

Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ/OMGE)

Запор

Содержание

1. Определение
2. Патогенез
3. Факторы риска
4. Диагноз, дифференциальный диагноз
5. Лечебные подходы
6. Указатель литературы
7. Информационные Web-сайты
8. Приглашение читателей к сотрудничеству

1.Определение

Запор является симптомом, а не болезнью.

Точка зрения больных:

Различные больные имеют различные представления о запоре. Некоторые из них (52%) рассматривают запор как необходимость напряжения при дефекации, другие (44%) основным признаком запора считают образование “овечьего” кала, третьи - невозможность дефекации, когда в этом возникает потребность (34%), редкую дефекацию (33%)

Точка зрения клинициста:

О запоре можно говорить в том случае, когда больной, который не принимает слабительных средств, предъявляет по крайней мере две жалобы из нижеперечисленных, которые беспокоили его в течение 12-недельного периода за последние 12 месяцев (Римские Критерии II):

- менее, чем 3-разовое опорожнение кишечника (ОК) в течение недели.
- твердый кал более, чем в 25% ОК.
- чувство неполной эвакуации кала более чем в 25% ОК.
- значительное напряжение более, чем в 25% ОК.
- необходимость применять манипуляции пальцем для облегчения дефекации.

2.Патогенез

Причины запора многочисленны и большинство из них до сих пор плохо понятны. В литературе имеется много частично совпадающих, а иногда и противоречащих друг другу мнений.

Обзор возможных причин появления запора представлен ниже. Важно отличать нарушения моторики кишечника и патология тазового дна. Известно, что наиболее общей причиной запора является уменьшенное содержание пищевых волокон.

Расстройства моторики:

Расстройства моторики могут быть связаны с:

- Психическими факторами
 - о депрессией
 - о сексуальным насилием
 - о неадекватным отношением к еде и дефекации
- Неадекватным питанием
 - о неадекватным потреблением пищевых волокон
 - о дегидратацией, обусловленной потреблением недостаточного количества воды
- Приемом лекарственных препаратов
- Инертностью стенки кишки или медленным продвижением каловых масс
- Синдромом раздраженной кишки (СРК)
- Интестинальной миопатией
- Синдромом Ogilvi
- Неврологическими причинами (редко)
 - о Повреждением спинного мозга
 - о Болезнью Паркинсона
 - о Распространенным склерозом

Патология тазового дна:

- Нарушения функции тазового дна и/или наружного сфинктера (синдром спастического тазового дна, анизм, диссинергия)
- Затруднение прохождения кала в органах тазового дна:
 - о пролапс прямой кишки
 - о энтероцеле.
 - о ректоцеле.
 - о инвагинация прямой кишки

Необходимо отметить, что указанные выше причины сами могут возникнуть вследствие запора или повторных интенсивных напряжений при дефекации.

Наиболее общие причины запора:

- функциональный запор или медленное продвижение каловых масс
- синдром раздраженного кишечника (СРК)
- затруднение в области выходного отверстия/ануса

При возможности дифференцировать их лечение становится индивидуализированным.

Исследования показывают, что колоректальные функции не в очень значительной степени нарушаются в процессе старения. Запор у старых людей обычно не является следствием старения, в большей степени его возникновение обусловлено такими способствующими возникновению факторами, как: хронические заболевания, неподвижность, неврологические и психические нарушения, лекарственные препараты, неадекватное питание и т.д.

В младенческом и детском возрасте большинство случаев запора имеет функциональные, а не органические причины. Однако, в тех случаях, когда лечение оказывается неэффективным, если выделение мекония значительно задерживается или имеются другие тревожные симптомы, необходимо исключить болезнь Гиршспрунга.

Запор у детей также может быть связан с такими специфическими причинами, как принудительное пользование унитазом, сексуальное насилие, чрезмерные парентеральные вмешательства и боязнь туалета.

