

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАПОРОМ

П. А. Бакумов, А. В. Сабанов

**Кафедра профессиональных болезней
с курсом общей врачебной практики (семейная медицина) ФУВ,
кафедра терапии и эндокринологии ФУВ ВолгГМУ**

Сегодня в связи с увеличением населения пожилого возраста и в связи с этим частоты запоров комплекс симптомов запора является центральным в повседневной врачебной практике. Современные представления о лечении запора основываются на методах специальной диагностики и тщательном терапевтическом подходе.

Запор – «широко распространенное явление, но при всех обстоятельствах оборачивается печальным, тяжелым обременительным вредом для пациента» (Strahl, 1851 г.). Это утверждение, сделанное в XIX в., ни в коей мере не утратило своей значимости с течением времени. Более того, многие люди не рассматривают опорожнение кишечника объективно и откровенно, несмотря на то, что запор влечет за собой серьезные последствия.

Значительные проблемы в исследованиях, посвященных опросу больных, свидетельствуют о больших трудностях и часто встречаемых проблемах, связанных с актом дефекации [5]. Больные годами не делятся своими проблемами из чувства стыда. Однако не только пациенты, но иногда даже врачи избегают обсуждения проблем, связанных с нарушением акта дефекации.

Незамедлительное назначение слабительных является простым, но, безусловно, ложным терапевтическим путем. Слабительные часто выписываются и применяются безосновательно. Наиболее часто используются слабительные стимулирующего типа действия. Это утверждение справедливо как для самолечения, так и для врачебных рекомендаций.

Причиной активного употребления слабительных являются ложные представления о значении частоты стула для дефекации: до

50 % женщин и до 25 % мужчин жалуются на якобы задержку стула. Добавим, что пренебрежение возможными побочными эффектами увеличивает неконтрольное использование слабительных.

Запор – это довольно неопределенный термин, используемый пациентами и врачами в различном значении [14]. Считается, что запор, развившийся в течение нескольких часов, дней или недель, определяется как острый запор, а запор, продолжающийся более трех месяцев, согласно клиническому опыту, как хронический.

В медицине «нормальной» (согласно прежним исследованиям пациентов без гастроэнтерологических заболеваний) считают частоту дефекаций от трех раз в день до трех раз в неделю [14]. Среди населения частота дефекации один раз в день обычно рассматривается как норма. Однако лишь только $\frac{1}{3}$ населения имеет такую частоту дефекации (табл. 1), а у $\frac{3}{4}$ имеется регулярная дефекация один раз в два дня популяции населения достоверно реже у женщин, чем у мужчин, при этом достоверно у большего количества мужчин, чем у женщин, дефекация происходит чаще, чем 1 раз в день.

Длительное время запор трактовали как продолжительную задержку содержимого кишечника в пищеварительном тракте или задержку эвакуации твердого кала [39]. Однако частота эвакуации каловых масс имеет индивидуальные вариации.

Дефекация необязательно коррелирует с диагнозом запор, но такие симптомы, как боль, натуживание при дефекации или другие трудности, связанные с актом дефекации, являются более важными, чем

твердый стул или чувство неполного опорожнения [5, 9, 29].

Следующей характерной чертой любого запора является уменьшение содержания воды в кале вследствие длительного пребывания

содержимого в толстой кишке. Вес и количество воды в стуле, а также гастроинтестинальное время транзита учитываются для определения запора и постановки его диагноза (табл. 2).

Таблица 1

Частота дефекации в общей популяции населения (как часто у вас бывает стул?)

Частота дефекации	Мужчины (40–69 лет), n = 632, в %	Женщины (40–69 лет), n = 424, в %
0–2 раза в неделю	0,6	3,5
>2–6 раз в неделю	13,7	28,2
1 раз в день	38,0	35,9
1–2 раза в день	39,8	27,5
>2 раза в день	8,2	5,2

Примечание: Модифицировано в соответствии с исследованиями Heaton et al., 1992 г.

Таблица 2

Различие между нормальной эвакуацией кала и запором

Целевой параметр	Нормальные данные	Показания запора
Частота дефекации	3 и > эвакуаций в неделю и от 3 и < эвакуаций в день	3 или < эвакуаций в неделю
Вес стула	35–150 г/день	<35 г/день
Количество воды в стуле	~ 70 %	< 70 %
Время транзита по желудочно-кишечному тракту	1–5 дней	> 5 дней

В 1988 г. и вновь в 1998 гг. Международной группой экспертов детально рассмотрены симптомы функциональных гастроинтестинальных заболеваний («Римские критерии»). Группа экспертов пришла к выводу, что диагноз хронического запора следует ставить при наличии не менее двух следующих симптомов [42]:

- отсутствие дефекации на протяжении не менее 25 % нормального времени испражнения;
- наличие запора не менее 12 месяцев без применения слабительных;
- есть необходимость натуживания;
- твердый или комковатый стул;
- ощущение неполного опорожнения;
- две и меньше дефекации в неделю.

Если суммировать различные мнения, хроническим запором является хроническая блокада каловых масс с задержкой стула в толстой кишке продолжительное время (колоностаз), снижение частоты дефекации (менее 3 раз в неделю), снижение количества стула

(менее 35 грамм в день) и затрудненная, нерегулярная и частая дефекация.

