



Функциональные запоры: некоторые лечебные подходы

Д.м.н., проф. О.Н. МИНУШКИН¹, д.м.н., проф. М.Д. АРДАТСКАЯ¹,
к.м.н. Г.А. ЕЛИЗАВЕТИНА¹, В.В. БАЛЫКИНА¹, Л.В. БАРКАЛОВА¹,
к.ф.н. И.В. ВОСКОБОЙНИКОВА², Т.С. ШИНДИНА¹

¹ ФГУ
«Учебно-научный
медицинский
центр» Управления
делами
Президента РФ

² ЗАО «ФПК
ФармВИЛАР»

Запорами называют задержку опорожнения кишечника более чем на 48 часов, сопровождающуюся ощущением неполного опорожнения кишечника с отхождением малого количества (менее 35 г) кала повышенной твердости.

Функциональными называют запоры, не связанные с известными генетическими, структурными и органическими изменениями кишечника.

Международной группой экспертов разработаны критерии функционального запора (Римские критерии III, 2006 г.). Так, функциональным считается запор, если:

- его симптомы появились по меньшей мере за 6 месяцев и сохраняются на протяжении 3 последних месяцев до диагностики;
- отсутствуют достаточные критерии для диагностики синдрома раздраженного кишечника (СРК);
- самостоятельно стул редко возникает без использования слабительных средств.

Диагностические критерии функционального запора должны включать 2 или более симптомов из нижеперечисленных, которые отмечаются 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;

В статье анализируются причины возникновения запоров, этапы диагностического поиска, препараты, применяемые при этом заболевании. Подробно рассматривается отечественный препарат Экспортал (международное непатентованное название лактитол), который относится к группе осмотических слабительных.

В ходе клинических исследований в группе из 30 больных пожилого и старческого возраста (от 65 до 81 года) с хроническими функциональными запорами была оценена эффективность, безопасность и переносимость этого препарата. Выяснилось, что Экспортал имеет более высокую клиническую эффективность в лечении хронических запоров по сравнению с Форлаксом.

– менее трех дефекаций в неделю с выделением малого количества кала (масса стула менее 35 г/день). Согласно принятой классификации запоры различаются:

- по течению (острый и хронический);
- по механизмам развития:
 - преимущественное нарушение эвакуации (механическая обструкция, аномалия);
 - преимущественное нарушение моторики (с преобладанием гипокинезии, гиперкинезии, смешанная форма) – кологенные;
 - расстройство рефлекса дефекации со стороны прямой кишки – проктогенные;
 - по стадии течения (компенсированный, субкомпенсированный (стул 1 раз в 10 дней), декомпенсированный).

Острый запор развивается при непроходимости толстой кишки (обтурационный или странгуля-

ционный илеус). Кроме задержки стула, в этом случае наблюдается задержка отхождения газов, появляются метеоризм, коликообразные боли нарастающего характера, рвота, возможны коллапс, симптомы общей интоксикации. Лечение хирургическое. При аномалиях развития кишечника также требуется хирургическое вмешательство.

Значительно чаще встречается хронический запор, к развитию которого приводят разнообразные причины (табл. 1), которые необходимо учитывать при выборе лечения.

Нередко при диагностике запоров врачи применяют упрощенный подход. При этом нежелание уточнить механизм развития запора приводит к потере времени, закреплению рефлекторных связей, развитию вторичных изменений со стороны кишки и «фикса-



Таблица 1. Причины возникновения запоров

Алиментарные (длительная ограничительная диета)
Нейрогенные (первичная дискинезия кишечника вследствие подавления физиологических позывов на дефекацию, психическое перенапряжение, недостаток гигиенических навыков и т.д.)
Рефлекторные (при патологии функционально связанных с кишкой органов пищеварения – желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы)
Психогенные
Гиподинамия
Проктогенные (патология аноректальной области)
Механические (препятствия на пути кала: воспалительные спайки, опухоли, лимфатические узлы, долихосигма) и аномалии развития ТК (врожденный мегаколон, подвижная слепая кишка, подвижная сигма, спланхоптоз)
Воспалительные
Токсические (свинец, ртуть, таллий, никотин, чай, какао)
Эндокринные (гиперпаратиреозидизм, микседема, аддисонова болезнь, гипопитарные расстройства, сахарный диабет, климакс, феохромоцитомы, запоры беременных)
Медикаментозные (релаксанты, ганглиоблокаторы, периферические холинолитики, наркотики, противосудорожные, антациды, мочегонные, барбитураты, раздражающие слабительные, препараты железа)
Застойные (при сердечной недостаточности по правому желудочку, при почечной недостаточности, при патологии печени с портальной гипертензией)

ции ситуации» в целом, т.е. переходу функциональной патологии в органическую.

