

# Щодо перенесення (трансференції) больових відчуттів у черевній порожнині

**В. П. Образцов**

Статтю вперше опубліковано в 1915 р. Образцов В. П. *Щодо фізичного дослідження шлунково-кишкового каналу та серця.* 4-те вид., без змін. Київ: Видання Видавничої комісії студ. мед. і медич., 1915: 85–98.

*Пропонуємо до уваги наших читачів статтю-роздум легенди світової медичної науки й основоположника сучасної внутрішньої медицини професора Василя Парменовича Образцова, який упродовж багатьох років жив у Києві та з 1891 р. читав блискучі лекції на медичному факультеті Київського університету ім. Св. Володимира, займаючи посаду приват-доцента. Уже через 2 роки він очолив кафедру приватної патології та терапії, а з 1904 р. — кафедру факультетської терапії. Засновник Київського товариства лікарів багато та плідно працював у Київському військовому госпіталі та Центральній міській клінічній лікарні. У цій статті, вперше опублікованій у 1915 р., неперевершений діагност і хірург не тільки описує використання методичної пальпації органів черевної порожнини, але й розмірковує про рефлекторні дуги, особливості роботи вісцеральної нервової системи та функціонування широко відомої на сьогодні осі «кишківник — головний мозок». Публікація також є цікавою використанням основ статистичного аналізу в роботі практичного лікаря.*

Біль як результат впливу різного роду подразників на чутливі нерви та їх закінчення відчувається людиною або у місці самого подразнення — місцевий біль, або — у разі сильного подразнення — поширюється на сусідні нерви і сплетіння та відчувається в ділянці їх розгалуження — іррадіація болю, або ж він може бути перенесений у ділянки інших нервів, інших сплетінь, інших органів. В останньому випадку передбачається, що болісні відчуття, які дійшли з периферії до центральних нервових апаратів, відображаються, рефлектують у ділянці поширення інших нервів — рефлекторний біль. Ділянка цього останнього болю є дуже великою, і локалізація його є надзвичайно різноманітною й іноді дуже примхливою. У фізіології вчення про рефлекси розроблено досконало переважно у сенсі рефлекторних рухів, що йдуть за чутливими подразненнями. Але щодо рефлекторних больових явищ даних у фізіології не особливо багато, і ці дані становлять надбаня клініки, оскільки такі явища спостерігаються у людей, і, можливо, не у всіх людей, а головним чином у таких, у яких нервова система видається менш, ніж зазвичай, стійкою в силу чи то тривалості

соматичних або психічних страждань, чи то наявності строго визначених і ясно виражених загальних неврозів, як-от неврастенія, істерія тощо.

Питання про такі, що видаються примхливими, локалізації болю при різних стражданнях внутрішніх, вісцеральних органів, до яких належать, крім грудної і власне черевної порожнини, і органи малого таза, а також придаткові органи черевної порожнини, як-от статеві залози, сім'яні канатики тощо, звичайно, не є новим. Клінічних спостережень у цьому напрямку багато. Особливо з цього питання, як і взагалі з питання про відображені явища у сфері не тільки чутливій, а й у сферах руховій, секреторній, вазомоторній, трофічній, кровотворній тощо, багато говорив і написав покійний Сергій Петрович Боткін. Не можу також не згадати про покійного нашого київського терапевта, професора Є. І. Афанасьєва, який визнавав високе значення відображених явищ.

Якщо ж я, однак, наважуюся знову порушити це питання, то тільки тому, що воно має видатний практичний інтерес і для терапевта, і для хірурга, і для гінеколога, і для невропатолога, і, крім того, ще тому, що в розробці його останнім часом клініцисти пішли дещо новим шляхом, ніж йшли досі, стали користуватися методами, які раніше при вирішенні цього питання не застосовувалися.

Першим поштовхом до дослідження цікавих для нас тепер явищ послужив мені випадок, що спостерігався мною 10 років тому. Восени 1889 р. я опікувався хворою, 42-річною жінкою, яка, за її словами, влітку того ж року перенесла у себе в селі напад жовчних кольок. Ці кольки спостерігалися в неї впродовж останніх 2–3 років кілька разів. Я призначив їй лікування в Карлсбаді<sup>1</sup> для запобігання повторенням цих кольок, але тижнів через три від початку терапії в Карлсбаді я був до неї спішно запрошений, оскільки знову з'явився напад жовчних кольок. Хвора сильно страждала від болю, що локалізувався в надчеревній ділянці і супроводжувався блюванням за дещо підвищеної температури тіла. На мій подив, печінка, що видавалася на 2 пальці з-під краю

<sup>1</sup>Карлсбад — більш рання назва м. Карлові Вари, Чеська Республіка.

