

ЕФЕКТИВНІСТЬ «СОФТОВАКУ» ПРИ ХРОНІЧНОМУ ЗАКРЕПІ**Є.М. Стародуб, С.Є. Шостак, О.Є. Самогальська****Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського****Ключові слова:** хронічний закреп, діагностика і лікування, «Софтовак».

Закреп (constipatio) — це страждання, що не тільки супроводжує багато різноманітних хвороб внутрішніх органів, погіршуючи суб'єктивні відчуття хворого, а часто є й головним симптомом, з приводу якого пацієнт звертається до лікаря.

За результатами недавнього систематичного огляду епідеміології хронічного закрепу (ХЗ), що проводився у Північній Америці, частота виявлення ХЗ становить 27,2% [10]. У Гонконгу ці показники коливаються у межах 13,7—14,4% [8]. У Іспанії серед 349 дорослих осіб на ХЗ скаржилось 29,5%. Разом із тим під час детального обстеження із врахуванням Римських критеріїв II цей показник виявився дещо нижчим — 14% [9]. У Швеції серед 1610 дорослих на постійний чи частий закреп скаржилось 7,8% опитаних, на періодичний — 20,3% [14].

Закреп не тільки погіршує якість життя хворого, а й завдає значних економічних збитків. Так, за даними Врассо і Kachler (2004), із обстежених ними 24 090 осіб 21% вказували на значне зниження продуктивності праці через хронічний закреп [7].

Ще у 1851 р. Strahl наголошував, що «закреп — це поширене явище, яке при всіх обставинах обертається значною шкодою для пацієнта». Цей вислів актуальний і сьогодні. З іншого боку, більшість людей не розцінюють вивільнення кишечника об'єктивно і відкрито. Так, за результатами рандомізованого дослідження Epidemiology of Constipation (ЕРОС) Study, проведеного у Сполучених Штатах Америки у 1999 р., виявлено, що суб'єктивна оцінка свого стану хворим часто не відповідає критеріям захворювання, що збільшувало витрати на самолікування ХЗ та значною мірою впливало на показники епідеміологічних досліджень [13].

Відповідно до Римських критеріїв II, хронічний закреп діагностують за наявності не менше двох таких симптомів:

- для дефекації потрібне зусилля;
- кал твердий чи грудочками;
- відчуття неповного випорожнення кишечника;
- потреба в мануальній допомозі;
- частота дефекації двічі на тиждень і рідше.

Обов'язковою умовою є наявність усіх ознак протягом 3 міс на рік, навіть на тлі прийому пом'якшувальних засобів.

Порушення моторної функції кишечника, що сприяє виникненню закрепу, може бути зумовлене різноманітними причинами. Так, за класифікацією Wingate і співавторів (2002), існують такі види закрепу: 1) неврогенний; 2) ендокринний; 3) проктогенний; 4) механічний; 5) внаслідок аномалій розвитку товстої киш-

ки; 6) токсичний; 7) медикаментозний; 8) внаслідок порушення водно-електролітного балансу.

Хронічний закреп діагностують на підставі скарг, клініко-анамнестичних даних, результатів інструментальних досліджень (ректороманоскопії, колоноскопії, рентгенологічних досліджень із застосуванням контрастної речовини, УЗД органів черевної порожнини). Особливої уваги надають гістологічним дослідженням біоптатів слизової оболонки товстої кишки. Це дає змогу віддиференціювати запальні і функціональні хвороби нижніх відділів шлунково-кишкового тракту. Крім того, під час визначення тактики лікування ХЗ враховують характер моторних порушень кишечника (табл. 1).

У разі виявлення у хворого закрепу і визначенні його походження призначають комплекс заходів.

Лікування ХЗ залежить від його типу і характеру головної хвороби [4]. Починають його із корекції харчування хворого. При гіпокінетичному закрепі рекомендують продукти з великою кількістю клітковини, що стимулюють випорожнення кишечника. В дієту вводять чорний хліб, сирі чи варені овочі і фрукти, гречану, пшеничну, ячмінну та вівсяну крупи, вершкове масло, і олію, м'ясо з великою кількістю сполучної тканини, мариновані овочі, оселедець, копчення, консерви, пюре із сухофруктів, настій із чорносливу, безалкогольні напої (мінеральні води, лимонад, соки), пиво, квас, сметану, вершки, солодоші, киселі, кисломолочні продукти, білі виноградні вина. Випорожненню кишечника сприяє холодна їжа. Особливої уваги надають висівкам, які рекомендують вживати в чистому вигляді або додавати до страв: у перші 2 тиж — по 1 столовій ложці тричі на день, потім — по дві (не менше 6 тиж). При цьому слід враховувати, що у людей зі схильністю до метеоризму, в разі вживання висівків виділяється вдвічі більше газів, ніж при дієті із помірним їх вмістом і в 5 раз більше, ніж при споживанні рідкої хімічно однорідної їжі без харчових волокон.

