ՀԱՅԿԱԿԱՆ ՍՍՀ ԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԿԱԴԵՄԻԱ
АКАДЕМИЯ НАУК АРМЯНСКОЙ ССР

Էքսպեր. և կլինիկ. բժշկ. հանդես

XX, № 2, 1980

Журн. экспер. и клинич. медицины

УДК 616.35—072.1

Л. У. НАЗАРОВ, А. Г. ДАВТЯН, Г. А. КАЗАРЯН, А. К. ЭНФЕНДЖЯН

КОЛОНОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Приводятся данные анализа 660 колоноскопических исследований у 579 больных. Применена новая дифференцированная схема подготовки кишки к осмотру, разработанная в клинике в сочетании с методикой и техникой колоноскопии, предложенной в НИИ проктологии г. Москвы МЗ РСФСР.

Установлена высокая диагностическая ценность данного метода в распознавании различных заболеваний толстой кишки, в особенности ее злокачественного поражения.

В последние годы основную роль в диагностике заболеваний прямой и ободочной кишок отводят эндоскопии с использованием фиброволоконной оптики. Ведущими клиниками как нашей страны, так и зарубежными, накоплен определенный опыт по использованию этой ценной методики исследования [5—7]. Однако, несмотря на очевидный прогресс, некоторые аспекты подготовки больных к колоноскопии, техники проведения аппарата в проксимальные сегменты ободочной кишки остаются по сей день дискутабельными и ожидают дальнейшего разрешения [2, 5, 8—10].

Не решен окончательно вопрос о связи колоноскопии с рентгенологическим исследованием толстой кишки. Ряд авторов считает колоноскопию методом, уточняющим или подтверждающим рентгенологические данные [1, 8], некоторые авторы [2, 4] даже производят колоноскопию под контролем рентгеновского экрана. Вместе с тем имеются также сообщения о применении колоноскопии в качестве первичного метода диагностики проктологических заболеваний [6].

Целью настоящей работы являлось подведение первых итогов эндоскопической диагностики проктологических заболеваний в свете оценки методики исследований, а также особенностей подготовки больных к колоноскопии.

За период с 1976 по 1977 г. в клинике было произведено 660 исследований толстой кишки у 579 больных в возрасте от 3 до 81 года. 406 колоноскопий было произведено у стационарных, 254—у амбулаторных больных.

Разделение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Опыт показывает, что возраст больных не является противопоказанием для осмотра толстой кишки колоноскопом. Вместе с тем у де-

тей и лиц пожилого возраста могут наблюдаться неадекватные болевые реакции в момент проведения тубуса аппарата по различным отделам кишки, поэтому продвижение колоноскопа у этой категории больных должно производиться с большой осторожностью.

В период освоения методики и технических приемов колоноскопия производилась лишь после рентгенологического исследования.

При подготовке толстой кишки к осмотру учитывался клинический опыт К. А. Павлова и Ю. В. Денисенко [3], предлагавших трафаретную схему очистки кишечника. По их же рекомендации перед колоноскопией применялась премедикация.

Таблица 1

Пол и возраст больных, подвергшихся колоноскопии

Пол \ Возраст	3—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	61—70	70 и старше	Всего
Мужской	1	7	36	82	98	61	43	8	336
Женский	1	8	36	56	73	48	16	5	243
Итого	2	15	72	138	171	109	59	13	579

В первой серии исследований (101 больной) все отделы толстой кишки удалось осмотреть лишь у 12 человек (11,9%). В 46 наблюдениях полный осмотр кишки не удался из-за плохой подготовки. У 26 больных имели место такие анатомические варианты толстой кишки, как резкие перегибы, дополнительные петли и др., которые при данной технике колоноскопии не позволяли обследовать ее проксимальные отделы. В 17 случаях продвижение колоноскопа вперед поступательными движениями (метод К. А. Павлова и соавт. [3]) вызывало, несмотря на премедикацию, выраженную болевую реакцию.

Наблюдаемое вначале недостаточно полное опорожнение толстой кишки у большинства исследуемых было обусловлено ошибочным применением трафаретной схемы подготовки больных к колоноскопии. В дальнейшем пришлось полностью отказаться от рекомендаций К. А. Павлова и Ю. В. Денисенко и разработать свою схему очистки толстой кишки с учетом индивидуальных особенностей функций кишечника пациентов (табл. 2).

Применение строго дифференцированной схемы подготовки кишечника к колоноскопии позволило в последующем детально обследовать слизистую каждого отдела ободочной кишки. Достаточно сказать, что у подавляющего большинства из 478 больных во второй серии эндоскопических исследований толстая кишка была очищена хорошо и практически не требовалось дополнительной ее промывки аппаратом.

