

## ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАПОРАМИ ВРАЧОМ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Проф. Л. М. ПАСИЕШВИЛИ, доц. Л. Н. БОБРО

THE TACTICS OF CONSTIPATION MANAGEMENT BY A GENERAL PRACTITIONER

L. M. PASIYESHVILI, L. N. BOBRO

*Харьковский государственный медицинский университет, Украина*

**Представлены результаты проведения диспансеризации работников предприятия с использованием анкет-опросников для установления распространенности запоров. Освещена тактика врача общей практики в диагностике характера запора, определен объем лечения по принципу «шаговой терапии». Обосновано назначение препарата лактулакса.**

*Ключевые слова: запор, этапы диагностики, лечение.*

**The findings of investigation of the workers of an enterprise using questionnaires with the purpose to establish constipation prevalence are reported. The tactics of a general practitioner in diagnosis of constipation character is described. The volume of treatment with the use of «staged therapy» was determined. Lactulax administration was substantiated.**

*Key words: constipation, stages of diagnosis, treatment.*

Синдромальный подход к диагностике заболеваний внутренних органов, который в большинстве своем используется при постановке диагноза врачом общей практики, оправдывает себя на уровне первичной медицинской помощи. Обращение больного к врачу с такой жалобой, которая превалирует или является составляющей клинической симптоматики, определяет диагностический поиск и направленность врачебных манипуляций.

Согласно данным статистики, около 50 % населения планеты испытывают дискомфорт в области кишечника, который характеризуют как запор. По данным гастроэнтерологических стационаров, частота данного синдрома еще выше и составляет около 70 % [1]. В то же время истинная распространенность данного нарушения функции кишечника неизвестна, так как значительная часть больных с такой симптоматикой никогда не обращаются к врачу, а возникшую проблему пытаются решить самостоятельно, прибегая к использованию различных диет или лекарственных препаратов.

Еще в 1851 г. Strahl писал: «Запор — широко распространенное состояние с грустными последствиями и при всех обстоятельствах всегда обременительное».

В настоящее время запор рассматривают как симптомокомплекс, проявляющийся замедлением и затруднением или систематическим недостаточным опорожнением кишечника длительностью не менее 48 ч [2]. При этом хронизация процесса характеризуется следующей клинической симптоматикой: наличие стула менее 3 раз в неделю; выделение небольшого количества каловых масс (до 35 г в сутки); наличие ощущения неполного опорожнения кишечника; болезненность при

дефекации, которой предшествуют или которую сопровождают сильные потуги [3].

Запоры могут наблюдаться в любом возрасте, при этом причины их возникновения и механизмы реализации — различны. С возрастом количество таких больных увеличивается, что связывают с ограничением физической активности, нерациональным питанием, хроническими стрессами и рядом других факторов [2]. И если в молодые годы в большинстве случаев речь идет о функциональных запорах, которые являются следствием синдрома раздраженного кишечника (СРК), то у пациентов старших возрастных групп причиной появления запора может стать органическое заболевание кишечника или других органов и систем.

Принципиальным для врача является выделение функциональных и органических запоров. О последних говорят при наличии механического препятствия как внутри (аномалии развития, опухоли, стриктуры кишечника), так и вне кишечника (спаечная болезнь, опухолевые образования других органов), которое затрудняет продвижение каловых масс. В таких ситуациях объем лечебной тактики определяется хирургом, а эффективность лечения зависит большей частью от времени правильной постановки диагноза.

Возникновение функциональных запоров, которые с наибольшей частотой встречаются в повседневной практике, также не связано с единой причиной. Довольно часто они обусловлены алиментарными факторами, когда использование диет с ограниченным набором пищевой клетчатки приводит к изменению необходимого питательного баланса [4, 5]. Кроме того, употребление в пищу большого количества рафинированных и консервированных

продуктов также может способствовать изменению перистальтики кишечника [6]. Вторым (а в ряде случаев и основным) фактором, способствующим развитию запоров, является бесконтрольный прием лекарственных препаратов. Существующая полипрагмазия (как на уровне врача, так и на уровне пациента) может приводить к реализации побочных действий лекарств. Однако не всегда это может быть следствием возникновения запоров. Ряд заболеваний внутренних органов требует длительного или пожизненного приема лекарственных препаратов, в результате которого проявляется их нежелательный эффект. Довольно часто возникновение запоров обусловлено использованием нестероидных противовоспалительных препаратов, антацидов, холинолитиков, диуретиков, бета-блокаторов, препаратов железа и ряда других [7, 8]. Длительный прием раздражающих и осмотических слабительных может усугубить уже имеющуюся симптоматику, тем самым оказывая противоположный эффект [2].

