

Н.Б. Губергриц
Г.М. Лукашевич
П.Г. Фоменко
Н.В. Беляева
А.А. Бурка



ЗАПОР:

простые ступени к свободе

В ПОМОЩЬ
ПАЦИЕНТУ

Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко,
Н.В. Беляева, А.А. Бурка

В помощь пациенту

Запор: простые ступени к свободе

Москва,
2021

УДК 616.3-008.14-02-036-085
ББК 54.133,2-1-35-5
3-33

Запор: простые ступени к свободе: в помощь пациенту / Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко [и др.]. – М.: Прима Принт, 2021. – 80 с.: ил. – ISBN 978-5-6046640-3-2.

Губергриц Наталья Борисовна.

В пособии для пациентов приведены данные о причинах, механизмах развития, лечении хронических запоров. Представлено объяснение действия основных препаратов для лечения запоров, их преимущества и недостатки. При изложении методов лечения особое внимание уделено лечебной физкультуре, пищевым волокнам и конкретно препарату Мукофальк, имеющему многосторонний механизм действия и обширную доказательную базу.

Авторы:

Губергриц Наталья Борисовна – д. мед. н., профессор, зав. кафедрой внутренней медицины им. А. Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Лукашевич Галина Михайловна – к. мед. н., ассистент кафедры внутренней медицины им. А. Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Фоменко Павел Геннадьевич – к. мед. н., доцент кафедры внутренней медицины им. А. Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Беляева Надежда Владимировна – к. мед. н., ассистент кафедры внутренней медицины им. А. Я. Губергрица Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Бурка Александр Александрович – участковый врач, врач функциональной диагностики ГБУЗ ДГП 38 Департамента здравоохранения г. Москвы.

УДК 616.3-008.14-02-036-085
ББК 54.133,2-1-35-5

ISBN 978-5-6046640-3-2

© Коллектив авторов 2021 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Как работают наши органы пищеварения?	4
Что такое запор?	13
Каковы причины запоров?	19
Какова клиника хронических запоров?.....	30
Какие методы врач может рекомендовать для лечения запоров?	31
СТУПЕНЬ 1. Общие мероприятия	32
СТУПЕНЬ 2. Повышение физической активности, лечебная физкультура	35
СТУПЕНЬ 3. Питание	39
СТУПЕНЬ 4. Слабительные средства	48
Мукофальк (псиллиум)	52
Приложение. Пример меню на неделю	67
Литература	76

*Блажен, кто рано поутру
Имеет стул без принужденья, –
Тому и пища по нутру,
И все доступны наслажденья.*

А. С. Пушкин

КАК РАБОТАЮТ НАШИ ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ?

Ежедневно в пищеварительный тракт поступает около 1 кг пищи и 2 л жидкости.

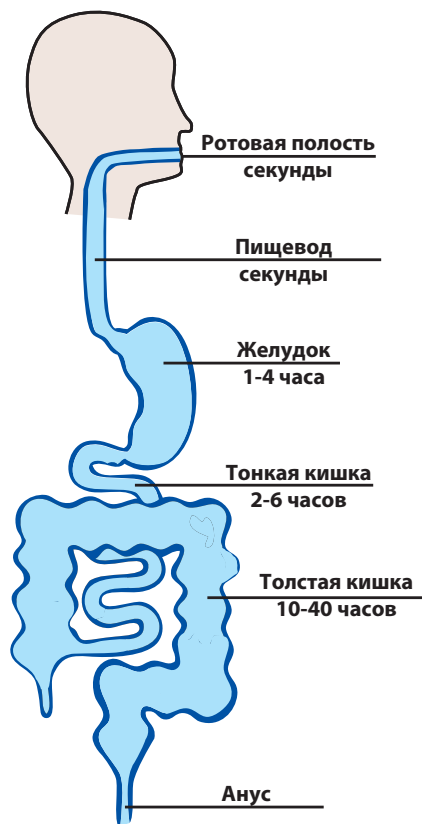
В ротовой полости пища измельчается и подвергается действию слюны. Слюна размягчает пищу и способствует начальному расщеплению углеводов. После проглатывания пища по пищеводу поступает в желудок, где она подвергается дальнейшему измельчению, а также обрабатывается желудочным соком, содержащим соляную кислоту и фермент пепсин. Они расщепляют белки. Затем пищевая кашица поступает в двенадцатиперстную кишку, которая является начальным отделом тонкой кишки. В двенадцатиперстной кишке пищевая кашица обрабатывается

поступающими сюда соком поджелудочной железы и желчью. В результате происходит окончательное расщепление белков, жиров и углеводов. Затем они вместе с витаминами и минералами всасываются в верхних отделах тонкой кишки в кровь, поступают во все органы и ткани и используются для их жизнедеятельности. Оставшиеся неперевариваемые компоненты пищи (например, клетчатка) вместе с желчью, соком поджелудочной железы, кишечным соком поступают из тонкой кишки в толстую. Ежедневно в толстую кишку поступает 1,5-2,0 л содержимого. Во время его прохождения по толстой кишке жидкость и минеральные вещества всасываются, в результате содержимое уплотняется, формируется стул. Он продвигается по толстой кишке вниз благодаря перистальтике. После продвижения каловых масс в прямую кишку (конечный отдел толстой кишки) происходит ее опорожнение (дефекация).

Время полного транзита по пищеварительному тракту составляет 30-100 часов (рис. 1).

Рисунок 1

Скорость транзита пищи по пищеварительному тракту



От чего зависит скорость транзита содержимого по кишечнику?

У здорового человека на скорость транзита влияют объем принятой пищи, содержание в ней пищевых волокон, количество принятой жидкости, двигательная активность человека. Чем больше объем принятой пищи и чем больше человек ест овощей и фруктов, т.е. чем больше поступает пищевых волокон, тем более активна кишечная перистальтика. Кроме того, пищевые волокна полезны для сохранения нормального состава кишечных бактерий. С помощью пищевых волокон достигается чувство насыщения при малой калорийности пищи.

Польза пищевых волокон:

- начинают действовать уже во рту: пища, богатая пищевыми волокнами, требует более длительного пережевывания, чем рафинированная – это стимулирует слюноотделение, улучшает работу желудка и очищает зубы;
- способствуют выведению из организма холестерина и желчных кислот;

- замедляют всасывание сахаров в кровь из кишечника, что особенно важно для больных сахарным диабетом 2-го типа;
- помогают выведению из организма тяжелых металлов, радионуклидов, токсических веществ;
- удерживая воду, способствуют лучшему опорожнению кишечника;
- обеспечивают нормальную работу кишечника, синтез гормонов, витаминов группы В и других веществ, необходимых для работы иммунной системы;
- служат питанием для полезных бактерий кишечника – нормальной кишечной микрофлоры.

Физиологическая потребность в пищевых волокнах для взрослого человека составляет 20-30 г/сут, для детей старше 3 лет – 10-15 г/сут. При этом большинство людей потребляет ежедневно всего около 15 г пищевых волокон. От их дефицита страдает почти 80% населения земного шара.

Долгое время роль пищевых волокон в процессе пищеварения недооценивалась.

Несколько десятилетий назад они вообще считались ненужным балластом, т.к. не усваиваются организмом, не дают энергии и не идут на построение тканей. Их активно удаляли из пищи, создавая рафинированные продукты (сахар-рафинад, муку тонкого помола и изделия из нее, осветленные фруктовые и ягодные соки и т.д.).

Теперь известно, что недостаток пищевых волокон увеличивает риск развития различных заболеваний кишечника, ожирения, желчнокаменной болезни, сахарного диабета 2-го типа и болезней сосудов.

Часто термин «пищевые волокна» заменяют термином «клетчатка», но это не совсем верно. Клетчатка – это только целлюлоза, основной компонент клеточных стенок растений; она является пищевым волокном, но не все пищевые волокна являются клетчаткой. Пищевые волокна – целая группа разнообразных веществ, которые подразделяются на растворимые и нерастворимые.

Растворимые – пектины, камеди, слизи, некоторые фракции гемицеллюлозы – еще на-

зывают мягкими волокнами, они сильно набухают в воде и превращаются в слизистую студнеобразную массу.

Нерастворимые – целлюлоза, лигнин, гемицеллюлоза – называют грубыми волокнами, они проходят через кишечный тракт почти в неизменном виде, воду тоже впитывают, но при этом сохраняют свою форму.

Пищевые волокна содержатся только в растительной пище, в продуктах животного происхождения их нет.

