

Л.С. Бабінець, д.м.н., професор, О.І. Криський, к.м.н., ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України»

## Сучасні підходи до лікування закрепів у практиці сімейного лікаря

**У практиці сімейного лікаря 25-30% пацієнтів гастроентерологічного профілю скаржаться на закріп. Закріп – це стійке або інтермітуюче порушення функції товстої кишки зі зменшенням частоти випорожнень <3 р/тиж та вимушеним натужуванням, що займає понад 25% тривалості дефекації. На закріпи страждають від 30 до 50% дорослого населення. У віковій групі понад 60 років розповсюдженість цього порушення сягає 60%. Хронічні закріпи мають місце в 60% хворих на цукровий діабет.**

Нормальне функціонування товстої кишки у людини залежить від багатьох причин: особливостей харчування, соціальних умов, зміни звичного режиму дня, об'єму спожитої рідини та гормонального циклу (у жінок). На моторику товстої кишки впливає склад їжі: жири і вуглеводи стимулюють, а амінокислоти і білки, навпаки, пригнічують її моторну активність. Товста кишка та її мікрофлора фізіологічно єдині. Зміна складу кишкової мікрофлори може призвести до порушень метаболізму (дисбалансу вітамінів та електролітів) і транзиту хімусу кишкою.

Розрізняють закріпи органічної та функціональної природи. Найчастіше зустрічаються функціональні закріпи хронічного характеру, тобто такі, що відзначаються протягом  $\geq 3$  міс. За Римськими критеріями II (1999), діагноз хронічного закріпу може бути встановлено за наявності  $\geq 2$  симптомів, що зберігаються  $\geq 12$  тиж (не обов'язково послідовних) протягом року: натужування під час акту дефекації, що займає  $\geq 25\%$  часу останньої; фрагментований та/або твердий кал як мінімум при одному з 4 актів дефекації; відчуття неповної евакуації кишкового вмісту як мінімум при одному з 4 актів дефекації; відчуття перешкоди при проходженні калових мас як мінімум при одному з 4 актів дефекації; необхідність проведення пальцевих маніпуляцій, що полегшують акт дефекації, при  $>1$  з 4 актів дефекації; частота актів дефекації  $<3$  р/тиж.

Закрепи можуть викликати первинні і вторинні моторні розлади, що супроводжуються як гіпотонічною, так і спастичною дискінезією кишки. У практиці сімейного лікаря переважно зустрічаються закріпи, зумовлені вторинними моторними розладами.

Причини закріпу можна поділити на декілька груп: захворювання товстої кишки (коліт, атонія або спазм кишки, мегаколон, поліпоз); порушення обміну речовин (зневоднення, гіпофункція щитовидної та надниркових залоз); особливості харчування (різка зміна харчування, нестача в раціоні рослинної клітковини, недостатнє вживання рідини, надлишок заліза в їжі, дефіцит фолієвої кислоти); болючий акт дефекації (наявність тріщин заднього проходу, геморої); застосування лікарських засобів.

Виникнення закріпів можуть спровокувати такі чинники: системні захворювання сполучної тканини (ревматизм, ревматоїдний артрит, системний червоний вовчак, склеродермія); переважання в раціоні жирної і білкової їжі; недостатня фізична активність; тривале використання послаблюючих засобів; часте застосування клізм.

Найчастіше причиною порушень кишкового транзиту є нерациональне харчування, а саме: нерегулярний прийом їжі, недостатня кількість спожитої рідини і клітковини. Часто закріпи виникають унаслідок звичного пригнічення позивів до дефекації через нестачу часу вранці, особливості режиму роботи, чергу біля туалету тощо. Звичка пригнічувати позив до дефекації може призвести до хронічного розтягнення і зниження тону прямої кишки, зменшення ефективності синаптичної передачі і, як наслідок, до хронічного закріпу. Закрепи часто мають місце при ендокринних розладах (цукровий діабет, гіпотиреоз, ожиріння), захворюваннях нервової системи (ураження спинного мозку, аномалії нервових сплетень і гангліїв, хвороба Паркінсона, паралітичний синдром, розсіяний склероз) і психічних порушеннях (депресія, стрес, деменція).

