

ЗАПОРЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Г. Григорьева, доктор медицинских наук, профессор,
ММА им. И.М. Сеченова
E-mail: vasgastro@yandex.ru

Рассматривается современное состояние проблемы запора. Обсуждаются спорные вопросы, касающиеся понятий «функциональный запор» и «синдром раздраженного кишечника», введенных в Римские критерии III. Представлены основные принципы дифференциальной диагностики функциональных и симптоматических запоров, даны алгоритмы их лечения.

Ключевые слова: запоры, синдром раздраженного кишечника, диагностика, терапия.

Проблема диагностики, лечения и определения самого понятия «запор» остается предметом дискуссии на протяжении веков. Еще Авиценна в «Каноне врачебной науки» объяснял возникновение запоров различными причинами: «слабостью изгоняющей силы, слабостью переваривающей силы, утратой ощущения необходимости изгнать (ибо опорожнению способствует и сила воли), сочетанием этих факторов, включая «болезни задержания» (например, рак толстой кишки). Таким образом, наш великий предшественник различал запоры, вызванные недостаточностью пассивных и активных движений; алиментарные запоры, обусловленные нервно-психическими факторами; механические, а также запоры, возникающие в результате сочетания нескольких факторов. В последующие столетия, по мере прогрессирования медицины и естествознания, взгляды на проблему менялись. Но нельзя не согласиться с мнением академика Х.Х. Мансурова, что успехи медицины не всегда сопровождались решением проблем [2]. Нужно признать, что и в настоящее время проблема запора остается актуальной.

Распознавание запора осложняется разными представлениями пациентов и врачей об этом виде нарушения функции кишечника. Как показывает практика, под запором одни пациенты понимают необходимость напряжения во время дефекации при ежедневном стуле, другие – невозможность дефекации, когда в этом возникает необходимость, третьи – «овечий кал», четвертые – редкую дефекацию. Вопрос о том, какой временной интервал между дефекациями соответствует норме, а какой – нарушению функции кишечника, долго оставался предметом дискуссий. Согласие было достигнуто в процессе работы 3 международных гастроэнтерологических конференций в Риме в 1988, 1999 и 2006 г., на которых были разработаны согласительные документы по функциональным гастроинтестинальным расстройствам – широкоизвестные «Римские критерии». В рубрике С3 согласительного документа «Римский III Консенсус» ФЗ определяется как **функциональное расстройство, представляющее собой персистирующую трудную, нечастую или неполную дефекацию, которая не отвечает критериям синдрома раздраженного кишечника (СРК)**. В диагностические критерии ФЗ входят: **менее чем 3-разовое опорожнение кишечника (ОК) в течение недели; твердый кал более чем в 25% случаев ОК; чувство**

неполного опорожнения кишечника; шероховатый или твердый кал в 25% случаев дефекации; необходимость мануальных приемов для облегчения ОК.

Надо признаться, что согласительный документ противоречив и несовершенен и уже сейчас вызывает много споров [3]. Сохраняется нечеткость определения понятий ФЗ и СРК, что требует дополнительных многословных пояснений и затрудняет дифференциацию этих расстройств. Разделы, посвященные диагностике и лечению, неконкретны и кратки. И, самое главное, в последнем согласительном документе отсутствует четкое определение самого понятия «**функциональные расстройства**». Один из авторов документа – D. Grossman (USA) – отмечает, что в представленную классификацию входят функциональные расстройства, которые диагностируются при отсутствии структурной патологии, способной объяснить имеющиеся у пациента симптомы, и добавляет: «В последние годы, однако, гистологические находки показали, что различия между функциональными и органическими изменениями стали размытыми» [4]. Безусловно, по мере накопления новой информации и достижений в области фундаментальных исследований согласительный документ еще не раз будет пересматриваться и уточняться. Поэтому отойдем от многотомных Римских критериев и приведем оценку В.Х. Василенко «функциональных нарушений» системы пищеварения. Он считал, что это понятие – условное и относится к заболеваниям, при которых структурные изменения еще не обнаружены, хотя структура и функция взаимообусловлены. Диспут о сопряжении структуры и функции он подытожил так: «Функция без структуры немислима, а структура без функции бессмысленна» [1].

