

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ЗАПОРОВ

А. В. Тумаренко, В. В. Скворцов

Кафедра пропедевтики внутренних болезней ВолгГМУ

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 (менее 100 г) и повышенной плотности кала.

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.

Нарушения двигательной функции кишечника, способствующие возникновению запоров, могут быть вызваны многими причинами. Прежде всего, это разнообразные неврогенные факторы. К ним относится так называемая 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 желёз внутренней секреции (щитовидной железы, надпочечников и др.) в связи с усилением или ослаблением гормонального влияния на движения кишечника могут возникать запоры.

Расстройства кровообращения в сосудах кишечника при атеросклерозе и других сосу-

дистых 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 (альмагель).

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

I. Первичный запор (при заболеваниях кишечника):

а) функциональный запор (или привычный):

1) ректальный запор (дисхезия) – резкое ослабление или исчезновение рефлекса дефекации;

2) кологенный запор – замедление кишечного пассажа химуса как проявление

дискинетических нарушений при синдроме раздраженной кишки;

б) органический запор. Развивается при структурных поражениях кишечника:

- 1) колитах;
- 2) дисбактериозе кишечника;
- 3) трещине заднего прохода, геморрое, криптите, папиллите;
- 4) рубцовых изменениях толстой кишки;
- 5) опущении промежности и выпадении слизистой оболочки прямой кишки;
- 6) раке и доброкачественных опухолях кишечника;
- 7) удлинненной толстой кишке;
- 8) идиопатическом мегаколоне и других заболеваниях

II. Вторичный запор (вызван внекишечными причинами):

а) рефлексорный (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 др. 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;

III. 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.

Диагностический поиск при запорах должен включать 2 этапа:

I этап нацелен на исключение органической патологии толстой кишки. В него входит общеклиническое исследование, пальце-

вое исследование толстой кишки и ректороманоскопия, ирригоскопия и/или колоноскопия, осмотр гинеколога для женщин и уролога для мужчин.

II 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. Способствуют опорожнению кишечника 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, так как 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 приём отрубей. Нельзя забывать у больных, страдающих запорами 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 её можно использовать в тёплом виде.

При лечении запоров не следует пренебрегать лекарственными травами (фитотера-

пия). 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 остролистая, 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.

Медикаментозную терапию назначают с учетом особенностей нарушения моторики. При гипомоторной дискинезии показаны прокинетики – метоклопрамид (реглан, церукал), мотилиум (домперидон), 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 том числе препараты хенодезоксиголевой и урсодезоксиголевой 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 объём кишечного содержимого;

A06AD Осмотические слабительные;

A06AG Слабительные препараты в клизмах;

A06AX Прочие слабительные.

Осмотические, или солевые, слабительные содержат невсасывающийся дисахарид лактулозу (дюфалак) или высокомолекулярные полимеры, способные удерживать молекулы воды (форлак). 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. В отличие от большинства слабительных средств эти препараты не раздражают слизистую оболочку толстой кишки и не вызывают привыкания, поэтому могут применяться длительно. Дюфалак назначают по 1 десертной ложке на ночь, форлак – на ночь по 10–20 г (1–2 пакетика), предварительно растворив в воде.

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), синтетические соединения (бисакодил, дульколак, гутталакс, лаксигал, слабилен и др.) и солевые слабительные [сульфат натрия (глауберова соль), сульфат магния, карловарская соль и др.].

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.

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 оливковое масло, жидкий парафин, норгалакс, энимакс. Боль-

шинство 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.

При функциональных запорах, запорах у пожилых людей, особенно протекающих на фоне дисбиотических процессов, оправдано применение комбинации прокинетики с эубиотиками (средствами, нормализующими бактериальную флору кишечника).

В настоящее время в гастроэнтерологии все чаще используется МИКРОЛАКС® – уникальное и безопасное слабительное средство быстрого действия. Препарат используется в виде микроклизмы и представляет собой емкость с гибким наконечником-аппликатором, с закругленными краями. Это позволяет ввести слабительное средство безопасно. Взрослым необходимо вводить наконечник на всю его длину, детям – наполовину. Для удобства постановки клизмы МИКРОЛАКС® детям до 3 лет на аппликатор нанесена отметка, соответствующая необходимой глубине введения в прямую кишку.

МИКРОЛАКС® (5 мл) содержит 450 мг цитрата натрия, 45 мг лаурилсульфоацетата натрия, 3,125 г сорбитола, глицерин, сорбиновую кислоту и воду. Основные действующие вещества: лаурилсульфоацетат натрия (0,90 % вес/объем) и цитрат натрия (9,0 % вес/объем).

Натриевая соль лимонной кислоты (цитрат натрия) является одним из самых эффективных осмотических слабительных веществ (по эффективности уступает только цитрату магния). Слабительное действие обусловлено возникновением осмотического

дисбаланса, в результате чего связанная вода каловых масс вытесняется и поступает в толстую кишку. Увеличение количества воды способствует разжижению каловых масс.

