

Утверждено:

Общероссийская общественная организация
«Российская гастроэнтерологическая
ассоциация»

Протокол № 0001 от 02.06.2021

Президент РГА, академик РАН



В.Т. Ивашкин

М.П.



Утверждено:

Общероссийская общественная организация
«Ассоциация колопроктологов России»

Протокол № 0001 от 02.06.2021

Президент АКР, академик РАН



Ю.А. Шельгин

М.П.



Клинические рекомендации

Запор

Кодирование по

K59.0

Международной статистической

классификации болезней и проблем, связанных со
здоровьем:

Возрастная группа:

взрослые

Год утверждения:

2021

Разработчик клинических рекомендаций:

- Российская гастроэнтерологическая ассоциация
- Ассоциация колопроктологов России

«Одобрено на заседании научно-практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации

(протокол от « » _____ № _____)»

Оглавление

| | |
|---|----|
| Список сокращений..... | 4 |
| Термины и определения..... | 4 |
| 1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)..... | 4 |
| 1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..... | 4 |
| 1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..... | 4 |
| 1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).... | 5 |
| 1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем..... | 5 |
| 1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..... | 5 |
| 1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)..... | 6 |
| 2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики..... | 6 |
| 2.1 Жалобы и анамнез..... | 6 |
| 2.2 Физикальное обследование..... | 6 |
| 2.3 Лабораторные диагностические исследования..... | 6 |
| 2.4 Инструментальные диагностические исследования..... | 7 |
| 2.5 Иные диагностические исследования..... | 6 |
| 3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения..... | 10 |
| 3.1 Диетотерапия..... | 10 |
| 3.2 Консервативное лечение..... | 11 |
| 3.3 Хирургическое лечение..... | 13 |
| 4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации..... | 17 |
| 5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики..... | 17 |
| 6. Организация оказания медицинской помощи..... | 18 |
| 7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)..... | 18 |
| Критерии оценки качества медицинской помощи..... | 18 |
| Список литературы..... | 19 |
| Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций..... | 22 |
| Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций..... | 23 |
| Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата..... | 24 |
| Приложение Б. Алгоритмы действий врача..... | 26 |
| Приложение В. Информация для пациента..... | 28 |
| Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты пациента, приведенные в клинических рекомендациях..... | 28 |

Список сокращений

БОС – биологическая обратная связь

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

КЦЖК – короткоцепочные жирные кислоты

ПЭГ – полиэтиленгликоль

СРК – синдром раздраженного кишечника

ФРД – функциональные расстройства дефекации

ЭМГ - электромиография

Термины и определения

Первичный (функциональный) запор – заболевание функциональной природы, при котором отсутствуют органические (структурные) изменения.

Вторичный запор – симптом, который служит проявлением другого заболевания.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Главным признаком запора служит изменение консистенции кала по Бристольской Шкале Формы Стула (BristolStoolFormScale), 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») [1].

1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Причину возникновения запора удастся выяснить далеко не у всех пациентов, даже при длительном наблюдении за пациентом [2]. Однако с учетом оценки времени транзита содержимого по кишечнику, а также состояния мышц тазового дна могут быть выделены группы пациентов, страдающих хроническим запором с преимущественно следующими механизмами его формирования:

- запор, связанный с замедлением транзита,
- запор, связанный с нарушением акта дефекации (диссинергическая дефекация),
- запор с нормальным транзитом (синдром раздраженного кишечника с запором) [3].

Причины вторичных запоров приведены в табл. 1.

Таблица 1. Причины вторичных запоров

| | |
|---|--|
| Механическое препятствие прохождению каловых масс | Колоректальный рак, воспалительные заболевания 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. |
| 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. |

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Симптомы запора, такие как уменьшение числа дефекаций в единицу времени, изменение консистенции каловых масс до твердой или комковатой, необходимость в дополнительном натуживании, ощущение неполного опорожнения кишечника, вздутие живота, встречаются у 12-19% взрослого населения таких стран, как Соединенные Штаты Америки, Великобритания, Германия, Франция, Италия, Бразилия и Северная Корея. Приводятся также данные о том, что у лиц старше 60 лет запор встречается чаще (в 36% случаев) [4]. Качество жизни пациентов, страдающих хроническим запором, сравнимо с качеством жизни пациентов с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и депрессией [5].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней

K59.0 – запор.

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

- Первичный (функциональный) запор.
- Вторичный запор (запор как симптом, см. Табл.1.)

Первичный запор встречается значительно чаще, чем вторичный [6].

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

При запорах урежается частота стула (3 раз в неделю и реже). Больные испытывают ощущение неполного опорожнения кишечника и повышенное натуживание при акте дефекации, иногда используют мануальные манипуляции для достижения опорожнения кишечника. Масса кала становится менее 35 г в сутки.

2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Диагноз «Запор» устанавливается при наличии одного из следующих критериев:

- обнаружение у пациентов изменения консистенции кала по Бристольской Шкале Формы Стула, соответствующей 1-му и 2-му типам консистенции стула.
- 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 пациента с болезнью Гиршспрунга и мегаколоном).

2.1. Жалобы и анамнез

Сбор жалоб и анамнеза играет важную роль в постановке диагноза запора. В процессе расспроса устанавливается количество актов дефекации в течение недели, уточняется консистенция кала (оформленный кал или в виде комочков твердой консистенции), выясняется качество дефекации (ощущение препятствия или затруднения при ее совершении, необходимость дополнительного натуживания, чувство неполного опорожнения кишечника, использование мануальных манипуляций для совершения дефекации, а также необходимость применения слабительных средств и очистительных клизм), выявляются другие жалобы (вздутие живота, боль в животе, похудание), уточняются общая продолжительность имеющихся симптомов и характер их нарастания (быстрое, постепенное), перенесенные и сопутствующие заболевания, а также хирургические вмешательства (включая урологические и гинекологические), прием лекарственных препаратов. Особое внимание обращается на наличие «симптомов тревоги» (примесь крови в кале, потеря более 10% массы тела за последние 3 месяца), а также наследственной отягощенности по колоректальному раку) [1].

