

В.П. Образцов

## ЩОДО ДІАГНОЗУ РАКУ Й ГОРБКОВИЦІ<sup>1</sup> СЛІПОЇ КИШКИ, ГОРБКОВОГО ПЕРИТИФЛІТУ ТА ГОРБКОВИЦІ КЛУБОВОЇ КИШКИ\*

Сліпа кишка, що нерідко пальпується й у людей, які не мають жодних розладів кишківника, у випадках захворювання здебільшого стає ще сприйнятливою для точних фізичних способів дослідження, з яких на першому місці стоїть промацування. Із гострих уражень сліпої кишки мною було описано її катаральне запалення (typhlitis catarrhalis acuta)<sup>2</sup>, кілька випадків якого я спостерігав, з одного боку, протягом останньої грипозної епідемії в 1895 р. та яке, очевидно, мало залежність від специфічного грипозного ураження, а з іншого — після епідемії, у тому ж 1895 р., у пацієнтів, що страждали від закріпів, при цьому можна було допустити «калове» походження цього недугу. Із гострих уражень серозного листка, що оточує сліпу кишку, мною описаний перитифліт як одна з клінічних форм апендициту, коли зміни виражені здебільшого навколо сліпої кишки<sup>3</sup>. У цій статті я планую зупинитися на затяжних ураженнях сліпої кишки, власне, на раку й горбковиці самої сліпої кишки та на горбковому ураженні оточуючої її очеревини. Крім того, я опишу випадок горбкового ураження клубової кишки, саме її нижнього відтинка, що виходить із малого таза й впадає в сліпу кишку. Матеріалом для вивчення цих уражень прислужились мені нижчеописані випадки, з яких випадки раку сліпої кишки я спостерігав на початку 1896 р., усі ж горбкові захворювання — в останні 4 місяці поточного року. Діагноз у деяких

випадках було підтверджено лапаротомічно, в інших — посмертним розтином, а в деяких він ґрунтувався лише на даних фізичного дослідження сліпої кишки та мікроскопічного дослідження випорожнень.

### А. Рак сліпої кишки (2 випадки)

1. Д. Лі-кий, 21 рік, син священика Київської губернії, поступив в Олександрівську лікарню 20.01.1896 р., переведений у лікарню для чорноробів 20.02., де прооперований 10.03. Батько хворого у віці 51 року помер від раку стравоходу. Сам хворий близько півроку страждає від болів у животі й закріпів. Апетит задовільний. Органи грудної клітки — без відхилень. У правій здухвинній впадині пальпується пухлина з *гусяче яйце, то ніби як хряцова, то м'якша. Форма її є то яйцеподібною, то пірамідальною; верхня межа її на 1,5 см вища від рівня пупка, а нижня не доходить на 1 см до міжостової лінії. При постукуванні дає тупий барабанний звук. Вільно рухається як при диханні, так і при обмацуванні*, а при натисканні знизу вільно пересувається до правого підребер'я, причому нижній край її випинається з-під дуги лише на 2 см. Угору від пухлини промацується циліндр, наповнений газом, досить напружений, завтовшки в 5 см. Сліпа кишка не промацується. Сеча — без змін.

За час перебування в лікарні щодня спостерігалася перистальтика кишок, під час якої особливо чітко виступав циліндр 4 см у діаметрі, що брав початок із малого таза й безпосередньо переходив у пухлину. Циліндр цей став, нарешті, пальпуватися й без нападів посиленої перистальтики.

Діагноз: злоякісна пухлина сліпої кишки, яка й була встановлена 10.02.1896 р. у Товаристві Київських лікарів<sup>4</sup>.

10.03. була виконана приватним практикуючим лікарем К.М. Сапезком операція. При череворозтині виявлено рак сліпої кишки з незначними раковими вузлами в брижейці.

© В.П. Образцов

\*У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018, № 1-4 за 2019 та № 1 за 2020 роки) 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 «Щодо діагнозу раку й горбковиці сліпої кишки, горбкового перитифліту та горбковиці клубової кишки» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», Киев, 1915 г. [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)].

<sup>1</sup> Горбковиця (рос. Бугорчатка) — синонім сухот, туберкульозного ураження.

<sup>2</sup> «Южно-русская Медицинская Газета», 1896, № 7.

<sup>3</sup> «Врач», 1895, № 20.

<sup>4</sup> «Врач», 1890, стр. 230.

2. Д. А-ко, 44 роки, селянин Волинської губернії, поступив в університетську хірургічну клініку 20.01.1896 р. Операція проведена 21.02<sup>5</sup>.

