

В.П. Образцов

ПРО ФІЗИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КИШКІВНИКА*

Ми розглянемо різні відділи кишківника не в порядку їх анатомічної послідовності, а за їх ступенем легкості й доступності для точного клінічного дослідження. Тому товсті кишки, які є найбільш доступними для належного дослідження, ми розглянемо раніше від тонких.

А. Товстий кишківник

Основним способом фізичного дослідження товстих кишок я вважаю *пальпацію*, що дає найбільш детальні дані щодо їхнього стану, тобто про їхнє положення, розміри, рухливість, чутливість, товщину стінок, про кількість та властивості їхнього вмісту тощо. Способом, який є допоміжним для перевірки даних пальпації, слугує перкусія. При вивченні s.-romani розширює можливості також процедура надування його повітрям через задній прохід за допомогою подвійного балона із пружною трубкою, що надівається на клістирний наконечник.

а) Сліпа кишка (+ нижня частина висхідної товстої).

Техніка дослідження. Пальпацію сліпої кишки, як і інших органів живота, потрібно виконувати при найбільшому розслабленні черевного преса, тобто в цілком горизонтальному положенні хворого, коли його голова розміщена на невеликому підвищенні і випрямленими (а не зігнутими) нижніми кінцівками¹. Дослідник стає або сідає біля ліжка із правого боку хворого, обличчям до його живота і чотирма зігнутими останніми пальцями правої руки надавлює на черевну стінку в ділянці клубової впадини зверху донизу та зсередини назовні, прямовисно до очікуваної осі сліпої кишки, тобто по правій пупково-остьовій лінії або паралельно до неї, то вище або нижче від неї, намагаючись дотягтися пальцями клубової ямки, до якої і придавлюється сліпа кишка у випадку її виявлення. Для послаблення протидії з боку черевного преса в місці дослідження сліпої кишки я зазвичай користуюся таким прийомом: тенаром і зовнішньою поверхнею великого пальця лівої руки я спричиняю спочатку тиск на середню лінію живота на рівні, що відповідає приблизно положенню правої руки, а вже потім, не припиняючи натискання лівою рукою, пра-

вою шукаю сліпу кишку. Протидія надавлюванню лівою рукою, що позначається у вигляді м'язового скорочення в ділянці середньої лінії живота, до певної міри перешкоджає розвитку такої ж протидії в місці дослідження сліпої кишки. Окрім того, при дослідженні останньої я змушую хворого робити глибокі вдихи, які послаблюють напруження всього черевного преса. При глибокому диханні, крім послаблення брюшного преса, нерідко, особливо за високого стояння сліпої кишки, можна викликати й інше явище, а саме рух останньої вниз, деколи на 2 і навіть 5 см. Трапляється, що сліпа кишка лежить вище від клубового гребеня. Тоді я знаходжу її в правому боці таким чином, що ліву руку, долонею догори, підкладаю під праву поперекову ділянку хворого, яку, наскільки це можливо, піднімаю і, таким чином, наближаю до передньої стінки живота, на яку, у свою чергу, натискаю правою рукою.

Крім пальпації, при дослідженні сліпої кишки я постійно застосовую і перкусію. У більшості випадків сліпа кишка, після шлунка, містить найбільшу кількість газів і зазвичай легко вирізняється за своїм ясним тоном від петель тонких кишок, що лежать внизу від неї. Постукування зазвичай застосовується слабке і виконується знизу вгору.

Частота знаходження сліпої кишки. У серпні, вересні та жовтні 1890 року я намагався знайти сліпу кишку у всіх хворих, що поступали до терапевтичного відділення Олександрівської лікарні, яким я завідував. З 109 чоловіків сліпа кишка була мною знайдена в 56 (51,4%), а з 60 жінок — у 35 (58%).

Положення сліпої кишки. Визначаючи положення сліпої кишки, я зазначав, з одного боку, відстань її осі від верхньопередньої ості клубової кістки по остепупковій лінії, а з іншого — відстань нижньої межі сліпої кишки від рівня остей або міжкостевої лінії. Із 56 чоловіків сліпа кишка мала відхилення від клубової ості на 4 см у одного, на 5 см у тридцяти трьох, на 6 см у сімнадцяти і на 7 см у п'ятьох чоловіків. Із 36 жінок сліпа кишка відстояла від ості на 3 см у трьох, на 4 см у десяти, на 5 см у сімнадцяти, на 6 см у трьох. Звідси видно, що найчастіше сліпа кишка, відхилена від ості на 5 см, на границі між середньою і зовнішньою третинами цієї лінії. У чоловіків сліпа кишка відхиляється від цього середнього положення частіше в середню третину, а в жінок, навпаки, у зовнішню (до ості).

