

# Запор как проблема МИРОВОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ



Запор, как и подавляющее большинство заболеваний в настоящее время, ассоциируется с цивилизацией и урбанизацией. В промышленно развитых странах, по данным публикации 2000 г. в Британском медицинском журнале, задержкой стула страдает 2% населения молодого возраста, 18% — среднего и 30% населения пожилого возраста. В Германии запор отмечается у каждого третьего взрослого жителя, в Великобритании — уже у более половины всех взрослых. О серьезности проблемы свидетельствует и постоянное увеличение количества международных исследований и публикаций, посвященных функциональным нарушениям желудочно-кишечного тракта, и в первую очередь запору. О проблеме запора и способах ее решения рассказывает д.м.н., профессор ВМА им. С.М.Кирова Евгений Иванович САС.

**[?]** — Евгений Иванович, с чем связано, что такое, казалось бы, несерьезное страдание, как запор, становится мировой проблемой?

— Одной из причин превращения запора в болезнь цивилизации является как раз не вполне адекватное отношение общества к этой проблеме.

Запор не считается достаточным поводом для обращения к врачу, не является заболеванием, которое принято обсуждать с друзьями. Известно, что только один из четырех пациентов, страдающих задержкой стула, обращается к специалисту. Остальные ограничиваются советами знакомых, чтением популярной медицинской литературы либо консультацией фармацевта в аптеке. Таким образом, лишь 25% наших пациентов получают врачебную помощь (мы не можем говорить о качестве, тем не менее она врачебная), а 75%, как правило, лишь периодически пытаются компенсировать это состояние.

**[?]** — Какое состояние может быть признано запором, нуждающимся в помощи специалиста?

— Здесь есть довольно четкий критерий: стул реже 3-х раз в неделю. Кроме того, дефекация, сопровождаемая натуживанием, чувством неполного опорожнения, уменьшение количества и изменение качества стула в сторону твердости и сухости также свидетельствуют о запоре. С этим связано введение так называемой Бристольской шкалы, которая позволяет провести оценку стула от водянистого при диарее до бобовидного при запорах.

Для решения практических задач терапии полезными являются дополнительные классификации. Так, существует понятие эпизодического запора, длящегося эпизодами в течение 6 месяцев. Наверное, с ним сталкивался каждый человек в своей жизни. Например, во время путешествия, когда изменение условий проживания и характера питания могут вызвать задержку стула. Помимо этого, причинами эпизодического запора могут быть стрессовые ситуации, повышенный объем работы. Как правило, с исчезновением провоцирующего фактора нивелируется и запор. Тем не менее эпизоди-

ческие запоры требуют терапевтического вмешательства в виде симптоматических слабительных средств, которые разрешают ситуацию. Хронические запоры продолжаются более 6 месяцев и являются следствием каких-то патологических процессов в организме человека или постоянного воздействия негативных внешних факторов.

**[?]** — Каков патогенез запора?

— При запоре, как правило, изменяются все три функции толстой кишки: моторная, абсорбционная и секреторная. Первая — это, безусловно, моторная. Выделяется 4 основных типа сокращений толстой кишки: сегментирующие, перистальтические, масс-сокращения и антиперистальтические. В норме они присутствуют в определенной пропорции, при запоре начинают преобладать непропульсивные сегментирующие и антиперистальтические сокращения, снижается пропульсивная активность и повышается тонус сфинктеров.

Одна из основных функций толстой кишки — обратное всасывание воды. 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 и микролитов, которые не должны быть потеряны. Кишка продолжает выполнять свою абсорбционную функцию даже в условиях замедления продвижения каловых масс, и это приводит к их высыханию, изменению свойств, уменьшению объема. А объем каловых масс — основной раздражающий фактор для сокращений кишки, она реагирует на объем кишечного содержимого. Таким образом, замыкается патологический круг — снижение перистальтики — уменьшение объема — усугубление запора. Третья функция — 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 — зави-

сит 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, можно сказать, что запоры возникают вследствие нарушения моторной функции кишечной стенки, высыхания каловых масс и несоответствия объемов толстой кишки и кишечного содержимого.

Вторичными являются ослабление позывов к дефекации и изменения структуры кишечника и других органов пищеварения, препятствующие нормальному продвижению кала.

