

В.П. Образцов

## ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА І КИШОК (продовження\*)

Таке дослідження я став проводити з початку цього року всім хворим, які приходили до мене на домашній прийом із внутрішніми захворюваннями, а також госпіталізованих до 1-го бараксу Олександрівської лікарні. Усіх хворих, що були записані до журналу мого домашнього прийому з 1 січня по 20 березня, було 61, і у той самий термін (я вважаю, що варто поки обмежитися маленькими цифрами) поступив до 1-го бараксу Олександрівської лікарні 71 хворий. Разом 132 пацієнти. Із 61 пацієнта домашнього прийому жінок було 32, а чоловіків — 29. З усієї кількості хворих (багато хто з них був у мене вперше) я не зміг визначити меж шлунка та colon transversum в 11 випадках, тобто приблизно в кожного п'ятого. Межі тільки одного шлунка визначені мною в 36 хворих; межі шлунка й colon transversum визначені в 15 випадках, тобто трохи менше, ніж в одного з чотирьох. Із 15 випадків, в яких визначено colon transversum, 13 жінок і тільки 2 чоловіки: таким чином, кількість випадків із віднайденим colon transversum випадає для жінок 1 із 3, а для чоловіків — 7 із 15.

У 1-му бараці Олександрівської лікарні всі пацієнти були тільки жінками й у них не визначено ні меж шлунка, ні colon transversum у 14 випадках, тобто приблизно в одному з п'яти: визначено границі тільки одного шлунка у 26 випадках, тобто в 1 з 3; визначено шлунок і colon transversum у 27 випадках, тобто також приблизно в 1 з 3; визначено тільки transversum без визначення границь шлунка в 3 випадках. Таким чином, із загальної кількості — 132 людини, я не визначив меж ні шлунка, ні colon transversum у 25 випадках, тобто в 19%; визначено границі лише шлунка або разом із colon transversum у 104 чоловік, тобто приблизно в 79%. Colon transversum визначено в 45 випадках, тобто приблизно в 34%.

© В.П. Образцов

\* У попередніх числах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-3 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 фізическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 (уперше був надрукований у «Щотижневій клінічній газеті» за 1887 рік, № 22). [Адаптовано Михайлом Дзеганом (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.

Тепер я перейду до більш детального пояснення методу, яким я користувався для визначення меж шлунка й пошуку coli transv.; але спершу декілька попередніх зауважень.

Як відомо, не весь шлунок прикритий кістковим скелетом. То більша, то менша його частина, безпосередньо торкаючись черевних стінок, лежить у надчеревній ділянці. Тепер, якщо ми уявимо собі, що досліджуваний суб'єкт перебуває в горизонтальному положенні, а в його шлунку перебуває відома кількість рідини, яка не зовсім його заповнює, то ми побачимо, що рідина зосереджена в задній частині шлунка, а від передньої його стінки, яка безпосередньо торкається черевних стінок, вона буде відокремлена шаром газів, які зазвичай присутні в шлунку, причому шар цей буде тим більшим, що ближче буде перебувати місце виміру від найбільшого передньозаднього діаметра шлунка. Якщо при зазначених умовах ми будемо швидко натискати пальцями на черевну стінку в тому місці, де вони стикаються з передньою стінкою шлунка, що, при відомій податливості черевних стінок і не дуже сильному напруженні шлунка, буває здійсненним, і спричинимо тиск на шар рідини, яка розташована в задніх відділах шлунка, то ми, з одного боку, через черевні стінки одержимо через пальці **відчуття зіткнення з рідиною**, з іншого — ударом гладкою поверхнею передньої стінки шлунка по рідині викличемо акустичний феномен, який назвемо **шумом плескоти від удару**. Цей шум плескоти матиме **тон**, висота якого буде визначатися висотою стовпця газу, що відокремлює рівень рідини від передньої стінки шлунка, тобто він буде тим вищим, що меншою буде висота стовпчика й навпаки<sup>1</sup>.

Ось цією можливістю одержувати акустичні явища в шлунку, наповненому почасти рідиною й почасти газами, я й скористався для визначення положення й меж шлунка в його частині, непокритій скелетом.

