

Констипационный синдром и его лечение

В. П. Куценко¹, Д. Д. Ковалева¹, Иванюк Е. С.², П. В. Селиверстов²

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург

²ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

РЕЗЮМЕ

На сегодняшний день констипационный синдром является одной из важнейших медико-социальных проблем мирового здравоохранения. Его распространенность, по различным оценкам, превышает 30%. По-прежнему ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не позволил в полном объеме справиться с этой проблемой. По литературным данным, в Российской Федерации официальных эпидемиологических исследований по распространенности хронического запора не проводилось. На территории Российской Федерации диагноз выставляется по ведущему клиническому заболеванию, синдрому и (или) симптому, соответствующему МКБ-10 – K59.0 – запор. Современные научные данные свидетельствуют в пользу того, что выявление у пациента метаболических расстройств, хронической констипации, нарушений микробиоты следует рассматривать в качестве клинико-патогенетических звеньев единого патологического процесса.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: констипация, моторика кишечника, микробиота, запор.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы подтверждают отсутствие конфликта интересов.

Источник финансирования. Исследование не имело финансовой поддержки.

Constipation syndrome and its treatment

V. P. Kutsenko¹, D. D. Kovaleva¹, E. S. Ivanyuk², P. V. Seliverstov²

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

²Military Medical Academy n.a. S. M. Kirov, Saint Petersburg, Russia

SUMMARY

The relevance of the problem of HC is also related to the issues of etiology, pathogenesis, diagnosis, conservative and surgical treatment. To date, none of the many proposed methods of conservative and surgical treatment has one hundred percent effectiveness. According to literature data, there are no official epidemiological data at the federal level on the prevalence of chronic constipation in Russia. On the territory of the Russian Federation, the diagnosis is made according to the leading clinical disease, syndrome and/or symptom corresponding to ICD 10 – K59.0 – constipation. Modern scientific evidence suggests that the detection of metabolic disorders, chronic constipation, and microbiota disorders in a patient should be regarded as clinical and pathogenetic links of a single pathological process.

KEYWORDS: constipation, intestinal motility, microbiota, metabolic syndrome.

CONFLICT OF INTEREST. The authors confirm no conflict of interest.

Funding. The study had no financial support.

*Ни дня без утреннего стула
Не стоит в жизни проводить:
Нет благотворней процедуры,
Чтоб без болезней долго жить!*

К. А. Шемеровский

На сегодняшний день констипационный синдром (КС) является одной из важнейших медико-социальных проблем мирового здравоохранения. Его распространенность, по различным оценкам, превышает 30%. Несмотря на то что синдром встречается во всех гендерных и возрастных группах, с наибольшей частотой он отмечается у женщин и лиц старше 60 лет. Известно, что КС значительно снижает качество жизни пациентов [1, 2, 4].

Под термином «констипационный синдром» («запор») следует понимать состояние, при котором у человека происходит не более трех испражнений в течение недели, а также наблюдаются трудности с прохождением каловых масс. Зачастую понимание сути этого термина врачами и пациентами может трактоваться по-разному. Так, врачами обычно используется такой критерий, как урежение частоты актов дефекации до трех раз в неделю

и менее, а пациенты ассоциируют это патологическое состояние по наличию вздутия живота, натуживанию при акте дефекации, твердому стулу, ощущению неполного опорожнения и пр. Известно, что женщины в два раза чаще, чем мужчины, рассматривают запор как нарушение функции кишечника, в то время как одинаковый процент мужчин и женщин считают, что констипацией является именно твердый стул [4].

Термин «запор» или «констипация» происходит от латинского *constipatio* (синоним *obstipatio*), что дословно переводится как «скопление».

Хронический запор (ХЗ) – это одна из животрепещущих проблем пациента, по поводу которой он обращается к врачам различных специальностей – врачам общей практики, терапевтам, гастроэнтерологам, кардиологам, эндокринологом, хирургам, гериатрам и др. [2, 3].

Согласно определению Научного общества гастроэнтерологов России (НОГР), запор – это удлинение интервалов между актами произвольной дефекации до 72 часов и более, сопровождающееся, как правило, комплексом симптомов в виде изменения формы и консистенции каловых масс (твердый, фрагментированный кал – 1-й и 2-й

типы по Бристольской шкале), ощущением неполного опорожнения кишки, необходимостью избыточного, нередко бесполезного натуживания, а также приобретающего характер зависимости приема слабительных препаратов или проведения манипуляций, облегчающих достижение акта дефекации (клизмы, трансанальное или трансвагинальное ручное пособие и т.п.) [2, 4, 6].

На сегодняшний день ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения не обладает стопроцентной эффективностью. Согласно американским исследователям S. D. Wexner и G. D. Duthie (2006), в США более 2,5 миллиона визитов к врачу связаны именно с синдромом запора, а количество страдающих ХЗ превышает число пациентов с другими хроническими заболеваниями, такими как артериальная гипертензия, мигрень, ожирение и сахарный диабет. Кроме того, в исследованиях пожилой популяции было установлено, что до 20 % людей, страдающих ХЗ, проживают в своих домах, и 50 % живут в домах для престарелых. В шведском популяционном исследовании было показано, что необходимость приема слабительных является самой частой составляющей в лечении констипации. Так, по различным оценкам, ежегодно тратится более 500 миллионов долларов на слабительные препараты [4, 6, 10, 12].

