

В.П. Образцов

ЩОДО ДІАГНОСТИКИ РАКУ ТА ГОРБКОВИЦІ СЛІПОЇ КИШКИ*

У 1898 році мною була опублікована стаття *«Щодо діагнозу раку й горбковиці сліпої кишки, горбкового перитифліту та горбковиці клубової кишки»*, у якій я описав 2 випадки раку і 5 випадків горбковиці сліпої кишки. У другій половині того ж 1898 року я мав можливість спостерігати ще один випадок раку й один випадок горбковиці сліпої кишки, обидва оперовані, і я хочу скористатися ними для того, щоб торкнутися проблеми цих двох захворювань сліпої кишки з таких сторін, які залишилися мало або зовсім не порушеними в моїй вищезитованій першій роботі.

Випадок раку сліпої кишки. Хворий Х., 48 років, київський міщанин, швейцар, надійшов до керованого мною відділення Олександрівської лікарні 3 серпня, переведений до Лікарні для чорноробів 26 серпня, прооперований 29 серпня 1898 року.

Анамнез та суб'єктивні скарги. Хворіє 3 місяці. Скаржиться на періодичні напади болю в животі, які тривають по кілька годин і супроводжуються здуттям нижньої частини живота, особливо її правої половини, та гучним переливанням у тій самій частині живота. За тиждень до надходження до лікарні такий напад тривав 12 годин і супроводжувався блювотою. Апетит задовільний. Кашлю, серцебиття чи задишки немає. Диспептичних явищ, окрім зазначеного вище блювання під час нападу, — жодних. На жовтяницю не страждав. Стілець утруднений. Сечовипускання й сеча без відхилень. За час хвороби значно схуд. Сифілісу не мав.

© В.П. Образцов

* У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018, № 1-4 за 2019 та № 1-4 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 діагностики раку та горбковиці сліпої 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)].

Об'єктивне дослідження. Статура міцна; загальне харчування достатнє. Шкіра, порожнина рота й зів, органи грудей без відхилень. Лівостороння пахова грижа легко вправляється. Лівий бік вільний; у правому промацується якесь рухоме тіло. Асцити немає. При дослідженні в положенні лежачи: селезінка не пальпується; печінка при глибоких вдихах промацується як така, що виходить із підребер'я по *linea mamillaris dextra* на 2 сантиметри м'яким гострим краєм; *S.-romanum* із вказівний палець, нормально скорочений; нижня межа шлунка (визначається за допомогою перкуторної пальпації та перкусії) не доходить до пупка на 4 сантиметри, *transversum* не промацується. У ділянці тонких кишок вислуховується шум плескоту при перкуторній пальпації та ясний тимпанічний звук із металевим відтінком при перкусії. У верхній частині клубової впадини, а почасти в правому боці промацується пухлина завбільшки з куряче яйце, тверда, нерівна, нерухома, малочутлива, при перкусії дає тупо-тимпанічний звук. Нижня межа пухлини на 4 сантиметри вища від рівня *spinae*. Догори від цієї пухлини йде газовий циліндр, що неясно промацується; у напрямку вниз і досередини від неї ясніше пальпується інший циліндр, товщиною в 3-4 сантиметри, який можна простежити до малого таза. Циліндр цей під час больових спазмів різко ущільнюється, безпосередньо зразу ж після них ледь-ледь пальпується. *Lineam interspinalem* він перетинає на відстані 7 сантиметрів від *spina ilei anter. super. dextra*. *Coecum* не промацується. Сеча без білка, цукру й ниркових формених елементів. Випорожнення, незважаючи на затримку, нерідко кашкоподібні. При повторних мікроскопічних дослідженнях туберкульозних бацил у випорожненнях не знайдено. При подальшому спостереженні в лікарні видимі перистальтичні рухи поступово наростали за частотою, силою та тривалістю.

