

**ЗАБОЛЕВАНИЕ КИШЕЧНИКА ИЛИ ЗАПОРЫ.**

*Асилова Нигина Абдиганиевна студент,  
Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ)  
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан,  
Республика Узбекистан г.Ташкент  
Хайдарова Барно Исраилжановна  
научный руководитель,  
ст. преподаватель кафедры анатомии,  
Ташкентский государственный стоматологический институт (ТГСИ)  
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

**BOWEL DISEASE OR CONSTIPATION**

*Asilova Nigina Abdiganievna Student,  
Tashkent State Dental Institute (TSDI)  
Ministry of Health of Republic of Uzbekistan, Uzbekistan, Tashkent  
Barno Haidarova Israiljanovna  
Scientific supervisor,  
Tashkent State Dental Institute (TSDI) Ministry  
of Health of Republic of Uzbekistan,  
Uzbekistan, Tashkent*

**Аннотация**

В статье представлены данные об этиологии, классификации и патогенезе запоров, рассмотрены современные подходы к диагностике и лечению данных пациентов согласно последним рекомендациям. Запоры чрезвычайно распространены в общей медицинской практике. Проявления запоров негативным образом сказываются на качестве жизни людей, их повседневной активности и усугубляют течение соматической патологии. В зависимости от причины возникновения выделяют первичные, вторичные и идиопатические запоры. В патогенезе запоров важная роль принадлежит нарушению моторики толстой кишки, функционирования прямой кишки, анального сфинктера, мышц тазового дна и брюшной стенки. При обследовании людей должны быть выявлены возможные причины запора, исключена аноректальная патология. В лечении необходимо использовать комплексный и ступенчатый подход. В качестве терапии первой линии рекомендуются осмотические (полиэтиленгликоль) и стимулирующие слабительные средства.

**Ключевые слова:** Хронический, запор, диагностика, лечение, слабительные, язвенный колит, кишечная микробиота, иммунный ответ, хроническое воспаление, патогенез, клинические проявления, диагностика, лечение, ремиссия, осложнения, биологическая терапия, нутритивная поддержка

### Annotation

The article presents data on the etiology, classification and pathogenesis of constipation, discusses modern approaches to The diagnosis and treatment of patient data according to the latest recommendations. Constipation is extremely common In medical practice. Manifestations of constipation adversely affect the quality of life of people, their daily activity and Exacerbate the course of somatic pathology. Depending on the cause, primary, secondary and idiopathic constipation Are distinguished. In the pathogenesis of constipation, an important role belongs to impaired motility of the colon, the Functioning of the rectum, anal sphincter, muscles of the pelvic floor and the abdominal wall. When examining a patient possible causes of constipation should be identified, and anorectal pathology should be excluded. In the treatment it is necessary to use a comprehensive and a stepwise approach. As a first-line therapy, osmotic (polyethylene glycol) and stimulant laxatives are recommended

**Keywords:** Chronic, constipation, diagnosis, treatment, laxatives, ulcerative colitis, intestinal microbiota, immune response, chronic inflammation, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, treatment, remission, complications, biological therapy, nutritional support

### Введение

Хронические заболевания кишечника затрагивают миллионы людей по всему миру. Несмотря на прогресс в области медицины, патогенез и эффективное лечение этих состояний остаются актуальной проблемой. ХЗК требуют комплексного подхода и долгосрочного наблюдения, поскольку часто сопровождаются нарушением всасывания, снижением массы тела, анемией, дефицитами витаминов и психоэмоциональными расстройствами.

В зависимости от причины возникновения выделяют первичные, вторичные и идиопатические запоры .