Нормальный стул содержит 70 % воды [39]. При содержании 85 % воды стул полужидкий и при 90 % – жидкий. Плотный кал при запоре содержит лишь около 60 % воды. Содержание жидкости зависит от времени транзита по кишечнику, которое, в свою очередь, определяется характером и количеством пищи.

От 4 до 6 часов после приема пищи содержимое кишечника продвигается из тонкой кишки в слепую кишку благодаря сильным перистальтическим волнам. Последовательное продвижение по толстой кишке обеспечивается мощными кишечными движениями. Это в значительной мере зависит от степени наполнения кишечника, т. е. движения, стимулирующие постепенное продвижение содержимого кишечника, возникают только при достаточном наполнении толстой кишки.

Главное предназначение толстой кишки состоит в концентрации ее содержимого, что обеспечивается благодаря способности слизистой оболочки абсорбировать электролиты и воду – около 2-х литров в день – и ферментировать целлюлозу. Бактериальная флора расщепляет белки и углеводы до уровня их конечных продуктов в слепой кишке и восходящем отделе толстой кишки.

Толстая кишка взрослого человека содержит 1014 бактерий более 400 различных штаммов и подвидов, общий вес которых достигает 1–1,5 кг. При нормальном балансе микробиоциноза протеолитические и сахаролитические бактерии «работают» содружественно, метаболизируя в толстой кишке углеводы и белки до конечных продуктов распада белка и неперевариваемых углеводов [2].

Содержимое толстой кишки относительно быстро продвигается по поперечной ободочной и нисходящему отделу толстой кишки в сигмовидную кишку за счет трех-четырёх перистальтических волн. Содержимое толстой кишки остается здесь для дальнейшего всасывания воды. Только когда сигма достаточно заполнена, начинается акт дефекации.

Существует ряд требований для физиологической эвакуации фекалий в норме: необходим достаточный объем стула для того, чтобы перистальтика толстой кишки и ректальный рефлекс адекватно стимулировались. Нормальная ректальная чувствительность также необходима для определения присутствия стула, чтобы запустить рефлекс «эвакуации». Посредством условного рефлекса осуществляется сильное сокращение сигмовидной кишки таким образом, что стул выдавливается в прямую кишку.

Активация акта дефекации происходит при заполнении прямой кишки: сокращении мышц живота, опущении диафрагмы и сокращении подъемной мышцы ануса (*levator ani*), в результате чего, наконец, анальный сфинктер открывается и выделяется кал [43].

Полиэтиологичность причин запора

К развитию запоров может привести целый ряд причин, которые в отдельности и в совокупности могут вызвать запоры у пациентов. Различные запоры могут быть классифицированы в зависимости от этиологических факторов [41]:

- запоры, вызванные ситуационными, или экзогенными факторами (т. е. образом жизни, для которого характерны стресс, нарушения питания, малоподвижный образ жизни);
- запоры, вызванные приемом лекарств (опиаты, анальгетики и др.), частая причина запоров у пожилых пациентов;
- запоры как вторичное заболевание или при органических заболеваниях внутренних органов: запор при гормональных, нейрогенных психосоматических или психических заболеваниях (гипотиреоз, болезнь Паркинсона, депрессия);
- запор вследствие замедления транзита по толстой кишке («ленивая» толстая кишка);
- запор вследствие болезней анальной области (т. е. геморрой, анальные трещины, грыжа прямой кишки, внутреннее выпадение прямой кишки).

Существует так называемый идиопатический запор (беспричинный, неизвестного происхождения), относительно часто встречающийся у пожилых людей и охватывающий все случаи, при которых патофизиологические причины не установлены. В этих случаях некоторую роль играют возрастные физиологические изменения. Морфологическая структура, двигательная активность, секреция, иммунная система и кишечная микрофлора с возрастом изменяются [28].

Также с возрастом ослабевает рефлекс акта дефекации, что объяснимо с точки зрения физиологии возраста [13]. В совокупности все это приводит к снижению чувствительности в прямой кишке [6] и ее мышечной слабости. Все перечисленное приводит к нейропатическим изменениям в аноректальной зоне. Пожилые люди часто не чув-

ствуют наполнение прямой кишки калом и не ощущают позывов к дефекации. Следствием этого является задержка кала в прямой кишке. Им необходим большой объем наполнения прямой кишки для достижения рефлекса расслабления внутреннего анального сфинктера и ощущения необходимости дефекации или ощущения боли в прямой кишке.

Время транзита по толстой кишке не должно изменяться в пожилом возрасте. Однако в связи с физиологическими изменениями существует ряд факторов, влияющих на двигательную активность толстой кишки и время транзита по ней у пожилых пациентов [6]:

- состояние психики (т. е. подавленность рефлекса дефекации);
- малоподвижность;
- болезни, типичные для пожилого возраста (например, болезнь Паркинсона);
- взаимодействие различных болезней, типичных для пожилых больных;
- лекарства и их взаимодействие;
- факторы окружающей среды;
- возрастные изменения пищеварительного тракта.