Особливу увагу звертають на постмедикаментозні закріпи. Лікарі повинні пам'ятати, що деякі медикаменти пригнічують моторну активність товстої кишки, тому призначати їх слід обережно, контролюючи тривалість курсу лікування. До таких ліків належать антациди (на основі гідроксиду алюмінію або карбонату кальцію); антидепресанти, транквілізатори; антихолінергічні препарати (спазмолітики); нестероїдні протизапальні препарати; протиілептичні препарати, нейролептики; гіпотензивні засоби ( $\beta$ -блокатори, антагоністи кальцію, антиадренергічні препарати центральної дії, блокатори рецепторів ангіотензину II, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту); антибіотики

(цефалоспорины), протитуберкульозні засоби; препарати заліза; діуретики; гестагени; міорелаксанти; урологічні препарати (для терапії захворювань передміхурової залози).

Одновременний прийом декількох лікарських засобів може посилювати і підтримувати закріп. Сімейні лікарі часто використовують антацидні препарати. При цьому слід брати до уваги деякі особливості їх застосування. Антацидні препарати, що містять алюміній, показані при схильності до проносів, а ті, що містять магній, – при схильності до закріпів. При тривалому прийомі антацидів унаслідок зниження захисної ролі соляної кислоти виникає схильність до інфекцій шлунково-кишкового тракту. Антациди не можна поєднувати з вісмутом субцитратом і сукральфатом через фармакодинамічну несумісність.

У пацієнтів із закріпами нерідко спостерігаються зниження апетиту, відрижка, неприємний присмак у роті, відчуття важкості, переповнення в шлунку, також можуть відзначатися зміни шкіри – блідість із землистим відтінком, сухість. Нігті стають ламкими, розшаровуються, з'являється лупа, випадає волосся. У зв'язку з постійною інтоксикацією розвиваються слабкість, головний біль, знижуються настрої і працездатність, порушується сон, нерідкими є скарги на зниження пам'яті.

Хронічні закріпи сприяють розвитку повторних ентококолітів, анальних тріщин, геморою; їх можуть супроводжувати дисбіоз, порушення імунної системи, розлади обміну речовин. Сповідальне спорожнення кишечника призводить до підвищення концентрації різних токсинів, у т. ч. канцерогенних речовин, у крові та лімфі. Надмірні натужування при закріпах можуть спровокувати ускладнення захворювань серцево-судинної системи (інсульт, інфаркти, тромбоемболії), особливо в осіб похилого віку.

Обстеження при колітах із закріпами завжди спрямоване на виключення органічної патології. На першому етапі проводять загальноклінічні дослідження, пальцеве обстеження прямої кишки, ректороманоскопію, іригоскопію, огляд гінеколога (для жінок) і уролога (для чоловіків). Особливу настороженість в лікаря мають викликати скарги пацієнта на закріп на тлі немотивованої втрати ваги, постійного болю в животі, лихоманки, обтяженого сімейного анамнезу щодо раку товстої кишки, а також наявності крові в калі, лейкоцитозу, анемії, підвищення ШОЕ, гепато- і спленомегалії.

На другому етапі обстеження з'ясовують рівень стазу кишкового вмісту, встановлюють тип моторних порушень (гіпер- чи гіпокінетичний), діагностують супутню патологію (гастроентерологічну, ендокринну, неврологічну і т. ін.), уточнюють тип моторного розладу (первинний чи вторинний). За необхідності діагностичний комплекс розширюють: досліджують мікрофлору калу, проводять психоневрологічне обстеження, певні спеціалізовані тести тощо.

Першочерговими в лікуванні функціонального закріпу є детальні рекомендації і наполегливі вимоги лікаря щодо зміни способу життя і харчування пацієнта. Хворий має чітко усвідомити негативні фактори власного способу життя (як-от: гіподинамія або постійне фізичне перевантаження, скорочення часу для відпочинку, тривале перебування в сидячому положенні, надмірна дратівливість і т. ін.), режиму дня і раціону, недоліки у виборі продуктів харчування, неконтрольований прийом певних ліків, що можуть спричинити закріп. Також пацієнту слід пояснити, що нормальним фізіологічним випорожненням вважається не тільки щоденне, але й з частотою 1 раз у 2 дні. Особливу увагу в розмові з пацієнтом слід приділити раціональному харчуванню. Рекомендуються чотириразове харчування, збагачене природною клітковиною (морква, буряк, кабачки, гарбуз, диня, пшеничний і житньо-пшеничний хліб із висівками та з муки грубого помелу; каші: пшенична, гречана, перлова, вівсяна). Оптимальним вмістом клітковини у щоденному раціоні є 35 г.

