

Т.Н. Христин, д.м.н., профессор кафедры семейной медицины Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы

## Запор как один из факторов риска дивертикулярной болезни

**Кишечник можно считать основной составляющей жизнедеятельности человеческого организма, если учесть, что главной функцией тонкой кишки является окончательное переваривание компонентов химуса, поступающего из желудка, за счет внутриполостного, пристеночного и внутриклеточного пищеварения, всасывание необходимых нутриентов, электролитов, воды, при этом обеспечивается нормальный обмен веществ. По-видимому, не стоит забывать и о колоссальной значимости двенадцатиперстной кишки как о «гипоталамо-гипофизарной системе брюшной полости», которая дирижирует всем пищеварительным «оркестром» (как в свое время было предложено А.М. Уголевым). Такое мнение было обусловлено открытием эндокринных клеток, являющихся частью единой диффузной нейроэндокринной системы, которая описана Пирсом в 1976 году как APUD-система (Amine Precursor Uptake and Decarboxylation). Клетки данной системы способны усваивать предшественников аминов, декарбоксилировать их и синтезировать амины, необходимые для построения регуляторных пептидов. Важным для клиницистов является факт, что многочисленные клетки APUD-системы участвуют в регуляции секреторной, моторной функции желудка, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, поскольку данный момент может объяснить многогранность масок и развитие коморбидности гастроэнтерологических заболеваний, в том числе относящихся к функциональным.**

Тонкая кишка с ее лимфоидным аппаратом ответственна и за стабильность иммунной системы, и за микробный биоценоз, и за ассимиляцию жиров. Следует подчеркнуть, что пристеночное (мембранное) пищеварение осуществляют ферменты поджелудочной железы наряду с адсорбированными ферментами из полости тонкой кишки, а также собственными кишечными ферментами. Перенос компонентов пищи из полости тонкой кишки в лимфу и кровь (всасывание) осуществляется с участием определенных видов транспорта. К ним можно отнести облегченную диффузию через мембранные каналы, Na-зависимый транспорт через мембранные каналы и транспорт с помощью мобильных переносчиков, каким считается и  $\text{Na}^+/\text{K}^+$ -АТФаза. Предполагают, что жирные кислоты и моноглицериды всасываются слизистой тощей кишки из мицеллярной фазы в виде мицелл с максимальным диаметром 100 нм, тогда как третий компонент мицеллярной фазы — желчные кислоты — остаются в просвете кишечника и затем всасываются в проксимальных отделах подвздошной кишки. Физиологические процессы нарушаются, например, при избыточном бактериальном росте в тонкой кишке, что способствует развитию осмотической, секреторной диареи и стеатореи. А при синдроме мальабсорбции нарушаются все виды обмена, приводя к клиническим признакам белково-энергетической недостаточности, нарушениям водно-электролитного обмена, синдрому трофологической недостаточности. Большинство клинических симптомов, развивающихся при патологических изменениях толстой кишки, связаны с нарушением двигательной функции (запор, диарея, боль, непроходимость), внекишечные проявления связаны с потерей жидкости и электролитов. Основными физиологическими параметрами толстой кишки являются время прохождения и эвакуации химуса, частота дефекации, масса и состав фекалий.

В норме каловые массы накапливаются в сигмовидной кишке, ее наполнение зависит от кишечной перистальтики. Пассаж кишечного содержимого осуществляется благодаря редким высокоамплитудным пропульсивным волнам. Регуляция перистальтики осуществляется вегетативной нервной системой (внешняя регуляция), интрамуральными нервными структурами и действием нейропептидов (внутренняя регуляция). Прямая кишка до акта дефекации свободна от каловых масс. При попадании кала в прямую кишку стенки ее растягиваются, повышается внутрипросветное давление, возникает позыв к дефекации. Для ее осуществления должно повыситься внутрибрюшное давление, скоординировать напряжение и расслабление мышц тазового дна, расслабление сфинктеров, что контролируется ректоанальным рефлексом. Как правило, за ночь осуществляется полный переход тонкокишечного содержимого в толстую кишку. Двигательная активность и вертикальное положение после пробуждения способствуют

