

Клинический случай / Clinical case

Регулирование деликатной проблемы у пациентов с заболеваниями прямой кишки

В.В. Скворцов , <https://orcid.org/0000-0002-2164-3537>, vskvortsov1@ya.ru**А.А. Еременко**, <https://orcid.org/0000-0001-8361-9922>, reak.froman@mail.ru**Н.В. Еременко**, <https://orcid.org/0000-0003-2596-7958>, missis.yasko@mail.ru

Волгоградский государственный медицинский университет; 400131, Россия, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1

Резюме

В данной работе освещены проблема хронических запоров, их эпидемиология, этиология, особенности клинической картины при некоторых сопутствующих заболеваниях, диагностика и подходы к терапии с фокусом на препараты пикосульфата натрия. На основании нескольких научных работ проведен анализ группы препаратов пикосульфата натрия, рассмотрены показания, дозировка, эффективность и возможные побочные эффекты. В работе также приведен клинический пример ведения пациента с хроническим запором. Пациент получал терапию пикосульфатом натрия. Запор представляет собой нарушение акта дефекации реже 3 раз в неделю или более 3 дней. При этом говорить о хроническом запоре возможно, если подобная симптоматика сохраняется в течение 6 месяцев. На сегодняшний день продолжается дискуссия о запорах как нозологической единице. Изучение эпидемиологии запоров в различных научных источниках указывает на широкую распространенность данного заболевания. Постановка диагноза «запор» основывается на принятых в 2016 г. Римских критериях IV пересмотра. По происхождению запоры могут быть первичными и вторичными, причем среди провоцирующих их факторов встречаются не только гастроэнтерологические заболевания, но и заболевания других систем органов, а также факторы внешней среды и прием некоторых групп лекарственных средств. Терапия хронических запоров проводится как медикаментозно, так и немедикаментозно (хирургические методы на сегодня не имеют доказанной эффективности). В статье уделено внимание препаратам пикосульфата натрия ввиду их доказанной эффективности, отсутствия выраженных побочных эффектов, а также возможности с легкостью корректировать дозу для конкретного пациента, что также отмечено в клиническом случае.

Ключевые слова: запор, хронические запоры, лечение запоров, слабительное, натрия пикосульфат**Для цитирования:** Скворцов В.В., Еременко А.А., Еременко Н.В. Регулирование деликатной проблемы у пациентов с заболеваниями прямой кишки. *Амбулаторная хирургия*. 2022;19(1):81–88. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-81-88>.**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Regulation of a delicate problem in patients with rectal diseases

Vsevolod V. Skvortsov , <https://orcid.org/0000-0002-2164-3537>, vskvortsov1@ya.ru**Andrey A. Eremenko**, <https://orcid.org/0000-0001-8361-9922>, reak.froman@mail.ru**Natalia V. Eremenko**, <https://orcid.org/0000-0003-2596-7958>, missis.yasko@mail.ru

Volgograd State Medical University; 1, Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia

Abstract

This paper highlights the problem of chronic constipation, their epidemiology, etiology, clinical features in some concomitant diseases, diagnostics and approaches to therapy with a focus on sodium picosulfate preparations. Based on several scientific papers, an analysis of a group of sodium picosulfate preparations was performed, indications, dosage, efficacy and possible side effects were considered. The paper also provides a clinical example of managing a patient with chronic constipation. Who received therapy with sodium picosulfate. Constipation is a violation of the act of defecation less than 3 times a week or more than three days. At the same time, it is possible to say about chronic constipation if such symptoms persist for 6 months. To date, the discussion about constipation as a nosological unit continues. The study of the epidemiology of constipation in various scientific sources indicates the wide spread of this disease. The diagnosis of "Constipation" is based on the Rome Criteria IV adopted in 2016. By origin, constipation can be primary and secondary, and among the factors provoking them are not only gastroenterological diseases, but diseases of other organ systems, as well as environmental factors and the intake of certain groups of medicines. Therapy of chronic constipation is carried out both medicamentally and non-medicamentally (surgical methods today have no proven effectiveness). The analysis of sodium picosulfate preparations proved their effectiveness and safety, which was also noted in our clinical case.

Keywords: constipation, chronic constipation, constipation treatment, laxatives, sodium picosulfate**For citation:** Skvortsov V.V., Eremenko A.A., Eremenko N.V. Regulation of a delicate problem in patients with rectal diseases. *AmbulATORY SURGERY (RUSSIA)*. 2022;19(1):81–88. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2022-19-1-81-88>.**Conflict of interest:** the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Запор (констипация, обстипация) – это нарушение процесса дефекации до менее 3 раз в неделю, для которого характерны выделение твердого, скудного кала с чувством неполного опорожнения прямой кишки и дополнительные усилия, прикладываемые при дефекации [1].

В связи с распространенностью и выраженным ухудшением качества жизни больных хронические запоры выделены в самостоятельный синдром, и в настоящее время проблематика запоров активно изучается проктологами, гастроэнтерологами и другими специалистами. Всемирная организация здравоохранения по МКБ-10 относит запор к болезням (код K59.0) [2].

