

УДК 616.34-008.14

DOI: 10.26347/1607-2499201801-02057-061

## ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР У ПОЖИЛЫХ

Хронический запор – одна из актуальных проблем у лиц пожилого возраста вследствие высокой распространенности, развития тяжелых осложнений и высокого риска колоректального рака. В статье обоснована необходимость обследования пациентов для раннего выявления осложнений и подбор эффективного лечения с выбором слабительного препарата с позиций доказательной медицины.

**Ключевые слова:** *пожилой возраст, хронический запор, осложнения, особенности питания*

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

## CHRONIC CONSTIPATION IN THE ELDERLY PERSONS

Chronic constipation is one of the topical problems in the elderly people due to its high prevalence, development of severe complications and a high risk of colorectal cancer. The article substantiates the necessity of examining patients for early detection of complications and the selection of effective treatment with the choice of a laxative drug from the perspective of evidence-based medicine.

**Key words:** *elderly age, chronic constipation, complications, nutritional features*

Authors declare lack of the possible conflicts of interests.

Под запором (констипацией) понимают задержку опорожнения кишечника более чем на 48 ч, которая сопровождается чувством неполного опорожнения с отхождением малого количества кала повышенной твердости. Хронический запор (ХЗ) диагностируют при частоте дефекаций менее 3 раз в неделю в последние 3 мес при общей продолжительности констипации не менее полугода [1,2]. Дополнительными критериями ХЗ являются необходимость натуживания и/или ручного вспоможения. Необходимо дифференцировать запор как симптом заболевания от функционального запора, развивающегося первично при отсутствии другой патологии.

Актуальность ХЗ определяется чрезвычайно высокой распространенностью: в среднем в популяции – от 4 до 20%. Согласно данным эпидемиологических исследований, в индустриально развитых странах Европы и Америки хроническим запором страдает от 30 до 50% взрослого населения [1,2].

Для геронтологов проблема хронического запора актуальнее, чем для врачей других специальностей, поскольку распространенность констипации значительно увеличивается с возрастом, и у пожилых людей патология встречается примерно в 5 раз чаще, чем у лиц молодого возраста.

В большинстве случаев это связано с особенностями питания, отсутствием физической нагрузки, применением большого количества лекарственных препаратов и возрастными изменениями мышечного аппарата кишечника. У пожилых больных с запором существенно снижено качество жизни, низкий доход и низкое социальное положение по сравнению с остальной популяцией. Так, в исследованиях пожилой популяции о симптомах констипации сообщали до 20% людей, проживающих в своих домах, и 50% пожилых людей в домах для престарелых [1]. Большой проблемой является самостоятельное устранение запора приемом слабительных средств даже в отсутствие такой необходимости. Например, в популяционном исследовании было показано, что 57% опрошенных считают необходимость приема слабительных препаратов (определяемую пациентом самостоятельно) непосредственно признаком констипации [1]. По данным последнего эпидемиологического исследования, в котором участвовали более 15 000 респондентов, признаки запора в течение последних 12 мес отмечали 14,9% опрошенных, при этом слабительные принимали 4,4%, к врачу обратились всего 2,6% респондентов [3].

Среди факторов риска функциональной констипации Всемирная организация здравоохране-

**Е.В. Голованова**

*ФГБОУ ВО Московский  
государственный медико-  
стоматологический  
университет  
им. А.И. Евдокимова  
Минздрава России*

**E.V. Golovanova**

*Moscow State University  
of Medicine and Dentistry  
named after A.I. Evdokimov,  
Russia*

ния (World Gastroenterology Organisation, WGO) с учетом данных статистики называет прежде всего возраст, однако, с оговоркой, что запор не является физиологическим следствием нормального старения. Другие факторы риска ХЗ: депрессия, низкая физическая активность, малое потребление пищи, низкий доход и низкий образовательный уровень, большое количество и независимый профиль побочных эффектов принимаемых медикаментов, физическое и сексуальное насилие, женский пол.

Единой классификации констипации не существует, чаще всего используется классификация по механизму развития патологии, которая предлагает следующие патогенетические варианты хронического запора:

1) алиментарный (вследствие уменьшения потребления пищи или пищевых волокон и/или дегидратации, в том числе при недостаточном употреблении воды), 2) неврогенный, 3) гемодинамический, 4) воспалительный, 5) проктогенный, 6) психогенный, 7) рефлекторный (при органических заболеваниях органов ЖКТ и других органов и систем), 8) эндокринный, 9) «застойный» (сердечная, печеночно-клеточная, почечная недостаточность), 10) токсический, 11) медикаментозный (использование препаратов, вызывающих гипотонию толстой кишки, влияющих на чувствительность ее рецепторного аппарата и на центральные регулирующие механизмы).

