



Синдром запора у взрослых



СТРУКТУРА УЧЕБНОГО СОДЕРЖАНИЯ

- Определение
- Код по МКБ-10
- Римские критерии IV
- Причины запоров
- Распространенность запоров
- Факторы риска развития запора
- Патогенез
 - запоры, связанные с колоректальной патологией
 - Запоры, вследствие "замедленного транзита"
 - Запор с нормальным транзитом
- Классификация запоров
- Клиника запора



СТРУКТУРА УЧЕБНОГО СОДЕРЖАНИЯ

- Диагностика
 - Лабораторные методы исследования
 - Инструментальные методы исследования
- Функциональный запор
- Диагностический поиск
- Принципы лечения запоров
 - Немедикаментозные методы лечения
 - Медикаментозная терапия
 - Хирургическое лечение
 - Альтернативные методы лечения
 - Показания к консультации хирурга
- Профилактика
- Прогноз



ОПРЕДЕЛЕНИЕ



Определение

Запор – хроническая задержка опорожнения кишечника более чем на 48 часов, сопровождающаяся затруднением акта дефекации, чувством неполного опорожнения с отхождением малого количества (менее 100г) и повышенной твердости кала.*

*Лоранская И.Д. Запор – новые решения старой проблемы Приложение РМЖ: Болезни Органов Пищеварения, том 9, № 1, 2007

Запоры

Симптом

- Органического поражения ЖКТ
- Заболеваний органов пищеварения
- Экстрагастроинтестинального заболевания

Заболевание:

Функциональный запор

Синдром раздраженной кишки с преобладанием запоров

Код по МКБ-10



Классификация по МКБ-10

K59.0 – Запор

K59.0.0 – Запор гипо- и атонический

K59.0.1 – Запор спастический



Римские критерии IV



Римские критерии IV¹

Характеристика акта дефекации	Норма	Запор*
Частота стула	От 3 раз в сутки до 3 раз в неделю	Менее 3 раз в неделю
Продолжительность натуживания	Менее 25% времени акта дефекации	Более 25% времени акта дефекации
Консистенция формы кала	III–V тип по Бристольской шкале	I и II тип по Бристольской шкале
Ощущение неполной эвакуации кишечного содержимого	Нет	Есть
Ощущение препятствия при прохождении каловых масс	Нет	Есть
Использование пальцевой помощи при акте дефекации	Нет	Есть

** 2 положительных ответа подтверждают наличие запора. Критерии должны присутствовать последние 3 месяца, первые симптомы появились по крайней мере 6 месяцев назад*

Причины запоров



Причины запоров

I. Особенности питания (дефицит клетчатки и жидкости)

II. Неврологические заболевания

- болезнь Гиршпрунга
- автономная нейропатия
- болезнь Паркинсона
- повреждения спинного мозга

III. Эндокринные заболевания

- сахарный диабет
- Гипотиреоз

IV. Психические заболевания

- депрессия



Причины запоров (продолжение)

V. Патология со стороны ЖКТ

- спру
- СРК
- дивертикулярная болезнь
- геморрой
- заболевания аноректальной зоны (фиссулы, стриктулы)

VI. Побочные эффекты лекарственных препаратов

- опиоиды
- антихолинергические средства
- нейролептики
- соли алюминия
- препараты железа

Причины запоров (продолжение)

VII. Другие состояния

- беременность
- констипация, вызываемая замедлением транзита
- расстройства дефекации (синдром опущения промежности, пролапс слизистой оболочки кишки)

Распространенность запоров



Распространенность запоров:

Взрослые мужчины и женщины:

- Запоры во взрослой популяции индустриальных стран встречаются в 27% случаев, причем чаще встречаются у женщин.
- Около 70% пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями страдают запорами.¹

Пожилые пациенты:

- Более 60% лиц старше 65 лет жалуется на запоры. Причем 25% из них мужчины и 35 % женщины.
- А 75 % пожилых пациентов занимаются самостоятельным лечением запоров.