Висота сліпої кишки або відстань її нижньої межі від рівня остей, яка вимірюється як прямовисна лінія, що опущена від середини нижнього краю кишки до горизонтальної міжкостевої лінії, була такою: із 56 чоловіків нижня границя сліпої кишки знаходилась вище рівня остей на 5 см у двох, на 4 см у трьох, на 3 см у шести, на 2 см у десяти, на 4 см у дев'ятнадцяти; на рівні остей у одинадця-

© В.П. Образцов

* У попередніх числах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018 рік та №1 за 2019) публікацією адаптованих українською мовою оригінальних текстів видатного вітчизняного вченого-клініциста В.П. Образцова редакція започаткувала нову рубрику «Класика методів діагностики». Сьогодні продовжуємо цю тему текстом статті «Про дослідження кишок» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 рік. [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 Сечовий міхур перед дослідженням обов'язково повинен бути спорожнений. На цю обставину потрібно зважати, особливо при дослідженні дітей, в яких переповнений сечовий міхур трапляється досить часто.

ти, нижче рівня остей на 1 см у трьох, на 2 см у одного і на 3 см у одного. Із 35 жінок сліпа кишка знайдена вище рівня остей на 5 см у однієї, на 4 см у однієї, на 3 см у трьох, на 2 см у п'яти, на 1 см у семи, на рівні остей у одинадцяти, нижче рівня остей на 1 см у трьох, на 2 см у трьох і на 4 см у однієї. Звідси видно, що в чоловіків сліпа кишка стоїть у більшості випадків вище рівня остей і найчастіше (у 34%) на 1 см вище цього рівня; у жінок же сліпа кишка стоїть, загалом, трохи нижче, ніж у чоловіків, найчастіше на рівні остей і нерідко (у 20%) нижче його.

Напрямок сліпої кишки. Лінія, що відповідає осі кишки, йде найчастіше знизу догори і зсередини назовні перетинаючи остепупкову лінію під кутом, близьким до прямого.

Властивості сліпої кишки. Найчастіше вона пальпується у вигляді помірно напруженого циліндра із заокругленим дном, що трохи розширюється донизу, при натисканні на який відбувається зазвичай бурчання. Із такими властивостями сліпа кишка нерідко промацується в здорових людей. У хворих на *хронічні закрепи* вона іноді пальпується у вигляді пружного, напруженого, грушоподібного, рухомого тіла, при більш-менш сильному натисканні на яке відбувається гучне бурчання, або ж у вигляді щільного, різної товщини, дещо чутливого циліндра, що містить мало газів і не дає при пальпації бурчання.

Після послаблюючих, *при проносах* різного походження й особливо *cholera nostras*, сліпа кишка промацується не зовсім ясно; стінки її, а також і нижнє закруглення визначаються при цьому не зовсім чітко, але при цьому по її довжині за пальпації виникає одноманітне гучне бурчання. Це бурчання не тільки чути, але й відчувається на дотик, і місце його призупинення я вважаю нижньою границею сліпої кишки. При *cholera nostras* за допомогою перкуторної пальпації можна викликати в сліпій кишці шум плескоту.

При *черевному тифі* сліпа кишка, незважаючи на звичне її розширення за цієї хвороби, не є легко доступною для пальпації, бо їй завадить значне напруження черевного преса в місці дослідження, особливо в другій половині перебігу хвороби.

При тифліті, тільки в жінок із дуже млявими черевними стінками, сліпа кишка промацується у вигляді щільного, товстого, дуже чутливого циліндра; зазвичай цей циліндр обмацується неясно, унаслідок скорочення черевного преса. При перкусії по ходу сліпої кишки, а також усієї висхідній товстої кишки аж до реберної дуги, ми отримуємо при тифліті тупо-барабанний або зовсім тупий тон². При утворенні щільного випоту біля сліпої кишки (*perityphlitis*) цей випіт найчастіше пальпується під нижньою границею сліпої кишки або біля її внутрішнього кута, хоча, звичайно, випіт може відкладатися і за задньою стінкою сліпої кишки і значно нижче від її нижньої границі, по ходу червоподібного відростка і т. д.

Вміст сліпої кишки. У більшості випадків при пальпації сліпої кишки можна виявити в ній бурчання, що вказує на присутність у ній разом із газами і рідини. Промацуван-

ня в сліпій кишці калових шматків вказує на різко змінені умови перистальтики і всмоктування в товстих кишках, про що докладніше я розповім трохи нижче.

Розміри сліпої кишки. Зазвичай її діаметр, що визначається тільки приблизно, буває дуже різним: від 2 до 3 см при деяких формах хронічного закрепу, до 7-8 см при *cholera nostras*; найчастіше ж — 5 см³.

