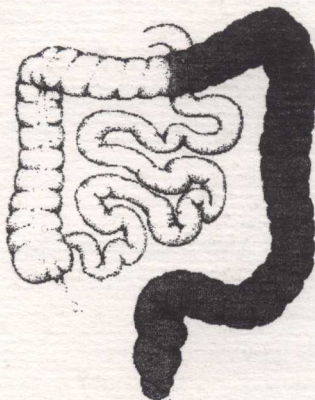


916.34
T95
5

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"N. TESTEMIȚANU"

S.Țurcan, V-T.A. Dumbrava

SINDROMUL COLONULUI IRITABIL



Chișinău - 2002

Sindromul colonului iritabil (SCI) se referă la, așa numita, patologie funcțională a tractului gastro-intestinal (TGI), adică la situația clinică când simptomele esențiale ale bolii nu pot fi explicate prin rezultate ale cercetărilor de laborator, instrumentale sau morfologice.

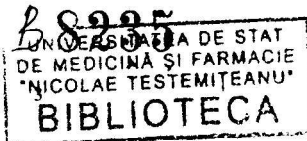
În a.1988 la Roma membrii Grupului Internațional pentru studierea patologiei funcționale a tractului gastro-intestinal, pentru prima dată au oficializat termenul de colon iritabil și au elaborat criteriile de diagnostic ale SCI (criteriile de la Roma). În a.1999 aceste criterii au fost completate (criteriile de la Roma II) [1], conform cărora SCI reprezintă o asociere constantă de tulburări funcționale cu durata de cel puțin 12 săptămâni pe parcursul ultimelor 12 luni, traduse prin durere și/sau disconfort abdominal care cedează la defecație, asociate pentru cel puțin 25% din timpul bolii cu două sau mai multe din următoarele simptome constante: modificarea frecvenței și consistenței scaunului, alterarea emisiei de fecale (defecații imperioase, tenesme, senzația evacuării incomplete), emisie de mucus, balonări sau senzație de distensie abdominală (Tab. N1).

Tabelul N1

Criteriile de la Roma de diagnostic ale SCI

<p>Durere abdominală sau disconfort care</p> <ul style="list-style-type: none"> • remite prin defecație • induse de modificarea frecvenței scaunului(constipație, diaree, alteranța lor) • induse de modificarea consistenței scaunului 	<p>Asociate cu:</p> <p>Două sau mai multe din următoarele modificări, prezente cel puțin 1/4 din timp:</p> <ul style="list-style-type: none"> • modificarea frecvenței scaunului (mai mult de 3 scaune/zi sau mai puțin de 3 scaune/săptămână • modificarea formei scaunului (dur, moale) • alterarea emisiei scaunului • defecații imperioase • senzație de evacuare incompletă • defecație cu efort • emisie de mucus • meteorism/balonări
--	--

De notat, că din momentul abordării noțiunii în a.1988 acesta a provocat critici ca și noțiunea de boli funcționale ale TGI. După părerea unor autori noțiunea "boli funcționale" are dreptul la existență, deoarece orice dereglare a funcției trebuie să aibă în baza ei "decelarea structurii", decelate posibil, numai la nivel electronomicroscopic. Însă la etapa a medicinii practice, chiar și după efectuarea unor teste speciale, rămâne un număr



important de bolnavi, la care prezența acuzelor și datelor obiective nu corelează cu modificările organice, în particular în intestin.

Criteriile de la Roma au contribuit la unificarea termenologiei și permit evitarea folosirii unui șir de sinonime - disbacterioză intestinală, dissinergia colonului, colopatie funcțională, colită spastică, diaree nervoasă, colită mucoasă, diaree funcțională, colită nervoasă. În practica medicală este răspândit termenul de "colită spastică", care ca și "colita mucoasă" sau "colita nervoasă" sunt incorecte, deoarece inflamația este absentă, chiar și la nivelul microscopic.

Conform cunoștințelor contemporane sindromul colonului iritabil este o afecțiune funcțională gastro-intestinală la baza căreia stau dereglări ale sensibilității viscerale și motorii. [1]. SCI necesită o tactică de diagnostic și tratament deosebită.

Epidemiologie

Prevalența SCI în populație variază între 15 și 30% în funcție de țară și este influențată în primul rând de condițiile social-economice și nivelul culturii generale. În țările dezvoltate reprezintă cea mai frecventă afecțiune digestivă, prevalența ei atinge 30% pe când în Tailanda, Iran ea constituie doar 3-4%.

Boala este mai frecvent întâlnită la vârsta 30-40 ani, raportul femei:bărbați variind între 1:1 și 4:1. Femeile tinere fac boala mai frecvent decât bărbații, pe când la 40 ani acest indice se egalează. Vârsta medie a pacienților cu SCI constituie 25-45 ani. După vârsta de 65 ani, prevalența este mult mai mică.

Prezența semnelor bolii la persoanele peste 60 ani impune necesitatea excluderii patologiei organice: cancerului colorectal, diverticuloza colonului, polipoza intestinală, colita ischemică și alte afecțiuni ano-rectale.

La moment nu dispunem de statistici care ar estima prevalența SCI în Moldova, deoarece această entitate n-a fost luată în considerație în documentația statistică medicală și-n general, nu și-a găsit locul meritat în activitatea zilnică a medicului practician și frecvent pe nedrept este înlocuită cu diagnosticul de colită cronică, pancreatită cronică cu insuficiență exocrină, "enterocolită secundară" etc.

Dar noi am studiat (retro- și prospectiv) particularitățile clinico-epidemiologice a SCI conform datelor Spitalului Clinic Republican. În perioada anului 2000 în secția gastroenterologie a SCR s-au înregistrat 149 de bolnavi cu SII - 19% din toți pacienții. Boala a fost determinată mai frecvent la populația urbană decât la cea rurală, iar raportul persoanelor de gen masculin și feminin a constituit 1:4 (în toate grupe de vârstă). Vârsta predilectă este de 35-55 de ani (60 %), vârsta medie 47,5 ani.