Харчові волокна є й у інших продуктах харчування. Так, у апельсинах, мандаринах їх 2/100 г; яблуках, моркві, рисі з оболонкою, бананах — 3/100 г; ківі, капуста, кукурудзі, селері — 4/100 г; фруктових мюсліях, насінні соняшника — 6/100 г; вівсяних пластівцях, мигдалеві — 10/100 г; соєвих бобах — 12/100 г; квасолі, гороху — 17/100 г; насінні льону — 35/100 г. Для порівняння: у пшеничних висівках вміст харчових волокон становить 48/100 г продукту.

При гіперкінетичному закрепі така дієта може спричинити або посилити біль у животі. Тому призначають харчування, збагачене жирами.

Таблиця 1. Диференційно-діагностичні ознаки гіперкінетичного і гіпокінетичного закрепу

Результати досліджень	Гіперкінетичний закрєп	Гіпокінетичний закрєп
Особливості випорожнень	Кал фрагментований (у вигляді овечого, інколи стрічкоподібний, шнуроподібний)	Кал може бути об'ємним
Пальпація живота	Сигмоподібна кишка спазмована, відчувається перистальтика, пальпуються грудки калу	Сигмоподібна кишка розширена, перистальтика не визначається, грудки калу не пальпуються
Пальцеве дослідження прямої кишки	Пряма кишка порожня, інколи болюча	Пряма кишка може бути розширена
Ректороманоскопія	Слизова оболонка прямої кишки волога, забарвлення її швидко змінюється, спостерігаються перистальтика і спазми	Слизова оболонка прямої кишки тьмяна, суха, пряма кишка іноді сплющена
Колоноскопія	Циркулярні складки високі, простір між ними зменшений. Просвіт товстої кишки звужений, більша його частина закрита гаустрами	Циркулярні складки знижені, простір між ними збільшений. Просвіт товстої кишки розширений, відкритий для огляду
Іригоскопія	Гаустрація глибока, товста кишка звужена	Гаустація слабо виражена, товста кишка може бути розтягнена

При ХЗ із раціону вилучають продукти, що сприяють газотворенню (бобові, яблучний і виноградний соки, ріпу, редьку, часник, цибулю, редис), а також сушену чорницю, здобне тісто, жирні сорти м'яса, гострі страви, шоколад, міцний чай, какао, каву, натуральні червоні вина, а також картоплю, слизисті супи, манну і рисову каші.

Рекомендують зранку натще випивати склянку холодної води чи соку, до яких можна додати 1/2 чайної ложки карлсбадської солі. Через 30 хв після їди за допомогою певних прийомів (масаж живота, рухи ногами, що імітують їзду на велосипеді, ритмічне втягування заднього проходу, надавлювання на зону між копчиком і заднім проходом) намагаються домогтися акту дефекації. Вагомими заходами в лікуванні ХЗ є активний спосіб життя, фізкультура і спорт. Дуже корисні пішохідні і лижні прогулянки, плавання, їзда на велосипеді.

Фізичні методи лікування передбачають курси мінеральних сульфатних вод («Нафтуса», «Миргородська», «Збручанська» та фізіотерапевтичні процедури (при гіпокінетичному закрєпі — гальванічні струми, електрофорез препаратів кальцію, прохолодні ванни, при гіперкінетичному — електрофорез спазмолітичних засобів, діатермію, парафінові аплікації на живіт).

Якщо порушення моторики товстої кишки має неврогенний характер, рекомендують психотерапію.

