

ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАПОРА

С. Черемушкин, кандидат медицинских наук,
Ю. Кучерявый, кандидат медицинских наук
МГМСУ им. А.И. Евдокимова
E-mail: proped@mail.ru

Изложены современные взгляды на диагностику и лечение такой актуальной проблемы, как хронический запор. Предложен долгосрочный алгоритм стратегии его лечения, основанный на анализе последних рекомендаций и принципах доказательной медицины.

Ключевые слова: хронический запор, диагностика, осмотические слабительные, макрогол, Форлакс®.

Запор является общей медико-социальной проблемой, далеко выходящей за рамки гастроэнтерологии (встречается во всех группах населения) [5, 13, 19]. По результатам эпидемиологических исследований за 1998–2008 гг., частота запора в популяции варьирует от 2 до 35%, что обусловлено недостаточно четким определением изучаемой проблемы и различной методологией исследований (табл. 1) [13, 16]. В большинстве случаев это состояние является хроническим, т.е. персистирует более 3 мес. Частота встречаемости синдрома запора закономерно увеличивается с возрастом, а женщины страдают чаще во всех возрастных группах (рис. 1) [19]. Так, результаты крупного популяционного европейского исследования (n=2000) продемонстрировали, что запор достоверно чаще встречался у женщин, чем у мужчин (соответственно 4,3 и 1,7%; $p < 0,0001$); закономерно, что частота запора возрастала с возрастом (см. рис. 1). Аналогичной была тенденция в потребности пациентов в слабительных препаратах – у 22% женщин и 10% мужчин [19].

Очень часто клиницист, общаясь с больным, встречается с ситуацией, когда пациент, жалуясь на запор, отмечает не только снижение частоты стула (порой она вообще может не изменяться). Так, 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. Странно, что до недавнего времени не существовало единого общепринятого определения хронического запора.

Римские критерии III пересмотра (2006) были призваны унифицировать понятие «хронический запор» (ХЗ). Критерии представлены в виде набора характерных симптомов, выявление 2 и более из которых в течение последних 3 мес с высокой степенью вероятности позволяет установить диагноз (табл. 2).

Так, функциональный запор (ФЗ) определяется как функциональное расстройство кишечника, проявляющееся стойкими нарушениями дефекации в виде затрудненного или редкого стула или ощущением неполного опорожнения кишечника, 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 этого признака клиницисты должны руководствоваться Бристольской шкалой формы стула [12], которая неоднократно публиковалась (в том числе и в наших работах) и известна большинству врачей общей практики.

Американской коллегией гастроэнтерологов (ACG) и Канадской гастроэнтерологической ассоциацией (CAG) предложены свои перечни признаков, квалифицирующих ХЗ, практически идентичные Римским критериям, но менее жесткие, в частности, в них отсутствует процентная оценка показателей [2, 17, 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. С учетом этих нюансов ACG предложила следующее: определение ХЗ – **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, персистирование жалоб в течение 3 мес за последний год [2, 17].

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

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

Таблица 1

Базовые эпидемиологические работы по изучению запора в Северной Америке за период 1964–2004 гг. (по [13])

Автор	Страна	Год	Опрос	Число	Частота в популяции, %
Hammon	США	1964	Почтой	890 394	27,1
Sandler	США	1971–1975	Интервью	15 014	12,8
Everhart	США	1971–1975	Интервью	11 024	15,8
Johanson	США	1983–1987	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

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, так как следует помнить, что у ряда практически здоровых людей обнаруживается редкий ритм дефекации, не доставляющий человеку никаких неудобств [9]. На физиологические параметры частоты опорожнения кишечника влияет много факторов, и в первую очередь – характер принимаемой пищи. Так, при приеме высококалорийной пищи количество физиологических дефекаций может быть <3 раз в неделю, а употребление пищи, содержащей большое количество растительной клетчатки, – сопровождаться 2–3-кратным опорожнением в сутки, и это тоже не будет свидетельствовать о патологическом процессе. Наряду с этим 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]. Важно подчеркнуть, что существует единое мнение относительно характерных черт ФЗ: отсутствие жидкого стула, признаков СРК (боль в животе и ее связь со стулом) и органических причин для синдрома запора.

