

УДК 616.345-072.1+616.34-002

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

М.А. Визе-Хрипунова,

ГОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

Визе-Хрипунова Марина Анатольевна – e-mail: vize-marina@yandex.ru

В статье проанализированы данные, полученные в ходе эндоскопического исследования толстой кишки у 124 больных синдромом раздраженного кишечника. У 72,6% больных СРК при эндоскопическом исследовании (ректороманоскопии и колоноскопии) были выявлены изменения, которые носили неспецифический характер и чаще всего (65,2%) свидетельствовали о явлениях дискинезии толстой кишки. Воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных СРК в виде катарального проктосигмоидита выявлены в 14,5% случаев и наиболее часто (61%) встречались у пациентов с диарейным вариантом заболевания.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, колоноскопия, ректороманоскопия, проктосигмоидит.

In the article analyzed the data obtained in the course of endoscopic examination of the colon in 124 patients with irritable bowel syndrome. The 72,6% of patients with IBS after endoscopic examination (rectoromanoscopy and colonoscopy) were identified changes which were not specific and often (65,2%) testified about the incidents of dyskinesia of large intestine. Inflammatory changes in the mucous membrane of the large intestine in patients with IBS in the form of catarrhal proctosigmoiditis identified in 14,5% of the cases and most often (61%) were seen in patients with diarrhoea variant of the disease.

Key words: irritable bowel syndrome, colonoscopy, rectoromanoscopy, proctosigmoiditis.

Диагностика синдрома раздраженного кишечника (СРК) остается серьезной проблемой в гастроэнтерологии. Так как этиология СРК по-прежнему неизвестна, этот диагноз ставится на основании совокупности клинических симптомов, объединенных в Римские критерии II, III, и отсутствия какой-либо органической патологии желудочно-кишечного тракта. Это, в свою очередь, требует проведения ряда инструментальных исследований, таких как колоноскопия, ирригоскопия, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, определение висцеральной чувствительности и др.

Эндоскопическое исследование нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) выполняют большинству пациентов с подозрением на СРК для проведения дифференциального диагноза. При запорах исследование позволяет исключить обструктивные поражения, при диарее – воспалительные заболевания кишечника. Пациентам с диареей и нормальной картиной слизистой оболочки показана биопсия, так как ее проведение может исключить микроскопические формы колитов (лимфоцитарный, коллагеновый, эозинофильный) и амилоидоз кишечника. При впервые появившейся симптоматике СРК у пациентов старше 50 лет необходима оценка слизистой на всем протяжении при полной колоноскопии или ирригоскопии для исключения рака толстой кишки [1].

СРК сопровождается нарушением тонуса и моторики толстой кишки. Эти состояния трактуются как дискинезии. Они имеют многоликую клиническую картину. Так, гипертонический тип дискинезии кишечника чаще проявляется выраженным болевым синдромом, гипокINETический и гипотонический – запорами, гиперкинетический – диареей. Большое значение в диагностике дискинезии имеют рентгенологическое исследование с заполнением кишечника рентгеноконтрастным веществом (ирригография), а также ректороманоскопия и колоноскопия. Рентгенологи и эндоскописты владеют методами оценки дискинезии. Так, при

гиперкинетических нарушениях с помощью ирригографии выявляют регионарный спазм кишки (спазмированный отдел имеет вид шнура), глубокую, нередко сегментирующую гаустрацию в виде перетяжек. При гипокINETических дискинезиях обнаруживают пониженный тонус всей толстой кишки или её отдельных сегментов, расширение просвета, сглаженность гаустрации.