реберної дуги по правій сосковій лінії і промацувалася цілком чітко, під час пальпації особливої болісності не показувала. Збільшення печінки також не можна було довести, оскільки хвора, крім цього, страждала на хронічний бронхіт, емфізему і мала мляві черевні стінки, а отже, край печінки, що промацувався, потрібно було віднести на рахунок її опущення, а не на рахунок гострого її набухання під час нападу жовчних кольок. Я став потім систематично досліджувати черевну порожнину і під час пальпації в ділянці правої здухвинної западини намацав перитифлітичний інфільтрат, при натисканні на який виникав жорстокий біль, але не в ньому, не в цьому інфільтраті, і не в правій здухвинній ділянці, а тільки у підложечній, викликаючи ті самі «жовчні» кольки, на які скаржилася хвора. Наступного дня температура тіла ще підвищилася, у правій здухвинній ділянці виросла пухлина завбільшки з куряче яйце, і потім хвора показала формений апендицит, який ще двічі рецидивував. При подальшому перебігу сама пухлина під час пальпації демонструвала деяку чутливість, але все ж таки і самостійний біль, і такий, що викликається пальпацією пухлини, локалізувався переважно під ложечкою.

Інший подібний випадок я спостерігав у 1894 р. 17-річна гімназистка, дуже анемічна, отримала раптово також сильний біль під ложечкою з повторним блюванням, але з нормальною температурою тіла. У всьому животі я нічого не знайшов, що могло б мені пояснити цей біль, і я назвав хворобу тяжкою гастралгією на істеричному ґрунті. Але наступного ж дня підвищилася температура тіла, і я зміг знайти місце в правій здухвинній западині, натискання на яке викликало той самий жорстокий гастралгічний біль, який я вважав самостійним. Незабаром розвинувся тяжкий апендицит перисигмоїдичної форми, який протримав хвору близько 4 місяців у ліжку.

Але ще більш разючий приклад цього болю я спостерігав у 1898 р. Хвора, 18-річна дівчина, прийшла до мене на прийом 9 вересня з наступними явищами. Хворіє 2 роки з нападами болю під ложечкою, що супроводжуються блюванням і повторюються кожні 4–6 тижнів. Останній напад — 5 днів тому з підвищенням температури тіла до 38 °С. Чи траплялися раніше підвищення температури — не знає, оскільки раніше температуру тіла не вимірювала, але пам'ятає, що трохи знобило. Апетит поза нападами задовільний, кашлю немає, серцебиття буває; нудота та блювання під час нападів; жовтяниці не було. Випорожнення — завжди жорстокі запори; сечовипускання без відхилень. Регули неправильні, з болем у попереку, мізерні. Об'єктивне дослідження: статура добра, досить вгодована, серце і легені без відхилень, але пульс — 144. Права реберна дуга тимпанічна на 1 см. Тонкі кишки тимпанічні. Шлунок біля пупка, сигмоподібна кишка з вказівний палець, клубова кишка зі злегка потовщеними стінками, сліпа кишка також із потовщеними стінками, нерухома, промацується досить чітко, нечутлива. Донизу від сліпої кишки і назовні від клубової промацується мотузок завтовшки з великий палець, нерухомий. Пальпаторний тиск на цей мотузок викликає різкий

біль лише під ложечкою та слабкий у правій нозі. На місці нього біль не відчувається. Біль цей такого ж характеру, як і самостійний біль під час нападів жовчних кольок, як було названо хворобу раніше. Наприкінці листопада 1898 р. було проведено хворій у тутешній хірургічній клініці операцію апендициту професором Л. О. Малиновським, і з того часу ніяких нападів у пацієнтки немає.

Мені здається, що ці три випадки певною мірою підходять під ту форму апендициту, яку описав навесні цього 1899 р. Евальд на підставі 5 випадків, що спостерігалися ним, і названу ним прихованим апендицитом. Прихованим — тому що хвороба маскується симптомами, властивими будь-якому іншому захворюванню, а не апендициту; у наших же випадках, особливо в першому і третьому, апендицит довго маскувався надзвичайно великим суб'єктивним симптомом, а саме локалізацією болю не в місці захворювання, а в іншому, зокрема в надчеревній ділянці, де він міг бути прийнятий швидше за все за печінкову кольку.

Явище це — перенесення болю з одного місця на інше в черевній порожнині при місцевих перитонітичних запаленнях — не є рідкісним. Так, Нотнагель вказує, що біль при апендициті нерідко на початку хвороби локалізується в лівій половині живота чи епігастрії; при цьому посиляється ще на інших авторів, які підкреслюють найчастіше на початку апендициту локалізацію самостійного болю в згадуваних ділянках. Той же Нотнагель про початкові суб'єктивні симптоми раку товстих кишок пише, що кілька разів він спостерігав, як хворі на початку страждання часом переносять обмежений біль в інші місця і відчувають його не там, де потім розвивається пухлина, наприклад, при раку сліпої кишки в ділянці сигмоподібної, і навпаки.

Уже з цих послань видно, що перенесення болювих відчуттів у черевній порожнині спостерігається нерідко, причому це перенесення помічається або самостійно, або при натисканні на який-небудь запалений фокус, новоутворення тощо. Але, крім передавання болю за наявності названих джерел цього болю в черевній порожнині, нерідко помічається *передавання також болювих відчуттів в інші ділянки з місць, де наявність будь-яких патологічних змін довести важко*. Так, ще з початку 1890-х років я став помічати у деяких хворих появу болю де-небудь у лівому підребер'ї, у лівій здухвинній западині, біля пупка, в епігастрії тощо при пальпації правої здухвинної ділянки, а саме її задньої стінки, причому в самій западині не можна було знайти абсолютно ніяких патологічних явищ.

