

## Хронический запор

### Содержание

Хронический запор является одним из наиболее распространенных расстройств пищеварения. Запор - это не заболевание, а симптом. Он может впервые проявиться в детском возрасте, наблюдаться в течение всей жизни, при этом сопровождаться весьма неприятными ощущениями. В большинстве случаев привычный хронический запор не сопровождается сниженной перистальтикой кишечника или аноректальными расстройствами. Необходима дифференциальная диагностика, так как эндокринные заболевания, прием некоторых лекарственных препаратов, интестинальная ней-ропатия или аноректальная обструкция могут привести к развитию хронического запора. Для терапии можно сочетать обычные и натуропатические методы лечения.

### Summary

Chronic constipation is one of the most common disturbances of bowel function. Beginning in childhood it persists during lifetime and is perceived as very unpleasant. Objective in most cases a habitual chronic constipation exists without demonstrable reduced motility of bowel or anorectal failure of evacuation. Exclusion-diagnosis is necessary, because endocrine disorders, drugs, intestinal neuropathy and anorectal obstruction can lead to chronic constipation. Diseases with chronic constipation must be excluded, drugs with this side-effect removed before starting the therapy. Conventional and complementary methods can be combined.

Запор обычно определяют как замедление отделения стула вследствие неполного опорожнения кишечника и/или нарушений дефекации. Согласно принятой ранее диагностике, диагноз «хронический запор» ставится, если в течение 3 месяцев дефекация отмечается не чаще одного раза в три дня; если дефекация болезненна, а стул слишком тверд и мал. Так как субъективные ощущения редко сопровождаются объективными результатами, были установлены новые критерии диагностики (табл. 1).

### Физиология функций толстого кишечника

После приема пищи через 8-12 часов жидкая пищевая кашица достигает толстого кишечника, в котором происходит дегидратация. Полутвердый стул через 25-30 часов попадает в сигмовидную кишку. Среднее время транзита между приемом пищи и ее дефекацией обычно составляет 30-40 часов. В кишечнике за счет сокращения содержимое перемешивается и медленно продвигается дальше. Активность перистальтики кишечника напрямую связана с объемом поступающей пищи и управляется нервным сплетением и регуляторными пептидами. За счет пропульсивной сокращения с высокой амплитудой, особенно после еды (гастроколит-ный рефлекс) и с утра после пробуждения, происходит транспортировка в сигмовидную кишку, где накапливается кал. В верхней части прямой кишки находятся рецепторы давления, которые при наполнении вызывают сокращения мускулатуры и расслабление внутреннего сфинктера. За счет этого кал транспортируется к анальному отверстию и осознанно воспринимается человеком. Окончательное опорожнение кишечника зависит от ЦНС, которая определяет время открытия внешнего сфинктера и сокращение пуборектальной мускулатуры. При наполнении прямой кишки калом невральные рефлексы опорожнения желудка замедляются, за счет этого замедляется транспорт перевариваемой пищи в тонкий кишечник

## Патогенез

Нарушение опорожнения кишечника при нормальном времени транзита через кишечник и нормальной анорек-талльной функции является следствием висцеральной гиперчувствительности (раздражения кишечника). Это может привести к запору или диарее (10). Раздражение вегетативной нервной системы и психосоматические заболевания усиливают симптоматику.

При дефиците нерастворимых волокон (лигнин, целлюлоза, гемицеллюлоза) стенки кишечника растягиваются недостаточно, частота мышечных сокращений снижается. Изменение времени дефекации влияет на скопление большого количества кала в прямой кишке, которая настолько растягивается, что произвольного сокращения мышц живота становится недостаточно для дефекации. Одновременно теряется чувство своевременности дефекации.

При замедлении времени прохождения через кишечник со слишком медленной автономной пропульсивной контракцией обнаруживается висцеральная нейропатия или миопатия (3,9)- Различаются наследственные формы патологии и приобретенные спорадические формы. Вторичные висцеральные нейропатии могут возникать после перенесенных инфекционных и эндокринных заболеваний, в результате приема определенных лекарственных средств. Миопатии с дегенерацией нервных узлов также могут быть первичной или вторичной причиной нарушения моторики кишечника (9). Отдельный симпто-мокомплекс образует хроническая ин-тестинальная псевдообструкция со свободным просветом кишечника без органического поражения.

