

Хронический запор: от синдрома к диагнозу и эффективной терапии

О.В. Гаус✉, <https://orcid.org/0000-0001-9370-4768>, gaus_olga@bk.ru

М.А. Ливзан, <https://orcid.org/0000-0002-6581-7017>, mlivzan@yandex.ru

Д.А. Гавриленко, <https://orcid.org/0000-0001-5245-7190>, gavrilenko_darya17@bk.ru

Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12

Резюме

Хронический запор является общепризнанной медико-социальной проблемой и занимает одно из лидирующих мест по числу обращений за амбулаторной медицинской помощью среди больных гастроэнтерологического профиля во многих странах мира. Сохраняющаяся на протяжении последних лет стойкая тенденция к увеличению глобальной распространенности независимо от пола, возраста и социально-экономического статуса подчеркивает актуальность изучения и систематизации имеющихся данных о возможных причинах развития хронического запора и оптимальных подходах к диагностике с целью повышения эффективности курации данной когорты больных. Особую сложность при ведении пациентов с хроническим запором представляет выявление этиологического фактора ввиду наличия широкого спектра возможных причин, что нередко увеличивает время постановки диагноза и затрудняет своевременное начало рациональной терапии. В зависимости от этиологии хронический запор подразделяется на первичный (функциональный) – как проявление самостоятельного заболевания в отсутствие каких-либо органических или метаболических нарушений и вторичный – как симптом другой патологии или связанный с известным фактором. В реальной клинической практике большая часть случаев приходится на долю пациентов с первичными хроническими запорами, а именно с функциональным запором и синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запора. Диагностический алгоритм при хроническом запоре прежде всего должен быть направлен на оценку так называемых симптомов тревоги, исключение органической патологии и других вторичных причин, что подразумевает тщательный сбор жалоб, анамнеза заболевания и жизни, проведение физикального осмотра и назначение необходимых лабораторно-инструментальных методов обследования, объем которых определяется индивидуально. Основу терапии пациента с первичным хроническим запором составляет модификация образа жизни, тогда как при отсутствии положительного эффекта от немедикаментозных методов целесообразно назначение слабительных средств осмотического действия в качестве терапии первой линии. При недостаточном ответе на препараты первой линии следует рассмотреть назначение стимулирующих слабительных или агонистов 5HT₄-рецепторов. Одним из представителей группы стимулирующих слабительных, показавшим свою эффективность и надежный профиль безопасности в лечении пациентов с первичным хроническим запором, является натрия пикосульфат.

Ключевые слова: функциональный запор, синдром раздраженного кишечника с запором, терапия, стимулирующие слабительные, натрия пикосульфат

Для цитирования: Гаус ОВ, Ливзан МА, Гавриленко ДА. Хронический запор: от синдрома к диагнозу и эффективной терапии. *Медицинский совет*. 2025;19(8):162–169. <https://doi.org/10.21518/ms2025-214>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Chronic constipation: From syndrome to diagnosis and effective therapy

Olga V. Gaus✉, <https://orcid.org/0000-0001-9370-4768>, gaus_olga@bk.ru

Maria A. Livzan, <https://orcid.org/0000-0002-6581-7017>, mlivzan@yandex.ru

Darya A. Gavrilenko, <https://orcid.org/0000-0001-5245-7190>, gavrilenko_darya17@bk.ru

Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia

Abstract

Chronic constipation is a generally recognized medical and social problem and occupies a leading place in the number of requests for outpatient medical care among patients with a gastroenterological profile in many countries of the world. The persistent trend in recent years towards an increase in global prevalence regardless of gender, age and socioeconomic status emphasizes the relevance of studying and systematizing data on the causes of chronic constipation and optimal approaches to diagnosis in order to improve the effectiveness of treatment of patients. A particular difficulty in managing patients with chronic constipation is identifying the etiological factor due to the presence of a wide range of possible causes. This often increases the time of diagnosis and complicates the timely initiation of rational therapy. According to etiology, chronic constipation is classified as primary (functional) – an independent disease in the absence of organic or metabolic disorders and secondary – as a symptom of another pathology or associated with a known factor. In clinical practice, the majority of cases are patients with primary chronic constipation, namely, with functional constipation and irritable bowel syndrome with a pre-

dominance of constipation. The diagnostic algorithm for chronic constipation should be aimed at assessing “alarm symptoms”, excluding organic pathology and other secondary causes. This involves a thorough collection of complaints, anamnesis of the disease and life, physical examination and the appointment of the necessary laboratory and instrumental examination methods, the scope of which is determined individually. The basis of therapy for a patient with primary chronic constipation is lifestyle modification. In the absence of a positive effect from non-drug methods, it is advisable to prescribe laxatives – osmotic action as first-line therapy, stimulating or agonists of 5HT₄ receptors in case of insufficient response to the former. One of the stimulant laxatives that has shown its effectiveness and a reliable safety profile in the treatment of patients with primary chronic constipation is sodium picosulfate.