У 1896, 1897 і частково 1898 р. у своїх хворих я став відзначати цю віддачу або прямо перенесення болю в іншу ділянку, і тут хочу навести короткі нотатки про цих хворих.

1. Ш., жінка, 28 років. Шматками слиз при випорожненнях; біль у лівому підребер'ї. Статура та харчування задовільні. Права нирка опущена. Сліпа кишка завтовшки 3 см, стінки не змінені, поперечна ободова кишка на 4 см нижче від пупка, шлунок на 3 см нижче від пупка, мала кривизна шлунка на 6 см

вище від пупка. Одні пологи. Органи малого таза без змін (професор Рейн). Колінний рефлекс підвищений. При натисканні на злегка потовщену сигмоподібну кишку біль відчувається під ложечкою та в ділянці серця.

**2. Б.,** жінка, 45 років. Запори, тиск під ложечкою з болем, часто блювання, якщо не приймає проносних. Двоє пологів; на маткові хвороби не страждала. Середнє харчування; права реберна дуга тимпанічна на 2 пальці (по сосковій лінії). При натисканні в правій здухвинній ділянці біль відчувається то ліворуч від пупка, то трохи далі.

**3. Б. К.,** жінка, 20 років. Запори; іноді головний біль. Одна дитина. Лікувалася від маткових хвороб. Харчування нижче від середнього. Нижня межа шлунка на пупку. При натисканні на скорочену сигмоподібну кишку — біль у надчеревній ділянці, там же біль відчувається при натисканні в правій здухвинній ділянці нижче від сліпої кишки. При натисканні на хребет ніякого болю. При подальшому натисканні на сигмоподібну кишку біль під ложечкою не відзначається, але, як і раніше, відзначається при натисканні нижче від сліпої кишки.

**4. Д.,** жінка, 30 років. Запори, проноси, страшні сні. Страждає яєчниками, ставить мушки на їх ділянку, незаміжня, є білі. Чотири роки тому — плеврит. Харчування середнє. Шлунок на пупку, сліпа кишка з дещо потовщеними стінками. При натисканні на задню стінку правої здухвинної ділянки, нижче від сліпої кишки — біль, що розходить у напрямку до пупка і в попереку.

**5. Р. Г.,** жінка, 52 роки. Серцебиття, запори, тисне під ложечкою, відрижки, печії. Ще менструє. Печінка мала, чутлива, сліпа кишка у 2 пальці. Напухання правого яєчника (професор Рейн). Колінний феномен різко підвищений. При натисканні на здухвинну кишку біль у надчеревній ділянці.

**6. Ю.,** жінка, 30 років. 6 місяців тому біль у животі з блюванням, зараз тільки запори. Троє пологів. Харчування нижче від середнього. Шлунок до пупка. Печінка опущена, нечутлива. При натисканні на сигмоподібну кишку біль у ділянці жовчного міхура.

**7. А.,** жінка, 28 років. 8 років біль у лівому боці, незначний кашель. Диспептичних явищ немає. Випорожнення правильні. Страждає на жіночі хвороби. Харчування середнє. Грудні органи без відхилень. Обидві нирки опущені. Шлунок до пупка. Сліпа кишка розтягнута. При натисканні на праву здухвинну ділянку — біль у лівій здухвинній.

**8. Л.,** жінка, 32 роки. Давні запори. Останні 4 тижні біль у животі; переважно біля пупка. Тиск під ложечкою після вживання їжі, відрижка, печія. Випорожнення тільки після проносного, завжди з болем. 12 років тому дизентерія. Статура середня. Права реберна дуга тимпанічна на 1 палець. Шлунок до пупка. Сигмоподібна кишка у середній палець, скорочена; чутливість унизу живота. При натисканні нижче від сліпої кишки біль біля пупка.

**9. Ш.,** жінка, 42 роки. П'ятнадцять років болю у верхніх та нижніх кінцівках, часом набряк у нижніх кінцівках. Два роки тому колота рана в живіт з випадінням кишок. Апетит нерівний. Є кашель,

серцебиття; випорожнення — то запор, то пронос зі слизом. Харчування вище за середнє. У легенях бронхітичні хрипи. У правій здухвинній ділянці черевна стінка випинається; під шкірою лежать кишки. Через грижовий отвір вільно входять у черевну ділянку три пальці. При натисканні на праву клубову — біль у надчеревній ділянці.

**10. Д.,** чоловік, 36 років. Три роки болю в правій здухвинній ділянці. Апетит поганий. Печія, відрижка, запори. Добре вгодований. Печінка досить щільним краєм видається на 4 см по правій сосковій лінії. Шлунок не доходить до пупка на 8 см. При натисканні на праву здухвинну ділянку — біль у лівому підребер'ї.

