



**Доц. Г.И. Кочуев, проф. А.Н. Корж, проф. М.Н. Кочуева\*,  
к.мед.н. В.И. Березняков**

Харьковская медицинская академия последиplomного образования  
Кафедра общей практики — семейной медицины

\*Кафедра семейной медицины, фтизиатрии и пульмонологии

## Проблема запора в общеклинической практике

**З**апор (functionconstipatio, синоним: obstipacio, дословный перевод «скопление») — нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в систематически недостаточном опорожнении кишечника[1].

По современным представлениям под термином «запор» понимают стойкое или интермиттирующее нарушение функции толстой кишки с урежением стула менее трех раз в неделю и с вынужденным натуживанием, занимающим более 25% времени дефекации [1, 2].

Таким образом, запором считают длительную (более 48 ч) задержку опорожнения кишечника, причем функциональным считают запор в тех случаях, когда отсутствует его связь с известными генетическими, структурными и органическими изменениями кишечника [3, 4]. Запором также следует считать затруднение дефекации (при сохранении нормальной периодичности стула).

Запор как симптом встречается при многих патологических состояниях, приводящих к нарушениям продвижения химуса по толстой кишке, чрезмерному уплотнению каловых масс, ослаблению позывов к дефекации.

Запор как симптом встречается более чем у 20% населения земного шара, причем преимущественно у жителей индустриально развитых стран[5]. У 60% пациентов старше 65 лет отмечается склонность к запорам, при этом 75% из них занимаются самолечением. По результатам зарубежных исследований, от

11% до 66,8% женщин в период беременности беспокоят запоры [6]. Этому способствуют как физиологические, так и анатомические изменения в организме женщины. Не менее актуальна проблема запоров в педиатрии и детской гастроэнтерологии: запорами страдает 15—30% детей, при этом дошкольники в 3 раза чаще[7].

Также отмечается высокая распространенность запоров среди грудных детей, что обусловлено низким уровнем естественного вскармливания, увеличением случаев перинатального повреждения ЦНС, пищевой аллергии.

Причиной обстипации прежде всего являются болезни и повреждения ободочной и прямой кишки, а также многочисленные заболевания других органов и систем, метаболические нарушения, приводящие к расстройству моторной функции кишечника (табл. 1), прием ряда медикаментов (табл. 2).

К факторам риска развития запора относят[5, 8]:

- Младенческий и детский возраст
- Люди старше 55 лет
- Недавно перенесенные операции на органах брюшной полости или малого таза
- Поздние сроки беременности
- Ограничение подвижности
- Неадекватная диета (неадекватное потребление жидкостей и пищевых волокон)
- Прием большого количества лекарственных препаратов (полифармация), особенно в пожилом возрасте.
- Неправильное применение слабительных средств
- Определенные заболевания

Таблиця 1

**Этиология запоров**

Внешние причины	Недостаточное потребление пищевых волокон, жидкости Игнорирование позывов к дефекации
Структурные	Колоректальные; стриктура, ишемия, заворот кишок, дивертикулы. Аноректальные: воспаление, пролапс, ректоцеле, трещина, стриктура, геморрой, мегаколон, анизм.
Системные	Гипокалиемия, гиперкальциемия Гиперпаратиреоидизм, гипотиреоидизм, гипертиреоидизм, сахарный диабет, болезнь Аддисона, феохромоцитомы Амилоидоз Склеродермия, полимиозит Беременность
Неврологические	ЦНС: Болезнь Паркинсона, множественный склероз, травмы, ишемия, опухоль Крестцовые нервы: травма, опухоль Автономная нейропатия Аганглиоз (болезнь Гиршпрунга, Чагаса)
Психогенные	Шизофрения Депрессия Психозы Нервная анорексия
Лекарственные препараты	Аналгетики: опиаты, нестероидные противовоспалительные препараты Антихолинергические средства: атропиноподобные вещества, антидепрессанты, нейролептики, антипсихотические средства Ионы металлов: алюминий (антациды), сульфат бария, висмут, кальций, железо, тяжелые металлы (мышьяк, ртуть, свинец) Смолы: холестирамин, полистирен
Неопределенные патофизиологические причины	Синдром раздраженной кишки Запор медленного продвижения каловых масс Дисфункция тазового дна