На підставі суб'єктивних скарг хворого, головним чином на періодичні болі в животі з бурчанням та одночасною появою випинання кишкових петель через черевні стінки, вже можна було припустити, що тут йдеться про якесь звуження кишківника. Це припущення цілком підтверджувалося й об'єктивним дослідженням ділянки тонкого кишківника, яке виявляло видиму перистальтику, ясний перкуторний звук із металевим відтінком, гучне бурчання та шум плескоту при перкуторній пальпації в цій самій його ділянці¹. Останні 3 ознаки вказували на наявність ненормально великої кількості рідини й газів у тонкому кишківнику, а видима бурхлива перистальтика, що періодично повторювалась, свідчила про наявне попереду звуження кишківника. Де ж знаходилося це звуження? Ми знайшли в правій клубовій впадині пухлину завбільшки з куряче яйце, злегка горбисту, щільну, рухливу. Цілком природно було вважати, що ця пухлина і є причиною звуження. Що ж це була за пухлина? Вона розташувалась у верхній частині клубової впадини, її нижній край не доходив до *linea intetspinalis* на 4 сантиметри. Це те місце, де іноді лежить нормальна або патологічно змінена опущена нирка. Але проти патологічно зміненої нирки свідчила повна відсутність патологічних явищ у сечі; а проти нормальної нирки — її щільність і деяка горбкуватість, але найголовніше — зміщена нирка, нормальна чи патологічна, звуження кишки не дає, а тим часом до цієї пухлини підходив із малого таза еластичний кишковий циліндр товщиною в один сантиметр із гіпертрофованими стінками. Цей циліндр під час спазмів підсиленої кишкової перистальтики зазвичай і ущільнювався, і окреслювався через черевні стінки різкіше, ніж інші кишкові петлі, і це вже свідчило про те, що він був останнім відтинком кишківника, що лежав перед перешкодою. Не можна було визнати пухлину й за апендицит неопластичної форми, оскільки він сам по собі також звуження кишок давати не може. Залишалося припустити наявність перешкоди в самому кишківнику, і оскільки пухлина лежала в правій клубовій впадині, де лежить зазвичай сліпа кишка, то було природно припустити, що місцем розвитку пухлини є сліпа кишка. Але з яким процесом ми могли мати справу? Чи був це рак або туберкульоз сліпої кишки? Уже на підставі тільки того, що наразі сама сліпа кишка не пальпується, а визначається тільки *tumor*, можна було швидше запідозрити тут рак сліпої кишки, аніж не туберкульоз². На користь тієї ж

думки свідчило швидке настання звуження й відсутність туберкульозних бацил у випорожненнях.

Після резекції пухлини, виконаної приват-доцентом *Б.М. Сапежко*, пухлина виявилася *залозистим раком сліпої кишки* (мікроскопічний препарат із пухлини був представлений під час доповіді про цей випадок у Київському фізико-медичному товаристві професором *А.Д. Павловським*).

Випадок горбковиці сліпої кишки. Добродій *Н. Л-ий*, 34 років, священник Чернігівської губ., надійшов до Олександрівської лікарні 18 листопада, переведений до хірургічної університетської клініки 4 грудня, прооперований 14 грудня 1898 року.

Анамнез і суб'єктивні симптоми. У 15 років переніс висипний тиф, у 18 років — переміжну лихоманку, що тривала близько року; 8 років тому — кривавий пронос; в останні 4 роки щозими — нерідко стілець зі слизом; у жовтні 1897 року кашель, який тривав до лютого 1898 року. У лютому 1898 року з'явився біль у правій клубовій впадині, що турбує і тепер. Апетит задовільний, кашель — рідко. Харкотиння відділяється легко в незначній кількості. Кров горлом не з'являлася. Нерідко серцебиття. Блювоти бували, але рідко, без крові. Жовтяниці не мав. Стілець 1-2 рази на добу з незначними та непостійними болями в животі перед стільцем. У сечі ні каламуті, ні крові не помічав. Батько й мати живі, батько страждає на задуху; одна сестра померла в 15 років від сухот.

Об'єктивне дослідження. Статури середньої; харчування нижче за середнє. У правій верхівці незначне зменшення перкуторної звучності й подовжений видих. Серце без відхилень. Асцити немає. Обидва боки вільні. У положенні лежачи: селезінка при глибокому вдиху виходить із підребер'я на 1 сантиметр, щільна. Над правою реберною дугою — перкуторно тупість. Край печінки перкуторно на 2 сантиметри нижчий від дуги (по *lin. mammilar.*). *S.-romanum*. товщиною із середній палець, нечутливий, нормально скорочений. Тонкі кишки тупо-тимпанічні. Нижня межа шлунка на пупку (шум плескоту й перкусія). На 1 сантиметр нижче від пупка промацується *transversum* у вигляді шнура, товщиною у великий палець; права частина *transversi* йде під печінку. У верхній частині правої клубової впадини промацується *coecum* у вигляді еластичної рухомої груші, з інфільтрованими стінками, товщиною в 4-5 сантиметрів, яка при перкусії дає тупо-тимпанічний звук. Нижня межа *coeci* на 4 сантиметри вище від рівня *spinae*. Від *coecum* угору йде

¹ Див. «Практикуючий лікар» № 3 за 2019 рік, стор. 67.