Что же касается Российской Федерации, то, по мнению ряда авторов, официальных эпидемиологических исследований федерального уровня по распространенности хронического запора нет [4].

В развитии ХЗ на сегодняшний день рассматривают два патофизиологических механизма, которые отличаются по принципу, но наслаиваются друг на друга: нарушения транзита и нарушения эвакуации. Первый может возникать вторично по отношению к второму, а второй иногда может являться следствием первого. Так, в зависимости от причин появления, запоры могут быть первичными или вторичными [1, 4].

Условиями развития запора являются невозможность (ситуационная), нежелание (подавление позывов) или неспособность (физиологическая) осуществления акта произвольной дефекации. Также, в зависимости от непосредственных причин и способствующих факторов, запоры разделяют на первичные, вторичные и идиопатические [4, 5, 13].

Таблица 1
Патофизиология функциональной констипации

Патофизиологический подтип	Главный признак, в отсутствии тревожных симптомов или вторичных причин
1. Дискинетический (снижение скорости транзита): • инерция толстого кишечника • сверхактивность толстого кишечника	Медленный транзит кала по толстому кишечнику за счет: • сниженной активности толстого кишечника • повышенной, нескоординированной активности толстого кишечника
2. Нарушения эвакуации	Транзит по толстому кишечнику может быть нормальным или замедленным, но эвакуация кала из прямой кишки неадекватна или затруднена
3. Синдром раздраженного кишечника с преобладанием запоров	Абдоминальная боль, метеоризм, изменения деятельности кишечника Может появляться в комбинации с 1 или 2

К первичным запорам относятся аномалии и пороки развития толстой кишки и ее иннервации (долихоколон, мегаколон, синдром Пайра, синдром Хилайдити, болезнь Гиршпрунга), а также синдром раздраженного кишечника. Первичные запоры с нормальным кишечным транзитом встречаются наиболее часто и, как правило, чаще встречаются у молодых женщин. Этот вид запора возникает вследствие функциональных изменений, таких как диссинергия мышц дна таза (нарушение их функций), изменения в структурах аноректальной области (например, синдром опущения промежности и выпадение прямой кишки) [2, 4].

Жалобы на хронические затруднения дефекации, снижение частоты опорожнения кишечника встречаются у 14–35 % взрослых пациентов и увеличиваются с возрастом. Так, ХЗ чаще встречаются у женщин, а тяжелый запор заметно чаще наблюдается у пожилых женщин по сравнению с мужчинами [2, 4].

Вторичные запоры развиваются как проявление заболеваний и повреждений толстой кишки (ректоцеле, анальная трещина, осложненный геморрой, выпадение прямой кишки, дивертикулит, ишемический колит и др.), метаболических, эндокринных расстройств, неврологических заболеваний, могут быть опосредованы приемом лекарственных препаратов, что связано с изменением физиологических функций толстой кишки и физиологических основ акта дефекации под воздействием этих этиологических факторов [2, 4, 12].

При этом в основе ХЗ могут лежать различные механизмы, обусловленные соматическим заболеванием и способствующие формированию нарушений функции толстой кишки и (или) таза / аноректальной функции (запор, обусловленный замедлением транзита; запор с нормальным транзитом; запор, вызванный нарушением акта дефекации). Нередко встречается сочетание или «перекрест» клинических форм (например, сочетание запора с замедлением транзита и расстройств дефекации; сочетание запора с нормальным транзитом и заболеваниями толстого кишечника и т.д.) [3, 4].

Патофизиология ХЗ представлена в *таблице 1* и на *рисунке 1*.

Преимущественно на территории Российской Федерации диагноз выставляется по ведущему клиническому заболеванию, синдрому и (или) симптому, соответствующему МКБ-10 – K59.0, – запор.

С учетом оценки времени транзита содержимого по кишечнику, а также состояния мышц тазового дна могут быть выделены группы больных с ХЗ с преимущественно следующими механизмами его формирования: запор, обусловленный замедлением транзита; запор, вызванный нарушением акта дефекации (диссинергичная дефекация); запор с нормальным транзитом [10].

Существует классификация хронических вторичных запоров, согласно которой выделяют шесть групп причин, способствующих его развитию [2]:

1. ХЗ, развившийся как следствие заболеваний и повреждения толстой кишки (ректоцеле, анальная трещина, осложненный геморрой, выпадение прямой кишки, дивертикулит, ишемический колит и др.);

- ХЗ как следствие метаболических, эндокринных расстройств, неврологических нарушений, системных заболеваний;
- ХЗ, опосредованный приемом лекарственных препаратов;
- гестационный запор при беременности;
- алиментарно-поведенческие запоры;
- механический запор, развивающийся в результате сужения кишки спаечным, опухолевым, воспалительным процессом.

Согласно классификации ХЗ по Yamada (1998), выделяет пять групп причин его развития [7].

