

Хронічні закрепи у хворих літнього віку. Оптимізація лікування

В.Ю. Приходько^{1,2}, Л.А. Стаднюк^{1,2}, Д.Ю. Морєва¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

²Інститут геронтології, м. Київ

Хронічні закрепи є актуальною та багатогранною проблемою в геронтологічній практиці і заслуговують на більш ґрунтовний підхід до діагностики та лікування, беручи до уваги особливості геронтологічного контингенту хворих. У статті представлені дані щодо основних причин виникнення закрепів у людей похилого віку, наведені сучасні класифікації цієї патології та запропоновані шляхи оптимізації лікування даної категорії пацієнтів.
Ключові слова: хронічні закрепи, похилий вік, лікування закрепів.

Жодний патологічний стан не викликає стільки занепокоєння і проблем у практично здорових людей похилого віку, як закрепи. Не будучи хворобою, а лише симптомом, закрепи, проте, змушує багатьох людей шукати різні способи подолання цієї проблеми – від традиційних до несподіваних (зловживання харчовими добавками сумнівного походження, сліпе зондування і сифонні клізми), які можуть призвести до розвитку серйозної патології. Закреп часто змушує хворих похилого віку концентруватися на своїх фізіологічних відправленнях на шкоду соціальної активності. Деякі літні люди, навпаки, повністю ігнорують затримку випорожнення, вважаючи це майже нормальним віковим явищем. В основі таких підходів лежить не зовсім правильне уявлення пацієнтів та й деяких лікарів про природу закрепів.

Частота випорожнень у здорових людей коливається в значних межах (від 3 разів на день до 3 разів на тиждень) і залежить від звичок людини, особливостей харчування і способу життя. У більшості здорових людей дефекація відбувається один раз на добу, переважно в ранкові години. При цьому обсяг м'яких калових мас становить 100–200 г. Фізіологічність ранкового випорожнення полягає в тому, що під ранок завершується нічне формування калових мас, достатніх для випорожнення кишечника, при переході у вертикальне положення спрацьовують рефлекс дефекації, ранкове підвищення рівня адреналіну розслаблює анальний сфінктер. Все це призводить до того, що при ранковій дефекації ризик закрепів значно менше, ніж при дефекації в інший час доби. Тому бажано, щоб випорожнення кишечника у людей похилого віку відбувалося саме в ранкові години.

Постійно або періодично на закрепи страждає кожна 3–4-а доросла людина, причому жінки – в 3 рази частіше, ніж чоловіки. Істотно збільшення частоти закрепів відзначається у віці понад 65 років. Закреп – одна з найпоширеніших скарг в осіб похилого віку: від 30% до 60% пацієнтів старше 60 років, за їхньою власною оцінкою, страждають на закрепи. Хронічні закрепи спостерігаються у 60% хворих на цукровий діабет (в результаті висцеральної нейропатії).

Закреп – стійке або інтермітентне порушення функції товстої кишки зі зниженням частоти випорожнень менше 3 разів на тиждень і з вимушеним натужуванням, яке займає більше 25% часу дефекації. Таким чином, закрепи – рідкісне, утруднене або систематично неповне випорожнення кишечника (занадто рідко, занадто напружено, надто щільно).

Виділяють такі види закрепів:

- Епізодичні (ситуаційні).

- Гострі (виникли менше 3 міс тому).
- Хронічні:
 - органічні (симптоматичні, вторинні);
 - функціональні (самостійні атонічні або спастичні).
 У людей похилого віку найчастіше спостерігають саме хронічні закрепи.

Ознаки хронічного закрепу:

- Частота випорожнень менше ніж 3 рази на тиждень (затримка випорожнення кишечника більш ніж на 48 год).
- Дефекація вимагає напруження.
- Кал щільний або грудкуватий.
- Відчуття неповного випорожнення кишечника після дефекації.

Закреп може бути як самостійним функціональним розладом, так і симптомом, що супроводжує різні захворювання, причому не тільки травного тракту, а й неврологічні, психічні.

Види закрепів

- Аліментарний (харчовий) закрепи. Виникає через неправильне, неповноцінне харчування, обмеження рослинної клітковини, вживання рафінованих продуктів, що повністю розчиняються у воді і всмоктуються у кишечнику. Це призводить до зменшення обсягу кишкового вмісту, порушення шлунково-кишкового рефлексу. Часто літні люди у зв'язку із втратою зубів свідомо обмежують себе в харчуванні. Вони просто не можуть пережувати овочі і фрукти, а непережовані продукти призводять до важкості у шлунку і болю в епігастрії. Тому для профілактики аліментарного закрепу важливо не тільки інформувати хворого про користь харчової клітковини, а й стежити за здоров'ям ротової порожнини.

- Неврогенний закрепи. Пов'язаний з порушенням нервових механізмів регуляції рухової функції кишечника. Спостерігається при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, хронічному дуоденіті, нирково-кам'яній і жовчно-кам'яній хворобі, захворюваннях статевих органів. Неврогенний закрепи може виникати у людей, які перенесли гостре порушення мозкового кровообігу, які страждають на розсіяний склероз, бічний аміотрофічний склероз, з пухлинами головного і спинного мозку.

- Психогенний закрепи зумовлений психогенною реакцією на необхідність здійснювати акт дефекації в несприятливій, незвичній обстановці. Цей тип закрепу може спостерігатися у людей, які відчують складності при відвідуванні санвузла з причини його поганого обладнання, непридатного санітарного стану або через фізичні обмеження. В останньому випадку проблема може бути вирішена за допомогою реабілітаційного обладнання. Психогенні закрепи часто спостерігають у хворих, які були госпіталізовані і яким незручно користуватися лікарняним санвузлом. Психогенні закрепи можуть бути і клінічним проявом психічного розладу (шизофренії, маніакально-депресивного психозу, наркоманії).

- Проктогенний закрепи є наслідком патологічного процесу в зоні прямої кишки або відхідника (геморой, тріщина заднього проходу). Болючість акту дефекації при цих станах змушує людину свідомо придушувати позиви і поступово призводить до зниження чутливості прямої кишки. Тому

найважливішим засобом профілактики цього виду закрепів є своєчасне лікування захворювань аноректальної зони. Слід пам'ятати, що закреп, який раптово з'явився, може бути наслідком пухлини в лівому відділі товстої кишки або механічного здавлення кишки ззовні пухлинним процесом в черевній порожнині.

