

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАПОРОВ

Под запором в настоящее время понимают хроническую задержку опорожнения кишечника более чем на 48 часов, сопровождающуюся затруднением дефекации, чувством неполного опорожнения с отхождением малого количества кала (менее 100 г) повышенной плотности. Запор наблюдается у 10–20% населения мира независимо от возраста и социальной принадлежности, 70% больных составляют женщины. До 30% детей в возрасте от 6 до 12 лет в настоящее время страдают запорами. Необходимо отметить гетерогенность патологических механизмов хронических запоров, что важно учитывать при назначении адекватного лечения.

Ключевые слова:

нарушения двигательной функции кишечника
запоры, классификация
диагностика, лечение
слабительные препараты
Слабилен

Нарушения двигательной функции кишечника, способствующие возникновению запоров, могут быть вызваны многими причинами. Прежде всего, это разнообразные неврогенные факторы. К ним относится т. н. вегетативная дисфункция, представляющая собой расстройство деятельности вегетативного отдела нервной системы, регулирующей функции внутренних органов. Это происходит под влиянием психического перенапряжения, конфликтных ситуаций, депрессии, страхов, при длительных нарушениях режима дня, отдыха и др. К факторам, вызывающим запор с участием нервных механизмов, относятся также рефлекторные воздействия на кишечник со стороны различных органов, прежде всего желудка и желчных путей.

При заболеваниях желез внутренней секреции (щитовидной железы, надпочечников и др.) в связи с усилением или ослаблением гормонального влияния на движение кишечника могут возникать запоры.

Расстройства кровообращения в сосудах кишечника при атеросклерозе и других сосудистых заболеваниях сказываются на перистальтике кишечника и вызывают запоры.

Недостаточная физическая активность (гиподинамия) способствует торможению двигательной функции кишечника и появлению запоров, особенно у пожилых и старых людей.

Отдельно следует остановиться на лекарствах, некоторые из которых способны вызывать запоры, особенно при длительном их употреблении. В наибольшей степени это присуще атропину, различным наркотическим средствам, некоторым противосудорожным препаратам (дифенин),

натрия гидрокарбонату (питьевая сода). Могут вызвать запоры психотропные препараты (транквилизаторы, антидепрессанты), некоторые мочегонные, препараты железа, алюминия гидроксид (Алмагель).

Нарушениям ритма дефекации способствуют позднее вставание, утренняя спешка, работа в различные смены, изменения привычных условий жизни и труда. Подавляют позывы антисанитарные условия в туалетах, иногда чувство ложного стыда и др.

Причиной запоров часто являются воспалительные заболевания кишечника. Создают препятствие для продвижения кала по толстой кишке опухоли, сужения кишки в связи с образованием в ней рубцов.

Классификация запоров представлена следующими позициями:

1. Первичный запор (при заболеваниях кишечника):

- а. Функциональный запор (или привычный):
- ректальный запор (дисхезия) – резкое ослабление или исчезновение рефлекса дефекации;
 - кологенный запор – замедление кишечного пассажа химуса как проявление дискинетических нарушений при синдроме раздраженной кишки.
- б. Органический запор. Развивается при структурных поражениях кишечника:
- колит;
 - дисбактериоз кишечника;
 - трещина заднего прохода, геморрой, криптит, папиллит;
 - рубцовые изменения толстой кишки;
 - опущение промежности и выпадение слизистой оболочки прямой кишки;
 - рак и доброкачественные опухоли кишечника;
 - удлинённая толстая кишка;
 - идиопатический мегаколон и другие заболевания.

2. Вторичный запор (вызван внекишечными причинами):

- а) рефлекторный (при язвенной болезни, холецистите, нефролитиазе, гинекологических заболеваниях и т. д.),
б) при заболеваниях эндокринной (микседема, сахарный диабет и др.) и нервной системы (заболевания спинного мозга, паркинсонизм и др.),

в) метаболический и токсический (порфирии, отравление свинцом, холинолитики, ганглиоблокаторы, препараты железа, мочегонные, седативные и другие лекарства),
 г) мышечный запор вызван состояниями, приводящими к поражению мышц (диафрагмы, брюшной стенки, ануса), участвующих в пассаже каловых масс и акте дефекации: миопатии, склеродермия, эмфизема легких и другие болезни,
 е) психогенный.

3. Идиопатический запор:

Патофизиология запора в конечном итоге связывается с уменьшением объема фекальных масс, достигающих ампулы прямой кишки, или с расстройством акта дефекации, затрудняющим удаление фекалий.

