

Диагностическая феноменология В.М.Сырнева

И.Л.Блинков

Многолетние исследования В.М.Сырнева (1928-1965 г.г.) позволили ему составить феноменологический атлас "звуковых" проекций различных органов на кожные покровы.

Получаемые по специальной технологии очертания органов могут не совпадать с данными орторентгенографии, радиоизотопных и ультразвуковых методов, т.е. несут новую информацию для диагностики.

Например, поступила больная М., 83 лет, в тяжелом состоянии, с высокой гектического типа лихорадкой, выраженной гипохромной анемией, СОЭ около 80, истощением. Из-за тяжести состояния больная была не транспортабельна для проведения различных диагностических мероприятий. При осмотре по модифицированной методике В.М.Сырнева обнаружено, что проекция левой почки занимает всю область от угла лопатки до таза, а правая почка вообще не определяется. Проведенное на месте ультразвуковое исследование показало тяжелый пиелонефрит слева; правая почка больших размеров не функционировала, по-видимому, за счет вколоченного камня в устье мочеточника. Анализ возможностей метода с очевидностью показывает, что нефункционирующая в физиологическом смысле ткань не лоцируется (аналогично злокачественным и доброкачественным опухолям, в том числе ненагноившимся кистам), а проекция воспаленного органа превышает (а в других случаях имеет характерную "картинку" для воспалительного синдрома различного этио-патогенеза) абсолютные размеры органа.

Модификация технологии вызывания феномена облегчает методику и проводится следующим образом. В центре кожной проекции органа или на позвоночнике (между парными органами) устанавливается приемник тестирующего сигнала. В качестве источника сигнала могут быть использованы либо мембрана микрофона (телефона), либо вибратор на базе электро-магнитной катушки, либо источник шума. Сначала стабильный по мощности источник сигнала устанавливается рядом (в 1,5 - 2,0 см.) с приемником для юстирования 100% слышимости в зависимости от индивидуальных особенностей кожи, подкожной клетчатки и т.п. Затем источник сигнала передвигается по радиусам окружности, в центре которой находится приемник. Помечаются легко смываемой краской (карандаш для бровей) точки радиусов со слышимостью 100%, 75%, 50%, 25% и отсутствием слышимости.

Источник сигнала последовательно передвигается по радиусам через каждые 300. Таким образом создается "картинка" проекции органа на кожу, а ее интерпретация производится по краткому справочнику-атласу. Диагностической ценностью обладает сигнал в диапазоне частот от 75 до 600 Гц (в зависимости от формы сигнала).

В простейшем случае используются обычный фонендоскоп (приемник) и поскребывание подушечкой пальца по коже больного (источник шумового сигнала).

Стандартное исследование проводится в начале осмотра больного и определяет характер дальнейшего опроса и варианты дообследования.

Исследование корня легких (больной стоит или сидит):

Приемник устанавливается на позвоночнике - на уровне 4 грудного позвонка (пересечение с линией, соединяющей ости лопаток).

На рис.1 показана "картинка" корня легких в норме. В пределах фигуры 1 определяется 100% слышимость, фигуры 2 - 75%. Наружные границы фигуры 1 не выходят за пределы наружной границы тел позвонков, а фигуры 2 - находятся внутри от лопаток.

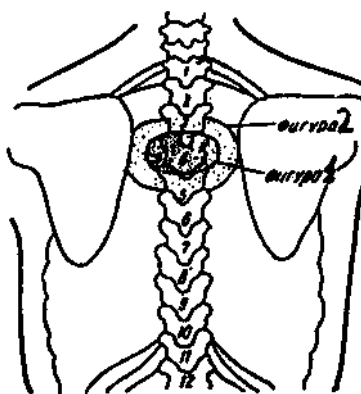


Рис.1. Корень легких у здорового человека

На рис.2 - "картинка" корня легкого при гуморальной аллергической реакции. Фигура 3 - 50% слышимости, занимает почти всю спину выше диафрагмы. Такая "картинка" наблюдается при врожденном иммунодефиците и постоянной готовности к аллергии. Иначе говоря, это прогноз, а не развернутая клиника. Например, у больного Н., 61 года, постоянно при периодических осмотрах симптом гуморальной аллергии по корню легкого - без определенных указаний на анамнестические подтверждения по клиническим проявлениям. Поэтому при обострении хронического колита больному назначен салазодиметоксин (бисептол + противовоспалительный фактор). Уже на вторые сутки приема развился острый токсико-аллергический гепатит (с желтухой; гепатомегалией, высокими АЛТ, АСТ, ЩФ; измененными осадочными пробами; кожным зудом). Отмена препарата и два сеанса на РЕМАТЕРП'e купировали заболевание.

