

С.В. ЧЕРЁМУШКИН, к.м.н., Ю.А. КУЧЕРЯВЫЙ, к.м.н., ГБОУ ВПО МГМСУ Минздравсоцразвития им. А.И. Евдокимова, кафедра пропедевтики внутренних болезней и гастроэнтерологии

# ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

**Запор является общей медико-социальной проблемой, далеко выходящей за рамки гастроэнтерологии. Еще до недавнего времени не существовало единого общепринятого определения хронического запора. Римские критерии III пересмотра, опубликованные в 2006 г., призваны унифицировать понятие хронического запора. Главной целью лечения хронического запора является уменьшение или избавление от беспокоящей симптоматики, нормализация скорости транзита по кишечнику и в конечном итоге восстановление дефекации. В настоящее время наиболее эффективными и отвечающими наивысшим критериям доказательной медицины являются осмотические слабительные средства.**

*Ключевые слова: хронический запор, алгоритмы терапии, слабительные средства*

**З**апор является общей медико-социальной проблемой, далеко выходящей за рамки гастроэнтерологии, встречающейся во всех группах населения [5, 13, 19]. В частности, известно, что в 2001 г. в Англии только врачами общей практики было выписано около 12 млн рецептов на различные слабительные средства. По результатам различных эпидемиологических исследований, опубликованных за период с 1964 по 2000 г., встречаемость запора в популяции сильно варьирует и составляет от 2 до 35%, что определенно отражает недостаточно четкое определение изучаемой проблемы и различный методологический подход (табл. 1) [13, 19]. В большинстве случаев это состояние является хроническим, т. е. персистирует более 3 месяцев. Частота встречаемости синдрома запора закономерно увеличивается с возрастом,

женщины страдают в два раза чаще мужчин во всех возрастных группах (рис. 1) [19]. А что касается влияния хронического запора на качество жизни, то выяснилось, что оно сопоставимо с таковым у больных, страдающих ревматоидным и псориатическим артритом, ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой и др. [18].

Очень часто клиницист, общаясь с больным, сталкивается с той ситуацией, когда пациент, жалуясь на запор, описывает не только снижение частоты стула. Порой она может не меняться вообще. Больные указывают на появление твердого стула, уменьшение его количества, необходимость в чрезмерном усилии при дефекации, абдоминальный дискомфорт и даже потребность в мануальной помощи при дефекации. Это может показаться странным, но еще до недавнего времени не существовало единого общепринятого определения хронического запора.

Римские критерии, в частности самые последние из них III пересмотра, опубликованные в 2006 г., призваны унифицировать понятие хронического запора. Критерии представлены в виде набора характерных симптомов, выявление 2 и более из которых в течение последних 3 месяцев с высокой степенью вероятности позволяет установить диагноз.

Так, функциональный запор (ФЗ) определяется как функциональное расстройство кишечника, которое проявляется стойкими нарушениями дефекации в виде затрудненного или редкого стула или чувства неполного опорожнения кишечника и которое не соответствует критериям синдрома раздраженного кишечника (СРК) [10].

Такое определение обязывает практического врача тщательно собирать анамнез, проводить клинический осмотр и формировать программу обследования для исключения каких-либо других причин запора.

Что касается оценки формы каловых масс, то для объективизации выявления этого признака клиницисты должны руководствоваться широко известной Бристольской шкалой формы стула, которая представлена на рисунке 2 [12].

