

## Заключение

«Острый живот» — это поистине тот «оселок», на котором оттачивается не только техническое мастерство врача-хирурга, но в первую очередь диагностическое мастерство любого врача. Владение навыками клинического обследования, а также знание и интерпретация дополнительных специальных методик, уточняющих диагноз, крайне необходимы для врачей, особенно находящихся на переднем крае медицины. «Врач остаётся студентом до смерти. Когда он перестаёт учиться, он умирает как врач» (Dawson).

При острых заболеваниях и повреждениях органов живота врач должен в короткий срок поставить диагноз, принять оптимальное тактическое решение, решить вопрос об объёме оказания первой помощи и дальнейшем лечении.

Мышление врача у постели больного несколько отличается от обычного, хотя оно и содержит в себе обычные элементы логики. Существо профессии сказывается, несомненно, на своеобразии и характере мышления, ибо врач, решая диагностическую и лечебную задачу, должен придерживаться строгих правил, вытекающих из взаимоотношений с больным. Оно складывается из наблюдения, расспросов, исследования и прочих способов получения информации о больном. Всё это должно сочетаться с глубокими знаниями врача.

Первичная диагностика, особенно на догоспитальном этапе, нередко носит интуитивный характер. Врач опирается на свой личный опыт и знания, создаётся знакомая по ранее встречавшимся случаям картина. Иногда такой интуитивный диагноз может быть достоверным, особенно если клиническая картина протекает с типичными проявлениями. В ситуации же неопределённости и повышенного риска необходимо производить логический выбор между более вероятным и менее вероятным диагнозом, а отсюда и соответствующая тактика и лечение. Знание многообразия заболеваний, объединённых синдромом «острого живота», должно нацеливать врача на необходимость тщательного дифференциального диагноза.

Успехи и неудачи в клинической медицине, а в хирургии особенно, не всегда зависят от доступности современной новейшей диагностической аппаратуры. Иногда они могут определяться лишь клиническим опытом и знаниями конкретного врача. Клинический опыт — это многогранное понятие. Он объединяет как умение собирать информацию, так и умение принимать наиболее правильное решение, особенно при нетипичном или малосимптомном течении болезни.

Безусловно, отразить сведения о всех заболеваниях, которые так или иначе могут давать картину «острого живота», крайне сложно, поэтому сделана попытка привести основные сведения о наиболее распространённых и наиболее часто встречающихся заболеваниях.

## Список литературы

1. Авдей Л.В. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости в сельских районах / Л.В. Авдей, П.Д. Карнаух. — Минск: Изд-во «Беларусь», 1974.
2. Акжигитов Г.Н. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости / Г.Н. Акжигитов. — М., 1997.
3. Бажанов В.А. Острые заболевания брюшной полости / В.А. Бажанов // — М.: Медицина, 1957.
4. Баиров Г.А. Неотложная хирургия детей / Г.А. Баиров. — Л.: Медицина, 1979.
5. Блинов Н.И. Трудности и ошибки диагностики острых заболеваний органов брюшной полости / Н.И. Блинов, Т.А. Гомзяков. — Л.: Медицина, 1962.
6. Блинов Н.И. Методические указания врачам по диагностике заболеваний, симулирующих «острый живот» / Н.И. Блинов. — Л.: Медицина, 1960.
7. Богомолов Б.П. Диагностика кишечных и некоторых других инфекций, имитирующих острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Хирургия / Б.П. Богомолов // Хирургия. — 1998. — № 1. — С. 19–25.
8. Бухштаб Я.А. Внебрюшинные заболевания, симулирующие «острый живот» / Я.А. Бухштаб, М.Г. Каменчик // Вест. хирургии. — Т. 5. — Кн. 2–3. — 1939. — С. 308–322.
9. Ветшев П.С. Ложный острый живот как маска некоторых эндокринных заболеваний / П.С. Ветшев, Л.И. Ипполитов, Е.И. Коваленко // Хирургия. — 2002. — № 2. — С. 65–70.
10. Виккер М.М. Острый живот / М.М. Виккер. — М.: Ростиздат, 1946. — 200 с.
11. Виноградов А.А. Дифференциальный диагноз внутренних болезней / А.А. Виноградов. — М., 1980. — Т. 1–2.
12. Габриель П. Крестин. Острый живот / Габриель П. Крестин, Питер Л. Чойке; Пер. с англ. — М.: Гэотар-Мед, 2001. — 349 с.
13. Гаин Ю.М. Ошибки в диагностике «острого живота» / Ю.М. Гаин. — Минск, 2001. — 24 с.
14. Гражданский кодекс РФ. Ч. 1 и 2. — М.: Изд-во «Новая волна», 1996. — 512 с.
15. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия / А.А. Гринберг. — М.: Триада-Х, 2000.
16. Громов А.П. Права, обязанности и ответственность медицинских работников / А.П. Громов. — М.: Медицина, 1976.

