

Про ентероптоз

В. П. Образцов

Статтю опубліковано у книзі: Образцовъ В. П. Къ физическому исследованию желудочно-кишечнаго канала и сердца. Київ: Видавнича комісія студ. мед. і медич., 1915: 109–118.

Публікація класичних праць — це не лише данина поваги історії, але й спосіб побачити сучасну медицину у глибокій перспективі її розвитку. Статтю професора В. П. Образцова «Про ентероптоз», вперше було опубліковано у 1915 р., це один з таких рідкісних текстів, де можна простежити, як з клінічного спостереження народжується метод, а з методу — нове розуміння людського тіла.

Професор В. П. Образцов — не просто видатний клініцист, він творець вітчизняної школи фізикального дослідження. Його здатність «бачити руками» та подумки реконструювати внутрішні процеси організму зробила пальпацію не просто допоміжним, а провідним діагностичним інструментом. Саме у цій статті закладено основи клінічного підходу до розуміння положення та функції кишківника, які залишаються актуальними більш ніж через століття.

Сьогодні, в епоху високотехнологічної візуалізації, читання праць професора В. П. Образцова нагадує про головне: клінічне мислення починається не з екрана томографа, а зі спостереження, аналізу та осмислення. Його критика теорії Гленара, побудована на власних пальпаторних дослідженнях, демонструє приклад наукової чесності та інтелектуальної сміливості: вміння не лише піддати сумніву, а й довести.

У тексті, написаному понад сто років тому, сучасні лікарі знайдуть живий приклад клінічної логіки, точності опису та справжнього наукового діалогу. І, можливо, знову відчують те натхнення, з якого починається справжня Медицина.

Вчення Гленара¹ про ентероптоз ґрунтується на тому припущенні, що за постійного звуження кишкового каналу знижується тиск у черевній порожнині, внаслідок чого опускаються черевні органи. За нормальних умов роздуті газами кишки є головною силою, що утримує черевні органи в їх положенні. Але як тільки знижується напруга кишок і кишковий канал звужується, питома вага черевних органів збільшується, і вони зісковзують униз. Причину звуження кишок слід шукати в механічних перешкодах і, головним чином, у перегибах кишок, які заважають подальшому просуванню шлунково-кишкового вмісту.

Прогресивне зменшення кишкового вмісту поступово призводить до того, що інтестинальний

тракт набуває характеру голодної кишки, причому відомі відділи товстої кишки, спадаючись і скорочуючись, можуть промацуватися у вигляді щільних шнурів, поперечна ободова кишка — у вигляді «кишкової струни», а сигмоподібна кишка — у вигляді S-подібного циліндра, отже, виявляють нові властивості, характерні для ентероптозу. За будь-яких інших умов, як нормальних, так і патологічних, за винятком, звичайно, ентероптозу, товсті кишки для пальпації недоступні. У подальшому своєму розвитку, внаслідок утворення різних перешкод для проходження шлунково-кишкового вмісту, ентероптоз призводить до цілої низки диспептичних явищ, які зазвичай приймаються за нервові: за диспепсією слідує голодування і виснаження, за зниженням внутрішньочеревного тиску йде ненормальна рухливість черевних органів і неврастенія і т. д.

Таким є вчення Гленара про ентероптоз, вчення, яке, здавалося б, блискуче пояснює всю масу клінічних фактів на підставі фізіолого-механічних законів. Проти цієї теорії дуже скоро вже було зроблено низку заперечень, які зводилися до того, що ентероптоз є наслідком успадкованої або набутої слабкості тканин і особливо зв'язок, що утримують черевні органи (ми не маємо тут на увазі ослаблення черевного преса після повторної вагітності). Уже на підставі знаходження при ентероптозі зміщеної нирки у дітей та десятого блукаючого ребра у жінок можна припустити, що ентероптоз є наслідком схильності та будови черевних органів. Оскаржувалося також і виникнення неврастенії залежно від ентероптозу, стверджувалося, навпаки, що неврастенія передуює останньому (Шарко, Бувере). Але всім цим запереченням не вистачало почасти принаймні необхідної доказовості, оскільки критики не були озброєні всіма методами дослідження, на які спиралася теорія Гленара. Оскільки товста кишка і досі ще всюди вважається недоступною для пальпації, а вчення про ентероптоз, головним чином, ґрунтується на пальпації кишок, то, природно, всі заперечення проти Гленара носили теоретичний, спекулятивний характер. Під час обговорення вчення Гленара необхідно перш за все вирішити основні питання про нормальні властивості кишок і, що особливо важливо, про їх нормальне положення та калібр.