- Толстокишечная обструкция: колоректальные новообразования; доброкачественные стриктуры (при дивертикулите, ишемические, при воспалительных заболеваниях кишечника); эндометриоз; анальные стриктуры или новообразования; инородные тела прямой кишки; анальные трещины или геморрой.
- Нейропатические или миопатические расстройства: периферическая или автономная нейропатия; болезнь Гиршпрунга; болезнь Чагаса; нейрофиброматоз; ганглионейроматоз; гипоганглиоз; интестинальная псевдообструкция; рассеянный склероз; поражения спинного мозга; болезнь Паркинсона; синдром Шая – Дрэгера; пересечение сакральных нервов, или *cauda equina*; люмбосакральные спинальные повреждения; менингомиелоцеле; низкая спинальная анестезия; склеродермия; амилоидоз; полимиозит / дерматомиозит; миотоническая дистрофия.
- Метаболические или эндокринные расстройства: сахарный диабет; беременность; гиперкальциемия; гипотиреозидизм; гипокалиемия; порфирия; глюкозагона; пангипопитуитаризм; феохромоцитома.
- Медикаментозные: опиаты; антихолинергические препараты; трициклические антидепрессанты; антипсихотические препараты; противопаркинсонические препараты;

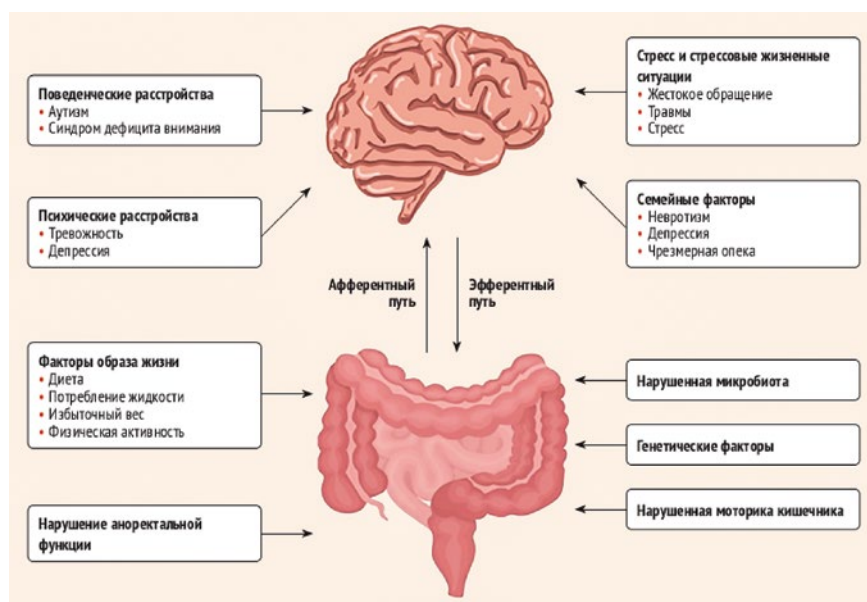


Рисунок 1. Патофизиологические факторы функционального запора.

раты; гипотензивные препараты; ганглиоблокаторы; противосудорожные препараты; антагонисты кальциевых каналов; препараты железа и кальция; алюминийсодержащие антациды; сульфат бария; тяжелые металлы (например, мышьяк, ртуть, свинец).

- Функциональные (идиопатические) запоры (констипация). Анализ этиологических факторов констипационного синдрома свидетельствует о том, что уже 20 лет назад запоры, ассоциированные с метаболическими (эндокринными) расстройствами, были выделены в отдельную группу [2, 4, 5].

После исключения органической этиологии заболевания целесообразно перейти к детализации симптомов функциональных нарушений. Для этого, следуя национальным и европейским рекомендациям, необходимо идентифицировать признаки заболевания согласно Римским критериям IV пересмотра (2016 года) (табл. 2) [1, 4, 6, 7].

В Римских критериях, помимо диагностических результатов, учитываются еще и комбинации симптомов и физиологических данных, что помогает сделать более детальное заключение о типе функционального расстройства дефекации. Тем не менее, как видно из таблицы 3, на основании Римских критериев диагноз «диссинергической дефекации» должен подтверждаться

Таблица 2
Диагностические критерии запора (Римские критерии IV)

Синдром раздраженного кишечника с запором	Функциональный запор
Наличие у пациента рецидивирующих болей в животе по крайней мере 1 день в неделю в течение последних 3 месяцев с появлением симптомов не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза, ассоциированных с двумя и более следующими критериями: - с дефекацией - с изменением формы стула - с изменением частоты стула - более 25% испражнений 1-го или 2-го типов (твердый или фрагментированный стул) по Бристольской шкале формы стула	Пациенты с функциональным запором не должны соответствовать критериям синдрома раздраженного кишечника. Соответствие критериям в течение последних 3 месяцев с появлением симптомов не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза. Должен включать два или более из следующих критериев: - необходимость в сильных потугах при более чем 25% дефекаций - отделение кала большой плотности при более чем 25% дефекаций (1-й и 2-й тип по Бристольской шкале стула) - ощущение неполной эвакуации при более чем 25% дефекаций - ощущение аноректальной обструкции / препятствия при более чем 25% дефекаций - физические усилия для облегчения дефекации (необходимость пальцевого удаления содержимого из прямой кишки, мануальной поддержки тазового дна и др. при более чем 25% дефекаций) - редкость эвакуации содержимого из кишечника (менее трех дефекаций в неделю)

Таблица 3
Функциональные расстройства дефекации, включая диссинергическую дефекацию (Римские критерии IV 2016 года)

