

В.П. Образцов

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА І КИШОК*

Досліджуючи в листопаді минулого 1886 року одного виснаженого 55-річного відставного чиновника, який уже понад десять років страждав на постійні закрепи та сильні болі в животі після їжі, я, пальпуючи в горизонтальному положенні хворого його живіт, намацав на три пальці нижче від пупка, по середній лінії кишку у вигляді досить товстого циліндра, який рухався догори й униз і не видавав бурчання та абсолютно ясно простежувався вправо й уліво по ходу його підйому до підребер'я, зникаючи за ним. З такою ж ясністю й виразністю, як щойно було описано кишку, я намацав два інші циліндри, що спускаються з боків донизу, з яких один, лівий, переходив у *s. rotundum*, а інший, правий, у *coecum*. Усі ці кишки мали приблизно одні й ті ж властивості, тобто були приблизно одного калібру та однієї щільності; лише *coecum* був дещо ширшим від інших частин і містив незначну кількість газів, що давали при пальпації бурчання; *s. rotundum* же був трохи тоншим і в ньому можна було промацати, у вигляді окремих кусків, щільні калові маси. Але ця різниця була надто незначною, щоб змусити відмовитися від уявлення про totoжність анатомічної будови та властивостей вмісту даних кишок. Тож, визначаючи в цьому випадку з чим ми маємо справу, було легко визнати те, що відділи кишок, які йдуть із боків у вертикальному напрямку і безпосередньо переходять у *coecum* і *s. rotundum*, не можуть бути нічим іншим, як тільки висхідною та низхідною частинами ободової кишки; питання могло виникнути тільки стосовно тієї кишки, яка, починаючись від одного підребер'я і спускаючись

побічно вниз до середньої лінії, піднімалася потім угору до іншого підребер'я, утворюючи, таким чином, дугу, найнижча частина якої, звернена опуклістю до лонного зчленування, розташовувалась на три пальці нижче від пупка; але, порівнюючи праву й ліву гілки цієї дуги з висхідною та низхідною частинами ободової кишки, які лежать від підребер'їв до рівня пупка поруч із ними, не можна було також не визнати, що ця низхідна дуга є ні чим іншим, як поперечною частиною тієї ж кишки, яка під впливом певних моментів опустилася на три пальці нижче від пупка і прямує не поперек справа наліво, а утворює опуклістю звернену донизу дугу. Водночас, продовжуючи пальпувати вище цієї дуги, яка виявилася, отже, нічим іншим, як *colon transversum*, я почув у ділянці пупка й вище нього досить гучний шум плескоту, який не виходив утім за певні межі, а саме — він починався на середній лінії — посередині між *proc. xiphoides* і пупком, якраз у тому місці, де закінчувалася печінкова тупість, спускався вниз на 1 палець нижче від пупка, вправо, по рівню пупка йшов від нього на три пальці, а зліва досягав лівого підребер'я і чути його було на всій довжині від хряща 7-го ребра до 10-го ребра. Природно, що виникало питання, де б міг утворитися цей плескіт; але коли ми були переконані, що петля, яка спускається у вигляді дуги була *colon transversum*, нам неважко вже було зробити висновок про те, що описаний плескіт, який зверху обмежується печінковою тупістю і поширюється вліво до підребер'я, може відбуватися не інакше, як у шлунку, нижня частина якого є опущеною більше звичайного, що могло бути викликано, найімовірніше, розширенням шлунка, на яке були вказівки й раніше, хоча спроба ввести хворому шлунковий зонд не вдалася. Віднайдений шум плескоту в цьому випадку, звичайно, не міг бути великою несподіванкою, оскільки при розширенні шлунка він описується як річ звичайна. Особливість тут полягала в тому, що цей плескіт не можна було віднести ні до якого іншого відділу кишкового

* У попередньому числі журналу «Практикуючий лікар» (№ 2 за 2018 рік) публікацією адаптованих оригінальних текстів видатного вітчизняного вченого-клініциста В.П. Образцова редакція започаткувала нову рубрику «Класика методів діагностики». Сьогодні продовжуємо цю тему матеріалом «Про дослідження шлунка й кишок» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 (уперше був надрукований у «Щотижневій клінічній газеті» за 1887 рік, № 22). [Адаптовано Михайлом Дземаном (доцент, к.м.н.), Анатолієм Гладуном (голова технічного підкомітету ПК-6 ТК-20 «Інформаційні технології» зі стандартизації в Україні, доцент, к.т.н.), Олександром Власом (керівник проекту)]. Закінчення — у наступному номері журналу.

