

# Дульколакс —

## ЭФФЕКТИВНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗАПОРА

**Казалось бы, нет ничего проще, чем ответить на вопрос — что такое запор? Однако понятие «запор» воспринимается по-разному не только пациентами, но и специалистами. До сих пор не утихают споры, какое состояние следует признавать запором, считать ли его симптомом или самостоятельным заболеванием, когда начинать применение лекарственной терапии и проводить ли ее вообще, или отдать предпочтение немедикаментозным способам воздействия. При этом ни у кого не вызывает сомнений, что проблема запора не только вполне реальна, но и продолжает усугубляться во всем цивилизованном мире, захватывая все большие территории и возрастные категории.**

### ТЕРМИНОЛОГИЧЕСКИЕ СПОРЫ ПО СУЩЕСТВУ

Исследованиями выявлено, что понятие запора с позиции врача и пациента различаются примерно в половине случаев. Треть пациентов считает, что для запоров достаточно, чтобы опорожнение кишечника происходило 1 раз в 2 дня и реже, четверть считает, что единственный признак запора — наличие твердого стула. При опросе врачей общей практики также обнаружилась разнонаправленность толкований этого состояния.

Сегодня наиболее распространенным и общепринятым является определение запора, сформулированное Римскими критериями III, принятыми в 2006 г. и содержащими обобщенные взгляды международного сообщества на проблему функциональных расстройств органов пищеварения.

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА

Точка зрения клинициста. Если больной:

- не принимает слабительных средств;
- предъявляет по крайней мере 2 жалобы из нижеперечисленных, которые беспокоили его в течение 12-недельного периода за последние 12 месяцев. Функциональный запор, Римские критерии III, 2006:
- менее чем 3-разовое опорожнение кишечника (ОК) в течение недели;
- твердый кал более чем в 25% при ОК;
- чувство аноректальной блокады (запора) более чем в 25% при ОК;
- чувство неполной эвакуации кала более чем в 25% при ОК;
- значительное напряжение более чем в 25% при ОК;
- необходимость применения пальцевой манипуляции для облегчения дефекации в 25% случаев.

Однако ряд авторов настаивают, что такое определение запора не раскрывает патофизиологическую суть процесса. По мнению сторонников хрономедицины, в основе развития запора лежит нарушение циркадианного ритма организма. В соответствии с данными

хронофизиологии и хрономедицины запор — констипация — это изменение околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника, проявляющегося его нерегулярностью и снижением частоты дефекаций ниже 7 раз в неделю. При этом запор с частотой стула от 1 до 2 раз в неделю является уже далеко зашедшим заболеванием — самой поздней третьей стадией констипации. Это служит основанием к определению констипации как кишечной аритмии — одному из самых распространенных заболеваний в мире.

Замедление ритма моторно-эвакуаторной функции кишечника часто предшествует таким грозным осложнениям, как дивертикулез или полипоз толстой кишки. Проблемы со стулом негативно отражаются на состоянии всего организма. На фоне запора увеличивается заболеваемость геморроем, варикозной болезнью, воспалительными заболеваниями кишечника, ожирением и т.д. Нарушения стула выявляются у 84% больных язвенной болезнью 12-перстной кишки, у 82% — страдающих гастродуоденитом, у 60—70% больных венозными заболеваниями. При запоре активируется условно-патогенная микрофлора, нарушается функциональное состояние микробно-тканевого комплекса, что ведет к изменениям иммунной системы организма. В настоящее время установлено, что бактериальный липополисахарид, поступающий из кишечника, индуцирует выработку провоспалительных цитокинов, что приводит к формированию первичной инсулинорезистентности, а это основа метаболического синдрома — первого шага к атерогенезу и, соответственно, к цереброваскулярной и сердечно-сосудистой патологии. Кроме того, кишечник участвует в обмене холестерина, выводя 1000 мг холестерина в сутки. Если этого не происходит, «отработанный» холестерин накапливается в сосудах и органах. При запоре в толстой кишке накапливаются токсины: гетероциклические амины и продукты перекисидации липидов, которые обладают канцерогенными свойствами и повреждают эпителиальные клетки.

Сторонники хрономедицины считают, что распространенность заболевания составляет в России примерно 40% среди взрослого населения, после 60 лет он

наблюдается у 70–80% людей. Эпидемиологические исследования по определению распространенности хронического запора, определяемого в соответствии с Римскими критериями III, продемонстрировали, что в С.-Петербурге этим нарушением страдает примерно 10% взрослого населения, что также внушает серьезные опасения.