Возрастные изменения пищеварительного тракта:

- двигательная активность: снижение жевательной функции и функции сфинктеров, возрастное ослабление рефлекса дефекации, неизменность времени транзита;
- уменьшение секреции слюнных желез, желудка и поджелудочной железы;
- иммунная система: снижение функции Т-лимфоцитов;
- микрофлора кишечника: уменьшение количества бифидобактерий.

Острый запор

Если стабильная в течение многих лет частота дефекации изменяется, на это следует обратить внимание. Необходимо исключить органическое поражение, особенно в случае недавно развившихся кратковременных нарушений обычной дефекации у пациента с острой задержкой стула (т. е. опухоль, ограниченный перитонит, грыжа). Возможной причиной могут быть заболева-

ния аноректальной области. Паралитический илеус (кишечная непроходимость), а причины, приводящие к его возникновению, также могут способствовать острому запору.

Причины, которые способствуют возникновению запора, следует тщательно изучать, т. к. причины, как будто не заслуживающие особого внимания, могут привести к серьезным заболеваниям. Новое лекарство, изменения привычек питания, физической активности (кратковременный постельный режим) и даже психосоциальные факторы (новая окружающая среда, поездка) могут привести к запорам [43].

Хронический запор

Хронический запор встречается у пожилых людей гораздо чаще острых запоров. Нормальное время транзита у здоровых людей в среднем составляет 24–48 часов (до 60 часов). Время транзита более 60–120 часов может быть зарегистрировано при хронических запорах [39].

Хронический запор у пожилых людей – это не отдельная болезнь, а признак или симптом заболевания. Поэтому любая форма запора должна рассматриваться как симптом определенной болезни, требующий дальнейшей как диагностики, так и лечения в рамках основного заболевания.

Возможными патологическими причинами могут быть:

- индивидуальные особенности пациента «субъективно воспринимаемый запор»;
- нарушение приема и характера пищи и образа жизни (стресс, игнорирование позывов к дефекации);
- заболевания желудочно-кишечного тракта (болезни толстой кишки): синдром раздраженной толстой кишки, дивертикулез, склеродермия;
- нарушение эвакуации из прямой кишки (расстройства дефекации): заболевания прямой кишки (выпадение прямой кишки, грыжа прямой кишки) и слабость мышц живота (например, при эмфиземе, асците и чрезмерном ожирении); анальный спазм;

- неврогенные: болезни позвоночника, болезнь Паркинсона, паралитический синдром, инсульт;
- психиатрические: депрессия, деменция;
- метаболически-эндокринные: диабет, гипотиреоз, гиперпаратиреоз, гипокалиемия;
- лекарства и их неправильное применение (например, слабительных);
- отравление (свинец, мышьяк, ртуть);
- функциональная недостаточность (малоподвижность, болевой синдром).

Предполагаемый согласно описанию пациента запор («субъективно воспринимаемый запор») отличается от истинного хронического запора, поскольку гораздо больше людей субъективно полагают, что они страдают запором, чем это объективно подтверждается в ходе обследования.

При субъективно ощущаемом запоре пациент (часто невротически) фиксирует свое внимание на работе кишечника, частота и консистенция стула не соответствуют его ожиданиям, в то время как данные обследований соответствуют нормальным показателям.

Завтрак на ходу или же слишком быстрая еда неблагоприятно влияют на желудочно-кишечный рефлекс. Если дефекация сознательно задерживается, несмотря на имеющиеся позывы к дефекации, рецепторная чувствительность толстой кишки адаптируется к возрастающему давлению. Со временем необходимо все большее давление для начала позыва к дефекации. Это обычно одна из важных причин роста случаев запора в настоящее время. В этой связи поездка (недостаточность гигиенических условий, необычные условия туалета), стресс, важные встречи могут приводить к постоянной задержке дефекации и в конечном итоге к запорам. Пожилые пациенты также сталкиваются с физическими трудностями (лишнее посещение туалета, длительное пребывание на унитазе, натуживание, сопровождаемое головокружением, слабостью, сердцебиением), вследствие которых необходимо подавлять позыв к дефекации, что в результате может привести к запорам. Вышеописанные

случаи могут иметь место у здоровых и зависят от культуры семьи, ошибочных знаний для оценки процессов нарушения и формирования заболевания [3].

Одновременный прием нескольких препаратов, а также при изменениях метаболизма лекарств у пожилых усиливает и поддерживает запоры. Поскольку число используемых лекарств растет, вероятность побочных эффектов препаратов (в т. ч. и запоров) также увеличивается.

Клинические проявления и симптомы

Важность хронических запоров у пожилых людей имеет особенно большое значение в связи с тремя нижеизложенными причинами [13]:

- Пациенты, страдающие запором, ощущают тяжесть и дискомфорт. Дефекация плотным калом иногда сложна и болезненна. Это создает психические и социальные проблемы.

- Постоянное натуживание приводит к системному расслаблению мышц малого таза, нарушению иннервации тазового дна, слабости наружного анального сфинктера, т. е. возникновению ситуации, предрасполагающей к выпадению прямой кишки. Наличие геморроя более часто ассоциируется с хроническими запорами.

