

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАРЕЯ. РИМСКИЕ КРИТЕРИИ IV

Черемушкин С. В.^{1,2}, Кучерявый Ю. А.^{1,2}, Черемушкина Н. В.¹, Маев И. В.¹

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

² НУЗ «ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко» ОАО «РЖД»

FUNCTIONAL DIARRHEA. ROME CRITERIA IV

Cheremushkin S. V.^{1,2}, Cucheryavy, Y. A.^{1,2}, Cheremushkina N. V.¹, Maev I. V.¹

¹ "Moscow state medical dental University named A.I. Evdokimov" Ministry of health of the Russian Federation

² "Central clinical hospital № 2 of them. N. Semashko" JSC "Russian Railways"

Черемушкин

Сергей Викторович

Cheremushkin Sergey V.
svch555362@yandex.ru

Черемушкин Сергей Викторович — доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кандидат медицинских наук, заведующий отделением гастроэнтерологии и паллиативной терапии НУЗ «ЦКБ № 2 им. Н.А. Семашко» ОАО «РЖД», главный терапевт Центральной дирекции здравоохранения ОАО «РЖД»

Кучерявый Юрий Александрович — доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кандидат медицинских наук, главный гастроэнтеролог Центральной дирекции здравоохранения ОАО «РЖД»

Черемушкина Наталья Васильевна — ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, кандидат медицинских наук.

Маев Игорь Вениаминович — заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии, академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ.

Резюме

Достигнутые успехи фундаментальной и клинической науки за истекшие 10 лет в изучении эпидемиологии, этиологии, патофизиологии, диагностики и терапии функциональных заболеваний кишечника обусловили необходимость пересмотра существовавших с 2006 года Римских критериев III. В мае 2016 мировое гастроэнтерологическое сообщество на Американской гастроэнтерологической неделе познакомилось с Римскими критериями IV, основные положения консенсуса представлены в настоящей публикации. Функциональные заболевания кишечника по-прежнему включают такие клинические нозологии, как синдром раздраженного кишечника, функциональный запор, функциональная диарея, функциональное абдоминальное вздутие и неспецифические функциональные расстройства кишечника. В отличие от предыдущей классификации в разделе функциональных заболеваний кишечника появилась новая форма — опиоид-индуцированный запор, призванная обратить внимание клиницистов на резко возросшую частоту применения опиатов и, связанное с этим большое количество побочных эффектов при их применении. Римский комитет призывает не рассматривать эту форму как отдельное заболевание, а классифицировать развившуюся клиническую картину как опиоид-индуцированные неблагоприятные последствия. Функциональная диарея (ФД) характеризуется персистированием жидкого или водянистого стула, при этом важным отличительным критерием для постановки диагноза является не соответствие критериям СРК, т.е. при таком расстройстве стула абдоминальная боль или вздутие живота безусловно могут и присутствовать, но никогда не являются доминирующими симптомами. В дополнение к указанным изменениям, согласно исследованию Whitehead W. E. и соавт., для постановки диагноза функциональной диареи критерий частоты эпизодов жидкого стула или водянистого стула был снижен с 75 % до 25 %.

Ключевые слова: функциональная диарея, римские критерии IV, диагностика

Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2017; 139 (3): 84–88

Summary

The achievements of basic and clinical science over the past 10 years in the study of epidemiology, etiology, pathophysiology, diagnosis and therapy of functional disorders of the intestine necessitated the revision existed since 2006, the Rome III criteria. In may 2016 the global gastroenterology community on the American gastroenterological week met with Roman criteria IV, the main provisions of the consensus are presented in this publication. Functional bowel disease continues to include clinical disease as irritable bowel syndrome, functional constipation, functional diarrhea, functional abdominal bloating, and nonspecific functional bowel disorders. Unlike the previous classification in the section of functional bowel diseases has a new form — opioid-induced constipation, designed to draw attention of clinicians on the sharply increased frequency of use of opiates and associated with a large number of side effects in their application. Roman urges the Committee not to consider this form as a separate disease, and to classify the developed clinical picture as opioid-induced adverse effects. Functional diarrhea (FD) is characterized by the persistence loose or watery stools, an important distinguishing criterion for diagnosis is not a criteria of IBS, i.e. in this disorder of stool abdominal pain or bloating certainly can be present but are never dominant symptoms. In addition to these changes, according to the study, Whitehead W.E. et al. for the diagnosis of functional diarrhea is the criterion of the frequency of episodes of liquid stools or watery stools was reduced from 75 % to 25 %

