



ФГБУ
«Учебно-научный
медицинский центр»
Управления делами
Президента РФ,
кафедра
гастроэнтерологии

Еще раз о выборе слабительных препаратов при функциональных запорах

О.Н. Минушкин

Адрес для переписки: Олег Николаевич Минушкин, lemas3@yandex.ru

Изучена эффективность препарата Экспортал® (лактитол) у пациентов пожилого и старческого возраста с хроническими запорами. В результате применения препарата по 2 пакетика 1 раз в день в течение 20 дней дефекации нормализовались у 70% больных. Пациенты с хроническим гепатитом в стадии цирроза печени, дисбиозом кишечника и признаками печеночной энцефалопатии на фоне хронических запоров получали Экспортал® по 2 пакетика в сутки в течение 30 дней, Силимарин, витаминотерапию, Верошпирон в дозе 50–100 мг/сут. На фоне проводимого лечения фиксировался регресс симптоматики, связанной с дисбиозом, значительно уменьшились проявления и тесты печеночной энцефалопатии. Побочных эффектов при использовании Экспортала не зарегистрировано, его слабительный эффект предсказуем, а использование не ограничено временем. Это позволяет утверждать, что Экспортал® является препаратом выбора в подобной клинической ситуации.

Ключевые слова: слабительные средства, хронические запоры, дисбиоз кишечника, печеночная энцефалопатия, Экспортал®

Введение

Запором называют хроническую (более 48 часов) задержку опорожнения кишечника, причем функциональным считают запор, если отсутствует его связь с известными генетическими, структурными и органическими изменениями кишечника.

Международная группа экспертов разработала критерии функционального запора (Римские критерии III, 2006 г.):

- симптомы появились, по крайней мере, за 6 месяцев до момента диагностики и сохраняются на протяжении последних 3 месяцев;

- отсутствуют убедительные критерии для диагностики синдрома раздраженного кишечника (СРК);
- самостоятельный стул редко возникает без применения слабительных средств.

Диагностические критерии функциональных запоров должны включать 2 симптома и более из перечисленных ниже (по крайней мере, в 25% дефекаций):

- натуживание;
- шероховатый или твердый стул;
- ощущение аноректальной обструкции (блокады) во время дефекации;
- необходимость мануальных приемов для облегчения эвакуации кала;
- менее 3 дефекаций в неделю с выделением малого количества кала (менее 35 г/день).

В разделах Римских критериев III, касающихся обследования, особое внимание обращается на оценку клинической симптоматики и обстоятельства, способствующие развитию, поддержанию и закреплению запора. На первый взгляд это кажется понятным и важным для формирования лечебного подхода. Но с момента появления рекомендаций прошло 6 лет, и очевидно, что данное положение не реализуется на практике.



В разделе о лечении запоров акцент сделан на консультировании пациентов (совет, устные инструкции, особенно связанные с немедикаментозными методами лечения). Это положение достаточно противоречиво, поскольку в разделе о функциональных запорах сказано, что самостоятельный стул редко возникает без применения слабительных средств. Это противоречие сглаживается, если учитывать фактор времени (ранние стадии болезни могут долгое время протекать без использования слабительных средств, но, как правило, больные обращаются за помощью к врачу, когда они действительно уже не могут без слабительных).

Как и любое заболевание, запор нуждается в классификации, определяющей программу обследования больного и выбор адекватного лекарственного препарата или способа лечения. С практической точки зрения важно учитывать интенсивность развития запора:

- а) острый;
- б) хронический.

Необходимо установить ведущий патогенетический механизм развития:

- 1) преимущественное нарушение кишечной эвакуации (механическая обструкция, аномалия строения);
- 2) преимущественное нарушение моторики (гипокинезия, гиперкинезия, смешанный вариант);
- 3) расстройство рефлекса на дефекацию со стороны прямой кишки.

Важно знать обо всех заболеваниях и их влиянии на функциональное состояние кишечника.