**11. С.,** жінка, 30 років. Півтора роки слабкість, головний біль, біль у нижніх кінцівках, у прямій кишці та попереку. Випорожнення — то пронос, то запор. Страждає на жіночі хвороби. Харчування вище за середнє. Обидві нирки опущені. Рефлекси підвищені. Печінка при глибоких вдиханнях на 2 см виходить з-під дуги, болюча. Шлунок на 1 см вище від пупка. Сліпа кишка у 2 пальці. Fissura ani. При натисканні на ліву здухвинну ділянку — біль в епігастрії. При натисканні на *promontorium* біль поширюється вгору і вниз.

**12. Р.,** чоловік, 27 років. В останнє півріччя два напади болю у правій здухвинній, що тривали по тижню і супроводжувалися блюванням. Апетит задовільний. Запори. Статура середня. Обидва внутрішні пахові отвори розширені. Права реберна дуга тимпанічна на два пальці. Шлунок на 6 см вище від пупка. Сигмоподібна кишка з великий палець. Права клубова ділянка чутлива. Виразно диференціювати тут щось не вдається. При натисканні на праву здухвинну — біль у лівій здухвинній ділянці.

**13. В.,** жінка, 33 роки. Рік болю в правому підребер'ї; проноси; незначний кашель. Іноді відрижка, нудота. Випорожнення 2–3 рази на добу з болем та слизом. Слиз у вигляді плівок. Харчування вище за середнє. Промачується вся права нирка. Рефлекси різко збільшені. Права реберна дуга тимпанічна на 1 поперечний палець. Печінка м'яким краєм при вдиханні виходить з-під дуги на 1 см. У лівій (і правій?) клубовій бурчання. Яєчок глистів не знайдено. Пельвіоперитоніт. Зміщення та фіксація яєчників (доктор Яхонтов). При натисканні нижче від сліпої кишки біль у правому підребер'ї.

**14. Б.,** жінка, 30 років. Хвора 8 місяців. Спочатку ревматизм, що тривав 6 тижнів з підвищенням температури тіла. Біль у кінцівках, у серці, під ложечкою та в лівому підребер'ї. Поганий апетит; незначний кашель; серцебиття. Випорожнення — то проноси, то запори. Худа, бліда. Грудні органи без відхилень. При натисканні нижче від сліпої кишки біль, що не відчувається в місці тиску, відчувається в лівому підребер'ї, під ложечкою і в ділянці серця, іноді в лівій здухвинній.

**15. І.,** жінка, 29 років. Хворіє 2 місяці. Біль у животі, особливо біля пупка; проноси. Часто температура тіла підвищена. Кашель, серцебиття, поганий апетит. Випорожнення рідкі, нерясні. Худа. У лівій легені рясні субкрепітуючі хрипи. У мокротинні

туберкульозні бацили. Шлунок на 1,5 см вище за пупок. Сигмоподібна кишка з великий палець, злегка бурчить. У правій здухвинній бурчання. При натисканні на сліпу кишку біль відразу нижче від пупка.

**16. Б.,** жінка, 50 років. Два місяці біль у боках, у правій руці та в нижніх кінцівках; слабкість, поганий апетит, серцебиття, відрижка та нудота; запори, прискорене сечовипускання. Регули неправильні, з проміжками в 2–3 місяці. Добре вгодована. Правий фланк напружений, чутливий. Пупкова грижа. Печінка при глибоких вдиханнях виходить на 2 см, дуже чутлива. Сеча без відхилень. При натисканні на сигмоподібну кишку біль відчувається у правій здухвинній ділянці; при натисканні на праву клубову — у надчеревній ділянці.

**17. Р.,** чоловік, 35 років. Три роки поганий апетит, повнота під ложечкою після їди, відчуття поколювання в серці, біль у нижніх кінцівках. Запори. Сечовипускання прискорене. Харчування середнє. Різка епігастральна пульсація (неврастенічна ознака). Печінка по білій лінії на середині між мечем та пупком. Шлунок на 1 см нижче від пупка. Сигмоподібна кишка тонка. Сеча та вміст шлунка (пробний сніданок) без відхилень. При натисканні на сліпу кишку і нижче — біль між мечем і пупком.

**18. І.,** жінка, 28 років. Хворіє 10 років. Раніше щорічно холерина (?), зараз болюча точка вище від пупка, тяжкість під ложечкою після вживання їжі. Усі диспептичні явища до блювання включно. Схильність до запорів. Дисменорейні явища. Задовільно вгодована. Права реберна дуга тимпанічна на 4 см; шлунок на 4 см вище за пупок. Незначне підвищення кислотності шлункового вмісту, незначний стаз. Тонкі кишки тимпанічні, товсті не промацуються. Болюча точка відразу вище пупка (отже, нижче від великої кривизни шлунка). При натисканні внизу живота біль відчувається тільки в болючій точці відразу вище пупка.

**19. О.,** жінка, 30 років. Десять років болю під ложечкою, поганий апетит; біль не залежить від вживання їжі. Биття та завмирання серця. Нудота і часом кисле блювання. Запори. При випорожненні багато слизу. Регули з болем. 6 років тому жовтяниця. Худа. Шлунок на пупку; на 1 см нижче від пупка поперечна ободова кишка з великий палець. При натисканні на праву здухвинну ділянку — біль у надчеревній ділянці.