Запоры способствуют развитию хронической интоксикации организма, расстройствам пищеварения, а также в целом ухудшают самочувствие. Постоянное состояние недостаточного опорожнения ампулы прямой кишки нередко приводит к развитию синдрома опущения промежности, усугублению симптомов геморроя, ухудшению течения имеющихся [3] или развитию других проктологических заболеваний: вторичного колита, проктосигмоидита, геморроя, анальных трещин, парапроктита [4]. Следовательно, данная проблема имеет высокую степень социальной значимости.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЗАПОРОВ

По данным современных эпидемиологических исследований, чаще всего запорами страдают дети младшего возраста (5–20%) и люди пожилого возраста (в 5 раз чаще, чем молодые). Запоры также чаще встречаются у пациентов – жителей учреждений медико-социальной помощи и пациентов с коморбидными психическими заболеваниями [5].

Среди взрослого населения распространенность данной патологии в различных странах и регионах мира варьирует от 3 до 31% (по некоторым данным – до 50%) [6]: среди жителей Германии встречается у каждого третьего взрослого жителя, в Великобритании – уже у более половины всех взрослых. В промышленно-развитых странах задержкой стула страдает 2–6% населения молодого возраста, 18–24% – среднего и более 30% населения пожилого возраста. Проблема запоров в России также актуальна: в среднем запорами страдает 20–38% взрослого населения [7]. Распространенность функционального запора у женщин почти в 2 раза выше, чем у мужчин [8].

Классификация запоров

1) По происхождению:

- первичный запор (собственно запор) возникает на фоне повышенной активности сегментарных

сокращений, нарушения пропульсивной активности толстой кишки (инертная толстая кишка), диссинергии тазового дна;

- вторичный запор является следствием какого-либо заболевания внекишечной этиологии (на фоне иррадиирующих болей / рефлекторный), при эндокринных (гипотиреоз, диабет) и неврологических (повреждение спинного мозга, инсульт, болезнь Паркинсона, болезнь Гиршпрунга) заболеваниях, метаболических нарушениях, отравлениях, а также при поражении мышц передней брюшной стенки и диафрагмы.

2) По нарушению транзита кишечного содержимого:

- запор, связанный с замедлением транзита;
- запор, связанный с нарушением акта дефекации (диссинергичная дефекация) – дисфункция анального сфинктера, диссинергии мышц тазового дна или структурных аномалий, таких как ректоцеле;
- запор с нормальным транзитом (синдром раздраженного кишечника с запором);
- смешанные случаи [9].

Кологенные и проктогенные запоры:

- кологенные запоры могут протекать с гипер- или гипомоторной дискинезией. При гипермоторной дискинезии возникает спазм, который мешает функциональной активности; при гипомоторной дискинезии причиной запоров становится недостаточная активность кишки;
- проктогенные запоры возникают вследствие заболеваний органов тазового дна, которые рефлекторно влияют на моторику, например, при обострении геморроя, трещинах прямой кишки, гинекологических заболеваниях. Воспалительная реакция передается на кишечную стенку, в значительной степени из-за болевых ощущений тормозится моторика верхних отделов кишечника [10];
- эпизодический запор – запор, длящийся эпизодами в течение 3 мес., возникающий при изменениях условий жизни или стрессовых ситуациях (беременность, путешествия, употребление затрудняющих транзит кишечных масс продуктов, недостаточное употребление жидкости, психоэмоциональные переживания, стрессы);
- острые и подострые запоры возникают впервые в жизни и длятся несколько дней или недель, но не больше 3 мес. [11];
- хронические запоры представляют собой регулярную задержку дефекации дольше 3 мес. [12].
Этиология хронических запоров:
- особенности образа жизни (гиподинамия);

- пищевые привычки (диета, бедная продуктами, содержащими растительную клетчатку; недостаток суточного потребления жидкости);
- побочные эффекты лекарственных средств [13];
- регулярное сдерживание позывов к дефекации;
- необоснованное применение слабительных средств;
- механическая кишечная непроходимость: опухолевые процессы, рубцовые изменения, спайки, дивертикулы толстого кишечника, заворот кишок, глистная инвазия;
- неврологические расстройства: стресс, депрессия, нервные потрясения, а также патологии иннервации кишечной стенки: болезнь Гиршпрунга, рассеянный склероз, травмы и заболевания спинного мозга и др. [14];
- кишечная непроходимость, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронический панкреатит, болезнь Крона, язвенный колит и др.;
- гормональные нарушения: сахарный диабет, гипотиреоз [8].

К лекарственным препаратам, вызывающим запоры, относятся антациды, миотропные спазмолитики, холинолитики, ингибиторы протонной помпы, H₂-гистаминоблокаторы, трициклические антидепрессанты, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, антипаркинсонические, противоэпилептические препараты, нейролептики, β-адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, агонисты имидазолиновых рецепторов, диуретики, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики (трамадол, морфин, кодеин), современные противогрибковые препараты, препараты железа. Длительный бесконтрольный прием стимулирующих слабительных препаратов приводит к привыканию и исчезновению терапевтического эффекта.

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью, хронической дыхательной недостаточностью (эмфизема легких, хроническая обструктивная болезнь легких), портальной гипертензией и асцитом при хронических диффузных заболеваниях печени, а также при ожирении причиной запоров может быть ослабление мышечного тонуса диафрагмы и передней брюшной стенки, которые обеспечивают повышение внутрибрюшного давления во время акта дефекации [8].

