

*Презентацию
подготовила:
Студентка 5 курса
Группы №71513
Борисова А.И.*



Функциональные расстройства кишечника

Петрозаводск 2019 г.

Функциональные расстройства кишечника

- Под ФРК следует понимать такие заболевания кишечника, когда расстройство его функции происходит не вследствие органического поражения, а в результате нарушения нервной и гуморальной регуляции деятельности пищеварительного тракта (органические поражения кишечника или отсутствуют вовсе, или играют второстепенную роль).

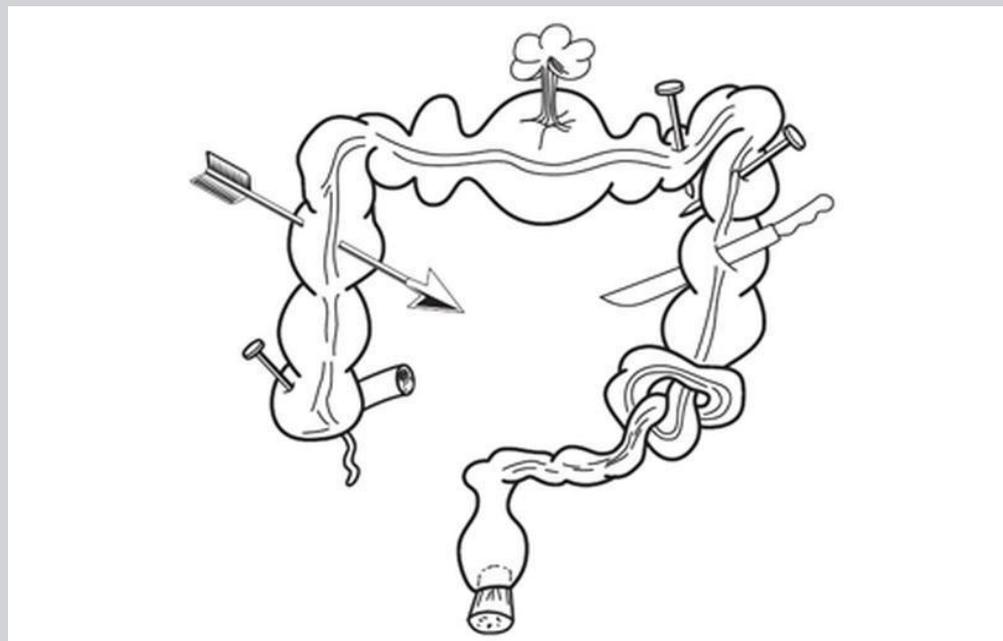
Функциональные расстройства кишечника

- ФРК характеризуются отсутствием морфологических изменений (которыми можно было бы объяснить имеющиеся клинические симптомы) и их связью с повышенной возбудимостью моторики, с сенсорной гиперчувствительностью и с неадекватной реакцией внутренних органов на сигналы центральной нервной системы при воздействии психосоциальных факторов.

Этиология и патогенез

- Пока еще недостаточно ясны, но можно считать установленным, что в происхождении ФРК существенную роль играют нарушения двигательной функции желудка и кишечника.
- Особенностью больных с функциональными заболеваниями кишечника является повышение двигательной и сенсорной реакции, появление боли в животе в ответ на стрессы и нейрохимические посредники.

- На клиническую картину функциональных заболеваний кишечника решающее влияние оказывает повышение или снижение чувствительности механорецепторов, мышечного аппарата кишечника.



- Одной из причин нарушения чувствительности может служить воспаление слизистой оболочки у больных, перенесших острую кишечную инфекцию.
- Воспаление вызывает дегрануляцию тучных клеток вблизи от энтеринных сплетений, увеличенную продукцию серотонина и провоспалительных цитокинов. Этим объясняется повышение висцеральной чувствительности у больных с функциональными заболеваниями кишечника.

- Отличиями функциональных расстройств кишечника от органической патологии являются многообразие клинических проявлений — как гастроэнтерологических, так и внекишечных, а также наличие психоневрологических жалоб.
- Появление впервые признаков заболевания после 50 лет ставит под сомнение диагноз функциональной кишечной патологии и требует исключения в первую очередь колоректального рака.