**[?]** — *Какие в настоящее время существуют классификации запоров? Что они дают практическому врачу?*

— Помимо уже упоминавшейся классификации по признаку продолжительности заболевания, запоры подразделяются в зависимости от механизма развития. Первичный (собственно запор) возникает на фоне повышенной активности сегментарных сокращений, нарушения пропульсивной активности толстой кишки (инертная толстая кишка) или диссинергии тазового дна.

Вторичный запор является следствием заболевания. Это могут быть опухоли, полипы кишки, заболевания других органов. Классическим примером в данном случае служит гипотиреоз, который всегда сопровождается снижением моторики.

Весьма распространена классификация по этиологическому принципу, включающая от 15 до 20 вариантов запоров: алиментарные, неврогенные, дискинетические, воспалительные, медикаментозные, эндокринные и т.д. В этой связи отдельно хочется выделить медикаментозные запоры. Нередко терапия, которую мы предлагаем нашим пациентам в связи с другими заболеваниями, вызывает развитие запоров в качестве побочного эффекта. Невозможность отменить препараты, назначенные по жизненным показаниям, приводят нас к сложным ситуациям, когда надо одновременно лечить пациента и компенсировать побочные явления.

Весьма важной для выработки тактики лечения представляется следующая классификация: кологенные (с гипермоторной дискинезией или с гипомоторной дискинезией) и проктогенные запоры. При кологенных с гипермоторной активностью возникает спазм, который мешает функциональной активности. В этом случае лечение должно заключаться в применении мощных спазмолитиков. Прямо противоположное состояние — гипомоторная дискинезия кишки, когда ее недостаточная активность приводит к запорам. Применение спазмолитиков в данной ситуации может лишь усугубить процесс и привести к осложнениям. Проктогенные запоры возникают вследствие заболеваний ор-

ганов тазового дна, которые рефлекторно влияют на моторику, например при обострении геморроя, трещинах прямой кишки, гинекологических заболеваниях. Воспалительная реакция передается на кишечную стенку, в значительной степени из-за болевых ощущений тормозится моторика верхних отделов кишечника.

По стадии компенсации выделяют компенсированные, субкомпенсированные, декомпенсированные запоры. До недавнего времени к субкомпенсированным относились запоры с частотой стула не реже 1 раза в 10 дней, сейчас критерий пересмотрен, и к этой категории относят пациентов, имеющих стул не реже чем раз в 7 дней. Пересмотр критериев был выявлением сильной корреляционной связи между запором и последующим развитием колоректального рака. На Европейской гастроэнтерологической неделе 2009 г. этой проблеме было посвящено очень большое количество докладов.

Также весьма актуальной в настоящее время представляется связь запоров с психическими заболеваниями. Широко обсуждается такая проблема, как синдром раздраженного кишечника (СРК), балансирующий на тонкой грани между психосоматическим заболеванием и соматическим проявлением психического заболевания. Без стресса в принципе жизнь невозможна. Как говорил Селье, «стресс — это вкус и запах жизни», только вся эта гамма чувств и ощущений позволяет нам приходить в отчаяние и восторг. Но когда амплитуда чересчур велика, некоторые люди не выдерживают, и это приводит либо к психиатрическим состояниям, либо к формированию психосоматического заболевания, в данном случае СРК. Именно здесь может быть точка применения симптоматической терапии — слабительных препаратов. Вовремя принятые средства приводят к разрыву патологической цепочки, не формируется доминанта заболевания, что позволяет на этом этапе прервать формирование заболевания либо отсрочить его.

Говоря о запорах, необходимо упомянуть о таком физиологическом состоянии, как беременность. Беременности очень часто сопутствуют запоры, потому что иннервация матки и нижней части кишечника происходит из одного отдела спинного мозга. Поэтому физиологический процесс, направленный на снижение тонуса матки, создает условия для задержки стула и требует рациональной терапии.

**[?]** — *Чем опасен запор?*

— Запор опасен развитием осложнений: вторичного колита, проктосигмоидита, геморроя, анальных трещин, парапроктита и самого грозного заболевания — колоректального рака. Следует отдельно отметить, что проблемы со стулом могут негативно сказываться и на состоянии всего организма: запоры способствуют активации условно-патогенной микрофлоры, нарушению функционального состояния микробно-тканевого комплекса и в дальнейшем изменению иммунной системы организма и липидно-угле-

водного метаболизма. 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.