І ось саме в цьому відношенні теорія Гленара має величезне значення, оскільки вона вперше виходить з можливості промацування кишок і вводить у клініку новий метод дослідження — метод, який

¹ F. Glénard. Application de la méthode naturelle à l'analyse de la dyspepsie nerveuse. Détermination d'une espèce. De l'Entéroptose. Communic. à la Soc. méd. de Lyon et Lyon médical, mars-avril 1885.

у поєднанні з перкусією покликаний відіграти таку ж важливу роль у дослідженні кишкового каналу, як перкусія та аускультация в дослідженні грудних органів. Наприкінці 1886 р., отже, пізніше за Гленара, але абсолютно незалежно від нього, почав проводити пальпацію кишок і я. Перш ніж промацати вперше поперечну ободову кишку, я, як і Гленар, займався питанням про блукаючу нирку, питанням, яке привернуло увагу мого вчителя С. П. Боткіна. Але ми йшли різними шляхами: у Гленара пальпація кишок нерозривно пов'язана з ентероптозом, поза ентероптозом для нього пальпація як метод дослідження не існувала. Навпаки, я, навчившись пальпувати кишки, звернувся до вивчення їх, тобто до більш точного визначення їх положення, діаметра, властивостей стінок, вмісту і т. д., і ось на підставі цих досліджень я дійшов цілої низки висновків, які не зовсім схожі на висновки Гленара щодо ентероптозу і, крім того, охоплюють набагато більшу галузь знань, ніж ентероптоз. Перш за все на підставі свого власного досвіду я можу позитивно стверджувати, що товста кишка промацується не лише при ентероптозі, а й при багатьох інших хворобах, що не мають нічого спільного з ентероптозом, далі, вона може бути виявлена і промацана не лише у вигляді щільного шнура, а й у різних інших формах, наприклад, у вигляді трубки, наповненої газами та рідиною. Що ж стосується, зокрема, ентероптозу, то можна сказати, що схема нормального положення кишок, накреслена Гленаром згідно з вказівками описової анатомії, відповідає не нормальному, а по смертно зміненому, отже, патологічно здутому кишково-кишковому каналу. Прикладом таких патологічно змінених кишок може слугувати кишковий канал при черевному тифі. На підставі своїх подальших пальпаторних досліджень я далі можу стверджувати, що за нормальних умов, тобто у людей, які не страждають на диспептичні явища, товста кишка за своїм положенням та об'ємом швидше наближується до схеми, яку Гленар вважає патологічною і характерною для ентероптозу. А саме, найчастіше я знаходив сліпу кишку 4–5 см у діаметрі, поперечну ободову — 3–4 см і сигмоподібну — 2–3 см. Необхідно також визнати, що сигмоподібна кишка в нормі більш-менш скорочена і що, навпаки, є ненормальною, якщо вона у не особливо гладких суб'єктів не промацується. Далі я виявив, що Гленар не цілком ще довів, що його кишкова струна є справді поперечна ободова кишка. Ця кишкова струна справді нерідко при гастроптозі знаходиться вище пупка і при цьому має всі ті характерні ознаки, які приписував їй Гленар у своїй першій роботі про ентероптоз. Але це є не поперечна ободова кишка, а іноді промацуваний при гастроптозі воротар шлунка разом з антральним відділом. Насправді в усіх цих випадках поперечна ободова кишка, що варіює у своєму калібрі, знаходиться на 2–8 см нижче пупка, де вона також буває доступна для пальпації. Крім того, за нормальних умов поперечна ободова кишка не лежить перед шлунком, як це багато хто стверджує. Виняток становлять лише відомі випадки непрохідності кишок і дифузного перитоніту, за яких стискається шлунок

і значною мірою зменшується його об'єм внаслідок прогресуючого розвитку кишкового метеоризму.