**Таблица 1. Базовые эпидемиологические работы в Северной Америке за период 1964–2004 гг. (из Higgins P., Johanson J., 2004 [13])**

Автор	Страна	Год	Опрос	n	Частота в популяции, %
Hammon	США	1964	Почтой	890 394	27,1
Sandler	США	1971–75	Интервью	15 014	12,8
Everhart	США	1971–75	Интервью	11 024	15,8
Johanson	США	1983–87	Интервью	?	1,9
Harari	США	1989	Интервью	42 375	3,4
Talley	США	1991	Почтой	835	17,4
Talley	США	1993	Почтой	690	5,0
Drossman	США	1993	Почтой	5 430	3,6–13,8
Stewart	США	1997	Телефонный	10 018	14,7
Pare	Канада	2000	Почтой	1 149	14,9–27,2

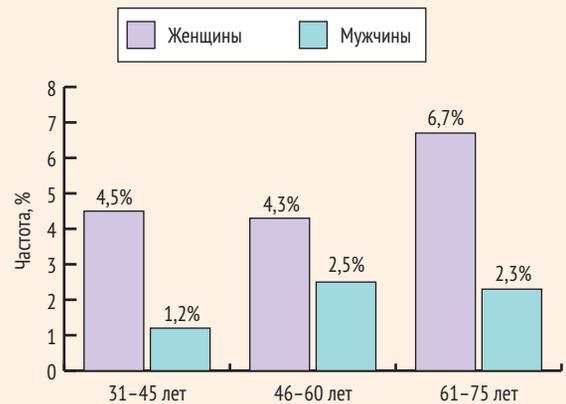
Американской коллегией гастроэнтерологов (ACG) и Канадской гастроэнтерологической ассоциацией (CAG) также были предложены свои перечни признаков, квалифицирующих хронический запор, практически идентичные Римским критериям, но менее жесткие, поскольку в них отсутствует процентная оценка показателей [1, 16, 18]. Почему критерии запора в США и Канаде несколько упрощены? По оценке американских специалистов, Римские критерии «слишком детализированы» для врачей общей практики в Северной Америке. Выяснилось, что практикующими врачами США для идентификации больных СРК и ФЗ они используются крайне редко, у многих больных стул бывает чаще 3 раз в неделю, но отмечаются признаки замедленного пассажа. Поэтому, учитывая эти нюансы, Американская коллегия гастроэнтерологов предлагает определять хронический запор следующим образом: запор — это «неудовлетворительная дефекация, характеризующаяся редким стулом, затрудненным пассажем стула или сочетанием обоих признаков...». Затрудненный пассаж подразумевает необходимость натуживания, чувство неполного опорожнения, твердый кал, увеличенное время дефекации, необходимость мануального пособия для опорожнения, персистенция жалоб 3 месяца за последний год [1, 16].

В целом самыми достоверными признаками наличия хронического запора, по материалам эпидемиологических и клинических исследований, считаются систематически наблюдаемые [4, 11]:

- анальная блокировка стула во время опорожнения,
- значительное напряжение больного, длительное натуживание и
- отделение кала большой плотности.

Важным признаком является указание пациента на смену привычного ритма опорожнения кишечника, беспокоящего больного, приносящего ему неудобства и существенно снижающего качество жизни. Последнее обстоятельство очень важно, т. к. следует помнить, что у целого ряда практиче-

Рисунок 1. Частота регистрации хронического запора в зависимости от возраста и пола пациентов



Результаты крупного популяционного европейского исследования (n = 2000). Запор встречался достоверно чаще у женщин, чем у мужчин (4,3 и 1,7%; p < 0,0001); закономерно частота возрастала с возрастом. Аналогичная тенденция прослеживалась и в потребности в слабительных препаратах — 22 и 10% для женщин и мужчин соответственно (по S. Walter и соавт., 2002 [19]).

ски здоровых людей обнаруживается редкий ритм дефекации, не доставляющий никаких неудобств человеку [9]. На физиологические параметры частоты опорожнения кишечника влияет большое количество факторов, и в первую очередь характер принимаемой пищи. Так, при приеме высококалорийной пищи количество физиологических дефекаций может быть значительно меньше трех раз в неделю, а употребление пищи, содержащей большое количество растительной клетчатки, может сопровождаться 2–3-кратным опорожнением в сутки, и это тоже не будет свидетельствовать о патологическом процессе. При обычном смешанном питании самым физиологичным ритмом опорожнения кишечника является ежедневный утренний стул без каких-либо затруднений (одномоментно, быстро и полностью), приносящий ощущение полноценного освобождения толстой кишки

от содержимого [4]. Наряду с этим необходимо подчеркнуть, что существует единое мнение относительно характерных черт функционального запора, а именно отсутствие жидкого стула, отсутствие признаков СРК (боль в животе и ее связь со стулом) и отсутствие органических причин для синдрома запора.

