

В.П. Образцов

ПРО РОЗШИРЕННЯ ШЛУНКА*

Під терміном «розширення шлунка» загалом розуміють *стійке збільшення його обсягів, що залежить від розтягування шлунка застійним вмістом*. У цьому визначенні є вже вказівка й на походження хвороби. Застійний вміст є необхідною попередньою умовою розширення шлунка. Виникає цей застій від того, що в шлунку розвивається стан *рухової недостатності*, значення якої відносно походження розширень шлунка було точно оцінено О. Rosenbach ще в 1787 р.¹, коли шлунок втрачає здатність проштовхувати в кишки за відому одиницю часу весь свій вміст: частина вмісту залишається в шлунку і змішується з новою їжею. Із цієї суміші шлунок, за ту ж одиницю часу, проштовхне в кишки таку ж, як і раніше, кількість вмісту; отже, частина вмісту знову затримається в шлунку, причому залишок, при новому введенні їжі, вже подвоюється, потім потроюється тощо. Відповідно до такого поступового збільшення залишку шлунок розтягується все більше й більше.

Причини, що викликають рухову недостатність шлунка з подальшим застоєм у ньому вмісту, а потім і з розширенням, зводяться до таких трьох головних:

1) Первинно знижена рухова здатність — *атонія* або, точніше, *гіпотонія* шлунка, яка може бути наслідком або вродженої слабкості м'язової тканини шлунка, або набутої внаслідок виснажливих заразних хвороб, отруєнь, хронічного катару шлунка тощо. Розширення шлунка, яке розвивається під впливом цієї причини, матиме ту особливість, що поступове розтягування застійною масою та газами саме по собі не спричиняє виражених клінічних проявів підвищення рухової сили шлунка; останній поступово перетворюється в млявий, розтягнутий, із витонченими стінками мішок, наповнений за-

стійними масами, від яких він може звільнитися більш-менш ґрунтовно тільки за допомогою блювоти. Це — *атонічна форма* розширення шлунка.

2) *Механічні перешкоди для проштовхування вмісту в кишечник* від звужених воротаря або 12-палої кишки, незалежно від того, чи наявні ці перешкоди в стінках самого воротаря, власне кишки або ж їх просвіт зменшиться внаслідок тиску на них пухлини підшлункової залози, каменю, який застряг у жовчній протоці, перитонічних злукових тяжів тощо. Форма розширення шлунка при механічних перешкодах також має свої особливості. Розтягування шлунка застійним вмістом унаслідок перешкоди на виході спричиняє в ньому, як результат, *гіпертрофію*. Стінки шлунка потовщуються головним чином за рахунок збільшення м'язового шару. Такий шлунок розвиває підвищену рухливість із різким посиленням перистальтики, яка стає видимою через черевні покриви. Цю форму розширення шлунка ми будемо називати *гіпертонічною*.

3) Третя причина, яка викликає розширення шлунка, — це *збільшена кількість їжі*, що дуже часто призводить до його переповнення, як це буває, наприклад, при цукровому сечовому виснаженні, і до послідовного розтягування шлунка внаслідок розвитку його м'язової слабкості.

Такі три причини, що призводять до розширення шлунка. Теоретично усі вони видаються рівнозначними, тобто однозначно можуть викликати розширення шлунка. Але насправді їх природа є *надзвичайно різною*. А саме, ми знаємо, на підставі і клінічних спостережень, і патологоанатомічних даних, що всі механічні перешкоди для просування вмісту зі шлунка в кишки більш-менш постійно супроводжуються розширенням шлунка, — так само, як звуження кишки на місці *Bauhini'євої* заслінки обов'язково спричиняє розширення нижнього відрізка клубової кишки. Інша річ — первинна атонія самого шлунка. Тут клінічний досвід вказує на те, наскільки взагалі є поширеним це страждання — атонія шлунка, особливо в неробочих класів, наскільки часто доводиться бачити їжу в шлунку значно пізніше середніх норм її перебування в здорових людей; нерідко неперетравлену їжу віднаходять ще вранці після

¹ «Der Mechanismus und die Diagnose der Mageninsufficienz». Folkmanu's Vorträge, № 153, 1787.

