



Министерство здравоохранения Российской Федерации
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ЦЕНТР ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ»

Диагностика и лечение запоров

Шептулина Анна Фароковна — к.м.н., старший научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России.



Конфликт интересов отсутствует



К59.0 Запор

Наличие хотя бы одного из следующих критериев:

- Главным признаком запора служит изменение консистенции кала по Бристольской шкале формы стула (Bristol Stool Form Scale), в которой запору соответствуют 1-й и 2-й типы консистенции стула («отдельные твердые комочки кала в виде «орешков» и «кал нормальной формы, но с твердыми комочками»)



Тип 1

Отдельные твердые комки, как орехи (труднопроходящие)



Тип 2

В форме колбаски, но из комков



Тип 3

В форме колбаски, но с трещинами



Тип 4

В форме колбаски, гладкий и мягкий



Тип 5

Мягкие комочки с четкими краями (легкопроходящие)



Тип 6

Пушистые рваные кусочки, пористый кал



Тип 7

Водянистый, без твердых кусочков, целиком жидкость



K59.0 Запор

Наличие хотя бы одного из следующих критериев:

Дополнительные критерии:

- обнаружение при глубокой пальпации живота **расширенной сигмовидной кишки плотной консистенции**;
- обнаружение **замедления транзита** по сравнению с референсными показателями при проведении рентгеновского контроля прохождения содержимого по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров;
- **увеличение времени изгнания баллона** по сравнению с референсными значениями при проведении теста изгнания баллона;
- обнаружение **нарушений тонуса аноректального мышечного комплекса** и отсутствия координированности сокращений прямой кишки и сфинктеров ануса при проведении аноректальной манометрии (у пациентов с болезнью Гиршспрунга и мегаколоном).



Основные механизмы формирования запора

- **На основании оценки времени транзита содержимого по кишечнику, а также состояния мышц тазового дна:**
 - запор, связанный с замедлением транзита;
 - запор, связанный с нарушением акта дефекации (диссинергическая дефекация);
 - запор с нормальным транзитом (синдром раздраженного кишечника с запором).



Классификация запоров

- Первичный (функциональный) запор
 - Вторичный запор (запор как симптом, другого заболевания)
-



Причины вторичных запоров

Механическое препятствие	Колоректальный рак, воспалительные заболевания прохождения каловых масс кишечника, анальные трещины, сдавление кишки снаружи и др.
Неврологические заболевания	Автономная нейропатия, болезнь Паркинсона, опухоль спинного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения, 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.



Причины вторичных запоров

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⁺⁺ каналов, антихолинергические препараты, соединения железа, одновременное применение большого количества лекарственных препаратов и др.



Диагностика

Жалобы и анамнез

- количество актов дефекации в течение недели
 - консистенция кала
 - качество дефекации
 - ощущение препятствия или затруднения при ее совершении,
 - необходимость дополнительного натуживания,
 - чувство неполного опорожнения кишечника,
 - использование мануальных манипуляций для совершения дефекации,
 - необходимость применения слабительных препаратов и очистительных клизм.
-



Диагностика

Жалобы и анамнез

- другие жалобы (вздутие живота, боль в животе, похудание),
 - общая продолжительность имеющихся симптомов и характер их нарастания (быстрое, постепенное)
 - перенесенные и сопутствующие заболевания
 - хирургические вмешательства на органах брюшной полости (включая урологические и гинекологические)
 - прием лекарственных препаратов
 - наличие «симптомов тревоги» (примесь крови в кале, потеря более 10% массы тела за последние 3 месяца)
 - наследственность по колоректальному раку
-



Физикальное обследование

1. поверхностная и глубокая пальпация живота
2. исследование аноректальной области с целью выявления перианальных экскориаций, геморроя, рубцов, пролапса прямой кишки, ректоцеле, анальной трещины, объемных образований, изменения тонуса анального сфинктера, наличия крови в кале



Диагностика (1)

1. **Общий анализ крови** для исключения анемии (УУР – С, УДД- 5)
2. **Колоноскопия** (если пациент > 50 лет И/ИЛИ имеются «симптомы тревоги» И/ИЛИ семейный анамнез КРР) с целью исключения органических заболеваний кишечника (УУР – С, УДД- 5)
3. **Рентгеновское исследование** прохождения содержимого по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров с целью уточнения механизмов возникновения запоров (УУР – С, УДД- 5)
4. **Тест изгнания баллона** (при подозрении на диссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения данных нарушений (УУР – С, УДД- 5)
5. **Аноректальная манометрия** (пациенты с болезнью Гиршспрунга и мегаколоном; с целью проведения дифференциального диагноза между нарушением эвакуации, гипо- и гиперчувствительностью аноректальной области) (УУР – С, УДД- 4)



