

3. Keenan J., Fontaine P., Wenz J. Et al. Niacin revisited. A randomized, controlled trial of wax-matrix sustained - release niacin in hypercholesterolemia// Arch.Int.Med. 1991. N 151. P. 1424-1432.

УДК 617.55:616-071.4/5/6

А.Ф.Томиллов

ПОСТУКИВАНИЕ И ПОКОЛАЧИВАНИЕ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

Уральская государственная медицинская академия

К физическим методам исследования в медицине (часто их называют физикальными) обычно относят осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию. Однако существуют и другие методы, которые не получили четкого определения, но используются в повседневной работе всеми врачами. К ним относятся постукивание и поколачивание.

В медицинской литературе постукивание по телу больного с целью выявления болезненных зон и точек при заболевании внутренних органов нередко называют перкуссией. Однако за перкуссией прочно закрепился синоним **выстукивание**, а суть ее как метода исследования заключается в оценке состояния внутренних органов по характеру звуков, получаемых при ударах пальцем или молоточком непосредственно по телу больного или по плессиметру. При **постукивании** и при **поколачивании** врач судит о состоянии внутренних органов по другим явлениям, вызываемым отрывистыми ударами по телу больного. Чаще всего - это боль или мышечное сокращение.

Разница между постукиванием и поколачиванием заключается в технике и силе удара. Постукивают кончиками одного или двух пальцев или перкуссионным молоточком. Поколачивание производят ребром ладони или кулаком непосредственно по телу пациента или по тыльной стороне левой кисти, которую врач плашмя кладет на исследуемую область.

Оценка боли, возникающей при постукивании и поколачивании

Описан ряд болевых симптомов, выявляемых при постукивании по передней брюшной стенке. В частности: один из симптомов Менделя (локальная болезненность при постукивании по передней брюшной стенке в подложечной области при язвенной болезни), симптом Захарьина-Раздольского (болезненность в точке Мак-Кензи при холецистите), Лепене-Василенко (постукива-

ние на вдохе в зоне расположения желчного пузыря), симптом Куленкампа (болезненность при постукивании по мягкой или почти мягкой брюшной стенке при внутрибрюшинном кровотечении) и другие. Если боль при постукивании не появляется, симптом считается отрицательным.

Заслуживают внимания исследования И.Я.Раздольского, который проводил постукивание перкуссионным молоточком, считая, что при этом выявляются не только висцерокутантные рефлексы, но и мышечная гиперчувствительность. Начиная постукивание с заведомо безболезненных участков брюшной стенки и постепенно суживая площадь исследования, он выявил точки максимальной болезненности, которые находятся в зонах Захарьина-Геда, и хотя они обычно не совпадают проекционно с пораженным органом, все-таки имеют «типичное для каждого органа положение» (рис. 1)[3].

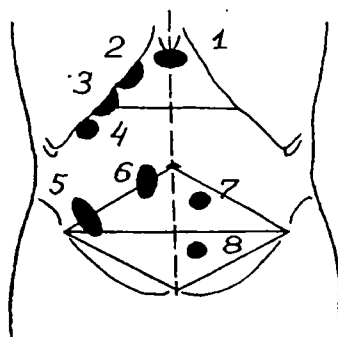


Рис.1. Точки максимальной болезненности, выявляемые при постукивании перкуссионным (неврологическим) молоточком, по И.Я.Раздольскому: 1 - желудок, 2 - привратник, 3 - 12-перстная кишка, 4 - желчный пузырь, 5 - аппендикс, 6 - слепая кишка, 7 - почка, 8 - яичник.

Болезненность, выявляемая постукиванием, может локализоваться и на задней поверхности тела. Боас отмечал ее на уровне ThX-L1 справа от позвоночника при перфорации гастродуоденальных язв.

Поколачивание используется чаще всего для диагностики заболеваний желчного пузыря и почек. При патологии почек поколачивание производят сзади в проекции почки. При этом, независимо от того, поколачивают непосредственно по телу больного или по тыльной стороне ладони, помещенной на тело в области почки, производится ли удар кулаком или ребром ладони, выявленный симптом (положительный или отрицательный) носит имя Ф.И.Пастернацкого. Если же при поколачивании в области почки боль появляется в бедре, говорят о симптоме Ллойда (при мочекаменной болезни).

