

О ПАТОГЕНЕЗЕ ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНИ

*В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, Ш.З. Загидуллин, Э.А. Михеева, А.Х. Галямов,
Р.Ф. Магафуров, Т.М. Лукашева, С.Ф. Ковальская*

Кафедра хирургии с курсом эндоскопии (зав. — проф. В.М. Тимербулатов) Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа

Для своевременного выявления состояний, являющихся своеобразными предвестниками возникновения дивертикулеза ободочной кишки — в большинстве случаев приобретенного заболевания, в настоящей работе мы попытались выявить отличительные признаки преддивертикулярного состояния и разработать мероприятия по его предупреждению.

В возникновении дивертикулов ряд отечественных и зарубежных авторов придерживаются “грыжевой” теории [4, 5], постулируя наличие слабых точек в стенке толстой кишки и исходя из более частой распространенности заболевания среди лиц пожилого и старческого возраста.

По литературным данным, к развитию дивертикулов ведут в основном патологические изменения мышечного слоя кишечной стенки, сигмовидной кишки, повышение внутрикишечного давления, патологическая сегментация, дискоординация деятельности продольных и циркулярных мышц стенки толстой кишки [1—3, 5—7]. К развитию указанных выше изменений ведут такие факторы, как ожирение, пассивный образ жизни, бесшлаковая диета.

К преддивертикулярным состояниям относят синдром раздраженной толстой кишки, поскольку между ним и дивертикулезом ободочной кишки существует много общего от патогенеза до клинических проявлений.

Наши исследования основаны на результатах обследования 130 больных с синдромом раздраженной толстой кишки. Всем больным проводилось общеклинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови (белок и его фракции, билирубин, креатинин, мочевины, глюкоза), функциональные пробы печени, эндоскопические (РРС,

ФКС, ФЭГДС), рентгенологические (обзорная рентгенография брюшной полости, ирригография с двойным контрастированием), дополнительные методы исследования (определение тонической активности толстой кишки и внутрикишечного давления) [2, 3].

При сборе анамнеза у больных были выявлены дискомфорт и боли в животе, особенно в левой половине; боли, связанные с нарушением стула, запоры в течение длительного времени. Эти признаки имели непостоянный, периодический характер, купировались спазмолитиками. В течение первых 3—5 лет эти признаки были преходящими, колики кратковременными. В дальнейшем боли нарастали, запоры приобретали постоянный характер. Боли в животе часто проходили после дефекации, а спазмолитики не всегда купировали болевой синдром.

Эндоскопические исследования показали умеренный спазм в левой половине толстой кишки, особенно в области расположения сфинктеров, а рентгенологические — умеренную патологическую сегментацию, глубокие частые гаустры, их асимметрию, спазм в области сигмовидной кишки, пилообразный контур.

Ретроспективный анализ жалоб, характер клинических симптомов и данных эндоскопических и рентгенологических исследований дают основание считать, что синдром раздраженной толстой кишки существовал у этих больных достаточно долго. Поэтому весьма ценным информационным показателем в плане профилактики дивертикулярной болезни является, на наш взгляд, ее взаимосвязь с продолжительностью синдрома раздраженной толстой кишки.

При обследовании пациенты с синдромом раздраженной толстой кишки

были распределены по 4 группам в зависимости от продолжительности заболевания. В 1-ю группу вошли 40 (30,8%) больных с продолжительностью заболевания до 3 лет. У 14 (35%) больных отмечались боли упорного характера в левой половине живота, у 10 (25%) — по всему животу. 16 (40%) больных не могли точно указать локализацию боли, на первый план выступала нерегулярность стула. Нарушения стула в виде запоров отмечались у 26 (65%) больных, чередование жидкого стула с запорами — у 8 (20%), жидкий стул — у 4 (10%). Следует подчеркнуть, что у больных этой группы боли в животе и нарушения стула носили не постоянный, а периодический характер.

При эндоскопическом обследовании у 45% из них отмечался спазм левой половины толстой кишки, особенно в зоне расположения сфинктеров. На ирриграммах были выявлены патологическая сегментация (40%), более выраженная чаще со стороны левого фланга ободочной кишки, глубокие и мелкие гаустры (55%), спазм в области расположения сфинктеров (45%).

2-ю группу составили 40 (30,7%) больных с продолжительностью заболевания от 3 до 6 лет. В клинической картине у них преобладал болевой синдром. У 30 (75%) из них боли локализовались в левой половине живота, у 12 (30%) носили разлитой характер. Метеоризм отмечался у 24 (60%) больных, запоры — у 24 (60%), жидкий стул — у 10 (25%), патологическое слизевыделение — у 16 (40%). При эндоскопическом исследовании у 23 (57,5%) больных обнаруживался спазм в определенных сегментах толстой кишки, в зонах расположения сфинктеров. Ирриграммы показывали сегментарные заполнения толстой кишки (70%), асимметрию гаустрации (65%), участками ее снижение и сглаженность заполненных отделов (57,5%).

