

ройства из полимерных материалов уменьшают удельный вес местных послеоперационных осложнений и сокращают сроки выздоровления больных.

НИИ проктологии
МЗ РА

Поступила 15/XI 1990 г.

Է. Բ. Հակոբյան

ՈՒՂԻՂ ԱՂՈՒ ՈՉ ՈՒՌՈՒՑՔԱՅԻՆ ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՎԻՐԱՐՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՊՈԼԻՄԵՐԱՅԻՆ ՆՅՈՒԹԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՄ

Ուսումնասիրվել են տեղադրել հետվիրահատական բարդությունների պատճառները ուղիղ աղու խրոնիկական խպիպով, ճեղքվածքներով հիվանդների մոտ: Մշակվել են պոլիմերային նյութերի կիրառմամբ վիրաբուժական բուժման տարբերակներ, որոնք վրձատում են բարդությունների զարգացման հավանականությունը և արագացնում ապաքինման ժամկետները:

E. B. Hakopian

The Surgical Treatment of Chronic Non-Tumoral Diseases of the Large Intestine with Application of the Polymeric Medical Materials

The results of the surgical treatment of different non-tumoral pathologies of the large intestine with application of the polymeric medical materials are brought in the article. The advantages of this kind of materials are shown, recommendations are given for their use in different cases.

УДК 616.348

А. Г. Давтян, В. О. Габриелян, Г. А. Казарян

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ КОЛОНОСКОПИИ МЕТОДОМ ОТКРЫТОГО КАТЕТЕРА

За последние годы в связи с возрастанием уровня заболеваний, связанных с различными нарушениями моторики толстой кишки, актуальной стала проблема оценки ее функционального состояния. Своевременная полноценная диагностика функциональных нарушений прямой и ободочной кишок, выработка адекватной тактики лечения предупреждает дальнейшее прогрессирование процесса, приводящего к воспалительно-дегенеративным изменениям слизистой оболочки и связанными с ними другими осложнениями.

В настоящее время среди различных методов диагностики проктологических заболеваний ведущее место занимает фиброколоноско-

пия, которая на основании визуальных данных, результатов цитологического и гистологического исследований биоптатов позволяет дать объективную оценку воспалительным и органическим изменениям слизистой оболочки. Что касается эндоскопической интерпретации тонического состояния толстой кишки, то она сопряжена с определенной долей субъективизма.

Целью настоящей работы явилось определение диагностической значимости параметров внутрипросветного давления в процессе колоноскопии для оценки тонического состояния толстой кишки. Измерение давления в сегментах толстой кишки проводилось с помощью открытого катетера, в качестве которого служил инструментальный канал эндоскопа (удост. на рац. предложение, № 31 от 04.10.89 г.). До начала колоноскопии откручивается клапан биопсийного канала и ко входу его с помощью специального переходника подсоединяется резиновая трубка, конец которой подключается к манометру давления. С целью предупреждения попадания жидкого кишечного содержимого в измерительный прибор между манометром и колоноскопом помещается стеклянный резервуар. Во время исследования в средних уровнях каждого отдела толстой кишки измеряется то минимальное давление, при котором наступает полное расправление кишечного просвета. Этот показатель измерения мы назвали «давлением расправления». Для определения степени воздействия брюшного пресса на внутрипросветное давление больным предлагали максимально натужиться (имитация акта дефекации) и отмечали показания манометра, значение которого принимали за максимальное внутрикишечное давление.

По описанной методике обследованы 54 больных в возрасте от 18 до 70 лет, примерно половина из них была в возрастной группе 40—60 лет. У 29 больных колоноскопия проводилась для уточнения степени выраженности и протяженности катаральных воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки. У остальных 25 пациентов исследования проводились с профилактической целью (больные с хирургическими неопухолевыми заболеваниями перианальной, крестцово-копчиковой областей и промежности).

Преобладающими жалобами у больных были: боли по ходу толстой кишки, в животе и анальной области, запоры или поносы, вздутие живота, метеоризм, выделение слизи, гноя, крови из прямой кишки. Патологических изменений при колоноскопии не было выявлено у 11 пациентов, катаральные воспалительные изменения слизистой оболочки толстой кишки различной степени выраженности и протяженности диагностированы у 35 больных, в 24 наблюдениях они сочетались с её тоническими нарушениями. Наличие гипертонуса или гипотонуса сегментов ободочной кишки без признаков воспаления установлено у 8 больных. По данным литературы [1, 2], оценка тонического состояния толстой кишки по эндоскопическим признакам выявила повышение тонуса, что характеризовалось широкими высокими складками, просвет кишки во время исследования выглядел как непрерывная цепь спазмированных сфинктеров, разделенных неболь-

шими межгаустральными промежутками, высота складки в этих участках составляла более половины диаметра просвета кишки. При гипотонусе складки были низкими, тонкими, иногда даже не определялись, просвет кишки расправлялся после длительной инсуффляции воздухом.