Говоря о патологических механизмах, вызывающих запор, следует в первую очередь помнить о разделении хронического запора по этиологическому фактору на первичный (идиопатический запор) и вторичный. В первом случае отсутствуют очевидные причины запора, в связи с чем его появление связывают главным образом с нарушением моторики кишечника. В дальнейшем первичный запор классифицируется по типу моторных нарушений: с нормальным транзитом по кишечнику, с замедленным транзитом и диссинергический запор. К вторичным причинам, вызывающим развитие ХЗ, 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 оболочки 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).

Возможна также и 3-я, смешанная форма ХЗ. В процентном отношении наиболее представительна 2-я форма, частота которой достигает 85% [15].

Такое многообразие этиологических факторов заставляет еще раз акцентировать внимание практических врачей на актуальности неформального подхода к пациенту с жалобой на запор с целью верификации его причин, которые по статистике достаточно часто остаются невыясненными. Несомнен-

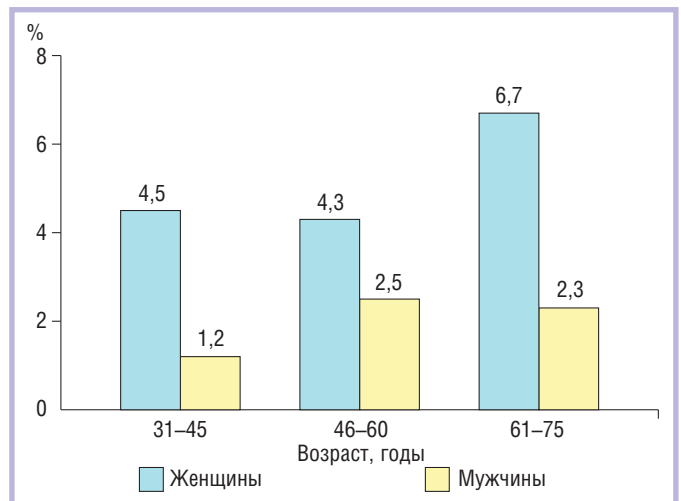


Рис. 1. Частота регистрации ХЗ в зависимости от возраста и пола пациентов

ным остается тот факт, что с течением времени у больных с ХЗ снижается частота высокоамплитудных пропульсивных сокращений [3].

Подводя итог разговору о диагностических критериях ХЗ, отметим, что о высокой вероятности его функционального происхождения будет свидетельствовать отсутствие критериев исключения, представленных в различных диагностических критериях (Римские, Канадские, Северо-Американские) с небольшими отличиями [2, 10, 18]. В табл. 3 перечислены 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, так как используемый в большинстве лечебных учреждений пассаж бария по толстой кишке признан неинформативным. В частности, к новым методикам

Признаки ХЗ	Таблица 2
• Необходимость в сильном натуживании, несмотря на наличие мягкого содержимого прямой кишки и позывов к опорожнению, в течение по крайней мере 25% всех дефекаций	
• Отделение малого (<35 г/сут) количества кала большой плотности, сухости, фрагментированного (по типу «овечьего»), травмирующего область заднепроходного отверстия (признаки наблюдаются по крайней мере в 25% дефекаций)	
• Отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации (незавершенная эвакуация) по крайней мере в 25% дефекаций	
• Ощущение блокировки содержимого в прямой кишке при натуживании (аноректальная обструкция) по крайней мере в 25% случаев дефекаций	
• Необходимость в мануальных приемах (пальцевое удаление кала или поддержка тазового дна) 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)	

относится пассаж рентгеноположительных пеллет (пилюль). Суть исследования заключается в применении 24 рентгеноположительных 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% пеллет обнаруживаются в толстой кишке. При подозрении у больных на аноректальные причины ХЗ применяют специальные диагностические тесты, к которым относится аноректальная манометрия с низведением баллона [2, 18].