© В.П. Образцов

*У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018 рік та № 1-3 за 2019-й) 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 розширення шлунка» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Київ, 1915 рік. [Адаптовано Михайлом Дзезаном (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)].

вживання їжі напередодні о 6-й годині вечора, що, за сучасними уявленнями, уже вказує на рухову недостатність шлунка. Проте такий стан триває більш-менш довгий час і все-таки зазвичай не переходить у справжню розвинуту форму розширення шлунка, а зупиняється на перших ступенях цього страждання й нерідко зникає безпричинно.

Те ж саме варто сказати і про катар шлунка як причину його атонічного розширення. Хіба мало ми бачимо п'яниць з очевидним хронічним гастритом, в яких теоретично м'язи шлунка повинні б знаходитися в такому ж паретичному стані, як, наприклад, м'язи гортані при хронічному її запаленні, а втім зазвичай розширення шлунка в п'яниць не розвивається². Взагалі потрібно сказати, що механізм становлення атонічного розширення шлунка набагато менше вивчений, ніж механізм гіпертонічного. Ми знаємо чимало впливів, які піднімають тонус гладких м'язів взагалі й шлунка зокрема, таких як, наприклад, покращання харчування, шкірні подразнення (теплові й механічні), масаж, електрика, психічні впливи тощо, але всього цього недостатньо, щоб уявити незначну кількість розширень шлунка, порівняно з великою кількістю людей, які потерпають від атонії й катару шлунка.

Підсумовуючи сказане щодо неоднакового значення двох основних причин розширення шлунка, я повинен сказати, що *розширення шлунка при механічних перешкодах для проштовхування вмісту в кишківник є закономірністю, а при атонії шлунка — рідкісним винятком*.

Не буду довго зупинятися на оцінці 3-ї причини, що призводить до розширення шлунка, а саме переповненні його збільшеною кількістю їжі, оскільки її значення ще менше, ніж при атонії шлунка. При цукровому сечовому виснаженні, дійсно, ємність шлунка нерідко збільшується, але при цьому шлунок тільки пристосовується до збільшеної кількості спожитої їжі та питва, з якими він зазвичай справляється цілком, нерідко здійснюючи посилену м'язову роботу, тобто виштовхуючи вміст за короткий час, ніж у здорової людини. У переважній більшості подібних випадків не буває рухової недостатності й застою їжі, а тільки *мегалогастрія*.

Ознаки розширення шлунка є дуже численними і різноманітними, але я розгляну тільки ті, які повинні бути віднесені до основних. Із цих основних ознак є такі, що властиві обом формам розширення шлунка — атонічній і гіпертонічній.

До них належать: а) *періодичні рясні блювоти масами, що забродили*; б) *наявність таких самих мас у шлунку при дослідженні його зондом ранком натще*. Обидві ці ознаки вказують на рухову недостатність шлунка.

До основних же ознак розширення шлунка відносяться також: в) *видиме через черевні стінки випинання шлунка*; г) *збільшений опір шлунка, що визначається при промацуванні*; д) *видима перистальтика в ділянці шлунка*. Випинання й підвищений опір виразніші за гіпертонічної форми, а видима перистальтика властива навіть винятково їй одній.

З останніх трьох ознак зупинюся на ознаках в) і г), які вказують зазвичай на безпосереднє розширення шлунка, тобто на збільшення його ємності.

Але перш ніж розпочати розгляд цих ознак, з'ясую питання про *положення розширеного шлунка*. Бувають випадки, коли розширений шлунок займає чи не всю черевну порожнину, причому саме таким він і окреслюється й через черевні стінки. Але подібні випадки рідкісні. Зазвичай розширення бувають набагато менших розмірів. При цьому видимий через черевні стінки шлунок лежить то в епігастрії, коли нижня його межа не доходить на кілька сантиметрів до пупка, то в мезогастрії, коли в епігастрії, на половинній відстані між мечоподібним відростком і пупком, ми нерідко бачимо борозну між нижнім краєм лівої частки печінки й малою кривизною, а велика кривизна вимальовується на 2-3 пальці нижче від рівня пупка; то, нарешті, шлунок, що випинається, лежить майже весь нижче від рівня пупка, — його велика кривизна спускається майже до лонного зрощення, а мала — лежить безпосередньо над пупком.