Говоря о патологических механизмах, вызывающих запор, следует в первую очередь помнить о разделении хронических запоров по этиологическому фактору на первичные (идиопатический запор) и вторичные. В первом случае отсутствуют очевидные причины запора, в связи с чем его появление связывается главным образом с нарушением моторики кишечника. В дальнейшем первичный запор классифициру-

Рисунок 2. Бристольская шкала формы стула

Большое время транзита (100 часов)	Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются	
	Тип 2	В форме колбаски, но комковатый	
	Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью	
	Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий	
	Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями	
	Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул	
	Короткое время транзита (10 часов)	Тип 7	Водянистый, без твердых частиц

Таблица 2. Признаки хронического запора

- необходимость в сильном натуживании, несмотря на наличие мягкого содержимого прямой кишки и позывов к опорожнению, в течение по крайней мере 25% от всех дефекаций;
- отделение малого (< 35 г/сут) кала большой плотности, сухости, фрагментированного (по типу «овечьего») кала, травмирующего область заднепроектного отверстия (признаки наблюдаются по крайней мере в 25% дефекаций);
- отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации (чувство незавершенной эвакуации) по крайней мере в 25% всех дефекаций;
- наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при натуживании (аноректальная обструкция) по крайней мере в 25% случаев всех дефекаций;
- необходимость в мануальных приемах (пальцевое удаление кала или поддержка тазового дна) для облегчения по крайней мере в 25% дефекаций;
- редкость эвакуации содержимого из кишечника (менее 3 дефекаций в неделю);
- редкость самостоятельного стула без использования слабительных средств;
- неполное соответствие критериям СРК (отсутствие болей в животе)

ется по типу моторных нарушений: с нормальным транзитом по кишечнику, с замедленным транзитом и диссинергический запор. К вторичным причинам, вызывающим развитие хронического запора, относятся:

- длительный прием различных слабительных средств или других медикаментов (например, опиоидных анальгетиков, препаратов железа, большинства психотропных препаратов);
- эндокринные расстройства (гипотиреоз, гиперпаратиреоз, сахарный диабет);
- патологические состояния, сопровождающиеся повреждением нервной системы (болезнь Гиршпрунга, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, поражение спинного мозга);
- гастроинтестинальные причины (анальная трещина, пролапс слизистой прямой кишки, стриктуры анального канала, идиопатический мегаколон);
- психогенные причины (тревога, депрессия, расстройства питания);
- факторы, обусловленные стилем жизни и характером сопутствующей патологии (недостаточное потребление продуктов богатых пищевыми волокнами и жидкости, игнорирование позывов на дефекацию, вынужденный длительный постельный режим).

Также возможна и третья, смешанная форма хронического запора. В процентном отношении наиболее представительна вторая форма, частота которой достигает 85% [14].

Такое многообразие этиологических факторов заставляет еще раз акцентировать внимание практикующих коллег на актуальности неформального подхода к пациенту с жалобой на запор с целью верификации его причин, которые, по статистике, достаточно часто остаются невыясненными. Несомненным остается тот факт, что с течением времени у больных хроническим запором снижается частота высокоамплитудных пропульсивных сокращений [3].

Подводя итог разговору о диагностических критериях хронического запора, в пользу высокой вероятности его функционального происхождения будет говорить отсутствие так называемых «красных флагов», или критериев исключения, представленность которых в различных диагностических критериях (Римские, Канадские, Северо-Американские)

облигатна с небольшими отличиями [1, 10, 18]. Учитывая определенную вариативность «красных флагов» в вышеуказанных системах критериев, в таблице 3 представлены важнейшие из них, знание которых для врача общей практики крайне необходимо.

