

УДК: 616.34-008.14/15-036.12-08:615.246.4/.6

Опыт применения препарата Дефенорм в терапии констипационного синдрома

И.Л. Кляритская, И.А. Вильцанюк, И.В. Хуторянская

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** запоры, лечение, слабительные

Констипационный синдром представляет собой весьма распространенное расстройство, которым страдает до 50% населения развитых стран, причем, постепенно утрачивается зависимость от пола, возраста, географических и этнических особенностей. Запор принято рассматривать как нарушение процесса опорожнения кишечника, проявляющееся в виде увеличения интервалов между актами дефекации, затруднения акта дефекации или систематического недостаточного опорожнения кишечника. Индивидуальная физиологическая норма частоты стула колеблется в пределах от 3 раз в сутки (примерно у 6% здоровых людей) до 1 раза в 3 дня (также примерно у 6% обследованных), что обусловлено преимущественно наследственными факторами, включающими особенности кишечной секреции и перистальтики, а также связаны с характером питания и физической активности. Запор может носить характер временного (эпизодического) и длительного (хронического, продолжающегося более 6 месяцев). О наличии констипационный синдром у пациента правомерно говорить при наличии хотя бы двух из названных признаков в течение последних 3–х месяцев: два и менее акта дефекации в неделю; натуживание, занимающее более трети времени дефекации; плотная, в виде комочков, консистенция кала; чувство неполного опорожнения кишечника. В значительной части случаев при хроническом запоре можно отметить невротизацию пациентов и мнительность. В ряде случаев большую проблему представляет собой формирование зависимости от слабительных и клизм.

Запор может носить характер идиопатического или развиваться как сопутствующее расстройство на фоне многих патологических состояний. В целом, в зависи-

мости от происхождения, запоры можно разделить на связанные с колоректальной патологией и обусловленные внекишечными расстройствами. Запоры, связанные с колоректальной патологией, отражают нарушение транспортно-эвакуаторной функции толстой кишки. Непосредственными причинами служат изменения со стороны толстой кишки, как структурного (стриктуры, дивертикулы, болезнь Гиршпрунга, опухоли, ректоцеле), так и функционального характера (замедленный транзит содержимого).

Запор вследствие «замедленного транзита» в виде идиопатического варианта, как правило, чаще наблюдается у женщин. Многим из этих пациентов ставится диагноз синдрома раздраженной кишки, вариант с преобладанием запоров. Существенно чаще встречаются варианты вторичного запора с замедленным транзитом на фоне различных внекишечных расстройств.

При запоре вследствие замедленного транзита характерные клинические признаки «обструкции выхода» не выявляются. Позывы на стул редкие, время натуживания не увеличено.

При анализе возможных причин нарушения стула нельзя забывать о том, что у некоторых пациентов запор обусловлен неправильным питанием (малое содержание растительных волокон в пище), низкой физической активностью или неадекватным вниманием к своим физиологическим отправлениям. Закрепляющим действием обладают крепкий кофе и чай, какао, творог, рис, гранаты, груши, айва, вязжущие продукты, шоколад, мучное.

В практике наиболее частыми причинами запора служат гипотиреоз и сахарный диабет. Нарушение моторной активности кишечника также выступает в качестве важной составляющей клинической картины различных неврологических заболе-

ваний – рассеянного склероза, дисциркуляторных и травматических повреждений головного и спинного мозга, полинейропатий, болезни Паркинсона.

В ряде случаев запор развивается на почве психических заболеваний и психологических расстройств – депрессии, психоза, нервной анорексии, нарушений в сексуальной сфере.

Необходимо помнить о том, что многие лекарственные препараты могут вызывать нежелательный эффект в виде подавления активности автономной нервной системы кишечника, замедления перистальтики, снижения секреции воды и электролитов и развития запора. Это наиболее характерно для холинолитиков, антидепрессантов, некоторых антацидов и слабительных, препаратов железа, опиатов.