Функциональное расстройство дефекации	Соответствие критериям в течение последних 3 месяцев с появлением симптомов не менее чем за 6 месяцев до постановки диагноза 1. Пациент должен соответствовать диагностическим критериям функционального запора и (или) синдрома раздраженного кишечника с запором 2. Во время повторных попыток дефекации должны быть признаки нарушения опорожнения, что подтверждается двумя из следующих трех тестов: • аномальный тест изгнания баллона • патология аноректальной эвакуации при манометрии или ЭМГ анальной поверхности Нарушение ректальной эвакуации при визуализации
Диссинергическая дефекация	Несоответствующее сокращение тазового дна, измеренное с помощью ЭМГ анальной поверхности или манометрии с адекватными движущими силами во время попытки дефекации
Неадекватная дефекационная пропульсия	Неадекватные движущие силы, измеренные с помощью манометрии, с несоответствующим сокращением анального сфинктера и (или) мышц тазового дна или без него

Бристольская шкала формы кала			
Большое время транзита, до 100 ч	Тип кала	писание внешнего вида кала	Форма
	1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	2	В форме колбаски комковатой	
	3	В форме колбаски с ребристой поверхностью	
	4	В форме колбаски или змеи, гладкий, мягкий	
	5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
	6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашецеобразный стул	
	7	Водянистый без твердых частиц	
Короткое время транзита, до 12 ч			

Рисунок 2. Бристольская шкала формы стула: средство, помогающее пациентам при общении о консистенции стула.

Таблица 4
Физиологические тесты при хронической констипации (воспроизведено с разрешения Rao SS, *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2009; 19: 117–39)

Тест	Сила	Слабость	Замечания
Исследование транзита по толстому кишечнику с рентгеноконтрастными маркерами	Оценивает наличие медленного, нормального или быстрого транзита по толстому кишечнику; недорогое и широкодоступное	Несостоятельная методология; валидность под вопросом	Полезно для классификации пациентов в соответствии с патофизиологическими подтипами
Аноректальная манометрия	Выявляет нарушения эвакуации, ректальную гиперчувствительность, ректальную гипочувствительность, нарушения соответствия, болезнь Гиршпрунга	Отсутствие стандартизации	Полезна для установления диагноза болезни Гиршпрунга, нарушения эвакуации, ректальной гиперчувствительности, гипочувствительности
Тест с баллонным вытеснением	Простое, недорогое, «у постели больного» исследование на способность эвакуации симулированного стула; выявляет нарушения эвакуации	Отсутствие стандартизации	Нормальный тест с баллонным вытеснением не исключает диссинергии; должен интерпретироваться вместе с результатами других аноректальных тестов

отклонениями от нормы по результатам двух из четырех тестов (таких как манометрия, теста на выдавливание баллона, поверхностная электромиография или дефекография с барием или МРТ) [1, 4].

Необходимо отметить, что пациенты с синдромом раздраженного кишечника с преобладанием запора не соответствуют критериям диагностики дефекационных расстройств в соответствии с диагностическими Римскими критериями IV. Тем не менее связь между синдромом раздраженного кишечника и нарушениями дефекации была продемонстрирована в нескольких исследованиях [1, 7, 11].

Обследование пациента должно включать:

- анамнез и физикальный осмотр при запорах должны фокусироваться на идентификации возможной причины и тревожных симптомов;
- консистенция стула. Она считается лучшим, чем частота стула, показателем кишечного транзита (рис. 3).

Важно отметить, что лабораторные исследования, визуальные методы или эндоскопия и функциональные тесты показаны только пациентам с тяжелой хронической констипацией или тревожными симптомами.

Проводимые физиологические тесты при ХЗ представлены в таблице 4.

Проводимое 5-дневное исследование с задержкой маркеров – это простой метод измерения кишечного транзита. Маркеры принимаются одномоментно, и через 120 часов оставшееся количество маркеров определяется с помощью прямой рентгенографии брюшной полости. Если в кишечнике остается более 20 % маркеров, транзит считается замедленным. Дистальное накопление маркеров может указывать на нарушение эвакуации, и в типичных случаях дискинетической констипации почти все маркеры сохраняются в правой и левой частях. Маркеры производятся несколькими компаниями, но маркеры также можно изготовить из безопасной для пациента рентгенонегативной трубки, порезав

Таблица 5

Категории констипации, основанные на клинической оценке

Тип констипации	Типичные признаки
Констипация с нормальным транзитом, СРК с преобладанием запоров	Анамнез, отсутствие патологии при физикальном осмотре Боль и вздутие Чувство неполной эвакуации
Дискинетическая констипация (медленный транзит)	Медленный транзит по кишечнику Нормальная функция тазового дна
Нарушение эвакуации	Продолжительное или избыточное натуживание Затрудненная дефекация даже при мягком стуле Пациент применяет перинеальное или вагинальное надавливание для дефекации Ручные действия для помощи дефекации Высокое давление базального сфинктера (аноректальная манометрия)
Идиопатическая / органическая / вторичная констипация	Известный побочный эффект лекарств, препараты, способствующие дефекации Доказанная механическая обструкция Метаболические нарушения – изменение в анализах крови

