Автор: http://www.proctolog.ru
09.12.2008 16:49 -



Определение

Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта специальной Международной рабочей группой в 1999 г. характеризуются как вариабельная комбинация хронических или рецидивирующих симптомов, необъясняемых структурными или биохимическими изменениями.

Римская классификация функциональных расстройств органов пищеварения (1999)

A. Функциональные пищеводные расстройства.

A1. Спазм пищевода (ком в горле).

A2. Руминационный синдром (синдром жвачки, срыгивания).

A3. Функциональная боль в груди, предположительно пищеводного происхождения.

A4. Функциональная изжога.

A5. Функциональная дисфагия.

A6. Неуточненное функциональное расстройство пищевода.

B. Функциональные гастродуоденальные расстройства.

B1. Функциональная диспепсия.

B1a. Язвенно-подобная диспепсия.

B1в. Дисмоторная диспепсия.

B1c. Неуточненная (неспецифическая) диспепсия.

B2. Аэрофобия.

B3. Функциональная рвота.

C. Функциональные кишечные расстройства.

C1. Синдром раздраженного кишечника.

C2. Функциональное вздутие (урчание) живота.

C3. Функциональный запор.

C4. Функциональная диарея.

C5. Неуточненное функциональное кишечное расстройство.

D. Функциональная абдоминальная боль.

D1. Функциональный абдоминальный болевой синдром.

D2. Неуточненная функциональная абдоминальная боль.

E. Функциональные расстройства желчевыводящих путей и поджелудочной железы.

E1. Дисфункция желчного пузыря.

E2. Дисфункция сфинктера Одди.

F. Функциональные аноректальные расстройства.

F1. Функциональное недержание кала.

F2. Функциональная аноректальная боль.

F2a. Синдром леваторов (levator ani).

F2b. Прокталгия (приходящая боль в прямой кишки).

F3. Диссенергия тазового дна.

G. Функциональные расстройства у детей.

Синдром раздраженного кишечника — это полиэтиологическое заболевание, представляющее различные формы функциональных нарушений моторики, всасывания и секреции преимущественно толстой кишки. Оно относится к так называемым функциональным расстройства кишечника, что побуждает врача исключить более серьезные болезни, прежде чем поставить данный диагноз.

История синдрома раздраженного кишечника относится еще к XIX в., когда W. Gumming (1849) описал типичную клиническую картину больного с этим синдромом, а затем W. Osier (1892) обозначил данное состояние как слизистый колит. В последующем терминология этого заболевания была представлена такими определениями, как спастический колит, невроз кишечника и др. В то же время широко употребляемый диагностический термин «хронический спастический колит» не отражает существа

самого патологического процесса, так как оно подразумевает наличие воспаления слизистой оболочки толстой кишки. При синдроме раздраженного кишечника гистологическая картина соответствует скорее дистрофическим изменениям, нежели воспалительным.

Термин «синдром раздраженного кишечника» было введено De-Lor в 1967 г. Несмотря на то что слово «синдром» указывает на наличие определенных симптомов, но не на болезнь, понятие синдром раздраженной толстой кишки больше соответствует нозологической единице. При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки толстой кишки, полученных от больных с этим синдромом, чаще определяется умеренная инфильтрация лимфоидными элементами с минимальным количеством полинуклеаров.

Около 14-30 % людей во всем мире страдает этой патологией. В то же время в структуре гастроэнтерологических больных эта цифра увеличивается до 49-70 %. С другой стороны, известен тот факт, что многие больные с этим заболеванием к врачам вообще не обращаются и лишь треть из них проходит специализированное обследование и лечение. Чаще синдром раздраженного кишечника встречается у женщин, хотя некоторые авторы утверждают, что соотношение мужчин и женщин одинаковое. Средний возраст заболевших составляет 30-40 лет. Однако необходимо всегда помнить, что если характерные симптомы синдрома раздраженного кишечника появляются у лиц старше 60 лет, то у них следует исключить органическое заболевание, в первую очередь рак толстой кишки.

