

Из Запорожской рабочей больницы и Хирургического отделения
больницы Днепростроя.

К вопросу о диагностической ценности phrenicus- феномена при заболеваниях брюшных органов.

Д-ра А. Габая.

Описанный Guéneau-de-Mussy phrenicus симптом (болезненность при давлении на чувствительные ветви п. phrenici соответствующей стороны) издавна считался патогномоничным для воспалительных процессов, захватывающих, при заболеваниях дыхательных путей соответственной стороны, диафрагмальную плевру. и служил для дифференциального распознавания этих заболеваний от заболеваний брюшной полости.

Staehe lin, в 1914 г., а затем Ortner указали на наличие этого симптома при некоторых воспалительных заболеваниях в брюшной полости. Höglér и Klenkhart¹⁾, в 1923 г., указали на диагностическое значение этого симптома на правой стороне тела (болезненность при надавливании на шее между грудинной и ключичной ножками правой грудино-ключично-сосковой мышцы, т. е. там, где правый п. phrenicus проходит по передней лестничной мышце) для распознавания холецистита и перихолецистита. Проф. Георгиевский, в 1926 г., на I Всеукраинском съезде терапевтов, на основании своего материала, также заключает о клинической ценности этого симптома при холецистите и особенно при перихолецистите, как в периоде обострения болей, так и вне приступов болей, при отсутствии каких-либо указаний на заболевания в грудной полости. По мнению проф. Георгиевского, симптом этот положителен тогда, когда в воспалительный процесс вовлекается перитонеальный покров желчного пузыря, и он является отличительным признаком для распознавания перихолецистита. Бerezkin²⁾, из клиники проф. Федорова, на 25 случаев желчно-каменной болезни, воспалительных и застойных заболеваний желчного пузыря положительный phrenicus-феномен наблюдал в 20 случаях, причем из 17 случаев желчных камней этот феномен имел место в 13, из 5 случаев перихолецистита и холецистита—в 4 и из 2 случаев застойного пузыря—в обоих. По Березкину phrenicus-феномен не позволяет (вопреки мнению Георгиевского) отличать перихолецистит от холецистита.

Ни Höglér и Klenkhart, ни Георгиевский никогда не наблюдали положительного phrenicus-феномена при воспалительных и др. патологических процессах в других отделах брюшной полости (аппендицит, язва желудка и duodeni, заболевания селезенки, почечная колика, пиелит, рак желудка и печени). Проф. Федоров³⁾ наблюдал

¹⁾ Wien. Arch. für inn. Med., Bd. V, 1923.

²⁾ Клин. мед., № 11—12, 1927.

³⁾ По Березкину.

его при опухолях надпочечника. Hiescu (Akadémie de médec., séance du 30 nov. 1926) указал на наличие положительного phrenicus-феномена при остром аппендиците и аппендикулярном перитоните в случаях, когда исключались все прочие заболевания. Troisier (Soc. méd. des hôpitaux, séance du 17 juin 1927) наблюдал положительный phrenicus-феномен на соответствующей стороне тела при остром пиелонефрите и почечной колике, причем этот феномен исчезал с выздоровлением.

Мы проверили phrenicus-феномен на материале, охватывающем приблизительно 250 случаев с различными заболеваниями брюшной полости, подвергшихся в значительном большинстве оперативному лечению и, следовательно, проверке. В 8 случаях ясно выраженного хронического перихолецистита и воспалительных сращений желчного пузыря с окружающими органами (duodenum, большой сальник, нижняя поверхность печени) симптом был отрицательным; но зато в 3 из этих случаев после оперативного разделения сращений вокруг желчного пузыря (а в одном из последних случаев — и последующей пластики сальником) в ближайшее за операцией время симптом этот стал положительным, что, несомненно, стоит в связи с обострением перихолецистита в результате оперативного разделения сращений.