Следует отметить, что при диагностическом обследовании особое внимание нужно уделять тщательной оценке кишечной симптоматики и обстоятельств, способствующих развитию запора [3]. Использование специальных методов исследования требуется только у некоторых больных. Разработана программа обследования пациентов, включающая определенные диагностические мероприятия на различных этапах поиска (табл. 2), которая позволяет получить ответ на основной вопрос – вызван ли запор заболеванием или является функциональным расстройством.

Лечение функциональных запоров

Необходимым условием лечения хронического запора являются диетические мероприятия в зависимости от типа моторно-эвакуаторных нарушений кишечника. Так, при гипомоторике рацион строится по типу «шлаковой нагрузки» (овощи, фрукты,

ягоды – преимущественно сырые, не менее 200 г/сутки). При гипомоторике (спастической дискинезии) питание более щадящее: овощи в отварном виде, растительные жиры.

При этом важной составляющей лечения является соблюдение питьевого режима (не менее 1,5–2 л /день).

Большое значение в комплексе мероприятий по устранению запора имеет физическая нагрузка и устранение негативных лекарственных воздействий. Лекарственная терапия включает использование препаратов, влияющих на моторику толстой кишки, и слабительные средства. Применение препаратов, влияющих на моторику, обусловлено патофизиологическими механизмами, лежащими в основе первичных моторных расстройств толстой кишки. Для замедления пропульсивной активности кишки используют спазмолитики, М-холиноблокаторы, опиаты, блокаторы кальциевых каналов и др.

При гипомоторной дискинезии применяются препараты, уси-

ливающие перистальтику: метоклопрамид, антагонист 5-НТ4-рецепторов тегасерод, показавший высокую эффективность, регулятор моторики тримебутин (Дебридат) – стимулятор всех видов опиатных рецепторов. У лиц молодого и среднего возраста может быть использован комбинированный препарат Метеоспазмил (альверин + симетикон) курсом по 1 капсуле 2 раза в день в течение 3 недель. По нашим данным, восстановление моторики и купирование запора зарегистрировано у 67% больных.

При спастической (гипермоторной) дискинезии используются миотропные спазмолитики:

- донаторы оксида азота;
- ингибиторы фосфодиэстеразы IV типа;
- блокаторы кальциевых каналов частично избирательного действия – пинаверия бромид (Дицетел) и отилония бромид (Спазмомен);

- блокаторы периферических серотониновых рецепторов;

- блокаторы натриевых каналов – мебеверин (Дюспаталин).

При неэффективности перечисленных мероприятий ключевым этапом лечения является применение препаратов слабительного действия. Помимо этого, существует ряд абсолютных показаний к применению слабительных: длительный постельный режим; недопустимость повышения внутрибрюшного давления при натуживании (инфаркт миокарда, аневризмы, тромбозы, грыжи, трещины и т.д.); медикаментозные запоры; деменция.

Выделяют следующие группы слабительных препаратов.

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого (содержащие растительные гидрофильные волокна: отруби, морская капуста (ламинария), льняное семя, семена подорожника, агар-агар; препараты метилцеллюлозы (Мукофальк 10–15 г/сутки) и др.).

2. Осмотические слабительные (Форлакс – полиэтиленгликоль с молекулярной массой 4000, солевые (сульфат магния, сульфат на-



трия, соль карловарская), спирты (сорбитол, маннитол), синтетические дисахариды (лактозула), лактитол (Экспортал)).

3. Размягчающие фекалии (вазелиновое, касторовое, миндальное и другие масла, парафин).

4. Средства, стимулирующие функцию кишечника (антрагликозиды – ревеня, крушина, препараты сенны; Гутталакс, бисакодил (Дульколак), Агиолак и др.; комбинированные препараты – Кафиол, Калифит, Эндрюс Ливерсолт, Муцидум, Агарол; травяные слабительные сборы в различных комбинациях).

5. Смазывающие (минеральные масла, свечи глицериновые, касторовое масло).

В настоящее время отработаны принципы выбора слабительных средств и тактики лечения, включающие следующие положения.

1. Выбор препарата осуществляется в зависимости от ведущего патологического механизма запора.

2. При сложном механизме расстройства моторики целесообразна комбинация препаратов с разным механизмом действия.

3. В процессе лечения должна осуществляться смена препарата и корректировка дозы (так как либо развивается привыкание, либо повышается чувствительность рецепторов к восприятию двигательных стимулов).

4. В зависимости от эффекта следует изменять ритм приема, дозу слабительных, делать перерывы в лечении.