Аноректальные функциональные расстройства возникают вследствие анатомических аномалий: аганглиозов в области прямой и сигмовидной кишки, выпадении прямой кишки или патологическом опущении органов таза. При анизме (парадоксальной контракции внешнего сфинктера при попытке дефекации) причиной является неврологическая дисрегуляция. Встречаются сочетания замедления прохождения пищи через кишечник с аноректальными функциональными расстройствами.

## Эпидемиология

По приблизительным оценкам, от различных видов запоров страдают 20-30% населения промышленно развитых стран; отдельные оценки варьируют от 1,9 до 27,2% (5,13,16). Однако, согласно современным критериям (римская классификация II, табл. 1), диагноз может быть верифицирован только у 15% женщин и 5% мужчин (4). У женщин симптоматика фиксируется в 2,2 раза чаще, чем у мужчин (4), так как обычно они пьют меньше жидкости, а также во второй половине цикла гормональные изменения провоцируют запор. У пожилых людей (старше 65 лет) запоры встречаются чаще, чем у молодых (5), так как у них снижаются кишечные рефлексy, они меньше двигаются, а часто принимаемые ими слабительные средства могут оказывать парадоксальный эффект.

Часто симптоматика запора впервые проявляется в детском возрасте. 3-5% всех посещений педиатра и 20-25% посещений гастроэнтеролога связано с запорами. В США запор отмечается у 16% пациентов двухлетнего возраста. 34-37% всех детей детского возраста (до 12 лет) в Великобритании и Бразилии страдают запорами (12).



Не менее двух симптомов из перечисленных в течение трех месяцев последнего года
• Приходится сильно тужиться, по меньшей мере при каждой четвертой дефекации.
• Твердый стул при каждой четвертой дефекации или чаще.
• Ощущение неполного опорожнения кишечника при каждой четвертой дефекации или чаще.
• Ощущение анальной блокады при каждой четвертой дефекации или чаще.
• Две или менее дефекации в неделю.

Табл. 1. Критерии диагностики хронического запора

## Симптоматика хронического запора

Признаками хронического запора являются изменения консистенции кала и времени опорожнения кишечника, сохраняющиеся в течение 3 месяцев или более. Очень плотный и твердый стул выходит лишь частично, в результате усилий. Могут возникать трещины или иные поражения слизистой оболочки прямой кишки, сопровождающиеся незначительными отделениями слизи и крови. Дефекация связана с болями в ректальной области и тенезмами в животе, пациент старается ее избежать. Возникает замкнутый круг. Типично вздутие живота вследствие скопления жидкости в тонком кишечнике и кала - в сигмовидной кишке. Так как прямая кишка опорожняется неполностью, количество кала обычно невелико. При скоплении большого количества каловых масс в сигмовидной и прямой кишке может отмечаться дефекация большим количеством мягкого стула за один раз. У детей симптомы запора могут влиять на поведение (6).

### Лекарственные препараты

- Опиаты
- Антагонисты кальция
- Антациды
- Антидепрессанты
- Антихолинэргетики
- Антikonвульсант
- Препараты железа
- Диуретики
- Слабительные

Табл. 2. Различные субстанции, влияющие на развитие запоров

## Влияние лекарственных средств и органических заболеваний

Прием некоторых лекарственных средств также приводит к замедлению перистальтики кишечника (табл. 2). Также обращаем внимание на опасность приема слабительных средств, так как организм постепенно привыкает к ним, и ослабляется нормальный импульс к дефекации. Применение опиатов при хронических болевых синдромах также чревато развитием хронического запора (15).

Органические заболевания редко становятся причиной хронического запора, однако тщательная диагностика необходима в любом случае. Нужно обращать особо пристальное внимание на данные анамнеза и физикального обследования, а также лабораторной диагностики. В качестве возможных причин могут выступать общие заболевания с непрямым действием на пищеварительный тракт, а также патология кишечника (табл. 3).

## Диагностика

После выяснения анамнеза проводится пальпация абдоминальной области и тщательная инспекция анальной области с проверкой анального рефлекса. Обязательно ректальное обследование в покое и при потугах, предоставляющее информацию о тоне сфинктера и наполнении прямой кишки. Изменения в аноректальной области выявляются с помощью проктоскопа. Измерение транзитного времени от приема пищи до опорожнения кишечника проводится с помощью рентгенологических маркеров (норма - 30-40 часов). Для контроля за опорожнением кишечника используется дефекография. Ано-ректальная манометрия позволяет делать заключения о силе давления и сенсорике пациента.