Таблиця 2

**Лекарственные препараты, вызывающие запор**

Антигипертензивные препараты	Бета-блокаторы — ацебутолол, атенолол; антагонисты кальция (нифедипин); препараты центрального действия (клофелин); блокаторы рецепторов ангиотензина (лозартан), ИАПФ (каптоприл)
Антибиотики	Ингибиторы гиразы — грепафлоксацин; цефалоспорины — цефпиром
Антихолинергические препараты	Бипериден, допаминэргические — бромокриптин
Антациды	Альмагель, альмагель-нео
Антидепрессанты	Амитриптилин, циталопрам, флюоксетин, имипрамин
НПВП	Напроксен, ибупрофен
Анальгетики	Кодеин, морфин, производные морфина — петидин, метадон
Противоязвенные препараты	ИПП (омепразол), соединения висмута (де-нол); H <sub>2</sub> -блокаторы (фамотидин, ранитидин)
Противоэпилептические препараты	Этосуксимид, топирамат
Противотуберкулёзные препараты	Изониазид
Системные антифунгицидные средства	Кетоконазол
Подавляющие кашель	Кодеин и его производные
Препараты железа	Конферон, тардиферон, сорбифердурулес
Симпатомиметики	Амезин
Гестагены	Аллилестренол, медрогестон
Миорелаксанты	Баклофен
Урологические препараты для лечения болезней простаты	Празозин
Препараты, применяемые при глаукоме	Клонидин

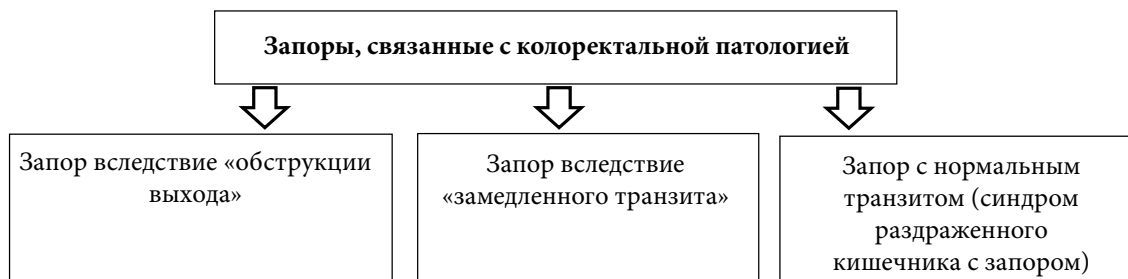


Рис. 1. Наиболее распространенные типы запора, связанные с колоректальной патологией

- Терминальная стадия перитонита
- Путешествия
- Хронический запор в анамнезе

Запоры, связанные с колоректальной патологией (рис. 1), как правило, обусловлены нарушением транспортно-эвакуаторной функции толстой кишки [9, 10]. Непосредственными причинами служат изменения со стороны толстой кишки, как структурного (стриктуры, поражение кишечного нервного сплетения (болезнь Гиршпрунга, опухоли, ректоцеле), так и функционального характера (замедленный транзит содержимого).

Запор вследствие «обструкции выхода» развивается на почве органических или функциональных нарушений, препятствующих нормальному акту дефекации [9, 10]. При этом расстройстве сохраняется ощущение позывов на дефекацию, частота стула нормальная или даже повышена, но сам процесс опорожнения прямой кишки существенно затруднен и требует дополнительного натуживания.

Органические причины обструкции анального канала включают:

- опухолевый или рубцовый стеноз,
- ректоцеле,
- пролапс прямой кишки.

Наиболее распространено ректоцеле, представляющее собой дефект ректальновагинальной перегородки, при котором наблюдается протрузия прямой кишки во влагалище. Ректоцеле нередко выявляется у рожавших женщин, особенно часто в пожилом возрасте.

Пролапс прямой кишки развивается при опущении тазового дна; это чаще наблюдается вследствие поражения п. pudendus у рожавших женщин. В данной ситуации обструкция во время дефекации может сочетаться с недержанием кала при беге (вследствие нарушения контроля наружного анального сфинктера).

Болезнь Гиршпрунга, в случае локализации аганглионарного участка в области сигмовидной кишки и ректосигмоидного перехода, также может сопровождаться картиной запора по типу «обструкции выхода», так как при этом внутренний анальный сфинктер не способен к расслаблению.