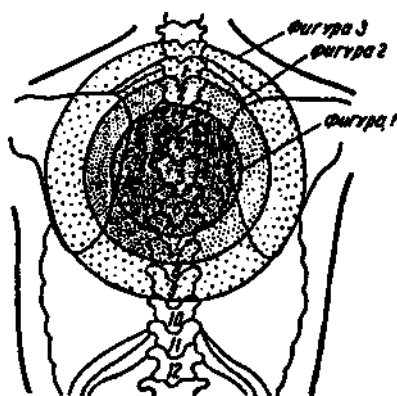


Рис.2. Корень легких при аллергии (гиперергии)

Указанный симптом может развиваться как результат хронической профессиональной интоксикации, например, кобальтовыми красками. Тщательный расспрос, как правило, выявляет аллергию со стороны кожи, бронхов, желудочно-кишечного тракта (причем, больные не обращали внимание на очевидные клинические проявления перестройки иммунитета). В таких случаях необходимо проявить настойчивую осторожность в фармакотерапии, исключая сульфаниламиды, пенициллин и его аналоги, левомецетин, аспирин и салицилаты. Желательно резко ограничить цитрусовые, какао, мед, жидкие молочные продукты.

Если симптомы гуморальной аллергии по корню легкого сопровождается симптоматикой ОРЗ, то следует склониться в пользу гриппа при дифференциальной диагностике. А если имеется клиника менингита, то можно предположить его туберкулезную этиологию.

Легко диагностируются односторонние пневмонии даже стертого течения - по характерной "картинке" (рис.3).

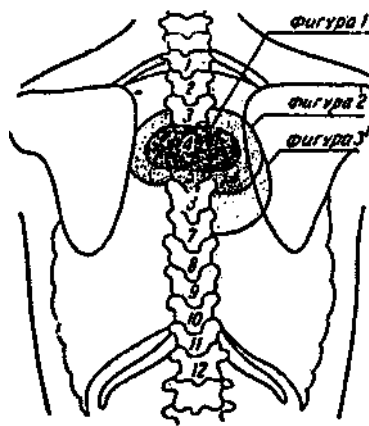


Рис.3. Корень легких при пневмонии правой нижней доли

Если имеется интерстициальный воспалительный процесс, то фигуры 2 и 3 распознаются в виде довольно узких полос по ходу крупных бронхов.

При начальном туберкулезе легких (рис.4), в отличие от нормы и случаев пневмонии, проекция корня легкого успевает удлиниться по вертикали до площади круга и содержит в себе все три фигуры - 1, 2 и 3.

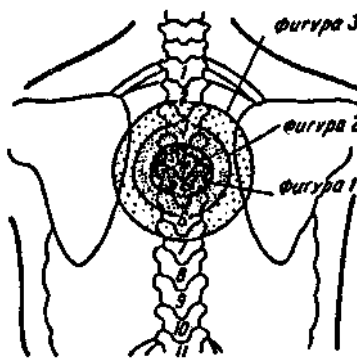


Рис.4. Очертания корня легких при начальном туберкулезе

Дальнейшее развитие туберкулеза приводит к появлению вертикально ориентированной эллипсовидной проекции (рис.5, 6 и 7) корня легкого с различными вариантами взаимоотношения фигур 1, 2 и 3 по "плотности" (проценту слышимости звука от источника сигнала к приемнику) и степени боковой асимметрии - в зависимости от выраженности бронхаденита.