Принципиально важно проводить различие между временным и хроническим характером запора. Уже указывалось, что условной границей между ними служит 6-месячный рубеж. Временная задержка стула далеко не во всех случаях выступает как признак серьезного самостоятельного заболевания. Причиной временного запора могут быть изменение условий быта и характера пищи, эмоциональный стресс, наличие не комфортных условий для дефекации (при постельном режиме, путешествии), побочное действие лекарств. Запор беременных женщин, развивающийся в третьем триместре вследствие угнетения перистальтики под влиянием прогестерона, также является временным. Онкологическую настороженность следует проявлять при развитии запора у пациента среднего или пожилого возраста на протяжении последних недель, в особенности если нарушения стула сочетаются с «симптомами тревоги».

Лечение пациентов с констипационным синдромом требует обоснованного и диф-

ференцированного подхода. Так как лечение подчас проводится в течение многих лет, важно помнить о физиологичности, переносимости и безопасности назначаемого препарата. Все лечебные средства, применяющиеся у больных с запором, можно разделить на следующие группы:

- 1) диета с повышенным содержанием растительных волокон и объемные агенты;
- 2) диета с пониженным содержанием растительных волокон («низкошлаковая»);
- 3) осмотические слабительные;
- 4) препараты, повышающие перистальтическую активность кишечника за счет стимуляции нервных окончаний слизистой;
- 5) прокинетики;
- 6) средства размягчающие каловые массы.

Объемные агенты представляют собой волокна с высокой способностью к абсорбции воды (целлюлоза, гемицеллюлоза, лигнин, пектин, гумми, волокна подорожника), благодаря чему они увеличивают массу фекалий. Под действием кишечной микрофлоры из этих волокон образуются осмотически активные вещества, привлекающие жидкость в просвет кишки. Вместе с тем объемные агенты способны вызывать повышенное газообразование. Вследствие выраженного набухания они противопоказаны при резком нарушении пассажа каловых масс. Лучший эффект такая диета и объемные агенты оказывают при запоре, развивающемся вследствие потребления обедненной волокнами пищи, при условии сохранности перистальтической активности толстой кишки, а также при запоре беременных. Эффект пищевых волокон становится заметен на 3–4-й день применения. Следует помнить, что при пониженной перистальтической активности кишечника («запор с замедленным транзитом») прием большого количества растительных волокон может способствовать резкому вздутию живота.

Действие осмотических слабительных основано на повышении содержания воды в каловых массах и ускорении транзита по кишечнику. К ним относятся сульфат, фосфат и оксид магния, не всасывающиеся моно- и дисахариды (лактоза), производные спирта (сорбитол, глицерол, полиэтиленгликоль. Прием солевых слабительных может провоцировать развитие диареи и нарушений водно-солевого обмена, поэтому предпочтение сегодня отдается спиртовым производным и лактулозе. Эффект от назначения этих средств проявляется уже спустя несколько часов после приема. Отрицательными сторонами осмотических слабительных служит возможность развития серьезных побочных эффектов при длительном (на протяжении 6–12 мес.) применении, включая психологическую зависимость и феномен привыкания. Целесообразно их назначение в ре-

жиме эпизодических приемов. Осмотические слабительные на основе лактулозы и полиэтиленгликоля в сочетании с умеренными дозами объемных агентов можно рекомендовать при запорах у пожилых. Класс стимулирующих слабительных включает препараты, обладающие раздражающим действием, которые повышают секрецию воды и электролитов в просвет кишечника и вызывают прокинети-ческий эффект. К ним относятся антрахиноны (препараты сенны, ревеня, алоэ, крушины), соединения дифенилметана (натрия пикосульфат, бисакодил, фенолфталеин), рицинолиевая кислота (компонент касторового масла). Механизм действия этих препаратов основан на стимуляции нервных окончаний в слизистой оболочке толстой кишки, рефлекторном усилении перистальтики и продукции слизи.

Необходимо знать, что длительное бесконтрольное применение препаратов антрагликозидов может сопровождаться их накоплением в слизистой оболочке кишечника и нервных ганглиях. При этом развиваются дегенеративные изменения слизистой, гладкой мускулатуры и нервных сплетений, которые со временем могут привести к тяжелому угнетению перистальтики и атонии кишечника. Кроме того, при длительном приеме антрагликозиды способны вызывать воспалительные изменения кишечника, вплоть до развития язв.