Диагностика (2)

6. **Дефекография** (при подозрении на ректоцеле, наружное и внутреннее выпадение прямой кишки, опущение промежности или сигмоцеле) (УУР – С, УДД- 5)
7. **Суммарная электромиографии (ЭМГ)** наружного анального сфинктера или тазового дна для диагностики структурных и функциональных нарушений (при подозрении на диссинергию мышц тазового дна) (УУР – С, УДД- 3)
8. **Аноректальная манометрия** (при подозрении на наличие функциональных расстройств дефекации, в том числе при диссинергии мышц тазового дна) (УУР – С, УДД- 3)



Лечение. Диета

Лечение хронического запора должно быть комплексным и включать в себя изменение образа жизни (увеличение физической нагрузки), характера питания, прием лекарственных препаратов.

- увеличение содержания в рационе пищевых волокон (в частности, пшеничных отрубей), задерживающих воду в кишечнике и делающих его содержимое более жидким, до 20-25 г. в сутки (УУР – С, УДД- 5)
- при недостаточной эффективности диетических мер рекомендуется применение оболочки семян подорожника овального (УУР – В, УДД- 2)



Консервативное лечение (1)

Пациентам с запором, у которых **диетические мероприятия и назначение оболочки семян подорожника овального оказываются неэффективными** и сохраняются симптомы запора с целью нормализации стула **в качестве препаратов первой линии** рекомендуется назначение на **4–6 недель одного из следующих препаратов:**

- ✓ Макрогол (полиэтиленгликоль, ПЭГ)
- ✓ Лактулоза или лактитол

способствующих размягчению кишечного содержимого и увеличению его объема (УУР – А, УДД- 2)



Консервативное лечение (2)

- Пациентам с запором с целью нормализации стула на короткий период времени (2 недели) рекомендуется назначение контактных слабительных препаратов (УУР – С, УДД- 5)

Контактные слабительные препараты (бисакодил, натрия пикосульфат, сеннозиды А и В), усиливающие перистальтику за счет стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника подтвердили свою более высокую эффективность при лечении хронического запора по сравнению с плацебо



Консервативное лечение (3)

Применение **стимулирующих слабительных** препаратов нередко бывает **сопряжено с различными побочными эффектами:**

- часто вызывают не нормальный стул, а диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом;
- приводят к развитию электролитных нарушений (гипокалиемия);
- обуславливают возникновение дегенеративных изменений клеток мейсснеровского и ауэрбаховского сплетений, вызывают эффект привыкания и способствуют развитию «синдрома ленивого кишечника» (“lazy bowel syndrome”)

Поэтому **длительный прием стимулирующих слабительных (более двух недель) не рекомендован**



Консервативное лечение (4)

- Пациентам, у которых применение слабительных препаратов оказывается недостаточно эффективным и сохраняются симптомы запора, с целью достижения опорожнения кишечника рекомендуется назначение на 4–6 недель препарата, действующего на серотониновые рецепторы, — прукалоприда (УУР – С, УДД- 5)
- Побочные эффекты препарата, обычно незначительно выраженные (головная боль, боль в животе), отмечаются чаще всего в первый день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата.