Стимулюють роботу кишечника органічні кислоти та цукри, що входять до складу овочів і фруктів. Отже, слід рекомендувати пацієнту вживати фруктові й овочеві соки,



Л.С. Бабінець

інжир, фініки, чорнослив, курагу, абрикоси, дині, банани, некислі яблука (за 1,5-2 год до або після їди), при хорошій переносимості молочних продуктів – свіжий кефір, кисле молоко. Загальна добова кількість рідини має становити щонайменше 1,5 л.

При закріпах слід утриматися від вживання білого хліба, здоби, жирного м'яса, копчених продуктів, консервів, гострих страв, шоколаду, міцного чаю і кави; обмежити вживання манної і рисової каш, вермішелі, картоплі; виключити бобові, капусту, шавель, шпинат, яблучний і виноградний соки, ріпу, редьку, редиску, цибулю, часник.

Хворим на закріп показані мінеральні води (Єсентуки № 17, Славяновська та ін.) у холодному вигляді. Пацієнтам доцільно збільшити фізичне навантаження (наприклад, прогулянки до 6-8 км на день, плавання, фізичні вправи на зміцнення м'язів тазового дна, черевного преса, корекцію постави).

Обґрунтованим при закріпах є призначення послаблювальних препаратів. Їх поділяють на стимулюючі (сенна, кора крушини; бісакодил, пікоссульфат натрію); осмотичні (магнію сульфат, макрогол, лактулоза); формуючі об'єм (насіння подорожника, суміш полісахаридів і альгінових кислот, отриманих із морської капусти, висівки, насіння льону, інжир); пом'якшувальні (вазелинова та мигдальна олії, гліцерин, докзат натрію); препарати у свічках і мікроклізмах; комбіновані засоби. Використовуються допоміжні препарати: прокінетики, спазмолітики, препарати жовчі та жовчних кислот, деякі лікарські рослини.

У комплексному лікуванні закріпу часто використовують допоміжні засоби (прокінетики, спазмолітики, препарати жовчі та жовчних кислот). Відомо, що прокінетики (метоклопрамід, домперидон) стимулюють перистальтику шлунково-кишкового тракту. Спазмолітики (дротаверин, папаверин, мебеверин та ін.) зменшують спазм непосмугованої мускулатури, призначаються у разі, якщо закріпи пов'язані зі спазмом кишечника. Препарати жовчі та жовчних кислот, а також деякі лікарські рослини (квітки безсмертника, звіробій, пижмо, кукурудзяні приймочки, екстракт артишоку) стимулюють утворення та виділення жовчі – природного стимулятора перистальтики.

Тривале застосування послаблювальних препаратів збільшує ризик гіпокаліємії, натріємії, підвищення рівня альдостерону, порушення функції нирок. Клінічна картина характеризується постійним больовим синдромом або колькою, здуттям, нудотою, блюванням, анорексією, неприємним запахом з рота, схудненням, анальним свербінням. На гіпокаліємію вказують спрага, м'язова слабкість, поліурія, паралітична кишкова непрохідність, ниркова недостатність. Діагностика зловживання послаблювальними препаратами проводиться шляхом визначення вмісту калію у плазмі крові.

Через 5 років прийому один і той самий послаблювальний препарат зберігає ефективність у кожного 2-го пацієнта, через 10 років – лише в кожного 10-го. Викликає занепокоєння той факт, що 60% людей приймають послаблювальні препарати без призначення лікаря.

Медикаментозна терапія, підібрана лікарем, ефективною буде лише за умови врахування характеру моторних порушень товстої кишки. При гіпомоторній дискінезії товстої кишки використовують прокінетики, при спастичній дискінезії – спазмолітики міотропної дії.

Надійне підґрунтя в лікуванні закріпу – нормалізація функціональних порушень товстої кишки. З цією метою можна використовувати селективний антагоніст кальцію пінаверію бромід. Цьому препарату притаманна низка переваг: він діє тільки на травний тракт, не має побічних кардіоваскулярних ефектів, характеризується високою спазмолітичною активністю, за наявності больового синдрому зменшує його вираженість. Ефективність і безпечність пінаверію броміду при функціональних порушеннях товстої кишки підтверджені в Кокранівському огляді. Доведено,

Продовження на стор. 22.

# Сучасні підходи до лікування закрепів у практиці сімейного лікаря

Продовження. Початок на стор. 21.