Много пищевых волокон содержат:

- жмых (это то, что остается после отжима соков из овощей и фруктов, масла – из масличных культур) и отруби (по сути, отходы производства муки высших сортов), которые содержат грубые пищевые волокна в высокой концентрации; употреблять их в пищу в чистом виде нужно осторожно и в небольших количествах (!);
- цельные зерна бобовых и злаковых культур и цельнозерновые продукты из них (их можно есть без особых ограничений);
- орехи и сухофрукты – количество клетчат-

ки в них меньше, чем в бобах и злаках, но содержится огромное количество других биологически активных веществ, необходимых для здоровья;

- свежие овощи, фрукты и зелень содержат не только пищевые волокна, но также и другие биологически активные вещества; кроме того, они низкокалорийны, в отличие, например, от орехов, содержащих достаточное количество жиров.

Как обогатить рацион пищевыми волокнами?

- старайтесь чаще есть овощи и фрукты сырыми, соку предпочитайте свежие фрукты;
- пейте соки с мякотью – в ней много мягких пищевых волокон;
- начинайте день с тарелки цельнозерновой каши, богатой клетчаткой;
- добавляйте в кашу свежие или сушеные фрукты и ягоды – так вы увеличите количество пищевых волокон в рационе еще на 2-5 г;
- используйте в пищу крупы только из цельного зерна;

– выбирайте для себя хлеб из муки грубого помола вместо обычного хлеба из муки высшего сорта.

В сутки человек должен употреблять около 2 л жидкости. Например, это может быть 4 чашки чая или некрепкого кофе (150 мл × 4 = 600 мл), 1 стакан кефира или простокваши (250 мл), 1 стакан фруктового сока (250 мл), 1 стакан овощного сока (томатного или тыквенного – 250 мл), 1-1,5 бутылки минеральной воды (500-750 мл).

Важно, что различная жидкость по-разному влияет на кишечную перистальтику. Так, минеральная вода («Славяновская», «Ессентуки №17», «Джермук», «Баталинская» и др.), соки с мякотью, тыквенный, сливовый, абрикосовый соки, травяные чаи (кора крушины, листья сенны, льнянка, суданская роза, боярышник и др.) активизируют перистальтику, а крепкий черный чай, крепкий кофе, какао, гранатовый и черничный сок могут усугубить запор.

Наконец, для полноценной кишечной перистальтики необходима **нормальная двигательная активность** человека. Умерен-

ная физиологическая нагрузка, особенно на брюшной пресс, способствует перистальтике. Гиподинамия приводит к запорам.

ЧТО ТАКОЕ ЗАПОР?

Хронический запор – это состояние, характеризующееся не менее чем двумя признаками, наблюдаемыми в течение не менее 3 месяцев:

- редкость эвакуации содержимого из кишечника (задержка опорожнения до 3 раз в неделю и реже);
- отделение при дефекации малого количества кала (масса стула менее 35 г/сут);
- отделение кала большой плотности, сухости, что травмирует область заднепроходного отверстия и приводит к воспалительным процессам;
- отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации;
- наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах, занимающих по времени более 25% продолжительности опорожнения;
- необходимость в сильных потугах, несмотря на наличие мягкого содержимого

прямой кишки и позывов к опорожнению, иногда необходимость пальцевого удаления содержимого из прямой кишки.

Отличия между нормальным стулом и запором представлены в табл. 1.

Таблица 1

Отличия между нормальной дефекацией и запором (по И. Фюксен с соавт., 2001)

Признак	Норма	При запоре
Частота дефекаций	≥ 3 в неделю и ≤ 3 в день	≤ 3 в неделю
Масса стула	35-150 г/день	< 35 г/день
Массовая часть воды в стуле	$\sim 70\%$	$< 70\%$
Время пассажа по пищеварительному тракту	1–5 дней	> 5 дней

Обычно термин «запор» врачи и пациенты понимают по-разному. 46% врачей общей практики считают, что запор – это урежение актов дефекации. По мнению пациентов, запор – это не только урежение актов дефека-

ции, но и комплекс других проявлений: изменение консистенции каловых масс (твердый, фрагментированный стул), чувство неполного опорожнения кишечника, необходимость в избыточном натуживании при дефекации.

Существует специальная Бристольская шкала формы стула (табл. 2). Следует учитывать, что для запора характерна форма стула типов 1 и 2, типы 3 и 4 считаются нормальными, тип 5 – послабление стула, типы 6 и 7 характерны для диареи.

Прежде чем говорить о распространенности запора, вспомним частоту дефекаций в общей популяции населения (табл. 3). Как было сказано выше, нормой следует считать частоту дефекаций от 3 раз в день до 3 раз в неделю. Однако обычно среди населения бытует мнение, что нормальная частота дефекаций – 1 раз в день. Такая частота встречается чуть более чем у трети людей (табл. 3). Следует также помнить, что нормальная частота дефекаций меньше у женщин, чем у мужчин, т. е. мужчины склонны к более частой дефекации, и у большинства из них она происходит

более 1 раза в день. Однако тщательных эпидемиологических исследований по поводу частоты запоров не проводилось. Есть данные о том, что запоры имеют место у 12% взрослого населения Земли, у 50% населения Великобритании, России, у 30% населения Германии, у 20% населения Франции.

Таблица 2

Бристольская шкала формы стула

БОЛЬШОЕ ВРЕМЯ ТРАНЗИТА (100 ЧАСОВ)	ТИП 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	ТИП 2	В форме колбаски, но комковатой	
	ТИП 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	ТИП 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	ТИП 5	Маленькие мягкие шарики с ровными краями	
	ТИП 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
	КОРОТКОЕ ВРЕМЯ ТРАНЗИТА (10 ЧАСОВ)	ТИП 7	Водянистый, без твердых частиц

В действительности частота запоров выше, чем указано ранее, т.к. не учитывается «подводная часть айсберга» – большое количество пациентов, которые не обращаются к врачу из-за стыдливости, недооценки последствий запоров для здоровья.

Таблица 3

Частота дефекации в общей популяции (по K. W. Heaton et al., 1992)

	Мужчины (40-69 лет) n=632	Женщины (40-69 лет) n=424
0-2 в неделю	0,6%	3,5%
> 2-6 в неделю	13,6%	28,1%
1 в день	38,0%	35,8%
1-2 в день	39,7%	27,4%
> 2 в день	8,1%	5,2%

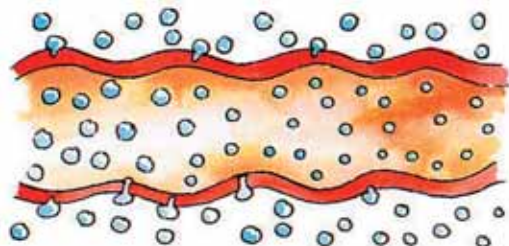
Что происходит при запоре?

Упрощенно механизм формирования кала при запоре представлен на рис. 2.

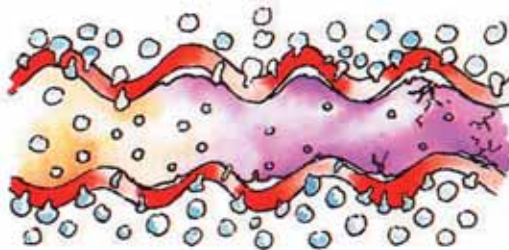
Рисунок 2

Формирование стула в норме и при запоре (по J. Hotz, 1999)

а) Формирование нормального стула. Вода и необходимые вещества абсорбируются организмом из пищевой кашицы, которая уплотняется и формируется в каловые массы



б) Запор. Пищевая кашица задерживается в просвете кишки значительно дольше, при этом слишком много воды всасывается, каловые массы твердеют, что затрудняет пассаж



КАКОВЫ ПРИЧИНЫ ЗАПОРОВ?

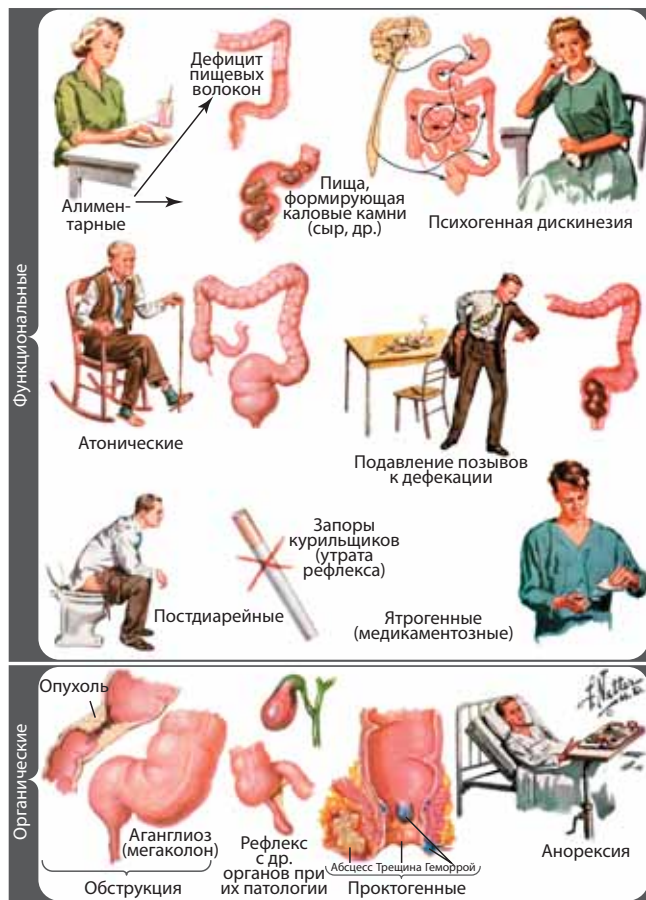
Частые причины запоров показаны на рис. 3. В зависимости от причины запоры разделяют на функциональные и органические.