каналу, оскільки частина цього каналу, яка лежить нижче від шлунка, саме colon transversum, з яким насамперед і можна було б сплутати орган, що дає при пальпації шум плескоту, уже завідомо не могла відігравати жодної ролі в утворенні описаних акустичних явищ; адже colon transversum, що цілком ясно промацувався на 1,5-2 пальці нижче від тієї межі, за яку виходив при пальпації шум плескоту, був щільним, тобто не містив ні газів, ні рідини і при пальпації не видавав жодних звуків.

Описаний випадок, в якому мені вперше вдалося промацати colon transversum, я вважав спочатку абсолютно винятковим, але через днів десять після дослідження цього хворого я, на своє здивування, з такою ж чіткістю прощупав colon transversum у 16-річної гімназистки, яка страждала на легкий кривавий понос, мала погане травлення, плоскі груди й опущену праву нирку. І тут colon transversum був теж опущеним, лежав по середній лінії на два пальці нижче від пупка; і тут соесум містив незначну кількість газів, що видавали при натисканні бурчання; в інших же доступних для промацування відділах ободова кишка була чутливою, досить щільною, не давала бурчання й не містила щільних калових мас, які б окремо промачувались. Шлунок у цієї хворої при першому дослідженні не визначався, але на початку березня цього року вона була в мене на прийомі й тоді з'ясувалося, що і в неї дуже легко виникає шум плескоту, нижня межа якого сягає пупка, а на два пальці нижче від пупка так само, як і в листопаді, цілком чітко промацувався colon transversum разом з іншими відділами ободової кишки, що лежать поза кістковим скелетом.

Третій випадок, який я спостерігав на початку грудня минулого року, був таким: 25-річна покоївка досить щільної статури, але дещо бліда, прийшла до мене зі скаргами на спазми в животі, на які вона страждала протягом трьох місяців і від яких зазвичай вживала проносне. Напередодні візиту до мене вона також прийняла проносне. Досліджуючи хвору в горизонтальному положенні, я натрапив у верхній частині живота зразу ж на смугу, в якій виникало голосне бурчання. Смуга ця йшла в поперечному напрямку через весь живіт, при цьому її нижня межа була на рівні пупка, а верхня лежала на три пальці вище від нього. При перкусії вона давала тимпанічний тон і зникала за підребер'ям, яке давало такий же перкуторний тон. Вище від цієї смуги в надчеревній ділянці був також тимпаніт, що переходив і на верхні частини ребрових дуг, і на

нижню частину sterni, тому вузьку смугу печінкової тупості можна було простежити тільки до lin. sternalis dextra. Напівмісячний простір був також збільшеним і сягав 6-7 пальців. Пальпуючи соесум і s. romanum, я спричиняв у них таке саме бурчання, як і в смузі, що лежить поперек на рівні пупка. Стінки обох щойно названих кишках вдалось визначити ще при пальпації; у поперечній же смузі на початку дослідження стінки не промачувались зовсім, але після кількох повторних промацувань у ділянці правої половини буркітливої смуги я все ж із меншою й меншою легкістю отримував бурчання, проте все ж із більшою й більшою ясністю став промацувати стінки кишки з рідким вмістом. Приступивши тепер до пальпації соесі і coli ascendentis і спричинивши в них голосне бурчання, а потім пальпуючи праву половину кишки, яка лежить поперечно, я знову віднайшов тут велику кількість газів і стінки, що слабко промачувались. Знову витиснувши і звідсіля гази та отримавши кишку, яка чітко промацується, я залишив хвору на одну хвилину в спокої. Приступивши після цього знову до пальпації вправо від пупка, я, як і раніше, промацував кишку, що лежить поперек, яка, однак, давала незначне бурчання; після нової пальпації соесі і coli ascendentis я моментально отримав досить гучне бурчання й у ній.

