

М.Д. ЛЕВИН, З. КОРШУН, Г. МЕНДЕЛЬСОН

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Государственный гериатрический центр, г. Натания,
Израиль

Приводится случай тяжелого течения синдрома раздраженного кишечника у женщины 76 лет. Хронический запор и боль в животе со временем нарастали, и не было облегчения в ответ на медикаментозное, диетическое и психотерапевтическое лечение. При ирригоскопии был обнаружен резкий спазм левой половины толстой кишки. Слабительные средства не помогали, а большинство из них приводили к усилению боли. Облегчение наступало только после опорожнения кишечника в ответ на очистительную клизму. В последнее время процедура очищения кишечника занимала до 5 часов, а при отсутствии эффекта приходилось обращаться за экстренной помощью в стационар. Из-за вынужденной диеты больная похудела на 18 килограммов. Качество жизни резко улучшилось после наложения концевой колостомы на правую половину поперечно-ободочной кишки. Интенсивность и частота болевых синдромов уменьшились. В течение полугода больная поправилась на 3 килограмма.

Описанное наблюдение показывает целесообразность оперативного лечения в случаях крайней тяжести синдрома раздраженного кишечника, не поддающихся консервативной терапии. Для решения вопроса о месте наложения калового свища целесообразно рентгенологическое исследование с контрастным веществом, чтобы планировать операцию проксимальнее спазмированного участка.

Ключевые слова: синдром раздраженного кишечника, лечение, операция, колостома

We present the case of the severe irritable bowel syndrome in a 76 year old woman. Chronic constipation and abdominal pain grew with time, and there was no relief in response to medication, diet, and psychotherapy. Severe spasm of the left part of the colon was found on barium enema. Laxatives didn't help, and most of them even increased the severity of pain. Some relieve appeared only after a bowel movement after an enema. The procedure of purgation has taken up to 5 hours recently; and if there was no any effect the patient had to call for emergent hospital aid. The patient has lost 18 kg due to constrained dietary restriction. Quality of life has dramatically improved after the colostomy of the right transverse colon. The intensity and frequency of the pain syndrome decreased significantly. During the first 6 months after the surgery the patient regained 3 kg.

The described observation shows appropriateness of the surgical treatment in cases of severe irritable bowel syndrome which can't be treated by means of conservative therapy. To solve the problem of the place of fecal fistula application, X-ray examination with the contrast substance is advisable to plan the operation proximal to the spastic site.

Keywords: irritable bowel syndrome, treatment, surgery, colostomy

Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (5): 123-127

Rare case of surgical treatment of the irritable bowel syndrome

M.D. Levin, Z. Korshun, G. Mendelson

Введение

Синдром раздраженного кишечника (СРК) вместе с функциональной диспепсией и несердечной болью в грудной клетке представляют собой наиболее часто встречающиеся функциональные расстройства пищеварительного тракта. В отличие от органических синдромов, боль и дискомфорт при них нельзя объяснить структурными изменениями, которые можно обнаружить при использовании современных диагностических методов [1]. Частота заболевания в разных странах колеблется от 8 до 25% [2]. Боль в животе, вздутие живота и нарушение стула ухудшают качество жизни, социальную адаптацию и работоспособность.

Диагноз СРК устанавливается на основании критериев Roma III [3]. В первую очередь

необходимо исключить органические заболевания [4]. Причина СРК не известна. Физиологические исследования выявляют наличие висцеральной гиперчувствительности. Впервые это было доказано исследованиями J. Ritchie в 1973 г. [5]. У пациентов с СРК и в контрольной группе определялся порог болевой чувствительности при прогрессивном раздувании баллона в сигмовидной кишке. Было установлено, что у пациентов, страдающих СРК, по сравнению с контрольной группой при одинаковом объеме баллона боль была значительно сильнее [5].

С диагностической целью наиболее часто производится колоноскопия. Относительно рентгенологического исследования, в том числе компьютерной томографии и ирригоскопии, четких рекомендаций нет [6].

Современное лечение, основанное на правильном диагнозе, включает рекомендации врача по образу жизни и питания, медикаментозное лечение и психотерапию. Однако многие пациенты не могут избавиться от симптомов, несмотря на наличие многочисленных препаратов. Среди назначаемых групп препаратов: антиспастические, наполнители на основе пищевых волокон, антидепрессанты и антидиарейные. При рандомизированных контролируемых исследованиях выявлено, что только релаксанты гладкомышечной мускулатуры уменьшают боль в животе [7]. Хотя препараты увеличивающие объем каловых масс широко применяются при СРК, доказательств их эффективности не обнаружено. Антидепрессанты определенно необходимы в случаях часто диагностируемой депрессии. Однако при отсутствии психических расстройств эффективность антидепрессантов вызывает сомнение [7, 8].

