

Отдел III. Из практики.

Из инфекционного отделения 1-ой рабочей больницы (Больница ВУЗ) в Киеве.
Зав. отд. прив-доц П. И. Браславский.

Relaxatio diaphragmatica¹⁾.

Я. В. Борин.

12/XII 1928 года в отделение поступил Коля С., 9 лет, с легкой формой скарлатины.

Из анамнеза выяснилось, что больной перенес корь, ветрянку, малярию, два раза воспаление легких; нет никаких указаний на перенесенный плеврит. Мать во время последних месяцев беременности болела тяжелым брюшным тифом. Со слов родных видно, что ребенок мало отличался от других детей, но все же у него несколько чаще, чем у товарищей, наблюдалась одышка после небольшого физического напряжения.

При осмотре больного было отмечено, что левая $1\frac{1}{2}$ гр. клетки представляется более выпяченной, удлиненной и с несколько более расширенными промежутками, чем правая. Толчок сердца с полной отчетливостью можно было ощупать в 4-м межреберьи на $1\frac{1}{2}$ см. вправо от *lin. stern. dex.*

В соответствии с этим сердце оказалось смещенным вправо и нами границы его были определены следующие: левая несколько левее *lin. stern. sin.*, правая—*lin. parastern. dex.*, верхняя—3-е межреберье. Тоны сердца с наибольшей отчетливостью выслушивались на месте ощупывания сердечного толчка.

При таких результатах исследования в первый момент явилось предположение о том, нет ли у больного *situs viscerum inversus*. Однако, при исследовании органов брюшной полости нами была определена плотноватая и слегка чувствительная печень на 4 пальца ниже правой реберной дуги, при чем ее верхняя граница определялась в пределах нормы, плотноватая селезенка на 1 палец ниже левой реберной дуги; толщиной в указательный палец, урчащий соесум в правой подвздошной впадине и, наконец, толщиной в карандаш, совершенно отчетливо прощупываемая *S-rompium* в левой подвздошной впадине.

Таким образом было очевидно, что в данном случай *situs viscerum inversus* не имеет места и что правостороннее положение сердца зависит не от этой аномалии, а от причин, каковые нам надлежало выяснить.

Возникло предположение, не послужили ли здесь причиной смещения сердца такие патологические процессы в легких или плевре, как сморщивание их, наличие экссудата, опухоль, левосторонний пневмоторакс.

При исследовании груди мы получили следующее: справа нормальные данные, слева в верхней части грудной клетки нормальный легочный звук, приблизительно в области 2-го межреберья по подмышечным и лопаточной линиям, переходил книзу в барабанный звук. При аускультации на месте этого барабанного звука мы определяли резко ослабленное дыхание; иногда при последующих исследованиях, тут же по подмышечным линиям в области 3—4 ребер нам удавалось выслушать кишечное урчание.

Могла возникнуть мысль о возможности у больного левостороннего пневмоторакса, в пользу чего говорили некоторое выпячивание, барабанный звук и расширение межреберных промежутков в левой $1\frac{1}{2}$ грудной клетки. Однако, отсутствие патологических изменений в легких (*tbc*), а также—в особенности—наличие кишеч-

¹⁾ Доложено в Научном о-ве 1-ой рабочей 6-цы 15/III 29 г.

ного урчания на месте барабанного звука заставили нас от этого предположения отказаться и искать других объяснений.

Данные исследования грудной клетки также не давали нам указаний на возможность у больного экссудата в левой плевральной полости либо протекшего плеврита справа. Не было также никаких указаний на опухоль слева. Исключив перечисленные заболевания, мы выдвинули предположение о том, что причиной смещения сердца в нашем случае является та редкая аномалия диафрагмы, которая определяется как *relaxatio diaphragmatica*.