Функциональная обструкция анального канала наблюдается:

- при синдроме спазма тазового дна («диссинергии тазового дна»), характеризующемся парадоксальным сокращением наружного анального сфинктера

и лобково-прямокишечной мышцы при естественном натуживании пациента во время дефекации. Вследствие перекрытия анального канала дефекация становится невозможной. Парадоксально высокую активность мышц тазового дна при натуживании можно зарегистрировать путем электромиографии. Во время чрезмерного натуживания возможно выпадение передней стенки прямой кишки, ее сдавливание внутренним анальным сфинктером и появление изъязвления слизистой (так называемый синдром солитарной прямокишечной язвы).

- как «защитная» антиболевая реакция при проктите, тромбозе и ущемлении геморроидальных узлов, образовании трещин и язвенных дефектов заднего прохода, травмах прямой кишки в результате постановки клизм, прямокишечной термометрии.

В целях дифференциальной диагностики запора следует выделить симптомы, характерные для «обструкции выхода»:

- нормальная частота позывов на стул или наличие постоянных или частых позывов на дефекацию (последнее характерно для формирования калового завала в прямой кишке);
- избыточное и неэффективное натуживание при дефекации;
- нередко наблюдающиеся тенезмы;
- боли в аноректальной зоне и промежности;
- ощущение неполного опорожнения прямой кишки;
- в ряде случаев — необходимость в ручном удалении содержимого прямой кишки.

При запорах вследствие замедления транзита происходит дополнительное всасывание воды, что приводит к уменьшению объема кала и повышению его плотности [9].

В виде идиопатического варианта эта форма запора, как правило, наблюдается у женщин на протяжении всей жизни. Часто у таких пациентов формируется зависимость от слабительных препаратов. Существенно чаще встречаются варианты вторичного запора с замедленным транзитом на фоне каких-либо внекишечных расстройств. При запоре вследствие замедленного транзита характерные клинические признаки «обструкции выхода» не выявляются. Позывы на стул редкие, время натуживания не увеличено.

Следует учитывать, что у многих пациентов с этим вариантом запора формируется зависимость от клизм и слабительных.

Таким образом, патофизиология запора в конечном итоге связывается с уменьшением объема фекальных масс, достигающих ампулы прямой кишки, или с расстройством акта дефекации, затрудняющим удаление фекалий. Объем фекальных масс, достигающих ампулы прямой кишки, может уменьшаться в результате механической непроходимости, нарушения моторики или уменьшения общего объема кишечного содержимого (например, при голодании).

Классификация запора представлена на рис. 2.

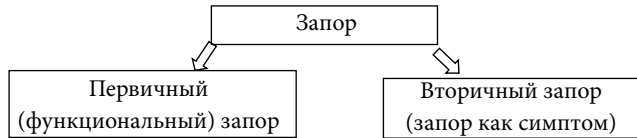


Рис. 2. Классификация запора

Согласно Римским критериям IV пересмотра (2016 г.), в определение хронического запора вошли следующие симптомы:

- менее 3 дефекаций 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 и др. [11].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра запор занимает отдельную позицию — К 59.0.

Причины вторичного запора, как симптома различных заболеваний представлены в табл. 3.

Первичный запор встречается значительно чаще, чем вторичный.

Частота дефекаций может быть различной: от одного раза в 2—3 дня до одного раза в неделю и реже. Кал обычно уплотнен, сухой, имеет вид шариков или комков, напоминает овечий; может быть бобовидным, лентовидным, шнурообразным. Больных могут беспокоить боли и чувство распираания в животе; облегчение наступает после дефекации или отхождения газов. Может снижаться аппетит, появляются отрыжка воздухом, дурной вкус во рту. Нередко снижается трудоспособность, возникают головные боли, миалгии, нервозность, подавленное настроение, нарушается сон. Упорные запоры могут сопровождаться изменениями кожи. Она становится бледной, желтоватой, дряблой, теряет эластичность.

Запоры могут быть связаны с обострением хронических заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта (язвенная болезнь) или аноректальной области (тромбоз геморроидальных узлов, анальная трещина).

Сбор анамнеза оказывает помощь в дифференциации запоров с нарушениями транзита и эвакуации. В пользу первого будут свидетельствовать урежение дефекаций и метеоризм. Расстройства акта дефекаций можно предположить при появлении ощущения препятствия или неполного опорожнения прямой кишки, необходимости ручного пособия.