**[?]** — *Какие Вы можете дать рекомендации по выбору адекватной терапии запоров?*

— Как ни банально это звучит, но в первую очередь надо начинать с изменения образа жизни. Есть четкая связь гиподинамии и развития запора, даже для молодых людей проведение более 8 ч в сидячем положении является фактором развития запора. Человек должен в норме проходить в сутки от 8 до 10 км, это его нормальная функциональная активность, которая должна сопровождаться активностью кишечника. Изменение внутрибрюшного давления на фоне слабости мышц пресса тоже способствует формированию запоров. Таким образом, необходима достаточная физическая активность днем и глубокий сон. Необходимость полноценного сна обусловлена тем, что ночь — время активности парасимпатической нервной системы, которая способствует синхронизации работы органов желудочно-кишечного тракта, в том числе и кишечника.

Следующее — это, безусловно, питание. Существует ряд продуктов, которые способствуют нормализации моторно-эвакуаторных свойств кишечника: овощи, сухофрукты, отруби, натуральные минеральные воды, кисломолочные продукты. Соленья и маринады стимулируют моторику, но противопоказаны при большинстве гастроэнтерологических заболеваний. Жиры, которые стимулируют выделение желчи и моторику кишечника, могут рассматриваться с большими ограничениями, поскольку их употребление ограничивается при хроническом панкреатите и холецистите. Белье сухие натуральные вина могут стимулировать моторику кишечника, но при их употреблении часто возникают трудности с дозировкой.

В лечении запоров активно применяется медикаментозная терапия.

Все слабительные препараты подразделяются на 4 группы. Первая — раздражающие средства, усиливающие секрецию, влияющие на эпителиальные, гладкомышечные, нервные клетки. Сюда относятся препараты антрахинона и производные диметилметана. Вторая группа — осмотические вещества, которые за счет повышения осмотического давления в кишечнике стимулируют выход воды в просвет кишки и увеличение объема каловых масс. Третья — средства, увеличивающие объем кишечного содержимого, — отруби и семя подорожника, и наконец, четвертая группа — размягчающие каловые массы средства: минеральные масла.

Наиболее часто употребляемыми являются препараты первой группы, потому что они очень быстро и надежно достигают эффекта. Однако внутри группы они имеют четкое разделение.

Антрагликозидные слабительные препараты имеют большое количество побочных эффектов, начиная с развития дистрофических воспалительных и атрофических изменений слизистой, токсического воздействия на печень и почки, диспепсических расстройств, развития меланоза слизистой толстой кишки до тератогенного эффекта. Препараты дифенилметана (Дульколак) и пикосульфат натрия (Гутталакс) лишены этих побочных действий. Гутталакс является пролекарством и метаболизируется кишечной микрофлорой с отщеплением молекулы пикосульфатного радикала и образованием активного дифенола, который обладает раздражающим эффектом на слизистую оболочку, проявляющимся увеличением секреторной активности, увеличением кишечного содержимого и стимуляцией моторики кишечника. Прием Гутталакса позволяет воздействовать на моторику и нормализовать ее активность независимо от этиологии запоров. Преимуществом препарата является, прежде всего, управляемость эффектом, который наступает в течение 6–12 ч и который можно модулировать изменением дозировки. Второе — это безопасность приема, препарат разрешен для приема детям с 4 лет, не проникает в грудное молоко, не были отмечены побочные эффекты у беременных, но в инструкции указывается на необходимость консультации со специалистом в первом триместре. Гутталакс не всасывается в системный кровоток, поэтому комбинация с другими препаратами является эффективной и безопасной. Эффекты препарата локализуются преимущественно на уровне толстой кишки.

Показаниями для приема Гутталакса являются гипотония толстой кишки у пациентов пожилого возраста и, что очень важно, запоры у лежачих больных. Этот же препарат может применяться для нормализации стула при обострении геморроя, проктита, анальных трещинах, при подготовке к инструментальным и рентгенологическим исследованиям в комбинации с препаратами, которые устраняют явления метеоризма и повышенного газообразования.

Необходимо отметить как сходство действия Гутталакса и Дульколакса, так и разнообразие фармакологических форм. Так, Дульколак выпускается в виде таблеток, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, и ректальных свечей, в то время как Гутталакс — в виде капель.

Таким образом, у врачей в арсенале находятся различные галенические формы, сходные по механизму действия, а главное — по безопасности и эффективности двух препаратов, что позволяет выбрать необходимую в зависимости от клинической ситуации.