К особенностям этиопатогенеза ХЗ в пожилом возрасте следует отнести: особенности питания (малый объем пищи, уменьшение количества клетчатки), абдоминальную ишемию и гипоксию, сопровождающиеся снижением репарации тканей, гиподинамию, снижение ак-

тивности перистальтики кишечника, ослабление мускулатуры брюшного пресса и тазового дна, принимающей активное участие в акте дефекации, значительные изменения в количестве и составе кишечных микроорганизмов, в том числе в результате уменьшения активности пищеварительных ферментов, а также применение в силу полиморбидности пожилыми пациентами большого количества лекарственных препаратов, снижающих моторную активность кишечника (табл. 1).

Степень тяжести запора оценивают по частоте стула: до 1 раза в неделю – легкая степень, до 1 раза в 10 дней – средняя, менее 1 раза в 10 дней – запор тяжелой степени.

В силу возрастных изменений на фоне хронического запора у пожилых возможны такие тяжелые и потенциально опасные осложнения, как каловые язвы толстой кишки (вследствие длительного застоя кала в том или ином отделе толстой или прямой кишки) и каловые камни с преимущественной локализацией в прямой кишке, которые могут стать причиной кишечной непроходимости.

Кроме этого, наличие запора в пожилом возрасте увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Так, при обследовании 73 047 женщин в постменопаузе при наличии среднетяжелого и тяжелого запора число сердечно-сосудистых событий составило соответственно 14,2 и 19,1 событий на 1000 лиц в год, в то время как у женщин без запора – 9,6 на 1000 лиц в год. Установлено, что тяжелые запоры увеличивают риск сердечно-сосудистых событий на 23% [4].

Доказана достоверная связь хронического запора и колоректального рака, что, несомненно, является более актуальной проблемой в старшем возрасте по сравнению с молодым. Так, в Австралийском исследовании показано, что хронический запор отмечается достоверно чаще у пациентов раком толстой кишки (n = 685) по сравнению с контрольной группой (n = 723) [5]. По данным мультицентровых исследований и мета-анализа, риск колоректального рака у лиц с запором в 1,48–2 раза выше, чем у лиц без запора (p < 0,05) [6,7].

Определяющее значение в ранней диагностике колоректального рака имеют скрининговые обследования. Так, по данным на 2010 г., за последние 25 лет заболеваемость колоректальным раком и смертность от него в США постоянно снижались, благодаря в том числе распростра-

Таблица 1

**Лекарственные средства, связанные с констипацией [1]**

Рецептурные препараты	Безрецептурные препараты
Антидепрессанты	Антациды (содержащие алюминий, кальций)
Противоэпилептические	Противодиарейные
Антигистаминные	Добавки кальция и железа
Антипаркинсонические	Нестероидные противовоспалительные препараты
Нейролептики	Опиаты
Спазмолитики	Симпатомиметики
Блокаторы кальциевых каналов	Трициклические антидепрессанты
Диуретики	
Ингибиторы моноаминоксидазы	

нению эффективных методов скринингового обследования [8,9].

Дифференциальная диагностика хронического запора – очень важная и часто сложная задача для практического врача. Начинать необходимо с тщательного сбора анамнеза с характеристикой образа жизни, характера питания, питьевого режима, данных о перенесенных и имеющихся в настоящее время заболеваниях, лекарственного анамнеза, наследственной отягощенности. Необходимо выяснить, как давно появился запор, имеется ли динамика в его симптомах, проводились ли ранее обследование и лечение. Если лечение уже проводилось, нужно выяснить, какие методы и/или медикаменты применялись, их дозы, режим применения и эффективность. Обязательные лабораторные исследования включают: общеклинический анализ крови, мочи и кала, анализ кала на кишечные патогены (шигеллез, сальмонеллез, иерсиниоз и др.), яйца глистов и паразитов, основные биохимические показатели (протеинограмма, уровень альбумина, электролитов, гормонов щитовидной железы, глюкозы). При необходимости проводят расширенное биохимическое исследование крови с определением концентрации основных онкомаркеров.

