

УДК 616.34-009.11-085.246.4

Опыт применения современных слабительных препаратов при лечении функциональных запоров у взрослых

Е.К. Баранская

(ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Росздрава»)

Experience of application of modern laxatives at treatment of functional constipation at adults

Ye.K. Baranskaya

Цель исследования. В неинтервенционном наблюдательном исследовании оценить эффективность и переносимость препарата Форлак[®] в качестве послабляющего средства при кратковременной задержке стула для достижения однократного послабляющего действия и при курсовом длительном лечении функциональных хронических запоров в амбулаторных и госпитальных условиях у взрослых.

Материал и методы. Кратковременная задержка стула, т. е. ситуационный функциональный запор отмечался у 9 больных (задержка стула, обусловленная вынужденным соблюдением постельного режима, – у 4 пациентов, в первые дни после госпитализации – у 5). Продолжительность в этой подгруппе не превышала 3–5 дней. Хронические функциональные запоры диагностированы у 31 больного. Количество дефекаций не превышало у всех пациентов 2–3 раз в неделю. Больные принимали 20 г макрогола в день. Определяли период времени в часах с момента приема первой дозы форлакса до наступления первого акта дефекации индивидуально для каждого больного (Δt), в среднем по всей группе, а также вычисляли оптимальную дозу препарата, необходимую для наступления первого слабительного эффекта. Продолжительность последующего лечения группы больных с задержкой стула не превышала 5–10 дней. Пациенты с хроническими запорами получали форлак еще в среднем на протяжении месяца (30 ± 9 дней).

Результаты. Первое послабляющее действие у большинства больных наступало на второй день лечения. Среднее взвешенное время наступле-

Aim of investigation. To estimate efficacy and tolerability of Forlax[®] in non-interventional observation study as laxative agent at short-term constipation for achievement of one-time laxative effect and at long course treatment of functional chronic constipation at adults in out-patients and hospitalized patients.

Material and methods. A short-term constipation, i.e. state functional constipation was diagnosed in 9 patients (constipation caused by compelled bed rest, – in 4 patients, in the first days after admission to hospital – in 5). Duration did not exceed 3–5 days in this subgroup. Chronic functional constipation was diagnosed at 31 patients. The number of defecations per day did not exceed of 2–3 times per week at all patients. Patients received 20 g of macrogoal per day. Time span in hours from the moment of the first dose of forlax intake to the first defecation time was determined individually for each patient (Δt), on the average for the whole group, the optimal dose of drug necessary for the first purging effect was calculated. Duration of the subsequent treatment in the group of constipated patients did not exceed 5–10 days. Patients with chronic constipation received forlax for a month more (30 ± 9 days) on average.

Results. The first laxative effect at the majority of patients developed on the second day of treatment. Weighted mean time of purging effect onset was 26 h 40 min (total of Δt for each patient by the moment of first defecation, divided by 40). The average weighted dose of forlax necessary for of the first bowel movement – 30 g of macrogoal.

The average frequency of stool on a background of long treatment at patients was 4–6 times per week.

Баранская Елена Константиновна – доктор медицинских наук, профессор курса «Функциональная диагностика и фармакотерапия в гастроэнтерологии» при кафедре семейной медицины ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова Росздрава». Контактная информация для переписки: ebaranskaya@yandex.ru; 119991, Москва, ул. Погодинская, д. 1, стр. 1

ния слабительного эффекта составило 26 ч 40 мин (сумма Δt каждого большого к моменту первой дефекации, деленная на 40). Средняя взвешенная доза форлакса, необходимая для достижения первого опорожнения кишечника, – 30 г макрогола.

В среднем частота стула на фоне длительного лечения у больных составляла 4–6 раз в неделю.

Выводы. Наблюдение продемонстрировало высокую клиническую эффективность слабительного действия макрогола: 38 оценок «отлично» и «хорошо» против 2 «удовлетворительно».

Ключевые слова: задержка стула, функциональный запор, макрогол.

Conclusions. Observation demonstrated high clinical efficacy of laxative effect of macrogol: 38 patents rates the drug as «perfect» and «good» vs 2 as «satisfactory».

Key words: constipation, functional constipation, macrogol.

Широкая распространенность хронических функциональных запоров, преимущественно среди взрослых и пожилых жителей крупных городов экономически развитых стран мира, создает еще одну вполне определенную проблему здоровья населения, которая имеет многосторонний характер.