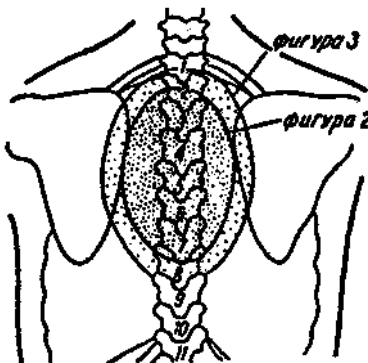


Рис.5. Эллипсовидный рисунок корня легкого

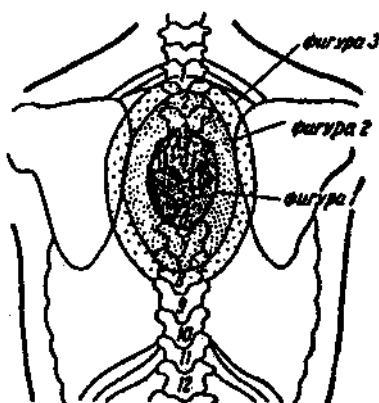


Рис.6. Корень легких при хронической туберкулезной интоксикации

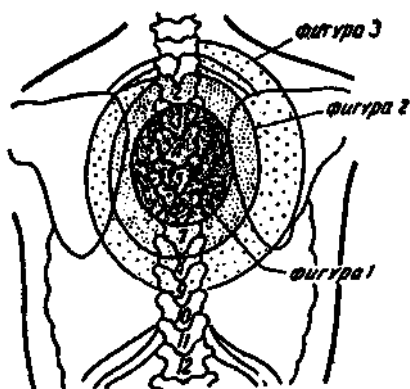


Рис.7. Корень легких при правостороннем бронхоадените

Ни при каких других заболеваниях не обнаруживается отчетливой асимметрии фигуры 1 проекции корня легких, а только при бронхогенном раке (рис.8).

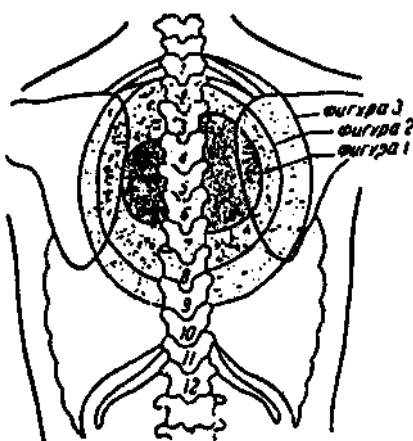


Рис.8. Корень легких при раке легкого

Наоборот, симметричное расширение фигуры 1 без появления фигур 2 и (или) 3 патогномично для застойных явлений в малом круге кровообращения (рис.9).

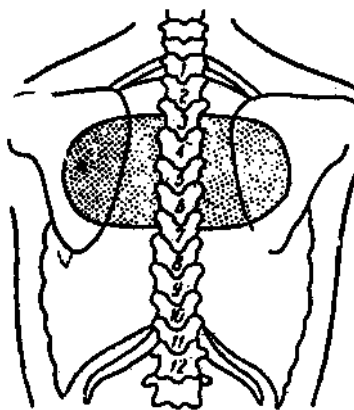


Рис.9. Проекция корня легкого при застойных явлениях в малом круге

"Картинка", изображенная на рис.10 (большой круг с усеченным нижним сегментом), встречается при активной вирусно-бактериальной ассоциации, вызывающей ревматизм, но и - тонзиллит, фарингит.

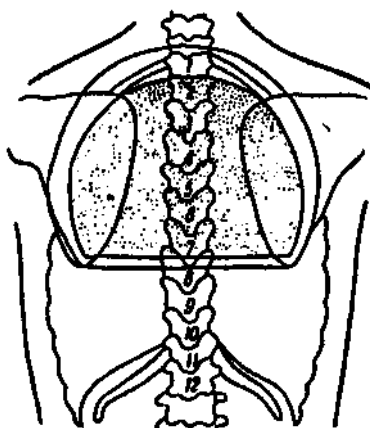


Рис.10. Корень легких при ревматизме

В первые две недели развернутой клиники брюшного тифа или паратифов наблюдается характерная проекция (рис.11) корня легких, во многом похожая на "картинку" застоя в малом круге.

