

УДК 616.34-009.11-053.9

Особенности диагностики и лечения запоров у лиц пожилого возраста

А.В. Калинин, Л.И. Буторова

(Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ)

Features of diagnostics and treatment of constipation at patients of elderly age

A.V. Kalinin, L.I. Butorova

Цель обзора. Показать особенности диагностики и лечения запоров у лиц пожилого возраста.

Основные положения. Запоры встречаются у 40% лиц старше 60 лет. К факторам риска развития запоров у лиц пожилого возраста относят: изменение характера питания (уменьшение в рационе пищевых волокон); малоподвижный образ жизни (вынужденное соблюдение постельного режима); сопутствующие заболевания (эндокринные, неврологические, психические нарушения – депрессия, деменция); лекарственно-индуцированные запоры; возрастные изменения толстой кишки. В основе диагностической концепции лежит положение, что запор – не болезнь, а лишь симптом. Диагностические мероприятия должны быть направлены на распознавание этиологии и типа запора. Лечение следует строить исходя из основного заболевания, а также с учетом возраста пациента. Основные направления лечения: диета, расширение режима двигательной активности, слабительные. В обзоре дана характеристика основных типов слабительных препаратов, которые используются у лиц пожилого возраста при запорах различного происхождения.

Заключение. Запоры у больных пожилого возраста встречаются достаточно часто и могут отягощать состояние пациента. Комплексное лечение запоров существенно улучшает качество жизни больных.

Ключевые слова: запор, пожилой возраст.

The aim of review. To demonstrate features of diagnostics and treatment of constipation at patients of elderly age.

Original positions. Constipation is present at 40% of persons at the age of 60 years and older. Risk factors of constipation at people of elderly age include: change of pattern of nutrition (decrease of alimentary fibers content in ration); still lifestyle (compelled bed rest); presence of concomitant diseases (endocrine, neurologic, mental disorders – depression, dementia); drug-induced constipations; age-related changes of the large intestine. Diagnostic concept is based on the position, that constipation is not a disease, but is just a symptom. Diagnostic actions should be aimed to recognition of etiology and type of constipation. Treatment should be provided according to the basic disease, and the age of patient. Main components of treatment are: diet, broadening of physical activity regimen, purging. Review presents characteristics of basic types of laxatives that are used at patients of elderly age at constipations of various origin.

Conclusion. Constipation at patients of elderly age is quite frequent and can aggravate general state of the patient. Complex treatment of constipation essentially improves quality of life of patients.

Key words: constipation, elderly age.

Запор рассматривают как болезнь века, как болезнь цивилизации. Запоры, встречающиеся у 40% лиц старше 60 лет, существенно влияют на качество жизни, снижают производительность труда, что делает эту патологию и соответственно выбор оптимальной терапии с позиций ее эффективности и безопасности весьма важной социально-экономической проблемой [3, 6, 10].

Страдают запорами более 25% взрослого населения, чаще женщины. Около 50% населения старше 65 лет используют слабительные [6, 21]. Этот синдром настолько часто встречается и настолько отягощает состояние миллионов людей во всем мире, что вопросы изучения причин развития и лечения запоров остаются постоянно актуальными. Особенно актуальна эта проблема для специалистов геронтологического и гериатрического профиля, но работ по изучению и лечению запоров у больных пожилого возраста в современной литературе очень мало. В то же время хорошо известно, что плохое качество жизни пожилых и стариков во многом определяется именно частыми упорными запорами [4, 9, 16].

Запор определяется как нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации (по сравнению с индивидуальной физиологической нормой) или в систематическом, недостаточном опорожнении кишечника.

Анализируя жалобы больных с запорами, целесообразно давать клиническую оценку симптомов, по мере возможности их объективизируя.

Консистенция кала. В настоящее время имеются возможности получения цифровых величин с помощью пенетрометра. Твердый кал содержит 40–60% жидкости, нормальный — около 70%, жидкий — около 95%. Таким образом, содержание воды определяет консистенцию кала.

Масса кала индивидуальна и широко варьирует у разных людей в разных странах. Средняя ежедневная масса кала у здоровых лиц в Великобритании и США составляет 100–200 г, в сельских местностях Уганды — 470 г, у здоровых индийцев — 311 г.

Затруднения при дефекации. Этот термин обозначает наличие каловых масс в прямой кишке и невозможность их изгнать, несмотря на длительные повторные натуживания. Некоторые больные применяют ручное пособие для осуществления дефекации. Эти проблемы усугубляются при наличии мелкого твердого кала. Трудности в эвакуации каловых масс из прямой кишки могут быть связаны с ощущением неполного опорожнения, например при синдроме опущения промежности.

Нерегулярная дефекация. В разных популяциях ритм дефекации разный, и поэтому понятие нормы определить трудно. Наблюдения показывают, что в западных странах у большинства людей акт дефекации происходит каждый день.

В клиническом отношении рационально констатировать акты дефекации в неделю и считать нижним пределом нормы 2 испражнения в этот срок.

Чаще запор бывает хроническим. О хроническом запоре говорят, если эти симптомы продолжают более 6 нед. Запоры могут развиваться остро. Острый запор — отсутствие стула в течение нескольких суток вследствие механической или динамической непроходимости. Кроме того, выделяют временные запоры (продолжаются менее 3 мес), связанные с изменением условий быта и характера пищи, эмоциональным стрессом, депрессией, беременностью, длительным постельным режимом, приемом различных лекарственных препаратов [18].

Причины запоров

Запор как симптом встречается при многих патологических состояниях, приводящих к нарушениям продвижения химуса по толстой кишке, чрезмерному уплотнению каловых масс, ослаблению позывов к дефекации.

