

УДК 616.345–008–07:616.34–008.15–036.12

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАПОРАМИ

Литвинова О. Н.

Государственное учреждение «Луганский государственный медицинский университет»

DIAGNOSTIC CRITERIA AND ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE COLON IN PATIENTS WITH CHRONIC CONSTIPATION

Litvinova O. N.

Lugansk State Medical University

Литвинова
Ольга Николаевна
Litvinova Olga N.
lion2013viva@yandex.ru

Литвинова Ольга Николаевна — ассистент кафедры внутренней и семейной медицины

Резюме

Цель исследования. Определить методами функциональной диагностики нарушения моторно-эвакуаторных свойств толстой кишки, изучить ее двигательную активность с вовлечением в патологический процесс тех или иных сегментов.

Материалы и методы. В основу нашей работы положен опыт обследования 389 больных с хроническими запорами при аномалиях развития толстой кишки. На основании результатов предложено выделять хронический запор-колоногенный и проктогенный. Применение предложенных методов позволило полностью исключить лучевую нагрузку на больного. Методы просты, не требуют специальных затрат, проводятся амбулаторно.

Результаты. Представлены функциональные методы исследования толстой кишки в зависимости от вида запора. Оценить функциональное состояние терминальных отделов толстой кишки можно на основе следующих параметров: перистальтической и пропульсивной активности, резервуарной функции прямой кишки, состояния замыкающего аппарата, возможности эвакуации кала.

Заключение. В каждом случае должна проводиться уточненная диагностика функционального состояния толстой кишки при аномалиях ее развития. Примененные нами методы, позволили индивидуализировать подход к выбору лечебной тактики в зависимости от вида хронического запора и удобны при анализе отдаленных результатов лечения.

Ключевые слова: диагностика, толстая кишка, хронический запор.

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2016; 132 (8): 104–107

Summary

Aim. The purpose of the study. To determine methods of functional diagnostics of disorders of motor-evacuation properties of the colon, to study motor activity with involvement in the pathological process of certain segments.

Materials and methods. The basis of our work comes from the experience of a survey of 389 patients with chronic constipation for congenital anomalies of the colon. On the basis of the results proposed to be chronic constipation. Colonoscopy and laparoscopic. Application of the proposed methods allowed us to completely eliminate radiation load for the patient. Methods are simple, require no special costs are paid by the patient.

Results. Presents functional methods of examination of the colon depending on the type constipation. To evaluate the functional state of the terminal segments of the colon can be based on the following parameters: and propulsive peristaltic activity, reservoir function of the rectum, the condition of the switching apparatus, the possibility of evacuation of feces.

Conclusion. In each case needs to be clarified diagnostics of the functional condition of the colon when anomalies of its development. Our methods are allowed to individualize the approach to the choice of medical tactics depending on the type of chronic a constipation and convenient in the analysis of remote results of treatment.

Keywords: diagnosis, colon, chronic constipation

Eksperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2016; 132 (8): 104–107

Введение

Значительная распространенность запоров, трудность их ранней диагностики, хроническое течение заболевания, отсутствием эффективных методов профилактики и лечения обуславливают актуальность этой проблемы [2].

Большинство авторов выделяют в качестве самостоятельных нозологических единиц синдромы мегаректум, мегадолихосигмы, долихосигмы, мегадолихоколон [1], основываясь на рентгеноконтрастном исследовании толстой кишки. Функциональные методы исследования, за исключением электроманометрии ректоанальной области, диагностической значимости не имеют [3]. Однако этого недостаточно для установления стадии заболевания, вовлечения в патологический процесс тех или иных сегментов толстой кишки [5,6].

Методы исследования при запоре подразделяют на известные, общепринятые и малоизвестные функциональные методы исследования толстой кишки.

При общепринятой диагностике хронического запора изучают аномалии расположения и фиксации толстой кишки, а также морфологические особенности ганглионарного аппарата кишечной стенки. Основой ее является рентгенологический метод исследования-ирригография [4]. Он позволяет определить размеры толстой кишки, ее форму, положение, наличие суженных и расширенных сегментов, дополнительных петель и фиксацию.

Цель исследования: определить методами функциональной диагностики нарушения моторно-эвакуаторных свойств толстой кишки, изучить ее двигательную активность с вовлечением в патологический процесс тех или иных сегментов.

Материал и методы исследования

В основу нашей работы положен опыт обследования 389 больных с хроническими запорами при аномалиях развития толстой кишки. Всем больным мы провели обследование по следующей схеме: лабораторные исследования, исследование

состава микробной флоры, эндоскопические, рентгенологические, патоморфологические методы исследования, исследование эвакуаторной способности прямой кишки и сегментов толстой кишки.

Результаты исследования и их обсуждение

Предварительная диагностика запора не трудна. Больной приходит к врачу с практически установленным диагнозом.