5. Необходимо учитывать исходное состояние пациента (возраст, сопутствующие заболевания, состояние электролитного баланса), так как применение слабительных может сопровождаться потерей электролитов, нарушением синтеза витаминов группы В и др.

Наиболее часто применяемой группой слабительных препаратов являются осмотические средства. Их действие не нарушает чувствительность рецепторов, более того, при их применении чувствительность рецепторов восстанавливается. Однако

действие препаратов этой группы не однозначно.

Так, спирты с относительно короткой цепью из 3–6 углеродных атомов (сорбитол, маннитол, глицерин) и солевые слабительные действуют на уровне тонкой кишки и способствуют выделению в ее просвет большого количества жидкости, что сопровождается разжижением кала, часто до степени диареи. Кроме того, солевые слабительные действуют быстро (в течение 2 часов), но не пригодны для длительного лечения (выражены нарушения водно-электролитного баланса).

Форлак (макроголь 4000) [2] не всасывается, не метаболизируется, образует дополнительные водородные связи в просвете кишки, благодаря чему увеличивается объем кишечного содержимого, размягчается консистенция, формируется позыв к стулу.

Хорошо зарекомендовали себя препараты синтетического диса-

характерный препарат Экспортал [1, 4] (международное непатентованное название – лактитол), который также относится к группе осмотических слабительных. Действующим веществом является лактитола моногидрат (многоатомный спирт), обеспечивающий быстрый терапевтический эффект при отсутствии побочных явлений (препарат не действует в тонкой кишке), свойственных этой подгруппе препаратов (спирты).

Кроме того, осмотическими свойствами обладают продукты метаболизма лактитола, которые (подобно лактулозе) образуются в толстой кишке под воздействием ферментативного расщепления облигатной флоры с образованием короткоцепочных жирных кислот, углекислого газа и воды. Эти продукты не всасываются и повышают осмотическое давление, увеличивая объем кишечного содержимого за счет увеличе-

Таблица 2. Этапы диагностического поиска при запорах

Этап	Диагностические мероприятия
1-й этап	А. Оценка клинических данных. Б. Рентгенологическое исследование кишечника, которое позволяет оценить анатомическое состояние толстой кишки: а) раздражение; б) нормальное ее строение при функциональных расстройствах; в) установление опухолей, аномалий, изменений, характерных для обструкции
2-й этап	Колоноскопия, биопсия с гистологическим, гистохимическим исследованием биоптата
3-й этап	Специальные методы исследования, позволяющие оценить моторно-эвакуаторную функцию, микробный спектр или содержание летучих жирных кислот (интегральный показатель микробного ценоза), состояние запирающего механизма прямой кишки. Функциональное состояние других органов и отделов желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, вегетативной нервной системы (для женщин – обязательный осмотр гинеколога с целью определения патологии матки)

хариды лактулозы (Дюфалак и др.), которые не всасываются в тонкой кишке и расщепляются с помощью сахаролитической флоры сначала до фруктозы и галактозы, а в конечном итоге до короткоцепочечных (летучих) жирных кислот, что обеспечивает осмотический эффект и способствует увеличению биомассы индигенной флоры.

В настоящее время на российском рынке появился новый оте-

ния биомассы (энергетический эффект летучих жирных кислот) (рис. 1).

Мы оценили эффективность препарата Экспортал у 30 больных пожилого и старческого возраста (от 65 до 81 года) с хроническими функциональными запорами. Длительность запоров до 5 лет наблюдалась у 3 больных, до 10 лет – у 9, до 20 лет – у 11, свыше 20 лет – у 7 пациентов. У всех



Таблица 3. Динамика клинических симптомов у больных с хроническими запорами до и после лечения препаратом Экспортал

Параметры	До лечения (n = 30)*	После лечения		
		Не изменились	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	19 (63,3%)	2 (6,6%)	5 (16,7%)	12 (40%)
Урчание	14 (46,7%)	5 (16,7%)	2 (6,6%)	7 (23,4%)
Натуживание при акте дефекации	26 (86,7%)	3 (10%)	7 (23,3%)	16 (53,4%)
Чувство неполного опорожнения кишечника	27 (90%)	4 (13,3%)	4 (13,3%)	19 (63,4%)
Консистенция кала				
Жидкий	–		–	
Кашицеобразный	–		2 (6,7%)	
Полуоформленный	–		6 (20%)	
Оформленный, мягкий	1 (3,3%)		19 (63,3%)	
Крутой/твердый	29 (96,7%)		3 (10%)	
«Карболеновая» проба	69,7 ± 6,9 часа		35,3 ± 5,6 часа	

больных была выявлена сопутствующая патология (сердечно-сосудистая, органов пищеварения), но на момент включения в исследование препаратов, влияющих на моторику кишечника, они не получали.