Следует отметить, что техника колоноскопии также подвержена значительным изменениям. Не удовлетворившись способом проталки-

вания аппарата, вызывающим сильную болевую реакцию из-за натяжения брыжейки подвижных отделов толстой кишки, мы на протяжении последних 1,5 лет стали применять методику, используемую в НИИ проктологии МЗ РСФСР, при которой колоноскопия выполняется методом поэтапного выпрямления сегментов толстой кишки путем ротационных движений корпусом колоноскопа. Такая техника исследования исключает необходимость премедикации и предоставляет возможность быстрее, а также с меньшими для больного неприятными ощущениями проводить колоноскопию.

Таблица 2

Подготовка толстой кишки к колоноскопии

Больные с нормотоническим типом моторики толстой кишки (нормальный акт дефекации)	Накануне, после обеда, 30—40 *г* касторового масла. В 19 и 21 час—две очистительные клизмы по 1,5 *л* воды комнатной температуры. Не ужинать. В день исследования на завтрак стакан сладкого чая. Две очистительные клизмы с интервалом в 1,5 часа, последняя клизма 1,0 *л* воды за 1,5 часа до исследования
Больные с гипертоническим типом моторики (склонность к поносам)	Подготовка начинается в день исследования. Две очистительные клизмы с интервалом в 1,5 часа, последняя клизма 1,0 *л* воды за 1,5 часа до исследования
Больные с гипотоническим типом моторики (склонность к запорам)	Подготовка начинается за 2—4 дня. Больные переводятся на бесшлаковую диету. Каждое утро после завтрака касторовое масло по 30—40 *г*. Накануне, в 19 и 21 час—две очистительные клизмы с интервалом в 1,5 часа, последняя клизма за 1,5 часа до исследования

Придерживаясь упомянутых технических приемов, мы во второй серии наших исследований произвели 559 колоноскопий у 478 больных, в том числе 81 повторный осмотр с целью повторения биопсии опухолей диспансерного наблюдения за оперированными по поводу рака толстой кишки, а также коагуляции полипов. Были использованы аппараты Ф-9Л, Ф-9А, Ф-9R фирмы «АСМ» (ФРГ) и аппараты СФ-ЛБ2 фирмы «ОЛИМПАС» (Япония). Результаты осмотра отделов толстой кишки различными аппаратами отражены в табл. 3.

Как видно из данных, приведенных в табл. 3, число случаев тотального осмотра толстой кишки значительно возросло. Это позволило не только диагностировать органические изменения в проксимальных отделах кишки, но и производить биопсию и электрокоагуляцию опухолей и полипов.

Помимо основной патологии, колоноскопия выявляет и сочетанные заболевания толстой кишки. Так, из 478 осмотренных больных у 148 (30,9%) удалось установить ряд сопутствующих заболеваний, в том

числе у 12 человек (2,5%)—рак. У больных с раковым поражением толстой кишки, диагностированным только при колоноскопии, основной процесс протекал без выраженных клинических симптомов. Больных направляли в клинику с диагнозами: неспецифический язвенный колит (НЯК) [4], полипы прямой или сигмовидной кишки [3], колит и проктосигмоидит [4], дивертикулез толстой кишки [1].

Таблица 3

Результаты осмотра отделов толстой кишки различными аппаратами

Тип аппарата	Всего исследований	Отделы толстой кишки, подвергнутые осмотру (в %)			
		нисходящая кишка	селезеночный изгиб	печеночный изгиб	слепая кишка
СФ—ЛБ2	329	96	90	84	84
Ф—9Л	130	92	76	70	70
Ф—9А	78	94	88	86	86
Ф—9R	22	100	95	91	91

Мы полагаем, что колоноскопию следует производить во всех случаях подозрения на наличие опухоли или полиповидных разрастаний, при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона, а также при стойких, трудно поддающихся лечению запорах с целью выявления функциональной или органической причины кишечных стазов.

Таблица 4

Суммарный анализ колоноскопических исследований

Основной диагноз	Число больных	Сопутствующие заболевания			
		колит, проктосигмоидит	полипы	дивертикулез	функциональные нарушения
Колит, проктосигмоидит	256	—	—	—	67
Полипы	76	36	—	2	21
Рак ободочной кишки	31	2	3	—	1
НЯК	33	—	5	—	3
Дивертикулез	6	4	—	—	4
Норма	46	—	—	—	—
Функциональные нарушения толстой кишки	30	—	—	—	—
Всего	478	42 (8,8%)	8 (1,7%)	2 (0,4%)	96 (20%)

Данные анализа колоноскопических исследований у 478 больных представлены в табл. 4.

