

Функціональні диспепсії шлунка

В. П. Образцов

Статтю вперше опубліковано в 1924 р. як розділ монографії.

Образцов В. П. Хвороби шлунка, кишок та очеревини. За участю проф. А. З. Біліни, під ред. і з доповненнями проф. М. Д. Стражеска. Київ: Державне видавництво України; 1924. 64–69 с.

Пропонуємо увазі наших читачів статтю основоположника вітчизняної терапії та гастроентерології професора Василя Парменовича Образцова, що посідає особливе місце в становленні та систематизації наукових знань про шлункові диспепсії. Роботи прославленого вченого (численні статті, монографія), присвячені різним клінічним формам функціональної диспепсії, заклали міцний фундамент для формування сучасних уявлень про функціональні та органічні диспепсії. Ще на початку ХХ століття В. П. Образцов виділяв різноманітні форми диспепсії (неврастенічна, істерична, обтураційна), зважаючи на ймовірні патогенетичні механізми їх виникнення. Підхід до класифікації та лікування диспепсій, закладений нашим співвітчизником, простежується і в сучасних поглядах на формування та корекцію функціональної диспепсії (Римські критерії IV).

Під назвою функціональних або нервових диспепсій шлунка ми розуміємо диспепсії, в основі яких ми не маємо певних структурних змін самого шлунка. Джерело походження їх зазвичай лежить не в ньому самому, а або, по-перше, в загальному конституціональному неврозі — конституціональні диспепсії, по-друге, в зміщенні незміненого шлунка, його опущенні, піднятті тощо — дислокаційні диспепсії, по-третє, в органічних стражданнях інших органів черевної порожнини, таких як appendix, жовчний міхур, органи малого таза, що викликають відображені диспептичні явища — рефлекторні диспепсії, і по-четверте, токсичні диспепсії, наприклад, при уремії.

З конституціональних диспепсій ми повинні на перше місце поставити неврастенічні диспепсії, або диспепсії неврастеніків. Головний характер неврастенічних скарг як у сфері шлунково-кишкових відправлень, так і в сфері судинно-серцевих та інших систем, полягає у швидкій виснажливості нервово-м'язового апарату з одного боку, а з іншого — у підвищеній чутливості або відчутті якихось навіть малих відхилень від норми в стані центральної та периферичної нервової системи, а також вісцеральних органів. У неврастеніка дуже часто болить і голова, і руки, і ноги, і серце, і під грудьми в ділянці шлунка тощо. При цьому він відчуває дуже незначні відхилення в роботі серця, гостро відчуває аритмію, незначні збільшення або зменшення внутрішньо-шлункового тиску, підвищення кислотності шлунка

тощо, чого не помічає нормальна людина. Така нервова і функціональна диспепсія поряд з диспептичними явищами, що спостерігаються при органічних стражданнях шлунка — катарі, виразці, новоутвореннях, розширеннях шлунка — існує у величезній масі хворих із диспептичними скаргами, у шлунку яких ані клінічними, ані випадковими патологоанатомічними дослідженнями ніяких виразних змін ми не знаходимо. Ці диспепсії доводиться віднести на рахунок функціональних дефектів шлунка, розладів його функцій, моторної, сенсорної, секреторної і, нарешті, найрідше — всмоктувальної.

Етіологія. За своїм походженням нервову диспепсію ми можемо розділити на такі групи: а) диспепсія у неврастеніків, або неврастенічна; б) диспепсія при хронічних закрепах, або обструкційна; в) диспепсія в істеричних суб'єктів, або істерична; г) диспепсія рефлекторна; е) диспепсія табетична; ф) диспепсія токсична.