При заболеваниях желез внутренней секреции (щитовидной железы, надпочечников и др.) в связи с усилением или ослаблением гормонального влияния на движения кишечника могут возникать запоры

Диагностический поиск при запорах должен включать два этапа:

1-й этап нацелен на исключение органической патологии толстой кишки. В него входит общеклиническое исследование, пальцевое исследование толстой кишки и ректороманоскопия, ирригоскопия и/или колоноскопия, осмотр гинеколога для женщин и уролога для мужчин.

2-й этап направлен на уточнение типа моторных нарушений кишки, выявление сопутствующей патологии и включает ультразвуковое исследование органов брюшной полости, измерение времени транзита (пассаж бария, проба с карболеном, радиоизотопные методы) и определение типа нарушения моторики кишки, лабораторную диагностику, исследование микрофлоры кишечника, при необходимости психоневрологическое обследование.

Лечение запора является важной задачей медицины, поскольку с ним связана возможность развития или усугубления тяжести течения ряда заболеваний и патологических состояний.

Соблюдение определенных требований к составлению пищевого рациона больного с запором играет огромную роль в его лечении.

Опорожнению кишечника способствуют: черный хлеб, сырые овощи и фрукты, сухофрукты, хлеб, содержащий значительное количество отрубей («Здоровье», «Барвихинский»); крупы (гречневая, ячневая, овсяная); мясо с большим количеством соединительной ткани; соленья, маринады, сельдь; копчености, закусочные консервы; безалкогольные напитки (минеральные воды, лимонад, соки), пиво, квас, сметана, сливки; сладкие блюда, кисели; кисломолочные продукты (простокваша, однодневный кефир), белые виноградные вина.

Задерживают опорожнение кишечника продукты, содержащие танин: сушеная черника, крепкий черный чай, какао, натуральные красные вина (кагор и др.); пища

в протертом виде, вещества вязкой консистенции (слизистые супы, протертые каши, особенно манная и рисовая).

При составлении пищевого рациона для больных, страдающих запорами, следует учитывать содержание пищевых волокон в продуктах. Больным с запором и жалобами на вздутие живота ограничивают или даже исключают из рациона продукты, богатые пищевыми волокнами. Исключают вызывающие повышенное газообразование блюда из бобов, капусты, щавеля, шпината и др. Из фруктовых соков не рекомендуются яблочный, виноградный.

При спастических запорах диета, богатая пищевыми волокнами, может вызвать усиление болей. В подобных случаях на первых порах применяют диету с низким содержанием пищевых волокон. Для уменьшения и последующей ликвидации спазмов кишечника назначают антиспастические лекарства (дицетел, спазмомен, бускопан), затем постепенно добавляют в пищу продукты, содержащие клетчатку нежной, а впоследствии более грубой консистенции. Так как сливы содержат органические кислоты, способствующие опорожнению кишечника, то, несмотря на сравнительно невысокое содержание в них волокон (0,5 г на 100 г), больным с запором рекомендуют чернослив.

Важно сбалансировать водный баланс. Больной должен выпивать в сутки примерно 1,5–2 л жидкости. Прием достаточного количества жидкости очень полезен, т. к. вследствие замедленной эвакуации каловых масс из кишечника происходит их высыхание, что, в свою очередь, затрудняет их продвижение по толстой кишке. Пищу необходимо принимать не реже 5 раз в день. Недопустимы большие перерывы между приемами пищи. Эвакуаторную функцию кишечника усиливает прием отрубей. Нельзя забывать про соблюдение активного двигательного режима. Физические упражнения стимулируют двигательную активность кишечника, укрепляют мышцы брюшной стенки, повышают тонус всего организма, благоприятно действуют на нервно-психическую сферу. Стимулирует перистальтическую активность минерализованная вода, при спастическом варианте запора ее можно использовать в теплом виде.

Лечение запора является важной задачей медицины, поскольку с ним связана возможность развития или усугубления тяжести течения ряда заболеваний и патологических состояний

При лечении запоров не следует пренебрегать лекарственными травами (фитотерапия). Содержащиеся в травах биологически активные вещества в их природных соотношениях при длительном применении могут оказывать более физиологичное действие, чем отдельные их ингредиенты в патентованных лекарственных препаратах. К лекарственным растениям, оказывающим послабляющее действие, относятся:

■ лист сенны остролистной (кассия остролистная, александрийский лист),

- кора крушины ольховидной,
- плод жостера (крушина слабительная),
- корень ревеня тангутского,
- ламинария сахаристая (морская капуста),
- корень и корневище солодки голой,
- трава укропа огородного,
- корни щавеля конского,
- листья столетника,
- стебли горца почечуйного,
- стебли золототысячника зонтичного,
- корни стальника полевого и др.

