

В.П. Образцов

ПРО ДОСЛІДЖЕННЯ ШЛУНКА І КИШОК (закінчення*)

Як же назвати запропонований нами метод? Немає сумніву, що, зрештою, це є *пальпація шлунка*, але оскільки за її допомоги виникають *акустичні* явища, то, мені видається, без особливої натяжки метод можна назвати *перкуторною пальпацією шлунка*.

Визначення нижньої межі шлунка за допомогою перкуторної пальпації я обов'язково доповнюю перкусією, результати якої мають збігатися з результатами пальпації. Цим я не хочу стверджувати, що лишень дані перкусії допоможуть досягти мети. Властиво перкусія, що запропонована ще Ріоггу для визначення меж шлунка, не набула визнання, незважаючи на ім'я її автора. Потрібно мати витончений слух, щоб на підставі часто досить незначного розходження у висоті тимпанічного тону встановити межу між шлунком і *colon transversum*, — *бути при цьому переконаним у точності цієї межі й переконати в цьому інших*. Я гадаю, що навіть перкусія органів грудної порожнини не займала б такого визначального місця в діагностиці, якщо не було б аускультатії, яка завжди може слугувати контролем даних перкусії, маючи при цьому часто яскравіші слухові картини, ніж нерідко важко вловимі розходження властивостей перкуторного тону.

Метод Frerichs-Mannkopf'a, помітно знижуючи тон шлунка й збільшуючи повноту, ставить його перкусію в сприятливіші умови, але вже одна можливість блювання, зовсім нерідко після введення шипучої суміші, змушує бути обережним при застосуванні цього методу, не кажучи вже про інші протипоказання, наприклад при *ulcus ventriculi rotundum*. Окрім цих можливих неприємностей, причина досить рідкісного використання методу, незважаючи на

те, що минуло вже близько 20 років із часу його опублікування, полягає, мені видається, почасти й у недостатній для нас переконливості лише перкуторних відмінностей.

Елементи запропонованого мною методу перкуторної пальпації шлунка, безсумнівно, були відомі й раніше. Так, наприклад, у статті про *Magenerweiterung* у *Real-Encyclopädie von Eulenburg*¹ (вид. 1) 1881 року (Bd. VIII, стор. 480), написаної Oser'ом, ми читаємо: «Wenn man in der Rückenlage des Kranken mit den leicht gestreckten Fingern kurze, sanfte Stöße auf die vordere Bauchwand ansübt, kann man in vielen Fällen des Anschlagen der Flüssigkeit, die Fluctuation, an den Fingern deutlich fühlen und man kann so nicht selten ziemlich scharf die untere Grenze Des Magens bestimmen»².

Далі — «le bruit de clapotage»³ *Chomel-Bouchard'a* (дивись останній *Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies*⁴ 1887 року, стор. 169) виконується, якщо я не помиляюся, тими ж прийомами, що й шум плескоту від удару. Але ми повинні пам'ятати про те, що описані зазначеними авторами явища переважно пов'язуються з розширенням шлунка. Для визначення ж шлунка взагалі, *resp.* його частини, що лежить поза кістковим скелетом, метод перкуторної пальпації, наскільки я можу судити за наявними в моєму розпорядженні джерелами, не пропонувався іще ніким. Але й при визначенні розширень шлунка він у тому вигляді, як застосовувався, не міг викликати довіри, оскільки не було підтвердження, що рідина, яка відчувається пальцями, при ударах по черевних стінках перебуває в шлунку, а не в *colon transversum* (див., напр., M. Rosental's, *Magenneurosen und Magenkatarrh*⁵, 1886, р. 161). Тому я й надаю такого важливого значення дослідженню *colli transversi*, вміння визначати якої ставить метод перкуторної пальпації шлунка на надійний ґрунт.

© В.П. Образцов

* У попередніх числах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 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 останніми текстами статті «Про дослідження шлунка й кишок» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 (уперше був надрукований у «Щотинжневій клінічній газеті» за 1887 рік, № 22) [Адаптовано Михайлом Дзезманом (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)].

¹ (нім.) Розширення шлунка в реальній енциклопедії Ейленбурга.

² (нім.) «У положенні хворого лежачи на спині злегка розтягнутими пальцями, застосовуючи короткі, м'які удари по передній черевній стінці, у багатьох випадках можна чітко відчувати вплив рідини на пальці та її флуктуацію, що не є надзвичайно важким для пацієнта при визначенні нижньої границі шлунка».

³ (фр.) Шум плескоту.

⁴ (фр.) Уроки з автоінтоксикації при хворобах.

⁵ (нім.) Неврози й катар шлунка.