Місяців дев'ять відчуває біль у животі, 6 місяців тому сам намацав пухлину в животі розміром із кулак, дуже рухливу, в якій нерідко відчував бурчання. Періодично страждає від проносів. Сечовипускання деколи прискорене, але ні помутніння, ні крові в сечі не помічав. Загальне харчування — задовільне. Органи грудної клітки — без відхилень. Сеча без білка, цукру й без ниркових елементів. *У правій здухвинній ділянці пухлина розміром із кулак, гладка, щільна, яйцеподібна й помірно рухлива*; на нижній її поверхні ніша, в яку входить палець. До пухлини від малого таза підходить кишковий циліндр із гіпертрофованими стінками товщиною 4 см. Від пухлини вгору йде такої самої товщини кишка, за напрямком висхідної товстої кишки, досить напружена, але без гіпертрофованих стінок. У нижній своїй частині ця кишка розміщується попереду пухлини, а при натисканні на неї в ділянці пухлини дуже легко спричиняється бурчання, видається, що відбувається воно в безпосередній близькості від передньої черевної стінки. Сліпа кишка не пальпується.

У клініці я часто спостерігав кишкову перистальтику, при якій з особливою виразністю виступав циліндр, що лежить донизу й досередини від пухлини та в неї впадає. Під час спостереження в клініці пухлина поступово втрачала свою рухливість і на час операції стала вже повністю нерухомою.

Діагноз: рак сліпої кишки. При пробному череворозтині, зробленому проф. Л.А. Малиновським, дійсно виявився рак сліпої кишки з раковим проникненням у брижу товстої кишки на 8-9 см.

В обох випадках *діагностування* особливих труднощів не становило: в обидвох чоловіків ми розпізнавали *різко обмежену, щільну пухлину, яка давала при постукуванні тупий барабаний звук*<sup>6</sup>, що вказує на присутність у ній газів і, отже, на її розвиток у кишці. Питання про те, що пухлина розвивалася в сліпій кишці, також не підлягало сумніву: циліндр, який входив у пухлину й прямував із малого таза, був нічим іншим, як нижнім відтинком клубової кишки; угору від пухлини лежав циліндр, який за положенням і за іншими властивостями виявився висхідною товстою кишкою; сліпа кишка з її звичними осо-

бливостями не пальпувалась, оскільки, власне, була місцем локалізації пухлини, а остання за своїми фізичними властивостями була грудкою більшої чи меншої величини або й брилою щільної тканини в стінці кишки, то й промацувалась тільки ця брила. *Форма пухлини* в нашому першому випадку при дослідженні в різний час *змінювалася*: вона була то яйцеподібною, то пірамідальною. *Щільність* пухлини також до певної міри *варіювалася*: пухлина була то щільнішою, то менш щільною. Обидві ці особливості трапляються в пухлинах та інших порожнистих органів, що мають у своїх стінках м'язову тканину; залежно від тонусу останньої, нерідко до того ж ще й за гіпертрофії м'язового шару в стінці, що зайнята пухлиною, можуть змінюватися і форма, і щільність пухлини. Певну участь у зміні форми та щільності пухлини слід, імовірно, віднести на рахунок і кількості, і якості вмісту кишки. Пухлини в обох випадках були *рухливими*. Особливо рухливістю відрізнялася пухлина в першому випадку, коли із здухвинної впадини її можна було завести під праву реберну дугу так, що вона висувалася із-під останньої тільки на один поперечний палець. З іншого боку, вона могла бути опущеною майже до безіменної лінії. Ця рухливість характерна для раку сліпої кишки. Пояснюється вона тим, що під впливом ваги щільної пухлини, особливо при виснаженні, а відповідно, й за відсутності жиру в черевній порожнині, при неминучому в такому випадку зниженні внутрішньочеревного тиску й підвищенні питомої ваги всіх внутрішньочеревних нутрощів, — брижа сліпої кишки, що зазвичай є нормально рухливою, розтягується все більше й більше з неодмінним наслідком — збільшенням рухливості самої пухлини. Та ця рухливість, на яку недавно ще вказував *Nothnagel*<sup>7</sup> як на характерну ознаку раку сліпої кишки, поступово зменшується й потім зовсім зникає за обставин проростання ракового новоутворення в усю товщу стінки до серозної оболонки з подальшим її запальним злипанням, на що вказує *Nothnagel* у тій самій роботі, або, як це було в моєму другому випадку, якщо проростання ракових мас поширюється й на брижу сліпої кишки. Неухильне *звуження* отвору, на межі з тонкої в товсту кишку, є явищем, що розвивається при раку сліпої кишки досить *швидко*, імовірно, внаслідок особливого ускладнення, яке при своєму розвитку рак звершує переважно на слизовій оболонці саме в ділянці цього отвору; в обох моїх спостереженнях звуження це було вираженим і раннім, і різким. Суб'єктивними ознаками такого звуження є напади колікоподібних спазмів у животі, що супроводжуються гучним бурчанням, а іноді й

<sup>5</sup> Цього хворого я спостерігав у клініці мого вельмишановного товариша професора Л.А. Малиновського, що люб'язно надав історію його хвороби в моє розпорядження.

