

В.П. Образцов

## ПРО ЕНТЕРОПТОЗ\*

Вчення Glenard'a про ентероптоз засновано на тому припущенні, що при постійному звуженні кишкового каналу падає тиск у черевній порожнині, унаслідок чого опускаються черевні органи. За нормальних умов роздуті газами кишки становлять головну силу, що утримує черевні органи в їх положенні. Але як тільки потуга кишківника спадає і травний канал звужується, питома вага черевних органів збільшується, і вони зісковзують донизу. Причини звуження кишківника слід шукати в механічних перешкодах і, головним чином, у перегибах кишок, які заважають подальшому просуванню шлунково-кишкового вмісту.

Прогресуюче зменшення вмісту кишківника поступово призводить до того, що інтестинальний тракт набуває характеру голодної кишки, за цього відомі відділи товстого кишківника, які спались та скоротились, можуть пальпуватись у вигляді щільних шнурів, colon transversum у вигляді «corde colique», а S.-romanum у вигляді S.-подібного циліндра, відповідно, виявляють нові властивості, характерні для ентероптозу. За будь-яких інших умов, як нормальних, так і патологічних, окрім, звісно, ентероптозу, товстий кишківник для пальпації недоступний. У подальшому своєму розвитку, унаслідок утворення нових перешкод для проходження шлунково-кишкового вмісту, ентероптоз веде до цілої низки диспептичних явищ, які зазвичай сприймаються як нервозні: за диспепсією слідує голодування та виснаження, за зниженням внутрішньочеревного тиску — ненормальна рухомість черевних органів та неврастенія тощо.

Ось таким є вчення Glenard'a про ентероптоз, вчення, що, здавалося, блискуче пояснює всю масу клінічних фактів на підставі фізіолого-механічних законів. Однак проти його теорії вже дуже швидко було зроблено низку заперечень, які зводилися до того, що ентероптоз є наслідком успадкованої або набутої слабкості тканин,

і насамперед зв'язок, що утримують черевні органи (ми не маємо тут на увазі ослаблення черевного пресу після повторної вагітності). Вже на підставі наявності при ентероптозі зміщеної нирки в дітей (Ewald) і десятого блукаючого ребра в жінок (Stiller), що може бути тільки успадкованим, можна припустити, що ентероптоз є наслідком схильності та структури черевних органів. Заперечувалося також виникнення неврастенії залежно від ентероптозу; стверджувалося зворотне, а саме те, що неврастенія передує останньому (Charcot, Bonveret). Але усім цим запереченням до певної міри бракувало принаймні необхідної доказовості, оскільки критики не були озброєні всіма методами дослідження, на які спиралася теорія Glenard'a. Оскільки товстий кишківник до сих пір ще всюди вважається недоступним для пальпації, а вчення Glenard'a про ентероптоз і було переважно засновано на пальпації кишківника, то, звісно, що всі заперечення проти Glenard'a мали теоретичний, спекулятивний характер. При обговоренні вчення Glenard'a необхідно насамперед вирішити основні питання щодо нормальних властивостей кишківника і, що особливо важливо, про їхнє нормальне положення та калібр. І ось саме в цьому відношенні теорія Glenard'a має величезне значення, оскільки вона вперше виходить із можливості промацування кишківника та вводить у клініку новий метод дослідження — метод, який у поєднанні з перкусією спроможний зіграти таку ж важливу роль у дослідженні травного каналу, як перкусія та аускультация в дослідженні грудних органів. Наприкінці 1886 року, отже, пізніше Glenard'a, але зовсім незалежно від нього, став проводити пальпацію кишківника і я. Перш ніж пропальпувати вперше поперечно-ободову кишку, я, як і Glenard, займався питанням блукаючої нирки, питанням, яке привернуло увагу мого вчителя С.П. Боткіна. Але ми йшли різними шляхами: у Glenard'a промацування кишківника нерозривно пов'язано з ентероптозом; поза ентероптозом для нього пальпація як спосіб дослідження не існувала. Навпаки, я, навчившись пальпувати кишківник, звернувся до його вивчення, тобто до більш точного визначення положення, діаметра, якості стінок, вмісту тощо; і ось на підставі таких досліджень я дійшов до цілої низки висновків, які не зовсім подібні до висновків Glenard'a щодо ентероптозу і, крім того, охоплюють собою набагато

\*У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018, № 1-4 за 2019, № 1-4 за 2020, № 1, 3-4 за 2021 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 «Про пальпацію воротаря шлунка» 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)].

