

Запор (от симптома к диагнозу, от диагноза к лечению) | Григорьева Г.А. | «PMЖ» №1 от 04.06.2003

<div> <div><div><div>О статье</div></div></div></div>	
<div> <div><div><div>Приложение РМЖ «Болезни Органов Пищеварения» №1 от 04.06.2003</div></div></div></div> <div> <div><div><div>стр. 12</div></div></div></div>	

В медицинской практике поддержку стула более трех дней на протяжении определенного периода времени в году было принято считать запором. Вопрос о том, какой временной интервал между дефекациями соответствует норме, долго оставался предметом дискуссий. Согласие было достигнуто в процессе работы двух международных гастроэнтерологических конференций в Риме в 1988 и 1999 гг., где были разработаны согласительные документы по функциональным гастроинтестинальным расстройствам, ставшие теперь широко известными под названиями «Римские критерии I» и «Римские критерии II» (исправленные). Согласно этим документам, гастроинтестинальные расстройства по совокупности присутщих им симптомов делятся на 7 групп: (А) эзофагальные, (В) гастродуоденальные, (С) кишечные, (D) функциональная абдоминальная боль, (Е) билиарные расстройства, (F) аноректальные, (G) функциональные расстройства у детей. Рубрика «С» (функциональные расстройства кишечника) включает 5 подгрупп: (С1) – синдром раздраженного кишечника, (С2) —функциональный метеоризм, (С3) – функциональный запор, (С4) – функциональная диарей, (С5) – неустановленные функциональные кишечные расстройства. Безусловно, по мере накопления новой информации и достижений в области фундаментальных исследований согласительные документы еще не раз будут пересматриваться, уточняться и исправляться. Это признают и сами авторы. Уже сегодня не на все вопросы, касающиеся функциональных гастроинтестинальных расстройств, можно найти ответы в «Римских критериях». Тем не менее, в согласительном, основанном на симптомах, международном документе даны определения, позволяющие отделить синдром раздраженного кишечника (СРК) от функционального запора (ФЗ). Итак, согласно «Римским критериям II», СРК – распространенная биопсихосоциальная патология, диагностика которой основывается на клинической оценке устойчивой совокупности симптомов, относящихся к дистальным отделам кишечника. Эта патология требует исключения симптомов «тревоги», органических заболеваний и повторного пересмотра диагноза по результатам первичного курса лечения [6,9].

К симптомам «тревоги» были отнесены немотивированное похуждание, наличие крови в кале, лихорадка, лейкоцитоз, повышение СОЭ. Определены и диагностические критерии СРК (табл. 1).

Из таблицы 1 следует, что ведущий симптом СРК – боль в животе, связанная с приемом пищи, сопровождающаяся метеоризмом, усилением перистальтики, диареей или запором.

Таким образом, боль в животе после приема пищи, задержка стула (стул менее трех раз в неделю), твердый или комковатый кал, длительное натуживание, при сохранении всего симптомокомплекса в течение 12 недель на протяжении года, дают основание диагностировать у больного СРК с преобладанием запора. В то время как боль того же характера и продолжительности, но в сочетании с жидким стулом (более трех раз в день) и императивными позывами, может расцениваться, как СРК с преобладанием диарей.

В согласительном документе особенно подчеркивается значимость временного фактора в диагностике функциональных гастроинтестинальных расстройств. Для СРК, в частности, это означает сохранение симптомокомплекса в течение 3–х месяцев (12 недель) на протяжении последнего года. Предполагается, что установленный срок даст возможность более четкого выделения данного состояния из группы других кишечных расстройств.

А что же тогда включается в понятие «функциональный запор»? Согласно «Римским Критериям II», понятие «Функциональный запор» включает в себя группу расстройств, проявляющихся постоянно затрудненной, редкой дефекацией или ощущением неполного опорожнения кишечника. Диагностические критерии ФЗ, отражающие требования Римского комитета, представлены в таблице 2.