В настоящее время особое внимание уделяется психогенным факторам, действие которых способствует развитию запоров. Их воздействием в большинстве случаев объясняют формирование СРК [5].

Среди других факторов, влияющих на развитие функциональных запоров, чаще выделяют заболевания внутренних органов или состояния, которые приводят к эндокринным или метаболическим сдвигам в системе гомеостаза (сахарный диабет, гипотиреоз, дегидратация или интоксикация различного генеза).

Особая группа факторов имеет место у лиц пожилого и старческого возраста, когда не одна, а несколько причин приводят к возникновению запоров. Среди них выделяют малоподвижный образ жизни, вынужденное (при заболеваниях или неудовлетворительном материальном обеспечении) ограничение пищевого рациона; хронические заболевания органов пищеварительного тракта (гастрит, дуоденит, геморрой); висцероптоз; избыточная масса тела (как самостоятельная нозологическая форма или проявление метаболического синдрома), заболевания ЦНС и др.

Разнообразие этиологических факторов функциональных запоров определяет два основных патогенетических механизма: нарушение пропульсивной моторики ободочной кишки, которая приводит к замедлению транзита химуса, и нарушение эвакуаторной функции кишечника на уровне прямой кишки. При этом в первом случае изменение пропульсивной моторики может быть результатом гипокинезии (ослабления тонуса кишечной стенки) или гиперкинезии стенки кишечника, при которой наблюдается спазм основных сфинктеров кишки, нарушается координация кишечных сокращений, усиливаются ретроградные движения кишки и пищевого комка [2]. При этом можно утверждать, что довольно часто оба данных механизма играют роль в формировании запоров.

Определяя лечебную тактику, прежде всего необходимо уточнить этиологический фактор рассматриваемого синдрома во избежание необоснованного медикаментозного лечения в случаях необходимости хирургического вмешательства. С этой целью можно прибегнуть к алгоритму диагностики имеющейся симптоматики. В большинстве случаев на амбулаторном этапе решить вопрос о причине запоров не представляется возможным. Хотя в ситуации развития СРК, когда запор возникает у лиц молодого возраста с лабильной нервной системой и имеет соответствующие клинические особенности (выделены Римскими критериями), диагноз может быть установлен амбулаторно. В то же время постановка данного диагноза осуществляется методом исключения, что подразумевает проведение полного объема инструментальных методов диагностики. Следовательно, наличие запора является основанием для проведения проктологических, инструментальных (УЗИ органов брюшной полости, осмотр гинеколога) и лабораторных методов исследования. Проведенная диагностика запора позволит выбрать этиопатогенетический способ лечения, который обеспечит коррекцию клинической симптоматики. Синдромальный подход к диагностике данного состояния с возможной коррекцией выявленных нарушений на амбулаторном этапе послужил основанием для настоящего исследования.

Целью исследования явилось определение рациональной тактики ведения пациентов с синдромом запоров врачом семейной практики.

Были обследованы 180 работников завода ЗЕМИ г. Харькова. Исследование проводилось в несколько этапов. На первом этапе для выявления эпидемиологии изучаемого синдрома было проведено скрининговое обследование пациентов с помощью опросника-самоконтроля, разработанного сотрудниками кафедры, согласно Римским критериям II. Синдром запора был предварительно диагностирован у 102 человек, подвергнутых скринингу.

На втором этапе проводился поиск, направленный на исключение обструктивной природы запора, выявление пациентов, имеющих «тревожные симптомы», уточнение характера нарушений пропульсивной деятельности кишечника. При этом диагностические мероприятия включали: оценку жалоб и данных анамнеза; осмотр перианальной области; пальцевое исследование прямой кишки с оценкой анального тонуса в покое, при сжатии и попытке эвакуации; общеклинические и биохимические исследования крови, кала и мочи; пассаж взвеси сульфата бария по ЖКТ; ректосигмоскопию, ирригоскопию и/или колоноскопию (обязательно в возрасте 40 лет при отягощенном семейном анамнезе); УЗИ органов брюшной полости и малого таза; стандартное обследование органов и систем с целью исключения вторичных запоров.