Таблица 6

Общее ведение констипации

1. Анамнез + физикальный осмотр	
2. Классифицировать по констипации (по категории)	
3. Медикаментозный подход при неосложненной констипации с нормальным транзитом без тревожных симптомов	- Клетчатка, молоко магнезии - Добавить лактулозу / ПЭГ - Добавить бисакодил / пикосульфат натрия - При необходимости скорректировать лечение
4. При резистентной к лечению констипации специализированные исследования часто могут помочь в определении причины и назначении лечения	- Стандартный анализ крови и анатомическая оценка толстого кишечника для исключения органических причин; ведение патологии, вызывающей констипацию - У большинства пациентов будет нормальная / негативная клиническая оценка, и они могут подпадать под критерии СРК с преобладанием запоров. Для таких пациентов, вероятно, всего, эффективным окажется лечение с добавлением клетчатки и (или) осмотических слабительных средств
5. Если лечение неэффективно, продолжить специализированное обследование (это может быть применимо только к уровню «обширных ресурсов»)	- Идентифицировать дискинетическую констипацию с помощью исследований с рентгенографическими маркерами - Исключить нарушение эвакуации с помощью аноректальной манометрии и теста с баллонным выдавливанием - Оценить анатомические дефекты с помощью дефекографии
6. Лечение дискинетической констипации агрессивной терапией слабительными препаратами	- Клетчатка, молоко магнезии, бисакодил / пикосульфат натрия - Пруклоприд, любипростон - Добавить лактулозу / ПЭГ, если нет улучшения - При рефрактерной констипации некоторым пациентам может помочь хирургическое лечение

ее на мелкие кусочки (2–3 мм длиной). Соответствующее количество маркеров (20–24) может быть помещено в желатиновые капсулы для улучшения их прохождения через желудок [4].

Классификация констипации у пациента должна основываться на анамнезе заболевания, данных осмотра и лабораторных исследованиях.

Категории констипации, основанные на клинической оценке представлены в таблице 5.

Схема общего лечения пациентов с ХЗ представлена в таблице 6.

Существуют так называемые каскадные варианты лечения ХЗ. Следующий каскад предназначен для пациентов с ХЗ без тревожных симптомов и подозрения (или очень легкого) на нарушение эвакуации. Главными симптомами могут являться твердый стул и (или) редкая деятельность кишечника [3, 4, 6, 9].

Уровень 1 – *ограниченные ресурсы*

- советы по диете (клетчатка и жидкость);
- добавки клетчатки;
- молоко магнезии (гидроксид магния в адекватном разведении);
- стимулирующие слабительные (бисакодил лучше, чем сенна) для временного использования.

Уровень 2 – *средние ресурсы*

- советы по диете (клетчатка и жидкость);
- добавки клетчатки, подорожник;
- молоко магнезии, лактулоза, макрогол;
- стимулирующие слабительные для временного использования.

Уровень 3 – *обширные ресурсы*

- советы по диете (клетчатка и жидкость);
- подорожник или лактулоза;
- макрогол или любипростон;
- прокинетики (пруклоприд);
- стимулирующие слабительные (бисакодил или пикосульфат натрия).

Каскадные варианты для лечения нарушений эвакуации. Этот каскад предназначен для пациентов с ХЗ без тревожных симптомов, но с подозрением на нарушение эвакуации.

Главными симптомами могут являться длительное натуживание, чувство неполной эвакуации, тонкий кал, чувство блокады или неэффективность лечения констипации с твердым стулом [4, 10].

Уровень 1 – *ограниченные ресурсы*

- советы по диете и поведению (клетчатка, жидкость, тренировка кишечника);
- терапия хронической констипации.

Уровень 2 – *средние ресурсы*

- советы по диете и поведению (клетчатка, жидкость, тренировка кишечника);
- терапия хронической констипации;
- терапия биологической обратной связи.

Уровень 3 – *обширные ресурсы*

- советы по диете и поведению (клетчатка, жидкость, тренировка кишечника);
- терапия хронической констипации;
- терапия биологической обратной связи;
- хирургическая оценка.

Выделяют четыре основных принципа лечения запора, помогающих врачу подходить к лечению пациентов, страдающих запором: 1) комплексно, 2) индивидуально, 3) последовательно, 4) с контролем частоты и фазы дефекации по хроноэнтерогамме.

Комплексное лечение пациента с ХЗ должно включать:

- нормализацию питания до полноценного насыщения пищевыми волокнами при соблюдении адекватного питьевого режима (от 2,0 до 2,5 л жидкости в сутки при отсутствии противопоказаний);
- соблюдение суточного ритма (режима) сна и бодрствования с обязательным отходом ко сну до, а не после полуночи;
- повышение общей двигательной активности с контролем (и поддержанием на соответствующем уровне) индекса массы тела;
- назначение лекарственных средств в соответствии с выраженностью степени тяжести запора [8–10].

Индивидуализированное лечение пациента, страдающего ХЗ, основано на учете четырех основных аспектов: 1) полнота выявления и устранения основных причин запора у данного пациента; 2) убедительное разъяснение не только физиологической необходимости, но и реальной возможности «жить обязательно с ежедневным утренним стулом»; 3) учет реальной частоты и фазы циркадианного ритма стула по данным недельного мониторинга этого ритма с помощью методики хроноэнтерографии; 4) особенности данного пациента для осуществления малой психотерапии.