Причиной запора прежде всего являются болезни и повреждения ободочной и прямой кишки, а также многочисленные заболевания других органов и систем, метаболические нарушения, приводящие к расстройству моторной функции кишечника (табл. 1).

К факторам риска развития запоров у лиц пожилого возраста относят:

- изменение характера питания;
- малоподвижный образ жизни;
- сопутствующие заболевания;
- лекарственно-индуцированная патология;
- возрастные изменения толстой кишки.

Алиментарные факторы. К запору приводит уменьшение объема кала. У пожилых это чаще всего связано с сокращением объема потребляемой пищи, особенно уменьшением в рационе пищевых волокон, а также со снижением потребления воды и вследствие этого дегидратацией, уменьшением содержания воды в кале.

Малоподвижный образ жизни. В пожилом возрасте существенно снижается объем физической нагрузки, необходимой для нормального функционирования кишечника. Вынужденное соблюдение постельного режима практически всегда сопровождается запорами.

Сопутствующие заболевания. Снижению двигательной активности способствуют сопутствующие заболевания: эндокринные сдвиги, неврологические нарушения — инсульт, психические расстройства — депрессия, деменция.

Лекарственно-индуцированные запоры. С наличием сопутствующих заболеваний связан необходимый прием лекарственных препаратов, которые могут способствовать развитию запоров. К таким препаратам, наиболее часто назначаемым пожилым

Таблица 1

Основные причины запоров

Запоры при колоректальных заболеваниях	Запоры, вызванные внекишечными заболеваниями
I. <i>Функциональные расстройства</i>: • функциональные запоры • <i>синдром раздраженного кишечника</i> (СРК) с преобладанием запоров • инертная ободочная и прямая кишка II. <i>Органический запор</i> (развивается при структурных поражениях кишечника): • заболевания аноректальной зоны — пролапс прямой кишки — ректоцеле — мегаколон — анизм (диссинергия тазового дна) • аганглиоз (нарушения мышечно-кишечного сплетения) — врожденный — болезнь Гиршпрунга — приобретенный — болезнь Чагаса • заболевания ободочной кишки — стриктуры толстой кишки — рак и доброкачественные опухоли толстой кишки — удлиненная толстая кишка — мегаколон и другие заболевания	I. <i>Рефлекторные</i>: • язвенная болезнь, • холецистит и др. II. <i>Эндокринные и метаболические</i>: • микседема • сахарный диабет • порфирия III. <i>Нейрогенные</i>: • заболевания спинного мозга • паркинсонизм IV. <i>Системные заболевания</i>: • миопатия • склеродермия V. <i>Психогенные</i>: • психопатии • шизофрения VI. <i>Лекарственные</i> (холинолитики, ганглиоблокаторы, препараты железа, мочегонные, седативные и др.)

пациентам, относят опиаты, наркотические анальгетики, нейролептики, транквилизаторы, спазмолитики, цефалоспорины, диуретики, противопаркинсонические, антигипертензивные средства, препараты железа, антациды, содержащие гидроокись алюминия или карбонат кальция, и др.

Возрастные изменения толстой кишки и заболевания аноректальной области. В их числе: уменьшение нейронов в миоэнтеральных сплетениях, изменение продукции кишечных пептидов, склероз и увеличение соединительной ткани во внутреннем сфинктере прямой кишки, снижение давления в просвете кишки в покое и вследствие этого замедление скорости транзита более 68 ч. С возрастом учащаются заболевания аноректальной области: геморрой, анальные трещины, прокталгии, механическое сдавление прямой кишки извне. Аноректальные расстройства (обструкция дефекации) — частые причины запоров у лиц пожилого возраста [2, 25].

Еще один важный механизм развития запора — привычка подавлять позыв к дефекации, что может привести к хроническому перерастяжению прямой кишки, снижению эфферентных сигналов и развитию так называемых привычных запоров. Вследствие нарушения афферентной фазы дефекационного рефлекса развивается атония прямой кишки, так как позыв к дефекации возникает лишь при ее перерастяжении. При утрате афферентной фазы рефлекса происходит увеличение объема прямой кишки, атония ее стенки. В результате позыв появляется только при перерастяжении кишки большим количеством кала. Это состояние получило название «мегаректум» или «инертная прямая кишка». При запоре часто усилены непро-

пульсивные сегментирующие движения толстой кишки, которые не способствуют продвижению кала, а лишь его перемешивают [6, 24].

В зависимости от ведущего патофизиологического механизма развития обстипационного синдрома всех пациентов, страдающих запорами, можно разделить на две группы: с медленным транзитом по толстой кишке и с нарушенным актом дефекации. Кроме того, различают функциональный и органический запоры, кишечные и внекишечные обстипации, первичные, вторичные, идиопатические запоры [2, 12, 19].

Диагностика

В основе диагностической концепции должно лежать положение о том, что запор — не болезнь, а лишь симптом. В клинической практике постановка диагноза базируется на двух или нескольких основных признаках, к которым относятся:

- снижение частоты дефекации (задержка опорожнения кишечника более чем на 2–3 сут);
- ощущение неполного опорожнения после дефекации;
- изменение консистенции и формы стула (отдельные твердые комочки, напоминающие орехи, или формирующие «колбаску» с неровной как бы потрескавшейся поверхностью);
- выделение при дефекации небольшого количества (менее 35 г/день) плотных сухих каловых масс, травмирующих область анального отверстия;
- необходимость натуживания во время акта дефекации (более 25% продолжительности опорожнения).

