



І. Г. Палій, І. В. Чернова

Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова

Нез'ясовані проблеми і нові можливості в терапії хронічних запорів: що повинен знати лікар загальної практики?

Хронічний запор — складна медико-соціальна проблема, з якою часто стикаються практичні лікарі: терапевти, лікарі загальної практики — сімейної медицини, гастроентерологи. Причини запорів можуть бути як функціональними, так і органічними. Лікар-практик має вміти диференціювати ці стани та обирати тактику обстеження і лікування. Проблема лікування хронічних запорів неповністю вирішена, оскільки комплексний підхід до лікування передбачає корекцію способу життя, зміну характеру харчування та, за відсутності ефекту від зазначених заходів, прийом проносних препаратів. Запорукою успішного лікування є встановлення довіри пацієнта до лікаря. Лікарям загальної практики — сімейної медицини слід звернути увагу на комплексний проносний препарат «Мікролакс®», який спричиняє як хімічну, так і механічну дію, не подразнює кишечник і не спричиняє системних побічних ефектів. Препарат не має спеціальних протипоказань до застосування та може використовуватися у дорослих, дітей, а також вагітних і жінок у період лактації.

Ключові слова: хронічний запор, діагностика, лікування, проносні препарати, «Мікролакс®».

Нині запори розглядають як захворювання століття або як хворобу цивілізації. Запори істотно впливають на якість життя, знижують продуктивність праці, що дає підставу вважати цю патологію і, відповідно, вибір оптимальної терапії з позицій її ефективності та безпечності важливими соціально-економічними проблемами.

Симптоми запору, такі як зменшення кількості дефекацій в одиницю часу, зміна консистенції калових мас до твердої або грудкуватої, необхідність у додатковому напруженні, відчуття неповного випорожнення кишечника, здуття живота, трапляються у 12–19 % дорослого населення США, Великої Британії, Німеччини, Франції, Італії, Бразилії і Північної Кореї [5, 10]. Населення Америки і країн Південно-Східної Азії страждають на них удвічі частіше, ніж європейці (17,3 і 8,75 % відповідно) [52]. Поширення хронічного запору серед дорослого населення Москви становить від 15 % серед осіб віком

18–24 років до 50 % серед осіб віком 65 років і старше (в середньому — 16,5 %) [16].

За даними літератури, у Великій Британії понад 50 % населення зараховують себе до таких, які страждають на запори, в Німеччині — 30 %, у Франції — близько 20 %. За даними одного з досліджень, у Росії на запор скаржаться 34,3 % населення, а ознаки відповідають Римським критеріям III (2006) — у 16,5 % [7]. Проблема запору посилюється з віком. Так, серед осіб віком понад 60 років запор трапляється у 50–60 % [46]. Наявність запору в осіб старших вікових груп з поліморбідністю обтяжує перебіг не лише супутньої патології шлунково-кишкового тракту, а й інших органів і систем [21]. До 50 % осіб віком понад 65 років використовують проносні засоби.

Однак наведені цифри не можна вважати такими, які відповідають реальній картині, оскільки багато пацієнтів не звертаються до лікаря, сподіваючись, що проблема вирішиться сама по собі (за винятком тих, хто незадоволений результатами лікування). Наявність запору, з одного боку, розцінюється багатьма як досить делі-

катна проблема, а з другого — істотно знижує якість життя [4].

В Україні, як і в інших країнах на пострадянській території, точної статистики не існує з низки причин [1]:

- діагноз «запор» не підлягає статистичній звітності;
- більшість осіб, які страждають на це захворювання, лікуються самостійно, оскільки практично всі проносні засоби відпускають без рецепту;
- лікарі негастроентерологи при зборі анамнезу часто не питають пацієнтів про характер їх випорожнень;
- з огляду на делікатність проблеми самі пацієнти не завжди розповідають про неї лікарю.

У зв'язку з великою поширеністю запору і недостатньою дослідженістю вивчення причин його розвитку і розробка алгоритму лікування запорів є актуальним завданням.

Нормальна періодичність випорожнень — показник, індивідуальний для кожної людини. Прийнято вважати, що у практично здорових осіб нормальна періодичність випорожнення становить від 1—3 разів на добу до 1 разу на 3 дні (5—7 % обстежених) [10, 24]. Зазвичай періодичність випорожнень має спадковий характер.

Досить часто під терміном «запор» лікарі та пацієнти розуміють різні симптоми. На думку більшості (46 %) лікарів загальної практики, запор — це зменшення частоти актів дефекації (наприклад, менше 4 на тиждень), тоді як пацієнти вважають, що запор — це не лише зменшення частоти актів дефекації, а і комплекс симптомів, зокрема зміна консистенції калових мас (тверде, фрагментоване випорожнення), відчуття неповного випорожнення кишечника, необхідність у надмірному напруженні для здійснення дефекації [4]. Деякі автори об'єктивним критерієм запору вважають масу фекалій менше ніж 35 г/добу [49, 50].