Функциональные запоры связаны с нарушением функции кишечника (перистальтики, тонуса кишечной стенки) при отсутствии структурных изменений (например, сужения просвета кишки, препятствующего прохождению кала).

Самой частой причиной функциональных запоров является **синдром раздраженной кишки**. Это заболевание рассматривается как результат влияния психосоциальных факторов (нарушения взаимодействия «мозг-кишка», изменения моторики, повышение порога чувствительности стенки кишки к обычным раздражителям, генетическая предрасположенность, постинфекционные влияния и др.).

Психогенные запоры характерны для больных с различными неврозами, депрессией. Одним из вариантов психогенных запоров является «запор путешественников», хотя в его развитии участвуют также другие факторы (например, брезгливость, отсутствие времени для опорожнения кишечника и др.).

Рисунок 3. Причины запоров (по F. Netter, 2002)



Привычные запоры развиваются при регулярном подавлении рефлекса на дефекацию из-за неловкости при появлении позывов на низ во время уроков в учебных заведениях или при других внешних обстоятельствах и т. д. При этом развивается дисхезия – задержка каловых масс в ампуле прямой кишки. В конце концов, наблюдается перерастяжение прямой кишки, подавляется физиологический рефлекс к дефекации и рецепторы прямой кишки перестают отвечать на стимулы обычной интенсивности.

Алиментарные запоры развиваются при уменьшении объема кала и снижении содержания в нем пищевых волокон. Такие запоры могут развиваться при преимущественном употреблении тщательно измельченной (например, протертой) пищи, продуктов, очищенных от пищевых волокон. Алиментарные запоры развиваются при малом употреблении в пищу свежих овощей и фруктов, недостаточного количества жидкости.

Возможны **ятрогенные запоры**, развитие которых связано с приемом медикаментов.

Важно знать эти препараты и учитывать их побочный эффект. В таблице 4 приведены препараты, которые могут провоцировать запоры. Конечно, эти сведения и конкретную ситуацию у пациента обязан анализировать врач, но и пациент должен быть осведомлен о соответствующих препаратах, чтобы при необходимости информировать врача об их приеме.

Токсический запор развивается при разнообразных хронических интоксикациях. Экзогенные интоксикации (токсические вещества поступают из внешней среды), приводящие к развитию запоров, чаще являются следствием профессиональных вредностей: отравления свинцом, ртутью, висмутом. К таким запорам приводят также наркомания, жевание табака. К эндогенным (внутренним) интоксикациям, которые сопровождаются запором, относят хроническую почечную недостаточность и др.

Эндокринные запоры наблюдаются при гипотиреозе (снижение продукции гормонов щитовидной железы), сахарном диабете, гиперпаратиреозе (повышение продукции

гормона паращитовидных желез), феохромоцитоме (опухоль надпочечников), несахарном диабете. Гормональные изменения (повышение уровня прогестерона в крови), венозный застой в брыжеечных венах (венах, по которым кровь оттекает от кишечника) наряду с повышением внутрибрюшного давления являются причиной запоров при беременности. Ожирение способствует развитию запоров из-за малоподвижности пациентов.

Метаболические запоры характерны для тяжелых водно-электролитных расстройств и прежде всего для гипокалиемии (снижение уровня калия в крови) различного происхождения. Отчасти метаболические нарушения участвуют в механизме развития запоров при хронической недостаточности кровообращения, при циррозе печени с портальной гипертензией. Все же при этих заболеваниях более значительную роль в развитии запоров имеет венозный застой в стенке тонкой и толстой кишки.

Гиподинамические запоры характерны для больных, соблюдающих постельный ре-

жим, а также для людей, которые ведут малоподвижный образ жизни в силу своей профессии либо образа жизни.

Неврогенные запоры имеют место при некоторых неврологических заболеваниях: при опухолях мозга, рассеянном склерозе, паркинсонизме, после тяжелой черепно-мозговой травмы. Рефлекторные запоры являются следствием патологических рефлексов между различными органами, чаще органами брюшной полости. Поэтому такие запоры развиваются при некоторых заболеваниях органов пищеварения (при язвенной болезни и др.), при патологии других органов и систем (например, при мочекаменной болезни).

«Старческие» запоры обусловлены комплексом возрастных физиологических изменений толстой кишки (с возрастом меняются структура, перистальтическая активность, кишечная секреция, состав микрофлоры и т. д.). Кроме того, с возрастом ослабевает рефлекс акта дефекации, снижается чувствительность прямой кишки. Пожилые люди менее подвижны, принимают меньший объем пищи,

Таблица 4

Лекарственные средства, приводящие к запору в качестве побочного эффекта (по И. Фюсенг с соавт., 2001)

Группа препаратов	Препараты
Антипаркинсонические	Антихолинергические Допаминаргические
Антациды	Содержащие гидроксид алюминия или карбонат кальция
Антихолинергические средства	Спазмолитики
Антидепрессанты	Амитриптилин Имипрамин
Нестероидные противовоспалительные препараты, противоревматические	Напроксен Ибупрофен
Анальгетики	Кодеин Морфин и его производные
Противоязвенные средства	Омепразол Сукральфат Комплексные соединения висмута
Противоэпилептические препараты	Этосуксимид

Группа препаратов	Препараты
Антигипертензивные: - β-блокаторы - антагонисты кальция - антиадренергические препараты центрального действия - антагонисты ангиотензина-II - ингибиторы АПФ	Атенолол Нифедипин Клонидин Лозартан Каптоприл
Противотуберкулезные средства	Изониазид
Антибиотики	Цефалоспорины
Системные противогрибковые	Кетоконазол
Противокашлевые	Кодеин и его производные
Препараты железа	Соединения Fe ²⁺ и Fe ³⁺
Гестагены	Аллилэстренол Медрогестон
Химиотерапевтические средства	Винкристин Винбластин
Диуретики	Амилорид Салуретики

Группа препаратов	Препараты
H ₂ -блокаторы	Фамотидин Ранитидин
Антихолестериновые средства (ионообменные)	Холестипол Холестирамин
Нейролептики: - фенотиазины - дибензодиазепин	 Хлорпромазин Бутирофенон Клозапин
Рентгеноконтрастные препараты	Соли бария
Ингибиторы тромбоцитов	Клопидогрель
Почечный чай	
Транквилизаторы	Клобазам Буспирон
Миорелаксанты	Баклофен
Простатические средства	Доксазозин Финастерид Тамсулозин
Урологические средства	Толтеродин Оксибутинин
Лекарства, применяемые при глаукоме	Тимолол
Слабительные (злоупотребление)	

получают ряд медикаментов, которые могут провоцировать запоры (см. выше), имеют сопутствующие заболевания (например, запору способствуют сахарный диабет, гипотиреоз, паркинсонизм и др.). Вероятно, все вышеперечисленные механизмы совместно и приводят к запорам.

Органические механические запоры являются результатом препятствия прохождению кала (опухоли, стриктуры, т.е. сужения толстой кишки, спаечная болезнь брюшной полости и др.).

Проктогенные запоры связаны с патологией прямой кишки и характерны для хронического геморроя, трещин прямой кишки, ее выпадения. Запоры связаны с тем, что пациенты боятся спровоцировать боль при натуживании, сознательно и/или непроизвольно подавляют дефекацию. При *ректоцеле* запор связан с выпячиванием передней стенки прямой кишки и ее пролабированием (прогибанием) во влагалище и кишечник вследствие расхождения мышц, поднимающих задний проход, и тканей ретровагинальной перегородки

(перегородки между прямой кишкой и влагалищем).

Запоры при воспалительных заболеваниях кишечника характерны для различных вариантов колитов, когда на фоне воспаления нарушается и кишечная моторика. Одним из вариантов таких запоров является запор при *дивертикулезе толстой кишки* (наличии выпячиваний кишечной стенки), особенно в случаях его осложнения дивертикулитом (воспалении тканей дивертикула). У таких больных имеет значение также механическое затруднение пассажа кала при скоплении содержимого в дивертикулах.