Таблица 2

Этапы диагностического процесса при синдроме запора

I этап	II этап
Оценка жалоб, анамнеза (длительность запоров, частота и характер дефекации с/без натуживания, скорость — время опорожнения, боли в заднем проходе, чувство неполного опорожнения, патологические выделения с испражнениями). Стандартные исследования по органам и системам с целью исключения вторичных запоров: • осмотр перианальной области; • пальцевое исследование прямой кишки с оценкой тонуса анального сфинктера в покое, при сжатии, попытке эвакуации. При пальцевом исследовании следует исключить анальную трещину, опухоль в пределах достижимой пальцем зоны, геморроидальные узлы, стриктуру ануса; • общеклинические, биохимические исследования крови, кала, мочи; • ректосигмоскопия; • обзорный снимок брюшной полости в вертикальной проекции (при остром запоре); • ирригоскопия и/или колоноскопия (обязательно в возрасте старше 40 лет, при отягощенном семейном анамнезе)	• Исследование электролитов, кальция, гормонов щитовидной железы • Оценка кишечного транзита с использованием рентггенпозитивных маркёров • Аноректальная манометрия • Рентгеноскопия дефекации (дефекационная проктография) • Биопсия прямой кишки для диагностики аганглиоза • Исследование промежностной чувствительности • УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы • ЯМР позвоночника • Консультации специалистов: — эндокринолога, — гинеколога, — уролога, — психиатра, — невропатолога

Диагностические мероприятия должны быть направлены на распознавание этиологии и типа запора. Полиэтиологичность симптома иногда делает крайне сложной постановку диагноза на нозологическом уровне. В связи с этим процесс диагностики принято условно делить на два этапа (табл. 2).

На *I этапе* диагностический поиск направлен на выявление наиболее частых причин запора (употребление недостаточного количества пищи и воды, гиподинамия, длительный прием лекарственных препаратов, влияющих на перистальтику) и на исключение органической патологии (опухолевой или воспалительной этиологии), аномалий развития и положения толстой кишки.

На *II этапе* проводится окончательное разграничение запоров на первичные и вторичные, оценивается топография стаза — колостаз, проктостаз, устанавливается преобладающий тип моторных нарушений — гипер- или гипокинетический, продолжается дифференциальная диагностика. В случае возникновения запоров у пожилых пациентов прежде всего необходимо исключить колоректальный рак.

При отсутствии данных за органическое заболевание кишечника и исключении других причин запор чаще всего связывают с синдромом раздраженного кишечника или расценивают как функциональный запор (Римские критерии III: Международный консенсус по функциональным гастроинтестинальным расстройствам, 2005) [7, 11, 20, 24].

Особенности лечения запоров у лиц пожилого возраста

Лечение запора должно строиться исходя из основной патологии, устранения по возможности причины его развития, а также с учетом возраста пациента. Если этиологическое лечение недостаточно эффективно, для улучшения качества жизни и предотвращения возможных осложнений проводится симптоматическая терапия, включающая назначение слабительных препаратов. Следует учитывать, хронический это запор или эпизодический.

Лечение хронического запора

Лечение запора представляет собой непростую задачу. Ее усложняет привыкание к систематическому употреблению слабительных средств, нередко наблюдающееся у этих больных. Особенно часто с данной проблемой врачи сталкиваются при лечении лиц пожилого возраста. Необходимо убедить больного отказаться от вредной привычки систематически делать себе клизмы и научить регулировать стул с помощью питания, правильного пережевывания пищи, а также рекомендовать более подвижный образ жизни [22].

Перед назначением медикаментозной терапии пациентам с хроническим запором обязательно предлагается попытаться наладить опорожнение кишечника, используя «традиционные, физиологические» способы стимуляции дефекации: обогащение рациона пищевыми волокнами, увеличение количества принимаемой жидкости до 1,5–2 л

в день, расширение двигательной активности. По возможности надо отменить (или заменить другими) препараты, способные вызывать или усиливать запоры [12, 13].

При подборе диетического режима необходимо включать в рацион питания молоко, творог, кефир, йогурты, супы-пюре, каши из овсяной, гречневой, манной круп, продукты, богатые растительными пищевыми волокнами. Следует ежедневно потреблять не менее 7 порций (~500 г) овощей, фруктов, ягод, зелени, бобовых, орехов в сыром и обработанном виде. Содержание пищевых волокон на 100 г продукта: бобы, горох — 17,0; овсяные хлопья — 10,0; миндаль — 10,0; соя — 12,0; отруби — 48,0. Пища должна приниматься равными порциями каждые 3 ч — с 8 ч утра до 8 ч вечера. Количество соли должно быть ограничено до 2 г.

Использование одного диетического лечения может оказаться безрезультатным при запоре, обусловленном подавлением позывов на опорожнение кишечника. В подобных случаях терапия должна быть направлена на восстановление рефлекса на дефекацию.

Наиболее эффективной является методика, основывающаяся на том факте, что прием пищи служит главным физиологическим стимулятором моторной активности ободочной кишки (форсированная перистальтика толстой кишки, обеспечивающая продвижение содержимого по направлению к прямой кишке возникает после приема пищи и длится 30 мин).

Пациенту рекомендуют по утрам натощак выпивать 1–1,5 стакана прохладной воды (с сахаром, лимоном, солью, медом, вареньем) или минеральной воды (Ессентуки № 4, № 17, баталинская, славяновская), можно выпить фруктовый или овощной сок, лимонад. Через 30 мин после завтрака больной идет в туалет и пытается, натуживаясь, вызвать дефекацию (в течение 5–10 мин). Для лучшего участия в натуживании мышц брюшного пресса целесообразно, чтобы бедра были притянуты к животу (можно поставить под ноги скамеечку), или сесть на корточки. Дефекация облегчается в положении больного сидя на унитазе наклонившись вперед, чтобы можно было сильнее согнуть ноги в коленях.