Як вже зауважувалось вище, смуга, яка давала бурчання, була шириною в три пальці, а над нею при перкусії поставав тимпанічний тон, пальпація ж ніяких звукових явищ не давала; утім після півтора склянки випитої хворою води при пальпації у верхній частині надчеревної ділянки з'явився шум плескоту, який знизу не доходив до смуги бурчання по середній лінії на 1 палець. Нижче від пупка, за винятком бокових частин, тобто обох клубових (здухвинних) ділянок, при пальпації ні бурчання, ні шуму плескоту не виникало.

Я не буду аналізувати тут, з якими частинами шлунково-кишкового каналу ми мали в цьому випадку справу, отримуючи описані звукові явища, але я докладно зупинився на цьому випадку тому, що стосовно властивостей товстих кишків він є протилежним відносно перших двох розглянутих випадків. Загальним же в усіх трьох випадках є те, що в них можна було визначити межі шлунка, а також місцезнаходження та деякі властивості товстих кишків.

У цій статті, яку я хотів би зробити короткою настільки, наскільки це можливо без явної шкоди для з'ясування суті питання, я повинен

відмовитися від опису досліджень інших хворих, тобто від надання документів, найпереконливіших для справи клінічного вивчення медицини; але й для цілей цієї статті я вва-

жав за необхідне наведення зазначених вище трьох випадків, які стали для мене причиною для більш постійного детальнішого дослідження шлунка і товстих кишок.

Редакційний коментар

В історичних реаліях склалось так, що на середину XIX сторіччя методологія застосування перкусії та аускультатії як інструментів дослідного пізнання в клінічній медицині вже була загалом належним чином розроблена. А от науково обґрунтованої методи пальпаторного дослідження в клінічній медицині ще не було. І саме у вирішення цього надзавдання київський професор Василь Парменович Образцов зробив в останній чверті XIX сторіччя грандіозний внесок. Звитяжно-творчою титанічною працею ним було розроблено так звану методичну ковзну пальпацію органів черевної порожнини, якою цей геніальний учений-клініцист і вписав золотими літерами своє ім'я в історію медицини. Більше того, досконало розробивши методу глибокої ковзної методичної пальпації органів черевної порожнини й віртуозно володіючи



перкусією та аускультатією, геніальний київський професор, великий трудівник-клініцист фактично запропонував систему комплексного фізикального дослідження, що дала можливість не тільки належним чином визначати анатомо-топографічне співвідношення внутрішніх органів, але й з'ясувати їхні властивості (наприклад, під час дослідження товстого кишківника — діаметр, властивості стінок і вміст кишок). Постає В.П. Образцова завершує перелік найвизначніших сподвижників-інтерністів цієї царини клінічної медицини, серед яких Леопольд Ауенбругер, Жана-Ніколя Корвізар і Рене-Теофіл-Ґіацинт Лаеннек.

При цьому зазначимо, що свою звитягу вченого-інтерніста доктор медицини В.П. Образцов започаткував саме в стінах госпітальної терапевтичної клініки Університету св. Володимира Київського військового шпиталю. Дослідники історії медицини водностраль стверджують, що лікарський шлях він розпочинав земським і військовим лікарем (правда, під час відпустки в Німеччині коротко вдосконалювався і в хірургічній спеціалізації), а науковий — патологом. І тільки отримавши чудову можливість працювати на клінічній базі медичного факультету Університету св. Володимира, він харизматично розпочав свою зіркову діяльність інтерніста в клініці госпітальної терапії. За 5 років (1 жовтня 1880 — 9 липня 1885 року) Василь Парменвич натхненно пройшов шлях від молодшого ординатора до завідувача терапевтичного відділення Київського військового шпиталю. Одночасно він також викладав у Київській військово-фельдшерській школі, що функціонувала при госпіталі.