В дальнейшем при повторных исследованиях мы обнаружили у больного удивительную изменчивость анатомических отношений органов: сердце оказывалось при этом иногда еще больше сдвинутым вправо, селезенка иной раз совершенно исчезала и не могла быть определена при самой тщательной пальпации, иной раз отчетливо выступала из-под реберной дуги; в левой $1\frac{1}{2}$ грудной клетки в области тимпанита мы изредка определяли полосы притупления от 5—7 либо 8 12 ребро и кроме того барабанный звук по временам приобретал притупленно-тимпанический характер. Отчего же могла зависеть эта изменчивость анатомических отношений органов?

Наличие у больного левостороннего повышения диафрагмы, т. е. г. d. могло объяснить эту сложную картину явлений. Эту перемену отношений органов и явлений в них можно было объяснить степенью наполнения желудка и кишечника, т. к. раздуваясь и наполняясь газами, жидким или более плотным содержимым) они отодвигали в большей или меньшей степени расслабленную диафрагму, а также сердце вправо и таким образом изменяли его границы.

Также точно степенью наполнения каловыми массами и газами кишечника, частью помещающегося в выпяченной левой $1\frac{1}{2}$ диафрагмы в грудной полости, могла быть объяснена переменчивость перкуторных явлений в левой нижней части грудной клетки. Полосы притупления, которые мы определяли у больного то выше, то ниже, можно было объяснить перемещением увеличенной селезенки вверх и вниз, подвижной благодаря слабости ее связочного аппарата и понижения тонуса диафрагмы. Таким образом, данные пальпации, перкуссии, аускультации и, наконец, данные наблюдения больного укрепили наше предположение о существовании у больного г. d.

Подтверждение всему этому, конечно, должно было дать рентгеновское исследование, которое в распознавании г. d. имеет решающее значение.

Диагноз рентгенолога (Ф. П. Богатырчук):

Relaxatio diaphragmatica sin. dyslocatio cordis, eventratio viscerum.

Нужно сказать, что представляет большие трудности, граничащие иногда с полной невозможностью дифференцировать *relaxatio diaphragmatica* с одной стороны и *hernia diaphragmatica* с другой.

Грыжа диафрагмы, т. е. внедрение органов брюшной полости в грудную полость через отверстие в диафрагме, сопровождается очень часто теми же признаками, что и г. d. Значительную помощь в решении этого трудного вопроса оказывают анамnestические данные: если больной указывает, что подвергся какой-либо травме или был ранен в грудную клетку, при чем можно предположить также ранение диафрагмы, то в таком случае постановка диагноза облегчается в значительной мере в пользу грыжи. Что касается субъективных ощущений, то больные при *hernia diaphragmatica* почти всегда жалуются на более или менее резкие ощущения в груди, давление и тяжесть в области сердца, сердцебиения, а также на пищеварительные расстройства. Такие же расстройства со стороны сердца и желудочно-кишечного аппарата бывают при г. d., однако при грыже они большей частью значительно интенсивнее выражены. Мы можем еще отметить, что сердце при г. d. больше чем при грыже смещается в правую сторону и вообще *dextropositio cordis* является гораздо более постоянным при г. d., чем при h. d.

Для дифференцирования этих двух патологических состояний решающее значение имеет рентгеновское исследование. Если мы при этом находим желудок, соприкасающийся с диафрагмой, а сама диафрагма проецируется в виде совершенно правильной дугообразной линии, то мы, конечно, в этом случае можем говорить о г. d.; при h. d. мы эти органы находим над диафрагмой, т. к. они внедряются в грудную полость через грыжевое отверстие. В нашем случае мы не можем отметить у больного никаких субъективных ощущений, в его анамнезе нет каких-либо указаний на травму, которая могла бы повредить диафрагму и таким образом способствовать образованию диафрагмальной грыжи и, наконец, при рентгеновском исследовании мы получили у него ясно очерченную линию диафрагмы с расположением

под ней желудка и кишок, т. е. таким образом у больного исключалась грыжа диафрагмы и устанавливался диагноз г. d.

У постели больного о г. d. клиницисты обычно редко вспоминают. Можно думать, что эта аномалия встречается чаще, чем она распознается и описывается.