Patogeneză

Patologia umană a fost condiționat divizată în organică și funcțională. În gastroenterologie bolile funcționale reprezintă combinații constante de simptome cronice și/sau recurente, relevând dereglări motorii la orice nivel al tractului gastro-intestinal, care

la etapa contemporană a cunoștințelor științifice nu-și găsesc explicație în modificările morfologice sau metabolice.

Patologia funcțională a organelor digestive constituie un grup de afecțiuni la care se referă în special disfagia funcțională, dispepsia neorganică, aerofagia, diskinezia căilor biliare etc. (circa 25 entități). SCI fiind cel mai răspândit și studiat.

Timp îndelungat fundamentul patofiziologic al SCI se considera modificările primare ale motilității intestinale, din care cauză afecțiunea a fost numită, "diskinezia colonului". În rezultatul numeroaselor studii asupra motilității intestinale s-a demonstrat lipsa tulburărilor motorii în condiții a jeun, a fost detectat un răspuns gastrocolic postprandial modificat, și descrise mișcări precoce în grup instalate în faza a II a ciclului digestiv. Însă dereglări de motilitate intestinală specifice SCI n-au fost evidențiate; modificările motorii înregistrate au fost găsite și la bolnavii cu boli organice și corelau slab sau nu corelau deloc cu simptomele clinice ale SCI, deaceea acestea în parte nu prezintă importanță diagnostică.

Mai fructuoasă s-a dovedit a fi studierea particularităților de percepere a durerii și interrelațiilor entero-cerebrale [2, 3]. Whitehead W.E. a constatat un fenomen de hipersensibilitate viscerală la bolnavii cu SCI (prin distensia rectală mecanică rapidă cu balonaș). Au fost detectate 2 tipuri de hipersensibilitate viscerală:

- 1) prag scăzut de percepere a durerii;
- 2) sensibilitate crescută cu prag normal de percepere a durerii.

Hipersensibilitatea viscerală la bolnavii cu SCI a fost constatată numai la distensia cu balonaș a intestinului, pe când stimulii electrici, termici și chimici n-au provocat hipersensibilitatea sus-numită. De notat, că sensibilitatea viscerală nu corelează cu cea tactilă, termică și electrică.

În SCI a fost constatat un caracter difuz de alterare a percepțiilor nociceptive. Între sensibilitatea viscerală și simptomele SCI există o corelație fermă, iar testul de distensie cu balonaș s-a dovedit a fi ușor de efectuat, de o înaltă specificitate și sensibilitate. Din aceste considerente hiperalgezia viscerală este apreciată drept fiind un marker biologic al SCI, iar testul de distensie cu balonaș - specific (95%) și sensibil (70%) pentru diagnosticul SCI și evaluarea eficienței remediilor medicamentoase.

Condiții de instalare a hipersensibilității viscerale sunt așa numiții factori agravanți sensibilizatori, printre care - infecțiile intestinale (enterocolita acută, prototip clasic dizenteria acută, sau parazitozele), stress-ul psiho-emoțional, traumele fizice, asociate într-o măsură sau alta cu durerea abdominală.

Expresia clinică a sensibilității viscerale sunt hiperalgezia și alodinia. Hiperalgezia se poate prezenta prin sensibilitate crescută la stimulii dureroși și nedureroși. Alodinia reprezintă dereglarea funcției indusă de stimulii dureroși. Simptomele SCI cum sunt balonarea abdominală, dereglările motorii de tranzit și defecație în prezent se consideră secundare, fiind induse de sindromul algic. Alodinia a fost confirmată în practica clinică prin trecerea dintr-o formă în alta a SCI și rezultatele terapiei medicamentoase (jugularea sindromului algic inducea suprimarea meteorismului și normalizarea scaunului).

Prin teste speciale s-a demonstrat, că distensia rectală cu balonaș la martori

activizează porțiunea anterioară a istmului cortical. Această zonă a sistemului limbic normal asigură diminuarea percepției dureroase aferente. La bolnavi cu SCI se activizează și alte zone ale cortexului - prefrontală, care nu are legături cu opiații. Se consideră că în SCI este dereglat procesul de inhibare eferentă a durerii [2].

Studiile clinice referitor la relațiile dintre simptomele SCI și stress-uri au condus la necesitatea cercetării componentei psihopatologice a SCI. Studiile au loc în următoarele direcții:

- 1) factorul psihosocial ca fiind predispozant în formarea particularităților personalității bolnavilor cu SCI;
- 2) factorul psihosocial ca fiind factor sensibilizator în formarea bolii;
- 3) interrelații între particularitățile psihologice și simptomele SCI, inclusiv mecanismele lui de instalare;
- 4) acțiunea terapiei psihotrope asupra fenomenelor SCI și evoluției bolii.

Este cunoscut, că formele grave ale SCI sunt constatate la persoanele cu tulburări psihonevrotice, cu antecedente stressante importante (stări conflictuale, conflicte conjugale, succese profesionale, decese în familie, divorțarea părinților etc.).

G. Engel a propus modelul biopsihosocial, care presupune, că SCI se dezvoltă în rezultatul implementării stress-ului în sferele biologice, psihologice și sociale, interacționând la diferite nivele. [5] Această ipoteză a trasat baza conceptuală a cauzelor de instalare a simptomelor gastro-intestinale, care nu puteau fi atașate la o anumită patologie. Cercetările psiho-sociale au conchis, că SCI nu se dezvoltă în urma dereglării motilității intestinale, dar reflectă dezechilibrarea dintre SNC și sistemul nervos enteral autohton. Fenomenul patologic de lezare a sensibilității viscerale asigură perceperea nocivă chiar și a impulsului reglator gastro-intestinal subpragal pe când procesele corticale reglează perceperea simptomelor.