Від чого виникає ця різниця в положенні розширеного шлунка? Та просто від того, що *розширений шлунок знаходиться в тому самому місці, яке він займав і до розширення*. Починає формуватися розширення в гладкого, добре вгдованого чоловіка, — допустимо, на тлі круглої виразки у воротарі, — і ми побачимо в нього шлунок уже в стані розширення, який *знаходиться в епігастрії, із нижньою межею, яка не доходить на кілька сантиметрів до пупка*. Те саме буде у виснаженої людини із хронічним туберкульозним запаленням очередини, в якій до розширення шлунок разом із діафрагмою піднявся вгору; у цієї людини розширений шлунок не буде доходити до пупка. З іншого боку, якщо розширення розвивається в людини з опущеним шлунком, в якій й до розширення мала кривизна знаходилась ледве не на пупку, то, звичайно, тоді розширений шлунок буде лежати нижче від пупка.

² Посилання Fleischer'a (*Specielle Pathologie und Therapie der Magen- und Darm-Krankheiten, Wiesbaden, 1896, s. 885*) на знижений апетит тих, хто страждає на хронічний гастрит як на причину відсутності в них розширення шлунка, є неоднозначним тому, що якщо в п'яниць і апетит є зниженим у цілому, то він усе-таки збережений до гострих і таких важкоперетравлюваних і об'ємистих харчових продуктів, як капуста, огірки, чорний хліб тощо.

Проти такої сталості розширення шлунка *in situ* можна, щоправда, заперечити тим, що розширений шлунок, завдяки великій кількості наявного в ньому вмісту й, отже, збільшеній вазі, має схильність до опущення і відповідного переміщення нижньої його межі. Можливо, звичайно, що таке зміщення в дійсності й буває, але те, що зазвичай воно незначне, показують насамперед клінічні спостереження. Із 4 випадків розширення шлунка, бачених мною за останніх 3 місяці, у жодному не було зміщення нижньої межі шлунка нижче від рівня пупка. Теоретичні ж підстави, які пояснюють причину такого малого зміщення шлунка донизу, при його первинному високому місцезнаходженні, полягають у тім, що розширенню шлунка зазвичай протидіють тканини й органи з усіх боків, причому знизу таку протидію створює кишківник. Коли ж останній під впливом поступово зменшуваного надходження до нього вмісту шлунка починає спадати й, отже, вже не може перешкоджати опущенню донизу шлунка, протидіяти починають черевні стінки, в яких, унаслідок зростання виснаження й висихання тканин, що залежить від різко зниженого всмоктування рідин у шлунку й кишках, разом із пергаментною шкірою розвивається своєрідна ригідність м'язів. Черевні стінки при цьому стають запалими й напруженими, як це спостерігаємо при звуженні кардії.

Із тільки що сказаного видно, наскільки скромне значення серед ознак розширення шлунка має положення його нижньої межі.

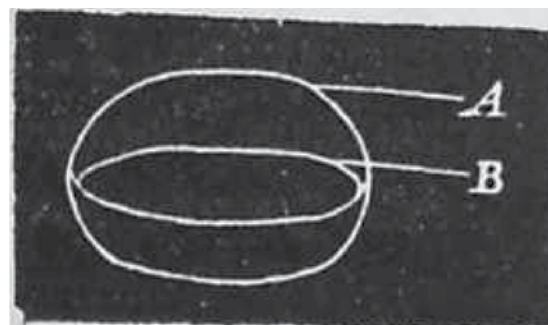
Але не одне тільки визначення нижньої межі шлунка дає нам мало вказівок щодо розширення: звичайне визначення розмірів шлунка — його висоти по лівій парастернальній лінії та його ширини або довжини, вимірюваної по довгій осі, — теж досить часто дає лише обмежені дані, оскільки розміри ці при розширенні досить часто не особливо відмінні від розмірів, що властиві простій мегалогастрії.

