активност, бременност.

Преглед на пациента

1. Общото състояние на пациента (задоволително, сред тежестта, тежко).

2. Позицията на vshuzhdsinos или безплатно. •

3. Цветът на кожата и лигавиците (бледност, хиперемия, цианоза, пожълтяване, земен оттенък).

4. 11 пулс (честота, пълнене, облъчване, ритъм), артериално кръвно налягане.

5. Сърце: граници, данни за аускултация 1C, dmhanium в минута

5. Бели дробове: даннме на перкусия и аускултация.

7. Ide! K (мокър, донякъде сух, сух, покрит).

8. Инспекция на корема - даннме: подути, прибрани, симетрични или асиметрични (поради подуване или прибиране на която и да е част от него). Коремното дишане е неговото отсъствие или изоставане при затъмняване на някоя от частите на коремната степ. Наличието на пигментация (от нагревателни подложки) или отделни белези, локализация и на двете. Видима перисталтика, нейната същност, локализация.

Палпация на Dunnme: ригидност на коремната стена, нейната локализация и стена (умерена, значителна, рязко избледняла, достатъчна). Болест, нейната локализация. Наличието на шум от пръски. 11 наличието или отсъствието на симптоми на Щеткна-Блумберг, Воскресепски, Ортпер, Пасгарнацки и др.

Dunnme перкусия: сондиране на черния дроб, бъбреците, далака. Чернодробна тъпота (запазена, отсъстваща). Тъпота в наклонени места на коремната кухина (да, не).

Тимпанит, местоположението му. Зона "перкусионна болест" според Раздолски.

Dunnme на аускултацията: чревен шум, техния характер, места с най-голямо разпространение (укрепване 1, без промяна!, Отслабено, отсъстващо).

9. Температура (в подмиечната ямка, в ректума).

10. Изследване на Rsktalnos: надвисване на предната стена, болезненост на предната чревна стена, тонус на сфинктера, състояние на ампула! ректум (празен, раширепа, изпълнен с изпражнения). При проучване на

т кръв в ръкавици (да, домашен любимец).

11. Dunnme на вагинално изследване: заболяване на сводовете (да, не), болка при преместване на матката (да, не). Наличието или липсата на кръв във влагалището. Естеството на разделенията. Състоянието на маточните придатъци (размер, болезненост). Размерът на матката. Наличието на анормални образувания (плът, четка, тяхната подвижност, болезненост).

12. Dunnme за изследване на разрези: урина, нейният цвят. Изпражнения, копсистенция, цвят (глинест, кафяв, с примеси на алена кръв).

Допълнителни методи за изследване

1. Пълна кръвна картина.

2. Общ анализ на урината.

3. Обикновена рентгенография на коремната и гръдната кухина.

4. Ултразвук (ултразвуково изследване).