Я не можу погодитися з твердженням Гленара, що при гастроптозі, тобто за таких відношень, за яких нижня межа шлунка знаходиться на рівні пупка або нижче нього, кишкова струна промацується, однак, вище пупка і лежить, отже, позаду шлунка. Щоправда, на секційному столі внаслідок посмертних змін поперечна ободова кишка нерідко лежить позаду шлунка, але у живих при клінічному дослідженні вона завжди лежить нижче нього, безпосередньо межуючи з великою кривиною шлунка. Винятком із цього, окрім випадків зрощення товстої кишки з черевною стінкою і тонкою кишкою, — явище досить часте при злипному перитоніті — є зміщення поперечної ободової кишки від великої кривини шлунка, що спостерігається у сильно виснажених суб'єктів із човноподібно втягнутими черевними покривами, наприклад, при стриктурі кардіального відділу шлунка. Я згадую тут про цей патологічний стан поперечної ободової кишки, щоб дещо критично поставитися до думки Гленара про значення шлунково-кишкової зв'язки як причини звуження поперечної ободової кишки при ентероптозі. Особливо ясно мало б виступити значення цієї зв'язки при значному відстоянні поперечної ободової кишки від великої кривини шлунка, що я спостерігав при стриктурі кардіального відділу. (Велика кривина на 8 см вище пупка, а поперечна ободова кишка на 3–6 см нижче пупка). Проте підняття вгору частини поперечної ободової кишки відповідно шлунково-кишковій зв'язці я не міг спостерігати, так само не міг знайти і відмінності у калібрі правого та лівого відділу поперечної ободової кишки. Взагалі я в жодному разі, за винятком, звичайно, випадків органічних стриктур кишки, не міг довести більш-менш постійної відмінності у калібрі правого та лівого відділів поперечної ободової кишки.

Після цих коротких критичних зауважень я можу перейти тепер до своєї власної теми. Навряд чи хтось сумніватиметься в тому, що ентероптоз існує насправді. Усі згодні також і з тим, що Гленар першим почав розглядати зміщення черевних органів із загального погляду. Ще раніше, ніж я познайомився з теорією Гленара про ентероптоз, я вважав за можливе пояснити зміщення черевних органів із загального погляду і вважав, та й тепер вважаю, за необхідне шукати цю вихідну точку зору де-небудь в іншому місці, а не там, де її знаходить Гленар.

Теорія ентероптозу передбачає точне знання нормального положення черевних органів. Положення нижньої межі шлунка я намагався вивчити якомога докладніше. Обравши цей пункт своїм базисом, я хотів би повідомити тепер високоповажному зібранню результати своїх досліджень про ентероптоз.

Де лежить в нормі нижня межа шлунка? На 2–4 см вище пупка, — читаємо ми у багатьох підручниках останнього часу. Це можу підтвердити і я на підставі своїх досліджень, які я проводив за допомогою перкуторної пальпації та перкусії шлунка при положенні хворого на спині та помірному наповненні шлунка. У жінок ця межа 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 стоїть на 1–2 см нижче, при порожньому — на 1–2 см вище. Навпаки, за патологічних умов велика кривина шлунка пере-сувається в дуже широких розмірах.

Крім випадків опущення нижньої межі шлунка при плевриті, емфіземі, пневмотораксі і т. д., а так само випадків її патологічного підняття, як це буває при метеоризмі різного походження, перитоніті, асциті, при великих пухлинах живота, вагітності і т. д., необхідно ще згадати про один фактор величезної важливості — саме *про стан харчування. Нижня межа шлунка лежить тим вище, чим краща загальна вгодованість, і тим нижче, чим вона гірша.* Яким же чином впливає вгодованість на положення нижньої межі шлунка? Під вгодованістю ми розуміємо наявність відомого запасу жиру в організмі, у його підшкірних, міжм'язових, підсерозних тканинах і т. д. І в черевній порожнині ми також знаходимо відомі скупчення жиру в жировій капсулі нирок, брижі, сальнику, у малому тазі і т. д. Скупчення жиру в черевній порожнині діє як стороння речовина, що заповнює черевну порожнину, отже, до певної міри є подібним до скупчення рідини при асциті. Живіт розширюється при цьому однаково в усіх напрямках, причому розширення його у вертикальному діаметрі, що відбувається внаслідок підняття діафрагми, обумовлює і підняття нижньої межі шлунка; остання лежить іноді на 8–12 см вище рівня пупка.

