фонд помощи хосписам
Вера

Осетрова О.В.
(АНО «Самарский хоспис»),
Гремякова Т.А., д.м.н.
(Благотворительный фонд помощи хосписам «Вера»,
ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», г. Москва)

ЗАПОР

в паллиативной помощи

Практические рекомендации для врачей

ЗАПОР

Определение

Запор – это нерегулярный и затрудненный пассаж твердых каловых масс по кишечнику или редкое отхождение малого количества твердого стула (менее 3 раз в неделю), ощущение неполного опорожнения кишечника или отхождение стула реже, чем было в норме у данного пациента до болезни.

Факт наличия запора определяется самим пациентом. Отхождение стула не должно быть обязательно ежедневным. Если стул мягкий и отходит без затруднений один раз в 2–3 дня, это можно считать нормой. Запор – третий по частоте симптом в паллиативной помощи после боли и анорексии. Частота возникновения запоров у онкологических больных колеблется от 32% до 87%, в случае приема опиоидов – 90%.

Цель всех мероприятий – профилактика запоров, а в случае их возникновения – правильное лечение.

Причины возникновения запоров

Органические факторы

- ***Опиоиды:***
  - увеличивают тонус сфинктеров (илеоцекальной заслонки, анального сфинктера);
  - усиливают сегментацию (пилорического отдела, тонкого и толстого кишечника);
  - увеличивают абсорбцию воды и электролитов в тонком и толстом кишечнике, что приводит к высушиванию и уплотнению стула;
  - ослабляют рефлекс дефекации (прямая кишка становится менее чувствительна к растяжению).

В случае высокой вероятности выраженного запора (соответствующий анамнез) предпочтительно выбирать опиоиды с меньшим влиянием на кишечник (например, Таргин).

- ***Другие медикаментозные средства:*** антациды, противорвотные (5-НТ3 антагонисты), диуретики, препараты железа, кальция.
- ***Метаболические нарушения***: дегидратация (лихорадка, рвота, полиурия, недостаточное питье), гиперкальциемия, гипокалиемия, уремия, гипотиреоидоз, диабет.
- ***Неврологические нарушения***: опухоли головного мозга, поражения на уровне спинального тракта, инфильтрация крестцовых нервов, вегетативные нарушения (первичные, такие как болезнь Паркинсона, множественный склероз, болезнь двигательных нейронов, или вторичные, связанные с онкологическим заболеванием).
- ***Структурные нарушения***: опухолевые массы в малом тазу, пострадиационный фиброз, геморрой, анальные трещины, перианальный абсцесс.

Функциональные факторы

- ***Диета:*** плохой аппетит и малое количество принимаемой пищи, недостаточное количество принимаемой жидкости, малое количество клетчатки в пище.
- ***Окружающие условия***: отсутствие личного пространства, некомфортные условия для осуществления отхождения стула.
- ***Другие факторы***: пожилой возраст, малая активность, слабость, ограничение подвижности, постельный режим, депрессия.

Последствия запора

- Анорексия, тошнота, рвота, обструкция толстого кишечника.
- Вздутие живота, дискомфорт, боли.
- Боли в прямой кишке (постоянные или спастические).
- Дисфункции мочевой системы (затрудненное мочеиспускание, задержка мочи, недержание мочи вследствие переполнения мочевого пузыря).
- Выделения из прямой кишки, подтекание каловых масс, диарея переполнения.
- Делирий.

Оценка/Анамнез

При сборе анамнеза, поскольку разговор затрагивает очень интимную сферу, необходимо предварительно расположить пациента к беседе. Следует обратить внимание на факторы, представленные в таблице 1.

Таблица 1. **АЛГОРИТМ СБОРА АНАМНЕЗА ПРИ ЗАПОРЕ**

Характер основного заболевания	Оказывает ли влияние на возникновение запора основное заболевание, например: онкологическое заболевание ЖКТ, рассеянный склероз, болезнь Гиршпрунга
Сопутствующие и перенесенные заболевания	Оказывает ли влияние на возникновение запора сопутствующее или перенесенное заболевание, например болезни желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь, хронический панкреатит, синдром раздраженной толстой кишки)
Начало	Когда начался запор? Как часто вы это испытываете? Как часто отходит стул?
Улучшающие/ухудшающие факторы	Что улучшает ситуацию? Что ее ухудшает (например, медикаменты, химиотерапия, смена питания, смена объема еды или питья, снижение возможности двигаться)?
Качество	Как вы опишете свой стул (например: цвет, плотность, запах, количество)? Есть ли кровь или слизь в стуле?