- **Закреп, пов'язаний з аномаліями розвитку товстої кишки (хвороба Гіршпрунга, доліхосигма, мегаколон)** проявляється, як правило, в дитячому віці. Хоча ми спостерігали декількох хворих у віці 75–80 років, у яких була діагностована доліхосигма і які страждали на хронічний закреп.

- **Функціональний закреп при синдромі подразненої товстої кишки пов'язаний зі спастичними скороченнями м'язів товстої кишки у відповідь на дію алергійних, харчових, емоційних факторів.**

- **Токсичний закреп** виникає в результаті хронічного отруєння свинцем, ртуттю. Його причиною є прямий вплив токсичних речовин на нервово-м'язовий апарат кишки. Слід пам'ятати про можливість побутового отруєння свинцем при використанні кустарного глиняного посуду, до складу глазури якого входить свинець.

- **Медикаментозний закреп** виникає в разі застосування наркотичних препаратів, атропіну, антидепресантів, антацидних протизвразкових препаратів і сечогінних. Ураховуючи, що хворі похилого віку використовують велику кількість різноманітних ліків, лікарю слід ретельно ознайомитися з їхніми інструкціями і виключити можливість медикаментозного негативного впливу на активність товстої кишки.

- **Ендокринний закреп** виникає при зниженій функції щитоподібної залози (мікседемі), цукровому діабеті, клімаксі, пухлині надниркових залоз (феохромцитомі).

- «Старечий» закреп у осіб дуже похилого віку пов'язаний з гіподинамією, неповноцінним харчуванням, слабкістю м'язів черевного преса, гіпотонією і атонією кишечника, ендокринними порушеннями, психічними розладами. Фактично «старечий» закреп можна вважати закрепом зі складним патогенетичним механізмом, коли спостерігається поєднання безлічі органічних і функціональних факторів.

- **Закреп, спричинений порушеннями водно-електролітного обміну,** може спостерігатися в спекотну погоду, при значних фізичних навантаженнях після посиленого потовиділення. Для його профілактики достатньо вживати адекватну втраті кількості рідини. У старших людей цей вид закрепу спостерігається при надмірному вживанні сечогінних препаратів і недостатньому споживанні рідини. Часто, зважаючи на розвиток набряків, хворі критично обмежують споживання води, що призводить до розвитку закрепу і може стати причиною зменшення швидкості клубочкової фільтрації нирок.

Причини закрепу

1. Порушення транзиту по товстій кишці (досліджується за допомогою контрастних і радіоізотопних маркерів. Верхньою межею норми є загальний час транзиту 60 год або затримка не більше 20% маркерів протягом 5 днів). До порушення транзиту по товстій кишці призводять:

- нерациональне харчування (голодування, дефіцит харчових волокон, зменшення споживання рідини);
- порушення нейроендокринної регуляції (депресія, пошкодження ЦНС, пошкодження поперекового і крижового відділів спинного мозку, інсульт, хвороба Паркінсона, гіпотиреоз, цукровий діабет, низький рівень естрогенів, ожиріння);
- вживання медикаментів (трициклічні антидепресанти, антихолінергічні, протисудомні, гіпотензивні препарати, антагоністи кальцієвих каналів, антациди, препарати заліза, препарати кальцію, барій);
- отруєння важкими металами (ртуть, свинець, миш'як);

- механічні перешкоди (пухлина, стриктури, спайки);
- пошкодження кишкових нервових сплетінь і гладком'язових тканин (хвороба Гіршпрунга, Чагаса, ідіопатичний мегаколон);
- аномалії розвитку (мегаректум, доліхоколон, доліхосигма).

2. Порушення евакуації з прямої кишки. Розтягнення прямої кишки в нормі призводить до розслаблення внутрішнього сфінктера заднього проходу, що збігається з виникненням позиву (досліджується за допомогою розтягування прямої кишки балоном. Зниження чутливості реєструють при відчутті розтягування на введення балона більше 50 мл, а також невідкладних позивів при обсязі балона понад 140 мл). Порушення евакуації з прямої кишки спостерігається в таких ситуаціях:

- інертна пряма кишка або синдром спазму тазового дна, агангліоз прямої кишки,
- зниження чутливості рецепторів прямої кишки у людей похилого та старечого віку, ректоцеле.

Відповідно до причин розвитку хронічних закрепів запропонована їхня класифікація (Yamada T., 1998).

1. Товстокишкова обструкція: колоректальні новоутворення, доброякісні стриктури (дивертикуліт, коліти, ішемічні колопатії), ендометріоз, анальні стриктури і новоутворення, сторонні тіла прямої кишки, анальні тріщини і геморої.

2. Нейропатичні і міопатичні розлади: периферійна або автономна нейропатія, хвороби Гіршпрунга, Чагаса, нейрофіброматоз, гангліонейроматоз, гіпогангліоз, розсіяний склероз, ураження спинного мозку, пошкодження сакральних нервів і кінського хвоста, хвороба Паркінсона, низька спінальна анестезія, склеродермія, дерматоміозит, поліміозит, амілоїдоз, міотонічна дистрофія.

3. Метаболічні або ендокринні розлади: цукровий діабет, вагітність, гіперкальціємія, гіпотиреоз, гіпокаліємія, порфірія, глюкозонома, пангіпопігуїтаризм, феохромоцитома.

4. Медикаментозні: антихолінергічні препарати, трициклічні антидепресанти, антипсихотичні препарати, проти-паркінсонічні препарати, гіпотензивні засоби, гангліоблокатори, протисудомні препарати, антагоністи кальцієвих каналів, препарати заліза, алюмінійумісні антациди, препарати кальцію, сульфат барію, важкі метали (миш'як, ртуть, свинець).

5. Функціональні (ідіопатичні) закрепи.

У 1999 році на Всесвітньому з'їзді гастроентерологів у Римі були схвалені оновлені критерії діагностики функціонального закрепу. Ці критерії можна використовувати тільки в тих випадках, коли не виявляються структурні або біохімічні зміни, які можуть пояснити симптоматику, тобто має місце функціональний кишковий розлад.

