

Хороший терапевтический результат наблюдался нами от применения кварцевой лампы при лечении малой недостаточности печени. Курс лечения мы начинали, правда, с „подготовки“ печени, которая заключалась в том, что предварительно, в течение 2—3 недель до начала активотерапии мы прогревали в течение 20—25 минут каждый раз правую подреберную область инфра-красными лучами. Всего мы проделывали 8—10 сеансов инфра-красной терапии, через день, и лишь тогда, когда почва была уже подготовлена, чувствительные и воспалительные явления со стороны печени уменьшались, мы приступали к активотерапии. Кварцевая лампа направлялась на печеночную область, по обычному способу, начиная с малых доз (3 минуты) и на расстоянии не менее 1 метра. Сеансы ультра-фиолетовой терапии проделывались также через день, прогрессивно увеличивая дозы на 1—2 минуты и постепенно сокращая дистанцию от кварцевой лампы до подреберной области, доходя до 50 и даже 40 см. Всего проделывалось 25—30 активных ванн, которые спустя несколько месяцев повторялись опять-таки с предварительной „подготовкой“ (5—8 сеансов) инфра-красными лучами. Результаты такой фототерапии получались блестящие: цвет лица больных быстро улучшался, аппетит поправлялся, ускорялся и увеличивался диурез, содержание азотистых веществ в моче увеличивалось. Не говоря уже о том, что чувствительность правой подреберной области исчезала, кишечная деятельность урегуливывалась самым интересным образом: у больных, жаловавшихся на диарею, устанавливался нормальный стул, 1 раз в день, достаточно твердый и хорошо окрашенный. У лиц же, страдавших до ультра-фиолетовой терапии запорами, выделения также становились более регулярными. Иногда, правда, приходилось производить „смазку“ кишечника несколько дней в месяц, давая таким больным 1 столовую ложку *paraffini liquidi* на ночь, пред сном. Означенная терапия, наряду с целым рядом других способов лечения недостаточности печени, имеет, на наш взгляд, все права гражданства и должна войти в обиход всякого врача, сталкивающегося с подобными заболеваниями.

Из госпитальной терапевтической клиники Белорусского государственного медицинского института. (Директор проф. Ф. О. Гаусман).

К вопросу о прощупывании малой кривизны желудка¹⁾.

Ст. ассистента Б. И. Трусевича.

Пользуясь глубокой, скользящей и топографической пальпацией по методу Гленард-Образцов-Гаусмана, наряду с прочими отделами желудочно-кишечного тракта в некоторых случаях удается прощупывать и малую кривизну. Последняя статистика пальпаторных данных Гаусмана следующая: большая кривизна прощупывается в 45—50%, colon transv. 60%, coecum 80%, pars coecalis ilei 85%, appendix 12—16%.

¹⁾ Доложено на заседании конференции врачей клиники.

pylorus и antrum pylori 25%, сигма 95%. Почти тождественные данные получились и у других лиц, занимавшихся пальпацией по этому методу (Стражеско, Флекель, Бударин, Трусевич).

Пресматривая статистические данные Гаусмана и некоторых других авторов, мы не находим процентного указания прощупываемой малой кривизны желудка. Проф. Стражеско и д-р Жолтый приводят цифровые данные: первый—18%, а второй—20% прощупываемости малой кривизны. В норме малая кривизна вовсе не пальпируется, так как та ее часть, которая не скрыта под левой реберной дугой, а выходит из под нее, прикрыта левой долей печени. И только в случаях гастроптоза малая кривизна отделяется от печени и становится доступной пальпации, и то иной раз лишь при наличии мягких брюшных покровов. Такое прощупывание малой кривизны надо рассматривать как патологическое уже явление, указывающее на гастроптоз. Гаусман, Стражеско, Шиллинг и я пальпировали малую кривизну только при гастроптозе. Но если малая кривизна не пальпируется в физиологических условиях, то возникает вопрос, прощупывается ли она в каждом случае гастроптоза? На основании своих наблюдений я должен ответить в отрицательном смысле, ибо для пальпации недостаточно одного только опущения малой кривизны при гастроптозе, а надо еще наличие других условий, способствующих прощупыванию ее, как-то: отсутствие напряжения брюшных стенок, метеоризма, болезненности, умения дышать диафрагмой. По моим пальпаторным данным за последние два года, в случаях с гастроптозом и вообще с спланхноптозом малая кривизна желудка прощупывалась в пределах 12—14%. Иногда при соскальзывании пальцев с малой кривизны получается урчание.

