

Следует отметить, что согласно Римским критериям IV (2016), предложенным всемирно известным психиатром Дугласом Дроссманом, одним из ключевых количественных признаков констипационного синдрома является низкая частота эвакуаторной функции кишечника — ниже 3 раз в неделю. С другой стороны, корифей отечественной гастроэнтерологии Яков Саулович Циммерман показал, что физиологической нормой частоты дефекации является частота стула не ниже 7 раз в неделю. Оставалось не совсем ясным — как трактовать состояние пациента при частоте стула между двумя этими цифрами, когда частота дефекации колеблется в диапазоне между оптимальной частотой (7 раз в неделю) и патологической частотой (ниже 3 раз в неделю)?

К.А. Шемеровский предложил диагностировать состояние пациента в этом диапазоне частот активности кишечника как «Синдром брадиэнтерии». Он выделил семь признаков этого синдрома: 1 — Низкая частота дефекации (3, 4, 5, 6 раз в неделю); 2 — Аритмия циркадианного ритма дефекации; 3 — Отсутствие физиологически оптимальной утренней кишечной привычки к опорожнению; 4 — склонность к приёму слабительных; 5 — понижение уровня качества жизни; 6 — повышение риска констипации; 7 — повышение риска метаболического синдрома.

В презентации К.А. Шемеровского было убедительно показано, что практически все функции организма здорового человека (частота сердцебиений, артериальное давление, температура тела, уровень гормонов и другие) колеблются в соответствии с циркадианным ритмом природы — периодически каждые 24 часа. Были представлены данные отечественных (Ф.И. Комаров, А.М. Аминев, Я.С. Циммерман) и зарубежных авторов (Bunning E, Bassotti G, Enck P) о том,

что физиологически оптимальным ритмом работы кишечника является ежедневный акт дефекации с околосоуточным периодом в 24 ± 4 часа. Почти 95% здоровых людей имеют ежедневный ритм дефекации (68% — имеют однократный ежедневный стул, а 27% — имеют двукратный ежедневный стул).

Было обращено внимание на научно-обоснованное определение термина «Запор», которое ещё в прошлом веке дал выдающийся клиницист Роберт Хэгглин в его монографии «Дифференциальная диагностика внутренних болезней»: «Запор — это отсутствие выделения кала в течение 24 часов».

Весьма убедительные собственные данные представил К.А. Шемеровский о распределении частоты дефекации у 2501 обследованного им медицинского работника. Оказалось, что у большинства медиков (у 56%) соблюдается циркадианный ритм дефекации (не ниже 7 раз в неделю). Констипация (при частоте стула ниже 3 раз в неделю) была выявлена лишь у 4% медиков. Синдром брадиэнтерии (при частоте стула от 3 до 6 раз в неделю) был диагностирован у 40% обследованных медиков: у 27% медиков при частоте стула 5–6 раз в неделю и у 13% медиков при частоте стула 3–4 раза в неделю. Эти данные свидетельствуют о том, что синдром брадиэнтерии встречается практически в 10 раз чаще констипационного синдрома.

В презентации К.А. Шемеровского была наглядно представлена выявленная им фундаментальная закономерная зависимость. Оказалось, что ежедневная регулярность акта дефекации зависит от наличия утренней акрофазы этого циркадианного ритма. Доказано, что при наличии утренней кишечной привычки (Morning Bowel Habit) к опорожнению ки-