Римські критерії II функціонального закрепу

- Натужування більш ніж у 25% дефекацій.
- Грудкуватий і щільний кал більше ніж у 25% дефекацій.
- Відчуття неповного випорожнення кишечника більш ніж у 25% дефекацій.
- Відчуття аноректальної перешкоди більше ніж у 25% дефекацій.
- Ручна допомога (підтримка рукою промежини, пальцева евакуація) більш ніж у 25% дефекацій.
- Менше 3 дефекацій на тиждень.

Обов'язковими умовами для діагностики функціонального закрепу є такі:

1. Симптоми (2 і більше) спостерігаються 12 тиж (не обов'язково послідовно) за останні 12 міс.
2. Виключені органічні захворювання, що можуть спричинити симптоматику.

У людей похилого віку механізми формування закрепу і причини його розвитку мають свої особливості. Серед основних механізмів закрепу переважають зниження кровотоку в малому тазі через гіподинамію і природні вікові причини, прогресивна слабкість м'язів тазового дна внаслідок гіпокісії і порушення

відновлення тканин, атрофічні зміни нервової регуляції анального сфінктера, зниження чутливості анального сфінктера, що призводять до відсутності позиву до дефекації. Важливою причиною є також вікові зміни товстої кишки.

Зміни товстої кишки в старості:

- Слабкість м'язової тканини.
- Атрофічні зміни слизової оболонки, зменшення швидкості відновлення клітин слизової оболонки кишки.
- Ураження нервових вузлів, які відповідають за рухову функцію кишечника.
- Зміна кількісного та якісного складу мікрофлори кишечника.
- Дивертикульоз, який спостерігається у 40% людей старше 70 років і у 60% людей старше 85 років.
- Поліпи товстої кишки, які виявляють у молодих людей в 3%, у осіб старше 70 років – в 12,8%.

З віком порушується співвідношення сахаролітичної і протеолітичної мікрофлори товстої кишки. Сахаролітична флора (біфідобактерії, лактобацили, пропіонобактерії, коки) поступається місцем протеолітичній (бактероїди, протей, ешерихії, клостридії). Останні метаболізують продукти кишкового гідролізу білків і синтезують ароматичні амінокислоти, ендogenousні канцерогени.

Таким чином, наслідком вікового ослаблення м'язів черевної стінки і таза, малорухливого способу життя, зниження тону товстої кишки, уповільнення його перистальтики є підвищення внутрішньокішкового тиску, дивертикули, дисбактеріоз, накопичення ендотоксину. Ендотоксин – ліпополісахарид, синтезується грамнегативною протеолітичною бактеріальною флорою товстої кишки. Дія ендотоксину проявляється таким чином:

- Загальний токсичний вплив.
- Активація цитокінів в тканинах (ФНП-альфа, ІЛ-2,6).
- Підтримання імунної запальної реакції в паренхіматозних органах.
- Фібротизація паренхіматозних органів.

Таким чином, щодо закріпів в старості виникає хибне коло: зниження тону і уповільнення перистальтики товстої кишки призводить до затримки харчової грудки, а спричинене цим підвищення внутрішньокішкового тиску сприяє розвитку дивертикульозу, дисбактеріозу, які посилюють явища закріпу. До того ж на тлі дисбіозу товстої кишки відбувається накопичення ендотоксину, який сприяє підтримці хронічного запального процесу і розвитку фіброзу в органах черевної порожнини.

Сімейний лікар повинен пам'ятати про такі причини закріпу в осіб похилого віку:

1. Соціально-побутові.

• **Адинамія** (вимушена при інсульті, інфаркті, переломі шийки стегнової кістки, після оперативних втручань). Перебування у горизонтальному положенні, малорухливість, відсутність ранкової рухової активності не сприяють підвищенню активності симпатичної нервової системи і рівня адреналіну, який розслабляє анальний сфінктер. До того ж сформований за ніч каловий комок за відсутності переходу у вертикальне положення фізично не дратує рецептори прямої кишки, що пригальмовує рефлекс дефекації. З часом у лежачих хворих рефлекс дефекації послаблюється, що призводить до затримки випорожнення (розвитку закріпу).

• **Малий обсяг їжі.** Старі люди загалом менше їдять. Іноді вони свідомо обмежують харчування при захворюваннях шлунка, підшлункової залози, цукровому діабеті, серцево-судинних захворюваннях. Це призводить до менш частих випорожнень (замість 1 разу на добу частота може зменшитися до 1 разу на 2–3 дні). Людина старшого віку розцінює це як закріп, намагається напружуватися, вживає послаблювальні засоби і, в кінці кінців, реактивність кишки зменшується і рефлекс дефекації послаблюється.

• **Недостатній добовий обсяг рідини** (менше 1,5 л, включаючи перші страви). Літні люди вживають менше рідини для за-

побання набрякам (наприклад, при серцевій недостатності). Це може призвести не тільки до затримки випорожнення, але й до зменшення швидкості клубочкової фільтрації.

• **Недостатня кількість харчових волокон** в раціоні. Згідно з рекомендаціями Американської дієтологічної асоціації щоденна потреба в харчових волокнах складає 25–30 г на добу. Людина, що харчується переважно легко засвоюваними вуглеводами (бутерброди, печиво, цукерки, солодкі напої) за повноцінної калорійності раціону не отримує потрібної кількості харчових волокон. Можна порекомендувати хворому на закріп вживати більше свіжих овочів або додати до раціону 15 г гуарової смоли.

• **Зловживання проносними препаратами** притаманне літнім людям, які вважають, що випорожнення має відбуватися кожен день, незалежно від обсягу харчування. З часом вживання проносних засобів спричиняє зменшення активності кишки і затримку калових мас.

2. Гормональні.

• **Менопауза.** У жінок, які входять в менопаузу, можуть з'явитися або посилитися закріпи.

