

Мегаколон у взрослых

Белорусский государственный медицинский университет

Мегаколон – это хроническое расширение толстой кишки с гипертрофией ее стенки, приводящей к нарушению двигательной функции, что вызывает развитие упорных постоянных запоров, стойкого метеоризма и болей в животе.

Частота мегаколон определяется как 1:4000 – 1:5000. У мальчиков этот порок развития встречается в 4-5 раз чаще, чем у девочек.

Патогенез во многом зависит от типа заболевания. Наиболее распространено выделение следующих типов мегаколон (4, 6):

1. Болезнь Гиршпрунга (названа в честь датского педиатра впервые ее описавшего в 1887 г.) – врожденное недоразвитие на отдельных участках интрамурального нервного аппарата толстой кишки;
2. Обструктивный мегаколон, обусловленный механическими препятствиями в кишке;
3. Психогенный мегаколон, развивающийся в результате расстройств психики или неправильных привычек;
4. Эндокринный мегаколон при некоторых заболеваниях эндокринной системы;
5. Токсический мегаколон, возникающий в результате приема некоторых препаратов, влияния инфекционных агентов;
6. Нейрогенный мегаколон – при органических заболеваниях центральной нервной системы;
7. Идиопатический мегаколон, диагноз которого ставится при отсутствии определенных этиологических и патогенетических факторов.

Патогенез болезни Гиршпрунга (аганглионарный мегаколон) обусловлен значительными изменениями структуры автономной нервной системы части или всей толстой кишки с развитием вторичного мегаколона. Эти изменения состоят главным образом в отсутствии ганглиев мышечно-кишечного (ауэрбахова) и подслизистого (мейсснера) сплетений, что приводит к полному выключению аганглионарной зоны из перистальтики. Протяженность зоны аганглиоза в толстой кишке колеблется от нескольких сантиметров в наданальной (нижнеампулярной) части прямой кишки до тотального поражения. В последнем случае аганглиоз сопровождается не мегаколоном, а мегаилеумом (хроническое расширение тонкой кишки).

В основе клинической картины болезни Гиршпрунга лежит невозможность или резкое снижение пропульсивной (эвакуаторной) деятельности аганглионарного (или гипоганглионарного) участка толстой кишки (4). В связи с этим возникает застой кишечного содержимого в вышележащих отделах, т.е. кишечная непроходимость. Постоянные попытки кишки протолкнуть содержимое в дистальном направлении приводят сначала к гипертрофии мышечных структур, а затем к их склерозу и замещению соединительной тканью. В результате этот отдел кишки становится неспособным выполнять эвакуаторную функцию, а скопление в нем каловых масс и газов приводят к его расширению (мегаколон). Формируется хроническая толстокишечная непроходимость, приводящая к постоянной интоксикации и полиорганной недостаточности (1, 2, 4, 6).

На втором месте по частоте находится идиопатический мегаколон, который встречается у 35 % больных. При нем, несмотря на применение всего комплекса обследований, не удается выявить непосредственную причину заболевания (1, 3, 5).

Обструктивный мегаколон встречается у 8-10 % больных. Он обусловлен наличием механического препятствия на пути эвакуации кишечного содержимого. Это чаще всего наступает при развитии спаечных и рубцовых процессов в толстой кишке, врожденных стенозах и атрезии анального канала, появлении послеоперационных деформаций анального канала и прямой кишки. Все эти препятствия на пути движения кишечного содержимого вызывают первоначально усиление перистальтики и гипертрофию мышечных слоев вышележащих отделов толстой кишки. Затем, через определенное время, наступает декомпенсация, которая выражается в снижении тонуса и расширении кишечной стенки, с развитием дистрофических, а затем и склеротических изменений мышечных слоев (4, 5, 6).

Психологический мегаколон наблюдается у 3-5 % больных из-за длительного подавления рефлекса на дефекацию под влиянием внешних неблагоприятных условий или особенностей психического состояния больного. При этом развитие заболевания обусловлено несвоевременным опорожнением толстой кишки с постепенным ее переполнением и перерастяжением, нередко сопровождается неряшливостью. У подобных больных мегаколон устанавливают, как правило, после развития выраженной кишечной непроходимости (1,3).

Эндокринный мегаколон встречается у 1 % больных чаще всего при микседеме и кретинизме. При этом наблюдаются стойкие запоры и гигантизм толстой кишки.

Токсический мегаколон выявляется у 1-2 % больных. Его появление связывают с длительным приемом больших доз слабительных (чаще всего препаратов сенны) и с частым обострением кишечных инфекций, что приводит к разрушению интрамуральных ганглиев толстой кишки.

Нейрогенный мегаколон встречается у 1 % больных с различными заболеваниями ЦНС (чаще при наличии в анамнезе менингоэнцефалита). При этом происходит нарушение (снижение) центральной регуляции моторно-эвакуаторной функции толстой кишки с развитием стойких, постоянных, длительных запоров, которые приводят к возникновению выраженного мегаколona (1,2).