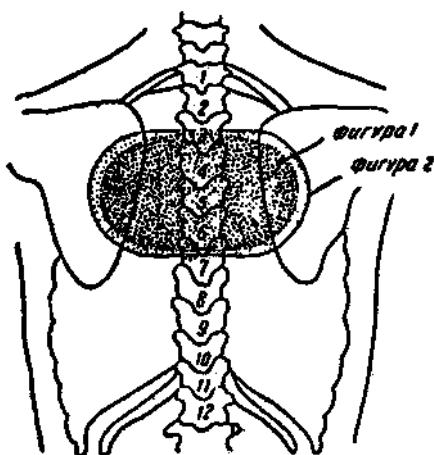


Рис.11. Корень легких при брюшном тифе и паратифах

При отсутствии симптома гуморальной аллергии как мешающего фактора проверка феноменологии В.М.Сырнева по направлению к середине надплечья легко выявляет (рис.12) активный атеросклероз магистральных артерий (дорожки 100% слышимости). Причем дорожка к правому надплечью выявляется в 2 - 3 раза реже и указывает на особо высокий риск ишемической болезни сердца.

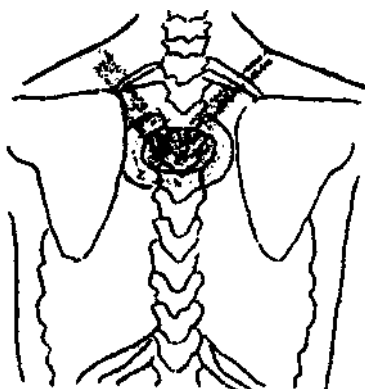


Рис.12. Корень легких при активном атеросклерозе магистральных артерий

Интересно, что в первую неделю развернутой клиники коклюша корень легкого не реагирует ("нормальная" картинка).

Дальнейшее исследование спины больного (Больной стоит или сидит):

Приемник сигнала ставится на тело 8 грудного позвонка (ниже линии, соединяющей углы лопаток). В этой позиции исследуется поджелудочная железа (рис.13). В норме границы фигуры 1 не выходят за наружные края тел позвонков. При активном воспалении (острое или обострение хронического) поджелудочной железы фигура 1 расширяется в сторону еще на 4 - 7 см либо симметрично (тотальный панкреатит), либо асимметрично - вправо (головка) или влево (тело и хвост). Феномен легко дифференцирует просто остаточный фиброз от активного воспаления (и работает независимо от степени метеоризма кишечника).

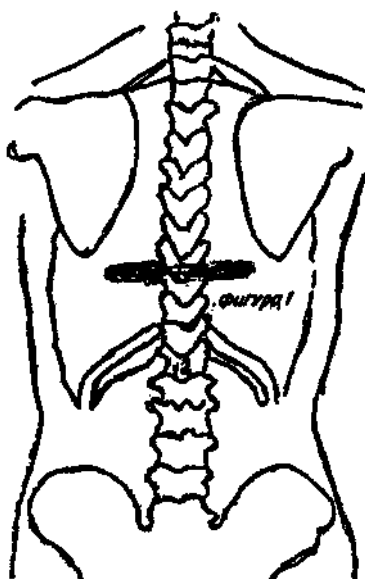


Рис.13. Диффузный панкреатит

Следующая точка установки приемника сигнала - на 12 грудном или первом поясничном позвонке (посередине между линией, соединяющей углы лопаток, т.е. 7 грудной

позвонок, и линией, соединяющей задне-верхние гребни подвздошных костей, т.е. 4 поясничный позвонок).

Сначала проверяют поясничный симптом, который в симметричном варианте (рис.14) сопровождается туберкулезный менингит с первых дней клинических проявлений (при иной этиологии менингита симптом обнаруживается после 10 дня болезни). Ассиметричный вариант поясничного симптома (рис.15) часто бывает при аппендиците.