Keywords: functional constipation, irritable bowel syndrome with constipation, therapy, stimulant laxatives, sodium picosulfate

For citation: Gaus OV, Livzan MA, Gavrilenko DA. Chronic constipation: From syndrome to diagnosis and effective therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2025;19(8):162–169. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-214>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический запор является одной из наиболее частых причин обращения за медицинской помощью к врачам первичного звена, гастроэнтерологам, колопроктологам, а также входит в число важнейших медико-социальных проблем ввиду высокой распространенности в популяции при сохраняющейся тенденции к дальнейшему росту и значимого негативного влияния на качество жизни пациентов [1]. По оценкам экспертов, хроническим запором страдают от 0,5 до 32% детей и от 2,5 до 79% взрослых [2]. Хотя и сообщается о некотором преобладании среди пациентов с хроническим запором женщин, пожилых лиц и представителей не европеоидной расы, результаты крупных эпидемиологических исследований демонстрируют, что данный вариант нарушения стула широко встречается во всех регионах мира независимо от пола, возраста, национальности и социально-экономического статуса [1–4].

Согласно современным представлениям, под хроническим запором подразумевается комплекс симптомов длительностью более 3 мес., включая уменьшение частоты актов дефекации (менее 3 раз в неделю), изменение консистенции кала (твердый, комковатый кал), необходимость натуживания или использования вспомогательных маневров при дефекации, наличие чувства неполного опорожнения кишечника [5]. Подробный сбор жалоб и правильная их оценка крайне важны для последующей постановки диагноза и определения необходимого объема диагностических процедур, поэтому при расспросе пациента необходимо уточнить, что именно он понимает под термином «запор». Так, например, некоторые больные ориентируются лишь на частоту дефекаций и ежедневный стул с затрудненным отхождением плотных каловых масс не рассматривают как запор, некоторые, напротив, императивные позывы к дефекации и чувство неполного опорожнения кишечника, сопровождающие диарею, расценивают как запор [6]. Для удобства при сборе жалоб в отношении нарушений стула рекомендовано использование Бристольской шкалы форм кала, разработанной сотрудниками Бристольского университета (Великобритания) в 1997 г., где типы 1 и 2 соответствуют критериям запора [7].

В основе развития хронического запора может лежать широкий спектр причин, при этом установление основного этиологического фактора играет решающую роль при выборе тактики ведения пациента. В зависимости от этиологии хронические запоры принято подразделять на первичные, как проявление самостоятельного заболевания функциональной природы, при котором отсутствуют органические (структурные) или метаболические нарушения, способные объяснить имеющиеся у пациента нарушения стула, и вторичные, когда запор является лишь одним из симптомов в рамках другой патологии или связан с известной причиной, например, низкой физической активностью, нерациональным питанием, приемом лекарственных препаратов [1]. Отдельную проблему в когорте больных с лекарственно-индуцированными запорами представляют лица, принимающие опиоиды по поводу выраженного болевого синдрома. Сообщается, что около 40% пациентов, которым назначаются опиоиды, испытывают проблемы с нарушениями стула, резко снижающие качество их жизни и повседневную активность [8]. Несмотря на известную причину запоров, ассоциированных с приемом опиоидов, в соответствии с Римскими критериями IV пересмотра, они относятся к группе функциональных расстройств кишечника [9]. В основе развития данного вида запоров лежит взаимодействие опиоидов с μ -рецепторами энтеральной нервной системы, что приводит к замедлению транзита по пищеварительному тракту, уменьшению кишечной секреции, стимуляции непропульсивной активности толстой кишки, повышению тонуса анального сфинктера и снижению чувствительности прямой кишки к растяжению [10]. Основные причины вторичных хронических запоров обобщены в *табл. 1* [11, 12].

Важной с практической точки зрения является классификация первичных хронических запоров в зависимости от времени кишечного транзита на следующие патофизиологические варианты [1]:

- запор с нормальным транзитом (функциональный запор, синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров);
- запор с замедленным транзитом (мегаколон, связанный с болезнью Гиршпрунга, болезнью Чагаса, синдромом множественной эндокринной неоплазии 2-го типа, идиопатический мегаколон);

■ запор с нарушением акта дефекации (диссинергическая дефекация, инвагинация прямой кишки, синдром нисходящей промежности, выпадение прямой кишки, ректоцеле).

В клинической практике наиболее часто встречаются первичные хронические запоры с нормальным транзитом, а именно функциональный запор (ФЗ) и синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров (СРК-З) [13, 14]. Основным клиническим признаком СРК-З, позволяющим отличить его от ФЗ, является наличие рецидивирующей абдоминальной боли, по меньшей мере 1 раз в неделю, которая связана с дефекацией, изменением частоты стула и/или формы кала [15, 16]. Диагностические критерии ФЗ и СРК-З представлены в табл. 2 [9].

● **Таблица 1.** Основные причины вторичных хронических запоров

● **Table 1.** Primary causes of secondary chronic constipation

Группа причин	Основные причины
Особенности питания и уровень физической активности	Низкое содержание в рационе клетчатки и жидкости, употребление термически обработанной пищи, нарушение ритма питания (прием пищи 1–2 раза в день), гиподинамия, постельный режим
Эндокринные и системные заболевания	Сахарный диабет, гипотиреоз, нарушения электролитного обмена (гиперкальциемия, гипокалиемия, гипомagneмия), заболевания надпочечников, уремия, склеродермия, дерматомиозит
Механические причины	Колоректальный рак, воспалительные заболевания кишечника, анальная трещина, стриктуры, сдавление снаружи, мегаколон
Психические расстройства	Депрессия, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, анорексия, когнитивные нарушения
Неврологические заболевания	Автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, травма или опухоль спинного мозга, рассеянный склероз, острое нарушение мозгового кровообращения
Прием лекарственных препаратов	Антидепрессанты, блокаторы кальциевых каналов, антихолинергические препараты, препараты железа, препараты кальция, висмута трикалия дицитрат, бета-адреноблокаторы и др.