ДИАГНОСТИКА ЗАПОРОВ

Анамнез и физикальный осмотр

При опросе пациента уточняются количество актов дефекации в течение недели, консистенция кала (наличие комков и (или) твердый кал), нали-

чие примесей (кровь, слизь, непереваренные фрагменты пищи) в кале, качество дефекации (ощущение препятствия или затруднения при ее совершении), необходимость в чрезмерном натуживании при дефекации, неудовлетворенность дефекацией (чувство неполного опорожнения кишечника), необходимость специфических манипуляций для облегчения дефекаций, уточняется наличие соматических заболеваний, перечень лекарственных препаратов, принимаемых больным.

Подробное промежностное и ректальное обследование может помочь диагностировать расстройства дефекации, включая оценку расслабляющего анального тона и сфинктера.

На сегодняшний день разработано и внедрено в практику множество опросников для определения тяжести проявлений хронического запора и уровня качества жизни, цель применения которых – объективизация картины заболевания, установление превалирования симптомов и их значимости для пациента. В зарубежной практике применяется двухнедельный дневник стула, в котором фиксируются ежедневные изменения и взаимосвязь между формой стула и симптоматикой. Также проводятся оценка эффекта от слабительных препаратов и фиксация изменений, которые возникли с начала их приема.

При развитии запора у пациента среднего или пожилого возраста на протяжении последних недель следует проявлять онкологическую настороженность, в особенности если нарушение стула сочетается с симптомами тревоги: повышение температуры, анемия, похудание [15].

Для постановки диагноза «запор» в 2016 г. на Римском консенсусе IV пересмотра по проблемам функциональных заболеваний ЖКТ были приняты следующие критерии:

- количество актов дефекаций менее 3 раз в неделю;
- отделение кала большой плотности;
- отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации;
- наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах;
- необходимость в сильных потугах;
- необходимость пальцевого удаления содержимого из прямой кишки, поддержки пальцами тазового дна [16];
- фрагментированный по типу овечьего, травмирующий область заднепроходного отверстия чаще чем в 1/4 актов дефекации, консистенция формы кала – I и II тип по Бристольской шкале;
- отхождение при дефекации малого количества кала (< 35 г/сут) [17];

Лабораторная диагностика

Дополнительным методом обследования является исследование микрофлоры толстой кишки. Все исследователи данного вопроса описывают большой процент дисбиотических отклонений при хроническом запоре, отличительная черта которого – подавление роста бифидо- и лактофлоры. У пациентов с функциональным запором отмечается увеличение популяции бактерий рода *Clostridium* и *Bifidobacterium*, причем преобладают *C. sporogenes*, *C. paraputrificum*, *C. fallax* и *C. innosium* [18].

Инструментальная диагностика

Для оценки времени транзита по пищеварительной системе применяют рентгенологические методы с маркерами, сцинтиграфию, эвакуационную проктографию (дефекографию и (или) сцинтидефекографию), ультразвуковое исследование с трехмерной дефекографией (при трансректальном исследовании). Исследования физиологических функций и функциональных расстройств органов малого таза проводят с помощью теста с изгнанием баллончика (симулированная дефекация) для подтверждения симптомов нарушенной эвакуации, при исследовании чувствительности прямой кишки (для различения функциональных и неврологических расстройств, вызывающих запоры), аноректальной манометрии, электромиографии мышц тазового дна [19].

◆ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАПОРОВ

Изменение образа жизни:

- достаточная физическая активность, сокращение времени, проводимого в сидячем положении;
- рациональное питание: важно употребление адекватного количества пищевых волокон [20], далее 25–30 г клетчатки ежедневно [21];
- употребление жидкости не менее 2 л в день, в том числе минеральной воды;
- фитотерапия: к лекарственным растениям, оказывающим послабляющее действие, относятся лист сенны остролистной (кассия остролистная, александрийский лист), кора крушины ольховидной, плод жостера (крушина слабительная), корень ревеня тангутского, ламинария сахаристая (морская капуста), корень и корневище солодки голой, трава укропа огородного, корни щавеля конского, листья столетника, стебли горца почечуйного, стебли золототысячника зонтичного, корни стальника полевого и др. [22].

◆ МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Осмотические слабительные

Осмотические слабительные средства создают осмотическое давление в просвете толстой кишки, притягивая таким образом воду и электролиты и вызывая повышение внутрипросветного давления и объема. Осмотические слабительные вызывают размягчение стула и увеличение его объема (лактолоза) [23]. Также к данной группе относят осмотические вещества (на основе полиэтиленгликоля), которые за счет повышения осмотического давления в кишечнике стимулируют выход воды в просвет кишки. Задержка воды в кишечнике способствует размягчению каловых масс и улучшению их продвижения [24].

Размягчающие слабительные

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 легкое раздражающее действие на слизистую оболочку кишечника дополнительно стимулирует дефекацию. Используются они в режиме по требованию [25].

Регуляторы моторики

В соответствии с современным уровнем знаний основными прокинетическими средствами являются агонисты 5-HT₄-рецепторов. В последние годы из всех известных энтерокинетиков прукалоприд разрешен к использованию при синдроме запоров [26, 27].