В прежнее время проф. Малков описал один свой случай и известные ему в литературе 3 случая г. d. Что эта аномалия встречается чаще, чем это можно было бы предполагать, указывают, напр., данные Hitzemberger'a, который за 8 лет имел 20 случаев г. d. Besene Jones в 1916 г. подсчитал в литературе 45 случаев этой аномалии. R. d., как всеми авторами указывается, обычно имеет место в левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы, которая при этом резко атрофирована и истончена. Что касается случаев правосторонней г. d., то таковые при дальнейшем исследовании или на аутопсии оказывались ничем иным, как диагностическими ошибками; во всяком случае нужно полагать, что этот вид аномалии либо никогда не наблюдается, либо наблюдается чрезвычайно редко. Диллон считает, что главной причиной левосторонней г. d. является скопление в желудке и кишках газов, которые устремляются кверху и выпячивают в грудную полость диафрагму, тонус которой под влиянием тех либо других патологических моментов потерял; этих моментов совершенно нет с правой стороны, т. к. печень, благодаря своему весу и массивности, скорее способствует снижению правой $\frac{1}{2}$ диафрагмы, нежели ее повышению.

Этиология г. d. нам пока неизвестна. Многие авторы считают что п. phrenicus принимает большое участие в возникновении этой аномалии. Так, например, Шпирт указывает в своем случае г. d, что таковое произошло под влиянием плевропальных сращений, сдавивших п. phrenicus и таким образом вызвавших стойкую его атрофию.

Проф. Малков, совместно с проф. Линденманом, произвели у 4-х собак перерезку диафрагм. нерва и у 2-х из них, оставшихся в живых, они потом находили диафрагму резко истонченной с атрофированным мышечным слоем. Таким образом с известной степенью вероятности, можно считать, что поражения диафрагм. нерва приводят к образованию г. d. Нельзя, конечно, утверждать, что эта аномалия бывает исключительно благодаря повреждению диафрагм. нерва, т. к., повидимому, некоторое значение еще нужно придавать межреберным нервам, которые также наряду с диафрагм. нервом принимают участие в иннервации диафрагмы (Шпирт). Кроме того японскими исследователями (Nosajama) производилась экстирпация ganglion coeliacum, что также по их словам приводило к образованию г. d. Однако, все эти данные не решают еще вопроса и нужно сказать, что каких-либо более определенных сведений о происхождении этой аномалии у нас нет. Субъективно при г. d. больные испытывают чрезвычайно многообразие ощущений, которые иногда могут достигать довольно значительной интенсивности. Больные жалуются на сердцебиение, урчание в области груди, чувство сжатия и боли в области сердца, боли позади грудины, которые часто отдают в руки (чаще в левую руку). Таким образом клиническая картина иной раз напоминает собою Angina pectoris.

Кроме того при г. d. больные нередко испытывают чувство давления и боли в области желудка, совершенно напоминающие собою боли при ulcus ventriculi. И, наконец, изредка у этих больных нам приходится наблюдать недостаточное свободное прохождение пищи через пищевод, что объясняется отклонением желудка (pars cardiaca) вверх и изгибом пищевода; при этом они с сравнительной легкостью глотают большие куски пищи, расправляющие пищевод, и с трудом маленькие, не могущие это сделать. На ряду с этой разнообразной, а иногда и очень тяжелой картиной б-ни, наблюдаются случаи г. d., где никаких субъективных расстройств не бывает и наш больной служит тому лучшим примером.

При осмотре грудной клетки Hitzemberger и др. авторы в сл. г. d. описывают удлинение и расширение нижней части груди и кроме того расширение межреберных промежутков; левая $\frac{1}{2}$ грудной клетки может при этом совершать различной величины экскурсия: наименьшие в области 2-го и наибольшие в области 5-го ребра. Феномен Litten'a слева часто отсутствует. Может быть выражен феномен Duchenn'a (выпячивание области epigastrium'a при вдохе и выпячивание при выдохе). Оба эти феномена в нашем случае ясно были выражены.