Нині під запором розуміють синдром, при якому частота акту дефекації становить 3 рази на тиждень і рідше та який характеризується виділенням незначної кількості твердого калу, що супроводжується відчуттям неповного випорожнення прямої кишки і потребує додаткових зусиль (напруження). З цього визначення випливає висновок, що частота випорожнення не є єдиним критерієм запору. Найчастішими виявами цього страждання є напруження (81 %), тверде випорожнення (72 %), відчуття неповного випорожнення кишечника (54 %) [40, 42].

Навіть якщо частота дефекацій перевищує 3 рази на тиждень, але при цьому мають місце зазначені вище симптоми, то такий стан має бути розцінений як запор [14].

У більшості випадків спостерігається хронічний запор (ХЗ). Про ХЗ говорять, якщо зазначені симптоми спостерігаються більше 6 тиж. Хронічний запор може бути первинним і вторинним. На частоту первинних ХЗ впливає велика кількість чинників:

- малорухливий спосіб життя;
- зменшення споживання рослинної клітковини;
- переважання в раціоні тваринного білка;
- недотримання питного режиму;
- стреси
- і багато інших чинників зовнішнього і внутрішнього середовища.

Ще один важливий механізм розвитку запору — звичка придушувати позив до дефекації, що може призвести до хронічного перерозтягнення прямої кишки, зниження еферентних сигналів і розвитку так званих звичних запорів. Унаслідок порушення аферентної фази дефекаційного рефлексу розвивається атонія прямої кишки, оскільки позив до дефекації виникає лише при її перерозтягненні. При втраті аферентної фази рефлексу відбувається збільшення об'єму прямої кишки, атонія її стінки. В результаті позив виникає лише при перерозтягненні кишки великою кількістю калу. Цей стан отримав назву «мегаректум», або «інертна пряма кишка». При запорі часто посилені непропульсивні сегментуючі рухи товстої кишки, які не сприяють просуванню калу, а лише його перемішують [4].

Основну причину виникнення запору вдається з'ясувати не в усіх пацієнтів навіть при тривалому спостереженні. Однак дослідження, проведені на початку ХХІ ст., які враховували час транзиту вмісту по кишечнику, а також стан м'язів тазового дна, показали, що в патогенезі первинного ХЗ лежать три різних механізми:

I. Дискінезія товстої кишки, властива синдрому подразненої кишки (СПК) і функціональному запору відповідно до Римських критеріїв.

II. Повільний кишковий транзит, спричинений міо- і нейропатією різного походження (інертна товста кишка);

III. Диссинергія м'язів тазового дна, що зумовлює розлад координованої діяльності м'язів, які беруть участь в евакуації калу [3, 13, 41].

Крім того, існують змішані форми, коли ХЗ спричинений комплексом різних причин [14].

Первинний запор трапляється значно частіше, ніж вторинний.

Діагностика

Обстеження хворого із запором має передбачати:

- ретельне розпитування та огляд;

- оцінку способу життя;
- збір медикаментозного анамнезу;
- пальцеве дослідження *per rectum*;
- загальний і біохімічний аналіз крові;
- копрограму.

При обстеженні пацієнта із запором збір скарг та анамнезу — необхідний і в більшості випадків достатній метод установлення діагнозу ХЗ. Необхідно з'ясувати наявність таких ознак:

- кількість актів дефекації протягом тижня;
- консистенцію випорожнень (наявність грудок і/або твердих випорожнень);
- наявність домішок у калі (кров, слиз, неперетравлені фрагменти їжі);
- якість дефекації (відчуття перешкоди або труднощі при її здійсненні);
- необхідність у надмірному напруженні при дефекації;
- незадоволеність дефекацією (відчуття неповного випорожнення кишечника);
- необхідність специфічних маніпуляцій для полегшення дефекації (мануальне спорожнення кишки);
- наявність супутніх скарг (здуття живота, біль у животі, загальна слабкість, нездужання, схуднення);
- протягом якого часу турбують зазначені симптоми, швидко чи поступова поява симптомів;
- прийом проносних засобів — кратність застосування і дози, використання очисних клізм;
- перенесені та супутні захворювання; прийом лікарських препаратів з приводу супутніх захворювань;
- хірургічні втручання (зокрема гінекологічні та урологічні).

Пацієнту рекомендують протягом тижня заповнювати опитувальник, який містить наведені вище запитання [4].

Серед найпоширеніших лікарських засобів, які спричиняють запори, виділяють такі групи [12, 22]:

- антипаркінсонічні (антихолінергічні, допамінергічні);
- антациди (особливо ті, які містять гідроксид алюмінію або карбонат кальцію);
- спазмолітики;
- антидепресанти (трициклічні, інгібітори зворотного захоплення серотоніну);
- нестероїдні протизапальні препарати (напроксен, ібупрофен);
- аналгетики (кодеїн, морфін і його похідні);
- інгібітори протонної помпи;
- гастропротектори;
- протиепілептичні препарати (етосуксимід тощо);

- антигіпертензивні (β -адреноблокатори — атенолол, антагоністи кальцію — ніфедипін, антиадренергічні препарати центральної дії — клонідин, антагоністи ангіотензину II — лозартан; інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту — каптоприл);
- протитуберкульозні засоби (ізоніазид);
- антибіотики (цефалоспорины);
- вітамін D₃;
- системні протигрибкові засоби (кетоконазол);
- нейролептики;
- препарати заліза (сполуки Fe²⁺ і Fe³⁺);
- протикашльові препарати (кодеїн і його похідні);
- гестагени (алілестренол, медрогестон);
- діуретики (амілорид хлористоводневий, тора-семід, салуретики).