Так как при запорах часто наблюдается вздутие живота, то полезен прием ветрогонных трав. Этим свойством обладают цветочные корзинки ромашки аптечной, трава укропа огородного, плоды тмина обыкновенного, корень зори лекарственной.

Физические упражнения стимулируют двигательную активность кишечника, укрепляют мышцы брюшной стенки, повышают тонус всего организма, благоприятно действуют на нервно-психическую сферу

Медикаментозную терапию назначают с учетом особенностей нарушения моторики. При гипомоторной дискинезии показаны прокинетики – метоклопрамид (реглан, церукал), домперидон (мотилак), итоприд (итомед, ганатон), тримедат (тримебутин).

При дискинезии спастического типа определенный эффект могут давать блокаторы м-холинорецепторов (атропин, метацин, дицетел, бускопан, гастроцепин) и миотропные спазмолитические средства (но-шпа, папаверин, галидор, мебеверин). Эти препараты уменьшают спастические сокращения толстой кишки и боль, но не оказывают влияния на пропульсивную функцию. При выраженном гипокинетическом запоре (инертная толстая кишка, идиопатический запор) целесообразно применять антихолинэстеразные средства, повышающие тонус и моторику ЖКТ (убретид, прозерин, калимин).

В комплексной терапии запора немаловажную роль играют и препараты, вызывающие желчегонный эффект, особенно содержащие желчные кислоты (аллохол, лиобил), в т. ч. препараты хенодесоксихолевой и урсодесоксихолевой кислоты (хенофальк и урсофальк). Они оказывают выраженное стимулирующее действие на моторику толстой кишки вследствие раздражения ее слизистой оболочки.

Слабительные лекарственные средства должны назначаться, как правило, только на первом этапе лечения запора с целью более эффективного восстановления утраченного дефекационного рефлекса.

Современная анатомо-терапевтическая классификация выделяет 6 групп препаратов, обладающих слабительным действием:

- A06AA. Смягчающие препараты.
- A06AB. Контактные слабительные.

- A06AC. Слабительные, увеличивающие объем кишечного содержимого.
- A06AD. Осмотические слабительные.
- A06AG. Слабительные препараты в клизмах.
- A06AX. Прочие слабительные.

Осмотические, или солевые, слабительные содержат невсасывающийся дисахарид лактулозу или высокомолекулярные полимеры, способные удерживать молекулы воды. Оставаясь в тонкой кишке, они повышают осмотическое давление химуса и способствуют секреции воды в просвет кишки. В результате в толстую кишку поступает большое количество жидких каловых масс, которые стимулируют перистальтику и легко продвигаются по кишечнику. Послабляющее действие наступает обычно через 6–8 ч.

Эффект средств, тормозящих абсорбцию воды из кишечника и стимулирующих секрецию, достигается раздражением хеморецепторов слизистой оболочки преимущественно толстой кишки. К ним относятся препараты растительного происхождения, содержащие антрагликозиды (препараты листьев сенны и сабура, корня ревеня, плодов жостера и коры крушины, касторовое масло), ряд синтетических соединений и солевые слабительные.

Некоторые из них всасываются, метаболизируются и возвращаются в кишечник с желчью. Увеличение перистальтики и объема жидкости в просвете кишки сокращает прохождение кала по толстой кишке до 6–8 ч. При непрерывном использовании слабительных, содержащих экстракт сенны, в слизистой оболочке толстой кишки накапливается пигмент, окрашивающий ее в черный цвет, развивается дегенерация нервных окончаний в толстой кишке. В результате толстая кишка становится инертной. Возможны водно-электролитные нарушения, связанные с расстройством всасывания натрия и воды в толстой кишке.

Больным с запором и жалобами на вздутие живота ограничивают или даже исключают из рациона продукты, богатые пищевыми волокнами. Исключают вызывающие повышенное газообразование блюда из бобов, капусты, щавеля, шпината и др. Из фруктовых соков не рекомендуются яблочный, виноградный

К средствам, увеличивающим объем каловых масс, относятся морская капуста, агар-агар, метилцеллюлоза, псиллиум (фиберлак), поликарбофил кальция, отруби, льняное семя, неабсорбируемые дисахариды (лактолоза, сорбитол). Объемные агенты – единственные слабительные, приемлемые для долгосрочного применения. Они действуют мягко и медленно, безопасны для систематического использования. Принимать эти пищевые добавки лучше утром и на ночь с достаточным количеством воды (2–3 стакана в день дополнительно).

