

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЛАБИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

Поносова Валентина Олеговна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Пронина Ирина Владимировна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Черемных Анна Ивановна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Русских Ирина Сергеевна

студент, Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера, РФ, г. Пермь

Запоры – одна из острых проблем современной медицины. Малоподвижный образ жизни, несоблюдение режима питания, употребление рафинированных легкоусвояемых продуктов, побочные эффекты ряда медикаментов и стрессы - все это является причинами возникновения запоров.

В норме толстый кишечник выполняет сократительную и накопительную функции, тогда как пищеварение здесь практически отсутствует, происходит лишь всасывание воды, электролитов, витаминов и аминокислот, которые продуцируются микроорганизмами, населяющими толстый кишечник.

Различают два вида сокращений толстого кишечника. Циркуляторное, которое необходимо для перемешивания содержимого, в результате чего значительно облегчается всасывание воды и электролитов. Циркуляторные сокращения без пропульсивного эффекта преобладают в поперечно-ободочной кишке, что делает кишечное содержимое более твердым. В сигмовидной же кишке пропульсивные волны в норме возникают несколько раз в день с целью протолкнуть фекальный комок к прямой кишке. В момент наполнения прямой кишки калом, происходит растяжение стенок и позыв к акту дефекации.

Адекватная частота дефекации колеблется в пределах от трех раз в сутки до одного раза в три дня.

Стул должен быть оформленный, мягкой консистенции, у пациента не должно возникать затруднений при акте дефекации, время естественного натуживания не превышает одной трети всей продолжительности акта дефекации. Количество, цвет и консистенция фекалий зависит от объема и характера употребленной пищи.

Толстый кишечник подчиняется циркадным ритмам организма. Максимальная активность толстого кишечника наблюдается после утреннего приема пищи, тогда как во время сна моторика затормаживается. [3]

Этиология запоров.

1. Запоры, вызванные ситуационными или экзогенными факторами (т. е. образом жизни, для которого характерны стресс, нарушения питания, малоподвижный образ жизни).
2. Запоры, вызванные приемом лекарств (опиаты, анальгетики и др.), часто встречаются у пожилых пациентов.
3. Запоры как вторичное заболевание или при органических заболеваниях внутренних органов: прежде всего опухоль кишечника, а также при гормональных, нейрогенных психосоматических или психических заболеваниях (гипотиреоз, болезнь Паркинсона, депрессия).
4. Запор вследствие замедления транзита по толстой кишке ("ленивая" толстая кишка).
5. Запор вследствие болезней анальной области (т. е. геморрой, анальные трещины, грыжа прямой кишки, внутреннее выпадение прямой кишки). [5]

Согласно Римским критериям диагноз хронического запора может быть установлен при наличии двух и более клинических симптомов:

- 1) отсутствие дефекации на протяжении не менее 25 % нормального времени испражнения;
- 2) наличие запора не менее 12 месяцев без применения слабительных;
- 3) есть необходимость натуживания;
- 4) твердый или комковатый стул;
- 5) ощущение неполного опорожнения;
- 6) две и меньше дефекации в неделю.

Если суммировать различные мнения, хроническим запором является хроническая блокада каловых масс с задержкой стула в толстой кишке продолжительное время (колоностаз), снижение частоты дефекации (менее 3 раз в неделю), снижение количества стула (менее 35 г в день) и затрудненная, нерегулярная и часто болезненная дефекация твердым калом. Таким образом, симптомы запора также связаны с частотой стула ("недостаточно часто"), количеством стула ("очень мало"), консистенцией стула ("очень твердый") и симптомами дефекации ("очень трудно, очень болезненно"). [1]

Диагностируют наличие запора следующими методами:

- 1) анамнез заболевания (дефекация, пищевые и питьевые особенности, если необходимо, дневник приема пищи, физическая активность, лекарства, психические заболевания, слабительные, семейный и социальный анамнез);
- 2) состояние здоровья и психическое обследование (уровень мышления, депрессия);
- 3) ректальное пальцевое исследование;
- 4) исследование стула и анализ кала (осмотр и количественное исследование стула, оценка его формы и других патологических признаков);
- 5) ректороманоскопия (трещины, геморрой и другие изменения);
- 6) лабораторная диагностика (гипотиреоз, дегидратация, гипокалиемия, гиперкалиемия, кровь в стуле).