толстокишечному пассажу и заполнению прямой кишки, поэтому дефекация чаще всего происходит в утренние часы. Установлено, что при опрвлении в утренние часы (с 6 до 12 ч) распространенность запоров составляет 10%. При опрвлении позднее запоры встречаются в 40% случаев. Кроме того, известно, что каловые массы на 70% состоят из воды, а их объем зависит от количества непереваживаемых волокон в пище, от состава кишечной микрофлоры, ферментирующей эти волокна. При преобладании метанообразующей флоры происходит более полное переваривание волокон с уменьшением объема каловых масс и развитием запора [7].

Существует мнение, что запор — одна из распространенных жалоб в пожилом возрасте, причем женщины страдают хроническими запорами чаще, чем мужчины. Объясняется данное состояние неполноценностью пищеварения (потребление малого количества пищевых волокон), гиподинамией, слабостью мышц брюшного пресса, гипотонией и атонией кишечника, эндокринными нарушениями (гипофункция щитовидной железы, микседема, менопауза), психическими расстройствами (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона, хроническое нарушение мозгового кровообращения). У 60% больных сахарным диабетом 2 типа наблюдаются запоры, связанные с висцеральной нейропатией [1].

Однако в работах отечественных гастроэнтерологов показано, что обстипационный синдром характерен и для молодых пациентов, страдающих одновременно синдромом функциональной диспепсии и СРК, что носит название «синдрома перекрещивания» [10]. По мнению авторов, основными триггерными факторами являются злоупотребление алкогольными напитками, длительные промежутки между приемами пищи, недостаточное потребление чистой питьевой воды, перенесенные токсикоинфекции, пищевая аллергия в анамнезе, прием таких лекарственных препаратов, как НПВП, что часто сопровождается симпатикотонией, определяющей обстипационный синдром. Возникновение запоров провоцируют также спазмолитики, М-холиноблокаторы, блокаторы кальциевых каналов,  $\beta$ -адреноблокаторы, опиаты, анестетики, противосудорожные средства, диуретики, препараты железа [5].

Кроме того, появление запоров может быть спровоцировано гипокальциемией, гиперкальциемией, гипо- и гипермагниемией. После приступа почечной колики встречаются стойкие запоры. Хронический простатит у мужчин сопровождается рефлексорными запорами [9].

Запор — это стойкое или интермиттирующее нарушение функции толстой кишки с уменьшением частоты стула меньше 3 раз в неделю и с вынужденным напряжением, которое занимает больше 25% времени дефекации [3, 11]. Для запоров характерно натуживание в течение 25% дефекаций, плотный кал хотя бы в 25% дефекаций, ощущение аноректальной обструкции, необходимость мануальных приемов для

облегчения (пальцевая эвакуация, поддержка тазового дна), самостоятельное опорожнение возникает редко, корректируется слабительными средствами.

Изменение состава кишечной микрофлоры всегда сопровождается и усиливает запор, увеличение его длительности способствует уменьшению выработки пищеварительных ферментов, определяющих стабильность микрофлоры [6]. Симптомом, усиливающим дискомфорт, можно считать вздутие живота, которое чаще всего обусловлено продвижением каловых масс по толстой кишке, и повышенным газообразованием в результате бактериальной деятельности, а также болью в левой подвздошной области, исчезающей после акта дефекации. Но, кроме чисто кишечной симптоматики, вздутие может сопровождаться рефлекторными реакциями со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиением, кардиалгией), что можно объяснить проявлением симпатикотонии и нейроциркуляторной дистонией.

Собирая анамнез, врач выявляет жалобы на почти постоянное чувство быстрой утомляемости, разбитость, снижение настроения, проявляющееся общей нервозностью, раздражительностью. При осмотре обращают на себя внимание обложенность языка, неприятный запах изо рта, вздутие живота. При пальпации часто определяют расширенные или спазмированные участки толстой кишки, в которых иногда можно пропальпировать плотные каловые массы (особенно у больных после 70 лет). Нередко определяется болезненность сигмовидной кишки [8].

