

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ЭНЕМА КЛИН В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

С.В. ЛЕВЧЕНКО

ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова», кафедра поликлинической терапии, г. Москва

В статье представлен анализ результатов исследований последних лет по оценке эффективности фосфатной клизмы Энема Клин при подготовке к малым проктологическим вмешательствам и в терапии запора. Рассмотрены показания, противопоказания и возможности применения препарата у лиц пожилого и старческого возраста

Ключевые слова: запор, лечение, пожилые пациенты.

THE POSSIBILITY OF USE OF THE ENEMA CLIN (PHOSPHATE ENEMA) IN OLDER AND SENILE PATIENTS

S.V. LEVCHENKO

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow

The article presents the analysis of the recent studies results of assessment of the effectiveness of phosphate enema Enema Clin in preparation for small proctologic procedures and in the treatment of constipation. It was considered indications, contraindications and possible applications of the drug in elderly and senile patients

Key words: constipation, treatment, elderly patients.

К особенностям заболеваний толстой кишки в пожилом и старческом возрасте относятся: более высокая частота функционального запора (до 50-60 %) [1], рост выявления дивертикулов с каждым десятилетием жизни [2], увеличение частоты новообразований, в том числе и злокачественных [3], высокий процент геморроя, хронической анальной трещины и других заболеваний анальной области, препятствующих свободному опорожнению кишки. Вклад в большой процент запоров у пожилых вносит полиморбидность и связанная с ней вынужденная полипрагмазия. Способствуют нарушению моторики кишечника антипаркинсонические (антихолинергические, допаминергические) средства, антациды, содержащие гидроксид алюминия или карбонат кальция, М-холинолитики, трициклические антидепрессанты, аналгетики (кодеин, морфин и его производные), противокашлевые лекарственные препараты, в состав которых также входит кодеин и его производные, диуретики (торасемид, салуретики), некоторые представители гипотензивных средств (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, верапамил, клонидин), антибиотики (цефалоспорины и др.), препараты двух- и трехвалентного железа.

При невозможности отмены лекарственного препарата, являющегося причиной запора, дальнейшее лечение больного соответствует алгоритму ведения больных с хроническим функциональным запором (ХФЗ).

Напомним, что согласно Римским критериям функциональных расстройств ЖКТ (Rome III, 2006) [4] для диагноза «Функциональный запор» необходимо не менее двух критериев из нижеперечисленных, которые имеют место у больного в течение не менее 3 мес с началом возникновения жалоб за 6 мес до обращения к врачу:

- натуживание в течение по крайней мере 25% дефекации;

- шероховатый или твердый стул по крайней мере в 25% дефекаций;
- ощущение неполной эвакуации по крайней мере в 25% дефекаций;
- ощущение аноректальной обструкции/блокады по крайней мере для 25% дефекаций;
- необходимость мануальных приемов для облегчения по крайней мере в 25% дефекаций (например, пальцевая эвакуация, поддержка тазового дна);
- меньше 3 дефекаций в неделю
- невозможность самостоятельного стула без использования слабительных средств;
- недостаточность критериев для синдрома раздраженного кишечника.

Для объективизации жалоб при описании характера стула в беседе с больным нужно использовать Бристольскую шкалу, I и II типы которой соответствуют повышенной твердости кала

Необходимо помнить, что запор может быть вторичным и отягощающим симптомом у больных дивертикулярной болезнью толстой кишки и геморроем, нарастать вследствие медленно формирующейся стриктуры кишки (воспалительной или инфильтративной)

К симптомам «тревоги», которые требуют обязательного углубленного обследования толстой кишки относятся повышенная утомляемость, похудание без видимой причины, изменение характера стула, эпизоды повышения температуры, кишечное кровотечение или положительный анализ кала на скрытую кровь, начало заболевания после 50 лет, короткий анамнез с быстро меняющейся клинической картиной, отягощенный по наличию злокачественных опухолей семейный анамнез, анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ

Важно отметить, что у 13% больных причиной запора является диссенергическая дефекация, которая обусловлена нарушением координированной деятельности мышц брюшного пресса, тазового дна (промежности) и сфинктеров заднего прохода, опущением мышц промежности и/или неадекватным дефекационным толчком. Для этого вида запоров характерны длительное время дефекации; необычные позиции, облегчающие дефекацию; необходимость в ручном пособии (давление на промежность из прямой кишки или через влагалище при дефекации, эвакуация кала пальцем). Особенностью запора, вызванного дискоординацией участвующих в акте дефекации мышц, является бесполезность очистительной клизмы и неэффективность субтотальной колэктомии. Заподозрить диссенергическую дефекацию при объективном осмотре можно, если при натуживании анус выпячивается в пределах от 1,0 до 3,5 см, и слизистая прямой кишки частично пролабирует через анальный канал. При пальцевом исследовании прямой кишки можно определить высокий тонус сфинктера заднего прохода, болезненность пуборектальной мышцы и/или ректоцеле. Доказательством диссенергической дефекации служат результаты аноректальной манометрии (среднее давление сфинктера заднего прохода в покое > 80 мм рт. ст. (или > 60 см вод. столба); среднее давление сфинктера заднего прохода во время натуживания > 180 мм рт. столба (или > 240 см. вод. столба); невозможность изгнать баллон из прямой кишки при натуживании. [5]