Последовательность лечения пациента с ХЗ предполагает:

- сначала выявление особенностей возникновения и длительности течения ХЗ у данного пациента, а лишь затем выработка тактики и назначение безопасных и эффективных лекарственных средств для нормализации ежедневного ритма дефекации;
- сначала установление величины реальной частоты и акрофазы ритма дефекации, а лишь затем назначение соответствующих этим данным эффективных лекарственных средств;
- сначала воздержание от избыточных медикаментов – обстипантов, а лишь затем назначение адекватных полу и возрасту противозапорных средств;
- сначала нормализация прокинетической диеты, питьевого режима и достаточной двигательной активности, а лишь затем решение о применении растительных или синтезированных лаксативов, диета с включением продуктов, богатых растительной клетчаткой – овощи, фрукты, грубый черный хлеб (иногда специально пищевые отруби) и не меньше 2 л жидкости в день, питаться необходимо регулярно, не реже пяти раз в день; занятия физкультурой; лекарственные (масляные с рыбьим жиром, подсолнечным маслом и др.) и очистительные клизмы; отмена препаратов, ослабляющих сокращения кишечника (атропин, питьевая сода, алмагель, некоторые антидепрессанты). Если перечисленные выше меры недостаточно эффективны, назначают слабительные средства; если упорные запоры вызваны опухолью кишечника, необходимо хирургическое лечение [6, 9, 11].

Если была исключена органическая или вторичная причина, то в большинстве случаев констипация может адекватно вестись с помощью симптоматического подхода.

Поэтапный подход к лечению основывается на рекомендуемых изменениях стиля жизни и диеты, прекращении или уменьшении приема лекарственных препаратов, вызывающих констипацию, и добавлении клетчатки или других средств, увеличивающих объем стула. Обычно рекомендуется постепенное увеличение количества пищевых волокон (либо в виде стандартизированных добавок, либо включенной в диету) и прием жидкости [9, 11].

Вторым шагом в поэтапном подходе является добавление осмотических слабительных средств. Самыми лучшими показателями эффективности обладает полиэтиленгликоль, также эффективна лактулоза. Новые препараты любипростон и линаклотид действуют, стимулируя секрецию в подвздошной кишке, тем самым увеличивая количество воды в фекалиях. Прукалоприд также одобрен к применению во многих странах, в том числе в Европе [11].

Третий шаг включает назначение стимулирующих слабительных, клизмы и прокинетические препараты. Стимулирующие слабительные могут быть назначены орально или ректально для стимуляции колоректальной двигательной активности. Прокинетики также предназначены для увеличения двигательной активности в толстом кишечнике, но, по контрасту со стимулирующими слабительными, которые должны приниматься только время от времени, они принимаются ежедневно [3, 11].

Диетическая модификация может состоять из диеты, богатой клетчаткой (25 г клетчатки) и дополнительного количества жидкости (до 1,5–2,0 л в день), что может корректировать частоту стула и снижать потребность в слабительных средствах. На этом этапе хорошо зарекомендовал себя псиллиум [4].

Нет доказательств того, что меры по изменению диеты и стиля жизни могут оказать эффект на констипацию у пожилых людей; для контроля над констипацией у этих пациентов обычно адекватным подходом является назначение псиллиума и осмотических слабительных [2, 10].

Необходимо избегать назначения дополнительных количеств клетчатки у пациентов с дилатацией толстого кишечника [10].

Добавки подорожника и лактулоза могут быть эффективны в лечении ХЗ.

Медикаментозное лечение

Современная классификация слабительных средств включает пять основных групп препаратов, различающихся по механизму действия:

- 1) балластные (или объемные) слабительные – богатые пищевыми волокнами (с пребиотическим эффектом) отруби, оболочки семян подорожника, семена льна и др.;
- 2) осмотически действующие препараты (макроголи, дисахариды, солевые слабительные);
- 3) стимулирующие слабительные препараты (пикосульфит натрия, бисакодил и др.);
- 4) смазывающие (мягчительные) – глицериновые или вазелиновые свечи, докузат натрия и др.;
- 5) прокинетики: метоклопрамид, домперидон; прокинетическими свойствами обладают также тегасерод и тримебутин [11].

Нарушения эвакуации плохо реагируют на применение стандартных слабительных средств. Если нарушение эвакуации играет значительную роль в констипации, можно рассмотреть назначение терапии биологической обратной связи и тренировки тазовых мышц. Критическими факторами успеха являются уровень мотивации пациента, частота участия тренировочных программах и участие в ведении пациента психолога по поведенческим расстройствам и диетолога [2, 4, 7].

Если диетический подход неэффективен, могут быть назначены полиэтиленгликоль (по 17 г ПЭГ 14 дней) или любипростон (24 мг два раза в день) для стимуляции кишечной деятельности у пациентов с хронической констипацией.

Прокинетики (например, агонист 5-НТ4 – рецептора пруклоприд) могут применяться при СРК с преобладанием запоров [7].

Простые слабительные средства, такие как молоко магнезии, листья сенны, бисакодил и препараты, размягчающие стул, являются логичным выбором для лечения констипации. Критерий выбора представлен на рисунке 3.

Тактика лечения запоров в ряде клинических случаев представлена в таблице 7.

Тактика профилактики запоров на фоне опиоидов [4, 11].

- обеспечить достаточную пероральную гидратацию 1500–2000 мл в день и немедикаментозные меры профилактики;
- начать терапию слабительными с самого начала лечения опиоидами в отсутствии диарей;
- начать терапию препаратами сенны 1–2 таблетки на ночь или пикосульфат натрия 10 капель.

Если в течение 2 дней стула не будет, применяется бисакодил 10 мг на ночь, при отсутствии стула принять бисакодил также утром. В дальнейшем дозы препаратов титруются до обеспечения нормальной работы кишечника, обычно достаточно назначения препаратов сенны по 2–4 таблетки два раза в сутки.



Рисунок 3. Как правильно выбрать слабительное (по Т.В. Кравченко, 2020).