Разом зі шлунком піднімаються, звичайно, й інші органи, що лежать близько до діафрагми, як, наприклад, печінка, поперечна ободова кишка, петлі тонкої кишки і т. д. Таким чином, це буде *підняття черевних органів.* При об'єктивному дослідженні ми знаходимо в таких випадках напружені черевні стінки, широкий нижній грудний отвір, епігастрій, що випинається, який не дає при перкусії печінкової тупості і в якому тимпанічний тон шлунка визначається безпосередньо біля мечоподібного відростка. На правій реберній дузі по сосковій лінії лежить пояс 2–4–6 см шириною, що дає також тимпанічний тон. Суб'єктивними симптомами у цих випадках є тиск у підложечній ділянці, особливо після прийняття їжі, відрижка, печія, утруднення дихання і т. д. Ця хвороба відповідає, як мені здається, перш за все тому, що раніше розуміли під назвою *plethora abdominalis.* Я думаю, що остання може відповідати щойно описаному симптомокомплексу, який викликається великим скупченням жиру в черевній порожнині. Зрозуміло, що підняття черевних органів при плеторі не може статися без підвищення внутрішньочеревного тиску. Зовсім інша картина — при зниженні загального живлення організму. Зі зникненням жиру в підшкірній і міжм'язовій клітковині він зникає також і в черевній порожнині, *вміст черевної порожнини зменшується, внутрішньочеревний тиск знижується, черевні органи представляються великої питомої ваги, як у просторі, наповненому розрідженим середовищем, і опускаються вниз.* Утворюється ентероптоз! З попереднього видно, що

ентероптоз і plethora abdominalis — два антиноди, два протилежні полюси, що перебувають у залежності від стану харчування. Чи існує при цих діаметрально протилежних станах відмінність у калібрі кишки? Важко дати точну відповідь, оскільки пальпація кишок при plethora abdominalis утруднена високою мірою. Єдиний відділ, який іноді вдається промацати, це сигмоподібна кишка. Остання за хорошого стану харчування є товстішою, ніж за поганого, але цю відмінність може бути також віднесено і на рахунок різниці в кількості їжі, споживаної хворим при цих протилежних станах. Саме при ентероптозі кількість їжі нерідко зводиться до мінімуму, 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 розлад його іннервації — з іншого.*

Типом такої зміни мускулатури черевного преса може слугувати *відвислий живіт*, що утворюється після повторної вагітності і супроводжується ентероптозом. До цієї ж категорії відноситься також і недостатність черевного преса, що виникає у дуже огрядних суб'єктів, які страждають на анемічну форму ожиріння.

Найчастішою формою розладу іннервації черевного преса є неврастенія.

Розлад іннервації виражається іноді в *патологічному підвищенні* тону черевного преса. У таких випадках скоротливі м'язи черевного преса зсувають черевні органи вгору, як це буває при менінгіті. Подібне зсування черевних органів вгору внаслідок підвищення тону черевних м'язів відбувається також і в тих випадках, коли тканини тіла представляються надзвичайно сухими після великої втрати води (холера) або внаслідок порушення всмоктування рідин (стриктура кардіального або пілоричного відділів шлунка).

Порушення іннервації черевного преса значно частіше виражається в *зниженні тону черевних м'язів* і пов'язаному з ним падінні внутрішньочеревного тиску та ентероптозі. Сюди належать випадки справжнього *тривалого ентероптозу*, хворі цієї групи найчастіше скаржаться на нервову диспепсію. Тимчасовий ентероптоз, як це буває у разі сильного виснаження після перенесеного гострого захворювання, *не викликає явищ нервової диспепсії.* При справжньому ентероптозі, крім опускання черевних органів і розладу загального харчування, дефекти іннервації черевних м'язів найчастіше поєднуються з ненормальною анатомічною структурою останніх. У цих моментах, цілком ймовірно, і слід шукати підґрунтя, чому *неврастенія дуже часто супроводжується ентероптозом*, причому останній підтримує неврастенію і значною мірою погіршує стан хворого. Ентероптоз при неврастенії нерідко супроводжується також і *опусканням діафрагми.* Таке опускання часто буває у чоловіків-неврастеніків. Характерним симптомом низького стояння діафрагми може слугувати епігастральна пульсація, що спостерігається при вертикальному положенні хворого