17. Данилов И.В. Ошибки в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний брюшной полости / И.В. Данилов, А.Г. Караванов. — М. : Медицина, 1965. — 325 с.
18. Диагностика «острого живота» / под ред. Н.Н. Самарина. — Л.: ТИМЛ, 1940.
19. Клиническая хирургия / под ред. Ю.М. Панцырева. — М.: Медицина, 1998.
20. Комаров Б. Острый живот / Б. Комаров // Врач. — 2005. — № 7. — С. 45–48.
21. Королёв Б.А. Острый живот / Б.А. Королёв, В.А. Гагушин. — Горький, 1978.
22. Кочнев О.С. Хирургия неотложных состояний / О.С. Кочнев. — Казань, 1981. — 272 с.
23. Краковский Н.И. Ошибки в хирургической практике / Н.И. Краковский, Ю.Я. Грицман. — М., 1959.
24. Крылов А.А. Неотложная гастроэнтерология / А.А. Крылов, А.Г. Земляной, В.А. Михайлович, А.И. Иванов. — М.: Медицина, 1988.
25. Кудрявцев В.А. Детская хирургия / В.А. Кудрявцев. — Архангельск, 2000.
26. Кутушев Ф.Х. Неотложная хирургия груди и живота (ошибки диагностики и тактики) / Ф.Х. Кутушев, М.П. Гвоздев, В.И. Филин, А.С. Либов. — Л.: Медицина, 1984, — 248 с.
27. Лазовскис И.Р. Справочник клинических симптомов и синдромов / И.Р. Лазовскис. — М.: Медицина, 1981.
28. Лежар П. Острый живот / П. Лежар. — М.: Медицина, 1940.
29. Линденбаум И.С. Методика исследования хирургических больных / И.С. Линденбаум. — М.: Медицина, 1957.
30. Лисицин К.М. Неотложная хирургия брюшной полости / К.М. Лисицин, Ю.Т. Шапошников. — М.: Воениздат, 1984. — 224 с.
31. Майстренко Н.А. Неотложная абдоминальная хирургия / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан, В.Г. Волков. — СПб.: Питер, 2002.
32. Масумов С.А. К распознаванию некоторых острых заболеваний органов брюшной полости / С.А. Масумов, И.М. Надеждина. — Ташкент, 1966.
33. Матяшин И.М. Симптомы и синдромы в хирургии / И.М. Матяшин, А.А. Ольшанецкий, А.М. Глузман. — Киев: Здоровье, 1975.
34. Мондор Г. Неотложная диагностика живота / Г. Мондор. — М.; 1939. — Т 1.
35. Нелюбович Я.Н. Острые заболевания органов брюшной полости / Я.Н. Нелюбович. — М.: Медицина, 1961.

36. Неотложная хирургия брюшной полости / под ред. В.Т. Зайцева. — Киев: Здоровье, 1989. — 272 с.
37. Нифантьев О.Е. Острый аппендицит / О.Е. Нифантьев. — Красноярск, 1986.
38. Нифантьев О.Е. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / О.Е. Нифантьев. — Красноярск, 1987.
39. Нифантьев О.Е. Механическая непроходимость кишечника / О.Е. Нифантьев. — Красноярск, 1989.
40. Подоненко-Богданова А.П. Заболевания, симулирующие «острый живот» / А.П. Подоненко-Богданова. — Киев: Здоровье, 1968.
41. Ошибки при диагностике «острого живота». — Киев: Здоровье, 1981.
42. Померанцев В.П. Боли в животе, дифференциальный диагноз в амбулаторной практике / В.П. Померанцев // Санкт-Петерб. врачебные ведомости. — 1991. — С. 28—31.
43. Попов В.Л. Правовые основы медицинской деятельности / В.Л. Попов. — СПб., 1997. — 98 с.
44. Поташов Л.В. «Острый живот» — современные принципы диагностики и лечебной тактики / Л.В. Поташов, Т.Д. Фигурина // Там же. — С. 51—56.
45. Рошаль Л.М. Острый живот у детей / Л.М. Рошаль. — М., 1980. — 192 с.
46. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. акад. В.С. Савельева. — М.: Медицина, 1988.
47. Сергеев Ю.Д. Советское право для мединститутков / Ю.Д. Сергеев. — Киев: Высш. шк., 1984.
48. Скрипниченко Д.Ф. Неотложная хирургия брюшной полости / Д.Ф. Скрипниченко. — Киев: Здоровье, 1986. — 350 с.
49. Труды I Всеукраинского съезда хирургов. — Днепропетровск, 1927. — С. 10—82.
50. Уголовный кодекс РФ. Официальный текст. — М.: Изд. группа «ИНФРА-М — Норма», 1996. — 208 с.
51. Хегглин Ю. Хирургическое обследование / Ю. Хегглин. — М.: Медицина, 1991.
52. Хэгглин Р. Дифференциальная диагностика внутренних болезней / Р. Хэгглин. — М.: Медицина, 1993.
53. Элькин М.А. Внебольничная диагностика острого живота / М.А. Элькин. — Л., 1974.
54. Элькин М.А. Острый живот / М.А. Элькин. — М.: Медицина, 1981.
55. Beal J.M. Diagnosis of Acute Abdominal Disease / J.M. Beal J. G. Raffensperger. — Philadelphia, 1979.

56. Beger G. Vern E. Akutes Abdomen. — Stuttgart, 1987.
57. Dick W. Das Akute Abdomen. — Bern, 1986.
58. Fischer G. Gastroenterology. — Vena, 1974.
59. Leiber B. Olbrich G. Die klinischen syndrome. — Munchen-Berlin-Wien, 1966.
60. Reiferscheid M. Chirurgie. — Stuttgart, 1974.

## Приложения

### Приложение 1

#### Схема обследования больного с «острым животом»

##### Жалобы, анамнез

1. Боли в животе (есть, нет).
2. Локализация болей преимущественно (по всему животу, в эпигастрии, в мезогастрии, в правом подреберье, в правой подвздошной области, в правой половине живота, в левом подреберье, в левой подвздошной области, в левой половине живота, в поясничной области).
3. Интенсивность болей (сильные, умеренные, слабые).
4. Начало заболевания (внезапное, острое, постепенно нарастающее).
5. Время от начала заболевания (до 6 часов, от 6 до 24 часов, более 24 часов).
6. Иррадиация болей. Если есть, то куда (в правый плечевой пояс, в левый плечевой пояс, в спину, в половые органы, другая локализация).
7. Обстоятельства, сопровождающие возникновение заболевания (нарушение диеты, травма, физическое напряжение, подобные приступы раньше, лихорадочное состояние перед возникновением болей, перенесённые ранее операции, заболевания сердца, сосудов, мочевыводящих путей, у женщин — воспаление придатков, матки. Наблюдалась ли ранее боль после еды, отрыжка, икота, рвота, не было ли примеси крови в стуле, не было ли кровавой рвоты, крови в моче, кровавого или чёрного стула, не было ли печёночной, почечной колики, желтухи и т.д.).
8. Сопутствующие явления — головокружение, слабость, потеря сознания (длительность). Тошнота, рвота, сколько раз, чем (пищей, желудочным соком, желчью, кровью), когда наступила рвота (вместе с болью или позднее). Характер и время последнего стула, отхождение газов. Мочеиспускание — нарушение его, затруднение, задержка, болевые ощущения при нём, вид мочи. У женщин — нарушение менструальной функции, выделения из влагалища, половая жизнь, беременность.