5. FGDS (фиброгастродуоденоскопия). в. ZKG (електрокардиография).

6. FPP (функционален чернодробен тест).

|  |  |
| --- | --- |
| Принятьге значения лаборато | Приложение 2 ЖЬ1Х показателен |
| Обший анализ крови (аппарат Sysmex КХ-21): |  |
| 1. Зритроцить! (RBC) | 4,5—5,0x10'/ |
| 2. Ге.моглобип (HGB) | 110—160 г/л |
| 3. Циетиой показате.пь | о  Оо  © |
| 4. Ретикулоцить] | 1,2 или 12% |
| 5. Тромбонить» ( PLT) | 150 - 400x10\* |
| 6. Лейхоцить] (WJBC): | 6-8x10\* |
| Базофиль' (MXD %) | 0,05% |
| Зозинофилм | \  •\*- |
| Нейтрофили {NEUT %): | 0,52 - 0,7 |
| Абсолютное содержалие пейтрофилов (NEUT#) | 1,2-5,3x10/9 |
| • сегментоядерньк | 63—67% |
| J1ИМфо 1 LHThl (I .YM %) | 0,19-0,37 |
| Моноцить! (MHD#) | 0,57-0,88x10/9 |
| 7. СОЗ | 1 — 10 мм/час |
| 8. Гематокрит (НСТ) | 40—55 |
| 9. Срсднее содержяние 11в в еритроците (МСН) | 28 - 34 pg | |
| 10. Средияя концентрация Нв а зритроците(МСНС) | 300 - 380 г/л |
| 11. Средний объем еритроцита (МСV) | 75-95- 100 f( |
| Koaiy\*ioc рам.ма (аппарат STA Compact): | 1  | |
| 1. Протромбиновий индекс | 80 105% |
| 2. Фибриноген | 2 — 4 г/л |
| «3. АЧТВ (активированное частичное тромбопласти- новое время) | 30 - 40 сек. |
| 4. Антитромбин II! | 80 - 120% |
| 5. Фибринолиз | 70 — 80 сек. |
| 6. Протромбин по Квику | 70 - 120% |
| 7. МНО (междупароднос нормализованкое отно­шение) | 0,9- 1.3 |
| 8. РКФМ (растворимьге комплексм фнбринмоно- мера) | До 4 мг/1 ООмл |
| 9. Агрегаиия тромбоцитов с АДФ (аденозиндифос- фатом) | 20—25 сек., к адреналину 40—50 сек. |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 10. Тромбиновое время | 14-21 сек. |
| 11. Д - димер | До 0,5 мкг/ мл |
| 1 12. Плазминоген | 80 - 120% |
| 13. Альфа 2 антиплазмин | 80- 120% |
| 14. ABC (активированиое время евертмвания) | 90 - 120 сек. |
| 15. Протеин С | 70 - 130% |
| 16. Фактор V | 70 - 120% |
| 17. Фактор VIИ | 60 - 150% |
| Ю.Д лительность кровотечеиия по Дуке | 1 —3 мин. |
| Биохимические показатели крови (аппарат Cobas Mira Pius, аппаратStat fax 1904 Plus) |  |
| I. Би.пнрубин общий | 8,5—20,5 мкмоль/л |
| 2. Общий бел ок | 65—85 г/л |
| 3. Мочевина | 2,5—8,3 ммоль/л |
| 4. Креатинин | 0,044 — 0.102 ммоль/л |
| 5. АЛТ (аланинаминотрансфераза) | 30 - 40 ед. |
| 6. ACT (аспартатаминотрансфераза) | 35-40 ед. |
| 7. Щелочная фосфатаза | 80-295 ел./л |
| 8. Амилаза | 70— 140 ед. |
| 9. Холестерин | 3,2—5,2 ммоль/л |
| 10. Фосфор | 0,65 — 1,3 ммоль/л |
| 1 1. Сахар | 3,5—5,5 (до 6,1) ммоль/л |
| 12. Гамма ГТ (глютамилтрзнефераза) | 5 — 50 ед/л |
| 13. Креатинкиназа | 24 - 190 ед /л |
| 14. Свободнь1Й гемоглобин | До 0.05 г/л |
| 15. Лактат (вена) | 0.5 - 2.2 ммоль/л |
| 16. Лактат (артерия) | 0.5 - 1.6 ммоль/л |
| 17. Лактат (ликвор) | Менее 2.8 ммоль/л |
| 18. Злектролити: |  |
| кальций | 2.1 —2,6 ммоль/л |
| калий | 3.5—5 ммоль/л |
| хлорида | 95— 110 ммоль/л |
| натрий | 135 — 153 ммоль/л |

|  |  |
| --- | --- |
| железо | 10,7—21,5 мкмоль/л |
| 19. Липаза | до 140 ед./л |
| 20. Тимоловая проба | 0 - 5ед. |
| 21. Триглицериди | 0,55- 1.85моль/л |
| 22. Осмолярноеть | 280 - 300 мосмоль/л |
| 23. Альбуминм | 35 — 55 г/л |
| 24. ЛПВП (липоиротеиди високой плотности) | До 1,42 ммоль/л |
| 25. Бста-липопротеиди | 35 - 56 ед. |
| 26. ЛДГ (лактатдегидрогеназа) | До 450 ед/мл |
| Циркулирующие иммуннме комплекси (ЦИК) | 6—12усл. ед. |
| Лейкоцитарний индекс интоксикации (ЛИИ) | до 1,5—2,0 |
| СМ (средние молекули) | 0,240 усл. ед. |

Забележка

Увеличаването на броя на зрителите и техните маси (хематокрит) показва спектроцитоза, която може да победи ervkchnsh (поражение на зрител) или вторична, която! се развива поради кислородно гладуване на тъканите, хемоконцентрация. Намаляването на Hb и 3 е индикация за анемия.

Тромбоцитозата възниква след спленцктомин и може да бъде придружена от хронични възпалителни процеси. Намаляване - тромбоцитопения, което се наблюдава при хеморагична диатеза и; f.

Подчинението на броя на левкоцитите - левкоцитоза - се наблюдава при остри възпалителни и инфекциозни процеси, в тежки случаи е придружено от изместване на формулата наляво. 1 младеж до няколко десетки и стотици клетки показва левкемия. Намаляване под 4000 - левкопенин. Наблюдава се при лъчева болест, коремен тиф. интоксикация.

Увеличаването на POPs показва възпалителен процес.

Билирубин се появява с жълтеница.

Общият протеин намалява при недостатъчно хранене, нарушена чернодробна функция и hyuchek.

Увеличаването на уреята и креатинина показва бъбречна недостатъчност.

Увеличаването на ALT и ACT показва некроза на тъканите. ALT се увеличава по-често при хепатит, ACT - при чернодробна цироза и инфаркт на миокарда.

Амилазата и липазата се съживяват при остър панкреатит, спадът в нивото им е свързан с провала на панкреаса, с развитието на неговата некроза.