Перед каждым запланированным актом дефекации целесообразно выполнять (в течение 5–10 мин) физические упражнения, способствующие стимуляции опорожнения толстой кишки: массаж брюшной стенки по часовой стрелке, сжатие и расслабление сфинктера прямой кишки, ритмичное втягивание заднего прохода и передней брюшной стенки при вдохе с быстрым выталкиванием при выдохе и др.

Если вызвать стул после первого приема пищи не удастся, больной должен отказаться от попытки еще раз в течение дня опорожнить кишку.

А на следующий день он вновь выполняет все вышеперечисленные рекомендации, дополняя их введением в прямую кишку суппозитория (дुльколакс или свеча с глицерином). Эти препараты оказывают раздражающее действие на слизистую оболочку прямой кишки и рефлекторным путем стимулируют дефекацию. Через 3–5 дней свечи отменяют, далее пациент продолжает лечение по восстановлению рефлекса на дефекацию. Даже у пожилых пациентов эта методика дает положительный результат более чем в 85% случаев в течение 8 дней.

К немедикаментозным методам терапии относят и «биофидбэк-терапию» (biofeedback), нацеленную на выработку и поддержание эффективного натуживания при позыве на дефекацию. В этих целях в задний проход вводят баллон, соединенный с устройством для записи создаваемого в нем давления, больной видит на мониторе давление, которое создается при сжимании и расслаблении сфинктера [15].

Общие советы пациенту, страдающему запорами:

- не игнорировать позывы на дефекацию;
- стараться осуществлять дефекацию каждый день в одно и то же время;
- избегать чрезмерного натуживания — это усугубляет расстройства дефекации;
- избегать длительного пребывания в туалете;
- стремиться к испражнению мягкого, легко выделяющегося кала 1 раз в 1–2 дня.

Основным критерием эффективности терапии является достижение нормальной консистенции кала и частоты дефекаций 1 раз в 1–2 дня без затруднений [13]. Если немедикаментозная терапия оказывается неэффективной, прибегают к назначению слабительных средств. Эффективность различных групп слабительных препаратов целесообразно оценивать с учетом данных о степени ее доказательности [3, 14].

Слабительные средства. Назначение слабительных препаратов традиционно рассматривается как вынужденная мера. Однако есть категории больных и при том довольно многочисленные, особенно среди лиц пожилого возраста, которые решительно не могут обходиться без приема послабляющих средств [21, 23].

Слабительные показаны для облегчения болезненной дефекации, когда напряжение при испражнении отягощает состояние пациента (например, при геморрое, трещинах заднего прохода, крупных грыжах, после инсульта, недавно прооперированным больным), при запорах лекарственного происхождения, перед операцией или исследованием кишечника, лицам пожилого и старческого возраста.

По основной направленности действия слабительные средства разделяются на несколько групп.

- Балластные — диетические отруби, метилцеллюлоза, плоды подорожника (псиллиум — мукофальк).

- Осмотические:

- осмотические соли — магнезии сульфат, магнезии гидроокись, магнезии цитрат, натрия фосфат, натрия сульфат (глауберова соль);

- осмотические сахара — сорбитол, маннитол, лактитол;

- макроголи — полиэтиленгликоль;

- плохо абсорбируемые ди- и олигосахариды (пребиотики) — лактулоза.

- Стимулирующие секрецию и действующие непосредственно на эпителий, нервные окончания или мышечный аппарат кишки:

- поверхностно-активные вещества: соли желчных кислот, докүзаты (дикотилсульфосукцинат), пикосульфат натрия (гутталакс);

- производные дифенолэтана — фенолфталеин, бисакодил (дульколакс);

- антраквіноиды — препараты алкалоидов сенны (сенаде, агиолак и др.).

- Смягчающие (любриканы) — минеральные масла (жидкий парафин).

Балластные слабительные. Выполняют функцию пищевых волокон: увеличивают чувство насыщаемости и наполнения *желудочно-кишечного тракта* (ЖКТ) при низкой калорийности, способствуют усилению перистальтики, увеличивают массу стула, размягчают его, нормализуют транзит кала по кишечнику, характеризуются как источник витаминов, минеральных веществ, антиоксидантов, биологически активных компонентов пищи, уменьшают риск сердечно-сосудистых заболеваний, способствуя выведению холестерина, уменьшают риск рака органов пищеварения.

К балластным слабительным относится псиллиум — мукофальк. Мукофальк — препарат гидрофильных пищевых волокон из наружной оболочки семян подорожника овального, содержащий стандартизированную дозу высококачественных пищевых волокон сбалансированного состава. Кроме того, псиллиум на 80% состоит из гелеобразующей и быстро-ферментируемой фракции, которая в ЖКТ образует защитную слизь и обладает пребиотическим действием [4, 13, 16].

Осмотические слабительные. Способствуют замедлению всасывания воды и увеличению объема кишечного содержимого, не всасываются, не метаболизируются, не вызывают привыкания, помогают восстановлению естественных позывов на дефекацию. К группе осмотических слабительных относятся лактулоза (дюфалак) и макрогол (полиэтиленгликоль — форлак).