• **Гіпотиреоз** – досить поширена серед літніх людей патологія. Відповідно до статистичних даних різноманітну патологію щитоподібної залози (ЩЗ) виявляють у 42–52% дорослого населення України, а у людей похилого віку – до 80% випадків. У структурі ендокринних захворювань основне місце належить патології ЩЗ (46,7%). Захворюваність на вузловий зоб в Україні з 2000 по 2011 рік збільшилась майже на 60%, а поширеність тиреоїдиту за останні 10 років – на 68%. Кількість випадків гіпотиреозу зросла майже на 50%. Збільшення частоти захворювань ЩЗ пов'язують із нерациональним харчуванням, гіподинамією, надмірною масою тіла або ожирінням, хронічним стресом, дефіцитом йоду в раціоні. Зниження функції ЩЗ спостерігається частіше, ніж підвищення, приблизно в 7–10 разів. У світі поширеність маніфестного гіпотиреозу досягла 2–3% у популяції. Хворіють частіше жінки. Саме у жінок частота субклінічного гіпотиреозу становить у середньому 10%, а у віці понад 60 років зростає до 20%. У чоловіків гіпотиреоз реєструють рідше (2%), і частота його не зростає з віком. Сімейний лікар має звертати увагу на наявність клінічних ознак гіпотиреозу у літньої людини, а у сумнівних випадках проводити дослідження рівня гормонів (тироксин, трийодтиронін, тиреотропний гормон гіпофізу). Своєчасне виявлення і корекція гіпотиреозу сприятиме запобіганню закріпів і надмірному вживанню проносних засобів.

3. Прогресування вже існуючих захворювань, типових для осіб старшого віку.

• **Дивертикульозна** хвороба. Дивертикули товстої кишки представляють собою мішкоподібні вип'ячування її стінок. Гастротерологи зазначають, що у 80–95% хворих дивертикули утворюються в сигмоподібній кишці (Харченко Н.В., 2006). Частота дивертикульозу прогресивно зростає з віком: загалом у світі дивертикульоз був діагностований у 40% людей віком старше 70 років, 35% людей у віці 50–60 років і у 10% людей у віці 30–40 років (P. Fruhmorgen, K. Wehrmann, 2007). Є дані про дуже велику поширеність дивертикульозу у людей віком понад 85 років (майже 60%). Це дозволяє віднести дивертикульоз до вікозалежної патології і пов'язати механізми його виникнення з віковими змінами товстої кишки. Закрепи також можуть спричинити прогресування дивертикульозу завдяки збільшенню тиску в порожнині кишки і одночасно є одним із клінічних проявів дивертикульозу. У 80% людей з дивертикулами відсутні скарги і клінічні прояви захворювання. Іноді хворі скаржаться на біль у животі, порушення випорожнення з чергуванням закріпів і проносів. Найбільшу небезпеку становлять ускладнення дивертикульозу: запалення, перфорації і кровотечі, які спостерігаються у 4–5% людей з дивертикулами (Харченко Н.В., 2006).

• **Цукровий діабет** у літніх людей призводить до розвитку

вісцеральної діабетичної полінейропатії з порушенням нервової регуляції функції кишечнику, що спричиняє закрепи.

• **Хронічна ішемія** органів черевної порожнини на тлі поширеного атеросклерозу.

• **Паркінсонізм** (екстрапірамідна недостатність).

• **Депресія.**

• **Спінальні розлади.**

5. Медикаментозні.

Застосування таких лікарських засобів може спровокувати або посилити закреп у літньої людини:

• Холінолітики (і всі препарати, що містять атропін).

• Наркотики (у онкологічних хворих).

• Антидепресанти.

• Нейролептики і трапквілізатори.

• Антигіпертензивні (блокатори кальцієвих каналів).

• Сечогінні.

• Проносні (при тривалому регулярному і надмірному вживанні).

• Алюміній- і кальційумісні препарати (антациди і препарати кальцію для лікування остеопорозу).

• Препарати заліза (лікування залізодефіцитної анемії і анемії хронічного захворювання).

Хронічні закрепи можуть бути клінічним проявом при наступних захворюваннях травного тракту: виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки, хронічний панкреатит, синдром подразненої товстої кишки, дисбактеріоз, пухлини товстої кишки, дивертикуліт, ішемічні колопатії (у літніх людей). При ентериті (запалення тонкої кишки) закрепи відзначають у кожного п'ятого, а при хронічному коліті (запалення товстої кишки) – у кожного другого хворого.

Клінічні прояви хронічного закрепу

• Частота дефекацій від 1 разу за 2–3 дня до 1 разу на тиждень і рідше.

• Щільний, сухий «овечий» кал, стрічкоподібний, шнуроподібний кал.

• Біль і відчуття розпирання в животі.

• метеоризм через повільне просування калу і підвищене утворення газу бактеріями.

• Зниження апетиту, відрижка повітрям, неприємний смак у роті.

• Рефлекторні реакції (біль в області серця, серцебиття).

• Головний, м'язовий біль, нервозність, пригнічений настрій, порушення сну.

• Блідість і в'ялість шкіри, втрата еластичності.

Люди, які страждають на закрепи, скаржаться на підвищену стомлюваність, неприємний присмак у роті, нудоту, погіршення апетиту, здуття живота. У людини обкладений язик, шкіра набуває жовтуватого відтінку. Неприємним симптомом закрепу є здуття живота (метеоризм), яке зумовлене повільним просуванням калу по товстій кишці і підвищеним утворенням газу в результаті діяльності бактерій в кишечнику. Полегшення може настати після дефекації. Здуття живота, крім власне кишкових симптомів, може супроводжуватися рефлекторними реакціями інших органів, болям у серці, серцебиттям, перебоями в роботі серця. Усе це функціональні симптоми, але за наявності у пацієнта ІХС, гіпертонічної хвороби, він може бути наляканий такими симптомами, що додатково обтяжить його стан. У більшості хворих з закрепами знижується апетит, з'являються відрижка повітрям, неприємний смак у роті і запах з рота. Як правило, знижується працездатність, виникають головний біль, біль у м'язах тіла, в суглобах, з'являються загальна нервозність, дратівливість, пригнічений настрій, розлади сну. Поступово шкіра не тільки набуває жовтуватого відтінку, але й стає в'ялою, нееластичною. При зловживанні проносними засобами у людини може розвинутися анемія і дефіцит вітамінів. Частими ускладненнями закрепу можуть бути геморої, тріщини заднього проходу, виразки. У деяких випадках закреп ускладнюється ут-

воренням калових каменів в товстій кишці. При їхньому тиску на стінку кишки виникає рефлекторний біль у крижах, сідницях, на задній поверхні стегон і в області кульшового суглоба. Тривало існуючий закреп може спричинити різні ускладнення. Можуть виникнути вторинний коліт, проктосигмоїдит. Тривалі закрепи іноді стають причиною розширення та подовження товстої кишки (набутий мегаколон), що робить закрепи ще більш вираженими. Але, безумовно, найбільш грізним ускладненням хронічних закрепів є новоутворення товстої і прямої кишки.