Сопутствующие симптомы	Есть ли какой-либо дискомфорт, связанный с наличием запора? Где вы чувствуете дискомфорт? Можете ли вы описать его? Есть ли какие-либо шумы в животе? Увеличено ли газообразование? Чувствуете ли вы, что прямая кишка не освободилась после отхождения стула? Есть ли у вас геморрой? Есть ли боль в анальной области? Есть ли выделения из прямой кишки в промежутках между дефекацией? Есть ли у вас другие симптомы: тошнота, рвота, снижение аппетита, недержание мочи или трудности при мочеиспускании?
Степень тяжести	Когда последний раз был стул? Как часто вы испытываете позывы на стул? Приходится ли вам сильно натуживаться при дефекации?
Лечение	Что вы делаете, чтобы отходил стул? Насколько это эффективно? Есть ли побочные эффекты от медикаментов, которые вы принимаете для лечения запора? Какие медикаменты вы принимаете?
Понимание/ влияние на вас	Как наличие запора влияет на вашу жизнь? Насколько это для вас неприятно?
Ценности	Какие у вас привычки в отношении дефекации? Какое значение вы придаете запору? Как это влияет на вас и членов семьи или тех, кто оказывает вам помощь?
Факторы окружающей среды	Есть ли у вас личное пространство, без постороннего присутствия; нужна ли чья-либо помощь, чтобы дойти до туалета; чувствуете ли вы себя комфортно во время дефекации (например, использование судна производит давление на позвоночник; позиция на судне неудобна и мешает процессу дефекации).

Клинический осмотр

Обследование живота:

- увеличение;
- напряжение брюшной стенки, особенно в области слепой кишки (правый нижний квадрант);
- пальпируемые фекальные массы, которые необходимо отличить от опухоли: каловые массы чаще всего скапливаются в нисходящем отделе ободочной кишки (левый нижний квадрант), обычно подвижны и смещаемы при надавливании, исчезают после того, как запор ликвидирован.

Пальцевое исследование прямой кишки:

- твердость и консистенция стула;
- пустая расширенная прямая кишка (может быть признаком более проксимального нахождения твердого кала);
- геморроидальные узлы, болезненные трещины, свищи в области анального сфинктера;

- внутриполостная опухоль или внешнее сдавление прямой кишки образованием в брюшной полости;
- рубцы или стеноз в анальной области.

Дополнительные методы обследования (в случае достаточно стабильного состояния и долгосрочного прогноза жизни):

- при острых состояниях: простой рентгенологический снимок живота (если есть признаки кишечной непроходимости или скопление большого количества каловых масс в толстом кишечнике).

Профилактика

- Прием жидкости 1500–2000 мл в день, малыми порциями в течение всего дня.
- Прием пищевых волокон (отруби 20–25 г в сутки), если пациент пьет как минимум 1500 мл жидкости в сутки. Лучше цельные фрукты и овощи, чем соки; зерновые каши, цельнозерновой хлеб.
- Физические упражнения для пациента в соответствии с его возможностями, состоянием, предпочтениями (частота, интенсивность и продолжительность), чтобы они были выполнимы и выполнялись.
- При снижении физических возможностей: повороты туловища, поднятие согнутых ног поочередно 15–20 мин в день.

Личное пространство

- Желательно осуществлять дефекацию в туалетной комнате или использовать прикроватный туалет (вместо подкладного судна).
- Попытаться осуществить дефекацию в течение 30–60 минут после приема пищи, для того чтобы воспользоваться преимуществами гастро-колитического рефлекса.
- Принять правильное положение во время дефекации, которое увеличивает давление в полости живота: стопы поместить на табуретку, чтобы колени были выше бедер, и наклониться вперед, держа спину прямо, локти упереть в колени.
- Увеличить высоту сиденья для унитаза или установить поручни, чтобы больной мог быть более самостоятельным.

Для лежачих пациентов – приподнимать изголовье кровати, положение на левом боку с прижатыми к животу коленями может облегчить отхождение стула.

В последние дни жизни нужно взвешивать необходимость и нагрузку для пациента при попытках получить регулярно стул. Решение принимается индивидуально, освобождение кишечника может утратить приоритетность по сравнению с купированием других симптомов.