Причины возникновения

Целый ряд факторов самостоятельно или в сочетании друг с другом приводят к развитию синдрома раздраженного кишечника. Это нарушение деятельности центральной и вегетативной нервной систем, кишечной микрофлоры (дисбактериоз), всасывания, психические нарушения, недостаток балластных веществ в питании, социальные и эмоциональные факторы. Начиная с 2001 г. все больше стали говорить о внешних раздражителях (стресс) как наиболее важном пусковом механизме не только синдрома раздраженного кишечника, но и всех функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта.

Патогенетическая модель развития синдрома раздраженного кишечника в упрощенном виде может быть представлена следующим образом. Под воздействием психосоциальных факторов происходит изменение кишечной моторики и чувствительности к нейрогуморальной и механической стимуляции. Данные изменения образуют замкнутый круг. Наиболее важным при синдроме раздраженного кишечника является изменение моторной функции ободочной кишки. В 2002-2004 гг. было показано, что одной из причин этого может быть нарушенная продукция эндогенных морфинов и морфиноподобных медиаторов в кишечной стенке, замедляющих транзит по кишке за счет уменьшения пропульсивных сокращений. У ряда больных был найден

высокий уровень серотонина в слизистой оболочке кишки по сравнению с подслизистым слоем. Такое нарушение распределения серотонина может приводить к расстройствам проведения нервного импульса и уменьшению пропульсивных сокращений. В других работах было отмечено снижение количества клеток, продуцирующих серотонин и глюкогон. При изучении с помощью биомеханических и электрофизиологических методов при синдроме раздраженного кишечника были выделены следующие типы моторной деятельности толстой кишки:

• гиперсегментарный гиперкинез (52 % больных) — повышенная активность кишечной стенки с преобладанием в спектре волн низкоамплитудных сегментарных сокращений;

• дистонический гипо- или акинез (36 % больных) — резкое снижение двигательной активности, сопровождающиеся раз личными изменениями спектра волн и выраженными нарушениями тонуса кишечной стенки;

• антиперистальтический гиперкинез (12 % больных) — усиление двигательной активности с наличием антиперистальтических комплексов.

При изучении функционального состояния толстой кишки с помощью наиболее физиологического метода — энтероколосцинтиграфии — было выявлено, что для синдрома раздраженного кишечника характерно ускорение транзита кишечного содержимого по дистальным отделам толстой кишки и замедление — по проксимальным.

Так, ускорение транзита в сигмовидной кишке было отмечено в 49 % случаев, а ускорение транзита практически по всей толстой кишке — в 17 % случаев.

У подавляющего большинства больных с синдромом раздраженного кишечника диагностируются неврозы, невротическое развитие личности или психопатия. При этом наблюдаются вегетативные нарушения с преобладанием парасимпатических влияний.

В последние годы все больше внимания стали уделять изучению висцеральной гиперчувствительности, которая является важным фактором в патогенезе синдрома раздраженного кишечника. Несмотря на то что начиная с 70-х годов прошлого столетия исследования, посвященные висцеральной гиперчувствительности при синдроме раздраженного кишечника, стали появляться в литературе, лишь сейчас становится более или менее ясна ее роль. Одним из проявлений висцеральной гиперчувствительности является висцеральная гипералгезия. Болевые импульсы возникают при раздражении афферентных нервных окончаний блуждающего нерва и спинномозговых нервов. Далее они передаются в головной мозг. Различные факторы, воздействующие на эти нервные окончания, могут влиять как на моторную, так и секреторную активность кишечника, вызывая запор или диарею. В свою очередь воздействие на афферентные нервные окончания может устранить эти симптомы. В последние годы были получены данные, указывающие на изменения энтериновой нервной системы, выражающиеся в повышении активности механорецепторов, воспринимающих растяжение и сокращение мышц кишечника, и участии М-метил-В-аспартат или Са-зависимых пептидных рецепторов. В настоящее время очень

популярна гипотеза, которая объясняет возникновение абдоминальной боли при синдроме раздраженного кишечника нарушением в центральной нервной системе контроля над восходящими болевыми импульсами.

Клиника и диагностика

В 1992г. Международная группа исследователей опубликовала критерии, позволяющие диагностировать синдром раздраженного кишечника. В настоящее время они известны как Римские критерии I.

I. Наличие постоянных или периодически повторяющихся в течение 3 мес. симптомов:

- боль или дискомфорт в животе, стихающие с дефекацией или связанные с изменением частоты дефекации или консистенцией стула.