При хронічному закрепі канцерогени, які утворюються в товстій кишці, довше діють на її стінку, і при цьому ослаблений антиканцерогенний захист, що забезпечується нормальною мікрофлорою товстої кишки. Товста кишка характеризується найвищою щільністю мікробного обсіменіння – в ній зустрічаються 400 видів різних мікроорганізмів, загальна біомаса яких становить 1,5 кг і 1/3 сухої маси фекалій. Облігатна (обов'язкова) мікрофлора представлена біфідобактеріями, лактобактеріями, пропіоновокислими бактеріями і бактероїдами, які складають до 90% товстокишкової біоти. Факультативна (супутня) мікрофлора становить не більше 10%. Це *E.coli* (клоїди мутуалістів, істинних патогенів, випадкових симбіонтів), *Streptococcus faecium*, еубактерії, фузобактерії. Може відзначатися до 1% транзиторної (непостійної) мікрофлори (*Staphylococcus*, *Clostridium*, *Citrobacter*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Candida* і ін.). За характером метаболізму мікрофлора товстої кишки представлена двома групами – протеолітичні і сахаролітичні бактерії. Протеолітичні (бактероїди, протей, ешерихії, клостридії та ін.) використовують в якості поживного і енергетичного субстрату продукти білкового гідролізу і як кінцеві метаболіти своєї життєдіяльності утворюють токсичні речовини (аміак, ароматичні амінокислоти, ендогенні канцерогени, сульфіді і ін.). Збільшення кількості протеолітичних мікроорганізмів в кишковій мікробіоті призводить до активізації гнильних процесів. Сахаролітична флора (біфідо- і лактобактерії, деякі коки, пропіоновокислі бактерії) використовує для життєдіяльності вуглеводні субстрати, що надходять в товсту кишку, і полісахариди кишкового слизу. Функції нормальної кишкової мікрофлори полягають у стримуванні росту і розмноження в організмі патогенних мікробів; участі в синтетичній, травній та детоксикаційній функціях кишечнику; стимуляції синтезу біологічно активних речовин; забезпеченні місцевого імунітету (підтримання високих рівнів лізоциму, імуноглобулінів, інтерферону та ін.); контролі уrogenітальної інфекції (основним збудником пієлонефритів є кишкова паличка) і навіть у профілактиці інфекції *Helicobacter pylori*.

В аспекті корекції закрепів особливо важливе значення має регуляторна дія нормальної мікрофлори на моторну функцію кишечнику. Вона здійснюється шляхом синтезу простагландинів, вазоактивних речовин типу брадикініну і гістаміну, пропіонової кислоти, зміни метаболізму жовчних кислот з утворенням субстанцій, що стимулюють моторику кишки. Крім того, нормальна мікрофлора кишечнику виявляє гіполіпідемічну дію, вазоактивні впливи, антиалергійну дію, антиканцерогенний ефект. Антимутагенна і антиканцерогенна активність мікрофлори реалізується шляхом гідролізу продуктів метаболізму білків, ліпідів, вуглеводів, декон'югації жовчних та гідроксилування жирних кислот, інактивації гістаміну, ксенобіотиків і канцерогенів. певну роль в антиканцерогенній дії грають і коротколанцюгові жирні кислоти. Таким чином, підтримання нормальної складу мікрофлори – профілактика атеросклерозу, ішемічної колопатії, раку ободової і прямої кишки. Нормальне функціонування кишечнику безпосередньо залежить від нормального складу кишкової мікробіоти. Для підтримки нормального процесу травлення в пізньому онтогенезі (та й у більш молодому віці) необхідно підтримувати нормальний склад кишкової флори, яка не тільки забезпечує високу функціональну активність товстої кишки, а й надає загальнооздоровчу і геропротекторну

дію. Останнє було доведено І.І.Мечниковим, який в «Етюдах про природу людини» зазначав, що для нормального травлення і збільшення тривалості життя необхідно вживати кисло-молочні продукти. За участю співробітників Інституту геронтології НАМН України та на основі аналізу кишкової мікрофлори довгожителів були створені «Геролакт» і «Лактогеровіт» – кисло-молочні продукти на основі мікрофлори кавказьких домашніх заквасок, які сприяють метаболізму азотистих продуктів білкового обміну в кишечнику і посиленню його азотовидільної функції, полегшенню роботи нирок.

Обстеження хворих з хронічними закрепами

- Загальний фізичний огляд (виявлення ознак анемії, змін лімфовузлів, новоутворень черевної порожнини).
- Проктологічний огляд (виявлення захворювань заднього проходу).
- Загальний аналіз крові (гемоглобін, ШОЕ).
- Григоскопія.
- Колоноскопія.
- Гістологічне та гістохімічне дослідження біоптатів товстої кишки.

При виключенні захворювань товстої кишки, здатних призвести до закрепів, слід здійснювати пошук некишкових причин закрепу – огляд гінеколога, ендокринолога, невропатолога, визначення рівня гормонів щитоподібної залози, кальцію, калію в крові. За відсутності органічних причин закрепу і наявності діагностичних критеріїв синдрому подразненого кишечника або функціонального закрепу можна призначити лікування без додаткових обстежень.

Цікавий факт: 85% хворих, які пройшли повне обстеження (без патологічних знахідок), одужують на тлі терапії волоконними препаратами зі збільшенням вживання рідини (Voderholzer W. et al., 1997).

Корекція спорожнення кишечника при хронічних закрепах

При лікуванні закрепу, незалежно від його причини і віку людини, завжди переслідуються дві мети: нормалізація консистенції і регулярність випорожнення кишечника. Лікування починають із застосування немедикаментозних методів. До них відносяться збільшення рухової активності, заняття спортом, нормалізація водного балансу та раціону з обов'язковим включенням до нього харчових волокон. При цьому важливою є взаємодія з людиною, що скаржиться на закрепи: регулярні бесіди з хворим, пояснення причин його недуги і методів лікування. Якщо закреп є наслідком інших захворювань, то досягнення компенсації основного захворювання (цукровий діабет, гіпотиреоз та ін.) грає істотну роль, хоча і не усуває закреп. У багатьох випадках немедикаментозних методів достатньо для нормалізації випорожнень. Лише в разі їхньої неефективності призначають проносні засоби.