Відмітне розпізнавання сліпої кишки. Сильно напружену сліпу кишку можна переплутати з опущеною ниркою. Головна відмінність — ясний перкуторний тон кишки і тупий нирки. Далі сліпу кишку можна переплутати з *поперечною кишкою* при опущенні останньої. Головна відмінна риса сліпої кишки — заокруглений нижній кінець, тоді як у поперечній можна простежити продовження циліндра за серединну лінію; крім того, назовні від поперечної кишки в таких випадках можна пропальпувати сліпу кишку. Можна переплутати сліпу кишку ще й із клубовою, і саме тією її частиною, яка виходить із малого таза і впадає в товсту кишку. За деяких захворювань, особливо власне при черевному тифі, цей відрізок клубової кишки виділяється настільки, що при пальпації, дійсно, схожий на сліпу кишку. Розпізнавання ґрунтується, головним чином, на пальпації заокругленого нижнього краю сліпої кишки, тоді як у клубовій таке заокруглення не обмацується: кишка просто губиться в межах малого таза.

б) Поперечна ободова кишка. Техніка дослідження, частота знаходження і відмітне розпізнавання поперечної кишки викладені в моїй роботі: «Zur physikalischen Untersuchung des Magen und Darmes»⁴.

Положення поперечної кишки. Поперечна кишка зазвичай лежить поряд під великою кривизною шлунка, від якої вісь її відстоїть на 2-3 см. А через те що положення нижньої границі шлунка неоднакове, то і положення поперечної кишки є різним, залежно від усіх тих умов, які впливають на положення нижньої границі шлунка і які з достатньою деталізацією розібрані в щойно вищезгаданій моїй роботі. Якщо зважати, що в чоловіка середньої статури і харчування нижня межа шлунка найчастіше лежить на 3 см вище від пупка, а в жінок на 1 см, то поперечну кишку в чоловіків ми знаходимо найчастіше на пупку, або на 1 см вище від нього, а в жінок на 1-2 см нижче від пупка. Таким чином, усі умови, що зумовлюють підняття нижньої границі шлунка, а саме: гарна статура і харчування, пухлини малого таза, переповнений сечовий міхур, здуття кишок від від будь-яких причин тощо, а з іншого боку, й умови, що викликають пониження нижньої межі шлунку, а саме: паралітичні груди, погане харчування, низьке стояння діафрагми внаслідок плевриту, емфіземи і т. п., впливають у такому ж напрямку і на положення поперечної кишки.

Значне відхилення взаємовідношення товстого кишківника до шлунка трапляється в запавшому животі при звуженні входу в шлунок; за цього при втягнутому човноподібно животі на 8-10 см вище від пупка пальпується воротар, який лежить поперечно у вигляді жмута, що змінює свою щільність, ззаду якого знаходиться хребет

² Відсутність клінічної анатомії кишківника і, зокрема, вказівок на положення сліпої кишки призвело до того, що Windscheid (*Deutsches Archiv für klinische Medizin*, т. XLV, стор. 233) описав 3 випадки звичайного тифліту при високому стоянні сліпої кишки під назвою периколіту, тільки на тій підставі, що у всіх цих випадках «власне клубова ямка була вільною» (стор. 235).

³ В анатомічних атласах і підручниках сліпа кишка, так само як й інші відділи товстого кишківника, зображуються так, як за життя вони спостерігаються тільки при *cholera nostras*, після проносних і при черевному тифі.

⁴ *Deutsches Archiv für klinische Medizin*, т. XLIII, 1888, стор. 430-434.

та аорта і який рухається при диханні, ховаючись вправо за ліву частку печінки; поперечна ж кишка промацується нерідко з розташованими в ній шматками калу, на 5-8 см нижче від пупка. Із 6 випадків такого відхилення поперечної кишки від шлунка у двох воно було підтверджено розтином і у двох — черевним розрізом⁵.

Напрямок поперечної кишки. Якщо позначити лінією усю доступну для пальпації частину поперечної кишки, то ця лінія буде або горизонтальною, що буває при високому її положенні, або частіше дугою, що звернена опуклістю вниз. За цього все ж таки рідко трапляється, щоб обидві частини дуги — вправо або вліво від середньої лінії — були цілком однаковими: зазвичай права йде більш горизонтально, а ліва від середньої лінії піднімається вгору досить круто. Трапляється, хоча і рідко, що при низькому стоянні діафрагми права частина поперечної кишки йде майже зовсім горизонтально, але я жодного разу не бачив, щоб вона, навіть і при сильному опущенні правої нирки, йшла з правої клубової ямки опосередковано, справа наліво і знизу вгору (*Glenard*). Іншими словами: права частина поперечної кишки або опускається, або, у крайньому випадку, йде горизонтально, але не піднімається навіть і за дуже сильного опущення правої нирки, печінки, шлунка та її самої; ліва частина, як уже було сказано, піднімається здебільшого, хоча в деяких випадках і вона йде горизонтально. Я бачив два таких випадки: один при саркомі, що виходила з надниркових залоз лівого боку, а інший — при великій лівій нирці, унаслідок ниркових каменів. В обох випадках ліва частина поперечної кишки була зміщена збільшеною ниркою або пухлиною не тільки вниз, але і вперед, унаслідок чого вона була доступна для пальпації на набагато більшій довжині, ніж звичайно.