В 3-ю группу вошли 30 (23,1%) пациентов с продолжительностью заболевания от 6 до 10 лет. Для этих больных было характерно сочетание клинических признаков заболевания, выявленных в первых двух группах, наличие

пилообразных контуров толстой кишки (80%) с мелкими выбуханиями (66,8%), нередко колоптоз.

К 4-й группе были отнесены 20 (15,4%) больных с длительностью заболевания более 10 лет. Клинические признаки заболевания были у них более устойчивыми и интенсивными. Без слабительных, очистительных клизм больные этой группы практически не обходились, часто прибегали к спазмолитикам, обезболивающим и получали неоднократно амбулаторное и стационарное лечение. Выявлялись дополнительные рентгенологические признаки: пилообразные конусы с дивертикулообразными выбуханиями (85%). Эндоскопия показывала сужение просвета толстой кишки (80%), избыточную складчатость оболочки (85%), транссфинктерный пролапс (60%).

При измерении внутрикишечного давления, тонической активности ободочной кишки и гистологическом исследовании выявлено, что у больных 1 и 2-й групп внутрикишечное давление и тоническая активность толстой кишки были умеренно повышены (на 5—10% от данных контроля), морфологические изменения не обнаруживались. У больных 3-й группы внутрикишечная гипертензия и тоническая активность превышали данные контроля на 39—45%. Морфологические изменения проявлялись в виде гипертрофии мышечного слоя. Функциональные показатели в 4-й группе были примерно такими же, но преобладали морфологические изменения.

Анализ результатов обследования показал, что выраженность синдрома раздраженной толстой кишки находится в прямой зависимости от продолжительности заболевания: чем длительнее его срок, тем явственнее признаки, характерные для дивертикулярной болезни.

В начале заболевания толстая кишка представляет собой серию сегментов, разделенных контрактивными кольцами, имеется сфинктероспазм, особенно левого фланга, повышение внутрикишечного давления. Затем в зависимости от продолжительности, устойчивости, интенсивности указанных выше

были распределены по 4 группам в зависимости от продолжительности заболевания. В 1-ю группу вошли 40 (30,8%) больных с продолжительностью заболевания до 3 лет. У 14 (35%) больных отмечались боли упорного характера в левой половине живота, у 10 (25%) — по всему животу. 16 (40%) больных не могли точно указать локализацию боли, на первый план выступала нерегулярность стула. Нарушения стула в виде запоров отмечались у 26 (65%) больных, чередование жидкого стула с запорами — у 8 (20%), жидкий стул — у 4 (10%). Следует подчеркнуть, что у больных этой группы боли в животе и нарушения стула носили не постоянный, а периодический характер.

При эндоскопическом обследовании у 45% из них отмечался спазм левой половины толстой кишки, особенно в зоне расположения сфинктеров. На ирриграммах были выявлены патологическая сегментация (40%), более выраженная чаще со стороны левого фланга ободочной кишки, глубокие и мелкие гаустры (55%), спазм в области расположения сфинктеров (45%).

2-ю группу составили 40 (30,7%) больных с продолжительностью заболевания от 3 до 6 лет. В клинической картине у них преобладал болевой синдром. У 30 (75%) из них боли локализовались в левой половине живота, у 12 (30%) носили разлитой характер. Метеоризм отмечался у 24 (60%) больных, запоры — у 24 (60%), жидкий стул — у 10 (25%), патологическое слизевыделение — у 16 (40%). При эндоскопическом исследовании у 23 (57,5%) больных обнаруживался спазм в определенных сегментах толстой кишки, в зонах расположения сфинктеров. Ирриграммы показывали сегментарные заполнения толстой кишки (70%), асимметрию гаустрации (65%), участками ее снижение и сглаженность заполненных отделов (57,5%).

В 3-ю группу вошли 30 (23,1%) пациентов с продолжительностью заболевания от 6 до 10 лет. Для этих больных было характерно сочетание клинических признаков заболевания, выявленных в первых двух группах, наличие

пилообразных контуров толстой кишки (80%) с мелкими выбуханиями (66,8%), нередко колоптоз.

К 4-й группе были отнесены 20 (15,4%) больных с длительностью заболевания более 10 лет. Клинические признаки заболевания были у них более устойчивыми и интенсивными. Без слабительных, очистительных клизм больные этой группы практически не обходились, часто прибегали к спазмолитикам, обезболивающим и получали неоднократно амбулаторное и стационарное лечение. Выявлялись дополнительные рентгенологические признаки: пилообразные конусы с дивертикулообразными выбуханиями (85%). Эндоскопия показывала сужение просвета толстой кишки (80%), избыточную складчатость оболочки (85%), транссфинктерный пролапс (60%).