[Delochnaya фосфатаза се открива при обструктивна жълтеница, намалява при хипотиреоидизъм.

Повишаване на Са се наблюдава при gnperparathyroidism, миелогенна болест, намаление - при хиполаратиреоидизъм, дефицит на витамин D, панкреатична некроза и бъбречна недостатъчност. Намаляването на К е свързано с повръщане, диария, синдром на малабсорбция и прием на диуретици. Падането на хлоридите се наблюдава при обилно повръщане, диария. Намаляване на Na се наблюдава при бъбречна недостатъчност, изгаряния, диария, AIO.

Захарта Iviyeniya се намира при диабет, хипертиреоидизъм, чернодробни заболявания.

Растежът на LII и SM показва прогресия на ендотоксикозата.Даннме анализа мочи

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Суточное количества мочи | 1000—2000 мл |
| 2. Удсльнмй вее | 1015—1030 |
| 3.Цвет | от оранжево-желтого до соломенно-желтого |
| 4. Прозрачность | ирозрачний |
| 5. Реакция | кислая |
| 6. Истинная реакция pH | 5,0—7,0 (в среднем 6,0) |
| 7. Белок | нет |
| 8. Сахар | нет |
| 9. Бил и рубин | нет |
| 10. Проба Зимницкого: | суточньш диурез  не мекее 80% от всей вьшитой жидкое- ти, удельнмй вее кодебдется в широких пределах, имеется хотя би одна порция с удельнь«м весом не ниже 1020— 1022 |
| 11. Проба Лмбурже (в мин. объеме мочи): |  |
| зритроцити | 730+550, max до 2000 |
| лейкоцитн | 990+620, max до 4000 |
| 12. Микроскопическое исследование мочевого осадка:' |  |
| зпителнальнмс клетки: |  |
| ■плоский зпитслй | 0—3 в п/зр. |
| - зпителий мочевмх канальцев (почечний) | отсутствует |
| лейкоцити | 1 —3 в п/з |
| вритроцити | отсутствуют |
| цилиндри: |  |
| - гиалииовие | ед. в п/зр. |
| - зернистме | отсутствуют |
| - восковиднне | отсутствуют |
| соли | небольшос: количество уратов и ок- салатов |
| Биохимические показатели мочи: |  |
| Диастаза | 8-32 ед. |
| Кальций | 2,5 - 8 ммоль/сут. |

|  |  |
| --- | --- |
| Натрий | 30 — 300 ммоль/сут(3—6 г/суткн), п разовон порции 54 - 150 моль/л |
| Калий | 25 - 125 ммоль/сут; (1 - 4 г/суг); 20 80 ммоль/л (разовая) |
| Мочевина | 20 -- 30 г/сут; 333 - 583 ммоль/сут. |
| Креатинин | 4—17 ммоль/л |
| Проба Реберга:   * креатинин крови • креатинин мочи * клубочковая фильтрация * канальцевая реабсорбция | 0,04 — 0,1 ммоль/л 4—17 ммоль/л 80 - 120 98- 100% |

Приложение 3  
Забележка

ILiuria (Bbime 2000 ml на ден) се отбелязва при бъбречни заболявания: хроничен нефрит, пиелонефрит, захарен диабет, алиментарна дистрофия и др.

Олигурия (не по-малко от 800 ml на ден) се наблюдава при бъбречни заболявания, недостатъчно кръвообращение, задържане на Na в тъканите и др.

Анурия (200 ml и по-малко) е следствие от тежко увреждане на бъбреците (паренхим).

Реакцията на урината е рязко кисела; наблюдава се при трескави състояния, диабет, бъбречна недостатъчност, глад и др.

Алкална реакция се наблюдава при цнетит и лиелит, хематурия, след повръщане! и лента за прием на сода, минерален волт.

Ниските e цифри ulel fc.nnm блаженство (1.005-1.012) хипоизостенурия показват и., Нарушена концентрация на бъбречните функции.

Макрогематурия - урината е зачервена, в резултат на наранявания се наблюдава промяна.

Микрохематурия на спектроцита се открива чрез микроскопия. Бъбречна хематурия - в резултат на органични лезии на бъбреците (нефрит, хеморагичен диатеза, тумори) При бъбречна хематурия - със заболявания на пикочния мехур, уретерите.

Левкоцигмозата при мома показва възпалителни процеси в бъбреците или пикочните пътища.

Амилазата в урината (диастаза) увисва при панкреатит паралелно с появата на нейната \* кръв.

Появата на протеин в урината е proteinurp.

Екстраренална протеинурия - с цистит, пилит, простатит, уретрит и др.

Бъбречната протеинурия може да възникне при функционални и органични нарушения (гломерулонефрит, нефроза, инфекциозни заболявания и токсични състояния).

Захар в урината. Ivvizhenie може да бъде свързано с алиментарен фактор (прием на голямо количество въглехидрати в храната). Патологичната глюкозурия е по-често при захарен диабет.