### ВОПРОСЫ КЛАССИФИКАЦИИ

Запор чаще формируется в качестве симптома каких-либо состояний или заболеваний. Об этом свидетельствует ряд исследований. Так, на базе ММА им. И.М.Сеченова были обследованы 700 пациентов с запорами. В результате лишь у 23,6% пациентов нарушение опорожнения кишечника было признано самостоятельным заболеванием. В остальных случаях задержка стула была вызвана психогенными факторами (депрессия, нервно-психическая анорексия, шизофрения), аноректальной патологией (синдром опущенной промежности, геморрой), эндокринной патологией (диабетическая нейропатия, гипотиреоз) и разнообразной гастроэнтерологической патологией. Поэтому весьма распространена классификация по этиологическому принципу, включающая от 15 до 20 вариантов запоров: алиментарные, неврогенные, дискинетические, воспалительные, медикаментозные, эндокринные и т.д. Эта же классификация выделяет первичный запор, который возникает на фоне повышенной активности сегментарных сокращений, нарушения пропульсивной активности толстой кишки (инертная толстая кишка) или диссинергии тазового дна.

Кроме того, запоры подразделяются в зависимости от продолжительности. Существует понятие эпизодического запора, длящегося эпизодами в течение 3 месяцев. Такой вид запора может быть связан с изменениями условий проживания и характера питания, стрессами, перегрузками. Хронические запоры продолжаются более 3 месяцев и являются следствием каких-то патологических процессов в организме человека или постоянного воздействия негативных внешних факторов.

Важной является классификация в зависимости от места локализации патологических изменений: кологенные (с гипермоторной дискинезией или с гипомоторной дискинезией) и проктогенные запоры. Определение принадлежности запора к той или иной группе имеет значение для выработки тактики терапии.

### ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ КРУГ БОЛЕЗНИ

При любом запоре чаще изменяются все три функции толстой кишки: моторная, абсорбционная и секреторная. И приоритетной в этом отношении, безусловно, является моторная функция. Выделяются 4 основных типа сокращений толстой кишки: сегментирующие, перистальтические, масс-сокращения и антиперисталь-

тические. В норме они присутствуют в определенной пропорции, примерно 5 раз в сутки по толстой кишке проходят пропульсивные волны, и содержимое передвигается на 40–50 см. При запоре начинают преобладать непропульсивные сегментирующие и антиперистальтические сокращения, снижается пропульсивная активность и повышается тонус сфинктеров. Не менее важной характеристикой является состояние тазового дна, поскольку акт дефекации возможен только в условиях синхронизации релаксации анального сфинктера и сокращения отдельных мышц тазового дна. Основной причиной запора у рожавших женщин может быть именно нарушение функции тазового дна из-за разрывов, полученных во время родов. Кроме того, у женщин очень сложно организована зона тазового дна, и дисфункция в генитальной сфере или инфекции мочевыводящих путей могут влиять на состояние ректосигмоидной зоны и на акт дефекации.

Объем каловых масс служит основным раздражающим фактором для сокращений кишки. Он зависит от двух твердых составляющих: неперевариваемой клетчатки и погибших микробов, в норме населяющих кишечник. Первая составляющая зависит от качества и количества пищи и уменьшается в случае недостаточного потребления овощей, фруктов, круп. Если нарушен нормальный состав микробов, то страдает вторая составляющая. Непосредственное влияние на объем кишечного содержимого имеет абсорбционная функция толстой кишки. В организме секретируется около 1,5–2 л сока поджелудочной железы, 3–4 л желудочного сока, желчь, т.е. в просвет кишки выделяется большое количество воды. Кишка продолжает выполнять свою абсорбционную функцию даже в условиях замедления продвижения каловых масс, и это приводит к их высыханию, изменению свойств, уменьшению объема. Таким образом, развивается патологический круг: снижение перистальтики — уменьшение объема — усугубление запора. Третья функция кишки — секреторная. На фоне стаза нарушается секреция, изменяется пристеночная микрофлора, нарушается состояние микробно-тканевого комплекса. Микрофлора активно влияет на эпителий, а от степени кровоснабжения слоев кишечной трубки, скорости поступления питательных веществ, качества секретируемой слизи — места обитания микроорганизмов — зависит состав микрофлоры. Поэтому сейчас уже говорят не просто о кишечной микрофлоре, а о микробно-тканевом комплексе, который включает и микробы, и пристеночную слизь, и эпителиоциты, и подслизистые слои. Как только на фоне запора изменяется его состояние, изменяется и секреторная активность кишки, что также приводит к прогрессированию запора.

Таким образом, запоры возникают вследствие нарушения моторной функции кишечной стенки, высыхания каловых масс и несоответствия объемов толстой кишки и кишечного содержимого.