Таблица 7
Тактика лечения запоров в ряде клинических случаев

При запоре в отсутствие приема опиоидов	Стула нет в течение 3 суток	1) Проведите пальцевое исследование прямой кишки 2) При отсутствии противопоказаний назначьте ректальную свечу или микроклизму Начните со стимуляторов кишечника, например сенны, и осмотического слабительного – лактитола
	Стул мягкий, но недостаточно частый	Увеличьте дозу стимулятора • бисакодил. 10 мг на ночь при отсутствии эффекта – до 20 мг на ночь • сенна. По 2–4 таблетки на ночь, при отсутствии эффекта добавив еще 1–2 днем (максимум до 4 таблеток три раза в сутки) • натрия пикосульфат. 10–20 капель, при отсутствии эффекта – до 30 капель
	Стул твердый	Увеличьте дозу осмотического слабительного • лактитол. Для мягкого действия 15–45 мл утром • магния сульфат. Для более сильного воздействия 1–2 чайные ложки растворить в 100–150 мл воды, утром натощак
Помните, что при приеме слабительных средств стул может быть только на третий день!		

При колостоме акцент следует делать на немедикаментозные меры. Так, при проксимальной колостоме предпочтительно рекомендовать стимулирующие слабительные, а при неэффективности – осмотические слабительные, местно – микроклизмы. Нужно помнить, что неэффективность свечей связана с тем, что они часто не могут удержаться внутри колостомы.

При стоме в нисходящем или сигмоидальном отделе кишечника будет эффективна микроклизма.

При параплегии препаратами выбора служат стимулирующие слабительные, чтобы продвинуть стул к прямой кишке.

При запоре, сопровождающемся признаками динамической кишечной непроходимости, если стул находится в прямой кишке, можно использовать глицериновую свечку или микроклизму для размягчения стула. Если стул находится выше, в нисходящем отделе толстой кишки, можно использовать масляную микроклизму с добавлением солевого раствора 25–33 % магния сернокислого, или 10% натрия хлорида, или магния сульфата до 20–25 г до 200 мл воды, утром натощак [7, 9, 10].

Хирургическое лечение

При длительной неэффективности лечения дискинетической констипации тщательно отобранным, полностью обследованным и информированным пациентам может быть назначена тотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза. Исключительные показания для колэктомии должны быть установлены в специализированном и обладающем опытом головном медицинском центре. Операция может дать разочаровывающие результаты с фекальным недержанием, вызванным хирургическим вмешательством и рецидивом констипации, особенно у пациентов с нарушением эвакуации. Только у очень немногих пациентов отмечается эффект от (обратимой) колостомии при лечении констипации [4, 7].

Заключение

Современные научные данные свидетельствуют в пользу того, что выявление у пациента метаболических расстройств, хронической констипации, нарушений микробиоты следует расценивать в качестве клинко-патогенетических звеньев единого патологического процесса. Учитывая, что и метаболический синдром, и хронический запор (констипация) относятся к наиболее актуальным болезням современной медицины, исследователям необходимо подходить к пациенту в рамках интегративного подхода с учетом хрономедицинских аспектов проблемы констипации и донозологического подхода к профилактике кишечной и внекишечной патологии для адекватного современным данным ведения пациентов этой категории [11].

Список литературы / References

1. Андреев Д.Н., Заборовский А.В., Трухманов А.С., Маев И.В., Ивашкин В.Т. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2017; 27 (1): 4–11.
Andreev D.N., Zaborovsky A.V., Trukhmanov A.S., Mayev I.V., Ivashkin V.T. Evolution of ideas about functional diseases of the gastrointestinal tract in the light of the Roman criteria of the IV revision (2016). Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology. 2017; 27 (1): 4–11.
2. Бордин Д.С., Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н. Хронический запор: актуальность проблемы и современные возможности терапии. Эффективная фармакотерапия. 2019; 15 (36): 76–80.
Bordin D.S., Kucheryavyy Yu.A., Andreev D.N. Chronic constipation: The relevance of the problem and modern possibilities of therapy. Effective pharmacotherapy. 2019; 15 (36): 76–80.
3. Вялов С.С. Хронический запор: этиология и возможности терапии. Доктор.Ру. Гастроэнтерология. 2015. № 12 (113). С. 42–49.