Задачами диагностического поиска в первую очередь является исключение опухолевого процесса, воспалительных заболеваний кишечника, мегаколон и мегаэктум, эндокринной и психической патологии, а также дивертикулеза.

Дивертикулы проявляются различными патологическими состояниями, среди которых значение имеют дистрофические изменения в мышечной стенке ободочной кишки, дискоординация ее моторики, врожденная или приобретенная слабость соединительной ткани, сосудистые изменения в стенке кишки. Согласно мнению некоторых авторов масса тела, сидячий или подвижный образ жизни, тяжелые физические нагрузки, употребление кофе или алкоголя не влияют на частоту дивертикулярной болезни [2].

Дивертикулярная болезнь встречается почти в 30% толстокишечных заболеваний и занимает 5-е место среди гастроэнтерологических заболеваний. Если рассматривать возрастную аспект распространенности, то до 40 лет она встречается в 10% случаев, а после 60 лет диагностируется у каждого третьего начиная с 75 лет — у каждого второго жителя европейского континента. Статистика свидетельствует, что с увеличением возраста увеличивается количество и размер дивертикулов и что мужчины и женщины болеют одинаково часто. Относительно локализации, то в западной популяции дивертикулы в дистальной части



Т.Н. Христин

толстой кишки встречаются в 90% случаев и у 10% пациентов диагностируется их правосторонняя локализация. В 50-65% случаев отмечается локализация только в сигмовидной кишке. Локализация в нисходящей ободочной кишке встречается также нередко, а в прямой кишке дивертикулы не образуются.

Почему все чаще и чаще медицинские работники обращаются к проблемам диагностики и лечения дивертикулярной болезни? Потому что в последние десятилетия она все чаще встречается у лиц трудоспособного возраста и создает медицинские и экономические проблемы (не только личностные, но и социальные).

Дивертикулярная болезнь (дивертикулез) толстой кишки представляет собой морфофункциональный патологический процесс, отличительной чертой которого является наличие мешковидных выпячиваний стенки ободочной кишки.

Факторами риска считаются уменьшение содержания в питании балластных веществ, запоры, пожилой возраст, воспалительные процессы в толстой кишке. Для развития разволокнения циркулярного мышечного слоя, атрофии и расширения мышечной стенки в так называемых слабых местах ободочной кишки существуют анатомические предпосылки. Это формирование мышечного слоя в виде трех полос (тений) с более слабым циркулярным мышечным слоем; характер строения сосудистой сети — наличие артерий и вен, проникающих через мышечный каркас и обуславливающих образование в стенке кишки мест с наименьшим сопротивлением; наличие гаустр, генерирующих повышенное внутрикишечное давление.

Развитию заболевания способствуют вещества, усиливающие перистальтику и вызывающие спазм мышц кишки, например желчные кислоты. Современный пищевой рацион богат жирами, стимулирующими холесекреторную функцию печени. Около 80% желчных кислот всасывается в подвздошной кишке, 20% попадает в толстую кишку. Желчные кислоты стимулируют двигательную функцию кишечника и при чрезвычайно большом количестве могут вызывать спазм. К тому же холецистокинин, выделяющийся при их участии, увеличивает выделение холецистокинина-панкреозимина — гормона, усиливающего кинетику кишечника, вызывая дискинез.

В патогенезе значительную роль играют мио- и нейропатии. Развивается висцеральная миопатия гладких мышц, интерстициальный фиброз мышечной оболочки толстой кишки, висцеральная нейропатия и вторичная нейропатия при болезни Фабри. Нейрональные изменения часто встречаются в молодом возрасте и проявляются дисплазией подслизистого нервного сплетения. Миопатические изменения часто диагностируются при спастической форме дивертикулеза и проявляются гипертрофией мышечной стенки с атрофией циркулярного мышечного слоя и разволокнения периваскулярных пространств, вследствие чего мышечная оболочка пролабируется и формируется дивертикул. При атоническом дивертикулезе разволокнения мышечной стенки нет, она утончена вследствие дегенеративных изменений в мышцах и атеросклеротического поражения сосудов, что характерно для лиц более пожилого возраста.

