

В.П. Образцов

ЩОДО ДІАГНОЗУ РАКУ Й ГОРБКОВИЦІ СЛІПОЇ КИШКИ, ГОРБКОВОГО ПЕРИТИФЛІТУ ТА ГОРБКОВИЦІ КЛУБОВОЇ КИШКИ*

Б. Горбковиця сліпої кишки (5 випадків):

1. Д. Г-ч, 45 р., офіцер із Волинської губернії. Перший раз з'явився до мене 3.02. 1895 року.

Хворіє 1 рік. Скаржить на біль у попереку з правого боку, що віддає, з одного боку, до правого підребер'я приблизно до серединної лінії, а з іншого — у праву клубову ділянку. Крім того, нерідко шум у вухах та задишка. Охота до їжі добра. Останні 5 років покашлює, але непостійно і незначно. Крові в харкотинні не помічав; харкотиння мало; виділяється воно вільно. Серцебиття немає. Диспептичних явищ теж немає. На жовтяницю не страждає. Випорожнення нормальні, щодня 1-2 рази. Сечовипуск і властивості сечі без відхилень. Батькові хворого 73 роки; мати померла в 63 роки; одна сестра у 25 років і дід по батьківській лінії у 27 років померли від сухот. Статура міцна; підшкірний жир розвинений помірно, блідуватий. У правій верхівці легень незначне зменшення звучності і незначний видих. Тільки за повторних кашльових рухів дуже мізерні субкрепітуючі хрипи. У лівій верхівці легень за нормальної звучності злегка ослаблені дихальні шуми. Серце без відхилень. У правій половині живота, при дослідженні положенні стоячи, зразу ж під реберною дугою, неясно промацується край якогось органа. При дослідженні в положенні лежачи: печінка по сосковій лінії на 3 см нижче від дуги. Консистенція її нещільна; край рівний; болючості при пальпації немає. Селезінка не пальпується. Сигмоподібна кишка завтовшки

із середній палець, безболісна. Поперечна кишка приблизно такої самої товщини, — на рівні пупка, нечутлива. Нижня межа шлунка на 2 см вище від пупка. Ділянка тонких кишок тупо-барабанна. Клубова кишка пальпується у вигляді помірно щільного, рівного (негорбкуватого), нечутливого шнура. *Сліпа кишка пальпується у вигляді пружної груші, у нижній частині з товщиною приблизно в 5 см, дещо нерівна, рухлива, дещо чутлива; стінки її інфільтровані (потовщені): при постукуванні дає тупо-барабанний звук.* Її нижній край або межа є на 4 см вище від від рівня ості (міжостної лінії). Від сліпої кишки вгору і дещо назовні йде пружний циліндр (висхідна кишка), який швидко зникає під печінкою. Інфільтрація сліпої кишки доверху поступово зменшується. У сечі відсутні білок, цукор і жовчні пігменти.

При першому ж дослідженні, на підставі інфільтрації сліпої кишки, не схожого за щільністю та іншими властивостями на інфільтрацію, яка буває при раку сліпої кишки, а також і небездоганному стані правої верхівки і підозрілій спадковості, я припустив горбковицю сліпої кишки і тому дослідив кал. *Кал являв собою невеликі, не особливо щільні (нормальної щільності) шматки, у яких знайдено багато туберкульозних паличок.*

10.04. хворий знову прийшов до мене і повідомив, що 15.03. у нього почалася блювота з болями в животі, яка тривала до 25.03. До туалету і при болях ходив правильно. Клубова кишка не пальпується. У глибині правої клубової впадини промацується сліпа кишка у вигляді невеликої груші, рухомої, що змінює свою щільність, але з тими самими властивостями, що й при першому дослідженні. Права частина поперечної кишки, товщиною з великий палець, більш чутлива, ніж раніше. Ліва, як і раніше, нечутлива й сигмоподібна. Тонкі кишки, як і раніше, тупо-барабанні; при пальпації в правій клубовій впадині бурчання не отримано. Були знову досліджені випорожнення: вони і на цей раз являли собою ті самі

* © В.П. Образцов

* У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018, № 1-4 за 2019 та № 1, 2 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 2-ї частини 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)].

