

здоровых детей и взрослых совпадение результатов по ускоренному и обычному бактериологическому методу лабораторной диагностики колиэнтерита получено в 92,7%.

2. Несмотря на некоторые недостатки (положительная реакция в результате взаимодействия живой культуры и специфической сыворотки, необходимость применения дефицитного реактива), метод может быть рекомендован как дополнительный и ориентировочный при исследованиях на колиэнтерит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Розенфельд Д. Б. Тр. научн. конф. молодых научн. сотр. Московского ИВС им. Мечникова, 1959, т. 14; ЖМЭИ, 1961, 2.— 2. Шварцман Я. С. и Белинский В. М. ЖМЭИ, 1960, 3.— 3. Kraus H. Zbl. f. Bact. I. Abt. Orig. 1957, 168, 1/2, 21—24.— 4. Schönberg F. Arch. f. Hyg. u. Bakteriол. 1954, 138, B., H. 8.

Поступила 5 февраля 1964 г.

УДК 616.33—008.8—072.2

ПРОСТОЙ СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЗА ПРОДВИЖЕНИЕМ ОЛИВЫ ЗОНДА ПО ЖЕЛУДКУ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОМ ЗОНДИРОВАНИИ

А. Г. Лепяко

Кафедра госпитальной терапии (зав. — доц. А. Г. Лепяко)
Тернопольского медицинского института

Для успешного зондирования двенадцатиперстной кишки важное значение имеет предупреждение сворачивания зонда во время продвижения его по желудку.

В течение десяти лет мы пользуемся очень простым способом, который дает возможность, не прибегая к рентгеноскопии, постоянно следить за продвижением оливы зонда по желудку, причем легко устанавливается причина непоступления дуоденального содержимого через зонд (сворачивание зонда в желудке или спазм привратника).

Больному, который находится на правом боку или на спине с ладонью левой руки, приложенной к эпигастральной области, через зонд с помощью шприца энергично вводится небольшое количество воздуха (10—20 мл). Бслной ощущает вхождение воздуха в желудок и почти всегда может точно локализовать его. Одновременно рукой он ощущает толчок. Пальпаторное ощущение толчка может быть получено и рукой исследующего. Как показали проведенные нами контрольные рентгеноскопические наблюдения, субъективное и пальпаторное ощущение толчка от вхождения воздуха в желудок соответствует месту расположения оливы в желудке. Так, если толчок определяется около пупка или слева от него, а зонд введен на достаточную длину, можно думать, что зонд свернулся в желудке. В таком случае зонд следует несколько извлечь, чтобы выпрямить его, и повторить введение. Если же толчок от вхождения воздуха находят книзу от пупка, можно предположить опущение желудка. При этом целесообразно придать тазу больного несколько возвышенное положение и продолжать вводить зонд под контролем описываемого способа. Нахождение оливы у привратника устанавливается по тому, что толчок от введения воздуха улавливается сверху справа от пупка, почти у самой реберной дуги. В таком случае остается ждать открытия привратника.

При наклонности привратника к спазмам, что особенно часто наблюдается при гиперацидных состояниях, открытию привратника можно способствовать, как известно, введением через зонд подогретого до 50—60° 10% раствора питьевой воды в количестве 20—30 мл.

Необходимо отметить, что многие больные способны ощущать вхождение воздуха и в двенадцатиперстную кишку, однако это ощущение бывает настолько неясным, что точно локализовать его почти не представляется возможным. При вхождении воздуха в желудок возникает громкое, относительно продолжительное урчание, в то время как при нахождении оливы в двенадцатиперстной кишке урчание бывает глухим и коротким. Все это позволяет исследующему легко ориентироваться в получаемых данных и делать точный вывод о месте нахождения оливы. Лишь у людей тучных, с пониженной рефлекторной возбудимостью оценка получаемых данных бывает иногда затруднительной.