

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР:

диагностика и принципы лечения

Н.В.ХАРЧЕНКО, д.мед.н., профессор; **В.В.ЧЕРНЕНКО**, к.мед.н.; **А.М.ПИЛЕЦКИЙ***, **И.Н.ЧЕРВАК*** /Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика, кафедра гастроэнтерологии, диетологии и эндоскопии, Киев;

*Киевская городская клиническая больница №8/

Xронические запоры представляют собой серьезную медико-социальную проблему во всех странах мира, являясь важным фактором снижения качества жизни пациентов.

Термин "запор" врачи, а тем более больные, понимают по-разному. Чаще всего запор определяют как редкое опорожнение кишечника и наличие затруднений при дефекации. Согласно современным представлениям запор можно определить как нарушение пассажа по толстой кишке, характеризующееся частотой стула менее 3 раз в неделю и сопровождающееся хотя бы одним из следующих признаков:

- длительные интервалы между актами дефекации,
- частота стула реже 3 раз в неделю,

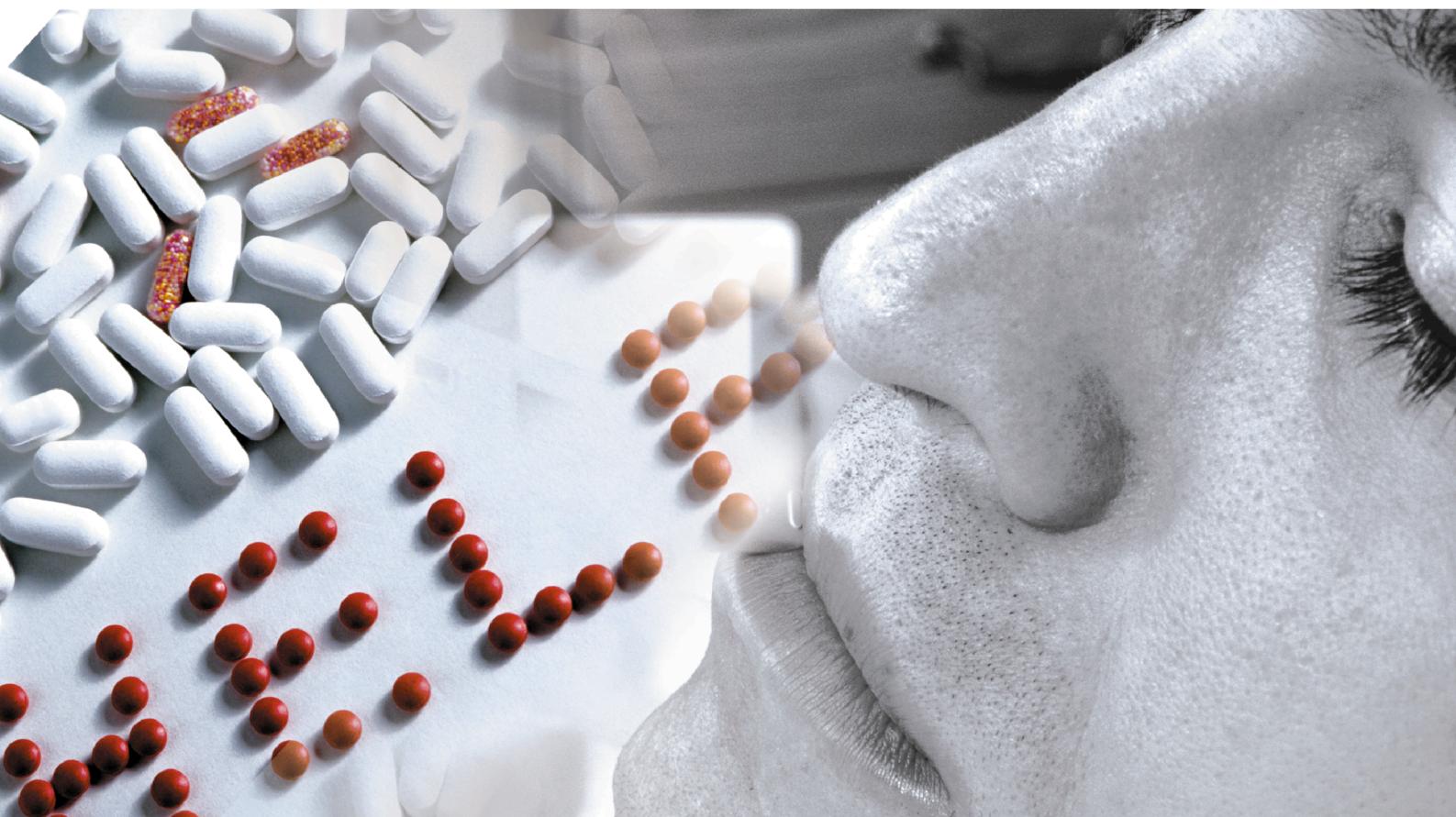
- отделение при дефекации малого количества кала (до 35 г/сут),
- кал плотный, бугорчатый,
- ощущение неполного опорожнения кишечника,
- необходимость натуживания при дефекации.