У пожилых причинами затруднения продвижения кала по кишечнику являются:

- снижение кровотока в малом тазу из-за гиподинамии и естественных возрастных причин,
- прогрессирующая слабость мышц тазового дна вследствие гипоксии и нарушения репарации тканей
- атрофическая денервация анального сфинктера и пуборектальных мышц
- снижение чувствительности анального сфинктера, приводящие к отсутствию позыва на дефекацию
- нарушение вазоинтестинальный пептидергической и серотонинергической регуляции.

По характеру моторных нарушений запор в пожилом возрасте обусловлен снижением мышечного тонуса и пропульсивной активности толстой кишки, замедлением транзита и нарушением процесса дефекации.

Распространенность запоров:

Беременные женщины:

- более 50 % женщин сталкиваются с запорами в течении беременности.

Дети:

-От 10 до 25 % детской популяции страдает запорами.

-При наличии у родителей хронических запоров частота развития запоров у детей составляет 52 %.³

-40% детей с гастроэнтерологической патологией сталкиваются с запорами.

-У 25% детей запоры проявляются на первом году жизни, но чаще диагностируются начиная с 2-4 летнего возраста.

Факторы риска развития запора



Факторы риска развития запора:

- 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 большого количества лекарственных препаратов (полифармация), особенно в пожилом возрасте.
- Неправильное применение слабительных средств
- Определенные заболевания
- Терминальная стадия перитонита
- Путешествия
- Хронический запор в анамнезе



Лекарственные препараты, вызывающие запор (1)

Антигипертензивные препараты	Бета-блокаторы - ацебутолол, атенолол; антагонисты кальция (нифедипин); препараты центрального действия (клофелин); блокаторы рецепторов ангиотензина (лозартан), ИАПФ (каптоприл)
Антибиотики	Ингибиторы гиразы – грепафлоксацин; цефалоспорины – цефпиром
Антихолинэргические препараты	Бипериден, допаминэргические – бромокриптин
Антациды	Альмагель, альмагель-нео
Антидепрессанты	Амитриптилин, циталопрам, флюоксетин, имипрамин

Лекарственные препараты, вызывающие запор (2)

НПВП	Напроксен, ибупрофен
Анальгетики	Кодеин, морфин, производные морфина - петидин, метадон
Противоязвенные препараты	ИПП (омепразол), соединения висмута (де-нол); H ₂ -блокаторы (фамотидин, ранитидин)
Противоэпилептические препараты	Этосуксимид, топирамат
Противотуберкулёзные препараты	Изониазид
Системные антифунгицидные средства	Кетоконазол
Подавляющие кашель	Кодеин и его производные



Лекарственные препараты, вызывающие запор (3)

Препараты железа	Конферон, тардиферон, гино-тардиферон, сорбифер дурулес
Симпатомиметики	Амезин
Гестагены	Аллилестренол, медрогестон
Миорелаксанты	Баклофен
Урологические препараты для лечения болезней простаты	Празозин
Препараты, применяемые при глаукоме	Клонидин

Патогенез



Запоры, связанные с колоректальной патологией



Запоры, связанные с колоректальной патологией

- Отражают нарушение транспортно-эвакуаторной функции толстой кишки.
- Непосредственными причинами служат изменения со стороны толстой кишки, как структурного (стриктуры, поражение кишечного нервного сплетения (болезнь Гиршпрунга, опухоли, ректоцеле), так и функционального характера (замедленный транзит содержимого).
- Наиболее распространенные типы запора, связанные с колоректальной патологией:

Запор вследствие «обструкции выхода» развивается на почве органических или функциональных нарушений, препятствующих нормальному акту дефекации.

- При этом расстройстве сохраняется ощущение позывов на дефекацию, частота стула нормальная или даже повышена, но сам процесс опорожнения прямой кишки существенно затруднен и требует дополнительного натуживания.

Органические причины обструкции анального канала включают:

- опухолевый или рубцовый стеноз,
- ректоцеле,
- пролапс прямой кишки.

Наиболее распространено ректоцеле, представляющее собой дефект ректальновагинальной перегородки, при котором наблюдается протрузия прямой кишки во влагалище. Ректоцеле нередко выявляется у рожавших женщин, особенно часто в пожилом возрасте. Пролапс прямой кишки развивается при опущении тазового дна; это чаще наблюдается вследствие поражения п. pudendus у рожавших женщин. В данной ситуации обструкция во время дефекации может сочетаться с недержанием кала при беге (вследствие нарушения контроля наружного анального сфинктера).