2.2. Физикальное обследование

Физикальное обследование включает в себя проведение поверхностной и глубокой пальпации живота с исследованием 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.

2.3. Лабораторные диагностические исследования

- Пациентам с запорами с целью исключения анемии как следствия скрытой кровопотери рекомендуется проведение общего (клинического) анализа крови [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Одной из причин возникновения запоров служит колоректальный рак, вызывающий механическое препятствие для прохождения каловых масс. Одним из важных симптомов данного заболевания является анемия, обусловленная скрытой кровопотерей.*

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Пациентам с хроническим запором старше 50 лет, а также имеющим «симптомы тревоги» и наследственную отягощенность по колоректальному раку, с целью исключения органических заболеваний кишечника рекомендуется проведение колоноскопии [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Всем пациентам с хроническим запором старше 50 лет целесообразно проведение скрининговой колоноскопии. Обязательным является проведение колоноскопии при наличии «симптомов тревоги», а также наследственной предрасположенности по колоректальному раку [1].*

- Пациентам с хроническим запором с целью уточнения механизмов его возникновения рекомендуется проведение рентгеновского контроля прохождения содержимого по толстой кишке с помощью рентгеноконтрастных маркеров - рентгенологическое исследование эвакуаторной функции кишки [7].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Исследование толстокишечного транзита с маркерами является недорогим, доступным и простым методом, который позволяет оценить объективность жалоб пациентов на нарушения моторно-эвакуаторной функции кишечника, документировать степень и локализацию замедления транзита, а также уточнить его формы. Данный метод расширяет арсенал диагностических средств при хроническом запоре и может рассматриваться в качестве эффективного метода функциональной*

диагностики, позволяющего дифференцированно подходить к выбору способа лечения, а при хирургическом подходе – к выбору вида оперативного вмешательства.

- Пациентам с хроническим запором с подозрением на диссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения данных нарушений рекомендуется проведение теста изгнания баллона [8].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: Тест экпульсии (изгнания) баллона из прямой кишки используется для оценки координации мышц во время дефекации. Тест оценивает возможности пациента изгнать заполненный воздухом баллон из прямой кишки, позволяя просто и физиологично оценить динамику дефекации. Здоровые лица обычно изгоняют баллон в течение 1 минуты. Если пациент не может изгнать баллон за 3 минуты, у него можно предположить диссинергию мышц тазового дна.

- Всем пациентам с болезнью Гиршспрунга и мегаколоном с целью проведения дифференциального диагноза между нарушением эвакуации, гипо- и гиперчувствительностью аноректальной области рекомендуется проведение аноректальной манометрии [9].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4).

Комментарии: Проведение аноректальной манометрии позволяет измерить давление мышц анальных сфинктеров, чувствительность прямой кишки, а также исследовать нейро-рефлекторную деятельность мышц заднего прохода, управляющую дефекацией, что дает информацию о тоне аноректального мышечного комплекса и координированности сокращений прямой кишки и сфинктеров ануса.

- Пациентам с подозрением на ректоцеле, наружное и внутреннее выпадение прямой кишки, опущение промежности и сигмоцеле с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение дефекографии [10].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Критерием установления диагноза «Ректоцеле» является обнаружение наличия ректального выпячивания.

Преимущество данного метода заключается в непрерывной оценке динамического взаимодействия прямой кишки и ее содержимого во время усилий, направленных на

эвакуацию. Этот метод используется также при диагностике инвагинации прямой кишки, ректоцеле с задержкой стула, диссинергии мышц тазового дна и определении степени опорожнения прямой кишки.

- Пациентам с подозрением надиссинергию мышц тазового дна с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение суммарной электромиографии наружного анального сфинктера или тазового дна для диагностики структурных и функциональных нарушений [11].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Критерием диагноза «Диссинергия мышц тазового дна» служит обнаружение изменений референсных показателей суммарной электромиографии наружного анального сфинктера или тазового дна.

Суммарная электромиография наружного анального сфинктера или мышц тазового дна – метод, позволяющий оценить жизнеспособность и функциональную активность мышечных волокон и определить состояние периферических нервных путей, иннервирующих мышцы запирательного аппарата прямой кишки.

- Пациентам с подозрением на наличие функциональных расстройств дефекации, проявляющихся в том числе диссинергией мышц тазового дна, с целью подтверждения диагноза рекомендовано проведение аноректальной манометрии (в том числе манометрии высокого разрешения и/или интерференционной внутрианальной электромиографии с дополнительным выполнением теста на эвакуацию баллона при попытке натуживания (эвакуаторная проба) [11]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии: Критерием установления наличия функциональных расстройств дефекации служит обнаружение изменений референсных значений аноректальной манометрии.

Традиционно аноректальная манометрия является наиболее специфическим тестом для диагностики ФРД. Данное исследование позволяет проводить измерение интаректального давления в момент попытки дефекации и синхронного изменения внутрианального давления или ЭМГ-активности в момент натуживания. При манометрии высокого разрешения для оценки функционального состояния мышц тазового дна используется трехмерная цветовая графика Клозе. Регистрируемое

соотношение давления в анальном канале и в прямой кишке при натуживании обозначается как манометрический паттерн.

Существует четыре типа манометрического паттерна функциональных расстройств дефекации: I и III тип описываются как **диссинергическая дефекация**. При этом I тип характеризуется увеличением интаректального давления более 45 мм рт. ст. при натуживании и одновременным увеличением давления в анальном канале по сравнению с давлением в покое. III тип характеризуется увеличением интаректального давления более 45 мм рт.ст. при снижении давления в анальном канале менее чем на 20% от давления в покое (в норме падение давления при натуживании составляет 20% и более).

Неадекватная пропульсия (подъем интаректального давления менее 45 мм рт.ст.) может сопровождаться как парадоксальным сокращением сфинктерного аппарата в момент натуживания (II тип манометрического паттерна), так и недостаточной релаксацией анальных сфинктеров - менее 20% от давления в покое (IV тип).

