

ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ

И.Я. Исмаилов, В.В. Скворцов, докт. мед. наук, **И.В. Федотова, Е.Е. Калинин**
Волгоградский государственный медицинский университет
E-mail: vskvortsov1@ya.ru

Представлены сведения о запоре – состоянии, при котором наблюдается замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника.

Ключевые слова: запоры, этиология, классификация, помощь.

Этиология

Нарушения двигательной функции кишечника, способствующие возникновению запоров, могут быть вызваны многими причинами, прежде всего – разнообразными неврогенными факторами. К ним относится так называемая вегетативная дисфункция, представляющая собой расстройство деятельности вегетативного отдела нервной системы, регулирующей функции внутренних органов, под влиянием психического перенапряжения, конфликтных ситуаций, депрессии, страхов, длительных нарушений режима дня, отдыха. К факторам, вызывающим запор с участием нервных механизмов, относятся также рефлекторные воздействия на кишечник со стороны разных органов, прежде всего – желудка и желчных путей.

Запоры могут возникать при заболеваниях желез внутренней секреции (щитовидной железы, надпочечников) в связи с усилением или ослаблением гормонального влияния на перистальтику кишечника. Расстройства кровообращения в сосудах кишечника при атеросклерозе и других сосудистых заболеваниях также сказываются на моторике кишечника и вызывают запоры. Торможению двигательной функции кишечника и появлению запоров, особенно у пожилых людей, способствует недостаточная физическая активность (гиподинамия).

Отдельно следует остановиться на лекарствах, способных вызывать запоры, особенно при длительном употреблении. В наибольшей степени это присуще атропину, наркотическим средствам, некоторым противосудорожным препаратам (дифенин), кальция гидрокарбонату (питьевая сода). Могут вызвать запоры психотропные препараты (транквилизаторы, антидепрессанты), некоторые

мочегонные, препараты железа, алюминия гидроксид (алмагель).

Нарушениям ритма дефекации способствуют позднее вставание, утренняя спешка, сменная работа, изменения привычных условий жизни и труда, командировки. 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

1. Первичный запор (при заболеваниях кишечника):

А. Функциональный (или привычный) запор:

- ректальный (дисхезия) – резкое ослабление или исчезновение рефлекса дефекации;
- кологенный – замедление кишечного пассажа химуса как проявление дискинетических нарушений при синдроме раздраженной кишки.

Б. Органический запор; развивается при структурных поражениях кишечника:

- колитах;
- дисбактериозе кишечника;
- трещине заднего прохода, геморрое, криптите, папиллите;
- рубцовых изменениях толстой кишки;
- опущении промежности и выпадении слизистой оболочки прямой кишки;
- раке и доброкачественных опухолях кишечника;
- удлинённой толстой кишке;
- идиопатическом мегаколоне и других заболеваниях.

2. Вторичный запор (вызван внекишечными причинами):

- рефлекторный (при язвенной болезни, холецистите, нефролитиазе, гинекологических заболеваниях);
- при заболеваниях эндокринной (микседема, сахарный диабет) и нервной системы (заболевания спинного мозга, паркинсонизм);

- метаболический и токсический (порфирии, отравление свинцом, холинолитики, ганглиоблокаторы, препараты железа, мочегонные, седативные лекарства);
- мышечный; вызван состояниями, приводящими к поражению мышц диафрагмы, брюшной стенки, ануса, участвующих в пассаже каловых масс и акте дефекации (миопатии, склеродермия, эмфизема легких и др.);
- психогенный.

3. Идиопатический запор.

Патофизиологию запора в конечном счете связывают с уменьшением объема фекальных масс, достигающих ампулы прямой кишки, или с расстройством акта дефекации, затрудняющим удаление фекалий.

Сбор анамнеза помогает дифференцировать запоры с нарушениями транзита и эвакуации. В пользу первого варианта свидетельствуют урежение дефекаций и метеоризм. Расстройства акта дефекации можно предположить при ощущении препятствия или неполного опорожнения прямой кишки, необходимости ручного пособия.

Клиника

Частота дефекаций может быть разной: от 1 раза в 2–3 дня до 1 раза в неделю и реже. Кал обычно уплотнен, сухой, имеет вид сухих темных шариков или комков, напоминает овечий, иногда может быть бобовидным, лентовидным, шнурообразным. У больных возможны боли и чувство распирания в животе; облегчение наступает после дефекации или отхождения газов. При запорах может снижаться аппетит, появляются отрыжка вздутием, неприятный вкус во рту. Нередко снижается трудоспособность, возникают головные боли, боли в мышцах тела, общая нервозность, подавленное настроение, расстраивается сон. Упорные запоры могут сопровождаться изменениями кожи. Она становится бледной, часто – с желтоватым оттенком, дряблой, теряет эластичность.