Болезнь Гиршпрунга, в случае локализации аганглионарного участка в области сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода, также может сопровождаться картиной запора по типу «обструкции выхода», так как при этом внутренний анальный сфинктер не способен к расслаблению.

Функциональная обструкция анального канала наблюдается:

- при синдроме спазма тазового дна (« диссинергии тазового дна »), характеризующемся парадоксальным сокращением наружного анального сфинктера и лобково-прямокишечной мышцы при естественном натуживании пациента во время дефекации. Вследствие перекрытия анального канала дефекация становится невозможной.

Парадоксально высокую активность мышц тазового дна при натуживании можно зарегистрировать путем электромиографии. Во время чрезмерного натуживания возможно выпадение передней стенки прямой кишки, ее сдавливание внутренним анальным сфинктером и появление изъязвления слизистой (так называемый синдром солитарной прямокишечной язвы).

- как « защитная » антиболевая реакция при проктите, тромбозе и ущемлении геморроидальных узлов, образовании трещин и язвенных дефектов заднего прохода, травмах прямой кишки в результате постановки клизм, прямокишечной термометрии.

Запоры вследствие «замедленного транзита»



- В результате замедления транзита происходит дополнительное всасывание воды, что приводит к уменьшению объема кала и повышению его плотности.
- В виде идиопатического варианта эта форма запора наблюдается у женщин на протяжении всей жизни. Часто у таких пациентов формируется зависимость от слабительных препаратов.
- Существенно чаще встречаются варианты вторичного запора с замедленным транзитом на фоне каких-либо внекишечных расстройств.



- При запоре вследствие замедленного транзита характерные клинические признаки «обструкции выхода» не выявляются.
- Позывы на стул редкие, время натуживания не увеличено. У многих пациентов с этим вариантом запора формируется зависимость от клизм и слабительных.
- Таким образом, патофизиология запора в конечном итоге связывается с уменьшением объема фекальных масс, достигающих ампулы прямой кишки, или с расстройством акта дефекации, затрудняющим удаление фекалий. Объем фекальных масс, достигающих ампулы прямой кишки, может уменьшаться в результате механической непроходимости, нарушения моторики или уменьшения общего объема кишечного содержимого (например, при голодании).
- Моторика кишки, в частности тонус, пропульсивные движения и их координация, могут нарушаться в самых различных сочетаниях при заболеваниях органов брюшной полости, головного и спинного мозга, эндокринной системы.

Запор с нормальным транзитом (синдром раздраженного кишечника с запором)



Классификация запоров



Классификация запоров по этиологии

1. Алиментарные (длительная ограничительная диета, недостаточное количество растительной клетчатки в пище);
2. Неврогенные (центральные, периферические, местные);
3. Гиподинамические;
4. Воспалительные;
5. Проктогенные;
6. Психологические;
7. Рефлекторные;
8. Эндокринные (гиперпаратиреозидизм, микседема, Адисонова болезнь, гипофизарные расстройства, сахарный диабет, климакс, феохромоцитома, запор беременных);
9. Токсические (свинец, ртуть, таллий, никотин, чай, какао);
10. Медикаментозные (миорелаксанты, ганглиоблокаторы, периферические холинолитики, наркотики, противосудорожные, антациды – невсасывающиеся с преобладанием алюминия, мочегонные, барбитураты, раздражающие слабительные, препараты железа и др.);
11. «Застойные»;
12. Синдром раздраженного кишечника (вариант с запором).



