

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР:

ВОЗМОЖНОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Запор – это нарушение функции кишечника, проявляющееся увеличением интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной нормой или систематическим недостаточным опорожнением кишечника. Являясь одним из клинико-морфологических проявлений различных заболеваний, нередко значительно ухудшает качество жизни людей. Ввиду специфичности проблемы пациенты зачастую не сразу обращаются к специалистам. Результатом этого является увеличение доли трудных для ведения больных, состояние которых можно расценить как зависимость от клизм и устаревших слабительных препаратов.

Ключевые слова: кишечник, запор, диетотерапия, слабительные препараты, лактитол

Этиологические факторы хронического запора достаточно разнообразны; с учетом их выделены следующие его варианты:

- алиментарный;
- неврогенный, условно разделяемый на дискинетический, рефлекторный и привычный запор (являющийся следствием частого подавления позывов к дефекации);
- гиподинамический;
- эндокринный;
- поствоспалительный;
- проктогенный;
- механический;
- аномальный;
- токсический;
- медикаментозный и другие варианты запоров.

На задержку опорожнения кишечника, иногда приводящую к запору, могут влиять различные лекарственные препараты (антациды, спазмолитики, наркотические и нестероидные противовоспалительные препараты, антидепрессанты; анальгетики и противоэпилептические средства; некоторые гипотензивные средства и антибиотики, препараты железа; гестагены и диуретики; нейролептики, транквилизаторы и мышечные релаксанты).

■ Часто запор является сопутствующим синдромом при многих заболеваниях (ожирение, сахарный диабет, гипотиреоз, болезнь Паркинсона, паралитический синдром, рассеянный склероз), в т. ч. и при некоторых психических расстройствах (депрессия, стресс, деменция).

Наиболее распространенная причина замедления кишечного транзита, приводящего к запорам, — нерегулярное питание, умеренное потребление жидкости и прием пищи с незначительным содержанием пищевых волокон. Нередко запоры возника-

ют вследствие привычного подавления позывов к дефекации, что связано с особенностями образа жизни и трудовой деятельности. Часто запор является сопутствующим синдромом при многих заболеваниях (ожирение, сахарный диабет, гипотиреоз, болезнь Паркинсона, паралитический синдром, рассеянный склероз), в т. ч. и при некоторых психических расстройствах (депрессия, стресс, деменция). Развитию запоров может способствовать малоподвижный образ жизни (недостаток физической активности) и употребление некоторых продуктов питания. При активном образе жизни с достаточной физической нагрузкой более активная «работа» поперечно-полосатой мускулатуры определенным образом влияет на «работу» гладкой мускулатуры кишечника, способствуя усилению его моторики и, соответственно, опорожнению кишечника от каловых масс.

Наиболее распространенные функциональные факторы развития запоров:

- 1) нарушения тонуса и/или моторики толстого кишечника или тонуса мускулатуры диафрагмы таза, приводящие к замедленному передвижению каловых масс по кишечнику в дистальном направлении;
- 2) различные механические причины, приводящие к обструкции кишечника;
- 3) повышенное всасывание жидкости в толстом кишечнике;
- 4) прием некоторых медикаментозных средств;
- 5) «идиопатический» запор, причину которого установить пока не удалось.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ЗАПОРА

В основе формирования запоров лежит гипотоническая, или спастическая, дискинезия кишки. Патологические механизмы, обуславливающие первичные расстройства толстой кишки, недостаточно изучены. Предполагается роль дисбаланса в системе гастроинтестинальных гормонов, стимулирующих (гастрин, холецистокинин, субстанция P, энкефалины, мотилин) или замедляющих моторику кишки, в частности глюкагона, вазоактивного интестинального полипептида (ВИЛ), серотонина.

Также придается значение нарушению функции нервно-рецепторного аппарата кишечной стенки, ответственного за ее моторную активность. Существенный фактор, приводящий к утрате моторно-эвакуаторных свойств кишки, — нарушение

чувствительности биорецепторов кишечной стенки. Возникающее при запоре нарушение передачи нервного сигнала может быть связано с нейропатией крестцового отдела позвоночника после повреждения афферентных и эфферентных парасимпатических нервных волокон в нижнем гипогастральном сплетении. При утрате афферентной фазы дефекационного рефлекса различного генеза прямая кишка увеличивается в объеме, развивается атония ее стенки. Вследствие этого позыв к испражнению кала возникает только после большого скопления в ней кала (мегаректум, или инертная прямая кишка). У больных с хроническим запором, по данным манометрии толстой кишки, значительно снижены количество и продолжительность высокоамплитудных перистальтических сокращений, а также подавлен или отсутствует «гастроколитический» ответ на прием пищи во всех сегментах толстой кишки.