Неврастенічна диспепсія. Один з головних проявів «нервової слабкості» як конституціонального захворювання полягає у найрізноманітніших стражданнях чисто функціонального характеру в ділянці шлунково-кишкового тракту. Неврастеніки скаржаться на поганий апетит, на швидке насичення, на відчуття тиску, повноти, підпирання, здуття в підгрудній ділянці, на печію, відрижку, нудоту, рідко блювання, іноді біль, що локалізується то під грес. хурбоідеус, то віддає в груди, спину, між лопатками. Усі ці явища розігруються переважно після прийому їжі, через що у хворих нерідко розвивається страх вживання їжі, так само як і при *ulcus (sitophobia)*. Дуже частий супутник неврастенічної диспепсії — закрепи. Самі неврастеніки зазвичай надають своїй диспепсії дуже серйозного значення, постійно прислухаються до всього, що відбувається в черевній порожнині; при цьому загальний стан хворих пригнічений, настрої пониклий, особливо вранці, після пробудження від сну, який їх не освіжає і не зміцнює. Хворі скаржаться на розбитість, м'язову слабкість, тяжкість у голові, відсутність бажання взятися до роботи; сама ж робота швидко стомлює їх, і вони не в змозі її продовжувати.

При об'єктивному дослідженні ми знаходимо нерідко, але далеко не в усіх випадках, хворих зі зниженим загальним харчуванням, тобто з малою кількістю жиру під шкірою, зі слабо розвиненими

м'язами, з тонкими кістками, з плоскими та подовженими грудьми, з пласким животом, з гострим епігастральним або реберним кутом, з відсутністю серцевого поштовху на звичайному місці і з *pulsatio epigastrica*, що вказує на знижене стояння діафрагми і майже вертикально стояче серце. При перкусії різко зменшена площа абсолютної серцевої тупості. При перкуторній пальпації шлунка шум плескання, що вказує на більшу або меншу кількість у ньому рідини, нижня межа шлунка на пупку або на 1–2 пальці нижче пупка, під нею пальпаторно визначається *transversum*. Іноді болючість при тиску в ділянці сонячного сплетіння. Колінний рефлекс підвищений. Нерідко опущені нирки, часто при дослідженні зондом стаз, зазвичай незначний — після пробного сніданку 150–250 см³ хімізм з незначними відхиленнями, на Rontgen'e стаз; стояння нижньої межі шлунка на 5–6 см нижче рівня пупка і своєрідна фігура вертикально стоячого атонічного шлунка з увігнутими боками.

Патогенез неврастенічної диспепсії. Беручи до уваги те, що найбільш різко виражена неврастенічна конституція частіше спостерігається при зниженому харчуванні та тілобудові хворого, при низько стоячій діафрагмі, при опущених черевних органах — шлунку, кишках, нирках, і при зниженому апетиті, ми припускаємо, що разом зі слабкими м'язами скелета у неврастеніка має бути слабкий знижений тонус гладких м'язів шлунка і кишок, а також функціональна слабкість *n. sympathici*. Остання позначатиметься у підвищеній збудливості та нестійкості самого нервового апарату. Беручи ж, нарешті, до уваги, що сам центральний нервовий апарат, який сприймає подразнення з черевної порожнини, у неврастеніків знаходиться також у стані функціональної слабкості, що позначається підвищеною дратівливістю і виснажливістю, і що до свідомості неврастеніків доходять навіть незначні функціональні відхилення шлунково-кишкового каналу, чого у нормально розвиненої людини не буває, для нас стають зрозумілими ті тяжкі, неприємні та болючі відчуття, які ми спостерігаємо при неврастенічній диспепсії. Це те саме, що при неврастенічному серці, коли неврастенік болісно і тривожно відчуває навіть незначні відхилення в силі та ритмі серцевих скорочень. Оскільки Stiller неврастенію розглядає як один з проявів загальної конгенітальної астенії, то ми не можемо не встановити нашої точки зору на це вчення, що відіграє безсумнівно видатну роль у сучасному медичному світогляді. В основі цього вчення лежить факт, що поряд з добре розвиненими людськими організмами існує великий відсоток організмів, які вже народжуються з певними ознаками слабкості, що виражається і в подальшому житті недокрів'ям, слабким розвитком кісткової та м'язової систем, ентероптозом, вільним закінченням 10-го ребра, тобто без хрящового його з'єднання з 9-м ребром (*costa decima fluctuans*). Такі організми мають *habitus*, тотожний з *habitus phthisicus*, з його тонкими кістками, вузькою довгою грудною кліткою і т. д. Функціонально такі організми представляють дефекти з боку церебральної системи,

зазвичай швидко мозкову втомлюваність, з одного боку, пригнічений загальний настрій, а з іншого — мозкову збудливість і підвищену чутливість до подій у сфері вегетативній й особливо в шлунково-кишковому каналі, у якому під впливом слабого розвитку гладких м'язів у шлунку розвиваються атонія шлунка зі спостережуваним не особливо рідко переходом в атонічну екстазію, атонія кишок із хронічними закрепками під впливом дефектів у функціях *nn. vagi et sympathici*, розлад секреції шлунка та загальна підвищена чутливість шлунково-кишкового каналу за його навіть незначних функціональних вад.