Дополнительно могут быть назначены:

- 1) колоноскопия;
- 2) измерение времени транзита;
- 3) дополнительное гинекологическое исследование;
- 4) дополнительное невролого-психиатрическое исследование;
- 5) особые исследования (аналометрия, измерения ректальных данных, электромиография стираторной мышцы тазового дна, вес стула).

Универсальные рекомендации по лечению и профилактике запоров – достаточное потребление жидкости (не менее 2 л/сут), минеральные воды: Ессентуки № 4 и 17, Славяновская, Баталинская, Джермук. Назначают 1—1,5 стакана холодной минеральной воды на прием 2—3 раза в день натощак за 1—1,5 ч до еды в течение нескольких недель, при дискинетическом запоре с гипермоторикой предпочтительна теплая или даже горячая вода, ежедневная физическая активность, массаж живота, адекватная диета с повышенным содержанием растительных волокон (клетчатки) до 30 г/сут, что способствует увеличению объема каловых масс, при этом размягчается их консистенция, что способствует нормализации перистальтики толстого кишечника. Повышение содержания пищевых волокон можно достичь путем включения в рацион отрубей, зерновых, чернослива, морской капусты, бананов, хлебобулочных изделий из муки грубого помола. Употребление кисломолочных продуктов также улучшает перистальтику кишечника. Рационально ограничить или исключить продукты, обладающие закрепляющим действием – творог, чай, какао, рис, шоколад, черемуха. Не следует игнорировать позывы к дефекации, так как может наблюдаться снижение возбудимости рецепторов прямой кишки.

Применение других методов лечения требует обоснованного подхода. Для успешного лечения важно понимать этиологию возникновения запора.

Медикаментозная терапия назначается с учетом моторных нарушений толстой кишки. При запоре, обусловленном гипомоторной дискинезией, применяются препараты, усиливающие перистальтику кишки. Важная роль в лечении принадлежит препаратам, нормализующим кишечную флору — пробиотикам и пребиотикам. [2]

Слабительные средства, которые в свою очередь делятся на следующие группы: стимулирующие, осмотические, объемные слабительные, препараты, возбуждающие позыв к дефекации, размягчители стула. Все препараты имеют свои особенности, механизм, точки приложения и профиль безопасности.

Следует указать на отрицательные стороны действия слабительных препаратов.

1. В первую очередь, привыкание к ним и, следовательно, необходимость наращивать дозу. Эти препараты могут вызывать в некоторых случаях своего рода токсикоманию.
2. Часто возникают так называемые болезни слабительных: метеоризм, боль, диарея.
3. Длительный прием слабительных средств приводит к потере электролитов, обезвоживанию организма, особенно у детей и стариков; их большие дозы могут вызвать поражение почек и печени, потерю массы тела, нейроэндокринные расстройства.
4. Слабительные в некоторых случаях вызывают аллергические реакции, усиливают дискинезию кишечника, могут обусловить кишечную непроходимость (при приеме клетчатки и лактулозы). [1]

Список литературы:

1. Агафонова Н.А., Яковенко Э.П. Синдром хронического запора у пациентов,

злоупотребляющих слабительными раздражающего действия. Русский медицинский журнал, 2010 №28.

2. Логинов А.С., Парфенов А.И. Болезни кишечника: Руководство для врачей. М.: Медицина, 2000.

3. Парфенов А.И. Три варианта патогенеза и терапии хронического запора. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.

4. Фролькис А.В. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л.: Медицина, 2016.

5. Циммерман Я.С. Хронический запор. Диарея. Пермь: ПГМА. 1999.