II. Наличие двух симптомов и более, присутствующих по крайней мере 1 раз в 4 дня:

- изменения частоты стула (более 3 позывов в день, менее 3 позывов в неделю);

- изменения консистенции стула (плотный, жидкий);

- измененная дефекация (натуживание, неотложность, чувство неполного опорожнения);

- выделение слизи;

- метеоризм.

Несмотря на многообразие клинической картины при синдроме раздраженного кишечника, наиболее часто встречающимися симптомами являются боль в животе (80—90 % случаев) и диарея или запор (около 75 % случаев), которые могут чередоваться у одного и того же больного. Вообще симптоматика при данном заболевании связана в первую очередь с нарушениями моторики кишечника и повышением висцеральной чувствительности. В настоящее время, учитывая, что синдром раздраженного кишечника — это сочетание хронических и рецидивирующих желудочно-кишечных симптомов, представленных в виде абдоминальной боли, вздутия живота и нарушения дефекации, классификация его основывается на преобладании:

• абдоминальной боли и наличие метеоризма;

• запора;

• диареи.

Важными диагностическим критериями, позволяющими отличить синдром раздраженного кишечника от других заболеваний, в первую очередь органической природы, являются критерии Маннинга. Они заключаются в том, что:

• боль в животе стихает после дефекации;

• стул сопровождается болью;

• отмечается вздутие живота;

• определяется примесь слизи в кале или ложные позывы со слизью;

• ощущение неполного опорожнения.

В 1999г. Международной рабочей группой по разработке критериев функциональных расстройств предложены клинические критерии синдрома раздраженного кишечника, обозначенные как Римские критерии II.

На протяжении 12 нед. или дольше за предыдущие 12 мес. наличие боли в животе или дискомфорта, при которых выявляются 2 из 3 следующих признаков:

• облегчение, связанное с дефекацией;

• проявления, связанные с изменением частоты стула;

• проявления, связанные с изменениями консистенции стула.

Тогда же синдром раздраженного кишечника был определен как «функциональное расстройство кишечника, при котором боль в животе связана с дефекацией или изменениями в кишечном состоянии с характерными нарушениями дефекации и растяжения».

Следует отметить тот факт, что, кроме клинических критериев диагноза синдрома раздраженного кишечника, особое внимание было уделено критериям исключения диагноза или, как их назвали авторы, симптомам тревоги. Выделения этих симптомов направлено на исключение органических заболеваний кишечника:

• кровотечения из прямой кишки в анамнезе;

• снижение массы тела;

• лихорадка;

• появление симптомов в возрасте старше 50 лет;

• ночная симптоматика;

• наличие рака толстой кишки или воспалительных заболеваний кишечника у родственников.

Наличие хотя бы одного из симптомов (тревоги) делает необходимым полноценное обследование больных для исключения органических заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Дифференциальный диагноз синдрома раздраженного кишечника необходимо проводить в зависимости от наличия у больных запора или диареи.

При наличии диареи дифференциальный диагноз проводится с диареей инфекционного генеза, воспалительными заболеваниями толстой кишки (язвенный колит, болезнь Крона), недостаточностью поджелудочной железы, синдромом короткого кишечника, злоупотреблением слабительных средств, раком прямой кишки, карциноидным синдромом, синдромом Золлингера—Эллисона, гипертиреозом, лактазной недостаточностью, целиакией, пищевой аллергией, болезнью Уиппла, интестинальной лимфомой, иммунным дефицитом, амилоидозом, диабетической энтеропатией.

В то же время у больных с запором и болью в животе дифференциальный диагноз проводится с дивертикулитом, аппендицитом, желчнокаменной болезнью и холециститом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, опухолью желудка, порфирией, раком толстой кишки и поджелудочной железы, свинцовой интоксикацией, сухоткой спинного мозга, ишемическим колитом, грыжей, эндометриозом, ишемической болезнью сердца, урогенитальными заболеваниями.

В разделе «Функциональные кишечные расстройства» выделен функциональный запор как самостоятельная нозологическая единица, под которым понимается состояние, проявляющееся «персистирующей затрудненной, редкой или кажущейся неполной дефекацией».