Проводится клинический осмотр больного, желательны пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, ирригоскопия. При хронических запорах необходимо сделать акцент на поиске сопутствующих нейроэндокринных расстройств, психических нарушений, коллагенозов, патологии обмена веществ. Важно уточнить, принимает ли больной лекарственные препараты и какие.

Если у больного отмечается ухудшение состояния с нарастанием запоров, потеря веса, анемия, необходимо исключить опухоль толстой кишки или внутренних органов. Диагностическая программа

Таблица 3

**Вторичный запор (запор как симптом)**

Механическое препятствие прохождению каловых масс	Колоректальный рак, воспалительные заболевания кишечника, анальные трещины, сдавление кишки снаружи и др.
Неврологические заболевания	Автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, опухоль спинного мозга, ОНМК, рассеянный склероз и др.
Эндокринные заболевания	Сахарный диабет, гипотиреоз, нарушения электролитного обмена при заболеваниях надпочечников и др.
Психические расстройства	Эмоциональные расстройства, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы, анорексия и др.
Системные заболевания соединительной ткани	Дерматомиозит, системная склеродермия и др.
Особенности питания	Низкое содержание в рационе неперевариваемой клетчатки, употребление термически обработанной пищи, нарушение ритма питания — прием пищи 1—2 раза в день.
Прием медикаментов	Антидепрессанты, блокаторы Ca <sup>++</sup> каналов, антихолинергические препараты, соединения железа, одновременное применение большого количества лекарственных препаратов и др.