Лактулоза — синтетический дисахарид (производное галактозы и фруктозы), не существующий в природе, поэтому к нему нет специфических ферментов у человека. В толстой кишке под воздействием микрофлоры превращается в моносахариды, затем в молочную и уксусную кислоты, понижая pH внутри кишки. Стимулирует рост лакто- и бифидобактерий, т. е. является пребиотиком. Подавление абсорбции жидкости ведет к увеличению объема стула и ускорению транзита. Доза индивидуальна — 35–40 мл в день. Не требует приема дополнительного объема жидкости. Препарат не противопоказан при сахарном диабете [1, 4, 13].

Макрогол (полиэтиленгликоль — форлак) — инертный, водорастворимый гидрофильный, линейный полимер оксида этилена. Макроголи с молекулярной массой 3000 и 4000 с 1989 г. используются как слабительные. Высокая гидрофильность диктует необходимость приема с водой и вместе с пищей. Способствует увеличению объема стула. Обеспечивает физиологический акт дефекации. Может применяться беременными, больными ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом.

Слабительные, стимулирующие секрецию и действующие непосредственно на эпителий, нервные окончания или мышечный аппарат кишки. Первое место среди них занимает бисакодил (дульколакс). Дульколакс — пролекарство: взаимодействие ацетилаз микрофлоры кишечника со специальной pH-чувствительной оболочкой препарата обеспечивает высвобождение действующего вещества — бифенола в толстой кишке. Это единственное стимулирующее слабительное из группы бифенолов, обладающее местным действием, что обеспечивает минимальные потери жидкости, электролитов и способствует нормализации стула. Препарат раздражает рецепторы слизистой оболочки толстой кишки и усиливает перистальтику. Стимулирует выделение воды и электролитов в просвет кишечника и блокирует их реабсорбцию. Практически не всасывается в ЖКТ.

Преимущество дульколакса в предсказуемости эффекта, в точном и быстром действии, удобстве употребления. Эффективность и безопасность доказана многочисленными клиническими исследованиями и длительным опытом применения [3, 9, 10].

Бисакодил (дульколакс) выпускается в драже и свечах. Начало действия определяется высвобождением активной субстанции в толстой кишке. При приеме внутрь действие начинается через 6–12 мин, при ректальной форме введения — примерно через 30 мин.

Антраквіноиды — препараты алкалоидов сенны (сенаде, агиолак и др.). Антрахиноны действуют преимущественно в толстой кишке, они усиливают перистальтику за счет химического раздражения рецепторов интрамуральных ганглиев стенки толстой кишки, а также способствуют умеренной секреции солей в просвет кишки и ингибируют всасывание воды. Препараты этой группы являются контактными слабительными,

их активные субстанции высвобождаются преимущественно в толстой кишке под влиянием бактериальных ферментов. Длительный прием больными пожилого возраста препаратов этой группы может привести к нежелательным эффектам — дистрофическим и некробиотическим изменениям слизистой оболочки, скоплению макрофагов, нагруженных пигментом (включающим метаболиты слабительного), и развитию меланоза толстой кишки. Клиника диареи, гипогликемии и других электролитных нарушений. При заполнении барием кишка расширена, расплывчата, без характерной гаустрации, с псевдостриктурами (катартическая кишка). В ряде стран, в частности в США, такие слабительные полностью изъяты из аптечной сети [7–9, 27].

Лечение временных, эпизодических запоров. У лиц пожилого возраста при наличии сопутствующих заболеваний, требующих постельного режима и приема лекарственных препаратов, снижающих моторику кишки, закономерно развивается запор.

Больные с тяжелыми заболеваниями центральной и периферической нервной системы нуждаются в особом подходе, наблюдении и уходе с постоянным контролем за деятельностью кишечника. В качестве иллюстрации приводим наше наблюдение.

Больная Ф., 62 лет, поступила в районную больницу по поводу геморрагического инсульта. Не контактна, речь отсутствует. На 19-й день пребывания в стационаре возникло кишечное кровотечение. При ректороманоскопии обнаружен язвенный дефект прямой кишки диаметром до 4 см. Хотя биопсия не проводилась, диагностирован рак прямой кишки. Больная переведена в Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко. При подготовке к эндоскопическому исследованию из прямой кишки удален крупный, размером 4×5 см, каловый камень. При осмотре наличие язвенного дефекта подтверждено (пролежень вследствие давления каловым камнем), по данным биопсии опухоль не выявлена. Через 2 нед проведено контрольное ректороманоскопическое исследование, обнаружены только рубцовые изменения на месте бывшей язвы. В данном случае отсутствие контроля за деятельностью кишечника у неконтактной больной привело к серьезному осложнению — образованию трофической язвы прямой кишки с кровотечением.

Одним из лучших препаратов для быстрого опорожнения кишечника является дульколак (бисакодил) в форме свечей. Наш опыт применения свечей дульколак (10 мг) при запорах у пациентов с заболеваниями центральной и периферической нервной системы включал 101 наблюдение. В исследовании участвовали две группы больных: 1-я группа — 55 пациентов с заболевани-