**20. Б.,** жінка, 29 років. Два роки кашель. Кровохаркання; серцебиття; набряки ніг; запори. Повторні викидні. Худа. Мітральний стеноз. Обидві нирки опущені. Печінка по середній лінії на 2 см вище від пупка. Рефлекси підвищені. При натисканні на сигмоподібну кишку різкий біль в епігастрії.

**21. Р.,** жінка, 28 років. Біль у лівій здухвинній ділянці. Випорожнення двічі, між 4-ю та 7-ю годинами вечора; при твердому випорожненні кров. Апетит є. Іноді напади сильного болю в правому підребер'ї з наступною легкою жовтяницею. За 4 місяці черевний тиф з альбумінурією, уремічними нападами, з тенезмами та болем у лівій здухвинній ділянці. Добре вгодована. Фланки напружені. Права реберна дуга тимпанічна на 2 см. Печінка при вдиханні

виходить на 3 см, край ущільнений, чутливий. Сигмоподібна кишка товста, щільна, болісна. На рівні 3-го сфінктера звуження, що ледве пропускає мізинець. При натисканні на печінку біль у верхній частині грудини на рівні 3-го ребра. Там же біль при натисканні на праву здухвинну ділянку.

**22. С.,** жінка, 28 років. Останні пів року часом з'являються по тілу синюваті плями, які потім переходять у жовтий колір. Поява плям супроводжується підвищенням температури тіла, блюванням та утрудненням ковтання. Апетит хороший, випорожнення правильні. Страждає на жіночі хвороби. Вище середнього вгодована. Права нирка опущена, підвищені рефлекси. Печінка неболюча. При натисканні на праву здухвинну ділянку біль відчувається під ложечкою і йде вгору по грудині.

**23. Б.,** чоловік, 50 років. Три роки кашель, задишка, біль у правому боці, відрижка; схильність до проносів. Досить гладкий. Обрюзгле обличчя; слизові оболонки ціанотичні. У легенях ослаблені дихальні шуми та бронхітичні хрипи. Серце та нирки без відхилень. Печінка на 2 см виходить з-під дуги, сама нечутлива, але при натисканні на край біль донизу і вліво від пупка.

**24. Р.,** жінка, 32 роки. Хвора 4 роки, часто проноси, незначний кашель. Апетит поганий. Худа. У легенях розлиті бронхітичні хрипи. Шлунок до пупка. У правій здухвинній ділянці бурчання. При натисканні на праву здухвинну ділянку біль відчувається в надчеревній ділянці.

**25. Б.,** жінка, 22 роки. Хворіє півтора року. Часто проноси, слабкість, схуднення; випорожнення зі слизом, з болем до та після випорожнення. Харчування задовільне. Рефлекси підвищені. Тонкі кишки тимпанічні, у правій здухвинній бурчання; сигмоподібна кишка тонка. При натисканні на сигмоподібну кишку — біль у правій здухвинній ділянці.

**26. О.,** жінка, 33 роки. Хворіє 1 рік. Біль у животі. Випорожнення тверді, з великою кількістю слизу. Апетит поганий. Шлунок на 1 см нижче від пупка. Сигмоподібна кишка з вказівний палець. Сліпа кишка злегка розтягнута, рухлива, стінки не потовщені. При натисканні на сигмоподібну кишку — різкий біль у правій здухвинній ділянці; при натисканні на праву здухвинну — біль у лівому підребер'ї; при натисканні на точку нижче за пупок — біль під ложечкою.

**27. М.,** жінка, 43 роки. Два роки схильність до запорів; відрижка; печії. Бувало блювання. Дітей не було. Добре вгодована. Печінка гладким краєм при вдиханні виходить з-під дуги на 2 см, неболісна. При натисканні на ділянку вище від симфізу біль під ложечкою.

**28. Ч.,** чоловік, 30 років. Хворіє рік. Ночами тиск у грудях, руки та ноги німіють. Страх, туга, удари в ділянці серця. Апетит гарний; диспептичних явищ немає. Випорожнення щодня 2 рази, правильні. 14 років тому люес. Задовільно вгодований. Серце, легені, органи живота — в порядку, лише рефлекси різко підвищені. При натисканні в правій здухвинній ділянці — біль відразу вище пупка і доходить до верхньої частини грудини, поширюючись і в ділянці серця.

**29. Б.,** жінка, 18 років. Хворіє 4 місяці. Уранці задишка, біль у грудях. Часто кашель. Апетит гарний. Буває серцебиття. Диспептичних явищ немає. Випороження — то проноси, то запори. Регули правильні. Бліда, анемічні шуми на шиї, в серці тони чисті. В обох верхівках ослаблене дихання. Рефлекси підвищені. Сліпа кишка розтягнута. При натисканні на неї — біль у правій ділянці нирок і в ділянці серця.

