

В.П. Образцов

ЩОДО ЗАГАЛЬНОЇ СИМПТОМАТОЛОГІЇ ЕНТЕРИТІВ І КОЛІТІВ*

Симптоми запальних уражень слизової оболонки тонких і товстих кишок у такій мірі різняться між собою, що обидва ці захворювання слід розглядати окремо та дати їм різні найменування, за цього *запальне ураження тонкого кишківника слід називати ентеритами, а запалення товстого — колітами.*

Зразковими клінічними проявами гострих ентеритів ми можемо вважати явища із безсумнівною локалізацією в тонких кишках, що цілком вивчені як із патологоанатомічного, так і з клінічного боку, наприклад при холері та черевному тифі. Явища ці поділяються, з одного боку, на явища суб'єктивні, про які говорить сам хворий, і з іншого — об'єктивні, які ми отримуємо при дослідженні хворого за допомогою фізичних методів.

Суб'єктивними симптомами, що відносяться безпосередньо до кишкового каналу за ентеритів, які перебігають особливо гостро, є такі: насамперед хворий починає відчувати свій власний живіт, в якому відбувається рух, що супроводжується відчуттям переливання рідини разом із газами (borborigmi). І рух, і переливання поступово збільшуються, потім з'являється спазм, який іноді супроводжується болем; за спазмом відразу ж слідує позив до випорожнення і, нарешті, більш-менш рідкий стілець, зафарбований жовчу. Одним стільцем зазвичай справа не обмежується; рух і переливання в кишках продовжуються, знову з'являється спазм, що супроводжується гучним бурчанням, і знову рясний рідкий стілець, зафарбований жовчу. При деяких ентеритах, що супроводжуються колосальною трансудацією в тонкі кишки, як при cholera asiatica і, нерідко, nostras, випорожнення поступово втрачають жовчне

забарвлення і мають абсолютно водянистий вигляд, що нагадує вид білого вина або рідкої сечі.

Розбираючи щойно описані суб'єктивні явища при ентеритах і залишаючи осторонь хімічний, мікроскопічний та бактеріологічний аналізи таких випорожнень, необхідно тільки зазначити, що ці випорожнення за своєю рідкою консистенцією цілком відповідають тому поняттю, яке виражається словом «діарея», яка є основним симптомом ураження тонких кишок. Діарейний стілець рідкий, у ньому багато води; він не містить видимого мікроскопічного слизу або містить його у вкрай незначних кількостях. Разом із діарейним стільцем при ентеритах повинні відзначити, також як притаманне явище негативного характеру, це або дуже слабо виражені болі в животі, або повна відсутність болю, що є знаменним суб'єктивним симптомом ентеритів. При черевному тифі, холері, літніх проносах тощо болі в животі відсутні або дуже слабкі.

Вищеописаній низці суб'єктивних симптомів відповідає ряд суворо визначених симптомів об'єктивних, які спостерігаються при фізичному дослідженні хворого. Насамперед при огляді хворого живіт може мати різні стадії здуття, хоча ентерит холерний в алгідному періоді перебігає без жодного видимого випинання черевних стінок. Зразком здуття живота при ентеритах може слугувати метеоризм при ентериті тифозному. При перкусії ми знаходимо в ділянці тонких кишок ясний тимпанічний звук, нерідко з металевим відтінком, особливо в правій клубовій ділянці, замість тупо-тимпанічного звуку при нормальному стані тонких кишок. Виняток знову становить ентерит холерний, що в алгідній стадії перебігає із тупо-тимпанічним звуком тонких кишок. Нарешті, за допомогою пальпації ми констатуємо найбільш важливий об'єктивний феномен при ентеритах — це бурчання, яке отримуємо найчастіше в правій клубовій впадині в петлях тонких кишок, що розташовані в останній. У деяких випадках бурчання може бути виявлено при пальпації усієї ділянки тонких кишок, як це буває іноді при cholera nostras, черевному тифі тощо.

*У попередніх номерах журналу «Практикуючий лікар» (№ 2-4 за 2018-й та № 1-4 за 2019 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 «Щодо загальної симптоматології ентеритів і колітів» із монографії В.П. Образцова «К физическому исследованию желудочно-кишечного канала и сердца», К., 1915 рік. [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)].