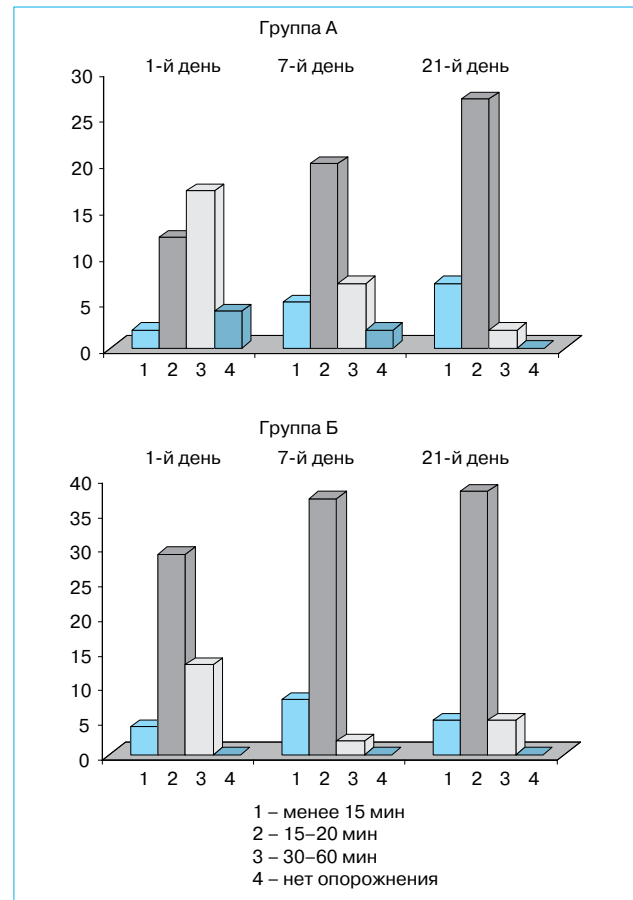


Рис. 1. Опорожнение кишечника после введения суппозитория (дульколак 10 мг)

ями центральной нервной системы (ишемический инсульт — 15, геморрагический инсульт — 15, болезнь Паркинсона — 10, опухоль головного мозга — 5, травма — 10), средний возраст 67 лет; 2-я группа — 46 пациентов с заболеваниями спинного мозга (ущемленная грыжа диска — 33, травма позвоночника — 8, сдавление спинного мозга экстрамедуллярными опухолями — 5), средний возраст 61 год. В исследование не включались: пациенты с органическими заболеваниями толстой и прямой кишки в анамнезе (колоректальный рак, дивертикулит с кровотечением, язвенный колит и болезнь Крона, ишемический колит).

По характеру нарушений опорожнения кишечника выделены две группы больных: группа А — отсутствие позывов на дефекацию — 43 человека и группа Б — сохранение позывов на дефекацию с затрудненным опорожнением кишечника — 58 человек.

Время опорожнения кишечника после введения суппозитория (дульколак 10 мг) на 1–7–21-й день от начала лечения представлено на рис. 1.

Полученные данные позволяют сделать вывод, что введение ректальных свечей дульколак обеспечивает акт дефекации при гипокинетическом типе запора в течение первых 30 мин у 82,2%

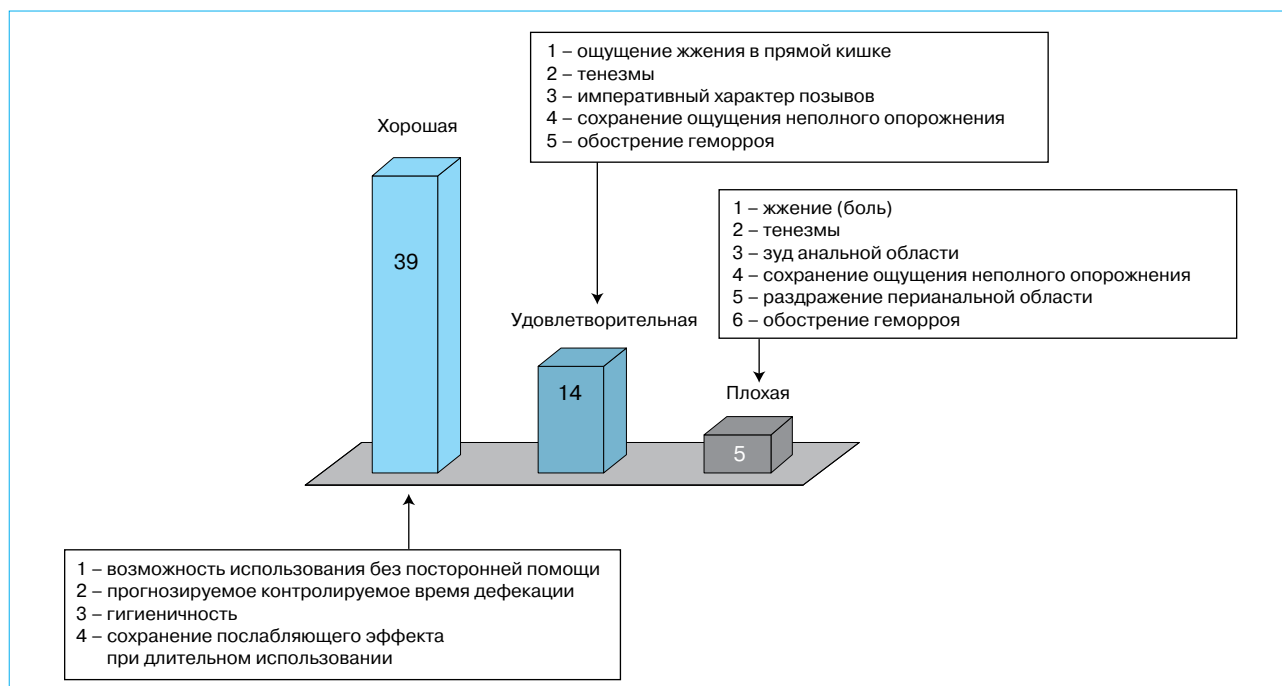


Рис. 2. Оценка переносимости использования суппозитория дульколакс

пациентов в период всего времени наблюдения (ежедневное применение в течение 21 дня). Эффективность слабительного действия суппозитория существенно не изменяется при длительном применении.