Тест на эвакуацию баллона может быть проведен как при водном, так и при воздушном его наполнении в течение 1-2 минут объемом в 50 мл и используется как метод первичной скрининговой оценки, не раскрывая механизмов функциональных нарушений. Поскольку баллон не может полностью имитировать кишечное содержимое, положительный результат эвакуаторной пробы не всегда свидетельствует об отсутствии ФРД.

Интерференционная ЭМГ может быть использована как метод качественной диагностики наличия или отсутствия ФРД, не разделяя типы функциональных нарушений. Увеличение биоэлектрической активности, а также отсутствие его адекватного снижения при натуживании может свидетельствовать о наличии возможной диссинергии мышц тазового дна.

2.5 Иные диагностические исследования

Нет

3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения

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

3.1. Диетотерапия

- Пациентам с запором с целью его лечения рекомендуется увеличение содержания в пищевом рационе пищевых волокон (в частности, пшеничных отрубей), задерживающих воду в кишечнике и делающих его содержимое более жидким, до 20-25 г. в сутки [1].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: *Исследования, проведенные достаточно давно, показали, что пищевые волокна увеличивают частоту актов дефекации у пациентов с запором.. К сожалению, пшеничные отруби часто вызывают метеоризм, в связи с чем до 50% пациентов самостоятельно прекращают их прием.*

- Пациентам с запором при недостаточной эффективности диетических мер с целью увеличения объема кишечного содержимого и стимуляции моторики кишечника рекомендуется применение подорожника овального семян оболочки [1, 12, 44, 45].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: *Подорожника овального оболочка семян (Plantagoovata), переносится пациентами лучше, чем пшеничные отруби, и может быть рекомендована на этом этапе лечения. Высокая эффективность препарата доказана в лечении хронического запора у пожилых пациентов. Согласно обзору, включившему 31 исследование по изучению эффективности различных слабительных средств у лиц пожилого возраста, при назначении подорожника овального оболочка семян ежедневного стула удалось достичь практически у всех пациентов, при этом по эффективности подорожника овального оболочка семян не уступала макроголю, но значительно превосходила лактулозу [12].*

3.2. Консервативное лечение

- Пациентам с запором, у которых диетические мероприятия и назначение псиллиума 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: макрогола** (полиэтиленгликоль, ПЭГ),

лактулозы** или лактитола, способствующих размягчению кишечного содержимого и увеличению его объема [13, 14].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: В 2011 году был проведен мета-анализ эффективности ПЭГ и лактулозы, включавший 10 рандомизированных, плацебо-контролируемых исследований за период с 1997 по 2007 гг., с участием 868 пациентов, страдавших хроническим запором, в возрасте от 3-х месяцев до 70-ти лет. По данным проведенных исследований, ПЭГ продемонстрировал более высокую эффективность по таким показателям, как увеличение количества актов дефекаций в неделю, улучшение консистенции стула, облегчение боли в животе и эффективность монотерапии [13], при этом применение ПЭГ реже сопровождалось возникновением тошноты и вздутия живота [15, 16, 17]. В международных клинических исследованиях была показана возможность длительного (до 17 месяцев) применения ПЭГ [18, 19, 20, 21]. При курсовом назначении ПЭГ был показан эффект последствия - обеспечение нормальной работы кишечника после отмены препарата [22]. Лактитол представляет собой полусинтетический дисахарид, отличающийся тем, что осмотическими свойствами обладает не само действующее вещество, а продукты его метаболизма – короткоцепочные жирные кислоты (КЦЖК) (молочная, уксусная, масляная, пропионовая), которые приводят к снижению внутрикишечного рН, что способствует активации пропульсивной перистальтики толстой кишки, увеличению объема кишечного содержимого и его разжижению. Благоприятный профиль безопасности осмотических слабительных средств позволяет применять их у беременных и кормящих женщин.

- Пациентам с запором с целью нормализации стула на короткий период времени (2 недели) рекомендуется назначение контактных слабительных средств [23].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Контактные слабительные средства (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 [23].

Однако применение стимулирующих слабительных средств нередко бывает сопряжено с различными побочными эффектами. Они часто вызывают не нормальный стул, а диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом, приводят к развитию электролитных нарушений (гипокалиемии), обуславливают возникновение

дегенеративных изменений клеток Мейсснеровского и Ауэрбаховского сплетений, вызывают эффект привыкания и способствуют развитию «синдрома ленивого кишечника» («*lazybowelsyndrome*») [24]. Именно поэтому длительный прием стимулирующих слабительных средств (более двух недель) не рекомендован.

- Пациентам, у которых применение слабительных средств оказывается недостаточно эффективными и сохраняются симптомы запора, с целью достижения опорожнения кишечника рекомендуется назначение на 4-6 недель препаратов, действующего на серотониновые рецепторы- прукалоприда [25].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Единственный на сегодняшний день препарат этого класса, доступный в России, – прукалоприд - подтвердил свою эффективность в 3 крупных рандомизированных контролируемых исследованиях с частотой хороших результатов 73% [25].

Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении [26]. Препарат отличается удобство приема и дозирования (1 мг у лиц старше 65 лет или 2 мг у лиц моложе 65 лет однократно в сутки) и предсказуемость эффекта. Побочные эффекты препарата, обычно незначительно выраженные, (головная боль, боль в животе), отмечаются чаще всего в 1-й день лечения, в большинстве случаев проходят самостоятельно и не требуют отмены препарата. Переносимость прукалоприда, за исключением первого дня приема, идентична плацебо [15]. Прукалоприд одобрен с 2009 года в европейских странах для лечения хронических запоров в тех случаях, когда слабительные средства не обеспечивают должного эффекта в устранении симптомов.

