

Коррекция функциональных запоров у маломобильных пациентов, перенесших инсульт

М. С. Турчина, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
М. В. Букреева, ассистент кафедры внутренних болезней
Л. Ю. Королева, аспирант
Ж. Е. Анненкова, к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней
Л. Г. Поляков, студент 6 курса

ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И. С. Тургенева», г. Орел

Correction of functional constipation in patients with limited mobility after stroke

M. S. Turchina, M. V. Bukreeva, L. Yu. Korolyova, Zh. E. Annenkova, L. G. Polyakov
 Orel State University n.a. I. S. Turgenyev, Orel, Russia

Резюме

В настоящее время проблема ранней реабилитации больных, перенесших инсульт, имеет важное значение, так как по распространенности цереброваскулярных заболеваний и инвалидизации после перенесенных инсультов Россия стоит на одном из первых мест в мире. Комплекс медицинской реабилитации таких пациентов должен предусматривать раннее и наиболее полное восстановление всех функций организма, обучение пациента утраченным навыкам, ресоциализацию пациента и улучшение качества жизни. Одним из факторов, способствующих существенному снижению качества жизни после перенесенного инсульта, является развитие хронических запоров. В статье отражены современные способы коррекции хронических запоров у маломобильных пациентов.

Ключевые слова: маломобильные пациенты, функциональный запор, лечение, качество жизни.

Summary

Currently, the problem of early rehabilitation of stroke patients is important, since in terms of the prevalence of cerebrovascular diseases and disability after suffering a stroke, Russia is one of the first places in the world. The complex of medical rehabilitation of such patients should provide for the early and most complete restoration of all body functions, patient education for lost skills, re-socialization of the patient and improvement of the quality of life. One of the factors contributing to a significant reduction in the quality of life after a stroke is the development of chronic constipation. The article reflects the modern methods of correction of chronic constipation in patients with limited mobility.

Key words: patients with limited mobility, functional constipation, treatment, quality of life.

Введение

В настоящее время цереброваскулярные заболевания занимают одно из ведущих мест среди причин инвалидности. При этом в России заболеваемость инсультами — одна из самых высоких в мире. Улучшению прогноза у больных, перенесших инсульт, и снижению степени инвалидизации таких пациентов способствуют своевременно и качественно проведенные реабилитационные мероприятия. Медицинская реабилитация подразумевает комплекс мероприятий, способствующих восстановлению нарушенных в результате заболевания функций организма, а также социальную адаптацию пациента [5, 7].

У больных, перенесших инсульт, выделяют три основных вида нарушений [7]:

1. собственно повреждение (двигательные, речевые, когнитивные,

тазовые, эмоционально-волевые нарушения и т. д.), а также осложнения основного патологического процесса (инфекции мочевыводящих путей, падения, тромбозы, постинсультные артропатии и т. д.);

2. нарушение способностей (нарушение способности к ходьбе, самообслуживанию, выполнению сложных бытовых навыков и т. д.);
3. нарушение социального функционирования (ограничение социальной роли, выполняемой больным до инсульта).

Таким образом, реабилитационные мероприятия должны быть направлены на коррекцию всех видов нарушений и включать как можно более полное восстановление нарушенных функций организма, обуче-

ние пациента навыкам самообслуживания, ходьбы, речи и т. д., а также социализацию больного [5].

К основным принципам медицинской реабилитации у больных после инсульта относятся [5, 7]:

- раннее начало реабилитационных мероприятий;
- систематичность и длительность проведения реабилитации;
- комплексный и мультидисциплинарный подход к реабилитации;
- адекватность реабилитационных программ с учетом индивидуальных особенностей;
- активное участие в реабилитации самого пациента.

Для обеспечения своевременности и качества проведения реабилитационных мероприятий Союзом реабилитологов России была разработана шкала реабилитацион-

ной маршрутизации (ШРМ). Она предусматривает бальную оценку необходимости реабилитации. При значениях 0–1 балл нет выраженного нарушения функций организма и пациент не нуждается в реабилитационных мероприятиях; 2–3 балла — активность пациента ограничена, в некоторых случаях нужна помощь посторонних лиц, при этом необходима реабилитация в условиях дневного стационара; 4–5 баллов — маломобильные пациенты, нуждающиеся в уходе, необходимо лечение в условиях отделения реабилитации; 6 баллов — тяжелые пациенты с нарушениями сознания и нейромышечных функций (бульбарные нарушения, тетрапарезы), лечение в условиях круглосуточного стационара [3].

Наиболее важными проблемами реабилитации больных, перенесших инсульт, считается восстановление двигательных, когнитивных и речевых функций. В то же время немалую проблему для таких больных представляет нарушение нормальной функции кишечника, что способствует снижению качества жизни. У большей части маломобильных пациентов, имеющих 4–5 баллов по шкале ШРМ, наблюдается развитие хронических запоров [5].