Всем больным с врожденной аномалией развития толстой кишки мы проводили общеклинические, дополнительные и специальные методы обследования. Из методов лабораторной диагностики были выполнены общий анализ крови со свертываемостью, гематокрит, общий анализ мочи, исследование общего белка и белковых фракций, общий билирубин, АЛТ, АСТ, тимоловая проба, мочевины, креатинин, анализ кала на яйца глист, соскоб на энтеробиоз, копрограмма, посевы кала на кишечную группу, исследовалась ферментативная активность кала, что позволило определить показатели гомеостаза у больных с врожденной аномалией толстой кишки и подтвердить или исключить хроническую каловую интоксикацию.

Основные изменения в системе гомеостаза у больных с хроническими запорами мы наблюдали в декомпенсированной стадии заболевания, что проявлялось снижением гемоглобина ниже 100 г/л и снижение общего белка крови ниже 65 г/л. Данную группу составили 106 (27,24%) больных. Остальные биохимические показатели находились в пределах нормы или нижней ее границы.

Нами проведено исследование микробной флоры толстой кишки с определением степени дисбактериоза по общепринятой методике. Установлено, что у всех больных имеются нарушения микробного фона толстой кишки с отсутствием бифидум-бактерий, снижение титра кишечной палочки. В микробной флоре преобладали энтерококки,

гемолитические штаммы кишечной палочки, протей. Дисбактериоз I степени выявлен у 254 (65,3%) больных, дисбактериоз II степени у 135 (34,7%) больных. Анализ этих данных свидетельствует об обеднении микробной флоры толстой кишки у больных с хроническими запорами по сравнению со здоровыми.

Всем исследуемым больным мы проводили ректоскопию и колоноскопию по общеизвестной методике с предварительной подготовкой больного в течение 1–3 суток, в зависимости от длительности заболевания, стойкости запора и его продолжительности, психо-физического состояния. Учитывая большую протяженность осмотренных участков, возможность взятия биопсий, мы отдавали предпочтение колоноскопии. У 9 (2,31%) больных из-за резкого изгиба в ректосигмоидном отделе и выраженной болевой реакции при исследовании, провести тубус ректоскопа выше 8–10 см не удалось. У 58 (14,9%) больных обнаружена сопутствующая патология аноректальной области в виде геморроя и анальных трещин. Практически у всех исследуемых макроскопическая картина соответствовала воспалительным изменениям слизистой оболочки толстой кишки, а у 64 (16,45%) больных отмечались дефекты слизистой в виде эрозий в связи с наличием «каловых камней».

Нами проведено исследование биопсийного материала, взятого во время колоноскопии, с целью оценки морфологических изменений толстой кишки, и сопоставлены с исследованиями биоптатов, проведенными в специализированном проктологическом отделении областной больницы. Слизистая

оболочка толстой кишки истончена в ней лимфо-гистиоцитарные инфильтраты, пропитана кровью. В подслизистом слое наблюдается отек, гиперемия сосудов, кровоизлияния, в ряде случаев наблюдается значительное количество крупных лимфотических фолликулов, выражены явления склероза, стенки сосудов утолщены, с тонким просветом. Мышечный слой гипертрофирован, больше за счет кольцевидного слоя. Обращает на себя внимание явление выраженной дистрофии гладкомышечных клеток с гиперплазией. Состояние нервных клеток характеризуется выраженными дистрофическими изменениями.

Учитывая данные патоморфологических исследований, обнаруженные изменения в слоях толстой кишки следует расценивать как врожденные и усугубляющиеся вследствие длительной интоксикации, вызванной застоем кишечного содержимого в этих отделах толстой кишки.

Всем больным мы проводили ирригографию, во время которой изучали анатомо-топографические особенности расположения толстой кишки, определяли распространенность патологического процесса, оценивали эвакуаторную функцию. При ирригографии характерным для расширенных отделов было то, что во всех случаях наблюдался синдром раздраженной толстой кишки, выражающийся в неравномерном продвижении контраста, спазме в области физиологических сфинктеров, сглаженность гаустрации нисходящих отделов, служащих доказательством наличия вторичного хронического колита. У 12 (3,08%) больных установлена недостаточность илео-цекального клапана. Проведенное обследование позволило установить врожденную аномалию развития толстой кишки у всех обследованных больных: у 323 (83,03%) больных диагностирован мегаколон, у 42 (10,80%) больных — долихосигма, у 24 (6,17%) больных — болезнь Пайра. Степень опорожнения является показателем функциональной полноценности органа. На снимках после опорожнения можно предварительно определять кологенный или терминальный запоры. Только дальнейшая уточненная диагностика функционального состояния толстой кишки, которую мы провели, позволила подтвердить вид запора.

Сложности возникают при уточнении диагноза, отчего зависит эффективность лечения. Ввиду анатомических особенностей толстая кишка труднодоступна для исследования на всем протяжении, поэтому наиболее изучены ее терминальные отделы. Оценить их функциональное состояние можно на основе следующих параметров: перистальтической и пропульсивной активности, резервуарной функции прямой кишки, состояния замыкательного аппарата, возможности эвакуации кала.

Необходима разработка и внедрение других объективных методов диагностики и принципов лечения запора, основанных на результатах функционального исследования.