Досить складною проблемою при ХЗ є застосування пом'якшувальних засобів. За механізмом дії вони поділяються на [1]:

- такі що посилюють перистальтику кишечника за рахунок стимуляції нервових закінчень чи подразнення слизової оболонки товстої кишки. До них належать антрахінони — екстракти сенни, крушини тощо. Подразнюють кишечник дифенілметани — фенолфталейн, бісакодил, натрію пікосульфат;

- осмотичні — цукри, що слабо всмоктуються в кишечнику (лактuloза, сорбіт, солі магнію, натрію фосфат, розчин поліетиленглюколю);

- розм'якшують калові маси за рахунок поліпшення проникнення в них жирів і води. Це докисати (натрію, кальцію), діоктил сульфосукцинат, масляні проносні, свічки з гліцерином;

- препарати, що стимулюють серотонінові чи гідрокситриптамінові (5HT4) рецептори товстої кишки (прукалоприт, тегасерод);

- комбіновані.

Не втратили актуальності й лікарські трави. Було доведено, що біологічно активні речовини, що містяться в них у природних співвідношеннях, за тривалого застосування можуть виявляти високу фізіологічну дію [8].

Одним із найперспективніших засобів такого роду, на нашу думку, можна вважати «Софтовак», розроблений індійською фармацевтичною компанією «Ліупін Лтд». Лікарські рослини, що входять до його складу, справляють багатогранний вплив на моторику кишечника, що дає змогу рекомендувати його для лікування ХЗ різної етіології [2]. Препарат містить: лушпиння подорожника (2,0 г); сухий екстракт листя сенни (0,75 г); сухий екстракт плодів терміналі Хебула (0,5 г); сухий екстракт насіння касії (0,5 г); сухий екстракт коренів солодки (0,25 г), пелюстки троянди (0,25 г); насіння фенхелю (0,25 г); олію фенхелю (0,05 г); цукор, натрію бензоат. При цьому лушпиння подорожника збільшує об'єм кишкового вмісту, сенна стимулює перистальтику; корінь солодки і троянда мають протизапальну дію та захищають стінку кишки від подразнення. Фенхель, пелюстки троянди і плоди терміналі Хебули знімають спазм сфінктерів жовчовивідних шляхів, збільшуючи виділення жовчі. Фенхель і фенхелева олія пригнічують газотворення, а касія розм'якшує калові маси.

Метою нашого дослідження стало визначення ефективності комплексної схеми з уведенням препарату «Софтовак» для лікування закрепку у хворих із гастроентерологічною патологією.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 68 хворих із ХЗ віком від 25 до 72 років (32 жінки, 36 чоловіків), що перебували на стаціонарному лікуванні в гастроентерологічному відділенні Тернопільської комунальної міської лікарні № 2.

Під час аналізу даних анамнезу виявили, що мало-рухомий спосіб життя вели 49 (72,06%) хворих, причому більшість (67,65%) не працювали або були службовцями. На інфекційні хвороби кишок (харчова токсикоінфекція, глистяні інвазії) вказували у 8 (11,76%), на алергійні реакції на харчові продукти — 9 (13,23%) обстежених. У 61 (89,71%) пацієнта виявлено супутні хвороби шлунково-кишкового тракту і/або гепатобіліарної системи: у 57 (83,82%) — хронічний гастродуоденіт, у 53 (77,94%) — дискінезію жовчовивідних шляхів, у 31 (45,59%) — хронічний некалькульозний холецистит, у 13 (19,12%) — хронічний гепатит, у 29 (42,65%) — хронічний панкреатит. У 8 (11,76%) діагностовано інсулінонезалежний цукровий діабет. Обстежували хворих із супутньою патологією після стихання клінічних виявів хвороб.

Під час огляду переважно скаржилися на порушення частоти випорожнень (100%), утруднення дефекації (86,76%), біль у різних відділах кишечника, частіше в лівій здухвинній ділянці (100%), здуття живота (95,59%), зниження або втрату апетиту (82,35%), порушення сну (67,65%), загальну слабкість (76,47%), пригнічення настрою (73,52%).

Більшість хворих (70,59%) потерпали від закрепу понад 20 років, у 7 (10,29%) порушення акту дефекації було з раннього дитинства. У 17 (25,0%) хворих із синдромом подразненого кишечника порушення випорожнень спостерігалось з 13—15 років. Усі хворі вказували на рецидивуючий перебіг недуги.

63 (92,65%) хворі амбулаторно приймали різні засоби для нормалізації випорожнень: 42 (61,76%) — препарати сенни, крушини; 19 (27,94%) — лактулозу, «Нормазе», «Дуфалак»; 38 (55,88%) — свічки, мікроклізми; 21 (30,88%) зранку випивав склянку холодної води. 47 (74,6%) хворих періодично змінювали препарати, переважно на рекламовані в ЗМІ; 32 (50,79%) робили перерви між курсами лікування, 21 (33,33%) звертався по допомогу до дільничного терапевта.