Известны три варианта дивертикулярной болезни толстой кишки: бессимптомное течение (случайные находки дивертикул при проведении ирригоскопии или колоноскопии), неосложненная дивертикулярная болезнь, но с клиническими проявлениями и дивертикулярная болезнь с осложнениями.

Каковы же особенности течения вышеописанных состояний?

Так, в 80% случаев бессимптомного течения клинические симптомы мало выражены и не вынуждают пациентов обращаться к врачу или пройти соответствующее обследование. В свою очередь, у медицинских работников они наблюдаются под диагнозами дисбактериоз, дискинезия толстой кишки, синдром раздраженной толстой кишки. Для клинически неосложненного дивертикулеза характерен преимущественно болевой синдром различного характера и интенсивности, сопровождающийся нарушением акта дефекации. Чаще всего боль локализуется в проекции сигмовидной кишки, спастического характера, усиливается по мере наполнения толстой кишки каловыми массами. Возникает боль вследствие нарушения двигательной функции и растяжения стенки из-за повышения внутрипросветного давления и уменьшается или исчезает после акта дефекации. Однако часть больных в межспастическом периоде отмечает тупую ноющую боль в нижнем отделе живота или слева. Продолжительность болевого синдрома разнообразна и варьирует от нескольких дней до нескольких недель, но может беспокоить в течение длительного периода (в таких случаях боль может быть связана с воспалительными процессами в стенке кишки), что должно насторожить врача и продолжить обследование, поскольку такое состояние определяет неблагоприятное течение и прогноз дивертикулярной болезни, являясь предвестником осложнений.

Достаточно продолжительный запор — основной симптом нарушения стула у таких больных, но встречаются и жалобы на смену запоров поносами. Запоры могут сопровождаться формированием каловых камней, что может привести к бактериальному воспалению дивертикула вплоть до гангрены и возникновения острой хирургической патологии. Чувство неполного опорожнения кишки и вздутие живота часто определяет диагноз синдрома раздраженной кишки. Многократная дефекация, тенезмы, отсутствие ощущения полного опорожнения кишки после акта дефекации обычно встречаются при локализации процесса в сигмовидной кишке.

По статистике дивертикулярная болезнь толстой кишки с осложнениями регистрируется у 4-5% пациентов, имеющих дивертикулы. Наиболее часто встречающимся осложнением является дивертикулит — воспаление дивертикула, развивающееся вследствие застоя каловых масс в дивертикулах на фоне дистрофии стенки кишки, потери барьерных свойств эпителия, действия патогенной флоры. При выраженном процессе вследствие воспалительного отека или развития язв уменьшается внутренний просвет пораженного сегмента и может возникнуть синдром кишечной непроходимости, что требует хирургического наблюдения, поскольку проявляется клиника острого живота.

Для дивертикулита характерно и хроническое течение со сменой фаз ремиссий и обострений с развитием болевых абдоминальных кризов. При этом развиваются интенсивные боли в животе, поносы, появление в стуле примеси слизи, крови, стойкий метеоризм, лихорадка, выраженная болезненность при пальпации живота в месте воспаленных дивертикулов. Если процесс не остановить, то развиваются окологрыбчатый инфильтрат, который в последующем может сформировать абсцесс. Хронический дивертикулит формирует спаечный процесс, который приводит к развитию непроходимости кишечника и образованию свищей. Кроме того, к осложнениям относится перфорация истонченной стенки кишки (в 2-27%) и кровотечение, приводящие к перитониту.

Таким образом, дивертикулез чаще всего осложняется острым и хроническим дивертикулитом, перфорацией и кровотечением, кишечной непроходимостью, паракишечной флегмоной и внутренними или внешними кишечными свищами.