Важно подчеркнуть, что перед постановкой диагноза ФЗ или СРК-З следует исключить все вторичные причины хронического запора. С этой целью рекомендован тщательный сбор жалоб, включая частоту актов дефекации и ее качество (необходимость натуживания, чувство неполного опорожнения, необходимость использования дополнительных манипуляций), форму кала по Бристольской шкале, длительность и выраженность запора, возможные триггеры (стресс, смена обстановки и привычного питания, длительный перелет и т. д.), применяемую ранее терапию для коррекции стула и ее эффект, наличие других симптомов (абдоминальная боль, вздутие живота, тенезмы и др.), перенесенные в прошлом и имеющиеся на данный момент сопутствующие заболевания, оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза. Кроме того, обязательно уточняются особенности режима питания, диетические предпочтения, уровень физической активности, прием всех лекарственных препаратов и биологически активных добавок. Особое внимание при первичном контакте следует обратить на исключение так называемых симптомов тревоги, которые могут свидетельствовать о наличии серьезного органического заболевания и требуют детальной оценки. К таковым относятся дебют в возрасте старше 50 лет, немотивированное снижение массы тела более чем на 10% от исходной в течение последних 3 мес., отягощенный наследственный анамнез по колоректальному раку, воспалительным заболеваниям кишечника, целиакии, стойкий или прогрессирующий характер симптомов, наличие выраженной абдоминальной боли, в том числе в ночные часы, лихорадка, наличие крови в кале, изменения в общеклинических анализах (анемия, лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов и др.).

Всем пациентам с хроническим запором проводится стандартный физикальный осмотр, включая пальпацию живота и пальцевое ректальное исследование. При первичном хроническом запоре живот при пальпации, как правило, безболезненный, может отмечаться легкий дискомфорт, часто выявляется вздутие кишечника. Особое внимание следует уделять наличию лимфаденопатии

● **Таблица 2.** Диагностические критерии наиболее часто встречающихся функциональных расстройств кишечника, сопровождающихся первичным хроническим запором

● **Table 2.** Diagnostic criteria for the most common functional bowel disorders accompanied by primary chronic constipation

Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора	Функциональный запор
Рецидивирующая боль в животе, в среднем ≥ 1 дня в неделю, связанная с 2 или более из следующих критериев: • дефекация; • изменение частоты стула; • изменение формы (внешнего вида) кала Диагностические критерии подтипов СРК основаны на преобладающей форме кала в дни, когда наблюдалось хотя бы одно ненормальное опорожнение кишечника. СРК-З: более четверти (25%) дефекаций с типом 1 или 2 по Бристольской шкале и менее четверти (25%) дефекаций с типом 6 или 7	1. Наличие 2 или более из следующих критериев: • натуживание при более чем $\frac{1}{4}$ (25%) дефекаций; • комковатый или твердый кал (тип 1–2 по Бристольской шкале) при более чем $\frac{1}{4}$ (25%) дефекаций; • ощущение неполного опорожнения кишечника при более чем $\frac{1}{4}$ (25%) дефекаций; • ощущение аноректальной обструкции/блокады при более чем $\frac{1}{4}$ (25%) дефекаций; • мануальные манипуляции для облегчения при более чем $\frac{1}{4}$ (25%) дефекаций (например, пальцевое опорожнение, поддержка тазового дна); • менее 3 спонтанных дефекаций в неделю 2. Жидкий стул редко наблюдается без использования слабительных средств 3. Недостаточность критериев для диагностики СРК-З
Длительность симптомов не менее 3 мес. при общей продолжительности наблюдения не менее 6 мес.	

Примечание. СРК – синдром раздраженного кишечника; СРК-З – синдром раздраженного кишечника с преобладанием запора.

и пальпируемых образований в брюшной полости, которые могут быть механическим препятствием для продвижения кишечного содержимого. При осмотре аноректальной области возможно обнаружение трещин, свищевых ходов, геморроидальных узлов. Пальцевое ректальное исследование необходимо для выявления парадоксального сокращения лобково-прямокишечной мышцы, дисфункции или опущения мышц тазового дна, ректоцеле, стриктур и других патологических изменений прямой кишки [17, 18].

Перечень минимально необходимого лабораторно-инструментального обследования у пациента с запором, согласно соответствующим клиническим рекомендациям Минздрава России, включает общий анализ крови и колоноскопию при наличии симптомов тревоги, а при подозрении на наличие функциональных расстройств дефекации или замедленного кишечного транзита проведение теста изгнания баллона, аноректальной манометрии, электромиографии анального сфинктера и мышц тазового дна, а также рентген-контроля прохождения контраста по толстой кишке и проктографии соответственно [19]. Одновременно с этим для исключения вторичных причин хронического запора объем лабораторно-инструментального обследования может быть значительно расширен. Важно подчеркнуть, что инструментальные методы исследования, позволяющие оценить скорость кишечного транзита и исключить функциональные расстройства дефекации, как правило, дорогостоящие, технически сложные и ограниченно доступны в реальной клинической практике, поэтому проводятся только в специализированных гастроэнтерологических или колопроктологических центрах у пациентов с рефрактерным к модификации образа жизни и проводимой консервативной терапии хроническим запором.