##### Осмотр больного

1. Общее состояние больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).
2. Положение вынужденное или свободное.
3. Цвет кожных покровов и слизистых (бледность, гиперемия, цианоз, желтушность, землистый оттенок).
4. Пульс (частота, наполнение, напряжение, ритм), артериальное кровяное давление.
5. Сердце: границы, аускультативные данные, количество дыханий в минуту.

6. Легкие: данные перкуссии и аускультации.
7. Язык (влажный, несколько суховат, сухой, обложен).
8. Живот — *данные осмотра*: вздутый, втянутый, симметричный или ассиметричный (за счет вздутия или западения какой-либо части его). Брюшное дыхание — отсутствие его или отставание при дыхании какого-либо из отделов брюшной стенки. Наличие пигментации (от грелок) или отдельных рубцов, локализация тех и других. Видимая перистальтика, ее характер, локализация.

*Данные пальпации*: ригидность брюшной стенки, ее локализация и степень (умеренная, значительная, резко выраженная, достаточная). Болезненность, ее локализация. Наличие шума плеска. Наличие или отсутствие симптомов Щеткина—Блюмберга, Воскресенского, Ортнера, Пастернацкого и др.

*Данные перкуссии*: прощупывание печени, почки, селезенки. Печеночная тупость (сохранена, отсутствует). Притупление в отлогих местах брюшной полости (есть, нет).

Тимпанит, его расположение. Зона «перкуторной болезненности» по Раздольскому.

*Данные аускультации*: кишечные шумы, их характер, места наибольшего распространения (усилены, не изменены, ослаблены, отсутствуют).

9. Температура (в подмышечной ямке, в прямой кишке).
10. Ректальное исследование: нависание передней стенки, болезненность передней стенки кишки, тонус сфинктера, состояние ампулы прямой кишки (пустая, расширена, заполнена калом). При исследовании на перчатке кровь (есть, нет).
11. *Данные вагинального исследования*: болезненность сводов (есть, нет), болезненность при движении матки (есть, нет). Наличие или отсутствие крови во влагалище. Характер выделений. Состояние придатков матки (величина, болезненность). Величина матки. Наличие ненормальных образований (плотные, кистозные, их подвижность, болезненность).
12. *Данные осмотра выделений*: моча, цвет ее. Кал, консистенция, цвет (глинистый, дёгтеобразный, с примесями алой крови).

#### **Дополнительные методы исследования**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Обзорная рентгенография брюшной и грудной полости.
4. УЗИ (ультразвуковое исследование).
5. ФГДС (фиброгастродуоденоскопия).
6. ЭКГ (электрокардиография).
6. ФПП (функциональные пробы печени).

## Принятые значения лабораторных показателей

|                                                            |                                        |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Общий анализ крови (аппарат Sysmex KX-21):</b>          |                                        |
| 1. Эритроциты (RBC)                                        | 4,5—5,0×10 <sup>12</sup>               |
| 2. Гемоглобин (HGB)                                        | 110—160 г/л                            |
| 3. Цветной показатель                                      | 0,8—1,0                                |
| 4. Ретикулоциты                                            | 1,2 или 12%                            |
| 5. Тромбоциты (PLT)                                        | 150—400×10 <sup>9</sup>                |
| 6. Лейкоциты (WBC):                                        | 6—8×10 <sup>9</sup>                    |
| Базофилы (MXD%)                                            | 0,05%                                  |
| Эозинофилы                                                 | 3—4%                                   |
| Нейтрофилы (NEUT%):                                        | 0,52—0,7                               |
| Абсолютное содержание нейтрофилов (NEUT#)                  | 4,2—5,3×10 <sup>9</sup>                |
| - сегментоядерные                                          | 63—67%                                 |
| Лимфоциты (LYM%)                                           | 0,19—0,37                              |
| Моноциты (MHD#)                                            | 0,57—0,88×10 <sup>9</sup>              |
| 7. СОЭ                                                     | 1—10 мм/час                            |
| 8. Гематокрит (HCT)                                        | 40—55                                  |
| 9. Среднее содержание Hb в эритроците (MCH)                | 28—34 pg                               |
| 10. Средняя концентрация Hb в эритроците (MCHC)            | 300—380 г/л                            |
| 11. Средний объем эритроцита (MCV)                         | 75—95—100 fl                           |
| <b>Коагулограмма (аппарат STA Compact):</b>                |                                        |
| 1. Протромбиновый индекс                                   | 80—105%                                |
| 2. Фибриноген                                              | 2—4 г/л                                |
| 3. АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) | 30—40 сек.                             |
| 4. Антитромбин III                                         | 80—120%                                |
| 5. Фибринолиз                                              | 70—80 сек.                             |
| 6. Протромбин по Квику                                     | 70—120%                                |
| 7. МНО (международное нормализованное отношение)           | 0,9—1,3                                |
| 8. РКФМ (растворимые комплексы фибринмономера)             | До 4 мг/100мл                          |
| 9. Агрегация тромбоцитов с АДФ (аденозиндифосфатом)        | 20—25 сек., к адреналину<br>40—50 сек. |