При запорах первого типа обычно требуется хирургическое вмешательство. При втором типе предусмотрены введение в рацион пищевых волокон, коррекция дисбиоза, уменьшение степени центральных расстройств и др. При расстройствах третьего типа необходимо восстановить позыв на дефекацию.

Остро запор развивается при непроходимости толстой кишки

(обтурационной или странгуляционной). Кроме задержки стула развиваются задержка отхождения газов, вздутие живота, возникают и усиливаются боли, появляются рвота и симптомы общей интоксикации.

Значительно чаще встречаются хронические запоры. Классификация предусматривает следующие патогенетические варианты:

- 1) алиментарные;
- 2) неврогенные;
- 3) гемодинамические;
- 4) воспалительные;
- 5) проктогенные;
- 6) психогенные;
- 7) рефлекторные (органические поражения органов желудочно-кишечного тракта и других систем и органов);
- 8) эндокринные;
- 9) «застойные» (патология сердца, печень с портальной гипертензией, почки в стадии хронической почечной недостаточности);
- 10) токсические;
- 11) медикаментозные (использование препаратов, вызывающих гипотонию толстой кишки, средств, влияющих на чувствительность рецепторного аппарата и на центральные регулирующие механизмы).

Из-за разнообразия запоров у врача возникает желание упростить диагностику. Однако подобное упрощение приводит к потере времени, закреплению рефлекторных связей, развитию вторичных изменений толстой кишки и фиксации клинической ситуации в целом, то есть ее переходу из функциональной в органическую. Поэтому при первом обращении пациента к врачу по поводу запора необходимо провести диагностический поиск. Он включает несколько этапов.

Этап I:

- оценка клинических и анамнестических данных;
- рентгенологическое исследование кишечника, позволяющее:
 - а) определить нормальное строение толстой кишки при функциональных расстройствах;
 - б) выявить аномалии развития толстой кишки и врожденные особенности ее строения;

в) высказать предположение о наличии опухолей, их расположении, уточнить степень обструкции просвета кишечника и компенсаторные механизмы;

г) установить особенности моторики, раздражение слизистой. Этап II: колоноскопия с биопсией, гистологическим и гистохимическим изучением морфологического субстрата.

Этап III: специальные методы исследования, позволяющие оценить моторно-эвакуаторную функцию, микробный спектр или содержание летучих жирных кислот, состояние запирающего механизма прямой кишки, функциональное состояние других органов и отделов желудочно-кишечного тракта (биохимический скрининг, наличие портальной гипертензии, функциональное состояние почек). При диагностике портальной гипертензии необходимо оценить стадию энцефалопатии, у молодых больных – установить статус вегетативной нервной системы, у женщин – уточнить положение матки (консультация гинеколога).

Выполнив все пункты предложенной программы обследования, можно ответить на основной вопрос: запор вызван заболеванием или является функциональным? После установления диагноза приступают к лечению. Его основные компоненты:

1) диета:

- ✓ при гипомоторике рацион строится по типу шлаковой нагрузки (овощи, фрукты, ягоды, преимущественно сырые, не менее 200 г/сут: чернослив или курага 8–12 ягод, бананы, яблоки, пшеничные отруби). Исключают рисовую и манную каши, макароны, вермишель, картофельное пюре, кисели, репу, редьку, щавель, молоко, кофе, крепкий чай, шоколад;
 - ✓ при гипермоторике питание более щадящее: овощи в отварном виде, растительные жиры, пшеничные отруби в постепенном возрастающих дозах (от 2 чайных до 3–6 столовых ложек);
- 2) питьевой режим (не менее 1,5–2 литров жидкости в день);