що цей препарат скорочує час транзиту кишкового вмісту й усуває спазм м'язів товстої кишки. Прийом пінаверію броміду полегшує проведення іригографії завдяки зменшенню спастичної реакції кишки. Спектр дії препарату включає ліквідацію закрепу та метеоризму. При лікуванні пінаверієм бромідом доцільно дотримуватися таких рекомендацій: вживати таблетки під час їди, не розжовуючи, запивати склянкою води, щоб запобігти контакту пінаверію броміду зі слизовою оболонкою.

Існують певні правила використання послаблювальних препаратів.

- Ці ліки бажано призначати натщесерце.
- При тривалому їх прийомі розвивається гіпокаліємія, тому терапію послаблювальними засобами доцільно поєднувати з прийомом препаратів калію.
- Послаблювальні, що містять антраглікозиди, діють через 8-12 год після прийому, тому їх рекомендується приймати увечері, перед сном.
- Послаблювальні, що містять антраглікозиди, не застосовують при спастичних закрепах, оскільки вони можуть викликати біль у товстій кишці.
- Антрахінонові глікозиди проникають в молоко матері, тому препарати, що містять їх, не слід призначати пацієнтам в період лактації.
- Не рекомендується тривале застосування послаблювальних препаратів з групи антраглікозидів (через ризик розвитку псевдомеланозу товстої кишки).
- При тривалому застосуванні вазелінової олії знижується всмоктування жиророзчинних вітамінів (А і D) і підвищується ризик утворення злоякісних пухлин у шлунково-кишковому тракті.
- Лактулозу не слід приймати пацієнтам із гострими запальними захворюваннями кишечника.
- Касторова олія проявляє послаблювальний ефект через 5-6 год.
- Касторову олію категорично заборонено призначати вагітним.

• Сольові послаблювальні проявляють ефект через 4-6 год.

• Сольові послаблювальні протипоказані при вагітності, оскільки бурхлива перистальтика може стимулювати скоротливу активність матки.

• При прийомі послаблювальних засобів, що містять рослинні волокна, потрібно випивати за добу не менш ніж 1,5 л рідини.

Лікар має не тільки ретельно контролювати курс лікування, а й призначати кількадевні перерви, щоби оцінити результативність терапевтичної тактики. При частому й тривалому застосуванні послаблювальних засобів обґрунтованим є призначення таблетованих (при задовільному всмоктуванні поживних речовин) або ін'єкційних (за умови порушеного всмоктування) форм полівітамінних препаратів.

У деяких хворих ефект лікування послаблювальними, прокінетиками, міотропними спазмолітиками є недостатньо вираженим. Очевидно, що діагностичний пошук було проведено без урахування емоційного статусу. У такому разі подальшим кроком лікаря має бути призначення заспокійливих препаратів. У лікуванні пацієнтів із соматоформними розладами доказовою базою застосування антидепресантів нового покоління і лікарських засобів рослинного походження є дані Кокранівського огляду.

Серед цілющих трав, відомих людству протягом багатьох століть, звіробій займає одне з найпочесніших місць. І це не дивно, адже, за народними переказами, саме звіробій має здатність виліковувати 99 хвороб. Ця диво-рослина активно використовується як у народній, так і в традиційній медицині. Звіробій має антибактеріальні, знеболювальні, антисептичні, сечогінні, ранозагоювальні, антидепресивні, жовчогінні, протиревматичні, глистогінні властивості. Ця лікарська рослина – відмінний проносний засіб помірної дії. Хімічний склад звіробію надзвичайно різноманітний. Проведені дослідження показали, що він містить дубильні речовини, β-ситостерин, ефірні олії, тритерпенові сапоніни, флавоноїди, гіперозид, рутин, макро- і мікроелементи, вітаміни С і Е, антрахінони.

Серед лікарських препаратів привертає увагу екстракт звіробію, що містить гіперфорин – неспецифічний інгібітор зворотного захоплення серотоніну, норадреналіну і дофаміну. Досить ефективним засобом цієї групи є Седаристон – стандартизований препарат звіробію і валеріани, компоненти якого оптимально доповнюють і підсилюють дію один одного.

Екстракт звіробію у поєднанні з екстрактом валеріани ефективно усуває прояви депресивних розладів, підвищену нервову збудливість і тривогу, спричинені різноманітними захворюваннями шлунково-кишкового тракту, в тому числі закрепами. Седаристон приймають по 1-2 капсули 3 р/добу, курс лікування триває 2-4 тиж.

