

# ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО СЛАБИТЕЛЬНОГО В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

## У ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИМЕНЯЮЩИХ СЛАБИТЕЛЬНЫЕ РАЗДРАЖАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ

В статье сформулированы диагностические критерии хронического запора, приводятся эпидемиологические данные о распространенности данного состояния среди населения, перечислены основные виды слабительных препаратов. Представлены данные автора статьи о возможности комбинированной терапии тримекбутином и комплексным слабительным в форме микроклизмы пациентов с феноменом «ленивой толстой кишки», развивающимся на фоне длительного приема слабительных, оказывающих раздражающее действие. В заключении сделаны выводы о хорошей переносимости и значительной эффективности комбинированной терапии препаратами, нормализующими моторику толстой кишки, в сочетании с микроклизмой на основе натрия цитрата, натрия лаурилсульфоацетата и раствора сорбитола у таких пациентов.

**Ключевые слова:** запор, слабительные раздражающего действия.

M.S. TURCHINA, PhD in Medicine

Oryol State University named after I.S. Turgenev, MoH RF

### APPLICATION OF A COMBINATION LAXATIVE IN THE TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION IN PATIENTS WITH PROLONGED USE OF IRRITANT LAXATIVES

The article outlines the diagnostic criteria for chronic constipation, provides epidemiological data on the prevalence of the condition among the population, and specifies the main types of laxatives. The author presents own findings on the possibility of combined treatment with trimebutine and a combination microenema laxative for patients with “lazy bowel” syndrome which develops against a background of long-term use of irritant laxatives. The author concludes on the good tolerability and positive efficacy of the combination therapy involving drugs which normalize intestinal motility and micro-enemas containing sodium citrate, sodium lauryl sulfoacetate and sorbitol solution in such patients.

**Keywords:** constipation, irritant laxatives.

**П**од термином «хронический запор» понимают симптомокомплекс, проявляющийся нарушением опорожнения толстого кишечника и изменением частоты дефекаций. Согласно «Римским критериям III» (2006), функциональный запор диагностируется, если у пациента имеют место натуживание при акте дефекации, чувство неполного опорожнения кишечника, ощущение блокады в аноректальной области, необходима мануальная помощь при акте дефекации, твердый стул, соответствующий 1–2 типу по Бристольской шкале формы кала, более чем в 25% случаев на протяжении не менее чем 6 мес. до обращения к врачу, а также частота дефекаций менее трех раз в неделю. Тем не менее большая часть врачей и пациентов обращают внимание именно на частоту дефекаций, игнорируя прочие симптомы хронического запора [3, 6, 7].

Проблема хронических запоров весьма актуальна в современном обществе. Хронические запоры – это одно из наиболее распространенных функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта [1]. Среди жителей западных стран, по различным данным, запорами страдают от 2 до 27% населения [2, 3]. В России, по данным одного из исследований, на запор жалуются 34,3% населения, а соответствуют «Римским критериям III» 16,5%

[6]. Данное состояние распространено среди лиц обоего пола, во всех возрастных группах, однако чаще встречается у пожилых [1]. При этом имеется отчетливая тенденция к увеличению распространенности запоров среди лиц молодого возраста [3].

Длительно существующий запор приводит к значительному снижению качества жизни пациентов, ухудшению социальной адаптации, повышает риск развития колоректального рака [1].

В развитии функциональных запоров большую роль играют генетическая предрасположенность, психосоциальные факторы, в т. ч. большая распространенность депрессивных состояний, алиментарные факторы, нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и снижение порога висцеральной чувствительности. Кроме того, в развитии функциональных расстройств кишечника предполагается роль перенесенной инфекции, провоцирующей синдром избыточного бактериального роста и хронического воспаления в стенке кишечника [1, 5].

Зачастую пациенты, страдающие хроническим запором, предпочитают лечиться самостоятельно, используя слабительные препараты [4, 5]. К основным группам препаратов, влияющих на акт дефекации, относят препараты, увеличивающие объем каловых масс (препараты,

содержащие семя подорожника, метилцеллюлоза и т. д.), миотропные спазмолитики, улучшающие перистальтику кишечника (тримебутин, мебеверин), препараты, оказывающие раздражающее действие (препараты сенны, бисакодил и т. д.), осмотические слабительные (лактоулоза, макрогол, лактитол и т. д.), агонисты серотонинергических рецепторов (прукалоприд), препараты, оказывающие смазывающее действие и способствующие размягчению каловых масс (глицерол, миндальное масло, вазелиновое масло) [7]. Наиболее часто пациенты самостоятельно используют препараты растительного происхождения, оказывающие раздражающее действие на рецепторы толстой кишки, содержащие сенну, считая такие средства безвредными для организма. При этом на приеме у врача зачастую они не сообщают о приеме слабительных препаратов, считая эту информацию незначительной. Однако длительный прием препаратов сенны имеет дозозависимый эффект, приводя со временем к необходимости увеличения суточной дозы препарата в 8–10 раз. Через 5 лет приема на эти препараты отвечает каждый 2-й пациент, а через 10 лет – только каждый 10-й [4]. В итоге длительный прием подобных средств приводит к формированию «ленивой толстой кишки» и прогрессированию запоров, которые трудно поддаются терапии. Кроме того, длительный бесконтрольный прием препаратов сенны способствует развитию псевдомеланоза толстой кишки, являющегося предраковым состоянием [4, 7].