|                                                                                             |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| 10. Тромбиновое время                                                                       | 14 – 21 сек.               |
| 11. Д – димер                                                                               | До 0,5 мкг/мл              |
| 12. Плазминоген                                                                             | 80 – 120%                  |
| 13. Альфа 2 антиплазмин                                                                     | 80 – 120%                  |
| 14. АВС (активированное время свертывания)                                                  | 90 – 120 сек.              |
| 15. Протеин С                                                                               | 70 – 130%                  |
| 16. Фактор V                                                                                | 70 – 120%                  |
| 17. Фактор VIII                                                                             | 60 – 150%                  |
| 10. Длительность кровотечения по Дукке                                                      | 1 – 3 мин.                 |
| <b>Биохимические показатели крови (аппарат Cobas Mira Plus, аппарат Stat fax 1904 Plus)</b> |                            |
| 1. Билирубин общий                                                                          | 8,5 – 20,5 мкмоль/л        |
| 2. Общий белок                                                                              | 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. АСТ (аспартатаминотрансфераза)                                                           | 35 - 40 ед.                |
| 7. Щелочная фосфатаза                                                                       | 80 – 295 ед./л             |
| 8. Амилаза                                                                                  | 70 – 140 ед.               |
| 9. Холестерин                                                                               | 3,2 – 5,2 ммоль/л          |
| 10. Фосфор                                                                                  | 0,65 – 1,3 ммоль/л         |
| 11. Сахар                                                                                   | 3,5 – 5,5 (до 6,1) ммоль/л |
| 12. Гамма ГТ (глутамилтрансфераза)                                                          | 5 – 50 ед/л                |
| 13. Креатинкиназа                                                                           | 24 – 190 ед/л              |
| 14. Свободный 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. Электролиты:                                                                            |                            |
| кальций                                                                                     | 2.1 – 2.6 ммоль/л          |
| калий                                                                                       | 3.5 – 5 ммоль/л            |
| хлориды                                                                                     | 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 — 5 ед.           |
| 21. Триглицериды                          | 0,55 — 1,85 ммоль/л |
| 22. Осмолярность                          | 280 — 300 мосмоль/л |
| 23. Альбумины                             | 35 — 55 г/л         |
| 24. ЛПВП (липопротеиды высокой плотности) | До 1,42 ммоль/л     |
| 25. Бета-липопротеиды                     | 35 — 56 ед.         |
| 26. ЛДГ (лактатдегидрогеназа)             | До 450 ед/мл        |
| Циркулирующие иммунные комплексы (ЦИК)    | 6 — 12 усл. ед.     |
| Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)   | до 1,5—2,0          |
| СМ (средние молекулы)                     | 0,240 усл. ед.      |

### Примечание

Повышение числа эритроцитов и их массы (гематокрит) указывает на эритроцитоз, который может быть первичным (поражение эритропоэза) или вторичным, который развивается вследствие кислородного голодания тканей, гемоконцентрации. Понижение НЬ и Э является указанием на анемию.

Тромбоцитоз наблюдается после спленэктомии, может сопровождать хронические воспалительные процессы. Снижение — тромбоцитопения, которая наблюдается при геморрагических диатезах и др.

Повышение числа лейкоцитов — лейкоцитоз — наблюдается при острых воспалительных и инфекционных процессах, в тяжелых случаях сопровождается сдвигом формулы влево. Повышение до нескольких десятков и сотен тысяч указывает на лейкоз. Снижение ниже 4000 — лейкопения. Наблюдается при лучевой болезни, гриппе, брюшном тифе, интоксикации.

Увеличение СОЭ указывает на воспалительный процесс.

Билирубин повышается при желтухе.

Общий белок снижается при недостатке питания, нарушении функции печени и почек.

Повышение мочевины и креатинина указывает на почечную недостаточность.

Рост АЛТ и АСТ указывает на некроз тканей. АЛТ возрастает чаще при гепатите, АСТ — при циррозе печени и инфаркте миокарда.

Амилаза и липаза возрастают при остром панкреатите, падение их уровня связано с недостаточностью поджелудочной железы, при развитии ее некроза.

Щелочная фосфатаза повышается при механической желтухе, понижается при гипотиреозе.

Повышение Са наблюдается при гиперпаратиреозе, миеломной болезни, понижение — при гипопаратиреозе, дефиците витамина Д, панкреонекрозе, почечной недостаточности. Уменьшение К связано с рвотой, поносом, синдромом малабсорбции, приемом диуретиков. Падение хлоридов наблюдается при обильной рвоте, поносе. Понижение Na наблюдается при почечной недостаточности, ожогах, диаррее, ОКН.

Повышение сахара встречается при диабете, гипертиреозе, заболеваниях печени.

Рост ЛИИ и СМ указывает на прогрессирование эндотоксикоза.

## Данные анализа мочи

|                                                    |                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Суточное количество мочи                        | 1000—2000 мл                                                                                                                                                         |
| 2. Удельный вес                                    | 1015—1030                                                                                                                                                            |
| 3. Цвет                                            | от оранжево-желтого<br>до соломенно-желтого                                                                                                                          |
| 4. Прозрачность                                    | прозрачный                                                                                                                                                           |
| 5. Реакция                                         | кислая                                                                                                                                                               |
| 6. Истинная реакция pH                             | 5,0—7,0 (в среднем 6,0)                                                                                                                                              |
| 7. Белок                                           | нет                                                                                                                                                                  |
| 8. Сахар                                           | нет                                                                                                                                                                  |
| 9. Билирубин                                       | нет                                                                                                                                                                  |
| 10. Проба Зимницкого:                              | суточный диурез<br>не менее 80% от всей выпитой жидкости, удельный вес колеблется в широких пределах, имеется хотя бы одна порция с удельным весом не ниже 1020—1022 |
| 11. Проба Амбурже (в мин. объеме мочи):            |                                                                                                                                                                      |
| эритроциты                                         | 730+550, max до 2000                                                                                                                                                 |
| лейкоциты                                          | 990+620, max до 4000                                                                                                                                                 |
| 12. Микроскопическое исследование мочевого осадка: |                                                                                                                                                                      |
| эпителиальные клетки:                              |                                                                                                                                                                      |
| - плоский эпителий                                 | 0—3 в п/зр.                                                                                                                                                          |
| - эпителий мочевых канальцев (почечный)            | отсутствует                                                                                                                                                          |
| лейкоциты                                          | 1—3 в п/з                                                                                                                                                            |
| эритроциты                                         | отсутствуют                                                                                                                                                          |
| цилиндры:                                          |                                                                                                                                                                      |
| - гиалиновые                                       | ед. в п/зр.                                                                                                                                                          |
| - зернистые                                        | отсутствуют                                                                                                                                                          |
| - восковидные                                      | отсутствуют                                                                                                                                                          |
| соли                                               | небольшое количество уратов и оксалатов                                                                                                                              |
| Биохимические показатели мочи:                     |                                                                                                                                                                      |
| Диастаза                                           | 8—32 ед.                                                                                                                                                             |
| Кальций                                            | 2,5—8 ммоль/сут.                                                                                                                                                     |

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

#### Примечание

Полиурия (выше 2000 мл в сутки) отмечается при заболеваниях почек: хронических нефритах, пиелонефрите, сахарном диабете, алиментарной дистрофии и т.д.

Олигурия (не ниже 800 мл в сутки) наблюдается при заболеваниях почек, недостаточности кровообращения, задержки Na в тканях и т.д.