Іноді поперечна кишка схожа на римську цифру V. В одному випадку, коли я визначив такий вигляд поперечної кишки, пояснивши це прирощенням її або чепця (сальника — *ред.*) до органів малого таза, при розтині черевної порожнини (д-р *Seget*) виявився загальний хронічний злипливий перитоніт, причому обидві частини поперечної кишки, і права, і ліва, були зрощені з передньою черевною стінкою і з тонкими кишками.

Вміст поперечної кишки. Пальпуючи поперечну кишку, ми викликаємо в ній іноді гучне бурчання, яке вказує на значний вміст у ній рідини і газів. Це спостерігається після проносних, при різних проносах і при черевному тифі. Іноді, навпаки, промацується досить щільний циліндр, в якому бурчання зовсім відсутнє. Це нерідко буває при хронічних закріпах. Найчастіше ж поперечна кишка промацується у вигляді м'якої кишки, що видає незначне бурчання, яке вказує на кашкоподібний вміст із домішкою газів.

Присутність у поперечній кишці калових грудок, що

⁵ За пальпації воротар, що лежить поперечно, має розглядатись серед органів, з якими можна переплутати поперечну кишку; і, якщо тільки я правильно розумію, опис положення поперечної кишки при *enteroptosis* у статті *Ewald'a* (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1890, № 12, стор. 278), який приписується останнім *Glenard'у*, а саме, немов би поперечна кишка при *enteroptosis* лежить над пупком і промацується тільки на 2-3 см у той та інший боки від хребта, то це або нижня горизонтальна частина 12-палої кишки, або воротар, але ніяк не поперечна кишка, яка, якщо тільки вона пальпується, то промацується в обидва боки від хребта на 4 пальці, тобто на 7-8 см, а всього на 14-16 см.

окремо пальпуються, належить до рідкісних явищ і вказує, як і присутність їх у сліпій кишці, на глибокі зміни перистальтики і всмоктування в товстих кишках. Щодо рідкості такого явища говорить вже й те, що за весь час як я пальпував товсту кишку, тобто з кінця 1886 р., я намацував у ній грудки калу тільки 6 разів. Із цих шести випадків в одному, при сухотах, грудки калу промацувалися одночасно із затримкою сечі тільки при *crises gastriques* (розпізнавання в цьому випадку підтверджено розтином); за другого, при виразці шлунка, — під кінець життя (теж із розтином); у третьому — при згаданому вище хронічному перитоніті, — у поперечній кишці у вигляді римського V (розтин черевної порожнини); у четвертому — при тривалому хронічному закріпі у хворого, у якого я вперше намацав у 1886 р. поперечну кишку, а у 1889 р. грудки калу в ній; нарешті, в п'ятому і шостому — при звуженні входу в шлунок з опущенням поперечної кишки на 6-8 см нижче від пупка і з явищами крайнього виснаження [розтин]⁶. Крім рідкості промацування калових грудок у поперечній кишці, слід відзначити і ту обставину, що якщо грудки калу пальпуються в поперечній кишці, то зазвичай не як одиночні випадки, а як множинні, і що одночасно вони пальпуються і в сліпій кишці, не кажучи вже про нисхідну і s.-видну товсту кишку.

Рухливість поперечної кишки при диханні, як і рухливість нижньої границі шлунка при диханні, тим помітніше, чим вище лежить поперечна кишка. Її пасивна рухливість дуже значна: при пальпації, її легко можна підняти вгору і відтягнути вниз на 3-5 см.

Щільність поперечної кишки, незалежно від властивостей її вмісту і більш-менш постійних властивостей її стінок, нерідко змінюється під впливом скорочення її м'язового шару; тому часто під руками дослідника щільна на дотик товста кишка робиться м'якою і, нарешті, не пальпується зовсім. Такі скорочення зазвичай не супроводжуються ніякими відчуттями в животі і розглядаються як явища фізіологічні, на противагу скороченням, що супроводжуються судомними болями і бувають вище від місця звуження або непрохідності кишки, а також після проносних ліків тощо.

Поперечний розмір поперечної кишки становить від 6 до 8 см при *cholera nostras*, зменшується до 2 см при деяких формах хронічних закріпів. Найчастіше він дорівнює 3-4 см.

в) S-подібна кривизна (+ нижня частина нисхідної товстої кишки). Під цією назвою я буду мати на увазі ту частину товстих кишок, яка пальпується або по лівій остепупковій лінії, або лінії, що прямовисно перетинає ліву *Poupart'ову* зв'язку по її середині⁷.