■ ДИАГНОСТИКА ЗАПОРОВ

Своевременность диагностики запоров, выяснение их причин, а также выбор варианта лечения в значительной степени зависят от сроков обращения больных (от начала заболевания) к врачам, тщательности анализа симптомов и анамнеза заболевания, результатов физикального обследования, в т. ч. и осмотра каловых масс, а также от выбора оптимальных лабораторных и инструментальных методов обследования (наибольшее значение в настоящее время придается рентгенологическому и эндоскопическому методам обследования толстого кишечника).

Использование рентгенологических и эндоскопических методов становится необходимым в ряде случаев для проведения дифференциальной диагностики, и прежде всего для выявления и/или исключения различных органических причин запоров, приведших к существенному сужению или к закупорке толстого кишечника (рубцовых сужений, опухолей, безоаров, инвагинации и др.), устранение которых требует хирургического вмешательства.

Согласно Римским критериям II (1999), диагноз **функционального запора** может быть поставлен при наличии двух или более нижеуказанных симптомов, сохраняющихся не менее 12 необязательно последовательных недель на протяжении 12 месяцев:

- частота актов дефекации менее 3 раз в неделю;
- натуживание при акте дефекации, занимающее не менее 25% его времени; фрагментированный и (или) твердый кал не менее чем при 1 из 4 актов дефекации;
- ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого не реже чем при 1 из 4 актов дефекации;
- ощущение препятствия при прохождении каловых масс не реже чем при 1 из 4 актов дефекации;
- необходимость проведения пальцевых манипуляций, облегчающих акт дефекации более чем при 1 из 4 актов дефекации.

Особенно тщательного обследования требуют пациенты с запорами и симптомами «тревоги», такими как немотивированная потеря массы тела, ночная симптоматика (боли), постоянные и интенсивные боли в животе, начало «заболевания» в пожилом возрасте, рак толстой кишки у родственников, лихо-

радка, кровь в кале, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ, изменение биохимического статуса, гепато- и спленомегалия.

Результаты обследования также должны отвечать на вопрос, является ли запор первичным функциональным нарушением кишечника, или он вторичен. Поэтому в протокол исследования следует включить: УЗИ органов брюшной полости, лабораторные тесты для исключения гипотиреоза, сахарного диабета, дегидратации, гипокалиемии и гиперкальциемии; исследование микрофлоры кала; психоневрологическое обследование. При стазе содержимого в прямой кишке могут использоваться особые исследования в специализированных медицинских центрах (анометрия, дефекография, электромиография мышц тазового дна и т. д.).

■ Возникающее при запоре нарушение передачи нервного сигнала может быть связано с нейропатией крестцового отдела позвоночника после повреждения афферентных и эфферентных парасимпатических нервных волокон в нижнем гипогастральном сплетении.

■ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Вариабельность колебаний выделяемой массы кала у здоровых людей составляет от 40 до 240 г/сут при среднем показателе 110 г. Частота стула у здоровых людей варьирует в пределах от 3 раз в день до 3 раз в неделю.

Объективным критерием наличия у людей запоров считается уменьшение веса стула до 35 г/сут и ниже.

Запоры могут беспокоить и нередко нарушать качество жизни больных, страдающих разными заболеваниями, в т. ч. и такими относительно распространенными, как язвенная болезнь, синдром раздраженного кишечника и др.

Среди клинических проявлений, нередко сопровождающих запоры, — тошнота, дискомфорт, чувство тяжести и переполнения желудка, в т. ч. и с появлением умеренных болей, ассоциируемых чаще с повышенной чувствительностью желудка к растяжению, неприятный вкус во рту, а также симптомы, прямо связанные с запором, — головная боль, снижение работоспособности и ухудшение настроения.

У больных, страдающих функциональными запорами, лишь в эпизодических случаях возможно появление острой боли. Таких больных чаще периодически беспокоит тупая боль в животе. Диагностика хронической функциональной боли обычно проводится методом исключения.

■ ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ

Диетотерапия

Существенное значение в нормализации стула, в улучшении состояния больных, страдающих запорами, традиционно придается составу принимаемой пищи. Давно замечено, что пища,

богатая растительной клетчаткой, фруктовые и растительные масла, напитки, содержащие уксусную кислоту, способствуют усилению перистальтики кишечника и, соответственно, его опорожнению. Лицам, страдающим функциональными запорами, рекомендуется употреблять хлеб из муки грубого помола, овощные и фруктовые супы, щи и борщи из свежей капусты, нежирные сорта птицы, блюда из нежирных морских продуктов, овощей, дыню, чернослив, абрикосы, а также растительное масло.

Известно, что растяжение желудка, наступающее после приема пищи, вызывает физиологические сокращения ректосигмоидного отдела кишечника. Эта реакция моторики кишечника наиболее выражена утром. Поэтому с целью индукции рефлекса утром после пробуждения целесообразно позавтракать и выпить жидкость, после чего направиться в туалет.

■ Хороший профиль безопасности Экспортала и широкий терапевтический коридор позволяют в случае необходимости принимать препарат в течение достаточно длительного срока либо проводить лечение повторными курсами.

Медикаментозная коррекция

Медикаментозную терапию назначают с учетом характера моторных нарушений толстой кишки. При гипомоторной дискинезии толстой кишки используют прокинетики, при спастической дискинезии — спазмолитики миотропного действия.

Если при хроническом запоре немедикаментозные мероприятия не позволяют достичь нормализации частоты и характера стула, назначаются слабительные средства. Что имеется в арсенале гастроэнтеролога с позиций медицины, основанной на доказательствах?

В повседневной практике врачу доступно большое количество слабительных средств. По механизму действия их условно разделяют на 4 группы:

- 1) вызывающие химическое раздражение рецепторов слизистой оболочки кишечника: антрахиноны (производные сенны, крушины, ревеня, алоэ), дифенолы (бисакодил, пикосульфат натрия), касторовое масло;
- 2) обладающие осмотическими свойствами: солевые (натрия или магния сульфат, карловарская соль), олигосахариды (лактитол, лактулоза), многоатомные спирты (маннитол, сорбитол), макрогол;
- 3) увеличивающие объем содержимого кишечника — балластные вещества (агар-агар, метилцеллюлоза, отруби, семена льна);
- 4) способствующие размягчению кала (жидкий парафин, масло вазелиновое, макрогол).

Для адекватной оценки действия любого препарата, в т. ч. и препаратов, обладающих слабительным действием, необходимо учитывать противопоказания к их применению. Противопоказаниями к использованию любых слабительных препаратов обычно являются изъязвления толстого кишечника различной

этиологии, в т. ч. язвенный колит, болезнь Крона, кишечная непроходимость, боли в животе неясной этиологии.

При длительном применении слабительные препараты 1-й группы вызывают меланоз слизистой оболочки кишки. Длительное бесконтрольное применение препаратов-антрагликозидов может сопровождаться их накоплением в слизистой оболочке кишечника и нервных ганглиях. При этом развиваются дегенеративные изменения слизистой оболочки, гладкой мускулатуры и нервных сплетений, которые со временем могут привести к тяжелому угнетению перистальтики и атонии кишечника. Так, через 5 лет приема на то же слабительное средство отвечает каждый 2-й пациент, а через 10 лет — каждый 10-й.

У 25—35% больных, регулярно принимающих слабительные средства, возникают электролитные расстройства, чаще у больных при систематическом приеме препаратов сенны, алоэ, бисакодила и натрия пикосульфата. Основное нарушение электролитного баланса — дефицит калия, способствующий усилению запора. По этой причине следует избегать длительного приема слабительных средств указанных групп, особенно в высоких дозах. Кроме того, при длительном приеме антрагликозидов способны вызывать воспалительные изменения кишечника вплоть до развития изъязвлений. Препараты этой группы подходят для лечения эпизодических запоров, в т. ч. у пожилых пациентов при опущении тазового дна, а также при подготовке к инструментальным исследованиям и оперативному лечению.

Из препаратов, обладающих осмотическими свойствами, наибольшее распространение получили лактитол, лактулоза и макрогол. Их действие основано на повышении содержания воды в каловых массах и ускорении транзита по кишечнику. Эффект от назначения этих средств проявляется уже спустя несколько часов после приема.

Солевые слабительные (натрия сульфат, магния сульфат) для лечения хронических запоров практически не используют из-за болей в животе и формирования жидкого кала, что при частом употреблении приводит к водно-электролитным расстройствам.