Медикаментозное лечение запора

Рекомендуемые мероприятия для лечения запоров при различных клинических проявлениях данного состояния представлены в таблице 2, характеристики и особенности применения лекарственных препаратов для лечения запоров – в таблице 3.

Таблица 2. **РЕКОМЕНДУЕМЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЗАПОРА**

Клинические проявления	Рекомендуемые мероприятия
Мягкие каловые массы в животе, которые смещаются при надавливании; признаки дистальной обструкции отсутствуют	Стимулирующие слабительные: Бисакодил/Дульколакс. Осмотические слабительные: лактулоза/Дюфалак. Если нет эффекта, микроклизма с растительным маслом (для размягчения каловых масс) с последующей полной клизмой
Прямая кишка заполнена мягкими каловыми массами	Стимулирующие слабительные: Сенна, Бисакодил +/- микроклизма
Большое скопление каловых масс в прямой кишке (слишком большое, чтобы пройти через анальный сфинктер)	Пальцевое постепенное выведение каловых масс на фоне премедикации морфином и диазепамом. При твердом стуле: предварительно масляная микроклизма (120 мл) на ночь перед манипуляциями. Затем – полная клизма
Пустая, растянутая прямая кишка с анамнезом запора	Высокая клизма
Геморрой или анальные трещины	Размягчители стула: докузат/Норголакс Свечи с анальгетиком: Анузол
Внутриполостная или сдавливающая прямую кишку из брюшной полости опухоль	Консультация хирурга, прежде чем назначать слабительные
Признаки кишечной непроходимости	Отменить стимулирующие слабительные

Таблица 3. **ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ**

Лекарственный препарат	Доза	Комментарии
Стимулирующие слабительные		
Сенна/Сенаде	1–4 п/о ежедневно на ночь или 2 р/д	Воздействует непосредственно на кишечную стенку, стимулируя перистальтику. Эффект проявляется только в дистальных отделах толстой кишки
Бисакодил (Дульколакс)	5 мг п/о на ночь	Безопасен, хорошо переносится; эффект наступает через 12–24 ч
Пикосульфат натрия/ Гутталакс, Слабилен	10–20 капель на ночь	Рекомендуется начинать прием с наименьшей дозы, титровать до эффективной
Касторовое масло	15–30 мл 1 р/д	Используется редко, исключительно при острых запорах

Таблица 3. **ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАПОРОВ**

Лекарственный препарат	Доза	Комментарии
Осмотические слабительные		
Лактулоза/ Дюфалак	10–30 мл 2–3 р/д	Привлекает жидкость в просвет кишки, уменьшает транзитное время стула, обладает смягчающим эффектом. Может вызывать колики (дозозависимо). Эффективно при длительном использовании (может понадобится несколько дней, чтобы наступил эффект). Может вызывать тошноту у некоторых пациентов и метеоризм. Более приятна при смешивании с фруктовым соком
Магния сульфат	1–2 ч. л. в не менее ½ стакана воды утром (можно назначать минеральную воду Донат в теплом виде без газа)	Сильное слабительное, дающее быстрый эффект (3–6 часов); используется при стойких запорах, резистентных к другим слабительным, должно сопровождаться большим количеством воды п/о. Не должно использоваться при почечной и сердечной недостаточности
Макрогол/Форлакс	10–20 г (1–2 пакетика, предпочтительно утром)	Не всасывается из ЖКТ. Обладает способностью удерживать воду, которая разжижает каловые массы и облегчает их эвакуацию, оказывая косвенное воздействие на перистальтику, при этом не вызывая раздражающего эффекта. Действие препарата развивается через 24–48 ч после приема
Размягчители стула		
Докузат натрия	Для перорального применения	В настоящее время пероральные формы в РФ не зарегистрированы. Широко применяется в международной практике
Минеральное масло (Вазелиновое масло)	10 мл внутрь ежедневно	Смазывает стул, облегчая его пассаж по кишечнику (не использовать у «загруженных» пациентов – риск жировой аспирации). Не использовать с докузатом
Средства для ректального применения		
Докузат натрия/ Норголакс	Мини-клизма (тюбик с наконечником, докузата натрия 120 мг)	Увлажняющий агент, снижающий поверхностное напряжение, позволяя тем самым воде проникать внутрь каловых масс. Не использовать с минеральным маслом
Глицериновые свечи для ректального применения	1 свеча по необходимости	Осмотический размягчитель стула, действие наступает через 15–60 мин. Привлекает жидкость в прямую кишку и стимулирует перистальтику и дефекацию