При эндоскопическом исследовании в случае повышенной моторики определяется влажная слизистая оболочка кишки, видна перистальтика; при снижении моторики – слизистая оболочка сухая, тусклая, дистальный отдел кишки в спавшемся состоянии. При оценке тонуса кишечной стенки эндоскопистом учитываются следующие критерии: степень и быстрота расправления просвета, высота и выраженность складок. Так как скорость инсuffляции воздуха в просвет кишки постоянна, при нормальном тонусе удается, как правило, раскрыть просвет впереди лежащей кишки в течение 2–3 секунд. В норме ее складки циркулярные, высокие; для проведения аппарата вперед не требуется длительного времени. При атоничной кишке просвет впереди эндоскопа раскрывается медленно (в течение 8–10 секунд и более), складки отсутствуют или они сглажены, уплощены, не охватывают циркулярно просвет кишки. При повышенном тонусе кишечной стенки просвет легко расправляется, но складки высокие, ригидны, плотны. При гипертонусе каждая складка может представлять собой сфинктероподобный участок и кишка во время исследования имеет вид непрерывной цепи спазмированных сфинктеров. В результате проведения этих исследований клиницист получает объективные данные, позволяющие оценить функцию толстой кишки. Определение характера дискинезии имеет важное значение для последующего лечения.

В большинстве работ отмечается, что при СРК не находят каких-либо изменений слизистой оболочки толстой кишки при эндоскопических исследованиях. В некоторых

исследованиях указывается на наличие минимальных воспалительных изменений слизистой оболочки, чаще в области сигмовидной и прямой кишки.

Цель исследования: проанализировать данные, полученные в ходе эндоскопического исследования толстой кишки у больных СРК.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 180 пациентов с СРК, проходивших обследование и лечение в гастроэнтерологических отделениях Городской больницы № 3 г. Ульяновска (63 больных) и Ульяновской областной клинической больницы (117 больных) в период 2005–2008 гг. Возраст больных был от 17 до 72 лет. Женщины составляли большинство (135 человек, или 75%). Таким образом, соотношение мужчин и женщин оказалось равным 1:3. Все больные имели клинические проявления, соответствующие Римским критериям II, III.

Эндоскопические исследования были выполнены 124 пациентам (68,9%). В 56 случаях (31,1%) эндоскопическое обследование не проводилось, т. к. это были пациенты молодого возраста, у которых клинические проявления соответствовали Римским критериям СРК и отсутствовали симптомы «тревоги», отмечалась быстрая положительная динамика в ходе лечения. Это не противоречит правомерности постановки диагноза СРК в соответствии с Римскими критериями II, в которых подчеркивалось, что диагноз СРК следует ставить, ориентируясь, главным образом, на перечисленные клинические проявления и отсутствие «симптомов тревоги» – лихорадки, примеси крови в испражнениях, похудания, анемии и др. При этом объем лабораторных и инструментальных исследований, проводимых для его подтверждения, рекомендовано, по возможности, ограничивать. В Римских критериях III также говорится, что правильный диагноз обычно может быть установлен на основании сбора анамнеза с использованием минимума лабораторных и инструментальных исследований [2, 3, 4, 5, 6]. В то же время, 26 пациентам, которым не проводилось эндоскопическое исследование толстой кишки, была выполнена ирригография, что позволило исключить органическую патологию.

Эндоскопическое исследование толстой кишки включало проведение колоноскопии (у 118 больных) и ректороманоскопии (у 30 пациентов). В это число вошли также больные (24 человека), которым выполнялись оба метода исследования. В таблице 1 представлено распределение больных по полу, а также вариантам СРК.

ТАБЛИЦА 1.

Распределение больных, которым проводились эндоскопические исследования, по полу и вариантам синдрома раздражённого кишечника

Формы СРК/пол	мужчин	%	женщин	%	Всего	%
СРК с преобладанием диареи	22	17,7	37	29,8	59	47,6
СРК с преобладанием запоров	10	8,1	36	29,1	46	37,1
СРК смешанный вариант	6	4,8	13	10,5	19	15,3
Всего	38	30,6	86	69,4	124	100

Наиболее частым среди больных СРК оказался диарейный вариант (47,6%), который доминировал и у мужчин, и у женщин. Смешанный вариант был отмечен лишь в 15,3% случаев. При этом, однако, удельный вес каждого варианта у мужчин и женщин был неодинаковым (рис.).