Очевидно, що при виявленні факту прийому такого препарату необхідно зробити спробу його відміни або заміни. Якщо це вдається, то існує велика ймовірність, що запор буде усунуто. Навіть у разі виявлення лікарський препарат як найбільш ймовірну причину запору не завжди можна легко відмінити.

Отримані дані визначають алгоритм подальшого обстеження. Виявлення «симптомів тривоги» (астенічні вияви, лихоманка, схуднення, анемія, підвищення ШОЕ, наявність крові в калі) зумовлює необхідність проведення ендоскопічного/рентгенологічного дослідження кишечника.

Ця частина діагностичного процесу допомагає провести диференційну діагностику з вторинними і ситуативними формами запору, а сама діагностика з урахуванням різноманітності причин та механізмів розвитку запору при першому зверненні хворого має бути поетапною [6].

1-й етап:

- оцінка клінічних даних (відповідність скарг пацієнта прийнятим критеріям запорів);
- рентгенологічне дослідження кишечника, що дає змогу оцінити анатомічний стан товстої кишки (її нормальну будову або аномалії положення, ідіопатичний мегаколон, пухлини, стриктури, хворобу Гіршпрунга, спайкову хворобу).

2-й етап:

- колоноскопія з біопсією слизової оболонки для уточнення або виключення структурних змін;
- оцінка стану, зокрема функціонального, інших органів і відділів шлунково-кишкового тракту, ендокринних параметрів, що можуть впливати на моторику кишечника.

Для жінок обов'язковим є огляд гінекологом для визначення положення матки. Після встановлення об'єктивного статусу хворого спрямо-

вують до фахівця, а функціональні розлади кишечника розглядають як вторинні.

3-й етап:

- спеціальні методи дослідження, які дають змогу оцінити моторно-евакуаторну функцію товстої кишки, стан сфінктерного апарату прямої кишки (електроміографія, ізотопне дослідження, анальна манометрія, дослідження мікробного статусу, наявності коротколанцюгових жирних кислот (КЖК) у калі, вивчення електролітного балансу). Ці обстеження є доступними на етапі спеціалізованої допомоги.

Виконання програми обстеження дасть змогу відповісти на основне запитання: спричинений запор органічною патологією (тоді хворого направляють до відповідного фахівця) чи має функціональний характер, тоді пацієнтом займатиметься або сімейний лікар (терапевт), або гастроентеролог.

Після завершення діагностики визначають хворих, які підлягають хірургічному лікуванню, інших скеровують на лікування до ендокринолога, гінеколога, психотерапевта або проводитимуть тривале лікування у сімейного лікаря (терапевта) чи гастроентеролога.

Лікування

Незважаючи на успіхи в діагностиці, лікування ХЗ є складним завданням. Це спричинено відсутністю комплексного підходу до лікування, а також тим, що хворий часто не розуміє необхідності регулярного дотримання підбраного режиму і бажає отримати негайний ефект. Запорукою успішного лікування є встановлення довіри пацієнта до лікаря, детальне виявлення скарг, особливостей анамнезу хвороби і життя, ретельний огляд. Усе це необхідно для формування індивідуального плану обстеження та лікування пацієнта [14, 17, 18].

Лікування ХЗ має ґрунтуватися на:

1. Корекції способу життя.
2. Зміні характеру харчування.
3. Правильному застосуванні медикаментозних препаратів.

Корекція способу життя передбачає збільшення рухової активності (наприклад, щоденна 30-хвилинна ходьба у швидкому темпі), вживання більшої кількості рідини (в середньому не менше ніж 1,5 л/добу). Важливо відновити рефлекс на дефекацію (випорожнення в певний час).

Зміна характеру харчування означає збільшення вживання продуктів, які стимулюють пасаж кишкового вмісту [2]. У раціоні хворого, який страждає на запор, мають переважати про-

дукти з високим вмістом рослинної клітковини: овочі, фрукти, каші, м'ясо, хліб з борошна грубого помелу, чорнослив, курага, інжир. Вживання рису, манної каші, шоколаду, здобних хлібобулочних, кондитерських і макаронних виробів необхідно обмежити. При виборі напоїв рекомендується віддавати перевагу мінеральній воді, сокам (морквяному, персикувому, абрикосовому, сливовому, гарбузовому) і кисломолочним продуктам. Від какао, чорного міцного чаю і солодких газованих напоїв бажано відмовитися або значно обмежити їх вживання.