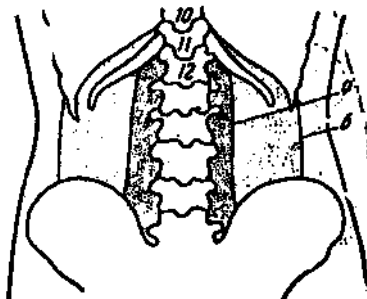


Рис.14. Поясничный симптом

а - линия костно-мышечного массива;
б - линия измененного звука при аллергии (гиперергии)

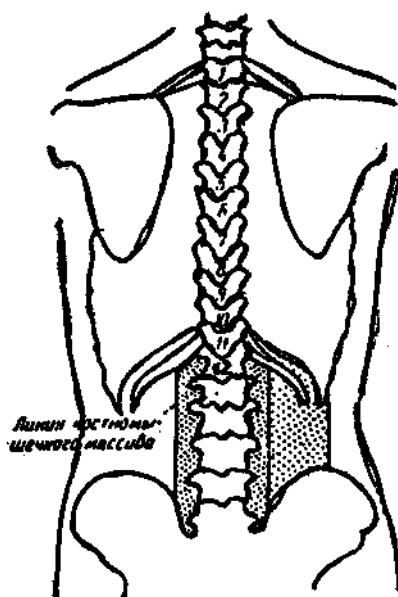


Рис.15. Пояснично-железистый симптом при аппендиците (схема)

В случае отсутствия поясничного симптома из той же точки определяют проекцию почек, причем при данном варианте снятия информации правая почка располагается выше левой на тело одного позвонка (или несколько меньше). Вертикальный размер почек в норме соответствует ширине ладони самого больного на уровне пястно-фаланговых сочленений. Ширина почек обычно составляет 1/3 высоты (рис. 16).

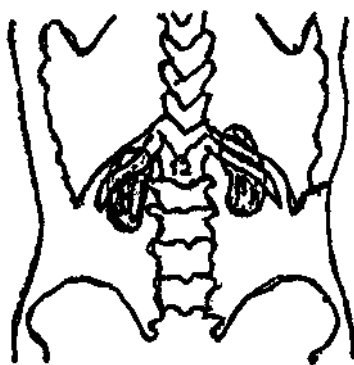


Рис.16. Проекция почек

Метод позволяет уловить аномалии положения почек, а также количество функционирующей ткани - как в плане атрофии или вторичного прекращения функций, так и в плане диагностики воспалительного процесса. К сожалению, четких опорных признаков по феноменологии пиелонефрита и гломерулонефрита нет.

Наблюдался больной А., 63 лет, два-три раза в год госпитализировавшийся по поводу гипертонической болезни. В связи с выявлением положительной реакции Вассермана и наличием выраженного неспецифического уплотнения устья и дуги аорты (по данным ЭХО-КГ) высказывалось предположение о сифилитическом мезаортите. При осмотре по методике В.М.Сырьева обнаружено резкое уменьшение площади функционирующей ткани правой почки - и соответственно предположен почечный генез гипертензии. Ультразвуковое исследование показало нормальную структуру почек. Однако статическая сцинтиграфия подтвердила значительное обеднение функционирующей ткани в правой почке. В качестве одного из признаков системного атеросклероза магистральных артерий легко определялась "дорожка" к середине левого надплечья.

После исследования почек приемник сигнала устанавливают на позвоночнике на 3 - 4 см. выше линии, соединяющей гребни подвздошных костей и определяют длину "дорожки" влево, перпендикулярно позвоночнику (рис.17). В норме фигура 1 определяется в пределах костно-мышечного массива (рис.14а). При активном воспалении толстого кишечника фигура 1 заметно удлиняется (пропорционально степени активности воспаления).