- Vyalov S.S. Chronic constipation: Etiology and possibilities of therapy. Gastroenterology. 2015. No. 12 (113). Pp. 42–49.
4. Ивашкин В.Т., Шельгин Ю.А., Маев И.В. и др. Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России). РЖГТК. 2020; 30 (6): 69–85.
Ivashkin V.T., Shelygin Yu.A., Mayev I.V. et al. Diagnosis and treatment of constipation in adults (Clinical recommendations of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Coloproctologists of Russia). RZhGGK. 2020; 30 (6): 69–85.
 5. Казюлин А.Н., Самсонов А.А., Кучерявый Ю.А., Черемушкин С.В., Гилюк А.В. Диагностика функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта у больных с запорами. Медицинский совет. 2021 (12): 210–219.
Kazyulin A.N., Samsonov A.A., Kucheryavyy Yu.A., Cheremushkin S.V., Gilyuk A.V. Diagnostics of functional disorders of the gastrointestinal tract in patients with constipation. Medical advice. 2021; (12): 210–219.
 6. Кучерявый Ю.А., Андреев Д.Н., Черемушкин С.В. Хронический запор: актуальность проблемы и современные возможности лечения. Consilium Medicum. 2017; 19 (8): 116–120.
Kucheryavyy Yu.A., Andreev D.N., Cheremushkin S.V. Chronic constipation: The relevance of the problem and modern treatment options. Consilium Medicum. 2017; 19 (8): 116–120.
 7. Лазебник Л.Б., Туркина С.В., Голованова и др. Запоры у взрослых. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 175 (3): 10–33. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-10-33
Lazebnik L.B., Turkina S.V., Golovanova et al. Constipation in adults. Experimental and clinical gastroenterology. 2020; 175 (3): 10–33. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-175-3-10-33
 8. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Черемушкин С.В., Андреев Д.Н. Хронический запор с позиций современной медицины. М.: Прима Принт; 2020. 40 с.
Mayev I.V., Kucheryavyy Yu.A., Cheremushkin S.V., Andreev D.N. Chronic constipation from the standpoint of modern medicine. Moscow: Prima Print; 2020. 40 p.
 9. Плотникова Е.Ю., Краснов К.А. Запоры нужно лечить. Медицинский совет. № 14, 2018, с. 61–66. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-14-61-66.
Plotnikova E. Yu., Krasnov K. A. Constipation needs to be treated. Medical Advice. No. 14, 2018, p. 61–66. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-14-61-66.
 10. Скворцов В.В., Скворцова Е.М., Байманкулов С.С. Современная тактика лечения запоров. Медицинский совет. 2019; (21): 148–153.
Skvortsov V.V., Skvortsova E.M., Baymankulov S.S. Modern tactics of constipation treatment. Medical Advice. 2019; (21): 148–153.
 11. Хронический запор: метод. рекомендации. Парфенов А.И. [и др.]; Московский клинический научный центр ЦНИИ гастроэнтерологии. М.: Прима Принт, 2016. 52 с.
Chronic constipation: Methodical recommendations. Parfenov A.I. [et al.]; Moscow Clinical Scientific Center of the Central Scientific Research Institute of Gastroenterology. M.: Prima Print, 2016. 52 p.
 12. Шемеровский К.А., Федорет В.Н., Селиверстов П.В., Бакаева С.Р. Синдром колоректальной брадиаритмии как предиктор метаболического синдрома. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020; 183 (11): 44–50. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-183-11-44-50.
Shemerovskii K.A., Fedorets V.N., Seliverstov P.V., Bakayeva S.R. Colorectal bradyarrhythmia syndrome as a predictor of metabolic syndrome. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2020; 183 (11): 44–50. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-183-11-44-50.
 13. Шемеровский К.А., Селиверстов П.В., Бочкарев М.В., Шайдуллина С.Р. Хронофизиологический механизм регулярности циркадианного ритма эвакуаторной функции кишечника. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2019; 165 (5): 150–153. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-165-5-150-153
Shemerovskiy K.A., Seliverstov P.V., Bochkarev M.V., Shaidullina S.R. Chronophysiological mechanism of the circadian rhythm Regularity of the intestine evacuation function. Experimental and Clinical Gastroenterology. 2019; 165 (5): 150–153. (In Russ.) DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-165-5-150-153.

Статья поступила / Received 08.06.2023

Получена после рецензирования / Revised 12.06.2023

Принята в печать / Accepted 12.07.2023

Сведения об авторах

Куценко Валерий Петрович, к.м.н., доцент кафедры современных методов диагностики и радиолучевой терапии им. проф. С.А. Рейнберга¹. E-mail: val9126@mail.ru. ORCID: 0000-0001-9755-1906

Ковалева Дарья Дмитриевна, студентка¹. E-mail: dasha753k@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6236-4526

Иванюк Елена Сергеевна, к.м.н., доцент 2-й кафедры (терапии усовершенствования врачей)². ORCID: 0000-0002-2785-6699

Селиверстов Павел Васильевич, к.м.н., доцент 2-й кафедры (терапии усовершенствования врачей)². E-mail: seliverstov-pv@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-5623-4226

¹ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России, Санкт-Петербург
²ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минобороны России, Санкт-Петербург

Автор для переписки: Селиверстов Павел Васильевич. E-mail: seliverstov-pv@yandex.ru

About authors

Kutsenko Valery P., PhD Med, associate professor at Dept of Modern Methods of Diagnostics and Radiotherapy n.a. professor S.A. Reinberg¹. E-mail: val9126@mail.ru. ORCID: 0000-0001-9755-1906

Kovaleva Darya D., student¹. E-mail: dasha753k@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6236-4526

Ivanyuk Elena S., PhD Med, associate professor at 2nd Dept (of Therapy for Advanced Training)². ORCID: 0000-0002-2785-6699

Seliverstov Pavel V., PhD Med, associate professor at 2nd Dept (of Therapy for Advanced Training)². E-mail: seliverstov-pv@yandex.ru. ORCID: 0000-0001-5623-4226

¹Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia

²Military Medical Academy n.a. S.M. Kirov, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Seliverstov Pavel V. E-mail: seliverstov-pv@yandex.ru

Для цитирования: Куценко В.П., Ковалева Д.Д., Иванюк Е.С., Селиверстов П.В. Констипационный синдром и его лечение. Медицинский алфавит. 2023; (18): 7–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-18-7-14>

For citation: Kutsenko V.P., Kovaleva D.D., Ivanyuk E.S., Seliverstov P.V. Constipation syndrome and its treatment. Medical alphabet. 2023; (18): 7–14. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-18-7-14>