При измерении внутрикишечного давления, тонической активности ободочной кишки и гистологическом исследовании выявлено, что у больных 1 и 2-й групп внутрикишечное давление и тоническая активность толстой кишки были умеренно повышены (на 5—10% от данных контроля), морфологические изменения не обнаруживались. У больных 3-й группы внутрикишечная гипертензия и тоническая активность превышали данные контроля на 39—45%. Морфологические изменения проявлялись в виде гипертрофии мышечного слоя. Функциональные показатели в 4-й группе были примерно такими же, но преобладали морфологические изменения.

Анализ результатов обследования показал, что выраженность синдрома раздраженной толстой кишки находится в прямой зависимости от продолжительности заболевания: чем длительнее его срок, тем явственнее признаки, характерные для дивертикулярной болезни.

В начале заболевания толстая кишка представляет собой серию сегментов, разделенных контрактивными кольцами, имеется сфинктероспазм, особенно левого фланга, повышение внутрикишечного давления. Затем в зависимости от продолжительности, устойчивости, интенсивности указанных выше

признаков присоединяются пилообразные конусы с дивертикулообразными вздутиями, сужение просвета толстой кишки, избыточная складчатость, появляются морфологические изменения толстой кишки.

При эндоскопии и рентгенологических исследованиях выявляется ряд отдельных признаков, которые следует расценивать как предвестники дивертикулярной болезни. К таким рентгенологическим признакам относятся пневматоз толстой кишки, чаще в левом подреберье, в проекции селезеночного изгиба поперечной ободочной кишки, скопления газа, патологическая сегментация, пилообразный контур, асимметричная и бессистемная гаустрация, уменьшение диаметра толстой кишки, особенно сигмовидной, глобальное уменьшение объема толстой кишки, сфинктероспазм в зоне их расположения.

В ходе эндоскопии в зависимости от продолжительности заболевания обнаруживаются тотальный или сегментарный спазм толстой кишки, особенно в области сфинктеров, гипертрофия и избыточность складок, ригидность кишки, грубые, высокие и частые складки слизистой оболочки.

Указанные выше синдромы, эндоскопические и рентгенологические признаки можно расценивать как преддивертикулярное состояние, способное трансформироваться в дивертикулярную болезнь. Целесообразно активно выявлять в амбулаторных условиях преддивертикулярное состояние для предотвращения развития и осложнений дивертикулеза ободочной кишки.

ВЫВОДЫ

1. Риск развития дивертикулеза ободочной кишки при синдроме раздраженной толстой кишки как преддивертику-

лярном состоянии находится в прямой зависимости от продолжительности заболевания.

2. Для диагностики преддивертикулярных состояний наиболее эффективными методами являются ирригография и фиброколоноскопия.

3. При выявлении преддивертикулярных состояний необходима профилактика дивертикулярной болезни толстой кишки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Латыпов Р.З., Плечев В.В., Тимербулатов В.М. Хроническая дисфункция толстой кишки — Уфа, 1998.
2. Тимербулатов В.М., Сахаутдинов В.Г., Куркин Б.В., Мехдиев Д.И. Дивертикулез толстой кишки. — Уфа, 1995.
3. Тимербулатов В.М. Диагностика и лечение дивертикулеза толстой кишки и его осложнений (обоснование и выбор метода лечения): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — М., 1983.
4. Федоров В.Д., Воробьев Г.И., Чубаров Ю.Ю. // Вестн. хир. — 1986. — № 6. — С. 44 — 48
5. Fleischer F.G. // Gastroenterology. — 1971. — Vol. 60. — P. 316 — 324.
6. Painter N.S. // Brit. Med. J. — 1968. — Vol. 3. — P. 475
7. Parks T.G., Connell A.M. // Brit. J. Surg. — 1968. — Vol. 55. — P. 867.

Поступила 08.05.99

ON THE PATHOGENESIS OF THE DIVERTICULUM DISEASE

V.M. Timerbulatov, D.I. Mekhdiev, Sh.Z. Zagidullin,
E.A. Mikheeva, A.Kh. Galyamov, R.F. Magafurov,
T.M. Lukasheva, S.F. Kovalskya

S u m m a r y

The results of examination of 130 patients with the irritable colon syndrome are analyzed. The patients were divided into 4 groups depending on the disease duration (up to 3 years — 40 patients, from 3 to 6 years — 40 patients, from 6 to 10 years — 30 patients, more than 10 years — 20 patients). Morphological and clinical manifestations characteristic of the diverticulum disease were determined by the process duration.