Модифікація дієти, гідратація і фізичне навантаження не знайшли відображення в доказових дослідженнях та отримали рівень доказовості D (думки експертів, окремі спостереження або національні звіти). Найкориснішою для запобігання запору виявилася комбінація «збільшення в раціоні рослинної клітковини (висівки), фруктів і овочів» — рівень доказовості C1 (дані спостережливих досліджень зі статистичною обробкою результатів) [4, 39].

Медикаментозна терапія. За відсутності ефекту від зазначених заходів рекомендується прийом проносних препаратів.

Дослідження IPSOS, проведене в Росії в 2011 р., і бізнес-аналітика при вивченні ринку терапії запору показали, що 67 % осіб, які страждають на запори, лікуються самостійно, за рекомендаціями, отриманими з Інтернету, від сусідів, із науково-популярних публікацій, 13 % звертаються за порадою до провізора, 11 % не лікуються зовсім і лише 13 % звертаються по допомогу до лікаря. Перед зверненням до лікаря 70 % хворих застосовували різні способи лікування [11].

За даними J. Task і співавт., рівень незадоволеності ефектами проносних препаратів становить близько 47 % [49]. Це може бути спричинене:

- відсутністю комплексного підходу до лікування запору;
- нерозумінням хворого необхідності регулярного дотримання підбраного режиму і бажанням отримати швидкий ефект.

Призначаючи препарат для лікування запору, лікар повинен чітко розуміти мету призначення і передбачувану тривалість лікування.

Які препарати є в сучасному арсеналі клініциста (з позицій медицини, заснованої на доказах) [9, 15, 33]?

1. *Проносні, які містять харчові волокна* — органічні полімери, здатні утримувати воду в кишковому вмісті. Доведено, що препарати цієї групи сприяють менш твердим випорожненням (рівень рекомендацій B).

Згідно із системними оглядами, розчинна клітковина (наприклад, псиліум або лушпиння насіння подорожника) на відміну від нерозчинних харчових волокон (наприклад, пшеничних висівок) поліпшує кишкові симптоми при хронічних запорах [48] і СПК [27]. Огляд 4 досліджень [32] із застосуванням псиліума показав, що розчинні харчові волокна зменшували окремі кишкові симптоми (наприклад, частоту і консистенцію випорожнення, відчуття напруження та неповного випорожнення) при ХЗ [48]. Метааналіз 17 досліджень виявив, що розчинні волокна зменшували симптоми запору при СПК, але вплив на біль у животі був неоднаковим, за даними різних досліджень [27].

Потенційні терапевтичні переваги, низька вартість, профіль безпеки та інші властивості харчових волокон для здоров'я пацієнтів обґрунтовують включення клітковини в раціон пацієнтів із ХЗ, особливо в первинній ланці охорони здоров'я. Однак при призначенні клітковини пацієнтам слід повідомити, що починати прийом необхідно з 2 щоденних доз з рідиною і/або їжею і скоригувати дозу після 7-денного або 10-денного прийому. Вони не повинні очікувати негайну нормалізацію випорожнень, як при прийомі проносних засобів інших груп, а приймати клітковину протягом кількох тижнів. Пацієнтів слід попередити, що клітковина може посилити метеоризм, який може зменшитися після кількох днів прийому.

2. Осмотичні проносні засоби. Містять іони або молекули, які погано абсорбуються, підвищуючи осмотичний градієнт: лактулозу, поліетиленгліколь, гідроксид магnezії. Лактулоза і поліетиленгліколь (ПЕГ) збільшують частоту випорожнення та поліпшують консистенцію калу у пацієнтів із ХЗ (рівень рекомендацій А) [19, 20].

Гідроксид магнію та інші солі магнію поліпшують частоту і консистенцію випорожнень. Всмоктування магнію обмежене, тому застосування магнієвмісних проносних засобів зазвичай безпечне. Однак є кілька повідомлень про випадки тяжкої гіпермагнезії після використання проносних засобів на основі магнію у хворих з нирковою недостатністю [30]. Не рекомендується застосування солей магнію при СПК.

Деякі осмотичні солі, такі як карловарська сіль, отримані з природних джерел, використовують для лікування запорів протягом багатьох років. Їх майже не вивчали систематично, але, ймовірно, вони безпечні для всіх, окрім пацієнтів із хронічною нирковою або серцевою недостатністю [51]. Однак у разі використання протягом

тривалого часу їх поганий смак може стати проблемою для пацієнтів.

У Cochrane Database представлено 10 рандомізованих досліджень, які порівнювали ефективність ПЕГ і лактулози. Використання ПЕГ мало переваги перед застосуванням лактулози за показниками частоти, консистенції стулу і болю в животі [37]. У рандомізованому перехресному дослідженні F. A. Lederle і співавт. лактулоза та сорбітол мали порівнянну послаблювальну дію, але застосування лактулози частіше спричиняло нудоту [36]; сорбітол менш солодкий, ніж лактулоза, краще прискорював спорожнення товстої кишки [47, 53]. Бактеріальний метаболізм вуглеводів, які не всмоктуються, призводить до метеоризму, дискомфорту, іноді — болю у животі без проносного ефекту. У таких ситуаціях необхідно обстежити пацієнтів для виявлення синдрому надлишкового бактеріального росту (СНБР). Після лікування СНБР проносні засоби цієї групи переносяться краще, але вони є недостатньо ефективними при запорах з уповільненим кишковим транзитом [26].