Astfel, conform viziunilor contemporane, SCI reprezintă o dereglare funcțională biopsihosocială a intestinului, bazată pe disfuncția sensomotorie (dereglarea sensibilității viscerale și motilității) sub acțiunea factorilor psihosociale. La persoanele cu predispoziție ereditară și sediu social anumit sub acțiunea factorilor sensibilizatori se dezacordează legăturile enterocerebrale, se dereglează sensibilitatea viscerală și motilitatea intestinală și se formează simptomatologia colonului iritabil.

Clasificare

Înainte de a face o caracteristică a formelor clinice ale SCI este necesar de menționat că toți bolnavii se divizează condițional în 2 loturi: "pacienți" și "non-pacienți". Majoritatea bolnavilor peste 80%, constituie lotul "non-pacienților" - persoane, care la medic nu se adresează sau după primul consult cu recomandările primite se isprăvesc de sine-stătător cu boala. Asupra acestor bolnavi boala puțin influențează calitatea vieții, nu scad capacitatea de munca și ei se comportă ca persoane sănătoase.

Al doilea lot mai mic la număr (15-20%) este constituit de către așa numiții "pacienți", care frecvent se adresează la medic, se investighează repetat, se tratează

inclusiv și-n staționar și chiar sunt supuși intervențiilor chirurgicale. Calitatea vieții acestora este alterată, ei se comportă ca niște bolnavi cu boli organice grave, însă starea generală se menține satisfăcătoare fără semne de progresare a bolii.

Clasificarea clinică a SCI a fost propusă de F.Weber și R.McCallum. În funcție de simptomul prevalent au fost descrise 3 variante ale SCI:

- 1) predominant cu dureri abdominale și meteorism;
- 2) predominant cu constipație;
- 3) predominant cu diaree.

Evidențierea variantelor clinice ale SCI are importanță practică, deoarece determină tactica de tratament. Totodată această clasificare este condițională fiindcă la majoritatea bolnavilor sunt prezente mai multe simptome și transformarea unei variante în alta.

Tablou clinic

Durerea abdominală este partea componentă obligatorie a tabloului clinic. Ea poate avea un spectru larg de intensitate: de la disconfortul neînsemnat, durere surdă până la durere nesuportabilă, care imitează tabloul de colică intestinală organică.

Pentru bolnavii cu SCI este caracteristică instalarea durerii îndată după mâncare, însoțită de meteorism, peristaltism accelerat, garguiment, diaree sau constipație. Durerea este ameliorată prin defecație și emisiune de gaze. Caracteristic este lipsa durerilor nocturne.

În studiul nostru durerea abdominală a fost înregistrată în 96% de cazuri și în 90% de cazuri durerea a fost însoțită de meteorism.

Tulburările funcției intestinului, adică tulburările de tranzit și ale actului de defecație reprezintă al doilea simptomocomplex caracteristic SCI. Conform criteriilor de la Roma ca patologică se consideră frecvența scaunului mai mult de 3 scaune/zi (diaree) și mai puțin de 3 scaune/săptămână (constipație).

Pentru SCI este caracteristică diareea matinală, instalată după dejun și în prima jumătate a zilei și lipsa ei noaptea. În ½ cazuri se observă eliminarea de mucus cu masele fecale. Cantitatea de mucus produsă de pacienții cu SCI este variabilă. Cantitatea maselor fecale nu depășește volumul obișnuit. Hemoragia intestinală, diareea nocturnă, sindromul de malabsorbție și scăderea ponderală se referă la simptomele "alarmante", care exclud diagnosticul SCI și necesită căutarea insistentă a afecțiunii organice. Diareea a fost înregistrată la 37% de pacienți și în 30% de cazuri a fost însoțită de eliminarea de mucus cu masele fecale.

Constipația în SCI se caracterizează cu defecație și emisie de mase fecale dure (cu aspect creionat sau de scibale); însoțită de senzație de evacuare rectală incompletă. Constipația a fost stabilită la 43% de pacienți și în 21% de cazuri a fost însoțită de alterarea emisie de fecale.

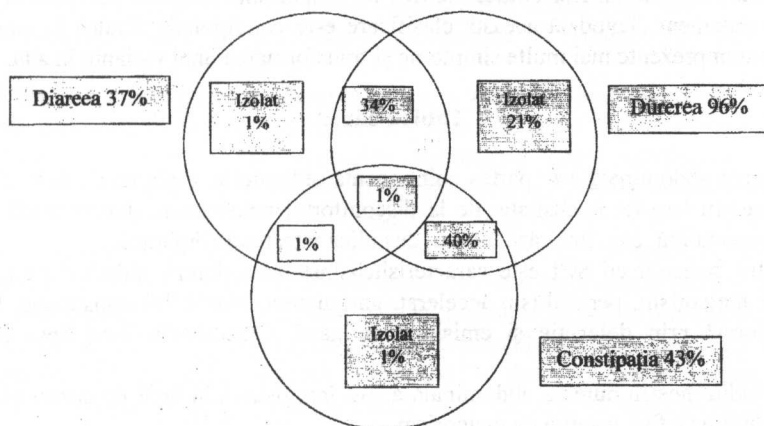
La majoritatea bolnavilor s-a constatat asocierea simptomelor clinice majore (fig.1):

- durerea abdominală + diaree – 35%;

- durerea abdominală + constipație – 41%;
- durerea abdominală fără tulburării funcției intestinului – 21%;
- tulburării funcției intestinului fără durerea abdominală– 3%;