Средства, раздражающие рецепторы кишечника и стимулирующие перистальтику:

А. Раздражающие средства, усиливающие секрецию, влияющие на эпителиальные, гладкомышечные, нервные клетки [16]; группа препаратов, содержащая антрахиноны (препараты, в составе которых содержатся листья сенны, крушины, ревеня) [5].

Б. Производные дифенилметана (бисакодил и пикосульфат натрия) [16].

Согласно рекомендациям Российской гастроэнтерологической ассоциации, лечение функционального запора включает следующие этапы:

1) немедикаментозное лечение – изменение образа жизни, диета, потребление пищевых волокон, водный режим, ритуальное регулярное посещение ванной комнаты;

2) терапия первой линии – слабительные средства (осмотические: полиэтиленгликоль, макроголь,

лактолоза, лактитол, а также на короткий период времени стимулирующие: бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны);

3) прокинетики из группы агонистов 5-HT₄-рецепторов (прукалоприд);

4) пруклоприд в сочетании со слабительными средствами;

5) инструментальное обследование: рентгенологическое исследование с определением времени транзита, тест изгнания баллона, аноректальная манометрия, дефекография, динамическая магнитно-резонансная томография таза, электромиография сфинктеров.

При неэффективности терапии на всех этапах рекомендуется индивидуальный подбор противотревожных препаратов и антидепрессантов. В качестве вспомогательного средства могут быть назначены препараты для улучшения кишечной микрофлоры, однако следует помнить, что большинство из них самостоятельно способствуют формированию стула, что может привести к усугублению запора [28].

Хирургическое лечение хронического запора на сегодняшний день не имеет доказанной эффективности: ряд исследований подтверждают, что существующие хирургические методики решения проблемы длительного кишечного транзита зачастую дают неудовлетворительный результат [29].

● АНАЛИЗ ПРЕПАРАТОВ ПИКОСУЛЬФАТА НАТРИЯ

Механизм действия пикосульфата натрия

Пикосульфат является неактивным предшественником, который при приеме внутрь метаболизируется с помощью сульфатаз микрофлоры толстой кишки в активный метаболит – бис-(p-гидроксифенил)-пиридил-2-метан (бифенол). Бифенол усиливает естественные высокоамплитудные сокращения толстой кишки (стимулирует перистальтику) [30], подавляет абсорбцию и усиливает секрецию жидкости в просвет кишечника, увеличивая количество жидкости в стуле [31].

Есть данные, что это вещество стимулирует высвобождение серотонина из энтерохромаффинных клеток, вызывая возбуждение нейронов подслизистого и межмышечного сплетений и интерстициальных клеток Кахаля, которые, в свою очередь, активируют гладкомышечные клетки продольного и циркулярного слоев; под влиянием серотонина усиливается выделение ацетилхолина. При возбуждении двигательных нейронов сокращения могут суммироваться, вызывая появление пропульсивных волн [4]. При приеме внутрь препарат не всасывается из ЖКТ и не подвергается изменениям до толстой кишки [13], где он оказывает свое терапевтическое действие [4, 8].

Режим дозирования

Начальная доза – 13 капель, при стойком запоре – до 26 капель. В зависимости от полученного эффекта дозу при последующих приемах увеличивают или уменьшают. Курс лечения – 7 дней [8, 13]. Прием пикосульфата натрия внутрь желательно координировать с утренней активацией перистальтики (принимать препарат следует на ночь).

Эффективность и положительные качества

Слабительный эффект наступает в течение 10–12 ч [8].

По данным зарубежных источников, прием раздельных доз пикосульфата натрия оказывает более выраженный эффект, чем однократный прием [32, 33]. Важным преимуществом пикосульфата натрия является отсутствие раздражающего эффекта в отношении слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки [8]. Пикосульфат натрия не всасывается в системный кровоток [13], поэтому комбинация с другими препаратами является безопасной и эффективной [8]. Кроме того, у данной группы препаратов нет раздражающего эффекта в отношении слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки [3]. Одним из достоинств препаратов натрия пикосульфата является возможность точного и легкого дозирования препарата [3, 10], что позволяет индивидуально подходить к каждому случаю фармакотерапии запора [4, 7, 8]. При курсовом лечении пикосульфат натрия стимулирует рост и метаболическую активность нормальной (облигатной) микрофлоры кишечника. Прием пикосульфата натрия позволяет воздействовать на моторику и нормализовать ее активность независимо от этиологии запоров [8]. По сравнению с другими слабительными для наступления эффекта требуется прием меньшего количества данного препарата [33].

Побочные эффекты и противопоказания

Крайне незначительное количество натрия пикосульфата подвергается абсорбции в системный кровоток, поэтому появление у данного препарата серьезных побочных эффектов маловероятно [3]. Развитие таких нежелательных эффектов, как послабление стула и появление болей в животе, гипонатриемия, ортостатическая гипотензия [33]. Возможные тошнота, рвота и прокталгия, как правило, имеют легкую или умеренную выраженность. Очень редким побочным эффектом при приеме пикосульфата натрия является термический ожог слизистой пищевода и желудка, который возникает при недостаточном разведении препарата в воде [34].