Харчування пацієнтів, які страждають на закрепи

Важливим терапевтичним фактором є дієта. Раціон людини, що страждає на закреп, особливо, якщо закреп носить харчовий характер, повинен містити продукти з підвищеною кількістю рослинної клітковини: овочі, фрукти, ягоди, переважно сирі, не менше 200 г на добу, чорнослив, курагу, розсічені каші з пшеничної, гречаної, перлової крупи, хліб із житнього та пшеничного борошна грубого помелу, дієтичні сорти хліба з додаванням пшеничних висівок. Пшеничні висівки (20–30 г на день) рекомендується додавати в інші страви. До дієти включають кисло-молочні продукти (свіжий кефір, кисле молоко), рослинну олію (кукурудзяну, оливкову). Необхідно випивати достатню кількість рідини (1,5–2 л). Рекомендується також пити мінеральні води.

У практиці сімейного лікаря важливе місце посідає взаємодія з хворим і його родиною. Тому на початку лікування рекомендують такі засоби боротьби із закрепами в домашніх умовах:

- На ніч перед сном випити 1 стакан кефіру з 1 десертною ложкою рослинного масла (ретельно перемішати).

- 1 столову ложку меду розчинити в 1 склянці холодної води і випити невеликими ковтками вранці натщесерце.
- Натщесерце випити 0,5 склянки розсолу квашеної капусти.
- Вівсяні або пшеничні висівки по 2 столові ложки 3 рази на день під час їди. Цей спосіб не показаний хворим з остеопорозом, які вживають препарати кальцію. Слід пам'ятати, що висівки затримують всмоктування кальцію.
- По 1 чайній ложці натертих на дрібній тертці сирих моркви, буряка, яблука змішати, заправити рослинною олією і з'їсти вранці натщесерце. Цей спосіб не слід рекомендувати хворим з ерозивним ураженням шлунка.
- 1 чайну ложку лляного насіння залити 1 склянкою окропу. Настояти, закутавши, 4–5 год. Випити весь настій ввечері перед сном, разом із насінням.

Наведені засоби не шкодять здоров'ю, не є хімічними препаратами і тому в більшості випадків добре сприймаються хворим і його родиною. У тих випадках, коли змін характеру і звичок харчування виявляється недостатньо для нормалізації частоти випорожнення, доводиться вдаватися до медикаментозного лікування.

Абсолютне показання до призначення проносних особам похилого віку – неприпустимість підвищення внутрішньочеревного тиску при напруженні:

- інфаркт міокарда;
- важка артеріальна гіпертонія;
- аневризми;
- венозні тромбози;
- ретинопатія;
- грижі;
- ректальні тріщини;
- геморой і ректальний пролапс.

Терапевтичне лікування хронічних закрепів

1. Поведінкова терапія: режим дня, посилення фізичної активності, вироблення рефлексу на дефекацію.

2. Дієтотерапія: збагачення раціону висівками та іншими харчовими волокнами, збільшення споживання рідини. Харчові волокна – речовини полісахаридної природи, що не ферментуються (целюлоза, геміцелюлоза, лігнін). Вони збільшують обсяг і прискорюють просування кишкового вмісту по товстій кишці. Використовуються як субстрат ендогенної анаеробної мікрофлори. Збільшують продукцію коротколанцюгових жирних кислот, які є джерелом енергії для кишкового епітелію. Зв'язують і утримують жирні кислоти, доставляючи їх у товсту кишку (природні проносні). Середній дефіцит в їжі харчових волокон становить 15–30 г. Вживання харчових волокон вимагає збільшення споживання рідини до 2–3 л на добу. «Латентний» період може становити 5–7 днів при уповільненому транзиті, тому слід попередити хворого, що покращання дефекації відбудеться не відразу. До того ж важливо підтримувати водний режим, тому що при недостатньому споживанні води харчові волокна можуть сприяти посиленню закрепу. Препарати: пшеничні висівки, мікрокристалічна целюлоза, агар-агар, ламінарид, лляне насіння, насіння подорожника, препарат гуарової смоли.

Смола гуарова – харчова клітковина, яку отримують з ендосперму насіння *Cyatopsis tetragonolobus*. Смола гуарова – це полісахарид, який утворює з водою в'язкий гель. Смола гуарова значно подовжує спорожнення шлунка, а також абсорбцію вуглеводів в тонкій кишці, цим вона знижує рівень гіперглікемії і концентрацію інсуліну. Препарат слід вживати з водою (5 г на 1 склянку води), що допомагає збільшити вживання рідини (принаймні на 600–700 мл на добу). Невиконання вимоги зі збільшення вживання рідини може посилити закрепи. При тривалому застоюванні смола гуарова знижує вихідний рівень глюкози в крові приблизно на 1–2 ммоль. Вважається, що ефект зниження рівня холестерину в плазмі крові зумовлений зниженою абсорбцією холестерину, підвищеною секрецією жовчних кислот, а також посиленням метаболізмом холестерину в печінці. Таким чином, ефект смоли гуарової подібний до ефекту смол, що зв'язують жовчні кислоти.

При монотерапії смолою гуаровою знижуються рівні загального холестерину та ліпопротеїдів низької щільності в плазмі приблизно на 10–15%. Смола гуарова не адсорбується в травному тракті, частково розкладається бактеріями в травному тракті і приблизно на 20% збільшує об'єм калових мас. Препарат рекомендується застосовувати у людей з надмірною масою тіла, ожирінням, при цукровому діабеті, при дисліпідеміях. Тривале вживання препарату при адекватному споживанні води сприяє нормалізації випорожнень. Надмірне газоутворення можливе в перші дні застосування препарату, але з часом зникає. Для профілактики побічних ефектів терапії гуаровою смолою бажано починати з низької дози, наприклад 2,5 г (половина пакета або половина мірної ложки), поступово збільшуючи дозу до 15 г на добу у 3 вживання. Гранули слід вживати, змішавши їх з їжею або з відповідною рідиною (вода, сік, молоко) разом з їжею. Суміш слід одразу ковтати. Сухі гранули як такі застосовувати не можна. На одну дозу гранул слід випивати не менше одного стакана рідини.

3. Вживання проносних засобів.

Засоби, які збільшують обсяг кишкового вмісту

• Харчові волокна: збільшують обсяг вмісту кишечника (наповнювачі). Ці препарати відновлюють моторику кишечника завдяки натуральним баластним речовинам, не викликають звикання. Однак для забезпечення їхньої ефективності необхідно споживати достатню кількість рідини (до 3 л на добу). Фактично, харчові волокна – це коректори раціону людини. Їх треба вживати тривалий час, доповнюючи звичайне харчування, що поступово змінить харчові звички хворого. Наприклад, тривале вживання гуарової смоли сприяє зменшенню споживання їжі та збільшенню споживання рідини.