² Див. «Практикуючий лікар» № 3-4 за 2020 рік, стор. 53.

досить напружений газовий циліндр, товщиною в 3-4 сантиметри, а від соесит униз промацується ileum, який йде майже вертикально, товщиною з вказівний палець, деколи буркітливий, деколи міняє свою щільність. Сеча без білка, цукру й без ниркових елементів. Харкотиння в мізерній кількості, без туберкульозних бацил. У сформованих випорожненнях знайдені в незначній кількості туберкульозні бацили.

При перебуванні хворого в лікарні спостерігалися невеликі підвищення температури (до 38,2 °C) і часом закрепи. Під час закріпив зазвичай змінювався ileum: він доходив до товщини майже двох пальців і давав при пальпації незначне бурчання. Товсті кишки також при цьому зазвичай збільшувались і досягали 4-5 сантиметрів у діаметрі. Після проносного ileum разом із товстими кишками знову ставав тоншим. Після переведення хворого до хірургічної клініки в частині ilei, що безпосередньо примикала до сліпої кишки, на відстані 4-6 сантиметрів від останньої, почали промачуватися окремі ущільнення, завбільшки з горошину, які були визнані з найбільшою ймовірністю залозками, що лежать за ileum у його брижі. За весь час перебування в лікарні і в клініці справжніх посиленних перистальтичних рухів в ileum помічено не було. Слід зазначити, що туберкульозні бацили у випорожненнях були віднайдені тільки при першому дослідженні, при наступних же повторних дослідженнях їх знайти не вдалося; проте 15 грудня після повторних, також негативних результатів було знайдено декілька екземплярів туберкульозних бацил у харкотинні.

Лапаротомія була проведена професором Л.А. Малиновським. У соесит виявилася туберкульозно інфільтрованою переважно задня стінка зі значною інфільтрацією та її брижі, причому інфільтрація брижі тягнулася догори по mesocolon на досить значний простір. Сальник зрощений із соесит. У mesenterium ilei знайдено декілька збільшених залозок завбільшки з горошину. На serosa ilei і сліпій кишці декілька дрібних сіруватих горбків. Положення і властивості соесит et ilei виявлені як такі, що безпосередньо відповідають визначенням, зробленим до операції. З причини значного поширення туберкульозного інфільтрату на брижі, mesocolon, резекція уражених частин не була розпочата, і вся операція обмежилася лише лапаротомією.

У цьому випадку діагноз туберкульозу сліпої кишки було попередньо поставлено ще у вересні 1898 року, під час відвідин мене хворим на

домашньому прийомі, отже, за два з половиною місяці до надходження його до лікарні, і підставою було те, що й у вересні соесит пальпувався напруженим, еластичним, з інфільтрованими стінками. Картина ця, суто пальпаторна, настільки характерна, що тільки на основі її — на підставі того, що соесит, зберігаючи свої властивості, свою форму, контури, і з тою лише різницею, що його стінки настільки інфільтровані, що весь орган схожий на пухлину, — можна було поставити ймовірний діагноз. Інша діагностична ознака також великої ваги — наявність у випорожненнях туберкульозних бацил — у вересні була відсутня, оскільки тоді випорожнення не досліджувалися, а дослідження було виконано тільки в грудні, і за цього були віднайдені туберкульозні бацили. При розборі цього випадку я не можу не зупинитися на деяких особливостях результатів досліджень випорожнень. Як зазначено в історії хвороби, бацили були віднайдені тільки при першому дослідженні, наступні ж шестикратні дослідження дали негативний результат. Факт цей міг би сам по собі применшити значення цього діагностичного прийому та змусити думати, що дослідження випорожнень на туберкульозні бацили не може бути поставлено на один рівень, у сенсі позитивності результатів, із дослідженням на ті ж бацили в харкотинні, де їхня наявність є підтвердженням туберкульозу легень, а не віднаходження бацил — про відсутність або, принаймні, про малоїмовірність туберкульозного процесу в легенях. Щодо випорожнень саме так і прийнято думати, що наявність бацил тут не свідчить ще про туберкульоз кишок, оскільки вони можуть бути проковтнуті разом туберкульозним харкотинням, а крім того, і при існуванні туберкульозних виразок у кишках туберкульозні бацили вдається віднайти у випорожненнях рідко. Я не хочу тут наводити посилання на літературу. Зазначу лише роботу³ Hermann Nothnagel із його чудовим описом хвороб кишківника в «Speciele Pathologie und Therapie», його ж видавництва, а також надзвичайно докладно написану роботу про хронічний туберкульоз сліпої кишки як локальне захворювання Conrath'a⁴. Обидва автори при діагнозі туберкульозу кишківника, а отже, і соесі, дослідженню випорожнень на туберкульозні бацили не надають особливого значення. Проте мої спостереження відносно цього дають мені право поставити якщо не поруч, то близько, дослідження харкотиння на бацили горбковиці й дослідження випорожнень на ті ж бацили, і, якщо

³ Die Erkrankungen des Darms und des Peritoneum, стор. 174.

