

И. И. Гончарик

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Приведена дефиниция хронического запора.

Рассмотрены вопросы распространенности, классификации, этиологии, патогенеза, клинической картины и диагноза. Особое внимание уделено методам терапии, начиная с коррекции образа жизни, диетических рекомендаций и кончая рассмотрением методов фармакотерапии.

Ключевые слова: хронический запор, лечение.

I. I. Gonczaryk

CHRONIC CONSTIPATION: TACTICS CONDUCTING OF PATIENT

Propose the definition of chronic constipation.

Present data on their prevalence, classification, aetiology, pathogenesis, klinik and diagnosis / Special attention is given approaches therapy including of life and dietary habits as well as the choice of adequate drug therapy.

Key words: chronic constipation, treatment.

Хронический запор (ХЗ) является актуальной проблемой современной медицины, несмотря на расширяющийся арсенал фармакологических препаратов, модификацию диет и способов лечения. ХЗ ежедневно доставляет пациентам озбоченность и накладывает отпечаток на их психологическое состояние, снижая качество жизни.

ХЗ называется урежение актов дефекации менее 3 раз в неделю и/или недостаточное опорожнение толстой кишки с выделением твердых каловых масс на протяжении более 3 меся-

цев. При этом пациенты испытывают затруднение дефекации и вынуждены прилагать значительные физические усилия для ее осуществления: натуживание занимает до 60% всего времени, затрачиваемое на процесс дефекации с выделением скудного фрагментированного кала твердой консистенции. При ХЗ объем каловых масс менее 35 г/сут (в норме 150–250 г/сут), а содержание воды в кале менее 40% (в норме 70%) (4,8).

Распространенность. Согласно данным эпидемиологических исследований, ХЗ страдает от 10 до 30% взрослого населе-

ния развитых стран, особенно часто – лица пожилого и старческого возраста (4,9). Отмечается рост распространенности ХЗ и в азиатском регионе, где в силу особенностей питания до недавних времен был относительно редким явлением (9). Стоит отметить, что среди женщин запор встречается в 3 раза чаще, чем у мужчин и с возрастом эта тенденция нарастает (3).

Классификация ХЗ

Первичный (функциональный) запор (в 95% случаев).

Вторичный (запор как симптом):

- механическое препятствие прохождению каловых масс (колоректальный рак, воспалительные заболевания кишечника, анальные трещины, сдавление кишки снаружи и др.);
- неврологические заболевания (автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, опухоль спинного мозга, ОНМК, рассеянный склероз и др.);
- эндокринные заболевания (сахарный диабет, гипотиреоз, нарушения электролитного обмена при заболеваниях надпочечников и др.);
- личностные расстройства (эмоциональные расстройства, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, анорексия и др.);
- системные заболевания соединительной ткани (дерматомиозит, системная склеродермия и др.);
- особенности питания (низкое содержание в рационе неперевариваемой клетчатки, употребление термически обработанной пищи, прием пищи 1–2 раза в день);
- прием медикаментов (антидепрессанты, блокаторы кальциевых каналов, антихолинэргические препараты, соединения железа, одновременное применение большого количества лекарственных препаратов и др.); (1)

Этиология. Если причину ХЗ выявить не удастся, его считают первичным и относят к классу функциональных заболеваний, где ведущей причиной является нарушение моторной функции толстой кишки. В случае выявления изложенных в классификации причин принято считать ХЗ вторичным (1, 7).

Патогенез. Причину возникновения ХЗ удается выяснить далеко не всегда, даже при длительном наблюдении за пациентом (2,5). Однако, с учетом оценки времени транзита содержимого по кишечнику, а также состояния мышц тазового дна могут быть выделены группы пациентов страдающих ХЗ, с преимущественно следующими механизмами его формирования: запор, связанный с замедлением транзита (инертная толстая кишка); запор, связанный с нарушением акта дефекации (диссинергическая дефекация); запор с нормальным транзитом (синдром раздраженного кишечника с запором (6, 10).

Клиническая картина. Развитие ХЗ обычно происходит постепенно. Для него характерна редкая и затруднительная дефекация, требующая дополнительного натуживания, с выделением плотного фрагментарного кала типа «овечьего» или в виде «кедровой шишки» (плотные горошины спрессованные в конгломерат). Пациенты жалуются на чувство неполного опорожнения прямой кишки, дискомфорт в животе, неприятный вкус во рту, метеоризм, урчание в животе, распирание и боли внизу живота, преимущественно слева; они облегчаются после акта дефекации и отхождения газов. Из названных жалоб у пациентов с ХЗ метеоризм (чрезмерное скопление газов в кишечнике) остается наиболее беспокоящим симптомом.