Механическое препятствие прохождению каловых масс	Колоректальный рак, воспалительные заболевания кишечника, анальные трещины, сдавление кишки снаружи и др.
Неврологические заболевания	Автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, опухоль спинного мозга, ОНМК, рассеянный склероз и др.
Эндокринные заболевания	Сахарный диабет, гипотиреоз, нарушения электролитного обмена при заболеваниях надпочечников и др.
Психические расстройства	Эмоциональные расстройства, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, анорексия и др.
Системные заболевания соединительной ткани	Дерматомиозит, системная склеродермия и др.
Особенности питания	Низкое содержание в рационе неперевариваемой клетчатки, употребление термически обработанной пищи, нарушение ритма питания – прием пищи 1-2 раза в день.
Прием медикаментов	Антидепрессанты, блокаторы Ca^{++} каналов, антихолинергические препараты, соединения железа, одновременное применение большого количества лекарственных препаратов и др.

Классификация запоров

Необходимо учитывать:

I. Интенсивность запора:

- а) острый
- б) хронический

II. Механизм формирования запора:

- 1) преимущественное нарушение эвакуации (механическая обструкция, аномалия)
- 2) преимущественное нарушение моторики (с преобладанием гипокинезии, гиперкинезии и смешанная форма);
- 3) расстройство рефлекса на дефекацию со стороны прямой кишки.

Классификация запоров по стадии

С практической точки зрения (для определенной лечебной тактики и выбора лечебного воздействия) необходимо учитывать:

III. Стадию течения:

- а) компенсированный
- б) субкомпенсированный (стул 1 раз в 10 дней)
- с) декомпенсированный

Запоры

(по характеру двигательных нарушений)

Гиперкинетические

Часто сопровождаются спастическими абдоминальными болями

Возникают на фоне язвенной болезни ДПК, хроническом дуодените, на фоне повышенной желудочной секреции, дискинезии ЖВП

Гипокинетические

Характеризуются замедлением кишечного транзита, снижением чувствительности прямой кишки к раздражениям

Возникает на фоне холестаза, хронического гепатита, цирроза печени, инфаркта миокарда, застойной сердечной недостаточности, эндокринной патологии, приема медикаментов

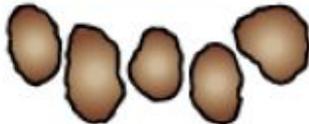
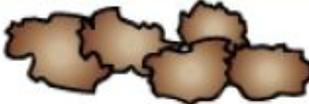


Бристольская шкала форм кала

БОЛЬШОЕ
ВРЕМЯ
ТРАНЗИТА
(100 ЧАСОВ)



КОРОТКОЕ
ВРЕМЯ
ТРАНЗИТА
(10 ЧАСОВ)

ТИП 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
ТИП 2	В форме колбаски, но комковатой	
ТИП 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
ТИП 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
ТИП 5	Маленькие мягкие шарики с ровными краями	
ТИП 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
ТИП 7	Водянистый, без твердых частиц	ПОЛНОСТЬЮ ЖИДКИЙ

Клиника запора



<p>I. Синдром абдоминальной боли:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Боли в животе носят постоянный или приступообразный характер 2. Боль локализуется в левой половине живота - левой подвздошной области, левом фланке, левом подреберье, уменьшаются после дефекации и отхождения газов, приема спазмолитиков и/или флатулентов
<p>II. Синдром кишечной диспепсии:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отсутствие самостоятельного стула 2. Редкий стул, неполное опорожнение кишечника 3. Изменение характера стула (твердый или кал большого диаметра) 4. Энкопрез (выпадение каловых масс) 5. Прожилки крови в стуле 6. Вздутие живота, урчание 7. Тенезмы (ложные позывы на дефекацию) 8. Болезненная дефекация

III. Другие симптомы:

1. Повышенная утомляемость
2. Нервозность, расстройство сна
3. Неприятный привкус во рту, тошнота, понижение аппетита
4. Желтоватый с коричневым оттенком цвет кожи.

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

Сравнительная характеристика атонического и спастического запора

	Атонический запор	Спастический запор
Причина развития	связаны с потерей тонуса участка толстой кишки	тонус участка кишки повышен и каловые массы не могут преодолеть это место
Жалобы пациента	чувство переполнения, распирающая, ноющие боли в животе.	схваткообразные (коликообразные) боли в животе. Часто бывает вздутие.