Консервативное лечение. Схема

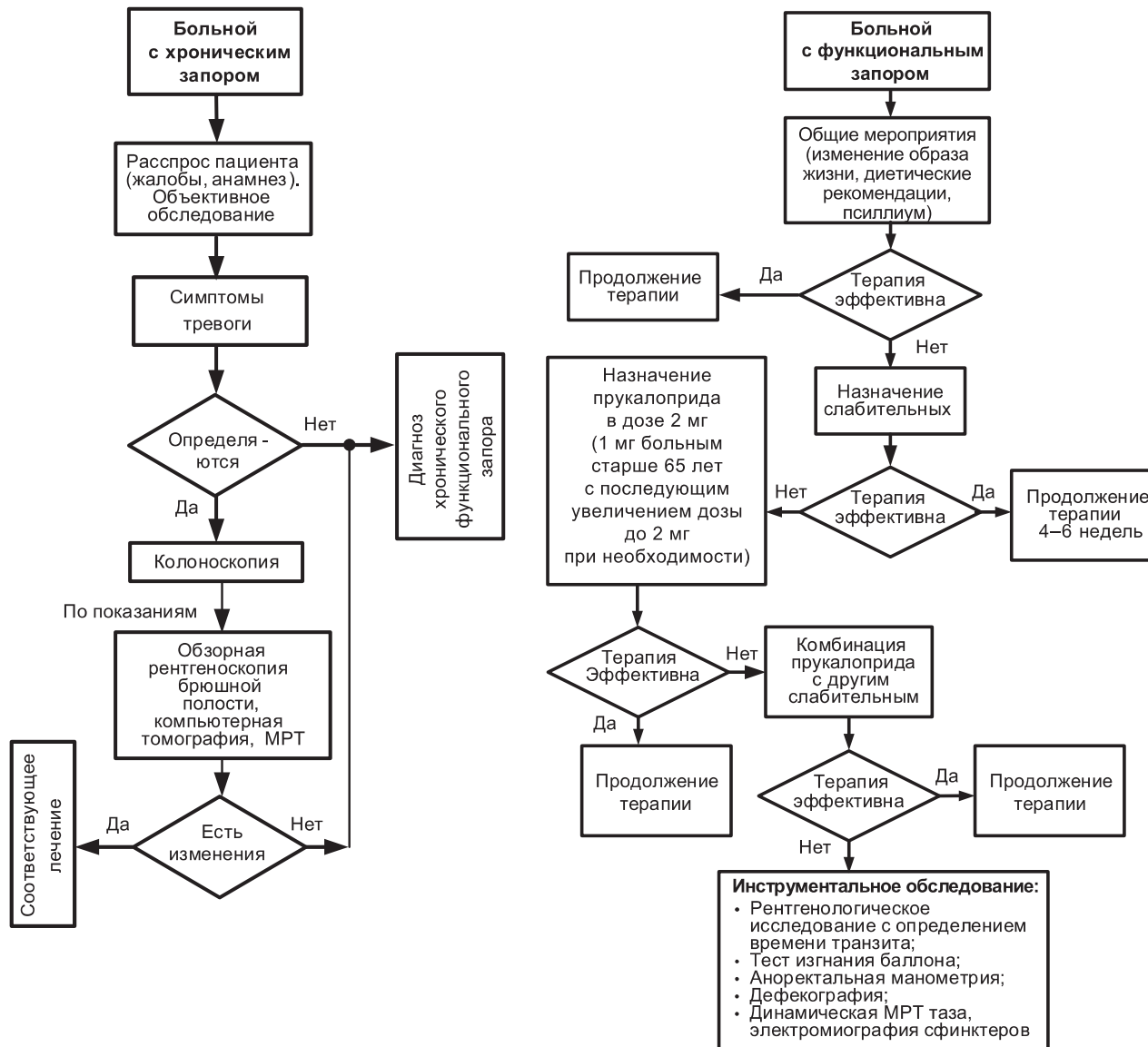




Приложение Б. Алгоритмы действий врача при диагностике и лечении запора Appendix B. Medical algorithms in constipation diagnosis and treatment

Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России)

В.Т. Ивашкин¹, Ю.А. Шельгин², И.В. Маев³, А.А. Шентулин^{1*}, Д.В. Алешин², С.И. Ачкасов², Е.К. Баранская¹, Н.Д. Куликова¹, Т.Л. Лапина¹, А.И. Москалев², М.Ф. Осипенко⁴, Е.А. Полуэктова¹, В.И. Симаненков³, А.С. Трухманов¹, О.Ю. Фоменко², О.С. Шифрин¹





Хирургическое лечение (1)

- Пациентов с упорными запорами с целью решения вопроса о целесообразности их хирургического лечения рекомендуется направлять в специализированные проктологические клиники, где есть возможность и опыт проведения всего спектра необходимых функциональных тестов, включая исследование времени транзита по ЖКТ, а также рентгенологических и физиологических методов оценки расстройств дефекации (УУР – С, УДС- 5)
- Пациентам с запорами, обусловленными замедлением транзита, с целью нормализации стула при их хирургическом лечении рекомендуется выполнение колэктомии с формированием илеоректального, цекоректального или асцендоректального анастомоза. (УУР – В, УДД – 3)



Хирургическое лечение (2)