Сама процедура дослідження є досить легкою та простою. Я досліджую хворого **натще** і, визначивши спочатку в горизонтальному положенні хворого відсутність акустичних явищ

<sup>1</sup> На жаль, у цій статті питання про тональність акустичних явищ у шлунку я повинен залишити без пояснень і присвятити йому особливу статтю згодом.

у шлунку при ударах у надчеревну ділянку, **даю йому випити склянку або, що буває рідко, дві склянки води** або молока, запрошуючи його під час пиття присісти. Потім знову кладу його горизонтально й усіма п'ятьма пальцями правої руки роблю удари в надчеревну ділянку, починаючи дослідження по можливості з границі закінчення печінкового тону, а де його немає, то від верхівки надчеревної ділянки, й продовжую їх донизу доти, доки шуми плескоту від удару перестануть виходити. Ступінь сили, з якою здійснюються удари пальцями, є зазвичай різним, зважаючи на атонію, *resp.* на напруженість черевних стінок і самого шлунка, з одного боку, а з іншого — враховуючи відстань передньої стінки шлунка від рівня рідини, але загалом, вона рідко буває більше тієї, яка потрібна при грі на роялі, причому, залежно від сказаних вище умов, може придатися і *forte*, і *pianissimo*.

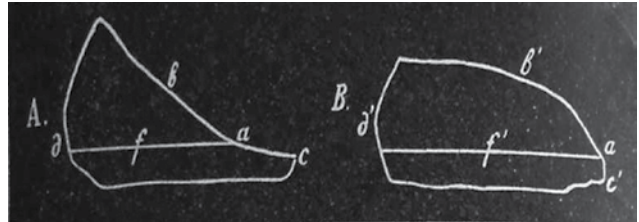
Утім варто взяти до уваги те, що після перших же таких ударів, навіть якщо вони мали характер більше чи менше обережних і поступових натискань на надчеревну ділянку, нерідко відбувається скорочення черевного преса й особливо прямих м'язів; хворий втягує живіт і починає дихати грудними м'язами, причому положення грудної клітки порівняно з поверхнею черевної порожнини нерідко, особливо в літніх суб'єктів, стає вищим і в надчеревній ділянці, починаючи від прос. *xiphoid.* у напрямку до пупка йде **спадистість**, іноді дуже крута, у ділянці якої акустичні явища отримуються дуже важко.

Тому істотною умовою для одержання акустичних явищ є те, щоб хворий **дихав** під час дослідження неодмінно **діафрагмою**, цьому дослідник може навчити хворого, зробивши сам декілька глибоких вдихань діафрагмою або ж запрошуючи хворого при вдиханні «трохи випинати живіт». При цьому під час інспірації настає розслаблення прямих м'язів, що становить найбільшу перешкоду для дослідження.

Крім розслаблення черевних м'язів, яке настає під час диханням діафрагмою, останнє для нас є надзвичайно важливим для найголовнішого моменту в дослідженні шлунка, а саме — для встановлення нижньої його границі.

Уявимо собі форму шлунка в передньозадньому (сагітальному) розрізі по середній або лівій стернальній лінії, при вказаному рефлекторному втягуванні живота, мова про яке була вище, або при звичному стисненні надчеревної ділянки внаслідок борозни від шнурівки, ремня тощо. Немає сумніву, що форма шлунка, яка загалом є рухливою, у цьому випадку буде пристосовуватися до відносної ємності черевної порожнини усередині й поза кістковим скелетом і, тому що грудна клітка, за своїм положенням порівняно з поверхнею черевної порожнини, буде вищою, і, відповідно,

передньозадній її розмір порівняно з черевною порожниною буде більшим, то й шлунок, частково прикритий кістковим скелетом і частково дотичний до черевних стінок, прийме при сагітальному розрізі таку форму, що його відділи, які лежать ближче до діафрагми, будуть мати найбільший діаметр, а в ділянці дотику до черевних стінок — набагато меншими (див. рис. 1, А).