Лечение

Лечение запоров – довольно сложная задача. Непрекращающиеся попытки разработать эффективную схему терапии пока не дали результата. Очевидно, это частично объясняется фактором, на который сложнее всего повлиять, – образом жизни в определенной психосоциальной среде. 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), 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 в продуктах пищевых волокон. У больных с запором и жалобами на вздутие живота ограничивают или даже исключают из рациона продукты, богатые пищевыми волокнами, а также 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 спазмолитики, затем постепенно добавляют в пищу продукты, содержащие клетчатку. 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 отрегулировать водный баланс. Больной должен выпивать в сутки примерно 1,5–2 л жидкости. Прием жидкости очень полезен, так как вследствие замедленной эвакуации каловых масс из кишечника происходит их высыхание, что 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 прием отрубей.

Нельзя забывать о соблюдении активного двигательного режима. Физические упражнения стимулируют двигательную активность кишечника, укрепляют мышцы брюшной стенки, повышают тонус организма, благоприятно действуют на нервно-психическую сферу. Стимулирует перистальтическую активность минерализованная вода, при спастическом варианте запора ее можно использовать в теплом виде.

При лечении запоров не следует пренебрегать фитотерапией. Содержащиеся в травах биологи-

чески 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 остролистная, 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.

Так как при запорах часто наблюдается вздутие живота, полезен прием ветрогонных трав – цветочных корзинок ромашки аптечной, травы укропа огородного, плодов тмина обыкновенного, корня зори лекарственной.

Медикаментозная терапия

Лекарственные препараты назначают с учетом особенностей нарушения моторики кишечника. При гипомоторной дискинезии показаны прокинетики – метоклопрамид (реглан, церукал) и мотилиум (домперидон), а также итоприд (итомед).

При дискинезии спастического типа определенный эффект могут давать блокаторы М-холинорецепторов (атропин, платифиллин, бускопан, метацин, гастропепин, хлорозил) и миотропные спазмолитические средства (но-шпа, папаверин, галидор, мебеверин, дицетел). Они уменьшают спастические сокращения толстой кишки и боль, но не оказывают влияния на пропульсивную функцию. Поэтому при выраженном гипокинетическом запоре (инертная толстая кишка, идиопатический запор) целесообразно применять средства, повышающие тонус и моторику желудочно-кишечного тракта – ЖКТ (ингибиторы холинэстеразы – убретид, прозерин, калимин).

В комплексной терапии запора немаловажную роль играют и средства, **вызывающие желчегонный эффект**, особенно содержащие желчные кислоты (аллохол, лиобил), в том числе препараты хенодесоксихолевой и урсодесоксихолевой кислот (хенофальк, урсофальк). Они оказывают выраженное стимулирующее действие на моторику толстой кишки, раздражая ее слизистую оболочку.

Слабительные лекарственные средства должны назначаться, как правило, только на 1-м этапе лечения запора с целью более эффективного

восстановления утраченного дефекационного рефлекса.

По механизму действия выделяют 4 группы слабительных средств:

1. **Осмотические слабительные**; содержат невосасывающийся дисахарид лактулозу (дюфалак, порталак) или высокомолекулярные полимеры, способные удерживать молекулы воды (макрогол, лавакол). Оставаясь в тонкой кишке, они повышают осмотическое давление химуса и способствуют секреции воды в просвете 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, **лавагол** – на ночь по 14–28 г (1–2 пакетика), предварительно растворив в воде. **Лавакол (макрогол)**; основное действующее вещество – полиэтиленгликоль с молекулярной массой 4000 г/моль (Московская фармацевтическая фабрика). Кроме того, пакет весом 14 г содержит натрия сульфат, натрия гидрокарбонат, натрия хлорид, калия хлорид. Соли, с одной стороны, могут усиливать слабительный эффект, а, с другой, – возмещают потери электролитов при поносе. 1 пакет соли растворяют в 1 стакане теплой воды (200 мл). Лавакол лишен побочных явлений, не воздействует на микрофлору, дает быстрый эффект. От других средств он отличается тем, что его можно принимать месяцами и даже годами. Привыкания в отличие от растительных слабительных он не вызывает. Доза лавакола может составлять до 28–56 г/сут, причем в высоких дозах он эффективен и при рефрактерных запорах, когда другие лекарственные препараты бессильны.