Сравнительная характеристика атонического и спастического запора

Характер масс каловых	обильные, оформленные, колбасовидные. Часто, начальная порция очень плотная, большего чем в норме диаметра, конечная-полуоформленная	имеют форму овечьего кала (фрагментированный стул)
Акт дефекации	осуществляется с большим трудом, очень болезнен. Из-за надрыва слизистой оболочки анального канала на поверхности кала могут выявляться прожилки свежей крови.	не слишком болезнен, но после акта дефекации может быть чувство не полного опорожнения кишечника.



Диагностика



1. Клинико-физикальное исследование
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Биохимическое исследование крови (билирубин, АсТ, АлТ, ЩФ, общий белок и фракции, холестерин)
5. Копрологическое исследование
6. Осмотр перианальной области
7. Пальцевое исследование прямой кишки
8. Ректороманоскопия
9. Обзорная Р-грамма брюшной полости
10. Фиброколоноскопия
11. Ирригоскопия и ирригография
12. Редко используемые методы диагностики (исследование двигательной функции толстой кишки: исследование с рентгенпозитивными маркерами, сцинтиграфия; тест экспульсии баллона; электромиография).



Этапы диагностического процесса при синдроме запора (1)

I этап (основные исследования)	II этап (дополнительные методы исследования)
<ul style="list-style-type: none">• Оценка жалоб, анамнеза• Стандартные исследования по органам и системам с целью исключения вторичных запоров:<ul style="list-style-type: none">— Общеклинические, биохимические исследования крови, кала, мочи;— Осмотр перианальной области— Пальцевое исследование прямой кишки с оценкой тонуса наружного сфинктера в покое, при сжатии, попытке эвакуации. При пальцевом исследовании следует исключить анальную трещину, опухоль в пределах достижимой пальцем зоны, геморроидальные узлы, стриктуры ануса;	<ul style="list-style-type: none">• Исследование электролитов, кальция, гормонов щитовидной железы;• Оценка кишечного транзита с помощью рентгенпозитивных маркеров;• Аноректальная манометрия;• Рентгеноскопия дефекации (дефекационная проктография);• Биопсия прямой кишки для диагностики аганглиоза;• Исследование промежностной чувствительности;• УЗИ органов брюшной полости и щитовидной железы;• ЯМР позвоночника;• Консультация специалистов:<ul style="list-style-type: none">— Эндокринолога— Гинеколога



Этапы диагностического процесса при синдроме запора (2)

- Ректосигмоскопия;
- Обзорный снимок брюшной полости в вертикальном проекции (при остром запоре);
- Ирригоскопия и/или колоноскопия (обязательно в возрасте старше 40 лет и с отягощённым семейным анамнезом)

- Уролога
- Психиатра
- Невролога.

Лабораторные методы исследования



Общий анализ крови

Общий анализ крови чаще всего остается без существенных изменений, но может обнаруживаться и анемия, свидетельствующая об явных или скрытых кровотечениях.

Копрологическое исследование

В комплексном обследовании больных с хроническими запорами имеет значение и копрологическое исследование. Копрологическое исследование можно проводить при обычных условиях питания. Однако лучше предварительно назначить такую диету, при которой легче удастся выявить возможные изменения кишечника.

Инструментальные методы исследования



Пальцевое исследование прямой кишки

В каждом случае хронического запора следует проводить пальцевое исследование прямой кишки. Пальцевым исследованием устанавливается наличие воспалительных процессов, трещин, кист, стриктур, опухолей, геморроидальных узлов. У женщин можно обнаружить фиброму матки и кисту яичника, которые непосредственно примыкают к прямой кишке и сдавливают или отодвигают ее в сторону. Кроме того, при пальцевом исследовании создается впечатление о тоне сфинктера, ширине и наполнении ампулы прямой кишки. Это позволяет иногда выяснить характер запора. В нормальных условиях ампула прямой кишки пуста, а при хронических запорах на почве нарушения иннервации нервно-мышечного аппарата кишечника — переполнена и расширена.



Ректороманоскопия

Ректороманоскопия является важным методом диагностики дизентерии, амебных язв, геморроидальных узлов, проктитов, сигмоидитов, а также полипов, ракового новообразования. Для диагностики хронического запора она играет лишь подсобную роль. С помощью ректороманоскопии обнаруживаются плотные каловые пробки, атоническое или спастическое состояние сигмовидной и прямой кишки.