Для товстого кишківника при ентеритах також є властивими характерні зміни. Перкуторно вони дають ясний тимпанічний звук, нерідко з металевим відтінком; головні ж дані про їх стан ми отримуємо за допомогою пальпації, яка дозволяє виявити *розширення всього colon до 5-8 см у діаметрі* та викликає у *всьому colon гучне бурчання*. Col. transversum, також розтягнутий, зазвичай унаслідок метеоризму тонких кишок піднятий; унаслідок його підняття печінкова тупість зменшується, і права реберна дуга при перкусії дає тимпанічний звук на 1-3 пальці по правій сосковій лінії. S.-rospanum при загальному розширенні colі утворює омегаподібну петлю чи надлобковий простір. *Пальпація colі, як і петель тонких кишок, при ентеритах зазвичай нечутлива*, і тільки при тифі соесит, при глибокому натисканні, зазвичай болючий, на що існують спеціальні для цієї хвороби причини, що криються в її патологоанатомічній локалізації не тільки в intestinum ileum, а й в соесит*. Colon при ентеритах пальпаторно досить легко диференціюється і виявляється у вигляді злегка напруженого циліндра. Виняток становить colon при cholera asiatica в алгідному періоді, де ні соесит, ні s.-rospanum не визначаються у вигляді циліндрів, по їх же ходу в обох клубових впадинах лише за пальпації отримуємо досить гучне бурчання. Тільки за одужання, або в тифоїд colon при холері починає промацуватися, у вигляді досить напруженої трубки, яка видає бурчання.

Аналіз щойно описаних об'єктивних змін у кишковому каналі при ентеритах труднощів не становить. Запальні процеси в тонких кишках перебігають разом із превеликим збільшенням бродильних процесів і відповідним збільшенням числа мікробів, кількість яких у тонких кишках, особливо у верхніх їх відділах, при нормальних умовах є мізерною (Nencki, Escherich); при цьому настає і відповідне збільшення газів, з яких деякі, наприклад вуглекислота, сірководень тощо, викликають посилену кишкову перистальтику. З іншого боку, при запаленні тонкого кишківника разом із гіперемією слизової оболонки в останній відбувається посилення роботи ліберкюнових залоз із яскравим виділенням рідкого субстрату в порожнину кишок. Кашкоподібний хімуз, що містить мало газів, набуває, таким чином, зовсім інших властивостей: він поступово розріджується і в нижньому відділі ilei стає абсолютно рідким; водночас кількість газів у тонких кишках різко збільшується. Звідси, при об'єктивному дослідженні видиме при огляді випинання ділянки тонких кишок, заміна нормального тупо-тимпанічного звуку

* Виняток також становить інфільтрований ileum при тифі, який при пальпації є болючим.

при перкусії тонких кишок на ясно-тимпанічний при ентеритах і, нарешті, головний об'єктивний симптом ентеритів — бурчання при пальпації в правій клубовій впадині, у петлях ilei, розташованих відразу ж нижче від соесі.

Нескладно пояснити об'єктивні зміни і в товстих кишках, які спостерігаються при ентеритах. Водянистий вміст тонких кишок разом із масою газів вливається в товстий кишківник, розріджує наявні в colon здатні до поступового загусання, кашкоподібні калові маси, виносить їх із собою при перших же двох-трьох випорожненнях, і далі вже ентеритичний стілець являє собою тільки вміст тонких кишок, іноді тільки вміст нижнього відділу тонкого кишківника, навіть без забарвлення їх жовцю, тобто являє собою чистий succus entericus, як це буває при холері (Conheim).

Товсті кишки при ентеритах відіграють абсолютно пасивну роль і беруть участь лише своїм м'язовим шаром, що розвиває посилену перистальтику, частково під впливом механічного розтягування і частково під впливом газів; слизова ж colі залишається без змін. *Colon при ентеритах розтягується зверху за рахунок рідин і газів, що вливаються в нього з тонких кишок, точно таким самим чином, як він розтягується знизу рідинами, що вводяться за допомогою клізм*. Таким є основне співвідношення товстого кишківника до ентеритів, хоча, звичайно, всякий ентерит, при більш-менш тривалому перебігу, може викликати, врешті-решт, зміни і в товстих кишках; так, наприклад, холерний вміст, проходячи по товстих кишках, іноді викликає в них більш або менш глибоке омертвіння слизової оболонки.

Викладеними умовами пасивної ролі товстих кишок при ентеритах пояснюються їх фізичні властивості. Товсті кишки при ентеритах розтягнуті рідиною і газами, звідси збільшення їх калібру до 5-8 см, звідси тимпанічний звук, нерідко з металевим відтінком, при їх перкусії та звідси гучне бурчання при їх пальпації за повної відсутності болючості в них.

Резюмуючи все сказане щодо головних симптомів ентеритів, ми повинні визнати, що головним *суб'єктивним симптомом є безболісний рідкий стілець, безболісна діарея*, головним же *об'єктивним — бурчання*, що отримується при пальпації тонких resp. і товстих кишок.