На долю первичных запоров приходится до 90% случаев. При первичных запорах отмечаются аномалии, пороки развития толстой кишки и ее иннервации врожденного (мегаэктум, долихосигма, синдром Пайра, синдром Хилайдити, болезнь Гиршпрунга) и приобретенного (трещины, Полипы, опухоли, геморрой, спайки и др.) характера, а также синдром раздраженного кишечника с запором. Наиболее частыми причинами вторичного (симптоматического) запора

могут служить ; Беременность;. Метаболические и эндокринные нарушения (гиперкальциемия, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, гипотиреоз, гипокалиемия, уремия, болезнь Аддисона–Бирмера, порфирии);Последствия хирургических вмешательств и спаечная болезнь;Гастроэнтерологические заболевания (колоректальные образования, ишемия кишки, дивертикулит и др.);Неврологическая патология (болезнь Паркинсона, рассеянный склероз, поражения спинного мозга, инсульт и др.);

Психологические расстройства (подавление желания сходить в туалет, депрессия, расстройства пищевого поведения);

Системные заболевания (амилоидоз, системная красная волчанка, склеродермия, полимиозит);

Заболевания толстой кишки (ректоцеле, выпадение прямой кишки, дивертикулит, ишемический колит и др.);

Патология мышц тазового дна

Прием лекарственных препаратов в основе идиопатического запора лежат патологические изменения в нервно-мышечном аппарате прямой и толстой кишки со снижением активности и, самое тщательное исследование не позволяет установить причину обстипации (инертная кишка, идиопатический мегаколон) если запор развивается в течение нескольких часов, дней или недель, он трактуется как острый, а если характерны постоянные нарушения акта дефекации продолжительностью не менее 3 месяцев–он определяется как хронический.

Последний встречается значительно чаще. В большинстве случаев причинами развития острого запора являются: кишечная непроходимость, значимые стрессовые ситуации, длительный постельный режим, смена привычных условий быта и питания (запор путешественника). Кроме того, различают органические запоры (связаны с наличием механического препятствия для продвижения содержимого по кишке либо вследствие сужения его просвета (наличие опухоли, стриктур, болезни Гиршпрунга), либо вследствие сдавления кишечника снаружи (опухоль органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства, спайки).

При функциональных запорах отмечается нарушение моторной функции Кишечника. Пациенты с единственной причиной констипации встречаются редко. Как правило, при обследовании выявляется не менее двух причин, которые, действуя синергически, только усугубляют тяжесть запоров и затрудняют диагностику ведущая роль в патогенезе любого вида запора принадлежит нарушению моторики толстой кишки. Причем, гипермоторная дискинезия на 20–25% Чаще приводит к развитию запор.

### Диагностика

Диагностика запора основывается, главным образом, на клинических данных, а дополнительные методы позволяют уточнить причину. В первую очередь оценивается частота, консистенция кала и масса, длительность симптоматики, игнорирование позывов на дефекацию, чувство неполного опорожнения кишечника или необходимость мануального пособия во время дефекации, наличие сопутствующих заболеваний и хирургических вмешательств, режим и характер питания, прием лекарств. Характер стула оценивается по Бристольской шкале, типы стула которой формируются со временем кишечного транзита. Необходимо помнить, что отличают ослабленную активность кишечника такие симптомы, как: вздутие живота, натуживание при дефекации, ощущение неполного опорожнения кишечника и твердой или комковатой стула, а не редкая дефекация. Чрезвычайно важно обратить внимание на наличие симптомов «тревоги»: анорексия, немотивированная потеря массы тела, гематохезия, наличие пальпируемых опухолевых образований в животе или прямой кишке, анемия, лихорадка. Указанные симптомы, наличие запора в анамнезе, развитие в зрелом возрасте и резкое ухудшение состояния требуют исключения органической патологии, особенно опухоли ободочной или прямой кишки, сигмоидита, анальной трещины, язвенного колита, дивертикулита. Сигналом к расширенному обследованию служит также наличие анемии, лейкоцитоза, повышенного уровня С-реактивного белка, лихорадка, тахикардия. Физикальное обследование должно включать пальцевое ректальное исследование, в том числе с маневром натуживания, и ректоскопию. Это позволяет исключить органическую патологию (анальная трещины, опухоли, геморроидальные узлы, структурный стеноз).

Всем людям с запором следует определить основные лабораторные показатели (развернутый клинический анализ крови, биохимическое исследование крови [электролиты крови (калий, кальций), глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, аланинамина и аспартатаминотрансфераза, щелочная фосфатаза, общий белок и его фракции, холестерин], анализ кала на скрытую кровь). В диагностический поиск при хроническом запоре следует включать: ректороманоскопию, обзорную рентгенографию брюшной полости, ирригоскопию (двойное контрастирование), фиброколоноскопию (последние два метода показаны преимущественно при деле и с подозрением серьезных диагнозов).