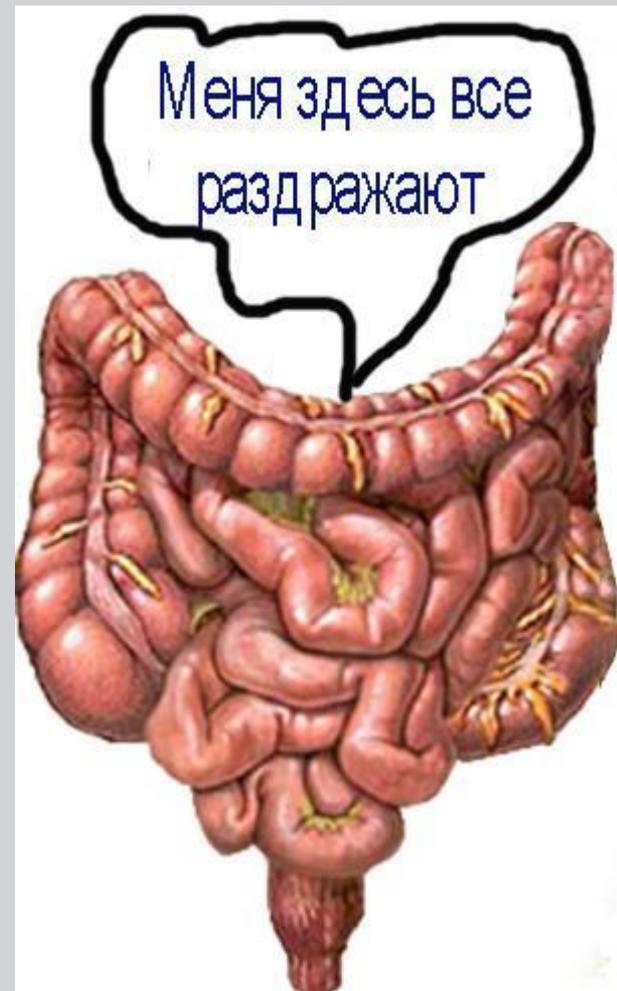
Основные варианты ФРК

- Нарушения моторики:
 - а) гипермоторные (повышение тонуса, ускоренная пропульсия),
 - б) гипомоторные (снижение тонуса, замедленная пропульсия).
- Нарушения транспорта:
 - а) гиперсекреция ионов и воды в просвет кишки,
 - б) повышенная абсорбция ионов и воды в толстой кишке.
- Нарушения секреции слизи:
 - а) избыточная секреция слизи,
 - б) пониженная секреция слизи.

Таблица 1. Римские критерии IV. Функциональные кишечные расстройства

Раздел С	Функциональные расстройства кишечника
C1	Синдром раздраженного кишечника (СРК) СРК с преобладанием запора СРК с преобладанием диареи СРК смешанного типа Неклассифицируемый СРК
C2	Функциональный запор
C3	Функциональная диарея
C4	Функциональное абдоминальное вздутие
C5	Неспецифическое функциональное кишечное расстройство
C6	Опиоид-индуцированный запор

Синдром раздраженного кишечника



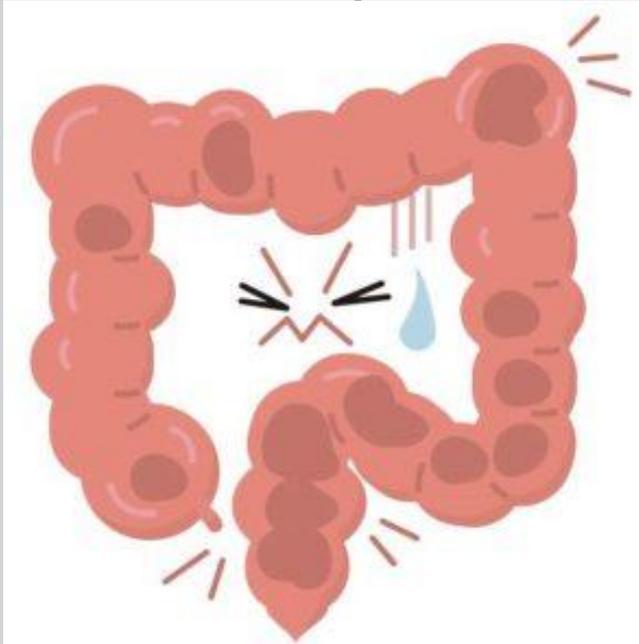
Синдром раздраженного кишечника

- Является самым распространенным функциональным заболеванием кишечника (в большинстве стран мира частота встречаемости СРК варьирует от 9 до 48%) и крайне важной социальной проблемой, поскольку часто диагностируется у лиц молодого трудоспособного возраста, значительно влияет на качество жизни пациентов.