ширшу галузь знань, ніж ентероптоз. Насамперед на підставі свого власного досвіду я можу однозначно стверджувати, що товстий кишківник промацується не тільки при ентероптозі, але й при багатьох інших хворобах, які не мають нічого спільного з ентероптозом; далі, він може бути визначений і пропальпований не тільки у вигляді щільного шнура, але і в різних інших формах, наприклад, у вигляді трубки, наповненої газами і рідиною. Що ж стосується, зокрема, ентероптозу, то можна сказати, що схема нормального положення кишківника, накреслена<sup>1</sup> Glenard'ом згідно з настановами описової анатомії, відповідає не нормальному, а посмертному, отже, патологічно здутому інтестинальному каналу. Прикладом такого патологічно зміненого кишківника може бути інтестинальний канал при *fuhrut abdominalis*. На підставі своїх подальших пальпаторних досліджень я далі можу стверджувати, що за нормальних умов, тобто в людей, які не страждають на диспептичні явища, товстий кишківник за своїм положенням і об'ємом швидше наближається до схеми, яку Glenard вважає патологічною і характерною для ентероптозу. А саме найчастіше я знаходив соесум 4-5 см у діаметрі, поперечно-ободову 3-4 см і *S.-romanum* 2-3 см. Необхідно також визнати, що *s.-romanum* у нормальному стані є більш-менш скороченим, і що, навпаки, є ненормальним, коли він у не особливо жирних суб'єктів не пальпується. Далі я виявив, що Glenard не зовсім ще довів, що його «*corde colique*» є дійсно *colon transversum*. Цей «*corde colique*» насправді досить часто при гастроптозі знаходиться вище від пупка і при цьому має всі ті характерні ознаки, які приписав йому Glenard у своїй першій роботі про ентероптоз. Але це не є *transversum*, а іноді промацуваний при гастроптозі *pylorus* разом з *antrum pyloricum*<sup>2</sup>. Насправді у всіх цих випадках поперечно-ободова кишка, що варіює у своєму калібрі, знаходиться на 2-8 см нижче від пупка, де вона також буває доступною для пальпації. Крім того, за нормальних умов поперечно-ободова кишка не лежить перед шлунком, як це багато хто стверджує. Виняток становлять лише відомі випадки непрохідності кишківника та дифузного перитоніту, при яких стискається шлунок і значною мірою зменшується його об'єм унаслідок прогресуючого розвитку кишкового метеоризму.

Не можу погодитися із твердженням Glenard'а, що при гастроптозі, тобто при такому співвідношенні, коли нижня межа шлунка перебуває на рівні пупка або нижче від нього, «*corde colique*» пальпується, проте якщо вище від пупка, тоді

<sup>1</sup> Glenard. *Application de la methode naturelle u l'analyse de la dyspepsia nerve use. Lyon medical. T. XLVIII, pag. 576*

<sup>2</sup> Див. стор. 24. Про можливість прийняття цього «*corde colique*» за *pylorus* і *antrum pyloricum* згадує і сам Glenard у своїй роботі: «*Sur la palpation de l'intestin. Revue des maladies de la nutrition*», 1891, pag. 91.

лежить позаду шлунка. Правда, на секційному столі, унаслідок посмертних змін поперечно-ободова кишка нерідко лежить позаду шлунка, але в живих при клінічному дослідженні вона завжди лежить нижче від нього, безпосередньо межуючи з *curvatura major*. Виняток із цього, окрім випадків зрощення *coli* з черевною стінкою й тонкою кишкою, — явище досить часте при спайковому перитоніті — становить зміщення *coli transversi* від *curvatura major*, що спостерігається в сильно виснажених суб'єктів із човноподібно-втягнутими черевними покривами, наприклад, при *strictura cardiae*. Я згадую тут про цей патологічний стан поперечно-ободової кишки, щоб дещо критично поставитися до думки Glenard'а щодо значення *ligamenti gastro-colicum* як причини звуження *coli transversi* при ентероптозі. Особливо чітко мало б виявитись значення цієї зв'язки при значному віддаленні поперечної кишки від *curvatura major*, що я спостерігав при *strictura cardiae* (*curvatura major* на 8 см вище від пупка, а поперечна кишка на 3-6 см нижче від пупка). Проте підняття вгору частини поперечної кишки, відповідно *lig. gastro-colicum*, я не спостерігав, так само не знайшов і різниці в калібрі правого та лівого відділу *coli transversi*. Взагалі я в жодному разі, за винятком, звичайно, випадків органічних стриктур кишки, не виявив більш або менш постійної відмінності в калібрі правого і лівого відділів поперечної кишки.