Лекарственный препарат	Доза	Комментарии
Микролакс	1 микроклизма по необходимости	Комбинированный препарат. Натрия цитрат – пептизатор, который вытесняет связанную воду, содержащуюся в каловых массах. Натрия лаурилсульфоацетат разжижает содержимое кишечника. Сорбит усиливает слабительное действие путем стимуляции поступления воды в кишечник
	Клизмы	
Полная (большая) с водой из крана или физраствором	Объем от 500 мл	Увеличивает объем кишки, стимулируя перистальтику; смазывает каловые массы
Масляная микроклизма с минеральным или растительным маслом	150–200 мл	Размягчает и смазывает. Действует через 30–60 минут

Многие слабительные, принимаемые внутрь, ректальные свечи и клизмы имеют одинаковые побочные эффекты – спазмы, колики, метеоризм, тошнота и диарея, – степень выраженности которых можно уменьшить, титруя дозу.

Тактика лечения запоров (см. Приложение 1)

- ***При приеме опиоидов:***
  - Начните терапию слабительными с самого начала лечения опиоидами (в отсутствии диареи). Облегчить опорожнение кишечника помогут слабительные осмотического действия, увеличивающие адсорбцию воды в кишечнике (лактулоза, макрогол и др.), а также средства, стимулирующие функцию толстой кишки (сенна, бисакодил, натрия пикосульфат) или тонкого кишечника (касторовое, вазелиновое масло).

- При запоре ***в отсутствии приема опиоидов:***
  - Начните со стимуляторов кишечника (например, сенна) и осмотического слабительного (например, лактулоза). Помните, что при приеме слабительных стул может быть только на третий день.
  - Если стул мягкий, но недостаточно частый, увеличьте дозу стимулятора (сенна, бисакодил).
  - Если стул твердый, увеличьте дозу осмотического слабительного (лактулоза для мягкого действия, магния сульфат – для более сильного воздействия).
  - Если стула нет в течение трех суток, проведите пальцевое исследование прямой кишки и при отсутствии противопоказаний назначьте ректальную свечу или микроклизму.

- При запоре, сопровождающемся признаками ***кишечной непроходимости:***
  - Если стул находится в прямой кишке, используйте глицериновую свечу для размягчения стула; через час пробуйте пальцевое выведение каловых масс (предварительно назначив анальгетик и седативный препарат).
  - Если каловый завал выше, в нисходящем отделе толстой кишки, используйте масляную микроклизму.

- ***При колостоме:***
  - Если колостома проксимальная, то эффекта от слабительных препаратов может не быть, не эффективны и свечи, так как они не могут удержаться внутри колостомы.
  - Если стома в нисходящем или сигмоидальном отделе кишечника, может быть эффективна клизма.

- ***При параплегии:***
  - Пероральные слабительные могут быть эффективны, чтобы продвинуть стул к прямой кишке.
  - Опорожните прямую кишку одним из следующих методов: свечи, клизма или пальцевое выведение стула.

Благодарим за помощь в подготовке материалов

Артыкову О.В.
(руководителя филиала «Хоспис «Зеленоград» ГБУЗ ЦПП ДЗМ),
Крюкова А. В.
(клинического фармаколога ГБУЗ ЦПП ДЗМ)

Список источников

1. Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, 2016, МКБ 10: R52.1/ R52.2.