Запоры при аномалиях толстой кишки характерны для мегаколон (увеличение толстой кишки с неполноценностью нервной сети), долихоколон (удлинение толстой кишки), долихосигмы (удлинение сигмовидной кишки – участка толстой кишки, который находится перед прямой кишкой), для нарушений строения нервной системы кишечника (болезнь Гиршпрунга), при конституциональном спланхноптозе – опущении органов

брюшной полости (синдром Гленара), нарушении фиксации ободочной кишки, когда ее изгиб находится между диафрагмой и печенью (синдром Халайдити), и др.

КАКОВА КЛИНИКА ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ?

Понятно, что основным симптомом хронического запора является задержка стула. Стул при запоре твердый, сухой, часто имеет вид «овечьего кала», кала в виде «кедровой шишки». Возможно формирование копролитов – «каловых камней».

При запоре в части случаев пациенты отмечают боли внизу живота, чувство давления, распираания, которые облегчаются после отхождения кала и газов. Реже у больных развиваются эпизоды кишечной колики – сильных, схваткообразных болей также в нижних отделах живота. Нередкими являются жалобы на вздутие, урчание. Больных могут беспокоить снижение аппетита, отрыжка, тошнота, неприятный вкус во рту.

Достаточно типичными являются внекишечные симптомы: быстрая утомляемость, общая

слабость, головные боли, расстройства сна, изменения настроения (раздражительность, депрессия, ипохондрия), онемение конечностей (чаще при психогенных функциональных запорах).

Очень важно обратить внимание на наличие крови, слизи в кале и обязательно сказать об этом врачу. К тревожным симптомам относятся также похудание, отсутствие аппетита и др.

Как врач устанавливает диагноз?

Обычно врачу достаточно проанализировать жалобы пациента. При наличии тревожных симптомов врач может назначить рентгеновское исследование кишечника (ирригоскопию), эндоскопию (колоноскопию), осмотр проктолога для исключения заболеваний прямой кишки.

КАКИЕ МЕТОДЫ ВРАЧ МОЖЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ?

Лечение запоров складывается из ряда общих мероприятий, увеличения физической активности, диеты, и только при неэффек-

тивности немедикаментозных мер назначают лекарственные средства. Успех лечения во многом определяется успешным взаимодействием врача и пациента.

Направления лечения запоров (по И. Фюген с соавт., 2001).

Общие мероприятия:

- достижение взаимопонимания между пациентом и врачом (комплаенс);
- дополнительные меры (массаж, электростимуляция, выработка рефлекса к дефекации).

Увеличение физической активности:

- изменение образа жизни;
- физические упражнения.

Питание:

- пищевые волокна;
- жидкость.

Медикаменты:

- слабительные;
- регуляторы перистальтики кишечных мышц.

СТУПЕНЬ 1. Общие мероприятия

Из общих мероприятий особенно важной является *доверительная беседа* врача с больным с анализом возможных причин запора

и рекомендаций по их ликвидации. Опытный врач знает, о чем расспросить пациента (особенности питания, образ жизни, объем употребляемой жидкости и др.), и укажет на возможные причины запора.

Полезны массаж передней брюшной стенки, выработка рефлекса на дефекацию в определенное время, увеличение физической активности (если пациент ведет малоподвижный образ жизни в силу его профессии, то следует рекомендовать прогулки, бег или специальные физические упражнения, способствующие усилению кишечной перистальтики).

Выработка рефлекса на дефекацию в определенное время – важный компонент лечения. Наиболее физиологичное время дефекации – 15-30 мин. после обильного завтрака. «Тренировка туалета» заключается в том, чтобы пациент, страдающий запорами, приучил себя опорожняться после еды, т.е. выработать и закрепить гастрокишечный рефлекс. стакан холодного сока (лучше сливовый или томатный), выпитый перед едой, может спо-

собствовать началу срабатывания рефлекса. Если после приема пищи позывов на стул не появилось, для стимуляции эвакуации стула пациент должен сделать толчки животом: для этого при вдохе следует втягивать живот, а с выдохом выталкивать переднюю брюшную стенку вперед. Это упражнение делается до 10 раз перед каждой ожидаемой эвакуацией стула. Если пациенту нетрудно, лучше посидеть несколько минут на корточках. Если и на этот раз не удалось опорожнить кишечник, тогда в первое время нужно пользоваться слабительными ректальными свечами для стимуляции акта дефекации. Применяют различные свечи: Бисакодил, глицериновые, газообразующие свечи, свечи с облепиховым маслом, Релиф и др. Каждый вариант имеет особенности действия, поэтому врач выберет тот вариант свечей, который наиболее показан конкретному пациенту.

Долго сидеть на унитазе и тужиться нельзя. Абсолютно недопустимо устраивать из туалетной комнаты «избу-читальню». Более полное опорожнение кишечника происходит

в физиологической позе (с подтянутыми коленями, ноги можно поставить на невысокую скамеечку).

Выработку рефлекса следует повторять ежедневно 3-5 дней, после чего он обычно появляется и закрепляется.

Хотя наиболее физиологичной является дефекация утром, но особенности образа жизни и работы пациента могут заставить вырабатывать рефлекс в другое (более удобное для больного) время.

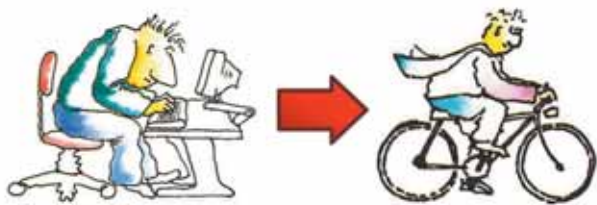
СТУПЕНЬ 2. Повышение физической активности, лечебная физкультура

Полезны пешие или лыжные прогулки, плавание, езда на велосипеде и другие *физические нагрузки*. Физические упражнения стимулируют двигательную активность кишечника, укрепляют мышцы брюшной стенки, повышают тонус всего организма, благоприятно действуют на нервно-психическую сферу (рис. 4).

Показаны также *специальные упражнения*. Гимнастика, «пробуждающая» кишечник, очень проста и не требует каких-то невероятных усилий, Вы ее освоите быстро. Причем, что

Рисунок 4

Очень важным в лечении запоров являются ликвидация гиподинамии и переход к нормальной физической активности



обрадует многих, добрая половина упражнений выполняются лежа в постели. Главное – не лениться и выполнять ее регулярно. Тогда она подстегнет работу кишечника за счет улучшения кровообращения органов брюшной полости, укрепления мышц живота, а также облегчит отхождение газов при метеоризме (вздутие живота).

Упражнением для укрепления тазового дна является поднятие колен в сидячем или лежащем положении со свободно свисающей второй ногой. Пациент должен стараться прижать бедро как можно ближе к животу и удерживать его в этом положении 30-60 секунд

с последующим медленным опусканием ноги.

Упражнение, способствующее стимуляции эвакуации стула, – толчки животом: вдох, втягивая живот («понюхайте розу»); затем выдох животом вперед («задуйте свечу»). Упражнение следует делать 10 раз перед каждой ожидаемой эвакуацией стула.

Полезен следующий комплекс упражнений:

1. Исходное положение – лежа на спине. Чуть согните ноги в коленях, делайте ногами движения, имитирующие езду на велосипеде. Повторите 30 раз.

2. Исходное положение – то же. Согнутые в коленях ноги притяните руками к животу, вернитесь в исходное положение. Повторите 10 раз.

3. Исходное положение – то же. Поднимите одновременно обе ноги и постарайтесь закинуть их за голову – 10-15 повторений.

4. Исходное положение – лежа на спине, ноги согнуты в коленях. Сводите и разводите колени – 15-20 раз.

5. Исходное положение – стоя на коленях, опираясь вытянутыми руками на пол. Позво-

ночник параллельно полу. Поднимайте согнутую в колене левую ногу, затем – правую. Повторите 10 раз для каждой ноги.

6. Исходное положение – то же. Наберите воздух через рот, на выдохе прогните поясницу вниз и расслабьте живот. Немного задержитесь в этой позе. Вернитесь в исходное положение, наберите воздух через рот. На выдохе втяните живот и прогните спину вверх «домиком» – как оцетинившаяся кошка. Сделайте 20-30 повторений.

7. Исходное положение – стоя, руки вдоль туловища. Сделайте глубокий выдох, втягивайте и вытягивайте живот. Повторите 5-8 раз. Это упражнение отлично массирует внутренние органы, улучшает моторику кишечника.