При холецистите и желчнокаменной болезни появление боли в правом подреберье при поколачивании называется разными эпонимами в зависимости от небольших технических деталей. Поколачивание ребром ладони поперек реберной дуги - симптом Ортнера-Грекова, под реберной дугой снизу вверх - симптом Вольского, под реберной дугой на высоте вдоха - симптомы Гаусмана и Рисмана. Боль, появляющаяся в правом подреберье при поколачивании ребром ладони справа от IX-XI грудных позвонков, описана П.В.Скворским, а при поколачивании под нижним углом лопатки - Б.С.Айзенбергом [1].

Механизмов появления боли при постукивании и поколачивании несколько. Не исключено, что при постукивании играет роль кожная гипералгезия, обусловленная висцерокутанными рефлексамии. Однако кожная гиперестезия надежнее выявляется другими способами (поглаживанием, пощипыванием, разминанием между пальцами кожной складки, легким покалыванием иглой). Повидимому, прав И.Я.Раздольский, подчеркивавший выявление при постукивании не только кожной гиперчувствительности, но и мышечной. Локальную болезненность при постукивании по передней брюшной стенке у больных язвенной болезнью объясняют раздражением участка париетальной брюшины, прилежащей к язве. Ф.Мендель объяснял болезненность при постукивании «передачей сотрясения от удара молоточком или пальцем вглубь брюшной полости и раздражением нервов самого больного органа»[2]. Этого нельзя исключить потому, что боль при постукивании усиливается во время вдоха, когда растянутая брюшная стенка становится более упругой и возможность передачи колебаний на внутренние органы несколько усиливается.

При поколачивании эффект сотрясения пораженного органа как причина появления боли часто играет ведущую роль. Об этом убедительно свидетельствуют следующие факты. Если больной приподнимется на носки и затем быстро опустится на пятки, то боль при патологии желчного пузыря или печени возникает в правом подреберье (симптом Айзенберга), а при патологии почки - в соответствующей поясничной области. У больных холециститом, имеющих гепатомегалию, когда желчный пузырь расположен низко, поколачивание по реберной дуге может быть безболезненным. Если причиной появления боли было бы только раздражение разветвлений соответствующих сегментарных нервов, то боль появлялась бы независимо от смещения желчного пузыря.

Постукивание и мышечное сокращение

Постукивание неврологическим молоточком по известным точкам используется для оценки физиологических и выявления патологических рефлексов. Это - раздел неврологической диагно-

стики. Однако есть основания считать, что патологические рефлексии могут играть определенную роль и в диагностике внутренних болезней. В частности, описано сокращение мышц спины с одной стороны при постукивании на уровне ThVII-XII - позвонков у лежащего на животе больного при язве желудка или 12-перстной кишки (симптом Эфрейна). Мы наблюдали больного с подобным симптомом, но при генерализованной саркоме.

Больной Л., 55 лет, поступил в гематологическое отделение через 2 года после диагностики генерализованной лимфосаркомы периферических лимфоузлов с поражением костного мозга (бластов в миелограмме 14,8%) и продолжительной успешной терапии (нормализация показателей крови и костного мозга, исчезновение опухолевых узлов). За месяц до поступления появились боли в животе без четкой локализации, которые вскоре исчезли; нарастала тяжесть в верхней половине живота. По результатам пальпации и перкуссии было ясно, что за передней брюшной стенкой имеется большая масса опухоли с нижним краем на 2-3 см ниже пупка, высказано предположение об опухолевой инфильтрации сальника. При компьютерной томографии, кроме большой опухоли за мышечным слоем передней брюшной стенки, выявлена забрюшинная опухоль (рис.2), окружающая аорту и нижнюю полую вену.

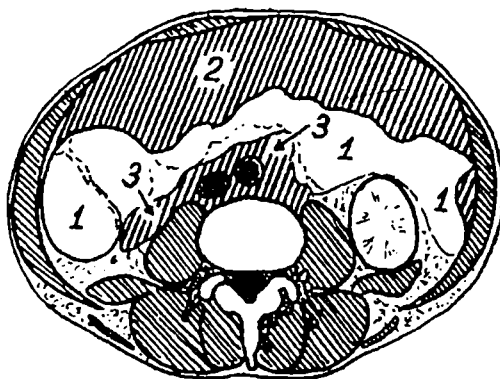


Рис.2 Схематический рисунок с компьютерной томограммы. Аксиальный срез на уровне мезогастрия: 1 - ободочная кишка, 2 - опухолевая масса, находящаяся непосредственно за передней брюшной стенкой (сальник?), 3 - забрюшинная масса опухоли, окружающая аорту и нижнюю полую вену.