одноманітні грудки, але трохи більш блискучі, ніж зазвичай; у них знову знайдено у великій кількості туберкульозні палички. *Палички горбковиці знайдені також у харкотинні.* З 10.03 по 25.03 горбковиця кишечника, імовірно, зробила подальші кроки, а оскільки тонкі кишки не змінили своїх властивостей, треба думати, саме донизу, права ж частина доступної для пальпації поперечної кишки стала дещо товщою і більш чутливою.

2. Д. А-кий, 20 років, гімназист із Херсона. З'явився 25.03. Три місяці кашляє. Шість років тому запримітив біль у животі, який посилювався з грудня 1897 року. Болі періодичні, нападами, тривають по 5-6 днів, поширюються по всьому животу, але при натисканні на живіт біль є особливо вираженим справа. Болі супроводжуються бурчанням, здуттям живота. Випорожнень під час нападів болів не буває, але не буває і блювоти. Охота до їжі належна, але через боязнь болю хворий утримується від їжі. В останні 2 роки має сиплий голос. До останніх 3 місяців кашель був тільки після застуди. Кровохаркання ніколи не було. Є поколювання в боках і плечах. Без нападів болю до грудня 1897 року справляв нужду правильно; зрідка тільки бували проноси; з грудня ж випорожнюється після клізми. Сечовипускання без відхилень; ні крові, ні каламуті в сечі не помічав. В останні місяці щодня лихоманить, вечорами до 39 °С. Три місяці тому помітив набряк шийних залоз. Наприкінці лютого став погано володіти лівою ступнею, яку погано згинає і тепер. До цієї недуги мав тільки в дитинстві кір. Батьки здорові. Два брати померли в дитинстві.

Високий на зріст, дуже виснажений, блідий. Шкіра на дотик гаряча. Підщелепні і задні шийні залози збільшені. Звуки серця чисті. У лівій верхівці зменшення звучності при постукуванні, ослаблене дихання і субкрепітуючі хрипи; у правій — видих. Лівий бік вільний; у правому пальпується, напевне, печінка, що виходить на 2 пальці з-під дуги. Водянки живота немає. При дослідженні черевної порожнини в положенні лежачи печінка на 3 см нижче від дуги по соскової лінії; край її при обмацуванні нечутливий; поперечна кишка на 2 см нижче від пупка, завтовшки із середній палець, нечутлива. По ходу клубової кишки прощупується мотузок, завтовшки з вказівний палець, який змінює свою щільність. *Сліпа кишка у вигляді роздутої грушоподібної пухлини з інфільтрованими стінками, помірно чутлива при натисканні, дає при постукуванні притуплено барабанний звук і незвичайно рухлива:* вона може бути піднята вище від гребеня клубової кістки і зведена до безіменної лінії. Висхідна товста кишка у вигляді пружної, напруженої трубки, завтовшки приблизно 5 см. Сеча без відхилень.

Зроблено негайно-таки припущення щодо горбковиці сліпої кишки та легень. *Випорожнення*

сформовані, щільні, з безліччю туберкульозних паличок; у харкотинні теж палички горбковиці.

3. С-ва, 28 років, дружина священника з Миколаєва. Обстежена 22.03.1898 р. Хворіє 2 роки на горбковицю легень. В останні 4-5 місяців постійні проноси. Крім субкрепітуючих хрипів в обох верхівках, гучне бурчання при пальпації в правій клубовій впадині і *розтягнута сліпа кишка з потовщеними, нерівними стінками. У рідких випорожненнях і в мокроті туберкульозні палички.*

4. Д. П-н, 85 років, київський міщанин. Поступив до Олександрівської лікарні 10-го, помер 15.04.1898 р. З раннього віку кашляє. Випорожнення в останні місяці рідкі, але не часті. Сонливий. Шкіра гаряча, язик сухий. Дихання прискорене. В обох верхівках бронхіальне дихання і крепітація; у нижніх відділах вологі бронхіальні хрипи. Звуки серця глухі. Селезінка видається на два пальці, здуття живота. У ділянці тонких кишок за обмацування рясне бурчання; окремі частини товстих кишок не пальпуються. *При промацуванні в правій клубовій впадині на 4 см усередину від верхньої передньої ості клубової кістки пальпується рухливий вузол, як слива.* Сумнів щодо того, чи не маємо ми справу із шматком щільного калу, що знаходиться в сигмоподібній кишці, яка іноді заходить у праву клубову впадину, було усунуто завдяки дослідженням прямої кишки через задній прохід; пряма кишка виявилася наповненою рідким калом, що вже саме по собі виключало можливість знаходження щільних грудок калу у верхніх частинах. Тож було зроблено припущення про горбковицю кишківника, — головним чином тонких кишок, — за цього пропальпований вузол міг відноситися як до тонких кишок, так і не виключалася й сліпа. *У рідких випорожненнях знайдені палички горбковиці.*