Figura N1

Incidența asocierii simptomelor din SCI



Bolnavii cu SCI sunt recunoscuți prin multitudinea acuzelor concomitente și particularitățile de personalitate. Acuzele pot fi clasate în 3 loturi:

- 1) simptome vegeto-neurologice: migrenă, dureri lombare, nod în gât, somnolență, insomnie, disurie, dismenoree, impotență etc, caracteristice pentru $\approx 50\%$ bolnavi (23% de cazuri în studiul nostru);
- 2) simptome concomitente bolilor funcționale ale tractului gastro-intestinal: greutate în epigastru, grețuri, regurgitații, vome, dureri în rebordul costal drept etc., constatate la $\approx 80\%$ pacienți (73% de cazuri în studiul nostru);
- 3) dereglări psihice: depresie, anxietate, fobie, isterie, accese de panică, ipohondrie etc., constatate la 15-30% pacienți (19% de cazuri în studiul nostru);

Cercetări paraclinice

Pentru SCI este caracteristică lipsa nu numai a modificărilor specifice dar și a modificărilor esențiale ale indicilor de laborator.

Examenul coprologic pune în evidență mucus în masele fecale fără semne de inflamație și sânge. Steatoreea și creatoreea etc. nu sunt caracteristice pentru SCI. Analiza maselor fecale pentru ouă de helminți și chisturi de lamblii este negativă.

Coprocultura nu depistează microorganisme patogene, este posibilă disbacterioza. Conform datelor Grigoriev P.I. și colaboratorii la pacienții cu SCI este prezentă supracontaminarea intestinului subțire ("overgrowth syndrome"), disbacterioza intestinului gros sau ambele (6). Poate fi detectată floră cu acțiune hemolitică, E.coli cu capacități fermentative slab pronunțate, E.coli enteropatogenă și alți germeni condiționat patogeni sau asocierea lor (stafilococi, protei, fungi, eșeriile lactozonegative sau hemolitice, clebsiele, bacilus cereus), adică modificări disbiotice ale intestinului gros în asociere cu creștere bacterială excesivă în intestinul subțire. În studiul nostru examenul coprologic a arătat tablou normal la 50% de pacienți și la 50% au fost depistate diferite combinații de amidon, celuloză, fibre musculare în cantități neînsemnate, la 42% - mucus în masele fecale. Analiza maselor fecale la flora "normală" a arătat prezența disbacteriozei intestinale de grad ușor sau moderat la 18% pacienți.

Modificări semnificative în hemoleucogramă și analizele biochimice nu sunt caracteristice pentru SCI. Leucocitoza, anemia, accelerarea vitezei de sedimentare modificările biochimice ale sângelui se referă la simptomele alarmante și necesită excluderea obligatorie a patologiei organice.

Sigmoidoscopia se v-a efectua la marea majoritate de pacienți cu suspiciu la SCI pentru excluderea patologiei organice în rect și sigmoid și pentru a pune în evidență semnele tipice ale SCI: sigmoid spasmat, fără edem și hiperemie (este posibilă hiperemia mucoasei colonului distal și rectului). În timpul sigmoidoscopiei mucusul sau materialul fecal aderent de peretele rectosigmoidian va fi examinat microscopic (în suspensie de ser fiziologic) pentru trofozoizi amebieni mobili. Colorația cu albastru de metilen se va efectua pentru evidențierea leucocitelor și mucusului. Se vor efectua teste chimice pentru hemoragiile oculte.

Mucoasa nu prezintă ulcere, sîngerare, friabilitate.

Biopsia se v-a efectua la pacienții care prezintă diaree și tablou normal al mucoasei pentru excluderea formelor speciale ale colitelor (limfocitară, colagenică, eozinofilică) și amiloidozei.

Dacă simptomatologia SCI s-a instalat la un pacient cu vârsta peste 50 ani este necesară examinarea mucoasei pe tot parcursul intestinului gros - colonoscopia sau irigoscopia pentru excluderea cancerului de colon.

În studiul nostru pentru precizarea diagnosticului și excluderea patologiei organice la 116 bolnavi a fost efectuată irigoscopia, care a arătat tablou normal la 72% de pacienți, semne minimale de sigmoidită - la 13% și dolihocolon (dolihosigma) - la 15%.

Diagnostic pozitiv

Diagnosticul de SCI se bazează pe criteriile clinice caracteristice – dureri în etajul abdominal inferior în asociere cu dereglări ale funcției colonului, care nu pot fi explicate prin tulburări metabolice sau morfologice cunoscute.

Nespecificitatea manifestărilor clinice în patologia intestinului complică diagnosticarea nozologică. Este mai simplu de stabilit sindromul în care s-ar include simptomele date și de început tratamentul simptomatic. Însă tactica de diagnostic sindromal este periculoasă din cauza riscului crescut de diagnosticare întârziată a patologiei organice. Din aceste motive a fost elaborată strategia stabilirii diagnozei SCI.

Procesul de diagnosticare constă din cinci etape. La I etapă se stabilește diagnosticul preventiv, la a II-a etapă se pune în evidență un simptom dominant și respectiv forma clinică a sindromului; la a III-a etapă se exclud simptomele alarmante (vezi tabelul N2) și se face diagnosticul diferențial. La etapa a IV se exclude patologia organică a intestinului prin "optimum" de teste diagnostice: analiza generală și biochimică a sângelui, examen coproparazitologic, fibrosofagogastroduodenoscopie, ecografie abdominală și a bazinului mic, sigmoidoscopie și irigografie. La etapa V se indică un tratament primar pe un termen nu mai mic de 6 săptămâni, după ce se v-a reveni la evaluarea diagnosticului. Dacă tratamentul este efectiv poate fi stabilit diagnosticul definitiv de SCI, iar dacă tratamentul a fost ineficace se vor indica investigații suplimentare (figura 2).