К прочим видам диагностики можно отнести эндосонографию и эндоскопию, а при подозрении на нарушения иннервации - биопсию слизистой оболочки с ферментной гистохимией (1, 7).

Это позволяет проводить дифференциальную диагностику нарушений моторики и аноректальных функций. При подозрении на органические заболевания отдельно проводятся прочие исследования, включая анализ крови.

### Питание и применение слабительных

Пациенты с нормальным или замедленным временем прохождения пищи получают питание с балластными веществами (20-30 г волокон в сутки, применение клейковины пшеницы допускается только с подросткового возраста, так как она содержит фитиновую кислоту). В качестве источника балластных веществ могут выступать льняное семя, метил-целлюлоза, другие продукты, однако их прием всегда должен сопровождаться приемом достаточного количества жидкости (18). Пациентам с нарушениями дефекации и хроническими запорами подобное питание поможет купировать симптоматику. Если переход на обогащенное балластными веществами питание не влияет на характер запоров, можно предположить, что патология вызвана замедлением времени прохождения пищи (8). В этом случае можно назначать слабительные средства:

Препараты с осмотическим действием, например сульфат магния, глауберова соль, сульфат натрия снижают резорбцию жидкости в кишечнике и размягчают стул. Они не должны приниматься длительное время. Осмотическим действием также обладает лактулоза, которая одновременно регулирует микрофлору кишечника и может приниматься на постоянной основе (если отсутствует непереносимость лактозы). На осмотические характеристики действует и полиэтиленгликоль. В зависимости от результата дозировка должна постепенно сокращаться.

Антирезорбтивным действием обладают бисакодил и натрия пикосульфат. Они блокируют действие АТФазы. Осторожно: отмечен эффект привыкания.

К гидрогигическим слабительным средствам относятся дифенолы и антрахи-ноны из алоэ, листьев и плодов сенны, коры ряда растений и деревьев, а также корня ревеня. Сенна не должна назначаться детям до 10 лет. Нежелательным побочным действием средств, содержащих антрахинон, является потеря электролитов, раздражение стенок кишечника, функциональные расстройства слизистых оболочек и повышенный риск онкопатологии.

При аноректальных расстройствах можно использовать средства с эффектом «смазки». Ректально применяются глицерол, бисакодил, гидрокарбонат натрия и гидрофосфат натрия (образующие CO<sub>2</sub>). Перорально можно принимать парафин (разрешен детям со второго года жизни).

Препараты с прокинетиическим действием - метоклопрамид (паспертин) и цизаприд (пропульсин) - в настоящее время запрещены в Германии вследствие побочного действия на сердечнососудистую систему (аритмия, удлинение QT-интервала) (6).

Современные прокинетики (тегасерод, прукралоприд) могут стимулировать рецепторы нервной системы пищеварительного тракта и не обладают побочными эффектами предыдущего поколения средств (14).

Обсуждается возможность стимуляции кишечника электрическими импульсами и имплантация стволовых клеток для замещения дегенерировавших нейронов (14).

### Здоровое питание

Дополнительно при привычном хроническом запоре пациент должен перейти на здоровое питание, состоящее преимущественно из зерновых продуктов грубого помола, отрубей, непереработанных овощей, салата и свежих фруктов. Количество ежедневно употребляемой жидкости не должно быть менее 2 л. Нужно отказаться от употребления сладостей (способствуют процессам брожения) и шоколада (провоцирует запор), готовых блюд с глутаматом (раздражает висцеральные чувствительные центры), кофеина и алкоголя (способствует дегидратации). Однако клинические данные, подтверждающие данные рекомендации, в настоящее время отсутствуют, как и данные о том, что никотин активирует перистальтику кишечника (8). Рекомендуется снизить потребление мяса и мясных продуктов, которые содержат малое количество балластных веществ и минералов. При атоническом запоре с нормальной висцеральной чувствительностью часто для активации перистальтики достаточно простой воды (иногда с добавкой небольшого количества яблочного уксуса), инжира или чернослива. Положительный эффект также оказывают квашеная капуста, йогурт и кефир.