- У пациентов, находящихся на постельном режиме и обусловленной этим ограниченной подвижностью, в толстой кишке может уплотняться стул до такой степени, что может произойти полная окклюзия просвета кишки (механическая непроходимость).

Клиническая картина запоров чрезвычайно разнообразна. Как в пожилом, так и старческом возрасте индивидуальная реакция на запор может быть крайне вариабельной. Тревожное состояние, заболевания сердца, вагусные абдоминальные симптомы у пожилых людей часто могут приводить к запорам [32].

Многие пожилые люди чувствуют при наличии запора, что они «отравлены». У них наблюдаются симптомы депрессии, подав-

ленность, головная боль и головокружение, чувство беспокойства, нехватки воздуха – все это исчезает после акта дефекации. У больных имеют место местные симптомы, такие как метеоризм и абдоминальные колики, часто отмечается острая боль.

Вероятно, общими симптомами при хронических запорах являются слабовыраженные абдоминальные боли, различные по своей интенсивности и природе, без конкретной локализации. Чаще всего они наблюдаются в дневное время. Чувство переполнения, метеоризм, вздутие живота («слишком много воздуха в желудке») ассоциируются с запорами [12]. Эпизодически бывает изжога, снижение аппетита, бессонница, депрессивное настроение [8].

У больных, страдающих запором, часто встречаются психические расстройства. Депрессия, тревога, навязчивые идеи, симптомы ипохондрии или истерии.

Осложнения запоров

Одним из осложнений при запорах является копростаз (уплотнение фекальных масс). Копростаз встречается во всех возрастных группах, особенно часто ему подвержены больные, находящиеся на постельном режиме, в том числе требующие постоянного ухода, особенно находящиеся в стационарах [22]. В целом 42 % гериатрических пациентов, находящихся в больницах, время от времени испытывают трудности с дефекацией. Уход за ними требует повышенного внимания медсестер и финансовых расходов [22].

Последствия копростазы:

- потеря аппетита;
- гастроинтестинальные симптомы (тошнота, рвота);
- абдоминальные боли, вначале коликообразные, затем диффузные;
- недержание кала, «парадоксальная диарея», мажущий жирный стул;
- острые состояния спутанности сознания, вплоть до госпитализации в психиатрические больницы («ректо-цефалический рефлекс»);

- задержка или недержание мочи вследствие давления переполненной ампулы прямой кишки на шейку или сам мочевого пузыря;
- ректальное кровотечение из язв, вызванных копростазом;
- механическая кишечная непроходимость, требующая хирургического вмешательства;
- перитонит.

Диагностика

На практике оправдано обследование больных по образцам протоколов, которые заполняются по специальной форме соответственно этапу обследования.

Образцы протоколов по стадиям диагностики запоров в гериатрической практике:

1. Базисная диагностика:

- история болезни (дефекация, пищевые и питьевые особенности, если необходимо, дневник приема пищи, физическая активность, лекарства, психические заболевания, слабительные, семейный и социальный анамнез) о состоянии здоровья и психическое обследование, уровень мышления, депрессия);
- ректальное пальцевое исследование;
- исследование стула и анализ кала (осмотр и количественное исследование стула, оценка его формы и других патологических признаков);
- ректороманоскопия (трещины, геморрой и другие изменения);
- лабораторная диагностика (гипотиреоз, дегидратация, гипокалиемия, гиперкалиемия, кровь в стуле) [32].

2. Дальнейшая диагностика:

- колоноскопия;
- измерение времени транзита;
- дополнительное гинекологическое исследование;
- дополнительное невролого-психиатрическое исследование;
- особые исследования (аналометрия, измерения ректальных данных, электромиография стриарной мышцы тазового дна, вес стула).

Рекомендуются диагностические мероприятия проводить в соответствии с терапев-

тическими подходами, поскольку часто жалобы больного уменьшаются или исчезают при простых единичных мероприятиях. Однако, если нет улучшения после простых мер, абсолютно необходимо продолжить диагностику.

Вышеперечисленные исследования и дальнейшая диагностика в большинстве случаев должны выполняться под контролем врача-гастроэнтеролога или в специализированных центрах.

Принципы лечения запоров

Если стандартное лечение основного заболевания, которому сопутствует запор, невозможно или недостаточно, показано соответствующее симптоматическое лечение с целью улучшения качества жизни и предотвращения осложнений [26].

Если обычные меры, связанные с измененным образом жизни пожилых людей, оказываются безуспешными, существуют различные виды лечения и терапевтические процедуры.

- Общие меры: медицинские консультации и дополнительные терапевтические мероприятия.
- Увеличение физической активности.
- Питание: включение в рацион пищевых волокон, достаточного количества жидкости.
- Слабительные.

У пожилых пациентов часто наблюдается комбинация факторов, способствующих развитию запоров, таких как недостаточная подвижность, дефицит пищевых волокон в диете, приема жидкости и употребление большого числа лекарств.

Под влиянием врачебных рекомендаций у пациента должен измениться образ и стиль жизни [11].