Таким образом, боль после приема пищи, симптом, характерный для СРК, не наблюдается при ФЗ. Нельзя забывать, что «Римские критерии» основываются на жалобах больных и, следовательно, требуют тщательного сбора анамнеза. В противном случае за СРК и ФЗ могут быть приняты близкие им по симптоматике функциональные гастроинтестинальные расстройства и органические заболевания, сопровождающиеся запором. В связи с этим важное значение приобретает целенаправленный опрос пациентов. Нами была разработана специальная анкета, содержащая 10 вопросов. Ее применение позволяло избежать ошибок в выявлении причин хронического запора при сборе анамнеза [1]. При анкетировании выяснялось: 1) что пациент понимает под термином «запор»; 2) с чем он связывает возникновение запора; 3) какие слабительные средства использует (предлагалось перечислить названия, дозы, продолжительность курса лечения и указать переносимость препарата); 4) какие препараты, кроме слабительных, принимает; 5) нормализуется ли стул после определенной диеты и в определенное время года (предлагалось подробно перечислить продукты и частоту приема пищи); 6) имеются ли профессиональные вредности (если «да», то какие); 7) какова физическая активность; 8) имелись ли операции в анамнезе; 9) какие были гинекологические заболевания (для женщин); 10) верит ли пациент в успех предстоящего лечения.

Результат анкетирования и последующая беседа позволяли составить представление о вероятных причинах хронического нарушения функции кишечника, предположить механизм его развития, наметить целенаправленный план обследования и разработать рациональные схемы лечения.

За период с 1990 по 2000 год в ММА имени И.М. Сеченова было обследовано 700 пациентов с жалобами на задержку стула, 124 из них имели совокупность признаков, определяющих запор. Однако результаты углубленного исследования позволили рассматривать у большинства из них (94) расстройство функции кишечника, как симптом имеющихся заболеваний. Психогенный фактор, как основная причина двигательных расстройств толстой кишки, был диагностирован у 22 пациентов (23,4%). Это были больные с депрессией (11), нервно–психической анорексией (9), шизофренией (2). Аноректальная патология сопровождалась запором в 24,4% случаев (синдром «опущенной промежности», ректоцеле, геморрой и др.). Эндокринная патология (первичный гипотиреоз, гиперкальцемия) – в 20,2%. У 9 больных (9,6%) запор расценивался, как неврогенный (диабетическая нейропатия, рассеянный склероз, травматическое поражение спинного мозга). Гастроэнтерологическая патология (дивертикулярная болезнь, рак прямой кишки, болезнь Гиршпрунга, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) являлась причиной запора в 23,4% случаев [1,3]. У 30 пациентов из 124 (23,6%) запор расценивался, как функциональный.

Таким образом, диагноз ФЗ требует исключения патологий, одним из проявлений которой может быть задержка стула. Как симптоматический, так и функциональный запор требуют использования средств, восстанавливающих функцию кишечника, с той лишь разницей, что в первом случае эти средства применяются как часть комплексной терапии, а во втором – как монотерапия.

Следует остановиться на диагностических методах, которые должны, по нашему мнению, обязательно использоваться при обследовании больных с запорами. К ним прежде всего относятся пальцевое исследование прямой кишки и колоноскопия. Пальцевое исследование дает возможность в определенной степени судить о тоне анального сфинктера, выявлять анальные полипы, геморроидальные узлы, воспаленные трещины, новообразования, расположенные сразу же за сфинктером и недоступные для обследования эндоскопом. Колоноскопия позволяет получить ответ на вопросы, не вызваны ли запоры органическим процессом в толстой кишке (и прежде всего опухолями). Рентгенологический метод играет важную роль в выявлении нарушения моторной функции и тонуса толстой кишки. Однако к ирригоскопии следует прибегать лишь в случаях, когда необходимо исключить аномалии развития кишки или ее органическое поражение, симптомом которых может быть запор. Основную информацию можно получить при изучении пассажа контрастной массы по кишечнику.

Лечебная тактика при симптоматическом запоре предусматривает прежде всего терапию заболевания, симптомом которого является задержка стула; при этом схема лечения включает целый ряд мероприятий и не может быть ограничена только слабительными средствами. Тем не менее препараты слабительного действия вводятся в комплексную терапию почти всех видов запоров. В основе действия слабительных средств лежит механическое или химическое раздражение рецепторов слизистой оболочки кишечника. По основной направленности действия среди слабительных средств различают препараты, усиливающие моторную функцию тонкой кишки; препараты, стимулирующие двигательную функцию кишечника на всем протяжении; препараты, усиливающие моторную функцию толстой кишки [8].

