

- Langenbecks Arch. Surg. – 2004. – Vol. 389. – P. 289–292.
 7. *Pozniczek M., Wysocki A., Bobrzynski A. et al. // Dig. Surg. – 2004. – Vol. 21. – P. 452–454.*
 8. *Won H.J., Han J.K., Do K.H. et al. // J. Ultrasound Med. – 2003. – Vol. 22. – P. 215–220.*
 9. *Rose S.C., Roberts A.C., Kinney T.B. et al. // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2003. – Vol. 14. – P. 451–459.*
 10. *Rose S.C., Nelson J.R., Deutsch R. // J. Ultrasound Med. – 2004. – Vol. 23. – P. 1465–1473.*

Поступила 25.11. 08.

3D ECHOGRAPHY IN TRANSHEPATIC DRAINING OF BENIGN RETENTIONAL GROWTHS

A.M. Baitimirov, S.B. Sangadjev, K.F. Jusupov, M.A. Bichurin, A.U. Anisimov, A.F. Galimzyanov

Summary

Shown are the results of transcutaneous transhepatic draining of benign retentional masses under control of three dimensional echography. The transcutaneous interventions were carried out under intravenous anesthesia using a "free hand" technique with a special drainage kit. 96% ethanol was used as a sclerotic agent. Proposed mini-invasive method allows adequate medical intervention in complex clinical cases.

УДК 616.34-008.18:[611.344+611.346]:616.34-002-079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЦЕКОИЛЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ И СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

В.И. Мухин, И.В. Фёдоров

*Кафедра эндоскопии, общей и эндоскопической хирургии (зав. – проф. А.Н. Чугунов)
 Казанской государственной медицинской академии последипломного образования,
 Республиканская клиническая больница (главврач – А.И. Мухин), г. Йошкар-Ола*

Дифференциальная диагностика цекоилеальной рефлюксной болезни и другой патологии толстой кишки является достаточно сложной задачей. Ряд заболеваний, поражающих илеоцекальный отдел кишечника, сопровождается воспалением баугиниевой заслонки и терминальной петли подвздошной кишки. Воспаление илеоцекального отдела кишечника может вызвать как зияние баугиниевой щели и ее несостоятельность, так и сужение вплоть до стриктуры и непроходимости кишечника [3].

В практике экстренной хирургии часты обращения больных с выраженным болевым синдромом в правой подвздошной области, который не укладывается в рамки клинических симптомов острого аппендицита. Как правило, применение спазмолитических средств приводит к стиханию болевого синдрома, и большинство больных без углубленного обследования илеоцекального отдела кишечника направляют в поликлинику. К сожалению, судьба пациентов в большинстве случаев не прослеживается. Часть больных про-

должает обследование в поликлинике до определения окончательного диагноза. Другие, после стихания болевого приступа, при рецидиве болевого синдрома в правой подвздошной области вынуждены вновь обращаться за экстренной помощью и нередко им выполняют напрасную аппендэктомию [3].

Кроме острого аппендицита, илеоцекальный отдел кишечника достаточно часто поражают болезнь Крона, кишечный туберкулез и иерсиниоз. Причины избирательного воздействия на илеоцекальный сегмент многих возбудителей окончательно не изучены [1, 6]. К примеру, известно, что туберкулез желудочно-кишечного тракта преимущественно поражает участки, богатые лимфоидной тканью, а также зоны наибольшего стаза. Туберкулезный илеотифлит в конечном итоге часто приводит к развитию явлений периколита с исходом в спаечную болезнь брюшины [5,7]. В подобных случаях слепая кишка не может ответить на поступление химуса адекватным расширением, что еще в большей степени усиливает не-

Таблица 1

Критерии дифференциальной диагностики несостоятельности илеоцекального аппарата и СРК

Признаки	СРК	Цекоилеальная рефлюксная болезнь
Анамнез заболевания	Начало заболевания часто связано со стрессом	Длительный, часто с детства
Пол	Как правило, женский	Как правило, женский
Возраст	Молодой, часто 20-30 лет	Молодой, часто 30-40 лет
Характер стула	Определенный характер стула (запор или диарея)	Неустойчивый характер стула. Чередование поносов и запоров
Примеси к стулу	Нет	Слизь
Пальпация живота	Боли неопределенной локализации	“Урчащая” слепая кишка, болезненность в правой подвздошной области
Колоноскопия	Чередование спастических и дилатированных участков	Гиперемия илеоцекального сегмента
Ирригоскопия	Освобождение от контраста после дефекации	Стаз контраста в подвздошной кишке после дефекации
УЗИ	Патологии нет	Мезаденит
Похудание	Отсутствует	Иногда незначительное
Терапевтический ответ на лечение	Медленный	Быстрый, но временный

состоятельность илеоцекального клапана. Сфинктеры Варолия и Бузи, относящиеся к илеоцекальному клапану, при хроническом воспалении также подвергаются склерозированию, что может нарушить синхронизацию пропульсивной моторной деятельности кишки.

