



ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ЗАПОР У ЛИЦ ПОЖИЛОГО СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. ПОИСКИ В ЛЕЧЕНИИ

¹Хайтимбетов Ж.Ш.,

²Солихов М.У.,

³Куконбоев М.И.

Ташкентская медицинская академия

<https://www.doi.org/10.5281/zenodo.7813400>

ARTICLE INFO

Received: 01st April 2023

Accepted: 09th April 2023

Online: 10th April 2023

KEY WORDS

Метеоризм, алиментарный
фактор, гипокINETический
фактор, дефекация,
моторная функция
кишечника.

ABSTRACT

Хронический запор (констипация) – серьезная проблема, сопровождающаяся субъективно неприятными, а иногда даже мучительными симптомами. Это достаточно распространенное состояние, от которого, по данным ВОЗ, страдает до 50 % взрослого населения и до 20–25 % детей. Запоры – частое заболевание, особенно в развитых странах. В большинстве случаев не угрожая жизни человека, они доставляют много страданий. Функциональные расстройства желудка и кишечника становятся частыми спутниками людей преклонного возраста. Диарея, рвота, газообразование, запоры – не полный перечень неприятных симптомов. Причём, не все средства справляются с этими проблемами.

Согласно определением Римского консенсуса III (2006 г.) по проблемам функциональных заболеваний ЖКТ о функциональных хронических запорах принято считать, критериями функционального запора: частоту стула реже 3 раза в неделю, подобные явления длятся на протяжении не менее 12 недель в течение предыдущего года. Консистенция кала становятся более плотной, появляются затруднения связанные с опорожнением кишечника (натуживание, ощущение неполного опорожнения занимающее больше $\frac{1}{4}$ времени дефекации), необходимость мануальных приёмов для освобождения кишечника (эвакуация каловых масс пальцем, поддержка рукой тазового дна) занимающее более $\frac{1}{4}$ времени дефекации.

Цель исследования:

В целях исключения органических причин возникновения запоров производилось пальцевое исследование прямой кишки, с целью выявления анальных полипов, геморроидальных узлов, анальных трещин, новообразований расположенных сразу же за анальным сфинктером. В особых клинических ситуациях, а именно при подозрении на опухоль толстого кишечника производилось колоноскопическое исследование в научном центре гастроэнтерологии двух больных.



В целях изучения моторной функции, тонуса и рельефа слизистой толстой кишки проводилось рентгенологическое исследование 30 больных. Длительное и стойкое течение запора приводит к развитию колита, а затруднение акта дефекации способствует возникновению функционального удлинения и расширения толстой кишки, в редких случаях выпадению слизистой прямой кишки.

Материал и методы

Нами было обследовано и проводилось лечение в поликлинических условиях 80 больных пожилого возраста страдающих хроническим запором. Возраст больных колебался от 60 до 85 лет. Диагноз функционального запора был установлен после исключения органической патологии приводящий к задержке стула и при наличии совокупности двух или более характерных признаков определяющих запор.

У обследованных нами больных запоры наблюдались в основном зимнее – весеннее периоды года. У 36 больных время транзита содержимого по пищеварительному тракту составляло от 60 до 144 часов и более, при норме 24 – 48 часов. Как известно, продолжительность пребывания пищи в желудке 1 -2 часа, в тонкой кишке 2 – 6 часов, в толстой кишке 24 часа и более. У трех больных стул был только после очистительной клизмы. В одном случае эвакуация каловых масс из кишечника периодический осуществлялось пальцем. У шести больных нормальный стул был только после приема растительных слабительных средств, а именно от 2 до 12 таблеток в сутки. У 2 больных нормальный стул появлялся после приема одного стакана холодной воды по утрам, у другого – одного стакана молока, у 7 больных стул был регулярно после употребления свеклы, сливы, тыквы и курага.

Алиментарный фактор (при недостаточном поступлении с пищей клетчатки, солей калия, витаминов группы В) как основная причина двигательных расстройств толстой кишки был установлен у 28 пациентов (40,7%).

Гипокинетический фактор наблюдалось у 35 больных (48,9%), нервно-психический (тревога, страх, астенизация нервной системы), у 8 больных (4,6%). Сочетание нескольких факторов у 9 больных (5,8%) и в том числе частое и длительное употребление лекарственных препаратов (спазмолитиков , белладонны), препаратов кальция (остеомаг, остеогенон, кальций Д3 никомед), диуретиков, приема гипотензивных бетта – блокаторов, препаратов железа способствовало развитию запоров.

Запоры у наших больных сопровождалось метеоризмом , чувством распирания и давления и нередко болью в животе. У большинства больных дефекация осуществлялась с большим трудом, болезненная, иногда сопровождается надрывами слизистой оболочки анального канала, на поверхности каловых масс появились прожилки свежей крови.

Лечение функциональных запоров включает ряд комплексных мероприятий коррекцию диеты, нормализация двигательного режима, функции центральной нервной системы и применение слабительных средств.

Диета больных функциональным запором должна быть разнообразной содержащий большое количество клетчатки, растительного масла, а также жидкости до 1,5-2 литра в сутки.