Подход к курации больного с первичным хроническим запором должен быть комплексным и в ряде случаев может потребовать участия смежных специалистов – диетологов, психотерапевтов, хирургов. Модификация образа жизни относится к методам первой линии терапии и может играть ключевую роль в коррекции первичного хронического запора [17, 20].

Пациентам следует давать простые и понятные советы, которые можно легко реализовать в повседневной жизни. Целесообразно проинформировать о важности соблюдения режима питания, исключения пропуска приемов пищи, особенно завтрака [21]. Усиление моторики толстой кишки в ответ на растяжение желудка (гастроколитический рефлекс) потенцирует эффект ортоколитического рефлекса, заключающегося в стимуляции кишечной моторики при переходе в вертикальное положение, что в конечном итоге способствует распространению высокоамплитудных перистальтических волн по направлению к дистальным отделам кишечника и осуществлению физиологического процесса дефекации в утренние часы [22, 23]. Рекомендуются не игнорировать позывы к дефекации и не откладывать опорожнение кишечника, поскольку это может приводить к привычному подавлению моторной активности и снижению чувствительности

рецепторов прямой кишки и мышц тазового дна к стимулам для эвакуации кишечного содержимого [21].

Хорошо известно, что для поддержания нормальной активности толстой кишки необходимо обеспечить организм достаточным количеством пищевых волокон. Считается, что суточное потребление клетчатки для взрослых женщин должно составлять около 25 г, для мужчин – 38 г, для детей – 19–25 г. К сожалению, большинство современных людей потребляют менее половины количества рекомендуемой клетчатки [24, 25]. Вместе с тем более высокое потребление клетчатки (≥ 50 г/сут) не является оправданным, а, напротив, чаще связано с ухудшением самочувствия пациента, поскольку вызывает вздутие живота и абдоминальную боль [26, 27]. При невозможности обеспечения достаточного количества клетчатки с пищевыми продуктами рекомендовано дополнительное ее назначение в составе биологически активных добавок или обогащенных функциональных продуктов питания. Наиболее эффективными пищевыми волокнами в отношении нормализации стула являются псиллиум и инулин [28]. Пищевые волокна следует употреблять отдельно или добавлять в приготовленные блюда (каши, супы), однако важно помнить, что обогащение ими рациона должно быть медленным, доза увеличивается постепенно и подбирается индивидуально, чтобы избежать или уменьшить такие симптомы, как вздутие живота и абдоминальная боль. Благоприятное действие пищи на кишечную моторику обусловлено не только содержанием в ней пищевых волокон, но и наличием других веществ (например, полифенолов, сорбита и т. д.) [25, 28]. В частности, в целом ряде рандомизированных клинических исследований показана эффективность и хорошая переносимость употребления плодов киви в отношении нормализации стула по сравнению с другими продуктами питания, пищевыми волокнами и осмотическими слабительными [30, 31]. Авторы данных работ выдвинули гипотезу о потенциальной роли цистеиновой протеазы актинидина в составе киви как регулятора моторики пищеварительного тракта. Предполагается, что актинидин расщепляет белок кивеллин на KiTN и кисспер, последний представляет собой анионный, богатый цистеином пептид из 39 остатков, действующий как активатор ионных каналов и модулятор моторики кишечника [32]. Помимо актинидина в киви, аналогичные цистеиновые протеазы, которые могут быть эффективны при хроническом запоре, обнаружены также в ананасе (бромелайн), папайе (папаин) и инжире (фицин) [33].

Особое внимание при коррекции рациона питания следует уделять пациентам с СРК-3, которые нередко сами или по рекомендации специалистов соблюдают диету с низким содержанием FODMAP (ферментируемые олиго-, ди-, моносахариды и полиолы) с целью облегчения симптомов своего заболевания [34, 35]. Данный диетический подход, особенно на этапе ограничений, может существенно снизить потребление клетчатки, что ассоциировано со снижением кишечного транзита и усугублением запора. В связи с этим в ряде случаев подбор диеты пациентам с СРК-3 целесообразно проводить с участием опытного диетолога.

В качестве еще одного компонента диетической коррекции при первичном хроническом запоре рассматривается адекватное потребление жидкости (1,5–2 л/день), хотя это и не основано на убедительных научных доказательствах [26]. Вместе с тем достаточное потребление жидкости необходимо для реализации осмотического эффекта пищевых волокон, при этом дополнительное увеличение количества потребляемой жидкости (более 2–2,5 л/день) не ассоциировано с усилением слабительного эффекта.

Важное значение для нормализации кишечной моторики имеет поддержание оптимального уровня физической активности, поскольку показано, что регулярные занятия спортом связаны с сокращением времени прохождения содержимого по кишечнику, снижением тяжести запоров и улучшением качества жизни пациентов [36, 37].

При отсутствии эффекта от мероприятий, направленных на коррекцию образа жизни, целесообразно перейти к медикаментозной терапии. В соответствии с клиническими рекомендациями по лечению хронического запора, в качестве препаратов первой линии рассматриваются осмотические слабительные (макрогол, лактулоза, лактитол), при неполном ответе возможно назначение стимулирующих слабительных средств (натрия пикосульфат, бисакодил, антрахины) на период не более 2 нед., а при рефрактерности к терапии вышеуказанными слабительными средствами – прокинетика из группы агонистов 5HT₄-рецепторов (прукалоприд) [19].