• Гідрофільні колоїди (форлак, поліетиленгліколь).

• Осмотичні засоби: спирти (сорбіт, манітол, гліцерин), сольові (магнію сульфат, натрію сульфат). Мають осмотичні властивості, погано всмоктуються у кишечнику, перешкоджають зворотному всмоктуванню води. Таким чином, вони збільшують обсяг кишкового вмісту і сприяють розрідженню калових мас. На тлі тривалого вживання цих препаратів спостерігаються атрофічні і запальні зміни слизової оболонки кишечника, тому не слід застосовувати їх тривалий час.

• Окрему групу складають препарати на основі олігосахаридів (лактоза, інулін). Вони добре переносяться хворими похилого віку і до них не виникає звикання навіть при тривалому застосуванні.

Інулін отримують з кореня цикорію. Інулін не всмоктується у травному тракті. У товстій кишці біфідобактерії під час бродіння розщеплюють його до ди- і моносахарів. Підтримуючи життєдіяльність біфідофлори, він перешкоджає розмноженню сальмонел і колибактерій, виявляє імуномодульовальну, протицуклинну та протизапальну активність. Інулінумісні продукти позитивно впливають на регуляцію обміну речовин при цукровому діабеті, атеросклерозі, ожирінні. Самостійно для лікування закріпів інулін не застосовують, але включення його в схеми лікування цукрового діабету, ожиріння та інших патологій сприяє покращенню випорожнення.

Лактулоза є проносним засобом з доведеною ефективністю і високою безпеністю застосування у людей похилого віку. Лактулоза є олігосахаридом, який в незміненому вигляді досягає товстої кишки. Сахаролітична флора розщеплює лактулозу на органічні кислоти (молочну, піровиноградну та ін.). Це призводить до ацидофікації вмісту товстої кишки і посилення росту сахаролітичної флори (*Lactobacillus*, *Bifidobacterium*). Закономірно пригнічується ріст протеолітичної мікрофлори і *Candida*. Утворені в кишечнику з лактулози коротколанцюгові жирні кислоти виконують низку захисних і геропротекторних функцій. Пропіонова кислота регулює мікроциркуляцію в слизовій оболонці, забезпечує трофічні процеси, бере участь в глюконеогенезі і синтезі біогенних амінів. Масляна кислота регулює проліферацію і диференціацію епітелію товстої кишки (антиканцероген-

ний ефект). Оцтова кислота регулює кислотність і моторику товстої кишки, забезпечує антимікробний ефект. Молочна кислота регулює місцевий імунітет і ліпогенез. Збільшення біомаси мікрофлори і осмотичний ефект коротколанцюгових жирних кислот сприяє збільшенню об'єму калових мас, стимуляції моторики кишки, що реалізується в послаблювальному ефекті. За рахунок такого механізму дії лактулозу як проносний засіб можна віднести до класичних пребіотиків і м'яких осмотичних проносних. До препарату не виникає звикання, дозу його можна підбирати індивідуально залежно від частоти дефекацій і щільності фекалій. Для гериатричної практики лактулоза може вважатися і антипроліферативним профілактичним засобом, який за рахунок дії в першу чергу масляної кислоти забезпечує профілактику раку товстої кишки у людей похилого віку, що страждають на закрепи. Для досягнення послаблювального ефекту доза лактулози в середньому становить 15–40 мл/добу (у літніх людей може бути вище). Надалі при тривалому лікуванні доза може бути знизена до 10 мл/добу, що забезпечує достатній пребіотичний ефект, але не спричинює надмірного послаблення і здуття живота. Зручним для застосування є препарат лактулози Дуфалак, який представлений у формі сиропу у флаконах по 200 мл, по 300 мл, по 500 мл або по 1000 мл. Дозу підбирають індивідуально до декількох м'яких дефекацій на добу. При надмірному газоутворенні на тлі вживання лактулози хворому слід рекомендувати застосування препаратів симетикону.

Стимулювальні препарати

• Секреторні: антраглікозиди (сенна, жостір, ревінь), похідні дифенілметану (бісакодил, гутталакс, фенолфталеїн), касторове масло, жовчні кислоти, гідроокиси жирних кислот.

• Місцево-подразнювальні (стимулюють нервові закінчення і нейрони підслизового шару): антраглікозиди, похідні дифенілметану.

Ці препарати спричиняють хімічне подразнення рецепторів кишкової стінки. Їхній послаблювальний ефект проявляється через 8–12 год після вживання. Однак тривале застосування цих засобів може призводити до дегенеративних змін в кишечнику, слабкість його м'язів, появу анальних тріщин, загострення геморою. До цих препаратів треба ставитися з обережністю і не застосовувати їх тривалий час. Синтетичні препарати з цієї групи мають меншу кількість побічних ефектів (бісакодил, гутталакс).

• Засоби, що розм'якшують фекалії: вазелінова та інші мінеральні олії.

Сприяють розм'якшенню калових мас і їх ковзання. Препарати включають олії (вазелінову, мигдальну, оливкову, рицинову). При тривалому використанні олійних проносних порушується всмоктування жиророзчинних вітамінів (А, D, Е, К).

Кожен лікар, який призначає проносні засоби, має усвідомлювати їх небажані ефекти. Про них слід повідомити хворого.

Несприятливі ефекти проносних засобів

• При недостатньому споживанні рідини харчові волокна проявляють свої сорбційні властивості і можуть посилити закріп. Тому, рекомендуючи препарати харчових волокон, слід підкреслити необхідність споживання 2–3 л рідини на добу. А такі препарати, як Гуарем, слід вживати, тільки розчинивши вміст пакета в 1 склянці води.

• Сольові проносні і спирти діють на рівні тонкої кишки і можуть призвести до порушення всмоктування. Які б ефективні не були сольові проносні, використовувати їх можна тільки в окремих випадках (очищення кишечника перед дослідженням або процедурою за рекомендацією лікаря). Для регулярного лікування закріпів ці препарати не застосовують.