Анурия (200 мл и ниже) — следствие тяжелого поражения почек (паренхимы).

Реакция мочи резко кислая отмечается при лихорадочных состояниях, диабете, недостаточности почек, голодании и т.д.

Щелочная реакция наблюдается при циститах и пиелитах, гематурии, после рвоты и поноса, приема соды, минеральной воды.

Низкие цифры удельного веса (1,005—1,012) гипостенурия указывают на нарушение концентрационных функций почек.

Макрогематурия — моча красная, наблюдается чаще как результат травмы.

Микрогематурия — эритроциты обнаруживаются при микроскопии. Почечная гематурия — в результате органического поражения почек (нефриты, геморрагический диатез, опухоли).

Внепочечная гематурия — при заболеваниях мочевого пузыря, мочеточников.

Лейкоциты в моче свидетельствуют о воспалительных процессах в почках или мочевыводящих путях.

Амилаза в моче (диастаза) повышается при панкреатите параллельно повышению ее в крови.

Появление белка в моче — протеинурия.

Внепочечные протеинурии — при циститах, пиелитах, простатите, уретрите и т.д.

Почечные протеинурии могут быть при функциональных нарушениях и органических (гломерулонефрит, нефроз, инфекционные и токсические состояния).

Сахар в моче. Повышение может быть связано с алиментарным фактором (прием в пищу большого количества углеводов). Патологическая глюкозурия чаще бывает при сахарном диабете.

**Эпонимные симптомы и синдромы при острых  
заболеваниях и травмах органов брюшной полости**  
(эпонимные симптомы и синдромы — признаки болезни,  
получившие свое название от собственных имен исследователей,  
впервые их описавших)

**Симптомы**

**Симптомы при остром аппендиците**

1. Аарона симптом [Aarop (1865—1951)]. Боль и чувство распирания в эпигастрии при надавливании в правой подвздошной области.
2. Арапова симптом [(Арапов Д.А. 1897—?), отечественный хирург]. Рефлекторная болевая контрактура правого тазобедренного сустава при аппендиците.
3. Бартомье—Михельсона симптом [Bartomeu; Михельсон А.И. (1902—1971), отечественный хирург]. В положении больного на левом боку пальпация в правой подвздошной области вызывает более резкую болезненность, чем при пальпации на спине. Наблюдается при остром аппендиците и объясняется тем, что в положении на левом боку слепая кишка с воспаленным отростком более доступна при пальпации.
4. Басслера симптом [Basslers Antony (1874—1959), американский врач-гастроэнтеролог]. Болезненность при надавливании посредине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости по направлению к ости подвздошной кости.
5. Бастеда симптом [Bastedo W.A. (1873—1952), американский врач]. При введении воздуха в прямую кишку появляются боль и чувство напряжения в илеоцекальной области.
6. Бен-Ашера симптом [Ben-Acher Salomon (1894—1949), американский терапевт]. Появление боли в правой подвздошной области в результате надавливания кончиком двух пальцев в левом подреберье во время глубокого дыхания или покашливания больного.
7. Блюмберга—Щёткина симптом. [Blumberg Moritz (1873—1955), немецкий хирург; Щёткин Д.С. (1851—?), отечественный хирург]. Производится постепенное и продолжительное давление пальцами руки на область отростка. Появившаяся вначале болезненность стихает. Дождавшись полного прекращения болей, внезапно и быстро отнимают руку от живота, при этом боль резко усиливается от внезапного изменения внутритканевого давления в воспаленном отростке. Описан Блюмбергом

- в 1907 году, Щеткиным в 1908 году.
8. Брауна симптом [Brown J.Z. (1885—1935), американский врач]. На коже живота отмечают участок болезненности, после чего больного укладывают на здоровый бок, в течение 15—30 минут. Участок болезненности перемещается на 2,5—5 см или же болезненность значительно усиливается.
  9. Бухмана симптом (Бухман П.И., отечественный врач). Расширение правого зрачка при аппендиците.
  10. Брейдо симптом [Brindeau A.M. (1867—1948), французский гинеколог]. При наличии у беременных острого аппендицита боль усиливается, если в положении больной на спине смещать матку вправо.
  11. Бриттена симптом (Britten Robert, американский врач). При пальпации стенки живота на месте максимальной боли наблюдают сокращение брюшных мышц и подтягивание правого яичка к верхней части мошонки. С прекращением пальпации прекращается подтягивание яичка. Симптом считается характерным для деструктивного аппендицита.
  12. Булынина симптом. Боль, возникающая при надавливании в точках, расположенных на 3—4 см вправо остистых отростков I—II поясничных позвонков.
  13. Вартенберга симптом [Wartenberg R. (1887—1956), американский невропатолог]. Появление боли в правой подвздошной области при поколачивании по XII ребру справа в области задней подмышечной линии.
  14. Вахенгейма—Редера симптом [Waschenheim Z. R. (1826—1904), австрийский хирург]. Появление боли в илеоцекальной области при ректальном исследовании.
  15. Видмера симптом (Widmer). Температура в правой подмышечной впадине выше, чем в левой.
  16. Волковича—Кохера симптом [Волкович Н.М. (1858—1928), отечественный хирург; Kocher E. T. (1841—1917), швейцарский хирург]. В начале заболевания боль ощущается во всем животе или в эпигастральной области, а затем переходит в правую подвздошную область.
  17. Воскресенского симптом [Воскресенский В.М. (1874—1921), отечественный врач]. Симптом «скольжения или рубашки». При скользящих, быстрых движениях по натянутой рубашке на больном от подложечной области к правой подвздошной области во время вдоха с умеренным давлением на живот, врач останавливает руку, не отрывая ее. В момент окончания такого «скольжения» больной отмечает резкое усиление боли, что часто выражается мимикой.
  18. Войно-Ясенецкого симптом [Войно-Ясенецкий В.Ф. (1877—1961),