Таблица 1: Причины запора

• Внешние ◦ Недостаточное потребление пищевых волокон, жидкости ◦ Игнорирование позывов к дефекации • Структурные ◦ Колоректальные: неоплазма, стриктура, ишемия, заворот кишок, дивертикулы ◦ Аноректальные: воспаление пролапс, ректоцеле, трещина стриктура • Системные ◦ Гипокалиемия	• Неврологические ◦ ЦНС: Болезнь Паркинсона, множественный склероз, травмы, ишемия, опухоль ◦ Крестцовые нервы: травма, опухоль ◦ Автономная нейропатия ◦ Аганглиоз (болезнь Гиршспрунга) • Лекарственные препараты ◦ Аналгетики ▪ опиаты, - нестероидные - противовоспалительные препараты
--	--

- o Гиперкальциемия - o Гиперпаратиреозидизм - o Гипотиреозидизм - o Гипертиреозидизм - o Сахарный диабет - o Болезнь Аддисона - o Феохромоцитомы - o Амилоидоз - o Склеродермия, полимиозит - o Беременность	- o Антихолинергические средства ▪ атропиноподобные вещества, антидепрессанты, нейролептики, антипсихотические средства - o Ионы металлов ▪ Алюминий (антациды, сульфат), сульфат бария, висмут, кальций, железо, тяжелые металлы (мышьяк, ртуть, свинец) - o Смолы ▪ Холестирамин, полистирен • Неопределенные патофизиологические причины - o Синдром раздраженной кишки - o Запор медленного продвижения каловых масс - o Дисфункция тазового дна
--	---

3.Факторы риска

Ситуации, группы и факторы риска:

- Младенческий и детский возраст
- Люди старше 55 лет
- Недавно перенесенные операции на органах брюшной полости или малого таза
- Поздние сроки беременности
- Ограничение подвижности
- Неадекватная диета (неадекватное потребление жидкостей и пищевых волокон)
- Прием множественных лекарственных препаратов (полифармация), особенно в пожилом возрасте.
- Неправильное применение слабительных средств
- Определенные заболевания (см. таб. 1)
- Терминальная стадия перитонита
- Путешествия
- Хронический запор в анамнезе

Запор возникает примерно в 5 раз чаще у пожилых людей, чем у лиц молодого возраста.

Чаще всего это обстоятельство связано с факторами питания, отсутствием физической нагрузки, применением большого количества лекарственных препаратов и плохим состоянием кишечника.

Запор у младенцев и детей имеет свои специфические проблемы. Чаще всего в его основе лежат функциональные, а не органические причины и в большинстве случаев вялость кишечника является причиной запора.

Идиопатический запор или вялость кишечника развивается почти исключительно у молодых женщин. Запор также может возникнуть у женщин на поздних сроках беременности.

4.Диагноз. Дифференциальный диагноз

В основе возникновения запора лежит ряд причин. У некоторых больных не удается четко идентифицировать причины его возникновения; чаще всего они проходят под диагнозом “ Синдром раздраженного кишечника” или “ Идиопатический хронический запор” (включая в себя запор вялого кишечника и расстройства функции органов таза).

Поскольку не существует золотого стандарта диагностике запора, то жалобы больных хотя и являются существенными, но не всегда надежными и заслуживающими полного доверия факторами.

До сих пор отсутствует определенное мнение о том, какое опорожнение кишечника можно считать нормальным. В настоящее время продолжаются исследования, направленные на определение времени формирования каловых масс, которое можно было бы использовать для оценки времени кишечного транзита.

Для диагностики запора необходимо придерживаться следующей схемы :

- **Сбор анамнеза**
- **Общий осмотр**
- **Диагностические процедуры**

Сбор анамнеза

- Соберите сведения согласно критериям ROME-II.
- Проверьте возможное наличие неврологических расстройств:
 - о Повреждений спинного мозга
 - о Болезни Паркинсона
 - о Множественного склероза
- Исследуйте психический статус:

- o Наличие сексуальных насилий, травмы
 - o Необычной поза/ манеры дефекации
 - o Состояние депрессии/ соматизации
 - o Нарушения процесса принятия пищи
- Определите время появления симптомов (быстрое или постепенное):
 - o Внезапное появление симптомов может указывать на возникновение препятствия для каловых масс
 - o Проверьте наличие или отсутствие позывов (позывы есть- непроходимость?; позывов нет- вялый кишечник?)
- Выясните возможность семейной предрасположенности к запорам