3.3. Хирургическое лечение

- У пациентов с клинически манифестными запорами, обусловленными медленным транзитом и подтвержденными исследованием времени транзита по ЖКТ, без эвакуаторных расстройств и нарушений моторики верхних отделов ЖКТ, у которых не удается добиться улучшения состояния длительно и настойчиво проводимым лечением осмотическими и стимулирующими слабительными средствами, прокинетиками, и у которых запоры значительно снижают качество жизни и ограничивают ежедневную активность с целью определения тактики дальнейшего ведения рекомендуется рассмотреть вопрос о целесообразности хирургического лечения [27].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии:

Во второй половине 20-го и начале 21-го века в большинстве стран мира хирургическое вмешательство рассматривается как оправданная лечебная опция в разрешении стойких запоров, протекающих с замедлением транзита и не поддающихся коррекции с помощью настойчиво проводимой консервативной терапии [28, 29, 30]. Однако, это не значит, что всем пациентам с выраженным замедлением транзита по толстой кишке, подтвержденным объективными тестами, и отсутствием эвакуаторных нарушений и расстройств моторики верхних отделов ЖКТ, показано оперативное вмешательство. Даже в крупных территориальных центрах количество пациентов, у которых хирургическое лечение действительно признается оправданным, не превышает 5% от числа ищущих такого лечения и отвечающих описанным критериям. Необходимо иметь в виду, что хронические запоры – это доброкачественное функциональное расстройство, оказывающее существенное влияние на качество жизни, но самой жизни и здоровью, в целом, не угрожающее. В таких условиях применение потенциально опасного и чреватого многочисленными неблагоприятными последствиями метода лечения, каким является операция, требует серьезного обоснования.

Хирургическое вмешательство направлено, прежде всего, на ускорение времени транзита содержимого по толстой кишке путем укорочения ее длины. Соответственно, основным положительным результатом операции является увеличение частоты стула. Исходя из этого, J.Pfeifer и соавт. (1996) на основании мета-анализа более, чем 30 публикаций, установили эффективность колэктомии в 89% случаев [26]. Согласно обзору С.Н. Knowles с соавт., опубликованному в 2009 г., благоприятный исход колэктомии с илеоректальным анастомозом при упорных хронических запорах наблюдается в 40%-100% случаев [29]. Американская гастроэнтерологическая ассоциация в 2013 г. используя термин «удовлетворение операцией», отмечает хороший эффект данной операции у 90%-100% пациентов [30]. Наконец, в единственном на сегодняшний день систематическом обзоре результатов хирургического лечения хронических запоров у взрослых, согласно проведенному мета-анализу, общая частота эффективности резекции ободочной кишки составляет 85,6% [31]. Однако во всех обзорах и рекомендациях подчеркивается, что эффективность колэктомии в отношении сопутствующих симптомов (боль в животе, вздутие живота), не превышает 50%. А ведь именно эти симптомы оказывают наибольшее влияние на качество жизни пациентов.

В то же время неблагоприятные последствия самого хирургического вмешательства, как ближайшние, так и отдаленные, могут влиять на качество жизни пациента в не меньшей, а то и в большей степени, чем запоры.

Чтобы оценить частоту осложнений и последствия колэктомии, выполненной по поводу запоров, A. Dudekula и соавт. (2015) использовали данные национальной медицинской базы данных США (US Nationwide Inpatient Sample) за период с 1998 по 2011 годы и более подробные базы данных штатов Калифорния и Флорида (State Inpatient Database of California and Florida) за 2005-2011 годы.

Уровень периоперационной 30-дневной летальности составил 0%. Однако, суммарная частота ближайших послеоперационных осложнений превысила 40%. А 16% пациентов после выписки нуждались в продолжении лечения дома или в реабилитационных центрах.

Отдельно были оценены результаты колэктомии у 166 из 181 пациента, оперированного в Калифорнии и Флориде с 2005 по 2011 годы. Медиана продолжительности наблюдения составила 630 дней до операции и 463 дня после.

На 166 пациентов пришлось в общей сложности 1494 визита в отделения неотложной помощи и 861 госпитализация. Из амбулаторных обращений 55% пришлось на период до колэктомии и 45% – после нее, а среди всех случаев госпитализации – 43% пришлось на период до операции и 57% – после нее. При этом, самой частой причиной госпитализации после операции (более 40%) были гастроинтестинальные жалобы и послеоперационные осложнения. Только 16% пациентов не обращались за помощью после операции. Частота повторных операций за время наблюдения превысила 10%. Они выполнялись в основном по поводу кишечной непроходимости и послеоперационных грыж. В течение ближайших 30 дней после операции 28,9% пациентов были госпитализированы по крайней мере 1 раз и 15,6% лечились амбулаторно. Авторы сделали вывод о необходимости внимательной и критической оценки оперативных подходов к лечению хронических запоров. Хотя операция действительно может увеличить частоту стула, острые и хронические послеоперационные осложнения весьма распространены, часто возникает необходимость в повторных операциях [32].

- 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 [30, 31].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии:

Согласно рекомендациям по диагностике и лечению запоров Американской гастроэнтерологической ассоциации, результаты хирургического лечения пациентов с запорами в тех исследованиях, где инструментальными тестами подтверждалось замедление транзита и исключались эвакуаторные расстройства, были лучше по сравнению с теми работами, в которых диагноз устанавливался только на основании анамнеза и физикального обследования [30]. В систематическом обзоре С.Н. Knowles и соавт. (2017) также указывается, что результаты хирургического лечения могут быть улучшены путем отбора пациентов с доказанным замедлением транзита по ободочной кишке [31].

- Пациентам с запорами, обусловленными замедлением транзита, с целью нормализации стула при их хирургическом лечении рекомендуется выполнение колэктомии с формированием илеоректального, цекоректального или асцендоректального анастомоза [31, 33].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии:

В настоящее время самым распространенным способом хирургического лечения запоров, обусловленных замедлением транзита, является колэктомия с формированием илеоректального анастомоза на уровне верхнеампулярного отдела прямой кишки. Альтернативой являются менее радикальные резекции с формированием цекоректального (изоперистальтического или антиперистальтического), асцендоректального или илеосигмоидного анастомоза. Формирование илеоректального анастомоза наиболее эффективно с точки зрения увеличения частоты дефекаций и уменьшения риска персистенции запоров. Согласно систематическому обзору С.Н. Knowles и соавт. (2017, частота рецидива запоров при наложении илеоректального анастомоза составила 8,7% по сравнению с 26,8% для менее обширных вмешательств. С другой стороны, преимуществом сохранения илеоцекального клапана и слепой кишки является снижение вероятности развития диареи и инконтиненции после операции, что в целом подтверждается данными литературы [31]. В частности, С.О. Jiang и соавт. (2008) при ретроспективном анализе обнаружили статистически значимую разницу в выраженности инконтиненции и индексе качества жизни после формирования илеоректального и антиперистальтического цекоректального анастомозов в пользу

последнего [33]. F. Li и соавт. (2014) также отмечают достоверно более высокую частоту применения антидиарейных препаратов после формирования илеоректального анастомоза по сравнению с цекоректальным [34].