При розтині (проф. В.К. Високович), крім горбковиці легень, знайдена кругова виразка в сліпій кишці, одразу ж під баугінієвою заслінкою, з фіброзним дном, яке має поїдені, ущільнені краї і жовті вузлики в них. У тонких кишках 7 таких самих кругових виразок, з яких та, що лежить найвище, перебувала в нижній частині тонкої кишки, а найдалша — внизу в клубовій, близько 115 см від баугінієвої заслінки. Важко сказати, яку із цих ущільнених виразок я пропальпував за життя; найімовірніше, що виразку сліпої кишки, але можливо, що й одну із виразок клубової.

5. Д. К-е, 30 років, поміщик Київської губернії. Представлений мені моїм асистентом, д-ром Гофманом, 8 червня з розпізнаним стражданням легень і сліпої кишки.

Кашляє 6 місяців; у січні знайдені палички горбковиці. З березня випорожнення неправильні; то проноси, то закрепи, останній місяць схильність до проносів. Статура і вгодованість середні. У лівій верхівці, ззаду, притуплення звуку і видих із дуже мізерними субкрепітуючими хрипами.

При дослідженні в положенні стоячи у верхній частині правої клубової впадини пальпується пухлина, яка вельми нагадує опущену нирку. Однак за дослідження в положенні лежачи ця пухлина цілковито чітко виявляється в межах сліпої кишки у вигляді невеликої груші, з різко потовщеними нерівними стінками. Щільність пухлини часто змінюється. При постукуванні пухлина дає тупо-барабаний звук. Нижня межа сліпої кишки є на 4 см вищою від рівня остей. До неї підходить із малого таза, майже прямовисно, товщиною з вказівний палець клубова кишка, яка часом скорочується, негорбкувата, нечутлива. Цілком рухлива ущільнена сліпа кишка переходить у досить напружену висхідну товсту. Ділянка тонких кишок тупо-барабана. Шлунок не доходить до пупка на 1 см. На рівні пупка поперечна кишка злегка бурчить. Сигмоподібна кишка товщиною з вказівний палець, нормальної щільності. У нормально сформованих випорожненнях багато туберкульозних паличок. Сеча без змін; у харкотинні також палички горбковиці.

З наведених історій хвороб видно, що для розпізнавання горбковиці сліпої кишки є дві головні ознаки: *інфільтрація стінок сліпої кишки, що при промацуванні має вигляд пухлини, і наявність паличок горбковиці у випорожненнях*. У трьох перших та в п'ятому випадках, у яких була перша з щойно названих ознак, сліпа кишка при пальпації зберігала свої обриси, свою звичайну форму і, якщо й була збільшена, то збільшення це відносилось до неї всієї цілком. Інфільтрація стінок, що виражена найбільше в нижній частині сліпої кишки, поступово зменшувалося догори, до переходу у висхідну товсту, яка прощупується у вигляді напруженої трубки, але без інфільтрованих стінок. Друга ознака — наявність у випорожненнях паличок горбковиці, — імовірно, також є постійною. Я знайшов у всіх моїх випадках туберкульозні палички, і не в малій кількості, не після тривалих пошуків, а майже в кожному препараті, і не тільки в слизиво-гнійних грудках, а й в самому калі, який у трьох випадках був сформованим; у першому ж випадку слиз був тісно змішаним із випорожненнями, а в другому і п'ятому в щільному калі мікроскопічно слизу не було помітно зовсім. Мені, звичайно, добре відомо, що лише по знаходженню туберкульозних паличок у випорожненнях ще не можна судити про горбковицю кишок взагалі, оскільки в сухотних пацієнтів можна натрапити на туберкульозні палички у випорожненнях і без горбковиці в кишках, — так само, як можна натрапити на них у випорожненнях тварин, яким дають корм із паличками горбковиці. Мені відомо й те, що при туберкульозних виразках у кишках паличок горбковиці у випорожненнях не знаходять. Цілком допускаючи існування таких розбіжностей туберкульозних виразок