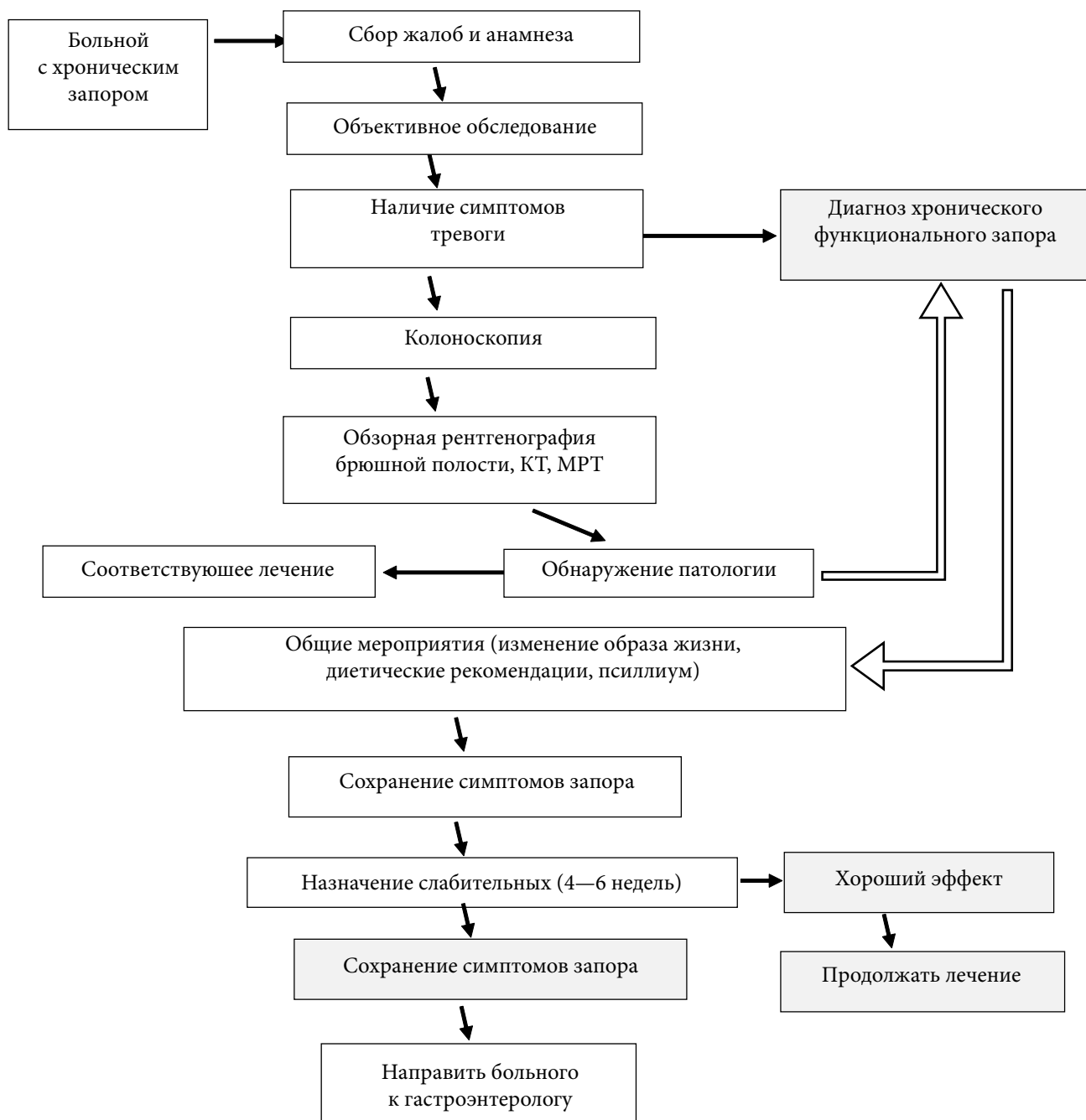


Рис. 3. Алгоритм ведения больных с хроническим запором в практике семейного врача (адаптировано из Европейских рекомендаций «Диагностика и лечения хронического запора» [12])

дополняется колоноскопией с прицельной биопсией и УЗИ органов брюшной полости и малого таза.

Необходимо в ходе первого этапа диагностического поиска исключить опухолевое и воспалительное заболевание, выявить эндокринную и психическую патологию, определить мегаколон и мегаректум. Эти заболевания требуют принципиально иного лечения и могут быть диагностированы при осмотре, проведении колоно- или ирригоскопии.

Алгоритм ведения больных с хроническим запором в общей врачебной практике представлен на рис. 3.

**Лечение запора.** Лечение запоров является довольно трудной задачей. Непрерывающиеся попытки разработать эффективную пролонгированную схему терапии пока не дали результата.

Больным рекомендуется повышение физической активности, употребление в течение дня значительного объема жидкости (не менее 2 л), увеличение содержания в пищевом рационе пищевых волокон (в частности, пшеничных отрубей), задерживающих воду в кишечнике и делающих его содержимое более жидким (до 20—25 г в сутки). К сожалению, пшеничные отруби часто вызывают метеоризм, в связи с чем до 50% пациентов самостоятельно прекращают их прием.

Если диетические мероприятия оказались недостаточно эффективными в устранении всех симптомов запора, то назначаются слабительные средства [13, 14].

Классификация слабительных средств.

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого:

- пищевые волокна (отруби, микроцеллюлоза, морская капуста, семя льна, подорожника, агар—агар);
- осмотические:
  - олигосахара (лактоулоза, лактитол);
  - полиэтиленгликоль;
  - спирты (сорбитол, маннитол, глицерин);
  - солевые слабительные (сернокислая магнезия, глауберова соль и др.);

2. Стимулирующие:

- антрагликозиды (препараты сенны, крушины, ревеня);
  - производные дифенилметана (бисакодил, натрия пикосульфат);
  - касторовое масло;
  - гидроокиси жирных кислот;
  - желчные кислоты;
3. Размягчающие фекалии:

- вазелиновое и другие минеральные масла.

Абсолютными показаниями к применению слабительных препаратов являются:

- вынужденное длительное пребывание на постельном режиме (инфаркт миокарда, скелетное вытяжение, гипсовый корсет и т.д.);
- психогенные причины запора;
- медикаментозный запор при невозможности отмены основного препарата (антагонисты кальция при артериальной гипертензии и т. п.).

К абсолютным противопоказаниям к назначению слабительных относятся:

- абдоминальный болевой синдром неясной этиологии;
- «острый живот»;
- угроза ЖКК, подозрение на скрытую кровопотерю;
- перитонит;
- острый токсический и нетоксический мегаколон;
- паралитическая кишечная непроходимость

Объемные слабительные (Псиллиум). Псиллиум (оболочки семян подорожника) относится к препаратам природного происхождения. Эффективность псиллиума доказана в лечении хронического запора у пожилых пациентов. Объемные слабительные абсорбируют жидкость, вследствие чего разбухают и растягивают стенки кишечника. Благодаря этому последние увеличиваются в объеме и вызывают сократительную волну, вызывающую дефекацию. При использовании объемных слабительных эффект развивается медленно (от 10 дней до 3 недель), необходим суточный объем жидкости не менее 1,5 литров.