***В развитии функциональных запоров большую роль играют генетическая предрасположенность, психосоциальные факторы, в т. ч. большая распространенность депрессивных состояний, алиментарные факторы, нарушение моторно-эвакуаторной функции толстой кишки и снижение порога висцеральной чувствительности***

Основой терапии хронических запоров в первую очередь должно стать изменение образа жизни и характера питания [7]. При выявлении бесконтрольного приема слабительных препаратов, содержащих сенну, необходимы их отмена и назначение препаратов, восстанавливающих нормальную моторику толстой кишки. В составе комплексной терапии таким пациентам можно назначать слабительные препараты, оказывающие размягчающее действие на каловые массы, либо осмотические слабительные. При этом длительный постоянный прием одних и тех же слабительных препаратов недопустим [4].

Лечение пациентов с феноменом «ленивой толстой кишки», возникающим на фоне длительного приема препаратов, оказывающих раздражающее действие, должно быть комплексным и требует коррекции диеты и образа жизни в сочетании с назначением препаратов, восстанавливающих моторику толстой кишки. Для достижения более быстрого эффекта возможно сочетанное назначение препаратов местного действия в виде свечей и микроклизм.

Механизм действия микроклизм на основе натрия цитрата, натрия лаурилсульфоацетата и раствора сорбита, имеющих в качестве вспомогательного вещества глицерол (дополнительно способствует размягчению каловых масс), заключается в пептизации каловых масс и вытеснении из них связанной воды, а также в стимуляции поступления воды в просвет кишки из кровеносного русла. Это приводит к разжижению каловых масс и облегчению акта дефекации. При этом препарат не оказывает системного действия и безопасен при использовании.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

На протяжении 3 мес. амбулаторного приема врача-гастроэнтеролога были отобраны пациенты с хроническим запором, соответствующим «Римским диагностическим критериям III». Среди них до обращения к врачу самостоятельно слабительные препараты принимали 84% (123 человека). Большая часть пациентов, занимавшихся самолечением, – пациенты пожилого возраста (рис. 1).

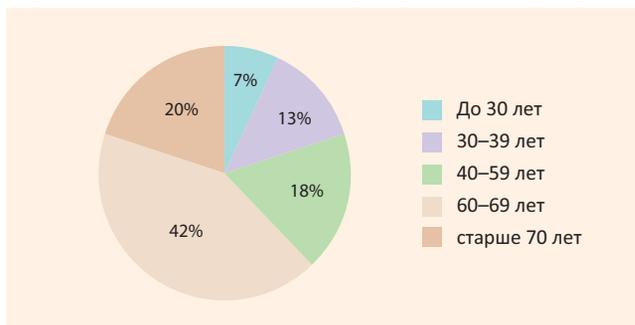
В дальнейшем в исследование было включено 36 больных (из них 23 женщины и 13 мужчин в возрасте от 47 до 65 лет), страдающих хроническим запором более 6 мес. и принимавших до обращения к врачу-гастроэнтерологу препараты сенны. Средний возраст пациентов – 65 ± 2 года. Большую часть составляли женщины (67,8%).

Часть из пациентов, включенных в исследование (12 человек), ранее предпринимали попытки отказаться от слабительных препаратов, однако при их отмене самочувствие быстро ухудшалось, возникали длительные периоды задержки стула, сопровождавшиеся выраженным абдоминальным дискомфортом.

Критерии исключения из исследования: органическая патология толстого кишечника и наличие симптомов тревоги (анемия, лимфоаденопатия, беспричинное снижение веса, наличие крови в кале). Все пациенты, включенные в исследование, были осмотрены врачом-проктологом. Кроме того, всем была проведена колоноскопия либо ирригоскопия для исключения органической патологии толстой кишки.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы: 1-я группа (17 человек) получала микроклизмы (натрия цитрат, натрия лаурилсульфоацетат,

**Рисунок 1.** Распределение пациентов, самостоятельно принимающих слабительные препараты, по возрасту



р-р сорбитола) по требованию в сочетании с тримебутином (200 мг 3 р/сут), 2-я группа (19 человек) – монотерапию тримебутином. Кроме того, пациентам были даны рекомендации по нормализации двигательного режима и характера питания. Оценка результатов терапии проводилась спустя 14 и 28 дней после назначения препаратов.