Техніка дослідження взагалі збігається з технікою дослідження сліпої кишки, тільки простіша і потребує меншої витрати часу — головним чином унаслідок більшої щільності вмісту s.-romani.

Частота знаходження s.-romani. Із 109 чоловіків

⁶ Грудки калу, що відносно часто трапляються при розтинах по всьому шляху товстих кишок, слід віднести в більшості випадків до явищ агонії.

⁷ Питання про те, що слід розуміти під назвою s.-подібної кривизни із сучасної анатомічного боку, детально розібрано *Samson'ом* у його дисертації: «*Zur Kenntniss der Flexura sigmoidea Coli*». — *Дерпт*, 1890, стор. 11-18.

S.-romani пропальповано в 44 (40,6%), із 60 жінок — у 28 (46,6%). Я повинен, однак, зауважити, що помітки про промацування s.-romani є не в усіх історіях хвороби, так що наведені відсотки повинні бути дещо підвищені.

Положення s.-romani. Тут я буду мати на увазі відстань s.-romani до лівої верхньопередньої ості клубової кістки по лівій остепупковій лінії. Із 14 чоловіків із пропальпованою s.-romani остання була відхилена від осі на 6 см у трьох чоловіків, на 5 см у тридцяти трьох (75%) чоловіків і на 4 см у восьми чоловіків. Із 28 жінок s.-romani мало відхилення від осі на 6 см у двох, на 5 см у дванадцяти, на 4 см у тринадцяти і на 3 см у однієї. Звідси видно, що s.-romani найчастіше лежить на межі середньої 1/3 назовні від лівої остепупкової лінії.

Властивості s.-romani. S.-romani пальпується частіше у вигляді циліндра помірної щільності, який або зовсім не дає бурчання, або тільки слабе. При різних проносах, наприклад після проносних ліків, найрізкіше при cholera nostras, s.-romani стає роздутим і при пальпації дає гучне бурчання.

При кривавому проносі, навпаки, s.-romani товсте, щільне, є болісним при натисканні і бурчання не дає.

Вміст s.-romani зазвичай щільно-кашкоподібний, при проносах же рідкий; при хронічних закрепках нерідко промацуються грудки калу.

Діаметр s.-romani становить від 6 до 7 см при проносах, зменшується до 2 см при деяких хронічних закрепках; найчастіше є 3 см.

Відмінне розпізнавання s.-romani. S.-romani можна переплутати з опущеною поперечною кишкою. Відмінність полягає в тім, що поперечну кишку можна простежити за середньою лінією на 4 пальці, тоді як s.-romani опускається в малий таз; крім того, при опущеній поперечній кишці назовні від неї лежить s.-romani з однаковими з нею властивостями.

Надлобковий простір. Під час розтинів ми нерідко бачимо, що s.-romani лежить над лобком, безпосередньо торкаючись передньої черевної стінки, утворюючи петлю, яка своєю формою нагадує грецьку букву омегу⁸.

Клінічно таке положення s.-romani, наскільки мені відомо, до цих пір не визначалося, хоча воно і не є якимось випадковим. Приводом до вивчення цього положення для мене послужили два випадки, що спостерігалися мною весною 1890 р.; в обох я пальпував над лонною дугою поперечний щільний циліндр, що переходив у s.-romani, яке лежало в клубовій ямці, і далі у висхідну товсту кишку. У одного із цих хворих був налив у малому тазі, що відкрився в пряму кишку на рівні третього жому, а в іншого підгострий перитоніт після удару дишлом у ділянку правого mesogastrii. Ці два випадки переконали мене в можливості безпосередньо пальпувати ту частину s.-romani, яка іноді лежить над лобком, торкаючись до передньої черевної стінки. Потім, вивчаючи перкуторний звук тонких кишок, я виявив, що в більшості випадків він по середній лінії є одноманітним, від рівня пупка або від смуги, що відповідає місцезнаходженню поперечної кишки до лобка; хоч у деяких випадках, не доходячи до лонного з'єднання на 3, а іноді на 2 пальця, він змінюється, зазвичай стаючи більш

ясним. За допомогою роздування товстих кишок через задній прохід я в цих випадках звично переконався, що смуга найбільшого просвітлення перкуторного звуку над лобком відповідала якраз петлі s.-romani.

Цю смугу, що лежить над лобковим з'єднанням (із перкуторним звуком, що відрізняється від перкуторного звуку тонких кишок) і відповідає положенню s.-romani, я і називаю надлобковим простором.