А щодо мотивації доктора медицини В.П. Образцова для здійснення своїх оригінальних клінічних досліджень зазначимо наступне. В університетській госпітальній клініці Київського військового шпиталю на той час панувала творча атмосфера. Під керівництвом професора К.Г. Трітшеля розроблялись передові на той час методи дослідження шлункового соку. Зокрема, ординатор кафедри М.С. Засядько досліджував ефективність флюороглюцин-ванілінового реактиву для визначення в шлунковому соку кількості вільної соляної кислоти. Між тим, очільнику терапевтичного відділення доктору медицини В.П. Образцову доводилось невідкладно приймати діагностично-лікувальні рішення щодо численних захворювань органів травного тракту, з якими він щоденно мав справу. Їх діагностика на той час була примітивною, симптоматика



Корпус Київського Головного військового госпіталю МО України, в якому працював доктор медицини В.П. Образцов

погано вивченою, а методика належного об'єктивного дослідження та дослідного пізнання фактично взагалі відсутньою. Тому допитливий і трепетний до чіткої визначеності Василь Парменович розпочинає свої оригінальні дослідження з розробки пальпації черевної порожнини. На дату початку цього напрямку своїх досліджень він сам чітко вказав: «Мої пальпаторні дослідження черевної порожнини, спрямовані на пошук спочатку рухомих нирок, а потім і рухомих нирок та селезінки, почалися з 1884 року...»

На які ж тогочасні здобутки в розробці пальпаторного дослідження органів черевної порожнини доктор медицини В.П. Образцов міг опертися і від чого відштовхнутись? На це питання він також відповідь дає сам: «Наприкінці 1886 р., отже, пізніше Гленара, але абсолютно незалежно від нього, став здійснювати пальпацію кишок і я. Перш ніж промацувати в перший раз поперечно-ободову кишку, я, як і Гленар, займався питанням блукаючої нирки...» І як практикуючий інтерніст, якому потрібно вирішувати клінічну ситуацію в кожного конкретного пацієнта, що перебував під його курацією, він, на відміну від Гленара, зовсім не пов'язував можливість пальпаторного дослідження кишечника виключно з наявністю ентероптозу. Як відомо, Гленар такої можливості за відсутності ентероптозу навіть не допускав.

До слова, так само чітко Василь Парменович вказує й на час початку в терапевтичному відділенні Київського військового шпиталю своїх наукових пошуків щодо діагностики тромбозу вінцевих артерій серця. У 1909 році у своїй знаменитій історичній доповіді «До симптоматології та діагностики тромбозу вінцевих артерій серця» на I Всеросійському з'їзді терапевтів ним чітко описано, як у 1883 році після його доповіді на консиліумі в терапевтичному відділенні військового шпиталю історії хвороби «складного» пацієнта професор Мерінг Ф.Ф. прижиттєво виставив пацієнту діагноз тромбозу вінцевих судин. Цей випадок і став першим клінічним спостереженням його майбутнього відкриття.

Після вимушеного звільнення з військового шпиталю доктор медицини В.П. Образцов починає займатися в Києві приватною практикою (близько двох років) й намагається вступити на службу в Університет св. Володимира. Його лікарський талант, досвід, товарицькість, життера-

дісність, надзвичайно уважне ставлення до хворих швидко приносять популярність. На щастя, Василю Парменовичу вже не потрібно було думати про засоби для існування. Приватна лікарська практика допомогла йому міцно стати на ноги. Окрилений доктор медицини підсумовує досягнуте в розробці об'єктивних методів дослідження органів черевної порожнини та в 1887 році опубліковує в «Щотижневій клінічній газеті» свою першу наукову працю, присвячену пальпації органів травлення «Про дослідження шлунка і кишок». А наступного року В.П. Образцов уже опублікував цю наукову працю й у «Німецькому архіві клінічної медицини». Очевидно, що ця наукова праця для Василя Парменовича залишиться улюбленою та фаворитною на все життя. Тож коли в 1915 році в Києві світ побачила історично знакова для клінічної медицини його фундаментальна монографія «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца» з ошатним додатком оригінальних світлин (якісні фотографічні знімки, які ілюстрували окремі елементи фізикального дослідження органів грудної клітки та черевної порожнини автором), вона починалась саме з наукової праці професора В.П. Образцова 1887 року «Про дослідження шлунка й кишок». Тож і ми цією першою в царині унікальних досліджень Василя Парменовича науковою роботою, що присвячені пальпації органів травлення, продовжуємо друк адаптованих сучасною українською мовою наукових праць достойників у рубриці «Класика методів діагностики».

Підготував М. Дземан