Tabelul N2

Simptomele "alarmante", care exclud SCI

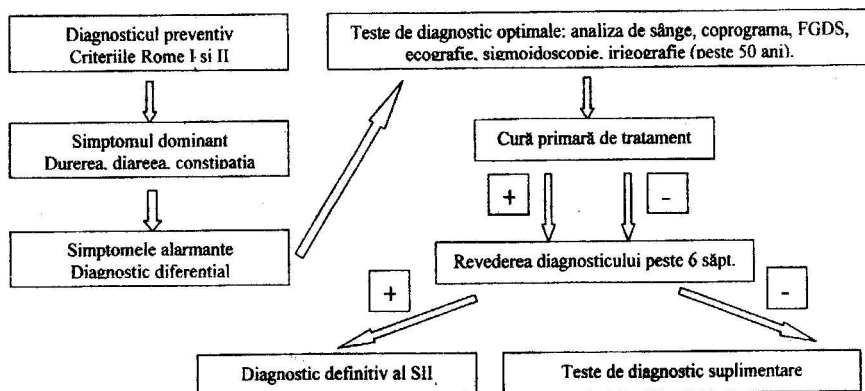
<p>Acuzele și anamnestical</p> <ul style="list-style-type: none">• scădere ponderală nemotivată• simptomatologie nocturnă• dureri permanente intensive în abdomen, fiind unicul simptom de afectare gastro-intestinală• debut la persoanele cu vârstă înaintată• cancer de colon la rude	<p>Datele examenului fizic</p> <ul style="list-style-type: none">• stare febrilă• hepato-, splenomegalie etc. <hr/> <p>Indici de laborator</p> <ul style="list-style-type: none">• leucocitoză• anemie• accelerarea VSH• sânge în materiile fecale• modificări în analizele biochimice ale sângelui
---	--

Din metodele speciale, în SCI predominant cu dureri se vor efectua enterografia,

manometria intestinală, testul de distense cu balonaș; în SCI predominant cu diaree - testul de toleranță la lactoză, testul respirației hidrogenului, aspirația conținutului intestinului subțire pentru examen bacteriologic; în SCI predominant cu constipație - examinarea cu radioizotopi a tranzitului, cercetarea funcțiilor ano-rectale etc.

Figura N2

Etapele de diagnostic ale SCI



Diagnostic diferențial

Deci, după cum s-a menționat diagnosticul SCI este un diagnostic “de excludere”. Bolnavii prezintă acuze care pot însoți evoluția bolilor organice prin excluderea cărora medicul poate stabili diagnosticul de SCI.

În primul rând în procesul de diagnostic diferențial este necesar de exclus cauzele cele mai simple de excitare a intestinului: acțiunea cronică a factorilor dietetici (alimente grase, cafea, băuturi alcoolice, produse alimentare și băuturi care produc gaze, abuz de alimente, schimbarea regimului alimentar obișnuit (călătorii, deplasări etc.) și a factorilor medicamentoși (laxative, antibiotice, preparatele de potasiu, fier, acizi biliari, mezoprostol etc.).

Starea fiziologică a femeii - sindromul premenstrual, graviditatea, climacteriul pot evolua cu simptome de intestin iritabil. Stările stressante și psihoemoționale de lungă durată pot provoca apariția simptomelor SCI, care remit după odihnă și înlăturarea factorilor stresanți. Ca o formă evolutivă aparte a SCI poate fi reprezentată “boala ursului”.

Cea mai răspândită patologie care evoluează cu simptome de colon iritabil este enzimopatia înăscută - carența de lactoză și dizaharidază, pentru confirmarea căreia poate fi utilizat cel mai simplu test - dietă de excludere a laptelui și produselor lactate sau a

sorbitolului.

În mod obligator diagnosticul diferențial se va efectua cu patologia organică a intestinului (Tab. N3).

Tabelul N3

Patologia organică a intestinului

- Colitele infecțioase	- Colita în colagenoză
- Colita ulceroasă nespecifică	- Polipoza intestinală
- Boala Crohn	- Diverticuloza intestinală
- Colita ischemică	- Boala Wiple
- Tuberculoza intestinală	- Enteropatie glutemică
- Colita după iradierea	- Colita limfocitară etc.
- Tumorile intestinului	

Criterii de diagnostic diferențial în patologia organică sunt:

- 1) prezența simptomelor alarmante;
- 2) prezența simptomelor endoscopice și radiologice caracteristice;
- 3) prezența simptomelor microscopice caracteristice;
- 4) rezultatele pozitive ale analizelor bacteriologice și serologice pentru flora patogenă.

Tumorile neuroendocrine ale TGI, în primul rând, gastrinoamele VIP-omele și sindromul carcinoid, în stadiile precoce pot imita SCI predominant cu diaree și/sau durere. Însă în această patologie se menționează evoluția progresivă cu simptome "alarmante".

Sub masca SCI pot evolua unele maladii ginecologice (endometrioza), enteropatii în maladiile endocrine (tireotoxicoza, diabetul zaharat).

Prognosticul

Prognosticul bolii este favorabil. Evoluția bolii este cronică, recidivantă, însă nu progresivă. SCI nu se complică cu hemoragii, perforație, stricturi, fistule, ocluzie intestinală, sindrom de malabsorbție etc. Riscul de dezvoltare a patologiei inflamatorii a intestinului și a cancerului colo-rectal este același ca și în populație. Aceasta determină tactica de supraveghere a pacienților și lipsa necesității în colonoscopia mai frecvente. Medicul are obligația să clarifice pacientului caracterul simptomelor sale și să-l asigure de evoluția blândă și uneri reversibilă a bolii, ceea ce v-a ameliora adaptarea psihosocială a lor.