Таким чином, надлобковий простір визначається постукуванням, результати якого перевіряються роздуванням товстих кишок через задній прохід. Останнє виконується таким чином. Вставивши кластерний наконечник у задній прохід, дослідник сідає з правого боку хворого і кладе долоню своєї лівої руки над лобком, пальцями ж правої знаходить частину s.-romani, що лежить у лівій клубовій ямці, і фіксує.

Змушуючи потім помічника накачувати повітря, дослідник у разі наявності надлобкового простору, тобто петлі s.-romani над лобком, буде відчувати насамперед долоною своєї лівої руки періодичні підняття черевної стінки відповідно до простору ясного тону, синхронні з кожним стисненням балона помічником, і потім вже пальцями правої руки відчує ructus у частині s.-romani, що лежить у клубовій ямці. При заходженні s.-romani в ділянку правої fossae iliacaє при insufflatio буде відчуватися роздування спершу в правій клубовій ділянці, а потім вже в лівій⁹.

Надлобковий простір, який визначається, як правило, тільки після спорожнення сечового міхура і при невагітній матці, проявляється зазвичай там, де існують умови для розширення товстих кишок. Тому він часто буває при рясних проносах, наприклад при cholera nostras, після проносних ліків і при черевному тифі. У подібних випадках надлобковий простір дає більш ясний тон порівняно з тоном тонких кишок, а при cholera nostras у надлобковому просторі за допомогою перкуторної пальпації можна деколи викликати і шум плескоту. Висота надлобкового простору коливається від 2 до 8 см, частіше ж дорівнює 6 см.

В інших випадках надлобковий простір дає більш менш тупий тон. Це буває при сигмоїдитах, що розвиваються при переході запалення очеревини з правої fossae iliacaє в малий таз¹⁰.

⁹ Роздування для розпізнавання дає задовільні результати тільки при дослідженні s.-romani; при дослідженні поперечної і сліпої кишки воно дуже рідко приводить до бажаної мети. Повітря, що нагнітається, досить швидко проникає в сліпу кишку, але звідси воно зазвичай, хоча і не завжди, негайно переходить у тонкі кишки, викликаючи загальне здуття кишечника, що супроводжується збільшенням напруження черевних стінок, а отже, і збільшенням перешкод для пальпації органів живота.

¹⁰ Причина походження цих нагноєнь і запалень у порожнині малого таза з переходом запалення на s.-romani не завжди зрозуміла. Із 5 випадків подібних захворювань, що спостерігались мною в 1890 і 1891 рр., у двох із великою ймовірністю можна було припустити перехід процесу в малий таз із правої клубової западини (перитифліт); у третьому процес спустився також з порожнини живота після травми в праву ділянку mesogastrii; у двох інших причина залишилася цілком незвіданою. Із цих двох випадків в одному над лобком випиналася грушоподібна пухлина, вершина якої доходила до пупка; при постукуванні пухлина давала тупий тон і була прийнята спочатку за розтягнутий сечовий міхур. Катетеризація переконала в несправедливості припущення щодо пухли, а роздування показало, що пухлина складалася з петлі s.-romani. Після виділення значної кількості гною разом із випорожненнями пухлина зменшилася на половину.

⁸ Treves, *The Anatomy of the Intestinal Canal and Peritoneum in Man*. London, 1885, *сmop.* 61.

Редакційний коментар

Пальпація (від лат. *palpacio* — обмацування) як метод клінічного об'єктивного обстеження відомий із давніх часів. Про неї згадується ще у творах давньогрецьких лікарів Гіппократа (460-377 рр. до н.е.) та К. Галена (130-200 рр.), китайського лікаря Ван Шу Хе (210-285 рр.) і перського Авіценни (Ібн Сіні, 980-1037). Фізіологічною основою пальпації є тактильне відчуття. За допомогою дотику, натискання та пальпаторних рухів отримується інформація не тільки про характер поверхні, температуру, вологість, консистенцію об'єкту, але й формується його стереометричне (просторове) сприйняття (форму, локалізацію, величину і співвідношення). Крім того, за допомогою пальпації визначають чутливість і болючість різних ділянок тіла. Пальпацію широко використовують для вивчення фізичних властивостей органів із поверхневою локалізацією (шкіра, суглоби, пульс тощо). Відтак вона відіграє важливе значення в діагностиці уражень шкіри, кісткової і м'язової систем, грудної клітки, захворювань серцево-судинної системи, лімфатичних вузлів, щитоподібної залози та ін. Однак спроби розробити методику пальпації внутрішніх органів тривалий час були невдалими. Це завдання було надскладним, адже для використання пальпації в діагностиці стану внутрішніх органів є необхідними не тільки глибокі пізнання фундаментальних засад топографічної анатомії, а й наявність належної природної тактильної чутливості та добре засвоєні практичні навички.