При анализе измерений внутрипросветного давления методом открытого катетера выяснилось, что «давление расправления» отличается не только у различных больных, но и у одного и того же пациента в различных сегментах толстой кишки и варьирует от 100 до 700 мм вод. ст. В то же время выявлены и некоторые закономерности. Почти у всех больных наблюдается положительный градиент давления от слепой кишки до прямой в пределах 70—200 мм вод. ст. Исключение составляют показатели давления в поперечно-ободочном отделе толстой кишки, которые на 20—90 мм вод. ст. ниже «давления расправления» в нисходящей кишке. Возможно, это связано с анатомической особенностью расположения поперечно-ободочной кишки в брюшной полости и имеет определенное значение в регулировании кишечного пассажа.

Нами выявлена определенная корреляция между тоническим состоянием, установленным на основании визуальных признаков, и объективными данными исследования давления сегментов толстой кишки. У больных с характерными признаками гипотонуса кишки во всех её сегментах показатели «давления расправления» несколько ниже, чем у пациентов с гипертонусом. При этом в проксимальном направлении эти значения более выражены. Так, если у большинства больных с гипотонусом толстой кишки показатели «давления расправления» были меньше аналогичных показателей у пациентов с гипертонусом на 20—30 мм вод. ст. в прямой, на 30—40 мм вод. ст. в сигмовидной кишке, то в слепой они были ниже на 90—120 мм вод. ст. В тех наблюдениях, когда при колоноскопии не были выявлены тонические нарушения, показатели «давления расправления» занимали средние значения. Кроме того, следует отметить, что у больных с гипертонусом толстой кишки отмечается более отчетливая разница показателей давления в пограничных её отделах.

Для определения значимости показателей внутрипросветного давления у пациентов с запорами, поносами и без нарушения стула проведен предварительный анализ цифровых значений разницы «давления расправления» и максимального давления между отделами толстой кишки. У больных, не имеющих жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, разница «давления расправления» и максимального давления между нисходящей и сигмовидной, сигмовидной и прямой кишкой имеет положительные значения и варьирует в пределах от 50 до 150 мм вод. ст. В печеночном и селезеночном изгибах эти показатели приближаются к нулю или имеют отрицательные значения.

Для пациентов с упорными запорами характерны отрицательные значения разницы давления между нисходящей и сигмовидной, с одной стороны, сигмовидной и прямой кишкой, с другой. Проявления заболевания более выражены, если в прямой кишке «давление рас-

правления» на высоком уровне и достигает 200 мм вод. ст. вместо 50—100 мм вод. ст. в норме. Именно у этих пациентов при предварительном обследовании были диагностированы наружный и внутренний геморрой, анальные трещины.

У больных с поносами можно отметить относительно низкие цифровые значения градиента давления в дистальном направлении, иногда с отрицательными значениями в левой половине толстой кишки и с положительными значениями у печеночного изгиба, при этом отмечается относительно большая разница между «давлением расправления» и максимальным давлением в нисходящей, сигмовидной и прямой кишках.

Таким образом, предварительный анализ полученных результатов позволяет предположить, что измерение показателей внутрипросветного давления при колоноскопии с помощью открытого катетера может быть применено в качестве дополнительного объективного теста в оценке эвакуаторно-двигательных и тонических нарушений толстой кишки, что дает возможность выбора оптимальной тактики лечения больных с функционально-воспалительными заболеваниями.

НИИ проктологии
МЗРА

Поступила 24/VIII 1990 г.

Ա. Գ. Դավթյան, Վ. Ն. Գաբրիելյան, Գ. Ա. Դազարյան

ԿՈՒՆՆՍԿՈՊԻԱՅԻ ԺԱՄԱՆԱԿ ԸՍՍՏ ԱՂԻՔԻ ՖՈՒՆԿՑԻՈՆԱԿ ՎԻՃԱԿԻ ԳՆԱՀԱՏԱԿԱՆԸ ԲԱՑ ԿԱՔԵՏԵՐԻ ԵՂԱՆԱԿՈՎ

Հոդվածում բերված է կոլոնոսկոպիայի ժամանակ հաստ աղիքի ներլուսանցքային ճնշման չափման մեթոդիկայի նկարագրությունը բաց կաթնտեղի հղանակով: Այս հետազոտության նախնական տվյալները ցույց են տալիս, որ հաստ աղիքի լուսանցքի բացման համար անհրաժեշտ ճնշման, ինչպես նաև նրա մեջ առաջացող առավելագույն ճնշման ցուցանիշները կարող են օգտագործվել որպես հաստ աղիքի տոնուսի գնահատման լրացուցիչ տվյալներ՝ էնդոսկոպիայի ժամանակ:

A. G. Davtian, V. O. Gabriëlian, G. A. Ghazarian

The Estimation of the Functional State of Large Intestine in Colonoscopy by the Method of Open Catheter

The results of determination of the intraluminal pressure by means of the open catheter during colonoscopy are given in the paper. It is established that the indices of pressure of the intestine lumen's straightening and maximal intraluminal pressure may become auxiliary criteria at endoscopic estimation of the tonic state of the large intestine.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Строкаловский В. П., Ханкин С. Л., Араблинский В. М., Свирчев В. В. Клин. мед., 1980, 3, с. 68. 2. Яичев В. Г. Клин. мед., 1962, 2, с. 125.