Însă rămâne de menționat faptul, că în lotul așa-numiților "pacienți" boala poate avea evoluție relativ nefavorabilă, fapt determinat de alterarea calității veții în privința

alimentației, somnului, odihnei, activității sexuale, stării sociale și familiale. Acest lot de pacienți este incapabil temporar de muncă. Într-un șir de țări diagnosticul de SCI, fiind o cauză de incapacitate temporară de muncă, a ieșit pe locul II după afecțiunile respiratorii.

Tratamentul

Tactica de tratament a pacienților cu SCI nu se include în limitele tratamentului conservativ al maladiilor tubului digestiv, dar este necesar de elaborat un program de tratament. Programul tratamentului include 2 etape: tratamentul primar și terapia de bază ulterioară. Îndeplinirea programului necesită o perioadă îndelungată de timp: I etapă - 6-8 săptămâni, iar terapia de bază - 1-3 luni. Selectarea programului este determinată de interacțiunea a câtorva factori și este efectuată în concordanță cu simptomatologia de bază a bolii (durere, meteorism, diaree, constipații), gravitatea ei, gradul de influență asupra calității vieții și starea psihică a pacientului.

Elementul principal al programului constă în rezolvarea problemei de adaptare psihosocială și includerea obligatorie a pacientului în procesul de diagnostic și tratament. Este necesar de atras atenția pacientului asupra indicilor în limitele normei și de a menționa importanța lipsei dereglărilor patologice ce ar putea influența evoluția bolii. Bolnavul trebuie să înțeleagă lipsa patologiei organice grave, care ar amenința viața. Ulterior medicul trebuie să informeze pacientul despre esența bolii, prognosticul ei. Competența, autoritatea și puterea de convingere a medicului va determina gradul de contact cu pacientul și succesul terapiei.

Îndeplinirea acestor sarcini va determina apartenența bolnavului către lotul "pacienților" sau "non-pacienților" cu SCI și în măsură considerabilă va influența eficacitatea etapelor consecutive ale programului.

Medicul trebuie să aprecieze corect starea psihică a bolnavilor. Conform studiilor diferitor autori incidența dereglărilor psihice în SCI atinge 70-90% (neurotice, de personalitate, afective). De notat, că în majoritatea cazurilor fenomenele gastroenterologice se manifestă pe fondul unei patologii psihice deja instalate. Pe de altă parte, peste 50% pacienți cu SCI reacționează la stările stresante prin acutizare atât a simptomatologiei gastroenterologice, cât și psihopatologice. În legătură cu aceasta, bolnavii necesită un consult psihoterapeutic, psihiatric, neuropatologic, vegetologic pentru stabilirea diagnosticului și selectarea tratamentului psihotrop adecvat.

Tratamentul dietetic. La primul consult se vor constata deprinderile individuale de alimentație, care ar putea provoca simptomele cronice ale SCI. Bolnavului i se indică o dietă de excludere, ce nu conține cofeină, lactoză, fructoză, sorbitol, acid acetic, alcool, piper, alimente flatulente.

Pacienții cu constipații trebuie să pastreze regimul de alimentație, ritmul regulat, ce asigură normalizarea funcției reflectorii a intestinului. În SCI cu predominarea constipației se va indica dieta N3 pe un termen îndelungat sau permanent (7). Dieta la o alimentație completă conține o cantitate majorată de stimulatori ai motoricii, la care se referă acizii biliari, substanțe zaharate, acizi organici, soluții hipertotonice, lipide, bucate reci, celuloza.

Cele mai efective laxative sunt pâinea neagră, fructele și legumele proaspete, fructele uscate, hrișul, ovăsul, marinadele, produsele afumate, grăsimi în cantități masive îndeosebi smântâna, gustările dulci, produsele lactate acre cu aciditatea mai mare de 90-100°. În alimentația bolnavilor cu constipație este rațional de a include fibre alimentare sub formă de tărâțe, pectină, produse dietetice, ce conțin probiotice.

În SCI cu predominarea diareei se va indica dieta N4. Aceasta dietă este indicată individual și pacienților cu sindrom algic pronunțat. Termenele de respectare a dietei sunt individuale: de la 1-2 săptămâni până la un timp îndelungat. În ultimii ani medicii se dezic de la principiul folosirii de durată a dietelor "cruțătoare", chiar și în perioada de acutizare "cruțarea" se asociază cu "eforturi" alimentare, cu trecere ulterioară la alimentație obișnuită.

Din alimentație se vor exclude produsele care intensifică procesele de fermentație și putrefacție în intestin și stimulatorii secreției acizilor biliari, stimulatorii secreției stomacului și pancreasului. Către substanțele care diminuează peristaltismul se referă produsele bogate în tanină (ciaiul concentrat, cacao dizolvată în apă, cagor), afinele, substanțele mucilaginose - supe, terciuri, chiseluri, bucatele calde. Vor fi evitate carnea și peștele gras, copturile, conservăturile, alimentele afumate, marinate, murate, ciupercile, speciile picante, ridichea, ciapa, usturoiul, fructele acre. Laptele și ouăle vor fi utilizate în funcție de suportarea individuală ale acestora.

Dacă boala evoluează cu alternanța diareei și constipației, în perioada acutizării se indică dieta N4. Alimentele care stimulează peristaltismul sunt indicate în următoarea componență: pireu din legume fierte (morcov, dovlecei), conopidă fiartă, sucuri din fructe și legume (morcov, mere, caise), frișcă.

Uneori "non-pacienților" cu SCI susținerea psihosocială și respectarea recomandărilor dietetice este suficientă și nu este necesar un tratament medicamentos, aceasta fiind cea mai favorabilă variantă evolutivă a bolii.