Общий осмотр

- Перкуссия (исследование на наличие вздутия кишечника).
- Пальпация каловых масс в кишечнике (каловый завал)
- Пальпация прямой кишки:
 - o Определение консистенции кишки/подвижности
 - o Выявление не фекальных масс или патологических образований (опухоль, геморрой, трещина, пролапс)
 - o Наличие крови
 - o Определение тонуса сфинктера

Диагностические процедуры

- Анализ стула
 - o взвешивание ежедневно в течение 3 дней; средний ежедневный вес кала < 100 гр. означает наличие запора
 - o рентгеновское обследование органов брюшной полости
 - o радиологическое или эндоскопическое исследование (для выявления /исключения препятствия прохождению кала):
 - а) мегаколон
 - б) длинная сигмовидная кишка
 - в) характеристика гаустральных складок:
 - больные с синдромом раздраженного кишечника → нормальная длина гаустраций
 - вялый кишечник → меньшее количество удлинённых складок
 - o аноректальные функциональные тесты (показаны в отдельных случаях)
 - манометрия (при болезни Гиршпрунга отсутствует угнетение ректоанального рефлекса)
 - электромиография, расстройство функций органов таза по спастическому типу
 - o биопсия слизистой оболочки прямой кишки

- окраска на ацетилхолинэстеразу для исключения болезни Гиршспрунга (пигментация коричнево-черного цвета слизистой оболочки кишки)
- о исследование времени прохождения каловых масс (рентгеноконтрастные маркеры)

Органические метаболические и эндокринные заболевания могут быть выявлены на основании проведения общего анализа крови, анализа кала на скрытую кровь, исследования функционального состояния щитовидной железы и уровня кальция. Клизма с применением бария помогает исключить мегаколон, мегаректум и другие колоректальные препятствия. Сигмоидоскопия и колоноскопия полезны для исключения структурных заболеваний: трещины, стриктуры и опухоли.

До настоящего времени отсутствует общепринятое мнение о том какие тесты предпочтительны для применения и в каком порядке необходимо проводить исследование пациента с запором. Синдром раздраженного кишечника, например, остается одним из наиболее трудных для диагностики из-за его неясной патофизиологии и невыразительности диагностических тестов. Аноректальная манометрия, дефекография и электромиография, подобно исследованию времени прохождения каловых масс с помощью рентгеноконтрастного вещества занимают значительное время, требуют затраты значительных ресурсов и не всегда имеются в распоряжении даже научно-исследовательских центров.

