

7. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

При первичном осмотре больного необходимо уметь заподозрить наличие инфекционной патологии. Клиническое обследование инфекционного больного основывается на общих пропедевтических принципах, используемых в клинической практике внутренних болезней, но с некоторыми особенностями.

1. Общий осмотр больного. Указывают основные ведущие жалобы: повышение температуры тела, озноб, головная боль, боли в животе, жидкий стул и др. Симптомы должны быть охарактеризованы подробно с указанием интенсивности, локализации, периодичности возникновения.

Обращают внимание на общий внешний вид, оценивают тяжесть состояния, степень выраженности диспептических нарушений (тошноты, частоты рвоты), имеются ли нарушения периферической микроциркуляции (бледность, мраморность, цианоз кожных покровов), степень эластичности, влажности слизистых оболочек и кожи, степень потери массы тела, снижения тургора тканей и мышечного тонуса, снижение диуреза. Выявляют симптомы дыхательной и сердечной недостаточности.

При обследовании органов пищеварения обращают внимание на характерные симптомы: оценку участия живота в акте дыхания, наличие перистальтики кишечника, степень болезненности живота и ее локализация. Оценивают частоту и характер стула.

Имеет значение положение тела или поведение пациента (при перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки чаще всего пациент занимает положение на боку либо спине, прижимая руками болезненную область живота и сгибая в коленях ноги; при острых болях, обусловленных заболеваниями поджелудочной железы, пациент лежит на животе, подкладывая подушку и подтягивая под себя согнутые ноги; пассивное положение пациент принимает при гиповолемии) и др.

Осматривают кожные покровы: влажность, цвет (сухость, выраженная бледность, синюшность при гиповолемическом шоке).



Рис. 1. Обследование кожи брюшной стенки: а — кожа сухая, складчатая со снижением эластичности; б — нерасправляющиеся кожные складки, запавший живот

Тургор тканей (от лат. *turgor* — вздутие, наполненность, *turgere* — быть наполненным) обусловлен состоянием подкожной жировой клетчатки и мышц. При сдавлении большим и указательным пальцами складки из кожи и подлежащих тканей на внутренней поверхности плеча или бедра определяется ощущение сопротивления (рис. 1, а, б). В норме складка плотная, упругая и соответствует удовлетворительному тургору тканей.

Эластичность кожных покровов характеризует степень гиповолемии, о которой можно судить по времени расправления кожной складки. Кожу на тыльной поверхности кисти захватывают большим и указательными пальцами с образованием складки, после чего определяют скорость ее расправления. В норме кожная складка расправляется сразу, менее 1 с, при гиповолемии — от 1 до 2 с и более. Нормальная кожа должна обладать хорошим тургором, быть эластичной и плотной на ощупь. В пожилом возрасте у некоторых пациентов имеется относительная гиповолемия, тургор и эластичность кожи незначительно снижены и без гиповолемического синдрома.

При осмотре ротовой полости играют важную роль язык и слизистые оболочки: увеличение языка, наличие отпечатков зубов по его краям, местные изменения в виде глоссита, язв, афт, трещин и рубцов. Налет на языке может носить как локальный характер (у корня языка, по центру), так и быть сплошным. Как при многих инфекционных заболеваниях, так и при заболеваниях желудка, кишечника,

печени встречается изменение цвета налета от белого до черного. Имеет значение толщина налета:

- при остро протекающем заболевании налет тонкий;
- при хронических заболеваниях толстый;
- белый налет у корня свидетельствует о наличии ОКИ с вовлечением в процесс толстой и тонкой кишки;
- белесоватый налет в области средней трети может характеризовать заболевания двенадцатиперстной кишки;
- белый налет на задней трети языка проявляется при заболеваниях толстой кишки;
- темно-коричневый налет наблюдается при хронических заболеваниях ЖКТ, сопровождающихся обезвоживанием (рис. 2–10).

2. При **осмотре живота** обращают внимание на его форму: симметричный, асимметричный, втянутый или вздутый, наличие рубцов и стрий на передней брюшной стенке, расширение и извитость подкожных вен, наличие грыж белой линии живота и пупочного кольца, усиление перистальтики живота, а также участие живота в акте дыхания. Наличие равномерных или неравномерных выпячиваний