Зі свого боку, ми ще в 2-й половині 80-х років минулого століття, визначаючи положення нижньої межі шлунка за допомогою перкуторної пальпації, знайшли, що її висота визначається переважно загальним харчуванням і будовою хворого суб'єкта, що, як наслідок, чим міцнішим є суб'єкт, чим сильніше у нього розвинені м'язи скелета, а також кістки, і чим вгодованішим він є, чим більше розвинена у нього жирова тканина, тим вище у нього лежить нижня межа, і навпаки, у худого суб'єкта в переважній більшості випадків вона лежить на пупку і нижче, що будь-який худий суб'єкт *eo ipso* («сам по собі» — лат., прим. ред.) є гастроптозиком. Тоді ж щодо опущеної нирки мною було визначено, що в її етіології першочергову роль відіграє погана спадковість, слабка будова, змарнілість, і що опущена нирка є явищем «виродження». Нарешті, у 1897 році в доповіді на 1-му Міжнародному з'їзді в Москві «Про ентероптоз» я вказав, що *pulsatio epigastrica*, що спостерігається тільки в стоячому положенні й вказує на низьке стояння діафрагми, за відсутності аневризми тощо, є *stigma neurasthenicum*, чим встановлювався зв'язок неврастенії з низьким стоянням діафрагми та черевних нутрощів і на що раніше вказував Glenard. Далі, порівнюючи частоту знаходження опущеної нирки у жінок — робітниць і неробітниць, я знайшов, що у жінок, які не працюють, її відмічають в 5 разів частіше, ніж у тих, що працюють, і що нарешті на хронічний закріп страждають переважно непрацюючі суб'єкти, і повинен був прийти до таких висновків: по-перше, стояння черевних органів (а також і будова грудної клітки) залежить насамперед від харчування, яке для стислості може бути визначене кількістю жиру у суб'єкта в його підшкірній клітковині; по-друге, ентероптоз є явищем, що спостерігається у худих суб'єктів і може оцінюватися як явище виродження; по-третє, низьке стояння діафрагми, яке визначається надчеревною пульсацією, є водночас вказівкою на неврастенічну конституцію суб'єкта; по-четверте, тонус довільних м'язів, зокрема і черевного преса, є наслідком не тільки загального харчування, а й наслідком м'язової роботи; по-п'яте, існує відповідність між тонусом довільних м'язів скелета і гладких м'язів шлунково-кишкового каналу.

Таким чином, наші дослідження призвели до результатів, що до певної міри узгоджуються з результатами досліджень Stiller'a. Але точка відліку в міркуваннях про ентероптоз, неврастенічну конституцію у нас ніби є різною. Stiller говорить про

«безсилля» організму як про головний фактор своєї теорії. Я ставлю на перше місце худорлявість. *Stiller* вважає слабку функцію нервово-м'язового апарату — атонію, астенію його — основою свого вчення, але це теорія, припущення, тому що точних вимірювань цієї астенії немає. Для мене вихідним пунктом є бідність організму на жир; це є наочний факт, — я можу, взявши складку шкіри в півмісячному просторі *Traube*, сказати, якої товщини ця складка, і по цій складці визначити вгодованість суб'єкта, але не так легко визначити ступінь тону м'язів в організмі. *Stiller*, наприклад, вважає шлунок атонічним, якщо він знаходить у шлунку шум плескання, і самого суб'єкта повинен тоді вважати астеніком; за моїми ж дослідженнями знаходження в шлунку плескання є явищем нормальним і невиявлення його є явищем, що вимагає пояснення і вказує на ненормальність, хоча б ця ненормальність полягала у високому стоянні шлунка у огрядних суб'єктів або в підвищеній чутливості черевних покривів у тих же неврастеніків. Зі свого боку, зниження вгодованості я ставлю в підпорядкування зниженому апетиту як вродженій біологічній ваді худих суб'єктів (астеніків), які ніколи хорошими їдцями не бувають, на що свого часу вказував *Vrehmer*, засновник сучасної фізіотерапії.