- Согласно современным представлениям, СРК — это биопсихосоциальное функциональное кишечное расстройство, в основе которого лежит взаимодействие двух основных патогенетических механизмов: психосоциального воздействия и сенсорно-моторной дисфункции, т. е. нарушения висцеральной чувствительности и двигательной активности.

Клиника СРК

- Главный симптом СРК — боль (не дискомфорт) в животе, связанная с дефекацией, в ассоциации с нарушением кишечного опорожнения.



Клиника СРК

- Для постановки диагноза СРК пациент должен испытывать абдоминальную боль по меньшей мере 1 день в неделю в течение 3 последних месяцев с началом симптомов не менее 6 мес. назад, ассоциированную с 2 или более из следующих симптомов:
 - связана с дефекацией;
 - ассоциирована с изменением частоты стула;
 - ассоциирована с изменением формы стула.
- * Не учитываются такие симптомы, как вздутие, растяжение или другие ощущения пациента

- Необходимо отметить, что для других функциональных расстройств кишечника (например, функциональный запор, функциональная диарея) проявления боли в животе не характерны, тогда как дискомфорт, вздутие, растяжение или какие-либо другие ощущения могут встречаться достаточно часто.



Рис. 1. Этиопатогенетические взаимосвязи при функциональных нарушениях ЖКТ (с учетом Римских критериев IV, в модификации авторов)

Патогенез СРК

- Согласно современной концепции патогенеза СРК в формировании данного заболевания важную роль играют генетическая предрасположенность, а также психосоциальные факторы, включающие в себя стрессовые ситуации, нарушение копинга (способности преодолеть стресс) и недостаточную социальную поддержку. Сочетание данных составляющих приводит к развитию висцеральной гиперчувствительности и нарушению моторики кишки.

Классификация СРК

- СРК с запором (СРК-З)
- СРК с диареей (СРК-Д)
- Смешанный вариант СРК (СРК-М)
- Неклассифицируемый вариант СРК (СРК-Н): жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, но недостаточны для того, чтобы были диагностированы первые три варианта заболевания.

Жалобы

Условно можно разделить на три группы:

- кишечные;
- относящиеся к другим отделам желудочно-кишечного тракта (например, тошнота, изжога);
- негастроэнтерологические (диспареуния, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, боли в поясничной области, мигрень).



Диагноз СРК

- Устанавливается при соответствии жалоб пациента Римским критериям IV, исключения органических заболеваний ЖКТ и отсутствия «симптомов тревоги» .
- При обследовании больных СРК обращает на себя внимание несоответствие между большим количеством предъявляемых жалоб, длительным течением заболевания и удовлетворительным общим состоянием больного.

Симптомы тревоги

** Могут быть проявлением органического заболевания и должны служить показанием к углубленному обследованию.*

Жалобы и анамнез:

- потеря массы тела;
- начало в пожилом возрасте;
- ночная симптоматика;
- рак толстой кишки, целиакия, язвенный колит и болезнь Крона у родственников;
- постоянные боли в животе как единственный и ведущий симптом поражения ЖКТ;
- прогрессирующее течение заболевания.

Симптомы тревоги

Непосредственное обследование:

- лихорадка;
- изменения со стороны внутренних органов (гепатомегалия, спленомегалия и др.).

Лабораторные показатели:

- снижение уровня гемоглобина;
- лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- наличие скрытой крови в кале;
- изменения в биохимическом анализе крови;
- стеаторея и полифекалия.

Физикальное обследование

- Физикальное обследование должно быть направлено на исключение органической патологии и в обязательном порядке включать в себя осмотр перианальной области и пальцевое исследование прямой кишки.