Показания

Пикосульфат натрия наиболее эффективен при гипотонических/атонических запорах, у лиц, соблюдающих постельный режим [7], а также при запорах, связанных с воспалительной патологией ЖКТ [8]. Пикосульфат натрия рассматривается в качестве одного из препаратов выбора у пациентов с сахарным диабетом [32]. Он разрешен для приема детям с 4 лет [10], не были отмечены побочные эффекты у беременных [8], однако в инструкции указывается, что применение препарата противопоказано в I триместре беременности [8]. Многократный прием препарата в период II и III триместров должен осуществляться только после тщательной оценки необходимости и рисков, поскольку нет достаточной информации о применении препарата при беременности. Препарат показан при атонических запорах, для регулирования стула (геморрой, проктит, трещины ануса) [8]. Показаниями для приема пикосульфата натрия являются гипотония толстой кишки у пациентов пожилого возраста и запоры у лежачих больных. Этот же препарат может применяться для нормализации стула при обострении геморроя, проктита, анальных трещин, при подготовке к инструментальным и рентгенологическим исследованиям в комбинации с препаратами, которые устраняют явления метеоризма и повышенного газообразования [10].

Таким образом, пикосульфат натрия считается наиболее современным и безопасным из стимулирующих слабительных. Его можно принимать при запоре любого типа: как эпизодических, так и хронических. Хотя нельзя полностью исключить, что длительное лечение пикосульфатом натрия может вызывать зависимость и атонию толстой кишки.

Представляем результаты применения пикосульфата натрия в конкретном клиническом случае.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент Г., 36 лет, обратился с жалобами на невозможность самостоятельного опорожнения кишечника (не получалось очистить кишечник в течение 4 дней, дефекация сопровождалась болью, применял слабительные средства на основе антрахинонов, регулярно делал клизмы). Считает себя больным после проведенной аппендэктомии, когда появились проблемы с дефекацией, отмечал вздутие живота. Стал применять слабительные средства в течение 3 нед. без перерыва, после чего не может опорожняться без предварительного приема данных препаратов. Пациент ведет малоактивный образ жизни (сидячая работа). Прием пищи нерегулярный и несбалансированный. Через некоторое время стал замечать периодическое появление крови

на каловых массах. Был обследован амбулаторно. При проведении колоноскопии выявлен долихоколон. Наследственность не отягощена.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Вес 94 кг, рост 177 см. Кожные покровы бледнорозового цвета, имеются единичные рубиновые пятна. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены на верхушке, 66 ударов в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В левой подвздошной области пальпируется дополнительная петля сигмы. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется.

Учитывая анамнез пациента (аппендэктомия, гиподинамия) и клиническую картину, можем установить наличие синдрома хронического запора, резистентного к препаратам на основе антрахинонов, ассоциированного с долихоколоном.

Пациенту рекомендовано увеличить двигательную активность, соблюдать регулярную и рациональную диету. Назначена медикаментозная терапия, которая включает в себя семенную кожуру подорожника в виде настоя 1–3 р/сут за 30 мин до еды или спустя 2 ч после еды в течение 4 нед., а также препарат Регулакс Пикосульфат 26 каплей перед сном в течение 7 дней.

Результаты лечения. На фоне проводимой терапии и рекомендаций через 7 дней возник самостоятельный стул без натуживания с периодичностью 1 раз в 1–2 дня, при этом не было отмечено побочных эффектов от приема пикосульфата натрия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хронический запор является актуальной медицинской проблемой, поскольку встречается среди населения всех возрастов. Зачастую пациенты избегают обращения за медицинской помощью и предпочитают самостоятельное лечение, из-за чего в дальнейшем заболевание сложнее поддается лечению. Несмотря на то что постановка диагноза «запор» базируется на данных анамнеза и специально разработанных опросниках, не следует пренебрегать данными физикального, лабораторного и инструментального обследования. Также следует помнить, что запоры сопровождают ряд заболеваний, как связанных, так и не связанных с ЖКТ. На сегодняшний день существует достаточное большое количество препаратов для лечения хронических запоров, к которым относятся не только разные группы слабительных, но и блокаторы М-холинорецепторов, миотропные спазмолитические средства, антихолинэстеразные средства, желчегонные препараты, а также фито-

препараты. Больше внимание хочется уделить препаратам пикосульфата натрия ввиду их доказанной эффективности, отсутствию выраженных побочных эффектов, а также возможности с легкостью корректировать дозу для конкретного пациента. Приведенный клинический пример показывает эффективность

комплексной медикаментозной терапии с применением стимулирующих слабительных средств, таких как Регулакс Пикосульфат.