Осмотические можно рекомендовать при запорах у пожилых, а в индивидуально подобранной дозе также оптимально назначать для размягчения кала у больных с болезненными патологическими процессами в области прямой кишки (трещины, язвы, парапроктит и пр.). При временных запорах беременных, при неэффективности обогащенной растительными волокнами диеты также целесообразно назначение лактитола, лактулозы, макрогола или сорбитола.

К препаратам, зарекомендовавшим себя как эффективные и безопасные слабительные средства, относится лактитол (препарат Экспортал®). По механизму действия он отличается от других подобных средств (за исключением препаратов на основе лактулозы) тем, что осмотическими свойствами обладает не само действующее вещество, а продукты его метаболизма в толстой кишке, которые образуются под воздействием определенных видов бактерий, расщепляющих сахара. В тонкой кишке лактитол не подвергается существенному ферментативному расщеплению и не всасывается. После попадания в толстую кишку лактитол расщепляется местными бактериями с образованием короткоцепочечных жирных кислот, углекис-

го газа и воды. Так как эти вещества не всасываются, они повышают осмотическое давление и делают содержимое кишечника более вязким за счет удерживания воды. Поскольку лактитол представляет собой источник энергии для бактерий толстой кишки, расщепляющих сахар, то при его применении масса бактерий и масса содержимого кишечника увеличиваются, что оказывает положительное влияние на его опорожнение. Обладая пребиотическим действием, лактитол создает благоприятные условия для нормализации микрофлоры кишечника. Таким образом, прием Экспортала способствует нормализации двигательной активности толстой кишки и восстановлению нарушенной экосистемы кишечника.

Экспортал® эффективен при хронических запорах различной этиологии как средство, способствующее восстановлению функции дефекации. В качестве слабительного средства применяется для облегчения дефекации после операций на анальном сфинктере и как препарат, необходимый для размягчения стула в медицинских целях (в т. ч. при геморрое, подготовке к операциям и после операций на прямой кишке и т. д.). Поскольку со временем на фоне приема лактитола происходит увеличение биомассы сахаролитической кишечной микрофлоры, а пролиферация азотопроизводящих микроорганизмов снижается, Экспортал® применяют в лечении печеночной энцефалопатии.

Дозированная лекарственная форма Экспортала в пакетиках содержит только фармацевтическую субстанцию, не содержит никаких вспомогательных или других дополнительных веществ. Для растворения препарата пациент сам может выбрать наиболее приемлемый для него напиток. Хороший профиль безопас-

ности Экспортала и широкий терапевтический коридор позволяют в случае необходимости принимать препарат в течение достаточно длительного срока либо проводить лечение повторными курсами.

Балластные вещества, увеличивающие объем содержимого кишечника. Для достижения необходимого объема кишечного содержимого, улучшения консистенции и массы фекалий необходимо потребление пищевых волокон (целлюлозы, лигнина) в дозе 25–30 г/сут. Механизм действия балластных веществ основан на их водосвязывающей способности и направлен на нормальное функционирование толстой кишки. Благодаря этому они и ликвидируют частую причину запоров — несоответствие кишечного содержимого емкости толстой кишки. Кроме того, происходит увеличение эндогенной кишечной анаэробной микрофлоры, субстратом для питания которой служат пищевые волокна. Естественный слабительный эффект оказывают желчные и жирные кислоты, которые связываются и доставляются пищевыми волокнами в толстую кишку.

К этой группе средств относят пшеничные отруби, агар-агар, шрот расторопши, льняное семя, микрокристаллическую целлюлозу, препараты семян подорожника. Суточная доза отрубей составляет от 3 до 6 ст. л/сут, их можно добавлять непосредственно в теплую пищу либо предварительно распаривать кипятком. Недостатком их является медленное начало действия, особенно в случае нарушенного транзита. Частым побочным эффектом становится выраженный метеоризм. При отсутствии эффекта от отрубей могут быть использованы микрокристаллическая целлюлоза в индивидуально подобран-

Экспортал®

— новое осмотическое слабительное с пребиотическими свойствами

- Оказывает регулируемый слабительный эффект,
- растворяется в любой жидкости,
- не вызывает привыкания при продолжительном применении,
- способствует нормализации микрофлоры кишечника,
- не повышает уровень глюкозы в крови.