- Пациентам с сочетанием рефрактерных запоров, обусловленных замедлением транзита, с расстройствами дефекации с целью предоперационной коррекции имеющихся эвакуаторных расстройств рекомендуется проведение терапии с использованием биологической обратной связи (УУР – С, УДД – 2)
- Пациентам с клинически значимым ректоцеле как причиной эвакуаторных расстройств с целью их устранения в качестве первого этапа лечения рекомендуется хирургическая коррекция ректоцеле. У пациентов, у которых после эффективной коррекции расстройств дефекации запоры сохраняются, с целью определения последующей тактики лечения может быть рассмотрен вопрос о выполнении колэктомии (УУР – В, УДД – 3)



Факторы, увеличивающие риск развития колоректального рака





ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021

Aasma Shaukat, MD, MPH, FACG^{1,2}, Charles J. Kahi, MD, MSc, FACG³⁻⁷, Carol A. Burke, MD, FACG⁴, Linda Rabeneck, MD, MPH, MACG⁵, Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG (GRADE Methodologist)⁶ and Douglas K. Rex, MD, MACG³

Скрининг колоректального рака (1)

- **1. Повышенный риск колоректального рака (КРР):**
 - все лица, у которых есть родственник первой степени родства (родитель, брат, сестра или ребенок), у которого был диагностирован КРР, особенно в возрасте до 50 лет
 - **первый скрининг «возраст выявления КРР у родственника – 10 лет» или в 40 лет**
- **2. Средний риск:**
 - все остальные лица (без семейного анамнеза КРР, ВЗК или других предрасполагающих факторов)
 - **первый скрининг – 45 лет**

Периодичность скрининга: каждые 5-10 лет



Скрининг колоректального рака (2)

Предпочтительные методы скрининга:

- Колоноскопия
- Анализ кала на скрытую кровь иммунохимическим методом (FIT)

Периодичность проведения скрининговых тестов (стандартная, вне зависимости от выявленных при колоноскопии изменений)

- Колоноскопия – 1 раз в 10 лет
- FIT – 1 раз в год



ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021

Aasma Shaukat, MD, MPH, FACG^{1,2}, Charles J. Kahi, MD, MSc, FACG³⁻⁷, Carol A. Burke, MD, FACG⁴, Linda Rabeneck, MD, MPH, MACG⁵, Bryan G. Sauer, MD, MSc, FACG (GRADE Methodologist)⁶ and Douglas K. Rex, MD, MACG³

Скрининг колоректального рака (3)

Если проведение колоноскопии или FIT по каким-то причинам невозможно:

- ректосигмоскопия (периодичность: 1 раз в 5-10 лет)
- КТ-колонография (периодичность: 1 раз в 5 лет)
- капсульная эндоскопия (периодичность: 1 раз в 5 лет)



Полипы vs КРР

1. Большинство колоректальных раков возникают из аденоматозных полипов толстой кишки, которые прогрессируют от мелких (<8 мм) до крупных (≥ 8 мм) полипов, а затем от дисплазии к карциноме
2. Аденоматозные полипы встречаются примерно у 30% мужчин и около 20% женщин



Периодичность наблюдения пациентов в зависимости от гистологического строения полипа

AGA

Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

DAVID A. LIEBERMAN,* DOUGLAS K. REX,† SIDNEY J. WINAWER,§ FRANCIS M. GIARDIELLO,|| DAVID A. JOHNSON,¶ and THEODORE R. LEVIN#

Данные, полученные при колоноскопии исходно	Периодичность наблюдения, лет
Полипы не визуализированы	10
Мелкие (<10 мм) гиперпластические полипы в прямой и/или сигмовидной кишки	10
1-2 мелкие (<10 мм) тубулярные аденомы	5-10
3-10 тубулярных аденом	3
>10 тубулярных аденом	<3
≥1 тубулярная аденома ≥10 мм	3
≥1 ворсинчатая аденома	3
Аденома с дисплазией высокой степени	3



Периодичность наблюдения пациентов в зависимости от гистологического строения полипа

AGA

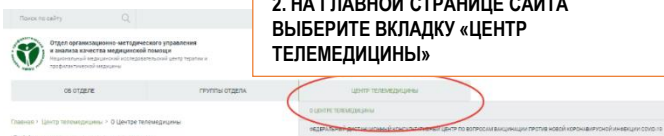
Guidelines for Colonoscopy Surveillance After Screening and Polypectomy: A Consensus Update by the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer

DAVID A. LIEBERMAN,^{*} DOUGLAS K. REX,[†] SIDNEY J. WINAWER,[§] FRANCIS M. GIARDIELLO,^{||} DAVID A. JOHNSON,[¶] and THEODORE R. LEVIN[#]