Лечение запора всякий раз представляет для клинициста сложную задачу, так как часто пациенты с ХЗ уже длительное время самостоятельно применяют слабительные, причем прием, как правило, носит бессистемный характер и происходит на фоне злоупотребления клизмами.

Главной целью лечения ХЗ является уменьшение или избавление от беспокоящей больного 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 ХЗ с дополнительным приемом слабительного средства. Неэффективность проводимых мероприятий приводит к прогрессирующему ухудшению качества жизни пациентов, утяжелению уже имеющихся симптомов, что, безусловно, усиливает беспокойство больных, ухудшает настроение и депрессию. Все это, в свою очередь, является триггером нарастающего недоверия к лечению, что, несомненно, усугубляет проблему запора и замыкает порочный круг.

Представляем алгоритм долгосрочной стратегии лечения ХЗ, предложенный САГ [18]; этот алгоритм представляется нам оптимальным для использования в повседневной практике врача. В соответствии с указанной стратегией, алгоритм лечения ХЗ включает несколько этапов (рис. 2). I–II этап заключается в первостепенном исключении вторичных запоров, в том числе лекарственных, а также СРК с преобладанием запора. Далее (II этап) врач должен проанализировать симптоматику, изучить анамнез, особенности питания, провести образовательные беседы о необходимости модификации образа

жизни (о пользе пищевых волокон, физической активности, необходимости достаточного и правильного приема жидкости и т.п.).

В случае недостаточной эффективности переходят к III этапу; он складывается из 3 последовательных шагов, каждый из которых направлен на достижение успеха. Так, наиболее физиологичный путь восстановления нормальной дефекации – это модификация образа жизни (II этап); если при этом эффект недостаточный, нужно использовать (этап IIIа) пищевые волокна в качестве добавки к пище или лекарственные препараты (например, псиллиум).

При неудаче этапов II и IIIа или при невозможности (в силу разных причин) их реализации врач должен сразу переходить к этапу IIIб и рекомендовать один из слабительных препаратов осмотического действия (полиэтиленгликоль – ПЭГ – Форлакс® или лактулозу). Если подобранная доза препарата не обеспечивает нормальную дефекацию, к базовой терапии (этапы II–IIIб) можно добавить эпизодическое применение ректальных суппозиториев с глицерином в режиме «по требованию» (этап IIIв). К их кратковременному применению можно прибегнуть и в период подбора дозы осмотического слабительного. Осмотические слабительные назначают на длительный период, корректируя при необходимости дозу (в большей степени корректировка дозы необходима при использовании лактулозы).

Таблица 3	
Критерии исключения при диагностике ФЗ (по [2, 10, 19])	
1. Гематоксезис	
2. Положительный тест на скрытую кровь	
3. Лихорадка	
4. Анемия	
5. Анорексия	
6. Потеря массы тела	
7. Первое обращение после 50 лет	
8. Усиление запора после 50 лет	
9. Патологические изменения объективного статуса, лабораторных показателей, инструментальных исследований	
10. Колоректальный рак и рак другой локализации у родственников	
11. Семейный анамнез воспалительных заболеваний кишечника	
12. Тяжелый прогрессирующий запор без ответа на терапию	