Cursul primar de tratament

Un moment important în procesul de diagnostic al SCI este administrarea unei cure de tratament primar cu confirmarea ulterioară a diagnosticului. Scopul unui astfel de tratament este de a atenua simptomele bolii și de a constata ex juvantibus diagnosticul stabilit, ce permite întreruperea controlului ulterior al patologiei organice. În rezultatul tratamentului pacientul trebuie să fie sigur că starea sa se ameliorează, ce permite evitarea investigațiilor ulterioare.

Tratamentul SCI cu predominarea durerilor și meteorismului.

Simptomul dominant al bolii este durerea, cuparea căreia este însoțită de micșorarea expresivității diareei, constipației, meteorismului. Există un spectru larg de preparate din diferite grupe farmacologice, care pot fi utilizate în acest caz:

- spasmolitice miotrope (mebaverina hidrohlorid, otilonii bromidum, pinoverium bromidum);
- antagoniștii colecistochininei – loxiglumid;
- analogii somatostatinei;

- antagoniștii de receptor tip 3 al 5-hidroxitriptaminei (5-HT₃) – ondansetron;
- M₃ - anticolinergice – ghiascina butilbromid.

Optimală se consideră administrarea preparatului pinoverium bromidum (dițetel) câte 50-100 mg x 3 ori pe zi atât pacienților supuși tratamentului primar, cât și celui de bază. La circa 90% de bolnavi acest preparat asigură o acțiune spasmolitică efectivă, suprimând durerea și meteorismul. Pinoverium bromidum este un blocant al canalelor de calciu cu acțiune selectivă intestinală. Pentru el nu este caracteristic efectul antiaritmie și vazodilatator.

Anticolinergicele posedă un șir de efecte adverse nedorite, alte preparate sunt în decurs de studiu.

Spazmolitecele neselective (no-spani, papavarin) sunt mai puțin efective în SCI.

Tratamentul SCI cu predominarea diareei

Diareea afectează calitatea vieții bolnavului și provoacă incapacitate temporală de muncă, ceea ce necesită înlăturarea precoce a ei.

Preparatul de bază pentru tratamentul SCI cu diaree este considerat loperamida (imodium). Loperamida este cel mai efectiv remediu anti-diareic, care timp de 20 de ani nu se compară cu alte preparate privind viteza de ameliorare a diareei și efectul anti-diareic: la 50% bolnavi simptomele dispar după administrarea primei doze și la 87% bolnavi – după 12-24 ore de la începutul tratamentului.

Loperamida face parte din agoniștii receptorilor M-opiați, care-i determină capacitatea de inhibare a mișcărilor propulsive ale intestinului, duce la încetinirea tranzitului maselor fecale. Aceasta e însoțită de micșorarea pasajului părții lichide a chimului, favorizează mărirea absorbției lichidelor și electroliților. Un șir de cercetări confirmă acțiunea blocantă a loperamidei asupra canalelor de calciu a miocitelor, ceea ce determină inhibiția motorică. Un alt mecanism de acțiune, nu mai puțin important în SCI a loperamidului, este micșorarea receptivității peretelui intestinului rect la extensie, ceea ce permite mărirea pragului de sesizare a durerii, abolirea și înlăturarea tenesmelor. E cunoscut, că loperamida mărește tonusul sfincterului anal, ceea ce favorizează îmbunătățirea controlului actului de defecație.

În cazul diareei funcționale cronice în SCI doza inițială de loperamid e de 4 mg (2 caps.). Doza de întreținere nu trebuie să depășească doza nictimală maximă permisă pentru maturi - 16 mg (8 caps.) cu condiția că scaunul nu este mai frecvent de 3 ori în zi. Dacă scaunul lipsește sau este normal în decurs de 12 ore, urmează anularea tratamentului.

Preparatul nu trece bariera hematoencefalică și nu posedă acțiune centrală sedativă. În cazul respectării dozajului indicat, Loperamida e inofensivă, nu are efecte adverse și deaceia e inclusă în grupul medicamentelor livrate fără rețete.

Cea mai contemporană și mai accesibilă formă de administrare a loperamidei, este forma linguală, acțiunea căreia este de câteva ori mai rapidă decât la administrarea tradițională a capsulelor de Imodium. Forma linguală a loperamidei sînt comprimate mici, care se dizolvă ușor pe limbă fără folosirea apei și pot fi administrate în cazurile însoțite cu grețuri, vomă, dereglări de deglutiție și în orice condiții. Un efect bun în SCI îl are preparatul combinat care conține loperamid și simeticon - substanță care absoarbe gazele,

ceea ce este dorit în SCI.

Dacă la bolnav nu se determină creșterea esențială a frecvenței scaunului se pot administra adsorbenți: carbonat de Ca, cărbune activat, dismectit câte 3 gr. în zi în formă de suspensii. Însă de notat, că efectul autidiaretic al acestor preparate survine la 3-5 zile.

Bolnavilor din grupa "pacienților" cu combinarea sindromului algic cu diareea și cu dereglări psihologice li se indică preparate antidepresante triciclice sau anxiolitice, care pot facilita durerea abdominală și diareea grație proprietăților anticolinergice ale acestora.

Tratamentul SCI cu predominarea constipațiilor

Dacă măsurile dietetice nu au efect, se vor administra laxative osmotice dintre care cele mai efective sînt lactuloza, lacticol, macrogoli 4000 (Forlax). În constipații persistente următorul pas poate fi afministrarea prokineticelor, în primul rînd cizapridul (5-10 mg de 3-4 ori/zi).

Laxativele salin sau surfactantele se vor evita deoarece pot agrava durerea abdominală.

În cazul asocierii sindromului algic cu constipații administrarea antidepresantelor triciclice și a anxioliticelor pot agrava constipațiile, meteorismul și durerea. În aceste cazuri sunt indicate antidepresante cu acțiune serotoninergică selectivă (fluoxetin, sertralîn, paroxetin, tianeptin), cu efect stimulator asupra motilității intestinului gros.