у кишківнику з наявністю паличок горбковиці у випорожненнях, я, проте, схильний все-таки думати, що ці розбіжності є винятком і можуть бути не часто. Але для того щоб отримати незаперечний доказ на користь цієї думки, я наприкінці квітня цього року запропонував своїм ординаторам — д-рам *Гончарукову, Гофману і Комаровському* — дослідити випорожнення усіх наявних тоді в моєму відділенні сухотних хворих. Усіх таких виявилось дев'ять. Я дуже добре розумію, що ця кількість надто мала, що для вирішення подібних питань повинні бути проведені масові спостереження¹ з численними розтинами, але все-таки і такі малі кількості про дещо свідчать. Із 9 хворих у тих восьми, у яких не було жодних об'єктивних вказівок на зміни в кишках, то й паличок у калі не було знайдено; у дев'ятого ж хворого виявлені (спершу д-ром *Биховським*) такі зміни в клубовій кишці, що палички горбковиці в калі можна було очікувати з упевненістю, і такі, дійсно, були знайдені (цей випадок описаний мною нижче).

Можна ще заперечити, що наявність паличок у калі при ураженні сліпої кишки не свідчить ще про те, що палички ці вийшли неодмінно з неї, а не з гніздища, що знаходиться будь-де вище від сліпої кишки, у тонких кишках, або нижче — у товстих, але недоступного клінічному визначенню. Звичайно, це можливо; і в цьому відношенні мої випадки 3-й і 4-й повинні бути розглянуті як випадки з множинним туберкульозним ураженням кишок, і переважно тонких. Тут я маю розглянути одну ознаку, яка має значення для розпізнавання горбковиці кишківника загалом і сліпої кишки зокрема. Яким є виділення калу при горбковиці сліпої кишки? З моїх п'яти хворих у двох кал був рідким, у одного правильним (оформлений у вигляді циліндра — *ред.*), у одного існували закрепи, а в одного то проноси, то закрепи. Чим зумовлюється ця різниця? Для відповіді на це питання, як на мене, необхідно повідати декілька загальних міркувань щодо причин проносів. Проносні випорожнення, по суті, є проявом катарального запалення в *тонкому* кишківнику; це ознака ентериту. Такий погляд було висловлено мною ще в 1895 р.², і мої подальші спостереження в цьому напрямку змушують мене дотримуватися цієї основної точки зору щодо походження проносів. Тому наявність виразки в сліпій кишці жодним чином не викликати проносних випорожнень, а оскільки запалення слизової оболонки сліпої кишки — *typhilitis catarrhalis* — супроводжується зазвичай закрепами³, то і при горбковиці однієї

¹ *Більш докладні спостереження із цього питання ведуться сьогодні д-ром Гончаруковим.*

² *Русский Архив паталогіі, клінічної медицини і бактеріології, 1896, т. I.*

³ *Див. мою згадану вище роботу про гостре катаральне запалення сліпої кишки.*

сліпої кишки ми можемо спостерігати швидше закрепи, що й було у другому випадку, у гімназиста А-кого, хоч і не в чистому вигляді, адже в нього існували, крім того, ще й явища звуження сліпої кишки. Інша справа, якщо виразки поширюються і на тонкі кишки; тоді, звичайно, з'являється пронос. Але туберкульозні виразки викликають його не самі по собі. Припустимо, що ми маємо перетворення всієї величезної поверхні тонкого кишківника в одну суцільну виразку. Створимо ми цим умови для проносу? Анітрохи. Ми будемо мати лієнтерію — виділення в калі неперетравленої їжі, можливо і рідке, з домішком гною, але це не буде проносне випорожнення, для якого потрібне випотівання з гіперемійованої і запаленої слизової оболонки тонких кишок, — потрібно, одним словом, запалення кишки, більш-менш поширене; потрібен такий стан тонких кишок, який у найбільш типовій формі ми спостерігаємо при азійській холері. Оскільки поява великих виразок, у тому числі й туберкульозних, у тонкому кишківнику, як і на будь-яких інших слизових оболонках, викликає одночасно й катаральне запалення навколо виразок, за якого відбувається, залежно від поширеності виразок, патологічно посилене випотівання з поверхні слизової оболонки, то цим, звичайно, і зумовлюються проноси при горбковиці тонких кишок. При горбковиці сліпої кишки пронос зазвичай необов'язково повинен викликатися туберкульозними виразками в тонких кишках; хіба мало при сухотах інших впливів і подразників, що викликають запалення тонких кишок; але, якщо при туберкульозному ураженні сліпої кишки існує пронос, — разом з іншою об'єктивною ознакою запалення тонких кишок, бурчанням у правій клубовій впадині при пальпації, — тоді ми можемо тільки зробити висновок, що він може залежати і від туберкульозних виразок у тонких кишках, а якщо він не зникає, незважаючи на всі засоби, то це припущення набуває ще більшої ймовірності, незважаючи на відсутність вузлів горбковиці в тонких кишках, доступних пальпації. Поширення ураження вниз дає явища іншого роду: значний домішок слизу до калу і потовщення та болючість товстої кишки, як це і було, у слабкому ступені, у першому випадку в офіцера Г-ча, у якого верхня частина товстої кишки, приблизно до середини поперечної, при вторинному дослідженні виявилася потовщеною і болісною, а сформовані випорожнення мали особливий блиск, залежно від понаднормового вмісту в них слизу.