Мы не нашли ни в одном из обзоров литературы упоминания о возможности оперативного лечения при СРК. В нашей практике был случай такого тяжелого течения, при котором единственным выходом для облегчения страдания пациентки была избрана правосторонняя конечная колостомия. Приводим это наблюдение.

Клинический случай

Пациентка 76 лет наблюдалась в поликлинике по поводу синдрома раздраженного кишечника, анемии, повышенного артериального давления, гиперхолестеринемии и наджелудочковой тахикардии. С детства не употребляет свежее молоко. В возрасте 28 лет перенесла аппендэктомию, в 41 год — холецистэктомию, в 48 лет — радикальную гистерэктомию. Хронический запор появился после удаления желчного пузыря. Длительное время помогали легкие слабительные: Phenolphthaleinum и Isapheninum. С 60 лет из-за усиления запора перешла на препараты Folium Sennae и Bisacodyl. В это же время появилась боль в эпигастрии, отрыжка и ощущение дискомфорта. При рентгенологическом обследовании верхних отделов пищеварительного тракта обнаружена скользящая диафрагмальная грыжа и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, по поводу чего пациентка длительное время принимала Omeprazol. С 64 лет прием слабительных средств, усиливающих перистальтику, стал вызывать усиление болей в животе, и не способствовал очищению кишечника. Пациентка стала принимать Paraffinum liquidum, препараты, увеличивающие объем каловых масс и Nirvaxal. Эффективность такого лечения была низкой, поэтому она была вынуж-

дена перейти на очистительные клизмы два раза в неделю. Боли исчезали после полного опорожнения кишечника. Временный эффект наступал после приема L. Acidophilus и в/v Trental, а также препаратов, купирующих боль.

Боль в животе беспокоила только во время бодрствования

В возрасте 66 лет была произведена ирригоскопия. Во время тугого заполнения толстой кишки обнаружено сужение левой половины и отсутствие гаустрации (рис. 1). После опорожнения этот отдел был резко спазмирован (рис. 2). На основании рентгенологических данных и клинических симптомов диагностирован синдром раздраженного кишечника. Пациентка была вынуждена находиться на строгой диете, нарушение которой провоцировало боли в животе. Она похудела на 18 килограммов. Все чаще приходилось делать очистительные клизмы и дольше проводить время в туалете, чтобы добиться очищения кишечника. Находилась под наблюдением гастроэнтеролога и хирурга. При колоноскопии удалены мелкие полипы из сигмовидной кишки. Манометрическое исследование аноректальной зоны, а также гистологическое и гистохимическое исследования патологии не выявили.

Пациентке была предложена левосторонняя колэктомия. Однако из-за высокого риска большой операции, связанного с плохо контролируемой гипертонией, пациентка от операции отказалась. К 75 годам состояние ее резко ухудшилось. Она проводила в туалете по 5 часов, стараясь очистить кишечник, но не всегда это удавалось. По несколько раз в месяц ее госпитализировали в хирургический стационар. Боли проходили после внутривенных регидраций с Paraverine и внутримышечных инъекций Voltaren. Часто на фоне болевого синдрома поднималось артериальное давление до 200-230 мм рт. ст. Такое состояние вызвало глубокую депрессию. Как единственный выход была предложена колостомия. Концевая колостомия была выполнена на правой половине поперечно-ободочной кишки. В послеоперационном периоде боли прошли, но спустя неделю они снова появились в левой половине живота, появилось чувство переполнения. На рентгенограмме, выполненной на фоне приступа, определялись газ и кал в поперечно-ободочной кишке в проекции колостомы, но ширина кишки была в пределах нормы (4,4 см). При пальцевом исследовании колостомы газ отошел и боль прекратилась. Этот манерв был взят пациенткой на вооружение (2 раза в день во время смены калоприемника), и с тех пор она полностью контролирует свое состояние. На протяжении 6



Рис. 1. Ирригография. Сужение левой половины и отсутствие гаустрации

месяцев после операции сильная боль в животе не повторялась. Иногда появлялась легкая боль в животе натощак, которая проходила после съеденного печенья или через полчаса после приема Metamizol или Paracetamol. Пациентка расширила диету и прибывла в весе на 3 кг.