Rezultatele nesatisfăcătoare ale tratamentului indicat impun necesitatea efectuării unui șir de proceduri adăugătoare: gimnastica curativă, fizioterapie, hipnoterapie, metode bazate pe principii biologice feed-back și tratament individual în școli și cluburi speciale pentru bolnavii cu SCI.

Eficiența terapiei este determinată nu atât de stare obiectivă și acuzele bolnavului, cât de ameliorarea stării psihosociale a pacientului și calitatea vieții lui. De notat, că conform consensului de la Roma, bolnavul singur trebuie să aprecieze eficiența programului de tratament în ansamblu și acțiunea diferitor preparate aparte (1).

TESTE

1. Cea mai frecventă patologie a intestinului gros este:

- A. Diverticuloza intestinului
- B. Colită pseudomembranoasă
- C. Colită ulceroasă nespecifică
- D. Sindromul colonului iritabil
- E. Tumori ale intestinului gros

Răspuns corect: D

2. Sindromul colonului iritabil se caracterizează

- A. Dereglarea tranzitului conținutului intestinului
- B. Proces inflamator cronic în intestin
- C. Prezența durerilor și discomfortului în abdomen

- D. Proces distrofic în intestin
- E. Lipsa substratului organic de afectare

Răspuns corect: A, C, E

3. Clinic sindromul colonului iritabil se poate manifesta:

- A. Diaree
- B. Dureri și discomfort în abdomen
- C. Hemoragie intestinală
- D. Eliminarea mucusului la defecație
- E. Constipații

Răspuns corect: A, B, D, E

4. Medic poate exclude sindromul colonului iritat la prezența simptomelor următoare, în afară de:

- A. Diaree cu polifecalie
- B. Dureri în abdomen
- C. Hemoragie intestinală
- D. Temperatură subfebrilă
- E. Scăderea progresivă a masei corpului

Răspunsul corect: B

5. Complicațiile sindromului colonului iritabil sunt:

- A. Hemoragii intestinale
- B. Malignizarea procesului
- C. Pseudopolipi ai intestinului
- D. Stricturi ale intestinului
- E. Complicațiile intestinale nu-s cunoscute

Răspunsu corect: E

6. Semnele endoscopice ale sindromului colonului iritabil sunt

- A. Atrofia mucoasei
- B. Mucoasa neschimbată
- C. Secreția sporită a mucusului
- D. Erozii unice ale mucoasei
- E. Prezența diverticulelor intestinale

Răspuns corect: B, C

7. Semnele rentghenologice ale sindromului colonului iritabil sunt

- A. Gastrare asimetrică
- B. Spasmul signei
- C. "Dantelarea" mucoasei
- D. gastrare exprimată

8235

UNIVERSITATEA DE STAT
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"
BIBLIOTECA

E. Rentghenologic fără modificări
Răspuns corect: A, B, D

8. Tratamentul sindromului colonului iritabil include:

- A. Acțiune la sfera psiho-emoțională
- B. Dietoterapia - dieta 9
- C. Gimnastica curativă
- D. Tratament medicamentos
- E. Fizioterapie

Răspuns corect: A, C, D, E

9. La tratamentul medicamentos al sindromului colonului iritabil se indică:

- A. Prochinetice
- B. Preparate antispastice
- C. Preparate anticolinergice
- D. Antagoniști ai calciului
- E. Laxative "de volum"

Răspuns corect: A, B, C, D, E

10. În tratamentul sindromului colonului iritabil se folosesc

- A. Papaverin, mebeverin
- B. Intestopan, enteroseptol
- C. Bisacodil
- D. Decaris
- E. Căldură local

Răspuns corect: A, E

11. Bolnavilor cu sindromul colonului iritabil cu diaree se indică preparatele:

- A. Din lut alb
- B. Loperamid
- C. Cărbune activat
- D. Carbonat de calciu
- E. Imodium

Răspuns corect: A, B, C, D, E

12. Disbacterioza intestinală clinic se poate manifesta prin:

- A. Diarei
- B. Constipații
- C. Dureri în abdomen
- D. Scaun hemoragic
- E. Meteorism, garguiment

Răspuns corect: A, B, C, E

13. În tratamentul disbacteriozei intestinale de gravitate ușoară se indică:

A. Bifidumbacterin, lactobacterin

B. Linex

C. Levomicitină

D. Tetraciclină

E. Metiluracil

Răspuns corect: A, B

BIBLIOGRAFIE

1. Thompson W. G., Longstreth G. F., Drossman D. A., Heaton K. W., Irvine E. J., Muller-Lissner S.A. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. Rome II: A Multinational Consensus Document on Functional Gastrointestinal Disorders. Gut, 1999; 45(Suppl. II): 1143-8.
2. Camilleri M., Choi M.-G. Review article: irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther 1997; 11: 3-15.
3. Drossman D. A., Camilli M, Whitehead W. E. American Gastroenterological Association technical review on irritable bowel syndrom. Gastroenterology 1998; 95: 701-8.
4. Jard B. Knowles, Douglas A. Drossman. Irritable bowel syndrome: diagnosis and treatment. In: Evidence based Gastroenterology and Hepatology. Edited by J. McDonald, A. Burnoughs, B. Hagan, - London; BMJ Books 1999; 241: 260.
5. Шептулин А.А. Синдром раздраженной кишки: современные представления о патогенезе, клинике, диагностике, лечении. Росс. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 1997;5: 88-90.
6. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Синдром раздраженной кишки, ассоциированный с дисбактериозом. Consilium medicum. Том2/ N 7, 2000.
7. Лоранская Т., Лебедева Р. Лечебное питание при синдроме раздраженной толстой кишки. Врач, N3,2000, с.27-28.