Вказують на дійсне розширення тільки ті основні ознаки, про які я говорив вище, а саме видиме випинання розширеного шлунка й підвищена його опірність. Чим зумовлені ці два явища? Підвищеним тиском усередині шлунка, який залежить, із одного боку, від збільшення шлункового вмісту, а з іншого — від збільшеної кількості в ньому газів унаслідок живого бродіння вмісту, який застоюється. Таке підвищення тиску ми можемо спричинити штучно шипучою сумішшю, причому вуглекислота теж так розтягне шлунок, що обриси його будуть видні через черевні стінки. Але при цьому підвищення тиску ми створюємо лише протягом декількох секунд; при розширенні ж шлунка воно залишається постійним і тільки коливається його сила. На це

підвищення тиску вказує й та швидкість струменя, з якою витікає рідина із шлунка через зонд зразу ж після його введення, без усякого штучного витискування черевним пресом і грудно-черевною діафрагмою.

Зазначеним підвищенням тиску розширений шлунок значно відрізняється від нормального. У нормальних умовах тільки після вкрай надмірного приймання їжі (що найчастіше трапляється в дітей) шлунок стає настільки напруженим, що може бути визначено за його опором; внутрішній тиск шлунка мало чим відрізняється від внутрішньочеревного, а тому зазвичай ми не можемо визначити положення шлунка ні за його опірністю, ні за зовнішніми обрисами. Із цих взаємовідносин між шлунковим і загальним черевним тиском випливає й те, що вигляд нормального шлунка залежить від просторових відносин, що існують у конкретний час у порожнині живота, і від положення, яке він займає. Припустимо, як приклад, що ми маємо справу з нормальним, але опущеним шлунком у людини із м'якими жирними стінками живота й досліджуємо його в горизонтальному положенні на спині. М'яві, але потовщені черевні стінки будуть у такому положенні наближатися до хребта й стискувати та ущільнювати опущений шлунок, що лежить під ними. Якщо ми в такому положенні зробимо сагітальний розтин шлунка по лівій парастернальній лінії, то отримаємо фігуру розрізу, що наближається за формою до еліпса. Якщо ж тепер у цьому шлунку починається застій із поступовим підвищенням внутрішньошлункового тиску, то разом із поступовим випинанням його через черевні стінки й збільшенням опірності ми помітимо й зміну фігури його сагітального розрізу, яка замість еліпса буде наближатися до кола.

Порівнявши площу еліпса В і фігури А, що наближається до кола, ми зразу ж зрозуміємо різницю в обсязі опущеного шлунка в його нормальному стані й при його розширенні. При розширенні шлунка досить часто збільшення його обсягу стається головним чином за рахунок збільшення глибини шлунка при незначному збільшенні його висоти й ширини; на збільшення ж глибини, недоступної прямому клінічному



кількісному визначенню, вказує видиме випинання шлунка й збільшення його опірності, які, таким чином, і слугують основними ознаками, що вказують на розширення шлунка.

До основних же ознак розширення шлунка потрібно віднести й видиму перистальтику шлунка, що спостерігається зазвичай тільки при гіпертонічній формі. Утім така ж перистальтика описана *Kussmaul* у його знаменитій роботі «Die peristaltische Unruhe des Magens»³ і без будь-яких явищ рухової недостатності, тільки лишень унаслідок рухового неврозу шлунка, але безсумнівно, що останній є рідкісним явищем. Принаймні, у доступній мені літературі я не зустрів після *Kussmaul* опису виражених випадків перистальтики як рухового неврозу; сам же я особисто зустрічав таку перистальтику тільки при розширенні шлунка. Тому ми й можемо розглядати видиму перистальтику шлунка як ознаку, властиву переважно розширенню шлунка.

