

УДК 616.348—002.44+616.351—072.1

А. А. ШАХБАЗЯН

РЕКТОРОМАНОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА
ПРИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ

В диагностике и лечении неспецифического язвенного колита ректороманоскопическое исследование играет решающую роль.

В работе показано, что неспецифическому язвенному колиту в зависимости от стадии болезни свойственна очень разнообразная ректоскопическая картина, начиная с нормальной до тяжелого деструктивного разрушения архитектоники кишечной стенки.

В целях точной диагностики данные ректороманоскопии необходимо расценивать лишь на фоне комплекса патологических изменений при каждом конкретном случае.

Ректороманоскопическое исследование (РРС) больных имеет большое, нередко решающее значение в диагностике неспецифического язвенного колита, т. к. в большинстве случаев патологический процесс начинается с дистального отдела желудочно-кишечной системы и своевременная тщательная эндоскопия окажет неоценимую помощь в диагностике и лечении этого тяжелого заболевания.

При ректоскопии больных мы придерживаемся схемы, разработанной на кафедре инфекционных болезней Рижского медицинского института М. С. Лишневским [6]. Ниже приводится упомянутая схема.

РЕКТОСКОПОГРАММА

I Анальная область

1. Геморроидальные узлы (кровенаполненные, некровенаполненные). 2. Зияние ануса (податливость), выпадение слизистой прямой кишки. 3. Ано-ректальный синдром (кожная гиперемия, пигментация, экзантематозное и грибковое поражение). Осмотр промежности.

II Слизистая оболочка

1. Окраска (розовая, красная, бледная). 2. Глубокие крупные сосуды (нормальные, избыточная сеть отсутствует). 3. Вид слизистой: яркая, тусклая, влажная, блестящая, отечная. 4. Поверхностные мелкие сосуды: их расположение (диффузное, очаговое, обильное, невыраженное). 5. Резистентность слизистой: а) кровоточивость при легком соприкосновении (есть—нет); б) геморрагии (точечные, очаговые или расклеванные). 6. Зернистость слизистой (нормальная, пониженная, резко выраженная). 7. Дефекты слизистой—эрозии и язвы: а) расположение (циркулярное, продольное), б) на вершинах или у основания складок,

в) расстояние язвы от ануса (в см)—размеры, характер краев, налеты. Полипы (псевдополипы): размеры, кровоточивость, поверхность, локализация.

8. Складчатость слизистой: складки нормальные, тонкие, отечные, сильно набухшие, отсутствуют.

III Просвет

1. Ректоскоп проходит свободно или с поддуванием. 2. Слизь: стекловидная, мутная, с гноем. 3. Кровь: яркая или сукровица, жидкая или сгустками. 4. Кал: плотный, кашицеобразный, жидкий, слизистый, кровянистый.

Критерии активности патологического процесса в слизистой оболочке.

Нормальная: розовая слизистая, картина диффузного развития поверхностных сосудов, отсутствие спонтанного кровотечения, отсутствие кровоточивости при легком соприкосновении.

I степень — имеются нарушения, но без геморрагии. II степень — умеренная геморрагия, кровоточивость при легком соприкосновении, но отсутствует спонтанная геморрагия. III степень — выраженная кровоточивость при легком соприкосновении, спонтанная геморрагия.

Под нашим наблюдением находились 32 больных неспецифическим язвенным колитом в разных стадиях болезни (17 мужчин, 15 женщин). В возрасте 25—30 лет было — 4 больных, 31—40 лет — 12, 41—50 лет — 10, 51—60 лет — 3, свыше 60 лет — 2 больных и один в возрасте 5 лет.

Имели место следующие формы болезни. 1. Острый тяжелый неспецифический язвенный колит с летальным исходом (3). 2. Острый неспецифический язвенный колит средней тяжести (1). 3. Хронический рецидивирующий неспецифический язвенный колит с тяжелым, медленно прогрессирующим течением (9). 4. Та же форма со средне-тяжелым течением (10). 5. Та же форма с легким течением (5). 6. Хронический рецидивирующий неспецифический язвенный колит со стойкой ремиссией (4).

Трое больных с летальным исходом ректоскопическому исследованию не подвергались (диагноз подтвердился при аутопсии). 29 больных исследовались неоднократно в разных стадиях болезни на протяжении ряда лет.

В настоящей работе нами сделана попытка охарактеризовать эндоскопическую картину при неспецифическом язвенном колите на разных стадиях болезни.