Экспортал® можно применять:

- детям с 1 года,
- людям пожилого возраста,
- больным диабетом.



www.sotex.ru

Условия отпуска из аптек: без рецепта.
Имеются противопоказания. Перед использованием препарата ознакомьтесь с инструкцией по применению.

ной дозе (4–9 г/сут) и препараты семян подорожника (10–30 г/сут). У последних водосвязывающая способность многократно превышает таковую остальных препаратов этой группы. Средства на основе семян подорожника хорошо переносятся больными. Обязательное условие терапии — увеличение потребления жидкости, в противном случае их прием, особенно в больших дозах, может привести к развитию обструкции.

■ Если при хроническом запоре немедикаментозные мероприятия не позволяют достичь нормализации частоты и характера стула, назначаются слабительные средства.

К слабительным средствам, способствующим размягчению фекалий, относят вазелиновое масло, жидкий парафин для перорального приема. Их назначение возможно на короткий срок, например при кишечной обструкции. Эти средства нельзя рекомендовать для поддерживающей терапии хронического запора: возможно нарушение всасывания жирорастворимых витаминов, развитие липоидной пневмонии вследствие затекания масла в трахеобронхиальное дерево.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Залогом успеха и эффективности проводимой терапии является дифференцированный подход в лечении функциональных запоров. Комплексное воздействие заключается в сочетании немедикаментозных и медикаментозных методов терапии. Коррекция образа жизни заключается в изменении диеты и увеличении физической активности. У ряда пациентов для восстановления стула достаточно просто увеличить физическую нагрузку (выполнять физические упражнения для укрепления мышц передней брюшной стенки и тазового дна) и рационализировать питание — обеспечить адекватное потребностям потребление пищевых волокон за счет злаковых продуктов (крупы, хлеб из муки грубого помола), овощей, фруктов, приема жидкости. В более трудных случаях используют препараты пищевых волокон, иногда совместно с бактериальными препаратами. Если при хроническом запоре немедикаментозные мероприятия не позволяют достичь нормализации частоты и характера стула, назначаются слабительные средства, из которых предпочтение отдается средствам с осмотическими свойствами.

Условиями эффективности лечения запоров, улучшения качества жизни больного является взаимодействие врача и пациента в выборе оптимальной схемы терапии.



ЛИТЕРАТУРА

1. Машарова А.А., Янова О.Б., Ким В.А. Особенности течения и возможности терапии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, сочетающейся с запорами // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. — 2006. — №1–2. — С. 96.
2. Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Сильверстова С.Ю. Тактика лечения и профилактики функциональных запоров в свете Третьего Римского консенсуса // Лечащий врач. — 2007. — №1. — С. 66–70.
3. Румянцев В.Г., Косачева Т.А., Коровкина Е.А. Дифференцированное лечение запоров // Фарматека. — 2004. — №13. — С.1–6.
4. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Механизмы развития запоров и методы их лечения // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2003. — №3. — С. 25–32.
5. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Запоры в клинической практике.
6. Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Сильверстова С.Ю. Тактика лечения и профилактики функциональных запоров в свете Третьего Римского консенсуса // Лечащий врач. — 2007. — №1. — С. 66–70.
7. Яковенко Э.П., Агафонова Н.А. Механизмы развития запоров и методы их лечения // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. — 2003. — № 3. — С. 25–32.
8. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению // Тер. арх. — 1996. Т. 68, №2. — С. 27–30.
9. Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А. Клиника и диагностика функциональных запоров // Лечащий врач. — 2001. — №5–6. — С. 26–29.
10. Парфенов А.И. Энтерология. — М.: Трида-Х., 2002. — С. 84–95.
11. Парфенов А.И., Ручкина И.Н., Сильверстова С.Ю. Тактика лечения и профилактики функциональных запоров в свете Римского консенсуса III // Лечащий врач. — 2007. — №1. — С. 66–70.
12. Сильверстова С.Ю., Парфенов А.И., Ручкина И.Н. Влияние «Активия» творожной на состояние микрофлоры толстой кишки больных с синдромом раздраженного кишечника, с запорами: Сб. тез. V съезда НОГР. — М., 2005. — С. 490–491.
13. Скрипник І.М. Вибір медикаментозного засобу для лікування обстипаційного синдрому при виразковій хворобі в поєднанні з синдромом подразненого кишечника // Сучасна гастроентерологія. — 2006. — №4. — С. 85–89.