Рентгенодиагностика

В распознавании запоров очень важное место занимает рентгенодиагностика.

Для рентгенологического исследования кишечного тракта

применяются два способа: введение контрастной массы через рот и через прямую кишку. При пероральном введении контрастной массы проводится последующее наблюдение за прохождением ее по кишечному тракту через 6—9—12—24—48—72—96 часов до полного освобождения кишечника от контрастной массы. В нормальных условиях контрастная масса через 24 часа заполняет толстую кишку на всем ее протяжении, а в пределах 24—48 часов выводится из кишечника. Задержка ее долее указанного срока должна считаться патологическим явлением.

Второй способ рентгенологического исследования кишечного тракта (ирригоскопия) заключается во введении бариевой контрастной массы *per clusmam*. Накануне исследования кишечник очищается с помощью слабительного, а в день исследования — клизмой. При патологических состояниях контрастная масса задерживается в этом отделе толстого кишечника на протяжении ряда дней. Иногда слепая кишка располагается в полости таза из-за длинной брыжейки, позволяющей ей перемещаться во все стороны.



Функциональный запор



Функциональный запор

- Натуживание при акте дефекации по меньшей мере в четверти всех дефекаций
- Стул твердый или фрагментированный по меньшей мере в 25% дефекаций
- Ощущение неполного опорожнения кишечника во время 25% дефекаций
- Ощущение аноректальной обструкции в 25% дефекации
- Необходимость мануальных манипуляций для осуществления дефекации в 25% дефекаций
- Менее трех дефекаций в неделю
- Жидкий стул только после приема слабительных препаратов
- Нет достаточных критериев для постановки диагноза СРК



Диагностический поиск



Диагностический поиск

- **I этап** — оценка клинических данных и рентгенологическое исследование брюшной полости и кишечника, позволяющие определить анатомическое состояние толстой кишки

Обследование

1. Общее состояние больного
2. Поверхностная и глубокая пальпация живота
3. Психоневрологический статус
4. Обследование аноректальной области:
перианальные экскориации, геморрой, рубцы,
пролапс, ректоцеле, анальная трещина,
объемное образование, тонус сфинктера,
наличие крови в кале



Диагностический поиск

- **II этап** — ректороманоскопия, колоноскопия, гистологическое и гистохимическое исследование биоптатов слизистой оболочки кишки

Отсутствие улучшения на фоне лечения

Наличие «симптомов тревоги»

Дополнительное инструментальное обследование

- Исследование времени транзита содержимого по толстой кишке (метод рентгеноконтрастных маркеров)
- Тест изгнания баллона
- Аноректальная манометрия

- Дефекография
- Электромиография сфинктеров

Принципы лечения запоров



Принципы лечения запоров

I. Немедикаментозное лечение:

1. Лечебное питание (диетотерапия)

II. Медикаментозное лечение

1. Слабительные средства
2. Энтерокинетики
3. Новые средства

III. Хирургическое лечение

IV. Альтернативные методы лечения

Немедикаментозные методы лечения



Продукты, задерживающие и стимулирующие

Пищевые вещества, задерживающие опорожнение кишечника	Пищевые вещества, стимулирующие опорожнение кишечника
<ul style="list-style-type: none">➤ Вяжущие (гранат, груша, айва, черника)➤ Свежий белый хлеб из муки высших сортов, сдоба➤ Какао, шоколад, крепкий кофе и чай➤ Красная икра➤ Пища в протертом виде➤ Манная и рисовая каша, вермишель, картофель➤ Слизистые супы, кисели➤ Жирные сорта мяса➤ Копчености, консервы, острые блюда➤ Не рекомендуются продукты, вызывающие повышенное газообразование (бобовые, капуста, щавель, шпинат, яблочный и виноградный соки), а при спастической дискинезии – также продукты, содержащие эфирные масла: репу, редьку, лук, чеснок, редис.	<ul style="list-style-type: none">➤ Продукты, содержащие органические кислоты и сахара (фруктовые и овощные соки, инжир, финики, чернослив, курагу, бананы, некислые яблоки, киви)➤ Молочнокислые продукты (свежий кефир, простокваша, ацидофилин)➤ Продукты, содержащие углекислоту (мин. воды)➤ Продукты, богатые растительной клетчаткой (морковь, свекла, кабачки, тыква, хлеб из ржаной и пшеничной муки грубого помола, диетические сорта хлеба с добавлением пшеничных отрубей, каши из пшеничной, гречневой, перловой и овсяной круп)➤ В качестве стимуляторов кишечной моторики можно использовать пшеничные отруби: начинают с 3 чайных ложек в день и постепенно увеличивают дозу до 3-6 столовых ложек.