Поступила / Received 10.03.2022

Поступила после рецензирования / Revised 24.03.2022

Принята в печать / Accepted 25.03.2022

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

1. Голованова Е.В. Хронический запор у пожилых. *Клиническая геронтология*. 2018;(1–2):57–61. <https://doi.org/10.26347/1607-2499201801-02057-061>.
2. Golovanova E.V. Chronic constipation in the elderly. *Clinical Gerontology*. 2018;(1–2):57–61. (In Russ.) <https://doi.org/10.26347/1607-2499201801-02057-061>.
3. Сворцов В.В., Сворцова Е.М., Байманкулов С.С. Современная тактика лечения запоров. *Медицинский совет*. 2019;(21):148–153. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-21-148-153>.
4. Skvortsov V.V., Skvortsova E.M., Baimankulov S.S. Modern tactics of treatment of constipation. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(21):148–153. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-21-148-153>.
5. Дроздов В.Н., Карноух К.И., Сереброва С.Ю., Комиссаренко И.А., Стародубцев А.К. Возможности применения натрия пикосульфата в фармакотерапии запоров при функциональных расстройствах кишечника. *Медицинский совет*. 2019;(3):92–97. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-92-97>.
6. Drozdov V.N., Karnoukh K.I., Serebrova S.Y., Komissarenko I.A., Starodubtsev A.K. Possibilities of sodium picosulfate application in constipation pharmacotherapy in functional intestinal disorders. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(3):92–97. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-3-92-97>.
7. Шульпекова Ю.О., Русаев В.Ю., Шептулин Д.А., Шульпекова Н.В. Кишечная моторика, секреция и принципы лечения запора. *Медицинский совет*. 2020;(15):113–119. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-15-113-119>.
8. Shulpekova Yu.O., Rusayev V.Yu., Sheptulin D.A., Shulpekova N.V. Intestine motility, secretion, and constipation treatment principles. *Meditsinskiy Sovet*. 2020;(15):113–119. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2020-15-113-119>.
9. Плотникова Е.Ю., Краснов К.А. Запоры нужно лечить. *Медицинский совет*. 2018;(14):61–66. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-14-61-66>.
10. Plotnikova E.Yu., Krasnov K.A. Constipation needs to be treated. *Meditsinskiy Sovet*. 2018;(14):61–66. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-14-61-66>.
11. Фоминых Ю.А., Шабров А.В., Успенский Ю.П., Иванов С.В. Функциональный запор у пациентов с метаболическим синдромом. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2017;143(7):151–154. Режим доступа: <https://www.nogr.org/jour/article/view/466>.
12. Fominykh Yu.A., Shabrov A.V., Uspenskiy Yu.P., Ivanov S.V. Functional constipation at patients with metabolic syndrome. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2017;(7):151–154. (In Russ.) Available at: <https://www.nogr.org/jour/article/view/466>.
13. Шемеровский К.А. Что надо знать, чтобы запором не страдать. *Амбулаторная хирургия*. 2020;(3–4):102–107. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2020-3-4-102-107>.
14. Shemerovskiy K.A. What you need to know to avoid constipation. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2020;(3–4):102–107. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2020-3-4-102-107>.
15. Деговцов Е.Н., Трухан Д.И., Никоненко В.А., Косенок В.И. Синдром запора в хирургической практике: актуальные аспекты диагностики и лечения. *Амбулаторная хирургия*. 2020;(1–2):46–56. <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2020-1-2-46-56>.
16. Degovtsov E.N., Trukhan D.I., Nikonenko V.A., Kosenok V.K. Patient with constipation syndrome at the ambulatory-polyclinic reception: actual aspects of diagnosis and treatment. *Ambulatornaya Khirurgiya*. 2020;(1–2):46–56. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/1995-1477-2020-1-2-46-56>.
17. Лазебник Л.Б., Туркина С.В., Голованова Е.В., Ардатская М.Д., Остроумова О.Д., Комиссаренко И.А. и др. Запоры у взрослых. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2020;(3):10–33. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-175-3-10-33>.