Обязательные инструментальные исследования: рентгенологическое исследование верхнего отдела ЖКТ, УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), ирригоскопия и колоноскопия с биопсией (гистологическое исследование позволяет дифференцировать функциональные нарушения от воспалительных заболеваний кишечника, новообразований, болезни Гиршпрунга и др.).

При необходимости проводят специальные исследования, доступные в специализированных центрах:

- исследование времени кишечного транзита с рентгенопозитивными маркерами,
- гистохимическое исследование слизистой оболочки (при подозрении на болезнь Гиршпрунга в области сужения становится положительной реакция на ацетилхолинэстеразу),
- исследование нервно-мышечной координации акта дефекации с помощью дефекографии, анальной манометрии, теста изгнания ректального баллона,
- капсульная видеоэндоскопия.

При оценке результатов обследования у пожилого контингента необходимо прицельно обратить внимание на потенциальное наличие тре-

вожных симптомов, к которым относятся: изменения толщины и формы кала, положительная реакция на кровь в кале, железодефицитная анемия, обструктивные симптомы, недавнее начало констипации, ректальное кровотечение, пролапс прямой кишки, снижение массы тела. У пациентов старше 50 лет без проведенного ранее скрининга на колоректальный рак и во всех случаях наличия тревожных симптомов показано обязательное проведение колоноскопии.

Основные принципы лечебного подхода при хроническом запоре [1,2]:

- 1) изменение образа жизни,
- 2) обогащение рациона пищевыми волокнами,
- 3) фармакотерапия,
- 4) метод биологической обратной связи,
- 5) хирургические методы.

Коррекция образа жизни включает увеличение физической активности (энергичная ходьба, легкий бег, плавание) и ритуальное утреннее посещение туалетной комнаты для «выработки» утренней привычки к дефекации (при отсутствии утреннего времени для неспешного посещения туалета возможен перенос акта дефекации на вечернее время).

Самой распространенной причиной алиментарного запора является несбалансированное питание и уменьшение количества пищевых волокон и/или воды в ежедневном рационе, в связи с чем рекомендуется соблюдение питьевого режима с употреблением не менее 1,5–2 л жидкости в сутки и обогащение пищевого рациона естественными пищевыми волокнами. На завтрак рекомендуется употребление достаточно объемных блюд, например каш из зерновых и овощных и/или фруктовых салатов. Международные и национальные эксперты при неэффективности естественной коррекции пищевого рациона рекомендуют применение мукофалька (пищевые волокна из оболочек семян подорожника овального), показавшего высокую эффективность и безопасность в лечении хронического запора, в том числе у пожилых пациентов [1,2,10,11].

При неэффективности мероприятий по коррекции пищевого, водного и физического режимов подключают медикаментозные препараты, руководствуясь принципами доказательной медицины [1,2]. Наиболее высокая эффективность отмечена у осмотического слабительного – полиэтиленгликоля (макроголь) (табл. 2). У этого слабительного препарата имеется большая доказательная база: проведены рандомизированные

Уровень доказательности рекомендаций слабительных препаратов [2]

Препарат	Эффективность	Доказательность	Комментарии (Римские критерии – IV)
Диета	Сомнительна	D	На старте лечения необходим комплекс модифицирующих образ жизни мероприятий – 4–8 недель
Полиэтиленгликоль	Эффективно	A	Эффективнее лактулозы и плацебо как у взрослых, так и у детей
Мукофальк	Эффективно	B	20–30 г/сут, дозозависимый метеоризм, при очень медленном транзите могут быть неэффективным
Лактулоза	Эффективно	B	Дозозависимый метеоризм и абдоминальные спазмы
Сульфат магния	Эффективно	C	С осторожностью у пожилых и при хронической почечной недостаточности, нет РКИ
Стимулирующие слабительные (ситуационный прием)	Эффективно	B (пикосульфат натрия) C (другие)	Абдоминальная боль и диарея – часто
Стимулирующие слабительные (длительный прием)	Данные отсутствуют	–	NA

клинические исследования, системные обзоры и мета-анализы, доказавшие эффективность и безопасность, что является необходимым условием для высокого уровня доказательности рекомендаций [1,2,10].

Механизм действия макроголя (полиэтиленгликоль – ПЭГ) заключается в связывании молекул воды в кишечнике, увеличении объема и размягчении каловых масс, что естественным образом стимулирует кишечную перистальтику. При этом препарат не оказывает системного действия на организм, эффективен для симптоматического лечения большинства типов запора у пациентов всех возрастов (начиная с 6 мес), включая беременных и кормящих женщин, а также лиц пожилого возраста. Преимуществом препарата является формирование эффекта «обучения кишечника» при курсовом приеме от 2–4 недель. По данным исследований, при длительном непрерывном приеме ПЭГ не вызывает привыкания, поэтому нет необходимости увеличивать дозу [12-14].