Стимулирующие слабительные подходят для лечения эпизодических запоров, в частности, у пожилых пациентов при опущении тазового дна, а также при подготовке к инструментальным исследованиям и оперативному лечению. Назначение слабительных противопоказано при острых воспалительных заболеваниях органов брюшной полости, эрозивно-язвенных поражениях кишечника, острой кишечной непроходимости, болях в животе, неуточненного происхождения, дегидратации, декомпенсированной сердечной недостаточности и наличии повышенной чувствительности к препаратам. С большой осторожностью следует подходить к выбору слабительных при беременности и в период лактации.

Материал и методы исследования

Было обследовано 67 пациентов с констипационным синдромом различного генеза в возрасте от 19 до 42 лет. Из них – 43 женщины и 24 мужчины. Средний возраст составил 37,4±9,2 года.

На первом этапе диагностики, оценивали анамнез и проводили подробное физикальное обследование, при котором можно было выявить симптомы внекишечных заболеваний, сопровождающихся нарушением функции кишечника.

Основные лабораторные тесты проводились для выявления гиперкальциемии,

гипокалиемии, степени компенсированности сахарного диабета, гипотиреоза, определяли уровень гемоглобина и СОЭ. Всем пациентам в обязательном порядке проводили ирригоскопию, которая позволяет исключить механическую обструкцию толстой кишки, оценить гаустрацию и перистальтику, выявить наличие мегаколон, дивертикул, аномалий строения.

Пациенты также осматривались проктологом. Специальное обследование начинали с процедуры пальцевого исследования прямой кишки, при котором можно исключить структурные изменения, послужившие причиной механической «обструкции выхода». Сигмоскопия проводилась с целью прямого осмотра слизистой оболочки анального канала, прямой кишки, сигмовидной кишки, для выявления опухолевых и воспалительных стенозов, инфекционных поражений, выпадения геморроидальных узлов, наличие трещин и т.д. По показаниям проводилась колоноскопия с целью прямого осмотра слизистой оболочки всей толстой кишки.

Всем пациентам с лечебной целью назначался слабительный препарат растительного происхождения Дефенорм ВАТ "Київський вітамінний завод" по 2 капсулы (1000 мг) 3 раза в сутки, с рекомендацией запивать достаточным количеством жидкости (не менее 1,5 л в сутки). Все пациенты были разделены на две группы: в первой группе лечение Дефенормом проводилось в виде монотерапии (41 пациент), во 2 группе он комбинировался с препаратом лактулозы или производными дифенилметана (26 пациентов с сопутствующей патологией).

Доза препарата и длительность лечения подбирались индивидуально, в зависимости от клинического эффекта.

Результаты исследования

При оценке этиологии констипационного синдрома в группе обследованных пациентов сложно выявить четкое преобладание какого-то одного фактора, так как все они в той или иной степени сочетаются друг с другом. Однако, нам удалось определить наличие и превалирование некоторых факторов связанных с привычками и образом жизни пациентов. Анализ причин, приводящих к запорам у пациентов молодого возраста без сопутствующей патологии выявил преобладание нервно-психических перенапряжений, а также гиподинамии и диеты с недостатком растительной клетчатки (рис. 1).

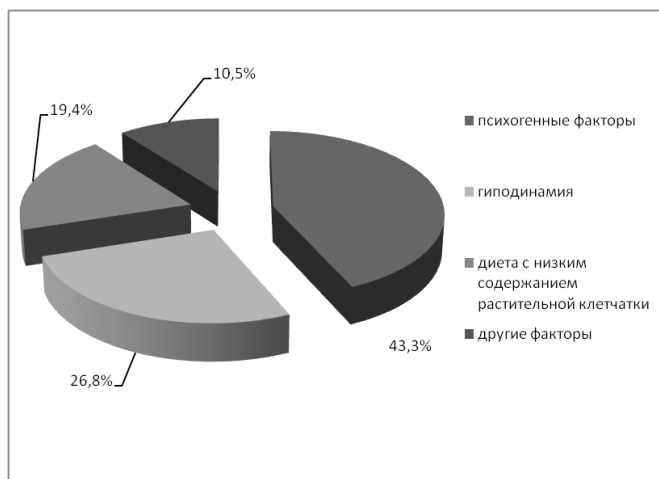


Рис. 1: Удельный вес различных этиологических факторов, приводящих к запорам

Эффективное лечение запора зависит, прежде всего, от понимания причины и патофизиологического механизма его развития. С учетом этого факта, перед началом лечения, пациентам должны даваться стандартные рекомендации касательно пищевого рациона и двигательной активности. Немаловажным является также эмпирический опыт самих пациентов при решении вопроса о назначении тех или иных слабительных препаратов.