Все пациенты до момента включения в исследование принимали различные слабительные с временным нестойким эффектом.

Экспортал назначали по 2 пакетика (или 4 чайных ложки) порошка в день в течение 20 дней. В зависимости от эффективности лечения проводилась коррекция дозы препарата.

Эффект оценивали по динамике клинических проявлений, результатам электрогастроэнтерографии, времени транзита по кишечнику активированного угля – карболеновая проба (в норме транзит составляет 24–48 часов), определяли так-

* К короткоцепочечным жирным кислотам (фракции C2–C6) с изомерами относят уксусную (C2), пропионовую (C3), изомасляную (изоC4), масляную (C4), изовалериановую (изоC5), валериановую (C5), изокапроновую (изоC6) и капроновую (C6) кислоты.

же короткоцепочечные жирные кислоты (КЖК*) в кале до и после лечения.

Переносимость и безопасность препарата оценивали по дневникам наблюдения, биохимическому профилю крови и общим анализам крови и мочи.

Результаты лечения представлены в таблице 3, из которой видна положительная динамика всех клинических проявлений. При этом хотелось бы отметить, что оформленный стул был отмечен

у 63,3% больных, у остальных пациентов стул стал мягким, полуоформленным; исчезла или значительно уменьшилась необходимость в натуживании у подавляющего большинства больных. У 4 пациентов в первые дни лечения доза препарата была увеличена до 3 пакетиков в сутки. Это повышение было временным до стойкого купирования запора, затем доза сохранилась прежней – 2 пакетика в сутки; у 2 пациентов доза препарата вскоре была снижена до 1 пакетика. Пять пациентов (16,7%) отметили появление метеоризма, который носил временный характер и не потребовал отмены препарата.

Общая эффективность в купировании клинических проявлений составила 84,7% с быстрым (в первые 4–5 дней) наступлением ежедневной дефекации; нормализовался транзит по кишечнику (по результатам карболеновой пробы), увеличилась мощность сокращений и восстановился коэффициент ритмичности (по данным электрогастроэнтерографии).

Методом газожидкостного хроматографического анализа (ГЖХ-анализ) было исследовано количественное и качественное содержание короткоцепочечных жирных кислот в кале в динамике.

Было установлено, что исходно отмечалось достоверное снижение суммарного абсолютно содержания кислот, измене-

Таблица 4. Сравнительная оценка эффективности лечения больных с хроническими запорами препаратами Экспортал и Форлакс (p < 0,05)

Клинические и инструментальные показатели	Количество больных в группах	
	Основная группа (n = 30)	Группа сравнения (n = 31)
Клиническая ремиссия	14 (46,7%)	11 (36,3%)
Значительное улучшение	11 (36,7%)	9 (29,7%)
Улучшение	4 (13,3%)	8 (26,4%)
Без эффекта	1 (3,3%)	3 (9,3%)
Эффективность терапии	84,7%	80,7%
Эффективность в баллах	2,26 ± 0,11	1,90 ± 0,09



ние профиля (т.е. относительного содержания) уксусной, пропионовой и масляной кислот, отклонение значений анаэробного индекса, отражающего окислительно-восстановительный потенциал внутрипросветной кишечной среды, от области нормальных значений, а также повышение суммарного относительного количества изокилот. Выявленные изменения параметров КЖК свидетельствовали об исходном снижении активности и численности облигатной микрофлоры, в том числе молочнокислой (бифидо- и лактобактерий), нарушении качественного состава микроорганизмов с доминированием в одних случаях аэробных (1 тип), в других анаэробных (2 тип) популяций микроорганизмов, причем их факультативных и остаточных штаммов, изменении протеолитической активности микрофлоры за счет изменения среды ее обитания. После лечения отмечалась выраженная тенденция к восстановлению (в ряде случаев нормализация) вышеуказанных параметров КЖК, свидетельствующая о восстановлении активности и состава толстокишечной микрофлоры, что было связано как с метаболическим эффектом Экспортала, так и с восстановлением транзита по кишечнику.

Эти данные позволили сделать следующие выводы.

1. Экспортал является эффективным препаратом для лечения хронических функциональных запоров у больных пожилого и старческого возраста.
2. Эффект препарата обусловлен:
 - нормализацией двигательной активности толстой кишки;
 - восстановлением нарушенной экосистемы кишечника.
3. Препарат хорошо переносится и имеет минимум (3,3%) побочных эффектов (умеренный метеоризм, возникший в начале лечения у части больных, не требующий изменения доз и характера лечения). Второй частью настоящего исследования был сравнительный анализ клинической эффектив-

ности препаратов Экспортал («ФПК ФармВИЛАР», Россия) и Форлак («Ипсен», Франция) в терапии хронических запоров. Форлак был выбран для сравнения в связи с тем, что на сегодняшний день он является наиболее часто применяемым препаратом из группы осмотических слабительных.