У всіх моїх випадках *інфільтрована сліпа кишка була рухливою*. Рухливість ця — одна з розпізнавальних вказівок, що інфільтрацію слід віднести на рахунок внутрішнього, а не позакишкового розростання тканин, тобто що ми маємо ураження слизової, а не серозної оболонки сліпої кишки.

Важливою підмогою при розпізнаванні горбковатості сліпої кишки слугує стан легень, бо у величезній більшості випадків ураження сліпої кишки, як і взагалі кишечника, є явищем вторинним, що слідує за ураженням легень. У всіх моїх п'яти випадках легені були уражені.

При *диференціальній діагностиці* слід передусім мати на увазі *рак сліпої кишки*. Власне ознаки, не кажучи вже про наявність туберкульозних паличок, для горбковиці сліпої кишки такі: 1) при раку сліпої кишки сама кишка не прощупується, а прощупується лише пухлина, зазвичай разом із циліндром, що веде до неї, і висхідною товстою кишкою, що відходить від неї, а при горбковиці сліпої кишки в більшості випадків пальпується сама сліпа кишка з її характерними особливостями; тільки стінки цієї кишки промацуються потовщеними, інфільтрованими; 2) при раку ми пальпуємо зазвичай пухлину з різкими, ніби відрізаними краями, проте за горбковиці інфільтрація зникає більш-менш поступово; 3) при раку швидко розвивається звуження сліпої кишки.

В. Туберкульозний перитифліт (1 випадок)

Д. Х-н, 55 років, міщанин Чернігівської губернії, поступив до Олександрівської лікарні 25 лютого 1898 р., переведений до лікарні для чорноробів 9.03. Операція 12.03.

Років шість тому вперше з'явилися болі в животі, з блювотою і закрепами. Болі тривали 1-2 доби і в подальшому стали повторюватися 1-2 рази на рік. 3 жовтня 1897 року болі з'являються набагато частіше, мало не щодня, то посилюючись, то вгаваючи. На початку лютого 1898 року хворий сам помітив пухлину в правій клубовій впадині. В останні 3-4 тижні то проноси, то закрепи. Уночі мочиться 3-4 рази. Лихоманки немає. Батьки хворого були людьми здоровими. Один брат помер від сухот. Сам хворий до 10,5 років був слабкою дитиною, але жодних захворювань не пам'ятає.

Статура і вгодованість середні. У правій верхівці, ззаду, бронхіальне дихання, без хрипів. Серце без відхилень. Селезінка і печінка не пальпуються. *У правій клубовій ділянці пальпується пухлина, величиною з кулак, горбиста, щільна, яка дає при постукуванні туго-барабанный звук*. Пухлина *нерухома*, неправильно яйцеподібна. Межі її догори згладжуються поступово. Сеча без змін.

У лікарні впродовж 12 днів кишкової перистальтики не помічено жодного разу. При триразовому ретельному дослідженні випорожнень на *палички горбковиці* таких *не знайдено*. Немає їх і в харкотинні. Діагноз: туберкульозний перитифліт, що розвинувся, імовірно, від попереднього запалення червоподібного відростка.