3. Ентерокінетики. Представником препаратів цього класу є прукалоприд — повний агоніст серотонінергічних рецепторів 4-го типу (5HT₄), який у звичайних терапевтичних дозах не вступає у взаємодію з рецепторами інших типів. Прукалоприд — це інноваційний препарат з привабливим профілем безпеки для лікування пацієнтів, котрі страждають на гіпомоторні розлади шлунково-кишкового тракту [28].

4. Активатори хлоридних каналів. Лубіпростон — активатор хлоридних каналів 2-го типу, підсилює кишкову секрецію без зміни концентрації електролітів у сироватці крові, пришвидшує пасаж кишкового вмісту. Лубіпростон належить до нового класу кишкових секретогенів і є двоциклічною жирною кислотою, похідним метаболізму простагландину E₁ [43, 44]. Він схвалений у США з 2006 р. для лікування запорів (рівень рекомендацій А). Однак препарат не пройшов реєстрацію в Європі та Україні, тому не застосовується в нашій країні.

5. Стимулювальні проносні. До них належать препарати сени, крушини, ревеню (активна речовина — антраглікозиди), бісакодил, пікосульфат натрію, алое, фенолфталейн (активна речовина — похідне дифенілметану), а також касторова олія, гідроксиди жирних кислот, жовчні кислоти.

Стимулювальні проносні належать до найефективніших (рівень рекомендацій В) для нормалізації випорожнення за мінімальний проміжок часу. Однак за тривалого прийому препара-

тів цієї групи є ризик розвитку постійної секреторної діареї з втратою рідини та електролітними порушеннями. Антраглікозиди, які містяться в цих препаратах, спричиняють алергійні реакції, розвиток медикаментозної діареї з метаболічними порушеннями; є ризик виникнення меланозу товстої кишки. При тривалому застосуванні розвивається ефект звикання. Дифеноли або дифенометани спричиняють канцерогенний і токсичний ефекти [23].

Доведено, що препарати цієї групи не слід застосовувати тривало і регулярно. Насамперед це пов'язано з розвитком толерантності до лікування: у міру збільшення тривалості ефективність лікування знижується. Крім того, при щоденному прийомі не вдається досягти належного об'єму кишкового вмісту, цим спричинена поява переймоподібного болю у животі, тенезмів. У третини хворих, котрі використовують у лікуванні запорів стимулювальні проносні, формується «інертна» товста кишка. Через 3 роки постійного прийому проносних цієї групи ефект досягається у 73 % хворих, через 5 років — у 50 %, через 10 років — лише в 11 %.

Секреторні проносні (препарати сени) мають рівні доказовості В, С [35]. Їх призначають переважно при запорах з низькою пропульсивною активністю кишечника.

В економічно розвинених країнах цю групу проносних засобів застосовують рідше, ніж осмотичні (Prescription Cost Analysis: England 2005–6. National Statistics/Department of Health, 2007). У країнах, які розвиваються, їх використовують частіше, ніж усі інші проносні, через низьку вартість і високу ефективність.

З огляду на викладене вище, лікарям загальної практики — сімейної медицини слід звернути особливу увагу на комплексний препарат «Мікролакс®», який випускають у вигляді мікроклізма. До складу препарату (в 1 мл розчину для ректального введення) входять: натрію цитрат — 90 мг, натрію лаурилсульфоацетат 70 % — 12,9 мг (відповідає 9 мг натрію лаурилсульфоацетату), розчин сорбітолу 70 % — 893 мг (відповідає 625 мг сорбітолу).

Механізм дії препарату «Мікролакс®» полягає в розщепленні калових мас цитратом натрію, який витісняє зв'язану з каловими масами воду. Це сприяє виведенню калових мас з кишечника. Калові маси можуть розглядатися як коагульована суспензія, в якій молекули води з'єднані з іонами, котрі мають високу тенденцію до гідратації. Цитрат натрію при додаванні до калової суспензії заміщає аніони, які містяться в ній, і таким чином вивільняє воду, зв'язану з цими ані-

онами. Такий процес називається «пептизація». Сорбіт значно підвищує вивільнення води під впливом цитрату натрію. Натрію лаурилсульфоацетат є нетоксичним і не подразнюючим зволожувальним агентом, який полегшує проникнення розчину в калові конгломерати.

Проносний ефект настає за 5–20 хв після введення [25, 31, 45].

Препарат діє м'яко, не подразнюючи кишечник і не спричиняючи системних побічних ефектів. Украй рідко відзначається легке печіння в прямій кишці. «Мікролакс®» не має спеціальних протипоказань до застосування. Не виявлено взаємодії з іншими лікарськими препаратами. З огляду на безпечність препарату «Мікролакс®» його рекомендують для дорослих і дітей, а також для вагітних та жінок у період лактації [29, 34, 38, 45].