18. Lazebnik L.B., Turkina S.V., Golovanova E.V., Ardatskaya M.D., Ostroumova O.D., Komissarenko I.A. et al. Constipation in adults. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2020;(3):10–33. (In Russ.) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-175-3-10-33>.
19. Сас Е.И., Гриневич В.Б. Сложный пациент. Ведение больных с резистентными запорами. *Медицинский совет*. 2019;(14):88–92. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-14-88-92>.
20. Sas E.I., Grinevich V.B. Difficult patient. Management of resistant constipation. *Meditsinskiy Sovet*. 2019;(14):88–92. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-14-88-92>.
21. Трухан Д.И., Деговцов Е.Н., Дрокина О.В. Пациент с синдромом запора на амбулаторнополиклиническом приеме: актуальные аспекты дифференциальной диагностики и лечения. *Медицинский совет*. 2021;(5):142–153. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-5-142-153>.
22. Trukhan D.I., Degovtsov E.N., Drokina O.V. Patient with constipation syndrome at the ambulatory-polyclinic reception: actual aspects of differential diagnosis and treatment. *Meditsinskiy Sovet*. 2021;(5):142–153. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2021-5-142-153>.
23. Минушкин О.Н. Функциональный запор динамика представлений, диагностика, некоторые лечебные подходы. *Медицинский совет*. 2017;(20):92–95. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-20-92-95>.
24. Minushkin O.N. Functional constipation, dynamics of presentations, diagnostics, individual approaches to the treatment. *Meditsinskiy Sovet*. 2017;(20):92–95. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2017-20-92-95>.
25. Кучерявый Ю. В основе профилактики запоров лежит здоровый образ жизни. *Ремедиум*. 2020;(4–6):69–70. Режим доступа: <https://www.remEDIUM-journal.ru/jour/article/view/37/0>.
26. Kucheryavyy Yu. A healthy lifestyle is the basis for the prevention of constipation. *Remedium*. 2020;(4–6):69–70. (In Russ.) Available at: <https://www.remEDIUM-journal.ru/jour/article/view/37/0>.
27. Костырная А.В., Шевкетова Э.Р. Хронические запоры: вопросы диагностики и хирургического лечения. *Казанский медицинский журнал*. 2015;96(6):1004–1009. <https://doi.org/10.17750/KMJ2015-1004>.
28. Kostyrnoy A.V., Shevketova E.R. Chronic constipation: diagnostics and surgical treatment issues. *Kazan Medical Journal*. 2015;96(6):1004–1009. <https://doi.org/10.17750/KMJ2015-1004>.
29. Кляритская И.Л., Максимова Е.В., Стилиди Е.И. Тактика ведения пациентов с запорами. *Крымский терапевтический журнал*. 2016;(2):27–31. Режим доступа: <http://crimty.ru/journal.files/29-2016-2/Annotations-29-2016-2/HP-Maksimova-Constipation-0101.html>.
30. Klyaritskaya I.L., Maksimova E.V., Stilidi E.I. Management of patients with constipation. *Crimean Journal of Internal Diseases*. 2016;(2):27–31. (In Russ.) Available at: <http://crimty.ru/journal.files/29-2016-2/Annotations-29-2016-2/HP-Maksimova-Constipation-0101.html>.
31. Bharucha A.E., Lacy B.E. Mechanisms, Evaluation, and Management of Chronic Constipation. *Gastroenterology*. 2020;158(5):1232–1249.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.12.034>.
32. Логутова Л.С., Буянова С.Н., Юдина Н.В., Гукасян С.А. Оценка эффективности солевых гиперосмотических средств для стимуляции функции кишечника у больных после миомэктомии и удаления опухолей яичника во время беременности. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2018;18(4):88–92. <https://doi.org/10.17116/rosakush201818488>.
33. Logutova L.S., Buianova S.N., Yudina N.V., Gukasyan S.A. Evaluation of the efficacy of salt hyperosmotic agents to stimulate intestinal function in patients after vaginal surgery and in pregnant patients after myomectomy and removal of ovarian tumors during pregnancy. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2018;18(4):88–92. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/rosakush201818488>.
34. Ohkusa T., Koido S., Nishikawa Y., Sato N. Gut Microbiota and Chronic Constipation: A Review and Update. *Front Med (Lausanne)*. 2019;6:19. <https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00019>.