Общие мероприятия

Одной из серьезных причин запора являются тяжелые заболевания и психические отклонения у больных. Поэтому первым этапом лечения должна всегда быть как можно более подробная просветительная беседа о причинах запора.

Это означает ободряющее объяснение больному, что его основная болезнь не имеет признаков органических нарушений. В частности, необходимо подчеркнуть, что ежедневная дефекация не является физиологической необходимостью. Необходимо целенаправленно дать основные сведения о регуляции кишечника, существующих предубеждениях и упрощениях (например, взгляд на диету, обогащенную пищевыми добавками, как на единственное средство при запоре).

Необходимо указать на применение различных физических упражнений, например, упражнений для укрепления мышц тазового дна и брюшного пресса, и упражнений, способствующих соответствующему ускорению кишечного транзита.

Конечно, необходимо стремиться к регулярной дефекации, но ипохондрическое состояние и сомнения не должны возникать, если акт дефекации не происходит «как положено» ежедневно.

У многих людей гастрокишечный рефлекс, возникающий после приема теплой пищи, достаточен для начала дефекации. Регулярное рекомендуемое пациентам «время дефекации» – 15–30 минут после обильного завтрака. стакан холодного фруктового сока, выпитый натощак перед завтраком, может способствовать началу срабатывания гастрокишечного рефлекса. Горячий кофе на завтрак также стимулирует сократительную способность кишечника [33].

«Тренировка туалета» должна вначале быть направлена на выработку гастрокишечного рефлекса и включает в себя необходимость по возможности приспособить пациента пользоваться туалетом сразу же после первого приема пищи в течение дня, обычно после завтрака. Если после первого приема пищи в течение дня дефекация не наблюдается, в первое время следует использовать слабительную свечку для стимуляции акта дефекации. «Тренировку туалета» следует продолжить тем же способом в последующие дни.

Гастрокишечный рефлекс часто вызывает дефекацию на 3–5-й день и без приема не-

обходимых в этом случае свечей. Эта «тренировка туалета» может в дальнейшем поддерживаться приемом слабительного. Даже для пожилых людей с неврологическими заболеваниями, постоянно находящихся дома, «тренировка туалета» оказывается успешной в 85 % случаев в течение 8 дней [43].

Если рефлекс дефекации слишком часто подавляется по социальным причинам, могут произойти расстройства комплексного процесса, которые в конечном итоге приведут к органическим изменениям. Факторы окружающей среды очень важны в данном случае.

Курсы минеральной воды

Физические методы лечения включают курсы минеральных сульфатных вод, т. е. солезаменяемые минеральные источники, горькие солевые или смешанные с сульфатами источники. В любом случае определенный пороговый уровень дозы SO_4 должен быть повышен для достижения слабительного эффекта: он составляет около 3 г SO_4 [18].

Физические упражнения

Кроме уже упомянутого общего повышения двигательной активности, в дополнение, для накачивания брюшных мышц мышечного пресса рекомендуется глубоко втягивать живот и медленно его отпускать, считая до 10. Это упражнение следует повторять до 5 раз в день [17].

Упражнением для укрепления тазового дна является поднятие колен в сидячем или лежащем положении со свободно свисающей второй ногой и оттяжкой бедра поднимаемого колена как можно дальше с кратким удержанием данного положения и медленным опусканием ноги. Каждой ногой следует делать от 5 до 10 таких упражнений.

Упражнение, способствующее стимуляции эвакуации стула, – толчки животом: вдохните воздух, втягивая живот, затем выбросьте живот вперед с выдохом. Делайте упражнение до 10 раз перед каждой ожидаемой эвакуацией стула.

Самомассаж

Пациент может обучиться массажу живота, который проводится по ходу толстой

кишки и делается по утрам в постели. Такой поглаживающий массаж должен продолжаться около 10 минут.

Комбинация регулярного массажа толстой кишки, физических упражнений является исключительно эффективным методом лечения запоров.

«Альтернативные» или дополнительные методы лечения

При лечении запоров, используются как старые, так и новые формы лечения без научного обоснования, и интерес к таким методам возрастает [11]. Какое бы мнение не существовало в отношении этих различных методов лечения, важно, чтобы они не проводились без медицинского контроля.

В связи с этим предлагаются следующие формы лечения хронического запора:

- акупунктура (акупунктурные точки толстой кишки находятся на руке и предплечье);
- шиаццу (давление на точки кончикам пальцев);
- терапия с использованием рефлексогенных зон (точки надавливания, отвечающие за толстую кишку, находятся у основания большого пальца руки и надавливания точек рефлексных зон стопы);
- ароматерапия.

Питание: диета, пищевые волокна; количество жидкости.

Уплотненное, уменьшенное в объеме содержимое кишечника оказывает стимулирующее воздействие на перистальтику и, в свою очередь, затрудняет продвижение фекалий.

Адекватное добавление пищевых волокон и жидкости способствует удержанию воды содержимым кишечника. Это приводит к увеличению объема содержимого кишечника и стимуляции перистальтики. Пища должна быть существенно обогащена пищевыми волокнами. Пищевые волокна мало метаболизируются бактериями, например, цельные зерновые продукты, значительно увеличивают объем стула [23].