Хворих розподілили на дві групи, рандомізовані за віком, нозологією та тривалістю ХЗ. До групи увійшли 36 хворих на ХЗ, які на тлі базової медикаментозної терапії з приводу основної патології перорально приймали препарат «Софтовак» — по 1—2 чайні ложки, розведені у 1/2 склянки води, на ніч. Друга група хворих (32 пацієнти) отримувала лише базову медикаментозну терапію, за стандартами лікування виявленої у них патології, затвердженими МОЗ України. Як послабні хворим II групи призначали відповідну дієту із вмістом висівків, фізіотерапію, лікувальну фізкультуру та прокінетики.

Оцінювали клінічні ознаки (закреп, біль, нудоту, здуття живота, зниження апетиту, порушення сну, пригнічений настрій) та результати лабораторно-інструментальних досліджень (дані копрограми, іригоскопії, колоноскопії та УЗД органів черевної порожнини).

Результати та їхнє обговорення

У разі застосування у комплексній схемі лікування препарату «Софтовак» спостерігали статистично значуще зменшення больового, диспепсичного та астено-вегетативного синдромів у хворих I групи. У II групі обстежених регрес клінічної симптоматики ХЗ був значно повільнішим (табл. 2).

Аналогічні зрушення спостерігалися і в динаміці даних лабораторно-інструментальних досліджень. Так, через місяць після лікування копрологічне дослідження калу засвідчило нормальні значення у 32 (88,89%) хворих I групи і лише у 18 (56,25%) — II. Під час іригоскопії гіпокінезія товстої кишки спостерігалася лише у 2 (5,56%) хворих I групи і у 16 (50,0%) II. Гістологічно у 20 (83,33%) із 24 обстежених I групи нормалізувалася структура слизової оболонки товстої кишки, тоді як у II групі ці показники були значно нижчими: у 6 (26,09%) вміст імунокомпетентних клітин у запальному інфільтраті не зменшився, у 7 (30,43%) набув тенденції до зменшення і лише у 10 (43,47%) морфологічна картина слизової оболонки товстої кишки відповідала нормі. Під час УЗД органів черевної порожнини виявлено, що у 28 (77,78%) хворих I групи і у 25 (78,12%) хворих II групи дискінезія товстої кишки супроводжувалася гіпокінезією жовчного міхура. Оче-

Таблиця 2. Динаміка клінічних симптомів у хворих на ХЗ

Клінічний симптом	I група (n = 36)		II група (n = 32)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Біль	36 (100)	0 (0)	32 (100)	14 (43,8)
Закреп	36 (100)	0 (0)	32 (100)	16 (50,0)
Нудота	27 (75,0)	4 (11,1)	24 (75,0)	18 (56,3)
Зниження апетиту	33 (91,7)	10 (27,8)	23 (71,9)	15 (46,9)
Здуття живота	34 (94,4)	7 (19,4)	31 (96,9)	15 (46,9)
Порушення сну	25 (69,4)	17 (47,2)	21 (65,6)	18 (56,3)
Пригнічений настрій	25 (69,4)	8 (22,2)	25 (78,1)	12 (37,5)

Примітка. В дужках наведено кількість хворих у відсотках.

видно, це вказує на один із механізмів патогенезу закрепи. Після лікування скоротлива функція жовчовивідних шляхів нормалізувалася у 25 (89,29%) хворих, I групи і у 8 (32%) обстежених II.

Отримані нами дані узгоджуються з даними літератури [2] про позитивну динаміку симптоматики ХЗ в разі застосування «Софтоваку». Згаданий препарат, на відміну від багатьох інших, одночасно коригує кілька патофізіологічних механізмів закрепи: антраглікозиди, що містяться у ньому, стимулюючи чутливі рецептори слизової оболонки товстої кишки, посилюють її перистальтику; збільшується об'єм калових мас і розріджується хіму; нормалізується скоротлива здатність жовчного міхура і сфінктерів жовчовивідних шляхів. При цьому значущим моментом у дії препарату є пригнічення газотворення, що є частою причиною скарг хворих із ХЗ.

