

О ЗНАЧЕНИИ ФИЗИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

П. И. Шамарин

Кафедра пропедевтической терапии (зав. — проф. П. И. Шамарин)
Саратовского медицинского института

Болезни органов брюшной полости занимают солидное место в общей заболеваемости, особенно в поликлинической практике. При распознавании патологических процессов брюшных органов врач встречается иногда с несравненно большими трудностями, чем при распознавании болезней сердечно-сосудистой системы или системы внешнего дыхания.

Необходимость наилучшего овладения методами физического исследования брюшных органов теоретически признается всеми. Но между теорией и практикой нередко существуют «ножницы»: некоторые преподаватели, сами недостаточно владеющие физическими методами, возлагают больше надежд на дополнительные лабораторные и инструментальные методы, воспитывая и у будущих врачей преклонение перед ними.

Инструментальные исследования нередко имеют большее значение в диагностике заболеваний органов брюшной полости, чем физические. Но признание этого факта не равнозначно отрицанию значения физических методов.

Во-первых, известны патологические процессы, локализующиеся в брюшной и брюшинной полостях, при которых физические методы имеют преимущества перед инструментальными, например лимфогрануломатоз, миелолейкоз, аневризма брюшной аорты, туберкулезный мезаденит и др. Во-вторых, не всегда возможно и необходимо производить всестороннее и полное инструментальное обследование каждого больного. Для того чтобы произвести целенаправленное и только необходимое инструментальное исследование, врач должен хорошо ориентироваться в многосложной симптоматике, в чем ему помогает использование физических методов исследования.

Основы физической диагностики заболеваний органов брюшной полости детально разрабатывались отечественными учеными, в первую очередь В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско и их учениками и последователями. Книга Н. Д. Стражеско о физических методах должна быть настольной у каждого терапевта и хирурга; в избранных трудах В. П. Образцова имеются прекрасные фотографии, иллюстрирующие текст. В трудах Н. Д. Стражеско, В. П. Образцова и их последователей дано классическое описание физических методов исследования брюшной полости. Опытный преподаватель-клиницист может использовать в практической деятельности некоторые свои приемы, облегчающие, по его мнению, исследование больного. Поэтому заслуживает внимания предложение, например, В. А. Москвина, касающееся положения больного при пальпации. Но в процессе преподавания необходимо знакомить студентов и врачей с классическими методами. Что касается тех или иных рекомендаций, в частности публикуемых в печати, то они должны развивать принципиальные основы, разработанные В. П. Образцовым и Н. Д. Стражеско, а не идти с ними вразрез.

Данная статья касается лишь некоторых частных вопросов, которые, по нашему мнению, заслуживают обсуждения.

1. В учебниках, на лекциях и практических занятиях подчеркивается необходимость садиться для пальпации с правой стороны от больного, чтобы пальпировать правой рукой. Я считаю необходимым и полезным учить студентов и врачей пальпировать и левой рукой, т. к. бывают положения, когда пальпация правой рукой затруднительна (положение больного, кровати, тяжелое состояние больного).

2. Пальпируя живот, предлагают больному дышать спокойно, несколько глубже обычного, лучше с открытым ртом. Таково классическое описание. К сожалению, очень часто врачи, в том числе и преподающие, предлагают больному: «Дышите животом!». При этом врачи предлагают даже «выталкивать руку животом». Такие

«команды-обращения» являются браком в работе врача. Как трудно бывает научить дышать правильно тех больных, которые уже побывали у врачей, не умеющих пальпировать: наученные «дышать животом», такие больные обычно проделывают такие «демонстрации» мышцами брюшного пресса, что пальпация становится совершенно невозможной.

Нельзя согласиться и с рекомендацией В. А. Московина, предлагающего самому больному контролировать дыхательные движения брюшной стенки положенной на живот рукой. Привлечение внимания больного к активному участию в пальпации живота противоречит основным требованиям классического метода.