Нами проведено исследование эвакуаторной способности прямой кишки и сегментов толстой кишки. Для изучения эвакуаторной способности прямой кишки мы применили метод имитации акта дефекации.

Латексный баллон вводили в прямую кишку больному, лежащему на левом боку. Затем, после периода адаптации, через 3–5 минут в баллон последовательно вводили различный объем (20, 50, 100 мл и так далее) жидкости комнатной температуры. После введения определенного объема жидкости при появлении позыва на дефекацию, больного переводили в положение "на корточках" и предлагали, тужась, эвакуировать баллон из прямой кишки. Учитывали объем введенной жидкости, время необходимое для эвакуации баллона и число потуг.

Нормальная дефекация возможна, когда силы изгнания преобладают над силами удержания. Для этого в прямую кишку должно поступить такое количество кала, которое может вызвать эффективный дефекационный рефлекс. При этом возрастает внутрибрюшное давление, усиливается пропульсивная активность прямой кишки, в ней возникает замкнутое пространство, что препятствует ретроградному забросу кала вследствие закрытия ректосигмоидного сфинктера, расслабляются мышцы промежности, выпрямляется аноректальный угол, расширяется заднепроходной канал, уменьшается его длина. Таков механизм полноценной эвакуации содержимого прямой кишки. Данный метод исследования был проведен всем больным. Учитывая возможность адекватной оценки метода, исследование проводили при каждом проведении лечебных мероприятий.

У больных с мегаколон и мегадолихоколон, проявляющихся хроническими запорами, эвакуаторная способность прямой кишки резко снижена или отсутствует. Эту группу составили 323 (83,03%) больных. Позыв к дефекации был вялым и сам акт изгнания баллона крайне затруднителен. Об этих фактах свидетельствовал объем (от 80 до 150 мл) введенной жидкости, увеличивалось число потуг и время необходимое для изгнания баллона. Эту группу составили 107 (33,13%) больных. При объеме введенной жидкости (от 150 до 400 мл) позыв к дефекации отсутствовал, волевое изгнание баллона не наступало, в связи с чем исследование прекращалось и баллон извлекали механически. В данной группе больных клинически был выставлен диагноз инертной прямой кишки. Данную группу составили 216 (66,87%) больных.

Для исследования эвакуаторной способности сегментов толстой кишки применили ультразвуковую диагностику. Через 1–2 часа после утренней очистительной клизмы, исследуемый принимал внутрь 10 гранул. Через 24 часа проводили УЗ — исследование толстой кишки. Определяли ободочно-прямокишечный градиент как отношение числа гранул, находящихся в прямой кишке, к их общему числу. Затем в течение последующего времени собирали кал и подсчитывали число гранул. Определяли градиент опорожнения как процентное отношение числа гранул в кале к их общему числу. Если ободочно-прямокишечный градиент не превышал 90%, это свидетельствовало о наличии кологенного хронического запора. По нашим наблюдениям эту группу составили 66 (16,97%) больных, что соответствовало ранее нами установленным диагнозам долихосигмы и болезни Пайра. При градиенте изгнания менее

80% диагностировали терминальный хронический запор. Эта группа 323 (83,03%) больных совпала с ранее нами установленным диагнозом мегаколон и инертной прямой кишки.

Необходимо отметить, что в подавляющем числе обследуемых больных были женщины (до 80%).

В связи с этим нами проводилась УЗ — диагностика эвакуаторной способности сегментов толстой кишки с применением вагинального датчика, при которой расположение гранул определялось более четко, а также для сопоставления УЗ-картины при использовании обычного датчика.

Заключение

Диагностика хронического запора многообразна и трудоемка. В каждом случае должна проводиться уточненная диагностика функционального состояния толстой кишки при аноналиях ее развития. Примененные нами методы

проводятся амбулаторно, позволяют индивидуализировать подход к выбору лечебной тактики в зависимости от вида хронического запора и удобны при анализе отдаленных результатов лечения.

Литература

1. Джавадов Э. А. Диагностика хронического колостаз у больных с долихоколон. *Анналы хирургии*. 2009; 3: 21–23.
2. Джавадов Э. А. Диагностические критерии выбора тактики лечения хронического колостаз у больных с долихоколон. *Анналы хирургии*. 2011; 1: 53–55.
3. Калинин А. В., Буторова Л. И. Особенности диагностики и лечения запоров у лиц пожилого возраста. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии*. 2010; Т. 20 4: 58–67.
4. Gallagher P., Mahony D. Constipation in old age. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterology*. 2009; Т. 23: 875–887.
5. Tack J., Muller-Lissner et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation-a European perspective. *Neurogastroenterology Motil.* 2011; 23: 697–710.
6. Mulak A., Paradowski L. Anorectal function and dyssynergic defecation in different subgroups of patients with irritable bowel syndrome. *Int. J. Colorectal. Dis.* 2010. V 25, (8): 1011–1016. doi.org/10.1007/s00384–010–0950–5