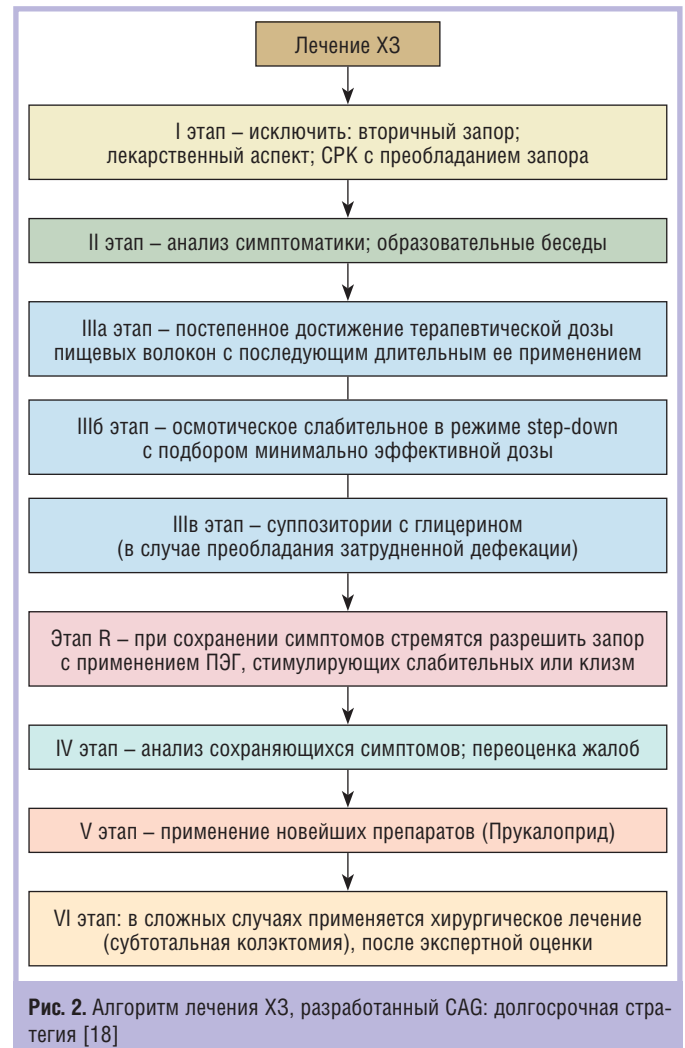


Рис. 2. Алгоритм лечения ХЗ, разработанный САГ: долгосрочная стратегия [18]

Если предшествующие этапы неэффективны (сохраняются те или иные признаки запора, на рис. 2 обозначено буквой R) или исходно у больного был рефрактерный запор, необходимо использовать максимально разрешенные дозы ПЭГ (Форлак[®] по 2 пакета в день) с дополнительным кратковременным применением стимулирующих слабительных и (или) очистительных клизм. На IV этапе осуществляется анализ информации, включающей предшествующий опыт лечения и оценку приверженности пациента лечению. В случае, если признается неэффективным лечение на II–III этапах (у 2% больных), возможна попытка применения Прукалоприда (прокинетики), который зарегистрирован для симптоматического лечения ХЗ только у женщин (V этап).

В отдельных сложных случаях с доказанным медленным транзитом по толстой кишке, при отсутствии психиатрической патологии, при полном отсутствии эффекта от проводимой терапии осмотическими слабительными в течение 3 мес, после оценки приверженности лечению консилиум специалистов может принять решение о проведении субтотальной колэктомии (VI этап).

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

В целом 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 гипертензии и т.п.).

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 разных 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, в отличие от грубых пищевых волокон (отрубей), хорошо переносятся больными.

Некоторые особенности осмотических слабительных делают их применение при ХЗ в большинстве случаев более эффективным, нежели монотерапия балластными веществами (появление регулярного, оформленного стула, отсутствие осложнений, привыкания, низкая частота возникновения побочных эффектов и главное — достижение предсказуемого

времени дефекации). Применение осмотических слабительных является основным этапом лечения ХЗ, рефрактерного к терапии диетой с высоким содержанием балластных веществ и прочим указанным выше мерам.

К осмотическим слабительным относятся препараты макрогола — ПЭГ (Форлак[®]) и лактулозы. Препарат Форлак[®] (макрогол 4000) — высокомолекулярный полимер, который вызывает физиологичную стимуляцию перистальтики, увеличивая объем и размягчая кишечное содержимое за счет образования дополнительных водородных связей с молекулами воды. Плацебоконтролируемыми исследованиями доказана высокая эффективность препаратов макрогола при ХЗ, их безопасность при длительном (от 2–4 нед до 3 мес и дольше — после дополнительного обследования) применении, а также эффект последствия (так называемый эффект «обучения кишечника») как при курсе лечения 1 мес, так и при более долгосрочном применении [6, 8]. Обнадешивают результаты применения препаратов макрогола у пациентов с функциональным хроническим, рефрактерным запором [14], продемонстрировавшие не только субъективное улучшение, но и сокращение дополнительных приемов пикосульфата натрия на фоне уменьшения времени кишечного транзита.