Немедикаментозные методы лечения - правильное питание

- при *гипомоторной дискинезии* толстой кишки:
 - употребление сырых овощей и фруктов, ягод не менее 200 г/сут (инжир, финики, чернослив, курага (8–12 ягод), бананы и яблоки, оливковое, кукурузное масло (1–2 ст. л. натощак, лучше размешать в кефире и принимать на ночь)
 - гречневая, овсяная, ячневая, перловая каша, мед (1 ст. л. 2–3 раза в день), пшеничные отруби (20–60 г в день, добавлять практически в любые блюда)
 - жидкости не менее 1,5–2 л/сут, 1–2 стакана холодной воды (или фруктового сока) утром натощак с добавлением 1 ст. л. меда или ксилита
 - средне- и высокоминерализованные минеральные воды 200 мл в холодном виде 2–3 раза в день
 - пищевые волокна - 30 г с 1,5 л жидкости

Немедикаментозные методы лечения - правильное питание

- при *гипермоторной* (спастической) дискинезии толстой кишки
 - овощи дают в отварном виде
 - большое внимание уделяется растительным жирам
 - пшеничные отруби назначают в постепенно повышающихся дозах (с 2 ч. л. до 3–6 ст. л.), то уменьшая, то увеличивая их количество до установления оптимальной дозы или псиллиум (пустые клеточные оболочки подорожника)
 - маломинерализованные минеральные воды в теплом виде 200 мл 2–3 раза в день



Курс минеральной воды

Физические методы лечения включают курсы минеральных сульфатных вод, т.е. солезаменимые минеральные источники, горькие, солевые или смешанные с сульфатами источники. В любом случае определенный пороговый уровень дозы SO_4 должен быть повышен для достижения слабительного эффекта: он составляет около 3 г SO_4 .



Медикаментозная терапия



Классификация слабительных средств (1)

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого:

- пищевые волокна (отруби, микроцеллюлоза, морская капуста, семя льна,

подорожника, агар–агар);

- осмотические:

- олигосахара (лактоулоза, лактитол);

- полиэтиленгликоль;

- спирты (сорбитол, маннитол, глицерин);

- солевые слабительные (сернокислая магнезия, глауберова соль и др.);

Классификация слабительных средств (2)

2. Стимулирующие:

- антрагликозиды (препараты сенны, крушины, ревеня);
- производные дифенилметана (бисакодил, натрия пикосульфат);
- касторовое масло;
- гидроокиси жирных кислот;
- желчные кислоты;

3. Размягчающие фекалии:

- вазелиновое и другие минеральные масла.

Абсолютные показания к применению слабительных препаратов

- вынужденное длительное пребывание на постельном режиме (инфаркт миокарда, скелетное вытяжение, гипсовый корсет)
- психогенные причины запора;
- медикаментозный запор при невозможности отмены основного препарата (антагонисты кальция при артериальной гипертензии).