Метод цей повинен мати, як мені видається, набагато більше переконливості, ніж сама перкусія. Тут насамперед бере участь дотик, якому ми довіряємо чи не більше, ніж будь-якому іншому відчуттю; потім, ударяючи пальцями по рідині, ми створюємо шум плескоти, — явище і складніше, ніж вібрація перетинок разом із газом, що знаходиться між ними, чи вібрація самого газу в замкнених перетинках, і визначеніше, що, безсумнівно, вказує на присутність рідини в порожнині. Мені видається, що й слухове його сприйняття відрізняється більшою яскравістю, більшою матеріальністю, якщо можна так сказати, ніж відчуття перкуторного тону.

Але без перкусії я все-таки не обходжуся. Як контрольний метод вона часто робить неоціненні послуги при встановленні не тільки верхньої та лівої, але й нижньої межі шлунка.

Перкутувати доводиться зазвичай дуже тихо, і я частіше перкутую при цьому м'якоттю третьої фаланги правого вказівного пальця безпосередньо по черевних покривах, чіпляючи заздалегідь палець, що перкутує, за зовнішню поверхню сусіднього середнього пальця та опускаючи його з висоти від одного до трьох сантиметрів, зважаючи на силу удару. (Такими рухами вказівного пальця ми зазвичай робимо легкі клацання по плоскій або опуклій поверхні).

До речі, ведучи мову про методіку дослідження шлунка, я вважаю за необхідне згадати й те, що при здійсненні ударів або натискань у ділянці шлунка для спричинення шумів плескоти від удару я *обов'язково кладу ліву руку при цьому на нижню частину sterni й злегка натискаю нею на грудну клітку*. При більш-менш сильному відчутті *curvaturae majoris* я кладу ліву руку на ділянку *epigastrii* і, натискаючи нею, досягаю подвійної мети: по-перше, я до певної міри фіксує органи, а по-друге, натискаючи на верхні відділи шлунка, я проштовхую повітря із них у відділи, що розміщені нижче, через що в них з'являється більший стовп газів над рідиною і, таким чином, створюються найсприятливіші умови для визначення нижньої межі шлунка за допомогою перкуторної пальпації. У справедливості щойно сказаного можна переконатися завдяки такому маленькому експерименту.

Наливши в бичачий міхур до половини його обсягу води, перев'язавши його в шийці й поклавши на плоску тарілку, ми можемо, хоч і досить віддалено, імітувати ним шлунок. Ударяючи по верхній стінці міхура, ми, при її крайній атонії, можемо одержати тільки неясні відчуття зіткнення пальців із рідиною; але якщо ми лівою рукою будемо стискати верхню стінку тільки з одного боку, то на іншій ми одержимо ці відчуття пальцями правої руки із чудовою виразністю. На цей експеримент мені люб'язно

вказав вельмишановний професор О.А. Леш після того, як він у мене у відділенні познайомився з визначенням меж шлунка за допомогою перкуторної пальпації.

Але якщо ми говоримо про описаний метод із такою сміливістю, то головним чином тому, що можемо, якщо не так часто, то в будь-якому випадку в багатьох безпосередньо прощупати *colon transversum*, який є для нас найважливішою ланкою при дослідженні шлунково-кишкового каналу.

Для знаходження *coli transversi* ми користуємося також горизонтальним положенням хворого й починаємо дослідження з рівня пупка, де найчастіше можемо його зустріти, кладучи обидві руки із заледве зігнутими пальцями по обидві сторони від пупка та починаючи рухати ними вгору і вниз разом із *черевними стінками*. Для початку дослідження, звичайно, краще брати осіб із тонкими й м'якими черевними стінками та з явищами тривалого закріпу. У цьому випадку при пальпації ми нерідко натрапляємо на кишку, яка лежить уперек у вигляді циліндра, який має вільно пересуватися вгору і вниз. Щоб пересвідчитись у тому, що ми дійсно маємо справу з поперечною кишкою, ми повинні простежити її вправо й вліво від пупка принаймні пальців на чотири. Але й цього замало: мусимо визначені властивості *coli transversi*, тобто його калібр, властивості стінок і властивості вмісту, порівняти із властивостями інших відділів ободової кишки, а також із *соесум* і *s. rotundum*, і тільки тоді, коли виявлені властивості інших відділів товстих кишок є подібними до властивостей кишки, що лежить поперечно, можна бути впевненим — маємо перед собою *colon transversum*. У цьому відношенні дослідження *соесі*, *s. rotundi* й доступних частин висхідної та низхідної ободової кишки завжди обов'язкове, причому щораз варто відзначати й виявлені їх властивості. Для прикладу вкажемо на можливість промацування біля пупка кишки, яка лежить поперечно, у вигляді досить щільного циліндра, що не містить повітря й не дає при пальпації бурчання, а *соесум*, *colon ascendens* і *col. descendens* будуть розтягнуті газом і даватимуть гучне бурчання при пальпації — зрозуміло, що при таких обставинах кишка, яка лежить поперечно, не може бути визнана як *colon transversum*.