При наличии показаний применяются в диагностике запоров и высокоспециализированные диагностические тесты аноректальная манометрия (исследование моторной функции анального и наружного анального сфинктеров, а также чувствительности анального канала);

дефекография (во время дефекации оценивается форма и функции таза, а также наличие структурных аномалий прямой кишки);

тест с радиоизотопными или радиоопаковыми метками (для оценки времени кишечного транзита);

баллонный тест (для оценки ректальной чувствительности);

тест с водной нагрузкой (оценивает способность пациентом к удержанию воды в прямой кишке);

электромиография (для изучения акта анального открытия);

сфинктерометрия (для изучения наружного и внутреннего сфинктеров анального канала);

МРТ малого таза;

при необходимости — анальные УЗИ, магнитно-резонансная томография позвоночника; консультации эндокринолога, психиатра, уролога, гинеколога и психиатра

Хронические запоры любой этиологии способны послужить пуском к серьезным осложнениям, как: хронический геморрой, проктит, анальные трещины, анальная тромбоз, мегаколон, долихосигма, выпадение прямой кишки и недержание кала. Опасность острого запора заключается в развитии непроходимости кишечника, для разрешения которого нередко требуется хирургическое вмешательство.

#### Лечение

Основной целью лечения запоров является восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника, улучшение качества жизни и предупреждение развития осложнений. Важными и первостепенными компонентами терапии запоров являются немедикаментозные методы.

Они включают: изменение рациона питания с уменьшением потребления жидкости (не менее 2 л) и богатых растительной клетчаткой продуктов, стимулирующих опорожнение кишечника (морковь, свекла, хлеб из муки грубого помола и др.), увеличение потребления воды, соков, увеличение физической активности. Однако следует учитывать, что в отношении их эффективности имеется низкий уровень доказательности согласно данным систематического обзора Cochrane (уровень доказательности C)

Арсенал медикаментозной терапии запоров включает в себя различные группы слабительных лекарственных средств. В зависимости от механизма действия они подразделяются на:

#### Объемные:

- пищевые волокна (псиллиум, отруби, микроцеллюлоза, морская капуста, семя льна, подорожника, агар-агар);

#### •осмотические:

○ лактулоза (лактусан, лактитол); ○

полиэтиленгликоль;

○ спирты (сорбит, маннитол, глицерин); ○ солевые слабительные (сернокислая магнезия и др.).

Стимулирующие:

- антраценпроизводные (препараты сенна, крушины, ревеня);
- производные дифенилметана (бисакодил, натрий пикосульфат);
- касторовое масло;
- производные

изохинолина;

- янтарные кислоты.

Смягчающие:

- вазелиновое и другие минеральные масла.

Слабительные могут оказывать воздействие как на весь кишечник (осмотические, объемные слабительные, касторовое масло), так и влиять преимущественно на его толстый (бисакодил, натрий пикосульфат), стимулируя двигательную волну толстой (аналог перистальтики под воздействием слабительных средств). Противопоказания и механизм действия слабительных препаратов объемные слабительные. Пищевые волокна. За счёт абсорбции жидкости они увеличивают объём кала, растягивают стенки кишечника и механически раздражают рецепторы кишечной стенки, способствуя появлению сократительных волн, вызывающих дефекацию. Данные слабительные средства обладают высокой степенью безопасности и хорошей переносимостью.

Их эффективность доказана в лечении как функционального, так и хронического запора у пожилых пациентов (уровень доказательности 2B)

Однако они неэффективны у людей с запорами, обусловленными нарушением кишечного транзита. Осмотические слабительные (сахара, полиэтиленгликоль, эндогенные и синтетические солевые препараты) задерживают всасывание воды на всём протяжении кишечника, усиливают его секреторную функцию, способствуют размягчению и увеличению объёма кишечного содержимого. Несмотря на общность механизма действия, осмотические средства отличаются друг от друга по воздействию. На уровне тонкой кишки оказывают действие препараты, состоящие из короткой цепи (сорбитол, маннитол и глицерин), а также лактулоза. Сахара оказывают осмотическое действие в толстой кишке, где подвергаются бактериальному расщеплению, вызывая продукцию короткоцепочечных жирных кислот, снижение pH, что дополнительно стимулирует перистальтику. Данные средства обладают пребиотическими свойствами и применяются у людей с хроническим