Ponimnme СИМПТОМ! и синдроми при остри

заболявания и наранявания на коремните органи

(zponimnge SYMPTOM! и Lr синдром са признаци на заболяване,

получи името си от имената на изследователите,

преди тези, които са ги описали)

Симптоми

Симптом bf при остър апендицит

1. Симптом на Дарон [Аарон (1865-1951)). Bo.l и усещане за пълнота в zpigastria при натискане в десния йодно-венозен регион.

2. Симптом на Арапов [(Arapov DA 1897 -?), Домашен хирург). Рефлекторна болка контрактура на дясна тазобедрена става с

[апендицит.

3. Симптом на Бартомиер-Микелсън [Bartoiner; Михелсоп А.И. (1902-1971), домашен хирург]. В положението на големия от лявата страна, палпацията в дясната илиачна област води до по-остра болезненост от палпацията на гърба. Наблюдава се при остър апендицит и се обяснява с факта, че в положението от лявата страна сляпият кит с възпален отрет е по-достъпен чрез палпация.

4. Симптом на Bassler [Basslers Antony (1874-1959), американски гастроентеролог]. Болезнеността на gtri налягането е по-широко разпространена между пъпа и предната горна илиачна част на гръбначния стълб към илиачната гръбнака.

1 5. Симптом на Basteda [Bastedo WA. (1873-1952), американски лекар]. Когато въздухът се вкара в ректума, в илеоцекалната област се появяват болка и чувство на напрежение.

6. Симптом на Бен-Ашер [Бен-Ахер Саломон (1894-1949), американски лекар]. Появата на болка в дясната илиачна област в резултат на натиск с върха на два пръста в левия хипохондриум по време на дълбоко дишане или кашлица на болка.

\ 7. Симптом на Блумберг-Щеткин. [Блумберг Мориц (1873-1955), хирург на НСМ; D.S. (1851-?), Руски хирург]. Производителят е постепенен и непрекъснат натиск с пръсти на ръката върху областта на апендикса. Болестта, която се появи в началото, отшумява. След като изчака пълното прекратяване на болката, внезапно ръката се отстранява от корема, докато болката рязко се усилва от внезапна промяна в интерстициалното налягане в възпаления процес. Описано от Блумберг

през 1907 г., Щеткин1М през 1908 г.

8. Симптом на Брауя [Brown J.Z. (1885-1935), американски лекар]. На кожата на корема се маркира зона на болезненост, след което пациентът се поставя на здрава страна за 15-30 минути. Областта на болезненост се движи с 2,5-5 см, или болезнеността се увеличава значително.

9. Симптом на Вухман (Бухман П.И., вътрешен лекар). Разширение на дясната зеница с апендицит.

10. Симптом на Фрейдо [Brindean AM (1867-1948), френски гинеколог]. В присъствието на бременна жена остротата на апендицита се увеличава, ако матката се измести надясно в позицията на болка на гърба.

1 симптом на NBritten (Бритън Робърт, американски ученик). При палпация на коремната стена на мястото на максимална болка се наблюдава свиване на коремните мускули и изтегляне на десния тестис към горната част на скротума. С прекратяването на палпацията изтеглянето на тестиса спира. Симптомът се счита за характерен за деструктивен апендицит.

12. Симптом на Булшия. Болка, която извиква с натиск в точки, разположени на 3-4 см вдясно от остистите израстъци на 1-11 лумбални прешлени.

13. Симптом на Wartenberg [Wallenberg R. (1887 - 1956), американски не \* vropatolot]. Появата на болка в дясната илиачна област по време на почивка и по XII ребро вдясно в областта на задната част на гръбната линия.

14. Симптом на Вахенхайм-Редер [Waschenheim Z. R. (1826-1904), австрийски хирург]. Появата на болка в илеоцекалната област по време на ректално изследване.

15. Симптом на Widmer. Температурата в мора е повече, отколкото в лявата.

16. Симптом на Волкович-Кохер [Волкович Н.М. (1858-1928), руски \* nsh хирург; Kocher ET (1841 -1917), швейцарски хирург]. В началото на заболяването болката се усеща във вената на корема или в зоната на спигастрала и след това преминава в дясната илиачна област.

17. Симптом на Voskressnsky [Voskrssensky V.М. (1874-1921), отечество [ти лекар]. Симптом на приплъзване или риза. С хлъзгави, бързи движения на стегната риза върху голяма площ от епигастриалната област до дясната илиачна област по време на вдишване с умерен натиск върху корема, лекарят спира ръката, без да я изтрива. В момента на края на такава „плъзгаща се“ болка се забелязва рязко нарастване на болката, което често се причинява от мимиката.

18. Симптом на Войно-Ясенецки [Voino-Yasenetsky V.F. (1877-1961), руски хирург). При токсични форми и локализация на възпален червееподобен гръбначен стълб или апидикуларен инфилтрат в таза, в близост до ректума, се наблюдават симптоми на проктит - тепезмир, диария със слуз.