Одним из препаратов, относящихся к группе стимулирующих слабительных средств, которые обычно используются для достижения быстрого эффекта, относится натрия пикосульфат (Регулакс® Пикосульфат). Механизм действия препарата основан на том, что, попадая в толстую кишку, натрия пикосульфат под действием деацетилазы слизистой оболочки и бактериальных десульфатаз преобразуется в активный метаболит бис-(*p*-гидроксифенил)-пиридил-2-метан, обладающий выраженным антиабсорбтивным и секреторным действием, а также являющийся мощным стимулятором высокоамплитудных кишечных сокращений [1]. Эффективность и безопасность применения натрия пикосульфата в дозе 10 мг/день на протяжении 4 нед. в отношении нормализации стула и повышения качества жизни у пациентов с ФЗ подтверждены результатами мультицентрового рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, данными систематических обзоров и метаанализа [38–40]. Одновременно с этим имеющиеся опасения по поводу безопасности стимулирующих слабительных, основанные на единичных наблюдениях, датированных серединой прошлого века, и отсутствие хорошо спланированных современных исследований лимитируют их широкое назначение в клинической практике, особенно на длительный период [1]. Как правило, стимулирующие слабительные рекомендуются к использованию коротким курсом или в режиме по требованию. Однако опубликованный в 2024 г. систематический обзор 43 исследований по применению стимулирующих слабительных продемонстрировал отсутствие убедительных доказательств их вредного воздействия на

толстую кишку и обозначил необходимость критического пересмотра преимуществ и недостатков препаратов данной группы в лечении пациентов с хроническим запором, в том числе при длительном применении [41]. В частности, не установлено наличие каких-либо морфологических изменений в нейронах энтеральной нервной системы или гладкомышечных клетках кишечника, а также повышенного риска рака толстой кишки на фоне длительного приема натрия пикосульфата у людей. Авторы подчеркивают, что в отчетах о негативном влиянии стимулирующих слабительных не учитывались такие важные факторы, как возраст и сопутствующие заболевания, тогда как ни в одном из проанализированных контролируемых проспективных исследований подобная связь не была подтверждена. Кроме того, установлено, что активный метаболит натрия пикосульфата бис-(*p*-гидроксифенил)-пиридил-2-метан работает локально на уровне толстой кишки, практически не поступая в системный кровоток, а следовательно, не может приводить к развитию зависимости или необходимости увеличения дозы для достижения слабительного эффекта независимо от длительности применения препарата [42–44]. Безусловно, для подтверждения данных фактов требуются дальнейшие исследования в этом направлении.

Представляем собственный опыт применения натрия пикосульфата (Регулакс® Пикосульфат) в составе комбинированной терапии у пациентки с ФЗ.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка В., 34 года, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на редкие и затрудненные акты дефекации, которые происходят не чаще 2–3 раз в неделю. Стул плотный и комковатый, иногда испытывает трудности при дефекации (дополнительно натуживается). Также отмечает чувство неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, вздутие живота. В течение последнего года аппетит сохранен, вес стабильный, наличие патологических примесей в кале отрицает.

Из анамнеза заболевания известно, что запор беспокоит на протяжении 3 лет, связывает с нерегулярным питанием, невозможностью принимать пищу в одно и то же время, ограничением в рационе овощей и фруктов в связи с тем, что их употребление провоцирует вздутие живота, частыми командировками и стрессами на работе. Нарушение дефекации возникало постепенно, ранее твердый комковатый кал (тип 1–2 по Бристольской шкале) беспокоил периодически, чаще в командировках при изменении часового пояса, после ночных перелетов и изменения рациона питания, стул нормализовывался на фоне коррекции диеты и дополнительного потребления пищевых волокон (псиллиум, гуаровая камедь). За медицинской помощью не обращалась, обследований не проходила. В последние 6 мес. отметила уменьшение частоты стула (до 1–2 раз в неделю), появилось чувство неполного опорожнения кишечника на фоне потребления пищевых волокон без должного эффекта и усиление вздутия живота. Изменение интенсивности симптомов связывает

со сменой места работы и увеличением в результате этого психоэмоциональных нагрузок. По совету знакомых в течение месяца перед обращением принимала макрогол, на фоне чего увеличилась частота стула до 2–3 раз в неделю, однако сохраняются вздутие живота, необходимость натуживания, чувство неполного опорожнения кишечника, кал типа 1–2 по Бристольской шкале. Из-за нарушения работы кишечника стала ощущать усталость, раздражительность, вынуждена была дополнительно ограничить себя в питании и повседневной активности.

Анамнез жизни: вирусные гепатиты, ВИЧ, туберкулез отрицает. Гемотрансфузий, операций не проводилось. У бабушки по материнской линии колоректальный рак. Аллергологический анамнез неотягощен. Употребление наркотических веществ, алкогольных напитков отрицает, не курит. Хронические заболевания отрицает, никакие лекарственные препараты и биологически активные добавки не принимает.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожный покров обычного цвета, умеренно влажный, чистый. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. Щитовидная железа 0-й степени по ВОЗ. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений – 17 в минуту. Тоны сердца ритмичные, без патологических шумов. Отеков нет. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс ритмичный, симметричный, умеренного наполнения и напряжения, с частотой 76 уд/мин. При пальпации живот безболезненный, урчание по ходу кишечника, при глубокой пальпации чувствительный по ходу толстой кишки, преимущественно слева. Кишечник вздут. Печень не выступает из-под края реберной дуги, край эластичный, безболезненный. Симптом Ортнера, Мерфи, Кера отрицательные. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. При пальцевом ректальном исследовании – тонус сфинктера нормальный, каловые массы в прямой кишке плотные, без патологических примесей.