Для сравнения эффективности препаратов были обследованы и

Все пациенты до момента включения в исследование получали слабительные препараты (рецепторного, объемного типа), часть больных (примерно 10%) пользовались очистительными клизмами.

Пациенты 1-й группы получали Экспортал по 2 пакетика в день, пациенты 2-й группы – Форлак в том же количестве. Продолжительность лечения составила 20 дней.

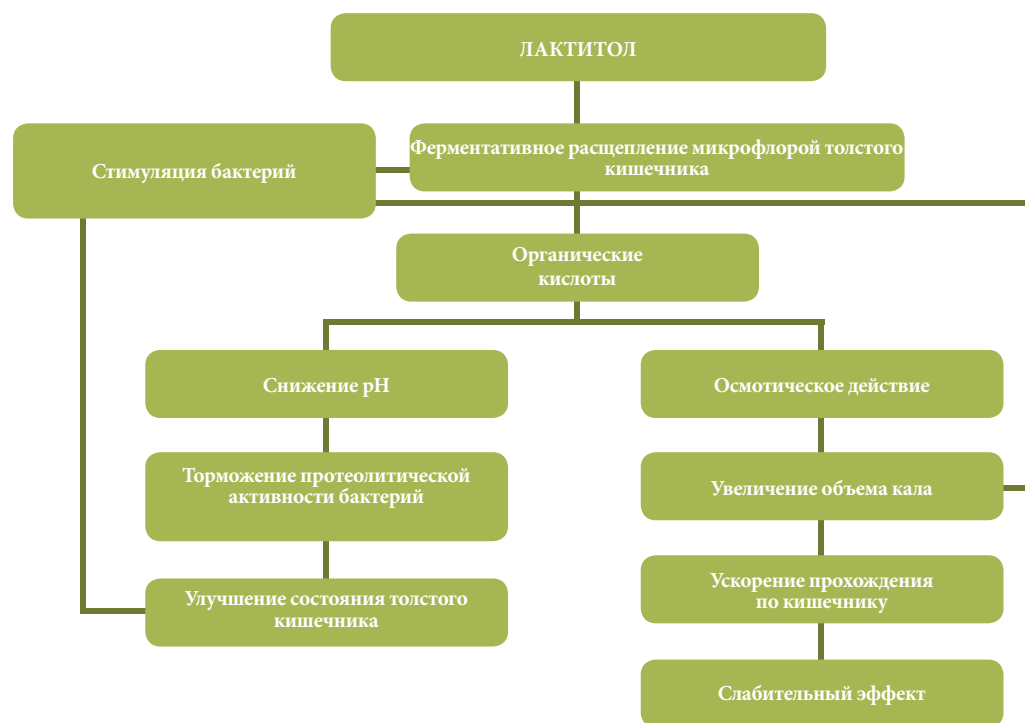


Рис. 1. Механизм действия Экспортала

получили лечение 60 пациентов пожилого и старческого возраста, которые страдали хроническим запором.

Было сформировано 2 группы сравнения:

- 1-я группа – 30 человек, получавших Экспортал;
- 2-я группа – 30 человек, получавших Форлак.

Средний возраст пациентов 1-й группы составил $74,9 \pm 6,9$ лет (от 65 до 81 года), из них 6 мужчин, 24 женщины. Характеристики пациентов 2-й группы были сравнимыми. Длительность запоров у большинства пациентов была более 10 лет.

Клиническую картину оценивали по рабочей схеме до лечения и после курса терапии. Определяли интенсивность основных клинических симптомов заболевания. Для определения эффективности лечения в каждой группе (основной и группе сравнения) подсчитывали количество больных, достигших клинической ремиссии, значительного улучшения, улучшения, а также не достигших клинического улучшения. Клинической ремиссией считалось отсутствие симптомов заболевания. Значительное улучшение констатировали при уменьшении клинических симптомов более чем на



Таблица 5. Динамика параметров КЖК[#]