Обязательными методами инструментального обследования также служат проктологическое обследование, ирригоскопия, фиброколоноскопия. При ирригоскопии основным признаком дивертикула является выход контрастного вещества за пределы контура кишки в виде мешковидных теней, одиноких или множественных, распространенных по всей кишке, диаметром от 0,2-0,3 до 2-3 см и более. Характерным рентгенологическим признаком являются шейки, которые вместе с мешковидным выпячиванием при достаточном контрастировании считаются патогномоничными признаками заболевания. В случае нечеткой структуры дивертикула, длительной задержки контраста, возникает спазм или неупорядоченное расположение гаустр, выявляются грубые, широкие, отечные складки слизистой оболочки, что чаще всего свидетельствует о дивертикулите. Кроме этого, метод позволяет диагностировать стеноз кишки и наличие свищей при фистулографии.

Интернист не должен пройти мимо трех вариантов рентгенологических симптомокомплексов, поскольку это определяет прогноз больного. Первый тип морфофункциональных изменений характеризуется невыраженным гипертонусом, диаметром кишки 3,5-4 см, сглаженностью межаустральных складок, сохранением эластичности стенки кишки. Второй тип изменений характеризуется диаметром 2,5-3 см, деформированным гаустральным рисунком, сглаженностью складок и сохраненной эластичностью стенки кишки. Для третьего типа морфофункциональных изменений характерен диаметр меньше 2,5 см, стойкий гипертонус, хаотическая гаустрация, пилороподобный контур, снижение эластичности и фиксированность кишки.

С помощью компьютерной томографии можно обнаружить дивертикул, воспалительное утолщение стенки кишечника, инфильтрацию жировой ткани вокруг сигмовидной и других отделов толстой кишки, абсцессы.

Эндоскопически дивертикулез проявляется отеком или эритемой шейки/устья дивертикула. С помощью колоноскопии можно уточнить протяженность воспалительных изменений, расположение дивертикулов, состояние их слизистых оболочек, локализацию свищей и стенозов. В большинстве случаев с помощью эндоскопических методов можно не только выявить кровотечение, уточнить его локализацию, но и провести сосудосуживающую местную терапию.

Дифференциальная диагностика проводится с синдромом раздраженной кишки, опухолями толстой кишки, язвенным колитом, болезнью Крона, поскольку общими признаками для этих заболеваний является боль в животе, вздутие, поносы, чередующиеся с запорами, слизисто-кровянистые выделения из прямой кишки.

Синдром раздраженной кишки чаще формируется вторично, вследствие хронического холецистита, пептической язвы двенадцатиперстной кишки, хронического панкреатита. При этом нет четкой локализации абдоминальной боли, при фиброколоноскопии не находят дивертикулярных выпячиваний в толстой кишке.

В случае энтероколитического или диспепсического варианта опухоли ободочной кишки в отличие от дивертикулярной болезни на первый план выходят потеря массы тела и анемия. Со временем появляются запоры, которые усиливаются вплоть до возникновения непроходимости толстой кишки, опухолевая природа которой подтверждается инструментальными методами исследования.

Общим для воспалительных заболеваний кишечника и дивертикулярной болезни является локализация боли в левой

Продолжение на стр. 34.



# Мукофалк®



Alpen Pharma Group

Представительство «Альпен Фарма АГ»

04075, Киев, Пуца Водица, ул. Лесная, 30-А

Тел. +38 (044) 401-81-03, +38 (044) 401-81-04

www.alpenpharma.ua, www.alpenpharma.com, www.dralkpharma.de

Т.Н. Христин, д.м.н., профессор кафедры семейной медицины  
Буковинского государственного медицинского университета, г. Черновцы

## Запор как один из факторов риска дивертикулярной болезни

Продолжение. Начало на стр. 32.

половине живота. Дифференциальным признаком для дивертикулярной болезни при этом будет запор, а для болезни Крона и язвенного колита — частые и жидкие испражнения параллельно с внекишечными проявлениями в виде артритов, гнойных поражений кожи; при ректороманоскопии и фиброколоноскопии в зависимости от степени активности выявляют отек, гиперемию слизистой оболочки, легкую контактную кровоточивость, а в просвете кишки — гной, кровь, псевдополипы при отсутствии дивертикулов.