В Кохрейновском системном обзоре и мета-анализе 10 РКИ за период с 1997 по 2007 годы изучены результаты лечения 868 пациентов в 6 странах мира в возрасте от 3 мес до 70 лет. Показано, что ПЭГ достоверно более эффективен в сравнении с лактулозой по таким критериям, как нормализация частоты стула, нормализация формы кала по Бристольской шкале, эффективная монотерапия запора [14].

Важным преимуществом макроголя 4000 перед лактулозой является также отсутствие необходимости индивидуального подбора дозы, возможность применения у пациентов с сахарным диабетом, при непереносимости лактозы и га-

лактозы, меньшая выраженность метеоризма и эффект «обучения кишечника» при курсовом приеме. С учетом имеющихся у препарата преимуществ, в настоящее время ПЭГ рассматривается международными и национальными экспертами как препарат первой линии при лечении больных с хроническим запором [1,2,10,11].

У пожилых больных часто бывает запор на фоне постоянного приема слабительных (преимущественно стимулирующих) вследствие развития резистентности (привыкания) к ним, что сопровождается неэффективным увеличением дозы и, как следствие, увеличением риска побочных эффектов. В клинической практике показано, что в этой ситуации перевод больных с ранее принимаемых контактных лаксативов на полиэтиленгликоль (макроголь 4000) эффективно уменьшает симптомы запора. Так, единовременное уменьшение дозы стимулирующих слабительных на 50% на фоне применения 2 пакетиков макроголя с последующим (через 2 недели) постепенным снижением дозы контактных лаксативов (усиливают перистальтику кишечника и ускоряют его опорожнение) еще на 25% в неделю позволило нормализовать функцию толстой кишки и после полной отмены стимулирующих слабительных добиться ежедневного стула приемом 1 пакетика ПЭГ в сутки у 52,9% пациентов. Последующий прием одного пакетика макроголя в сутки в течение 3 мес и более обеспечил ежедневный стул даже у больных с длительным анамнезом запора и опытом неэффективного лечения другими слабительными препаратами [15].

Таким образом, хронический запор – актуальная проблема у лиц пожилого возраста вследствие высокой распространенности, тяжелых ос-

ложнений и высокого риска колоректального рака. Необходимы активное обследование для ранней диагностики осложнений и подбор эффективного лечения с выбором слабительного препарата с позиций доказательной медицины.

#### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Глобальные практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации. Конституция: глобальная перспектива. Доступно по: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-delines/constipation/constipation-russian>. Ссылка активна на 13.11.2017. Globalnye prakticheskie rekomendacii vseмирnoj gastroenterologicheskoj organizacii. konstipaciya: globalnaya perspektiva. dostupno po: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-delines/constipation/constipation-russian>. ssylka aktivna na 13.11.2017. [Global practical recommendations of the World Gastroenterological Organization. Constipation: a global perspective. Available at: <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-delines/constipation/constipation-russian>. Active as of 11/13/2017.](In Russ.).
2. Brian E. Lacy, Fermín Mearin, Lin Chang, William D. Chey, Anthony J. Lembo, Magnus Simren, and Robin Spiller. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016; 150: 1393-1407.
3. Enck P. et al. Prevalence of constipation in the German population – a representative Survey (GECCO). *United European Gastroenterology J.* 2016; 4(3): 429-437.
4. Saimorago-Biotcher E., Grawford S., Jackson E. et al. *Am. J. Med.* 2011; 124(8): 714-723.
5. Lieberman D.A., de Garmo P.L., Fleischer D.E. et al. Colonic neoplasia in patients with nonspecific GI symptoms. *Gastrointest Endosc.* 2000; 2: 13-16.
6. Sule A.Z., Mandong B.M., Iya D. Malignant colorectal tumors: a ten year review in Jos, Nigeria. *West. Afr. J. Med.* 2001; 1: 4-6.
7. Lieberman D.A., Weiss D.G., Bond J.H. et al. Use of colonoscopy to seen asymptomatic adults for colorectal cancer. *New. Engl. J. Med.* 2000; 2: 5-8.
8. Скрининг колоректального рака. Практическое руководство Всемирного гастроэнтерологического общества (ВГО) и Международного союза по профилактике рака пищеварительной системы. Под ред. S. Winawer, M. Classen, R. Lambert et al. World Gastroenterology Organization; 2008: 5 с. Skрининг kolorektalnogo raka. prakticheskoe rukovodstvo vseмирnogo gastroenterologicheskogo obshhestva (VGO) i mezhdunarodnogo soyuza po profilaktike raka pishhevaritelnoj sistemy. pod red. s. winawer, m. classen, r. lambert et al. world gastroenterology organisation; 2008: 5. [Screening of colorectal cancer. Practical guidance of the World Gastroenterological Organization (WGO) and the International Union for the Prevention of Cancer of the Digestive System. Ed. S. Winawer, M. Classen, R. Lambert et al. World Gastroenterology Organization; 2008: p. 5] (In Russ.).
9. Swati G. Prevention of Interval Colorectal Cancers What Every Clinician Needs to Know. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2014; 12(1): 7-15.
10. Singh S., Rao S.S. Pharmacologic management of chronic constipation. *Gastroenterol. Clin. North. Am.* 2010; 39(3): 509-527.
11. Ивашкин В.Т., Абдулхаков С.Р., Баранская Е.К. и соавт. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором. *РГГЖК.* 2014; 5: 69-75. Ivashkin V.T., Abdulkakov S.P., Baranskaya E.K. i soavt. Klinicheskie rekomendacii rossijskoj gastroenterologicheskoj asociacii po diagnostike i lecheniyu vzroslyx pacientov s khronicheskim zaporom. *RGGJK.* 2014; 5: 69-75 [Ivashkin V.T., Abdulkhakov S.P., Baranskaya E.K. et al. Clinical recommendations of the Russian gastroenterological association on the diagnosis and treatment of adult patients with chronic constipation. *RGGJK.* 2014; 5: 69-75] (In Russ.).
12. Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А., Гончаренко А.Ю. и др. Ретроспективная оценка эффекта последствие полиэтиленгликоля при лечении хронического запора. *Врач.* 2013; 3: 54. Cheryomushkin S.V., Kucheryavyj Yu.A., Goncharenko A.Yu. i dr. retrospektivnaya ocenka effekta posledejstvija polietilenglikolya pri lechenii khronicheskogo zapora. *Vrach.* 2013; 3: 54 [Cheryomushkin S.V., Kucheryavy Yu.A., Goncharenko A.Yu. Retrospective assessment of the effect of consequences of polyethylene glycol in the treatment of chronic constipation. *Vrach.* 2013; 3: 54] (In Russ.).
13. Denis PH., Lerebours E. Study of the long-term tolerance of Forlax® in 16 patients treated for an average of 17 months for chronic constipation. *Medecine & Chirurgie Digestives.* 1996; 25: 5.
14. Lee-Robichaud H. et al. Lactulose versus Polyethylene glycol for Chronic Constipation (Review). *The Cochrane Library.* 2011; 6: 56.
15. Оганесян Т.С., Кучерявый Ю.А. и др. Эмпирический алгоритм перевода пациентов с режима длительного применения стимулирующих слабительных на осмотические (полиэтиленгликоль): обмен опытом. *Врач.* 2016; 12: 34-38. Ooganesyan T.S., Kucheryavyj Yu.A. i dr. Empiricheskij algoritm perevoda pacientov s rezhima dlitel'nogo primeneniya stimulyruyushhix slabitelnyx na osmoticheskie (polietilenglikol): obmen opytom. *Vrach.* 2016; 12: 34-38. [Ooganesyan T.S., Kucheryavy Yu.A. Empirical algorithm for transferring patients from the long-term use of stimulant laxatives to osmotic (polyethylene glycol): sharing experiences. *Vrach.* 2016; 12: 34-38] (In Russ.).

Поступила 02.12.2017

Принята к опубликованию 22.12.2017

Received 02.12.2017

Accepted 22.12.2017

#### Сведения об авторе

Голованова Елена Владимировна – д.м.н., профессор кафедры поликлинической терапии МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Тел.: 8(905) 701-07-94. E-mail: [golovanivaev@mail.ru](mailto:golovanivaev@mail.ru).

#### About the authors

Golovanova Elena V. – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department outpatient therapy Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Russia. Tel.: 8(905) 701-07-94 E-mail: [golovanivaev@mail.ru](mailto:golovanivaev@mail.ru).