Проведенный опрос позволил выявить, что 61,2% пациентов (41 человек) имеют опыт самостоятельного приема слабительных препаратов (рис. 2). Исходя из полученных данных наибольшее предпочтение в самолечении запора отдается антрагликозидам. При этом, все опрошенные считали их безобидными натуральными препаратами, которые даже «полезно» принимать по причине их растительного происхождения. Вторую группу по частоте приема составили производные дифенилметана (натрия пикосульфат, бисакодил), которые пациенты принимают благодаря рекламе в средствах массовой информации или рекомендации сотрудни-

ков аптеки. (желательно – не менее 2 л в сутки); ежедневная физическая активность (она способствует повышению перистальтической активности) и следование правилу регулярного опорожнения кишечника. Целесообразно во время завтрака принимать достаточное количество теплой пищи и жидкости для стимуляции гастроцекального рефлекса. Не следует игнорировать позывы на дефекацию, так как вследствие этого может наблюдаться снижение порога возбудимости рецепторов прямой кишки.

Лечебное действие диеты с высоким содержанием растительных волокон (до 30 г/сут.) основано на увеличении объема каловых масс, при этом их консистенция становится мягкой, что способствует налаживанию перистальтики. Такая диета должна сочетаться с достаточным употреблением жидкости (не менее 2 л в сутки). Обычное содержание волокон в рационе 15–20 г в сутки. Повысить их содержание в пище позволяет включение в рацион отрубей, зерновых, бобовых, черносслива, яблок и груш, сырых овощей, бахчевых культур, морской капусты, ко-

требования к нормализации пищевого рациона, можно выполнять более эффективно с использованием лекарственных препаратов, содержащих природные или синтетические пищевые волокна – так называемые, «объемные агенты», которые позволяют в более короткие сроки нормализовать пассаж по кишечнику физиологическим способом. Представителем этой группы препаратов является препарат Дефенорм.

Применение этого препарата у обследованных нами пациентов позволило получить положительный эффект при монотерапии в 92,7%, а при комбинации с другими слабительными в 100% случаев. Побочные эффекты в виде выраженного метеоризма регистрировались у 3 пациентов в группе, где проводилась монотерапия. Эффект от лечения наблюдался на $3,94 \pm 1,12$ сутки у пациентов первой группы и на $2,04 \pm 0,89$ сутки у пациентов принимавших комбинированное лечение. Слабительные препараты нельзя рассматривать как в виде безвредного для организма лекарственного вещества, даже если они имеют растительное происхождение. В большинстве случаев бывает достаточно только правильного питания, лечебной физкультуры и гигиенического образа жизни для возобновления регулярной деятельности кишечника, но при упорных запорах их ликвидация становится возможной лишь с помощью слабительных средств. При их назначении следует учитывать этиологию запора, его характер, длительность течения, состояние нервно-мышечного аппарата кишечника, наличие или отсутствие воспалительных изменений в кишечном тракте, а также в остальных органах и, наконец, индивидуальные особенности больных и переносимость ими тех или иных слабительных.

Выводы

1. Дифференцированный подход к выбору слабительных средств, позволяет склониться к выбору тех препаратов, которые наиболее физиологично действуют и способствуют появлению обильного стула без каких-либо побочных явлений, т. е. без болей, тенезмов и диспепсических явлений.
2. Препарат Дефенорм является достаточным и растительно безопасным препаратом и эффективным маслом также при комбинации с другими слабительными (препараты лактулозы), особенно у пациентов молодого возраста при функциональном запоре.