Симптомы, заслуживающие особого внимания особенно у пациентов старше 50 лет

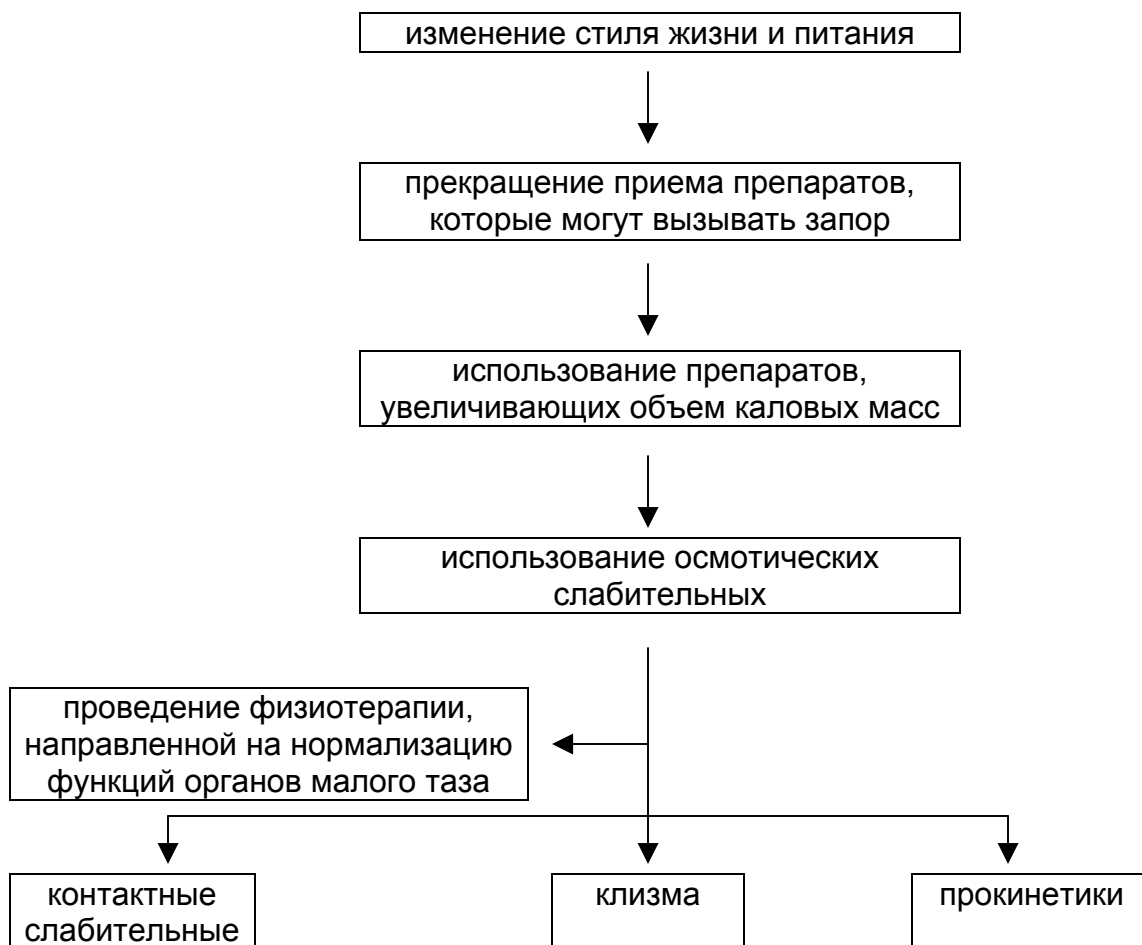
- Недавно появившийся запор
- Анемия
- Потеря веса
- Анальное кровотечение
- Положительный анализ кала на скрытую кровь
- Внезапное изменение характера дефекации и выхода кала

5.Лечебные подходы

Лечение запора симптоматическое. В настоящее время рекомендуется наибольшее внимание уделять терапии с применением диеты с высоким содержанием пищевых волокон и различных слабительных средств. Этот подход обладает рядом преимуществ, в том числе улучшение качества дефекации и увеличении количества кала, при этом до настоящего времени неясно, какие из слабительных средств следует отдавать предпочтение.

Лечение должно быть этапным и начинаться с советов по нормализации стиля жизни и питания. Если это возможно, необходимо прекратить прием лекарственных препаратов, которые могут вызывать запор. Следующий шаг включает использование препаратов, увеличивающих объем каловых масс, осмотических слабительных и проведение физиотерапии, направленной на нормализацию функций органов малого таза. Если указанные методы терапии не приносят положительного эффекта, то следующим шагом должно стать использование контактных слабительных средств, прокинетики и клизм. Хирургическое лечение показано только в исключительных случаях (синдром Ogilvy), когда все консервативные методы лечения не эффективны, или когда возникает риск перфорации толстой кишки.

Табл. 2: Этапы лечения запора



Слабительные препараты

Табл.3 Слабительные препараты

- Препараты, увеличивающие объем каловых масс:
 - о Псиллиум
 - о Поликарбофил
 - о Метилцеллюлоза
- Размягчающие /смазывающие препараты:
 - о Минеральное масло
- Стимулирующие слабительные препараты
 - о Поверхностно активные вещества
 - Дукузат
 - Желчные кислоты
 - о Производные дифенилметана
 - Фенолфталейн
 - Бисакодил
 - Пикосульфат натрия
 - о Рициноловая кислота
 - Касторовое масло
 - о Антрахиноны:
 - Сенна
 - Каскара саграда
 - Алоэ
 - Рубарб
- Препараты осмотического действия
 - Магnezия и фосфатные соли
 - Лактулоза
 - Сорбитол
 - Полиэтилен гликоль
- Глицериновые суппозитории