Keywords: functional diarrhea, Rome criteria IV, diagnosis

Eksperimental'naya i Klinicheskaya Gastroenterologiya 2017; 139 (3): 84–88

Введение

Функциональные заболевания кишечника (ФЗК) составляют часть большой группы заболеваний, относящихся к функциональной патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), и очень широко распространены во всем мире. Эти расстройства затрагивают все слои общества, независимо от пола, возраста, расы, вероисповедания, цвета кожи или социально-экономического статуса. Актуальность непрекращающегося на протяжении последних десятилетий активного процесса изучения этих нозологических форм диктуется не только существенным снижением качества жизни пациентов, но и значительным ущербом глобальной системе здравоохранения за счет прямых и косвенных расходов на их лечение. Достигнутые успехи фундаментальной и клинической науки за истекшие 10 лет в изучении эпидемиологии, этиологии, патофизиологии, диагностики и терапии ФЗК обусловили необходимость пересмотра существовавших с 2006 года Римских критериев III [1]. В мае 2016 мировое гастроэнтерологическое сообщество на Американской гастроэнтерологической неделе познакомилось с Римскими критериями IV, основные положения консенсуса уже опубликованы [2]. С сожалением необходимо отметить, что возлагаемые надежды на существенный «научный прорыв» в отношении понимания сути функциональной патологии

ЖКТ не совсем оправдались, и практикующие гастроэнтерологи мира все еще не имеют в своих руках универсальных инструментов для курации подобных пациентов. Тем не менее, с выходом в свет обновленных критериев, в арсенале интернистов имеются современные, не прекращающиеся адаптироваться, клинические рекомендации, определяющие вектор клинического мышления, как в случаях постановки диагноза, так и в случаях выбора методов терапии[3].

Функциональные заболевания кишечника по-прежнему включают такие клинические нозологии, как синдром раздраженного кишечника, функциональный запор, функциональная диарея, функциональное абдоминальное вздутие и неспецифические функциональные расстройства кишечника (таблица 1). В отличие от предыдущей классификации в разделе функциональных заболеваний кишечника появилась новая форма — опиоид-индуцированный запор, призванная обратить внимание клиницистов на резко возросшую частоту применения опиатов и, связанное с этим большое количество побочных эффектов при их применении. Римский комитет призывает не рассматривать эту форму как отдельное заболевание, а классифицировать развившуюся клиническую картину как опиоид-индуцированные неблагоприятные последствия.

C1. Синдром раздраженного кишечника
C2. Функциональный запор
C3. Функциональная диарея
C4. Функциональное вздутие
C5. Неспецифическое функциональное кишечное расстройство
C6. Опиоид-индуцированный запор

Таблица 1.
Римские критерии IV.
Раздел C. «Функциональные
расстройства кишечника».

Определение

Функциональная диарея (ФД) характеризуется персистированием жидкого или водянистого стула, при этом важным отличительным критерием для постановки диагноза является не соответствие

критериям СРК, т.е. при таком расстройстве стула абдоминальная боль или вздутие живота безусловно могут и присутствовать, но никогда не являются доминирующими симптомами (таблица 2).

Таблица 2.
Римские диагностические критерии^a функциональной диареи IV.

Жидкий или водянистый стул более 25 % всех дефекаций без преобладания абдоминальной боли или изнуряющего вздутия.^b
^a Критерии валидны при условии их наличия в течение последних 3 мес. с началом симптомов не менее 6 мес. назад!
^b Пациенты соответствующие критериям диагноза СРК с диареей должны быть исключены!

В отличие от диагностических критериев III пересмотра в нынешних рекомендациях из описания формы стула изъят термин «мягкий» и признан факт наличия абдоминальной боли и/или вздутия живота, но не в качестве преобладающих симптомов, что определяет принципиальное отличие от

пациентов с СРК. В дополнение к указанным изменениям, согласно исследованию Whitehead W. E. и соавт., для постановки диагноза функциональной диареи критерий частоты эпизодов жидкого стула или водянистого стула был снижен с 75 % до 25 % [4].

Эпидемиология

Заболеваемость и распространенность ФД изучены недостаточно хорошо. По данным ряда исследований заболеваемость ФД оценивается как 5 случаев на 100 тыс. населения в год, при этом риск развития ФД значительно выше у лиц,

перенесших в анамнезе инфекционный гастроэнтерит [5], а распространенность составляет от 1,5 до 17 % [6,7,8]. В среднем, хронической диареей страдает примерно 5 % населения земного шара [9].

Патофизиологические аспекты формирования ФД

Функциональная диарея — состояние, очень похожее на остальную группу функциональных заболеваний кишечника, и при этом не возможно выделить особое патофизиологическое звено, способное объяснить формирование диарейного синдрома у пациентов. В ряду возможных патофизиологических механизмов рассматриваются нарушение моторики ЖКТ, нарушения по оси головной-кишка, генетическая предрасположенность, факторы внешней среды,

предшествующая инфекционная диарея и психосоциальные факторы [10]. Исследований, посвященных изучению патофизиологии ФД крайне мало, а имеющиеся пестрят противоречиями. Так, генетические исследования вообще не проводились, а две работы, посвященные изучению моторики при функциональной диарее, демонстрируют противоположные друг другу результаты [11,12]. Сегодня нет сомнений лишь в постинфекционной природе ФД [13].