Те ж саме і навпаки. Окрім того, при пальпації *соесі* ми часто спричиняємо бурчання тому, що газу зі всіх відділів товстих кишок найчастіше збираються в сліпій кишці. У цьому випадку після дослідження *coli transversi*, в якому при першому промацуванні ми не віднаходили ні присутності газів, ні бурчання, після видавлювання газів зі сліпої кишки нерідко зустрічаємо

їх у colon transversum, що, звичайно, має зміцнити нашу впевненість у тому, що в цьому випадку маємо справу саме з ним. Нарешті, при опущенні coli transversi, пальпуючи від пупка в напрямку до spina ilei anter, superior тієї та іншої сторони, ми маємо зустріти два відділи товстої кишки, які лежать майже поруч і є приблизно однаковими за своїми властивостями, вправо — праву частину transversi і coecum, що опускається, і вліво — ліву частину того ж transversi, що піднімається, та s. romanum.

Що ж стосується вміння вирізнити colon transversum від інших частин шлунково-кишкового каналу, то ми насамперед повинні мати на увазі шлунок, який може дати привід для плутанини через те, що при пальпації і в шлунку, і в colon transversum можуть спричинитися тожні акустичні явища, а саме — бурчання сухе й вологе, а також, іноді — при великій кількості рідини в товстих кишках, і шум плескоту від удару. Тут дані про дослідження попередніх і наступних відділів товстих кишок, як про це було вже сказано вище, повинні стояти на першому плані. Далі, потрібно мати на увазі те, що акустичні явища в кишці, які спричинені пальпацією, є менш різноманітними і менш постійними, ніж у шлунку. Так, після проносних, а також при проносах ми деколи зустрічаємо шум плескоту від удару в colon transversum з інших причин, але він звичайно є досить непостійним і швидко змінюється вологим бурчанням; нарешті, усі ці акустичні явища в colon transversum не залежать від випитої хворим рідини, тоді як дослідження шлунка без рідини й після її прийому дає різні результати.

Про можливість переплутати transversi іще з одним органом, що так само лежить поперечно та який також іноді промацується, а саме — про pancreas, я говорити не буду, оскільки він знаходиться досить високо, на 4-5 пальців вище пупка, і сумнівним є те, що його можна сплутати з colon transversum. Щодо відмінності transversi від intestin. jejunum et ileum, то я поки не буду поширюватися, бо, наскільки я натепер можу судити, причини до плутанини зустрічаються не часто. Тонкі кишки промацуються загалом набагато рідше, ніж товсті, а бурчання при пальпації дають також рідко. Причину цієї різниці ми постараємося з'ясувати в одній із наступних статей, коли будемо говорити про дослідження тонких кишок.

Разом із тим, я хотів би згадати тут про два випадки з практики, коли я при пальпації всього живота, а отже, й у ділянці товстих і тонких кишок, без явищ асцити в животі, одержував шум плескоту від удару. Один випадок стосувався марантичної бабці з карциномою uteri й прилеглих частин, а також із затримкою сечі та калу,

який у вигляді окремих кусків прощупувався в s. romanum і colon descendens. Після повторного введення рідини в шлунок при пальпації ніде не було шуму плескоту; але коли, з метою виведення калових мас із товстих кишок, після безуспішного призначення драстичних усередину і звичайних клізм, був застосований величезний клістир, то в усьому животі зразу ж отримали чіткий шум плескоту від удару. Смерть настала декілька годин після цього клістиру. При розтині виявлено шлунок дуже малих розмірів, який повністю ховався в лівому підребер'ї, товсті ж і тонкі кишки були розширеними та містили рідину у великій кількості. Інший випадок мені довелося бачити якось у чоловічому відділенні Олександрівської лікарні, де в суб'єкта, років 50, який страждав на «перейми в животі», що об'єктивно проявлялись надзвичайно різко вираженими перистальтичними здуттями кишкових петель у всьому животі, із голосним у цей момент переливанням у них рідини і незвично сильною під час нападу напруженістю стінок живота з особливим випинанням його в hypogastrium, також без явищ асцити, — я абсолютно виразно отримав у проміжках між нападами досить чіткий шум плескоту у всьому животі. Причина цього, свого роду «peristaltische Unruhe d. Darmes»⁶ залишилася для мене незрозумілою, хоча найімовірнішим було припущення щодо стенозу кишки. Визначальним є те, що в тому й іншому випадках, у період одержання шуму плескоту у всьому животі за допомогою перкуторної пальпації, при аускультатії живота був досить чітко виражений феномен Чудновського, тобто дихальні шуми, які було чути при інспірації.