**30. Л.,** жінка, 31 рік. Кашель з мокротинням; нічні поти; схильність до проносів. Тричі пологи. Виснажена. У правій верхівці притуплення та бронхіальний видих. Сліпа кишка трохи розтягнута; клубова йде вертикально, чутлива. При натисканні на здухвинну кишку біль у ділянці пупка.

**31. К.,** жінка, 28 років. Три місяці біль у ділянці пупка і дещо вище, особливо після їди. Апетит поганий. Іноді серцебиття. Диспептичних явищ немає. Випороження 2–3 рази на день зі слизом. Статева сфера не в порядку. Середнє харчування. Шлунок на 1 см вище від пупка. Сліпа кишка на 1 см вище за рівень ості. По ходу клубової кишки промацується мотузка з мізинець завтовшки, при натисканні на яку відчувається біль у ділянці пупка.

**32. Т.,** жінка, 30 років. Хворіє 4 роки. Нерідко екзема та жовтяниця, кровоточивість ясен. Нерідко біль у печінці і під ложечкою. Регули з болем. Незаміжня. Задовільно вгодована. Печінка по сосковій лінії на 3 см нижче за дугу, промацується не виражено. При натисканні на праву здухвинну — біль у ділянці печінки, переважно в зовнішній її частині, і в лівій здухвинній ділянці.

**33. Л.,** жінка, 28 років. Одні пологи та 4 викидні. Хворіє 1 рік. Спочатку бронхіт та плеврит. Тепер слабкість, головний біль, підвищене потовиділення, запаморочення, кашель, серцебиття. Схильність до запорів. Худа. Ліворуч і вниз від серцевого поштовху афрікт і видих. Права нирка низько. Рефлекси різко підвищені. Шлунок на пупку. Поперечна кишка на 2 см нижче від пупка. Сліпа кишка розтягнута. При натисканні на здухвинну кишку біль у лівому підребер'ї.

**34. П.,** чоловік, 44 роки. Хворіє рік. Біль у ділянці серця з віддачею в ліву руку; біль у правому підребер'ї, підпирає під ложечку; відрижка, печія, запори. Страждав 16 років на геморої, торік операція шишок. Сечовипускання прискорене. Добре вгодований. Епігастральна пульсація. Серце та легені без відхилень. Рефлекси підвищені. Шлунок на 1 см вище від пупка. Сигмоподібна кишка товста. Під час дослідження через пряму кишку незначне збільшення простати. Печінка під час глибоких вдихів виходить на 2 см. При пальпації печінки біль у 2-му міжреберному проміжку з віддачею в ліву руку і наскрізь у спину між лопатками.

**35. Ш.,** чоловік, 31 рік. Три роки параліч ніг та затримка сечі. Біль у серці. Апетит задовільний; кашлю немає; серцебиття буває; диспептичних явищ немає. Схильність до запорів. Жовтяниця 4 роки тому. Задовільно вгодований. Параплегія. Серце без відхилень. Печінка м'яким краєм при вдиханні виходить з-під дуги на 2 см. При натисканні на печінку біль у ділянці лівого соска; при натисканні на праву

здухвинну ділянку по ходу здухвинної кишки, що промацується, — біль у лівому підребер'ї і в лівій здухвинній ділянці.

**36. Н.,** жінка, 34 роки. Три викидні. Хворіє 1 рік. Запаморочення, нудота, тиск у серці, серцебиття; печія; відрижка; біль у правому підребер'ї нападами та в нижніх кінцівках. Випороження правильні. Нудота під час нападів болю у правому підребер'ї. Добре вгодована. Рефлекси підвищені. Печінка промацується на 3 см нижче від дуги по сосковій лінії, край досить щільний, чутливий. При натисканні на сигмоподібну кишку біль віддає в ділянку жовчного міхура.

**37. Д.,** чоловік, 32 роки. Біль та печіння під ложечкою та в лівому боці; кислий присмак у роті, відрижка. Чотири роки тому страждав на напади болю під ложечкою. 9 років тому жовтяниця. Схильність до проносів. 4 роки тому люес. Добре вгодований. Рефлекси різко збільшені. Права реберна дуга тимпанічна на 3 см. Тонкі кишки тупотимпанічні. Сліпа кишка розтягнута. Сигмоподібна кишка товста, чутлива. Печінка не промацується. При натисканні на праву клубову — біль під ложечкою та в ділянці серця.

Таким чином, із 37 перелічених хворих — 29 жінок і 8 чоловіків. За віком вони розподілені так: більшість була від 20 до 40 років (а саме 30 із 37), від 40 до 53 років було 6 хворих і до 20 років — одна хвора.

Передавання болю спостерігалось: при натисканні на сліпу кишку — 2 рази, на клубову кишку — 4 рази, нижче від сліпої кишки — 4 рази, на праву клубову, без вказівки окремих органів і ділянок, — 12 разів, при натисканні на сигмоподібну кишку — 8 разів, на ліву здухвинну — 1 раз, при натисканні на низ живота — 2, печінку — 4, відразу під пупком — 1 раз. Якщо ж ми з'єднаємо органи, що лежать в одній ділянці, то побачимо, що натискання на праву здухвинну ділянку викликало передачу болю 22 рази, на ліву здухвинну — 9, на низ живота — 2 рази і відразу під пупком — 1. Місця, куди біль віддавався або переносився, такі (у сумарних обчисленнях): відразу під мечем — 11 разів, епігастрій — 4, ділянка пупка — 3, ліва здухвинна — 6 разів, вліво від пупка — 2 рази, права здухвинна — 2, попереk — 1, праве підребер'я — 1, ліве підребер'я — 4, нижче від пупка — 1, ділянка жовчного міхура — 2, больова точка над пупком — 1, верхня частина грудини — 3, лівий сосок — 1, ділянка серця — 6 разів.