Клиническая картина различных типов мегаколona имеет общие черты. Однако наиболее тяжелое течение отмечается при болезни Гиршпрунга, идиопатическом и обструктивном мегаколоне (1, 4).

Ведущим симптомом болезни являются упорные хронические запоры, причем для болезни Гиршпрунга более характерно полное отсутствие самостоятельного стула, а для идиопатического мегаколona – периодически возникающие запоры. Для болезни Гиршпрунга характерен не проходящий даже после опорожнения кишечника метеоризм, принимающий иногда чрезвычайно выраженный характер. При функциональных типах мегаколona вздутие живота появляется чаще только при длительной задержке стула. Третьей по частоте жалобой являются боли в животе и носят ноющий, постоянный характер. По мере отсутствия стула интенсивность болей нарастает вплоть до появления сильных схваткообразных болей, напоминающих боли во время острой кишечной непроходимости. После

опорожнения кишечника боли обычно исчезают на несколько дней. Наблюдаются также тошнота, отсутствие аппетита, похудание.

Метеоризм и расширение ободочной кишки постепенно приводят к деформации живота и грудной клетки. Живот значительно увеличен в размере, реберный угол развернут как при эмфиземе легких. Форма живота при этом неправильная, асимметричная за счет преимущественного расширения одного из отделов толстой кишки. При перкуссии отмечается тимпанит. Возможно появление «шума плеска». Одним из характерных симптомов, особенно при декомпенсированной стадии заболевания является видимая на глаз перистальтика кишечника. При пальпации живота определяется скопление каловых масс, особенно выраженное в левых отделах и сигмовидной кишке. Постепенно в расширенных отделах формируются каловые камни, достигающие в отдельных случаях в диаметре 20-25-30 см.

В течении мегаколон можно выделить три стадии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную. Взрослые обычно обращаются к врачу, как правило, в суб- и декомпенсированной стадии, когда ни слабительные, ни очистительные клизмы не приводят к полному опорожнению кишечника (4, 5, 6).

Диагностика. Диагноз мегаколон у взрослых основывается на тщательном изучении анамнеза, клинической симптоматики, результатов рентгенологических, эндоскопических и функциональных методов исследования. Следует подчеркнуть, что у всех больных с рано появившимися упорными запорами, метеоризмом и болью в животе, и особенно при отсутствии самостоятельного стула следует подозревать наличие мегаколон. Необходимо провести осмотр анальной области, пальцевое исследование прямой кишки, ректосигмоскопию, колоноскопию и ирригоскопию. Решающим методом является ирригоскопия. Имеется ряд признаков, указывающих на болезнь Гиршпрунга (4,5):

- нормальный или несколько суженный просвет прямой кишки;
- резкий переход от нормальной дистальной к расширенной части толстой кишки;
- признаки утолщения стенки расширенных отделов, отсутствие гаустр;
- наличие содержимого в расширенной части толстой кишки, в том числе и каловых камней.

При обнаружении этих признаков не следует прибегать к исследованию пассажа бариевой взвеси, так как это может усугубить эвакуацию из толстой кишки.

У взрослых для достоверной диагностики используют полнослойную биопсию стенки прямой кишки на 4-5 см выше зубчатой (аноректальной) линии (биопсия по Свенсону). Цель биопсии – определение строения интрамурального нервного аппарата. Отсутствие нервных ганглиев межмышечного сплетения или их значительное уменьшение свидетельствует о наличии болезни Гиршпрунга (4, 5, 6).

Дифференциальный диагноз проводят с заболеваниями, сопровождающимся стойкими запорами. Это опухоли толстой кишки, хронический неязвенный колит, синдром раздраженного кишечника, дивертикулез толстой кишки, долихосигма, хроническая идиопатическая псевдообструкция кишечника. Решающим методом диагностики в этих случаях является ирригоскопия (1, 2, 3).

Лечение. Болезнь Гиршпрунга и обструктивный мегаколон подлежат оперативному лечению. Остальные типы мегаколон лечатся консервативно: диета

с повышенным количеством балластных веществ (пшеничные отруби, свекла, морковь, сливы и другие овощи и фрукты); выработка рефлекса на дефекацию; бактериальные препараты – бактисубтил, энтерол; рациональное применение слабительных – магния или натрия сульфат, карловарская или моршинская соль, ксилит или сорбит и др., прозерин п/кожно; прокинетики – реглан (церукал), домперидон, цизаприд; физиотерапия.

Литература

1. Валенкевич, Л. Н., Яхонтова, О. И. Болезни органов пищеварения. СПб: Изд-во ДЭАН, 2006. 656 с.
2. Гончарик, И. И. Клиническая гастроэнтерология. Минск: Ураджай, 2002. 335 с.
3. Логинов, А. С., Парфенов, А. И. Болезни кишечника. М.: 2000. 512 с.
4. Основы колопроктологии / под ред. Г. И. Воробьева. М.: Мед. информ. Агенство, 2006. 432 с.
5. Семионкин, Е. И. Колопроктология. М.: Медпрактика, 2004.
6. Федоров, В. Д., Воробьев, Г. И. Мегакolon у взрослых. М.: Медицина, 1986. 223 с.