Після цих коротких критичних зауважень я можу перейти до своєї власної теми. Навряд чи хтось сумніватиметься в тому, що ентероптоз існує насправді. Усі згодні також із тим, що Glenard першим став розглядати зміщення черевних органів із загальної точки зору. До того, як я познайомився з теорією Glenard'а про ентероптоз, я припускав можливим пояснити<sup>3</sup> зміщення черевних органів також із загальної точки зору і вважав, та й тепер вважаю за необхідне шукати цю вихідну точку зору десь в іншому місці, а не там, де її знаходить Glenard.

Теорія ентероптозу передбачає точне знання нормального положення черевних органів. Положення нижньої межі шлунка я намагався з'ясувати<sup>4</sup> по можливості досконально. Обравши цей пункт своїм базисом, я хотів би повідомити тепер високошановному зібранню результати своїх досліджень про ентероптоз.

Де в нормі знаходиться нижня межа шлунка? Від 2 до 4 см вище від пупка, читаємо ми в багатьох підручниках останнього часу. Це можу підтвердити і я на підставі своїх досліджень, які я виконував за допомогою перкуторної пальпації

<sup>3</sup> В етіології блюваючої нирки. Щотижнева клінічна газета Боткіна 1899 г.

<sup>4</sup> Про фізичне дослідження шлунка та кишок. *Deutsche Archiv für klinische Medicin*, 1888. Bd. XLVIII.

та перкусії шлунка, *nota bene* при положенні хворого на спині та помірному наповненні шлунка. У жінок ця границя лежить трохи нижче. За фізіологічних умов, тобто при різному наповненні шлунка харчовими засобами, ця межа змінюється несуттєво при дослідженні хворого на спині; при наповненому шлунку вона знаходиться на 1-2 см нижче, а при порожньому — на 1-2 см вище. Навпаки, за патологічних умов *curvatura major* пересувається в дуже широкому діапазоні.

Крім випадків опущення нижньої межі шлунка при плевриті, емфіземі, пневмотораксі тощо, а також випадків її патологічного підняття, як це буває при метеоризмі різного походження, перитоніті, асциті, при великих пухлинах живота, вагітності тощо, необхідно згадати ще про один особливо важливий фактор, а саме *про стан повноти*. Нижня межа шлунка лежить тим вище, чим більшою є загальна огрядність, і тим нижче, чим вона гірша. Яким же чином впливає повнота на положення нижньої межі шлунка? Під повнотою ми розуміємо наявність відомого запасу жиру в організмі, у його підшкірних, міжм'язових, підсерозних тканинах тощо. І в черевній порожнині ми також знаходимо відомі скупчення жиру в *sar ula adipose renum*, *mesenterium*, *appendices*, *omentum*, у малому тазі тощо. Накопичення жиру в черевній порожнині діє як стороння речовина, що наповнює черевну порожнину, отже, до певної міри подібно до скупчення рідини при асциті. Живіт розширюється при цьому однаково у всіх напрямках, причому розширення його у вертикальному діаметрі, яке відбувається внаслідок підняття діафрагми, зумовлює підняття нижньої межі шлунка; остання лежить іноді на 8-12 см вище від рівня пупка.

Разом зі шлунком піднімаються, звичайно, й інші органи, що лежать близько до діафрагми, такі як печінка, *colon transversum*, петлі тонкої кишки і т. ін. Таким чином, це буде *підняття черевних органів*. При об'єктивному дослідженні ми знаходимо в таких випадках напружені черевні стінки, широкий нижній грудний отвір, *epigastrium*, що випинається та не видає при перкусії печінкової тупості і в якому тимпанічний тон шлунка визначається безпосередньо біля *processus xiphoides*. На правій реберній дузі по *lin. mamillaris dextra* лежить пояс 2-4-6 см завширшки, що дає також тимпанічний тон. Суб'єктивними симптомами в цих випадках є тиск у *sub scrobiculo cordis*, особливо після їди, відрижка, печія, утруднення дихання тощо. Ця хвороба, шановне панство, відповідає, як мені здається, насамперед тому, що раніше називали *plethora abdominalis*. Я думаю, що останній може відповідати щойно описаному симптомокомплексу, який спричиняється великим накопиченням жиру в черевній порожнині. Зрозуміло, що підняття черевних органів при

