

Кузнецова Валентина Михайловна — доктор медицинских наук, доцент кафедры общей фармации и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Домар Нина Анатольевна — кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры общей фармации и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармации, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Зимина Марина Сергеевна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины и общей практики Харьковского Национального университета имени В.Н. Каразина, Харьков

Согласно современным данным запоры отмечают у 12% населения планеты, причем в развивающихся странах их выявляют относительно редко, а в промышленно развитых странах (Великобритания, Германия, США) уже говорят об «эпидемии». В Украине точные эпидемиологические данные о частоте запора отсутствуют, но медицинская практика свидетельствует о высокой распространенности этого синдрома.

Запор (констипация, обстипация) — замедленная, затрудненная или систематически недостаточная дефекация (опорожнение кишечника).

Запоры возникают вследствие замедления прохождения каловых масс по толстому кишечнику (кологенные) или при затруднении опорожнения ректосигмоидного отдела толстой кишки (проктогенные) из-за расстройства координированной работы мышц тазового дна и нарушения моторики кишечника. Основные причины развития: нарушение кишечной перистальтики, ослабление позывов к дефекации, возникновение органических изменений, препятствующих нормальному продвижению содержимого, несоответствие между емкостью толстого кишечника и объемом содержимого.

По длительности запоры различают острые (эпизодические — продолжительностью до 12 нед) и хронические (более 12 нед); этиопатогенетически: алиментарные, неврогенные, рефлекторные, гиподинамические, воспалительные, токсические, медикаментозные, проктогенные, механические, эндокринные, в результате нарушения водно-солевого баланса.

Хронический запор — это нарушение функции кишечника, которое характеризуется хронической задержкой опорожнения кишечника более чем на 48 ч, сопровождающееся затруднением акта дефекации, ощущением неполного опорожнения с отхождением малого количества (менее 100 г) кала и его повышенной твердостью.

Алиментарный запор возникает вследствие нарушения режима питания, предпочтения пищи, содержащей мало клетчатки, витаминов и наоборот, употребления продуктов, способствующих замедлению перистальтики (чай, какао, белый хлеб, рис, картофель и т.д.), а также при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и зубов. Кроме того, у лиц пожилого и старческого возраста в возникновении запора большую роль играет диетический фактор, так как они из-за плохого состояния зубов употребляют протертую нежную пищу, ведут преимущественно сидячий образ жизни, мало двигаются, что подавляет активность рефлекторных механизмов, осуществляющих акт дефекации.

Гиподинамический запор отмечают у лиц пожилого и старческого возраста, а также у больных, длительно соблюдающих постельный режим, вследствие снижения моторики кишечника и нарушения акта дефекации, обусловленных слабостью соматических мышц и недостаточной физической активностью.

Заболевания органов пищеварения и мочеполовой системы (язвенная болезнь, хронический холецистит, пиелонефрит) сопровождаются рефлекторным запором в периоды обострения основного заболевания.

Механический запор выявляют у больных в случае препятствия на пути кишечного пассажа в результате опухолевого процесса, спаек, пакетов лимфоузлов, инвагинации.

При хронических воспалительных процессах тонкого (энтерит) и толстого (колит) кишечника возникает воспалительный запор.

Проктогенный запор связан с патологией аноректальной области (проктит, геморрой, трещины заднего прохода, парапроктит, аднексит).

Токсический запор отмечают при отравлении никотином у курильщиков, при злоупотреблении пищевыми продуктами с высоким содержанием дубильных веществ (чай, какао и др.), при отравлении свинцом, ртутью.

Запор при эндокринных расстройствах выявляют достаточно часто. Колоностаз является одним из ранних признаков микседемы, отмечается у больных сахарным диабетом, осложненным нейропатией, а также при гиперпаратиреозе, болезни Аддисона, гипофункции половых желез и надпочечников, климаксе. Запор в период беременности обусловлен усилением секреции прогестерона, а в поздние сроки — сдавливанием сигмовидной кишки увеличенной маткой и недостаточной физической активностью.

Запор в результате нарушения водно-электролитного баланса возникает вследствие потери жидкости, дефицита калия, при сердечной и почечной недостаточности, холестазах.