гастроэнтерология



- 3) физическая нагрузка;
 - 4) отказ от препаратов, негативно влияющих на тонус и перистальтическую активность кишечника;
 - 5) применение препаратов, регулирующих моторику кишки или изменяющих чувствительность рецепторов к естественным стимулам:
 - ✓ при гипомоторике – метоклопрамид, антагонисты 5-НТ4-рецепторов, стимулятор опиоидных рецепторов – Тримедат, Метеоспазмил;
 - ✓ при гипермоторике – миотропные спазмолитики: донаторы оксида азота, ингибиторы фосфодиэстеразы 4-го типа, селективные блокаторы кальциевых каналов – Дицетел, блокаторы натриевых каналов – мебеверин (Дюспаталин);
 - 6) использование слабительных препаратов. Показания к их применению подразделяются:
 - ✓ на абсолютные (длительный постельный режим, недопустимость повышения внутрибрюшного давления – инфаркт миокарда, аневризма аорты, тромбозы сосудов, грыжи и др., медикаментозные запоры, деменция);
 - ✓ относительные (возникают при неэффективности названных выше мероприятий).
- На сегодняшний день выделяют следующие группы слабительных средств:
- 1) увеличивающие объем кишечного содержимого (объемные):
 - ✓ растительные волокна и гидрофильные коллоиды;
 - ✓ отруби;
 - ✓ морская капуста, льняное семя, семя подорожника, агар-агар и др.;
 - 2) осмотические (солевые, сульфат магния, сульфат натрия, соль карловарская, Форлак – полиэтиленгликоль с молекулярной массой 4000, сорбитол, маннитол, лактулоза);
 - 3) размягчающие фекалии (вазелиновое, касторовое, миндальное и другие масла, парафин);
 - 4) стимулирующие функции кишечника:
 - ✓ антрагликозиды (ревень, крушина, препараты сенны, Агиолак и др.);
 - ✓ комбинированные препараты кафиол, калифит, Эндрюс ливер солт, Мусинум, Агарол;
 - ✓ травяные слабительные сборы в различных комбинациях (плоды тмина (10,0), кора крушины

- (80,0), кора апельсина (16,0); плоды черной бузины, плоды тостера по 30,0; цветки ромашки, листья сенны, семена укропа, плоды бессмертника, корень валерианы, листья мяты);
- 5) смазывающие (минеральные масла, свечи глицериновые, касторовое масло).

Помимо основного эффекта слабительные средства оказывают нежелательные побочные действия (иногда тяжелые по своему прогнозу). Поэтому лечение слабительными необходимо проводить под постоянным контролем врача, дозы препарата надо корректировать (стремиться к минимальной эффективной дозе). Кроме того, лечащий врач должен постоянно контролировать водно-электролитный баланс.

С появлением новых препаратов и новой информации о нежелательных побочных эффектах слабительных средств требования к ним меняются. В настоящее время при выборе слабительного средства необходимо учитывать:

- 1) ведущий патогенетический механизм запоров;
- 2) целесообразность комбинации препаратов с разным механизмом действия при сложном механизме расстройства моторики;
- 3) не только расстройства моторики (то есть местные механизмы), но и общие расстройства, связанные с сопутствующими нарушениями (энцефалопатия, функциональная недостаточность печени, нарушение микробиоценоза толстой кишки, нарушение электролитного баланса, связанное с лечением сердечно-сосудистых заболеваний, и др.);
- 4) исходное состояние пациента (возраст, наличие сопутствующих заболеваний, пол, эффекты применяемой фармакотерапии, издержки лечения слабительными, нарушение электролитного баланса, нарушение синтеза витаминов, генетические нарушения).

Кроме того, важно разработать схему применения препарата и корректировать дозу в про-



Экспортал®: способ применения и дозы

Принимают внутрь во время еды, смешивая с различными напитками (в том числе с водой, чаем, кофе, соками) или жидкой пищей.