Хронический запор — распространенная патология, встречающаяся во всех возрастных группах, частота которой с возрастом увеличивается — до 60% среди пожилых людей.

Причины хронического запора многочисленны. Запор может быть как самостоятельным функциональным расстройством, так и симптомом, сопровождающим различные заболевания. При появлении запора требуется тщательное обследование для уста-

новления причин его развития. Наиболее распространены запоры, в основе которых лежат особенности питания пациента — алиментарные (простые) запоры. В связи с этим решающую роль в лечении больных с хроническим запором играют изменение образа жизни и диета. Если запор является симптомом определенного заболевания, то лечение основного заболевания значительно повышает эффективность мероприятий, направленных на ликвидацию запора.

Лечение при хроническом запоре начинают с немедикаментозных методов. К ним относятся увеличение двигательной активности, нормализация водного баланса и пищевого рациона с обязательным включением в него пищевых волокон.



Рекомендации больным с хроническими запорами:

- регулярная двигательная активность — ходьба, бег, физические упражнения;
- ежедневный массаж передней брюшной стенки, желательно в утренние часы (до завтрака), тренировка мышц живота в течение дня (напряжение и расслабление мышц живота несколько раз подряд);
- полноценный завтрак в определенные часы с тщательным пережевыванием пищи;
- ежедневное опорожнение кишечника в определенное время суток (лучше утром после завтрака);
- выпивать утром натощак стакан сока или воды;
- употребление достаточного количества жидкости (не менее 1,5 литра в день);
- обязательное включение в пищу продуктов, богатых пищевыми волокнами (черный хлеб, сырые фрукты, овощи), кисломолочных продуктов;
- использование специальных препаратов, содержащих пищевые волокна;
- при недостаточной эффективности вышеперечисленных мероприятий дополнительный прием безопасного слабительного средства, рекомендованного врачом.

Использование пищевых волокон имеет длинную историю, еще со времен Гиппократа, который в 430 г. до н.э. описал слабительный эффект пшеничных отрубей. Пищевые волокна — гетерогенная группа веществ, в основном растительных полисахаридов и лигнина, устойчивых к гидролизу пищеварительными ферментами человека. К ним относятся компоненты стенок клеток растений, в первую очередь целлюлоза, гемицеллюлоза, пектин, лигнин, в незначительном количестве — слизеобразующие вещества и смолы.

Увеличение объема каловых масс с помощью пищевых волокон объясняется водосвязывающими свойствами некрахмалистых полисахаридов в их составе. Вторым механизмом является стимуляция бактериального роста и размножения. Возможно, пищевые волокна также улавливают и связывают желчные кислоты, предотвращая их всасывание в подвздошной кишке и проведение в толстую кишку. Механическая стимуляция рецепторов стенки кишечника является еще одним доказанным механизмом действия пищевых волокон. В ходе исследования добровольцы принимали внутрь пластиковые частички размером 2x2 мм — они оказались так же эффективны в сокращении времени транзита и увеличении массы фекалий, как и пшеничные отруби (Edwards C.A.). Эти данные позволяют предполагать слабительные свойства у любого вещества, состоящего из частиц, резистентных к ферментному пищеварению, — в этой связи приобретает новое звучание давно известный термин “грубая клетчатка”.

Пациенты, у которых не наблюдается эффект от лечения пищевыми волокнами, составляют “проблемную” группу гастроэнтерологической практики.

Слабительные средства раздражающего действия (антрахионы) — производные сенны, ревеня, крушины — к сожалению, наиболее применяемые слабительные препараты. Природное происхождение часто определяет их выбор для самолечения. Благодаря химическому строению эти вещества неабсорбированы поступают в толстую кишку, где происходит их активный метаболизм. Действие данных слабительных веществ сопровождается некоторым повреждением эпителиальных клеток, что прямо и косвенно ведет к нарушению

абсорбции, секреции и моторики. Длительное использование препаратов сенны может приводить к атрофическим изменениям в интрамуральных нервных сплетениях толстой кишки и развитию рефрактерности запора. Поврежденные эпителиоциты могут обнаруживаться в виде апоптозных телец в пигментированной слизистой оболочке толстой кишки, что характерно для псевдомеланоза (Heaton K.W.). Псевдомеланоз толстой кишки — состояние, связанное с хроническим (избыточным) использованием слабительных средств раздражающего действия и ассоциированное с повышенным риском колоректального рака. В этой связи в некоторых странах (например, в Германии) использование препаратов этой группы ограничено.