На основании сбора жалоб, анамнеза и объективно-го осмотра пациентке выставлен *предварительный диагноз* «синдром хронического запора», рекомендовано дообследование для исключения органической патологии, а также вторичных причин запора.

При дообследовании: общий анализ крови, биохимический анализ крови без изменений, гормоны щитовидной железы в пределах нормы, показатели электролитного обмена (калий, магний, кальций) в пределах нормы. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза – без структурных изменений. Ввиду того, что у пациентки отягощен наследственный анамнез по колоректальному раку, что является симптомом тревоги, было рекомендовано выполнение колоноскопии. При эндоскопическом исследовании органической патологии не обнаружено.

На основании анализа результатов проведенного обследования пациентке выставлен клинический диагноз ФЗ.

Пациентке рекомендована коррекция режима и рациона питания с обеспечением потребления достаточного количества пищевых волокон и жидкости, оптимального уровня физической активности, нормализация режима труда и отдыха.

В связи с сохранением запора на фоне приема осмотических слабительных (макрогол 4000 по 1 пакетику 2 раза в день) пациентке дополнительно рекомендован прием стимулирующего слабительного натрия пикосульфата (Регулакс® Пикосульфат) внутрь перед сном по 14 капель (что соответствует 5 мг натрия пикосульфата) на 10 дней с последующим переходом на прием осмотических слабительных – 1 пакетик вечером.

На контрольном визите через 2 нед. пациентка отмечает улучшение симптомов: частота стула – до 4–5 раз в неделю, консистенция кала – тип 3–4 по Бристольской шкале, уменьшение вздутия живота. Чувство неполного опорожнения кишечника не беспокоит в течение последней недели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический запор – широко распространенное гетерогенное расстройство, формирование которого может быть связано с множеством этиологических факторов, а также с вовлечением различных патофизиологических механизмов. Несмотря на то, что в клинической практике чаще всего встречаются первичные хронические запоры с нормальным кишечным транзитом, в каждом случае при курации пациента необходимо исключение всех других возможных причин развития нарушений стула, для чего рекомендовано проведение тщательного сбора жалоб, динамики их развития, анамнеза жизни, включая наследственную предрасположенность и прием лекарственных препаратов, а также оценки симптомов тревоги и назначение с учетом этого необходимого объема лабораторно-инструментальных методов обследования. Лечение первичного хронического запора в обязательном порядке должно включать модификацию образа жизни, прежде всего диеты и уровня физической активности, а при отсутствии эффекта – медикаментозную коррекцию. В соответствии с клиническими рекомендациями Минздрава России по ведению пациентов с запором, подбор слабительных препаратов осуществляется последовательно в зависимости от получаемого ответа: осмотические слабительные (макрогол, лактулоза, лактитол) в качестве средств первой линии, далее при сохранении симптомов возможно курсовое назначение стимулирующих слабительных (натрия пикосульфат, бисакодил, антрахиноны) и прокинетики из группы агонистов 5HT₄-рецепторов (прукалоприд). Одним из представителей препаратов стимулирующего действия, показавшим свою эффективность и безопасность в лечении хронических запоров, может рассматриваться натрия пикосульфат (Регулакс® Пикосульфат).



Поступила / Received 15.04.2025
Поступила после рецензирования / Revised 05.05.2025
Принята в печать / Accepted 12.05.2025