12.03; пробний розтин черевини, виконаний приватним практиком *К.М. Сапежко*. *Сліпа кишка виявлена оповитою великими фіброзними*

зрощеннями, які містять безліч вузлів горбковиці. Зрощення сальника із сліпою кишкою. Висипання свіжих вузлів горбковиці на очеревині прилеглих петель тонких кишок.

Діагноз у цьому випадку було встановлено на підставі таких міркувань. У хворого з бронхіальним видихом у правій верхівці пальпувалась щільна, горбиста, яйцеподібна пухлина в правій клубовій ділянці, яка давала тупо-барабанний звук при перкусії. Цілком природно було припустити однаковість ураження як у клубовій ямці, так і в легенях. Та повторне дослідження на туберкульозні палички у випорожненнях дало негативний результат. Це значною мірою свідчило проти участі слизової оболонки сліпої кишки в туберкульозному ураженні. Залишалося припустити туберкульозне ураження серозної оболонки, яка оточувала сліпу кишку. На користь останнього припущення свідчила і надзвичайно важлива ознака — *нерухомість пухлини*. Варто зауважити, що сліпа кишка рухома і при диханні, і промацуванні. При глибокому вдиху вона, як про це мною вже було сказано в 1892 р.⁴, може зміщуватися вниз на 3-4 см; при промацуванні вона буквально катається під пальцями. Але ця рухливість негайно ж зникає, щойно її серозний покрив запалюється. Останнє буває найчастіше наслідком запалення червоподібного відростка. Навіть за найменшого поверхневого запалення очеревини сліпої кишки остання стає нерухомою, і нерухомість ця нерідко залишається на цілі роки, а може бути, і на все життя. Особливо міцно закріплюється сліпа кишка в тих випадках, у яких запалення відбулось здебільшого навколо сліпої і висхідної товстої кишок, — у тій формі, яка описана мною під ім'ям перитифліту⁵. Після таких колись перенесених запалень червоподібного відростка ми передусім не можемо цілком чітко пропальпувати саму сліпу кишку: межі її обриси її згладжені; окрім того, вона зовсім нерухома при диханні і промацуванні. Ця, зумовлена перитонічними спайками та зрощеннями, нерухомість сліпої кишки — річ далеко не байдужа, оскільки вона нерідко супроводжується нападами сильного болю в правій клубовій ділянці, які поширюються на весь живіт і супроводжуються блювотою, — словом, явищами, які абсолютно нічим не відрізняються від явищ при коліках червоподібного відростка (*colica appendicularis*). Мені здається навіть, що остання частіше буває наслідком перитонічних зрощень у ділянці сліпої кишки, ніж уражень, що розвиваються в червоподібному відростку. Зі сказаного випливає, наскільки цінною ознакою слугує для нас нерухомість сліпої кишки, складова, як уже було зазначено, наслідків минулих запалень очеревини. Відсутність рухливості

⁴ «Врач», 1893, № 13.

⁵ Див. мою вказану вище роботу «Клінічні форми апендициту».

в щойно описаному випадку, таким чином, з великою ймовірністю вказувала на ураження серозної оболонки сліпої кишки — туберкульозний перитифліт (*peritiphilitis tuberculosa*).

Наявністю нерухомості, поступовим, а не різким зникненням меж інфільтрації вгорі і відсутністю звуження я й скористався для диференціальної діагностики, виключивши в цьому випадку рак сліпої кишки, який, окрім чітких обрисів, дуже довго залишається рухомим та дуже швидко дає звуження сліпої кишки.

Г. Горбковиця клубової кишки (1 випадок)

Д. Ю-в, 20 років, київський міщанин, поступив до Олександрівської лікарні 26.04, помер 1.05.

Хворіє рік. Кашель, задишка, біль у грудях, лихоманить: нічні поти; було кровохаркання. Останні 4 місяці деколи бували проноси, а в останні 2 місяці кал постійно рідкий.