Оценивались изменение частоты дефекаций, формы стула в соответствии с Бристольской шкалой формы кала, переносимость терапии. Помимо этого до начала терапии и через 1 мес. проводилась оценка качества жизни пациентов с использованием шкалы SF-36.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Все пациенты, включенные в исследование, отмечали, что на протяжении последних месяцев им требовалось увеличивать дозы слабительных, содержащих сенну, либо кратность их приема. В то же время эффект от приема слабительных был неудовлетворительным. 37% пациентов отмечали частоту дефекаций реже 1 раза в неделю, 65% – чувство неполного опорожнения толстой кишки, 77% – стул, соответствующий 1 и 2 типу по Бристольской шкале формы стула. При оценке качества жизни до начала исследования отмечался низкий уровень удовлетворенности собственным здоровьем. Около 89% всех пациентов, включенных в исследование, предъявляли жалобы на чувство абдоминального дискомфорта, существенно ухудшающее их повседневную активность.

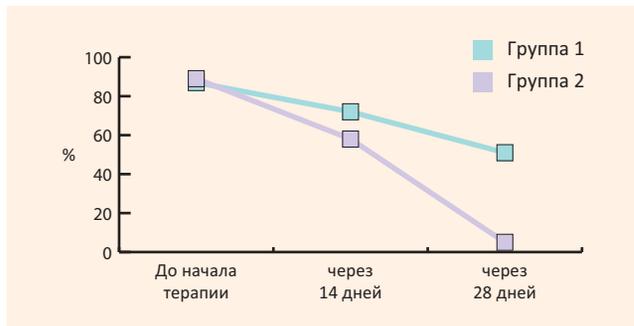
**Лечение пациентов с феноменом «ленивой толстой кишки», возникающим на фоне длительного приема препаратов, оказывающих раздражающее действие, должно быть комплексным и требует коррекции диеты и образа жизни в сочетании с назначением препаратов, восстанавливающих моторику толстой кишки**

Через 14 дней терапии жалобы на абдоминальный дискомфорт и чувство неполного опорожнения кишечника предъявляли 58%, а через 28 дней – лишь 32% пациентов 1-й группы, в то время как среди пациентов 2-й группы этот показатель составил 72 и 31% соответственно (рис. 2).

На фоне комбинированной терапии тримебутином в комплексе с микроклизмой отмечалась нормализация стула по Бристольской шкале формы кала (тип 4) через 14 дней у 86% пациентов и у 77% пациентов через 28 дней. У пациентов, получавших монотерапию тримебутином, нормализация формы стула наблюдалась в 89% случаев через 14 дней и в 56% через 1 мес.

Частота стула как у пациентов, получавших комбинированную терапию, так и у получавших лишь тримебутин, в среднем составляла 1 дефекацию в неделю через 14 дней терапии, спустя 28 дней этот показатель составлял 2-3 дефекации в неделю. Вместе с тем среди пациентов 1-й группы, получавших дополнительно микроклизму, не было жалоб на наличие неполного опорожнения кишечника, в

**Рисунок 2.** Динамика проявлений абдоминального дискомфорта на фоне комбинированной терапии тримебутином и микроклизмой (натрия цитрат, натрия лаурилсульфоацетат, р-р сорбитола) в сравнении с монотерапией тримебутином



то время как среди пациентов 2-й группы 20% отмечали подобный симптом даже спустя 28 дней терапии.

На протяжении всего исследования отмечались хорошая переносимость и отсутствие побочных эффектов терапии в обеих группах.

## ВЫВОДЫ

1. Большая часть пациентов, особенно пожилого возраста, страдающих хроническим запором, до обращения к врачу самостоятельно используют слабительные препараты.
2. Пациенты старшей возрастной группы предпочитают использовать слабительные препараты растительного происхождения, содержащие экстракты сенны.
3. На фоне комбинированной терапии тримебутином в сочетании с микроклизмой (натрия цитрат, натрия лаурилсульфоацетат, р-р сорбитола) отмечаются более быстрое купирование симптомов абдоминального дискомфорта и нормализация стула у пациентов с феноменом «ленивой толстой кишки». Такие результаты позволяют сделать заключение о хорошей переносимости, безопасности и эффективности данной терапии.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Louis Wing Cheong Liu. Chronic constipation: Current treatment options. *Can J Gastroenterol*, 2011, 25(Suppl B): 22B–28B.
2. Pare P et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions rates demographics and predictors of health care use. *Am J Gastroenterol*, 2001, 96: 3130–3137.
3. Zembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med*, 2003, 349: 1360–1368.
4. Агафонова Н.А., Яковенко Э.П. Синдром хронического запора у пациентов, злоупотребляющих слабительными раздражающего действия. *РМЖ*, 2010, 28: 1735–1736.
5. Комиссаренко И.А., Левченко С.В. Запор в пожилом возрасте: причины и лечение. *Фарматека*, 2015, 10: 26–30.
6. Лазебник Л.Б. Распространенность и факторы риска запоров у взрослого населения Москвы (по данным популяционного исследования «МУЗА»). *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*, 2011, 3: 68–73.
7. Маев И.В., Вьючнова Е.С., Лебедева Е.Г., Гвинтовкина Т.О., Левченко О.Б. Хронический запор, подходы к постановке диагноза и лечению. *Фарматека*, 2011, 12: 74–79.