В картине РРС при острой стадии неспецифического язвенного колита с течением средней тяжести отмечается раздражение кожи вокруг анального отверстия (вследствие частых актов дефекаций и патологического характера испражнений). Введение тубуса болезненно в связи с наличием сфинктерита, нередко язвенного. Слизистая оболочка рыхлая, гиперемирована, спонтанно кровоточит. Приходится часто прибегать к механическому очищению просвета кишечника. Имеется диффуз-

ное эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки на разных уровнях сигмовидной и прямой кишок. В тех местах, где отсутствует видимая кровоточивость, она легко вызывается соприкосновением тубуса. Для иллюстрации приводим следующий случай.

Больная Г. А., 28 лет. Больна в течение месяца. Болезнь началась остро, с появлением свежей крови в оформленном кале. В анамнезе отрицает кишечные болезни. Тщательное клинико-лабораторное и инструментальное исследование исключили наличие инфекционного колита или какой-либо другой причины в возникновении геморрагии. Клинический диагноз: острый неспецифический язвенный колит средней тяжести.

Данные РРС. Снаружи раздражение перianальных складок. Тубус введен лишь на 15 см из-за резко гиперемированной, набухшей, отечной и спонтанно кровоточащей слизистой при отсутствии язв. В просвете много кровянисто-гнойных выделений. Эндоскопический диагноз. Острый геморрагический проктосигмоидит. Активность слизистой III степени.

Картина РРС при обострении хронического рецидивирующего неспецифического язвенного колита с медленно прогрессирующим течением такая же, как и при острой форме неспецифического язвенного колита. Следует добавить только, что складки слизистой оболочки сглажены или, наоборот, гипертрофированы и порою приобретают причудливые формы. Прохождение тубуса ограничено вследствие деформации стенок кишечника.

Приводим следующий случай.

Больной Б. Г., 39 лет. Болеет 18 лет. Клинический диагноз: хронический рецидивирующий неспецифический язвенный колит с тяжелым, медленно прогрессирующим течением.

Данные РРС при обострении. Снаружи раздражение кожи вокруг ануса. Тубус введен на 20 см, выше кишечника был спазмирован. Вся видимая слизистая оболочка бугристая, гипертрофирована, покрыта диффузно расположенными язвами, которые сливаются друг с другом. Местами слизистая образует мелкие бугорки, напоминающие полипы—явление псевдополипоза. На язвах гнойные налеты, которые вместе с кровью и слизью заполняют просвет кишки. Складки слизистой имеют причудливые формы.

Эндоскопический диагноз: гипертрофический язвенно-полипозный проктосигмоидит в стадии обострения. Активность слизистой оболочки III степени.

Картина РРС при хроническом рецидивирующем язвенном колите в стадии обострения со средне-тяжелым или легким течением характеризуется иногда раздражением кожи вокруг ануса. Введение тубуса безболезненно или умеренно болезненно. Тонус сфинктера сохранен. Общий фон слизистой оболочки розовый, иногда умеренно гиперемированный. Отмечаются разной величины и глубины эрозии и язвы, кровоточащие точки. Слизистая оболочка легко ранима, умеренно набухшая, местами с выраженной зернистостью. Приводим следующее наблюдение.

Больная С. Б., 40 лет. Болеет 3 года. Болезнь началась после тяжелой психической травмы, постепенно с появления крови в оформленном кале при наличии запоров. В это же время появилась трофическая язва на левой щеке. Клинический диагноз: хронический рецидивирующий неспецифический язвенный колит средней тяжести.

Картина РРС при обострении. Снаружи—без патологии. Тубус введен на 25 см свободно. Видимая слизистая в меру гиперемирована, легко ранима. На расстоянии 9 и 18 см от анального отверстия имеются язвы диаметром 1,0×0,5 см. Просвет в

начале осмотра был чист, в конце появилась свежая кровь от поврежденных слизистой, вызванных соприкосновением тубуса.

Эндоскопический диагноз: язвенный проктосигмоидит. Активность слизистой II степени.

В картине РРС при стойкой ремиссии разных форм неспецифического язвенного колита выявлено следующее: тубус в большинстве случаев беспрепятственно проходит на 25—30 см. Слизистая оболочка розовая или слегка гиперемированная, умеренно зернистая, легко ранимая. Просвет чист. Сфинктер спокоен.

Приводим следующую иллюстрацию.

Больной Г. А., 40 лет. Болеет 20 лет. Болезнь протекала с ремиссиями. Последние 3 года обострений не отмечалось. Клинический диагноз: хронический рецидивирующий неспецифический язвенный колит с легким течением.

Картина РРС при стойкой ремиссии: снаружи изменений нет. Тубус введен на 25 см. Введение безболезненно. Слизистая оболочка розовая, гладкая, блестящая. Просвет чист. Сфинктер без патологии. Эндоскопический диагноз: патологических изменений не обнаружено. Активность слизистой оболочки—0.