І хоча сьогодні дискутують щодо інтоксикації організму внаслідок ХЗ [3], проте дані про значний регрес астено-невротичного синдрому у хворих, що вилікувалися від ХЗ, вказують на протилежне. При цьо-

му нами помічено поліпшення динаміки і іншої симптоматики захворювань. У жодного хворого не спостерігали непереносності препарату «Софтовак» чи його негативної дії. Разом із тим усі хворі, що використовували інші проносні засоби, вказували на його м'яку, але достатню дію. Через 3 міс після досліджень резистентності до «Софтоваку» не спостерігалося у жодного хворого.

Таким чином, препарат «Софтовак» є ефективним при ХЗ у хворих із гастроентерологічною патологією і, крім того, сприяє прискоренню одужання.

Висновки

Результати клінічних досліджень засвідчили: препарат «Софтовак» є м'яким і досить ефективним при ХЗ. Його можна застосовувати при різній етіології і патогенезі хвороби, незалежно від віку хворого. Переносність препарату у всіх обстежених хворих добра, побічної дії не виявлено. У більшості хворих «Софтовак» відновлює функцію кишечника на тривалій термін.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бабак О.Я. Запор. Современный взгляд на проблему // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 4 (24).— С. 20—23.
2. Бойко Т.Й., Мосалова Н.М., Шевцова З.І., Сорочан О.В. Спосіб лікування констипаційного синдрому з застосуванням препарату «Софтовак» // 2004.— Вип. 10.— № 230.— 2 с.
3. Мюллер-Лисснер С.А., Камм М.М., Скарпиньято С., Вальд А. Мифы и неправильные представления о хроническом запоре // Здоров'я України.— 2005.— № 6 (115).— С. 24—26.
4. Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов.— М.: Мед. лит., 2002.— 560 с.
5. Харченко Н.В. Классификация, особенности течения, алгоритмы диагностики заболеваний кишечника // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 1 (21).— С. 33—41.
6. Харченко Н.В., Анохіна Г.А. Фізіологічні основи корекції порушень травлення при хворобах кишечника // Сучасна гастроентерол.— 2005.— № 3 (23).— С. 81—87.
7. Bracco A., Kahler K. Burden of chronic constipation must include estimates of work productivity and activity impairment in addition to traditional healthcare utilization // Am. J. Gastroenterol.— 2004.— Vol. 99.— P. 233.
8. Cheng C., Chan A.O.O., Hui W.M. et al. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idio-

pathic constipation: a population-based study // Aliment. Pharmacol. Ther.— 2003.— Vol. 18.— P. 319—326.

9. Garrigues V., Galvez C., Ortiz V. et al. Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of the diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain // Am. J. Epidemiol.— 2004.— Vol. 159.— P. 520—526.

10. Higgins P.D.R., Johanson J.F. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review // Am. J. Gastroenterol.— 2004.— Vol. 99.— P. 750—759.

11. Irvine E.J., Ferrazzi S., Pare P. et al. Health-related quality of life in functional GI disorders: focus on constipation and resource utilization // Am. J. Gastroenterol.— 2002.— Vol. 97.— P. 1986—1993.

12. Pare P., Ferrazzi S., Thompson W.G. et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics, and predictors of healthcare seeking // Am. J. Gastroenterol.— 2001.— Vol. 96.— P. 3130—3137.

13. Stewart W.F., Liberman J.N., Sandler R.S. et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features // Am. J. Gastroenterol.— 1999.— Vol. 94.— P. 3530—3540.

14. Walter S., Hallbook O., Gotthard R. et al. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation // Scand. J. Gastroenterol.— 2002.— Vol. 37.— P. 911—916.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ «СОФТОВАКА» ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЗАПОРЕ

Е.М. Стародуб, С.Е. Шостак, Е.Е. Самогальская

Изучено эффективность и переносимость слабительного препарата «Софтовак». Растительные вещества, входящие в «Софтовак», дают возможность применять его при хроническом запоре различной этиологии и патогенеза. Препарат хорошо переносится и не имеет побочных действий.

EFFICACY OF SOFTOVAC IN THE TREATMENT OF CHRONIC CONSTIPATION

E.M. Starodub, S.E. Shostak, O.E. Samogalska

Efficiency and tolerability of Softovac laxative has been studied. The substances of herbal origin in the Softovac composition give the possibility to apply it at chronic constipations of different etiology and pathogenesis. The drug is well tolerated and has no sides effects.