Я згадав про ці два випадки для демонстрації того, що питання про акустичні явища в животі, які спричиняються пальпацією, я далеко не вважаю вичерпаним. Попереду, звичайно, нас очікує тут більше роботи, ніж було зроблено дотепер. Але мені видається, що випадки, подібні до наведених вище, настільки ж мало можуть загрожувати самому методу перкуторної пальпації, наскільки, скажімо, відсутність здорової легені при pneumothorax на місці ясного перкуторного тону може загрожувати самому методу перкусії легень.

Натепер я можу вказати тільки на три розтини, при яких була зроблена перевірка встановлених мною при житті хворих меж деяких органів черевної порожнини. Перший розтин мною здійснено в грудні минулого року за присутності моїх лікарняних товаришів. Хвора страждала на пухлину на межі між епі- та mesogastrium, трохи лівіше від серединної лінії, величиною зо два кулаки дорослої людини. У цьому випадку

⁶ (нім.) «Перистальтичний неспокій кишок».

мною була визначена нижня межа шлунка, печінки, coli transversi та соесі, зміщеного донизу й усередину більше ніж зазвичай. Визначення були зроблені за добу до смерті, а через добу після смерті зроблено розтин, при якому границі шлунка й coli transversi виявилися трохи вище, ніж було виявлено при житті. Те ж стосувалось і меж печінки. Але за винятком підняття меж, більш-менш рівномірного для всіх органів, взаємоположення між ними виявились практично відповідними прижиттєвим визначенням. Інший випадок розтину, виконаний мною в грудні, стосувався хворої на жовтяницю, із великою, але піднятою печінкою, із періодичною великою блювотою й сильними болями в надчеревній і пупковій ділянці. Зазвичай стінки живота в цієї хворої були настільки напруженими й болюче чутливими, що ні про пальпацію товстих кишок, ні про перкуторну пальпацію шлунка не могло бути мови; але після одного нападу бурхливої блювоти й одночасного проносу стінки живота зробилися настільки податливими, що стала можливою пальпація живота, за якої було віднайдено шум плескоту, що починався зверху на два пальці вище пупка, де закінчувалась печінка, і спускався на 4 пальці нижче пупка. Окрім того, можна було визначити селезінку продовгуватої форми з досить товстим переднім краєм, нижній край якої знаходився на рівні spina ilei anterior superior на три пальці до середини від неї. Через 18 годин після цього дослідження хвора померла при явищах перитоніту, а через 8 годин після смерті було зроблено розтин. Але, ще до розтину, у той момент, коли служитель у каплиці взявся за труп, щоб перенести його із простого стола на стіл розтину, я переконався, що прижиттєвих меж не отримаю, оскільки під час перенесення трупа із зігнутим уперед тулубом почувся голосний і довгий звук відрижки, причому виділилася велика кількість газів і настільки ж повинен був зменшитися обсяг шлунка. Після розтину черевної порожнини, крім явищ загального гнійного перитоніту, насамперед вражав величезний шлунок із різко потовщеними стінками. Але нижня межа шлунку знаходилась усе-таки тільки на 1 палець нижче пупка. Разом із тим, була піднятою й нижня межа печінки в надчеревній ділянці, ба більше того, я, на своє велике здивування, не віднайшов на старому місці й селезінки, якої не було нижче підребер'я і при промацуванні. Потім з'ясувалося, що селезінка мала саме такі властивості, які було визначено за життя, тобто вона була у 2,5 рази довшою, досить щільною, із товстим переднім краєм. Але її положення після смерті віднайдено зміненим у тому розумінні, що вся вона перемістилась у ліве підребер'я й тільки нижній її край сягав реберної дуги. В обох