У четырех больных с тяжелым течением неспецифического язвенного колита в острой стадии болезни при РРС нам не удалось выявить характерных патологических изменений. У трех из них наряду со сходными для данной болезни субъективными, объективными и лабораторными данными диагноз был подтвержден и рентгенологически с помощью контрастной клизмы и двойного контрастирования. Четвертый больной не подвергался рентгенологическому исследованию ввиду обильных частых кровотечений из кишечника. Из этого следует, что даже при тяжелом течении неспецифический язвенный колит может начинаться не с дистального конца толстой кишки.

В заключение следует отметить, что ректороманоскопическая картина при неспецифическом язвенном колите ввиду разнообразности течения болезни может носить самый различный характер, начиная с нормальной до тяжелого деструктивного разрушения архитектоники кишечной стенки, приводящего больного к гибели.

В целях более точной диагностики данные ректороманоскопии необходимо расценивать лишь на фоне комплекса патологических изменений, обнаруженных у каждого конкретного больного.

Научно-исследовательская лаборатория
лечебного питания кафедры гигиены питания
Ереванского медицинского института

Поступила 3/V 1973 г.

Ա. Ա. ՇԱԽԲԱԶՅԱՆ

ՌԵԿՏՈՐՄԱՆՈՍԿՈՊԻԱԿԱՆ ՊԱՏԿԵՐԸ ՈՉ ՍՊԵՑԻՖԻԿ ԿՈԼԻՏԻ
ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ փ ո փ ո ի մ

Ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտի ախտորոշման և բուժման ճիշտ կազմակերպման հարցում ռեկտոմանոսկոպիական պատկերն ունի վճռական նշանակություն:

նակութուն: Հսկողութեան տակ եղել են 32 հիվանդներ հիվանդութեան հետև-
վյալ ձևերով:

1. Սուր ծանր ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտ (մահացու ելքով)՝ 3 մարդ:

2. Սուր միջին ծանրութեան ոչ սպեցիֆիկ խոցային կոլիտ՝ 1 մարդ:

3. Խրոնիկական ծանր, կրկնվող, դանդաղ ընթացքով ոչ սպեցիֆիկ խո-
ցային կոլիտ՝ 9 մարդ:

4. Նույն ձևը թեթև ընթացքով՝ 5 մարդ:

5. Նույն ձևը միջին ծանրությամբ՝ 10 մարդ:

6. Խրոնիկական ոչ սպեցիֆիկ, կրկնվող խոցային կոլիտ կայուն ռեմի-
սիայով՝ 4 մարդ:

Աշխատանքի արդյունքները ցույց են տվել, որ ռեկտոսկոպիական քն-
նության պատկերն այս հիվանդության տարբեր ձևերի ժամանակ կարող է
խիստ տարբեր լինել, սկսած լորձաթաղանթի նորմալ տեսքից մինչև աղիքի
պատի խոր դեստրուկտիվ փոփոխությունները:

Ավելի ճիշտ ախտորոշման նպատակով անհրաժեշտ է ռեկտոսկոպիայի
տվյալները զնահատել յուրաքանչյուր կոնկրետ դեպքում՝ ընդհանուր պաթո-
լոգիական փոփոխությունների համակցված ֆոնի վրա:

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Билибин А. Ф. и Шетинина И. Н. Врачебное дело, 1963, 5, стр. 99.
2. Билибин А. Ф. и Руднев Г. П. Руководство по инфекционным болезням. М., 1967.
3. Василенко В. X. Современные методы исследования в гастроэнтерологии. М., 1971.
4. Герасимов В. К. Вестник АМН СССР, 1966, 10, стр. 64.
5. Карнаухов В. К. Неспецифический язвенный колит. М., 1963.
6. Лишневский М. С. Канд. дисс. Рига, 1970.
7. Лыкошина Е. Е. Клиническая медицина, 1971, 10, стр. 66.
8. Макаревич Я. А. Проблемы гастроэнтерологии, в. 1. Душанбе, 1966, стр. 9.
9. Макиевская С. Е. Вопросы гастроэнтерологии. М., 1971, стр. 57.
10. Рыс С. М. Болезни органов пищеварения. Л., 1966, стр. 255.
11. Саакян А. Г. Диагностика и терапия двигательных, ферментативных и морфоло-
гических изменений кишечника. М., 1968.
12. Турчинс М. Е. Язвенный колит. Рига, 1971.
13. Упорова Ц. И. Проблемы гастроэнтерологии, в. 1. Душанбе, 1966, стр. 61.
14. Юхвидова Ж. М., Левитан М. X. Неспецифический язвенный колит. М., 1969.
15. Янчев В. Г. Ректороманоскопия. София, 1959.
16. Bensaude A. Amer. J. Proetol., 1971, 22, 3, 180.