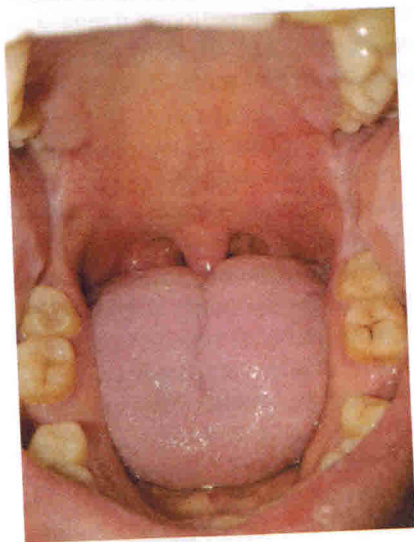


Рис. 2. Язык в норме: розовый, чистый, влажный, симметричный, с нормальными нитевидными сосочками

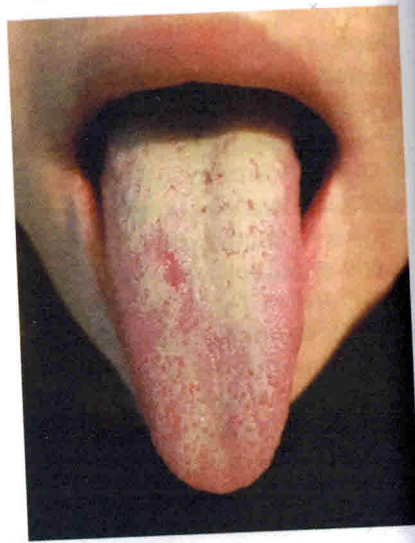


Рис. 3. Сухой язык с налетом белого цвета

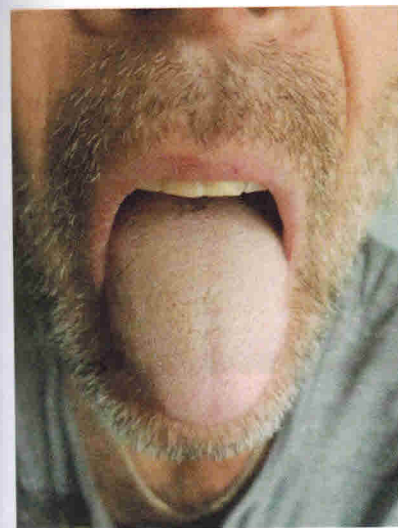


Рис. 4. Сухой язык с густым белым налетом



Рис. 5. Сухой язык, покрытый на всем протяжении плотным белым налетом

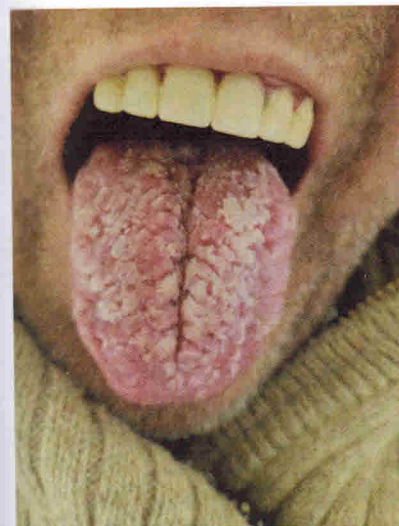


Рис. 6. Складчатый (скротальный) сухой язык

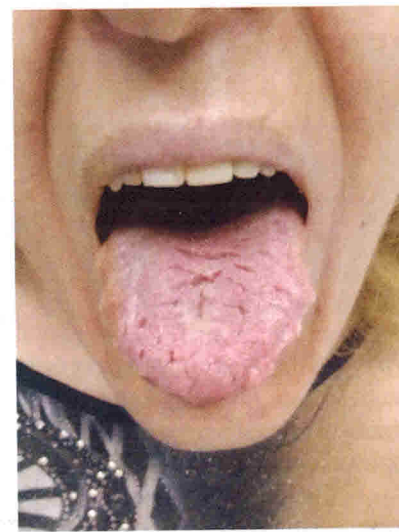


Рис. 7. Сухой язык с отпечатками зубов и поперечными складками



Рис. 8. «Географический» язык. Доброкачественный мигрирующий глоссит

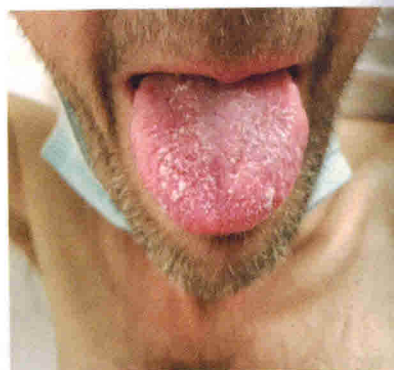


Рис. 9. Кандидоз языка

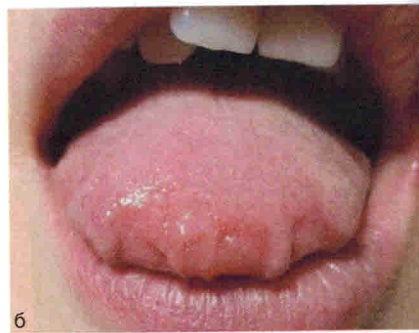


Рис. 10. Отпечатки зубов: а — на боковой поверхности языка; б — на кончике языка

требует исключения непроходимости кишечника или ущемления грыжи (рис. 11–14).