Что касается вопросов изучения транзита по кишечнику, то на сегодняшний день предлагается применение новых инструментальных методов, т. к. используемый в большинстве лечебных учреждений пассаж бария по толстой кишке признан неинформативным. В частности, к новым методикам относится пассаж рентген-позитивных pellets (пиллоль).

Суть исследования заключается в поглощении 24 рентген-позитивных маркеров при условии соблюдения в течение 5 дней высокобелковой диеты и отказа от слабительных, клизм и средств, влияющих на работу кишечника. Обзорная рентгенограмма брюшной полости выполняется на 5-е сутки. Диагноз замедленного транзита по кишке подтверждается в случае, если более 20% pellets обнаруживаются в толстой кишке. При подозрении у больных на аноректальные причины хронического запора применяют специальные диагностические тесты, к которым относится аноректальная манометрия с низведением баллона [1, 18].

Лечение запора всякий раз представляет для клинициста сложную задачу, т. к., к сожалению, часто пациенты с хроническим запором уже длительно в порядке самолечения, главным образом бессистемно, неверно принимают слабительные средства, злоупотребляют клизмами.

**Главной целью лечения хронического запора является уменьшение или избавление от беспокоящей симптоматики, нормализация скорости транзита по кишечнику и в конечном итоге восстановление дефекации.** Достигается это в первую очередь изменением стиля жизни, выявлением и устранением вторичных причин хронического запора с добавлением слабительного средства. Неэффективность проводимых мероприятий приводит к

Таблица 3. «Красные флаги» при диагностике функционального запора (по [1, 10, 18] с изм.)

1. Гематоксезис.
2. Положительный тест на скрытую кровь.
3. Лихорадка.
4. Анемия.
3. Анорексия.
4. Потеря массы тела.
5. Первое обращение после 50 лет.
6. Усиление запоров после 50 лет.
7. Патологические изменения объективного статуса, лабораторных показателей, инструментальных исследований.
8. Колоректальный рак и рак другой локализации у родственников.
9. Семейный анамнез воспалительных заболеваний кишечника.
10. Тяжелый прогрессирующий запор без ответа на терапию

прогрессивному ухудшению качества жизни больных, утяжелению имеющихся симптомов, что, безусловно, ведет к усилению беспокойства больных, смене настроения и депрессии. А это, в свою очередь, является триггером все более нарастающего недоверия к медикаментозному лечению и применению мануальных приемов опорожнения кишки, что, несомненно, усугубляет проблему запора и замыкает порочный круг.

Ниже мы представляем алгоритм долгосрочной стратегии лечения хронического запора, предложенный Канадской ассоциацией гастроэнтерологов [18], который представляется нам оптимальным для использования в повседневной практике врача (комментарии к алгоритму в подрисуночной подписи).

Итак, исходя из представленного алгоритма и нашего опыта, очевидно, что отсутствие желаемого результата у больных хроническим запором при использовании диетотерапии и изменения образа жизни, т. е. при рефрактерности запора, есть показание к применению современных слабительных средств, особенно увеличивающих объем кишечного содержимого (объемных слабительных). Это является единственно правильным и необходимым этапом лечения.

В целом же абсолютными показаниями к применению слабительных препаратов являются:

- вынужденное длительное пребывание на постельном режиме (инфаркт миокарда, скелетное вытяжение, гипсовый корсет и т. п.);

- психогенные причины запора;
- медикаментозный запор при невозможности отмены основного препарата (антагонисты кальция при артериальной гипертонии, опиоидные анальгетики при выраженном болевом синдроме и т. п.).

Одновременно абсолютными противопоказаниями к назначению слабительных считаются:

- абдоминальный болевой синдром неясной этиологии;
- состояние «острого живота»;
- угроза желудочно-кишечного кровотечения, подозрение на скрытую кровопотерю;
- явления перитонита;
- острый токсический и нетоксический мегаколон;
- паралитическая кишечная непроходимость.