8. Закончите комплекс ходьбой на месте с высоким подниманием колен – 2-3 минуты.

Самомассаж живота проводится по ходу отделов толстой кишки (по часовой стрелке) и делается утром в постели. Массирующая рука всегда должна надавливать по наклонной по направлению движения кишечного

содержимого. Никогда не следует давить строго вниз, поскольку это перенапрягает вертикальное давление в толстой кишке в обоих направлениях. Поглаживающий массаж должен продолжаться около 10 мин.

Еще один вариант массажа. Лежа на спине, массируйте свод стопы, активно разминая и разглаживая его. Для этого можно использовать ручной массажер.

При отсутствии противопоказаний врач может рекомендовать *физиопроцедуры* (например, с помощью аппарата «Стимул»).

СТУПЕНЬ 3. Питание

Большое значение имеет *режим питания*. Традиционная для большинства ситуация, когда максимум пищи по объему принимается в вечернее время, на ужин, приводит к тому, что содержимое в толстой кишке оказывается тогда, когда ее двигательная способность минимальна, а это удлиняет кишечный транзит, способствует уплотнению каловых масс из-за избыточного всасывания воды. Пищу следует принимать 4-5 раз в день. Завтрак должен быть объемным, содержать блюда из

зерновых культур и овощи. Желательно использование контрастных температур: перед едой выпивать стакан холодной воды, потом съесть горячее блюдо, затем холодное.

Кроме того, врач порекомендует больному *рациональную диету*, сбалансированную по содержанию белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных солей и свободной жидкости (следует употреблять *около 2 л жидкости*), обогащенную продуктами и блюдами, которые стимулируют пассаж пищевой кашицы, а затем и каловых масс по кишечнику, способствуют его опорожнению. К ним относятся молочнокислые продукты (простокваша, кефир, сметана и др.), фруктовые соки с мякотью (особенно сливовый, абрикосовый, тыквенный), свежий ржаной хлеб, фрукты и ягоды кислых сортов (сливы, яблоки и др.), мед, различные сладкие блюда, сиропы, соленья, морская капуста, растительное масло, овощи, блюда из гречневой и ячневой круп, газированные напитки, холодные блюда, чернослив и другие сухофрукты. Вместе с тем желательно исключить или ограничить прием продуктов и блюд, ко-

торые задерживают эвакуацию содержимого из кишечника и усугубляют запор. Это крепкий чай, какао, натуральные красные вина, белый хлеб, сухари, все виды протертой и измельченной пищи, блюда из риса и манной крупы, слизистые супы, кисели, теплые и горячие блюда и напитки. Следует ограничить продукты, усиливающие газообразование в кишечнике.

Пищевые продукты и газообразование в кишечнике

- I. «Нормогазообразующие» продукты питания.
 - Мясо, птица, рыба.
 - Овощи (например, салат, кабачки, брокколи, перец, цветная капуста, помидоры, аспарагус, цуккини, оливки).
 - Фрукты (например, дыня, арбуз, ягоды).
 - Продукты, содержащие преимущественно углеводы (например, рис, кукурузные хлопья, попкорн, крекеры из муки грубого помола).
 - Орехи.
 - Разные продукты (например, яйца, горький шоколад, желатин, фруктовое мороженое).

II. «Умеренно газообразующие» продукты питания.

- Кондитерские изделия.
- Картофель.
- Баклажаны.
- Цитрусовые.
- Яблоки.

III. «Чрезмерно газообразующие» продукты.

- Молоко и молочные продукты.
- Овощи (например, лук, фасоль, морковь, сельдерей, брюссельская капуста, проросшие зародыши пшеницы и др.).
- Фрукты (например, сухофрукты, изюм, виноград, бананы, абрикосы, сливовый сок и др.).

Важным лечебным фактором при хронических запорах следует считать обогащение диеты пищевыми волокнами. В связи с этим в рацион следует включать различные блюда, содержащие пшеничные, ржаные, кукурузные отруби, а также витамины группы В и соли магния. Эффект приема пшеничных отрубей при функциональных запорах достигает 70%; при этом диета с добавлением пшеничных отрубей увеличивает объем кала за счет свя-

зывания воды и набухания до 40%, а с добавлением кукурузных отрубей – до 35%. С этой же целью можно использовать порошок морской капусты.

При большом количестве в пище грубых волокон у людей с жалобами на вздутие живота выделяется в среднем в 2 раза больше газов, чем при диете с умеренным их содержанием, и почти в 5 раз больше, чем при употреблении жидкой пищи без пищевых волокон.

Пациентам с запором и жалобами на вздутие живота ограничивают или даже исключают из рациона продукты, богатые грубыми пищевыми волокнами. При вздутиях живота полезен прием ветрогонных трав. Этим свойством обладают цветочные корзинки ромашки аптечной, трава укропа огородного, плоды тмина обыкновенного, корень зори лекарственной. Для уменьшения выраженности метеоризма и нормализации опорожнения кишечника можно применить препарат Мукофальк (см. ниже).

При запорах, сопровождающихся выраженной перистальтикой кишечника, особенно при

наличии спастических болей в животе, диета, богатая пищевыми волокнами, может вызвать усиление болей.

В подобных случаях на первых порах применяют диету с низким содержанием пищевых волокон. Для уменьшения и последующей ликвидации спазмов кишечника назначают спазмолитики, затем постепенно добавляют в пищу продукты, содержащие клетчатку нежной, а впоследствии более грубой консистенции.

Запоров не будет, если вы будете постоянно использовать принцип «пирамиды рационального питания» (рис. 5).

Пример меню для ликвидации запоров и обеспечения регулярного стула представлен в приложении.

Регулярные очистительные клизмы приводят к нарушению физиологических процессов, изменению состава кишечной флоры. Если же все-таки иногда в них возникает необходимость, то клизма должна быть теплой, а ее объем не должен превышать 0,5 л. В ряде случаев для усиления раздражающего действия на слизистую оболочку кишечника

в клизму добавляют сок от половины лимона или 1-2 столовые ложки 6% яблочного уксуса. Перед проведением очистительных клизм целесообразно провести подготовку препаратом, размягчающим фекальные массы (например, вазелиновое масло, Мукофальк или слабительные, содержащие лактулозу). Желательно клизмы делать на ночь. Действие их основано на механическом раздражении кишки, стимуляции ее сократительной функции и механическом вымывании каловых масс.

Рисунок 5

«Пищевая пирамида»



Гидроколонотерапия (сифонные промывания кишечника) не имеет никакой доказательной базы и приводит к нарушению состава кишечных бактерий.

Для приготовления масляной клизмы можно использовать любое растительное масло или вазелин, которые действуют аналогично смазке в двигателе. Они обволакивают твердые каловые массы, облегчают их продвижение по кишечнику и выделение наружу. Стандартная доза составляет 100 мл (5 столовых ложек) масла.

При ощущении неполного опорожнения кишечника хороший эффект дают микроклизмы, состоящие из настоя аптечной ромашки (не более 100 мл) и 1-2 столовых ложек оливкового или облепихового масла, которые вводятся после опорожнения кишечника. Обычно достаточно клизмы делать 5-7 дней.

Еще один способ наладить стул – выпить утром за 30 минут до завтрака стакан воды. Это может быть кипяченая вода комнатной температуры или высокоминерализованная минеральная вода, например «Ессентуки №17».

Выше уже упоминались слабительные *фиточаи*. В их состав можно включать не только кору крушины и листья сенны, но и семя подорожника, семя льна, плоды жостера, корень стальника полевого, корень ревеня, инжир, сок алоэ, корень солодки и т. д.

Несколько рецептов слабительных чаев, завоевавших положительные отзывы:

1. Нужно смешать кору крушины, крапивный лист и траву тысячелистника (3:2:1). Одну большую ложку получившегося сбора нужно залить примерно 200 мл кипящей воды, выдержать около 20 минут и после этого профильтровать. Полученный отвар принимают на ночь, примерная дозировка – одна треть стакана.
2. Соедините кору крушины, измельченные укропные семена и льняное семя. Пропорция 4:1:1. Столовую ложку готового сбора соединяют с 200 мл кипятка, а после этого держат 10 минут на водяной бане. Полученный отвар профильтруйте. Принимать его нужно вечером, перед сном.

3. Кору крушины, донник и крапивные листья смешивают (в соотношении 3:1:1). Большую ложку полученного сбора залейте примерно стаканом кипятка, потом дайте чаю настояться, а затем профильтруйте полученный результат. Принимать по полстакана на ночь.