Обсуждение

Причина СРК не известна. До сих пор удалось только выяснить, что это многофакторное заболевание характеризуется висцеральной гиперчувствительностью, которая обусловлена либо афферентной дисфункцией нейронов на уровне энтеральной нервной системы, либо функциональным нарушением в оси мозг-кишка [9]. Профессор A. Shafik et al. [10] обнаружили у пациентов с СРК при использовании электромиографии толстой кишки «тахикардию». Они применили электростимуляцию, в качестве кишечного водителя ритма. Были отмечены обнадеживающие результаты. Описываются очень частые сочетания СРК с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, что дало основание некоторым авторам предположить, что имеется не простое совпадение, а речь идет о разных этапах одного и того же заболевания [11, 12].

В нашем наблюдении, вероятно, имелась непереносимость коровьего молока. Однако полное исключение молока из рациона питания не предотвратило развития тяжелого заболевания. Функциональное расстройство пище-



Рис. 2. Ирригография пациентки. После опорожнения левая половина толстой кишки резко спазмирована

варительного тракта начиналось, как гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Интенсивность болевого синдрома и запора увеличивались с возрастом. Калькулезный холецистит также является этапом развития заболевания, что подтверждается частым сочетанием СРК с перенесенной холецистэктомией [13]. Анализ литературы и описанное наблюдение позволяет нам сделать вывод, что СРК является хроническим прогрессирующим заболеванием. В процессе его прогрессирования изменяются не только клинические симптомы, но также и функциональное состояние толстой кишки. Наше наблюдение представляет собой крайнюю степень тяжести заболевания, когда диета, медикаментозное лечение и регулярные очистительные клизмы не оказывали существенного облегчения. Жизнь пациентки протекала возле туалета в ежедневном страдании от болей. Левая половина толстой кишки представляла собой препятствие для продвижения кала. Любое раздражение, в том числе даже незначительное растяжение толстой кишки, вызывало увеличение давления и спазм этого отдела. При СРК, в отличие от болезни Гиршпрунга, левая половина толстой кишки перистальтирует. Однако перистальтика частая и нерегулярная. Несмотря на то, что спазмированный сегмент толстой кишки оказывает препятствие для продвижения кала, не возникает существенного расширения кишки проксимальнее суженного сегмента. У нашей пациентки после операции выключения левой половины толстой кишки

боль в животе возникла при скоплении газа и кала перед колостомой. Как показал анализ, инвагинация слизистой оболочки в колостому создавала пробку. Скопление незначительного количества газа над пробкой вызывало сильные боли. Они сразу же проходили после пальпаторной ликвидации «пробки» и отхождения газа. Это свидетельствует о том, что пораженным является не только спазмированный сегмент. Гиперчувствительным является, по крайней мере, сегмент правой половины толстой кишки, на которой была наложена колостома. Из-за гиперчувствительности стенки толстой кишки относительно низкое или даже нормальное давление в толстой кишке, при котором не происходит расширения ее просвета, вызывает сильную боль.

В большинстве обзоров, посвященных СРК, возможность оперативного лечения не упоминается [1, 8, 9]. R. Sjødahl et al. изучали качество жизни в отдаленном периоде у пациентов после наложения свища на сигму [13]. Хорошие показатели качества жизни были у всех оперированных, где операция была выполнена в связи с опухолью, воспалительным процессом (болезнь Крона, дивертикулит), недержанием кала, аноректальными заболеваниями и пр. Только у пациентов с СРК в сочетании с запором обнаружены плохие результаты. Двумя факторами можно объяснить худшее качество жизни у пациентов с сигмостомой на фоне СРК. Во-первых, сигмостома у большинства оперированных с СРК не исключает весь сегмент с высоким тонусом. Во-вторых, почти у 66% пациентов с колостомой на сигме возникает выпячивание, связанное с грыжей или инвагинацией. Это особенно ухудшает качество жизни у пациентов с СРК, так как из-за гиперчувствительности кишки даже небольшая задержка газа и стула вызывает боль [14].

Очевидно, что оперативное лечение не избавило пациентку от заболевания. Колостома выключила дистальный отдел толстой кишки, который оказывал наибольшее препятствие для опорожнения. Однако СРК не является локальной патологией. Поэтому нет оснований ожидать, что симптомы заболевания полностью исчезнут. Тем не менее, на протяжении 6 месяцев после операции качество жизни пациентки значительно улучшилось, а значит, тактика лечения была избрана правильно.