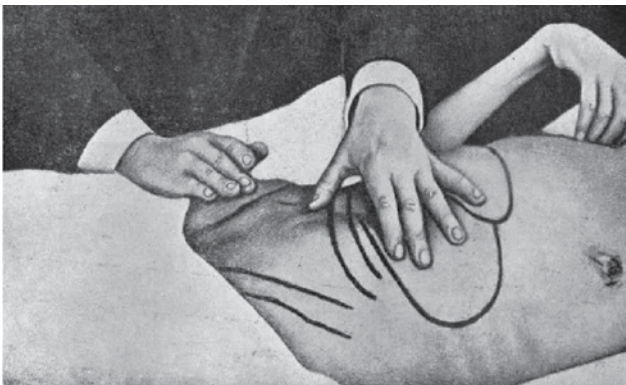
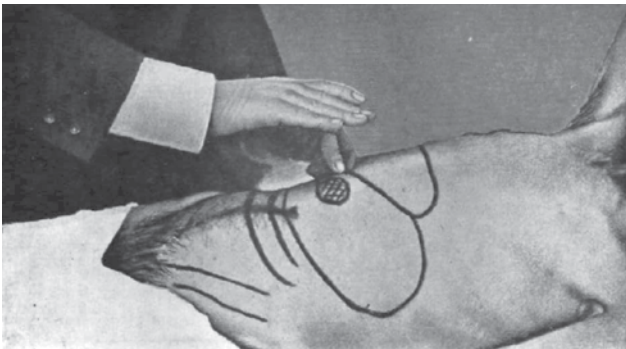
наведених вище випадках дані розтину, безсумнівно, були слушними для зробленого при житті визначення меж в одному випадку шлунка, а в іншому — шлунка і товстих кишок, але з відомою поправкою, яка залежала від зміни положення органів після моменту визначення меж до смерті й від посмертного тимпаніту. Для перевірки прижиттєвих визначень без цих поправок наприкінці квітня цього року у хворої, яка страждала на круглу виразку шлунка з тривалим туберкульозом обох верхівок, в якій кілька разів визначались межі шлунка й промацувався colon transversum, розташування останнього відзначене було ризкою в період агонії — за одну годину до смерті. Через дві години після смерті прозектором кафедри патологічної анатомії, доктором І.І. Судакевичем, черевна порожнина була розкрита, причому виявилось те, що вся лінія, яка була проведена за життя та починалася праворуч на п'ять пальців від середньої лінії, зліва ж доходила до підребер'я, йшла якраз саме по поздовжній осі coli transversi, тобто якщо б по ризці зробити його розріз, то ми б отримали дві рівні половини coli transversi — верхню й нижню. При розтині всього трупа, зробленого в інший день професором Мінхом, та ж лінія йшла вже не по осі кишки, а по її нижній межі.

На завершення цієї першої статті, яка містить багато прогалин і вимагає численних доповнень і роз'яснень, — кілька слів про inscriptiones tendineae. При перераховуванні органів, з якими можна сплутати colon transversum, я не забув про ці, за уявленнями багатьох, небезпечні пастки, в які потрапляє простакуватий дослідник органів черевної порожнини. Не згадав же я про них раніше тому, що за три роки моїх пальпаторних досліджень черевних органів щодо питання про їх плутанину я не пам'ятаю випадку, де б я міг приймати їх за щось інше, ніж за inscriptiones tendineae!

Редакційний коментар. Як свідчать матеріали статті «Про дослідження шлунка і кишок», Василь Парменович надавав при його здійсненні важливого значення перкусії. І розробленому ним методу дослідження професор В.П. Образцов дав назву «перкуторна пальпація шлунка». Нами в статті «Фізикальні методи дослідження в сьогоденні клінічної медицини» у № 2 журналу «Практикуючий лікар» за 2018 рік подано історичну довідку розробки методу перкусії. В ній зазначено, що Василь Парменович Образцов запропонував також й адаптований до анатомофізіологічної специфіки черевної порожнини авторський спосіб перкусії. Особливістю розробленої ним перкусії є те, що в ній беруть активну участь обидві руки. Вказівний палець правої



Професор Образцов В.П. (початок ХХ ст.)



Перкуторне дослідження органів черевної порожнини професором В.П. Образцовим

руки перед нанесенням удару затримується на середньому пальці, а потім, зриваючись із нього, наносить, із контрольованою силою перкуторний удар, а ліва рука готує перкуторне поле й оптимізує товщину перкутованих стінок черевної порожнини.

Перкусія за Василем Парменовичем Образцовим:



безпосередня



посередня

Клінічна практика й час розставили все на свої місця. І сьогодні найпростішою та зручною у виконанні, а відтак популярною серед інтерністів, є перкусія з використанням прийому нанесення перкуторного удару саме способом, що запропонований Василем Парменовичем Образцовим. Якщо удар здійснюється безпосередньо по перкутованій поверхні, то це буде безпосередня перкусія, а от якщо по середньому пальцю лівої китиці (що використовується як плесиметр) — посередня. За цього досить зручно здійснювати перехід від одного виду перкусії до іншого.

Підготував М. Дзєман