Субтотальная колэктомия с илеосигмоидным анастомозом обычно рассматривается как малоэффективный способ лечения запоров, обусловленных замедлением транзита, с высоким риском рецидива запоров и необходимости повторных операций [30], хотя ряд авторов описывают преимущество илеосигмоидного анастомоза по сравнению с цекоректальным [35, 36]. При наличии долихоколон и/или колонтоза выполнение сегментарных резекций ободочной кишки, а также различных фиксирующих операций не рекомендуется, поскольку ни удлинение ободочной кишки, ни аномалии ее фиксации (левосторонний, правосторонний, тотальный колонтоз) не являются причиной нарушения пропульсивной активности ободочной кишки и, как следствие, хронических запоров.

- Пациентам с сочетанием рефрактерных запоров, обусловленных замедлением транзита, с расстройствами дефекации с целью предоперационной коррекции имеющихся эвакуаторных расстройств рекомендуется проведение БОС-терапии [37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 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 [30, 31].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 3).

Комментарии:

Согласно систематическому обзору C.H. Knowles и соавт. (2017), данные о влиянии сопутствующих эвакуаторных расстройств на исход колэктомии противоречивы. Так, в исследовании A. Vergini и соавт. (1998) было продемонстрировано, что у пациентов с диссинергией мышц тазового дна после колэктомии существенно чаще отмечались затруднения при дефекации (38% против 4%) и уровень удовлетворения операцией был значительно ниже (56% против 78%) [39]. С другой стороны, в трех других работах, включая исследование из ClevelandClinic, основанное на опыте лечения 144 пациентов, влияние сопутствующих эвакуаторных расстройств на функциональный исход

хирургического лечения было очень незначительным [40, 41, 42]. Тем не менее, рекомендации авторов обзора, так же, как и Американской гастроэнтерологической ассоциации, сводятся к тому, что коррекция сопутствующих органических или функциональных расстройств дефекации должна осуществляться до колэктомии [30, 31].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

- Пациентам с первичным хроническим запором с целью закрепления эффекта лекарственной терапии рекомендуется санаторно-курортное лечение [39].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Для закрепления эффекта лекарственной терапии запоров возможно санаторно-курортное лечение с применением таких методов, как физиотерапия, прием минеральных вод, гидроколонотерапия [43].

5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- Лицам, склонным к возникновению запоров, с целью их профилактики рекомендуется ведение определенного образа жизни, включающего в себя высокую физическую активность, достаточное употребление жидкости, свежих овощей и фруктов [43].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 5).

Комментарии: Профилактика запоров предполагает применение комплекса мер, включающих в себя рациональный режим питания с употреблением продуктов, богатых балластными веществами (пищевыми волокнами), прием достаточного количества жидкости, высокую физическую активность [43].

6. Организация оказания медицинской помощи

Оказание плановой специализированной медицинской помощи пациентам с хроническим запором осуществляется как в амбулаторных, так и в стационарных условиях, согласно стандарту специализированной медицинской помощи при синдроме раздраженного кишечника (без диареи), утвержденному приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 1420н от 24 декабря 2012 г.

Показания к госпитализации:

- наличие у пациентов «симптомов тревоги» (лихорадка, примесь крови в кале, прерывание ночного сна возникающими кишечными расстройствами, похудание без явных причин, анемия, лейкоцитоз, изменения биохимических и иммунологических проб), требующих углубленного обследования;
- недостаточная эффективность амбулаторного лечения.

Показания к выписке:

- установление причин возникновения запоров
- достижение необходимого терапевтического эффекта

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)

Нет.

Критерии оценки качества медицинской помощи

| № | Критерии качества | Уровень достоверности доказательств | Уровень убедительности рекомендаций |
|----|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. | Проведение колоноскопии пациентам старше 50 лет, а также при наличии «симптомов тревоги» и отягощенной наследственности по колоректальному раку | C | 5 |
| | Назначение общих мероприятий (изменение образа жизни, диетические рекомендации) | C | 5 |
| 3. | Назначение подорожника овального оболочки семян при недостаточной эффективности диетических мер | B | 2 |
| 4. | Назначение осмотических слабительных средств (макрогол**) на 4-6 недель при сохранении симптомов запора | A | 1 |

| | | | |
|----|--|---|---|
| 5. | Назначение пруклоприда на 4-6 недель при сохранении симптомов запора | А | 1 |
| 6 | Направление пациента с рефрактерным запором в специализированный центр для дообследования (определение времени транзита по кишечнику, тест изгнания баллона, аноректальная манометрия) | В | 2 |
| | | | |