Таким образом, как и раньше, признается относительность понятия «функциональные изменения». Запор считают функциональным, если определить его причину современными методами диагностики не удастся. В этом его отличие от симптоматических (вторичных) запоров, причина которых установлена. Наш опыт показывает, что из-за недостаточно полного обследования больных за ФЗ нередко принимают симптоматические запоры. Из 700 пациентов, обратившихся в ММА им. И.М. Сеченова с жалобами на задержку стула, 124 имели совокупность признаков, определяющих ФЗ. Однако результаты углубленного исследования позволили рассматривать у большинства из них (94) расстройство функции кишечника как симптом имевшихся заболеваний. Психогенный фактор как основная причина двигательных расстройств толстой кишки был диагностирован у 22 (23,4%) пациентов: депрессия (n=11), нервно-психическая анорексия (n=9), шизофрения (n=2). Аноректальная патология сопровождалась запором в 24,4% случаев (синдром опущенной промежности, ректоцеле, геморрой), эндокринная патология – у 20,2% пациентов (первичный гипотиреоз, гиперкальциемия), гастроэнтерологическая патология – у 23,4% (дивертикулярная болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, рак прямой кишки). В 9,6% случаев запор расценивался как неврогенный (травматическое поражение спинного мозга, диабетическая невропатия, рассеянный склероз). У 30 (24,2%) пациентов из 124 органической патологии выявлено не было, и запор расценили как функциональный. Следовательно, диагноз ФЗ может быть поставлен лишь после детального обследования, исклю-

чения органической патологии и других функциональных расстройств, прежде всего — СРК. В связи с этим большое значение имеет целенаправленный опрос пациентов. Нами разработана специальная анкета для пациентов с запором, содержащая 10 вопросов:

- что пациент понимает под запором?
- с чем связывает появление запора?
- какие слабительные средства использует?
- какие препараты, кроме слабительных, принимает?
- нормализуется ли стул после соблюдения диеты и в определенное время года?
- имеются ли профессиональные вредности?
- какова физическая активность?
- имелись ли операции в анамнезе?
- были ли гинекологические заболевания?
- верит ли пациент в успех лечения?

Применение анкеты позволило избежать ошибок в выявлении причин хронического запора при сборе анамнеза. Результат анкетирования и последующая беседа давали возможность получить представление о вероятных причинах хронического нарушения функции кишечника, предположить механизм его развития, наметить план обследования и разработать рациональные схемы лечения.

Лечебная тактика при симптоматическом запоре состоит в терапии заболевания, симптомом которого является задержка стула. Комплексная терапия предусматривает индивидуальный подбор и использование современных слабительных средств.

Алгоритм лечения ФЗ представлен на схеме, где показано, что назначению слабительных средств предшествуют рекомендации по изменению стиля жизни и питания. Лечение предлагается начать со средств, увеличивающих объем каловых масс в результате задержки жидкости в кишечнике. К таким средствам относятся отруби. Дополнение в пищу отрубей увеличивает объем каловых масс, их гомогенность и обеспечивает регулярность стула. Это — наиболее физиологичный и естественный способ лечения запора. Кроме отрубей, препаратом, нормализующим деятельность кишечника, предотвращающим сгущение кишечного содержимого и обеспечивающим его пассаж, являются препараты подорожника (например, мукофальк). Мукофальк содержит гидрофильные волокна из наружной оболочки семян подорожника, практически не всасывается в желудочно-кишечном тракте, удерживает воду, благодаря чему увеличивается объем и размягчается консистенция каловых масс. Если применение диеты с высоким содержанием пищевых волокон эффекта не дает, в терапию включают слабительные средства. Каким из них следует отдать предпочтение, решают индивидуально в каждом отдельном случае; это определяется видом запора.

Осмотические слабительные средства представлены макроголем 4000 и лактулозой. Опыт применения препаратов показал, что макроголь, как и лактулоза, может использоваться в режиме монотерапии при лечении ФЗ и в режиме комплекса терапии при лечении симптоматических запоров. Преимущества макроголя перед лактулозой — более длительное сохранение нормальной дефекации после курса лечения и отсутствие метеоризма. Лактулозу следует использовать при симптоматических запорах, возникших в результате лучевой терапии толстой кишки, при спаечном процессе в брюшной полости, у женщин — после гинекологических операций и при задержке стула в пе-