Психосоциальные особенности

Это может показаться странным, но в отличие от функционального запора, при функциональной диарее характерных особенностей психологического статуса не отмечено. Известно, что тревога или депрессия часто сопровождает СРК, но в отношении ФД этого сказать нельзя. Как правило,

подобные пациенты адаптируются к своему состоянию и продолжают нормальную продуктивную жизнь. При этом продемонстрированы достоверные отличия в поведении пациентов с запором по сравнению со здоровыми добровольцами [14].

Постановка диагноза

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, поскольку, несомненно, этот диагноз является диагнозом исключения. 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 [15]. В точном определении формы стула, частоты дефекаций с жидким или водянистым стулом и исключения псевдиареи практикующему врачу будет помогать известная Бристольская шкала

формы стула, которая, как мы уже писали в наших работах, позволяет не только избежать диагностической ошибки, но и значительно сократить время приема пациента, что в современных условиях работы врача, особенно поликлинического, является чрезвычайно полезным [16].

В попытке разобраться в причинах развившейся диареи в каждом конкретном случае должны быть

учтены факторы питания, например, лактазная недостаточность, мальабсорбция фруктозы, обильное потребление клетчатки, нарушение всасывания углеводов. А выявление «красных флагов», т.е. симптомов, позволяющих заподозрить органическую природу диареи, должно побудить врача к назначению лабораторно-инструментального обследования (таблица 4) [17,18].

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

Таблица 4.
«Симптомы тревоги» при функциональной диарее.

Дифференциальная диагностика

При физикальном осмотре особое внимание необходимо уделить исследованию аноректальной зоны, с оценкой тонуса сфинктера, что особенно важно у больных с недержанием, а также для исключения геморроидальной болезни и анальных трещин. В рутинных лабораторных тестах у всех пациентов с хронической диареей рекомендуется выполнение клинического анализа крови и оценка уровня С-реактивного белка. В ряде случаев причиной диареи может служить гиперфункция щитовидной железы, что безусловно обязывает клинициста выполнить соответствующее исследование (как минимум, уровень тиреотропного гормона). При клинически обоснованном подозрении на целиакию, особенно в случаях неэффективных эмпирических мероприятий, помимо лабораторных тестов (IgA тканевые трансглутаминазные антитела (IgA тТГ), IgA антигладинаовые антитела (IgA АГА), IgG антигладинаовые антитела (Ig G АГА)) показана эндоскопия с биопсией тонкого кишечника, которая в сочетании с положительными лабораторными тестами на целиакию дают основание поставить диагноз. Кроме того, безусловно должна быть исключена бактериальная и паразитарная природа диареи, особенно в случаях когда имеются анамнестические указания на возможный контакт с инфекцией или пребывание пациента в эндемических зонах. Необходимо помнить и о лактазной недостаточности, которая характеризуется появлением симптомов (вздутие, метеоризм, диарея) напрямую связанных с употреблением молочных

продуктов. В диагностике этой причины диареи будет существенно помогать дыхательный тест, при котором определяется содержания водорода, метана или меченного I4C CO2 в выдыхаемом воздухе после дозированной нагрузки обычной или меченой лактозой. В тех случаях, когда имеются клинические подозрения на воспалительные заболевания кишечника рекомендуется оценить уровень фекального кальпротектина. Но необходимо отметить, что данный тест не всегда помогает достоверно установить или исключить диагноз ВЗК и поэтому, на наш взгляд, интернист должен все же больше полагаться на анамнез, клиническую картину и данные эндоскопического исследования. Выполнение последнего особенно актуально у всех пациентов в возрасте старше 50 лет (старше 45 лет у афроамериканцев), и у всех пациентов, имеющих «симптомы тревоги». В случае выполнения колоноскопии необходимо выполнять поэтажную биопсию для исключения микроскопического колита [19]. У части больных с хронической диареей с признаками нутритивной недостаточности целесообразно оценивать внешнесекреторную функцию поджелудочной железы посредством определения элатстазы-1 в кале. В завершение, необходимо напомнить о таком весьма вероятном, но в настоящее время труднодоступном в рутинной практике для диагностики механизме патогенеза хронической диареи, как мальабсорбция желчных кислот, нередко обуславливающая длительную резистентную к терапии диарею.