19. Симптом на Gabay [Gabay A.V. (1898-1963), руски хирург]. В областта на дребния триъгълник те натискат с пръст отдясно, след което го отнасят бистро (както в случая на симптома Щеткия-Блумбсрга). В момента на изяждане на пръста се появява болка. Среща се при остър ретроцекален апендицит.

20. Glsnnara - симптом на Klemm [Glenard F, Klemm R]. Симптом на въздушна възглавница - при палпация на дясната илиачна област се определя подут и тътен цекум. Може би наблюдава се при остър и хроничен апендицит.

21. Симптом на Горн. Производителят дърпа дясната семенна връв. В случаите на възпаление на апендикса се наблюдава увеличаване на болката в областта на вътрешния отвор на ингвиналния канал.

22. Сив симптом-1 (Грей TS, английски естетист). Poppennaya чувствителност 2,5 см надолу и вдясно от пъпа.

23. Сив симптом-2. Болка в дясното рамо.

24. Точка на Gubsrgrits (Gubergrits M.iV \. (1886-1951), домашен терапевт]. Болезненост, произтичаща от натиск под връзката на пипарта в триъгълника на Скарпа. Определя се, когато тазовото местоположение на възпаления червеобразен процес.

25. Симптом на Долиева. I yuyavleniya болка в дясната илиачна област с рязко напрежение или прибиране на корема.

26. Симптом на Donnelly (1) opeS). Пациентът в легнало положение изпъва десния крак, лекарят едновременно палпира корема в дясната илиачна област, при което болката възниква или се усилва. Признак на ретроцекален апендицит.

27. Диелафу триада (Dielafou). 1. Локална болка 2. Локално напрежение 3. Локална хиперсетезия в дясната илиачна област.

28. Симптом на Dubard (Dubard). Болезненост при натискане върху точката на блуждаещия нерв.

29. Симптом на Драхтер (Драхтер). Приемайки с едната ръка сблъсъка на детето, лекарят перкусира петата с другата ръка. В случай на възникващ перитонит, дължащ се на апендицит, детето се предпазва от болката, причинена от пскуркуса с две ръце, която донася в долната част на корема.

30. Симптом на Думбадзе (Думбадзе DN, вътрешен лекар). Начало на болка при преглед с върха на пръста през пъпа.

31. Симптом на Жепдриски (Жсидрински III.I., отечески хирург-гинеколог). В коляното и в легнало положение пациентът натиска с пръст сковаността на корема на Кюмел (2 см вдясно и отдолу от пъпа), без да го отнема, предлага да се изправи. Повишената болка показва апендицит.

32.3 симптом на иконом [Zattler N. (1844 - 1928), австрийски офталмолог]. Воля в дясната илиачна област, когато заседналият крак повдига десния крак.

ZZ симптом Sonnenburg (Sonncnburg). При апендицит болката винаги е нервно явление, а повръщането е вторично, а при гастроентерит - обратно.

34.3 симптом на Авялова. Има кожна гънка в дясната илиачна област и тя слиза надолу по бистрото, така че! беше създаден някакъв удар. При наличие на апендицит болката в дясната илиачна област се увеличава.

35. Симптом на Икрамов. Повишена болка в дясната илиачна област при натискане на дясната бедрена артерия.

36. Симптом на Илиеску (Uiescu). Болест при падане в дясното гърло на диафрагмалния нерв.

37. Симптом на Иванов (Иванов II.I., домашен хирург). Смесването на пъпа вдясно в сравнение с лявата страна е намаляване на разстоянието между пъпа и предната горна кост на илиачния гръбначен стълб с 1–2,5 cm при остър апендицит и увеличение с 1–2 cm при хроничен апендицит.

38. Терминален симптом (Klemrn). Силата на газа в илеоцекалната област, определена чрез рентгенова снимка.

39. Симптом на Кобрак (Кобрак, немски хирург). Натискът върху областта на затварящия форамен по време на ректално или вагипалиомно изследване води до силна болка. Изследванията ще се извършват легнали по гръб. Определя се с ретроцекалиома на апендицит.

40. Симптом на Котен-Майер (Koten, Meuer). Изместване на бялата линия на корема и пъпа до болезнената страна. Наблюдава се при остър апендицит, перфорирана стомашна язва. Мястото на максимално свиване на болната страна1 съответства на локализацията на патологичния процес.

41. Симптом на Cope-1 [Cope V Z. (1881-?), Английски хирург]. Повишена болка в дясната илиачна област по време на ротация на десния бедро Когато има тазова форма на апендицит, пациентът усеща болка дълбоко в таза, която се причинява от напрежението на вътрешния обтуратор

42. Симптом на Cope-2 (Cope). Болка, възникваща в дясната илиачна област с компресия на бедрената артерия в Scarp treulhpyike.