Продолжая разговор о слабительных средствах для базовой терапии запора и особенностях дифференцированного лечения различных его форм, особенно при недостаточной эффективности диеты и средств, увеличивающих объем кишечного содержимого за счет пищевых волокон, следует подробнее остановиться на группе препаратов, повышающих осмотическое давление. Данные препараты, подобно пищевым волокнам, удерживают воду в просвете кишечника, но не обладают побочным действием грубых пищевых волокон (отрубей) и хорошо переносятся больными всех категорий.

У осмотических слабительных имеются некоторые особенности, которые делают их применение при хронических запорах в большинстве случаев более эффективным, чем

**Дюфалак®**  
Лактулоза

- ▶ Мягко устраняет запор и восстанавливает нормальную работу кишечника
- ▶ Способствует росту собственной микрофлоры кишечника
- ▶ Может применяться у детей с первых дней жизни, а также у беременных и кормящих женщин

**Дюфалак® — мягкое слабительное для взрослых и детей**

Дюфалак® (Duphalac®)  
МНН: лактулоза.

Регистрационный номер: П N 011717/02

Лекарственная форма: сироп. Фармакологические свойства: оказывает гиперосмотическое слабительное действие, стимулирует перистальтику кишечника, улучшает всасывание фосфатов и солей Са 2+, способствует выведению ионов аммония. Показания к применению: запор; регуляция физиологического ритма опорожнения толстой кишки; размягчение стула в медицинских целях (геморрой, состояние после операции на толстой кишке и в области анального отверстия); печеночная энцефалопатия; лечение и профилактика фебрильной комы или прекомы. Противопоказания: галактоземия; кишечная непроходимость; повышенная чувствительность к любому компоненту препарата. С осторожностью: непереносимость лактозы; пациенты с печеночной (прекомой), страдающие сахарным диабетом; ректальные кровотечения; недиагностированные: колостомы, илеостомы. Применение при беременности и в период лактации: в случае необходимости лактулозу можно назначать во время беременности и лактации. Способ применения и дозы: препарат предназначен для приема внутрь. Лактулоза может быть назначена в виде однократной дневной дозы или эта доза может быть поделена на две, используя мерный стаканчик. В случае приема одной дозы в день, ее необходимо принимать в одно и то же время, например, во время завтрака. Все дозировки должны подбираться индивидуально. Дозировка при лечении запора или для размягчения стула в медицинских целях: взрослые: начальная доза — 15-45 мл, поддерживающая — 15-30 мл; дети 7-14 лет: начальная доза — 15 мл, поддерживающая — 10-15 мл; дети 1-6 лет: начальная и поддерживающая доза — 5-10 мл; дети до 1 года: начальная и поддерживающая доза — 5 мл. Дозировка при лечении печеночной комы и прекомы: начальная доза 3-4 раза в день по 30-45 мл. Затем переходят на индивидуально подобранную поддерживающую дозу так, чтобы мягкий стул был максимум 2-3 раза в день. Побочное действие: в первые дни приема лактулозы возможно появление метеоризма. Как правило, он исчезает через несколько дней. Полная информация о побочных эффектах представлена в инструкции по применению. Передозировка: симптомы: при использовании очень высокой дозы возможны боль в животе и диарея. Лечение: необходимо уменьшить дозу или прекратить прием препарата. Взаимодействие с другими лекарственными препаратами: исследования по взаимодействию с другими лекарственными препаратами не проводились. Особые указания: лактулоза должна назначаться с осторожностью пациентам с непереносимостью лактозы. При лечении печеночной прекомы) обычно назначают более высокие дозы препарата, что должно учитываться в отношении пациентов с сахарным диабетом. Пациенты с редкими врожденными нарушениями, такими как непереносимость галактозы, дефицит лактазы Лапла или мальабсорбция глюкозы-галактозы, не должны использовать данный лекарственный препарат. Влияние на способность к управлению автомобилем и другими механизмами: применение препарата Дюфалак® не влияет или оказывает незначительное влияние на способность к управлению автомобилем и механизмами. Полная информация по препарату представлена в инструкции по применению. Имеются противопоказания, перед применением проконсультируйтесь со специалистом.