⁴ Beiträge zu klinische Chirurgie von Bruns. XXI, T. 1 v. 1898, стор. 51.

в нашому випадку туберкульозу кишківника тільки при першому дослідженні випорожнень бацили горбковиці були віднайдені, а надалі віднайти їх не вдалося, то відносно харкотиння в того самого хворого справа відбувалася приблизно так само: у перших, повторних і багаторазових пошуках туберкульозні бацили в харкотинні не були віднайдені й лише 15 грудня їх визначили. Аби не допустити узагальнення цього прикладу, я все-таки повинен відмітити те, що якщо для мене наявність інфільтрату за пальпації соесит дає такий самий привід для дослідження випорожнень на туберкульозні бацили, як наявність притуплення й бронхіального дихання у верхівці легень привід для дослідження харкотиння на ті ж бацили, то й наявність або відсутність бацил горбковиці у випорожненнях, при інфільтраті в соесит, є для мене моментом настільки ж підкріплюючим або послаблюючим діагноз туберкульозних виразок кишківника, наскільки наявність або відсутність туберкульозних бацил у харкотинні підтверджує або послаблює діагноз горбковиці легень. Принаймні у всіх 8 випадках, де я знайшов інфільтрат соесі або ilei, були віднайдені у випорожненнях і туберкульозні бацили.

Стосовно диференціальної діагностики між раком і туберкульозом сліпої кишки в згаданій вище моїй роботі вже було сказано, що головна клінічна відмінність між ними, не згадуючи про наявність бацил горбковиці, полягає в тому, що при раку ми не пальпуємо самої сліпої кишки, а промацуємо тільки пухлину⁵, тоді як при туберкульозі в більшості випадків ми чітко визначаємо саму сліпу кишку з усіма її характерними властивостями, зі збереженням її форми, еластичності тощо, і тільки лише з потовщеними й інфільтрованими стінками, причому інфільтрація поступово зменшується догори, тобто в напрямку coli ascendens. Для пояснення цієї відмінності в пальпаторних ознаках при одній та іншій хворобі достатньо згадати те, що новоутворення раку збільшується в об'ємі, головним чином за свій власний рахунок (уражених морфофункціональних структур — ред. правка), без різкої реактивної участі навколишньої тканини, при горбковиці ж — особливо за хронічної форми — зазвичай спостерігається посилений розвиток сполучної тканини в стінках сліпої кишки, яка стає внаслідок цього ще щільнішою. Туберкульозний інфільтрат із подальшим сполучнотканинним склерозом може заповнювати не весь об'єм сліпої кишки, він може локалізуватися в її зовнішньому або

внутрішньому відділах, і все-таки ми зазвичай абсолютно чітко пропальповуємо цей локалізований інфільтрат разом з іншими мало зміненими частинами сліпої кишки. У результаті ми все-таки промацуємо саму сліпу кишку з інфільтратами, або частковими, або більш-менш розлитими. Не те при сарцинотомі. Рак може зайняти частину соесі або поширитися на всю сліпу кишку, перетворити цей порожнистий орган у майже масивний, із ледь помітним каналом, у який може пройти тільки тонкий зонд, причому сліпа кишка зберігає до певної міри свою форму, як це було в нашому описаному вище випадку, і все-таки клінічно через стінки черевної порожнини ми зазвичай промацуємо в таких випадках солідний tumor круглої, овальної або пірамідальної форми, а не сліпу кишку, хоч би й в дійсності пухлина була лише масивним її зліпком. Єдине, що може деколи нам свідчити про подібність пухлини зі сліпою кишкою, це виразка на її дні, відповідно до положення taeniae longitudinalis, яка нерідко буває настільки вираженою, що через стінки черевної порожнини можна ввести в неї палець.

Підводячи підсумок нашим роздумам про властивості сліпої кишки при розвитку в ній раку чи горбковиці, ми повинні визнати, що при раку маємо справу лише з новоутворенням, яке знаходиться в сліпій кишці, при горбковиці ж ми маємо разом із тим розвиток явища хронічного запалення сліпої кишки як реакцію на туберкульозну інфільтрацію кишкової стінки, — маємо, отже, справжній хронічний туберкульозний тифліт, як при локалізації горбковиці в легенях ми маємо хронічну туберкульозну пневмонію.

