

было резко ослаблено. Характер поражения желудка, где о перистальтике не могло быть и речи, сравнительно малая вместимость его,—все это не позволяло установить нам описанного многими авторами при диафрагмальной грыже желудочного шума, а также плеска в соответствующей половине грудной клетки.

Заканчивая разбор клинической картины диафрагмальных грыж вообще и нашего случая в частности, мы последний раз обращаем внимание на разнообразие симптомов и возможность сочетания грыж такого рода с карциноматозно-перерожденным желудком, внедрившемся в грыжевой мешок.

Из Одесского государственного института усовершенств. врачей (Зав. Урологич. отделен. д-р К. М. Ю з е ф о в и ч).

К функциональному исследованию почек салицилово-кислым натром.

Л. П. Крайзельбурд.

Глава функциональной диагностики почек, несмотря на огромный арсенал чрезвычайно ценных, верных и испытанных проб, является еще далеко незаконченной. Неравномерное выпадение параллельно проводимых проб, очень частое несоответствие функционального состояния с анатомическими изменениями в пораженном органе,—все это с несомненностью доказывает, что абсолютного критерия функцион. способности почек пока еще не существует. Между тем выявление общей работоспособности почек или состояния одной из них является обязательным звеном в урологическом исследовании больного, без определения чего ни одно оперативное вмешательство не представляется возможным. Не останавливаясь на принципах отдельных видов функционального исследования почек, считаем необходимым отметить, что каждый метод для широкого своего применения должен удовлетворять следующим запросам: результаты пробы должны соответствовать истинному состоянию пораженного органа и не должны зависеть от побочных факторов, не относящихся к заболеванию почек. Техническое выполнение пробы должно быть вполне доступным в обычных условиях работы без необходимости особо приспособленных учреждений и специально подготовленного персонала. К сожалению, ни один из имеющихся в нашем распоряжении методов функционального исследования почек не удовлетворяет еще выставленным выше положениям. В виду этого для выявления патологического состояния почек, особенно при необходимости постановки вопросов оперативного вмешательства приходится прибегать к параллельному проведению нескольких проб для контроля результатов, полученных от той или другой пробы в отдельности.

Функциональное исследование почек салициловокислым натром предложено было Strachstein'ом в 1925 г. при терапевтическом заболевании почек. На 2-м Всер. съезде урологов в 1927 г. д-р Фрумкин рекомендовал этот метод для широкого применения при хирургических заболеваниях почек. В виду простоты техники исследования и основываясь на интересе, который вызвал доклад среди участников съезда, нами было

приступлено к проверке диагностической ценности метода на большом материале урологического отделения.

Техника исследования За $\frac{1}{2}$ часа до производства исследования б-му дается выпить 250 см.³ воды или слабого чая. Это мероприятие является необходимым для предотвращения обусловленного введением *natr. salicyl.* уменьшения секреции мочи. На нашем материале, особенно вначале наших наблюдений, мы убеждались в необходимости этого мероприятия. Надо отметить, что при имеющейся уже полиурии, предварительная дача воды является излишней, ибо увеличивая мочеотделение, она уменьшает концентрацию салициловой кислоты в моче, обуславливая этим более слабое выпадение пробы.

Б-му вводится либо катетер в пузырь при общем исследовании, либо производится двухсторонняя катетеризация почек при раздельном исследовании. Производится внутривенное вспыскивание 5 см.³ 20% *natr. salicyl.*, после чего приступаем к определению появления салицилово-кислого натра в моче.

При нормальной функции почек выделение *natr. salicyl.* в моче начинается через 3—6 минут, достигая к 10-й минуте своей максимальной интенсивности. Появление *natr. salicyl.* в моче определяется при помощи индикатора 1% раствора *liq. ferr. sesquichlor.*, и выявляется в виде голубоватых облачков, либо постепенным фиолетовым окрашиванием реактива. Критериями интенсивности пробы являются: время появления салиц.-кислого натра в моче и максимальная интенсивность окраски реактива.