Звідси видно, що *найчастішою локалізацією больових відчуттів на відстані при натисканні на задню стінку черевної порожнини є епігастрій і особливо точка, що лежить відразу під мечем*; потім часто біль відчувається в лівій здухвинній западині, у ділянці серця, пупка, у лівому підребер'ї, у верхній частині грудини, у ділянці жовчного міхура тощо. У більшості випадків спостерігалось одне місце натискання, що викликало відчуття болю також в одному певному місці, наприклад, натискання на сліпу кишку — відчуття болю під ложечкою; але було чимало і таких випадків, де вказано два або три пункти, звідки ставалося перенесення болю, наприклад, випадок 26: у жінки-неврастенічки з перетинчастим колітом натискання на сигмоподібну кишку

викликало біль у правій клубовій, натискання на праву клубову — біль у лівому підребер'ї, натискання на ділянку відразу нижче від пупка викликало біль під ложечкою.

Звичайно, ми повинні шукати якісь правила, якщо не закони, цих локалізацій болю при натисканні на відстані, але, на жаль, ця закономірність для нас ще зовсім не ясна. Можна тільки сказати, що при натисканні на праву здухвинну западину біль зазвичай іде не вертикально, а або по діагоналі, або горизонтально; під час натискання на сигмоподібну кишку біль також частіше локалізується не у вертикальному напрямку, а наближаючись до діагоналі або горизонтально, тобто в епігастрії, у ділянці жовчного міхура і в правій здухвинній западині. Велику сталість місця перенесення болю можна відмітити при пальпації печінки. При промацуванні її за правою сосковою лінією біль частіше відчувається за грудиною і трохи вліво від неї, на рівні від 2-го до 4-го міжреберного проміжку. Цей висновок я роблю не на підставі тільки цього матеріалу, але й серед наших хворих з чотирьох біль локалізувався в ділянці грудни у двох, в одного в ділянці серця і в одного вліво і вниз від пупка. Ці спостереження узгоджуються зі спостереженнями Гленара, який вказує на нерідкісну локалізацію болю в ділянці грудни при пальпації болісної печінки і де відкриття цього перенесення може мати й діагностичне значення, на доказ чого він наводить кілька випадків, коли за наявності цього явища призначалося лікування печінки, що викликало зникнення болю в ділянці серця або у верхній частині грудни. Таких прикладів і я бачив кілька, і з них можу навести такий: у червні 1899 р. до мене звернувся хворий офіцер, 34 роки, зі скаргами на біль у 2-му та 3-му міжреберному проміжках одразу вліво від грудни і частково на тому ж рівні в самій грудні. Серце та аорта без змін, печінка промацується, мало чутлива, досить щільної консистенції, край дещо потовщений, при пальпації біль відчувається в ділянці грудни. Після лікування в Карлсбаді зникнення болю в грудні, як самостійного, так і відображеного при дослідженні печінки.

Відомо, що перенесення болю спостерігається нерідко при дослідженні органів малого таза, особливо в жінок, у яких малий таз так часто служить місцем походження рефлекторних явищ найрізноманітнішого характеру, зокрема й болю. Чимало таких явищ спостерігається також хірургами. Особливо різноманітні грижі черевної порожнини, хвороби яєчка, сім'яного канатика, сечового міхура тощо нерідко супроводжуються локалізаціями болю під ложечкою, біля реберних дуг, біля пупка і т. д.

Як ми можемо пояснити причину появи цього болю не в місці його походження, але в місцях, більш-менш віддалених? У поясненні цих явищ ми не можемо не відчувати великих труднощів. Нам досить зрозумілою є іррадіація болю. Надзвичайно сильне подразнення центру з периферії поширюється по сірій речовині центральних нервових апаратів, що з'єднана з сусідніми чутливими нервовими волокнами, і ми маємо периферичну болісну ділянку, де найбільш сильне больове відчуття

локалізується в місці захворювання, від якого йдуть у вигляді радіусів ділянки з дедалі більше ослабленими больовими відчуттями. Такий характер болю в ділянці трійчастого нерва при зубному болю, такий біль при грудній жабі, при жовчній кольці тощо. Але наші випадки, наші явища до іррадіації болю не підходять.

У такому разі, можливо, можна визнати ці явища істеричними, що залежать переважно від захворювань жіночих статевих органів? Допустити це припущення є цілковиті підстави. Серед наших хворих переважна більшість жінок і до того ж у віці дітонородження, тобто від 20 до 40 років. І в наших записах є вказівки на безперечні захворювання у жінок тазових органів. Так, хвора у випадку 13 мала пельвіоперитоніт, зміщення та фіксацію яєчників тощо; але, з іншого боку, є помітки в інших хворих, у яких професором Рейном не виявлено жодних змін в органах таза.