Диагноз. В диагностике ХЗ важная роль отводится сбору жалоб и анамнеза – основной необходимый и, в подавляющем большинстве случаев, достаточный метод установления диагноза. Авторы Российских рекомендаций по диагностике и лечению хронического запора (2014) считают необходимым запол-

нение пациентом опросника, включающего следующие признаки, наблюдаемые на протяжении недели:

1. Количество актов дефекации в течение недели.
2. Определение консистенции стула (наличие комков и/или твердых испражнений).
3. Наличие примесей в кале (кровь, слизь, непереваренные фрагменты пищи).
4. Качество дефекации (ощущение препятствия или затруднения при ее совершении).
5. Необходимость взрезмерномнатуживании при дефекации.
6. Неудовлетворенность дефекацией (чувство неполного опорожнения кишечника).
7. Необходимость специфических манипуляций для обеспечения дефекации (мануальное опорожнение кишечника).
8. Наличие сопутствующих жалоб:
 - Вздутие живота.
 - Боль в животе.
 - Общая слабость.
 - Недомогание.
 - Похудение.

9. На протяжении, какого времени беспокоят вышеперечисленные симптомы? Характерно быстрое или постепенное появление симптомов?

10. Прием слабительных – краткость применения и дозы, применение очистительных клизм.

11. Перенесенные и сопутствующие заболевания.

12. Прием лекарственных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний.

13. Хирургические вмешательства (в том числе гинекологические и урологические).

Рекомендуется заполнение пациентом вышеуказанного опросника на протяжении недели (1).

Диагноз ХЗ устанавливается на основании жалоб пациента, анамнеза и проведения объективного исследования. В подавляющем большинстве случаев лечение ХЗ проводится без дополнительного инструментального обследования (10). Дополнительное инструментальное обследование проводят в случаях отсутствия улучшения на фоне лечения (включая изменение образа жизни, применение слабительных и энтерокинетики) и наличия симптомов тревоги (немотивированная потеря массы тела, постоянные боли в животе, не связанные со стулом, начало в возраст после 50 лет, рак толстой кишки у ближайших родственников, лихорадка выше 37,4 °С, кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ) (1, 2). При наличии симптомов тревоги рекомендуется проведение колоноскопии. В дальнейшем могут потребоваться обзорная рентгенография брюшной полости, компьютерная томография, МРТ (1).

Безусловно использование беспроводной подвижной капсулы SmaztPill(измерение транзита всего пищеварительного тракта), которая на сегодняшний день является одним из самых современных средств диагностики, дает возможность оценки не только времени тонко – и толстокишечного транзита, но и давления, а также кислотности в различных участках желудочно-кишечного тракта (включая секрецию желудка) и при этом отсутствует необходимость рентгенологического облучения. К сожалению, использование беспроводной капсулы – дорогостоящая процедура и широкое ее применение ограничено (3, 5).

Лечение ХЗ должно быть комплексным и включает в себя изменение образа жизни, характера питания, приема лекарственных средств.

Пациент должен уяснить, что регулярное посещение туалета (лучше утром после завтрака) должно войти в его привычку. Нельзя игнорировать позывы к дефекации, задерживая стул, и, наоборот, слишком долго тужиться во время попыток опорожне-

ния кишечника. Необходимо избегать малоподвижного образа жизни. Не следует часто применять слабительные средства и очистительные клизмы. Натощак целесообразно выпить стакан холодной воды или сока (4).

Рекомендуется дробный прием пищи с включением в рацион сырых овощей и фруктов (огурцы, помидоры, морковь, тыква, некислые сорта яблок, сливы, бананы, овощные и фруктовые соки); каш (гречневая, овсяная, пшенная, перловая), нежирных сортов мяса куском, растительных масел, добавляемых в готовые блюда; молочно-кислых продуктов; ржаного хлеба грубого помола; чернослива, кураги, инжира, фиников, сухофруктов; достаточного количества жидкости (не менее 2 л).

Ограничиваются бобовые, капуста, яблочный и виноградный соки (вызывают метеоризм); лук, чеснок, редька, редис, репа (содержат много эфирных масел); творожные продукты; крепкий чай, кофе, какао, шоколад; рисовая и манная каши; пшеничный хлеб и изделия из сдобного теста; жирное мясо (свинина, баранина, гуся), мясные бульоны; мясные и рыбные консервы, копчености; макаронные изделия, картофель, острые приправы (2, 4).

В лечении функциональных ХЗ (привычных, старческих, при беременности, синдроме раздраженной кишки, при дивертикулезе толстой кишки, анальных трещинах, пролапсе прямой кишки) применяют пищевые волокна. Они содержатся в пшеничных, овсяных и кукурузных отрубях, в свекле, в морской капусте, льняном семени, микрокристаллической целлюлозе. Пищевые волокна не всасываются в кишечнике, адсорбируют воду, набухают, увеличивая объем каловых масс и повышают давление в толстой кишке; механически стимулируют ее перистальтику. Доза: 20–30 г/сут. Следует, однако, помнить, что избыточное употребление пищевых волокон, в том числе отрубей, может сопровождаться метеоризмом, особенно у пожилых людей (4).