Осмотические слабительные (сахара (лактоулоза и др.), многоатомные спирты, солевые препараты), несмотря на общий механизм, отличаются друг от друга зоной действия. Так, спирты (сорбитол, маннитол, глицерин) и солевые слабительные действуют на уровне тонкой кишки и способствуют выделению в ее просвет большого количества жидкости, что сопровождается разжижением кала. Солевые слабительные действуют быстро (в течение 2—4 часов), но

не пригодны для длительного применения, так как могут вызывать выраженные нарушения водно—электролитного баланса.

Стимулирующие слабительные (бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны). Усиливают перистальтику за счет стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника. Однако применение стимулирующих слабительных препаратов нередко бывает сопряжено с различными побочными реакциями. Они часто вызывают диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом, приводят к развитию электролитных нарушений (гипокалиемии), обуславливают возникновение дегенеративных изменений клеток мейсснеровского и ауэрбахова сплетений, вызывают эффект привыкания и способствуют развитию «синдрома ленивого кишечника» («lazybowelsyndrome»). Именно поэтому длительный прием стимулирующих слабительных (более 2 недель) не рекомендован.

Препараты, содержащие антрагликозиды (препараты ревеня, сенны и крушины) могут вызывать развитие атрофии слизистой и мышечного слоя кишечной стенки, нарушение автономной иннервации. Дегенеративные изменения гладкой мускулатуры и нервных сплетений со временем могут привести к тяжелому угнетению перистальтики, вплоть до атонии. Подобные изменения получили название «слабительная толстая кишка». У части пациентов при длительном приеме этих препаратов обнаруживаются воспалительные изменения кишечника, сходные с язвенным колитом [15].

Эффективными и, как показывают исследования последних лет, безопасными стимулирующими слабительными являются производные дифенилметана — бисакодил и натрия пикосульфат.

У больных, страдающих запорами различного генеза как правило имеет место выраженная дегидратация каловых масс, максимально выраженная в дистальных отделах толстого кишечника и прямой кишке, что в ряде случаев может приводить к невозможности дефекации даже при использовании осмотических слабительных и антрагликозидов [16]. У таких пациентов весьма эффективно использование препарата «Свечи жидкие Глицерин для ректального применения», производства компании «Красота и здоровье» (Украина). Показаниями для применения этого препарата являются запоры различного генеза, в том числе в случаях, когда использование пероральных слабительных средств не рекомендовано. Препарат имеет уникальную контейнерную упаковку с канюлей, что делает введение действующего вещества в прямую кишку удобной и безболезненной. Эффективность «Свечей жидких Глицерин» была изучена нами на кафедре общей практики семейной медицины Харьковской медицинской академии последипломного образования у 57 больных с запорами различного генеза, в том числе у послеоперационных пациентов и находящихся на постельном режиме по поводу острого инфаркта миокарда. Препарат показал высокую эффективность — все больные отмечали нормализацию стула, облегче-

ние акта дефекации и исчезновение необходимости в натуживании, что особенно важно для больных с острым трансмуральным инфарктом миокарда.

«Свечи жидкие Глицерин для ректального применения» также рекомендованы для использования при запорах у беременных женщин и детей с первого года жизни (для последних показана лекарственная форма «Свечи жидкие глицерин для детей»).

Кроме того, указанные препараты обладают обволакивающим, смягчающим действием, облегчают выведение газов, отличаются хорошей переносимостью, предсказуемостью эффекта и могут быть рекомендованы для широкого использования в рутинной клинической практике. После введения препарата в прямую кишку необходимо рекомендовать пациентам задержать дефекацию на 15 — 30 мин для достижения максимального эффекта.