Заключение

Описанное наблюдение показывает целесообразность оперативного лечения в случаях крайней тяжести СРК, не поддающихся кон-

сервативной терапии. Для решения вопроса о месте наложения калового свища целесообразно рентгенологическое исследование с контрастным веществом, чтобы планировать операцию проксимальнее спазмированного участка. Колостома на правой половине поперечно-ободочной кишки поможет избежать плохих результатов операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Management of irritable bowel syndrome in primary care: feasibility randomised controlled trial of mebeverine, methylcellulose, placebo and a patient self-management cognitive behavioural therapy website (MIBS trial) / H. A. Everitt [et al.] // *BMC Gastroenterol.* — 2010. — Vol. 10. — P. 136.
2. Ron Y. Irritable bowel syndrome: epidemiology and diagnosis / Y. Ron // *IMAJ.* — 2003. — Vol. 5, N 3. — P. 201–202.
3. Engsbro A. L. The Rome II and Rome III criteria identify the same subtype-populations in irritable bowel syndrome: agreement depends on the method used for symptom report / A. L. Engsbro, M. Simrén, P. Bytzer // *Neurogastroenterol Motil.* — 2012. — Vol. 24, N 7. — P. 604–e266.
4. Prevalence of organic colonic lesions in patients meeting Rome III criteria for diagnosis of IBS: a prospective multi-center study utilizing colonoscopy / S. Ishihara // *J Gastroenterol.* — 2012. — Vol. 30. [Epub ahead of print].
5. Ritchie J. Pain from distension of the pelvic colon by inflating a balloon in the irritable colon syndrome / J. Ritchie // *Gut.* — 1973. — Vol. 14, N 2. — P. 125–32.
6. Role of radiologic imaging in irritable bowel syndrome: evidence-based review / O. J. O'Connor [et al.] // *Radiology.* — 2012. — Vol. 262, N 2. — P. 485–94.
7. Jailwala J. Pharmacologic treatment of the irritable bowel syndrome: a systematic review of randomized, controlled trials / J. Jailwala, T. F. Imperiale, K. Kroenke // *Ann Intern Med.* — 2000. — Vol. 133, N 2. — P. 136–47.
8. Olden K. W. Irritable bowel syndrome: an overview of diagnosis and pharmacologic treatment / K. W. Olden // *Cleve Clin J Med.* — 2003. — Vol. 70. — Suppl. 2. — P. S3–7.
9. Ducrotté P. Irritable bowel syndrome: from the gut to the brain-gut // *Gastroenterol Clin Biol.* — 2009. — Vol. 33, N 8-9. — P. 703–12.
10. Treatment of irritable bowel syndrome with colonic pacing: evaluation of pacing parameters required for correction of the "tachyarrhythmia" of the IBS / A. Shafik [et al.] // *Hepatogastroenterology.* — 2004. — Vol. 51, N 60. — P. 1708–12.
11. Gasiórowska A. Gastroesophageal reflux disease (GERD) and irritable bowel syndrome (IBS)—is it one disease or an overlap of two disorders? / A. Gasiórowska, C. H. Poh, R. Fass // *Dig Dis Sci.* — 2009. — Vol. 54, N 9. — P. 1829–34.
12. Studying the overlap between IBS and GERD: a systematic review of the literature / I. Nastaskin [et al.] // *Dig Dis Sci.* — 2006. — Vol. 51, N 12. — P. 2113–20.

13. Long-term quality of life in patients with permanent sigmoid colostomy / R. Sjödaahl [et al.] // Colorectal Dis. — 2012. — Vol. 14, N 6. — P. 335-8.

14. Quality of life is impaired in patients with peristomal bulging of a sigmoid colostomy / A. Kald [et al.] // Scand J Gastroenterol. — 2008. — Vol. 43, N 5. — P. 627–33.

Адрес для корреспонденции

42202, Israel, Natanya
Amnin ve-Tamar, 1/2,
Государственный Гериатрический Центр,
e-mail: nivel70@hotmail.com,
Левин Михаил Давыдович

Сведения об авторах

Левин М.Д., д.м.н., врач-рентгенолог Государственного гериатрического центра г. Натании.

Коршун З., заведующий гериатрическим отделением Государственного гериатрического центра г.

Натании.

Мендельсон Г., заведующий гериатрическим отделением, главный врач больницы Государственного гериатрического центра г. Натании.

Поступила 24.05.2012 г.

От редакции: статья носит дискуссионный характер.