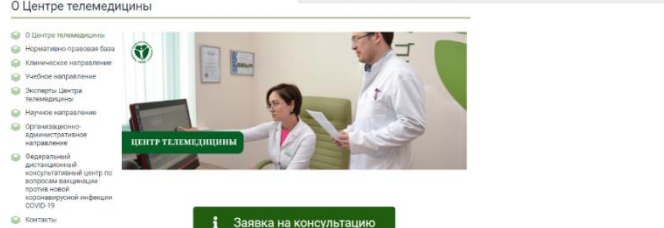
Данные, полученные при колоноскопии исходно	Периодичность наблюдения, лет
Зубчатые аденомы	
Зубчатая(-ые) аденома(-ы) на широком основании <10 мм без дисплазии	5
Зубчатая(-ые) аденома(-ы) на широком основании ≥10 мм ИЛИ Зубчатая аденома на широком основании с дисплазией ИЛИ Традиционная зубчатая аденома	3



1. <http://org.gnicpm.ru/>



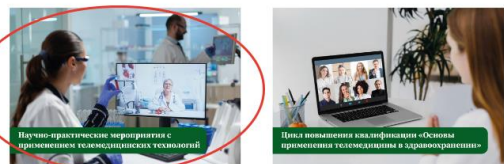
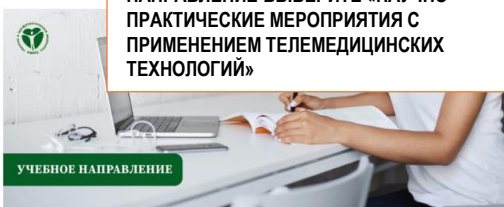
2. НА ГЛАВНОЙ СТРАНИЦЕ САЙТА ВЫБЕРИТЕ ВКЛАДКУ «ЦЕНТР ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ»



Учебное направление

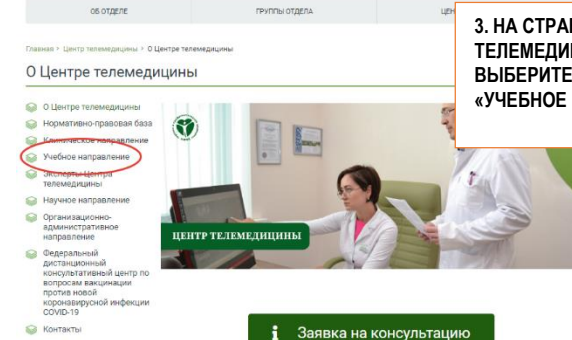
- О Центре телемедицины
- Нормативно-правовая база
- Клиническое направление
- Учебное направление
- Эксперты Центра телемедицины
- Научное направление
- Организационно-административное направление
- Федеральный дистанционный консультативный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19
- Контакты

4. НА СТРАНИЦЕ УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ВЫБЕРИТЕ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕЛЕМЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ»



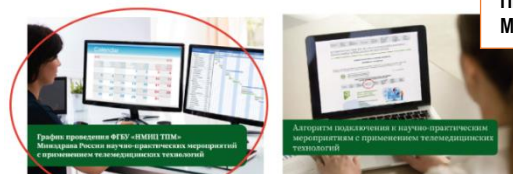
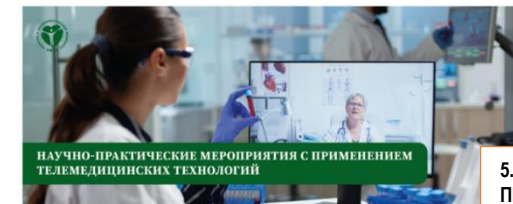
6. ВЫБЕРИТЕ ИНТЕРЕСУЮЩЕЕ ВАС МЕРОПРИЯТИЕ

- «Амбулаторное ведение больных с заболеваниями, вызванными атеросклерозом» 06.02.2024 11:00-12:00 (Мск)
- «Артериальная гипертензия у взрослых. Диагностика и лечение в практике врача-терапевта и общей врачебной практике» 15.02.2024 11:00-12:00 (Мск)
- «Стратификация риска гипертрофической кардиомиопатии на амбулаторном приеме врача-терапевта» 27.02.2024 11:00-12:00 (Мск)



3. НА СТРАНИЦЕ ЦЕНТРА ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ ВЫБЕРИТЕ ВКЛАДКУ «УЧЕБНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ»

Научно-практические мероприятия с применением телемедицинских технологий



5. ВЫБЕРИТЕ ГРАФИК ПРОВЕДЕНИЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ

«Скрининг злокачественных новообразований шейки матки в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения: особенности организации, методика, этапы, операционные процедуры» 01.02.2024 11:00-12:00 (Мск)

В соответствии с графиком образовательных мероприятий с применением телемедицинских технологий 01.02.2024 г. состоится образовательный семинар «Скрининг злокачественных новообразований шейки матки в рамках диспансеризации определенных групп взрослого населения: особенности организации, методика, этапы, операционные процедуры».