Раствор полиэтиленгликоля с сульфатами и другими солями (лавакол) часто применяют также для быстрого очищения толстой кишки при подготовке к фиброколоноскопии, ирригоскопии или операции. Раствор лавакола принимают за 18–20 ч до исследования или операции: в сумме – 3 л раствора (по 200 мл с интервалом в 20 мин в течение 3–4 ч). В процессе приема и после него употребляется только жидкая пища. Рекомендуемые часы приема препарата — 14–19 ч. После 22 ч прием пищи не показан. Противопоказаниями для применения лавакола являются: выраженные нарушения общего состояния (в том числе дегидратация, сердечная недостаточность); кишечная непроходимость; токсическое расширение толстой кишки; стеноз желудка; перфорация желудка или кишечника; эрозивно-язвенные поражения ЖКТ; нарушение функции почек.

2. Средства, тормозящие абсорбцию воды из кишечника и стимулирующие секрецию. Этот эффект достигается раздражением хеморецепторов слизистой оболочки преимущественно толстой кишки. К таким средствам 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 и др.); солевые слабительные (сульфат натрия – глауберова соль, сульфат магния, карловарская соль). Некоторые из них всасываются, метаболизируются и возвращаются в кишечник с желчью.

Увеличение перистальтики и объема жидкости в просвете толстой кишки сокращает прохождение кала по ней 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 результате кишка становится инертной. Возможны водно-электролитные нарушения, связанные с расстройством всасывания натрия и воды в толстой кишке.

3. Средства, увеличивающие объем каловых масс: морская капуста, агар-агар, метилцеллюлоза, псиллиум (фиберлак), поликарбофил кальция, отруби, льняное семя, неабсорбируемые дисахариды (сорбитол). Объемные агенты – слабительные, приемлемые для долгосрочного применения. Они действуют мягко и медленно, безопасны при систематическом использовании. Принимать эти пищевые добавки лучше утром и на ночь с достаточным количеством воды (2–3 стакана в день дополнительно).

4. Средства, смягчающие кал и облегчающие его перемещение по кишечнику благодаря смазывающему эффекту, – вазелиновое, миндальное и оливковое масла, жидкий парафин, норгалакс, энимакс. Большинство из них обладают как гидрофобными, так и гидрофильными свойствами, благодаря чему увеличивают способность тонкой кишки сохранять воду, задерживать ее в каловых массах и таким образом 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, оправданно применение комбинации прокинетики с пробиотиками

(средства, нормализующие бактериальную флору кишечника). Из последних наиболее интересным представляется линекс.

В последние годы появились препараты, селективно воздействующие на 5-НТ4-рецепторы кишечника, в частности прукалоприд.

Перспективными для купирования симптомов запора признают серотонинергические препараты. Серотонин оказывает выраженное влияние на моторику кишечника путем активации рецепторов, находящихся на эффекторных клетках и в нервных окончаниях. 5-НТ3- и 5-НТ4-рецепторы играют ведущую роль в ноцицепции, модулируя афферентную сторону висцеральных рефлексов. Стимуляция этих рецепторов способствует выбросу ацетилхолина и субстанции P, которые являются трансмиссерами гастроинтестинальной чувствительности. К антагонистам 5-НТ3-рецепторов относятся ингибиторы моторики (применяющиеся при синдроме раздраженной кишки), тогда как препараты, активирующие 5-НТ4-рецепторы, оказывают стимулирующее действие на перистальтику. В настоящее время из препаратов этой группы доступен частичный агонист 5-НТ4-рецепторов тегасерод.

Рекомендуемая литература

Григорьев К.И. Запоры у детей. Медицинская сестра. 2014; 2: 37–42.

Ивашкин В. Т., Лапина Т. Л. Пробиотики. В кн.: Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. Под ред. В.Т. Ивашкина. М.: Литтерра, 2003; 132–7.

Козлова И.В., Пахомова А.Л. Современный пациент гастропрофиля: штрихи к клиническому портрету. Экспер. и клин. гастроэнтерология. 2015; 6: 4–10.

Маев И., Андреев Д., Дичева Д. и др. Риск длительного применения слабительных препаратов. Врач. 2014; 1: 27–30.

Мишушкин О., Елизаветина Г., Ардатская М. и др. Хронический запор: патогенез, диагностика, новые возможности лечения. Врач. 2012; 12: 77–82.

Пасечников В.Д. Современные представления об этиологии, патофизиологии и лечении функционального запора. Клин. перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. 2003; 2: 24–30.

Свистунов А.А., Осадчук М.А., Осадчук М.М. и др. Синдром раздраженного кишечника как проблема первичного звена здравоохранения. Врач. 2014; 3: 14–7.

CHRONIC CONSTIPATION

I.Ya. Ismailov, V.V. Skvortsov, MD, I.V. Fedotova, E.E. Kalinshenko

Volgograd State Medical University

The paper gives information on constipation, a condition, in which there is retarded, difficult or systematic inadequate defecation.

Key words: constipation, etiology, classification, care.