

Выводы: 1. Аускультация суставов является простым, доступным всякому врачу методом исследования.

2. Те факты, которые получены до настоящего времени, говорят, что этот метод может дать некоторые опорные пункты при диагностике заболеваний суставов.

3. Необходимо дальнейшее изучение звуковых явлений, получаемых при аускультации суставов.

4. Необходимо в дальнейшем установить связь между характером аускультативных данных с характером патологического процесса в суставах.

Из Детской больницы К. А. Раухфуса (Ленинград).

Трансдуоденальное изгнание ленточных глист у детей¹⁾.

А. Я. Кровицкого.

То широкое применение, которое дуоденальный зонд нашел в клинических исследованиях за последнее время, вполне заслужено. Нет необходимости останавливаться подробно на большом значении этого метода в диагностике, необходимо только отметить, что в терапевтическом отношении клиника получила возможность пользоваться дуоденальным зондом для введения ряда лекарственных веществ, действуя непосредственно, в неизменной форме, на 12-перстную кишку и соседние органы (печень, желчные пути поджелудочная железа).

По мысли некоторых авторов дуоденальным зондом воспользовались для изгнания ленточных глист Gantt и West¹⁾, Schottmüller²⁾, Шнейдер³⁾, Куракин⁴⁾, Шафир⁵⁾ и др. Одними из первых были американские авторы Gantt и West, с большим успехом употреблявшие большие дозы папоротника. Шнейдер из 87 случаев в 62-х получил положительный результат. Он придавал большое значение предварительной подготовке и диете. Доза не превышала 3,0 экстр. папоротника. Куракин—из 88 случаев в 83 получил положительный результат, головка была обнаружена в 66 случаях. Доза не превышала 2,5 папоротника. Накануне слабительное, утром клизма, затем вводился дуоденальный зонд и, когда олива находилась в 12-перстной кишке, вводилось 25,0 inf. Sennae, спустя $\frac{1}{4}$ часа extr. fil. maris и затем еще раз 25,0 inf. Sennae. Корнев пользовался большими дозами extr. fil. maris до 8,0; предварительная подготовка продолжалась 2 дня, а выходение глисты наблюдалось через 20—40 минут. Шафир из 40 случаев в 100% получил выходение глисты в среднем в течение 2 $\frac{1}{2}$ час. Предварительной подготовки не было. Доза папоротника в большинстве случаев не превышала 4,0.

Вследствие того, что прием extr. fil. maris всегда очень неприятен (даже в капсулах), часто наблюдается рвота (идиосинкразия) и глистогонное извергается обратно, более удобно введение extr. filicis maris че-

¹⁾ Доложено 27/XI 1929 г. на заседании О-ва детских врачей в Ленинграде.

рез дуоденальный зонд, особенно в случаях, где возраст больного или его тяжелое состояние, не позволяют назначить глистогонное в соответствующей дозе.

В литературе, которой мы располагали, мы не нашли подробных указаний об использовании этого метода для изгнания ленточных глист у детей. Мы встретились, наоборот, с отрицательным отношением: д-р Конюс в своей работе „Клиника и профилактика глистных заболеваний у детей“ указывает, что введение зонда в 12-перстную кишку „все-таки слишком энергичное и сложное вмешательство, недостаточно обоснованное фактами“, но несмотря на это мы решили испробовать этот метод, руководствуясь следующими соображениями.

Первое, что заслуживает внимания, это—дозировка. При пользовании дуоденальным зондом, дозировка экстр. папоротника колеблется от 1,5 гр. до, максимум, 2,5 гр. у детей от 5 лет до 15 лет (тогда как д-р Конюс указывает по 0,5 гр. на год—максимум 7—8 гр.). Следовательно, доза уменьшается 2—3 раза, не влияя на результат, что особенно важно в тех случаях, когда тяжесть заболевания, общее состояние больного требуют особенной осторожности в дозировке. Второе—отсутствие неприятного вкуса, рвоты и других побочных явлений (если зонд находится в 12-перстной кишке), третье—быстрота изгнания паразита после введения глистогонного, в среднем от $1\frac{1}{2}$ ч. до $2\frac{1}{2}$ часов; наконец, четвертое соображение—отсутствие крайней необходимости в предварительной подготовке иногда в течение 2—3 дней, что большей частью необходимо при даче глистогонного через рот.

Большое число детей, поступающих в стационар для изгнания ленточных глист, частые отрицательные результаты вследствие рвоты, нежелания принимать глистогонное (*Extr. filicis maris*) через рот, заставили испробовать этот метод, имевший, как указано выше, явные преимущества.