Согласно Римским критериям II, диагноз функционального запора может быть поставлен при наличии двух или более симптомов, существующих в течение по крайней мере 12 нед., которые не обязательно должны быть последовательными за предшествующие 12 мес.:

• натуживание в более 'Д дефекаций;

• фрагментированный или твердый кал в более четверти дефекаций;

• ощущение неполного опорожнения в более четверти дефекаций;

• ощущение аноректального препятствия/блока в более четверти дефекаций;

• ручное пособие в более четверти дефекаций (например, пальцевая эвакуация, поддержка рукой промежности) и/или менее 3 дефекаций в неделю.

При этом данных симптомов должно быть недостаточно для диагноза синдрома раздраженного кишечника с преобладанием запора.

К функциональному вздутию (урчанию) живота, на основании Римских критериев II, относят состояние, когда доминирует чувство переполнения, вздутия или видимого увеличения живота. При этом недостаточно критериев для других желудочно-кишечных функциональных расстройств.

Диагностическими критериями функциональной диареи являются жидкий или водянистый стул, который присутствует в более четверти дефекаций, и отсутствие боли в животе. Все это оценивается на протяжении 12 нед. за предыдущие 12 мес.

Лечение

Лечение синдрома раздраженного кишечника складывается из воздействия на психоэмоциональную сферу, сбалансированного рационального питания с преобладанием продуктов, содержащих пищевые волокна, повышения физической активности и медикаментозных средств, направленных на нормализацию моторной деятельности кишечника, а также физиотерапевтических методов.

Важным звеном в лечебных мероприятиях является коррекция имеющихся психовегетативных нарушений, в связи с чем больным нередко назначают небольшие дозы антидепрессантов, помогающие также купировать боль.

Дисбиотические изменения при синдроме раздраженного кишечника чаще всего сопровождаются дефицитом бифидобактерий и увеличением популяционного уровня условно-патогенных микроорганизмов, появлением кишечной палочки с измененными ферментативными свойствами. В связи с этим в лечебном плане наиболее эффективны пробиотики, а также препараты, содержащие бифидо- и лактобактерии.

В качестве антидиарейного препарата хорошо зарекомендовал себя лоперамид (имодиум). При этом состоянии назначают также антихолинергические препараты и спазмолитики. При нарушении всасывания желчных кислот у больных с диареей эффективным средством является холестирамин.

При наличии запора назначение слабительных средств не всегда бывает оправданным. В то же время при отсутствии эффекта от других методов лаксативы являются необходимыми препаратами. В последние годы с целью нормализации моторики толстой кишки с успехом стали применяться препараты, относящиеся к новому классу антагонистов ионов Ca2+. Показано, что эти средства обладают селективным воздействием на желудочно-кишечный тракт. Это является актуальным в связи с тем, что все гладкие мышцы имеют селективные трансмембранные каналы для транспорта ионов Ca2+, которые открыты, если клеточная мембрана деполяризована. Активация этих каналов представляет конечный общий путь всех механизмов регуляции

перистальтики желудочно-кишечного тракта. Основным терапевтическим преимуществом новых препаратов этого поколения является отсутствие побочных воздействий на сердечно-сосудистую систему в тех дозах, при которых обеспечивается их эффективное воздействие на нарушение перистальтики кишки. Наиболее перспективным направлением в настоящее время считается применение серотонинергических препаратов. Следует отметить, что взаимодействие серотонина с различными рецепторами может давать прямо противоположные эффекты, поэтому в лечении используются как агонисты, так и антагонисты специфических серотониновых рецепторов.

Это направление подтверждается работами 2004г., в которых было показано, что наиболее вероятной терапевтической мишенью при синдроме раздраженного кишечника является кишечная нервная система, представленная местными сенсорными рецепторами, центральной нервной системой и иммунными клетками, включая тучные клетки, которые в первую очередь реагируют на указанные выше препараты.

Прогноз у больных с синдромом раздраженного кишечника чаще благоприятный. Однако лечение этих больных требует внимания и такта со стороны врача, а иной раз совместных консультаций с психоневрологом. Больным этим заболеванием показаны также физиотерапевтические процедуры, включающие акупунктуру, гидротерапию кишечника и санаторно-курортное лечение.