При запоре и дисбактериозе. Принимать однократно, всю суточную дозу сразу, за один прием. Взрослые – 20 г/сут (4 ч.л. порошка); дети 1–6 лет – 2,5–5 г/сут (0,5–1 ч.л. порошка), 6–12 лет – 5–10 г/сут (1–2 ч.л. порошка), 12–16 лет – 10–20 г/сут (2–4 ч.л. порошка). Препарат должен вызывать стул 1 раз в сутки. После наступления стабильного слабительного эффекта в течение нескольких дней применения препарата его дозу можно снизить. В ряде случаев для получения необходимого эффекта достаточно половины рекомендованной суточной дозы. Минимальный курс терапии, после которого следует обратиться за консультацией к врачу, – 5 месяцев. Применение препарата у детей рекомендуется проводить под наблюдением врача.

При регулировании стула в медицинских целях. По 20 г препарата, разведенного в 1 л воды, 3 раза (в 12, 15 и 18 ч) накануне проведения медицинских процедур.

При печеночной энцефалопатии, печеночной прекоме, гипераммонемии. Доза препарата подбирается индивидуально для каждого пациента в зависимости от степени выраженности заболевания и индивидуальной реакции на препарат. Начальная суточная доза обычно составляет 0,5–0,7 г/кг. Ее разделяют на 3 разовые дозы.



цессе лечения, поскольку может развиваться привыкание (при использовании препаратов, реализующих эффект действия через рецепторы, происходит «ускользание эффекта») либо измениться чувствительность рецепторов к восприятию двигательных стимулов. В зависимости от достигаемого эффекта следует менять ритм приема слабительных, их дозы, делать перерывы в приеме.

Особо стоит отметить осмотическую группу слабительных, поскольку их действие не зависит от чувствительности рецепторов. Более того, чувствительность рецепторов восстанавливается при использовании осмотических слабительных. По принципу действия они неоднозначны. Так, спирты с относительно короткой цепью – из 3–6 углеродных атомов (сорбитол, маннитол, глицерин) – и солевые слабительные действуют начиная с тонкой кишки и способствуют выделению в ее просвет большого количества жидкости и развитию диареи. Солевые слабительные действуют быстро (2–4 часа) и не подходят для длительного использования из-за нарушения водно-электролитного баланса.

Новый современный препарат Экспортал® (лактитол) [1–4] также относится к группе осмотических слабительных. Действующим веществом является лактитола моногидрат. Осмотическими свойствами обладают продукты его метаболизма (рис. 1), которые образуются в толстой кишке под действием ферментативного расщепления препарата облигатной флорой с образованием короткоцепочечных жирных кислот (КЖК), углекислого газа и воды (разжижают, увеличивают объем кала и повышают осмотическое давление).

Дизайн и методы исследования

В исследовании по оценке эффективности препарата Экспортал® участвовали 90 больных [1, 3]. 60 однотипных больных пожилого и старческого возраста с хроническими запорами методом случайной выборки были разде-



Рис. 1. Механизм действия Экспортала при лечении запоров

лены на 2 группы по 30 больных. Преобладали женщины (средний возраст $74,9 \pm 6,9$ года). Пациенты 1-й группы (от 65 до 81 года, средний возраст $74,9 \pm 6,9$ года, 6 мужчин, 24 женщины) получали Экспортал®, больные 2-й группы – Форлакс (макрогол 4000). 3-ю группу составили 30 больных с хроническим гепатитом (гепатит В – 8 пациентов, С – 8, алкогольный – 14) в стадии цирроза печени (средний возраст больных – 47 ± 12 лет, 18 мужчин, 12 женщин). У всех больных имелся запор – стул 2–3 раза в неделю и клинические признаки печеночной энцефалопатии (снижение концентрации внимания, расстройство сна), а также фиксировался дисбиоз (по изучению содержания КЖК в кале).

Продолжительность запоров у пациентов 1-й группы составляла преимущественно от 10 до 20 лет. Больные имели различные заболевания органов пищеварения в стадии компенсации; препараты, влияющие на тонус и сократительную способность кишечника, они не получали. Все пациенты до момента включения в исследование получали слабительные средства (в основном стимулирующие) с переменным успехом, 3 пациента использовали очистительные клизмы.