У 58 больных с сохраненным позывом на дефекацию, но затрудненным опорожнением кишечника (группа Б) оценивалась переносимость использования суппозитория дульколакс на протяжении трехнедельного курса лечения (рис. 2).

Средний и младший медицинский персонал неврологических отделений сталкивается с большими трудностями ухода за постельными больными и, в частности, контроля за регулярностью стула, особенно при отсутствии контакта с больным.

Мы провели анкетирование сотрудников неврологического отделения с вопросом: «Насколько эффективны свечи дульколакс и как они облегчают труд медперсонала?». В анкету входили следующие пункты:

- эффективность предотвращения «калового завала»;
- сокращение времени гигиенического ухода;
- облегчение медицинского ухода;
- экономия белья (памперсов, прокладок);
- сохранение доверительных отношений с родственниками пациентов и с больными.

Результаты анкетирования показали, что 72% участников опроса дали хорошую и 28% – удовлетворительную оценку использования суппозитория дульколакс при медицинском уходе за больными; отрицательных отзывов не было.

Выбор слабительного средства. Выбор слабительного средства должен определяться инди-

видуально в зависимости от типа запора, причин, его вызвавших, и поставленной цели. Проводя симптоматическую терапию запоров, следует всегда исходить из того, что лечение должно быть направлено прежде всего на коррекцию основного заболевания и устранение причины обстипации. Российская гастроэнтерологическая ассоциация предложила следующий алгоритм выбора слабительных средств (рис. 3).

Если требуется срочно очистить кишечник для подготовки к рентгенологическому исследованию толстой кишки либо колоноскопии, лучшим средством являются свечи дульколакс или очистительная клизма [5, 18].

При временной задержке стула или усилении хронического запора, когда немедикаментозная терапия оказывается неэффективной, назначается дульколакс в виде таблеток по 5 мг курсовым лечением на 1–2 нед. В дальнейшем, если для нормализации стула необходим длительный прием слабительных средств, лучше всего использовать балластные и осмотические слабительные.

При назначении слабительных средств необходимо придерживаться следующих положений.

- Если слабительные используются эпизодически, то при отсутствии противопоказаний применение их безопасно.
- Общими противопоказаниями для применения слабительных служат воспалительные процессы в брюшной полости, кишечная непроходимость и острые лихорадочные заболевания.
- Хроническое употребление стимулирующих слабительных вызывает раздражение кишки. Длительный прием сенны может привести к неже-

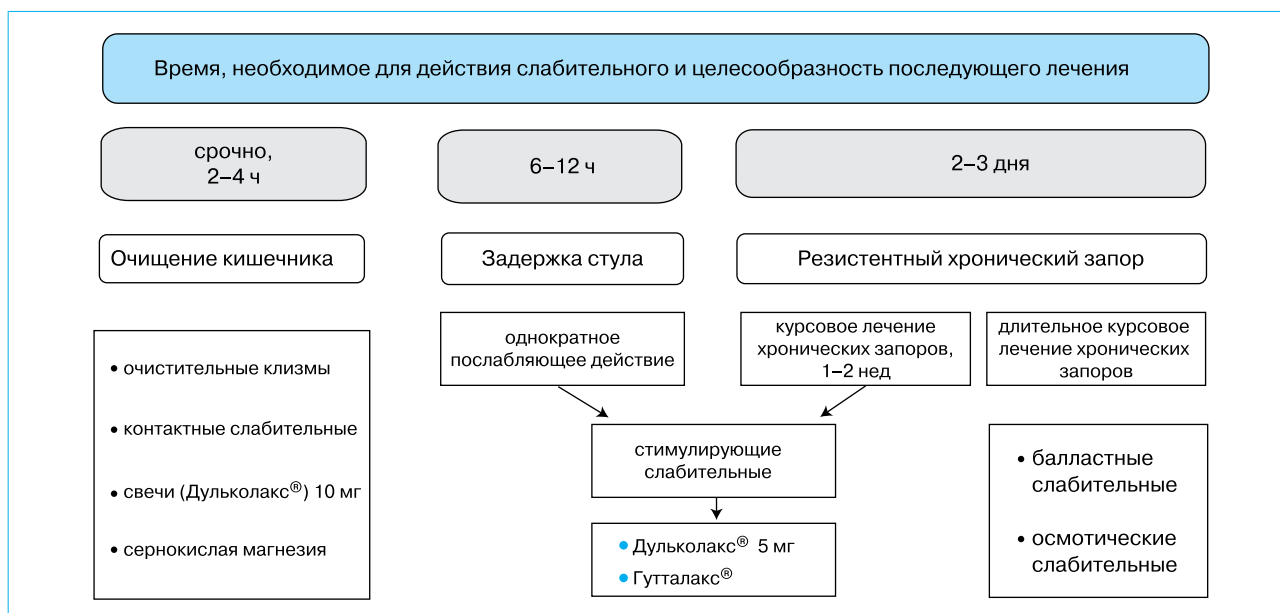


Рис. 3. Алгоритм выбора слабительного средства

лательным эффектам — развитию меланоза толстой кишки и лаксативной болезни.

- Кроме того, длительный бесконтрольный прием слабительных средств приводит к довольно быстрому привыканию. В связи с этим больные вынуждены постепенно увеличивать дозу, доводя ее нередко до сверхвысокой. В результате моторика кишки еще более нарушается, развивается инертная толстая кишка.

- Систематическое длительное применение слабительных средств недопустимо. Поэтому для успешного лечения запоров необходимо сначала определить причину их возникновения, т. е. установить точный диагноз, и только после этого выработать методику терапии.