При перкуссии сверху вниз мы получаем в левой $\frac{1}{2}$ грудной клетки барабанный звук, к низу переходящий в притупление, вследствие наличия жидкости в желудке; если дать больному выпить стакан воды, то граница притупления может повыситься, т. к. количество жидкости в желудке увеличивается.

При перкуссии сердца границы его, как мы уже говорили, оказываются в большей или меньшей степени смещенными в правую сторону. Это *dextropositio cordis* наблюдается при г. д. весьма часто, но не абсолютно постоянно и некоторыми авторами описываются случ. этого заболевания без какого либо смещения сердца в правую сторону.

При аускультации легких в области барабанного звука мы можем отметить резко ослабленное дыхание, ослабленное голосовое дрожание и, наконец, кишечное урчание различной интенсивности.

При рентгеноскопии больного с г. д. левая $\frac{1}{2}$ диафрагмы определяется значительно выше, чем правая и достигает иногда 2-го ребра. При спокойном дыхании левая $\frac{1}{2}$ диафрагмы либо вовсе не дает никаких колебаний, либо эти колебания весьма незначительны; при инспирации можно бывает отметить, что самая верхняя точка диафрагмы движется в медиальном направлении, каковое движение усиливается при глубоком дыхании. Многими авторами описывается парадоксальное дыхание, иногда временно появляющееся и исчезающее у того же больного.

На экране можно бывает отметить небольшие перистальтические движения диафрагмы, передающиеся последней от желудка: под диафрагмой определяется солов в различной степени наполнения и желудочный пузырь, который может уменьшаться и увеличиваться соответственно движениям диафрагмы. Что касается прогноза данного заболевания, то нужно полагать, что, вероятно, г. д. не оказывает заметного влияния на продолжительность жизни: некоторыми авторами описываются больные, благополучно прожившие до 60—80 летнего возраста. Но все же г. д. может осложнить течение некоторых заболеваний дыхательных путей, например, пневмонии, плеврита и т. д.

Нужно, между прочим, опасаться производить пункцию у таких больных, т. к. таким путем мы рискуем проколоть петли кишок, находящиеся в выпячивании левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы и дающей порой притупление в левой нижней $\frac{1}{2}$ грудной клетки.

Лечению в случаях г. д. отводится весьма скромное место. Правда, в особо тяжелых случаях некоторыми врачами была произведена резекция расслабленной и выпяченной в грудную клетку диафрагмы с последующим зашиванием дефекта. Трудно что-нибудь сказать о результатах этой операции, т. к. нет еще достаточного количества наблюдений.

Необходимо в заключение отметить, что особенностью нашего сл. является большая подвижность и смещаемость селезенки. Очевидно, мы имеем у нашего больного дело с врожденной аномалией (удлинением, слабостью) связочного аппарата селезенки, т. е. с аномалией, аналогичной той, которая коснулась и левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы.

Обе эти аномалии—связочного аппарата селезенки и левой $\frac{1}{2}$ диафрагмы, очевидно, врожденного происхождения и носят однообразный характер. Нигде в литературе мы не нашли указаний на такое сочетание патологических явлений. Возможно, что некоторую роль играло в этом малярийное увеличение селезенки.

Из инфекционного отделения Елабужской райбольницы АТССР. (Зав. отд. Г. И. Хватов).

К вопросу о ранней диагностике сыпного тифа.

Др Г. И. Хватов.

Поставить диагноз сыпного тифа в ранние сроки чрезвычайно трудно.

Если при ряде заболеваний мы имеем более или менее специфические симптомы и реакции, то в начальной фазе сыпного тифа симптоматология весьма запутана и практическому врачу приходится занять выжидательную позицию до появления достоверных признаков тифа (сыпи).

Раннее распознавание сыпного тифа в период до появления на теле больного сыпи,—имеет громадное значение, как в смысле быстрой ранней изоляции больного, так и в проведении соответствующих санитарно-профилактических мероприятий и назначении лечения.

В течение ряда лет моей врачебной практики,—я все время задумывался над вопросом возможно раннего распознавания с. тифа.