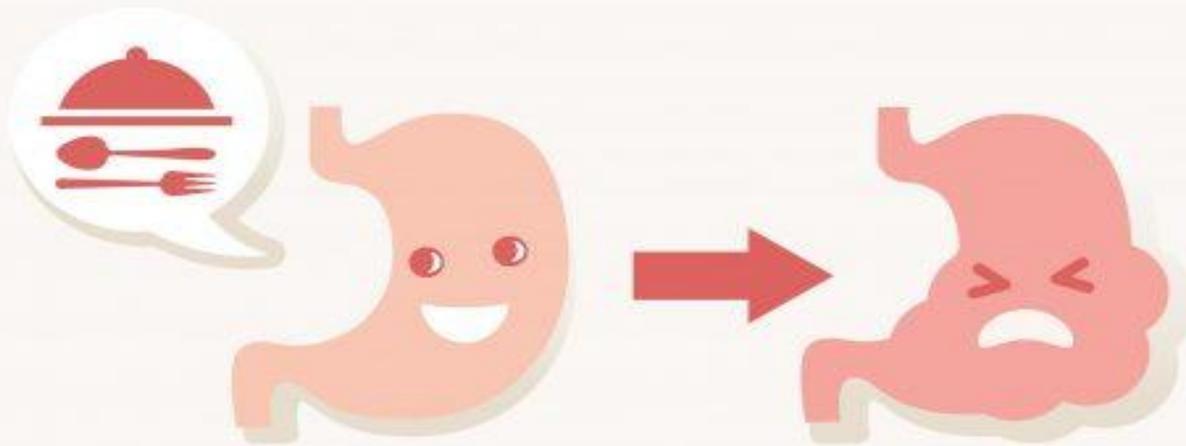


Лабораторная диагностика

- Диагностическим минимумом при наличии симптоматики, соответствующей СРК является проведение общего анализа крови с определением СОЭ, определение уровня С-реактивного белка, общий анализ мочи, кала и тест на скрытую кровь, а также определение антител IgA к тканевой трансглутаминазе.

Лечение

- Лечение СРК комплексное, включает в себя коррекцию диеты (подбирается индивидуально путем исключения продуктов, вызывающих усиление симптомов заболевания (элиминационная диета), образа жизни, прием фармакологических средства, а также психотерапевтические методы воздействия



Препараты для купирования боли

- Согласно Римским критериям IV пересмотра спазмолитики рекомендованы для лечения абдоминальной боли у пациентов с СРК
- Высокая эффективность была отмечена при применении гиосцина бутилбромида и пинаверия; назначение некоторых спазмолитиков (например, мебеверина), наряду с уменьшением боли в животе приводит к достоверному улучшению качества жизни пациентов с различными вариантами СРК



Препараты для купирования диареи

- Для лечения СРК с диареей применяются такие препараты, как лоперамида гидрохлорид, диоктаэдрический смектит, невсасывающийся антибиотик рифаксимин и пробиотики.
- Снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, лоперамида гидрохлорид улучшает консистенцию стула, уменьшает количество позывов на дефекацию, однако, не оказывает существенного влияния на другие симптомы СРК, в том числе на абдоминальную боль

Препараты для лечения запора

- Лечение хронических запоров, в том числе СРК с запором, следует начинать с общих рекомендаций, таких как увеличение в рационе пациента объема потребляемой жидкости до 1,5-2 л в сутки, увеличение содержания растительной клетчатки, а также повышение физической активности.



Препараты для лечения запора

Для лечения СРК с запором применяются слабительные следующих групп:

- слабительные, увеличивающие объем каловых масс (пустые оболочки семян подорожника);
- осмотические слабительные (макрогол 4000, лактулоза);
- слабительные средства, стимулирующие моторику кишки (бисакодил).

*При неэффективности слабительных препаратов возможно назначение энтерокинетики - прукалоприда.



Препараты комбинированного действия

- Помимо препаратов, оказывающих влияние на какой-либо определенный симптом заболевания – абдоминальную боль, диарею или запор, в лечении пациентов СРК применяются также лекарственные средства, которые, с учетом механизма своего действия, способствуют как уменьшению боли в животе, так и нормализации частоты и консистенции стула.