Дульколакс®

Надежное облегчение

- Предсказуемый эффект
- Точное быстрое действие
- Удобен в употреблении



Boehringer
Ingelheim

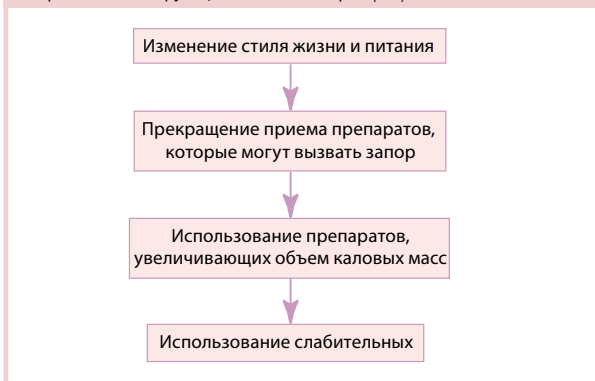
www.dulcolax.ru

Представительство компании «Берингер Ингельхайм Фарма ГмБХ»: 119049 г. Москва, ул. Донская, д. 29/9, стр. 1; тел.: (495) 411 78 01; факс: (495) 411 78 02

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ.

Таблетки, покрытые оболочкой: П. №015353/01 от 06.10.2008. Суппозитории ректальные: П. №014230/01 от 10.09.2008.

Алгоритм лечения функциональных запоров (ФЗ)



риод беременности. В случае возникновения метеоризма на фоне приема лактулозы требуется коррекция дозы.

Самую большую группу слабительных составляют **средства, раздражающие рецепторы кишечника и стимулирующие перистальтику**. Это прежде всего лекарства, содержащие антрахиноны. Производные 9-, 10-антрахинона (антраноиды) – составная часть многих фитопрепаратов для лечения запоров. Они содержатся в крушине, ревене, препаратах сенны, регулаксе. Слабительные этой группы могут использоваться при запорах, обусловленных ослаблением тонуса и перистальтики толстой кишки. Однако их длительное применение может способствовать образованию анальных трещин и обострению геморроя. Прямое влияние антраноидов на кишку в совокупности с их вторичным действием, ведущим к потере электролитов при длительном применении, может создать порочный круг и вынудить пациентов увеличивать дозы лекарств. В листке-вкладыше к антраноидным слабительным должно содержаться предостережение против их постоянного применения. Особенно это относится к препаратам сенны, которые применяются широко и необоснованно долго.

Из слабительных средств, стимулирующих перистальтику и не содержащих антраноидов, следует выделить Дульколак (бисакодил), не дающий побочных эффектов, свойственных растительным стимулирующим препаратам. При приеме внутрь Дульколак подвергается превращению под действием ферментов кишечной микрофлоры.

Конечный его продукт – активный метаболит бифенол. Он воздействует на кальциевые каналы гладкомышечных клеток кишечника и усиливает естественные высокоамплитудные сокращения толстой кишки. Дульколак в отличие от ранее широко применявшегося бисакодила имеет рН-чувствительную оболочку. Благодаря этому высвобождение активного вещества происходит в проксимальном отделе толстой кишки, что позволяет избежать неблагоприятного раздражающего действия в тонкой кишке. Препарат показан как при симптоматических запорах, так и при ФЗ. Но, по данным наших наблюдений, наибольший эффект в восстановлении функции кишечника он дает у лиц пожилого возраста, у больных, длительно находящихся на постельном режиме, у пациентов с неврогенной формой запора, при эпизодических запорах, вызванных временным изменением рациона питания и режима. В последнее время Дульколак начал применяться в комплексе с другими лечебными средствами для очищения кишечника перед колоноскопическими исследованиями.

Проблема ФЗ не может считаться решенной. Пациенты, страдающие запором, нуждаются в индивидуальном подходе. Следует тщательно анализировать причины нарушения у них функции кишечника и целенаправленно подбирать лекарственные средства.

Литература

1. Голочевская В.С. Вспоминая Владимира Харитоновича Василенко. – М., 1997. – С. 72.
2. Мансуров Х.Х. Авиценна о некоторых болезнях органов пищеварения и правильном питании. – Душанбе: Дониш, 1980. – С. 44.
3. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III Консенсус: избранные разделы и комментарии. – Витебск, 2006. – С. 151.
4. Drossman D. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // *Gastroenterology*. – 2006; 130 (5): 1377–1390.

CONSTIPATIONS: STATE-OF-THE-ART

Professor G. Grigoryeva, MD

I.M. Sechenov Moscow Medical Academy

The state-of-the-art of constipation is considered. Disputable issues concerning the terms "functional constipation" and "irritable bowel syndrome" introduced into the Roman criteria III are discussed. The basic principles of differential diagnosis of functional and symptomatic constipations and algorithms for their treatment are given.

Key words: constipation, irritable bowel syndrome, diagnosis, therapy.