Д.Р. Лоуренс и П.Н. Беннит делают препараты слабительного действия на увеличивающие объем содержимого кишечника, размягчающие фекалии и стимулирующие функции кишечника [2]. Слабительные, увеличивающие объем кишечного содержимого и понижающие его вязкость, способствуют физиологическому функционированию кишечника. Различают две подгруппы препаратов этого типа. Первую подгруппу составляют гидрофильные коллоиды и неперевариваемые растительные волокна. Прием этих средств приводит к формированию большого объема каловых масс в результате задержки жидкости в кишечнике. Это дает возможность широко использовать отруби для лечения как симптоматического, так и функционального запора. Известно, что отруби получают из отходов при обработке злаковых культур, в них содержится 25–30% клетчатки, состоящей из целлюлозы, гемицеллюлозы и полимера лигнина. Волокна обладают двумя важными свойствами: достигают толстой кишки в неизменном виде и способны удерживать воду. Добавление в пищу отрубей увеличивает объем каловых масс, их однородность и обеспечивает регулярность стула. Это наиболее физиологичный и естественный способ лечения запора.

Вторую подгруппу составляют осмотические слабительные вещества, которые мало абсорбируются в кишечнике, увеличивают объем его содержимого, снижают вязкость последнего и раздражают каловые массы. Они действуют на всем протяжении кишечника, в связи с этим могут использоваться не только при запорах, но и при пищевых отравлениях, так как очищают кишечник и задерживают всасывание ядов и поступление их в кровь.

К новому классу таких осмотических слабительных средств принадлежит Форлак. Активным ингредиентом препарата является макроголь 4000. Эффективность и безопасность Форлакса в лечении функционального запора доказана долгосрочными контролируемыми исследованиями [5]. Побочные эффекты (вздутие живота, тошнота) встречается крайне редко и не требуют отмены препарата [5]. Рекомендуется двухнедельный курс лечения. При умеренных запорах используются 2 пакетика ежедневно утром во время приема пищи. При выраженной задержке стула первые 5 дня лечения Форлак принимается в дозе 2 пакетика утром и 2 пакетика вечером, в последующие дни по 2 пакетика также во время завтрака и ужина. По результатам проведенного в России в 1997 г. клинического испытания препарата Форлак положительный эффект был достигнут у 83% больных, страдающих функциональным запором.

К той же группе слабительных средств относится лактулоза – синтетический дисахарид, который после приема внутрь не разрушается дисахаридазой тонкой кишки, не всасывается и таким образом действует, как осмотическое слабительное. В толстой кишке лактулоза разрушается с образованием молочной и уксусной кислот. Уменьшая рН, лактулоза подавляет рост продуцирующих аммоний микроорганизмов и снижает диффузию неионизированного аммония из толстой кишки в кровь. Это послужило основанием для ее использования при печеночной энцефалопатии, которая усугубляется при образовании в толстой кишке аммония и поступления его в системный кровоток. Мы имеем опыт применения лактулозы у 51 пациента. Критериями эффективности были наличие стула на третий день терапии и самостоятельная дефекация через месяц после проведенного курса лечения. Анализ полученных результатов показал, что на третий день лечения появление стула отметили 33 пациента (64,7%). Через месяц после проведения курса лечения самостоятельная дефекация сохранялась в 9,8% случаев. Следует отметить, что после отмены Форлакса, согласно результатам клинического испытания, эффект последействия был значительно выше (40% случаев). Таким образом, накопленный нами опыт применения осмотических слабительных средств дает основание сделать следующий вывод:

– Форлак может использоваться в качестве монотерапии в лечении функциональных запоров и в составе комплексной терапии для лечения симптоматических запоров, его преимущество перед лактулозой – более длительное сохранение нормальной дефекации после проведенного курса лечения и отсутствие метеоризма;

– лактулозу следует использовать при симптоматических запорах, в том числе возникших в результате лучевого поражения толстой кишки, спаечного процесса в брюшной полости, у женщин после гинекологических операций;

– в случае возникновения метеоризма на фоне приема лактулозы требуется коррекция дозы.