Лактулоза является пребиотиком, оказывающим умеренное осмотическое действие, ограничивающим всасывание воды в толстой кишке, увеличивающим объем кишечного содержимого. Механизм действия лактулозы у больных с ХЗ основан на ее метаболизме лактатпродуцирующими бактериями толстой кишки (пребиотическое действие) на органические кислоты с низкой молекулярной массой (молочную, уксусную, масляную и пропионовую). В результате возникают, с одной стороны, подкисление содержимого кишечника, а с другой — повышение осмотического давления в толстой кишке, задержка воды и увеличение объема содержимого. Вместе с тем при длительном применении у больных с избыточным бактериальным ростом в кишечнике наблюдается инактивация лактулозы бактериями с утратой осмотического эффекта, что требует постоянной коррекции терапии для достижения слабительного эффекта. Одновременно при лечении лактулозой у данной категории больных наблюдаются дозозависимый

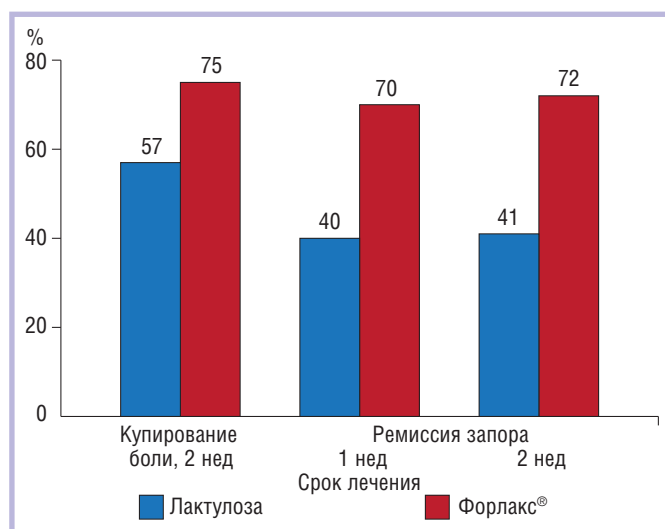


Рис. 3. Частота редукции основных симптомов заболевания в выделенных группах ($p < 0,05$ во всех случаях при сравнении с лактулозой; по [20])

побочный эффект – метеоризм (10–19%), диарея (5–10%), боль в животе (2–3%), тошнота (2%), анорексия (2%). Не следует применять препараты лактулозы при общих противопоказаниях к назначению слабительных средств (см. выше), галактоземии, непереносимости фруктозы, при острых воспалительных заболеваниях кишечника, при бродильной диспепсии с выраженным метеоризмом, суб- и декомпенсации сахарного диабета.

Анализируя данные литературы по сравнительной эффективности препаратов осмотического действия (макрогола и лактулозы) у больных с ХЗ, удалось обнаружить, что **наибольшей эффективностью достоверно обладают препараты макрогола**. Так, в многоцентровом контролируемом рандомизиро-

ванном исследовании, посвященном оценке терапевтической эффективности и безопасности ПЭГ Форлакса при лечении синдрома запора у детей в возрасте от 8 до 18 лет, участвовали 216 детей с запором, получавших после рандомизации перорально Форлакс® в дозе 20 г/сут (n=105) или лактулозу 15 мл/сут (n=111) в течение 2 нед [20]. Авторами подтверждено, что Форлакс® безопасен и эффективен при лечении запора у детей в возрасте старше 8 лет. Авторами были показаны статистически значимые отличия клинического эффекта Форлакса по сравнению с приемом лактулозы. В частности, при использовании Форлакса частота стула увеличилась в 4 и 5 раз после 1 и 2 нед лечения соответственно, при этом в группе лактулозы улучшение было не столь выраженным (соответственно в 3 и 4 раза; p<0,05).