### Хирургическое вмешательство

Корректирующие хирургические вмешательства проводятся при аганглиозе, анальном стенозе и смещении ануса. Рекомендуется удаление доброкачественных опухолей прямой кишки (из-за вероятности их перерождения), а также аноректальных злокачественных опухолей. При дивертикулите в 20% случаях показано хирургическое вмешательство, как и при анальных трещинах. При привычном хроническом запоре хирургическое вмешательство (миотомия сфинктера, резекция сигмовидной кишки и пр.) не рекомендуется.

Для нормализации пищеварения и опорожнения кишечника нужно упорядочить образ жизни, регулировать ритм активности, избегать стрессовых ситуаций. Массаж абдоминальной области (медленные круговые движения

Заболевания
<b>Общие заболевания</b>
• Эндокринные заболевания: гипотиреоз, гипопаратиреозидит, сахарный диабет
• Хронические нарушения содержания электролитов (гипокалиемия)
• Неврологические заболевания: деменция, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, поражения спинного мозга, черепно-мозговые травмы
• Миопатия: склеродермия
• Непереносимость коровьего молока
• Целиакия
• Циститный фиброз
<b>Колоректальные заболевания</b>
• Дивертикулит, дивертикулез
• Синдром раздраженного кишечника
• Аденома, карцинома
• Аганглиоз
• Нарушения иннервации: гипоганглиоз, гиперганглиоз
• Анальные трещины, геморрой
• Физиотерапия, образ жизни

Табл. 3. Органические заболевания, которые могут стать причиной хронического запора

рукой по часовой стрелке) активизирует перистальтику кишечника. Укрепить мышцы абдоминальной области можно с помощью курса специальных упражнений. При запорах, обусловленных слабостью мускулатуры, помогают холодные обливания, холодные ванны для ног, активирующие мышечную активность. Спастический запор поддается терапии теплом (сидячие ванны с повышающейся температурой, горячие компрессы).

### Гомеопатические и антигомотоксические препараты

Для терапии хронического запора с нормальным или замедленным временем прохождения пищи показаны гомеопатические препараты, в лекарственные картины которых входит запор: Alumina D3, D4, D6; Bryonia D3, D4, D6; Graphites D4; Hydrastis canadensis D1-D12; Opium D6. При аноректальных функциональных расстройствах и висцеральной гиперчувствительности с преимущественно спастическим запором показаны Alumina D6-D12; Carduus marianus D2, D3, D4; Lycoperidium clava-tum D3; Magnesium chloratum D3; Nux vomica D4, D6, D12; Plumbum metallicum D6; Sepia officinalis D4; Silicea D4, D6, D12.

При хроническом запоре можно использовать как средства классической гомеопатии, так и антигомотоксические препараты. Для регуляции атопической и спастической форм запоров показан препарат Нукс вомика-Гомаккорд. При аноректальных спазмах назначаются Спаскупрель и Нукс вомика-Гомаккорд, а также Nux vomica-Injeel S. При атоническом запоре активировать перистальтику кишечника можно препаратами Aloe-Injeel, Graphites-Injeel, Hydrastis-Injeel. Для терапии анальных трещин можно использовать мазь Пеония-Саль-бе-Хель и препарат Графитес-Гомаккорд.

### Акупунктура и психотерапия

Так как деятельность кишечника регулируется импульсами ЦНС, при устойчивых запорах можно провести сеансы корпоральной акупунктуры. Обычно при атоническом запоре используются точки 9 меридиана печени (слабость соединительной ткани), 34 меридиана желчного пузыря (хронический запор), 36 меридиана желудка (запор); при спастическом запоре используются точки 2 и 3 меридиана печени (обладающие спазмолитическим действием). Для усиления терапевтического эффекта при привычном хроническом запоре применяются техники обратной биологической связи.

#### Выводы

##### Хронический запор:

- > поражает 20-30% населения промышленно развитых стран
- > встречается чаще среди пожилых
- > обычно не связан с нарушением времени прохождения пищи и расстройствами в аноректальной области
- > может возникать из-за длительного приема лекарственных средств
- > терапия подразумевает повышение доли балластных веществ в рационе, увеличение физической активности, упражнения на релаксацию и соблюдение режима
- > излечение длительным приемом слабительных средств невозможно
- > даже при адекватной терапии прогноз пессимистичен