До 50% лиц, страдающих хроническими запорами, имеют сопутствующую патологию аноректальной зоны в виде геморроя, анальных трещин, проктитов, сфинктеритов. Кроме ликвидации запора важным направлением в лечении таких пациентов является использование препаратов с ранозаживляющим и противовоспалительным действием. Местное введение твердых свечек в просвет прямой кишки в этих случаях может вызывать у больных выраженные болевые ощущения. Компании «Красота и здоровье» (Украина) выпускает целый ряд жидких свечей с различными действующими компонентами, показанными в лечении больных с патологией аноректальной зоны, в том числе после проведенных оперативных вмешательств. Это жидкие свечи «Облепиха» и жидкие свечи «Тыква», имеющие контейнерную упаковку с канюлей (в виде микроклизм), которая обеспечивает удобное и безболезненное введение препарата в прямую кишку.

Жидкие свечи «Облепиха» в качестве основного действующего вещества содержит экстракт облепихи, который обладает выраженным противовоспалительным, обезболивающим действием, эффективно стимулирует репаративные процессы. Оказывает антибактериальный эффект в отношении кишечной палочки (E.Coli), стафилококка (Staphylococcus aureus), сальмонеллы (Salmonella enterica). Компоненты обле-

пихи повреждают клеточную стенку бактерий и изменяют их ДНК.

Экстракт облепихи содержит богатейший состав биологически активных веществ, редкую гамму полиненасыщенных кислот, витамины А, F, E, K. Активные вещества из состава облепихи воздействуют на клеточную стенку иммунных клеток в очаге воспаления. Благодаря такому воздействию снижается количество выделяемых тучными клетками факторов воспаления — гистамина, цитокинов, простагландинов. Снижая концентрацию факторов воспаления в поврежденных тканях, препараты облепихи приводят к стиханию всех симптомов воспаления: отека, болезненности, зуда.

В ряде экспериментальных исследований [17] показано, что компоненты облепихи способны предотвращать и замедлять рост раковых клеток при раке толстого кишечника.

Препарат жидкие свечи «Облепиха» в составе комплексной терапии показан больным хроническими запорами, имеющими сопутствующий геморрой, язвы и трещины прямой кишки, сфинктериты, а также после оперативных вмешательств на прямой кишке.

Жидкие свечи «Тыква» в качестве основного действующего вещества содержат тыквенное масло, в которое входят насыщенные и ненасыщенные жирные кислоты. Среди последних наибольшая часть приходится на олеиновую, линолевую и линоленовую. Однако биологическая ценность и уникальность свойств достигается также и присутствием в нем других компонентов: токоферолов (около 30%), фитостеролов, хлорофилла (стимулирует регенерацию тканей), каротиноидов, флавоноидов (антиоксиданты) а также микроэлементов — железа, меди, цинка, калия и др. Активные действующие вещества жидких свечей «Тыква» обладают противовоспалительным, противоаллергическим, бактерицидным и ранозаживляющим действием, что позволяет эффективно использовать этот препарат у больных с запорами, имеющими геморрой, трещины прямой кишки, а также воспалительные заболевания (проктит и сигмоидит).

Таблица 4

**Дифференцированное использование жидких свечей (микроклизм) компании «Красота и здоровье» (Украина)**

	Свечи жидкие «Глицерин»	Свечи жидкие «Глицерин» для детей	Свечи жидкие «Облепиха»	Свечи жидкие «Тыква»
Показания к применению	Запоры различного генеза у взрослых, в том числе у больных, соблюдающих длительный постельный режим, послеоперационных пациентов, у больных с острым инфарктом миокарда, инсультом. Запоры у беременных	Запоры различного генеза у детей с первого года жизни	В составе комплексной терапии показаны больным хроническими запорами, имеющими сопутствующий геморрой, язвы и трещины прямой кишки, сфинктериты, а также после оперативных вмешательств на прямой кишке.	Показаны для больных с запорами, имеющими геморрой, трещины прямой кишки, воспалительные заболевания (проктит и сигмоидит), а также пациентам с простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы I — II ст.

Дополнительным важным эффектом жидких свечей «Тыква» является благотворное действие на работу предстательной железы, что позволяет получать благоприятный клинический эффект у больных с простатитом и доброкачественной гиперплазией предстательной железы I — II ст.

Обобщенные сведения о показаниях к назначению жидких свечей представлены в табл. 4.

Хронический запор остается одной из наиболее актуальных проблем современной гастроэнтерологии. Успех его лечения зависит, в первую очередь от правильной диагностики, которая должна учитывать все симптомы и жалобы больного. Эффективная терапия должна быть направлена на устранение всего комплекса проблем, связанных с хроническим запором, и улучшение качества жизни пациента.