Экспортал® назначался по 2 пакетика 1 раз в день в течение 20 дней (при этом можно было корректировать дозу). Оценивались клинические проявления, время транзита содержимого по кишечнику, определялось количество КЖК в кале (до и после лечения). Как видно из табл. 1, частота дефекаций нормализовалась у 70% больных, стул участился у 20%, не изменился у 10%. Это сопровождалось исчезновением или выраженным уменьшением симптоматики. У 4 пациентов потребовалось увеличение дозы до 3 пакетиков в сутки (дальнейшее увеличение у 1 больного не привело к изменению характера стула). Сократилось время транзита содержимого по кишечнику (карболоновая проба), увеличились мощность сокращений кишечника и коэффициент ритмичности, нормализовался профиль КЖК и восстановился анаэробный индекс (свидетельствующий о нормализации кишечной микробной среды). Это позволяет утверждать, что Экспортал® является эффективным средством в лечении запоров. Эффект связан с нормализацией моторной активности кишечника, за которой следует нормализация микробного спектра (по исследованию содержания КЖК в кале).



Таблица 1. Динамика клинических симптомов у больных с хроническим запором до и после лечения препаратом Экспортал®, чел. (%)

Показатели	До лечения (n = 30)	После лечения		
		не изменялись	уменьшились	исчезли
Частота стула менее 3 раз в неделю	30 (100)	3 (10)	6 (20)	21 (70)
Боли в животе	20 (66,6)	4 (13,3)	4 (13,3)	12 (40)
Метеоризм	17 (56,6)	2 (6,7)	3 (10)	12 (39,9)
Урчание	14 (46,7)	5 (16,6)	2 (6,7)	7 (23,4)
Натуживание при акте дефекации	26 (86,6)	3 (10)	7 (23,3)	16 (53,3)
Чувство неполного опорожнения	27 (90)	4 (14,8)	4 (14,8)	19 (70,4)
Консистенция кала				
■ жидкий	–	–		
■ кашицеобразный	–	2 (6,6)		
■ полуформленный	–	6 (19,8)		
■ оформленный, мягкий	1 (3,3)	19 (62,7)		
■ крутой, твердый	29 (95,7)	3 (9,9)		

Таблица 2. Сравнительная оценка эффективности лечения больных с хроническим запором препаратами Экспортал® и Форлак

Клинические и инструментальные показатели	Группа больных, чел. (%)	
	1-я группа (Экспортал®) (n = 30)	2-я группа (Форлак) (n = 30)
Клиническая ремиссия	14 (46,7)	11 (36,3)
Значительное улучшение	11 (36,7)	9 (29,7)
Улучшение	4 (13,3)	7 (26,4)
Без эффекта	1 (3,3)	3 (9,3)
Эффективность терапии, %	84,7	80,7
Эффективность, баллы	2,26 ± 0,11*	1,90 ± 0,19*

* p < 0,05.

Исследование также включало сравнительный анализ клинической эффективности препаратов Экспортал® и Форлак в лечении хронических запоров [4]. Форлак является осмотическим слабительным средством и часто используется больными. Именно поэтому на него пал выбор. Пациенты 1-й группы получали Экспортал® по 2 пакетика на прием, пациенты 2-й группы – Форлак по 2 пакетика на прием. Продолжительность приема – 20 дней. Согласно результатам сравнительной оценки эффективности (табл. 2) клинические показатели улучшились (в том числе частота стула). Причем у больных,

получавших Экспортал®, терапевтический эффект был выше. Изменились и другие показатели. Так, время транзита содержимого по кишечнику (карболеновая проба) на фоне приема Экспортала сократилось с 67,7 ± 6,9 до 35,3 ± 5,6 часа, на фоне лечения Форлаксом – с 68,4 ± 3,9 до 46,3 ± 2,4 часа. Увеличение дозы препарата потребовалось у 9 человек, получавших Форлак, и у 5 больных, принимавших Экспортал®. Более выраженным оказался и сдвиг по показателям электрической активности кишечника и коэффициенту ритмичности у больных, получавших Экспортал®. Разница отмечалась