Пищевые волокна некоторых видов продуктов (в граммах) приведены в табл. 3.

Пищевые волокна продуктов

Продукт	Кол-во	Продукт	Кол-во
Яблоки	3	Апельсины, мандарины	2
Артишоки	11	Бананы	3
Фасоль, горох	17	Брокколи, фенхель	3
Масло	–	Яйца	–
Рыба	–	Мясо и мясопродукты	–
Капуста листовая	4	Овсяные хлопья	10
Лесные орехи (фундук)	7	Сыр	–
Киви	4	Льняное семя	35
Маис (кукуруза)	4	Миндаль	10
Молоко, молочные продукты	–	Морковь	3
Фруктовые мюсли	6	Растительное масло	–
Растительные жиры	–	Рис полированный	1
Рис (с оболочкой)	3	Сельдерей	4
Соевые бобы	12	Семечки подсолнуха	6
Чай, кофе	–	Хлеб, булочки из цельного зерна	8
Пшеничные отруби	48	Пшеничная мука (высший сорт)	4
Пшеничная мука грубого помола	13	Колбаса, сосиски	–

Дополнительное введение в рацион пищевых волокон может снизить потребность в слабительных больше чем у 93 % пациентов пожилого возраста [40].

Ротовая полость больного должна быть обследована и санирована до того, как давать советы по питанию: пациенты пожилого возраста часто избегают пищевых волокон из-за стоматологических проблем.

Ответ пациентов на прием пищевых волокон зависит от нескольких факторов. У пациентов, находящихся на постельном, режиме, дополнительный прием пищи, обогащенной пищевыми волокнами, может сопровождаться абдоминальными болями; в таком случае вместо прежней диеты рекомендуется диета с низким содержанием волокон. Это также означает, что у пожилых, лежащих больных значительное увеличение объема стула может привести к недержанию стула [44].

Недостаточный прием жидкости провоцирует запор, особенно у больных в стационаре, страдающих неврологическими заболеваниями и принимающих диуретики. По крайней мере, 1,5 литра, предпочтительно до 2 литров жидкости в день во избежание де-

гидратации и риска возникновения запора. Прием жидкости особенно необходим в комплексе с приемом слабительных, увеличивающих объем кишечного содержимого [18].

Если общие мероприятия оказались недостаточно эффективными в устранении всех симптомов запора, то назначаются **слабительные средства**. Сравнительные исследования показали, что **осмотические слабительные**, представителями которых служат лактулоза и полиэтиленгликоль (ПЭГ), обладают сходной эффективностью. При этом, однако, применение полиэтиленгликоля реже сопровождается возникновением тошноты и вздутия [7, 24]. Была показана возможность длительного применения полиэтиленгликоля (до 12 месяцев – в ретроспективных исследованиях, до 5 месяцев – в рандомизированных проспективных исследованиях) при лечении хронического запора у детей и взрослых [19–21].

Стимулирующие слабительные (бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны), усиливающие перистальтику за счет стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника, подтвердили свою более высокую эффективность при лечении храни-

ческого запора по сравнению с плацебо [38]. Однако применение стимулирующих слабительных препаратов нередко бывает сопряжено с различными побочными эффектами. Они часто вызывают не нормальный стул, а диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом, приводят к развитию электролитных нарушений (гипокалиемии), обуславливают возникновение дегенеративных изменений клеток Мейсснеровского и Ауэрбаховского сплетений, вызывают эффект привыкания и способствуют развитию «синдрома ленивого кишечника» («lazy bowel syndrome») [10]. Именно поэтому длительный прием стимулирующих слабительных (более двух недель) не рекомендован. Как уже говорилось выше, слабительные часто не устраняют другие клинические симптомы, сопутствующие запору (боли в животе, метеоризм, напряжение при акте дефекации и др.). Оптимальным лечение запора можно считать только в случае устранения всех симптомов, включая сопутствующие, а также хорошей переносимости и удобства для пациента. При этом необходимо учитывать, что большинство пациентов обращаются к врачу, уже перепробовав несколько слабительных препаратов. Таким образом, правильная оценка анамнеза и эффективности использованных ранее средств позволяет выбрать оптимальную дальнейшую тактику терапии.

При отсутствии на фоне приема слабительных какого-либо из перечисленных выше критериев целесообразно назначение прокинетики из группы селективных агонистов 5-НТ4-рецепторов. Единственный препарат этого класса, доступный в России, – прукалоприд – подтвердил свою эффективность в 3 крупных рандомизированных контролируемых исследованиях с частотой хороших результатов 73 % [31].

Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении [4, 16]. Препарат отличается удобство

приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемость эффекта. Побочные эффекты препарата, обычно легкой степени выраженности (головные боли, абдоминальная симптоматика, связанная с усилением моторики), отмечаются чаще всего в 1-й день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата. За исключением первого дня приема переносимость прукалоприда идентична плацебо [35, 37]. Прукалоприд одобрен с 2009 г. в европейских странах для лечения хронических запоров в случаях, когда слабительные средства не обеспечили должного эффекта в устранении симптомов.