Переходжу до лікування розширень шлунка. Яку дієту потрібно призначити? Без промивання шлунка усяка дієта буде переноситись погано. Навіть і повне виключення рідин, повний перехід на суху їжу, спричиняє такі ж явища не травлення, як і молочна дієта й взагалі їжа, яка вживається в розведеному вигляді. При промиванні ж можна сміливо призначати звичайну змішану легкоперетравлювану їжу, без усунення молока, чаю, супу й взагалі рідин. Такий відступ від правил, які ще недавно діяли та які рекомендували усунення рідин при розширенні шлунка, роблять останнім часом і інші клініцисти: *Liebermeister*⁴, *Fleiner*⁵ і *Boas*⁶. Але будь-яка їжа, як я щойно відмітив, проштовхується в кишківник і потім усмоктується в кількості, яка більшменш покриває витрати тіла, а в деяких випадках — і з деяким надлишком, лише тоді, коли робляться промивання шлунка. Промивання — могутній засіб у лікуванні розширень шлунка, що є одним із найбільших терапевтичних надбань цього сторіччя. Для промивань зазвичай цілком достатньо простої води; і тільки у випадках із надмірним бродінням можна додавати як знезаражуючий засіб 2-3 грами саліцилової кислоти на 1 літр води. Чи часто потрібно промивати шлунок? Теоретично — потрібно промивати

стільки разів, скільки разів хворий приймає їжу, тобто 3 рази на добу. Теоретично — свіжовжита їжа, що вводиться в шлунок, не повинна долучатися до наявного в ньому вмісту, який уже часто бродить. Такий вміст повинен бути видалений. Практично ж можна задовольнитись лише одним промиванням на добу (або на ніч, або зранку), натще, або, нарешті, за 1 годину до обіду.

Чи можна вилікувати розширення шлунка промиванням? Звичайно, можна. Я вже не кажу за атонічні форми розширення, в яких за допомогою промивань нерідко досить швидко, особливо в незадавлених випадках, усувається рухова недостатність. І при гіпертонічних розширеннях промивання ведуть іноді до повного видужання. Як приклад, я посилаюсь на хвору, представлену мною 2 роки тому в нашому Акушерсько-Гінекологічному Товаристві⁷ з туберкульозним перитонітом, що спричинив гіпертонічне розширення шлунка. Під впливом промивань у неї зникло туберкульозне запалення очеревини, а разом із ним і розширення шлунка. Хвору цю я бачив 3 тижні тому в гарному стані. Промивань вона не робить вже понад рік.

На жаль, такі випадки є винятком; і, не зважаючи на промивання, нам усе-таки, врешті-решт, доводиться спостерігати зниження у вазі. Цією обставиною, тобто зниженням ваги, ми користуємося для вирішення питання про своєчасність хірургічного лікування, або для усунення перешкоди, що призвела до розширення, або найчастіше для обходу цієї перешкоди утворенням спільного отвору між шлунком і кишкою. Судячи з відгуків про останню операцію, які є у літературі⁸, а також і за тими, на жаль, небагатьма враженнями, які я сам виніс зі спостережень над хворими, що перенесли цю операцію, я вважаю, що ми застосовуємо її взагалі занадто рідко, її варто застосовувати частіше. Навіть при ракових звуженнях ворота при формуванні чималих обхідних шляхів хворі нерідко після операції протягом місяців, а іноді й років існують позитивно стерпно, навіть благополучно, як це я бачив в одному випадку операції, виконаної проф. *О.К. Борнгауптом*.

³ Volkanns's Vorträge, 1880, № 181.

⁴ Vorlesungen über die Krankheiten der Unterleibsorgane, Leipzig, 1891, s. 82.

⁵ Lehrbuch der Krankheiten der Verdauungsorgane, 1-я половина, Stuttgart, 1896, s.367.

⁶ Therapeutische Monatshefte, 1896, s. 67.

⁷ Див. звіт про це засідання у «Врач», 1894, № 44, стор. 1224.

⁸ Див., наприклад, дебати на засіданні Берлінського медичного товариства 4 листопада 1896 р. із приводу показаного *Rosenheim*'ом випадку раку шлунка (Berliner klinische Wochenschrift, 189, № 47, s. 1053-1054).