<sup>6</sup> Постукування проводиться таким чином, що пухлину попередньо беруть між великим і вказівним пальцями лівої руки й притискають до задньої стінки порожнини живота, тобто здухвинної впадини. За цих умов пухлину відокремлюють від оточуючих її петель кишківника.

<sup>7</sup> Festschrift zum 100-jährigen Jubileum des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms Instituts, Berlin, 1895, сmp. 179.

блювотою та закрепом. Об'єктивні ж ознаки позначатимуться видимою перистальтикою, потовщенням і збільшенням тонузу кишок під час нападів; із перебігом хвороби потовщення стінок у ділянці кишок, що лежать безпосередньо вище від звуження, спостерігається постійно. За раку сліпої кишки це стосується нижнього відтинка клубової кишки, який при тривалому звуженні і за відсутності нападів посиленої перистальтики промацується у вигляді пружного циліндра товщиною в 3-4 см на відтинку 8-10 см. Як на щось парадоксальне я не можу не вказати на висхідну кишку, яка часто пальпується у вигляді досить товстого, напруженого, наповненого газом циліндра, що нерідко має такі властивості не тільки за раку сліпої кишки, а й при її звуженнях, що залежать від інших причин. Теоретично розмірковуючи, при звуженнях сліпої кишки ми повинні б мати, як правило, висхідну кишку, що спалася та пальпується у вигляді тонкої мотузки. У деяких випадках вона, дійсно, у такому вигляді й промацується, але нерідко, навпаки, має вигляд напруженого циліндра товщиною 5 см. Належного пояснення цьому явищу я поки дати не можу; можливо, воно залежить від тривалого застою кишкового вмісту в сліпій кишці й збільшеного внаслідок цього бродіння та утворення газів.

Під час диференціальної діагностики раку сліпої кишки слід згадати й про можливість сплутати його, не кажучи вже про горбковицю тієї ж кишки і про горбковий перитифліт, — про що буде сказано нижче, по-перше, зі зміщеною ниркою, нормальною чи патологічною, а по-друге, з волокнистим<sup>8</sup> апендицитом.

<sup>8</sup> Ред. правка «волокнистий апендицит» — хронічний апендицит як розрешення гострого запалення, коли апендектомія не була проведена. За цього спостерігається значне розростання сполучної тканини у всіх шарах стінки червоподібного відростка, його деформація, відбувається атрофія слизової оболонки зі звуженням просвіту, часто аж до облітерації.

Зміщена нирка буде відрізнятися, не кажучи вже про форму, тим, що, по-перше, її рухливість порівняно з надмірною рухливістю місця раку сліпої кишки на початковому ступені його розвитку є меншою; по-друге, при перкусії описаним вище способом нирка дає тупий звук; по-третє, нирка не дає явищ звуження кишечника; і по-четверте, рак, горбковиця або конкременти в рухливій нирці супроводжуються кров'ю чи гноєм у сечі тощо.

Що ж стосується диференціювання раку та запалення червоподібного відростка, то я хочу вказати на те, що нечасто, але все-таки трапляються випадки запалення, при якому ми маємо в правій здухвинній ділянці грудку щільної, малоболючої тканини, що зрослася з нижньою поверхню сліпої кишки. Така пухлина іноді розвивається без різких суб'єктивних явищ, без різкого підвищення температури і без виразних болів у животі, за своїми об'єктивними властивостями мало чим відрізняється від раку сліпої кишки. Вона є менше рухливою, ніж останній, малочутливою, щільною. Диференціальними ознаками будуть слугувати, зокрема, хоч і дуже незначною мірою, вік, суб'єктивні напади, а головне, перебіг хвороби та лікування. Спокійне положення, іноді разом із повторною мушкою на здухвинну ділянку в місці пухлини, змусять зникнути запальне ущільнення, рак же залишиться без змін.

Вважаю зайвим поширюватися щодо характерного розпізнавання раку сліпої кишки від калової пухлини в тій самій кишці. Одиночна, щільна грудка калу в одній сліпій кишці, якщо й трапляється, то надзвичайно рідко: принаймні, я її ніколи не бачив; при знаходженні калової грудки в сліпій кишці такі самі її грудки промацуються і за напрямком руху товстого кишківника<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Див. розділ «Про фізичне дослідження кишківника. А. Товстий кишківник» («Практикуючий лікар», № 2, 2019, с. 54).