- отечественный хирург]. При токсических формах и расположении воспаленного червеобразного отростка или аппендикулярного инфильтрата в тазу, по соседству с прямой кишкой, наблюдаются симптомы проктита — тенезмы, понос со слизью.
19. Габая симптом [Габай А.В. (1898—1963), отечественный хирург]. В области петитова треугольника справа нажимают пальцем, потом быстро отнимают его (как при симптоме Щеткина—Блюмберга). В момент отнятия пальца появляется боль. Встречается при остром ретроцекальном аппендиците.
  20. Гленна — Клемма симптом [Glenard F., Klemm P.]. Симптом воздушной подушки — при пальпации правой подвздошной области определяется раздутая и урчащая слепая кишка. Может наблюдаться при остром и хроническом аппендиците.
  21. Горна симптом (Gohn). Производится потягивание за правый семенной канатик. В случаях воспаления отростка отмечается усиление боли в области внутреннего отверстия пахового канала.
  22. Грея симптом-1 (Gray T. C., английский анестезиолог). Повышенная чувствительность на 2, 5 см книзу и справа от пупка.
  23. Грея симптом-2. Боль в правом плече.
  24. Губергрица точка [Губергриц М.М. (1886—1951), отечественный терапевт]. Болезненность, возникающая при надавливании под пупартовой связкой в скарповском треугольнике. Определяют при тазовом расположении воспаленного червеобразного отростка.
  25. Долинова симптом. Появление боли в правой подвздошной области при резком натуживании или втягивании живота.
  26. Донелли симптом (Donelli). Больной в положении лёжа разгибает правую ногу, врач одновременно производит пальпацию живота в правой подвздошной области, при которой возникает или усиливается боль. Признак ретроцекального аппендицита.
  27. Дьелафуа триада (Dielafou). 1. Локальная болезненность 2. Локальное напряжение 3. Локальная гиперэстезия в правой подвздошной области.
  28. Дюбара симптом (Dubard). Болезненность при надавливании на затылочные точки блуждающего нерва.
  29. Драхтера симптом (Drachter). Взяв одной рукой стопу ребенка, другой рукой врач перкутирует пятку. В случае начинающегося перитонита на почве аппендицита ребенок защищается от боли, вызываемой перкуссией, обеими руками, которые он подносит к нижней части живота.
  30. Думбадзе симптом (Думбадзе Д.Н., отечественный врач). Появление боли при исследовании кончиком пальца через пупок.

31. Жендринского симптом (Жендринский Ш.И., отечественный хирург-гинеколог). В положении лежа больной нажимает на брюшную стенку в точке Кюммеля (на 2 см вправо и ниже от пупка) пальцем, не отнимая его, предлагают встать. Усиление боли свидетельствует об аппендиците.
32. Затлера симптом [Zattler H. (1844–1928), австрийский офтальмолог]. Боль в правой подвздошной области при поднятии сидячим больным выпрямленной правой ноги.
33. Зонненбурга симптом (Sonnenburg). При аппендиците боль всегда первичное явление, а рвота — вторичное, а при гастроэнтерите наоборот.
34. Завьялова симптом. Берется складка кожи в правой подвздошной области и быстро опускается, чтобы создался некоторый удар. При наличии аппендицита боль в правой подвздошной области усиливается.
35. Икрамова симптом. Усиление боли в правой подвздошной области при прижатии правой бедренной артерии.
36. Илиеску симптом (Iliescu). Болезненность при надавливании в точке правого диафрагмального нерва.
37. Иванова симптом (Иванов П.И., отечественный хирург). Смещение пупка вправо по сравнению с левой стороной — уменьшение расстояния между пупком и передней верхней остью подвздошной кости на 1–2,5 см при остром аппендиците и увеличение на 1–2 см при хроническом аппендиците.
38. Клемма симптом (Klemm). Скопление газа в илеоцекальной области, определяемое рентгенологически.
39. Кобрака симптом (Kobrak, немецкий хирург). Давление на область запирающего отверстия при ректальном или вагинальном исследовании вызывает сильную боль. Исследования производят лежа на спине. Определяют при ретроцекальном аппендиците.
40. Котена–Мейера симптом (Koten, Meuer). Смещение белой линии живота и пупка в больную сторону. Наблюдают при остром аппендиците, прободной гастродуоденальной язве. Место максимального сокращения больной стороны соответствует локализации патологического процесса.
41. Коупа симптом-1 [Core V. Z. (1881–?), английский хирург]. Усиление боли в правой подвздошной области при ротации правого бедра. При наличии тазовой формы аппендицита больной ощущает боль в глубине таза, которая вызывается натяжением внутренней запирающей мышцы.
42. Коупа симптом-2 (Core). Боль, возникающая в правой подвздошной области при сдавлении бедренной артерии в скарповском треугольнике.
43. Коупа симптом-3 (Core). В положении больного на левом боку вы-

прямленная в коленном суставе правая нога отводится назад. Возникает сопротивление и болезненность в правой подвздошной области.

44. Кохера симптом [Kocher Theodor (1841–1917), выдающийся швейцарский хирург]. Вначале у больного появляется своеобразный желудочный дискомфорт, давление, тяжесть в подвздошной области, тошнота, однократная рвота. Эти явления иногда воспринимаются как боли. Постепенно эти боли стихают и перемещаются в правую подвздошную область, где нарастают с новой силой. Встречаются при остром аппендиците.
45. Крымова симптом [Крымов А.И. (1872–1954), отечественный хирург]. Появление болезненности при введении пальца в правое наружное отверстие пахового кольца, чего нет при исследовании слева.
46. Краснобаева симптом [Краснобаев Т.П. (1865–1952), отечественный хирург]. У маленьких детей при остром аппендиците легче обнаружить напряжение не в правой подвздошной области, а в правой прямой мышце живота.
47. Ланца симптом [Lanz O. (1865–1935), голландский хирург]. Ослабление или исчезновение кремастерного рефлекса справа. Точка Ланца — точка на границе правой и средней трети, соединяющей верхние передние подвздошные ости. Болезненна при аппендиците.
48. Ларока симптом (Larok). Подтягивание правого или обеих яичек к наружному отверстию пахового канала, обусловленное сокращением кремастера при пальпации передней брюшной стенки.
49. Лароша симптом (Laroch). Отсутствие гиперэстезии в правом тазобедренном суставе.
50. Ленандера симптом [Lennander (1857–1908), шведский хирург]. Разность подмышечной и ректальной температуры более 1 градуса. Наблюдается при остром деструктивном аппендиците.
51. Ленюшкина–Ворохобова–Слуцкой симптом. Модификация симптома Блюмберга–Щеткина. (Ленюшкин А.И., детский хирург). Этот же симптом описан Паскалисом и Маделунгом. У детей для выявления симптома Щ–Б на живот кладется рука самого больного ребенка и по разведенным пальцам ребенка врач постукивает с одинаковой силой. Лучше начинать с левой стороны, а затем переходить на правую подвздошную область. При постукивании справа при наличии острого аппендицита, ощутив боль, ребенок вздрагивает.
52. Локвуда симптом [Lckwooda C. B. (1858–1914), английский хирург]. Урчание или шум перетекающей жидкости, определяемые при пальпации правой подвздошной области у больного, лежащего на спине с несколько согнутыми в коленных суставах ногами. Определяется при остром ап-

пендиците и спаечной болезни.