Ототожнення астенічної будови з *habitus phthisicus* також наводить на деякі роздуми. Вже та обставина, що серед фізиків значний відсоток оптимістів, тим часом неврастеніки майже суцільно песимісти, що хронічні закрепи у фізиків є порівняно рідкісними, тим часом у неврастеніків вони є частими, що неврастеніки, які так плачуть своє дороге цінне здоров'я, далеко не рідко, попри свої нескінченні скарги, доживають до глибокої старості, ми повинні визнати, що між цими двома будовами — неврастенічною і туберкульозною, попри масу точок дотику між ними, навряд чи є тотожність. Принаймні у мене в останні 12–15 років складалося враження, що якщо я зустрічаю *pulsatio epigastrica (stigma neurasthenicum)*, то у цього хворого навряд чи є туберкульоз і що якщо останній буде набути, то перебіг буде латентним. На те саме вказують клінічні дослідження *Wenckebach'a*, який у разі низького стояння діафрагми у неврастеніка і труднощів, пов'язаних з таким положенням для глибоких вдихів діафрагмою, описує *thorax pyriformis* з розширенням *aperturæ thoracis superioris* і звуженням *aperturæ thoracis inferioris*, що робить верхівки легень до певної міри імунними щодо туберкульозу.

Підводячи підсумок короткому розбору теорії загальної конгенітальної астенії на пояснення явищ нервової диспепсії, ентероптозу, неврастенії, *status phthisicus* тощо, ми повинні визнати, що теорія охоплює дуже багато патологічних явищ, але відхилень від неї в дійсності так багато, що дороговказом у розборі клінічних явищ у дуже великому відсотку випадків із нервовими диспепсіями вона не може бути.

б) Диспепсія обструкційна. У тих, хто страждає на хронічні закрепи, ми нерідко спостерігаємо низку диспептичних явищ у вигляді зниженого апетиту, поганого присмаку в роті, підгрудних підпирань, тисків тощо. Частина цих диспепсій належить

до неврастенічних, але залишається величезна кількість хворих, у яких після врегулювання випорожнень зовсім зникають усі диспептичні явища.

с) Істерична диспепсія. У істеричних суб'єктів спостерігаються всілякі диспептичні явища, хоча вони порівняно з неврастенічними є відносно рідкісними. Усі істеричні диспепсії носять характер настирливості, тривалості, які не виключають, однак, немотивованих і химерних коливань у їх перебігу. Істеричні анорексії (відсутність апетиту) хоч і не дають зазвичай швидкого виснаження, можуть проте при своїй тривалості перетворити хвору на скелет і викликати смерть від виснаження. Істеричний *singultus* (гикавка) також може тривати кілька тижнів і місяців. Істеричні кардіалгії, а також істеричні блювання можуть дати привід для лапаротомії, будучи прийняті за симптоми виразки; істеричний гематемезис може також дати привід припускати *ulcus*, хоча криваве блювання істеричок, як і істерична *melæna*, дають відносно слабке забарвлення кров'ю вмісту, при чому весь вміст нагадує колір сиропу зі слив. Трапляються також кровотечі зі шлунка і кишок у менструальні періоди, при чому *menstrua* можуть бути відсутніми.

д) Рефлекторна, або вторинна диспепсія. Важко уявити собі захворювання органів черевної порожнини, які не могли б викликати диспептичних явищ у тій чи іншій мірі. Але із цих захворювань найрізкішу диспепсію викликають хронічні захворювання червоподібного відростка, жовчного міхура, жіночих статевих органів і різноманітні грижі. Встановити будь-які особливості диспептичних явищ для кожного із цих захворювань є досить важким завданням. Усі вони йдуть зі здуттям, підпиранням, болем і супроводжуються схильністю до закреплів. З гриж, крім пупкових, пахових, стегових, ми повинні згадати *herniæ bilio* лінії в *epigastrium*, *herniæ epigastricæ*, які дають досить значні диспептичні розлади, особливо якщо натискання на них викликає біль. Відомі також численні диспептичні явища при захворюваннях аднекситами і пельвіоперитонітами у жінок, що супроводжуються місцевою болючістю в нижній частині живота, а також нерідко разом і болючістю аортальних і сонячного сплетіння.