43. Симптом на Cope-3 (Cope). В позиция и болен от лявата страна на

Изправен в колянната става, десният крак е изтеглен назад. Ще има съпротива и нежност в дясната илиачна област.

44. Симптом на Кохер [KochcrTheodor (1841-1917), виден швейцарски хирург]. В случай на болен човек се появяват особен дискомфорт на вентрикулите, натиск, тежест в илиачната област, гадене и еднократно повръщане. Признаците понякога се възприемат като болка. Постепенно тези болки отшумяват и преместват R в дясната илиачна област, където растат с нова сила. Те се откриват при остър апиеидицит.

45. Симптом на Kr1mova (Krgmov LI (1872-1954), руски хирург). Появата на болезненост, когато пръст се вкара в десния сафенозен отвор на ингвиналния пръстен, което не е случаят с изследването отляво.

46. ​​Симптом на Краснобаев [Kraspobaev T.P. (1865-1952), домашен хирург]. При малки деца с остър апендицит е по-лесно да се облекчи напрежението не в дясната илиачна област, а в десния ректусен коремен мускул.

47. Симптом на Лайца [Lanz O. (1865-1935), холандски хирург]. Отслабване или изчезване на krsmastsrpogo p eflexa sirava. Точка Лаица - точка на границата на дясната и средната третина, свързваща предната част на предната и задната част. Болезнено при апендицит.

48. Симптом на Larok (Larok). Издърпване на десния или сухия тестис към външния отвор на ингвиналния канал, поради свиването на кремастера по време на палпация на предната коремна стена.

49. Симптом на Ларох (Laroch). Липса на хиерзетезия в дясната тазобедрена става.

50. Симптом на Ленандър [Lennander (1857 1908), шведски хирург]. Разликата между субмаксиларната и ректалната температура е повече от 1 градус. Наблюдава се при остър деструктивен апендицит.

51 Симптом на Lemushkia-Vorokhobova-Slutskaya. Модификация на симптома на Блумберг-Щеткин. (Лешошкин А.И., детски хирург). Същият симптом е описан от Pascalis и Madelung. За да се разкрие симптомът S-B, ръката на самия болен ребейк се поставя върху корема и лъжата потупва по разведените пръсти на ребейка с еднаква сила. Най-добре е да започнете от лявата страна и след това да преминете към дясната илиачна област. При потупване, когато има остър апидицит, детето потръпва, когато чувства болка.

52. Симптом на Локууд (L.ckwooda S. Century (1858-1914), английски хирург). Бръмчене или шум от течаща течност, определено чрез палпация на дясната илиачна област при пациент, лежащ на пода с малко огъване в коленете на мъховите стави с раменни накладки. Определя се в остра ап-

пендицит и спасително заболяване.

53. Макбърнси точка [Макбърнси С. (1845-1914), английски хирург]. Точката е разположена между пъпа и предната предната илиачна част на гръбначния стълб вдясно, на 5 см от последните дни. Болест в случай на падане в даден момент при апидицит.

54. Симптом на Meltzer [Mcltzcr (1851 - 1920), американски физиолог]. Пациентът в легнало положение е принуден да повдигне десния HOiy, изправен в колянната става. Тази техника постига папрязепис на десния илиачно-поясен мускул] и приближаване към изследващия палпирусен орган - апендикса. Болката се увеличава с това (същият симптом е описан от Yavorsky).

55. Симптом на Майкълсън | Михелсън А.И. (1902-1971), руски хирург-уролог]. Засилване на болката в дясната половина на корема в позицията на болка от дясната страна, когато бременната матка притиска цекума с възпален процес. Характеризира се с деструктивни форми на остър апендицит при бременни жени.

Bb.Симптом на Московски-Бухман (Bukhman II.I., местен лекар). Разширение на зеницата на дясното око. Среща се при остри заболявания на коремните органи, включително остър апидицит.

57. Симптом на Mzrfi-1 [Murphy J.V. (1857-1916), американски лекар]. При перкусия на дясната илиачна област с четири пръста подред (както при свирене на пиано), обикновено няма тимпаничен звук.

58. Симптом на Mzrfi-2 (Мърфи). Острият апендицит се характеризира с последователност от клинични симптоми: болка, гадене, повръщане, локална болезненост в дясната илиачна област, повишена температура1, левкоцитоза.

59. Симптом на Мутир. Симптомът на "обувката". Появата на болка в дясната илиачна област, ако се появи болка, тя ще постави десния крак на стол и ще започне да закрепва обувката.

60. Симптом на Мейдел (Mendel F (1862-1912), немски лекар]. Потръпване с пръст първо в лявата, а след това в дясната илиачна област, като тази болка ще показва увеличаване на болката с потупване вдясно.

61. Примерен симптом е аналогичен на симптом на Mslttssra [проби B.11. (1849-1920), домашен лекар-тералейт). Повишена болка по време на палпация на дясната илиачна област при повдигане на вдлъбнатината на дясната долна консистенция.