53. Мак-Бернея точка [McBurney С. (1845–1914), английский хирург]. Точка находится между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа, в 5 см от последней. Болезненность при надавливании в точке при аппендиците.
54. Мельтцера симптом [Meltzer (1851–1920), американский физиолог]. Больного в положении лёжа на спине заставляют поднять правую ногу, разогнутую в коленном суставе. Этим приёмом достигается напряжение правой подвздошно-поясничной мышцы и приближение к исследующему пальпируемому органу – отростку. Боль при этом усиливается (такой же симптом описал Яворский).
55. Михельсона симптом [Михельсон А.И. (1902–1971), отечественный хирург-уролог]. Усиление боли в правой половине живота в положении больной на правом боку, когда беременная матка давит на слепую кишку с воспаленным отростком. Характерен для деструктивных форм острого аппендицита у беременных.
56. Московского–Бухмана симптом (Бухман П.И., отечественный врач). Расширение зрачка правого глаза. Встречается при острых заболеваниях органов брюшной полости, в том числе при остром аппендиците.
57. Мэрфи симптом-1 [Murphy J.B. (1857–1916), американский врач]. При перкуссии правой подвздошной области четырьмя пальцами подряд (как при игре на рояле) обычный тимпанический звук отсутствует.
58. Мэрфи симптом-2 (Murphy). Для острого аппендицита характерна последовательность появления клинических симптомов: боль, тошнота, рвота, местная болезненность в правой подвздошной области, повышение температуры, лейкоцитоз.
59. Моутира симптом (Moutir). Симптом «башмака». Появление боли в правой подвздошной области, если больной поставит правую ногу на стул и начнет застегивать башмак.
60. Менделя симптом [Mendel F. (1862–1912), немецкий врач]. Поколачивание пальцем сначала в левой, а затем в правой подвздошной области, при этом больной укажет на усиление боли при поколачивании справа.
61. Образцова симптом – аналогичный симптому Мельтцера [Образцов В.П. (1849–1920), отечественный врач-терапевт]. Усиление болезненности в момент пальпации правой подвздошной области при поднимании вытянутой правой нижней конечности.
62. Ольшанецкого симптом. При пальпации передней брюшной стенки в положении больного стоя с корпусом, наклоненным под углом 90° по отношению к нижним конечностям, передняя брюшная стенка рас-

слабляется и органы, расположенные в брюшной полости, легко пальпируются (мочеточник, почка), не испытывают давления. В случаях, когда червеобразный отросток воспален, возникает болезненность при пальпации в правой подвздошной области — симптом положительный. Если заболевание локализуется в органах, расположенных забрюшинно, пальпация брюшной стенки в согнутом положении больного боли не вызывает — симптом отрицательный. Применяют для дифференциальной диагностики острого аппендицита и почечной колики.

63. Островского симптом. Больному предлагают поднять вверх (до угла  $130^{\circ}$  —  $140^{\circ}$ ) выпрямленную в коленном суставе правую ногу и удерживать её в этом положении. Врач быстро разгибает её, укладывая горизонтально. Появляется боль в правой подвздошной области, вызванная мышечным напряжением.
64. Отта симптом [Otto J. (1847—1916), американский врач]. При положении на левом боку больной испытывает тянущую боль.
65. Пайра симптом [Pajr Erwin (1871—1946), немецкий хирург]. Гиперестезия сфинктера с тенезмами и спастическим стулом. Наблюдается при тазовом аппендиците.
66. Пасквалиса (Pasqualis) симптом. Расхождение ректальной и подмышечной температуры менее чем на  $1^{\circ}$  при температуре  $38^{\circ}$  или более соответствует субсерозному ретроцекальному аппендициту или скрытому аппендициту любой другой локализации. Ректоаксиллярное температурное расхождение более чем на  $1^{\circ}$  свидетельствует о воспалении отростка, свободно лежащего в брюшной полости.
67. Певзнера симптом [Певзнер М.И. (1872—1952), отечественный терапевт]. Усиление боли при отведении слепой кишки кверху.
68. Петрова симптом [Петров Б.А. (1898—?), отечественный хирург]. Резкая боль, возникающая в правой боковой области в момент надавливания на брюшную стенку при одновременном переводе больного из положения лёжа в сидячее.
69. Подоненко-Богдановой симптом. При давлении на область восходящей ободочной и слепой кишок больная испытывает боль в глубине таза более интенсивную, чем при поднятии шейки матки кверху или смещении её в стороны при предшествовавшем вагинальном исследовании.
70. Пржевальского симптом №1 (Пржевальский Б.Г., отечественный хирург). Припухлость над правой паховой складкой, вызванная лимфаденитом узлов, расположенных вокруг артерии, огибающей подвздошную кость справа.
71. Пржевальского симптом. №2. Больному трудно поднять правую ногу,