Лечение

Лишь несколько исследований посвящено оценке специфического лечения функциональной диареи, но и они малорепрезентативны. В основном, данные по применению различных препаратов при схожих состояниях, сопровождающихся диареей, в частности, СРК с диареей, экстраполируются на

применение при функциональной диарее. Не удивительно, что есть лишь ограниченное число работ, в которых показана эффективность использования лоперамида, как агониста μ -опиодных рецепторов, который, блокируя перистальтику, приво-дил к уменьшению частоты стула и некоторому

улучшению его консистенции, положительному влиянию на императивные позывы и недержание [20]. Применение каких-либо диетологических приемов при ФД не исследовалось. В исследовании Fernandez-Banares F. и соавт. кратковременное применение холестирамина в дозе 4 гр дважды в день у пациентов с функциональной диареей с предположительным механизмом вторичной

мальабсорбции желчных кислот продемонстрировало свою состоятельность [21]. Что касается применения пробиотиков, антибиотиков и 5-НТ₃-агонистов при функциональной диарее, возможно, это потенциально эффективно, однако, клинических исследований, посвященных поиску доказательств этого предположения, в настоящее время не существует.

Литература

1. Маев И. В., Черемушкин С. В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии III. Гастроэнтерология. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2007. № 1. С. 29–33.
2. Brian E. Lacy, Fermín Mearin, Lin Chang, William D. Chey, Anthony J. Lembo, Magnus Simren, and Robin Spiller. Bowel Disorders. Gastroenterology 2016;150:1393–1407.
3. Маев И. В., Черемушкин С. В., Кучерявый Ю. А., Черемушкина Н. В. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. Consilium medicum, № 8, vol. 18, С. 79–85, 2016.
4. Whitehead WE, Palsson OS. Report on Rome Normative GI Symptom Survey. 2014.
5. Porter CK, Gormley R, Tribble DR, et al. The Incidence and gastrointestinal infectious risk of functional gastrointestinal disorders in a healthy US adult population. Am J Gastroenterol 2011;106:130–138.
6. Zhao YF, Guo XJ, Zhang ZS, et al. Epidemiology of functional diarrhea and comparison with diarrhea predominant irritable bowel syndrome: a populationbased survey in China. PLoS One 2012;7: e43749.
7. Sorouri M, Pourhoseingholi MA, Vahedi M, et al. Functional bowel disorders in Iranian population using Rome III criteria. Saud J Gastroenterol 2010;16:154–160.
8. Chang F-Y, Chen P-H, Wu T-C, et al. Prevalence of functional gastrointestinal disorders in Taiwan: questionnaire-based survey for adults based on the Rome III criteria. Asia Pac J Clin Nutr 2012;21:594–600.
9. Schiller LR, Pardi DS, Sellin JH. Clin Gastroenterol Hepatol. 2017 Feb;15(2):182–193.e3. doi: 10.1016/j.cgh.2016.07.028. Review.
10. Tack J. Functional diarrhea. Gastroenterol Clin North Am 2012;41:629–637.
11. Choi MG, Camilleri M, O'Brien MD, et al. A pilot study of motility and tone of the left colon in patients with diarrhea due to functional disorders and dysautonomia. Am J Gastroenterol 1997;92:297–302.
12. Zanini B, Ricci C, Bandera F, et al. Incidence of postinfectious irritable bowel syndrome and functional intestinal disorders following a water-borne viral gastroenteritis outbreak. Am J Gastroenterol 2012;107:891–899.
13. Parry SD, Stansfield R, Jelley D, et al. Does bacterial gastroenteritis predispose people to functional gastrointestinal disorders? A prospective, community-based, case-control study. Am J Gastroenterol 2003;98:1970–1975.
14. Hobbs IC, Turpin G, Read NW. Abnormal illness behaviour and locus of control in patients with functional bowel disorders. Br J Health Psychol 2003;8:393–408.
15. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol 1997;32:920–924.
16. Маев И. В., Черемушкин С. В., Кучерявый Ю. А. Синдром раздраженного кишечника. Римские критерии IV. О роли висцеральной гиперчувствительности и способах ее коррекции. Методическое пособие. М., 2016.
17. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006;130:1480–1491.
18. Vanner SJ, Depew WT, Paterson WG, et al. Predictive value of the Rome criteria for diagnosing the irritable bowel syndrome. Am J Gastroenterol 1999;94:2912–2917.
19. Маев И. В., Кучерявый Ю. А., Андреев Д. Н., Черемушкин С. В. Эволюция представлений о микроскопическом колите. Терапевтический архив. 2015. Т. 87. № 4. С. 69–76.
20. Efskind PS, Bernklev T, Vatn MH. A double-blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome. Scand J Gastroenterol 1996;31:463–468.
21. Fernández-Bañares F, Rosinach M, Piqueras M, et al. Randomised clinical trial: colestyramine vs. hydroxypropyl cellulose in patients with functional chronic watery diarrhoea. Aliment Pharmacol Ther 2015;41:1132–1140.