Список литературы

1. Lacy B.E., Mearin F., Lin Chang, Chey W.D., Lembo A.J., Simren M. et al. Bowel disorders. *Gastroenterology* 2016; 150 (6): 1393-1407. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031
2. Tariq S.H. Constipation in long-term care. *Am Med Dir Assoc* 2007; 8(4): 209-218. DOI: 10.1016/j.jamda.2007.02.009
3. Bharucha A.E. Constipation. *Best Pract Res ClinGastroenterol* 2007; 21(4): 709-731.
4. Wald A., Scarpignato C., Mueller-Lissner S., Kamm M.A., Hinkel U. et al. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation. *Aliment Pharmacol Ther.* 2008; 28(7): 917-930. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2008.03806.x
5. Yost K.J., Haan M.N., Levine R.A., Gold E.B. et al. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles. *Qual Life Res* 2005; 14: 1251–1261. DOI: 10.1007/s11136-004-6673-8
6. Chatoor D., Emmanuel A. Constipation and evacuation disorders. *Best Pract Res ClinGastroenterol* 2009; 23(4): 517-530. DOI: 10.1016/j.bpg.2009.05.001
7. Rao S.S. Constipation: evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. *Gastrointest. Endoscopy Clin N Am* 2009; 19: 117-139. DOI: 10.1016/j.giec.2008.12.006
8. Rao S.S., Hatfield R., Soffer E., Rao S., Braty J., Conklin J.L. et al. Manometric tests of anorectal function in healthy adults. *Am J Gastroenterol* 1999; 94: 773-783. DOI: 10.1111/j.1572-0241.1999.00950.x
9. Карпухин О.Ю., Елеева А.А., Кутырёва М.П., Юсупова А.Ф., Ханнанова А.А., Закиров Р.Х. Использование оригинальных рентгеноконтрастных маркеров в диагностике хронического запора. *Колопроктология* 2016; 56 (2): 6-11.
10. Whitehead W.E., Wald A., Diamant N. E. Enck P., Pemberton J. H., Rao S. S. Functional disorders of the anus and rectum. *Gut* 1999; 45 (Suppl.2): 1155-1159. DOI: 10.1136/gut.45.2008.ii55
11. Athanasiadis, Kupria A., Stüben R. Electromyographic activity of the external anal sphincter muscle and the puborectal muscle in the defecation test in patients with obstructive defecation disorders. *Langenbecks Arch Chir.* 1994; 379 (4): 204-209. DOI: 10.1007/BF00186359
12. Fleming V., Wade W.E. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010; 8(6): 514-550. DOI: 10.1016/S1543-5946(10)80003-0
13. Lee-Robichaud H., Thomas K., Morgan J., Nelson R.L. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation (Review of the Cochrane Collaboration). *The Cochrane Library*. 2011. Issue 1. DOI: 10.1002/14651858.CD007570.pub2
14. Miller L.E., Tennila J., Ouwehand A.C. Efficacy and tolerance of lactitol supplementation for adult constipation: a systematic review and meta-analysis. *Clin Exp Gastroenterol*. 2014; 12 (7): 241-248. DOI: 10.2147/CEG.S58952
15. Tack J., Müller-Lissner S. Treatment of chronic constipation: current pharmacologic approaches and future directions. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 502-508. DOI: 10.1016/j.cgh.2008.12.006
16. Petticrew M., Rodgers M., Booth A. Effectiveness of laxatives in adults. *Qual Health Care* 2001; 10: 268-273. DOI: 10.1136/qhc.0100268.
17. Dupont C., Leluyer B., Maamri N., Morali A., Joye J.P., Fiorini J.M. et al. Double-blind randomized evaluation of clinical and biological tolerance of polyethylene glycol 4000 versus lactulose in constipated children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41: 625-633. DOI: 10.1097/01.mpg.0000181188.01887.78
18. Migeon –Duballet I., Chabin M., Gautier A., Mistouflet T., Bonnet M., Aubert J.M. et al. Long-term efficacy and cost-effectiveness of polyethylene glycol 3350 plus electrolytes in chronic constipation: a retrospective study in a disabled population. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 1227-1235. DOI: 10.1185/030079906X112543
19. Corazzari E., Badialy D., Bazzocchi G., Bassotti G., Roselli P, Mastropaolo G. et al. Long-term efficacy, safety and tolerability of low doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution [PMF-100] in the treatment of functional chronic constipation. *Gut*. 2000; 46: 522-526. DOI: 10.1136/gut.46.4.522
20. Loening-Baucke V., Pashankar D. A randomized, prospective study of polyethylene glycol 3350 without electrolytes and milk of magnesia for children with constipation and fecal incontinence. *Pediatrics*. 2006; 118: 528-535. DOI: 10.1542/peds.2006-0220

