

Отдел I. Клиническая и экспериментальная медицина.

Из клиники Пропедевтики внутренних болезней СКГУ. (Директор проф. Б. А. Коган).

Перкуссия верхушек легких.

И. Д. Мишенина.

Диагностика начальных форм легочного туберкулеза еще не имеет постоянных и типичных клинических признаков, поэтому дополнительный симптом, который можно получить перкуссией, имеет значение в клинике раннего туберкулеза.

Обычно производимая сравнительная перкуссия давала бы постоянно точные результаты, если бы было полное анатомическое соответствие обеих половин грудной клетки при отсутствии индивидуальных различий в строении костного скелета и в развитии мышц той и другой стороны туловища. Укорочение одной из ключиц, асимметрическое выпячивание ребер, мало заметные искривления позвоночного столба, неравномерность в развитии мышц одной половины грудной клетки, рефлекторное напряжение мышц в зависимости иногда от неспецифического процесса (напр., neuralgia intercostalis)—вот главные моменты, нарушающие соответствие перкуторного звука при сравнительной перкуссии (Воробьев). У некоторых категорий рабочих (грузчика, токаря и др.) развитие мышц справа настолько резче, чем слева, что обычная сравнительная перкуссия над лопатками и ключицами является совершенно бессельной. Kernig же считает нормой притупление перкуторного звука над *spina scapulae d.* Притупление в области легочной верхушки может зависеть от напряжения мышц вокруг шейных и подключичных лимфаденоитов (Воробьев), в межлопаточном пространстве (Kraemer) вследствие мышечного напряжения при остром бронхоадените, над лопаткой (Rottenger) при спастическом состоянии мышц верхушки при плевритах. Таким образом притупление перкуторного звука не всегда говорит об изменениях в подлежащей легочной ткани. Для получения точных данных при перкуссии необходимо, чтобы перкуторный удар производил легочный звук изолированно, не вызывая колебаний окружающей части грудной клетки.

Чтобы избежать влияния сокращенных мышц на данные перкуссии рекомендуют изменить положение верхних конечностей. Притупление в межлопаточном пространстве исчезает при выбрасывании рук вперед ладонями друг к другу или при помещении рук на голову; подключичное притупление исчезает при помещении рук позади спины (Воробьев). Хорошим приемом для перкуссии верхушек с целью избежать влияния мышц является метод *Wandperkussion*, при котором исследуемый ставится к стене спиной, чтобы лопатки и голова плотно прилегли к стене, тогда звук при перкуссии средней силы по ключицам делается более ясным, и улавливается даже небольшое приглушение. На высоте вдоха при перкуссии этим методом перкуторный звук здоровой верхушки

проявляется, инфльтрированная верхушка дает приглушение (Эйнис, Гофман).

Известные методы Goldscheider'a, Krönig'a, Jagic'a, дающие удовлетворительные результаты, относятся к методам тонким, где погрешность в перкуссии на 1 см. может иметь значение, при этом они отнимают при исследовании много времени. Несложный логически обоснованный метод перкуссии легочных верхушек предложил Plesch. Этот метод заключается в том, что при непосредственной перкуссии по *manubrium sterni* или по *vertebrum prominens* перкуторный звук распространяется по всему протяжению 1-х ребер и вступает в резонанс с легочными верхушками. Сравнение перкуторного звука достигается тем, что на одну из верхушек попеременно кладется кисть, вследствие чего резонанс в ней исчезает, в то время как другая свободная верхушка резонирует беспрепятственно (Plesch).

При работе в амбулаторной обстановке перкуссия должна удовлетворять, как точности данных, так и быть настолько несложной, чтоб на нее не затрачивалось много времени. Отвечающей этим требованиям является, по нашему мнению, перкуссия в аксиллярных ямках. Причины, влияющие на результаты обычной перкуссии (неравномерность развития мышц, асимметрия в высоте стояния лопаток и др.) при аксиллярной перкуссии не играют роли вследствие соответствующих анатомических условий аксиллярного пространства. Эта область грудной клетки является чрезвычайно удобной для перкуссии в целях выявления бронхоаденитов, плевральных сращений и поражений легочной ткани.

При бронхоаденитах у детей при сравнительной перкуссии в аксиллярных областях на 3—4 ребре находят притупление (Фянкельштейн, Аркавин). Это притупление перкуторного звука появляется еще до реакции Pirquet или Mantoux и в 90% случаев подтверждается рентгеном (Аркавин). Лишневский применял перкуссию в аксиллярных пространствах для диагностики плевральных утолщений и сращений. Для этого он рекомендует палец, заменяющий плессиметр, вдавливать как можно глубже, перкутируя при этом менее отрывисто и коротко, чем это привычно. В таком случае перкуссивный удар распространяется не столько вглубь, сколько вширь. При наличии притупления заставляют больного глубоко вдохнуть, тогда плевральные спайки растягиваются и звук проявляется, между тем как притупленный звук, вызванный инфльтрированным или сморщенным участком легкого или пакетом бронхиальных желез, остается без изменения.

При исследовании больных наряду с обычными методами перкуссии верхушек легких (по Goldscheider'y, Krönig'y, сравнительно над ключицами и лопатками) мы производили перкуссию также и в аксиллярных пространствах.