Очень большую группу слабительных составляют средства, раздражающие рецепторы кишечника и стимулирующие его перистальтику. Это прежде всего лекарства, содержащие антрахиноны. Производные 9,10 антрахинона (антраноиды) являются составной частью многих фитопрепаратов, применяющихся для лечения запоров. Они содержатся в крушине, которая очень популярна в качестве домашнего средства, препаратах сены, в ревене. Основное место действия антраноидов – толстая кишка. Для проявления слабительного эффекта важны кишечные бактерии, так как они переводят антраноиды в активную форму 9–антронов. Что касается механизма действия, то различают прямую стимуляцию гладкой мускулатуры, торможение загустевания содержимого толстой кишки (антиабсорбтивное действие) и ускорение транспорта воды в просвет кишки (гидрагонное действие). Однако существует мнение, что прямое содействие пропульсивной миогенной активности невозможно и более вероятным представляется общее повышение секреции в толстой кишке, ведущее к растяжению просвета кишки, которое, в свою очередь, приводит к стимуляции рецепторов, ответственных за растяжение под давлением, и возбуждает перистальтику. Практика показывает, что слабительные из группы антрахинонов применяются для лечения запоров весьма широко и необоснованно долго. В то же время известно, что после годичного применения слабительных средств, содержащих антраноиды, у пациентов может появиться черное окрашивание слизистой оболочки прямой и толстой кишюк [2]. Этот феномен, называемый «pseudomelanolosis coli» в целом рассматривается как безвредный. Окрашивание исчезает после отмены препарата. Наиболее вероятной причиной является выделение нерастворимых продуктов конденсации антрахинонов и антронов в сочетании с пигментом из макрофагов в собственной пластинке слизистой оболочки. По мнению исследователей, занимающихся данной проблемой, псевдомеланоз толстой кишки следует рассматривать как признак злоупотребления слабительными средствами, содержащими антраноиды. Длительное использование слабительных этой группы может способствовать образованию анальных трещин и обострению геморроя [4]. Описаны изменения, известные под названием «слабительная толстая кишка». Рентгенологически при этом определяются понижение моторики, отсутствие или снижение гаустрации и спазм отдельных сегментов, гистологически – уменьшение толщины стенки кишки, атрофия мышечного слоя [7,8]. Однако влияние антраноидов на кишку в совокупности с вторичным действием, ведущим к потере электролитов при длительном применении препаратов, может создать порочный круг и вынудить пациентов увеличивать дозы лекарств. Кроме того, появился ряд сообщений, позволяющих предположить связь между возникновением рака кишечника и хроническим приемом антраноидных слабительных средств. Авторы настаивают на том, чтобы в листе–вкладыше к антраноидным слабительным содержалось предостережение против их постоянного применения [8]. Слабительные этой группы могут использоваться при запорах, обусловленных ослаблением тонуса и перистальтики толстой кишки.

Из слабительных средств, стимулирующих перистальтику и не содержащих антраноидов, следует отметить бисакодил и пикосульфат натрия. Бисакодил – синтетический препарат (4,4–диацетоксифенилпиридин–2–метан), стимулирует чувствительные рецепторы толстой кишки. В результате повышается секреция слизи в толстой кишке, ускоряется и усиливается перистальтика. После приема препарата внутрь эффект достигается через несколько часов, при применении свечей – в течение 1 часа. Сходное действие оказывает пикосульфат натрия. Препарат выпускается в виде раствора для внутреннего применения, 1 мл раствора содержит 0,0075 г активного вещества, которое высвобождается и активизируется бактериальными сульфатазами, воздействует на рецепторный аппарат толстой кишки, в результате чего ускоряется и усиливается перистальтика. Мы имеем небольшой (40 пациентов) опыт лечения больных этими препаратами. Пикосульфат натрия назначался по 10 капель в вечернее время суток, при необходимости доза увеличивалась до 15 мл. Слабительное действие препарата не сопровождалось болью в животе и тенезмами.

Бисакодил для применения внутрь назначался 1 раз в сутки в вечернее время по 1–2 драже. При попытке увеличить дозу до 3–4 драже у части больных появлялись схваткообразные боли в животе.