Список литературы / References

- Bharucha AE, Lacy BE. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology*. 2020;158(5):1232–1249.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.12.034>.
- Barberio B, Judge C, Savarino EV, Ford AC. Global prevalence of functional constipation according to the Rome criteria: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(8):638–648. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00111-4](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00111-4).
- Peery AF, Crockett SD, Murphy CC, Lund JL, Dellon ES, Williams JL et al. Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States: update 2018. *Gastroenterology*. 2019;156:254–272.e11. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.08.063>.
- Salari N, Ghasemianrad M, Ammari-Allahyari M, Rasoulpoor S, Shohaimi S, Mohammadi M. Global prevalence of constipation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Wien Klin Wochenschr*. 2023;135(15-16):389–398. <https://doi.org/10.1007/s00508-023-02156-w>.
- Маев ИВ, Кучерявый ЮА, Черёмушкин СВ, Андреев ДН. Хронический запор с позиций современной медицины: пособие для врачей. М.: Прима Принт; 2020. 40 с. Режим доступа: <https://zcofalk.ru/files/662293e265b915e8879248a89c4c64181640635717.pdf>.
- Dimidi E, Cox C, Grant R, Scott SM, Whelan K. Perceptions of Constipation Among the General Public and People With Constipation Differ Strikingly From Those of General and Specialist Doctors and the Rome IV Criteria. *Am J Gastroenterol*. 2019;114(7):1116–1129. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000267>.
- Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32(9):920–924. <https://doi.org/10.3109/00365529709011203>.
- Sayuk GS, Yu QT, Shy C. Management of Constipation in Hospitalized Patients. *J Clin Med*. 2023;12(19):6148. <https://doi.org/10.3390/jcm12196148>.
- Drossman DA, Hasler WL. Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1257–1261. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.03.035>.
- Sharma A, Rao SSC, Kearns K, Orleck KD, Waldman SA. Review article: diagnosis, management and patient perspectives of the spectrum of constipation disorders. *Aliment Pharmacol Ther*. 2021;53(12):1250–1267. <https://doi.org/10.1111/apt.16369>.
- Milosavljevic T, Popovic DD, Mijac DD, Milovanovic T, Krstic S, Krstic MN. Chronic Constipation: Gastroenterohepatologist's Approach. *Dig Dis*. 2022;40(2):175–180. <https://doi.org/10.1159/000516976>.
- Jani B, Marsicano E. Constipation: Evaluation and Management. *Mo Med*. 2018;115(3):236–240. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6140151/>.
- Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J et al. Worldwide Prevalence and Burden of Functional Gastrointestinal Disorders, Results of Rome Foundation Global Study. *Gastroenterology*. 2021;160(1):99–114.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014>.
- Siah KT, Wong RK, Whitehead WE. Chronic Constipation and Constipation-Predominant IBS: Separate and Distinct Disorders or a Spectrum of Disease? *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2016;12(3):171–178. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4872845/>.
- Lacy BE, Mearin F, Chang L, Chey WD, Lembo AJ, Simren M et al. Bowel disorders. *Gastroenterology*. 2016;150(6):1393–1407.e5. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.031>.
- Wong MYW, Hebbard G, Gibson PR, Burgell RE. Chronic constipation and abdominal pain: Independent or closely interrelated symptoms? *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35(8):1294–1301. <https://doi.org/10.1111/jgh.14970>.
- Alavi K, Thorsen AJ, Fang SH, Burgess PL, Trevisani G, Lightner AL et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Constipation. *Dis Colon Rectum*. 2024;67(10):1244–1257. <https://doi.org/10.1097/DIS.0000000000003430>.
- Bunni J, Laugharne MJ. Pathophysiological basis, clinical assessment, investigation and management of patients with obstruction defecation syndrome. *Langenbecks Arch Surg*. 2023;408(1):75. <https://doi.org/10.1007/s00423-023-02755-1>.
- Алешин ДВ, Ачкасов СИ, Баранская ЕК, Ивашкин ВТ, Куликова НД, Лапина ТЛ и др. Запор: клинические рекомендации. М.; 2024. 48 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/274_3.
- Hojo M, Shibuya T, Nagahara A. Management of Chronic Constipation: A Comprehensive Review. *Intern Med*. 2025;64(1):7–15. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.2867-23>.
- Akyüz F, Çelebi A, Doğan İ, Erzin Y, Kav T, Soyürk M et al. Functional Bowel Disorder Management in Routine Practice with Tips for Hot Topics: Expert Opinion Review. *Türk J Gastroenterol*. 2024;35(6):423–439. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11232060/>.
- Schiller LR. Nutrients and constipation: Cause or cure? *Pract Gastroenterol*. 2008;32(4):43–46, 48–49. Available at: <https://med.virginia.edu/ginutrition/wp-content/uploads/sites/199/2015/11/SchillerArticle-April-08.pdf>.
- Deiteren A, Camilleri M, Burton D, McKinzie S, Rao A, Zinsmeister AR. Effect of meal ingestion on ileocolonic and colonic transit in health and irritable bowel syndrome. *Dig Dis Sci*. 2010;55(2):384–391. <https://doi.org/10.1007/s10620-009-1041-8>.
- Stephen AM, Champ MM, Cloran SJ, Fleith M, van Lieshout L, Mejbourn H, Burley VJ. Dietary fibre in Europe: current state of knowledge on definitions, sources, recommendations, intakes and relationships to health. *Nutr Res Rev*. 2017;30(2):149–190. <https://doi.org/10.1017/S095442241700004X>.
- Bulsiewicz WJ. The Importance of Dietary Fiber for Metabolic Health. *Am J Lifestyle Med*. 2023;17(5):639–648. <https://doi.org/10.1177/15598276231167778>.
- Bellini M, Tonarelli S, Barracca F, Rettura F, Pancetti A, Ceccarelli L et al. Chronic Constipation: Is a Nutritional Approach Reasonable? *Nutrients*. 2021;13(10):3386. <https://doi.org/10.3390/nu13103386>.
- Black CJ, Yuan Y, Selinger CP, Camilleri M, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of soluble fibre, antispasmodic drugs, and gut-brain neuromodulators in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020;5(2):117–131. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30324-3](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30324-3).
- van der Schoot A, Drysdale C, Whelan K, Dimidi E. The Effect of Fiber Supplementation on Chronic Constipation in Adults: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Clin Nutr*. 2022;116(4):953–969. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac184>.
- Fathallah N, Bouchard D, de Parades V. Diet and lifestyle rules in chronic constipation in adults: From fantasy to reality... *Presse Med*. 2017;46(1):23–30. (In French) <https://doi.org/10.1016/j.jlpm.2016.03.019>.
- Eady SL, Wallace AJ, Butts CA, Hedderley D, Drummond L, Ansell J, Geary RB. The effect of 'Zesy002' kiwifruit (*Actinidia chinensis* var. *chinensis*) on gut health function: a randomised cross-over clinical trial. *J Nutr Sci*. 2019;8:e18. <https://doi.org/10.1017/jns.2019.14>.
- Chey SW, Chey WD, Jackson K, Eswaran S. Exploratory Comparative Effectiveness Trial of Green Kiwifruit, Psyllium, or Prunes in US Patients With Chronic Constipation. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(6):1304–1312. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001149>.
- Bayer SB, Geary RB, Drummond LN. Putative mechanisms of kiwifruit on maintenance of normal gastrointestinal function. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2018;58(14):2432–2452. <https://doi.org/10.1080/10408398.2017.1327841>.
- Richardson DP, Ansell J, Drummond LN. The nutritional and health attributes of kiwifruit: a review. *Eur J Nutr*. 2018;57(8):2659–2676. <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1627-z>.
- Jayasinghe M, Karunanayake V, Mohtashim A, Caldera D, Mendis P, Prathiraja O et al. The Role of Diet in the Management of Irritable Bowel Syndrome: A Comprehensive Review. *Cureus*. 2024;16(2):e54244. <https://doi.org/10.7759/cureus.54244>.
- Galica AN, Galica R, Dumitraşcu DL. Diet, fibers, and probiotics for irritable bowel syndrome. *J Med Life*. 2022;15(2):174–179. <https://doi.org/10.25122/jml-2022-0028>.
- Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducroté P, Gourcerol G et al. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. *Neurogastroenterol Motil*. 2020;32(2):e13762. <https://doi.org/10.1111/nmo.13762>.
- Severo JS, Silva ACAD, Santos BLBD, Reinaldo TS, Oliveira AM, Lima RSP et al. Physical Exercise as a Therapeutic Approach in Gastrointestinal Diseases. *J Clin Med*. 2025;14(5):1708. <https://doi.org/10.3390/jcm14051708>.
- Mueller-Lissner S, Kamm MA, Wald A, Hinkel U, Koehler U, Richter E, Bubeck J. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2010;105(4):897–903. <https://doi.org/10.1038/ajg.2010.41>.
- Rao SSC, Brenner DM. Efficacy and Safety of Over-the-Counter Therapies for Chronic Constipation: An Updated Systematic Review. *Am J Gastroenterol*. 2021;116(6):1156–1181. <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000001222>.
- Luthra P, Camilleri M, Burr NE, Quigley EMM, Black CJ, Ford AC. Efficacy of drugs in chronic idiopathic constipation: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019;4(11):831–844. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(19\)30246-8](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(19)30246-8).
- Whorwell P, Lange R, Scarpignato C. Review article: do stimulant laxatives damage the gut? A critical analysis of current knowledge. *Therap Adv Gastroenterol*. 2024;17:17562848241249664. <https://doi.org/10.1177/17562848241249664>.
- Corsetti M, Landes S, Lange R. Bisacodyl: A review of pharmacology and clinical evidence to guide use in clinical practice in patients with constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2021;33(10):e14123. <https://doi.org/10.1111/nmo.14123>.
- Bouchoucha M, Amand C, De Fer BB, Lange R. A Retrospective Real-World Observational Study Assessing the Evolution of Bisacodyl Prescriptions in Patients with Constipation During Long-Term Treatment. *Drugs Real World Outcomes*. 2023;10(2):249–261. <https://doi.org/10.1007/s40801-023-00354-6>.
- Corsetti M, Lacerda A, Patel K, Aran A. Are all stimulant laxatives the same? A comparative perspective on bisacodyl, sodium picosulfate (SPS) and senna. *EFSM*. 2024;4:240040. Available at: https://www.efsm.online/int_en/article-overview/101/2024/are-all-stimulant-laxatives-the-same-a-comparative-perspective-on-bisacodyl-sodium-picosulfate-sps-and-senna.