При несостоятельности илеоцекального клапана клинический симптомокомплекс во многом схож с признаками синдрома раздраженного кишечника. Возникает очевидная необходимость дифференцирования каждого симптома, изучения их последовательности, длительности и интенсивности [1, 3]. Необходимо также учесть, что хронизация и безуспешность терапии могут привести к глубоким изменениям психики больного, значительно затрудняющим дифференциальную диагностику [2, 4]. Причины развития синдрома раздражённой кишки (СРК) до конца не выяснены [6, 7]. Ряд основных симптомов СРК можно объяснить, по мнению некоторых исследователей [8, 9], изменениями кишечной моторики и висцеральной гиперчувствительности. Другие авторы считают, что при патогенезе СРК пусковым механизмом является нарушение биоценоза толстой кишки – это конечный результат сложного взаимоотношения между структурами стенки кишки, моторной деятельностью и генетической предрасположенностью. Авторы выдвигают гипотезу развития СРК, где пусковым моментом служит изменение внутренней среды кишки под действием микрофлоры. Изменения среды приводят к нарушению нервного аппарата кишечника, который неадекватно реагирует на пищевой химус, т.е. обычные раздражители становятся чрезмерными. Как показывают исследования, во всех случаях СРК имеет место избыточный бактериальный рост со смещением биоценоза в сторону условно патогенной или патогенной флоры.

Под нашим наблюдением с 1990 по 2007 г. находились 752 пациента, которым ранее был поставлен диагноз СРК и хронического колита. У 379 (50,4%) больных этой группы нами выявлена различная степень несостоятельности илеоцекального клапана. Всем больным с клапанной недостаточностью был проведен курс

консервативной терапии, но только у 96 (25,3%) получен удовлетворительный клинический эффект. Остальные 283 (74,7%) человека с неудовлетворительным результатом консервативной терапии были нами прооперированы. Восстановление барьерной функции илеоцекального клапана хирургическим способом у 93,3% пациентов привело к нормализации моторной деятельности кишечника, полному исчезновению или уменьшению болей в брюшной полости. За последние пять лет нами выработана стратегия дифференциальной диагностики СРК, первичной и вторичной цеоилеальной рефлюксной болезни, позволяющая более точно определять показания к конкретному виду оперативного вмешательства. Из множества жалоб выделяли главные, больному настойчиво рекомендовали проведение обязательных инвазивных методов диагностики, затем он убеждался в необходимости консервативного длительного лечения. Потребность в хирургическом лечении возникала при наличии морфологических критериев клапанной несостоятельности и требовала особой направленной подготовки, важной частью которой являлось преодоление онкологической настороженности (табл.1.)

Стратегия лечебной тактики во многом определялась исходя из перечисленных выше критериев диагностики. Тщательный анализ характеристики болевого синдрома в большинстве случаев служил одним из важнейших критериев диагностики. Максимально исключалась субъективизация болевого синдрома. Как правило, информация, полученная при первичном сборе анамнеза, отличается от содержания последующих бесед. Во-первых, больной из-за неумения концентрировать жалобы, выделить из них главные может дать неточную информацию, и только после перерыва и самоанализа информация может стать более достоверной. Во-вторых, повторная встреча с уже известным для него врачом во многом упрощает взаимное понимание. Нетерпеливость врача, его занятость приводят

Таблица 2

Характеристика болевого синдрома при СРК и цеоилеальной рефлюксной болезни в зависимости от приема пищи

Связь с приемом пищи	СРК (n=50)	Цеоилеальная рефлюксная болезнь (n=50)
Натощак	6	2
После еды	18	39
Нет связи	26	9

Таблица 3

Локализация болевого синдрома при СРК и цеоилеальной рефлюксной болезни

Локализация	СРК (n=50)*	Цеоилеальная рефлюксная болезнь (n=50)
Правое подреберье	18	4
Правая подвздошная область	10	39
Левая подвздошная область	11	1
Эпигастральная область	12	2
По ходу толстой кишки	13	4

* У большинства пациентов с СРК боль носила мигрирующий характер.

Таблица 4

Характеристика болевого синдрома при СРК и цеоилеальной рефлюксной болезни в зависимости от длительности и интенсивности заболевания

Показатели	СРК (n=50)	Цеоилеальная рефлюксная болезнь (n=50)
Интенсивность		
сильная	28	4
умеренная	15	39
незначительная	7	5
Длительность, мин		
1-15	13	2
15-30	14	15
30-60	11	15
более 60	12	18

Таблица 5

Эффект спазмолитических средств на болевой синдром при СРК и цекоилеальной рефлюксной болезни

Эффект спазмолитиков	СРК (n=50)	Цекоилеальная рефлюксная болезнь (n=50)
Положительный, быстрый, длительный	18	10
Положительный, быстрый, кратковременный	12	10
Без эффекта	20	30