Слабительные, способствующие увеличению объема кала

Эти препараты рекомендуются для использования только в тех случаях, когда увеличение потребления пищевых волокон не приводит к желаемому эффекту. Лечебный эффект заключается в задержке воды в кишечнике и увеличению таким образом объема фекальных масс. При использовании таких препаратов может возникать метеоризм и вздутие живота, длительное применение таких препаратов безопасно. Особенностью их употребления является необходимость употребления адекватного количества жидкости.

Стимулирующие слабительные

Лечебный эффект этих препаратов обусловлен прямой стимуляцией кишечных нервов. Действие пероральных препаратов начинается в течение 8-12 часов; при применении суппозиториях гораздо быстрее - через 20-60 минут. Рутинное употребление дантрона не рекомендуется в связи с его потенциальной канцерогенностью.

Осмотические слабительные.

Действие этих препаратов основывается на задержке жидкости в кишечнике за счет сил осмоса, что приводит к увеличению содержания воды в каловых массах.

Особые ситуации

1. Пожилой возраст
2. Беременность
3. Детский возраст
4. Сахарный диабет
5. Терминальное состояние
6. Путешествие
7. Запор после оперативного удаления матки

1. Пожилой возраст

Главными проблемами в пожилом возрасте являются снижение физической активности и прием большого количества лекарственных препаратов. Принципы лечения запора в пожилом возрасте являются такими же, как и у молодых больных с особым упором на необходимость изменения стиля жизни и характера питания. В случаях вынужденного ограничения подвижности лучше использовать осмотические или стимулирующие слабительные средства вместо препаратов, увеличивающих объем фекальных масс. Комбинация сенна-пищевые волокна является более эффективной, чем одна лактулоза. Очень важно, если возможно, прекратить прием препаратов, которые способствуют появлению запора.

2. Беременность

При беременности лечение запора следует начинать с употребления пищевых волокон, адекватного количества жидкости и специальных физических упражнений. Слабительные средства могут быть использованы,

если указанные выше средства оказались неэффективными. Лекарственные препараты следует применять только в течение короткого периода. Лекарственная безопасность во время беременности выходит на первое место. Слабительные препараты, увеличивающие объем каловых масс предпочтительнее слабительных стимулирующего действия. Сенна считается безопасным слабительным в нормальных дозах, но следует с осторожностью принимать дозы, приближающиеся к максимально рекомендуемым. Осторожность необходимо проявлять и в случаях нестабильного течения беременности. Слабительные препараты, увеличивающие объем каловых масс и лактулоза не попадают в молоко. При приеме больших доз сенны она может попасть в грудное молоко и вызвать диарею и колики у младенца.

3. Детский возраст

У детей терапию следует начинать с употребления достаточного количества пищевых волокон и обязательно большое количество жидкости, но избегать большого количества молока. Если изменение диеты не приносит желаемого эффекта, можно употреблять слабительные препараты, лучше их пероральные формы. До настоящего времени нет единого мнения о том, какой класс слабительных препаратов является предпочтительным. Важно как можно раньше начать лечение, поскольку переход запора в хроническую форму может привести к формированию мегаректум, переполнению кишечника и непроизвольной дефекации. Длительное употребление препаратов, размягчающих каловые массы, часто необходимо для предотвращения затвердения фекалиев. Регулярное проведение лечения крайне важно, поскольку эпизодический прием слабительных средств приводит к рецидиву.

4. Сахарный диабет

Использование препаратов, увеличивающих объем каловых масс безопасно и полезно для тех больных, которые не могут или не хотят увеличивать прием пищевых волокон. Больные сахарным диабетом должны избегать прием таких слабительных средств, как лактулоза и сорбитол, поскольку их метаболиты могут привести к увеличению содержания в крови глюкозы - особенно у больных с неустойчивым течением сахарного диабета 1 типа.