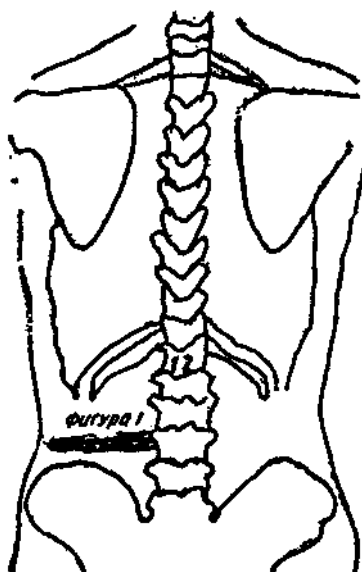


Рис.17. Лимфоузлы брыжейки

Исследование больного спереди (Больной лежит на спине):

Проекция переднего средостения в норме (рис.18) совпадает с рукояткой грудины и значительно расширяется при аллергии (рис.19) гуморального типа. Причем асимметричное расширение (рис.20) переднего средостения типично для туберкулеза (за исключением менингита и милиаризации).

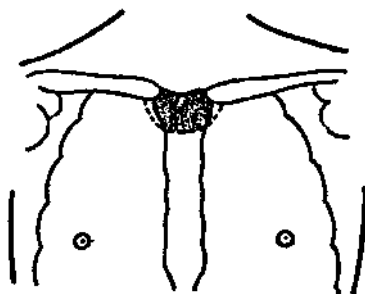


Рис.18. Проекция переднего средостения в норме

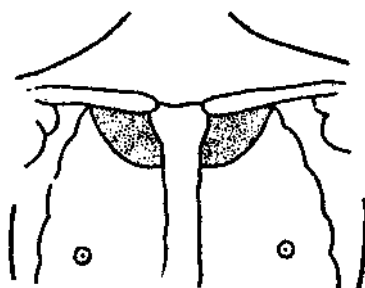


Рис.19. Проекция переднего средостения при аллергии ("детский нагрудник")

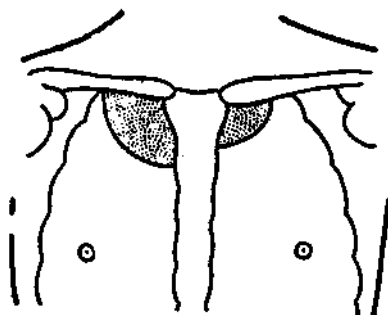


Рис.20. Проекция асимметричного переднего средостения

Далее приемник сигнала ставят на абсолютную сердечную тупость (4 межреберье, у левого края грудины; при учете того, что 2 ребро прикрепляется к груди в месте изгиба плоскости рукоятки грудины к ее телу) и определяют верхушку относительной тупости. Затем проводят линию от верхушки сердца к груди в 2 межреберье слева. В норме граница сердца находится внутри от этой линии, а при активном кардите любого генеза (но в особенности при ревматизме - рис.21) выбухает наружу в виде дуги, особенно по отношению к линии, соединяющей левый плечевой сустав с точкой абсолютной тупости сердца в 4 межреберье.



Рис.21. "Дуга" при ревматизме

После фиксации приемника сигнала в 5 межреберье по правой среднеключичной линии (т.е. несколько ниже точки абсолютной сердечной тупости) определяют верхнюю и нижнюю границу печени.

Верхняя граница относительной печеночной тупости в норме определяется (в том числе по методике В.М.Сырнева) по средне-ключичной линии на уровне 5 ребра, средней подмышечной линии - 7, по лопаточной - на уровне 9 ребра. Поднятие верхней границы печени (помимо механических причин - беременность, асцит, метеоризм и др.) типично для системного проявления гуморальной аллергии (грипп; туберкулез; гепатит - токсико-аллергический, вирусный; полиомиелит; сепсис).

Важно исследовать линейные размеры проекции печени по М.Г.Курлову: по правой средне-ключичной линии в норме 10 см (и не выходит из-под реберной дуги), по передней срединной - 9 см, по левой реберной дуге - 8см. Ранним признаком сердечной недостаточности является изменение направления нижней границы печени (рис.22) и, соответственно, изменение ее размеров по М.Г.Курлову. Феномен этот поначалу может проявляться при провоцирующих состояниях - физическая нагрузка, интеркуррентная инфекция.