- С успехом применяются агонисты периферических опиоидных рецепторов, нормализующие двигательную активность кишечника в результате влияния на различные подтипы периферических опиоидных рецепторов, и, кроме того, повышающие порог болевой чувствительности за счет воздействия на глутаматные рецепторы синапсов задних рогов спинного мозга
- Препарат данной группы – тримебутина малеат



Функциональ й запор



Запор

- Нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в систематически недостаточном опорожнении кишечника



Этиология

- Нарушение продвижения химуса по толстой кишке, чрезмерное уплотнение каловых масс, ослабление позывов к дефекации.
- Причиной обстипации прежде всего являются болезни и повреждения ободочной и прямой кишки, а также многочисленные заболевания других органов и систем, метаболические нарушения, приводящие к расстройству моторной функции кишечника

- Несбалансированность рациона
- Неправильный образ жизни
 - систематическое сознательное подавление позывов на дефекацию вследствие стиля жизни (утренняя спешка, характер работы, отсутствие комфортных условий в туалете или необычные условия туалета, поездка);
 - бессистемный прием слабительных без консультации с врачом.
- Психогенные факторы и психические болезни



Виды функционального запора

- Нарушение опорожнения толстой кишки при функциональном запоре связано с изменением перистальтической активности стенки кишечника.
- Запоры носят характер *спастических*, когда тонус какого-то участка кишки повышен и каловые массы не могут преодолеть это место. Кал приобретает вид «овечьего».
- *Гипотонические или атонические* функциональные запоры связаны с потерей тонуса участка толстой кишки. В этом случае задержка дефекации может достигать 5–7 дней, кал может быть большого объема, неплотный по консистенции.

Критерии

К основным критериям функционального запора относят 2 или несколько перечисленных:

- необходимость натуживания
- дефекация малым объемом (менее 35 г/сут сухого кала большой плотности, фрагментированного по типу «овечьего»), травмирующего область ануса (признаки наблюдаются не менее чем в 25% дефекаций);
- отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации (впечатление незавершенной эвакуации) примерно в 25% дефекаций;

- возникновение чувства «блокировки» содержимого прямой кишки при потугах (аноректальная обструкция) по крайней мере в 25% дефекаций;
- необходимость в мануальных приемах для облегчения (в 25% дефекаций);
- редкость эвакуации содержимого из кишечника (менее 3 дефекаций в нед);
- редкость самостоятельного стула без использования слабительных средств;
- неполное соответствие критериям синдрома раздраженной кишки.

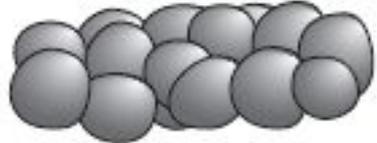
Бристольская шкала

- В определении запора имеет значение и консистенция стула, которую можно охарактеризовать по Бристольской шкале форм кала .
- В соответствии с данной шкалой, о запоре говорят при форме кала 1-го или 2-го типа.



Бристольская шкала форм кала

- 1-й тип — отдельные твердые комки подобно орехам (пассаж затруднен);
- 2-й тип — кал в форме колбаски, но комковатый;
- 3-й тип — кал в форме колбаски с трещинами на поверхности;
- 4-й тип — гладкий и мягкий кал в форме колбаски или змеи;
- 5-й тип — мягкие шарики с ровными краями;
- 6-й тип — рыхлые частицы с неровными краями;
- 7-й тип — жидкий неоформленный кал.

Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
Тип 2	В форме колбаски, комковатый	
Тип 3	В форме колбаски, с ребристой поверхностью	
Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
Тип 7	Водянистый, без твердых частиц	

Функциональная диарея



Диарея

- Функциональная диарея (ФД) характеризуется персистированием жидкого или водянистого стула (более 25 % всех дефекаций без преобладания абдоминальной боли или изнуряющего вздутия, в течение последних 3 мес. с началом симптомов не менее 6 мес. назад), при этом важным отличительным критерием для постановки диагноза является не соответствие критериям СРК



Функциональная диарея

- В ряду возможных патофизиологических механизмов рассматриваются нарушение моторики ЖКТ, нарушения по оси головной мозг-кишечник, генетическая предрасположенность, факторы внешней среды, предшествующая инфекционная диарея и психосоциальные факторы.