3. **Пальпация живота** (поверхностная, ориентировочная и глубокая, скользящая по Образцову–Стражеско) поверхностная (она же ориентировочная) помогает выявить локализацию боли и напряжение мышц брюшного пресса, расхождение прямых мышц живота,



Рис. 11. Запавший «ладьевидный» живот



Рис. 12. Вздутие живота с наличием стрий



Рис. 13. Гигантская пупочная грыжа

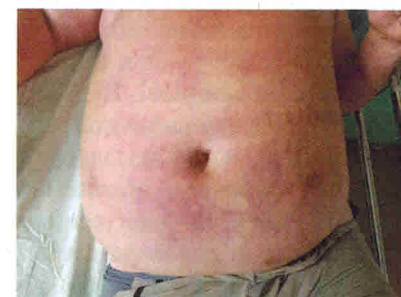


Рис. 14. Вздутие живота с наличием пятен темно-фиолетового цвета и стрий

увеличение внутренних органов или расположенных на поверхности объемных образований.

Техника проведения заключается в наложении руки специалиста ладонью на живот, производя пальпацию легким нажимом на брюшную стенку кончиками II, III, IV и V пальцев. Начинают с левой подвздошной области и далее переходят в правую подвздошную область, как бы проводя сравнительную пальпацию, последовательно перемещая руку выше на 3–4 см в симметричные участки живота слева и справа, определяя степень напряжения передней брюшной стенки, активную перистальтику или объемные образования.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову–Стражеско дает представление о состоянии органов брюшной полости. Пальпация проводится в несколько этапов. Накладывают кисть правой

10. ХРОНИЧЕСКАЯ ДИАРЕЯ

Диарея считается хронической, если ее продолжительность свыше 3 нед. Понятие хронической диареи включает также систематически обильный стул, масса которого превышает 300 г/сут. У людей, употребляющих пищу, богатую растительными волокнами, такая масса стула может быть в норме. Среди хронических диарей инфекционные поражения кишечника встречаются реже, однако большую роль играет трудность в их диагностике (туберкулез, сифилис кишечника).

Среди неинфекционных причин хронических диарей выделяют следующие.

- Неспецифические воспалительные процессы (энтерит, энтероколит, колит).
- Дисбактериоз кишечника.
- Аутоиммунные и идиопатические процессы (язвенный колит, болезнь Крона).
- Ферментопатии.
- Гипо- и асекреторные состояния при заболеваниях желудка.
- Эндокринная панкреатическая недостаточность.
- Заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, тиреотоксикоз, надпочечниковая недостаточность, гипопаратиреоз).
- Длительное применение лекарственных препаратов.
- Хронические интоксикации (соли тяжелых металлов, фосфорорганические соединения, этанол).
- Невротические реакции.

При отсутствии воспалительных изменений кишечника наиболее вероятной становится связь диареи с нарушением всасывания различной этиологии.

К воспалительным болезням тонкой кишки с известной этиологией относятся:

- острые кишечные инфекции;
- бактериальные пищевые отравления;
- острые токсические гастроэнтериты (отравления);
- аллергические гастроэнтериты;
- радиационный (лучевой) гастроэнтерит;
- туберкулез;
- сифилис;
- микозы тонкой кишки;
- болезни Уиппла, Флегмана.

11. ДИАРЕЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ

Основной причиной острой диареи являются инфекционные заболевания. А.Ф. Билибин отнес диарею с патологическим стулом к индикаторным признакам инфекционного заболевания. Диарея является типичным клиническим проявлением кишечных инфекций. В случае инфекционной патологии диарея может быть вызвана следующими агентами.

• Бактериальными:

- семейство *Enterobacteriaceae*: род *Esherichia*, *Shigella*, *Salmonella*, *Citrobacter*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Hafnia*, *Proteus*, *Serratia*, *Yersinia*, *Edwardsiella*, *Erwinia*;
- семейство *Micrococcaceae*: род *Staphillococcus*;
- семейство *Bacillaceae*: род *Clostridium*;
- семейство *Lactobacillaceae*: род *Streptococcus*;
- семейство *Pseudomonadaceae*: род *Pseudomonas*;
- семейство *Vibrionaceae*: род *Vibrio*;
- семейство *Spoirallaceae*: род *Campillobacter*.