Через 2 нед от начала лечения достоверно (p<0,05) в пользу Форлакса улучшились и копрологические показатели (консистенция кала по Бристольской шкале стула): $4,26 \pm 0,9$ на фоне приема Форлакса и $3,63 \pm 1,33$ – на фоне приема лактулозы. Достижение ремиссии в группах Форлакса и лактулозы составило соответственно 70 и 40% к концу 1-й недели лечения и 72 и 41% – к концу 2-й недели (p<0,05). Абдоминальная боль исчезла у 75% пациентов в группе Форлакса и только у 57% – в группе лактулозы к концу 2-й недели лечения (p<0,05). За время лечения не отмечено серьезных нежелательных явлений и отклонений в физикальном статусе детей и в результатах лабораторных исследований. Влияние на другие показатели представлено на рис. 3.

Результаты приведенного исследования нашли подтверждение и в последнем **метаанализе Cochrane** [16], посвященном сравнению эффективности ПЭГ (Форлакс®) и лактулозы в лечении ХЗ. **Исследования такого уровня в мировой практике считаются наиболее веским аргументом сравнительной оценки**. В соответствии со строгими правилами отбора в метаанализ вошло 10 рандомизированных клинических исследований, выполненных в 6 странах (Франция, Италия, Великобритания, Голландия, США и Китай) с 1997 по 2007 г., из них 5 были двойными слепыми [16]. В общей сложности исследования включали 868 пациентов в возрасте от 3 мес до 70 лет: в 6 исследованиях участвовали

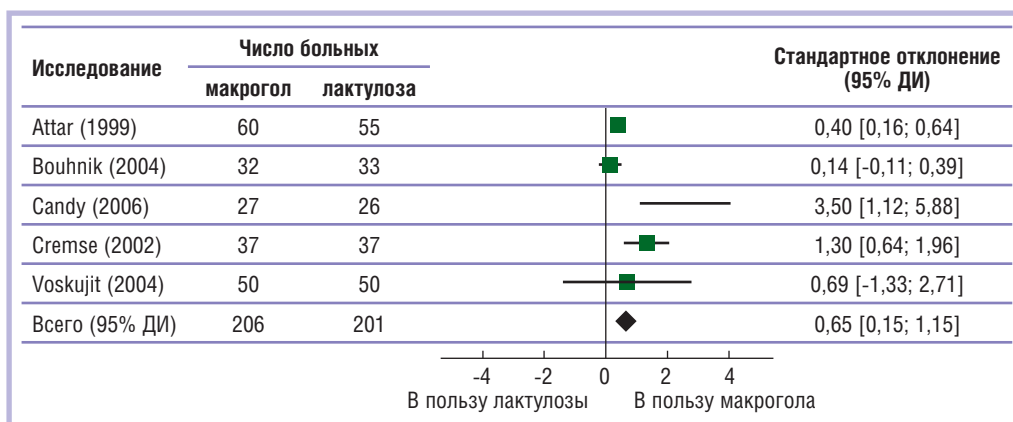


Рис. 4. Сравнительный анализ эффективности ПЭГ/макрогола и лактулозы в нормализации у больных частоты стула (по [16]). Здесь и на рис. 5, 6: ДИ – доверительный интервал