• Проносні з секреторною дією спричиняють короточасну секреторну діарею, призводять до втрати рідини і електролітів, гіпокаліємії, вторинного гіперальдостеронізму, що проявляється звиканням, посиленням закріпу. Хворий змушений підвищувати дозу і кратність вживання препаратів. Серед людей похилого віку чимало хворих, які вживають рослинні препарати кожен день, при цьому страждаючи від закріпів. При вияв-

ленні ознак звикання слід обмежити вживання секреторних проносних і замінити їх на препарати лактулози.

- Антрахінони і похідні дифенілметану, стимулюючи підслизові сплетення, посилюють утворення NO, що розслабляє гладком'язові тканини (розвивається звикання).

При тривалому застосуванні секреторних проносних розвиваються дегенеративні зміни кишкової нервової системи, «інертна товста кишка» (у 33%), меланоз слизової оболонки.

- Через 5 років застосування на ті самі проносні засоби реагують тільки 50% хворих, а через 10 років – лише 11% (Румянцев В.Г., 2006).

4. Очисні або лікувальні клізми, гідроколонотерапія. Літнім людям не слід зловживати клізмами, тому що останні можуть травмувати аноректальну зону, призводити до загострення геморою, розвитку тріщин і парапроктиту.

5. Бактеріальні препарати: пробіотики і симбіотики (біфікол, колібактерин, біфідумбактерин, мутафлор), натуральні і синтетичні препарати метаболітного походження. Самі по собі ці препарати не лікують закрепи. Навпаки, чисті пробіотики без пребіотиків (інулін, лактулоза) можуть призводити до посилення закреплів. Тому при закрепі бажано призначити симбіотики (комбінація пре- і пробіотиків), наприклад, Біфіформ-Комплекс, який, на відміну від біфіформу, містить інулін.

6. Прокінетики: цизаприд – агоніст 5HT₄-серотонінових рецепторів – прискорює транзит по товстій кишці, збільшує чутливість прямої кишки до дефекації. Не рекомендується хворим з порушенням ритму! У людей старшого віку застосовувати не слід!

7. Спазмолітики (за наявності больового синдрому при синдромі подразненого кишечника): циметропіум бромід, пімаверіум бромід, октилоніум бромід, тримебутин, мебеверин (Кольченко І.І., 2002).

8. ЛФК, масаж живота, рефлексотерапія, електростимуляція. У літніх людей, враховуючи супутню патологію, ці методи слід застосовувати обмежено і дуже обережно.

9. Біофідбек (біологічний зворотний зв'язок): тренування дефекації з імітованим калом, моніторингу тиску у відхіднику та активності поперечних м'язів.

Хронические запоры у пациентов пожилого возраста. Оптимизация лечения
В.Ю. Приходько, Л.А. Стаднюк, Д.Ю. Морева

Хронические запоры представляют собой актуальную и многогранную проблему в геронтологической практике и заслуживают более обстоятельного подхода к диагностике и лечению, принимая во внимание особенности геронтологического контингента пациентов. В статье представлены данные относительно основных причин возникновения запоров у людей пожилого возраста, представлены современные классификации запоров и предложены пути оптимизации лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: хронические запоры, пожилой возраст, лечение запоров.

Сведения об авторах

Приходько Виктория Юрьевна – Кафедра терапии и гериатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Институт геронтологии, 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67; тел.: (066) 950-51-14

Стаднюк Леонид Антонович – Кафедра терапии и гериатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, Институт геронтологии, 04114, г. Киев, ул. Вышгородская, 67; тел.: (050) 352-30-29

Морева Диана Юрьевна – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусова Е.А. Лечение запора у пожилых пациентов // Клиническая геронтология. – 2006. – № 1. – С. 58–65.
2. Опанасюк Н.Д. Запоры: дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению // Доктор. – 2002. – № 2. – С. 26–29.
3. Свінцицький А.С. Закрепи та принципи їх лікування // Мистецтво лікування. – 2003. – № 2. – С. 20–25.
4. Валенкевич Л.Н., Яхонтова О.И. Клиническая энтерология. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 288 с.

10. Санаторно-курортне лікування.

У літературі представлені рекомендації з вибору проносного засобу у літніх хворих.

- Вибір проносного для лікування хворих похилого віку (Білоусова Е.А., 2006):
- Препарати, що розм'якшують фекалії, у літніх хворих малоефективні. До того ж вони не дуже зручні для застосування (великі капсули) і можуть призвести до порушення всмоктування жиророзчинних вітамінів.
- Секреторні проносні не показані літнім людям, хоча саме їх частіше і вживають. Регулярне застосування асоціюється із розвитком «інертної кишки» або звикання до препаратів.
- Харчові волокна слід застосовувати обережно і з суворим дотриманням водного балансу. У перші дні застосування закрепи можуть посилитися, що лякає хворих і зменшує прихильність до лікування
- Осмотичні проносні небажані, оскільки можуть порушувати водно-електролітний баланс. Надмірна втрата рідини у літньої людини може призвести до зменшення швидкості клубочкової фільтрації в нирках, збільшення рівня креатиніну. А порушення електролітного балансу, особливо у людей, які вживають сечогінні препарати, призведе до виникнення болючих судом м'язів нижніх кінцівок.
- Місцево-подразнювальні проносні можна застосовувати короткочасно у зв'язку з феноменом звикання.
- Гідрофільні колоїди ефективні, але їх важко застосовувати регулярно.
- Оптимальними для осіб похилого і старечого віку є препарати лактулози (дуфалак, нормазе). Дозу препарату слід підібрати індивідуально до 1–2 м'яких дефекацій на добу.

Проблема хронічного закрепу суттєво впливає не тільки на якість життя людини старшого віку, але також може спричинювати погіршення перебігу основного захворювання (ІХС, хронічна ішемія мозку, хронічна хвороба нирок). Тому індивідуалізований підхід до лікування цього стану є важливим завданням гериатрії.

Chronic constipation in elderly patients. Optimization of treatment
V.Y. Prikhodko, L.A. Stadnyuk, D.Y. Moreva

Chronic constipation is a actual and multidimensional problem in gerontological practice and deserve a more thorough approach to diagnosis and treatment, considering especially geriatric patient population.

The article presents data of the main causes of constipation in the elderly, to presents modern classification of constipation and the ways of optimize the treatment of these patients.

Key words: chronic constipation, elderly age, treatment of constipation.

Статья поступила в редакцию 23.04.2015