Группа	Σ (C2–C6)	Уксусная кислота	Пропионовая кислота	Масляная кислота	АИ	EiCn
Норма	10,51 ± 2,25	0,634 ± 0,004	0,189 ± 0,001	0,176 ± 0,004	-0,576 ± 0,012	0,059 ± 0,004
Хронический запор 1 типа (до лечения)	3,95 ± 1,12	0,701 ± 0,006*	0,152 ± 0,006*	0,147 ± 0,004*	-0,426 ± 0,011*	0,093 ± 0,014*
Хронический запор 1 типа (после лечения Экспорталом)	8,02 ± 1,56*	0,661 ± 0,005**	0,184 ± 0,006**	0,155 ± 0,002*	-0,512 ± 0,011**	0,069 ± 0,007**
Хронический запор 1 типа (после лечения Форлаксом)	5,04 ± 1,10*	0,682 ± 0,006**, ***	0,167 ± 0,006**, ***	0,151 ± 0,002*	-0,466 ± 0,009**, ***	0,087 ± 0,007**, ***
Хронический запор 2 типа (до лечения)	4,02 ± 1,45	0,550 ± 0,002*	0,232 ± 0,007*	0,218 ± 0,004*	-0,818 ± 0,012*	0,087 ± 0,009*
Хронический запор 2 типа (после лечения Экспорталом)	7,56 ± 1,34*	0,613 ± 0,004**	0,201 ± 0,006**	0,186 ± 0,006**	-0,631 ± 0,012**	0,073 ± 0,008**
Хронический запор 2 типа (после лечения Форлаксом)	5,07 ± 1,13*	0,576 ± 0,003**, ***	0,223 ± 0,006**, ***	0,201 ± 0,007**, ***	-0,736 ± 0,014**, ***	0,081 ± 0,008**

[#] Абсолютное содержание C2–C6 кислот (мг/г), профили КЖК C2–C4, значения анаэробных индексов, отношение суммарного содержания отдельных изокилот (изоCп, изоC4, изоC5) к кислотам с неразветвленной цепью (Cп, C4, C5) в фекалиях у больных с хроническими запорами исследуемых групп на фоне лечения препаратами Экспортал и Форлакс и у практически здоровых лиц (M ± m для p < 0,05).

* p < 0,05 при сравнении с группой нормы.

** p < 0,05 при сравнении показателей до и после лечения.

*** p < 0,05 при сравнении показателей между группами после лечения.

50%. Улучшением считали уменьшение клинических симптомов менее чем на 50%.

Для статистической обработки эффективность лечения выражали в баллах. Оценка 0 баллов означала отсутствие эффекта от лечения, 1 балл – улучшение, 2 балла – значительное улучшение и 3 балла – клиническую ремиссию. Сравнительная эффективность лечения больных хроническими запорами препаратами Форлакс и Экспортал представлена в таблице 4, из которой видно, что эффективность терапии при использовании Форлакса составила 80,7% (1,90 ± 0,09 балла), при использовании Экспортала – 84,7% (2,26 ± 0,11 балла), что свидетельствует о преимуществе последнего.

Кроме клинических показателей изменились и другие фиксируемые тесты. Так, время транзита по карболеновой пробе на фоне Экспортала ускорилось с 69,7 ± 6,9 часа до 35,3 ± 5,6 часа; на фоне лечения Форлаксом – с 68,4 ± 3,9 до 46,3 ± 2,4 часа.

Появление метеоризма на фоне лечения зафиксировано практически с одинаковой частотой; однако в группе пациентов, принимавших Форлакс, были выявлены другие побочные эффекты (отрыжка, преходящие боли в животе), составившие в сумме 6,5%.

Увеличение дозы препарата на фоне лечения Форлаксом потребовалось у 9 пациентов, на фоне лечения Экспорталом – у 5.

Динамика электрической активности и коэффициент ритмичности изменились в сторону нормализации в обеих группах, но у больных, получавших Экспортал, сдвиг был более выраженным.

Динамика параметров КЖК (табл. 5) оказалась более достоверно выраженной у пациентов, получающих Экспортал, что связано не только с нормализацией транзита, но и с восстановлением активности и состава кишечной микрофлоры. Следовательно, в 1-й группе фиксируются прямой – метаболический – и опосредованный эффекты восстановления

состава кишечной микрофлоры, а во 2-й группе пациентов, получавших Форлакс, фиксируется только опосредованный эффект, который зависит от восстановления транзита по кишечнику.

Представленные данные позволили нам сделать следующее заключение.

1. Экспортал имеет более высокую клиническую эффективность в лечении хронических запоров у пациентов пожилого и старческого возраста (84,7% против 80,7% при лечении Форлаксом; 2,26 ± 0,11 и 1,90 ± 0,09 балла соответственно); низкую частоту побочных эффектов (3,3% и 6,5% соответственно) и более быстрый ответ на терапию (3,5 ± 1,5 и 5,5 ± 2,5 дней).