Соответствующие подходы к лечению выбирают с учетом особенностей этиологии, патогенеза, стадии заболевания. Назначают диетотерапию (пищу, обогащенную пищевыми волокнами), кишечные антисептики, прокинетики (антагонист периферических дофаминовых D<sub>2</sub>-рецепторов и блокатор ацетилхолинэстеразы, например итоприда гидрохлорид), спазмолитики (отилония бромид, мебеверин), антибактериальные средства, антифлатуленты, чаще всего содержащие симетикон, пре- и пробиотики, синбиотики при сопутствующем дисбактериозе, полиферментные препараты, лечебные микроклизмы. При интенсивной выраженности клинической картины обострения дивертикулярной болезни с целью купирования симптоматики и профилактики возможных осложнений целесообразно проводить 7-10-дневные курсы антибактериальной терапии.

При бессимптомной и неосложненной дивертикулярной болезни пищевые волокна относят к базисным средствам лечения и вторичной профилактики, в том числе в виде лекарственных препаратов для нормализации моторики и профилактики возможных осложнений, рекомендуется их постоянный прием.

Основные типы пищевых волокон представлены на рисунке (М.Д. Ардатская, 2001).

Выдающийся ученый-физиолог академик А.М. Уголев писал: «Пищевые волокна эволюционно включены в желудочно-кишечную технологию и необходимы для нормального функционирования пищеварительной системы и организма в целом. Эти вещества служат основой для продукции в ЖКТ за счет микрофлоры нескольких групп важнейших веществ: витаминов, незаменимых аминокислот, некоторых физиологически активных гормоноподобных веществ».

Существуют растворимые в воде волокна (пектины, камеди, слизи, некоторые фракции гемицеллюлозы), их еще называют мягкими, и нерастворимые (целлюлоза, лигнин, часть гемицеллюлозы), их часто называют грубыми пищевыми волокнами. Так, целлюлоза представляет собой неразветвленный полимер глюкозы, содержащий до 10 тыс. мономеров, гемицеллюлоза образована конденсацией пентозных и гексозных остатков, с которыми связаны остатки арабинозы, глюкуроновой кислоты и ее метилового эфира. Гумми (камеди) являются разветвленными полимерами глюкуроновой и галактуроновой кислот, к которым присоединены остатки арабинозы, маннозы, ксилозы, а также соли магния и кальция. Слизь представляют собой разветвленные сульфатированные арабиноксиланы. Пектины — молекула представлена полимером галактуроновых и гулууроновых кислот. Пектиновые вещества — это группа высокомолекулярных соединений, входящих в состав клеточных стенок и межклеточного вещества высших растений. Лигнин является полимерным остатком древесины после ее перколяционного гидролиза, который проводится

с целью выделения целлюлозы и гемицеллюлозы. Альгинаты — соли альгиновых кислот, в большом количестве содержащихся в бурых водорослях, молекула которых представлена полимером полиуроновых кислот (рис.).