и в отношении восстановления КЖК – в пользу Экспортала. С нашей точки зрения, это связано с тем, что в 1-й группе имел место и прямой (метаболический), и опосредованный эффект влияния на КЖК, а во 2-й группе – только опосредованный эффект, связанный с нормализацией кишечного транзита. Побочных эффектов при приеме Экспортала не зарегистрировано.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что препарат Экспортал® эффективен в лечении запоров. Его эффективность превосходит таковую Форлакса, использование препарата Экспортал® не сопровождается побочными эффектами.

Больные 3-й группы были разделены на 2 подгруппы – 1-ю подгруппу – основную (15 больных) – и группу сравнения (15 больных). Пациенты основной подгруппы получали Экспортал® по 2 пакетика в сутки в течение 30 дней, силимарин, витаминотерапию, Верошпирон (спиронолактон) в дозе 50–100 мг/сут. Степень выраженности печеночной энцефалопатии оценивалась с помощью теста связи чисел (ТСЧ) и теста линий (ТЛ), психо-социальный статус – по опроснику качества жизни SF-36. Экспортал® в данной клинической ситуации был выбран как препарат, обладающий осмотическим слабительным эффектом и нормализующий флору кишечника за счет пребиотического эффекта. Нормализация кишечной флоры в такой клинической ситуации крайне важна, поскольку уменьшает интоксикацию и влияет на выраженность энцефалопатии. Пациенты группы сравнения Экспортал® не получали.

На фоне проводимого лечения фиксировался регресс симптоматики, связанной с дисбиозом кишечника (участился стул, уменьшилось или исчезло вздутие живота, уменьшилось натуживание при дефекации). В группе контроля эти ощущения сохранились у 50% больных.

Значительно уменьшились клинические проявления и улучшились

СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО Экспортал®

НОВОЕ ОСМОТИЧЕСКОЕ СЛАБИТЕЛЬНОЕ С ПРЕБИОТИЧЕСКИМИ СВОЙСТВАМИ

- Оказывает регулируемый слабительный эффект,
- растворяется в любой жидкости,
- не вызывает привыкания при продолжительном применении,
- способствует нормализации микрофлоры кишечника,
- не повышает уровень глюкозы в крови.



Экспортал® можно применять:

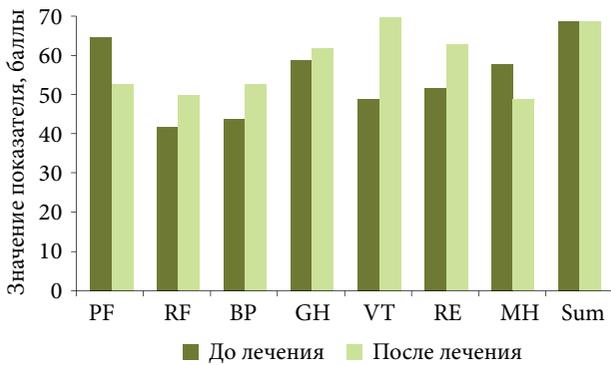
- ДЕТЯМ с 1 ГОДА,
- ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА,
- БОЛЬНЫМ ДИАБЕТОМ.



sotek

www.sotek.ru

Условия отпуска из аптеки: без рецепта.
Имеются противопоказания. Перед использованием
препарата ознакомьтесь с инструкцией по применению.



Примечание. PF – физическое функционирование, RF – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP – интенсивность боли, GH – общее состояние здоровья, VT – жизненная активность, RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, PH – психическое здоровье, Sum – суммарные показатели.