Виснажений, блідий; шкіра гаряча. В обох верхівках амфоричне дихання і дзвінкі хрипи. Пульс 116, малий. Печінка і селезінка не пальпуються. Нижня межа шлунка на пупку. Ділянка тонких кишок дає барабанний звук. У правій клубовій впадині по ходу клубової кишки паралельно пупартовій зв'язці пальпується шнурок, завтовшки з вказівний палець, нерівний, болючий. Часом шнурок цей розпускається майже до повного пальпаторного несприйняття. Сліпа кишка помірно інфільтрована, чутлива, змінює при дослідженні свою щільність, тобто буває то більше, то менше щільною, причому ущільнення зазвичай починається зі шнурка (скорочення клубової кишки), слідом за яким одразу ж скорочується (ущільнюється) і сліпа кишка. Сеча без змін. У харкотинні палички горбковиці.

На підставі властивостей клубової кишки, її щільності, нерівності та болісності припущена горбковиця цієї кишки, а ймовірно, і сліпої. У рідкому калі знайдені палички горбковиці.

Діагноз: Горбковиця легень; туберкульозні виразки клубової і сліпої (?) кишок.

Розтин виконав проф. В.К. Високович. Витяг із протоколу: «Слизова оболонка тонкої кишки дещо набрякла. У клубовій кишці по всій довжині досить значна кількість дрібних, від просяного зерна до сочевиці, виразок, із жовтуватими набряклими краями, і більшої величини, до мигдалю, на пеєрових бляшках; на останніх, з ясними жовтувато-сірими вузликами по краях. Найбільша виразка, у срібну полтину, розміщена на 3 пальці від баугінієвої заслінки, у пеєровій бляшці, має круглу форму, поїдені краї і зернисте, досить щільне дно, з жовтуватими вузликами в ньому. Ближче до баугінієвої заслінки розташовані численні поверхневі дрібні, із сочевицю, виразки. У сліпій кишці одна виразка розміром у дві та три чверті сантиметрів, а вище від неї знаходяться

виразки завбільшки із срібний п'ятиалтинник, неправильної круглої форми і таких самих властивостей, як і в клубовій кишці. В інших місцях слизова оболонка товстих кишок є дещо набряклою, гладкою, подекуди налітою.

Розпізнавання горбковиці клубової кишки в цьому випадку було зроблено на тій підставі, що це ураження за місцем збіжне з ураженням клубової кишки при черевному тифі, за якого виразки зазвичай є різкіше вираженими в нижній частині клубової кишки, і власне в тому її відрізьку, який іде з малого таза, із-за зовнішнього краю правого прямого м'яза живота, і впадає в сліпу кишку, з її внутрішнього боку. Маючи коротку оточину, цей відрізок є досить постійний стосовно свого положення, і його можна іноді пропальпувати в глибині клубової впадини в здорових людей у вигляді тонкого, дрібного, безболісного шнура, що дає іноді дрібне бурчання. Під впливом виразок та інфільтрації й потовщення кишкової стінки, що супроводжують їх, вказаний відтинок набуває високого ступеня характерних особливостей: він пальпується у вигляді шнура, завтовшки найчастіше з вказівний або середній палець, болісного, нерівного, щільного, але щільність ця змінюється настільки, що кишкова трубка стає під руками дослідника на декілька секунд майже не відчутною, а потім знову починає промацуватись, набуваючи при цьому іноді щільності, близької до хрящової. Такі зміни бувають далеко не у всіх випадках черевного тифу; у більшості випадків клубова кишка або зовсім не пальпується, або промацується з властивостями,

які мало відхиляються від нормальних. Там же, де вказані зміни наявні, вони вказують на глибоке виразкове ураження в тонких кишках. Такі випадки дають тяжкий прогноз, на що мною вже було вказано в 1894 р.⁶, і це я міг би підтвердити численними подальшими спостереженнями. Натрапивши в цьому випадку в сухотного хворого на клубову кишку з такими самими властивостями, які бувають при виразковому ураженні черевно-тифозної властивості, я природно припустив таке ж виразкове ураження, але тільки туберкульозного походження. Розтин підтвердив моє припущення.

Із співставлення всіх вищеописаних випадків, що відносяться до різноманітних уражень сліпої та клубової кишок, і тих прийомів, якими я користувався для діагностики, можна зробити висновки, що розпізнавання захворювань черевних органів загалом і кишківника зокрема може бути поставлено на такі самі міцні фізичні основи, на яких базуються і дослідження грудних органів. Як при визначенні недуг легень наші відомості про стан останніх були б вразливими через велику неповноту, якби ми мали у своєму розпорядженні тільки суб'єктивні скарги хворого і різноманітне дослідження його харкотиння, без перкусії та аускультатії, так і при визначенні захворювань кишківника недостатньо знати тільки суб'єктивні скарги хворого й досліджувати тільки вміст шлунка і випорожнення.