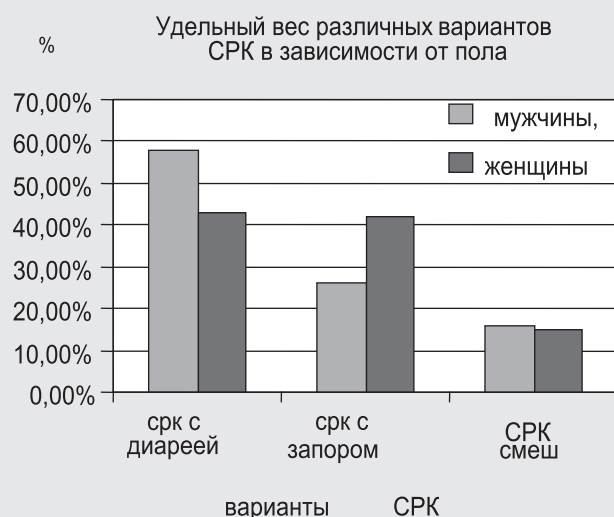


РИС.

Удельный вес различных вариантов СРК в зависимости от пола.

Так, если у мужчин вариант СРК с диареей наблюдался в 57,9% случаев, то у женщин лишь в 43%. Вариант СРК с запорами встречался у мужчин намного реже, чем у женщин (26,3% и 41,9% соответственно). Вариант СРК с чередованием запоров и диареи встречался в равной степени как у мужчин (15,8%), так и у женщин (15,1%). Эти результаты совпадают с данными, изложенным в Практических рекомендациях Всемирной гастроэнтерологической организации («Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы» в 2009 году), в которых отмечается, что СРК с преобладанием диареи составляет до одной трети всех случаев заболевания и чаще встречается у мужчин, тогда как вариант СРК с преобладанием запоров, составляющий до одной трети всех случаев заболевания, чаще наблюдается у женщин.

Результаты и их обсуждение

Анализируя данные ректороманоскопии и колоноскопии у 124 больных СРК, следует отметить, что лишь у 34 пациентов (27,4%) не было обнаружено каких-либо изменений слизистой оболочки, нарушений тонуса и моторики толстой кишки. Слизистая оболочка имела розовую окраску, была блестящей, гладкой, с хорошо видимым сосудистым рисунком, с небольшим наложением слизи. У 90 больных СРК (72,6%) при эндоскопическом исследовании были найдены изменения. Характер их был различен (таблица 2).

Обращает на себя внимание достаточно высокий процент воспалительных изменений слизистой оболочки, в основном в дистальных отделах кишечника, отмечавшихся у 18 больных из 124 (14,5%). Эти изменения описаны в виде смазанного сосудистого рисунка, очагов гиперемии слизистой кишки, отека складок, большого наложения слизи. Большая часть воспалительных изменений была обнаружена у больных СРК с преобладанием диареи (у 11 из 18 пациентов, 61%). При СРК с преобладанием запоров воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки были отмечены у 4 больных, при СРК со смешанным характером стула – у 3 пациентов.

Эти изменения были расценены как проявления катарального проктосигмоидита. Они были подтверждены многочисленными гистологическими исследованиями, проведенными как у взрослых, так и у детей, которые свидетельствовали

о том, что даже при отсутствии каких-либо эндоскопических изменений морфологическое исследование нередко выявляет четкие признаки поверхностных воспалительных изменений или даже атрофического процесса. В ряде случаев поверхностные катаральные воспалительные изменения выявляются уже непосредственно при ректоскопии [7, 8].

ТАБЛИЦА 2.