*plethora* не може реалізуватися без підвищення внутрішньочеревного тиску. Зовсім інша картина — при зниженні рівня загальної огрядності організму. Зі зникненням жиру в підшкірній та міжм'язовій клітковині *він зникає також і в черевній порожнині, вміст черевної порожнини зменшується, внутрішньочеревний тиск падає; черевні органи набувають більшої питомої ваги, як у просторі, наповненому розрідженим середовищем, і опускаються вниз*. Утворюється ентероптоз! З попереднього видно, що *ентероптоз і plethora abdominalis* — два антиподи, два протилежні полюси, що залежать від стану повноти. Чи існує при цих діаметрально протилежних станах відмінність у калібрі кишківника? Важко дати точну відповідь, тому що пальпація кишок при *plethora abdominalis* є утрудненою у високій мірі. Єдиний відділ, який іноді вдається промацати, — це *s.-rotundum*. Остання за хорошого стану живлення є більш товстою, ніж при поганому, але ця відмінність може бути також віднесена і на рахунок *різниці в кількості їжі*, яка споживається хворими при цих протилежних станах. Саме при ентероптозі кількість їжі нерідко зводиться до *minimum*'у, причому товста кишка стає насправді тоншою за нормальну, набуває характеру «голодної кишки».

Наступним важливим етіологічним моментом для виникнення ентероптозу є *патологічна зміна м'язів черевного преса з одного боку і розлади його іннервації* — з іншого.

Різновидом такої зміни мускулатури черевного преса може бути *відвислий живіт* (Landan), що утворюється після повторної вагітності і супроводжується ентероптозом. До цієї категорії відноситься також і недостатність черевного преса, що виникає в дуже товстих суб'єктів, які страждають на анемічну форму ожиріння.

Найчастішою формою розладу іннервації черевного преса є неврастенія, що носить зазвичай конституціональний характер і має в основі свій швидше спадковий, ніж набутий схильність.

Розлад іннервації виражається іноді в *патологічному підвищенні тону* черевного преса. У таких випадках м'язи черевного преса, що скорочуються, зсовують черевні органи вгору, як це буває при *meningitis*. Подібне підняття черевних органів, унаслідок підвищення тону черевних м'язів, відбувається також і в тих випадках, коли тканини тіла виявляються надзвичайно сухими після великої втрати води (холера) або внаслідок порушення всмоктування рідин (*strictura cordiae*, *strictura pylori*).

Порушення іннервації черевного преса значно частіше виражається в *зменшенні тону* черевних м'язів і пов'язаному з ним зниженні внутрішньочеревного тиску та ентероптозі. Сюди належать випадки істинного *тривалого*

ентероптозу; хворі цієї групи найчастіше скаржаться на нервову диспепсію. Тимчасовий ентероптоз, як це буває при сильному схудненні після перенесеного гострого захворювання, *не викликає явищ нервової диспепсії*. При істинному ентероптозі, крім опущення черевних органів та розладів загального харчування, конституційні дефекти іннервації черевних м'язів найчастіше поєднуються з успадкованою, можливо, ненормальною анатомічною структурою останніх. У цих моментах, імовірно, і слід шукати підстави, чому *неврастенія дуже часто супроводжується ентероптозом*, причому останній підтримує неврастенію і значною мірою погіршує становище хворого. Ентероптоз при неврастенії нерідко супроводжується також й *опущенням діафрагми*. Таке опущення часто буває в чоловіків-неврастеніків. Характерним симптомом низького стояння діафрагми може бути *pulsatio epigastrica*, що спостерігається при вертикальному положенні хворого в *sub scrobiculo cordis* (отже, *pulsatio epigastrica cardiaca*, а не *aortalis!*). Здебільшого при цьому не вдається виявити ні найменших ознак емфіземи легень. За наявності цього феномену верхня межа серцевої тупості, зведена до *minimum*'у (як і при емфіземі), знаходиться на 5-му, а печінкова тупість (по *lin. mamillaris dextra*) — на 7-му ребрі. Ця *pulsatio epigastrica*, яку я знаю і спостерігаю вже 3-4 роки, є для мене такою ж безперечною об'єктивною ознакою — *stigma neurasthenicum*, як для *Stiller'a*<sup>5</sup>, відкрита ним у жінок *costa fluctuans decima*. У жінок *pulsatio epigastrica* спостерігається рідко, тому що в них діафрагма стоїть вище, ніж у чоловіків.