К основным клиническим проявлениям хронического функционального запора относятся [1, 2]:

- уменьшение числа актов дефекации до трех и менее в неделю;
- уменьшение объема каловых масс при дефекации (менее 35 г в сутки);
- тип стула соответствует I–II по Бристольской шкале более чем в 25% дефекаций;
- чувство неполного опорожнения прямой кишки;
- более четверти дефекаций сопровождаются натуживанием, и иногда требуется необходимость пальцевого удаления каловых масс.

Основными причинами развития запоров у маломобильных пациентов является в первую очередь снижение подвижности, способствующее уменьшению моторики кишечника

и транзиту каловых масс. У ряда больных возникает нарушение чувствительности рецепторного аппарата прямой кишки, выполняющей функцию накопления и эвакуации каловых масс, что приводит к угнетению позывов к дефекации и развитию аноректальной дисфункции. Кроме того, имеет место снижение объема употребляемой пищи и жидкости, уменьшение содержания клетчатки в рационе, что способствует уплотнению каловых масс и уменьшению их объема [2].

Основными принципами лечения функциональных запоров у маломобильных пациентов должны являться [1, 2, 4, 6]:

- коррекция диеты (изменения объема и характера питания и водного баланса);
- мобилизация больных и по возможности увеличение двигательной активности;
- коррекция медикаментозной терапии и отказ от препаратов, способствующих усилению обстипации;
- физиотерапевтические процедуры (в отсутствие противопоказаний);
- восстановление моторной функции толстой кишки (использование прокинетики);
- применение слабительных средств.

Среди всех методов лечения применение слабительных препаратов должно осуществляться под строгим наблюдением и коррекцией лечащего врача, так как бесконтрольное использование ряда препаратов может вызвать развитие привыкания и феномен «ленивой толстой кишки» [4, 6].

Материалы и методы

В исследование были включены 56 пациентов, находившихся на лечении в отделении нейрореабилитации, в возрасте от 58 до 76 лет, перенесших инсульт. Все пациенты имели 4–5 баллов по шкале ШРМ. У всех, включенных в исследование, отмечалось развитие функциональных запоров в соответствии с Римскими диагностическими критериями IV. Из исследования исключались пациенты, имеющие органическую

патологию ЖКТ. С целью коррекции запоров у пациентов двух групп использовалась лактулоза в дозировке 60 мл на ночь. В дальнейшем все исследуемые методом простой рандомизации были разделены на две группы по 28 человек. Первая группа в качестве коррекции функционального запора дополнительно получала тримебутин в дозе 200 мг три раза в сутки, вторая группа — микроклизмы Микролакс. Оценка состояния проводилась на 5-й, 10-й и 15-й дни. При этом оценивались частота дефекаций и тип стула по Бристольской шкале. Помимо этого была проведена оценка качества жизни до начала терапии и по окончании лечения в отделении нейрореабилитации с использованием опросников SF-36 и GSRs.

Результаты и обсуждение

При сборе анамнеза у пациентов, включенных в исследование, на момент поступления в отделение нейрореабилитации уточнялись методы коррекции нарушений стула. При этом у 24 (42,8%) пациентов коррекция функциональных запоров осуществлялась диетой, 18 (32,1%) пациентов употребляли слабительные раздражающего действия, 10 (17,8%) пациентов использовали свечи с глицерином, 4 (7,3%) пациента принимали лактулозу. Таким образом, ни один пациент, включенный в исследование, не получал полноценную терапию хронического запора, направленную на коррекцию всех причин развития обстипации. Данный пример показывает, что в большинстве случаев врачи-неврологи не уделяют должного внимания коррекции хронических запоров у маломобильных пациентов, делая упор на восстановление двигательных, когнитивных и речевых функций. В то время как данная проблема приводит к существенному ухудшению качества жизни больных.

Частота актов дефекации на фоне лечения оценивалась в интервале пяти дней, учитывался средний показатель в группе. При оценке частоты дефекаций на пятый день достоверных отличий в двух группах не было, однако уже на 10-й день

у пациентов второй группы частота дефекаций достоверно увеличилась по сравнению с группой контроля ($p \leq 0,01$), а на 15-й день превышала таковой показатель в первой группе в два раза (рис. 1).

Всем пациентам проводилась оценка типа стула по Бристольской шкале до начала терапии и в процессе лечения. При этом во второй группе на фоне использования Микролакса с 15-го дня отмечалось достоверное уменьшение дефекаций с первым и вторым типами стула по сравнению с группой контроля ($p \leq 0,01$) (рис. 2). Данный факт обусловлен дополнительным влиянием Микролакса на размягчение консистенции каловых масс.

На фоне проводимой терапии у части пациентов, получающих лактулозу, отмечался метеоризм (4 пациента из первой группы, 2 пациента из второй группы), что требовало снижения дозировки препарата.

Качество жизни маломобильных пациентов оценивалось при помощи опросников SF-36 и GSRS до начала лечения и на 15-й день. У пациентов, получавших Микролакс, отмечался более высокий общий балл по опроснику GSRS. Кроме того, пациенты второй группы показали более высокие результаты по окончании лечения по шкалам эмоционального функционирования и общего здоровья опросника SF-36, что, несомненно, улучшает процесс реабилитации маломобильных пациентов.