⁶ «Еженедельник», 1894, № 2.

РЕДАКЦІЙНИЙ КОМЕНТАР

Подальший прогрес у клінічній медицині очікується саме в широкому впровадженні в її практику іще досконалішої лабораторно-інструментальної діагностики. Вже сьогодні завдяки новітнім досягненням суміжних до лікарської практики галузей — генної інженерії, біоартроніки, хронобіології, молекулярної біології, нейробіології, геронтології, екологічної медицини (і багатьох інших дотичних сфер) — вона забезпечує фантастичний рівень пізнання. Але потрібно розуміти, що тут неминує буде проявлятися й зворотний бік не завжди доцільного перенесення акценту в діагностиці тільки на дані лабораторно-інструментального дослідження. Самим проблематичним тут є віддалення, «захищеного» стандартами й інформативною лабораторно-інструментальною діагностикою, лікаря від пацієнта. І в сучасній клінічній медицині ця негативна (та, відверто кажучи, вже й загрозлива) тенденція стрімко зростає. З цього зазначимо, що діагностично-лікувальні стандарти є визначеними тільки для конкретних захворювань і залежно від рівня наших пізнань постійно дуже динамічно вдосконалюються. А за відсутності в пацієнта діагнозу інтерністу доводиться першочергово визначатись із клінічною ситуацією, оперуючи методологією клінічного мислення. Надважливість правильного вихідного напрямку



Професор В.П. Образцов

здійснення лабораторно-інструментальної діагностики та фахової першочергової медичної допомоги є визначальними. Поза всяким сумнівом, тут успіх можливий тільки відповідного застосування методології клінічного мислення для належної аналітики клініко-анамнестичних даних та результатів фізикального дослідження. Відповідно, натепер все гостріше постають і не прості виклики щодо формування професійного клінічного мислення студентів при вивченні внутрішньої медицини. Це питання в епоху тотальної «діагностично-лікувальної стандартизації» постійно потребуватиме гармонізації алгоритму навчального процесу студента. І з цього приводу ведеться жвава фахова дискусія [1-5].

Наведені Василем Парменовичем Образцовим у його знакової монографії [6] в розділі «Щодо діагнозу раку й горбковиці сліпої кишки, горбкового перитифліту та горбковиці клубової кишки» випадки із його практики є методологічно показовими взірцями клінічних ситуаційних завдань, що спрямовані на формування клінічного мислення.

Підготував М. Дзєман

Список використаної літератури

1. Катеренчук І.П. Формування клінічного мислення при вивченні внутрішньої медицини за кредитно-модульною системою [Текст] / І.П. Катеренчук, О.О. Гуцаленко, Ф.О. Ермалінський // *Європейський вибір — невід’ємна складова розвитку вищої медичної освіти України: Матеріали навчально-методичної конференції*. — Полтава, 2013. — С. 84-86.
2. Місяченко М.М. Науково-методичні основи розвитку клінічного мислення у студентів-стоматологів при вивченні внутрішньої медицини [Текст] / М.М. Місяченко // *Архів клінічної медицини*. — 2014. — № 1. — С. 104-105. [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/akt_2014_1_35
3. Московко Г.С. Розвиток клінічного мислення у студентів вищих навчальних медичних закладів, як когнітивна складова професійної компетентності [Текст] / Г.С. Московко.
4. Гуцаленко О.О. Розвиток професійного клінічного мислення студентів при вивченні внутрішньої медицини [Текст] / О.О. Гуцаленко, Ю.А. Кострікова // *Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні: Матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю*. — Полтава, 2019. — С. 55-57.
5. Дзєман М.І. Фізикальні методи дослідження в сьогоденні клінічної медицини / М. І. Дзєман // *Практикуючий лікар*. — 2018. — Т. 7, № 2. — С. 52-59. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PraktLk_2018_7_2_9
6. Образцов В.П. *К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца*. — 4-е изд. (с 12 рисунками на отдельных страницах) [Текст] / В.П. Образцов. — К.: Типографія Акц. О-ва «Петр Барский в Киеве», 1915. — 241 с.