к недостаточной или неверной информации. Третьим важным диагностическим приемом в наших исследованиях является применение опросника. Часть больных сами составляют опросник, который нацелен только на ответы врача, а другие, наоборот, ждут вопросов от гастроэнтеролога. В наших исследованиях мы применили оба указанных приема, создав группу с СРК (n=50) и рефлюксной болезнью (n=50), получили характеристики болевого синдрома с достаточно отчетливыми различиями между этими двумя заболеваниями. Одним из достоверных дифференциальных признаков является реакция на прием пищи. Известно, что у здорового человека илеоцекальный клапан открыт натощак и закрывается после приема пищи. При цекоилеальной рефлюксной болезни физио-

логическое закрытие клапана после приема пищи не происходит. Возникающий болевой синдром в правой подвздошной области связан с выраженными спастическими изменениями, кишечным стазом и избыточной микробной контаминацией терминальной части подвздошной кишки как реакции на цекоилеальный рефлюкс. В наших наблюдениях у 39 из 50 больных с несостоятельностью илеоцекального клапана болевой синдром возникал именно после приема пищи и был локализован в правой подвздошной области (табл. 2, 3).

Ответом на хроническое воспаление стенки кишки являются мезаденит и мезентериит, которые дают все основания для локализованного болевого синдрома в правой подвздошной области. Большинство авторов отмечают отсутствие болевого синдрома при СРК в ночное время. При цекоилеальной рефлюксной болезни в стадии обострения болевой синдром имеет место и в ночное время, заставляя больного просыпаться. При клапанной несостоятельности болевой синдром более длителен и медленнее купируется спазмолитическими средствами (табл.4.)

Селективные спазмолитические средства более эффективны в случае моторных нарушений (табл.5), чем при хроническом воспалительном процессе слизистой оболочки тонкой и слепой кишки и сопутствующем мезадените.

Хронический рефлюкс в подвздошную



Алгоритм диагностики и лечения цекоилеальной рефлюксной болезни.

кишку длительное время относили к функциональным заболеваниям кишечника, расценивая его как результат дискоординации моторной деятельности. Этому способствовал ряд достаточно объективных причин. Во-первых, рентгенологическое исследование толстой кишки в большинстве случаев направлено на исключение онкологического заболевания, что приводит к механическому преодолению клапанных свойств с забросом контрастного вещества в подвздошную кишку. Возникает ложная информация о наличии рефлюксной болезни без клинических проявлений. Истинную же картину рефлюксной болезни может выявить только целенаправленное исследование без компрессии правой половины толстой кишки. Во-вторых, в клинической практике редко выполняют тотальную колоноскопию с визуальным осмотром илеоцекального клапана и терминальной части подвздошной кишки и взятием биоптата слизистой оболочки. В-третьих, не в полной мере используют возможности ультразвукового исследования, которое дает достаточную информацию о признаках мезаденита, отека баугиниевых губ, динамике функций клапана в зависимости от фазы пищеварения. Все вышеуказанные методы исследования позволяют провести объективную дифференциальную диагностику. Вместе с тем только в последние годы всестороннее исследование функции и морфологии илеоцекального клапана позволили нам выделить хроническую клапанную цекоилеальную несостоятель-

ность в отдельную нозологическую форму заболевания с выраженным клиническим симптомокомплексом – цекоилеальную рефлюксную болезнь и разработать алгоритм диагностики и лечения (рис. 1).

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранская Е.К. // Consilium medicum. - 2000. - № 7. - С. 287-292.
2. Дроздова М.С. Функциональные и воспалительные заболевания толстой кишки: Тез. докл. IV Респ. конф. по проктологии. - Минск, 2001. - С. 169-172.
3. Мухин В.И. // Междунар. мед. журн. - 2002. - № 1. - С. 70-72.
4. Парфенов А.И. // Consilium medicum. - 2002. - № 3. - С. 25-26.
5. Шархун О.О. // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктал. - 2000. - № 3. - С. 42-45.
6. Floch M.H. // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. - 2003. - Vol. 6. - P. 283-288.
7. Kellow J.E. // Gastroenterology. - 1987. - Vol. 92. - P. 1885-1893.
8. O'Sullivan M. // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. - 2003. - Vol. 6. - P. 339-345.
9. Rao S.G. // Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol. - 2003. - Vol. 17. - P. 611-627.

Поступила 03.10.07.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CECOILEAL REFLUX DISEASE AND IRRITATED BOWL SYNDROME

V.I. Mukhin, I.V. Fedorov

Summary

Shown is the significance of differential diagnosis of gastroenterological disease. Highlighting of the symptoms and summarizing them into a disease makes it possible to change the treatment tactic significantly from conservative to operative methods. In 283 out of 752 patients with irritated bowl syndrome during investigation an insufficiency of the ileocecal valve which needed a surgical correction was found. Satisfactory results were obtained in 93,3% of the operated patients