Около 70% больных уже перепробовали различные способы лечения запора перед обращением к врачу [6]. Проблема неудовлетворенности эффектами слабительных препаратов обусловлена отсутствием комплексного подхода к лечению запора, непониманием больного необходимости регулярного соблюдения подобранного режима и желанием получить незамедлительный эффект.

Лечение запора необходимо начинать с диетических рекомендаций. Балластные вещества: метилцеллюлоза, отруби, семя льна, псиллиум и др., увеличивающие объем содержимого кишечника, по возможности должны быть назначены каждому больному с ХФЗ или симптоматическим запором при органических неопухолевых заболеваниях толстой кишки в качестве базисной терапии, поскольку сочетание этих веществ с другими группами слабительных препаратов обладает синергизмом действия и позволяет повысить эффективность терапии запоров. Важно соблюдение питьевого режима (не менее 1,5 л в день, в том числе и за счет супов).

Осмотические слабительные: полиэтиленгликоль, многоатомные спирты (сорбитол), солевые лекарственные средства (магния сульфат) действуют только в просвете кишечника, не оказывая системных побочных эффектов. Они высоко эффективны и могут быть назначены на сроки от нескольких недель до нескольких месяцев, т.к. за счет связывания воды в просвете кишки они увеличивают объем кишечного содержимого и тем самым стимулируют перистальтику. Слабоабсорбируемые ди- и олигосахара (лактолоза) обладают пребиотическими свойствами и за счет роста сахаролитических бактерий в кишке изменяют внутрипросветный рН, повышая осмотическое давление в просвете кишки. Это вызывает увеличение объема содержимого кишечника и стимулирование пропульсивной моторики кишечника. Общим недостатком этих препаратов является частая жалоба на вздутие живота, урчание. Нежелательные побочные эффекты преодолеваются индивидуальным подбором дозы с постепенным ее увеличением.

Вазелиновое масло (*Oleum vaselini seu Parafinum liquidum*, «жидкий парафин») представляет собой очищенную фракцию нефти, способствующую размягчению каловых масс, облегчению их скольжения по кишке и оказывающую слабое стимулирующее воздействие на моторику кишечника. Вазелиновое масло применяется внутрь 1 раз в сутки, по 1–2 столовых ложки через 2 ч после приема пищи. Продолжительность терапии – не более 5 дней, т.к. длительное применение вазелинового масла может вызвать нарушение всасывания жирорастворимых витаминов А, Е, К, а также атонию кишечника. У больных пожилого и старческого возраста при приеме вазелинового масла внутрь увеличивается риск неудержания и недержания кала.

Сопоставимыми по эффективности с полиэтиленгликолем были пероральные препараты на основе фосфата натрия, широко применяемые в конце 20 века. Однако в настоящее время они не рекомендованы к использованию из-за неблагоприятного профиля безопасности при подготовке колоноскопии [7]

При использовании этой группы препаратов высок риск развития тяжелых водно-электролитных нарушений, таких как гипернатриемия, гипокалиемия, гипокальциемия и гиперфосфатемия, особенно у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, циррозом печени и почечной недостаточностью и у пожилых. [8]

Поэтому с 2013 года по рекомендации Европейского общества гастроинтестинальной терапии (ESGE) пероральный препарат на основе фосфата натрия для подготовки к колоноскопии не используется. [9]

Безопасность и эффективность препаратов фосфата натрия как солевого осмотического слабительного средства в виде клизм обусловлены небольшим количеством вводимого препарата и краткой аппликацией в прямой кишке. Примером может служить препарат Энема Клип, действующими веществами которого являются натрия дигидрофосфат моногидрат и натрия фосфат гептагидрат. Энема Клип выпускается в удобном одноразовом флаконе со смазанным наконечником, предназначенном для самостоятельного использования пациентом. Объем флакона 120 мл. После введения солевого раствора поступающая в просвет кишки вода размягчает каловые массы и облегчает опорожнение кишки. Время наступления эффекта 5–7 мин. Быстрый эффект фосфатной клизмы мы предлагаем использовать в комплексной терапии запора у пожилых для выработки привычки к утреннему опорожнению кишки. С целью профилактики водно-электролитных нарушений можно рекомендовать кратность приема препарата не чаще 2–3 раз в неделю, предпочтительней с утра, после завтрака, примерно в одно и то же время. Продолжительность лечения – не более 2–3 недель. Противопоказания к назначению препарата перечислены выше. Безопасность препаратов на основе фосфата