Изменения, выявленные при эндоскопическом исследовании толстой и прямой кишки

Характер изменений	Ректоро-маноскопия	Колоноскопия	Всего больных	%
Всего проведено	30	118	124	100
Изменений не выявлено	5	29	34	27,4
Геморрой	18	1	19	15,3
Катаральный проктосигмоидит	2	16	18	14,5
Анальная трещина	9		9	7,3
Полип	1	3	4	3,2
Долдохосигма	1	28	29	23,4
Дивертикулы	1	7	8	6,4
Дискинезия по гипертонич. типу		29	29	23,4
Дискинезия по гипотонич. типу		9	9	7,3
Дискинезия по гипермоторн. типу		15	15	12,1
Дискинезия по гипомоторн. типу		24	24	19,3
Долхоколон		10	10	8,1
Недостаточность баугиниевой заслонки		17	17	13,7
Колоноптоз		3	3	2,4

Примечание: Общее количество больных, которым выполнено эндоскопическое исследование – 124, количество исследований – 148, т. к. 24 больным выполнены и ректороманоскопия и колоноскопия (% указан к количеству больных).

Таким образом, отрицательный результат ректороманоскопии или колоноскопии (отсутствие визуальных изменений слизистой оболочки) отнюдь не исключает возможности воспалительного процесса. В литературе приводятся данные, что при исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки у больных СРК в 20% случаев могут определяться минимальные изменения воспалительного характера, возникающие вследствие нарушения кишечного микробиоценоза [9]. Однако однозначно судить о частоте и выраженности воспаления без морфологического исследования не представляется возможным.

Наличие единичных дивертикулов, полипов, геморроя, долдохосигмы, как было отмечено в Римских критериях III, не противоречит диагнозу СРК [2]. Что касается признаков дис-

кинезии, выявленной у 65,2% пациентов СРК, то это еще раз подтверждает факт наличия нарушений тонуса и перистальтики толстой кишки у этих пациентов. У больных СРК могут отмечаться также нарушения тонуса сфинктеров, что проявляется, в частности, высокой частотой недостаточности баугиниевой заслонки. Однако большинство исследователей указывает на вторичный характер этих изменений [10].

Выводы

1. Проведение инструментальных исследований (ирриграфия, ректороманоскопия, колоноскопия) у больных синдромом раздраженного кишечника позволяет не только исключить органические заболевания толстой кишки, но и выявить особенности ее функционального состояния.

2. У 72,6% больных СРК при эндоскопическом исследовании (ректороманоскопии и колоноскопии) выявляются изменения, которые носят неспецифический характер и чаще всего (65,2%) свидетельствуют о явлениях дискинезии толстой кишки.

3. Воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных СРК в виде катарального проктосигмоидита выявляются в 14,5% случаев и наиболее часто (61%) встречаются у пациентов с диарейным вариантом заболевания.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Синдром раздраженного кишечника: от патогенеза к лечению. /Consilium medicum. 2010. Гастроэнтерология. № 1. С. 48-52.
2. Шептулин А.А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? РЖГТК. 2007. № 2. С. 63-68.
3. Drossman D.A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. Gastroenterology. 2006. V. 130. P. 1377-1390.
4. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology. 2006. V. 130. P. 1480-1491.
5. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. Gut. 1999. V. 45 (suppl. 2). P. 43-47.
6. Thompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D.A. et al. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: functional gastrointestinal disorders. 2nd ed. Lawrence. 2000. P. 351-432.
7. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Избранные лекции по гастроэнтерологии. М.: Медпресс, 2001. 82 с.
8. Самохина Е.П., Сорокин А.В., Иванова Е.Л., Шабельская О.А. Морфологические изменения слизистой оболочки толстой кишки у больных синдромом раздраженного кишечника. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. Т. 11. № 5 (прил. 15). С. 58.
9. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Краткое руководство по гастроэнтерологии. М.: ООО «Издательский дом М-Вести», 2001. 458 с.
10. Баранская Е.К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение. Consilium medicum. 2000. Т. 2. № 7. С. 287-292.