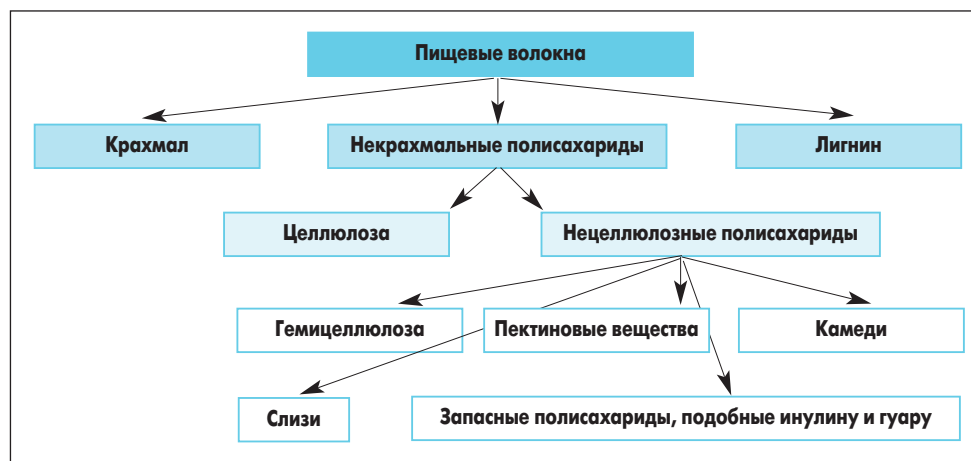


Рис. Основные типы пищевых волокон

При дивертикулярной болезни в случае запора и при запорах, не связанных с дивертикулярной болезнью, с позиций доказательной медицины целесообразно назначать псилиум (Мукофальк®), состоящий в основном из углеводов (902 мг/г), небольшого количества растительных белков (35 мг/г) и других компонентов. Мукофальк® — псилиум — содержит несколько фракций, играющих существенную роль как в обмене веществ, так и в нормализации деятельности кишечной микрофлоры. Так, фракция А (30%), растворимая в щелочной среде, неферментируемая бактериями (выступает как наполнитель, создающий объем), и гелеобразующая фракция В (55%) (высокоответственный арабиноксилан, состоящий из остова, образованного ксилозой, с арабинозо- и ксилозосодержащими коковыми цепями) представляют собой частично ферментируемую фракцию, которая связывает воду и желчные кислоты, снижая уровень холестерина; фракция С (15%) — вязкая и быстро ферментируемая кишечными бактериями, замедляет эвакуацию из желудка и оказывает пребиотическое действие. В США псилиум был включен в готовые к употреблению злаковые хлопья еще в 1989 г., когда FDA разрешило компаниям, производящим пищевые продукты, заявлять о том, что псилиум уменьшает риск сердечных заболеваний.

Механизмы противовоспалительного и цитопротекторного действия псилиума: прямое обволакивающее и защитное действие на слизистую оболочку кишечника, пребиотическое действие с образованием короткоцепочечных жирных кислот, обладающих противовоспалительным и регенераторным действием, связывание конечных токсических продуктов и канцерогенов — дают основание использовать его в лечении и вторичной профилактике дивертикулярной болезни. Считается, что преимущество Мукофальк® как натурального пребиотика заключается в том, что благодаря наличию в составе гелеобразующей фракции бифидогенное воздействие волокон распространяется на более дистальные отделы ободочной кишки, где чаще всего образуются дивертикулы [4]. Поскольку при дивертикулезе вследствие запоров формируются условия для возникновения геморроя, то прием псилиума является эффективным в профилактике рецидивов геморроидальных кровотечений в 50% случаев.

Если в лечении дивертикулярной болезни рекомендуется постоянный прием препарата, 2-4 пакетика ежедневно, то при

лечении хронических запоров предлагается принимать 3-6 пакетиков ежедневно в течение одного месяца и более. При приеме Мукофалька не требуется превышать физиологическую норму приема жидкости в день (2,0-2,5 литра всей жидкости в день, как известно, в рамках общего подхода к терапии запоров рекомендуется принимать больше жидкости, чем обычно). Существует два способа приема препарата. При первом способе приема один пакетик Мукофалька растворяется в стакане холодной воды (150 мл), размешивается и выпивается. При необходимости пациент может принять еще один стакан воды.

Второй способ приема заключается в следующем. Мукофальк® растворяется в стакане воды (в данном случае можно