Выводы

При коррекции функциональных запоров у маломобильных пациентов пациенты и их родственники зачастую предпочитают самостоятельно использовать недостаточно эффективные методы (исключительно диетотерапия, применение смазывающих веществ), а также длительно используют слабительные раздражающего действия, что впоследствии может вызвать развитие лаксативной болезни и ухудшение качества жизни.

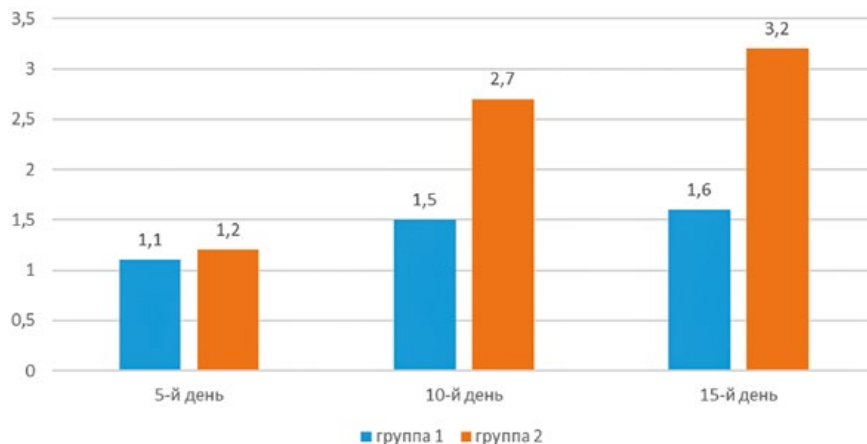


Рисунок 1. Динамика частоты стула на фоне терапии.

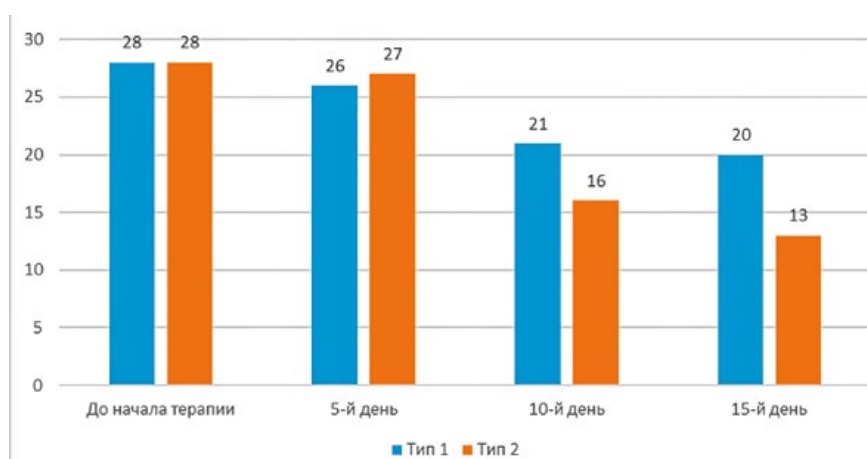


Рисунок 2. Динамика консистенции стула, соответствующей 1-му и 2-му типам по Бристольской шкале у маломобильных пациентов с запорами на фоне терапии.

Использование микроклизм Микролакс у маломобильных пациентов после инсульта является одним из наиболее эффективных методов коррекции функциональных запоров, способствующих достоверному улучшению качества жизни.

Список литературы

1. Карпунин О.Ю., Шакуров А.Ф., Савушкина Н.Ю., Можанов Е.В., Коломенский С.Н., Гильмутдинов А.А., Черенков Е.В., Зарипов Р.Р., Елеев А.А. К вопросу о диагностике и лечении хронического запора. // Практическая медицина. — 2014. — Т. 1., № 4 (80). — С. 49–53.
2. Минушкин О.Н. Функциональный запор: рекомендации по диагностике и лечению. // РМЖ. — 2016. — № 11. — С. 703–707.
3. Порядок организации медицинской реабилитации (утв. приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н).
4. Турчина М.С. Применение комплексного слабительного в терапии хронических запоров у пациентов, длительно применяющих слабительные раздражающего действия. // Медицинский совет. — 2017. — № 5. — С. 77–79.
5. Хасанова Д.Р., Житкова Ю.В., Табиев И.И. Комплексная реабилитация пациентов с постинсультными синдромами. // Медицинский совет. — 2016. — № 8. — С. 18–23.
6. Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А. Принципы лечения хронического запора. // Медицинский совет. — 2012. — № 4. — С. 52–57.
7. Шахпаронова Н.В., Кадыков А.С., Кашина Е.М. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций. // Трудный пациент. — 2012. — Т. 10, № 11. — С. 22–26.
8. Шкляев А.Е., Горбунов Ю.В. Применение специфического и неспецифического опросников для оценки качества жизни пациентов с функциональной патологией кишечника. // Архив внутренней медицины. — 2016. — № 4. — С. 53–57.