Комбинированное действие компонентов препарата «Микролакс» способствует смягчению твердых каловых масс и устранению запора за очень короткий период времени (обычно от 2 до 15 минут).

Компоненты препарата МИКРОЛАКС® не абсорбируются организмом, не распределяются по нему и не усваиваются, все компоненты выводятся с каловыми массами.

Микроклизма МИКРОЛАКС® была создана в Швеции для компании «Pharmacia». Ее разработчиками являются Поль Гуннар Эмбринг из Уппсалы и Пер Ове Маттссон из Стокгольма. Изначально препарат был задуман как средство для очищения кишечника перед рентгенографическим исследованием «без риска нарушить баланс жидкости в организме». На российском рынке Микролакс успешно представлен с 1999 г.

По АТХ МИКРОЛАКС® относится к разделу «А06 Слабительные» и имеет код «А06AG11 Лаурила сульфат, в том числе в комбинации с другими препаратами».

Фирмы-производители МИКРОЛАКС® – «Пфайзер Хелс АБ», Швеция, «McNeil AB», Швеция, «Фамар Орлеан», Франция (Джонсон & Джонсон).

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. Григорьев, П. Я. Запор: от симптома к диагнозу и адекватному лечению / П. Я. Григорьев, Э. П. Яковенко // Тер. архив. – 1996. – Т. 68, № 2. – С. 27–30.
2. Григорьева Г. А. Запор и современные слабительные средства / Г. А. Григорьева // Клиническая медицина. – 1997. – Т. 75, № 1. – С. 52–56.
3. Диагностика и лечение синдрома раздраженной кишки с преобладанием запоров: фокус на лактулозу / В. В. Скворцов [и др.] // Поликлиника. – 2011. – № 2. – С. 71–74.
4. Лоранская И. Д. Запор – новые решения старой проблемы / И. Д. Лоранская // РМЖ. – 2007. – № 1. – С. 16–20.
5. Материалы сайта <http://www.microlax.ru>.
6. Пасечников В. Д. Современные представления об этиологии, патофизиологии и лечении функционального запора / В. Д. Пасечников // Клин. персп. в гастроэнтерол., гепатологии. – 2003. – № 2. – С. 24–30.
7. Питер Р. Мак Нелли. Секреты гастроэнтерологии / Питер Р. Мак Нелли. – М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 1999. – 454 с.
8. Плотникова Е. Ю. Современные представления о запоре / Е. Ю. Плотникова // Лечащий врач. – 2015. – № 8.
9. Румянцев В. Г. Хронические запоры: подходы к диагностике и терапии / В. Г. Румянцев // ГНЦ колопроктологии МЗ РФ. – М., 1997.
10. Скворцов, В. В. Современные проблемы комплексного лечения хронических запоров / В. В. Скворцов, А. В. Тумаренко, Е. М. Скворцова // Справочник врача общей практики. – 2010. – № 3. – С. 35–38.
11. Современные проблемы комплексной терапии запоров / В. В. Скворцов [и др.] // Лечащий врач. – 2009. – № 8. – С. 49–53.
12. Хаммад Е. В. Хронический запор (тактика совершенствования диагностики и лечения) // Автореф. канд. дис. – М., 1998. – 24 с.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПОДГОТОВКИ
ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА К ИССЛЕДОВАНИЯМ

Д. Н. Емельянов, Р. Г. Мязин, А. В. Гушул, И. Ю. Стаценко, О. Ю. Свириденко

**Кафедра пропедевтики внутренних болезней, Клиника № 1 ВолгГМУ,
курс эндоскопии и эндохирургии ФУВ**

Пищеварительный тракт человека – многокомпонентная система. Одним из важнейших его элементов является кишечник – полый орган брюшной полости, выполняющий функции пищеварения и выделения. Анатомически в нём выделяют два основных сегмента: тонкую и толстую кишку. Нижняя часть кишечника – толстая кишка, располагается в брюшной полости и в полости малого таза, её длина колеблется от 1,5 до 2 м. Стенка толстой кишки состоит из трех слоев: слизистого, мышечного и серозного [5]. В толстом кишечнике осуществляется всасы-

вание воды и солей, синтез витаминов К и В, пассаж химуса, формирование из пищевой кашицы кала и выведение его наружу [4].

Толстый кишечник состоит из нескольких отделов и начинается коротким отрезком, расположенным ниже выходного отверстия подвздошной кишки. От него отходит червеобразный отросток (аппендикс, или слепая кишка) длиной 8–13 см. Участок толстой кишки выше слепой, расположенный в средне-нижнем этаже брюшной полости и опоясывающий ее, является ободочной кишкой, ее длина до 1,5 м, диаметр 6–7 см [5].