Прав Гаусман, считая прощупывание малой кривизны трудной задачей, и не прав Шиллинг, утверждающий, что малая кривизна в случаях гастроптоза, особенно при наличии опухоли привратника, пальпируется не так уже редко. Возможно, что в этих случаях малая кривизна изменена тем же патологоанатомическим процессом, что и привратник, отчего и легче пальпируется. Это наблюдал и я неоднократно. Но говорить здесь уже о пальпации нормальной малой кривизны не приходится. Гаусман предложил свою методику для прощупывания малой кривизны, обратную той, какая им применяется при пальпации большой кривизны. Опишу ее.

Для прощупывания большой кривизны, достигнув задней брюшной стенки, во время фазы выдоха, скользят пальцами сверху вниз по направлению к лонному сочленению и тогда пальцы соскальзывают с большой кривизны как со ступеньки. Малая же кривизна, по Гаусману, прощупывается иначе. Так как она представляет собою ступеньку, спускающуюся кверху, то для прощупывания ее пальцами надо скользить не вниз, а вверх по направлению к мечевидному отростку и во время фазы не выдоха, а вдоха. При вдохе малая кривизна еще более опускается и идет навстречу скользящим вверх пальцам. Получается ощущение соскальзывания со ступени в тот момент, когда пальцы соскакивают с малой кривизны.

Как уже говорилось, обычная пальпация должна совершаться в фазе выдоха, во время которого брюшной пресс расслабляется и тогда руке легче проникнуть до задней брюшной стенки и скользить по ней пальцами. Во время же фазы вдоха происходит обратное явление—напряжение брюшной стенки, затрудняющее пальпацию. Пальпация малой кривизны по Гаусману во время фазы вдоха безусловно возможна, но

она требует наличия очень мягких, дряблых брюшных стенок, позволяющих проникнуть уже вглубь брюшной полости даже во время вдоха. Таким образом, этот способ пальпации малой кривизны удобен только при дряблых, мягких брюшных покровах. Я уже давно занимаюсь пальпацией желудочно-кишечного тракта и в частности малой кривизны и из своих наблюдений я пришел к убеждению, что для пальпации малой кривизны можно обойтись без специальной методики; по моему мнению она пальпируется отчетливо и удобнее тем же методом, который Гаусман предложил для пальпации большой кривизны. Пальпируя большую кривизну, в некоторых случаях гастроптоза одновременно можно прощупать и малую. Здесь уже не требуется слишком мягких брюшных стенок, так как пальпация совершается во время выдоха, который сам по себе расслабляет брюшной пресс. Проф. Стражеско также сообщает, что при гастроптозе ему удавалось одновременно обнаруживать две ступеньки, соответствующие малой и большой кривизне. Очевидно проф. Стражеско пальпировал по методу пальпации большой кривизны, подобно мне. Пальпируя малую кривизну по способу „большой“, теоретически следовало бы ожидать, что пальцы, наскакивая на поднимающуюся во время выдоха вверх малую кривизну, должны дать ощущение подъема на ступеньку. На самом же деле часто получается обратное ощущение — соскальзывания со ступеньки, как и при пальпации большой кривизны. Мне думается, что это, вероятно, происходит оттого, что малая кривизна при наскакивании на нее пальцев загибается, образуется складка, соскальзывание с которой и дает ощущение соскальзывания со ступеньки, а это чрезвычайно важно знать, чтобы в случаях гастроптоза во время пальпации при ощущении соскальзывания со ступеньки не принять прощупываемую малую кривизну за большую. И на это я обращаю особое внимание.

Мне не раз приходилось видеть, как некоторые, прощупывая малую кривизну, принимали ее за большую и только из-за того, что не знали, что и малая кривизна при наскакивании на нее пальцев может дать такое же ощущение соскальзывания со ступеньки, как и большая. Такое же ощущение соскальзывания со ступеньки при пальпации малой кривизны мне удавалось получить при непосредственном прощупывании ее на вскрытом трупе.