СТУПЕНЬ 4. Слабительные средства

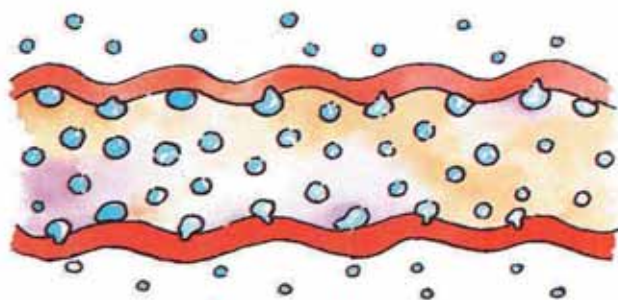
Если не удастся наладить стул с помощью только немедикаментозных мероприятий, то прибегают к слабительным средствам.

Раздражающие слабительные. Механизм действия слабительных средств, раздражающих кишечную стенку, представлен на рис. 6. Наиболее популярными препаратами этой группы являются средства на основе листьев сенны (Сенейда, Сенадексин и др.). Эти препараты действуют достаточно быстро. При приеме перед едой их действие наступает приблизительно спустя 6 часов.

В связи с побочными эффектами препараты сенны запрещены в некоторых странах, в т. ч. в США. Известно, что сенна вызывает темно-фиолетовое окрашивание слизистой толстой кишки, т.н. псевдомеланоз. Пред-

Рисунок 6

Слабительные, раздражающие кишечную стенку, предотвращают всасывание жидкости из просвета кишки и даже стимулируют выход ее из тканей в кишку (по J. Hotz, 1999)



ставления о клинической значимости псевдомеланоза противоречивы. Диапазон существующих мнений колеблется от абсолютной безвредности (рассматривается только как свидетельство злоупотребления слабительными на основе сенны) до первого симптома формирования «постслабительного кишечника» с нарушением моторики, появлением участков спазма с повреждением нервных сплетений и гладкой мускулатуры толстой кишки.

Кроме препаратов сенны к числу наиболее часто используемых препаратов этой группы относят производные дифенилметана, среди которых первое место занимает Бисакодил. Помимо секреторного действия Бисакодил оказывает также эффект на моторику толстой кишки. При его применении в свечах он заметно увеличивает перистальтическую и сократительную активность толстой кишки.

Осмотические слабительные. Эффективность этой группы лекарственных препаратов связана с их осмотической активностью, поскольку эти вещества не всасываются в кишечнике. При этом вода, поступающая с пищей, остается в связанном виде в просвете кишечника. Кроме того, жидкость, находящаяся в плазме крови, начинает поступать в кишечник, пока не будет достигнуто состояние изотонии (равного осмотического давления плазмы крови и содержимого кишечника). Следствием этого является повышенное содержание жидкости в каловых массах, что придает им жидкую или кашицеобразную консистенцию (рис. 7). В качестве осмотиче-

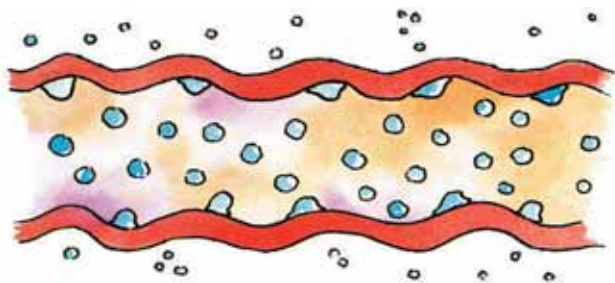
ски действующих слабительных средств применяются плохо всасывающиеся препараты: соли магния, сульфаты и фосфаты, а также «горькая» соль, карловарская и глауберова соли. В зависимости от дозы действие их может наступить уже через 1 час после приема.

Спирты, обладающие плохой всасываемостью, такие как маннитол, сорбитол и глицерол (глицерин), подобно солевым слабительным удерживают жидкость (эта способность выражена в меньшей степени, чем у солевых слабительных, что определяет более мягкий слабительный эффект спиртов).

Обращаем внимание на препараты Дюфалак, Нормазе, основой которых является дисахарид лактулоза, обладающий не только слабительным действием, но и способностью корректировать состав кишечной флоры и уменьшать уровень азотистых продуктов распада белка в крови. Поэтому препараты эффективны не только при запорах, но также при печеночной энцефалопатии (осложнении тяжелых заболеваний печени) и нарушении состава кишечных бактерий.

Рисунок 7

Осмотические слабительные задерживают жидкость в просвете кишки, увеличивая объем кала, но за счет его разжижения (по J. Hotz, 1999)



Раздражающие и солевые слабительные при длительном приеме вызывают привыкание и даже усугубление запоров. Механизм этого эффекта представлен на рис. 8.

МУКОФАЛЬК (ПСИЛЛИУМ)

В клинической практике широко используются **разбухающие вещества** (отруби, агар-агар и др.) (рис. 9). Наиболее эффективным препаратом из этой группы является Мукофальк (рис. 10, 11).

Рисунок 8

Механизм привыкания и усугубления запоров при длительном приеме раздражающих и солевых слабительных



Рисунок 9

Разбухающие вещества не перевариваются, связывают жидкость и формируют кал, смягчая его и облегчая пассаж (по J. Hotz, 1999)

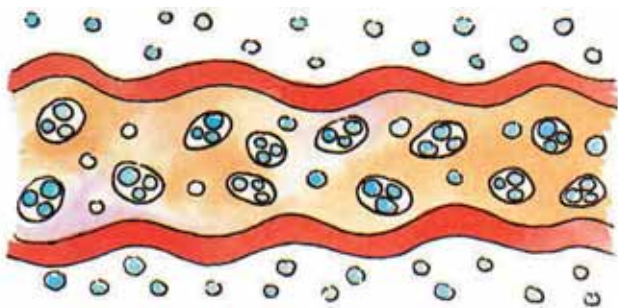
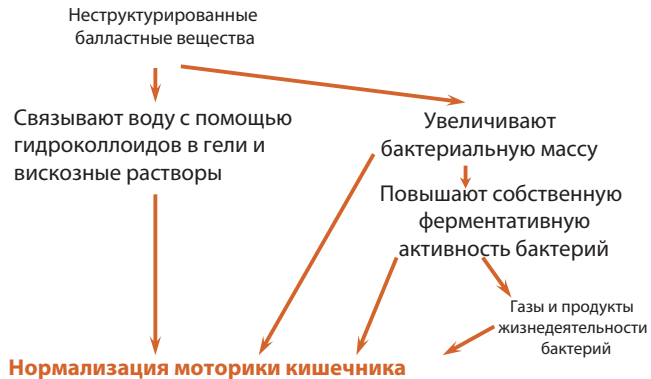


Рисунок 10

Механизм действия Мукофалька



Мукофальк является препаратом растительного происхождения, состоящим из оболочки семян *Plantago ovata* (подорожник овальный, подорожник индийский). Семена *Plantago ovata* отличаются от семян других видов подорожника, имеющих темно-бурый цвет, своей окраской: они телесно-розового оттенка с пурпурной полоской в рубчике. В отличие от других видов подорожника, подорожник

Рисунок 11

Подорожник овальный (*Plantago ovata*)



овальный произрастает в засушливых районах средиземноморского побережья, Индии и Пакистана, поэтому именно данный вид подорожника содержит максимальную концентрацию слизи, которые предохраняют семена растения от высыхания, играют роль запасных веществ, а также способствуют распростра-

нению и закреплению семян в почве (рис. 12). Слизи сконцентрированы в основном в оболочке семян, которая и используется в качестве лекарственного препарата. Семена быстро и сильно ослизняются, на чем основано их медицинское применение (рис. 13). Таким образом, высокое содержание слизей в составе семян подорожника овального позволяет отнести его к группе мягких пищевых волокон, что имеет принципиальное значение при назначении препарата при ряде заболеваний, когда, например, использование грубых пищевых волокон не рекомендуется или противопоказано.

Рисунок 12

Псиллиум (psyllium) – оболочка семян подорожника овального (Plantago ovata)



Рисунок 13

При разведении псиллиума в воде, в отличие от грубых пищевых волокон, образуется мягкая желеобразная масса, оказывающая в том числе обволакивающее и противовоспалительное действия на слизистую оболочку кишечника



Пищевые волокна Мукофалька состоят из трех фракций, каждая из которых обеспечивает лечебный эффект при различных видах нарушения функций кишечника.

Фракция А (30%) – фракция, растворимая в щелочной среде, неферментируемая бактериями (выступает как наполнитель, создающий объем), обеспечивает нормализующее моторику действие.

Гель-формирующая фракция В (55%) обеспечивает «смазывание» стула при запоре; при диарее обеспечивает закрепляющее действие за счет связывания излишков воды и токсинов бактерий.