2. Introducing Palliative Care Fifth Edition. Editors Twycross R., Wilcock A., 2016.

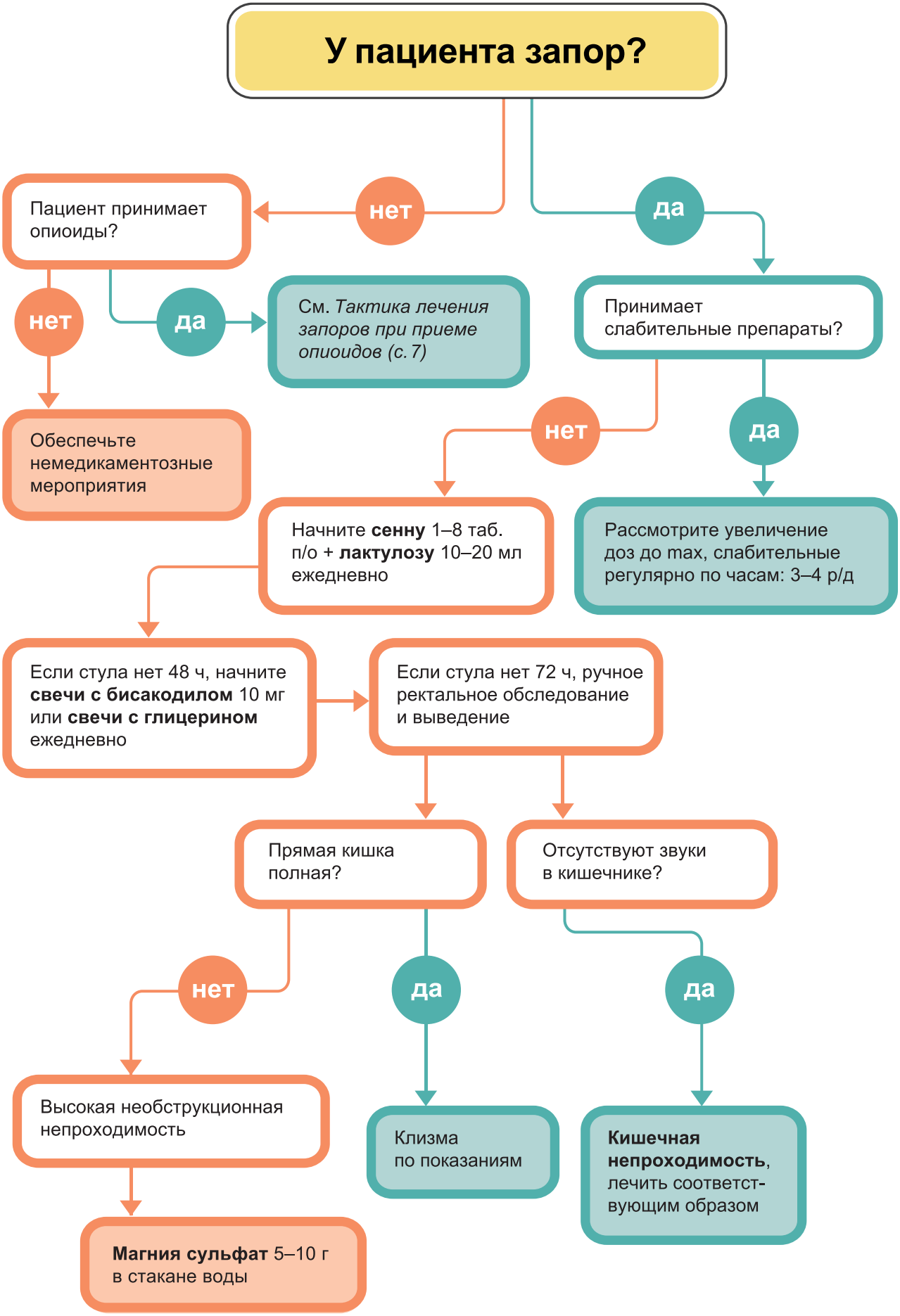
3. Hospice and Palliative Care Training for Physicians. Unipac Self-Study Program, 2008.

4. Lanarkshire Palliative Care Guidelines, 2012.

5. ProCare HospiceCare. Hospice Medication Utilization Guidelines. Eds. S. Shah, M. Madison. www.ProCareHospiceCare.com.

6. Larkin P.J. The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. Palliative Medicine, 2008; 22: 796–807.

7. Constipation Symptoms in Adults with Cancer. Cancer Care. Ontario, 2012.


У пациента запор?
Пациент принимает опиоиды?
нет
да
нет
да
См. Тактика лечения запоров при приеме опиоидов (с. 7)
Принимает слабительные препараты?
Обеспечьте немедикаментозные мероприятия
нет
да
Начните сенну 1–8 таб. п/о + лактулозу 10–20 мл ежедневно
Рассмотрите увеличение доз до max, слабительные регулярно по часам: 3–4 р/д
Если стула нет 48 ч, начните свечи с бисакодилом 10 мг или свечи с глицерином ежедневно
Если стула нет 72 ч, ручное ректальное обследование и выведение
Прямая кишка полная?
Отсутствуют звуки в кишечнике?
нет
да
да
Высокая необструкционная непроходимость
Клизма по показаниям
Кишечная непроходимость, лечить соответствующим образом
Магния сульфат 5–10 г в стакане воды