**Рис. 1. А. Дотик шлунка до черевних стінок. В. Зміна форми сагітального розрізу шлунка.**

Тепер уявимо собі, що ми влили в шлунок, який має в розрізі (рис. 1, А) відому кількість рідини, що займе його нижню, *resp.* задню частину до рівня *f*, і будемо вдаряти по передній стінці *b*, то можемо почути шум плескоту, що закінчиться, однак, на *a*, утім тут далеко ще не буде нижньої границі шлунка, і, перкутуючи, ми отримаємо від *a* до *c* тупий тон, який дуже часто чути в ділянці борозни від шнурівки. Але якщо ми змусимо хворого дихати діафрагмою й злегка випинати при цьому живіт, то цим негайно ж змінимо форму сагітального розрізу шлунка, що насамперед позначиться на зменшенні висоти лінії *d* до *d'*, на зміні форми лінії *b* у *b'* і в перенесенні точки *a* в *a'*, де вона буде стояти на одній вертикальній лінії із *c*. Тепер над усією поверхнею рідини буде тимпанічний тон і границя припинення шуму плескоту від удару буде відповідати нижній межі шлунка.

Із наведеного вище видно, що в застосовуваному нами методі основним моментом при визначенні границь шлунка є акустичний феномен, який ми назвали шумом плескоту від удару. Але в шлунку за допомогою тих же прийомів, якими викликається шум плескоту від удару, можуть бути й інші акустичні явища, з яких, принаймні, головні ми повинні знати, щоб не плутати їх із шумом плескоту від удару, найважливішого в діагностичному відношенні, а разом з тим показати умови й їхнього походження.

Тут насамперед потрібно згадати шум плескоту, який отримується при пальпації в надчеревній ділянці, що відбувається, однак **без дотику** передньої стінки шлунка до рідини, розташованої в задній його частині, та чутний **після** удару в ділянку шлунка. Це відбувається найчастіше при сильному напруженні стінок шлунка, а також унаслідок великої кількості газів у його порожнині порівняно з наявною кількістю рідини. Тиск, спричинений на передні стінки зверху, не

досягає мети, тобто при такому напруженні його стінок стикання передньої його стінки з рідиною не відбувається, але під впливом зовнішнього тиску все-таки відбувається посилення напруження в шлунку й така зміна його форми, за якої після швидкого припинення тиску, при намаганні шлунка прийняти свою первісну форму, у його стінках відбувається такий струс, що в рідині виникають коливальні рухи, які й спричиняють шум плескоту. Такого ж характеру шум плескоту можна одержати струсом усього тулуба, а також ударами у віддалений від шлунка пункт черевної порожнини при її загальному напруженні. Цей шум плескоту ми будемо називати шумом плескоту від струсу.

Третій вид акустичних феноменів у шлунку, що містить рідину, ми спостерігаємо тоді, коли при натисканні зверху можна легко досягти задньої стінки черевної порожнини. При цьому, натискаючи на шлунок більше або менше випрямленими всіма пальцями, ми спричинюємо в різних частинах його порожнини неоднаковий тиск, наслідком чого є посилене проштовхування рідини й газів з одного відділу в інший, що супроводжується шумом бурчання. Цей шум і за своїм походженням, і за акустичними властивостями ідентичний до

бурчання, що нерідко спостерігається нами при пальпації *coeci*.

Нарешті, четвертий акустичний феномен, який ми можемо викликати в шлунку, це є бурчання в ньому навіть без вмісту рідини, коли його стінки перебувають у стані слабкого напруження. Виникає воно також від утворення в різних відділах шлунка, під впливом натискання ззовні, неоднакового тиску. Цей акустичний феномен можна назвати **сухим бурчанням** на відміну від **бурчання вологого**, щойно перед тим описаного. Цей вид бурчання (сухого) нерідко спостерігається в осіб із розширеним або опущеним шлунком натще при глибоких видиханнях.

Усі щойно описані феномени в шлунку часто **комбінуються** один з іншим: так, шум плескоту від удару спостерігається іноді разом із шумом плескоту від струсу, або ж шум плескоту від удару комбінується з вологим бурчанням. Але ще раз — безпосередній інтерес для нас становить тільки шум плескоту від удару, в якому, окрім акустичного явища, ми одержуємо пальцями відчуття зіткнення з рідиною, тому що тільки за допомогою нього встановлюється найважливіша межа шлунка — нижня. Верхня й ліва границі, зрозуміло, визначаються перкусією.