Алмазова Ильяда Исмаиловна – старший преподаватель методического аккредитационно-симуляционного центра ФГБУ «ВНИИ ТПИ» Минздрава России.

Дата трансляции:
01.02.2024 г. 11:00-12:00 (Мск)

Регистрация и просмотр

После завершения образовательного семинара необходимо заполнить форму обратной связи. **Форма обратной связи**

В случае возникновения вопросов по подключению к трансляции научно-практического мероприятия необходимо обратиться по контактным телефонам операторов

7. ЗАПОЛНИТЕ ФОРМУ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ



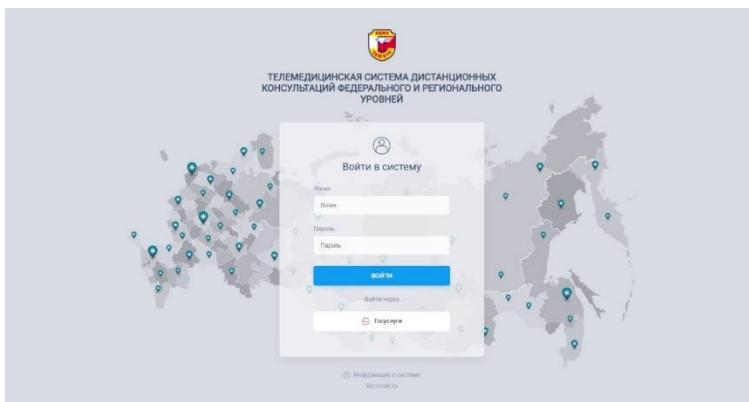
ЦЕНТР ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

i Заявка на консультацию

Время работы

ПН	ВТ	Ср	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)	9:00-17:00 (мск)		

Кроме выходных и праздничных дней



Для подачи заявки на телемедицинскую консультацию необходимо быть зарегистрированным в Телемедицинской системе дистанционных консультаций федерального и регионального уровней (<http://tmk.minzdrav.gov.ru/Account/Login>).



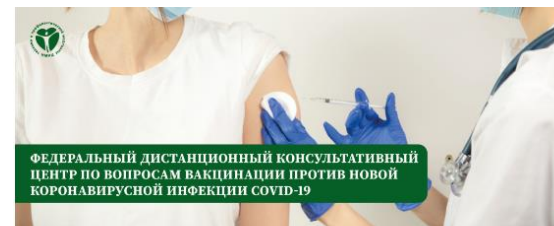
+7 (499) 553-69-19



org.gnicpm.ru



telemed@gnicpm.ru



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ДИСТАНЦИОННЫЙ КОНСУЛЬТАТИВНЫЙ ЦЕНТР ПО ВОПРОСАМ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

Все актуальные материалы размещены на [САЙТЕ](#) Федерального дистанционного консультативного центра по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Вакцинация против новой коронавирусной инфекции COVID-19. Лучшие региональные практики

Федеральный дистанционный консультативный центр по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19 создан с целью:

- консультативной помощи с применением телемедицинских технологий по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19;
- проведения еженедельных дистанционных семинаров «Региональный опыт организации проведения вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19»;
- информирования населения по телефонам «горячей линии» по вопросам вакцинации против новой коронавирусной инфекции COVID-19.

Телефон горячей линии: +7 (495) 790-71-72



Обращаем ваше внимание, что ФГБУ «НМИЦ Терапии и Профилактической медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации оказывает медицинскую помощь с применением телемедицинских технологий по профилю Терапия и Терапия (COVID-19 вакцинация) пациентам достигших возраста **18 лет.**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России

Наши контакты:



Москва, Петроверигский пер.,
д. 10, стр. 3



Москва, Китайгородский пр.,
д. 7



+7 (495) 790-71-72



vk.com/gnicpmru



www.gnicpm.ru



t.me/fgbunmictpm