К средствам, смягчающим кал и облегчающим его перемещение по кишечнику путем смазывающего эффекта, относятся вазелиновое, миндальное и оливко-

вое масло, жидкий парафин, норгалакс, энимакс. Большинство из них обладают как гидрофобными, так и гидрофильными свойствами, благодаря чему увеличивают способность тонкой кишки сохранять воду, задерживать ее в каловых массах и тем самым увеличивать их объем. Увеличение объема кала стимулирует перистальтику, а более мягкая консистенция облегчает его продвижение по кишке. Минеральное масло и другие препараты этой группы целесообразно назначать больным, длительно находящимся на постельном режиме, а также перенесшим оперативные вмешательства на аноректальной области.

Слабительные лекарственные средства должны назначаться, как правило, только на первом этапе лечения запора с целью более эффективного восстановления утраченного дефекационного рефлекса

При функциональных запорах, обусловленных гипотонией и вялой перистальтикой толстой кишки, при запорах у пожилых или малоподвижных людей оправданно применение слабительных препаратов, стимулирующих перистальтику кишечника.

В настоящее время в гастроэнтерологии все чаще используется стимулирующий препарат Слабилен (ОАО «Верофарм», Россия) – слабительный препарат российского производства, проверенный временем за последние 15 лет.

Действующее вещество препарата Слабилен натрий пикосульфат путем гидролиза под влиянием кишечных микроорганизмов оказывает лечебное воздействие, непосредственно возбуждая нервные структуры кишечной стенки и ускоряя продвижение кишечного содержимого. Кроме того, уменьшает всасывание электролитов и воды, увеличивая объем и осмотическое давление, спо-

собствуя усилению перистальтики кишечника. Слабительный эффект наступает через 10–12 ч после приема, поэтому рекомендовано принимать препарат однократно на ночь. Дозировка препарата подбирается индивидуально, в зависимости от возраста и реакции пациента на лечение, в среднем по 10–20 капель, растворяя в воде, но в случае стойких запоров дозу можно увеличить до 30 капель. Для пациентов, приверженных таблетированным формам, препарат Слабилен выпускается в таблетках по 5 мг, что делает более удобным и комфортным прием препарата, особенно для пациентов с нарушенным зрением или другими патологиями, вызывающими затруднение в подсчете капель [12]. Однократное применение препарата, вариативные формы выпуска и мягкий послабляющий эффект значительно повышают комплаенс пациентов.

При приеме внутрь препарат Слабилен не всасывается из ЖКТ и не подвергается печеночно-кишечной циркуляции.

Слабилен также устраняет задержку дефекации при геморроидальном поражении и трещинах вокруг ануса, при воспалительных поражениях прямой кишки (проктитах). Рекомендовано применение Слабилену при подготовке к инструментальному исследованию (колоноскопия, ректороманоскопия) и рентгеноконтрастному обследованию.

Хирургические вмешательства у пациентов с запорами выполняются при неэффективности всех остальных методов лечения и называются «хирургией отчаяния». Применяются различные оперативные методы, а именно: правосторонняя гемиколэктомия, левосторонняя гемиколэктомия, резекция сигмовидной кишки, резекция ректосигмоидного отдела, субтотальная колэктомия. Однако результаты хирургического лечения не всегда оправдывают ожидания, в 20–25% случаев после различных вариантов оперативного лечения результаты оперативного лечения являются неудовлетворительными.



ЛИТЕРАТУРА

1. Григорьева Г.А. Запор и современные слабительные средства. *Клиническая медицина*, 1997, 75(1): 52–56.
2. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению. *Тер. архив*, 1996, 68(2): 27–30.
3. Лоранская И.Д. Запор – новые решения старой проблемы. *РМЖ*, 2007, 1: 16–20.
4. Румянцев В.Г. Хронические запоры: подходы к диагностике и терапии. ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. М., 1997.
5. Пасечников В.Д. Современные представления об этиологии, патофизиологии и лечении функционального запора. *Клин. персп. в гастроэнтерол., гепатологии*, 2003, 2: 24–30.
6. Питер Р. Мак Нелли. Секреты гастроэнтерологии. М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. 454 с.
7. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре. *Лечащий врач*, 2015, 8.
8. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцова Е.М., Орлов О.В., Одинцов В.В., Юсупова А.М. Современные проблемы комплексной терапии запоров. *Лечащий врач*, 2009, 8: 49–53.
9. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Скворцова Е.М. Современные проблемы комплексного лечения хронических запоров. *Справочник врача общей практики*, 2010, 3: 35–38.
10. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Одинцов В.В., Скворцова Е.М. Диагностика и лечение синдрома раздраженной кишки с преобладанием запоров: фокус на лактулозу. *Поликлиника*, 2011, 2: 71–74.
11. Хаммад Е.В. Хронический запор (тактика совершенствования диагностики и лечения). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1998. 24 с.
12. http://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?idReg=1236858&t=