Новые препараты для лечения хронического запора – **любипростон**, активирующий хлоридные каналы и увеличивающий секрецию воды в кишечнике, и **линаклотид** (агонист гуанилатциклазы, также стимулирующий кишечную секрецию) – применяются в США, линаклотид зарегистрирован и в европейских странах. В России данные лекарственные средства не зарегистрированы.

Применение **метода биологической обратной связи (biofeedback)** хорошо зарекомендовало себя лишь в тех случаях, когда запор связан с нарушениями акта дефекации (диссинергией мышц тазового дна). Значительно меньший эффект дает этот метод в тех случаях, когда запор обусловлен замедленным транзитом.

Хирургическое лечение проводится достаточно редко и показано только больным с рефрактерным запором при условии, что этим пациентам проведены специальные физиологические исследования (аноректальная манометрия, баллонный тест, дефекография, исследование транзита по кишечнику) и доказаны серьезные двигательные нарушения, резистентные к другим методам лечения.

В табл. 4 представлены выводы о доказательности эффективности различных методов лечения больных с хроническим запором, основанные на результатах исследований [27, 36], выводах рабочей группы по

изучению хронического запора Американского Колледжа Гастроэнтерологов (American College of Gastroenterology, ACG) [34], заключении Американского общества хирур-

гов-колопроктологов (American Society of Colon and Rectal Surgeons, ASCRS) (2007) [25] и рекомендациях Всемирной Организации Гастроэнтерологов (WGO) [1].

Таблица 4

Уровень доказательности эффективности различных методов лечения больных с хроническим запором

Метод лечения	D. Ramcumar & S. Rao (2001)	ACG (2005)	ASCRS (2007)	WGO (2010)	Singh & S. Rao (2010)
Диетические рекомендации (растительные волокна и псиллиум)	1C	B (псиллиум)	B (растительные волокна, псиллиум)	2B (псиллиум) 3C (отруби)	2B (псиллиум)
Осмотические слабительные (полиэтилен гликоль и лактулоза)	1B	A (полиэтиленгликоль и лактулоза)	A (полиэтиленгликоль) B (лактюлоза)	1A (полиэтиленгликоль) 2B (лактюлоза)	1A
Дифенилметаны (бисакодил, пикосульфат натрия)	2B	B	C	3C	3c (бисакодил) 2A (пипикосульфат натрия)
Антрахиноны (сенна и др.)	2B	B	C	3C	3c
Любипростон (в европейских странах не лицензирован)	-	-	A	1A	1A
Прукалоприд	-	-	-	1A	1A
Метод обратной связи biofeedback! (в специально отобранной группе больных с нарушениями акта дефекации)	1B	C	B	1A	-
Хирургическое лечение (при тяжелых формах инертной толстой кишки)	2B	-	B	2B	-

ЛИТЕРАТУРА

1. 2010. [http World Gastroenterology Organisation Global Guidelines // Constipation: a global perspective](http://www.worldgastroenterology.org/constipation.html). November://www.worldgastroenterology.org/constipation.html Последний визит: 20.01.2013.
2. Andrews P. J., Bames P., Borody T. J. // *Europ. J. Gastroenterol Hepatol.* – 1992. – Vol. 4. – P. 245–247.
3. Cerulli A. M., Schuster M. M. // *The large intestine: physiology, pathophysiology and disease / S. F. Phillips, J. H. Pemberton, R. G. Shorter.* – New York: Raven Press, 1991. – P. 747–756.
4. Clinical trial: the efficacy of open-label prucalopride treatment in patients with chronic constipation – follow-up of patients from the pivotal studies / M. Camilleri [et al.] // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2010. – Vol. 32 (9). – P. 1113–1123.
5. Connell A. M., Hilton C., Irvine G. // *Br. Med. J.* – 1965. – Vol. 2. – P. 1095–1099.
6. Cooper J. W. W., Wade W. E. // *J. Geriatr. Drug Ther.* – 1997. – Vol. 12. – P. 49–69.
7. Double-blind randomized evaluation of clinical and biological tolerance of polyethylene glycol 4000 versus lactulose in constipated children / C. Dupont [et al.] // *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* – 2005. – Vol. 41. – P. 625–633.
8. Drossman D. A. [et al.] // *Gastroenterology.* – 1982. – Vol. 83. – P. 529–534.
9. Fallen M., O'Neill B. // *Br. Med. J.* – 1997. – Vol. 315. – P. 1293–1296.
10. Ford A. An evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome / A. Ford // *Amer. J. Gastroenterol.* – 2009. – Vol. 104, Suppl. 1. – P. 1–28.