натрия в виде клизм продемонстрирована несколькими отечественными исследованиями. Группа авторов из Санкт-Петербурга оценивала эффективность и переносимость фосфатной клизмы Энема Клин у 100 пациентов при обращении в колопроктологический кабинет: у 61 больного – для проведения ано- и ректороманоскопии при первичной консультации (подготовка непосредственно перед исследованием: за 40 мин до осмотра больной самостоятельно вводил в прямую кишку 120 мл Энема Клин); у 39 пациентов - для проведения малых проктологических операций (геморроидэктомия, иссечение трещины заднего прохода или кондилом анального канала и прочее) подготовка заключалась в бесшлаковой диете накануне операции и утрением (в день операции) введении Энема Клин. Авторы сделали вывод, что используемый препарат является комфортным для пациентов и адекватным способом подготовки кишки к осмотру проктологом и к малым проктологическим операциям [10]. В исследовании, проведенном в ФНЦ колопроктологии (Москва), ни у одного из 30 пациентов, использующих Энема Клин для подготовки к операциям на анальном канале и промежности двух- и трехкратно (накануне и в день операции), не отмечено ухудшения общего состояния, нарушений гомеостаза и электролитного баланса при качественном очищении кишки. Поэтому авторы рекомендуют применение фосфатной клизмы Энема Клин для подготовки больных к осмотру дистальных отделов толстой кишки и малым хирургическим вмешательствам на прямой кишке и промежности [11]

Безопасность применения Энема Клин и отсутствие побочных эффектов у беременных при подготовке к родоразрешению показаны в работе Т.Мельник. Автор подчеркивает, что Энема Клин в индивидуальной одноразовой упаковке объемом 120 мл является наиболее щадящим и эффективным средством, обеспечивающим безболезненное очищение дистальных отделов толстой кишки в течение 2-5 минут без существенного влияния на микробиоту [12]

Таким образом фосфатная очистительная клизма Энема Клин является эффективным и безопасным средством подготовки больных к эндоскопическому исследованию прямой и сигмовидной кишки, к малым проктологическим операциям и в качестве слабительного препарата в послеоперационном периоде и в комплексной терапии хронического запора у пожилых для выработки привычки к утреннему опорожнению кишки при обязательном соблюдении показаний и противопоказаний к назначению данного препарата.

Список литературы:

1. Лазебник Л.Б., Прилепская С.И., Парфенов А.И. и др. Распространенность и факторы риска запоров у взрослого населения Москвы по данным популяционного исследования МУЗА. Эксперим. и клин. Гастроэнтерология. 2011;3:68–73.
2. Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention . Aliment Pharmacol Ther. 2003;18(Suppl. 3):71–4.
DOI:10.1046/j.0953-0673.2003.01720.x
3. Zhu L, Pickle LW, Ghosh K, et al. Predicting US- and state-level cancer counts for the current calendar year: Part II: evaluation of spatiotemporal projection methods for incidence. Cancer. 2012;118: 1100-1109.
4. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. Gastroenterology. 2006;130(5):1377–90
5. Парфенов А.И. Три варианта патогенеза и терапии хронического запора. Эксперим. и клин. Гастроэнтерология. 2012;3:7–19

6. Осипенко М.Ф., Бикублатова Е.А., Скалинская М.А. Алгоритм диагностики и ведения больных с синдромом хронического запора. В помощь практическому врачу. Эксперим. и клин. гастроэнтерология. 2013;5:102–7
7. Florentin M., Liamis G., Elisaf MS. Colonoscopy preparation-induced disorders in renal function and electrolytes. World J Gastrointest Pharmacol Ther. 2014;5(2):50-4
8. Parikh K., Weitz H. Can a bowel preparation exacerbate heart failure? Cleve Clin J Med. 2011;78(3):157-160
9. Hassan C., Bretthauer M., Kaminsky MF, Polkowski M, Rembacken B, Saunders B, Benamouzig R, Holme O, Green S, Kuiper T. Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline. Endoscopy. 2013;45(2):142-150
10. Васильев С.В., Попов Д.Е., Недозимованный А.И., Чания З.Д Первый опыт применения фосфатной очистительной клизмы «Энема Клин» для подготовки к малым проктологическим операциям и проктологическим осмотрам. Колопроктология. 2015. 1(51)Приложение:19
11. Кашников В., Веселов А., Минбаев Ш Фосфатная очистительная клизма Энема Клин в практике колопроктологических кабинетов и отделений. Врач.2014;5:46-7
12. Мельник Т.Н. О применении фосфатной клизмы Энема Клин в практике родильного стационара. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;2:47-9