которая при пальпации живота обнаруживала симптомы, характерные для ограниченного перитонита, и инфильтрат в левой подвздошной области живота, пациентка была госпитализирована в хирургический стационар. Проведено консервативное лечение: антибактериальное, дезинтоксикационное, применялись лактулоза и мебеверин. Ирригоскопически установлен множественный дивертикулез сигмовидной кишки и дивертикулит. В последующем симптомы дивертикулита беспокоили больную до 2 раз в год, с чем она справлялась самостоятельно, ориентируясь на предыдущие врачебные назначения. Больная принимала месалазин (Салофальк) в форме ректальных суспензий 60 мл (4 г), поскольку он, действуя топически, обеспечивает высокую концентрацию препарата непосредственно в зоне поражения кишки, псилиум (Мукофальк®). Выбор терапии определялся источником пищевых волокон (семена подорожника), действием препарата (слабительное, противовоспалительное, цитопротекторное, пребиотическое и обволакивающее действие на эпителиальные клетки кишки), а также тем, что он является матриксом для ферментов поджелудочной железы, способствуя улучшению пищеварения. Первоначально пациентка в течение 3 мес принимала по 2 пакетика ежедневно постоянно (один прием в виде желе утром, другой — в виде раствора в 17 ч дня). В последующем была выбрана тактика приема натошак в виде желе и в 17-19 ч — также в виде желе.

При этом мы руководствовались следующим. Гель-формирующая фракция оказывает цитопротекторное действие, связывает желчные кислоты, излишки воды, адсорбирует токсины и канцерогены, усиливает бактерицидное действие желчи при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишке, а значит — такой способ более эффективен.

Положительный результат стал очевиден после 6 мес и проявлялся уменьшением интенсивности болевого синдрома, акт дефекации стал появляться 1 раз в 4 дня и не сопровождался болевым синдромом, дивертикулит (как острое состояние) не беспокоил больную в течение данного периода времени.

Таким образом, псилиум (Мукофальк®) в комплексном лечении является эффективным при запорах, неосложненной дивертикулярной болезни и для профилактики развития дивертикулитов, приводящих к осложнениям, требующим незамедлительного хирургического вмешательства, что влияет на качество жизни, в том числе в социальном и экономическом аспектах.

### Литература

- Байда А. Причины запора и возможности современной терапии // А. Байда, О. Позднякова // Врач. — 2011. — № 7. — С. 13-17.
- Бурова Л.И. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: клинические формы, диагностика и лечение: Пособие для врачей. — АТЕ Арт., 2011. — 48 с.
- Заболевания кишечника / Под ред.: Ф.Э. Дорощев. Т.Д. Звягинцева, Н.В. Харченко. — Горловка: ПП «Видавництво Ліхтар», 2010. — 532 с.
- Звягинцева Т.Д. Дивертикулярная болезнь толстой кишки: терапевтические возможности коллонопротекции // Т.Д. Звягинцева, А.И. Чернойбай // Сучасна гастроентерол. — 2013. — № 4 (66). — С. 67-75.
- Маев И.В. Современный алгоритм ведения пациентов с синдромом хронического запора с позиций внедрения новых фармакологических препаратов // И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев // Фарматека. — 2011. — № 13. — С. 37-43.
- Микробиологические аспекты в лечении запоров // В.А. Исаков, А. К. Шаховская, В.И. Пилипенко, Д.А. Теплюк // Леч. врач. — 2011. — № 6. — С. 77-81.
- Руденко Н.Н. Лечение хронического запора: от теории к практике // Н.Н. Руденко, О.В. Томаш, А.Э. Дорощев // Новости медицины и фармации — 2013. — № 457. — Гастроэнтерология. — С. 37-39.
- Самсонов А.А. Алгоритмы диагностики и лечения хронического запора // А.А. Самсонов // Consilium medicum. Гастроэнтерология. — 2012. — № 1. — С. 68-74.
- Ткач С.М. Синдром раздраженной кишки: естественное течение и возможности противорегидивной терапии // С.М. Ткач // Гастроэнтерология — 2012. — 32 (279). — С. 5-8.
- Фалеев Г.Д. Особенности сочетания функциональных заболеваний органов пищеварения и нейрорегуляторной дистонии у лиц молодого возраста // Г.Д. Фалеев, О.В. Чирва // Сучасна гастроентерол. — 2013. — № 5 (73). — С. 7-15.
- Шипулин В.П. Запор: [лекция] // В.П. Шипулин // Theoria. Укр. мед. вісн. — 2010. — № 5. — С. 27-35.