Наши наблюдения показали, что оба препарата особенно эффективны в лечении гипотонических запоров у лиц пожилого возраста, запоров, вызванных длительным пребыванием больных на постельном режиме, при неврогенных запорах.

В заключение еще раз подчеркнем, что диагноз функционального расстройства кишечника может быть установлен лишь после детального обследования и исключения органической патологии. Только при этом условии возможно целенаправленное эффективное использование современных лекарственных средств, как для терапии функционального запора, так и выявленного в процессе обследования вторичного запора, являющегося симптомом какого–либо заболевания.

Симптомы	Характерные особенности симптомов
Боль или чувство дискомфорта в животе после приема пищи	Появление боли (дискомфорта) ассоциируется с изменением частоты стула и/или формы каловых масс, продолжительность не менее 12 недель (необязательно последующих) в течение предшествующего года. Уменьшение или исчезновение боли отмечается после акта дефекации
Нарушение частоты стула	Стул более 3–х раз в день или менее 3–х раз в неделю
Изменение формы каловых масс	Кал твердый в виде комочков или жидкий (водянистый)
Нарушение акта дефекации	Чувство неполного опорожнения, учащенные позывы на дефекацию, натуживание, занимающее 25% времени дефекации
Выделение слизи	–
Метеоризм или вздутие живота	–

Симптомы	Характерные особенности симптомов
1. Натуживание, занимающее > 1/4 времени дефекации	Симптомы должны наблюдаться в течение 12 недель
2. Стул в виде твердого кала или комочков	(необязательно последовательных) на протяжении предыдущего года.
3. Ощущение неполного опорожнения (> 1/4 времени дефекации)	
4. Ощущение препятствия в аноректальной области (>1/4 времени дефекации)	Симптомокомплекс должен включать два или более перечисленных в данной таблице симптомов.
5. Необходимость мануальных приемов для освобождения кишечника (завоаждаия каловых масс пальцем, поддержка рукой в тазового дна), занимающее > 1/4 времени дефекации	
6. Стул < 3 раз в неделю	

Литература

- Григорьева Г. А. Запор и современные слабительные средства // Клин.мед.–1997 Т.75, №1, с.52–56.
- Лоуренс Д.Р., Беннит П.Н. Клиническая фармакология: Пер. с англ. М.1988.–Т.2.
- Хаммад Е. В. Хронический запор (тактика совершенствования диагностики и лечения) // Автореф. канд.дисс. М. 1998.
- Denis Ph., Teitzer L., Coabell H. //Dtsch. Med. Wochenschr. –1984.–Bd.109.–S. 1607–1609.
- Brenis Ph., Baitzer L., Moulais R., Hoang C. Termed and efficacy of Forlak: comparative–term study versus lactulose in patients with functional constipation Gastroenterologie, 1996.–vol.10, suppl.1.2.– p.1–11.
- Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process//GUT, 1999.–vol.45, suppl. II.–p. 111–115.
- Kabelitz L., Reif K., // Dtsch. Apothek.– 1994.–Bd.134.–No 51/52.–S. 37–40.
- Smith B.// Dis. Colon.Rect.–Vol.16.–P. 455.
- Tompson W.G., Longstreth G.F., Drossman D. A., et al /Functional bowel disorders and functional abdominal pain// GUT, 1999.–vol.45, suppl. II.–p. 1143–1148.

<p>Предыдущая статья</p>	<p>Следующая статья</p>
<p>04.06.2003</p> <p>Гепатотоксаторы в лечении хронических...</p> <p>Результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют о poste</p> <p>Болезни органов пищева...</p> <p>4466</p> <p>0</p>	<p>04.06.2003</p> <p>Принципы лечения синдрома метеоризма</p> <p>Синдром метеоризма является широко распространенным состоянием. Суть его</p> <p>Болезни органов пищева...</p> <p>16495</p> <p>0</p>

Контент доступен под лицензией Creative Commons «Attribution» («Атрибуция») 4.0 Всемирная.

Поделиться статьей в социальных сетях



[рекомендовать статью](#)

Печать

[Добавить комментарий](#)

[Распечатать](#)