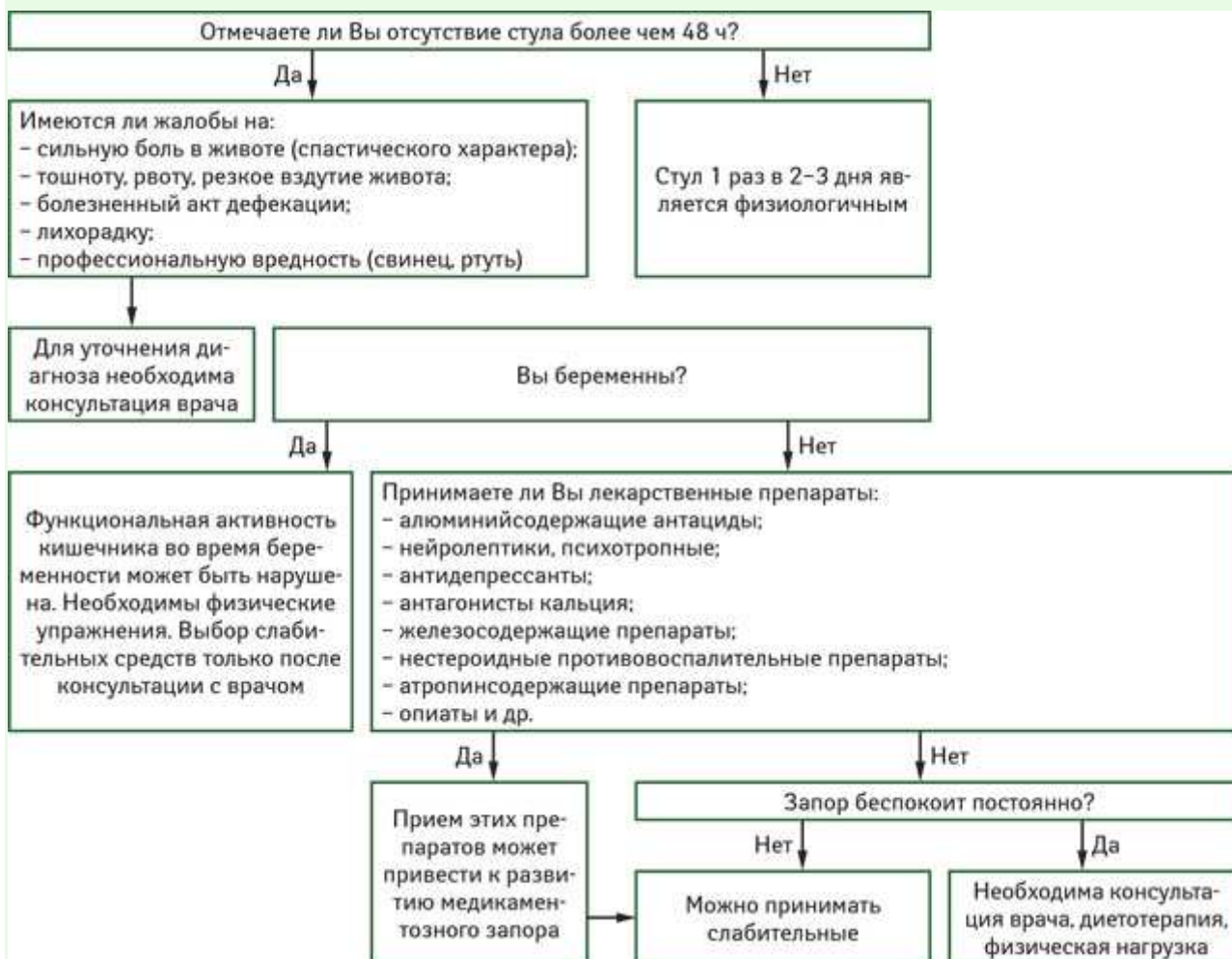
Медикаментозный запор развивается при систематическом приеме лекарственных средств (антагонистов кальция, нейролептиков, антидепрессантов, опиатов, седативных, железосодержащих, мочегонных, алюминийсодержащих антацидов, атропина и его аналогов, нестероидных противовоспалительных средств, блокаторов ганглиорецепторов), после отмены которых затруднение опорожнения кишечника прекращается.

Неврогенный (дискинетический) запор развивается в результате нарушения нервных механизмов регуляции: психического перенапряжения, подавления физиологического позыва, органических и функциональных заболеваний нервной системы (невриты, энцефалит, психоневрозы, нервная анорексия, шизофрения, депрессивные состояния и т.д.).

У больных с запорами клиническая картина довольно однотипна: они предъявляют жалобы на снижение аппетита, повышенную утомляемость, извращение вкуса, ощущение распирания в животе, тупую боль из-за скопления газов, пустые позывы к дефекации, иногда с отхождением скудного кала без полного облегчения, появлением осложнений со стороны аноректальной зоны, развитием вторичного колита, патологии желчных путей.

В зависимости от возраста, этиологических факторов, остроты процесса существуют различные подходы к лечению запора (см. Алгоритм беседы провизора с посетителем аптеки).