Техника применяемой нами перкуссии заключается в следующем. Больному предлагается положить руки на голову, вследствие чего можно проникнуть в глубину аксиллярной ямки. Средний палец левой руки, заменяющий плессиметр, ставится как можно выше в аксиллярной ямке на 2 ребро, согнутым по Plesch'y под прямым углом в первом межфаланговом суставе, но выпрямленным в концевом суставе. Перкуссия средней силы производится по дистальному концу первой фаланги попеременно в обеих аксиллярных ямках.

При наличии патологических изменений в легочной верхушке получается укорочение перкуторного звука в соответствующей аксиллярной ямке.

Мы применили этот метод перкуссии на большом количестве (до 600) легочных больных, пользуясь материалом Пропедевтической терапевтической клиники СКГУ и Тубдиспансера Сіжд. Из нашего материала мы выделили истории болезни наиболее всесторонне обработанные, дополненные рентгенологическими и лабораторными исследованиями. Мы проверили 50 случаев легочных заболеваний без наличия уплотнений легочной ткани (бронхиты, эмфизема и т. п.) и 92 случаев с туберкулезными изменениями в легких.

У всех больных 1-й группы перкуссия в аксиллярных ямках не дала уклонений от нормы.

Исследованные нами 92 туберкулезных больных распределяются по стадиям (по Turban-Gerhardt'y) след. образ.: 1-ой стадии—72 б-х, II-й—20.

Распределение соотношений данных рентгена с данными обычно производимой и верхне-аксиллярной сравнительной перкуссии приведено в таблице.

Т А Б Л И Ц А.

Стадия	Число	Соответствие с данными рентгена		Несоответствие с рентгеном	
		Обыч. срав. перкус.	верх. аксил. перкус.	Обыч. перк.	Верх. аксил. перкус.
I стадия	72	40 (55%)	65 (90%)	32 (45%)	7 (10%)
II стадия	20	19 (95%)	20 (100%)	1 (5%)	—

Как видно из таблицы, при туберкулезе легких 1-й стадии верхне-аксиллярная перкуссия в 90% давала положительные результаты и в 10% отрицательные результаты, несоответствующие данным рентгена.

Это несоответствие с данными рентгена возможно объяснить тем, что в некоторых случаях легочный звук приобретает тимпанический оттенок, что зависит от изменения упругости легочной ткани, благодаря чему можно признать за пораженную здоровую сторону, т. к. звук там более тупой (Сokolовский). При обычно производимой сравнительной перкуссии в этих случаях мы получили положительные результаты только в 55%, отрицательные в 45%.

При развитии процесса верхне-аксиллярная перкуссия дает результаты, совпадающие вполне с данными рентгена (на 100%).

В случаях первоначальных туберкулезных инфильтраций, при которых обычная перкуссия не дает никаких ясных данных (Assmann, Lydtin, Данилов и др.), верхне-аксиллярная перкуссия дает определенные результаты, что мы наблюдали в значительном количестве случаев.

Изменение перкуторного звука в пораженной верхушке при верхне-аксиллярной перкуссии происходит вследствие того, что ребро дейст-

вует на всем своем протяжении как плессиметр и производит резонанс в верхушке (Plessch). При этой перкуссии верхнего легочного поля на изменение перкуторного звука оказывает влияние понижение эластичности легочной ткани в области расположения специфического процесса, благодаря чему происходит уменьшение верхнего легочного поля. Очаговые специфические изменения должны быть достаточно велики, чтобы вызвать изменение перкуторного звука. Oestreich и de la Camp доказали на трунах, что очаг, даже лежащий непосредственно под плеврой, должен быть величиной с яйцо, чтобы быть обнаруженным. Таким образом этот метод определяет не отдельные очаги, а совокупность специфических изменений в легочной верхушке (инфильтрация, цирротические изменения, повреждение эластичности легочной ткани).

Данные наших наблюдений позволяют нам сделать вывод, что верхне-аксиллярная перкуссия дает в значительном проценте случаев положительные результаты, отличаясь при этом простотой техники. В виду доступности этого метода при всякой обстановке и в целях дальнейшей разработки его, мы предлагаем вниманию товарищей испытать верхне-аксиллярный метод перкуссии.

Влияние кумыса на отделительную работу печени и поджелудочной железы.

Доц. д-ра **В. С. Зимницкого**, ассистента клиники инфекционных болезней КМИ, и д-ра **М. Г. Мамиш**, ассистента факультетской терапевтической клиники Каз. Гос. Медицинского университета.

Гигиено-диететическое лечение туберкулезных больных является немаловажным фактором в терапии туберкулеза, и вполне понятно, что уже с давних пор кумысолечение привлекает к себе внимание широких врачебных кругов как могучий целительный метод.

Для нашего Союза, в частности для Башкирской, б. Самарской губ., Приуралья, а теперь и Татарской, вопросы, связанные с этим методом, представляются особенно важными, так как именно у нас имеется широкая сеть кумысных здравниц, где проводится массовое лечение больных кумысом.

Однако, к сожалению, приходится отметить, что несмотря на то, что терапия кумысом известна издавна, действие этого препарата на организм изучено далеко не полно.

Так, если мы коснемся влияния кумыса на пищеварительный тракт, то приходится согласиться с Крамовым, что детальных клинических работ в этом направлении почти нет. А это тем более странно, т. к. одно из основных значений кумыса не только как питательного, но и как укрепляющего организм средства („nutrit-robora“ — Постников), вдобавок употребляемого как питье per os, тесно связано очевидно с функцией желудочно-кишечного тракта и его главных пищеварительных желез.

Если мы коснемся отделительной работы желудочных желез под влиянием кумысолечения, то можно отметить исследования Удинцева,