3. При исследовании органов брюшной полости основным является «метод глубокой скользящей пальпации», используемый при пальпации желудка, кишечника, поджелудочной железы, лимфатических узлов, почек, аорты и ее ветвей, опухолей, инфильтратов. Для пальпации печени и селезенки используется другая методика. Она прекрасно описана В. П. Образцовым. Это описание, как песня, из которой слова не выкинешь, подробно приводится в книге Н. Д. Стражеско.

К сожалению, не только малоопытные преподаватели, но и некоторые известные ученые, в том числе и авторы учебников диагностики, описывая в основном правильную методику пальпации печени по Образцову, называют ее «глубокой скользящей пальпацией». Но это заблуждение. При исследовании печени и селезенки применяется пальпация не «глубокая» и не «скользящая».

Как часто врачи «обнаруживают» пальпацией печень, когда она не увеличена, принимая за нее косую мышцу живота, и не находят пень, когда она фактически хорошо пальпируется.

4. Аускультация мало используется при исследовании живота. Между тем аускультация в сочетании с пальпацией (поглаживанием) и толчкообразной пальпацией (перкуссией) помогает получить ценные дополнительные симптомы. Так, с помощью аускультативно-пальпаторного (поглаживание) метода можно составить ориентировочное представление о размерах и положении желудка, дифференцировать место скопления воздуха (желудок, кишечник, брюшинная полость). Приложив фонендоскоп (стетоскоп) к стенке живота на проекции желудка и производя легкие толчки по типу баллотирующей пальпации-перкуссии, можно обнаружить наличие жидкости в желудке, не прибегая к грубым сотрясениям туловища больного, как это делают нередко врачи (у истощенных и ослабленных больных такой прием особенно недопустим, хотя бы из-за сострадания к больному).

Значение физических методов исследования живота, в частности пальпации почек, иллюстрировалось нами рядом примеров ранее (1955, 1960). Позволю себе привести только два примера.

На основании пальпаторных и аускультативных данных мы диагностировали у пожилой женщины атеросклероз, преимущественно брюшной аорты и левой почечной артерии с аневризмой последней. На секции резко выраженный атеросклероз брюшного отдела аорты и левой почечной артерии подтвержден, но аневризма была не почечной артерии, а аорты на месте отхождения левой почечной артерии. Диагностика довольно точная, без помощи инструментальных методов.

У другой женщины, 60 лет, находившейся в клинике 11 дней, периодически возникали резкие боли то в сердце, то в грудной клетке, то в животе, то в области левой почки. На ЭКГ констатированы периодические пароксизмы мерцания и трепетания, выраженные признаки хронической коронарной недостаточности; данных за инфаркт миокарда не было.

При пальпации и аускультации мы обнаружили симптомы резко выраженного атеросклероза брюшного отдела аорты и почечных артерий, особенно левой, а возникшие незадолго до смерти резкие боли в левом боку, в левом подреберье и в левой половине живота послужили поводом для предположения о возможности инфаркта левой почки и тромбоза мезентериальных артерий. На секции найден умеренный атеросклероз грудной аорты и коронарных артерий, но резкий атеросклероз брюшной аорты. Наряду с этим обнаружено наличие двух левых почечных артерий, склероз их с закрытием просвета, некроз левой почки с гнойным расплавлением.

В этом случае у нас имелось формальное расхождение в деталях, тогда как в основном диагностика была довольно точной.

В ранее (1955, 1960) приведенных примерах речь шла о распознавании болезней почек, желудка и др. Примеры, приведенные в настоящей статье, достаточно убедительно иллюстрируют диагностические возможности физических методов при исследовании брюшной аорты и ее ветвей.

Вывод только один. В наше время внедрения в практику новых совершенных методов лабораторного и инструментального исследования не потеряли значения физические методы, позволяющие с должной полнотой и целенаправленно обследовать больных и, следовательно, совершенствовать диагностику.

ЛИТЕРАТУРА

1. Московин В. А. Врач. дело, 1955, 6. — 2. Шамарин П. И. Сов. мед. 1955, 8; Тр. Саратов. мед. ин-та. 1960, т. XXVIII.

Поступила 4 декабря 1964 г.