«Мікролакс®» не спричиняє звикання і придатний для тривалого застосування. Дорослим і дітям віком понад 3 роки слід вводити вміст однієї мікроклізми (5 мл) ректально, вставляючи наконечник на всю довжину, новонародженим і дітям до 3 років — вставляючи наконечник на половину довжини.

Ще одним методом лікування запорів є біофідбек-терапія (БФБТ) — навчання пацієнта розслабляти м'язи тазового дна в період напруження і координувати це розслаблення з черевними м'язами для того, щоб спорожнити пряму кишку, яке ґрунтується на принципі біологічного зворотного зв'язку [8]. БФБТ виконують за допомогою сенсорного датчика з манометром, який розташовують у задньому проході та прямій кишці. Наповнення прямої кишки моделюють наповненням повітрям балоном. Біофідбек-тренінг здійснюють шляхом моніторингу активності м'язів тазового дна і сфінктера заднього проходу при дефекації. Тренування мають сформувати адекватне розслаблення анального сфінктера при розтягуванні прямої кишки балоном за принципом зворотного зв'язку. Відомо, що пацієнти, які страждають на ХЗ, практично завжди мають особистісні відхилення та емоційні розлади. Саме психотерапевтичним аспектом лікувального впливу дослідники схильні пояснювати порівняно високу ефективність курсів біофідбек-терапії у хворих не лише з порушеною евакуацією, а й з уповільненим товстокишковим транзитом.

Проведено 8 контрольованих досліджень біологічного зворотного зв'язку [15]. Недавні дослідження продемонстрували перевагу методу у пацієнтів з розладами дефекації, але не з ізольованим уповільненням кишкового транзиту [48]. Приблизно у 50 % пацієнтів з порушеннями дефекації має місце також уповільнення кишко-

вого транзиту. Тому деякі пацієнти з розладами дефекації продовжують страждати від запору і після проведення біофідбек-терапії, в зв'язку з чим потребують додаткової стандартної терапії харчовими волокнами, осмотичними або стимулювальними проносними.

Таким чином, ХЗ — це складна медико-соціальна проблема, з якою часто стикаються прак-

тичні лікарі: терапевти, лікарі загальної практики — сімейної медицини, гастроентерологи. Однак сучасні діагностичні та лікувальні методи дають змогу клініцистам диференційовано підходити до діагностики та лікування пацієнтів, які страждають на запори, а нові препарати, ефективність яких доведена, розширюють терапевтичні можливості лікування.

Статтю опубліковано за підтримки ТОВ «Джонсон і Джонсон Україна».

*Концепція і дизайн дослідження, збір матеріалу, редагування тексту — І. П.;
опрацювання матеріалу, написання тексту — І. П., І. Ч.*