Абсолютные противопоказания к назначению слабительных

- абдоминальный болевой синдром неясной этиологии;
- «острый живот»;
- угроза ЖКК, подозрение на скрытую кровопотерю;
- перитонит;
- острый токсический и нетоксический мегаколон;
- паралитическая кишечная непроходимость

Классификация слабительных по локализации действия

Локализация действия	Фармакологические классы препаратов
Преимущественно тонкая кишка	Растительные масла Вазелиновое масло Солевые слабительные
Преимущественно толстая кишка	Стимулирующие слабительные: <ul style="list-style-type: none">• Бисакодил• Натрия пикосульфат Синтетические дисахариды
Весь кишечник	Солевые слабительные Касторовое масло Объемные слабительные

Энтерокинетики

- При отсутствии на фоне приема слабительных какого-либо из перечисленных выше критериев, целесообразно назначение прокинетики из группы агонистов 5-HT₄-рецепторов. Единственный на сегодняшний день препарат этого класса, доступный в России, – **прукалоприд (1 А)** - подтвердил свою эффективность в 3 крупных рандомизированных контролируемых исследованиях с частотой хороших результатов 73%.
- Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении.
- Препарат отличается удобство приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемость эффекта. Побочные эффекты препарата, обычно мягкой степени выраженности (головные боли, абдоминальная симптоматика), отмечаются чаще всего в 1-й день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата. За исключением первого дня приема переносимость прукралоприда идентична плацебо.



Хирургическое лечение



Хирургическое лечение

- Проводится достаточно редко и показано только больным с рефрактерным запором при условии, что этим пациентам проведены специальные физиологические исследования (аноректальная манометрия, баллонный тест, дефекография, исследование транзита по кишечнику) и доказаны серьезные двигательные нарушения, резистентные к другим методам лечения



Альтернативные методы лечения



Физиотерапия

Методика накожной (в проекции отделов ободочной кишки) и эндоректальной электростимуляции.

Курс процедур обычно составляет 10 сеансов.

При гипермоторной дискинезии (СРК с явлениями запора) хороший эффект дает применение электрофореза с папаверином, платифиллином, солями магния, а также тепловые процедуры (парафиновые и грязевые аппликации).

В терапии хронического запора получила распространение так называемая гидроколонотерапия. На процедуру гидроколонотерапии обычно расходуется до 35 литров воды температурой 35-38^oC.

Продолжительность процедуры водолечения около 45 мин. Терапия проводится по строгим показаниям (умеренный гипокинез, гиперсегментарный гипокинез) и отсутствии противопоказаний (органическая патология толстой кишки). Увеличение числа сеансов противопоказано, так как вызывает обратный эффект – угнетение моторной активности. Повторный курс только через 6 месяцев.

При функциональной обструкции, ослабление мышечного тонуса мышц тазового дна наибольший эффект дает так

Данный вид лечения основан на формировании условного рефлекса взамен утерянного безусловного. Применение метода хорошо зарекомендовало себя лишь в тех случаях, когда запор связан с нарушениями акта дефекации (диссинергией мышц тазового дна). Значительно меньший эффект дает этот метод в тех случаях, когда запор обусловлен замедленным транзитом.

Методика осуществляется с помощью сенсорных датчиков вводимых в задний проход, мониторирующих активность сфинктерного аппарата, сигнализируя пациенту о состоянии сфинктера. Кроме того, данный способ лечения предполагает участие опытного психотерапевта, что делает проблематичным его широкое применение

Показания к консультации хирурга



Показанием к хирургическому лечению является

- выявление опухоли кишечника и наличие признаков кишечного кровотечения.
- Не сформулированы четкие научно обоснованные показания к хирургическому лечению, не выработаны методы хирургической коррекции. Данные об эффективности этих операций разноречивые. Даже колэктомия у 50% больных в отдаленные сроки дает возврат клинической картины заболевания. Исключение составляет болезнь Гиршпрунга, при которой показано удаление участка кишки с отсутствием нейронов

Показанием к хирургическому лечению больных является

- прогрессирующее ухудшение состояния больного с нарастанием явлений толстокишечной непроходимости, отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии.

Профилактика



Профилактика

- Профилактика запоров заключается в организации здорового образа жизни, начиная с рождения (питание, употребление достаточного объема жидкости, достаточное содержание в рационе пищевых волокон) и адекватной физической активности, а также в своевременной диагностике и лечении заболеваний, приводящих к развитию запоров.

Прогноз



Прогноз

- При функциональных запорах прогноз заболевания благоприятный.
- Однако при хронических запорах снижается качество жизни. При органических запорах прогноз зависит от заболевания, вызвавшего запор.