62.0 Симптом на Lshayetsky. При палпация на предната коремна стъпка в положението на пациента, застанал с тяло, наклонено под ъгъл 90v спрямо долните крайници, се разпределя предният коремен CTefiKa

организмите, разположени в коремната кухина, също са отслабени, лесно се опипват (уретер, бъбрек), не облекчават налягането. В случаите, когато апендиксът е възпален, има болка при палпация в дясната илиачна област - положителен симптом. Ако болестта е локализирана в органите, разположени в коремната област, палатацията на коремната стеноза в огънато положение на пациента не причинява болка - отрицателен симптом. Кандидатствайте за диференциална диагноза на остър апендицит и бъбречна колика.

63. Симптом на Островски. На пациента се предлага да повдигне (до ъгъл от 130 - 140 ') десния крак, изправен в колянната става, и да го задържи в това положение. Лекарят е бистро неподвижен, лежи хоризонтално. Появява се болка в дясната илиачна област, причинена от напрежение на целта.

64. Симптом на Ото [Otto J. (1847-1916), американски лекар]. Когато е разположен от лявата страна, пациентът изпитва дърпаща болка.

65. Симптом на Пайра [Pajr Erwin (1871 - 1946), немски хирург]. Хиперестезия на сфинктера със стеноза и спастични изпражнения. Наблюдава се с апендицис на таза.

66. Симптом на Pasqualis (Pasgualis). Несъответствие между ректалната и суб-ниската температура под 1 ° при температура от 38 ° или повече съответства на субсерозния ретроцекален апендицит или страшен апендицит от всяка друга локализация. Ректоак несъответствие в температурата на силарите с повече от 1 ° показва възпаление на апендикса, който лежи свободно в коремната кухина.

67. Симптом на Певзнер [Певзнер М.И. (1872-1952), отечество и терапевт]. Повишена болка при водене на цекума нагоре.

68. симптом на Петров [Петров Б.А. (1898 -?), Домашен хирург]. Остра болка, възникваща в дясната странична област по време на натискане върху коремната стена при преместване на пациента от легнало положение в седнало положение.

69. Симптом на Подоненко-Богданова. С натиск върху областта на възходящото дебело черво и сляпо черво, пациентът изпитва болка в дълбочината на таза по-интензивна, отколкото когато шийката на матката е повдигната нагоре или изместена в посока [] и предишния вагинален преглед.

70. Симптом Przhevalsky номер 1 (Przhevalsky BG, домашен хирург). Подуване над дясната ингвинална гънка, причинено от лимфните възли, разположени около артерията, която се огъва около илиума вдясно.

71. Симптом на Przhevalsky. № 2. За пациента е трудно да повдигне десния крак,

[[Нарастващата болка в дясната илиачна област се увеличава.

72. Симптом на Razdolsky | Razdolsky PYa. (1890-1962), роден град "невропатолог". Перкусионна болезненост под формата на овал вдясно под аспиратната област с остър апидицит.

73. Симптом на Rovsing [Rovsing N.T. (1862-1927), датски хирург]. Болка в цекума по време на натискане на дебелото черво в областта на сигми и в същото време изтласкване на дебелото низходящо дебело черво. Газ1, изтласкване - Hbie с тласък в обърната посока, при остър апидицит, гъвкаво разширение на червата и повишена болка в дясната илиачна област.

74. Точката на Ротър. При ректално изследване, след като сте стигнали до пръст на Дъглас пространството до предната ректална стена отгоре и точно вдясно, е възможно да получите болезнена реакция отстрани! перитонеум, който не реагира при изследване на корема, под формата на хиперстезия и силна болка. Тази точка показва наличието на деструктивен агшепдицит.

75. Симптом на Ризваша. Повишена болка при дълбоко вдишване - по-често се наблюдава при VISOK местоположение на възпалената червеиста апендикса.

76. Симптом на Ришел [Richel V. (1816 - 1891), френски хирург]. Появата на намаляване на коремните пъпки.

77. Розенщайн - симптом на Ситковски [Розенштейн (1875—?), Немски хирург; Ситковски P.G1. (1882-1933), руски хирург]. Направете палпация в дясната илиачна област и след като определите най-голямата болка, помолете голямата да се обърне на лявата страна. Палпацията в това положение и при апендицит е по-претоварена болка.

78. Ростовцева симптом на импулс на кашлица. Значително или рязко увеличаване на болката в ограничената или shyrokom част на корема, когато се опитате да кашляте много. Значителни колове след кашлица [коремната стена води до моментално напрежение на корема1 и ако е възпалена, болката се появява бавно.

79. Точка на Ротър. С ректално изследване, след като сте стигнали до пространството на Дъглас с пръст, срещу предната ректална стена отгоре и отдясно, е възможно да получите болезнена реакция отстрани! перитонеум, който не реагира при изследване на корема, под формата на хиперестезия и силна болка. Тази болезнена точка показва наличието на деструктивен апендицит.