АЛГОРИТМ БЕСЕДЫ ПРОВИЗОРА С ПОСЕТИТЕЛЕМ АПТЕКИ



Лечение запора является комплексным. В первую очередь необходимо установить причину нарушения дефекации, особенно при острых процессах. Назначение слабительных средств носит вспомогательный характер.

При гипокинетических расстройствах рекомендуются продукты, богатые клетчаткой: свекла, тыква, помидоры, хлеб из ржаной муки, нежирное мясо, рыба, фрукты, соки, кисломолочные продукты. Исключаются продукты, богатые эфирными маслами, сдоба, белый хлеб, жирные сорта мяса и рыбы, копчености, шоколад, кофе, крепкий чай, картофель, рис.

В лечении запоров, обусловленных спастической дискинезией толстой кишки, и проктогенных запоров применяют бесшлаковую диету с растительными маслами, постепенно добавляя овощи вначале в отварном, а затем в сыром виде, фрукты и соки.

Лечение запора требует деликатного и грамотного подхода. Прежде всего, необходимо установить характер и выяснить его причину, а затем приступить к лечению. Комплексная терапия при запоре подбирается индивидуально, но тем не менее выделяют несколько ее направлений:

- этиотропная терапия;
- физические упражнения;
- диетотерапия;
- нормализация моторной функции кишечника (прокинетики);
- лечение минеральными водами;
- физиотерапия;
- массаж, специальная гимнастика;
- слабительные средства.

На фармацевтическом рынке Украины в настоящее время зарегистрировано более 200 наименований слабительных средств. Классификация представлена в табл. 1 и 2.

Таблица 1 АТС-классификация слабительных средств

№ п/п	Группа	Препараты
1	Смягчающие слабительные средства	Вазелиновое масло, докузат натрия, парафин жидкий
2	Контактные слабительные средства	Бисакодил, фенолфталеин, касторовое масло, сенна, крушина, натрия пикосульфат
3	Средства, увеличивающие объем содержимого кишечника	Семя льна, шелуха подорожника овального, морская капуста, шелуха подорожника блошиного, плантаго
4	Осмотические слабительные средства	Магния сульфат, лактулоза, макрогол
5	Слабительные средства в клизмах	Бисакодил, глицерол, докузат натрия, глицериновые свечи
6	Прочие слабительные	Глицерол, слабительные сборы

Таблица 2 Классификация слабительных средств по механизму действия

№ п/п	Группа	Механизм действия	Препараты
1	Контактные слабительные средства	Раздражая рецепторный аппарат толстого кишечника, стимулируют перистальтику, вызывая слабительный эффект, который возникает через 6–10 ч после приема	Антрагликозиды (препараты сенны, ревеня, крушины), производные дифенилметана (бисакодил), касторовое масло, натрия пикосульфат
2	Осмотически активные слабительные средства	При приеме внутрь удерживают воду в просвете кишечника, увеличивая объем содержимого, что ведет к механическому раздражению стенки кишечника и повышению перистальтики через 3–6 ч после приема	Магния сульфат, лактулоза, макрогол
3	Объемные слабительные средства	Способствуют увеличению объема содержимого кишечника и механически стимулируют его эвакуацию через 8–10 ч после приема	Шелуха семян подорожника, отруби, морская капуста, шелуха подорожника блошиного, плантаго
4	Смягчающие слабительные	Размягчая твердые каловые массы, облегчают их скольжение по кишечнику через 4–5 часов	Вазелиновое масло, парафин жидкий

	средства	после приема	
5	Другие слабительные средства (свечи)	Обладают мягчительными свойствами, стимулируют опорожнение кишечника путем накопления в ампуле прямой кишки углекислого газа	Докузат натрия, глицерол, глицериновые свечи

Слабительные средства применяют в терапии эпизодических и хронических запоров у пожилых людей и при запорах со сниженной моторной функцией кишечника (см. «Алгоритм беседы провизора с посетителем аптеки»). Категорически противопоказаны и неэффективны слабительные препараты при кишечной непроходимости (опухоли, полипы, инвагинация). Применение данных препаратов должно быть дифференцированным в зависимости от этиологии и патогенеза запора. Контактные слабительные средства (бисакодил, препараты сенны, крушины, ревеня, натрия пикосульфат) чаще применяются при гипо- и атонических запорах, при подготовке к операции или рентгенологическому исследованию, проктогенных запорах.

При запорах в период беременности чаще всего назначают осмотически активные слабительные средства — лактулоза, макрогол, противопоказаны препараты, стимулирующие моторику кишечника, так как могут спровоцировать угрозу срыва беременности.

Солевые слабительные (магния сульфат, глауберова соль) используют в лечении отравлений и передозировки лекарственных препаратов.