Останнім часом на своєму амбулаторному прийомі я досліджував висоту стояння діафрагми в 500 чоловіків і стільки ж у жінок, причому верхню межу серцевої тупості я визначав на лінії, що лежить між *I.sternalis* і *I.parasternalis*, а печінкову тупість — на *linea mamillaris dextra*. Серцева тупість починалася в третьому, а печінкова — у п'ятому міжребер'ї в 17 (3,4%) чоловіків та 59 (11,8%) жінок; серцева — на четвертому, а печінкова — на шостому ребрі в 113 (22,6%) чоловіків та 312 (62,4%) жінок; серцева тупість — у 4-му та печінкова — у 6-му міжреберному проміжку в 174 (34,8%) чоловіків та 98 (19,5%) жінок; серцева тупість — на п'ятому, а печінкова — на шостому ребрі в 185 (37%) чоловіків та 31 (6,2%) жінки, і, нарешті, серцева тупість починалася в п'ятому міжребер'ї, а печінкова — у шостому в 11 (2,2%) чоловіків, у жінок такого низького стояння діафрагми я не спостерігав у жодному

<sup>5</sup> *Stiller. Über Enteroptose im Lichte eines neuen stigma neurasthenicum rehid für Verdauungskrankheiten von Boas. 1896, Bd. II.*

випадку. Із досліджених 1000 хворих *pulsationem epigastricam* виявили в 113 (22,6%) чоловіків і лише 20 (4%) жінок. Випадки із серцевими захворюваннями та плевритами виключені. Причина такого парадоксального явища, парадоксального тому, що ентероптоз трапляється набагато частіше в жінок, ніж у чоловіків, полягає, імовірно, у дії корсета. Корсет надає черевній порожнині жінки форму пісочного годинника з перетяжкою на рівні останнього ребра (*Bouveret, Charpot, Hayem Flemer* тощо) та зумовлює високе стояння діафрагми. Не можна також не вказати на інше припущення, а саме що високе стояння діафрагми в жінок — фізіологічна особливість жіночого організму — має своїм призначенням збільшити під час вагітності здатність черевної порожнини до розтягнення. Значне звуження нижнього отвору грудної клітки в жінок жодним чином не перешкоджає зміщенню нирок, селезінки, печінки та шлунка, причому обидва останні органи при високому стоянні діафрагми можуть приймати під час свого опущення вертикальне положення.

Чи буває *природжений ентероптоз*? *Навряд чи*. Найпомітнішою ознакою ентероптозу є зміщення нирок. Але таке зміщення в дітей до 10 років трапляється надзвичайно рідко; точно так само і знаходження межі шлунка нижче від пупка є в цьому віці великою рідкістю. Таким чином, якщо ми спостерігаємо опускання черевних органів у дітей з обтяженою спадковістю і незадовільним живленням у віці до 10 років, *то повного розвитку ентероптозу в його вираженій формі ми можемо зазвичай очікувати тільки в період статевого дозрівання або дещо пізніше*.

Взагалі *спадковість* у розвитку ентероптозу відіграє *визначну* роль. Займаючись питанням блукаючої нирки, я знайшов, за даними анамнезу, більше ніж у 50% випадків туберкульоз, алкоголізм у батьків і туберкульоз, хлороз тощо в найближчих родичів.

Це відкриття спонукало мене ще в 1889 р. *визнати ентероптоз, l'entite morbide якого я не заперечую, насамперед симптомом виродження*<sup>6</sup>.

Декілька слів ще про терапію ентероптозу. Лікування ентероптозу ґрунтується на такому принципі. Якщо при лікуванні *plethora abdominalis* користуються *голодною дієтою*, рухом, проносними мінеральними водами та викликають потовиділення, то при *ентероптозі*, навпаки, насамперед застосовують посилене харчування. Відповідний пояс приносить також істотне полегшення, особливо при обвислому животі. Не слід залишати поза увагою й лікування неврастенії.

<sup>6</sup> *Zur Aetologie der beweglichen Nieren I. c.*