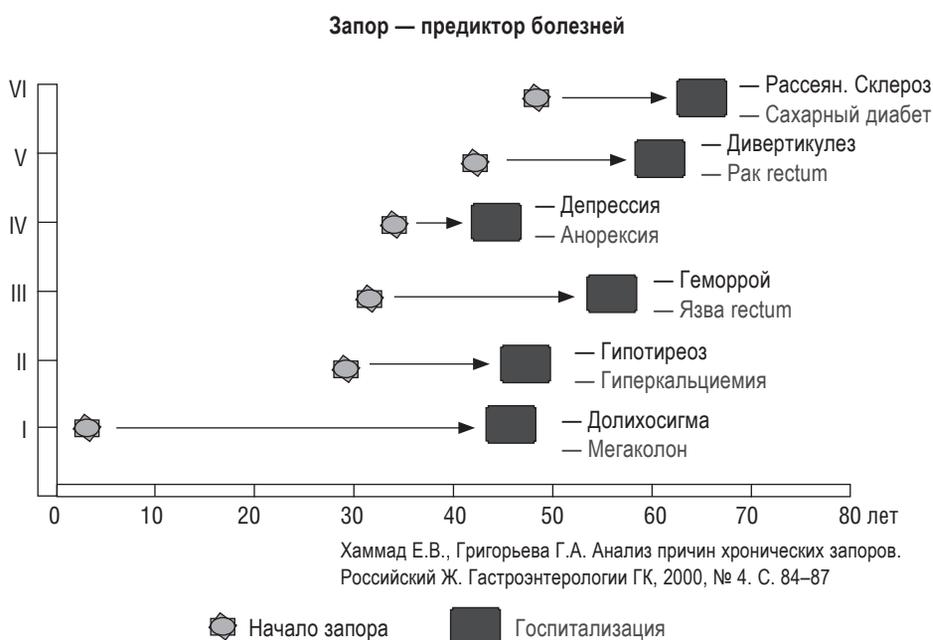


Рис. 2. Запор — как предиктор различных внутренних болезней



Рис. 3. Заболеваемость колоректальным раком в Санкт-Петербурге в 2015 году

шечника — ритм дефекации в 78% случаев является ежедневным с частотой не ниже 7 раз в неделю. И, наоборот, при доминировании вечерней кишечной привычки — наблюдается (в 76% случаев) нарушение регулярности ритма кишечника при частоте стула 3–4 раза в неделю. Данная закономерность имеет практическую значимость для нормализации нарушенного ритма кишечника путём сознательного восстановления именно утренней кишечной привычки.

Существенный интерес представили данные хирургов из Москвы о том, что хронический запор является фактором риска множества внутренних болезней: долихосигма и мегаколон, гипотиреоз и гиперкальциемия, геморрой и язва прямой кишки, анорексия и депрессия, дивертикулёз толстой кишки и рак прямой кишки, сахарный диабет и рассеянный склероз (рис. 2). По данным профессора Леонида Борисовича Лазебника у каждого трёх из четырёх пациентов с метаболическим синдромом — у 74% больных с сердечно-сосудистой патологией диагностированы упорные хронические запоры, требующие постоянного применения слабительных средств.

Убедительные аргументы были представлены в отношении того факта, что констипация является доказанным фактором риска колоректального рака, повышая этот риск в 2–4 раза.

Актуальность исследуемой К.А. Шемеровским проблемы состоит ещё и в том, что в Санкт-Петербурге в 2015 году заболеваемость колоректальным раком (3654 новых случая) стала лидером заболеваемости в онкологии, обогнав заболеваемость раком молочной железы (3073 случая), раком кожи (2331 случай) и раком трахеи и лёгких (2217 случаев) (рис. 3).

К.А. Шемеровскому удалось установить зависимость риска ожирения от регулярности ритма дефекации. Было показано, что у лиц с ежедневным ритмом стула риск ожирения составил 7%. Однако у пациентов с нерегулярной привычкой к дефекации риск ожирения составил 24%. Следовательно, нарушение циркадианного ритма дефекации повышает риск возникновения ожирения почти в 3 раза.

По данным К.А. Шемеровского синдром брадиэнтерии выявляется почти у 30% лиц в возрасте 20–30 лет и почти в 50% случаев в возрасте 30–40 лет. В этих возрастных диапазонах риск ожирения был минимальным и не превышал 10%. Риск ожирения повышался до уровня выше 30% в возрасте около 40–50 лет и 50–60 лет. Следовательно, период возникновения синдрома брадиэнтерии предшествует повышению риска ожирения почти на 20 лет, поэтому синдром брадиэнтерии является доказанным первичным фактором риска ожирения, а длительный хронический запор существенно повышает риск ожирения.