Литература

1. Иващенко В.Т., ред. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – Изд. «Литтерра», Москва. – 2003г. – 89с.
2. Баранская Е. К. Запоры // *Concilium Provisorum*.— 2001.— Том 1, № 4.
3. Григорьева П. А., Яковенко Э. П. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению // *Терап. архив*.— 1996.— Т. 8.— № 2.— С. 27–30.

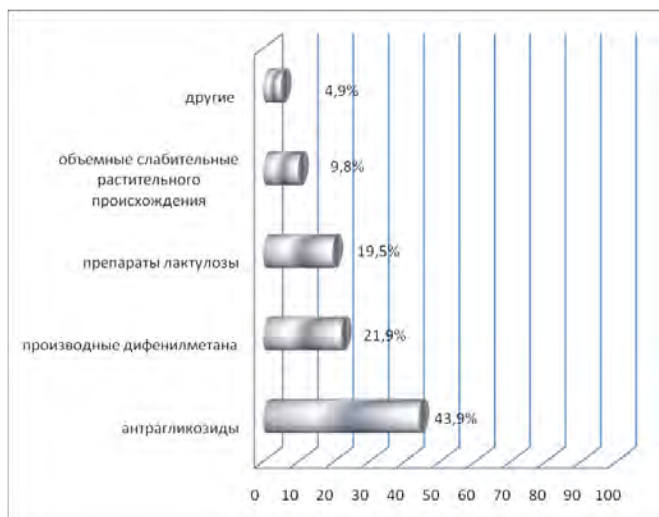


Рис. 2: Структура слабительных средств, которым отдают предпочтение пациенты в порядке самолечения

4. Губергриц Н. Б. Проблема запоров в терапевтической практике // *Здоров'я України*.— 2004.— № 3.— С. 28.
 5. Дюкро Ф. Запор: диагностика и тактика ведения больных // *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*.— 2002.— № 9.— С. 35–37.
 6. Златкина А. Р. Проблемы выбора слабительных средств в лечении хронических запоров // *Фарматека*.— 2002.— № 9.— С. 53–56.
 7. Маев И. В. Хронический запор // *Лечащий врач*.— 2001.— № 7.— С. 53–59.
 8. Фадесенко Г. А. Функціональні захворювання органів травлення // *Сучасна гастроентерологія*.— 2001.— № 2.— С. 7–10.
 9. Füsgen I., Schumann C. *Clinical aspects and application of Defenorm preparation for patients with this treatment of constipation* / Hanover: Curt R. Vincentz Verlag, 2001. - 56 p.
 10. Hallmann F. Toxicity of commonly used Laxative/ *Med Sci Monit*.— 2000.— № 6.— P. 618–628.
- Experience|tentative| of application of preparation of Defenorm is in therapy of constipatio syndrome
 Klyaritskaya I.L., Vilsanyuk I.A., Khutoryanskaya I.V.
- Keywords: constipatio, treatment|treating|, laxatives
 In the article modern looks are presented|represent| to therapy of constipatio | syndrome and results of application of Defenorm preparation for patients with this pathology.
- Досвід|дослід| застосування|вживання| препарату Дефенорм в терапії констипаційного| синдрому
 Кляритська І.Л., Вільцанюк І.О., Хуторянська І.В.
- Ключові|джерельні| слова: закреп, лікування, послаблюючі засоби|кошти|
 У статті представлені|уявляти| сучасні погляди на терапію констипаційного| синдрому і результати застосування|вживання| препарату Дефенорм у пацієнтів з|із| даною патологією.

Досвід застосування препарату Дефенорм в терапії констипаційного синдрому

І.Л. Кляритська, І.О. Вільцанюк, І.В. Хуторянська

У статті представлені сучасні погляди на терапію констипаційного синдрому і результати застосування препарату Дефенорм у пацієнтів з даною патологією.

Ключові слова: закреп, лікування, послаблюючі засоби

Experience of application of Defenorm preparation in therapy of constipation syndrome

I.L. Klyaritskaya, I.A. Vilsanyuk, I.V. Khutoryanskaya

In the article modern looks are presented to therapy of constipation syndrome and results of application of Defenorm preparation for patients with this pathology.

Keywords: constipation, treatment, laxatives