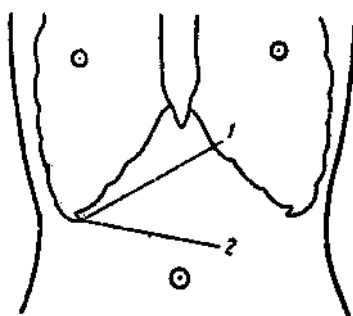


Рис.22. Линия нижней границы печени в норме (1) и в фазе начальной сердечной недостаточности (2)

В тех случаях, когда печень резко увеличена в размерах и имеет бугристую поверхность, методика В.М.Сырнева помогает дифференцировать метастатическое поражение (слышимость < 50%) от цирроза (слышимость остается 100%).

Толстый кишечник имеет ширину в области слепой и восходящей ободочной кишки, равную ширине 2 + 3 + 4 пальцев кисти самого больного, и несколько меньше - в середине поперечно-ободочной кишки. При исследовании просвета толстого кишечника источник сигнала передвигают на короткие расстояния параллельно длине кишки в исследуемой топографической зоне (рис.23). Особенно актуальна методика В.М.Сырнева при толстой брюшной стенке и выраженном болевом синдроме, затрудняющих проведение пальпации. Симптом спазма в слепой и восходящей ободочной кишке типичен для туберкулезной

интоксикации, по всему толстому кишечнику - для дизентерии, в нисходящей ободочной и сигмовидной кишке - для простого колита и дисбактериоза.

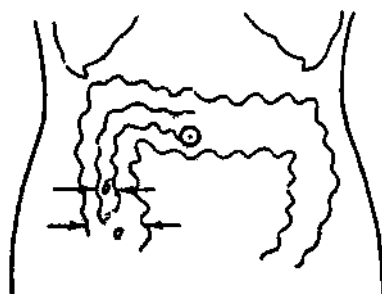


Рис.23. Спазм толстой кишки при туберкулезе.
а - ширина просвета толстой кишки в норме; б - ширина просвета при спазме (туберкулезе).

Заканчивается исследование определением **проекции селезенки** (в положении больного на правом боку). Проводится линия между левым ключично-грудинным суставом и свободным краем левого 11-го ребра, ограничивающая передний край селезенки, лежащей за 10 ребром. Приемник сигнала устанавливается заведомо над сеоезенкой. В норме селезенка проецируется овалом 7 x 8 см (рис.24). При клеточной аллергии (независимо от клинических проявлений), сепсисе, туберкулезном менингите, далеко зашедших стадиях злокачественного поражения - проекция селезенки круглая и больших размеров.



Рис.24. Исследование селезенки.
Стрелками обозначены отправные точки исследования селезенки.

При малярии, миелопролиферативных заболеваниях, брюшном тифе и паратифах, остром вирусном и хроническом вирусном гепатите - проекция селезенки растянута параллельно ходу ребер.

При хронической туберкулезной интоксикации селезенка узкая и высокая (вертикально, по направлению к верхушке подмышечной впадины).

Методика физического исследования больного по В.М.Сырневу

Метод позволяет без всяких дополнительных исследований и при минимальном расспросе за 4 - 6 минут определить сохранность функционирующей ткани внутренних органов и диагностировать воспалительный субстрат болезни (включая дифференциальный диагноз аллергии) - в отличие от дистрофии и новообразований, что в 85% случаев уточняет индивидуальный диагноз заболевания и стратегию последующего лечебного вмешательства.

При наличии стандартного устройства для реализации методика является объективным критерием патологии и должна постоянно использоваться как в медицинской, так и ветеринарной практике.

Модифицированный по технологии метод В.М.Сырнева можно назвать "локафонией", фактически позволяющей форму и площадь тени органа на кожном "экране" от "источника освещения" - основных регулирующих центров движения энергии в живом организме - чакр.

Некоторые феномены локафонии (например, при пиелонефрите) улавливают тепловидеографией в первую минуту после освобождения больного от одежды (далее - в соответствии с обычной технологией тепловидеографии - кожные покровы остывают и их особые свойства меняются).

Литература

1. Сырнев В.М. Ранняя диагностика физическими методами в условиях врачебной участковой службы. М., 1965 (Изд. 2).
2. Юрьев В.Н. Вселенная экстрасенсов. М., 1993.