Показатели, приведенные в табл. 4, говорят о том, что детальный осмотр всех отделов толстой кишки с помощью фиброволоконных оп-

тических аппаратов является чрезвычайно важным способом выявления многих проктологических заболеваний (на клинической базе, где проводилась настоящая работа, этому методу придается первичная роль).

Представляет особый интерес тот факт, что из 31 больного раком ободочной кишки у 25 колоноскопия явилась первичным методом диагностики. У 12 больных опухоль локализовалась до уровня 30 *см* от ануса, т. е. в зоне возможного осмотра и диагностики заболевания с помощью ректороманоскопа. В остальных 13 наблюдениях опухоль располагалась выше зоны достигаемости ректоскопа: у 2—в слепой кишке, у 2—в восходящей, в 1 случае в нисходящей кишке и у 7—в проксимальном отделе сигмовидной кишки.

Противопоказаниями к исследованию колоноскопами являются: острые воспалительные заболевания в анальной области, предперфоративные состояния при неспецифическом язвенном колите и болезни Крона, тяжелые формы сердечной и легочной недостаточности, психические заболевания, неврозы.

Из вышеизложенного следует, что колоноскопия является ценным диагностическим методом, дающим возможность прижизненно определить как функциональные, так и морфологические изменения в толстой кишке.

Кафедра проктологии ЕрГИДУВа

Поступила 21/IX 1978 г.

Լ. Հ. ՆԱԶԱՐՈՎ, Ա. Գ. ԴԱՎԹՅԱՆ, Գ. Ա. ՂԱԶԱՐՅԱՆ, Ա. Կ. ԷՆՖԵՆԴՅԱՆ

ԿՈԼՈՆՈՍԿՈՊԻԱՅԻ ԴԵՐԸ ՊՐՈԿՏՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ՄԵՋ

Աշխատանքում քննարկվում են հաստ աղու կոլոնոսկոպիկ հետազոտության մի շարք հարցեր։

660 հետազոտության տվյալները ցույց են տվել, որ հաստ աղու լրիվ ուսումնասիրության համար մեծ նշանակություն ունի աղիների նախապատրաստումը։

Առաջարկված է հիվանդների նախապատրաստման տարբերակված եղանակ, որտեղ հաշվի է առնված աղիների ֆունկցիոնալ վիճակը։

Կոլոնոսկոպիկ հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու հաստ աղու զուգորդված հիվանդությունները և մեծ նշանակություն ունի շարորակ ուռուցքների վաղ ախտորոշման համար։ Այն կարող է օգտագործվել որպես առաջնային ախտորոշիչ մեթոդ։

L. H. NAZAROV, A. G. DAVTIAN, G. A. GHAZARIAN, A. K. ENFENDGIAN

THE ROLE OF COLONOSCOPY IN DIAGNOSIS OF PROCTOLOGIC DISEASES

The results of colonoscopic investigations of the large intestine are discussed in the article. The results obtained show, that the preparation

of the intestine to the colonoscopic investigation is of great significance. For its total investigation a special differentiated scheme of preparation of the intestine is suggested. The endoscopic study with the help of colonoscopes with biopsy allows to differentiate structural peculiarities of polyps of different localization of the colon and reveal combined diseases, which have not been revealed before by other methods of investigation.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Березов Ю. Е., Сотников В. Н., Корнилов Ю. М.* Вестн. АМН СССР, 1972, 2, стр. 65.
2. *Иванова Л. М., Юкина Г. М., Вещанова Н. П.* Тер. архив, 1975, 2, стр. 124.
3. *Павлов К. А., Денисенко Ю. В.* Методика и техника колонофиброскопии (методическая инструкция). Л., 1974.
4. *Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С., Воскресенский П. К.* Хирургия, 1975, 5, стр. 88.
5. *Савельев В. С., Буянов В. М., Балалыкин А. С.* Эндоскопия органов брюшной полости. М., 1977, стр. 129.
6. *Стрекаловский В. П.* Клин. мед., 1978, 12, стр. 135.
7. *Федоров В. Д., Стрекаловский В. П., Ривкин В. Л., Левитан М. Х., Покровский Г. А., Капуллер Л. Л.* Эндоскопия при заболеваниях прямой и ободочной кишки. М., 1978.
8. *Юхвидова Ж. М., Зиновьев О. И.* Сов. мед., 1972, 4, стр. 22.
9. *Deyhle P., Demling L.* Endoscopy, 1971, 3, 143.
10. *Wolff W. J., Shinya H., Geffen A.* Am. J. Surg., 1972, 123, 180.