Смягчающие слабительные на основе масел (вазелиновое, миндальное) чаще рекомендуют использовать в лечении эпизодического запора, эффект наступает быстро, через 2–3 ч, но их применение может вызывать тошноту и непроизвольное выделение из заднего прохода.

При хронических атонических запорах показаны объемные слабительные средства (морская капуста, плантаго). За счет осмотических свойств этой группы препаратов происходит задержка жидкости в кишечнике, что делает каловые массы более объемными и смягчает их, они переносятся хорошо, но возможны диарея или метеоризм.

Согласно анализу данных современных исследований и публикаций, среди слабительных средств наибольшей популярностью пользуются контактные слабительные препараты. Современные контактные слабительные средства одобрены международными гастроэнтерологическими сообществами и FDA. Это слабительные, содержащие антраноиды (препараты сенны, крушины, ревеня), которые на уровне толстого кишечника усиливают перистальтику, увеличивают объем жидкости в просвете кишки и тем самым стимулируют дефекацию. Слабительные, не содержащие антраноидов (бисакодил, пикосульфат натрия), применяются в лечении атонических запоров у лиц, соблюдающих постельный режим, но могут вызывать кишечные колики, снижают всасывание витаминов.

Препараты на основе сенны (*Senna alexandria*, *Cassia angustifolia*) применяются в медицине не одно столетие; они широко используются и сегодня в силу своей эффективности и доступности с экономической точки зрения.

Препарат сенны, в высокой степени отвечающий современным требованиям безопасности, — таблетки **Сенаде**[®]. Стандартизованный сухой экстракт сенны, входящий в их состав, содержит строго определенную дозу сеннозидов и не включает смолистых и других веществ, которые могут вызвать нежелательные побочные эффекты — недомогание, рвоту, вздутие и колики. Однако данные вещества часто присутствуют в отварах и настоях сенны. Фармакологическое действие обусловлено антрагликозидами, которые благодаря кишечным бактериям в толстом кишечнике распадаются на фармакологически активные антроны и антранолы, раздражающие интерорецепторы кишки, тем самым стимулируя перистальтику и усиливая опорожнение. Кроме этого, антроны и антранолы способствуют транспорту жидкости в просвет кишечника, увеличивая объем содержимого, чем ускоряют дефекацию.

Сенаде[®] рекомендуют принимать больным при атоническом запоре, при подготовке к рентгенологическим исследованиям, а также по показаниям при заболеваниях аноректальной зоны. Препарат назначается взрослым и детям в возрасте старше 12 лет по 2 таблетки 1–2 раза в сутки перед сном или утром, максимальная суточная доза — 4 таблетки, не более 2 нед. Эффект отмечают через 6–12 ч, опорожнение нормализуется через несколько дней регулярного применения.

Из побочных эффектов возможны боль в животе, диспептические явления, нарушения электролитного баланса в виде гипокалиемии, описаны случаи протеинурии, гематурии, появления кожной сыпи.

Применение **Сенаде**[®] у беременных возможно только под наблюдением врача, **Сенаде**[®] не рекомендуют применять в период кормления грудью.

При проблемах аноректальной зоны применение **Сенаде**[®] обсуждается индивидуально с врачом. Обязательны консультации врача в случае приема пациентом других лекарственных препаратов (сердечных гликозидов, антиаритмических средств, глюкокортикоидов, диуретиков, тетрациклинов) или с тяжелой патологией печени, почек.

Важное значение имеет также профилактика запора, основными мерами которой являются:

- воспитание организма к определенному времени дефекации (физиологично — утром);
- соблюдение режима питания;
- обогащение рациона питания пищевыми волокнами;
- достаточная физическая активность;
- своевременное выявление и лечение заболеваний, способствующих развитию запоров.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

СЕНАДЕ[®] (**SENADE**). Р.с.: UA/6054/01/01 от 28.04.2012 до 28.04.2017 г. Код АТС: А06А В06. **Состав и форма выпуска:** одна таблетка содержит сенозида кальция 15% — 90,0 мг (с содержанием сенозидов А и В — 13,5 мг). **Показания:** запоры, обусловленные атонией кишечника различной этиологии. Подготовка к рентгенологическим исследованиям. **Побочные эффекты:** препарат, как правило, хорошо переносится; побочные эффекты возникают редко, обычно обратимы и быстро исчезают сразу после отмены приема препарата. В единичных случаях могут отмечаться тошнота, рвота, анорексия, метеоризм, атония толстого кишечника, нарушения пищеварения, колики, уменьшение массы тела, изменение цвета мочи, при длительном применении — протеинурия, гематурия; иногда аллергические реакции.