ИМП от 04.04.2011

ООО «Эбботт Лэбораториз»  
125171, Москва, Ленинградское шоссе, 16а, стр. 1, 6 этаж  
Тел. +7 (495) 258 42 80; факс: +7 (495) 258 42 81

www.duphalac.ru  
www.gastrostie.ru  
www.abott-russia.eu

**Abbott**  
A Promise for Life

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

монотерапия балластными веществами: появление регулярного оформленного стула, отсутствие осложнений, привыкания, побочных эффектов и, самое главное, достижение предсказуемого времени дефекации. Применение осмотических слабительных в настоящее время является основным этапом лечения хронического запора, рефрактерного к терапии диетой с высоким содержанием балластных веществ и прочим указанным выше мерам.

К осмотическим слабительным относятся препараты макрогола (полиэтиленгликоль) и лактулозы (Дюфалак®). Полиэтиленгликоль — высокомолекулярный полимер, который вызывает физиологичную стимуляцию перистальтики, увеличивая объем и размягчая кишечное содержимое за счет образования дополнительных водородных связей с молекулами воды. В настоящее время плацебо-контролируемыми исследованиями доказана высокая эффективность препара-

тов макрогола для лечения больных хроническим запором, их безопасность при длительном применении (от 2—4 недель до 3 месяцев и дольше), эффект последствия (т. н. эффект «обучения кишечника») как при месячном курсе лечения, так и при более долгосрочном применении [7, 8]. При приеме макрогола для достижения послабляющего эффекта важно принять во внимание одну из базовых рекомендаций при лечении запора: о необходимости приема большого количества жидкости — до 2 л/сут (при отсутствии противопоказаний). Противопоказано применение препаратов макрогола в случаях механической обструкции или перфорации толстой кишки.

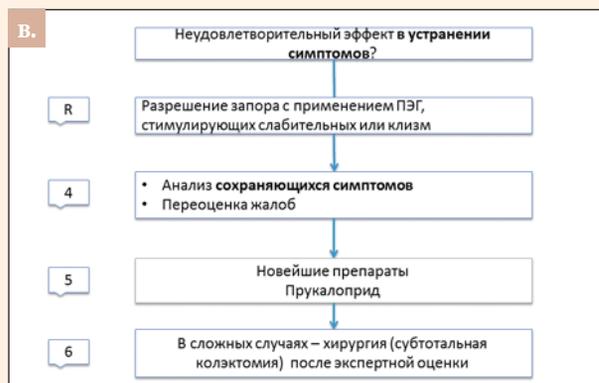
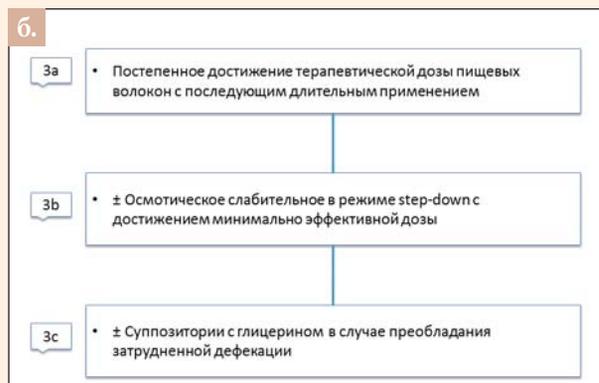
Лактулоза (Дюфалак®) является пребиотиком, обладающим умеренным осмотическим действием, ограничивающим всасывание воды в толстой кишке, увеличивая объем кишечного содержимого. Механизм действия лактулозы у

**Рисунок 3. Алгоритм лечения хронического запора, предложенный Канадской ассоциацией гастроэнтерологов: долгосрочная стратегия (по Р. Pare, 2011 [18])**

а. I–II этап заключается в первостепенном исключении «красных флагов», вторичных запоров, в т. ч. лекарственных запоров, и СРК с запором. Далее врачом должен быть осуществлен анализ симптоматики, изучение анамнеза, особенностей питания с проведением образовательных бесед о необходимости модификации образа жизни (о пользе пищевых волокон, физической активности, необходимости достаточного и правильного приема жидкости и т. п.).