21. Denis Ph., Lerebours E. Study of the long-term tolerance of Forlax in 16 patients treated for an average of 17 months for chronic constipation. *Medicine &Chirurgie Digestives* 1996; 25 (5): 7-16.
22. Черемушкин С.В., Кучерявый Ю.А. и др. Ретроспективная оценка эффекта последствия при лечении хронического запора. *Врач* 2013; №3: 58-62.
23. Bosshard W., Dreher R., Schnegg J., Bula C. The treatment of chronic constipation in elderly people: an update. *Drugs Aging* 2004; 21: 911-930.DOI: 10.2165/00002512-200421140-00002
24. Ford A. An evidence-based systematic review on the management of irritable bowel syndrome. *Amer J Gastroenterol* 2009; 104 (suppl.1): 1-28.
25. Stanghellini V., Vandeplasse L., Kerstens R. Best response distribution of 12-week treatment with prucalopride (RESOLOR) in patients with chronic constipation: combined results of three randomised, double-blind, placebo-controlled phase III trials. *Gut* 2011; 60 (suppl. 1): 159-160.
26. Camilleri M., Van Outryve M.J., Beynes G., Kerstens R., Vandeplasse L. Clinical trial: the efficacy of open-label prucalopride treatment in patients with chronic constipation - follow-up of patients from the pivotal studies. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32(9): 1113-1123. DOI: 10.1111/j.1365-2036.2010.04455.x
27. Arebi, N., Kalli, T., Howson, W., Clark, S., Norton, C. Systematic review of abdominal surgery for chronic idiopathic constipation. *Colorectal Disease*, 2011; 13(12): 1335–1343. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2010.02465.x
28. Pfeifer J., Agachan F., Wexner S.D. Surgery for constipation: a review. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (4): 444-460.
29. Knowles C.H., Dinning P.G., Pescatory M., Rintala R., Rosen H. Surgical management of constipation. *NeurogastroenterolMotil* 2009; 21 (suppl. 2): 62-71. DOI: 10.1111 /j.1365-2982.2009.01405.x
30. Bharucha A.E., Pemberton J.H., Locke G.R. 3rd American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*, 2013; 144 (1): 218-238. DOI: 10.1053/j.gastro.2012.10.028
31. Knowles C.H., Grossi U., Chapman M., Mason J., on behalf of the NIHR CapaCiTY working group, Pelvic floor Society, Surgery for constipation: systematic review and practice recommendations: Results I: Colonic resection. *Colorectal Dis* 2017; 19 (suppl 3):17-36
32. Dudekula A., Huftless S., Bielefeldt K. Colectomy for constipation: time trends and impact based on the US Nationwide Inpatient Sample, 1998–2011. *Aliment Pharmacol Ther* 2015; 42 (11-12): 1281-1293. DOI: 10.1111/apt.13415
33. Jiang C.Q., Qian Q., Liu Z.S., Bangoura G., Zheng K.Y., Wu Y.H. Subtotal colectomy with antiperistalticcecoproctostomy for selected patients with slow transit constipation-from Chinese report. *Int J Colorectal Dis* 2008; 23(12):1251-1256. DOI: 10.1007 / s00384-008-0552-7
34. Li F., Fu T., Tong W., Zhang A., Li C., Gao Y. et al. Effect of different surgical options on curative effect, nutrition, and health status of patients with slow transit constipation. *Int J Colorectal Dis* 2014; 29 (12): 1551-1556 DOI: 10.1007/s00384-014-2014-8
35. Sun J.W., Gu J.N., Du P., Chen W. Comparison of two types of colectomy in treating slow transit constipation with or without melanosis coli. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 9736–9740; DOI: 10.3748/wjg.v21.i33.9736
36. Feng Y., Jianjiang L. Functional outcomes of two types of subtotal colectomy for slow transit constipation: ileosigmoidal anastomosis and cecorectal anastomosis. *Am J Surg* 2008; 195: 73–77. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2007.02.015
37. Koutsomanis D., Lennard-Jones J.E., Roy A.J., Kamm W.A. Controlled randomized trial of visual biofeedback versus muscle training without a visual display for intracyable constipation. *Gut*, 1995\$ 37 (1): 95-99 DOI: 10.1136/gut.37.1.95
38. Woodward S., Norton C., Chiarelli P. Biofeedback for treatment of chronic idiopathic constipation in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 26 (3):CD008486. DOI: 10.1002/14651858.CD008486.pub2
39. Bernini A., Madoff R.D., Lowry A.C., Spencer M.P., Gemlo B.T., Jensen L.L. et al. Should patients with combined colonic inertia and nonrelaxing pelvic floor undergo subtotal colectomy? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 1363–1366. DOI: 10.1007 / BF02237050

40. Reshef A., Alves Ferreira P., Zutshi M., Hull T., Gurland B. et al. Colectomy for slow transit constipation: effective for patients with coexistent obstructed defecation. *Int J Colorectal Dis* 2013; 28: 841–847
DOI: 10.1007/s00384-012-1498-3
41. Nyam D.C., Pemberton J.H., Ilstrup D.M., Rath D.M. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 273–279.
DOI: 10.1007/BF02050415
42. Hassan I., Pemberton J.H., Young-Fadok T.M., You Y.N., Drelichman E.R., Rath-Harvey D. et al. Peorectal anastomosis for slow transit constipation: long-term functional and quality of life results. *J GastrointestSurg* 2006; 10: 1330–1336
DOI: 10.1016 / j.gassur.2006.09.006
43. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., Трухманов А.С., Полуэктова Е. А., Баранская Е.К. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором. *Рос журнгастроэнтеролгепатолколопроктол* 2017; 27 (3): 75-83.
<https://doi.org/10.22416/1382-4376-2017-27-3-75-83>
44. Soltanian N., Janghorbani M. Effect of flaxseed or psyllium vs. placebo on management of constipation, weight, glycemia, and lipids: A randomized trial in constipated patients with type 2 diabetes // *Clinical nutrition ESPEN*. – 2019. – Т. 29. – С. 41-48. DOI: 10.1016/j.clnesp.2018.11.002
45. Erdogan A., Rao S.S., Thiruvaiyaru D., Lee Y.Y., Coss Adame E., Valestin J. et al. Randomised clinical trial: mixed soluble/insoluble fibre vs. psyllium for chronic constipation // *Alimentary pharmacology & therapeutics*. – 2016. – Т. 44. – №. 1. – С. 35-44.
DOI: 10.1111 / apt.13647

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

Алешин Денис Викторович, кандидат медицинских наук, член Ассоциации колопроктологов России. Конфликт интересов отсутствует.

Ачкасов Сергей Иванович, доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники в 2016 г., член Ассоциации колопроктологов России. Конфликт интересов отсутствует.

Баранская Елена Константиновна, доктор медицинских наук, профессор, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники в 2007 г., член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Ивашкин Владимир Трофимович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники в 2007 г., в области образования – в 2013 г., заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, Президент Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Куликова Наталья Дмитриевна, врач, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Лапина Татьяна Львовна, кандидат медицинских наук, доцент, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники в 2007 г., член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Маев Игорь Вениаминович, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники в 2006 г., заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Москалев Алексей Игоревич, кандидат медицинских наук, член Ассоциации колопроктологов России. Конфликт интересов отсутствует.

Осипенко Марина Федоровна, доктор медицинских наук, профессор, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Полуэктова Елена Александровна, доктор медицинских наук, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Симаненков Владимир Ильич, доктор медицинских наук, профессор, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Трухманов Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Фоменко Оксана Юрьевна. Доктор медицинских наук, доцент, член Ассоциации колопроктологов России. Конфликт интересов отсутствует.

Хлынов Игорь Борисович, доктор медицинских наук, доцент, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Шельгин Юрий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, дважды лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники в 2003 и в 2016 г., заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ, президент Ассоциации колопроктологов России. Конфликт интересов отсутствует.

Шептулин Аркадий Александрович - доктор медицинских наук, профессор, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Шифрин Олег Самуилович – доктор медицинских наук, профессор, член Российской гастроэнтерологической ассоциации. Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Предлагаемые рекомендации имеют своей целью довести до практических врачей современные представления об этиологии и патогенезе запоров, познакомить с применяющимся в настоящее время алгоритмом их диагностики и лечения.