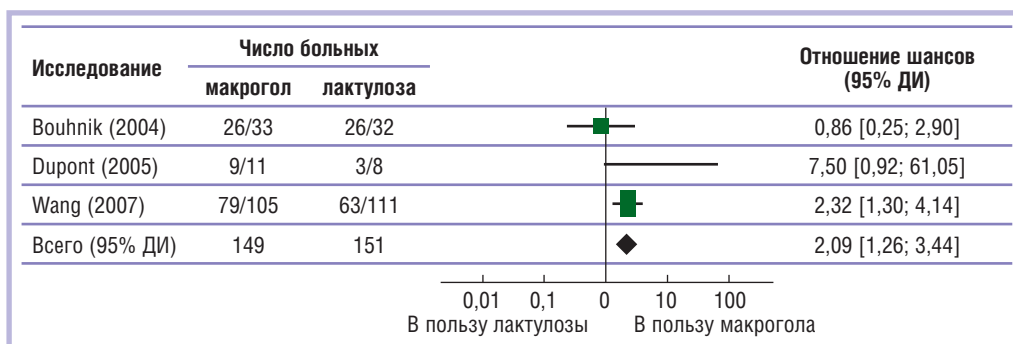


Рис. 5. Сравнительный анализ эффективности ПЭГ/макрогола и лактулозы в уменьшении болевого абдоминального синдрома у больных с запором (по [16])

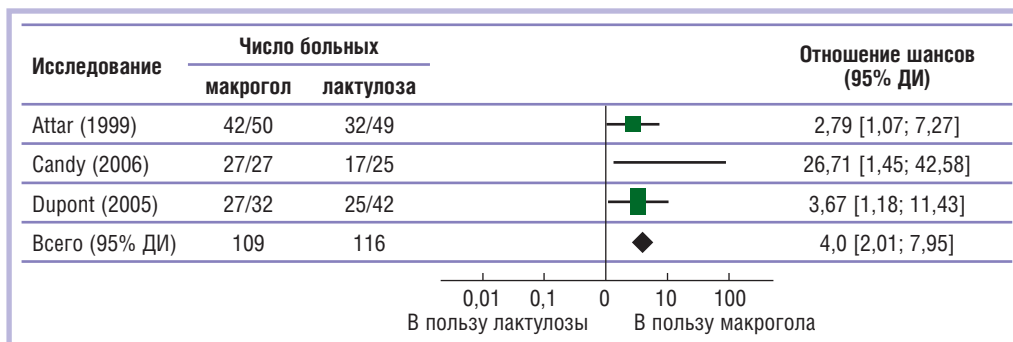


Рис. 6. Сравнительный анализ эффективности ПЭГ/макрогола и лактулозы по потребности в дополнительных лекарственных средствах для коррекции синдрома запора (по [16])

больные до 18 лет, 4 были посвящены сравнительной оценке эффективности ПЭГ и лактулозы у взрослых.

Эффективность сравниваемых препаратов изучалась по следующим критериям: частота стула в неделю, форма кала (по Бристольской шкале), влияние на болевой абдоминальный синдром, потребность в назначении дополнительных препаратов. В результате было сделано заключение, что ПЭГ достоверно превосходит лактулозу по всем оцениваемым критериям.

В частности, в 9 исследованиях оценивалось влияние на частоту стула, однако только в 5 из них содержались данные в формате, позволяющем произвести метаанализ (рис. 4). Из представленных данных видно, что ПЭГ оказался достоверно эффективнее лактулозы (95% доверительный интервал – ДИ: 0,15–1,15). Аналогичный результат получен при сравнительном анализе влияния ПЭГ на улучшение формы кала (95% ДИ: 0,43–1,35). Кроме того, при его использовании лучше контролируется болевой абдоминальный синдром (95% ДИ: 1,26–3,44) (рис. 5), меньше необходимость в дополнительных лекарственных средствах (95% ДИ: 2,01–7,95) (рис. 6). Обобщая полученные данные, **авторы метаанализа заключили, что ПЭГ более предпочтителен для широкой клинической практики при лечении ХЗ у детей и взрослых [16].**

При ФЗ, сопровождающемся замедлением кишечного транзита, дозу препаратов на основе макрогола подбирают индивидуально [1]. Согласно инструкции, схема применения Форлакса следующая: по 2 пакета (каждый по 10 г) предпочтительно утром вместе с приемом пищи, разведя 1 пакетик в стакане воды, курс лечения – от 2–4 нед до 3 мес, при необходимости он может быть увеличен (после дополнительного обследования).