б. III этап начинается в случае недостаточной эффективности этапа II и складывается из 3 последовательных шагов, эффект на каждом из них может быть вполне достигнут. Наиболее физиологично добиться оптимальной дефекации путем модификации образа в жизни (этап II) и при недостаточной эффективности с использованием пищевых волокон в качестве добавки к пище или лекарственного препарата (например, Псиллиум). При неудаче этапов II и IIIа или при невозможности в силу разных причин их реализации врач должен рекомендовать один из слабительных препаратов осмотического действия (лактулоза или полиэтиленгликоль). В том случае если подбор дозы препарата не обеспечивает идеальную дефекацию, а также при имеющейся затрудненной дефекации, к базовой терапии (этапы II, IIIа и IIIб) можно добавлять эпизодическое применение ректальных суппозиторий с глицерином в режиме «по требованию». Аналогично к их кратковременному применению можно прибегнуть и в период подбора дозы осмотического слабительного. Осмотические слабительные назначают на длительный период времени, корректируя при необходимости дозу.

в. В том случае если предшествующие этапы неэффективны (сохраняются те или иные признаки запора, на схеме обозначено буквой R) или если исходно столкнулись с рефрактерным длительно существующим запором, необходимо разрешить запор с использованием максимально разрешенных доз полиэтиленгликоля, с дополнительным кратковременным применением стимулянтных слабительных и/или очистительных клизм. Осуществляется анализ информации, включающей предшествующий опыт лечения и оценку приверженности пациента к лечению. В том случае если признается факт неэффективности приемов на этапах II–III (максимум 2% больных), возможна попытка применения **прукалоприда** (прокинетики), который **зарегистрирован для применения только у женщин**. В отдельных сложных случаях с доказанным медленным транзитом по толстой кишке, отсутствием психиатрической патологии, полным отсутствием эффекта от проводимой терапии осмотическими слабительными в течение 3 месяцев с оценкой приверженности к лечению, консилиум специалистов может принять решение о возможности проведения субтотальной колектомии.



больных хроническими запорами основан на ее метаболизме лактатпродуцирующими бактериями толстой кишки (пребиотическое действие) на органические кислоты, обладающие низкой молекулярной массой (молочную, уксусную, масляную и пропионовую). В результате возникает, с одной стороны, подкисление содержимого кишечника, с другой — повышение осмотического давления в толстой кишке, задержка воды и увеличение объема содержимого. Вместе с тем необходимо учитывать, что при длительном применении у больных с избыточным бактериальным ростом в кишечнике наблюдается инактивация лактулозы бактериями с утратой осмотического эффекта, что требует коррекции терапии для достижения слабительного эффекта. Одновременно при лечении лактулозой у данной категории больных наблюдаются дозозависимые побочные эффекты — метеоризм (10–19%), диарея (5–10%), боль в животе (2–3%), тошнота и анорексия (по 2%). Противопоказано применение препаратов лактулозы при общих противопоказаниях к назначению слабительных средств (см. выше), галактоземии, непереносимости фруктозы, при острых воспалительных заболеваниях кишечника, при бро-

дильной диспепсии с выраженным метеоризмом, суб- и декомпенсации сахарного диабета.

В другом относительно недавнем систематическом обзоре, опубликованном в 2001 г., приводятся данные другого РКИ, в котором посредством перекрестного дизайна с 4-недельным периодом лечения сравнивалась эффективность лактулозы и плацебо [17]. В результате было показано, что прием 30 мл лактулозы значительно увеличивал число участников исследования, которые по итогам опроса докладывали о полном или частичном лечебном эффекте по сравнению с группой пациентов, получавших плацебо ( $p < 0,01$ ; лечебный эффект оценивался по Бристольской шкале формы стула) [6].