Фракция С (15%) – вязкая и быстроферментируемая кишечными бактериями фракция, которая способствует замедлению эвакуации из желудка (более раннее развитие чувства насыщения) и создает благоприятную среду для полезных бактерий (эта фракция является субстратом роста нормальной микрофлоры кишечника). Ферментация (расщепление) данной фракции в толстой кишке сопровождается стимуляцией роста бифидо- и лактобактерий и активным образованием пропионата и бутирата, являющихся основным источником энергии для эпителия толстой кишки. Они играют важную роль в физиологических процессах кишечника, стимулируя физиологическую регенерацию кишечного эпителия, образование слизи и усиливая микроциркуляцию в слизистой оболочке.

Таким образом, Мукофальк обладает комплексным механизмом действия на кишечник и весь организм. За счет сочетания разных типов пищевых волокон Мукофальк обладает разнообразными терапевтическими эффектами (рис. 14).

На рисунке 15 подробно представлены эффекты гель-формирующей фракции псиллиума. Гель-формирующая фракция не только позволяет отнести псиллиум к группе мягких пищевых волокон, в которую входят слизи и камеди, но именно эта фракция ответственна за наибольшее число клинических эффектов Мукофалька.

Слабительное действие пищевых волокон хорошо известно и доказано в целом ряде исследований. Однако, в отличие от других пищевых волокон, Мукофальк помимо увеличения объема стула в результате осмотического действия оказывает размягчающее и смазывающее действия на содержимое кишечника за счет гель-формирующей фракции псиллиума, что облегчает продвижение кишечного содержимого и вносит

Рисунок 14

Мукофальк: механизмы действия

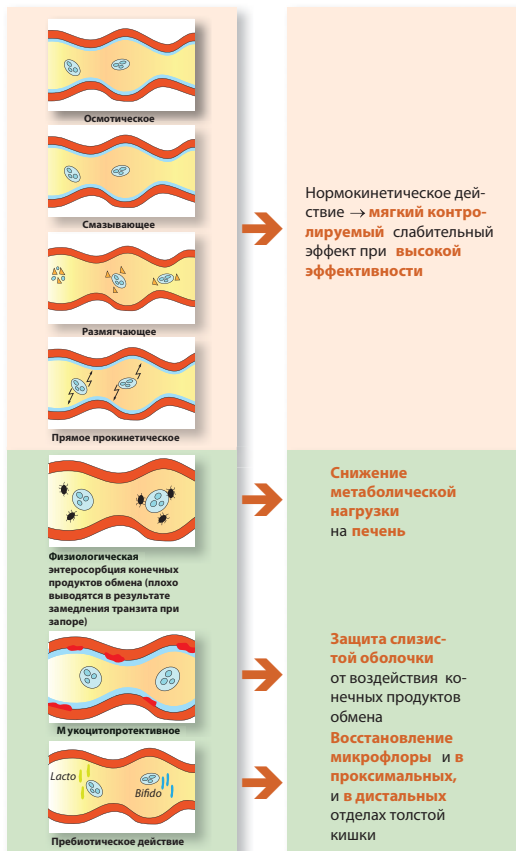


Рисунок 15

Гель-формирующая фракция: основные эффекты



- Обволакивающее, цитопротективное и противовоспалительное действие на эпителиальные клетки кишечника
- Связывание излишков воды
- Адсорбция токсинов и канцерогенов
- Связывание желчных кислот → усиление желчеобразования и желчевыделения → снижение уровня холестерина и липидов
- Усиление бактерицидного действия желчи при синдроме избыточного бактериального роста в тонкой кишке
- Матрикс для ферментов поджелудочной железы → улучшение пищеварения

вклад в слабительный эффект препарата (рис. 14). Кроме того, показано, что псиллиум обладает прямым стимулирующим действием на моторику кишечника, что вносит дополнительный вклад в слабительное действие псиллиума. Это особенно важно при лечении запоров, связанных со сниженным тонусом и перистальтикой кишечника, например у пожилых.

Важно отметить, что высокая эффективность псиллиума (Мукофалька) клинически доказана в лечении хронического запора у этой – самой тяжелой группы пациентов – пожилых больных. Согласно анализу 31 ис-

следования по оценке эффективности различных слабительных средств у пожилых пациентов псиллиум продемонстрировал один из лучших результатов с достижением ежедневного стула практически у всех пациентов (рис. 16).

Многочисленными исследованиями подтверждена эффективность Мукофалька в лечении запоров, связанных с синдромом раздраженной кишки.

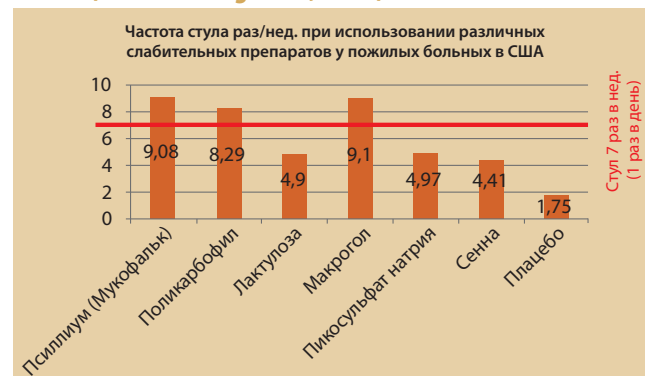
Продемонстрирована высокая эффективность Мукофалька и в лечении ассоциированных с запорами заболеваний и состояний, например в лечении геморроя.

Пищевые волокна являются базовой терапией при дивертикулезе толстой кишки. Согласно современным рекомендациям не только пациенты с выраженной клинической картиной, пациенты с историей предшествующих осложнений дивертикулярной болезни, но и пациенты с дивертикулярной болезнью без симптомов должны получать терапию пищевыми волокнами в виде диеты или в виде лекарственных препаратов

для нормализации моторики и профилактики возможных осложнений.

Рисунок 16

Эффективность различных слабительных средств у пожилых пациентов по данным анализа 31 исследования (по V. Fleming et al., 2010)



Мукофальк официально разрешен к применению во время беременности для регуляции функции кишечника. Это еще раз свидетельствует о безопасности препарата, что подтверждено высокодоказательными исследованиями.

Мукофальк обладает мягким действием, может применяться длительно и обладает отличными вкусовыми качествами.

Рисунок 17

Схема терапии хронического запора препаратом Мукофальк

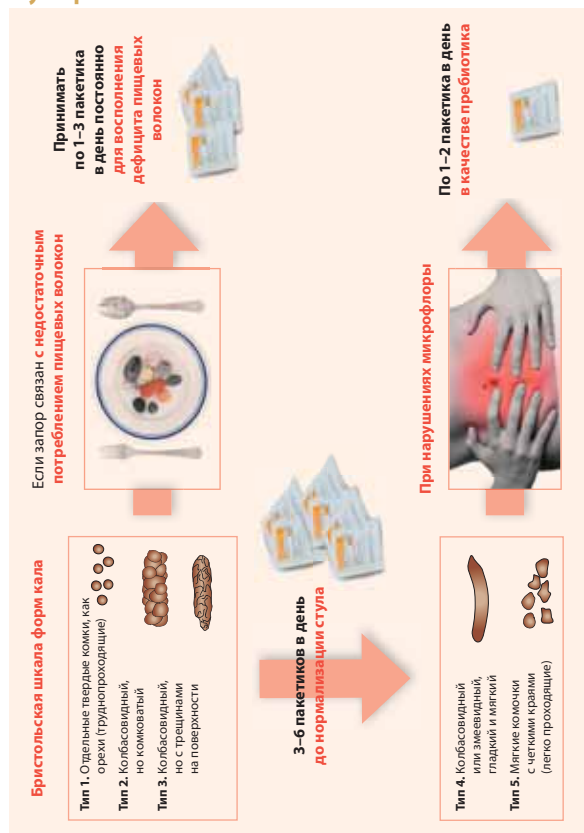


Схема терапии хронических запоров препаратом Мукофальк представлена на рис. 17.

Возможны два способа применения Мукофалька (рис. 18):

1. Один пакетик Мукофалька растворяется в стакане холодной воды (150 мл), размешивается и выпивается.

При лечении запора при необходимости пациент может принять еще один стакан воды.

2. Мукофальк растворяется в стакане (в данном случае можно теплой) воды и выстаивается до образования желе (одна доза Мукофалька полностью адсорбирует 150 мл воды), затем съедается в виде желеобразной массы.

Рисунок 18

Мукофальк: способы применения



Кроме слабительных для лечения хронических запоров могут применяться средства, влияющие непосредственно на гладкие мышцы кишки. Эти препараты особенно показаны при синдроме раздраженной кишки. К ним относят мебеверин (Дюспаталин), пинавериум бромид (Дицетел), отилония бромид (Спазмомен), миотропные спазмолитики (Но-шпа). Но эти и другие препараты должен назначать врач.