2. Более выраженный эффект Экспортала по сравнению с Форлаксом связан с прямым (метаболическим) эффектом по отношению к кишечной микрофлоре и с более выраженным опосредованным эффектом, связанным с нормализацией транзита по кишечнику. ☺

Литература
→ с. 94

Мягкое и безопасное слабительное Экспортал®

Состав: лактитола моногидрат

Саше № 10, № 20, контейнер пластиковый 200 г



Нормализует микрофлору кишечника

Не влияет на уровень сахара в крови

Не вызывает привыкания

Не требует увеличения дозы при многократном применении

Обладает приятным вкусом

Растворим в любой жидкости (чай, кофе, сок и т.д.)

Способ применения и дозы:

При запорах:

Взрослые: 20 г (2 пакетика) в сутки

Дети 1-6 лет: 2,5-5 г (1/2-1 чайная ложка порошка) в сутки

Дети 6-12 лет: 5-10 г (1-2 чайных ложки порошка) в сутки

Дети 12-16 лет: 10-20 г в сутки

Препарат должен вызывать стул один раз в сутки.

При печеночной энцефалопатии, коме и прекоме доза препарата подбирается индивидуально для каждого пациента и должна вызывать два "мягких стула" в сутки. Начальная доза составляет 0,5-0,7 г на 1 кг массы тела.



Экспортал рекомендовано применять:

При запорах различной этиологии

У беременных женщин и детей от одного года

У больных сахарным диабетом без ограничений

Для размягчения стула при подготовке к операциям

При печеночной энцефалопатии, коме и прекоме

ЗАО "ФПК ФармВИЛАР" - единственный производитель на территории России препаратов на основе Лактитола



Литература

- рефлюксной болезнью // Эффективная фармакотерапия. 2009. № 1. С. 20–28.
- Пасечников В.Д., Гозуев Р.К., Пасечников Д.В. Сравнение кислотосупрессивного эффекта генериков омепразола // Клинические перспективы гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 2010. № 5. С. 10–16.
 - Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология. М.: Гэотар-Медицина, 2009. 413 с.
 - Bajbouj M., Reichenberger J., Neu B. et al. A prospective multicenter clinical and endoscopic follow-up study of patients with gastroesophageal reflux disease // Z. Gastroenterol. 2005. Vol. 43. № 12. P. 1303–1307.
 - Calabrese C., Bortolotti M., Fabbri A., Areni A., Cenacchi G., Scialpi C., Miglioli M., Di Febo G. Reversibility of GERD ultrastructural alterations and relief of symptoms after omeprazole treatment // Am. J. Gastroenterol. 2005. Vol. 100. № 3. P. 537–542.
 - Calabrese C., Fabbri A., Bortolotti M. et al. Effect of omeprazole on symptoms and ultrastructural esophageal damage in acid bile reflux // World J. Gastroenterol. 2005. Vol. 11. № 12. P. 1876–1880.
 - Dent J., Brun J., Fendric A.M. et al. An evidence-based appraisal of reflux disease management – the Genval Workshop Report // Gut. 1999. Vol. 44. Suppl. 2. P. S1–S16.
 - Hansen J., Wildner-Christensen M., De Muckadell O. Long-term course of gastro-esophageal reflux symptoms (GERS) in the community: a prospective follow-up analysis of symptoms, quality of life and health care use // Gastroenterology. 2007. Vol. 132. № 296. A-54.
 - Kahrilas P.J., Shaheen N.J., Vaezi M.F. et al. American Gastroenterological Association medical position statement on the management of gastroesophageal reflux disease // Gastroenterology. 2008. Vol. 135. P. 1383–1391.
 - Fock K.M., Talley N.J., Ronnie Fass R. et al. Asia-Pacific Consensus on the Management of Gastroesophageal Reflux Disease // Update J. Gastroenterol. Hepatol. 2008. Vol. 23. № 1. P. 8–22.
 - Manabe N., Yoshihara M., Sasaki A. et al. Clinical characteristics and natural history of patients with low-grade reflux esophagitis // J. Gastroenterol. Hepatol. 2002. Vol. 17. № 9. P. 949–954.
 - McDougall N.I., Johnston B.T., Collins J.S. et al. Three- to 4.5-year prospective study of prognostic indicators in gastro-oesophageal reflux disease // Scand. J. Gastroenterol. 1998. Vol. 33. № 10. P. 1016–1022.
 - Pace F., Santalucia F., Bianchi Porro G. Natural history of gastro-oesophageal reflux disease without oesophagitis // Gut. 1991. Vol. 32. № 8. P. 845–848.
 - Peterson W.L., Berardi R.R., El-Serag H. et al. Improving the Management of GERD: Evidence-Based Therapeutic Strategies: Continuing Medical Education, Consensus Opinion in Gastroenterology. Bethesda, Maryland: AGA Press, 2002. 25 p.
 - Sontag S.J., Sonnenberg A., Schnell T.G., Leya J., Metz A. The long-term natural history of gastroesophageal reflux disease // J. Clin. Gastroenterol. 2006. Vol. 40. № 5. P. 398–404.
 - Trimble K.C., Douglas S., Pryde A., Heading R.C. Clinical characteristics and natural history of symptomatic but not excess gastroesophageal reflux // Dig. Dis. Sci. 1995. Vol. 40. № 5. P. 1098–1104.
 - Tytgat G.N., Mccoll K., Tack J. et al. New Algorithm for the Treatment of Gastro-Oesophageal Reflux Disease // Aliment Pharmacol Ther. 2008. Vol. 27. № 3. P. 249–256.
 - Tytgat G.N., Heading R.C., Muller-Lissner S. et al. Contemporary understanding and management of reflux and constipation in the general population and pregnancy: a consensus meeting // Aliment Pharmacol Ther. 2003. Vol. 18. P. 291–301.
 - Tytgat G.N., Mccoll K., Tack J., Holtmann G., Hunt R.H., Malfertheiner P., Hungin A.P.S., Batchelor H.K. New Algorithm for the Treatment of Gastro-Oesophageal Reflux Disease // Aliment. Pharmacol. Ther. 2008. Vol. 27. № 3. P. 249–256.
 - Vakil N., van Zanten S.V., Kahrilas P., Dent J., Jones R.; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus // Am. J. Gastroenterol. 2006. Vol. 101. P. 1900–1920.