80. 1 \ симптом [Сезар Ру (1852-1934), швейцарски hkr> pr]. При палпация на цекума се усеща меко съпротивление, напомнящо консистенцията на „мокра картонена туба“. 11 признак на апендикуларен инфилтрат с нагнояване.

81. Симптом на Руткевич. Повишена болка, когато слепият KHHJKH се изтегли вътре.

82. Симптом на Samper (Samner P'.W., Американски лекар). Повишаване на тонуса на коремните мускули (ригидност) с леко палпиране на дясната илиачна област. Определя се при остър апендицит, усукване на ръката, тестис, перфорация]) ация на илеума и други остри ръбове на седалището - коремните органи, разположени в дясната илиачна област.

83. Симптом на Ситковски [Ситковски П.П. (1882-1933), домашен хирург]. Появата или засилване на болката в дясната илиачна област, когато пациентът лежи от лявата страна. Създават се условия за бистро трансфер на цекума с напрежение и болка в областта на апендикса в случаи на възпалителни промени в или около него.

84. Симптом на Севсрцов. Симптом на "дясната ръка" при остър апендицит dstey. Когато палпиращата ръка на лекаря докосне възпалителния фокус, детето хваща пръстите на лекаря с дясната си ръка и ги отблъсква.

85. "Обратният симптом" на Ситковски. Когато сте в безопасна позиция! от дясната страна болката в дясната илиачна област се увеличава, тъй като бременната матка упражнява натиск върху процеса на възпаление.

86. Нарежете симптома [Soresi A.Z. (1877-?), Американски хирург]. Болка в дясната илиачна област възниква по време на кашлица и едновременно палпиране на десния хипохондриум при пациент, лежащ на твърд с дълги крака.

87. Supolta - Симптом на Seye (Soupault - Seille). Дълбоко вдишване на визивастната болка на пациента зад пикочните пътища. Наблюдава се при възпаление на процеса a, разположен в малкия таз.

88. Симптом на Tressder (Tressder). В легнало положение на корема болката намалява. Наблюдавайте и кога с апендицит.

89. Симптом на Филатов [Филатов Н.Ф. (1847-1902), руски педиатър]. Симптом на локална болка. Укрепването му в предварително определена област в дясната илиачна област с палпация на корема при деца. Показва остър апендицит.

90. Симптом на Фомин. Инхибиране или липса на рефлекси на бруспплекс вдясно. При наличие на рефлексототетично напрежение на предната коремна стена на дясната илиачна област, в случаи на остър апендицит, не се наблюдават удари на дразнене на кожата, произведени от пъпа до илиума, докато на здравата страна това е ясно видимо .

91. Симптом на Vorkampf (Vorkampf KK, руски хирург, Котлас). Симптомът на избледняващо заболяване при апендицит е труден за диагностициране на случаи: с едната ръка те притискат илиачната област, а с другата палпират стомаха. При апендицит последната област се оказва болезнена (болката отшумява).

92. Симптом на Хорн (Хорн Десет, датски хирург). Болка в десния тестис с леко изтегляне на йод в основата на скротума. При разтягане на дясната семеинотоична връв също се появява болка. Определя се при остър апендицит.

93. Симптом на Zeis (Zeis E. (1807-1868), немски хирург). Болка, възникваща в дясната илиачна област с биметър и дълбока палпация по напречното дебело черво отляво и отдясно, като другата ръка притиска изследващото и низходящото дебело черво. Наблюдава се при апендицит и остри възпалителни процеси в дясната половина на дебелото черво.

94. Симптом на Черемски - симптом на "кашлица". На пациента се предлага да направи 2-3 леки кашлици, след чето той отбелязва остра болка в корема, сякаш я локализира. Симптомът е положителен при редица остри заболявания на коремните органи, по-специално при остър апендицит болката се увеличава в дясната илиачна област.

95. Симптом на Шиловцева (Шиловцев С.П. (1898 - 1963), хирурзи на отечество). Когато пациентът се обърне на лявата страна, зоната на болезненост, определена чрез палпация или перкусия, се помеща към пъпа, съответстваща на движението на илеоцекалния ъгъл от възпаленото червеисто приложение.

96.51 симптом на Vorsky-Meltzer | Яворски (1849-1924), полски терапевт; Meltzer). С болка, в легнало положение, той се опитва да повдигне удължения десен крак, докато изпитващият го държи, натискайки коляното. При апендицит болката се появява в областта на тънките черва, в зависимост от напрежението на илиопсоазния мускул [и възпалителния процес в апендикса.

97. Yaure-Rose е нов симптом [Rozanov V.N. (1872-1934), бащата хирург). При регроцекално или ретроперитонеално разположение на апендикса максималното заболяване може да бъде по-осезаемо в триъгълника на Петти.