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-гастроэнтерологи
2. Врачи общей практики (семейные врачи)
3. Врачи-терапевты

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

| УДД | Расшифровка |
|------------|---|
| 1 | Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2 | Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3 | Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4 | Несравнительные исследования, описание клинического случая |
| 5 | Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов |

Таблица 2. Уровни достоверности доказательств с указанием использованной

классификации уровней достоверности доказательств (УДД)

| УДД | Расшифровка |
|-----|--|
| 1. | Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа |
| 2. | Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа |
| 3. | Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования |
| 4. | Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай-контроль» |
| 5. | Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение эксперта |

Таблица 3. Уровни убедительности рекомендаций (УУР) с указанием использованной классификации уровней убедительности рекомендаций

| УУР | Расшифровка |
|-----|---|
| А | Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными) |
| В | Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |
| С | Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными) |

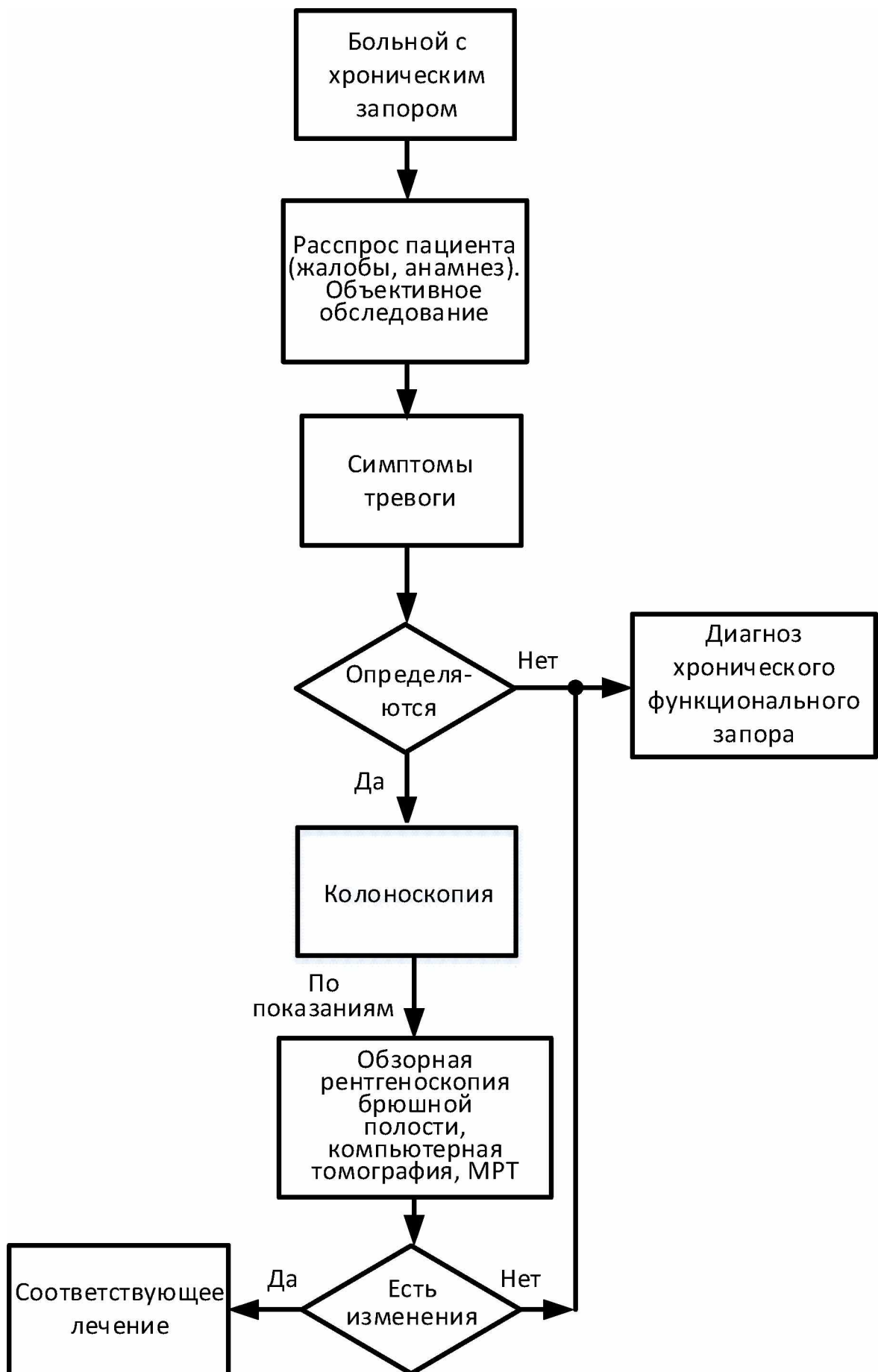
**Приложение А3. Справочные материалы, включая
соответствие показаний к применению и
противопоказаний, способов применения и доз
лекарственных препаратов, инструкции по применению
лекарственного препарата**

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 28 февраля 2019 г. № 103н "Об утверждении порядка и сроков разработки клинических рекомендаций, их пересмотра, типовой формы клинических рекомендаций и требований к их структуре, составу и

научной обоснованности включаемой в клинические рекомендации информации” и приложения к приказу №1, №2. №3.

Приложение Б. Алгоритмы действий врача





Приложение В. Информация для пациента

Запор представляет собой уменьшение частоты опорожнения кишечника (реже 3 раз в неделю) с формированием кала более твердой консистенции (с твердыми комочками или «овечий кал»). Поскольку запор может встречаться при различных заболеваниях, необходимо применение различных методов лабораторного и инструментального исследования для исключения органических (вторичных) запоров. При отсутствии признаков органических заболеваний кишечника или других причин запоров (эндокринные, неврологические заболевания и др.) делают заключение о наличии у пациента функциональных запоров. Причиной их развития служат малое содержание растительной клетчатки в пищевом рационе, недостаточное употребление воды, низкая физическая активность. Лечение запоров включает в себя нормализацию образа жизни (диета, повышение физической активности) а также прием различных препаратов (слабительных средств, энтерокинетики), которые назначает врач после проведения обследования.

Приложение Г. Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях.

Нет.