Безусловным достоинством Форлакса является эффект «обучения кишечника», заключающийся в нормализации перистальтики кишечника; данный эффект сохраняется после окончания курсового лечения. Он характерен только для Форлакса и наблюдается при курсовом приеме в течение от 2–4 нед до 3 мес или (при необходимости) более длительно (после дополнительного обследования). Говоря о преимуществах макрогола, нужно отметить отсутствие раздражающего эффекта на кишечную стенку, привыкания, возможность обеспечения физиологического акта дефекации без появления диареи. Кроме того, данные препараты нетоксичны, побочные эффекты встречаются редко [7]. Применение препаратов макрогола не сопровождается явлениями метеоризма (или его усилением), что следует учитывать при выборе лечения больных с ХЗ с указанными жалобами (броидильная диспепсия). Для послабляющего эффекта макрогола важно соблюдать одну из базовых рекомендаций при лечении запора: необходимость приема большого количества жидкости – до 2 л/сут (при отсутствии противопоказаний). Не применяют препараты макрогола в случае механической обструкции или перфорации толстой кишки.

Из приведенных данных можно сделать вывод, что наиболее эффективными слабительными средствами, отвечающими наивысшим критериям доказательной медицины, являются осмотические слабительные средства группы макрогола (Форлакс®) и лактулозы с достоверным преимуществом в пользу препаратов макрогола. Осмотические слабительные действуют, усиливая физиологические механизмы, эволюционно сформировавшиеся в человеческом организме, что выгодно отличает данные лекарственные средства от прочих слабительных средств, или лаксативов.

Литература

1. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. Запоры и некоторые принципы их лечения // *Клин. фармакол. тер.* – 1997; 6: 51–3.
2. 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.
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: 178–83.
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: 713–6.
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: 911–30.
6. Corazzari 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: 522–6.
7. Couturier D. Comparative study of Forlax and Transipeg in the treatment of functional constipation in the adult // *Ann. Gastroenterol. Hepatol (Paris).* – 1996; 32: 135–40.
8. DiPalma J., DeRidder P., Orlando R. et al. 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., Sandeer C., Broom C. et al. Urgency and fecal soiling in people with bowel dysfunction // *Dig. Dis. Sci.* – 1986; 31: 1221–2.
10. Drossman D. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process // *Gastroenterology.* – 2006; 130: 1377–90.
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: 520–6.
12. Guilera M., Balboa A., Mearin F. Bowel habit subtypes and temporal patterns in irritable bowel syndrome: systematic review // *Am. J. Gastroenterol.* – 2005; 100: 1174–84.
13. Higgins P., Johanson J. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review // *Am. J. Gastroenterol.* – 2004; 99: 750–9.
14. Klauser A. et al. Polyethylene glycol 4000 for slow transit constipation // *Z. Gastroenterol.* – 1995; 33: 5–8.
15. Koch A., Voderholzer W., Klauser A. et al. Symptoms in chronic constipation // *Dis. Colon Rectum.* – 1997; 40: 902–6.
16. Lee-Robichaud H., Thomas K., Morgan J. et al. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2010; 7: CD007570.
17. Locke G., Pemberton J., Philips S. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: guidelines on constipation // *Gastroenterology.* – 2000; 119: 1761–6.
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. et al. A population-based study on bowel habits in a Swedish community: prevalence of faecal incontinence and constipation // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2002; 37(8): 911–6.
20. Wang B., Wang M., Jiang M. et al. Forlax in the treatment of childhood constipation: a randomized, controlled, multicenter clinical study // *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi.* – 2007; 9(5): 429–32.

EVIDENCE-BASED MEDICINE AND TREATMENT FOR CHRONIC CONSTIPATION

S. Cheremushkin, Candidate of Medical Sciences; **Yu. Kucheryaviy**, Candidate of Medical Sciences

Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

The paper outlines the current views on the diagnosis and treatment of an urgent problem, such as chronic constipation. The long-term algorithm for its treatment policy based on the analysis of current recommendations and on the principle of evidence-based medicine is proposed.

Key words: chronic constipation, diagnosis, osmotic laxatives, macrogol, Forlax®.