Неоднократно мне приходилось пальпировать малую кривизну и в стоячем положении, ощущение получалось такое же. Многие случаи прощупываемой малой кривизны мною контролировались рентгеноскопией, подтверждавшей правильность пальпаторных данных ее. Козечно, малая кривизна тем легче будет пальпироваться, чем больше она опущена и чем мягче брюшные стенки. Вот почему, об этом я уже говорил раньше, она не во всех случаях гастроптоза прощупывается. Не могу не отметить и того обстоятельства, что иной раз при гастроптозе малая кривизна пальпировалась только в стоячем положении больного и не определялась в горизонтальном. Оно и понятно, ибо при вертикальном положении туловища желудок и в норме несколько опускается, а тем более это будет выражено при гастроптозе. По этой же причине и опухоли малой кривизны, не обнаруживаемые в лежачем положении больного, становятся иной раз доступными пальпации в стоячем.

Вообще же надо сказать, что при наличии опухолей малой кривизны и ее опущений, она пальпируется чаще, чем при одном только гастроптозе. Итак, малую кривизну можно пальпировать двумя способами: специальным методом, предложенным для этой цели проф. Гаусманом, и еще лучше по способу пальпации большой кривизны. Последним способом, как было уже указано, прощупываются одновременно большая и малая кривизна, дающие одно и то же ощущение соскальзывания со ступеньки.

Спрашивается, как же тогда решить вопрос—чем обусловливается найденная ступенька? Если она образована малой кривизной, то обычно ниже удастся найти вторую ступеньку, образованную большой кривизной. Или же дают исследуемому выпить стакан воды и рукой производят пальпаторную перкуссию по Образцову—получается шум плеска в желудке. Если шум плеска начинается на границе найденной ступеньки и продолжается книзу от нее, а вверх нет, то значит ступенька соответствует малой кривизне. В тех же случаях, когда шум плеска обнаруживается выше ступеньки, а ниже нет, это служит подтверждением того, что ступенька обусловлена большой кривизной. Невольно возникает вопрос, стоит ли применять пальпацию для диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта и тратить время на ее изучение, в то время как имеется очень ценный и весьма демонстративный метод исследования рентгеновскими лучами. Только тот, кто владеет методом пальпации и много ею занимался, не раз мог убедиться в своей повседневной практике, насколько она является таким же ценным методом, как и исследование рентгеновскими лучами, а в некоторых случаях и превосходящим их.

Литература: 1) Ф. О. Гаусман. «Основы метод. прощуп. желудка и кишечника», изд. 1912 г. и немецкое 2-ое издание Karger'a.—2) В. П. Образцов. Сборник «К физическим исследов. желуд.-кишечн. канала и сердца», 1915 г.—3) Н. Д. Стражеско. «Основы физическ. диагностики брюшн. полости», 1924 г.—4) И. М. Флекель. Русск. кл., № 12, 1925 г.—5) Schilling. Arch. f. Verd., 1919, H. 2.—6) Б. Трусевич. «Клиническое значение пальпации желудка и кишечника». Доклад на заседании конференции врачей Ессент. поликл. 20 авг. 1928 г.—7) Бударин. Врачебная газета, 1927 г.—8) Л. Штейнберг. Журн. для изуч. ран. дет. возр., 1927 г. т. 5. № 1.—9) Б. Трусевич. Юго-Вост. вест. здравоохран., 24 г., № 3-4.—10) Он же. Врач. газ., 1928 г., № 22.

Из Пензенской окружной малярийной станции (Зав. станц. М. А. Сюзюмов).

Реакция Costa при малярии.

Врача-ординатора Е. В. Сидоровой.

Каждому практическому врачу, особенно в обстановке амбулаторного приема, известны затруднения, связанные с диагностикой хронической малярии с ее многообразными, порой чрезвычайно запутанными клиническими проявлениями, часто с недостаточно ясным анамнезом самого больного. Это еще в большей степени относится к случаям так назыв. скрытых форм малярии, где объективные проявления настолько неясно выражены, что становятся недоступными нашим методам исследования и требуют продолжительного наблюдения для установления малярийной природы заболевания.