Список літератури

1. Бабак О.Я. Запор. Современный взгляд на проблему // Сучасна гастроентерол. — 2005. — № 4 (24). — С. 20—23.
2. Бабак О.Я., Фадесенко Г.Д., Сытник К.А. Роль пробиотических продуктов питания в профилактике и лечении функциональных запоров // Сучасна гастроентерол. — 2012. — № 5. — С. 116—119.
3. Белоусова Е.А. Идиопатический медленно-транзитный запор: механизмы развития и возможности лечения // Фарматека. — 2010. — № 209 (15). — С. 18—23.
4. Волкова Н.Н. Основные причины и принципы лечения запора у пожилых // РМЖ. — 2015. — № 17. — С. 1044.
5. Звягинцева Т.Д., Гриднева С.В. Проблема запора в современном обществе // Сучасна гастроентерол. — 2008. — № 2 (40). — С. 40—43.
6. Елизветина Г.А., Мишушкин О.Н. Запоры и некоторые принципы их лечения // Клиническая фармакология и терапия. — 1997. — № 6. — С. 51—53.
7. Лазебник Л.Б. Распространенность и факторы риска запоров у взрослого населения Москвы (по данным популяционного исследования «МУЗА») // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2011. — № 3. — С. 68—73.
8. Лещинин И.М., Охоцька О.І., Маркулан Л.Ю. Закрепи: глобальна перспектива (Рекомендації Світової організації гастроентерологів, листопад 2010 року) // Хірургія України. — 2013. — № 3. — С. 7—13.
9. Ливзан М.А., Осипенко М.Ф. Хронический запор: от симптома к диагнозу и эффективной терапии. Алгоритм наших действий // РМЖ. — 2016. — № 11. — С. 678—681.
10. Мишушкин О.Н. Функциональный запор: рекомендации по диагностике и лечению // РМЖ. — 2016. — № 11. — С. 703—707.
11. Осипенко М.Ф., Бикублатова Е.А., Скалинская М.А. Алгоритм диагностики и ведения больных с синдромом хронического запора. В помощь практическому врачу // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2013. — № 5. — С. 102—107.
12. Осипенко М.Ф., Шрайнер Е.В. Вечно актуальная проблема запора // РМЖ. — 2014. — № 31. — С. 2230.
13. Парфенов А.И. Патогенетическое лечение хронического запора // Тер. архив. — 2012. — № 84 (8). — С. 4—9.
14. Парфенов А.И., Индейкина Л.Х., Павлов М.В. Хронический запор: акцент на слабительные средства, стимулирующие перистальтику // РМЖ. — 2016. — № 17. — С. 1167—1171.
15. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре // Лечащий врач. — 2015. — № 8. — С. 7—17.
16. Прилепская С.И., Парфенов А.И., Лазебник Л.Б. и др. Распространенность и факторы риска запоров у взрослого населения Москвы по данным популяционного исследования МУЗА // Эксперим. и клин. гастроэнтерология. — 2011. — № 3. — С. 68—73.
17. Свинцицкий А.С. Закрепи та принципи їх лікування // Мистецтво лікування. — 2003. — № 2. — С. 20—25.
18. Ткач С.М. Современные подходы к ведению больных с хроническим запором / С.М. Ткач // Здоров'я України. — 2013. — № 6. — С. 63—65.
19. Фадесенко Г.Д. Терапевтический эффект лактулозы при заболеваниях органов пищеварения // Сучасна гастроентерол. — 2003. — № 3. — С. 98—101.
20. Фадесенко Г.Д., Чернова В.М. Принципы лечения запоров у беременных // Здоровье женщины. — 2006. — № 2. — С. 70—72.
21. Фадесенко Г.Д., Можина Т.Л. Запор у больных кардиологического профиля // Сучасна гастроентерол. — 2009. — № 6 (50). — С. 72—78.
22. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств / Под ред А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, В.В. Яснецова. — М.: Эхо, 2010. — Вып. 11. — 944 с.
23. Хавкин А.И., Файзуллина Р.А., Бельмер С.В. и др. Диагностика и тактика ведения детей с функциональными запорами (Рекомендации общества детских гастроэнтерологов) // Вопр. дет. диетол. — 2014. — № 12 (4). — С. 49—63.
24. Харченко Н.В. Хронический запор: диагностика и принципы лечения // Мистецтво лікування. — 2007. — № 1 (37). — С. 69—71.
25. Anglade J.P. Clinical trial of Microlax in gynaecological surgery and obstetrics // Extract from Dossiers de l'Obstetrique. — 1975. — Vol. 14. — P. 42—43.
26. Attar A., Lémann M., Ferguson A. et al. Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation // Gut. — 1999. — Vol. 44. — P. 226—230.
27. Bijkerk C.J., Muris J.W.M., Knottnerus J.A. et al. Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2004. — Vol. 19. — P. 245—251.
28. Camilleri M., Kerstens R., Rykx A., Vandeplassche L. A placebo-controlled trial of prucalopride for severe chronic constipation // N. Engl. J. Med. — 2008. — Vol. 358. — P. 2344—2354.
29. Devaux J., Bernard J.L., Mouly-Bandini A., Raybaud C.L. Use of a peptisant gel in a pediatric ward // Mediterranean Med. — 1975. — Vol. 3. — P. 65—68.
30. Di Palma J.A., Smith J.R., Cleveland M.V. Overnight efficacy of polyethylene glycol laxative // Am. J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 97. — P. 1776—1779.
31. Dubouloz F., Gouin F. MicrolaxR in the treatment of constipation in bed-ridden patients // Immex. — 1971. — Vol. 5. — P. 117—119.
32. Fenn G.C., Wilkinson P.D., Lee C.E. et al. A general practice study of the efficacy of Regulax in functional constipation // Br. J. Clin. Pract. — 1986. — Vol. 40. — P. 192—197.
33. Graham M.G., Mokrynski G. Evidence-based management of chronic constipation Source: Patient Care. — Published: May 1—2007.