С одной стороны, на волне эпидемиологической ситуации процветает фармацевтический рынок, связанный со свободной продажей слабительных средств различного механизма действия. Этот рынок носит «дикий» бесконтрольный характер в связи с тем, что большинству потребителей слабительные не нужны. Лечение функциональных запоров у 70% лиц, страдающих ими, заключается в коррекции ежедневного рациона питания, расширении двигательной активности и не требует применения каких-либо лекарственных препаратов. Дать рекомендации по лечению и питанию мог бы врач, но более 80% лиц с функциональными запорами не обращаются за медицинской помощью и занимаются самолечением. Действительно, современному человеку быстрее и проще справиться с проблемой, принимая эффективные, недорогие слабительные, чем тратить время на визиты к врачу, покупку продуктов и приготовление «полезной» пищи, посещение спортивных залов.

С другой стороны, ежедневный прием в течение длительного времени, часто на протяжении многих лет, слабительных лекарственных средств, поднимает вопросы безопасности лечения. При этом одни ученые считают, что длительный прием слабительных безопасен и не наносит вред здоровью человека, не влияет на качество жизни, редко ведет к тяжелым побочным эффектам и осложнениям, прямо или косвенно связанным с лечением. Другие исследователи свидетельствуют о развитии множества разнообразных осложнений, которые связаны с превышением дозы (передозировкой) слабительных, возникающей при необоснованном постоянном приеме препаратов с раздражающим, стимулянтным действием, а также о токсичности некоторых из них. Вместе с тем крупных эпидеми-

ологических исследований по сравнению заболеваемости, смертности и продолжительности жизни в группах лиц, не пользующихся слабительными и принимающих их постоянно, пока не проводилось.

Побочные действия слабительных можно разделить на две группы: ранние, возникающие непосредственно после приема препарата, и поздние, отсроченные.

Ранние нежелательные побочные эффекты наиболее характерны для стимулянтных, раздражающих и солевых средств, которые обладают быстрым и интенсивным послабляющим действием, способствуя появлению обильного патологического жидкого стула, т. е. *диареи*. При этом у пациентов наблюдаются все характерные симптомы раздражения кишечника – вздутие, урчание в животе, боли в его нижних отделах, отхождение газов, тошнота. Послабляющее действие таких слабительных нередко носит мучительный характер для пациента, отличаясь множественными императивными позывами, профузным поносом с потерей жидкости, жжением и схваткообразными болями в области заднего прохода.

Поздние осложнения при постоянном приеме слабительных в большинстве случаев связаны с *хронической диареей*, которая сопровождается потерей жидкости, электролитов, витаминов.

Многие слабительные, кроме того, имеют дозозависимый эффект и при длительном применении в возрастающих дозах могут привести к так называемой *лаксативной болезни*. В некоторых странах (например, США) такие слабительные из группы антраквиноидов (препараты сенны) изъяты из аптечной сети.

К сожалению, до пациентов не доходит информация о вреде подобного лечения хронических запоров. У нас в стране широкое распространение получили препараты раздражающего действия и до сих пор лидируют продажи слабительных из группы антраквиноидов.

Для длительного лечения хронических функциональных запоров согласно международным

рекомендациям следует использовать осмотические слабительные средства нового поколения из группы макрогенов, представленные на нашем рынке препаратом **Форлакс**[®] («Ipsen», Франция). Активным веществом препарата служит полиэтиленгликоль — инертный полимер с молекулярной массой 4000 (макрогол 4000). Он вызывает увеличение объема содержимого кишечника и его смягчение за счет образования водородных связей с молекулами воды. Благодаря высокой молекулярной массе препарат не всасывается в кровь и не метаболизируется в организме, а также не оказывает влияния на слизистую оболочку кишечника и процессы пищеварения.

Многочисленные результаты клинических исследований в разных странах свидетельствуют о высокой эффективности форлакса, его хорошей переносимости и низкой частоте побочных проявлений при постоянном применении, что обусловлено фармакологическими характеристиками и механизмом действия препарата.