Случаев с острым холециститом среди нашего материала было 2, и в обоих phrenicus-феномен оказался положительным. Положительным был он и в 2 случаях воспалительных сращений брюшинного покрова печени с париетальной брюшиной, тогда как в одном случае сращений flexurae colicae dextrae с париетальной брюшиной симптом был отрицательным. Точно также мы, подобно Березкину, наблюдали 2 раза положительный феномен при остром набухании (застой от заболевания сердца) печени; по мере налаживания компенсации симптом этот ослабевал в своей интенсивности. Повидимому, именно сращения серозного покрова печени с париетальной брюшиной и растяжение его (острое набухание) при отсутствии каких-либо изменений в области желчного пузыря дают положительный симптом.

В случаях язв желудка и duodeni, сопровождавшихся сращениями с желчным пузырем, phrenicus-феномен был положительным невсегда, — из 5 случаев в 2. При язвах желудка без сращений, эхинококке печени, почечной колике, раке желудка, опухолях поджелудочной железы, хроническом аппендиците и гинекологических заболеваниях, кроме прервавшейся внemаточной беременности, мы не наблюдали ни разу положительного феномена. В случаях острого аппендицита правосторонний положительный phrenicus-феномен мы наблюдали всего 4 раза на общее число около 50 случаев. При прервавшейся внemаточной беременности (18 случаев) положительный феномен имел место 5 раз (в случаях сильного внутреннего кровотечения), притом невсегда на соответствующей заболеванию стороне тела. Однажды мы, затем, наблюдали положительный феномен (левосторонний) при разрыве малярийной селезенки и однажды (правосторонний) — при фиксированной дистопии правой почки.

Höglér и Klenkhart указывают на исчезновение данного феномена после удаления желчного пузыря, Березкин же в 1 случае после холецистэктомии наблюдал положительный феномен, что он ставит в связь с наличием камней в печеночном протоке. У нас в одном случае после холецистэктомии симптом оставался также положительным, что,

по нашему мнению, зависело тоже от наличия в этом случае сращений (воспалительного характера) серозного покрова печени с париетальной брюшиной.

Анатомическое объяснение правостороннего phrenicus-феномена при заболеваниях области желчного пузыря Höglér и Kleinkhart видят в том, что п. phrenicus, будучи смешанным нервом, разветвляется не только в диафрагмальной и отчасти в медиастинальной плевре и перикарде, но проникает в брюшную полость и разветвляется в перитонеальном покрове желчного пузыря. Такое объяснение не может, однако, разъяснить нам наличия феномена в ряде случаев с иной локализацией процесса.

Согласно данным Spalteholz'a, конечные ветви п. phrenici, проходящие диафрагму,—rami phrenico-abdominales,—анастомозируют с симпатическими сплетениями диафрагмы и посыпают веточки к брюшине, области печени и надпочечным железам. Такое конечное разветвление ветвей этого нерва вполне объясняет наличие положительного феномена при сращениях серозного покрова печени с париетальной брюшиной (наши наблюдения), при застойной печени (наблюдения Бerezкина и наши), при опухолях надпочечников (наблюдения Федорова) и т. д. Сущность же самого процесса в п. phrenicus сводится в этих случаях, повидимому, к гиперальгезии, раздражению и, быть может, к воспалению его ветвей (а иногда, вероятно, и всего ствола нерва), разветвляющихся в заболевших органах. Наличие же положительного феномена при остром аппендиците, аппендикулярном перitonите и заболеваниях почек, быть может,—как на это при остром аппендиците указывает Hieschi,—стоит в связи с возникающим в таких случаях подпеченочным лимфангиотом. Наконец, при острых разрывах беременной трубы, селезенки и т. п. положительный феномен можно объяснить раздражением конечных веточек п. phrenici излившейся в брюшную полость кровью.

На основании изложенного можно, нам кажется, сделать вывод, что положительный phrenicus-феномен (при отсутствии заболеваний органов грудной полости) указывает на заболевание органов преимущественно соответствующей стороны брюшной полости, но не позволяет дифференцировать заболевшие органы между собою.