Таким образом, представленный К.А. Шемеровским новый «Синдром брадиэнтерии» следует считать весьма полезной для терапевтического сообщества инновацией. Как один из психосоматических синдромов «Синдром брадиэнтерии» позволяет выявлять реальный фактор риска констипационного синдрома по элементарно выявляемому признаку — пониженной частоте околосуточного ритма дефекации.

При частоте стула 5–6 раз в неделю диагностируется первая (лёгкая) стадия тяжести брадиэнтерии.

Восстановление регулярного ежедневного ритма дефекации у пациентов с первой стадией тяжести брадиэнтерии не требует обязательного применения слабительных. На этой стадии рекомендации терапевта должны быть направлены на нормализацию образа жизни (регулярному питанию с употреблением ежедневно около 500 грамм овощей и фруктов, соблюдению режима сна-бодрствования с засыпанием до 24:00, достаточной двигательной активности — не менее 0,5 часа ежедневной ходьбы на свежем воздухе).

При частоте стула 3–4 раза в неделю диагностируют вторую (умеренную) стадию тяжести брадиэнтерии.

Восстановление регулярного циркадианного ритма кишечника у пациентов со второй стадией брадиэнтерии предполагает кроме нормализации образа жизни ещё и употребления безвредных слабительных средств, таких как Псилиум (Мукофальк) или Эубикор. Но ни в коем случае нельзя употреблять такие стимулирующие слабительные,

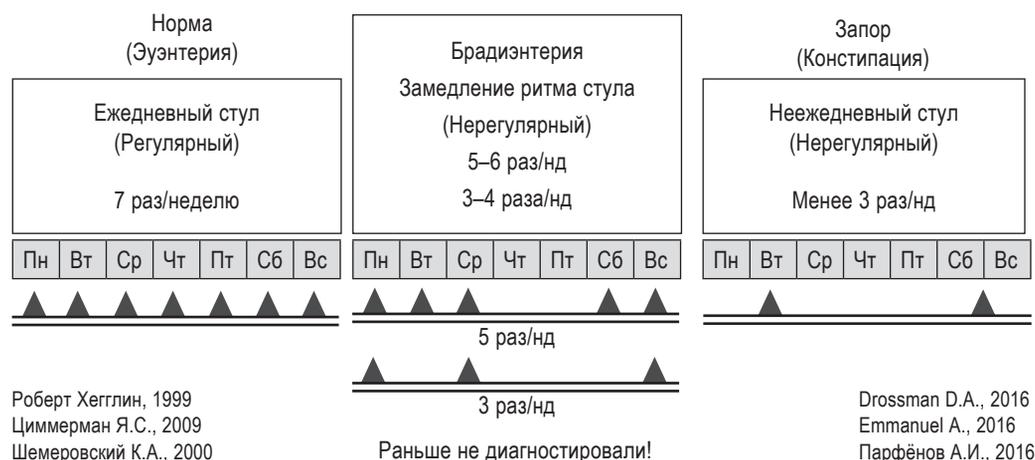


Рис. 4. Наглядное сравнение Эуэнтерии, Брадиэнтерии и Запора

как препараты сенны, так как они вызывают повреждение кишечника в виде меланоза толстой кишки и способствуют повреждению подслизистого и межмышечного нейронных сплетений.

При частоте стула 1–2 раза в неделю диагностируют третью стадию тяжести брадиэнтерии (тяжелую), которую принято считать запором (констипацией).

При диагностике запора (третьей стадии брадиэнтерии) требуется более тщательное обследование пациента для исключения, прежде всего, органической патологии кишечника (дивертикулёз, полипоз, колоректальный рак). Тяжелая стадия брадиэнтерии предполагает обязательную консульта-

цию у гастроэнтеролога и колопроктолога, а при необходимости — и проведение колоноскопии (рис. 4).

Следовательно, целью терапии больных с синдромом брадиэнтерии является восстановление прежде всего физиологически оптимального циркадианного ритма дефекации с частотой стула не ниже 7 раз в неделю.

Восстановление нормального биоритма дефекации — эуэнтерии — может способствовать профилактике риска не только колоректального рака, но и профилактике кардиоваскулярной смертности. Эта профилактика возможна путём устранения синдрома брадиэнтерии и восстановления регулярной кишечной утренней привычки.