запором и синдромом раздражённого кишечника с преобладанием запора. Полиэтиленгликоль вызывает задержку жидкости путём связывания молекул воды. Препараты этой группы показаны в качестве экстренного средства при отсутствии стула в течение 2–3 дней. К средствам, способствующим размягчению и смазыванию содержимого толстой кишки, относятся вазелиновое, оливковое, миндальное и другие растительные масла, жидкий парафин, докюзат натрия. Размягчение каловых масс облегчает их продвижение по кишечнику.

Кроме того, их раздражающее действие на слизистую оболочку кишечника дополнительно стимулирует дефекацию.

Используются они в редких и требующих немедленного восстановления случаев. Солевые слабительные отличаются быстрым действием (в течение 2–4 часов), учащают частоту и консистенцию стула, но из-за возможного развития водно-электролитного дисбаланса не рекомендованы для длительного применения, особенно у больных с почечной недостаточностью. Не рекомендуется их применение у людей с СРК, поскольку они вызывают вздутие, метеоризм и боль.

Стимулирующие слабительные подразделяются на повышающие функцию преимущественно в толстой кишке (гидроксилантраценовые, растительные масла, слабительные соли) и усиливающие перистальтику тонкой и толстой кишки (антраценовые — ревеня, крушина, листья сенны, сабур (алоэ), бисакодил (уровень доказательности 2B), натрия пикосульфат, антракиноны (уровень доказательности 2C)).

Механизм их действия заключается в ингибировании резорбции воды и электролитов в толстой кишке и усилении перистальтики за счёт стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника.

Нередко применение данных препаратов (в зависимости от дозы) индуцирует диарею со схваткообразной болью в животе и метеоризмом.

А их длительный приём сопровождается дегенеративными изменениями клеток межмышечного и субмукозного сплетения (препараты ревеня, сенны и крушины), развитием толерантности и эффекта привыкания с формированием «синдрома ленивого кишечника» (lazy bowel syndrome)

Кроме того, использование препаратов ревеня, сенны и крушины ассоциируется с высоким риском развития трещин, язв и стеноза анального канала, а также колоректального рака.

Не лишены побочного действия (при длительном приёме) и производные дифенилметана (бисакодил и натрия пикосульфат), вызывая меланоз кишечника.

Препараты этой группы показаны в качестве экстренного средства при отсутствии стула в течение 2–3 дней. К средствам, способствующим

размягчению и смазыванию содержимого толстой кишки, относятся вазелиновое, оливковое, миндальное и другие растительные масла, жидкий парафин, докюзат натрия.

Размягчение каловых масс облегчает их продвижение по кишечнику.

Кроме того, их раздражающее действие на слизистую оболочку кишечника дополнительно стимулирует дефекацию.

Используются они в редких и требующих немедленного восстановления случаях.

При подтвержденной гипомоторной дисфункции рекомендован приём прокинетики (дисплатилин, тримебутин, итомед).

В случае идиопатического запора показаны антихолинэстеразные препараты. При дискинезии спастического типа показаны спазмолитики и препараты, нормализующие тонус ЖКТ.

**Заключение**

Пациенты, страдающие запорами, представляют собой неоднородную группу, что требует персонализированного подхода к тестово- диагностическим мероприятиям.

Безусловно знание критериев, патофизиологии и диагностических алгоритмов позволит клиницистам дифференцировать типы запоров с последующим назначением комплексной и эффективной терапии, направленной на устранение нарушенного дефекационного

#### **Источники:**

1. Грубник В.В., Шапринский В.И. Воспалительные заболевания кишечника. — Киев: Здоровье, 2019.
2. Хаитов Р.М., Чернушенко А.Ф. Иммунопатогенез язвенного колита и болезни Крона // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2020.
3. Ford A.C., et al. Efficacy of biological therapies in inflammatory bowel disease: systematic review. *Lancet*. 2018.
4. Drossman D.A. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology*. 2016
5. Клинические рекомендации РГА — Хронический колит и СРК, 2022.
6. Минздрав РФ. Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника. 2021.