Задачей третьего этапа исследования был подбор индивидуальной схемы комплексной те-

рапии для больных с признаками функциональных запоров.

Всем больным проводилась немедикаментозная терапия, направленная на регуляцию режима питания и образа жизни, «тренировку туалета», и медикаментозная терапия с применением препаратов, регулирующих моторику кишечника, и слабительных средств.

По данным скринингового опроса было установлено, что жалобы на запор имелись у 102 пациентов (56,7%). При этом «скрытая распространенность» среди обследованных составила 27,5%, так как 28 пациентов, страдающих запорами, отметили, что никогда не обращались к врачу с данной жалобой.

Анализ распределения пациентов по полу и возрасту показал, что наиболее часто нарушения стула отмечались у женщин (81, или 83,6%) и лиц старших возрастных групп (67, или 68,3%).

Методом скрининга было также установлено, что из всех пациентов, предъявляющих жалобы на нарушение стула, у 48 (47,1%) имелись признаки эпизодического запора (основные симптомы наблюдались меньше 3 мес из последних 12), у 54 (53%) — признаки хронического запора. 34% больных связали появление или усугубление нарушений дефекации с условиями на предприятии (нет комфортного туалета, отсутствует столовая), 20% пациентов — с напряженным режимом жизни, остальные 46% — не могли указать четкой связи с какими-либо причинами.

Таким образом, на первом этапе исследований выяснилось, что распространенность синдрома запора несколько превышает среднестатистические показатели. По-видимому, это связано с особенностями демографического состава (на предприятии преобладают лица женского пола), а также с отсутствием точек организованного приема пищи на производстве. Важным негативным моментом является высокая «скрытая распространенность» запоров, которая была выявлена только благодаря выбранному методу опроса на первом этапе (пациенты меньше стеснялись, вопросы анкеты-опросника были нацелены на выявление данной патологии, учитывались критерии запоров согласно Римскому консенсусу).

На втором этапе диагностического поиска у 11 (10,8%) обследованных были выявлены «тревожные симптомы» (лихорадка, примеси крови в кале, болевой синдром в ночное время, немотивированное похудание, анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, изменения показателей биохимических проб, появление симптомов после 50 лет); у 3 человек (2,9%) обследованных были обнаружены опухоли и полипы кишечника, которые привели к сужению его просвета; у 6 (5,9%) выявлены симптомы поражения других органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, которые обусловили сдавление кишечника снаружи; и у 7 (6,9%) — аномалии положения и развития толстого кишечника.

Таким образом, после второго этапа обследования 27 пациентов, имеющих признаки органической патологии или «тревожные симптомы», были исключены из дальнейшего исследования и направлены для углубленного обследования в стационар. Из них 8 человек были из группы со «скрытой распространенностью запоров» и выявлены только благодаря скринингу.

У 75 больных признаки механического препятствия для продвижения кишечного содержимого отсутствовали, поэтому запоры у них были классифицированы как функциональные. По патогенетическим механизмам (с учетом данных инструментальных методов обследования) нарушения пропульсивной деятельности кишечника по гипертоническому типу были диагностированы у 34, а по гиперкинетическому типу — у 41 больного.

На третьем этапе важной проблемой было отсутствие унифицированного подхода к лечению запоров. Слабительные средства относятся к безрецептурным препаратам, пациенты свободно покупают их в аптеках и принимают без врачебного назначения. Эти группы препаратов часто бесосновательно используются не только пациентами, но, к сожалению, и врачами. Незамедлительное назначение слабительных, без попыток воздействовать на моторно-эвакуаторную функцию кишечника модификацией диеты, двигательной активности, психологического статуса, с использованием лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов, является ложным терапевтическим путем. Лечебный эффект большинства слабительных реализуется с помощью нефизиологичных и не характерных для человека механизмов, так как они являются искусственно синтезированными средствами, не свойственными человеческому организму. Вследствие этого терапевтический коридор их действия очень узок, что часто приводит к появлению токсических реакций и передозировке.