• **Вирусными:** семейство *Reoviridae* (ротавирус); *Noraviridae* (вирус *Norwalk*, агент *Snow-mountain*); *Picornaviridae* (энтеровирусы Коксаки и ECHO¹, астровирусы).

• **Протозойными:** *Entamoeba histolytica*, *Balantidium coli*, *Lambliа intestinalis*, *Cryptosporidium*, *Isospora hominis*. У детей и лиц с иммунодефицитом (инфекция, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция), и др.) среди микроорганизмов лидирующее место по частоте встречаемости представлено простейшими: криптоспоридиями и изоспорами. Представители грибковой флоры также являются причиной развития диареи у больных ВИЧ-инфекцией.

Диагностика ОКИ проводится с учетом их эпидемиологических особенностей. По источнику инфекции эти заболевания могут отно-

¹ ECHO (от англ. Enteric Cytopathogenic Human Orphans) — класс энтеровирусов, дословный перевод — кишечные цитопатогенные вирусы-сиротки человека.

ситься к антропонозам (источник — больной или носитель), зоонозам (источник — животные) и сапронозам (источник — почва). В ряде случаев источником инфекции могут служить как животные, так и люди, в таких случаях говорят о зооантропонозах. К антропонозам относятся шигеллезы, эшерихиозы, стафилококкоз, вирусные диареи, амебиаз, лямблиоз, изоспориоз; к зооантропонозам — сальмонеллез, кампилобактериоз, криптоспориоз, балантидиаз, к сапронозам и сапрозоонозам — холера, клостридиоз, псевдомоноз, клебсиеллез, энтеробактериоз, псевдотуберкулез, кишечный иерсиниоз.

Механизм передачи ОКИ фекально-оральный, но при некоторых вирусных кишечных инфекциях (ротавирусный гастроэнтерит, норовирусная инфекция) возможен и аспирационный. Факторами передачи инфекции могут быть контаминированные возбудителями продукты питания, вода, несколько реже — грязные руки и предметы обихода. Для того чтобы развилось заболевание, необходимо накопление определенной микробной массы, чаще всего достаточно большой (что имеет место при пищевом и водном путях передачи), однако при некоторых шигеллезах и сальмонеллезах инфицирующая доза невелика, и тогда возможна передача возбудителя с грязными руками и предметами обихода (посуда, столовые приборы, у детей — игрушки). Заболеваемость ОКИ может носить как спорадический, так групповой и вспышечный характер. Чаще всего вспышки возникают в казармах, детских учреждениях, среди пассажиров морских судов, где имеется единая кухня и высокая скученность контингента. Нередко заражение ОКИ связано с посещением предприятий общественного питания и туристическими поездками (так называемая диарея путешественников).

Основой диагностики ОКИ является тщательный сбор анамнеза пациента, включая клинические и эпидемиологические данные, которые являются первым шагом в обследовании пациентов, имеющих характерные признаки диарейного заболевания. Кроме диарейного синдрома, выявляются сопутствующие синдромы: диарея, сочетающаяся с симптомами дегидратации и лихорадкой, или диарея с примесью крови, особенно у детей и пожилых пациентов либо у лиц с иммунодефицитными состояниями. В анамнезе заболевания необходимо уточнить начало (острое, подострое), цикличность инфекционного процесса и длительность.

Выяснение эпидемиологического анамнеза крайне важно для установления возможного источника инфекции и механизмов передачи возбудителя.

Правильно собранный эпидемиологический анамнез может оказать существенную помощь в диагностике инфекционных заболеваний, а также в дифференциальной диагностике с неинфекционной патологией, включая острые отравления, которые часто носят групповой характер.

Важно собирать эпидемиологический анамнез с учетом эпидемической ситуации с выяснением сведений:

- о предполагаемом источнике заражения и длительности заболевания;
- о наличии эпидемиологических факторов риска развития заболеваний или их распространения;
- о наличии контактов с больными или бактериовыделителями в пределах сроков инкубационного периода, имеющих сходные симптомы (в общежитии, на работе);
- о характере питания пациента — где питается (дома, в местах общественного питания, на работе), и употреблении в пищу продуктов с нарушением технологического процесса приготовления (недостаточно термически обработанного мяса, сырых яиц, непастеризованного молока), соков, продуктов с нарушением органолептических свойств, морепродуктов; времени последнего приема пищи с уточнением пищевого рациона;
- о контакте с животными, птицами (уход, участие в разделке туш, обработка шкур, укусы и т.д.);
- о купании в загрязненных водоемах или использовании для питья сырой воды (водопроводной, из озера, реки, родника, непроверенного водоисточника, колодца и т.д.);
- о поездках за пределы места нахождения: в страны, регионы, на охоту, рыбалку, туристические мероприятия в пределах 6 мес; как давно и откуда приехал, каким видом транспорта; у городских жителей — наличие загородного дома, дачи, характер водоснабжения и канализации;
- о посещении ферм, зоопарков с уточнением возможных контактов с животными.