Нами рекомендовано употребления свеклы, марков, тыквы, дыня, яблок, сливы, а также сушеных фруктов-курага и салаты.

Рекомендовано рациональный двигательный режим исходя из общего состояния здоровья в виде физических упражнений, ходьбы, плавание, спортивных игр-прыжки, подскоки и бег и другие, некоторым больным массаж живота по утрам.

С целью нормализации функции центральной нервной системы были назначены гидротерапия, аэротерапия и прием седативных и психотропных средств.

В целях предупреждения медикаментозных запоров рекомендовано прием лекарственных средств короткими курсами, лучше после еды запивать минеральной водой.

В настоящее время наиболее физиологичным считается слабительные препараты обладающие способности увеличивать объем и разрыхлять кишечное содержимое, улучшать скольжение скорость пассажа химуса под кишке, кроме того они содержат витамины группы В, адсорбирует токсические вещества и газы. К ним относятся пшеничные отрубы, препарат мукофальк и другие.

Обработка данных.

Соотношение факторов приводящий к запору у лиц пожилого старческого возраста

Алиментарный фактор	Гипокинетический фактор	Нервно-психический	Другие факторы
28 пациентов (40,7%).	35 больных (48,9%),	8 больных (4,6%).	9 больных (5,8%).

Результаты и их обсуждение

В качестве слабительного применяли 43 больным препарат мукофальк по 1-2 пакетика, выпивают утром размешивая с 200 мл водой в течение 12-15 дней.

В дни приема препарата консистенция кала стало мягкой явление метеоризма и отхождения газов уменьшалось, частота стула была почти ежедневно.

После прекращения приема препарата нормальная функция кишечника продолжалось 10-15 дней.

27 больных с функциональным запором лечили препаратом форлак по 2 пакетика утром с 200 мл водой в течение 12-15 дней. После отмене препарата нормальный стул сохранился 5-8 дней. Положительный эффект отмечен в среднем у 70% больных.

Также проводилось лечение 10 больных синтетическим препаратом содержащий антроноиды бисакодил по 5 мг драже 1 раз в сутки вечером перед сном. Эффективность была умеренной.

Соотношение эффективности препаратов после исследования

Мукофальк	Форлак	Бисакодил
43 больных	27 больных	10 больных
Положительный эффект у 90% больных.	Положительный эффект у 70% больных.	Положительный эффект у 16% больных.



Выводы

Таким образом, учитывая отсутствие побочных действия и осложнения, хорошую переносимость и эффективность препарата мукофальк и форлак можно принимать регулярно и длительно при функциональном запоре пожилых.

References:

1. Комиссаренко И. А., Левченко С. В. Запор в пожилом возрасте // Клиническая геронтология. — 2011. — №1-2. — С. 40-44.
2. Голованова Е. В. Хронический запор у пожилых // Клиническая геронтология. — 2018. — №1-2. — С. 57-61.
3. Дасько Т. Г., Петров В. Н. Запор в пожилом возрасте // Медицинская сестра. — 2012. — №6. — С. 1-5.
4. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Маев И.В., Шептулин А.А., Алешин Д.В., Ачкасов С.И., и соавт. Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России). Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2020;30(6):69- 85. <https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-6-69-85>
5. **Drossman D.A., Hasler W.L.** Rome IV-functional GI disorders: disorders of gut-brain interaction. *Gastroenterology*. 2016;150:1257-61.
6. Norton C. Constipation in older patients: effects on quality of life. *Br J Nurs*. 2006;15(4):188-92.
- Drossman D. A. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process // *Gastroenterology*. 2006, Apr; 130 (5): 1377-1390.
7. Gallagher P., O'Mahony D. Constipation in old age // *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009; 23 (6): 875-887.
8. Camilleri M., Cowen T., Koch T. R. Enteric neurodegeneration in ageing // *Neurogastroenterol Motil*. 2008; 20: 418-429.
9. Маев И. В. Хронический запор // *Лечащий Врач*. 2001, № 7, с. 53-59.
10. Wasserman M., Francisconi C., Olden K. et al. The Latin-American consensus on chronic constipation // *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31: 59-74.
11. Institute of Advanced Endoscopy, Mumbai. Lactitol or lactulose in the treatment of chronic constipation: result of a systematic // *J Indian Med Assoc*. 2010, Nov; 108 (11): 789-792.
12. Hallmann F. Toxicity of commonly used laxatives // *Med Sci Monit*. 2000. Vol. 6, № 3: 618-628.
13. Toxicology study of senna (CAS No. 8013-11-4) in C57BL/6NTAC Mice and toxicology and carcinogenesis study of senna in genetically modified C3B6.129F1/Tac-Trp53tm1Brd haploinsufficient mice (Feed Studies) // *Natl Toxicol Program Genet Modif Model Rep*. 2012, Apr; (15): 1-114.
14. Tack J., Muller-Lissner S. et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation — a European perspective // *Neurogastroenterol Motil*. 2011, 23, 697-7.