Предпочтение следует отдавать натуральным или близким к натуральным веществам, которые нормализуют эволюционно сформировавшиеся механизмы регуляции моторно-эвакуаторной функции кишечника. Особое место среди таких слабительных средств занимают препараты лактулозы. Они не являются только осмотическими слабительными, хотя чаще всего позиционируются именно так. Многообразие влияний на кишечник и механизмов действия позволяют утверждать, что это наиболее физиологично действующие препараты. Врач общей практики, сталкиваясь с пациентом, жалующимся на запор, должен владеть определенным алгоритмом тактики обследования и ведения пациентов с данной патологией. Это позволит добиться улучшения комплайенса между пациентом и медицинским персоналом, будет стимулировать обращение за помощью на более ранних стадиях развития запора, позволит улучшить качество профилактических и лечебных мероприятий.

По данным проведенного скрининга, до начала лечения более 40% пациентов из всех, жалующихся на запоры, указали, что принимают слабительные препараты без рекомендации врача. Из всех слабительных препаратов предпочтение отдается раздражающим слабительным (критериями выбора являются растительное происхождение препаратов, быстрый эффект, доступная цена). Наиболее часто в качестве слабительного средства, самостоятельно принимаемого больными, указывался бисакодил. Несколько реже использовались препараты сенны. На прием таких препаратов, как гутталакс, препараты лактулозы указали единицы. Ни один пациент не мог указать, какие побочные эффекты могут возникнуть при приеме выбранного им слабительного, а возможной причиной замены препарата более 80% считало только отсутствие эффекта.

Свой подход к лечению больных с функциональными запорами мы основывали на соблюдении принципа последовательности и учете пропульсивной деятельности кишечника (гипер- или гипокинетический вариант). Базисная терапия, которая предлагалась всем больным, включала немедикаментозное (рекомендации по диете, усиление двигательной активности, «тренировка туалета») и медикаментозное лечение (миотропные спазмолитики, прокинетики, слабительные). Больным с гиперкинетическим типом нарушения назначали мебеверин по 200 мг 2 раза в день, с гипокинетическим — прокинетики домперидон по 1 таблетке 3 раза в день. Из слабительных препаратов было отдано предпочтение препарату лактулак по 10 г в сутки (один пакет препарата содержит 9,5 г лактулозы, 0,25 г галактозы, 0,20 г дактозы и 0,05 г аспатрама). Препарат, имея все преимущества препаратов лактулозы, удобен и безопасен для применения в амбулаторных условиях (расфасовка по 10 г порошкообразного вещества и цена, позволяющую пациенту длительно пользоваться этим препаратом). Кроме того, препарат можно разбавлять в воде, соках, добавлять в еду. В настоящее время препараты, содержащие лактулозу, относятся к «золотому стандарту» лечения запоров [9–12].

Больным, которые эпизодически отмечали нарушения стула, было рекомендовано ограничиться только немедикаментозными методами лечения. При неэффективности этих мер или учащении эпизодов запора назначалась медикаментозная терапия с учетом пропульсивной деятельности кишечника. Пациентам, страдающим хроническими функциональными запорами, сразу назначали немедикаментозные и медикаментозные мероприятия со стратегической задачей последующего перехода только на немедикаментозные методы лечения.

Основным критерием эффективности лечения хронического функционального запора являлся стул нормальной консистенции и частота дефекации 1 раз в 1–2 дня без натуживания и боли.

Учет эффективности лечения проводился через 1 и 2 мес лечения.

Через 1 мес терапии больные с эпизодическим нарушением стула отмечали его нормализацию в 51% случаев (в связи с чем им было рекомендовано продолжить немедикаментозную терапию), 32% — улучшение состояния, но при этом указывали на большие трудности при «тренировке туалета», так как ритм утреннего режима не позволял достаточно расслабиться (спешили на работу и т. д.). Этим пациентам «тренировка туалета» была перенесена на вечернее время суток, являющееся для них более комфортным. Остальным больным этой группы (17%) было рекомендовано начать медикаментозную терапию. Через 2 мес лечения положительный эффект терапии был отмечен у 87% больных, в связи с чем предложено всем пациентам ограничиться немедикаментозными методами лечения. Больные с отсутствием положительного эффекта (13%) к концу 2-го месяца были госпитализированы для углубленного обследования с целью уточнения этиопатогенетических механизмов запора.