Близок к пищевым волокнам по механизму действия мукофальк (псиллиум), который содержит гидрофильные волокна из наружной оболочки семян подорожника. Он увеличивает объем кала и смягчает его консистенцию. Доза: 1–2 пакетика (5–10 г гранул) в стакане холодной воды, по утрам (4).

Большинство натуральных волокон, особенно содержащие растворимые субфракции, ферментируются толстокишечными бактериями с образованием массы короткоцепочечных жирных кислот, что может приводить у некоторых пациентов и метеоризму и флатуленции и это в полной мере относится к отрубям (2).

К синтетическим волокнам относят пектины и матицеллюлозу с потенциально эффективной дозой около 4 г/день.

Если общие мероприятия оказались недостаточно эффективными в устранении симптомов запора, то назначаются слабительные средства, в первую очередь осмотического действия. К ним относят лактулозу и полиэтиленгликоль (ПЭГ), обладающих сходной эффективностью. Однако при длительном применении лактулозы может наступить инактивация ее в тонкой кишке бактериями с утратой остаточного эффекта, развитием метеоризма и ассоциированных с ним кишечных колик (2, 5, 6).

Полиэтиленгликоль – многоатомный спирт, который не ферментируется микрофлорой кишечника, не всасывается, поэтому лишен побочных эффектов лактулозы, что важно в плане проведения долгосрочной терапии и по сей день остается препаратом выбора (1, 8, 9, 10). Суточная доза ПЭГ подбирается индивидуально начиная с 20 г (1 пакетик – 10 г.) утром со стаканом воды и приемом пищи, курс употребления от 2–4 недель до 3 месяцев с возможным увеличением продолжительности приема. Препарат обладает эффектом последствия, называемом

эффектом «обучения кишечника». Возможно дополнительное применение смягчающих препаратов, таких как свечи с глицерином, докузат натрия в виде микроклизм или через рот в режиме по требованию.

Стимулирующие слабительные (бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны усиливают перистальтику за счет стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника и тем самым оказывают свою эффективность при лечении хронического запора. Однако, они часто вызывают диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом, приводят к развитию гипокалиемии, обуславливают возникновение дегенеративных повреждений подслизистых нервных сплетений толстой кишки (2, 3, 5).

В случае сохранения симптоматики ХЗ на фоне приема выше перечисленных слабительных целесообразно назначение энтерокинетики прукралоприда – из группы агонистов 5-HT₄ – рецептов. Прукралоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая вздутие и абдоминальную боль, улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении. Принимают по 1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки. Зачастую вначале приема реализуются нежелательные явления – головная боль, тошнота, боль в животе и диарея (8).

Длительное существование ХЗ само по себе может способствовать возникновению дивертикулеза толстой кишки, вторичного проктосигмоидита, геморроя, анальных трещин, а в отдельных случаях – острой кишечной непроходимости (1,6).

Хирургическое лечение проводится достаточно редко и показано пациентам с рефрактерным запором. Оно не является методом выбора, а скорее методикой отчаяния, когда весь терапевтический арсенал уже использован и нет иной возможности помочь пациенту (1).

Таким образом, наиболее важной задачей на этапе обследования пациента с запором является исключение органической патологии, дифференциальная диагностика с СРК-3 и вторичного генеза страдания, что обуславливает выбор терапевтической тактики. Включение фармакологических средств (мукофальк, лактулоза, полиэтиленгликоль и др.) показано в случае неэффективности коррекции образа жизни. Появление в арсенале послабляющих средств нового представителя группы агонистов 5-HT₄ – рецептов – энтерокинетики прукралоприда значительно расширяет терапевтические возможности при хроническом запоре.

Литература

1. *Ивашкин, В. Т., Маев И. В., Баранская Е. К. и др.* Рекомендации по диагностике и лечению хронического запора. Методическое пособие. – М.: Мединформ. – 2014.
2. *Маев, И. В., Самеев А. А., Андреев Д. Н.* // Фарматека. – 2012. № 13. – С. 37–43.
3. *Маевская, Е. А.* // Фарматека. – 2014. – № 14. – С. 17–23.
4. *Циммерман, Я. С.* Гастроэнтерология. – М., 2013.
5. *Черемухин, С. В., Кучерявый Ю. А.* // Мед. Совет. – 2012. – № 9. – С. 52–7.
6. *Bharuch, A. E.* // Am Med Dir Assoc. – 2007; 8 (4): 209–18.
7. *Chatoor, D., Emmanuel A.* // Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2009, 23 (4): 517–30.
8. *Ramkumar, D., Rao S. S.* // Am J Gastroenterol. 2005; 100; 936–971.
9. *Suares, N. C., Ford A. C.* // Am J Gastroenterol. 2011; 106; 82–91.
10. *Wald, A., Scarpignoto C., Mueller – Lissner S. et al* // Aliment Pharmacol Ther. 2008. 28 (70): 917–30.

Поступила 19.12.2014 г.