Из приведенных данных можно сделать вывод, что наиболее эффективными слабительными средствами, отвечающими наивысшим критериям доказательной медицины, в настоящее время являются осмотические. Осмотические слабительные действуют, усиливая физиологические механизмы, эволюционно сформировавшиеся в человеческом организме, что выгодно отличает данные лекарственные средства от прочих лаксативов.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. American College of Gastroenterology Chronic Constipation Task Force. An evidence-based approach to the management of chronic constipation in North America // *Am. J. Gastroenterol.* — 2005; 100: S1–S4.
2. Bass P, Dennis S. The laxative effects of lactulose in normal and constipated subjects // *J. Clin. Gastroenterol.* 1981; 3: 23–28.
3. Bassotti G., Chistolini F., Marinozzi G., Morelli A. Abnormal colonic propagated activity in patients with slow transit constipation and constipation-predominant irritable bowel syndrome // *Digestion.* — 2003; 68: 178–183.
4. Bassotti G., Bellini M., Pucciani F. et al. Italian Constipation Study Group. An extended assessment of bowel habits in a general population // *World J. Gastroenterol.* — 2004; 10: 713–716.
5. Bosshard W., Dreher R., Schnegg J.F., Bula C.J. The treatment of chronic constipation in elderly people: an update // *Drugs Aging.* — 2004; 21: 911–930.
6. Castillo R, Nardi G, Simhan D. Lactulose in the treatment of chronic idiopathic constipation // *Pren. Med. Argent.* 1995; 82: 173–176.
7. Corazziari E., Badiali D., Bazzocchi G. et al. Long term efficacy, safety, and tolerability of low daily doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in the treatment of functional chronic constipation // *Gut.* — 2000; 46: 522–526.
8. DiPalma J.A., DeRidder P.H., Orlando R.C., Kolts B.E., Cleveland M.B. A randomized, placebo-controlled, multicenter study of the safety and efficacy of Braintree 851 laxative // *Am. J. Gastroenterol.* — 1997; 92: 1674 (abstract).
9. Drossman D.A., Sandeer C.M., Broom C.M. et al. Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction // *Dig. Dis. Sci.* — 1986; 31: 1221–1222.
10. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology.* — 2006; 130: 1377–1390.
11. Garrigues V., Galvez. et al., Prevalence of constipation: agreement among several criteria and evaluation of diagnostic accuracy of qualifying symptoms and self-reported definition in a population-based survey in Spain // *Am. J. Epidemiol.* — 2004; 159: 520–526.
12. Guilera M., Balboa A., Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review // *Am. J. Gastroenterol.* — 2005; 100: 1174–1184.
13. Higgins P.D.R., Johanson J.F.J. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review // *Am. J. Gastroenterol.* — 2004; 99: 750–759.
14. Koch A., Voderholzer W.A., Klauser A.G. et al. Symptoms in chronic constipation // *Dis. Colon Rectum.* — 1997; 40: 902–906.
15. Lee-Robichaud H., Thomas K., Morgan J., Nelson R.L. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation // *Cochrane Database Syst Rev.* — 2010; 7: CD007570.
16. Locke G.III, Pemberton J., Phillips S. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation // *Gastroenterology.* — 2000; 119: 1761–1766.
17. NHS Centre for Reviews and Dissemination. Effectiveness of laxatives in adults // *Effective Health Care* 2001;7. Search date 2001.
18. Pare P. The approach to diagnosis and treatment of chronic constipation: suggestions for a general practitioner // *Can. J. Gastroenterol.* — 2011; 25 (Suppl B): 36B-40B.
19. Walter S., Hallböök O., Gotthard R., Bergmark M., Sjö Dahl R. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation // *Scand. J. Gastroenterol.* — 2002; 37(8): 911–916.