Физиологичность клинической активности форлакса заключается в том, что это слабительное не раздражает кишечник, способствует появлению нормального позыва к дефекации, обладает мягким послабляющим эффектом без сопутствующих болей в животе, метеоризма и диареи. Благодаря надежному клиническому действию, не требующему со временем повышения дозы, препарат может безопасно применяться для продолжительного лечения функциональных запоров. Он отличается от других слабительных не только хорошей переносимостью, но и отсутствием отсроченных побочных эффектов при длительном применении. Описана уникальная способность форлакса восстанавливать естественные позывы к дефекации, надежно удерживать клинический эффект после окончания курса лечения, т. е. тренировать или восстанавливать функцию кишечника при длительном, курсовом применении. К настоящему времени накоплен большой опыт применения препарата в течение года и более.

Клинических работ, посвященных анализу однократного послабляющего действия препарата, в том числе с определением оптимальной дозы и времени, необходимого для достижения первого акта дефекации, в литературе немного.

В связи с этим **целью** настоящего наблюдательного исследования являлась оценка эффективности и переносимости препарата Форлакс[®] в различных клинических ситуациях: в качестве послабляющего средства при кратковременной задержке стула для достижения однократного послабляющего действия и при курсовом длительном лечении функциональных хронических запоров в амбулаторных и госпитальных условиях у взрослых.

Материал и методы исследования

Форлакс[®] назначался больным, страдающим запорами и задержкой стула, обусловленными следующими заболеваниями и клиническими ситуациями:

- синдром раздраженной кишки (СРК) с преимущественными запорами в стадии обострения легкого, среднетяжелого и тяжелого течения;
- хронические запоры у больных с дивертикулами толстой кишки;
- функциональные хронические запоры;
- преходящая задержка стула, обусловленная вынужденным соблюдением постельного режима;
- кратковременная задержка стула в первые дни после госпитализации, связанная с изменением характера питания и ограничением физической активности в условиях стационара.

Изучение клинических аспектов действия форлакса проходило в виде открытого моноцентрового неинтервенционного наблюдения, общая продолжительность которого составила 4 мес.

Оценка эффективности и переносимости препарата проводилась у 40 пациентов. Среди них было 9 мужчин и 31 женщина в возрасте от 18 до 70 лет (средний — 55±16 лет), при этом 75% пациентов было старше 50 и 30% (12 человек) — старше 65 лет. Средний показатель *индекса массы тела* (ИМТ) больных составил 29±3,3 кг/м².

Распределение пациентов в зависимости от показаний к назначению форлакса было следующим. Кратковременная задержка стула, т. е. ситуационный функциональный запор, отмечался у 9 больных. В этой подгруппе было 5 женщин и 4 мужчины в возрасте 35–68 лет (средний — 50±17 лет), один больной старше 65 лет. Задержка стула, обусловленная вынужденным соблюдением постельного режима, развилась у 4 пациентов. Причиной необходимости соблюдения постельного режима у 3 человек была острая пневмония и у одной пациентки — состояние после гипертонического криза. Кратковременная задержка стула в первые дни после госпитализации, связанная с изменением характера питания и ограничением физической активности в условиях стационара, наблюдалась у 5 больных, продолжительность запоров не превышала 3–5 дней. В анамнезе у пациентов этой подгруппы, как правило, был самостоятельный регулярный стул и длительных запоров ранее не отмечалось.

Хронические функциональные запоры диагностированы у 31 больного — 26 женщин и 5 мужчин в возрасте от 18 до 70 лет (средний — 58±12 лет), 33,3% пациентов (11 человек) старше 65 лет. Больных с синдромом раздраженной кишки и преимущественными запорами было 11, из них у 7 наблюдалось легкое течение СРК, у 3 — среднетяжелое и у 1 — тяжелое. Больных с хроническими запорами и дивертикулами тол-

Таблица 1

Распределение больных по полу, возрасту, значению индекса массы тела

Показания к лечению форлаксом	Количество больных	Женщин	Мужчин	Средний возраст, лет	Лиц, старше 65 лет, %	ИМТ, кг/м ²
Хронические функциональные запоры	31	27	4	58±12	33,3	29,2±3,3
Задержка стула	9	4	5	50±17	11,1	27,4±2,8
Всего ...	40	31	9	54±16	30	28,1±6,7

стой кишки без признаков дивертикулита было трое. Функциональные хронические запоры (без сопутствующих болей, дискомфорта в животе) отмечались у 17 пациентов. Продолжительность хронических запоров у 27 больных этой подгруппы превышала 2 года (87% пациентов).

Характеристика больных по подгруппам представлена в табл. 1.