В группе с хроническим функциональным запором через месяц 55,8% пациентов также отмечали положительный эффект от проводимой терапии, 35,2% — динамики в состоянии не отмечали, у 3 больных появился умеренно выраженный метеоризм и диарея, в связи с чем им была уменьшена доза препарата лактулак до 5 мг/сутки.

Через 2 мес в связи со стойкой нормализацией стула 43% больных было рекомендовано эпизодическое использование слабительных средств и регуляторов кишечной моторики на фоне немедикаментозных мероприятий. 32,3% больных продолжили прежнюю схему лечения в связи с сохранением эпизодов запоров при положительной динамике (запоры стали реже, исчез болевой синдром, появилась тенденция к нормализации консистенции стула), остальные больные в связи с отсутствием эффекта от лечения были направлены в стационар для дообследования.

На протяжении всего периода наблюдения и лечения ни в одной из групп не было необходимости отменять лактулак в связи с наличием выраженных побочных эффектов. Отмеченные у 3 больных метеоризм и диарея имели дозозависимый эффект и исчезли после уменьшения дозы препарата. При этом препарат доказал в эксперименте свою способность оказывать слабительный эффект уже в минимальных дозировках (до 5 мг/сутки).

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы.

Применение скрининга с помощью специальных анкет-опросников позволяет не только быстро обследовать большое количество пациентов, но и выявить «скрытую распространенность» отдельных синдромов, в частности, запоров. Второй этап обследования должен проводиться в амбулаторных

условиях. При этом все больные с признаками обструкции кишечника и «тревожными симптомами» подлежат дообследованию в специализированном стационаре.

Амбулаторное лечение врач общей практики может предложить только больным с функцио-

нальными запорами. При лечении таких больных необходимо придерживаться принципа «шаговой» терапии, начиная с немедикаментозных методов лечения и заканчивая использованием препаратов. Стратегическая цель лечения — добиться нормализации стула наиболее физиологичным способом.

#### Литература

1. *Волосовец А. П., Кривошусков С. А.* Современные подходы к решению проблемы запора у детей: опыт применения лактулакса // Доктор.— 2005.— № 2.— С. 69–70.
2. *Захараш М. П., Кравченко Т. Г.* Диагностика и лечение хронических запоров // Сучасна гастроентерол.— 2002.— № 3 (9)— С. 30–34.
3. *Анисимова М. И., Давидович О. В.* «Пиколакс» при лечении хронического запора // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 6 (26)— С. 61–65.
4. *Марченко Н. В., Черненко В. В.* Диагностические критерии и аспекты лечения функциональных заболеваний кишечника: Метод. рекоменд.— К., 2002.— 28 с.
5. *Bassoti G., Giorgio R.* Constipation a common problem in patient with neurological abnormalities // Ital. J. Gastroenterol.— 1998.— Vol. 30 (5)— P. 542–548.
6. *Черненко В. В.* Метаболические эффекты пищевых волокон // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 1 (21)— С. 59–64.
7. *Буторова Л. И.* Нарушение моторики толстой кишки при функциональных заболеваниях: возможности фармакологической коррекции метеоспазмиллом // Клини. перспективы гастроэнтерол., гепатол.— 2004.— № 3.— С. 28–32.
8. *Prather C. M., Ortiz C. P.* Evaluation and treatment of constipation and fecal impaction in adults // Mayo Clin. Proceed.— 1998.— Vol. 73 (9)— P. 881–886.
9. *Григорьев П. Я., Яковенко Э. П.* Лактулоза в терапии заболеваний органов пищеварения // Рос. гастроэнтерол. журн.— 2000.— № 2.— С. 71–78.
10. Дуфалак (лактолоза): классическое применение и перспективы использования в лечении хронических заболеваний печени и кишечника / И. И. Дегтярева, С. В. Скопиченко, И. Н. Скрыпник, Е. В. Гуцало // Сучасна гастроентерол.— 2002.— № 2 (8)— С. 64–72.
11. *Ballongue J., Schumann C., Quignon P.* Effect of lactulose and lactitol on colonic microflora and enzymatic activity // Scand. J. Gastroenterol.— 2002.— Vol. 32, suppl 222.— P. 41–44.
12. *Muller M., Jaguenoud-Sirot E.* Bepandlung der chronischen Obstipation bei Kindern mit Lactulose // Ars. Med.— 2003.— Vol. 84.— P. 568–574.

Поступила 12.04.2006