При зворотному розвитку гострих ентеритів, наприклад при одужанні від холери, ми бачимо перехід до нормального стану передусім у нижньому відділі товстих кишок. Насамперед s.-rospanum починає промацуватися у вигляді нормального, товщиною з великий палець, шнурка, що не дає при пальпації бурчання, потім бурчання зникає в colon transversum, і вже, нарешті, зникає гучне бурчання в соесит, за-

звичай разом зі зникненням бурчання в петлях ilei, розташованих у правій fossa iliaca.

Симптоми хронічних ентеритів, суб'єктивні та об'єктивні, по суті, такі самі, що й при *гострих ентеритах*. Різниця тільки в ступені інтенсивності нападів і явищ, а отже, різниця *кількісна, але не якісна*. І за хронічних ентеритів головним суб'єктивним симптомом буде безболісний рідкий стілець, безболісна діарея, але різниця, порівняно з гострим ентеритом, буде така, що рідкий стілець буває тут не щогодини або кожні півгодини, як при азіатській холері, а два-три рази на добу, а в деяких випадках раз на добу і, нарешті, нерідко раз у дві доби. Але він зберігає при цьому свої основні властивості, він є стільцем *діарейним, рідким, безболісним*. Іноді ентеричний вміст надходить у товсті кишки в настільки незначній кількості, що рідкі частини його встигають всмоктатися в них, і хворий при хронічному ентериті може мати нормальний стілець, який змінюється рідким за будь-якого, часто й незначного, порушення дієти, зміни способу життя тощо.

Об'єктивними симптомами хронічних ентеритів є такі самі об'єктивні явища, що й при гострих; те саме здуття тонких кишок, той самий тимпанічний звук при їх перкусії та, нарешті, головне — те саме бурчання в петлях тонких кишок, розташованих у правій клубовій впадині. Товсті кишки при хронічних ентеритах будуть також розтягнутими і давати бурчання при пальпації, але як у тонких, так і в товстих кишках інтенсивність явищ буде вельми різноманітною. Найголовніший симптом ентеритів — бурчання в петлях ilei може бути виражений досить слабо і не завжди може бути викликаний пальпацією; з іншого боку, при всмоктуванні рідкого вмісту в товстих кишках s.-romantum може бути скороченим, як при нормальному стані; але що з об'єктивних явищ при хронічних ентеритах залишається більш стійким і постійним — це гучне бурчання в соесит, яке можна отримати при слабко виражених ентеритах тоді, коли бурчання в петлях ilei не викликається. За пальпації, яка дає бурчання, зазвичай соесит виявляється розтягнутим і майже безболісним. У цьому випадку бурчання в соесит може бути єдиним симптомом наявного ураження тонкого кишківника, адже суб'єктивний симптом ентериту — рідкий стілець може, як зазначено вище, бути відсутній. Звідси ми бачимо, що при запальних захворюваннях тонкого кишківника ми можемо зустрітися з такою ж невідповідністю суб'єктивних і об'єктивних симптомів, з якими ми іноді зустрічаємося при захворюваннях, наприклад, дихальних шляхів, де ми можемо знайти в них при об'єктивному дослідженні хрипи і, отже, розпізнати бронхіт, без виділення мокроты і без кашлю.

Клінічна симптоматологія колітів або запальних уражень слизової оболонки *товстого кишківника* являє собою картину абсолютно відмінну від картини ентеритів. Зразками клінічних явищ при колітах ми можемо взяти явища при двох гострих формах колітів; із них одна часто трапляється, добре вивчена і локалізується переважно в нижньому відділі товстих кишок, це *дизентеричний коліт*; інша форма, яка трапляється рідше і, наскільки я можу судити за наявними в моєму розпорядженні літературними даними, ще не описана — це *гострий коліт*, що спостерігається частіше під час грипозних епідемій і локалізується переважно у верхніх відділах coli — *colitis gripposa*. У своїх крайніх проявах, тобто при локалізації процесу на різних полюсах coli, саме в соесит і в прямій кишці, ці дві форми — *typhlitis gripposa* і *proctitis dysenterica* — виявляють одну спільну рису — це різкий біль з одного боку в правій клубовій впадині, а з іншого боку — в anus, у rectum. Але, маючи багато спільного, ці форми різко відрізняються через відношення до стільця; при *грипозному тифліті* спостерігається, як правило, відсутність стільця за весь час перебігу хвороби; при *дизентеричному проктіті*, навпаки, постійний позив із виділенням щоразу незначної кількості серозно-слизистого ексудату, що зазвичай зафарбований кров'ю і не містить калових мас. Але ці крайнощі відносно стільця при грипозному тифліті і дизентеричному проктіті сходяться в тому випадку, якщо, з одного боку, грипозний процес захоплює не один typhlon, а поширюється на весь colon або принаймні на більшу його частину, а з іншого боку, якщо процес дизентеричний знизу піднімається вгору і займає весь colon або більшу частину його: і в першому, і в другому випадку ми отримаємо стілець з однаковими властивостями — *це рясний кашкоподібний стілець, в якому калові маси змішані з масою мікроскопічно видимого слизу і частково крові*. Це є стілець гострих колітів та їх головний суб'єктивний симптом.