Початок застосуванню пальпації для з'ясування стану органів черевної порожнини було покладено автором концепції вісцероптозу (ентероптозу, спланхноптозу) французьким лікарем Frantz Claude Marie Glénard (1848-1920). Він належно описав клінічну картину такого патологічного стану та запропонував не тільки інформативний, але й зручний спосіб його діагностики, який заснований на суттєвому зниженні зумовленого вісцероптозом болю в черевній порожнині при підтягуванні догори нижньої частини живота руками лікаря, що стоїть позаду хворого. Актуальність проблеми зумовила неабияку зацікавленість із боку чільних клініцистів XIX та XX століть до висунутої Ф.С.М. Гленар у 1883 році концепції щодо недостатності зв'язкового апарату органів черевної порожнини як основного етіологічного фактора вісцероптозу. У подальших дослідженнях вона знайшла своє повне підтвердження. Відтак цей патологічний стан отримав назву хвороби (симптомокомплексу) Гленара, а розроблений спосіб його діагностики — прийому Гленара. Також для з'ясування стану органів черевної порожнини за описаного ним вісцероптозу Гленар здійснював їх обмацування. Та як відомо, Гленар навіть не припускав можливості пальпаторного дослідження кишківника без наявності ентероптозу.

Подальший прогрес у розробці методики пальпаторного дослідження органів черевної порожнини здійснено легендарною Київською терапевтичною школою. Саме на берегах Славути — Дніпра було розроблено та впроваджено в широку клінічну практику спосіб пальпаторного дослідження органів черевної порожнини, який отримав назву методичної глибокої ковзної пальпації органів черевної порожнини за В.П. Образцовим — М.Д. Стражеском. І передісторія тут така. Доктор медицини Образцов В.П. розпочав лікарську діяльність на посаді завідувача терапевтичного відділення Київського військового шпиталю в період, коли для практичного застосування в діагностиці з об'єктивного дослідження можливими були тільки огляд, пальпація, перкусія та аускультация. Правда, в університетській госпітальній клініці Київського військового шпиталю в наукових дослідженнях під керівництвом професора К.Г. Трітшеля вже почали розроблятися передові на той час методи дослідження шлункового соку. Зокрема, за пропозицією керівника клініки лікар М.С. Засядько досліджував ефективність флюороглюцин-ванілінового реактиву для визначення в шлунковому соку кількості вільної соляної кислоти. Та очільнику терапевтичного відділення В.П. Образцову доводилось невідкладно приймати діагностично-лікувальні рішення щодо численних захворювань органів черевної порожнини, з якими він щоденно мав справу. Їх діагностика на той час була примітивною, симптоматика погано вивченою, а методика належного об'єктивного дослідження та дослідного пізнання фактично взагалі відсутньою. Тому допитливий і трепетний до чіткої визначенос-



Фрагмент експозиції в Національному музеї медицини України, що унаочнює таїну огляду пацієнки професором В.П. Образцовим

ті 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...». Про їх подальше здійснення він зазначає таке: «Наприкінці 1886 року, отже, пізніше за Гленара, але абсолютно незалежно від нього став проводити пальпацію кишок і я. Перш ніж промацати в перший раз поперечну ободову кишку, я, як і Гленар, займався питанням рухомої нирки, питанням, яке привернуло увагу мого вчителя С.П. Боткіна. Але ми йшли різними шляхами: Гленара пальпація кишечника нерозривно пов'язана

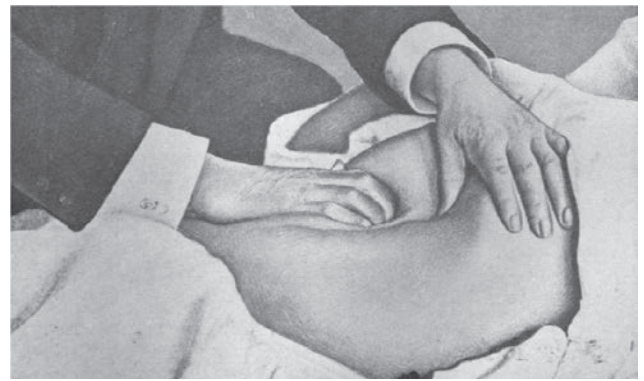
з ентероптозом; без ентероптоза для нього пальпація як метод дослідження не існував. Навпаки, я, навчившись пальпувати кишки, звернувся до вивчення їх, тобто до більш точного визначення їх положення, діаметра, властивостей стінок, вмісту та ін.» («До фізичного дослідження шлунково-кишкового каналу і серця». — К., 1915). Тож, таким чином, незалежно від Ф.С.М. Glenard та й, зрештою, всупереч його твердженням у листопаді 1886 р. професор медичного факультету Київського університету В.П. Образцов у 1880-х роках довів, що органи черевної порожнини в нормальних умовах можуть бути належно пальпаторно досліджені. Перші результати цілеспрямованої пальпації живота в 132 хворих були викладені Василем Парменовичем у «Щотижневій клінічній га-