5. Больные с терминальной стадией болезни

Предупреждение запора является очень важным лечебным мероприятием у больных, находящихся в терминальной стадии заболевания. У них очень

важно не допустить состояния дегидратации и профилактически назначать слабительные средства. В случае затвердения каловых масс и переполнения прямой кишки рекомендуется применять жидкость с дантроном, глицериновые суппозитории или докузат. Если каловые массы достаточно мягкие, то можно рекомендовать прием сенны или бисакодила. В случае переполнения каловыми массами толстого кишечника и возникновения колик рекомендуется применение размягчителей каловых масс - докузат. При отсутствии колик лучше использовать дантрон, можно также использовать полиэтилен гликоль. Альтернативой докузату является лактулоза, хотя ее применение может привести к очень сильному вздутию живота и развитию постуральной гипотензии (перемещение жидкости в кишечник).

6. Путешествие

Часто, особенно у женщин, запор развивается во время путешествия/туристической поездки, в течение которой может произойти резкое изменение характера питания и привычных условий дефекации. Регулярное питание и повышенное потребление фруктов и овощей могут предотвратить развитие запора, в случае необходимости можно прибегнуть к приему осмотических слабительных средств (лактолеза, полиэтилен гликоль и др.)

7. Запор после оперативного удаления матки

Запор может появиться в результате хирургических операций проведенных на органах таза. Образование спаек между тазовыми органами и повреждение тазовых нервов при выполнении гистерэктомии могут стать причиной "постгистерэктомического" запора. Необходимо проведение проспективных исследований для оценки эффективности использования техники "бережного отношения к нервам" для уменьшения развития указанной формы запора.

Заключение

Эффективность доступных на сегодняшний день методов лечения запора остается противоречивой. Препараты, увеличивающие объем каловых масс не всегда эффективны и даже могут вызвать затвердение каловых масс. Раствор полиэтиленгликоля используется все чаще и чаще. Часто эффективными оказываются препараты, размягчающие кал. Данные о безопасности стимулирующих слабительных- таких, как антраноиды-сенна, алоэ, дантрон остаются противоречивыми. Новые подходы к фармакотерапии запора делают акцент на использование таких стимуляторов мигрирующих моторных комплексов, как селективные

агонисты 5-HT₄ рецепторов. Главным подходом к лечению запора всегда остается коррекция стиля жизни и оптимизация питания и только потом можно начать использование слабительных средств.

Профилактика запора

- Необходимо придерживаться правил питания и не возлагать чрезмерные надежды на прием слабительных средств
- Употреблять хорошо сбалансированную пищу, которая должна включать отруби, цельные зерна пшеницы, свежие фрукты и овощи
- Употреблять достаточное количество жидкости
- Регулярно выполнять физические упражнения
- Уделять достаточное время для спокойного посещения туалета
- Не игнорировать позывы к дефекации

6.Указатель литературы

Руководство NASPGN для младенцев и детей.

7.Информационные Web-сайты

1. Медицинский сайт PUBMED Медлайн Национальной библиотеки США является лучшей отправной точкой для получения информации по проблеме запора.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

2. UK NHS является современным, очень информативным Руководством по проблеме запора, в нем содержится детальная информация по слабительным препаратам и их дозировке в различных сложных ситуациях.

<http://www.prodigy/nhs/uk/GUIDANCE/CRS/CONSTIPATION.HTM>

3. US National Guidelines Clearing House публикует краткие рефераты по лечению запора.

http://www.guideline.gov/body_home_nf.asp?view=home

4. Сайт Американской Гастроэнтерологической Ассоциации „Руководство по запору“, который является очень хорошей отправной точкой получения информации для больных.

<http://www.gastro.org/constipation/html>

8.Приглашение читателей к сотрудничеству с авторами руководства

Комитет по составлению данного практического руководства с признательностью встретит все ваши замечания, комментарии и вопросы.

Не стесняйтесь нажать на кнопку “FEEDBACK” и высказать свое мнение и представить свой опыт по данной проблеме.

Вместе мы сможем сделать еще лучше!