## ТЕРАПИЯ ЗАПОРОВ

Достаточно интересным представляется тот факт, что, несмотря на некоторую разницу во взглядах на патофизиологию запоров, и сторонники хрономедицины, и приверженцы Римских критериев сходятся во мнении о необходимости обязательной ранней терапии запоров.

Алгоритм запора имеет очень четкую структуру и состоит из нескольких этапов. Терапия запоров должна начинаться с изменения образа жизни и привычек в еде. Необходимо активизировать двигательный режим, увеличить количество выпиваемой жидкости до 1,5–2 литров в сутки, увеличить количество употребляемых пищевых волокон, а также ввести общую культуру дефекации — не сдерживать позывы, выбрать определенное время для процесса дефекации, научиться использовать механизмы обратной связи — расслаблять анальный сфинктер и мышцы тазового дна при дефекации. Кроме этого нужно уменьшить прием продуктов, приводящих к запору, в т.ч. кофе, алкоголь. Дальнейшие шаги включают подключение физиотерапевтических мероприятий, направленных на улучшение функции мышц тазового дна, назначение медикаментозной терапии.

Слабительные средства, присутствующие в настоящее время на рынке, подразделяются на несколько групп. Ряд слабительных увеличивают объем кала. Их действие обусловлено задержкой жидкости в каловых массах. В кишечнике слабительные разбухают и перерабатываются микрофлорой до образования молочной кислоты, которая и стимулирует перистальтику. К недостаткам данных средств относятся нередко возникающие метеоризм и ощущение распирания, которые проходят со временем. Кроме того, их прием должен сопровождаться адекватной водной нагрузкой. В условиях вялой перистальтики (в послеоперационном периоде, при постельном режиме) они могут вызвать образование каловых завалов. Осмотические слабительные возвращают воду в просвет кишечника за счет повышения осмотического давления, увеличивают объем каловых масс и тем самым стимулируют перистальтику.

Эти средства подходят как для лечения острого, так и хронического запора. Однако они также обладают рядом побочных действий, серьезно ограничивающих их применение. И наконец, группа стимулирующих слабительных. Их действие основано на стимуляции рецепторов слизистой оболочки кишечника, в результате чего усиливается перистальтика и повышается секреция жидкости в просвет кишечника.

Препараты этой группы вызывают ритмичные сокращения кишечника благодаря стимуляции нервных сплетений гладкой мускулатуры и уменьшению абсорбции воды и электролитов в толстой кишке. Безопасность различных представителей этой группы нео-

динакова. К этой группе относятся, например, препараты сенны, которые не рекомендуется применять длительно из-за возможности развития меланоза кишечника, а также возможности привыкания и потребности в увеличении дозировки.

К более безопасным и эффективным препаратам данной группы относятся Дульколак (бисакодил) и Гутталак (пикосульфат натрия).

Дульколак — один из наиболее изученных и безопасных стимулирующих слабительных препаратов. Его действующим веществом является бисакодил, который присутствует на мировом фармацевтическом рынке более 50 лет. Действие бисакодила было широко изучено в международных клинических исследованиях. Дульколак имеет двойную pH чувствительную оболочку (Эудрагит S100 и L100), в отличие от бисакодилов-дженериков. Именно такая оболочка обеспечивает высвобождение бисакодила в терминальном отделе тонкой кишки и начальном отделе толстой кишки. Это позволяет свести к минимуму побочные эффекты. Как показано в клинических исследованиях, Дульколак достоверно увеличивает частоту стула, улучшает консистенцию каловых масс. Он почти не поступает в системный кровоток, что делает препарат максимально безопасным и дает возможность применять его во время беременности (после консультации со специалистом). В связи с тем, что Дульколак не проникает в грудное молоко, представляется возможным его безопасное применение во время лактации.

Этот препарат широко применяется для купирования эпизодических запоров, вызванных изменением образа жизни, сменой характера питания, питьевого режима. Препарат может применяться перорально и в свечах, в зависимости от желаемого времени наступления дефекации. Также Дульколак используется в начале лечения хронического запора для ускорения эффекта и в случаях резистентных форм, особенно в тех ситуациях, когда все предыдущее лечение оказалось неэффективным. Этот препарат незаменим при запорах, возникающих после операций на прямой кишке, промежности, органов малого таза, — это те ситуации, когда особенно важно, чтобы стул был мягким и не объемным. Дульколак показан в случаях нарушений опорожнения кишечника, вызванных постельным режимом.

Однако стоит заметить, что, несмотря на существование таких эффективных препаратов, как Дульколак, начинать лечение запора следует со своевременной профилактики. Она заключается в сбалансированной диете, включающей отруби, цельное пророщенное зерно, свежие фрукты и овощи, употреблении достаточного количества жидкости, адекватной физической нагрузке и поведении, исключающем игнорирование позывов к дефекации.