Рис. 2. Динамика показателей качества жизни (опросник SF-36) на фоне терапии препаратом Экспортал®

результаты тестов для оценки выраженности печеночной энцефалопатии. В основной подгруппе у 85% больных результат ТСЧ снизился с $49 \pm 2,7$ до $34 \pm 1,6$ секунды ($p < 0,05$), а ТЛ – с $59 \pm 2,7$ до $37 \pm 1,6$ секунды ($p < 0,05$) и был выполнен значительно быстрее, чем в группе сравнения, у которой

регресс тех же симптомов наблюдался у 20% (3 человека).

Динамика показателей качества жизни представлена на рис. 2. Повышение суммарной оценки на фоне терапии в разной степени отмечалось по большинству шкал. Максимальный прирост наблюдался по шкале ролевого функционирования и жизненной активности.

Полученные данные представляются важными, поскольку свидетельствуют не только о нормализации стула, но и о восстановлении микрофлоры кишечника, что приводит к уменьшению степени выраженности печеночной энцефалопатии. Это делает Экспортал® в данной клинической ситуации (хронические заболевания печени → цирроз печени → печеночная энцефалопатия → дисбиоз толстой кишки → запор) препаратом выбора.

Выводы

Препарат Экспортал®, появившийся на отечественном фармацевтическом рынке, обладает слабительным эффектом. Этот

эффект реализуется через восстановление моторики толстой кишки, нормализацию состава кишечной флоры и среды ее обитания. У больных, страдающих хроническими заболеваниями печени в стадии цирроза и имеющими печеночную энцефалопатию, восстановление нормальной микрофлоры приводит к уменьшению всасывания токсических продуктов и снижению выраженности энцефалопатии. Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Экспортал® эффективен у больных, страдающих хроническими заболеваниями печени и запорами.
2. Эффект препарата связан с нормализацией кишечной флоры, восстановлением моторики толстой кишки и снижением явления интоксикации.
3. Введение Экспортала в комплекс лечения больных, страдающих хроническими заболеваниями печени и имеющих печеночную энцефалопатию, уменьшают ее выраженность и повышают качество жизни. ☺

Литература

1. Елизаветина Г.А., Минушкин О.Н. Запоры и некоторые принципы их лечения // Клиническая фармакология и терапия. 1997. № 6. С. 51–53.
2. Колхир В.К. Экспортал – инновационный слабительный препарат // РМЖ. 2009. Т. 11. № 2.
3. Елизаветина Г.А., Минушкин О.Н. Форлак в лечении хронических запоров, особенности терапии пожилых больных // РМЖ. 2006. Т. 8. № 1.
4. Воскобойникова И.В., Колхир В.К., Минушкин О.Н. Лактитол (экспортал) – эффективное и безопасное слабительное // Эффективная фармакотерапия. 2009. № 2. С. 14–16.

Laxatives in functional constipation revised

O.N. Minushkin

Federal State Budgetary Institution 'Educational and Research Medical Center of the Department for Presidential Affairs of the Russian Federation', Department of Gastroenterology

Contact person: Oleg Nikolayevich Minushkin, lemas3@yandex.ru

Efficacy of Exportale® (lactitol) was studied in elderly patients with chronic obstipation. After 20 days of Exportale® 2 sachet daily normal defecations were reported in 70% of the patients. Another group of patients with liver cirrhosis due to chronic hepatitis, intestinal dysbiosis and symptomatic hepatic encephalopathy secondary to chronic obstipation was treated with Exportale® 2 sachet daily, silimarin, vitamins, spironolactone 50–100 mg daily. After 30 days, the regress of dysbiosis-induced symptoms, improved hepatic encephalopathy signs and tests were observed. No adverse effects of Exportale® were reported; its laxative effects were predictable; using of Exportale® was not time-limited. Thus, Exportale® should be regarded as a drug of choice for chronic constipation.

Key words: laxatives, chronic obstipation, intestinal dysbiosis, hepatic encephalopathy, Exportale®