О.Н. МИНУШКИН, М.Д. АРДАТСКАЯ, Г.А. ЕЛИЗАВЕТИНА, В.В. БАЛЫКИНА, Л.В. БАРКАЛОВА,
И.В. ВОСКОБОЙНИКОВА, Т.С. ШИНДИНА
Функциональные запоры: некоторые лечебные подходы

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

Н.В. ТОПЧИЙ, А.С. ТОПОРКОВ
Холелитиаз и билиарный сладж: современные методы диагностики и лечения

- Ахматов М. Вода, которую мы пьем. М., 2006.
- Бартош Л.Ф., Топчий Н.В., Аленов А.В. Постхолецистэктомический синдром: Учебное пособие. Пенза, 1999. 21 с.
- Биссет Р., Хан А. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании. Пер. с англ. / Под ред. С.И. Пиманова. М.: Мед. литература, 2001. 272 с.
- Губергриц Н.Б., Бен Хмида Макрем Бен Мекк. Билиарный сладж: констатировать или лечить? // Сучасна гастроэнтерология. 2005. Т. 4. № 24. С. 9–19.
- Вихрова Т.В. Билиарный сладж и его клиническое значение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003.
- Ильченко А.А., Делюкина О.В. Клиническое значение билиарного сладжа // Consilium medicum. 2005. № 7. С. 134–137.
- Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь // Лечащий врач. 2004. № 4. С. 27–32.
- Ильченко А.А. Билиарный сладж как начальная стадия желчнокаменной болезни // Consilium medicum. 2009. № 6. Т. 6. С. 412–414.
- Махов В.М., Ганеева М.Б. Терапевтические аспекты желчнокаменной болезни // РМЖ. 2010. № 13. Т. 18. С. 806–809.
- Мехтиев С.Н., Гриневиц В.Б., Кравчук Ю.А., Богданов Р.Н. Билиарный сладж: нерешенные вопросы // Лечащий врач. 2007. № 6. С. 24–28.
- Мехтиев С.Н., Гриневиц В.Б., Захаренко С.М. Дисбактериоз кишечника. Вопросы и ответы: Учебно-методическое пособие. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ и СР РФ, 2006. С. 37–39.
- Максимов В.А., Бунтин С.Е. О влиянии фитокомплекса Холит на моторную и внешнесекреторную функцию печени у больных с постхолецистэктомическим синдромом. Отчет клинического исследования. 2010.
- Минушкин О.Н., Масловский Л.В. Диагностика и лечение функциональных расстройств билиарного тракта // РМЖ. 2010. Т. 18. № 4. С. 1–7.
- Обменно-воспалительные заболевания билиарного тракта у детей (алгоритмы диагностики и лечения): Учебно-методическое пособие / Под ред. Л.А. Харитоновой, А.М. Запруднова. М., 2010. 37 с.
- Пиманов С.И., Силивончик Н.Н. Римский III консенсус: избранные разделы и комментарии: Пособие для врачей. Витебск, 2006. 160 с.