Методика. Накануне вечером больные получают слабительное и очистительную клизму. Утром, натощак вводится в желудок тонкий, мягкий дуоденальный зонд (диаметр 3 мм.). Необходимо отметить, что дети, не умеющие даже глотать пилюли, позволяли очень легко ввести дуоденальный зонд. Небольшое затруднение встречалось у некоторых детей при прохождении зонда через глотку (рвотный рефлекс), но уже через минуту дети не делали никаких попыток к извлечению зонда обратно, а, наоборот, даже помогали сами вводить зонд, усиленно глотая и проталкивая его руками. Некоторые дети с зондом засыпали и глистогонное им вводилось во сне. Затем ребенок остается лежать в кровати на правом боку до тех пор, пока в отсасываемом шприцем желудочно-кишечном содержимом не покажется желчь (средняя продолжительность от 40 минут до 2 часов). Проба на лакмусовую бумагу (обязательная), дающая определенно щелочную реакцию (а не нейтральную), показывает, что зонд продвинулся в 12-перстную кишку. После повторных проверок щелочной реакции кишечного содержимого, в зонд вводится двадцатиграммовым шприцем глистогонное, приготовленное по следующей прописи:

Rp. Extr. filicis maris	1,0—2,5
Inf. Sennae	20,0
Gummi arabici	2,0—2,5
M. f. emulsio.	

DS. Для введения через зонд.

Гуммиарабик добавляется для приготовления хорошей эмульсии, чтобы лекарство не оседало на стенках.

Глистогонное следует вводить в теплом виде и очень медленно. Затем тем же шприцем вводится 25—50 гр. теплого физиологического раствора для промывания и удаления из зонда остатков глистогонного, и зонд извлекается.

Отхождение глист наблюдается в среднем через $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ часа; в единичных случаях через 5—6 часов.

Этот метод изгнания глистов мы применили у 35 детей в возрасте от 5 до 15 лет; среди них было 19 мальчиков и 16 девочек.

Тончайшие части обнаружены в 95% случ., головка в 35%. Сравнительно небольшой процент нахождения головки понятен, т. к. головку очень трудно искать в большом количестве кала. Большинство авторов указывает, что процент положительных находок головки колеблется от 35—50%. В 3-х случаях паразит не вышел; в 1 м оказались в исследованиях яйца аскарид, в другом—по проверке яиц глист не оказалось; 3-й случай проверить не удалось—больной выписался в тот же день.

Наши выводы следующие: 1) отхождение ленточных глист у детей при изгнании их через дуоденальный зонд дает положительный результат в 95%; 2) отхождение ленточных глист наступает в течение $1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ ч. с момента введения глистогонного; 3) дозировка экстр. папоротника в 2—3 раза меньше, чем при даче через рот и 4) этот метод прост и вполне приемлем для применения в детском возрасте.

Принимая во внимание положительные результаты трансдуоденального изгнания ленточных глист у детей и большое число глистных больных, поступающих в стационар, желательно испытать этот метод для разгрузки стационара от глистных больных и перенести изгнание глист в амбулаторную обстановку, в руки опытных лиц, сосредоточив в одном из кабинетов также всю работу по профилактике глистных заболеваний.

В заключение приношу благодарность завед. 2 тер. отдел. Виктору Павловичу Пивоварову за совет и руководство, сестрам 2-го терапевтического отделения—за деятельную помощь в проверке этого метода у детей.

Литература: 1) Gantt и West. The ther. Gas. 1922, 15/VII.—2) Schottmüller. M. m. W. 1927, № 20.—3) Schneider. M. m. W. 1924, № 34.—4) Куракин. Врачебная газета, 1927 г., № 18.—5) Шафир. Клин. мед. 1928. № 11.—6) Конюс. Клин. глистн. забол. у детей. Москва, 1927, Охматдет. НКЗ.

Из Ессентукской клиники Бальнеологического института (научный консультант
Лозинский А. А.)

Редкий случай аскаридоза¹⁾.

А. А. Гавриленко.

За последнее время глистные инвазии поразили огромную часть населения нашего Союза и не случайно, что с каждым годом на Ессентукской группе К. М. В. увеличивается контингент больных, у которых гельминтиазис играет определенную этиологическую роль в их заболеваниях. За последние годы вышел в свет ряд классических работ проф. Fülleborn'a, Вейнбергера, Скрыбина и др., подтверждающих вышесказанное.

¹⁾ Доложено на VIII-й научной конференции врачей Ессентукской поликлиники и санаторий.