в підложечній ділянці (отже, епігастральна пульсація серцева, а не аортальна!). Часто при цьому не вдається виявити ані найменшого сліду емфіземи легень. За наявності цього феномена верхня межа серцевої тупості, зведена до мінімуму (як і при емфіземі), знаходиться на 5-му, а печінкова тупість по правій сосковій лінії — на 7-му ребрі. Ця епігастральна пульсація, яку я знаю і спостерігаю вже 3–4 роки, є для мене такою ж безсумнівною об'єктивною ознакою неврастенії, як для Штіллера відкрите ним у жінок вільне десяте ребро. У жінок епігастральна пульсація спостерігається рідко, оскільки у них діафрагма стоїть вище, ніж у чоловіків.

Останнім часом на своєму амбулаторному прийомі я досліджував висоту стояння діафрагми у 500 чоловіків і стільки ж жінок, причому верхню межу серцевої тупості я визначав на лінії, що лежить між грудинною та пригрудинною лініями, а печінкову тупість на правій сосковій лінії. Серцева тупість починалася в 3-му, а печінкова — в 5-му міжреберному проміжку у 17 чоловіків (3,4%) і 59 жінок (11,8%); серцева на 4-му, а печінкова на 6-му ребрі — у 113 чоловіків (22,6%) і 312 жінок (62,4%); серцева тупість у 4-му і печінкова тупість у 6-му проміжку — у 174 чоловіків (34,8%) і 98 жінок (19,5%); серцева тупість на 5-му, а печінкова на 7-му ребрі — у 185 чоловіків (37%) і у 31 жінки (6,2%) і, нарешті, серцева тупість починалася в 5-му міжреберному проміжку, а печінкова в 7-му — у 11 чоловіків (2,2%); у жінок же такого низького стояння діафрагми я не спостерігав у жодному випадку. З досліджених 1000 хворих епігастральну пульсацію виявили 113 чоловіків (22,6%) і лише 20 жінок (4%). Випадки із серцевими захворюваннями та плевритами виключено. Причина такого парадоксального явища, парадоксального тому, що ентероптоз зустрічається набагато частіше у жінок, ніж у чоловіків, полягає, цілком імовірно, у дії корсета. Корсет надає черевній порожнині жінки форми пісочного годинника з перетяжкою на рівні останнього ребра (Бувере, Флейнер та ін.) і обумовлює високе стояння діафрагми. Не можна також не

вказати на інше припущення, саме, що високе стояння діафрагми у жінок — фізіологічна особливість жіночого організму — має своїм призначенням збільшити під час вагітності здатність якомога більшого розтягування черевної порожнини. Значне звуження нижнього отвору грудної клітки у жінок жодним чином не перешкоджає зміщенню нирок, селезінки, печінки та шлунка, причому обидва останні органи за високого стояння діафрагми можуть набувати під час свого опускання вертикального положення.

Чи буває *природжений ентероптоз*? *Навряд чи.* Найбільш легко помітною ознакою ентероптозу є зміщення нирок. Але таке зміщення у дітей віком до 10 років зустрічається надзвичайно рідко, так само і знаходження межі шлунка нижче пупка належить у цьому віці до великих рідкостей. Таким чином, якщо ми спостерігаємо опускання черевних органів у дітей з поганим харчуванням віком до 10 років, то повного розвитку ентероптозу в його вираженій формі ми можемо зазвичай очікувати лише до часу статевого дозрівання або через деякий час потому.

Кілька слів ще про терапію ентероптозу. Лікування ентероптозу ґрунтується на наступному принципі. Якщо при лікуванні *plethora abdominalis* користуються голодною дієтою, рухом, проносними мінеральними водами і викликають потовиділення, то при ентероптозі, навпаки, перш за все застосовують посилене годування. Відповідний пояс також приносить суттєве полегшення, особливо при обвислому животі. Не слід залишати без уваги і лікування неврастенії.

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 616.34-007.42

doi: 10.33149/vkp.2026.01.08

UA Про ентероптоз

В. П. Образцов

Статтю опубліковано в книзі: Образцов В. П. Къ физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца. Київ: Видавнича комісія студ. мед. і медич.; 1915: 109–118.

EN About enteroptosis

V. P. Obratsov

The article was published in the book: Obratsov V. P. To the physical study of the gastrointestinal channel and the heart. Kyiv: Students publisher committee; 1915: 109–118.