- при этом боль в правой подвздошной области усиливается.
72. Раздольского симптом [Раздольский И. Я. (1890—1962), отечественный невропатолог]. Перкуторная болезненность в виде овала в правой подвздошной области при остром аппендиците.
73. Ровзинга симптом [Rovsing N. T. (1862—1927), датский хирург]. Боль в области слепой кишки при прижатии толстой кишки в области сигмы и одновременном толчке по толстой нисходящей кишке. Газы, устремлённые толчком в обратном направлении, вызывают при остром аппендиците внезапное расширение кишки и усиление боли в правой подвздошной области.
74. Роттера точка (Rotter). При ректальном исследовании, достигнув пальцем дугласова пространства, против передней стенки прямой кишки сверху и справа удаётся получить болевую реакцию со стороны брюшины, не реагировавшей при исследовании живота, в виде гиперестезии и сильной боли. Эта болевая точка свидетельствует о наличии деструктивного аппендицита.
75. Ризваша симптом. Усиление боли при глубоком вздохе — чаще наблюдается при высоком расположении воспалённого червеобразного отростка.
76. Рише симптом [Richet B. (1816—1891), французский хирург]. Появление сокращения приводящих мышц живота.
77. Розенштейна — Ситковского симптом [Rosenshtein (1875—?), немецкий хирург; Ситковский П. П. (1882—1933), отечественный хирург]. Производят пальпацию в правой подвздошной области и, определив наибольшую болезненность, просят больного повернуться на левый бок. Пальпация в таком положении при аппендиците вызывает более выраженную болезненность.
78. Ростовцева симптом кашлевого толчка. Значительно или резкое усиление болей на ограниченном или широком участке живота при попытке больного энергично кашлянуть. Следующие за кашлем значительные колебания брюшной стенки приводят к мгновенному натяжению брюшины, и, если она воспалена, немедленно возникает боль.
79. Роттера точка. При ректальном исследовании, достигнув пальцем дугласова пространства, против передней стенки прямой кишки сверху и справа удаётся получить болевую реакцию со стороны брюшины, не реагировавшей при исследовании живота, в виде гиперестезии и сильной боли. Эта болевая точка свидетельствует о наличии деструктивного аппендицита.
80. Ру симптом [Cesar Roux (1852—1934), швейцарский хирург]. При паль-

пации слепой кишки чувствуется мягкое сопротивление, напоминающее консистенцию «промокнутой картонной трубки». Признак аппендикулярного инфильтрата с нагноением.

81. Руткевича симптом. Усиление боли при отведении слепой кишки внутрь.
82. Самнера симптом (Samner F.W., английский врач). Повышение тонуса брюшной мускулатуры (ригидность) при лёгкой пальпации правой подвздошной области. Определяют при остром аппендиците, перекруте кисты, яичка, перфорации подвздошной кишки и других острых заболеваниях органов брюшной полости, расположенных в правой подвздошной области.
83. Ситковского симптом [Ситковский П.П. (1882–1933), отечественный хирург]. Возникновение или усиление боли в правой подвздошной области при положении больного лёжа на левом боку. Создаются условия для быстрого перемещения слепой кишки с натяжением и болью в области червеобразного отростка в случаях воспалительных изменений в нём или вокруг него.
84. Северцова симптом. Симптом «правой ручки» при остром аппендиците у детей. При прикосновении пальпирующей руки врача к воспалительному очагу ребёнок хватается правой рукой пальцы врача и отталкивает их.
85. «Обратный симптом» Ситковского. При положении беременной женщины на правом боку усиливается боль в правой подвздошной области, т.к. беременная матка оказывает давление на воспалённый отросток.
86. Сорези симптом [Soresi A.Z. (1877–?), американский хирург]. Боль в правой подвздошной области возникает при покашливании и одновременной пальпации правого подреберья у больного, лежащего на спине с согнутыми ногами.
87. Супольта — Сеие симптом (Soupault — Seille). Глубокий вдох вызывает у больного боль за мочевым пузырём. Наблюдают при воспалении отростка, расположенного в малом тазу.
88. Трессдера симптом (Tressder). В положении лёжа на животе боль уменьшается. Наблюдают иногда при аппендиците.
89. Филатова симптом [Филатов Н.Ф. (1847–1902), русский педиатр]. Симптом локальной болезненности. Усиление её на определённом участке в правой подвздошной области при пальпации живота у детей. Свидетельствует об остром аппендиците.
90. Фомина симптом. Торможение или отсутствие брюшных рефлексов справа. При наличии рефлекторного тетанического напряжения мышц передней брюшной стенки правой подвздошной области в случаях ост-

- рого аппендицита штрихообразные раздражения кожи, производимые от пупка до подвздошной кости, обычного рефлекса не вызывают, тогда как на здоровой стороне он ясно выражен.
91. Форкампфа симптом (Форкампф К.К., отечественный хирург, г. Котлас). Симптом угасающей болезненности при аппендиците для трудно диагностируемых случаев: одной рукой давят на подвздошную область, а другой пальпируют эпигастрий. При аппендиците эта последняя область оказывается болезненной (боль угасает).
  92. Хорна симптом (Horn Tep, датский хирург). Боль в правом яичке при лёгком подтягивании за основание мошонки. При натяжении правого семенного канатика появляется также боль. Определяется при остром аппендиците.
  93. Цейса симптом [Zeis E. (1807—1868), немецкий хирург]. Боль, возникающая в правой подвздошной области при быстрой и глубокой пальпации по ходу поперечно-ободочной кишки слева направо, при пережатии другой рукой исследующего нисходящей ободочной кишки. Наблюдают при аппендиците и острых воспалительных процессах в правой половине толстой кишки.
  94. Черемского симптом — симптом «покашливания». Больному предлагается сделать 2—3 лёгких покашливания, после чего он отмечает резкую боль в животе, точно её локализуя. Симптом бывает положительным при ряде острых заболеваний органов брюшной полости, в частности, при остром аппендиците боль усиливается в правой подвздошной области.
  95. Шиловцева симптом [Шиловцев С.П. (1898—1963), отечественный хирург]. При повороте больного на левый бок зона болезненности, определяемая при пальпации или перкуссии, смещается к пупку, соответственно перемещению илеоцекального угла с воспалённым червеобразным отростком.
  96. Яворского—Мельцера симптом [Jaworski (1849—1924), польский терапевт; Meltzer]. Больной в положении лёжа на спине старается поднять вытянутую правую ногу, в то время как исследующий удерживает её, надавливая на колено. При аппендиците возникает боль в области слепой кишки, зависящая от напряжения подвздошно-поясничной мышцы и воспалительного процесса в червеобразном отростке.
  97. Яуре—Розанова симптом [Розанов В.Н. (1872—1934), отечественный хирург]. При ретроцекальном или ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка максимальная болезненность может быть больше при пальпации в треугольнике Петита.