Соблюдение этих правил особенно важно при лечении запоров у больных пожилого возраста, у которых они развиваются на фоне изменения характера питания, а также малоподвижного образа жизни, сопутствующих заболеваний, воз-

растных изменений толстой кишки и, наконец, приема лекарственных препаратов, которые могут способствовать развитию патологии.

Заключение

При лечении запоров у пожилых следует прежде всего попытаться наладить опорожнение кишечника, используя «традиционные, физиологические» способы стимуляции дефекации: обогащение рациона пищевыми волокнами, увеличение количества принимаемой жидкости до 1,5–2 л в день, расширение двигательной активности. Следует по возможности отменить (или заменить другими) препараты, способные вызывать или усиливать запоры. Комплексное лечение в большинстве случаев позволяет нормализовать стул, что существенно улучшает качество жизни пациентов.

Список литературы

1. Буторова Л.И., Калинин А.В. Значение лактулозы в регуляции кишечной микрофлоры // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2002. — № 6. — С. 21–28.
2. Дюкро Ф. Запор: диагностика и тактика ведения больных // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2002. — № 1. — С. 35–37.
3. Ливзан М.А. Современные принципы лечения запоров // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. — 2009. — Т. 19, № 7. — С. 70–74.
4. Маев И.В. Хронический запор // Лечащий врач. — 2001. — № 7. — С. 53–59.
5. Никифоров П.А., Ляпунова В.Н., Мореев И.И., Тарасова А.Ю. Применение дульколакса в подготовке к колоноскопии // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2008. — № 6. — С. 31–34.
6. Парфенов А.И. Энтерология: Руководство для врачей. — 2-е изд. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. — 880 с.
7. Полуэктова Е.А., Курбатова А.А. Синдром раздраженного кишечника с запорами: клиника, диагностика, подходы к лечению // Клини. перспективы гастроэнтерол. гепатол. — 2008. — № 3. — С. 34–38.
8. Badiali D., Marcheggiano A., Pallone F. et al. Melanosis of the rectum in patients with chronic constipation // Dis. Colon Rectum. — 1985. — Vol. 28, N 4. — P. 241–245.
9. Cash B.D., Lacy B.E. Systematic review: FDA-approved prescription medications for adults with constipation // Gastroenterol. Hepatol. — 2006. — N 2. — P. 736–749.
10. Dennison C., Prasad M., Lloyd A. et al. The health-related quality of life and economic burden of constipation // Pharmacoeconomics. — 2005. — Vol. 23. — P. 461–476.
11. Drossman D.A., Dumitrascu D.L. Rome III: New

- standard for functional gastrointestinal disorders // J. Gastrointest. Liver Dis. — 2006. — Vol. 15, N 3. — P. 237–241.
12. *Ghoshal U.C.* Review of pathogenesis and management of constipation // Trop. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 28, N 3. — P. 91–95.
13. *Graham M.G., Mokrynski G.* Evidence based management of chronic constipation. — Patient Care. — 2007. — Vol. 41, N 7. — P. 22–27.
14. *Green L.* Using evidence-based medicine in clinical practice // Prim. Care. — 1998 — Vol. 25. — P. 391–400.
15. *Heyman S., Jones R., Scarlett Y.* et al. Biofeedback treatment of constipation: a critical review // Dis. Colon Rectum. — 2003. — Vol. 46. — P. 1208–1217.
16. *Hsieh C.* Treatment of constipation in older adults // Am. Fam. Physician. — 2005. — Vol. 72. — P. 2277–2285.
17. *Keinzle-Horn S., Vix J.M., Schuijt C.* et al. Efficacy and safety of bisacodyl in the acute treatment, of constipation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2006. — Vol. 23, N 10. — P. 1479–1488.
18. *Keinzle-Horn S., Vix J.M., Schuijt C.* et al. Comparison of bisacodyl and sodium picosulphate in the treatment of chronic constipation // Curr. Med. Res. Opin. — 2007. — Vol. 23, N 4. — P. 691–699.
19. *Lennard-Jones J.E.* Clinical classification of constipation // Constipation / Eds. *M.A. Camm, J.E. Lennard-Jones.* — Wrightson Biomedical Publishing, 1994. — P. 3–10.
20. *Longstreth G., Thompson W., Chey W.* et al. Functional bowel disorders // Gastro- entcrology. — 2006. — Vol. 130. — P. 1480–1491.
21. *Mihaylov S., Stark C., McColl E.* et al. Stepped treatment of older adults on laxatives The STOOL trial // Health Technol. Assess. — 2008. — Vol. 12, N 13. — P. 1–160.
22. *Müller-Lissner S.* The difficult patient with constipation // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 21, N 3. — P. 473–484.
23. *Müller-Lissner S., Kamm M., Scarpignato C., Wald A.* Myths and misconceptions about chronic constipation // Am. J. Gastroenterol. — 2005. — Vol. 100. — P. 232–242.
24. *Pare P., Bridges R., Champion M.* et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment // Can. J. Gastroenterol. — 2007. — Vol. 21 (suppl. B). — P. 3–22.
25. *Rao S.S.* Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders // Gastroenterol. Clin. North Am. — 2007. — Vol. 36, N 3. — P. 687–711.
26. *Tonia M., Young-Fadok M.D., Pemberton J.H.* Severe Persistent Constipation // Am. J. Gastroenterol. — 1999. — Vol. 94, N 3. — P. 562–563.
27. *Xing J.H., Suffer E.* Adverse effects of laxatives // Dis. Colon Rectum. — 2001. — Vol. 44. — P. 1201–1209.