### Редакційний коментар

Зі служби в Київському військовому шпиталі завідувача терапевтичним відділенням доктора медицини В.П. Образцова було звільнено 9 липня 1885 року. Василь Парменович залишається в Києві й вимушено займається приватною лікарською практикою. Пізніше він усе ж влаштовується ординатором у терапевтичне відділення Олександрівської лікарні. У 1887 році В.П. Образцов впевнено здобуває перемогу на всеросійському конкурсі виборів на посаду завідувача терапевтичного відділення Олександрівської міської лікарні. Без жодних сумнівів, кращої кандидатури на цю посаду, ніж відповідального, зовсім іще не обтяженого «синдромом вигорання», але який вже досяг вершин лікарського досвіду, 36-річного доктора медицини В.П. Образцова було годі й шукати. А конкурс був шалений — на посаду керівника базового клінічного відділення претендувало 43 кандидати! Між тим, терапевтичне відділення Олександрівської міської лікарні тоді перебувало в досить жалюгідному стані. Воно знаходилося на верхній терасі закладу й було розміщене в темних та брудних бараках. Останні були насипі споруджені в 1877 році (у період Російсько-турецької війни) на кошти місцевого управління Товариства піклування про хворих воїнів, а також на пожертву братів-філантропів Миколи і Федора Терещенків. Після закінчення війни міська влада викупила ці будови й так-сяк пристосувала їх для терапевтичного відділення лікарні. Тож Василю Парменовичу, який, на щастя, уже мав певний досвід очільника терапевтичного відділення Київського військового шпиталю, довелось докласти чимало сил, щоб привести все до належного стану. Він відмінно справився із цим завданням і дерев'яні бараки стали пристойною базою для терапевтичного відділення на 80 ліжок. Харизматичний Василь Парменович, щоб забезпечити належне обстеження пацієнтів в очолюваному ним відділенні, на свої особисті кошти купує два мікроскопи, необхідні прилади та реактиви й організовує лабораторію. Популярність і слава про його відділення швидко поширилась. У терапевтичне відділення Олександрівської лікарні до лікаря Образцова намагались госпіталізуватись не тільки кияни, а й хворі з віддалених місць. Переобираючись міською думою кожні 5 років, Василь Парменович очолюватиме терапевтичне відділення Олександрівської лікарні аж до 1904 року. Воно стало «творчою лабораторією» геніального київського інтерніста: у ньому він продовжив свої оригінальні клінічні дослідження, креативно генерував свої наукові досягнення



**Панорама Олександрівської лікарні крізь сторіччя**



та одночасно здійснював викладання внутрішньої медицини. Тож, коли 26 січня 1891 року доктор медицини В.П. Образцов нарешті все ж отримав можливість викладати на медичному факультеті Університету святого Володимира, він, не вагаючись, залишає за собою право очільника відділення. Вичитку курсу захворювань шлунка, кишківника та черевної порожнини він почав здійснювати при кафедрі діагностики, яку тоді очолював професор Ф.О. Леш. Викладаючи внутрішню медицину, Василь Парменович незмінно демонструє та здійснює клінічні розбори хворих з очолюваного ним терапевтичного відділення. Більше того, доктор медицини, професор В.П. Образцов залишив за собою право завідувати терапевтичним відділенням Олександрівської лікарні, навіть очоливши в 1893 році кафедру приватної патології і терапії університету. Це був дуже зручний формат для успішного продовження харазмитачним Василем Парменовичем його унікальних наукових клінічних досліджень. Тож зазначимо, що саме професор В.П. Образцов (незмінно очолюючи терапевтичне відділення Олександрівської лікарні аж до 1904 року) надав йому статус університетської клінічної терапевтичної бази. Вдячні кияни

на відзначення лікарської та науково-педагогічної клінічної звитяги свого улюбленого лікаря в 1949 році у сквері Олександрівської лікарні встановили його бронзовий бюст (скульптор М.К. Вронський). На табличці скромний надпис: «Професор Василь Образцов». І, продовжуючи в рубриці «Класика методів діагностики» друк адаптованої сучасною українською мовою наукової праці «Про дослідження шлунка й кишок», зазначимо й таке. Василь Парменович у цій своїй знаковій науковій праці чітко визначає важливе значення щодо розробки методології дослідження шлунка й кишок заснованої ним університетської терапевтичної клінічної бази: «Таке дослідження я став проводити з початку цього року всім хворим, які приходили до мене на домашній прийом із внутрішніми захворюваннями, а також госпіталізованих до 1-го бараку Олександрівської лікарні».

*Підготував М. Дзедман*