У пациентов с органическими запорами вследствие механического препятствия транзиту кала (при опухолях, аномалиях толстой кишки и др.) может встать вопрос о хирургическом лечении.

В ряде случаев врач может направить на санаторно-курортное лечение (Кавказские Минеральные Воды и др.).

В заключение приводим высказывание Вольтера: «Сколь благодетельствованы природой должны быть те люди, которые по утрам опорожняют свой кишечник с такой же легкостью, как отхаркивают мокроту. «Нет» в их устах звучит куда любезнее и предупредительнее, чем «да» – в устах человека, страдающего запорами».

Приложение

ПРИМЕР МЕНЮ НА НЕДЕЛЮ

В диету включаются продукты и блюда, усиливающие двигательную функцию кишечника; исключаются вызывающие брожение и гниение, стимулирующие секреторную функцию желудка, поджелудочной железы, оказывающие отрицательное влияние на функции печени и желчевыводящих путей. Пища неизмельченная, готовится в отварном или запеченном виде. Овощи и фрукты могут использоваться сырыми. Прием пищи 4-5 раз в день.

Понедельник

1-й завтрак	Котлеты мясные, запеченные с овощным гарниром. Каша гречневая молочная. Чай.
2-й завтрак	Желе фруктовое.
Обед	Салат из тертых моркови и яблок. Суп перловый с мясом.
Ужин	Плов из овощей. Сырники, запеченные со сметаной. Сок абрикосовый.
На ночь	Стакан кефира.

Вторник

1-й завтрак	Свекла, тушенная с черносливом. Рыба отварная с картофельным пюре. Кофе с молоком.
2-й завтрак	Сок морковный.
Обед	Салат овощной с растительным маслом. Рассольник вегетарианский. Рулет картофельный, фаршированный мясом, с зеленым горошком. Сок абрикосовый.
Ужин	Мясо отварное с кашей гречневой рассыпчатой. Сырники, запеченные со сметаной. Чай.
На ночь	Стакан простокваши.

Среда

1-й завтрак	Омлет белковый с протертым отварным мясом и вареной нарезанной морковью. Яблочное пюре. Чай.
2-й завтрак	Свежие фрукты.
Обед	Икра кабачковая. Суп из сборных овощей вегетарианский. Голубцы с отварным мясом. Компот фруктовый.
Ужин	Рыба отварная с картофельным пюре и тушеной капустой. Суфле творожно-морковно-черносливовое. Сок абрикосовый.
На ночь	Стакан ряженки.

Четверг

1-й завтрак	Бефстроганов из отварного мяса со свекольным пюре. Каша гречневая молочная. Чай с медом.
2-й завтрак	Сок абрикосовый.
Обед	Салат из вареной свеклы с яблоками. Щи вегетарианские. Курица отварная с овощным рагу. Желе фруктовое.
Ужин	Котлеты мясные паровые с овощным гарниром. Ватрушка с творогом. Чай с молоком.
На ночь	Стакан кефира.

Пятница

1-й завтрак	Яйцо всмятку с овощным гарниром. Пюре свекольное со сметаной. Чай с молоком.
2-й завтрак	Сок тыквенно-клубничный.
Обед	Салат из моркови с изюмом со сметаной. Свекольник. Мясо отварное с зеленым горошком. Компот фруктовый.
Ужин	Тефтели мясные паровые с гречневой рассыпчатой кашей. Вареники ленивые со сметаной. Сок сливовый.
На ночь	Стакан простокваши.

Суббота

1-й завтрак	Рыба отварная с картофельным пюре и тушеной капустой.
2-й завтрак	Сок сливовый.
Обед	Салат из свежих овощей. Суп картофельный рыбный. Курица отварная с кашей гречневой рассыпчатой. Компот фруктовый.
Ужин	Салат из вареной свеклы с яблоками. Котлеты морковные, запеченные со сметаной.
На ночь	Стакан ряженки.

Воскресенье

1-й завтрак	Бифштекс с яйцом, запеченный с кашей гречневой рассыпчатой. Рагу овощное со сметаной. Чай с абрикосовым джемом.
2-й завтрак	Сок морковный.
Обед	Винегрет без лука и соленого огурца с растительным маслом. Суп картофельный с фрикадельками. Запеканка творожная с курагой со сметаной. Компот фруктовый.
Ужин	Пудинг мясной, запеченный с овощным гарниром. Пирог с яблоками. Чай.
На ночь	Стакан кефира.

Дополнительно ежедневно хлеб пшеничный или ржаной с отрубями 250-300 г, масло сливочное 20 г. Из фруктов исключаются черника, айва, гранат, кизил, брусника, груши, черная смородина.

В составлении диеты принимал участие проф. Ю.В. Линевский.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторова Л.И. Запоры: маленькие трагедии и большие проблемы. М.: 4ТЕ Арт, 2011. 27 с.
2. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. [и др.]. Рекомендации по диагностике и лечению хронического запора: методич. пособие. М. : Мединформ, 2014. 13 с.
3. Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римские IV рекомендации по диагностике и лечению функциональных гастроэнтерологических расстройств : пособие для врачей. М.: [Б. и.], 2016. 160 с.
4. Склянская Е.И. Запор. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. 224 с.
5. Фюсген И., Шуманн К. Клинические аспекты и лечение запоров. Киев: [Б. и.], 2001. 54 с.
6. Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 816 с.
7. Циммерман Я.С. Хронический запор. Диарея. Пермь: ПГМА, 1999. 120 с.
8. Alonso-Coello P, Mills E., Heels-Ansdell D., Lopez-Yarto M., Zhou Q., Johanson J.F., Guyatt G. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Gastroenterol.* 2006. Vol. 101, No 1. P. 181-188.
9. Fleming V., Wade W.E. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. *Am. J. Geriatr. Pharmacother.* 2010. Vol. 8, No 6. P. 514-550.
10. Ford A.C., Talley N.J., Spiegel B.M., Foxx-Orenstein A.E., Schiller L., Quigley E.M., Moayyedi P. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008. Vol. 13, No 7683. P. 1388-1392.
11. Heaton K.W., Radvan J., Cripps H., Mountford R.A., Braddon F.E., Hughes A.O. Defecation frequency and timing and stool form in the general population: a prospective study. *Gut.* 1992. Vol. 33. P. 818-824.
12. Herz M.J., Kahan E., Zalevski S., Aframian R., Kuznitz D., Reichman S. Constipation: a different entity for patients and doctors. *Fam. Pract.* 1996. Vol. 13, No 2. P. 156-159.

13. Hotz J. Normalization of gut function without laxatives. Freiburg: Dr. Falk Pharma GmbH, 1999. 39 p.
14. Marlett J.A., Fischer M.H. The active fraction of psyllium seed husk. Proc. Nutr. Soc. 2003. Vol. 62. P. 207-209.
15. Marlett J.A., Kajs T.M., Fischer M.H. An unfermented gel component of psyllium seed husk promotes laxation as a lubricant in humans. Am. J. Clin. Nutr. 2000. Vol. 72. P. 784-789.
16. McPhee S.J., Papadakis M.A., Tierney L.M. Current medical diagnosis and treatment. New York : McGraw-Hill Lange, 2008. 1672 p.
17. Mehmood M.H., Aziz N., Ghayur M.N., Gilani A.H. Pharmacological basis for the medicinal use of psyllium husk (Ispaghula) in constipation and diarrhea. Dig. Dis. Sci. 2011. Vol. 56, No 5. P. 1460-1471.
18. Netter F.H. The Netter collection of medical illustrations. New York: Colorpress, 2002. Vol. 3. Digestive System: p. 2. 244 p.
19. Normalization of bowel function in constipation and diarrhea. Freiburg: Dr. Falk Pharma FmbH, 2012. 39 p.
20. Pare P, Ferrazzi S, Thompson W.G., Irvine E.J., Rance L. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of health care seeking. Am. J. Gastroenterol. 2001. Vol. 96, No 111. P. 3130-3137.
21. Warnecke G. Darmregulation in der Gynakologie durch biologische Verbesserung der Motilitat. Med. Welt. 1985. Vol. 36. P. 1011-1013.

Н.Б. Губергриц, Г.М. Лукашевич, П.Г. Фоменко,
Н.В. Беляева, А.А. Бурка

В помощь пациенту

Запор: простые ступени к свободе

Сдано в набор 24.07.2021
Подписано в печать 17.08.2021
Бумага мелованная, 115 г/м²
Гарнитура Myriad Pro. Печать офсетная
Тираж 7000 экз. Заказ ДФ408

Оригинал-макет подготовлен ООО «Прима Принт»