Вклад авторов:

Концепция статьи – М.А. Ливзан, О.В. Гаус
 Написание текста – О.В. Гаус, Д.А. Гавриленко
 Сбор и обработка материала – О.В. Гаус, Д.А. Гавриленко
 Обзор литературы – О.В. Гаус
 Редактирование – М.А. Ливзан, О.В. Гаус
 Утверждение окончательного варианта статьи – М.А. Ливзан

Contribution of authors:

Concept of the article – Maria A. Livzan, Olga V. Gaus
 Text development – Olga V. Gaus, Darya A. Gavrilenko
 Collection and processing of material – Olga V. Gaus, Darya A. Gavrilenko
 Literature review – Olga V. Gaus
 Editing – Maria A. Livzan, Olga V. Gaus
 Approval of the final version of the article – Maria A. Livzan

Согласие пациентов на публикацию: пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Basic patient privacy consent: patient signed informed consent regarding publishing their data.

Информация об авторах:

Гаус Ольга Владимировна, д.м.н., профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12; gaus_olga@bk.ru

Ливзан Мария Анатольевна, чл.- корр. РАН, д.м.н., профессор, ректор, заведующая кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии, Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12; mlivzan@yandex.ru

Гавриленко Дарья Александровна, ординатор 2-го года обучения по специальности «терапия» кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, Омский государственный медицинский университет; 644099, Россия, Омск, ул. Ленина, д. 12; gavrilenko_darya17@bk.ru

Information about the authors:

Olga V. Gaus, D. Sci. (Med.), Professor of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia; gaus_olga@bk.ru

Maria A. Livzan, Corr. Member RAS, Dr. Sci. (Med.), Professor, Rector, Head of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia; mlivzan@yandex.ru

Darya A. Gavrilenko, 2nd year Resident in the Specialty "Therapy" of the Department of Faculty Therapy and Gastroenterology, Omsk State Medical University; 12, Lenin St., Omsk, 644099, Russia; gavrilenko_darya17@bk.ru