При подозрении на конкретное инфекционное заболевание сбор анамнеза проводится более целенаправленно, и приведенные выше вопросы должны быть расширены в зависимости от конкретной ситуации.

Правильно собранный эпидемиологический анамнез во многих случаях позволяет определить основные направления диагностиче-

ского поиска у конкретного инфекционного больного, оценить спектр инфекционных агентов, с которыми мог встречаться больной, установить вероятные сроки инкубационного периода, определить круг контактных лиц, что имеет большое значение в проведении противоэпидемических мероприятий.

По разным причинам больные могут умышленно скрывать от посторонних какие-либо данные эпидемиологического анамнеза, поэтому для получения максимально полных сведений вопросы эпидемиологического анамнеза следует задавать конфиденциально.

Что касается механизмов развития диареи при инфекционных заболеваниях, то они различны и зависят от особенностей возбудителя. В большинстве случаев имеет место сочетание нескольких механизмов, так как воздействие микроорганизма на человека определяется целым рядом патогенных факторов.

При ОКИ происходит воздействие токсичных субстанций (эндо- и экзотоксинов) возбудителей на ферментативные системы эпителия кишечника с активацией в энтероцитах системы аденилатциклазы, образованием циклических нуклеотидов (цАМФ и циклического гуанозинмонофосфата) и повышенным синтезом простагландинов, которые, в свою очередь, вызывают гиперсекрецию воды и электролитов в тонкой кишке, понижение их реабсорбции в толстой кишке, в результате чего появляются водянистая диарея и рвота.

Объем потерь воды может достигать 24 л/сут и более при восполнении потерь. С водой происходит потеря ионов калия, натрия, хлора, гидрокарбонатов. Особенно выражены потери калия (иногда до трети содержания в организме), что приводит к резкой мышечной слабости, судорогам, нарушению функции миокарда, парезу кишечника, поражению почечных канальцев. Уменьшение объема циркулирующей крови приводит к стимуляции симпатoadренальной системы и компенсаторной вазоконстрикции с централизацией кровообращения. Этот механизм направлен на поддержание артериального и венозного давления, кровообращения в органах, иннервируемых *n. vagus* (печень, поджелудочная железа, кишечник), а также в почках, коже и мышечной системе.

В коротком интервале времени эта реакция является защитной, и при быстрой нормализации объема циркулирующей крови наступает выздоровление. Если же дефицит объема циркулирующей крови сохраняется, то на передний план выступают отрицательные последствия длительной ишемии. Длительное нарушение периферического крово-

обращения, микроциркуляции приводит к нарушению оксигенации и метаболизма тканей, развитию гипоксии, метаболического ацидоза, расширению прекапиллярных сфинктеров при одновременном сужении посткапиллярных сфинктеров. Это приводит к депонированию большей части крови в капиллярах и выходу жидкой части крови в интерстиций. Застой, замедление капиллярного кровотока приводят к спонтанному свертыванию крови в капиллярах. Типичными клеточными агрегантами являются скопления эритроцитов в виде «монетных столбиков» и тромбоцитов в виде глыбок, которые способствуют возникновению коагулопатии потребления и прогрессирующему развитию дегидратационного шока.

Классификация

По локализации поражения ЖКТ при диарее инфекционного генеза выделяют:

- острый энтерит;
- острый колит;
- острый гастроэнтерит;
- острый энтероколит;
- острый гастроэнтероколит.

По тяжести течения:

- легкое;
- среднее;
- тяжелое.

Гастроинтестинальный синдром

Гастроинтестинальный синдром включает в себя поражение желудка, тонкого и толстого отделов кишечника и проявляется следующими симптомами: тошнотой, рвотой, жидким стулом, болью в животе схваткообразного характера, урчанием в животе. Острые кишечные инфекционные заболевания могут протекать в **локализованной** и **генерализованной** формах.

При локализованной форме течения болезни возможны следующие варианты поражения ЖКТ.

- **Гастритический вариант** (воспалительное поражение слизистой оболочки желудка) проявляется симптомами ощущения тяжести и болями в эпигастриальной области, нарушением аппетита, отрыжкой, тошнотой, однократной и повторной рвотой на фоне умеренной лихорадки и интоксикации при отсутствии поражения других