Присутність серед наших хворих 7 чоловіків також говорить не про виняткову залежність явища перенесення болю від страждання жіночих статевих органів. Взагалі на ґрунті однієї істерії навряд чи ми можемо збудувати всі пояснення цього явища. Ми не проводили, припустимо, систематичного дослідження наших хворих власне у цьому напрямку, не визначали точно їхньої чутливості, поля зору тощо, але у деяких випадках, наприклад у хворої С., оперованої з приводу апендициту, чітких відхилень у її шкірній чутливості ми не знайшли. Висновок такий, що навряд чи всі випадки перенесення болю ми можемо пояснити істерією і лише істерією.

Намагаючись пояснити це явище, ми не можемо не згадати про чудові роботи Геда та Фабера щодо появи рефлекторних шкірних гіперестезій при захворюваннях внутрішніх органів. Гед виявив, що рефлекторний біль при хворобах внутрішніх органів нерідко супроводжується гіперестезіями шкіри, що поширюються на тулубі на пояси, досить різко окреслені і тотожні з поясами поширення оперізувального лишая. Гіперестетичні або, правильніше, гіпералгезичні пояси, як і пояси оперізувального лишая, відповідають не ділянці поширення окремих нервів або окремим корінцям спинномозкових нервів, а окремим сегментам самого спинного мозку, до яких за допомогою симпатичних чутливих волокон надходить подразнення, яке потім поширюється в поясі розгалуження периферичних чутливих нервів, що беруть початок у цьому сегменті. Кількість спинномозкових сегментів відповідає кількості нервів, що виходять зі спинного мозку. 12 спинним (грудним) сегментам відповідають 12 досить горизонтальних поясів на шкірі. Верхні два пояси поширюються на верхні кінцівки і частково на тулуб, інші ж лежать один над іншим аж до пахового згину. Таким чином, справа не в тому, що кожен орган має свою власну зону, куди він один надсилає свої імпульси, але кожен орган, імовірно, знаходиться у зв'язку з низкою сегментів, і ці сегменти можуть бути залучені до поєднаного страждання при ураженні кількох органів. Так, при хворобах аорти і серця можуть відбуватися гіперестезії

від 1-го до 8-го грудних поясів, при захворюваннях легень — від 3-го до 9-го, при патології печінки — від 7-го до 10-го спинного пояса, при захворюваннях нирок — від 10-го до 12-го спинного та 1-го поперекового тощо. При стражданні шлунково-кишкового каналу спостерігаються гіперестезії від 7-го до 12-го грудних поясів. При відносно слабкому подразненні з боку внутрішніх органів може з'явитися гіперестезія на шкірі не всього пояса, а тільки в «максимальних» точках, яких у кожному поясі здебільшого є дві, одна лежить біля хребта на спині, а інша попереду, поблизу від середньої лінії. У людей, ослаблених тривалим стражданням, у анемічних, неврастеніків і в істеричних суб'єктів рефлекторні гіперестезії шкіри часто «генералізуються», тобто не обмежуються тільки поясом того сегмента, до якого надходить подразнення з боку хворого органа, а подразнення переходить на низку сусідніх та віддалених сегментів з поширенням гіперестезії

у відповідних, нерідко дуже віддалених від хворого органа, поясах.

Такий короткий, надзвичайно неповний екстракт результатів досліджень Геда. Фабер, який працював на ту саму тему незалежно від Геда, підтверджує висновки його стосовно шкірних гіперестезій при захворюваннях органів травлення.

Слід думати, що цими дослідженнями можна буде скористатися і при поясненні явища трансференції больових відчуттів у черевній порожнині.

*Редакція журналу «Вісник Клубу панкреатологів» висловлює щире подяку ТОВ «РедБіз Лабораторія Медичного Бізнесу» за підтримку у допомозі в пошуку архівних матеріалів, адаптуванні, редагуванні та технічному супроводі публікації. Цінуємо ваш високий рівень професіоналізму, надійність і уважність до деталей. Завдяки вашій роботі підвищується якість і доступність наукових матеріалів.*

УДК 616.381-009.7-031.72  
doi: 10.33149/vkr.2025.03.09

## UA Щодо перенесення (трансференції) больових відчуттів у черевній порожнині

**В. П. Образцов**

Статтю вперше опубліковано в 1915 р.  
Образцов В. П. *Щодо фізичного дослідження шлунково-кишкового каналу та серця*. 4-те вид., без змін. Київ: Видання Видавничої комісії студ. мед. і медич., 1915: 85–98.

## EN On the transference of painful sensations in the abdominal cavity

**V. P. Obratsov**

The article was first published in 1915.  
Obratsov V. P. *On the physical examination of the gastrointestinal tract and heart*. 4<sup>th</sup> ed. unchanged. Kyiv: Edition of the Publishing Commission of Medical Students, 1915: 85–98.