Пальпація сигмоподібної кишки



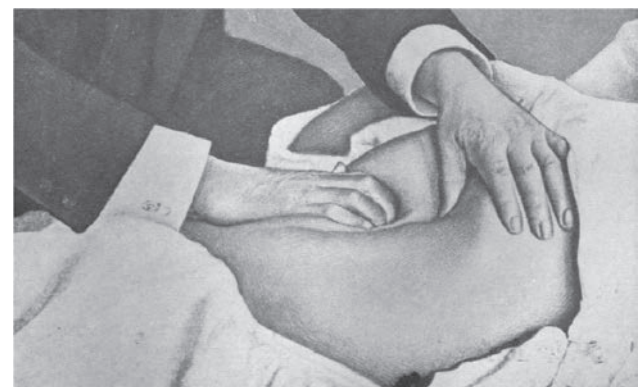
Пальпація клубової кишки



Пальпація сліпої кишки



Перкуторна пальпація шлунка



Пальпація пілуруса шлунка

зеті» у 1887 році (№ 22 і 23) у статті «Про дослідженні шлунка і кишечника». Ця робота була також опублікована в німецькому журналі «Deutsche Archiv fur Klinische Medizin» (1888, № 43). У подальшому в очолюваній професором В.П. Образцовим факультетській клініці Університету св. Володимира був організований один із перших у Києві кабінет рентгенологічного дослідження. Це вже був початок нової якості об'єктивізації досліджень пацієнтів у клініці, і він беззастережно підтвердив об'єктивність та унікальну інформативність запропонованого Василем Парменовичем методу пальпаторного дослідження органів черевної порожнини. У десятих роках минулого сторіччя в Києві під час демонстрації професором В.П. Образцовим хворих у факультетській терапевтичній клініці були зроблені світлинки, які зображують окремі елементи пальпації органів черевної порожнини особисто Василем Парменовичем Образцовим. Ці фотографії у вигляді додатка були відтворені в книзі В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца» (К., 1915).

Усе своє життя професор В.П. Образцов зі своїми учнями та послідовниками — Ф.О. Гаусманом, М.Д. Стражеском, М.М. Губергріцом, Ф.А. Удінцовим та іншими ретельно розробляв, вдосконалював та деталізував методику пальпації органів черевної порожнини. Федір Оскарович Гаусман у 1904 році приїжджав до професора Образцова В.П. до Києва консультуватись щодо своїх наробок із пальпаторного дослідження органів черевної порожнини й отримав необхідну підтримку та важливі поради, а також рекомендацію негайно опублікувати результати своїх досліджень. Отримавши таку підтримку, Федір Оскарович детально систематизував і описав усі способи пальпації в монографії «Основи методичного промацування шлунково-кишкового тракту», виданій у Німеччині та Росії. Надалі щиро-сердний Василь Парменович, щоб підтримати по-

слідовника, дав йому свою вагому рекомендацію для обрання доктором медицини (*honoris causa*) в Університеті св. Володимира. Власне, за його наполегливим клопотанням Ф.О. Гаусману в 1912 році було присвоєно таке звання, й це відчинило для нього академічні двері російських університетів. Подальша розробка методики пальпації органів черевної порожнини привела до створення вчення про так звану глибоку ковзну методичну топографічну пальпацію, яка відкрила нову епоху в діагностиці захворювань органів травлення. Учень Василя Парменовича професор Київського медичного інституту М.Д. Стражеско 1936 року узагальнив досвід її застосування в клініці внутрішніх захворювань у фундаментальній монографії «Основи фізичної діагностики захворювань черевної порожнини». Тому існує й узагальнена назва застосовуваної в широкій клінічній практиці пальпації органів черевної порожнини — метод Гленара – Образцова – Гаусмана – Стражеска.

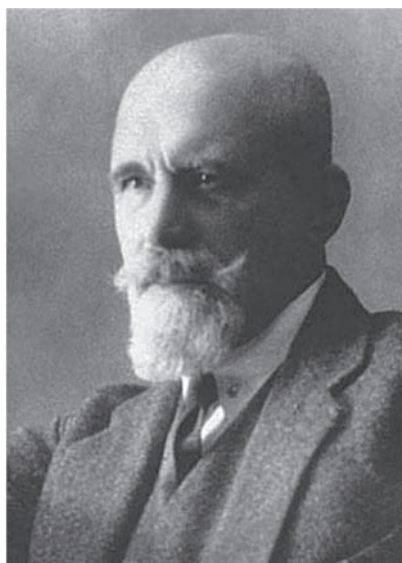
Підготував М. Дзедман



F.C.M. Glenard



В.П. Образцов



Ф.О. Гаусман



М.Д. Стражеско