19. Осадчук М., Осадчук А. Современные проблемы диагностики и лечения функционального запора. *Врач*. 2016;(2):3–8. Режим доступа: <https://vrachjournal.ru/ru/25877305-2016-02-02>. Osadchuk M., Osadchuk A. Modern problems of diagnosis and treatment functional diseases, accompanied by constipation. *Vrach*. 2016;(2):3–8. (In Russ.) Available at: <https://vrachjournal.ru/ru/25877305-2016-02-02>.
20. Степанов Ю.М., Власова О.Н., Стойкевич М.В. Негативные эффекты злоупотребления слабительными средствами во врачебной практике. *Гастроэнтерология*. 2018;52(3):158–173. <https://doi.org/10.22141/2308-2097.52.3.2018.141844>. Stepanov Yu.M., Vlasova O.N., Stoikevich M.V. Negative effects of abuse of laxatives in medical practice. *Gastroenterology (Ukraine)*. 2018;52(3):158–173. <https://doi.org/10.22141/2308-2097.52.3.2018.141844>.
21. Тумаренко А.В., Скворцов В.В. Современные подходы к фармакотерапии запоров. *Лекарственный вестник*. 2017;11(2):28–33. Режим доступа: <https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1499862473-drugs-bulletin-2017-2-2954.pdf>. Tumarenko A.V., Skvortsov V.V. Modern approaches to the pharmacotherapy of constipation. *Lekarstvennyi Vestnik*. 2017;11(2):28–33. (In Russ.) Available at: <https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1499862473-drugs-bulletin-2017-2-2954.pdf>.
22. Ивашкин В.Т., Мнацаканян М.Г., Остапенко В.С., Погромов А.П., Нековаль В.М., Полуэктова Е.А. и др. Диагностика и лечение хронического запора у пациентов пожилого и старческого возраста: согласованное мнение экспертов. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2021;31(4):7–20. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-7-20>. Ivashkin V.T., Mnatsakanyan M.G., Ostapenko V.S., Pogromov A.P., Nekoval V.M., Poluektova E.A. et al. Diagnosis and Treatment of Elderly and Senile Chronic Constipation: an Expert Consensus. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2021;31(4):7–20. (In Russ.) <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-7-20>.
23. Минушкин О.Н. Хронический запор (определение, эпидемиология, диагностика): современная медикаментозная терапия. *Медицинский совет*. 2015;(13):100–105. Режим доступа: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/344>. Minushkin O.N. Chronic constipation (definition, epidemiology, diagnosis): current drug therapy. *Meditsinskiy Sovet*. 2015;(13):100–105. (In Russ.) Available at: <https://www.med-sovet.pro/jour/article/view/344>.
24. Строкова О.А., Герасименко И.В. Основные подходы к диагностике и лечению запоров. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. 2019;(5):49–55. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-165-5-49-55>. Strokova O.A., Gerasimenko I.V. The main approaches to the diagnosis and treatment of constipation. *Experimental and Clinical Gastroenterology*. 2019;(5):49–55. (In Russ.) <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-165-5-49-55>.
25. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре. *Лечащий врач*. 2015;(8):7–17. Режим доступа: <https://www.lvrach.ru/2015/08/15436271>. Plotnikova E.Yu. Modern concepts of constipation. *Lechaschi Vrach*. 2015;(8):7–17. (In Russ.) Available at: <https://www.lvrach.ru/2015/08/15436271>.
26. Павлов А.И., Павлова А.А. Опыт применения концентрированного сока алоэ Фе-Рокс для лечения пациентов с функциональным запором. *Доктор.Ру*. 2019;(3):47–52. <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2019-158-3-47-52>. Pavlov A.I., Pavlova A.A. Use of Concentrated Aloe Vera Juice Fe-Rox for Management of Functional Constipation. *Doctor.Ru*. 2019;(3):47–52. (In Russ.) <https://doi.org/10.31550/1727-2378-2019-158-3-47-52>.
27. Парфенов А.И., Индейкина Л.Х., Павлов М.В. Хронический запор: акцент на слабительные средства, стимулирующие перистальтику. *РМЖ*. 2016;(17):1167–1171. Режим доступа: https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Hronicheskiy_zapor_akcent_na_slabitelnyye_sredstva_stimuliruyuschie_peristaltiku/. Parfenov A.I., Indeikina L.Kh., Pavlov M.V. Chronic constipation: focus on laxatives, stimulating peristalsis. *RMJ*. 2016;(17):1167–1171. (In Russ.) Available at: https://www.rmj.ru/articles/gastroenterologiya/Hronicheskiy_zapor_akcent_na_slabitelnyye_sredstva_stimuliruyuschie_peristaltiku/.
28. Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В., Соусова Я.В. Практические рекомендации по диагностике и лечению функциональных кишечных расстройств (синдром раздраженного кишечника, функциональный запор, функциональная диарея). *Университетский терапевтический вестник*. 2021;3(3):200–211. Режим доступа: <http://ojs3.gpmu.org/index.php/Un-ther-journal/article/view/3848>. Fominykh Yu.A., Baryshnikova N.V., Sousova Ya.V. Practical recommendations to diagnose and treat functional intestinal disorders (irritable bowel syndrome, functional constipation, functional diarrhea). *University Therapeutic Journal*. 2021;3(3):200–211. (In Russ.) Available at: <http://ojs3.gpmu.org/index.php/Un-ther-journal/article/view/3848>.
29. Bharucha A.E., Wald A. Chronic Constipation. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(11):2340–2357. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2019.01.031>.
30. Rasheed T., Alvi H., Shaikh M.A., Ali F.S., Zuberi B.F., Subhan W. Frequency of hyponatremia caused by sodium picosulfate solution when used as a bowel cleansing agent for colonoscopy. *Pak J Med Sci*. 2020;36(7):1651–1654. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.7.2376>.
31. Ze E.Y., Choi C.H., Kim J.W. Acute Gastric Injury Caused by Undissolved Sodium Picosulfate/Magnesium Citrate Powder. *Clin Endosc*. 2017;50(1):87–90. <https://doi.org/10.5946/ce.2016.081>.
32. Mankaney G.N., Ando M., Dahdal D.N., Burke C.A. Safety and efficacy of sodium picosulfate, magnesium oxide, and citric acid bowel preparation in patients with baseline renal impairment or diabetes: subanalysis of a randomized, controlled trial. *Therap Adv Gastroenterol*. 2021;14:17562848211024458. <https://doi.org/10.1177/17562848211024458>.
33. Rostom A., Dube C., Bishay K., Antonova L., Heitman S.J., Hilsden R. A randomized clinical prospective trial comparing split-dose picosulfate/ magnesium citrate and polyethylene glycol for colonoscopy preparation. *PLoS ONE*. 2019;14(3):e0211136. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211136>.
34. Yang D.H., Bang B.W., Kwon K.S., Kim H.K., Shin Y.W. A Case of Thermal Esophageal Injury Induced by Sodium Picosulfate with Magnesium Citrate. *Case Rep Gastrointest Med*. 2017;9879843. <https://doi.org/10.1155/2017/9879843>.

Информация об авторах:

Скворцов Всеволод Владимирович, д.м.н., профессор кафедры внутренних болезней, Волгоградский государственный медицинский университет; 400131, Россия, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; vskvortsov1@ya.ru

Еременко Андрей Андреевич, студент 6-го курса кафедры внутренних болезней, Волгоградский государственный медицинский университет; 400131, Россия, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; reak.froman@mail.ru

Еременко Наталия Владимировна, студент 6-го курса кафедры внутренних болезней, Волгоградский государственный медицинский университет; 400131, Россия, Волгоград, площадь Павших Борцов, д. 1; missis.yasko@mail.ru

Information about the authors:

Vsevolod V. Skvortsov, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Internal Diseases, Volgograd State Medical University; 1, Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia; vskvortsov1@ya.ru

Andrey A. Eremenko, 6th Year Student of the Department of Internal Diseases, Volgograd State Medical University; 1, Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia; reak.froman@mail.ru

Natalia V. Eremenko, 6th Year Student of the Department of Internal Diseases, Volgograd State Medical University; 1, Pavshikh Bortsov Square, Volgograd, 400131, Russia; missis.yasko@mail.ru