До цієї ж групи слід віднести нудоту і блювання при гелмінтіази і під час вагітності.

Усі диспепсії рефлекторного походження можуть траплятися за будь-якої конституції, за будь-якого харчування, але оскільки страждання, що їх викликають, мають хронічний перебіг з постійними або часто повторюваними рефлекторними подразненнями не тільки в сфері шлунково-кишкового тракту, але також серця, центральної та периферичної нервової системи, то ця частота і тривалість подразнень, зі свого боку, можуть викликати і у міцного, добре вгодованого суб'єкта порушення рівноваги психо-нервової системи, зменшити силу протидії нервової системи і наблизити її до того стану, який спостерігається у конституціональних неврастеніків.

е) Диспепсія табетична. Приблизно в третині випадків спинної сухотки ми зустрічаємо напади неприборканого блювання, що супроводжується

жорстоким болем в epigastrium, закрепамі і нерідко коллянсом. Напад триває дві–три доби, іноді довше, і повторюється невизначену кількість разів на рік. При цих нападах нерідко ми відмічаємо збережений пателярний рефлекс. Крім цих виражених гастричних нападів — les crises gastriques — ми виявляємо іноді тільки біль в epigastrium, що йде в підребер'я, триває кілька тижнів і місяців.

f) Диспепсія токсична спостерігається переважно при уремії і виражається анорексією, нудотою і блюванням.

Лікування нервової диспепсії. Неврастенічну диспепсію потрібно лікувати, маючи на увазі боротьбу переважно із загальним зниженим харчуванням, з явищами анемії, опущення черевних нутрощів, нервового виснаження тощо. При цьому на перший план має бути висунуте відповідне годування хворих. Ситофобію, страх їжі неврастеніків, потрібно намагатися лікувати впевненими і сміливими призначеннями більш-менш рясного прийому смачної, різноманітної й поживної їжі. На допомогу — режим інтелектуальних занять, що забезпечує певний відпочинок, усунення надмірної втоми і таке інше. З фізичних методів лікування гідропатичні процедури — краще у відповідних установах, перебування на морському березі, в горах, у селі, морські та річкові подорожі. Із медичних засобів рішуче корисні незначні дози наркотичних у вигляді

кодеїну, беладони, а при схильності до закрепів малі дози ревеню, крушини тощо. Для підняття загального харчування рекомендується вживання препаратів заліза, миш'яку, останній у вигляді какодиловокислого натрію для підшкірного впорскування. Дуже корисно в складних випадках відгодовування (Mastkur) у санаторії.

При ентероптозі — відповідний бинт.

При істеричній диспепсії, крім зміцнювальних засобів, бромідів і препаратів валеріани, можна рекомендувати психотерапію. Рефлекторна або вторинна диспепсія лікується усуненням причин, що її викликають, тобто диспепсії печінкового походження — у Карлсбаді, Віші, Єсентуках, а також припарками і, нарешті, операцією жовчних каменів; при хронічних апендицитах лікування також оперативне; при грижах — накладання бандажа і також операція; при стражданнях жіночих статевих органів — відповідне гінекологічне лікування.

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 616.33-008.1 : 616.8-009.7

doi: 10.33149/vkr.2025.04.08

UA Функціональні диспепсії шлунка

В. П. Образцов

Статтю вперше опубліковано в 1924 р. як розділ монографії.

Образцов В. П. *Хвороби шлунка, кишок та очеревини.* За участю проф. А. З. Биліни, під ред. і з доповненнями проф. М. Д. Стражеска. Київ: Державне видавництво України; 1924. 64–69 с.

EN Functional dyspepsia of the stomach

V. P. Obratsov

The article was first published in 1924 as a chapter of the monograph.

Obratsov V. P. *Diseases of the stomach, intestines and peritoneum.* With the participation of prof. A. Z. Bylina, edited and supplemented by prof. M. D. Strazhesko. Kyiv: State Publishing House of Ukraine; 1924. 64–69 p.