#### Список использованной литературы

1. Leung L, Riutta T, Kotecha J, Rosser W. Chronic constipation: an evidence-based review. // *J Am Board Fam Med* 2011;24(4): 436—51.
2. Kamm M.A. Clinical Case: Chronic Constipation // *Gastroenterology* 2006;131:23B 3—239.
3. Маев И.В. Хронический запор // *Лечащий врач*. — №07/2001.
4. Парфенов А.И. «Энтерология»//2009. — С. 35—44, 76-85;
5. Прилепская С.И., Парфенов А.И., Лазебник Л.Б. и др. Распространенность и факторы риска запоров у взрослого населения Москвы по данным популяционного исследования «МУЗА». // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология* 2011; 3:68-73;
6. Catherine S Bradley, Colleen M Kennedy, Anne M Turcea, Satish S C Rao, Ingrid E Nygaard // *Constipation in pregnancy: prevalence, symptoms, and risk factors* ,*Obstetrics and gynecology*. 01/01/2008; 110(6):1351-7.
7. Эрдес С.И. Запоры у детей // *Фарматека*. — 2007. — № 13. — С. 47—52.
8. Lacy В.Е., Levenick J.M., Crowell M. Chronic constipation: new diagnostic and treatment approaches. // *Therap. Adv. Gastroenterol.* 2012;5(4):233—47.
9. Белоусова Е.А. Идиопатический медленнотранзитный запор: механизмы развития и возможности лечения // *Фарматека*. — №15 (209)/2010. — С. 18 — 23.
10. Левин М.Д., Дегтярев Ю.Г., Аверин В.И., Абу-Варда Й.Ф., Болбас Т.М. Стандартизация рентгенологического исследования толстой кишки и аноректальной зоны // *Новости хирургии*. — 2013; 21- 4: 90-98.
11. Drossman D.A. Rome IV—Functional GID isorders: Disorders of Gut-Brain Interaction. // *Gastroenterology* 2016; 1257-1261.
12. Tack J, Muller-Lissner S, Stanghellini V, et al. Diagnosis and treatment of chronic constipation — a European perspective. // *Neurogastroenterol Motil* 2011; 23: 607 — 710
13. Хавкина А.И., Бабаян М.Л. Лечение хронических запоров (клиника, диагностика, лечение). — М.: Изд. НИИ педиатрии и детской хирургии, 2005. — 30 с.
14. Gonzalez-Martinez M.A., Ortiz-Olvera N.X., Mendez-Navarro J. Novel pharmacological therapies for management of chronic constipation. // *J. Clin. Gastroenterol.* 2014;48(1): 21—8.
15. Самсонов А.А. Лаксативная болезнь — оборотная сторона нерациональной терапии хронического запора // *Фарматека*. — №2 (255). — 2013.
16. Маевская Е.А. Хронический запор: тактика ведения на основе научных фактов // *Фарматека*. — №14 (287)/2014. С. 17 — 23.
17. Teng BS, Lu YH, Wang ZT, et al. In vitro anti-tumor activity of isorhamnetin isolated from *Hippophae rhamnoides* L. against BEL-7402 cells. // *Pharmacol Res.* 2006 Sep;54(3):186—94.

## Проблема закрепа в загальноклінічній практиці

Доц. Кочуєв Г.І., проф. Корж О.М., проф. Кочуєва М.М., к.м.н. Березняков В.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті висвітлені відомості з етіології, діагностики та лікування закрепа в загальноклінічній практиці. Описані основні групи послаблюючих засобів та їх раціональне використання в лікуванні закрепа.

**Ключові слова:** закреп, фармакотерапія закрепу, послаблюючі засоби.

## The problem of constipation in general medical practice

PHD Kochuev G.I., prof Korzh A.N., prof Kochueva M.N., Bereznayakov V.I.

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

The article presents data on the etiology, diagnosis and treatment of constipation in general medical practice. The main groups of laxatives and their rational use in the treatment of constipation are described.

**Key Words:** constipation, pharmacotherapy of constipation, laxatives.

Контактна інформація: Кочуєв Геннадій Іванович — доцент кафедри загальної практики — сімейної медицини ХМАПО, кандидат медичних наук. м. Харків, пр. Московський 195, тел. 050 303 06 11, e-mail: docenti1961@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 03.02.2018 р.