Помимо антраноидных слабительных при запоре используются также производные дифенилметана — бисакодил, пикосульфат натрия. Это средства, применение которых является вынужденной мерой при рефрактерных запорах. Они вызывают частые побочные действия: боль в животе, диспептические явления, диарею, а при длительном применении — водно-солевые нарушения с вторичным гиперальдостеронизмом, нарушение усвоения витаминов, редко — псевдомеланоз толстой кишки.

Из слабительных средств осмотического действия в настоящее время наиболее предпочтительным является лактулоза.

Лактулоза — синтетический дисахарид, производное лактозы. Лактулоза не подвергается расщеплению ферментами в тонкой кишке, и поэтому активное вещество начинает действовать в толстой кишке, где под влиянием кишечной микрофлоры трансформируется в низкомолекулярные органические кислоты — молоч-

ную, уксусную, масляную, пропионовую. Снижение рН в просвете толстой кишки приводит к увеличению осмотического давления, что влечет за собой задержку воды, разжижение каловых масс, ускорение их продвижения и регуляцию моторики кишечника. Кроме того, лактулоза оказывает позитивный эффект на кишечный метаболизм, она способна изменять пейзаж кишечной микрофлоры в пользу стимуляции роста грампозитивных, так называемых полезных бактерий, основными представителями которых являются бифидо- и лактобактерии. В настоящее время многочисленными исследованиями доказан высокий терапевтический эффект лактулозы — как в составе лечебных комплексов, так и в виде монотерапии при хроническом запоре, дисбиозах кишечника, печеночной энцефалопатии, сальмонеллезе, в профилактике бактериальных инфекций мочевых путей, образования холестериновых камней желчи, колоректального рака.

Со времени открытия лактулозы как лекарственного средства стало понятно, что за счет подкисления содержимого толстой кишки она стимулирует перистальтику и нормализует опорожнение кишечника.

В ходе многочисленных рандомизированных клинических исследований было доказано, что как слабительное средство лактулоза эффективна и безопасна для всех групп пациентов: детей, беременных и кормящих женщин, взрослых и пожилых людей. Кроме того, лактулоза как слабительное средство с успехом применяется после оперативных вмешательств на толстой кишке, при лечении запоров, вызванных приемом медикаментов при тяжелой сердечной недостаточности и после инсультов, а также при лечении запоров другой этиологии.

Дозу лактулозы и кратность приема при лечении пациентов с запорами подбирают индивидуально. Начальная средняя терапевтическая доза составляет 10–30 мл утром ежедневно, продолжительность лечения — 1–2 месяца. Правильно подобранная доза лактулозы способствует формированию мягкого кала, опорожнению кишечника без натуживания и затруднения при дефекации.

В первые дни приема лактулозы возможны явления метеоризма, которые не требуют отмены препарата и чаще исчезают через 2–3 дня.

При применении лактулозы не развивается толерантность, а также отсутствует синдром отмены.

Лактулоза — это пробиотик, успешно применяемый для коррекции дисбиотических нарушений микрофлоры кишечника. В толстой кишке лактулоза является пищевым субстратом для сахаролитической микрофлоры: бифидо- и лактобактерий, что способствует ее активному росту и угнетению жизнедеятельности патогенных бактерий. Угнетая патогенную флору, лактулоза тем самым сокращает проникновение в кровь токсинов (нейротоксины, канцерогены) — продуктов жизнедеятельности патогенных бактерий.

Средняя терапевтическая доза для коррекции дисбиоза — 10–30 мл сиропа лактулозы 2–3 раза в сутки в течение 2–3 недель.

Лактулозу широко используют при печеночной энцефалопатии. Метаболизм действия лактулозы связан с метаболическим превращением углеводов в короткоцепочечные жирные кислоты, что снижает рН в просвете кишки и повышает осмолярность ее содержимого, следствием чего является увеличение перемещения ионов аммония из крови

в кишечник и выделение их с калом.

Действие лактулозы при портосистемной энцефалопатии сводится к следующему:

- ацидификация кишечного содержимого — подавление бактериальной продукции аммония;
- изменение бактериального метаболизма — повышение метаболизма углеводов и уменьшение деградации белков;
- обеспечение сахаролитических бактерий углеводами как метаболическим субстратом — подавление превращения аминокислот в аммиак;
- обеспечение сахаролитических бактерий источником энергии — увеличение биомассы, использующей аммоний и азот аминокислот для синтеза бактериальных протеинов;
- уменьшение времени транспорта кишечного содержимого — сокращение времени продукции аммония и его быстрая эlimинация;
- подавление бактериальной деградации мочевины — снижение концентрации аммония как продукта деградации.

При печеночной энцефалопатии дозу подбирают так, чтобы был размягченный стул 2 раза в день. Лактулозу также можно вводить ректально в клизме: 300 мл препарата смешивают с 700 мл воды.

Таким образом, лактулоза — хорошо изученный препарат с широким спектром действия и богатыми возможностями клинического использования, безопасность которого для пациентов всех возрастных групп была доказана в ходе многочисленных исследований.

Список рекомендованной литературы находится в редакции.