Применяемая нами *схема исследования*: при общем исследовании мы собирали мочу в 6 пробирках (в каждую пробирку предварительно налито 3 см.³ реактива) по 2 см.³ в каждую. В 1-ю пробирку моча собиралась через 5 мин., во 2-ю через 8, в 3-ю через 11, в 4-ю через 14, в 5-ю через 17, в 6-ю через 20. При раздельном исследовании мы определяли время появления в пробирке № 1, а затем в 2—3 пробирках (№№ 2, 3, 4) собирали мочу в течение 2 минут для сравнительного определения интенсивности окраски. Интенсивность окраски записывалась нами по следующей схеме: 1) следы (появление хлопьев либо слабо фиолетового оттенка), 2) плохое (слабо оранжевая окраска реактива), 3) слабое (оранжевая окраска), 4) удовлетворит. (красное окрашивание), 5) хорошее (фиолетовая окраска) и 6) интенсивное (резко фиолетовое окрашивание реактива). Для контроля диагностической ценности результатов салициловой пробы мы всегда параллельно в тот же день производили индигокарминовую пробу. Кроме того, большинство исследований проверено определением либо остаточного азота, либо индикана крови по *Н а а s'у*. Всего нами произведено исследований с салицилово-кислым натром около 50.

Введение *natr. salicyl.* в кровь является для организма абсолютно безопасным и не только в тех дозах, которые мы применяли (1,0) при постановке исследования, но даже при введении 2,0—3,0 чистого препарата. Можно даже полагать, что введя во время производства пробы вещество с бактерицидными свойствами, мы предупреждаем возможные в результате катетеризации или инструментального исследования явления мочевой лихорадки. На нашем материале не отмечено никаких осложнений, обусловленных введением *natr. salicyl.*, несмотря на то, что подавляющий % больных, подвергнутых исследованию, были лица пожилого возраста и с явлениями склероза и старческого маразма. В случае попадания раствора в околовенозную клетчатку отмечается боль, жжение, краснота, исчезающие под компрессами в течение 1—2 дней. Указанные осложнения являются результатом погрешности в технике и не стоят в прямой зависимости от самого метода. У 5—6 лиц мы отмечали после введения препарата сильные боли по ходу венозного ствола вплоть до подкрыльц. ямки длительностью от 3 до 5 минут.

В большинстве случаев определялась нами общая функция почек и в меньшем % функция каждой почки в отдельности. Главный объект наших исследований составляли лица, страдающие гипертрофией предста-

тельной железы, в число остальных входили больные с различными страданиями мочевого аппарата. В подавляющем большинстве случаев мы отмечаем полное совпадение результатов салициловой пробы с индигокармином. Низкие цифры остаточного азота, нормальное содержание индикана в крови всегда совпадали с хорошими результатами салициловой пробы. Отмечаются, однако, случаи несовпадения салициловой пробы с индигокармином в отдельных случаях в ту или другую сторону (на нашем материале 3 раза 6%). Это наводит на мысль о различном выведении указанных препаратов в почке. Возможно, здесь играют роль побочные экстраренальные факторы, влияние которых имеет немаловажное значение при исследовании больного.

С целью испытать возможность производства хромоцистоскопии салициловым натром нами был наполнен пузырь раствором *liq. ferris sesquichlorati* 1:1000, слабо желтая окраска которого не препятствовала производству цистоскопии. Несмотря на то, что предварительн. вычисления и постановка исследования в пробирке говорили за получение хороших результатов, исследование, однако, выявило непригодность этого метода. Мы получали постепенное, все увеличивающееся окрашивание содержимого пузыря, но отличая выделения окрашенной струи из устьев мочеточника.

Выводы: 1. Исследование салициловокислым натром, вполне отражая степень поражения почек, может быть рекомендовано в качестве функциональной пробы.

2. Проба является технически легко выполнимой и не влечет никаких побочных осложнений.

3. Салициловая проба при общем исследовании почек или при раздельном исследовании путем катетеризации вполне равноценна индигокармину.

4. Отрицательной стороной метода является невозможность производства хромоцистоскопии, в этом отношении индигокармин имеет большие преимущества.

О так наз. *tendovaginitis serpitans* у рабочих (металлистов ¹⁾).

А. И. Иванченко.

Доверенный врач Окредстрахкасы гор. Днепропетровска.

В заболеваемости рабочих различных отраслей нашего хозяйства профессиональные болезни занимают довольно видную роль. Поэтому изучение этиологических и способствующих моментов является необходимым условием для их профилактики и создания правильных условий труда и жизни. Болезни сухожильных влагалищ составляют одну из важных глав профвредности и социальной патологии, однако наши знания относительно происхождения и сущности тендовагинитов еще далеки от полного разрешения, и многочисленные работы по данному вопросу, появившиеся в последнее время как в иностранной литературе

¹⁾ В извлечении доложено в прениях на 3 Всеукраинском съезде хирургов 12 сентября 1928 года в гор. Днепропетровске.