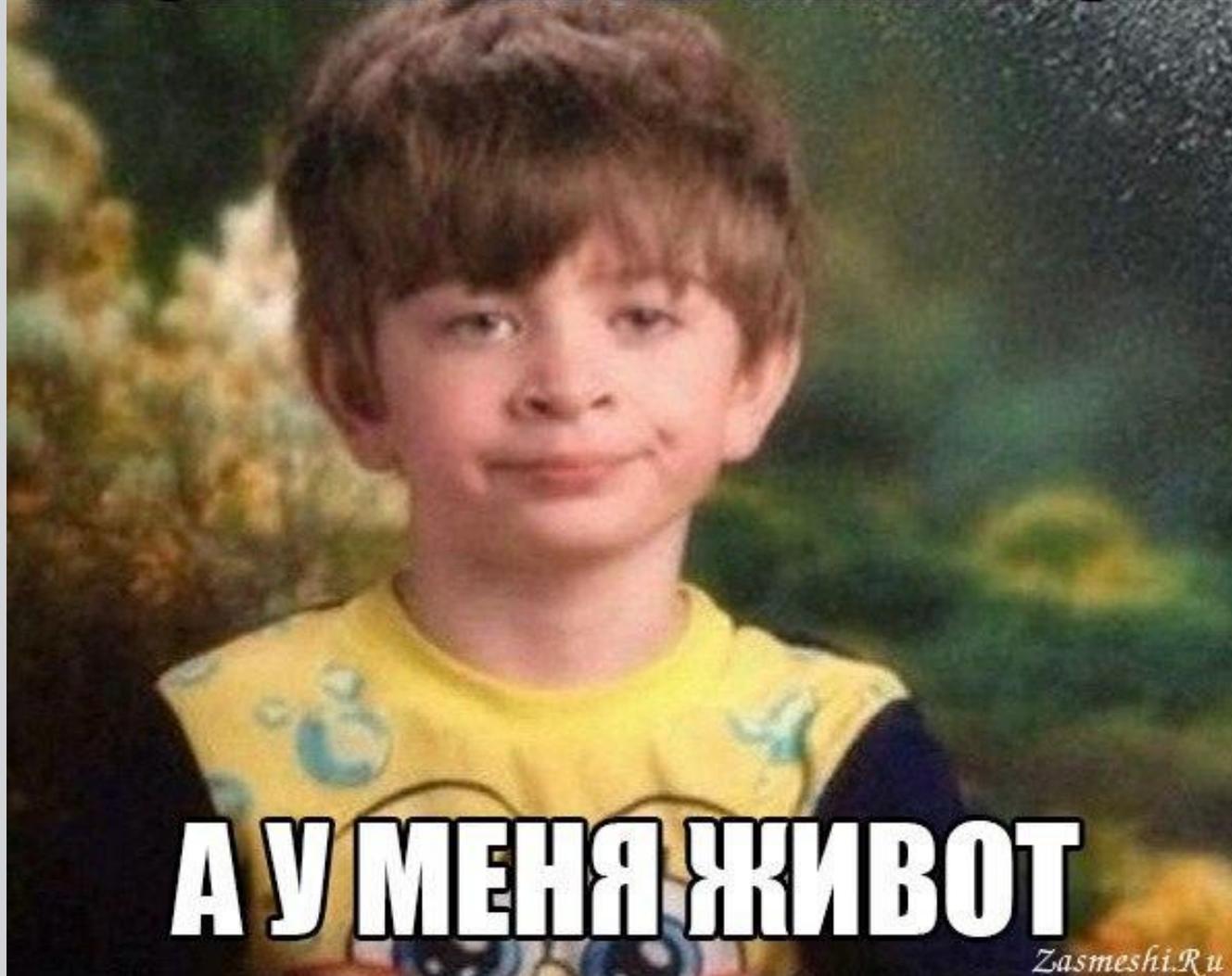
Диагноз

- Клинический диагноз функциональной диареи, равно как диагноз других функциональных заболеваний ЖКТ, строится на трех ключевых позициях: жалобы и анамнез, физикальное обследование и, ограниченные показаниями, дополнительные диагностические тесты
- Факт диареи должен быть соотнесен исключительно с формой стула (тип 6 или 7), никак не с частотой, поскольку консистенция стула напрямую коррелирует со скоростью транзита по ободочной кишке

Симптомы тревоги

- Непреднамеренное снижение массы тела
- Ночная симптоматика (диарея, заставляющая проснуться больного)
- Недавнее использование антибактериального препарата
- Гематоксезис (при отсутствии документально подтвержденных геморроя и анальных трещин)
- Диарея с большим объемом каловых масс (> 250 мл за дефекацию)
- Очень частая дефекация (более 6–10 раз/сут)
- Признаки мальнутриции (белково-энергетической недостаточности)
- Семейный анамнез колоректального рака, целиакии, ВЗК

У ВСЕХ БУРЛИТ ЛИЧНАЯ ЖИЗНЬ



А У МЕНЯ ЖИВОТ

Zasmeshi.Ru