11. *Gattuso J. M., Kamm M. A.* // Aliment. Pharmacol. Ther. – 1993. – Vol. 7. – P. 487–500.
12. *Gottlieb S. H., Schuster M. M.* // Gastroenterology. – 1986. – Vol. 91. – P. 428–432.
13. *Haran D. [et al.]* // Arch. Intern. Med. – 1996. – Vol. 156. – P. 315–320.
14. *Heaton K. W. [et al.]* // Gut. – 1992. – Vol. 33. – P. 818–824.
15. *Johanson J. F., Sonnenberg A., Koch T. R.* // J. Clin. Gastroenterol. – 1989. – Vol. 2. – P. 525–536.
16. *Kerstens R. [et al.]* // Gut. – 2010. – Vol. 59, Suppl 3. – A360.
17. *Klauser A. G. [et al.]* // Gastroenterol. – 1990. – Vol. 28. – P. 606–609.
18. *Klauser A. G., Peyerl C. P., Schindlbeck N.* // Eur. Gastroenterol. Hepatol. – 1992. – Vol. 4. – P. 227–233.
19. *Loening-Baucke, V.* A randomized, prospective study of polyethylene glycol 3350 without electrolytes and milk of magnesia for children with constipation and fecal incontinence / *V. Loening-Baucke, D. Pashankar* // Pediatrics. – 2006. – Vol. 118. – P. 528–535.
20. Long-term efficacy and cost-effectiveness of polyethylene glycol 3350 plus electrolytes in chronic constipation: a retrospective study in a disabled population / *I. Migeon -Duballet [et al.]* // Curr. Med. Res. Opin. – 2006. – Vol. 22. – P.1227–1235.
21. Long-term efficacy, safety and tolerability of low doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution [PMF-100] in the treatment of functional chronic constipation / *E. Corazziary [et al.]* // Gut. – 2000. – Vol. 46. – P. 522–526.
22. *Nunez M., Robinson B. E.* // J. Florida Med. Ass. – 1991. – Vol. 78. – P. 829–831.
23. *Petticrew M., Watt I., Brand M.* // Br. J. Gen. Practice. – 1999. – Vol. 49. – P. 387–393.
24. *Petticrew, M.* Effectiveness of laxatives in adults / *M. Petticrew, M. Rodgers, A. Booth* // Qual. Health Care. – 2001. – Vol. 10. – P. 268–273.
25. Practice parameters for the evaluation and management of constipation / *C. A. Terment [et al.]* // Dis. Colon Rectum. – 2007. – Vol. 50. – P. 2013–2022.
26. *Prather C. M., Ortiz-Camacho C. P.* // Mayo Clinic. Proc. – 1998. – Vol. 73. – P. 881–886.
27. *Ramcumar, D. P.* C Functional anorectal disorders / *D. P. Ramcumar, S. S. Rao* // In: Irvine E. J., Hunt R. H. (eds). Evidence-Based Gastroenterology. – London: B. C. Decker, 2001. – P. 207–222.
28. *Read N. W., Celik A. F., Katsinelos P.* // J. Clin. Gastroenterol. – 1995. – Vol. 20. – P. 61–70.
29. *Sandier R. S., Jordan M. C., Shelton B. J.* // Am. J. Publ. Health. – 1990. – Vol. 80. – P. 185–189.
30. *Siddharth, Singh. Rao,* Pharmacologic Management of Chronic Constipation / *Singh Siddharth, S. C. Satish* // Gastroenterol Clin N Am. – 2010. – Vol. 39. – P. 509–527.
31. *Stanghellini, V.* Best response distribution of 12-week treatment with prucalopride (RESOLOR) in patients with chronic constipation: combined results of three randomised, double-blind, placebo-controlled phase III trials / *V. Stanghellini, L. Vandeplassche, R. Kerstens* // Gut. – 2011. – Vol. 60, Suppl. 1. – A159–A160.
32. *Sweeney M.* // Home Care Provider. – 1997. – Vol. 2. – P. 250–255.
33. *Sykes N. P.* // Cancer Surveys. – 1994. – Vol. 21. – P. 137–146.
34. Systemic review of the management of chronic constipation in North America / *L. J. Brandt [et al.]* // Amer. J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 100. – P. 5–22.
35. *Tack J [et al.]* // Poster presented at DDW May 17–22, 2008. San Diego, California.
36. *Tack J. [et al.]* Diagnosis and treatment of chronic constipation – a European perspective // Neurogastroenterol Motil // 2011. – Vol. 23. – P. 607–710.
37. *Tack, J.* Treatment of chronic constipation: current pharmacologic approaches and future directions / *J. Tack, S. Muller-Lissner* // Clin. Gastroenterol. Hepatol. – 2009. – Vol. 7. – P. 502–508.
38. The treatment of chronic constipation in elderly people: an update / *W. Bosshard [et al.]* // Drugs Aging. – 2004. – Vol. 21. – P. 911–930.
39. *Thompson W. G., Heaton K. W.* // Gastroenterology. – 1980. – Vol. 79. – P. 283–288.
40. *Tramonte S. M., [et al.]* // J. Gen. Intern. Med. – 1997. – Vol. 12. – P. 15–24.
41. *Tremaine W. J.* // Hosp. Practice. – 1990. – Vol. 25. – P. 89–100.
42. *Whitehead W. E., [et al.]* // Gastroenterology International. – 1991. – Vol. 4. – P. 99–113.
43. *Whitehead W. E. [et al.]* // J. Am. Geriatr. Soc. – 1989. – Vol. 37. – P. 423–429.
44. *Wynne H. A., Edwards C.* // Pharmaceutical J. – 1992. – P. 17–19.