Другий суб'єктивний симптом колітів такої ж важливості, як і перший, — це *самостійний біль*, що локалізується то в правій клубовій, то в anus при часткових колітах, або ж — при поширених колітах — по всьому животі, причому біль виразніше відчувається по ходу coli, іноді особливо різко в обох чи одній клубовій впадині, в обох hypochondrion тощо. Біль цей рідко стихає зовсім; зазвичай він відчувається більш-менш постійно і різко підсилюється перед стільцем і під час нього, а іноді також при глибокому вдиху.

Дані *об'єктивного фізичного дослідження* являють собою абсолютно визначену картину, що різко відрізняється від картини, яка спосте-

рігається при ентеритах. Дані ці ми отримуємо головним чином за допомогою *пальпації* і частково за допомогою *перкусії*. При грипозному тифліті соесит являє собою розтягнуту до 6-8 см у діаметрі напружену грушу, яка дає при перкусії ясний перкуторний звук та є надзвичайно болючою при пальпації і перкусії. Викликати в соесит бурчання при гострому тифліті не вдається саме через цю надзвичайну болісність. З іншого боку, при дизентерії, з локалізацією в нижньому відділі coli, s-gotamum за пальпації визначається у вигляді щільного, болючого, без бурчання каната, який при перкусії видає тупий звук. Але якщо ми відійдемо від цих крайніх точок і будемо досліджувати при гострому коліті, наприклад, colon transversum, то за його доступності, виявимо такий при пальпації у вигляді болючого з помірною щільністю циліндра шириною у два пальці з потовщеними стінками, який дає за перкусії приглушений тимпанічний звук.

Резюмуючи все, що було сказано нами про симптоми коліту, ми повинні вказати, як на основні суб'єктивні симптоми — *кашкоподібний слизистий стілець і болі в животі*, що посилюються при випорожненні; *об'єктивним ж симптомом є болючий, ущільнений, із потовщеними стінками, розширений colon*, що дає при натисканні незначне бурчання.

Симптоматологія *хронічних колітів* нам стане цілком зрозумілою, якщо ми визначимо одне загальне положення, що всі *хронічні ураження слизових оболонок загалом повторюють симптоми гострих уражень*; між симптомами гострих і хронічних уражень різниця в інтенсивності того чи іншого симптому, а отже, *різниця кількісна, але не якісна*. Виходячи з щойно зазначеного положення, нам не важко зрозуміти, що при різних локалізаціях запальних хронічних процесів у colon явища будуть так само різними, як вони є різними при гострих ураженнях:

усім їм, однак, властивий один загальний симптом — *це біль у colon*, зазвичай слабкий, але різко наростаючий перед стільцем, за локалізації хронічного процесу в більшій частині coli і особливо в нижніх його відділах, і постійний біль у правій клубовій впадині, при локалізації процесу в соесит. Біль при хронічних колітах є дещо слабшим за болі при колітах гострих. Отже, що стосується стільця, то при хронічних тифлітах відмічається така сама схильність до закріпів, як і при гострих тифлітах, і стілець при хронічних тифлітах нерідко викликається, як це буває і при гострих, тільки за допомогою проносних. При хронічних проктитах, навпаки, спостерігається прискорений позив, із виділенням незначних кількостей одного слизу, нерідко із затриманням калових мас; нарешті, при ураженні більшої частини coli зазвичай буде той самий, дещо прискорений, кашкоподібний стілець, із сильною домішкою слизу. При об'єктивному дослідженні ми також отримаємо при хронічному тифліті розтягнутий газами, болючий при пальпації соесит, а при поширеному коліті — colon буде потовщеним, болючим при пальпації, з потовщеними стінками та зі слабким бурчанням.

Одночасне захворювання тонких і товстих кишок (enterocolitis), як первинна недуга або така, що настає при поширенні запалення з товстих на тонкі кишки і навпаки, являє собою комбінації симптомів ентеритів і колітів. Найбільш частим суб'єктивним симптомом цих захворювань є *болісна діарея*, що змінюється нерідко слизистим стільцем. Об'єктивними симптомами ентероколітів будуть: тимпанічний звук тонких кишок; бурчання в петлях ilei, при пальпації останніх; гучне бурчання в соесит, що поєднується із болючістю при натисканні; і, нарешті, потовщений болісний colon, який виявляється то скороченим, то таким, що дає при пальпації виразне бурчання.