34. Jemt M. Microlax testing in Karlskoga // Tidskrift for Sveriges sjukskoterskor. — 1971. — Vol. 38 (14). — P. 47.
35. Johanson J.F., Kralstein J. Chronic constipation: a survey of the patient perspective // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2007. — Vol. 25 (5). — P. 599—608.
36. Lederle F.A., Busch D.L., Mattox K. M. et al. Cost-effective treatment of constipation in the elderly: a randomized double-blind comparison of sorbitol and lactulose // Am. J. Med. — 1990. — Vol. 89. — P. 597—601.
37. Lee-Robichaud H., Thomas K., Morgan J. et al. Lactulose versus polyethylene glycol for chronic constipation // Cochrane Database Syst. Rev. — 2010. — Vol. 7.
38. Marsh S.K., Huddy S.P. Selfadministered disposable microenemas before outpatient sigmoidoscopy // J. Roy Soc. Med. — 1996. — Vol. 89. — P. 616—617.
39. McKay S.L., Fravel M., Scanlon C. Management of constipation. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Translation and Dissemination Core; 2009. — 51 p.
40. Müller-Lissner J., Tack Y., Feng F. et al. Levels of satisfaction with current chronic constipation treatment options in Europe — an internet survey // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2013. — Vol. 37. — P. 137—145.
41. Murray C., Emmanuel A. Colonic disorders // Pathophysiology of the enteric nervous system / Ed. by Spiller R., Grundy D. — Blackwell, 2004. — P. 148—160.
42. Pare P., Ferrazzi S., Thompson W. et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking // Am. J. Gastroenterol. — 2001. — Vol. 96. — P. 3130—3137.
43. Parkman H.P., Rao S.S., Reynolds J.C. et al. Neurotrophin-3 improves functional constipation // Am. J. Gastroenterol. — 2003. — Vol. 98. — P. 1338—1347.
44. Pepin C., Ladabaum U. The yield of lower endoscopy in patients with constipation: survey of a university hospital, a public county hospital, and a Veterans Administration medical center // Gastrointest. Endosc. — 2002. — Vol. 56. — P. 325—332.
45. Schneider J.Y. Constipation in children and infants // Dtsche Apot Zeit. — 2008. — Vol. 106. — P. 4684—4685.
46. Singh S., Rao S.S. Pharmacologic management of chronic constipation // Gastroenterol. Clin. N. Am. — 2010. — Vol. 39. — P. 509—527.
47. Skoog S.M., Bharucha A.E., Camilleri M. et al. Effects of an osmotically active agent on colonic transit // Neurogastroenterol Motil. — 2006. — Vol. 18. — P. 300—306.
48. Soares N.C., Ford A.C. Systematic review: the effects of fibre in the management of chronic idiopathic constipation // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2011. — Vol. 33. — P. 895—901.
49. Tack J., Muller-Lissner S., Stanghellini M. et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation — an European perspective // Neurogastroenterol. Motil. — 2011. — Vol. 23. — P. 697—710.
50. Tariq S.H. Constipation in Long-Term Care // J. Am. Med. Dir. Assoc. — 2007. — Vol. 8. — P. 209—218.
51. Voderholzer W.A., Schatke W., Muhldorfer B.E. et al. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation // Am. J. Gastroenterol. — 1997. — Vol. 92. — P. 95—98.
52. Wald A. et al. The BI Omnibus study an international survey of community prevalence of constipation and laxative use in adults // Gastroenterology. — 2006. — Vol. 130. — P. 508.
53. Wesselius-De Casparis A., Braadbaart S., Bergh-Bohlken G.E. et al. Treatment of chronic constipation with lactulose syrup: results of a double-blind study // Gut. — 1968. — Vol. 9. — P. 84—86.

И. Г. Палий, И. В. Чернова

Винницкий национальный медицинский университет имени Н. И. Пирогова

Нерешенные проблемы и новые возможности в терапии хронических запоров: что должен знать врач общей практики?

Хронический запор — сложная медико-социальная проблема, с которой часто сталкиваются практические врачи: терапевты, врачи общей практики — семейной медицины, гастроэнтерологи. Причины запоров могут быть как функциональными, так и органическими. Практический врач должен уметь дифференцировать эти состояния и выбрать тактику обследования и лечения. Проблема лечения хронических запоров не полностью решена, поскольку комплексный подход к лечению предусматривает коррекцию образа жизни, изменение характера питания и, при отсутствии эффекта от упомянутых мероприятий, прием слабительных препаратов. Залогом успешного лечения является доверительное отношение пациента к врачу. Врачам общей практики — семейной медицины следует обратить внимание на комплексный слабительный препарат «Микролакс®», оказывающий как химическое, так и механическое воздействие, который не раздражает кишечник и не вызывает системных побочных эффектов. Препарат не имеет специальных противопоказаний к применению и может использоваться у взрослых, детей, а также беременных и женщин в период лактации.

Ключевые слова: хронический запор, диагностика, лечение, слабительные препараты, «Микролакс®».

I. G. Paliy, I. V. Chernova

National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya

Unidentified problems and new opportunities in the therapy of chronic constipation: what should a general practitioner know?

Chronic constipation is a complex medical and social problem, which is often faced by practical doctors: therapists, general practitioners (family doctors), gastroenterologists. Causes of constipation can be both functional and organic. A practitioner should be able to differentiate between these conditions and to determine with subsequent tactics of examination and treatment. The problem of the chronic constipation treatment is not fully resolved today, since a comprehensive approach to treatment involves lifestyle correction, a change in the diet nature, and, in case when the effect of the mentioned above measures is absent, the administration of laxatives. The key to successful treatment is to establish confidence between the patient and the doctor. General practitioners (family doctors) should pay attention to the complex laxative drug *Microlax*[®], which causes both chemical and mechanical action, acts gently, not irritating the intestines and without causing systemic side effects. The drug has no special contraindications for use and can be used in adults, children, as well as pregnant women and women during lactation.

Key words: chronic constipation, diagnostics, treatment, laxatives, *Microlax*[®].



Контактна інформація

Палій Ірина Гордіївна, д. мед. н., проф.

21027, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56

Тел. (432) 67-16-53. E-mail: prof.iryana@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 9 серпня 2017 р.