Обе опухоли сливались в единую массу под левым куполом диафрагмы, где был замурован резко уменьшенный в объеме деформированный желудок. Селезенка отдельно от опухоли не дифференцировалась. У этого больного легкое постукивание кончиками пальцев в поясничных област-

тях над мышцами, выпрямляющими позвоночник, вызывало сокращение только этих мышц, а более сильное постукивание по любой точке поясницы или живота вызывало одностороннее сокращение всех брюшных и поясничных мышц. Рефлекс быстро истощался, чему способствовало произвольное расслабление большим мышц по просьбе врача. Природа этого патологического рефлекса осталась непонятной, но не исключено, что он обусловлен раздражением брюшины опухолью, тем более что после курса полихимиотерапии, когда масса опухоли значительно уменьшилась, рефлекс стал менее выраженным.

Поколачиванием выявляется и симптом мышечного валика. Если ударить ребром ладони поперек расслабленной двуглавой мышцы плеча, появляется локальное сокращение мышечных волокон в виде поперечного валика, который через несколько секунд исчезает. Этот симптом наблюдается при повышенной нервно-мышечной возбудимости и нередко встречается у больных с синдромом недостаточного всасывания вследствие полигиповитаминоза и электролитного дисбаланса.

Симптом «клавишей» имеет ту же основу, что и симптом мышечного валика. Если концами трех полусогнутых пальцев быстро постукивать по передней поверхности грудной клетки, начиная от ключицы и перемещая руку вниз после каждого удара на 2-3 см, то на месте ударов образуются горизонтальные мышечные валики с впадинами между ними. Симптом описан при тиреотоксикозе, гипопаратиреозе, миотонии.

Помимо боли и мышечного сокращения при постукивании и(или) поколачивании могут быть выявлены следующие симптомы. При соответствующих условиях постукивание по передней брюшной стенке сопровождается звуковыми явлениями, которые обычно обнаруживаются толчкообразной пальпацией: шум плеска и шум влажного шлепка. Шум плеска при постукивании может наблюдаться в желудке сразу после еды, а также у больных с декомпенсированным стенозом привратника в любое время; он иногда возникает и в растянутой петле кишки при непроходимости. Симптом влажного шлепка вызывается постукиванием в тех редких случаях, когда забрюшинная опухоль значительно смещает заднюю стенку желудка и расстояние между ней и передней стенкой желудка оказывается очень небольшим. У лежащего

на спине больного достаточно легкого удара пальцем по передней брюшной стенке, чтобы произошло соударение передней и задней стенок желудка с характерным звуком влажного шлепка. Это возможно даже при пальце-пальцевой перкуссии.

Постукивание нередко сочетается с другими методами исследования, например, с пальпацией неподвижной рукой для выявления асцитга и симптома «дрожания гидатид» при больших эхинококковых кистах. Постукивание с одновременной аускультацией производят с этой же целью. Речь идет не об аускультативной перкуссии, когда определяют границы органов по изменению слышимых через стетоскоп перкуторных звуков. При кистах, наряду с пальпируемым дрожанием, можно выслушать его звуковой эквивалент. А при большом асците выслушивается двойной тон от каждого удара по брюшной стенке. Считают, что его появление обусловлено разной скоростью проведения звука по брюшной стенке и по жидкости, находящейся в брюшной полости. Техника этих симптомов подробно описана [4]. Однако вопрос об определении свободной жидкости в брюшной полости заслуживает специального обсуждения как с технической, так и с терминологической точек зрения.

Таким образом, постукивание и поколачивание имеют свои специфические особенности по ряду параметров (задачи, техника, выявляемые симптомы) и поэтому могут считаться самостоятельными методами исследования больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенберг Б.С. К вопросу о болевом симптоме при холециститах // Клин. медицина. 1960. № 4. С.133-136.
2. Мендель Ф. Цит.: Диагностика острого живота / Под ред. Н.Н.Самарина. Л.:Наука, 1952. С.32.
3. Раздольский И.Я. К дифференциальной диагностике хирургических заболеваний брюшной полости // Врач. газета. 1927. № 22. С. 1635-1641.
4. Томилев А.Ф. Непосредственное исследование живота, органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Екатеринбург, 1996. 226 с.