Хворим на закреп пробіотики доцільно призначати в разі попереднього прийому антибіотиків і клінічно та лабораторно доведеної наявності дисбіозу кишечника. Разом із тим лікар має пам'ятати, що пробіотики можуть зменшувати газоутворення.

Застосування ферментних препаратів при закрепах залежить від проявів основного захворювання, яке зумовило цей симптом. Доцільно призначати ці засоби і за наявності ферментної недостатності у людей похилого віку, вимушеного одноманітного харчування, а також пацієнтам із тривалим ліжковим режимом, особам, які ведуть малорухливий спосіб життя. Дозування ферментів за наявності ферментної недостатності залежить від проявів останньої.

**Сучасні можливості фармакологічної корекції функції шлунково-кишкового тракту досить широкі. Лікар може використовувати препарати, що на різних рівнях і за допомогою різних механізмів підвищують пропульсивну активність кишечника, усувають спазм і т. ін. Мистецтво лікарської справи вимагає ретельного аналізу конкретної клінічної ситуації, виваженої оцінки результатів обстеження та адекватної терапії. На хороший результат лікування можна сподіватися у випадку повного взаєморозуміння і взаємодії лікаря і пацієнта. Це дозволяє вирішити проблему у конкретної людини та покращити якість її життя.**

Список літератури знаходиться в редакції.

## КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ

### Презентація книги «Очерки клинической пульмонологии»

(для пульмонологів, фтизіатрів, рентгенологів, сімейних лікарів)



Вышла в свет книга под редакцией заведующего клинико-функциональным отделением ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины» (г. Киев), доктора медицинских наук, профессора Владимира Константиновича Гаврилюка «Очерки клинической пульмонологии».

В книге освещены вопросы диагностики и терапии интерстициальных заболеваний легких. Каждый раздел содержит современные сведения о клинической семиотике заболевания, принципах диагностики и терапии, иллюстрирован описанием клинических наблюдений.

Особое внимание авторы книги уделили характеристике возможностей компьютерной томографии высокого разрешения, которая по результату морфологической диагностики интерстициальных заболеваний легких в настоящее время успешно конкурирует с патогистологическими методами исследования.

Подробно описаны принципы ведения пациентов с наиболее распространенными интерстициальными заболеваниями легких – саркоидозом и идиопатическим легочным фиброзом.

Книга «Очерки клинической пульмонологии» будет распространяться на тематических конференциях, ее также можно будет найти в Национальной и областных научных медицинских библиотеках, а также на сайте Национального института фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины.

Книга предназначена для пульмонологов, терапевтов, фтизиатров, семейных врачей, рентгенологов.



## ПРЕСС-РЕЛИЗ

### Премия в области медицинской химии 2016



Международный союз теоретической и прикладной химии (IUPAC) и фармацевтическая компания «Гедеон Рихтер» объявляют о начале приема заявок на соискание международной премии в области медицинской химии.

Награда в размере 10 тысяч долларов США будет вручена во время Международного симпозиума по медицинской химии Европейской федерации медицинской химии (EFMC), который будет проходить с 28 августа по 1 сентября 2016 года в г. Манчестере (Великобритания). На мероприятии лауреат премии должен будет презентовать аудитории свое исследование, получившее высшую оценку жюри.

Премия присуждается ученому с мировым именем, предпочтительно занимающемуся исследованиями в области медицинской химии, чья деятельность или научные публикации внесли существенный вклад в прикладную науку или позволили создать инновационный лекарственный препарат.

Соискатели представляют заявки в определенных оргкомитетом номинациях, при этом заявителем может выступать только один человек. Число рецензентов научной работы – не менее 5 человек. Заявку представляют в электронном виде. В ней должно содержаться: профессиональная биография исследователя (объем – не более двух страниц), а также краткое описание проекта или научной публикации, которые, по мнению соискателя, оказались наиболее значимыми в области медицинской химии.

Оргкомитет гарантирует конфиденциальность предоставленных материалов.

Премия учреждена по инициативе фармацевтической компании «Гедеон Рихтер», ее соискателем может стать ученый из любой страны мира, в том числе из Украины.

Для получения дополнительной информации, пожалуйста, свяжитесь с профессором Яношем Фишером, председателем подкомитета IUPAC по открытию и разработке препаратов: j.fischer@richter.hu.

Тел.: +1 (919) 485 87 00. Факс: +1 (919) 485 87 06.

Пресс-служба «ЗУ»