Але не у всіх випадках горбковиця соесі спричиняє клінічні явища typhlitis chronicae. В одному з описаних нами випадків (4-му) туберкульозу сліпої кишки в згаданій вище роботі ми визначали в правій клубовій впадині тільки пухлину завбільшки зі сливу, а сама сліпа кишка не промачувалась. При розтині цей вузол виявився кільцеподібною стриктурованою виразкою сліпої кишки, що знаходилась якраз вище від баугінієвої заслонки. Така форма туберкульозної пухлини в сліпій кишці трапляється, однак, відносно рідко.

Ми не можемо ще не звернути уваги на одну особливість положення сліпої кишки, яка часто трапляється при її ураженні раком і горбковицею, а саме те, що вона часто лежить вище від свого середнього рівня. І якщо сліпа кишка в чоловіків найчастіше своєю нижньою поверхнею не доходить до lineae interspinalis на 1 сантиметр⁶, то

⁵ Див. «Практикуючий лікар» № 3-4 за 2020 рік, стор. 47.

⁶ Див. «Практикуючий лікар» № 2 за 2019 рік, стор. 55.

з 10 випадків, де нами була відзначена нижня межа соесі, вона виявилася в чотирьох випадках вище від рівня *spinae* на 4 сантиметри; сліпа кишка при цьому займала, отже, верхню частину правої клубової впадини й іноді піднімалася частково вище від *crista elei*. Але це якраз те місце, де лежить сильно опущена нирка, нормальна або патологічна, з якою найчастіше й плутають рак і туберкульоз сліпої кишки. Пояснити високе стояння соесі в цих випадках, найімовірніше, можна скороченням самої кишкової трубки при туберкульозному її склерозі, а також склеротичним зморщенням її брижі та *coli ascendentis* при їхній раковій і туберкульозній інфільтрації.

За високого розташування соесі ми стикаємося також з однією особливістю в розташуванні та властивостях одного органа, що також, як і соесит, лежить у правій клубовій впадині. Ми говоримо про *ileum*, який *при високому стоянні соесі стає доступним для пальпації на набагато більшому відрізку, ніж звичайно*. Як уже було мною зазначено ще в 1892 році⁷, *ileum* за умови «нормального» положення або того, яке найчастіше трапляється з нижньою межею соесі, на 1 сантиметр вище від *lineae interspinalis* у чоловіків і на *lin. interspinalis* у жінок, що бере початок із малого таза опосередковано знизу догори та зсередини назовні; при зміні ж положення соесі, тобто при піднятті та опусканні його, й *ileum* також змінює своє положення: при піднятті він виходить із малого таза майже вертикально, причому пальпується на відстані

8-10 сантиметрів, при опусканні ж соесі, тобто при знаходженні його нижньої межі на 3-4 сантиметри нижче від *lin. interspinalis*, *ileum* винається на дуже короткому відрізку, що лежить майже горизонтально та відходить від соесит у вигляді сучка, швидко ховається за правим прямим м'язом, у ділянці якого він стає недоступним для пальпації. Ця зміна положення *ilei* при високому стоянні соесі може обмежитися лише його вертикальністю, при збереженні інших його властивостей, тобто він продовжує бути тонким, гладким шнурком, що лежить на задній стінці клубової впадини, у якому при пальпації відчувається легка перистальтична гра, що виражається то щільнішою його консистенцією, то зниканням цього шнурка під пальцями. Але справа змінюється, якщо в соесит, що високо лежить, починається звуження, отже, починають розвиватися перешкоди для проштовхування вмісту. Тоді *ileum* стає поступово товщим, його стінки поступово гіпертрофуються, а його брижа настільки розтягується, що *ileum* нерідко прилягає безпосередньо до черевної стінки, крізь яку він нерідко починає бути видимим. Цей поступовий розвиток змін в *ileum* ми з особливою виразністю могли спостерігати в описуваному нами тепер випадку горбковиці сліпої кишки, де, очевидно, під впливом *stenosis* соесі, що починав розвиватися, *ileum* став поступово збільшуватись і чіткіше вимальовуватись і при лапаротомії виявився товщиною з великий палець, зі злегка потовщеними стінками й безпосередньо прилягав до передньої черевної стінки.

⁷ Див. «Практикуючий лікар» № 3 за 2019 рік, стор. 66.