

рицательный результат исследования, однако, не исключает диагноза перитонита.

При определении симптома Щёткина-Блюмберга иногда пациент преувеличивает интенсивность и выраженность болевого синдрома. В этих случаях с целью введения пациента в заблуждение и отвлечения его внимания используют симптом стетоскопа, сегодня редко применяемый. Техника его проведения состоит в повторной пальпации живота: вначале руками, затем стетоскопом. Во втором случае пациента необходимо предупредить заранее, что врач будет только «выслушивать» живот. Это должно ввести в заблуждение пациента, который симулирует боль или преувеличивает ее интенсивность. В этом случае больной позволяет врачу глубоко надавить на брюшную стенку, хотя первоначально даже на поверхностную пальпацию живота реагировал раздражением, гримасами боли, жалобами и напряжением мышц живота.

При пальпации органов брюшной полости выявление симптома раздражения брюшины очень важно для своевременной дифференцировки специфической боли от неспецифической (не имеющей четкой связи с внутрибрюшной патологией). И в этих случаях подспорьем могут быть сегодня несколько забытые симптомы рикошетной боли и стетоскопа.

#### **ПАРАМЕТРЫ СЕРДЕЧНО-ДЫХАТЕЛЬНОГО СИНХРОНИЗМА У ПАРАШЮТИСТОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ УРОВНЯХ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ**

Пухняк Д.В., Патахов П.П., Мингалев А.Н.,  
Дельянов К.В., Бондина В.М.,  
Дробышева О.М., Абушкевич В.Г.  
*Кубанский государственный  
медицинский университет  
Краснодар, Россия*

С целью оптимизация количественной оценки стрессоустойчивости парашютистов использовали параметры пробы сердечно-дыхательного синхронизма у 35 начинающих и 18 опытных парашютистов. Накануне прыжков у начинающих парашютистов границы диапазона сердечно-дыхательной синхронизации, диапазон синхронизации и длительность его развития соответственно составляли: при низком уровне стрессоустойчивости  $73,9 \pm 1,1$ – $78,8 \pm 1,1$ ;  $4,9 \pm 0,2$  синхронных кардиоциклов;  $29,7 \pm 0,4$  кардиоциклов; при умеренном уровне стрессоустойчивости  $81,2 \pm 1,0$ – $90,4 \pm 1,1$ ;  $9,2 \pm 0,2$  синхронных кардиоциклов;  $20,2 \pm 0,5$  кардиоциклов; при высоком уровне стрессоустойчивости  $77,3 \pm 0,6$ – $89,7 \pm 0,6$ ;  $12,4 \pm 0,1$  синхронных кар-

диоциклов;  $14,1 \pm 0,3$  кардиоциклов. У опытных парашютистов при умеренном уровне стрессоустойчивости  $83,6 \pm 1,0$ – $93,9 \pm 1,2$ ;  $10,3 \pm 0,3$  синхронных кардиоциклов;  $18,2 \pm 0,5$  кардиоциклов; при высоком уровне стрессоустойчивости  $82,9 \pm 1,1$ – $104,9 \pm 1,8$ ;  $22,0 \pm 0,9$  синхронных кардиоциклов;  $9,6 \pm 0,2$  кардиоциклов. Из приведенных данных видно, что по параметрам пробы сердечно-дыхательного синхронизма можно судить об уровне стрессоустойчивости у начинающих и опытных парашютистов.

#### **ФИЗИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ АСЦИТА**

Субботина В.Г., Кодочигова А.И., Оленко Е.С.,  
Папшицкая Н.Ю., Курако М.М.,  
Пономарева О.А.  
*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ  
им. В.И. Разумовского Росздрава»  
Саратов, Россия*

В диагностике асцита важны простые, удобные физикальные методы исследования. К сожалению, они позволяют определить только относительно большие объёмы жидкости. Золотым стандартом диагностики небольшого асцита остаётся ультразвуковое исследование, которое позволяет определить жидкость объёмом до 100 мл.

Существует 4 классических метода диагностики асцита: осмотр живота, перкуторное выявление притупления звука в боковых отделах живота, смещение притупления при перкуссии и определение симптома волны.

При наличии асцита живот становится распластанным, приводя к специфической конфигурации, которая называется «живот лягушки». Это происходит вследствие тяжести и давления внутрибрюшной жидкости на боковые отделы живота, которые «расползаются» наружу. Однако, подобная форма живота, может встречаться и при обычном ожирении. Чтобы разграничить эти два состояния, необходимо исследовать притупление звука в боковых отделах. Распластанный живот и притупление перкуторного звука по бокам является высокочувствительными (>72% и >80% соответственно).

Смещение зоны притупления при повороте больного на бок вызывает смещение границы тупости на 1 см и указывает на наличие жидкости, а отсутствие смещения границы тупости указывает на то, что она обусловлена плотным органом. Тест выявления смещения зоны притупления имеет высокую чувствительность (>83%), но низкую специфичность (в среднем 50%). Отсутствие смещения тупости имеет важное значение для исключения асцита.