В стационарных условиях препарат получали 30 больных, в амбулаторных – 10. В клинику 34 пациента обратились впервые, 6 наблюдались ранее по поводу других заболеваний. У всех запоры или задержка стула были основной жалобой при первичном осмотре несмотря на наличие сопутствующих заболеваний. При этом у отобранных больных не было патологии, вошедшей в перечень критериев исключения из программы исследования, к которым относились следующие:

- Возраст моложе 18 и старше 70 лет,
- Беременность и кормление грудью,
- Участие в других клинических исследованиях,
- Несогласие на принятие участия в наблюдении,
- Прием препаратов, замедляющих время

кишечного транзита,

• Наличие нижеперечисленной органической патологии кишечника и других органов и систем по данным проведенного обследования:

- злокачественные опухоли органов пищеварения и подозрение на их наличие;
- воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, лимфоцитарный колит и др.);
- ишемический колит;
- острая боль в животе;
- симптомы кишечной непроходимости;
- синдром Огилви;
- синдром Гиршпрунга;
- признаки желудочно-кишечного кровотечения;
- острый инфаркт миокарда;
- нестабильная стенокардия и стенокардия напряжения II, III функциональных классов;
- недостаточность кровообращения II, III стадии;
- почечная недостаточность II, III стадии.

Количество дефекаций не превышало у всех пациентов 2–3 раз в неделю перед началом лечения форлаксом.

В соответствии с Римскими критериями *функциональный хронический запор* определялся как

редкий стул, появлявшийся не чаще 3 раз в неделю в течение последних 3 мес, *задержка стула* – как временное отсутствие самостоятельного стула в течение 3–5 дней в ответ на определенную ситуацию при наличии в анамнезе регулярного стула и отсутствии хронических запоров.

Из 40 пациентов 7 хотя бы однократно ранее принимали слабительные препараты, трое никогда не пользовались ими до включения в наблюдение. Постоянно длительно (чаще 1 раза в неделю) слабительными пользовались 12 больных, а эпизодически часто (не реже 1 раза в неделю) – 15. Среди ранее применявшихся слабительных средств 19 человек указывали на препараты сенны, 6 использовали бисакодил, 5 – препараты лактулозы, 4 – форлакс (в том числе и больные, принимавшие в разное время различные средства).

Во многих случаях (у 12 пациентов из 27) лечение слабительными в анамнезе проходило в виде самолечения без консультации и контроля врача. Выбор препарата по рекомендации врача осуществлялся 11 больными, по рекомендации фармацевта в аптеке – 4 пациентами.

Для определения времени наступления первого слабительного эффекта проводилось мониторирование функции кишечника с помощью ведения «Дневника больного», где пациенты отмечали дату и время приема препарата, его дозу, дату и время первого акта дефекации и др. Для оценки эффективности длительной терапии хронических запоров подсчитывали количество актов дефекации в неделю до лечения, на фоне и после курса приема форлакса.

До начала лечения у 31 больного из 40 отмечались увеличение продолжительности акта дефекации, необходимость дополнительных потужных усилий, выделение оформленного твердого кала, ощущение неполного опорожнения кишечника.

Качество акта дефекации оценивалось по общей характеристике позывов (болезненные, срочные, ложные и т. д.), по количеству дефекаций в день и в неделю после начала действия препарата, по продолжительности акта дефекации, необходимости дополнительных потужных усилий, ощущению неполного опорожнения кишечника. Особое внимание обращали на характеристику кала на фоне лечения форлаксом (твердый, жидкий, кашицеобразный, примесь крови, слизи и др.). Клиническая оценка результатов терапии

Таблица 2

Результаты суточного мониторинга функции кишечника на фоне лечения форлаксом

День лечения	Время приема форлакса	Количество пакетиков (доза макрогола)	Отсчет времени от начала лечения (Δt), ч	Число больных в указанный час лечения	
				с первой дефекацией	с ненаступившей дефекацией
Первый	Первый 8 ч 00 мин	1 (10 г)	0	—	40
			12	—	—
	Второй 20 ч 00 мин	1 (10 г)	13	2	38
			15	3	35
			22	2	33
Второй	Третий 8 ч 00 мин	1 (10 г)	24	—	33
			25	10	23
			26	9	14
			27	2	12
			31	2	10
			32	1	9
			33	2	7
	Четвертый 20 ч 00 мин	1 (10 г)	36	—	7
			37	2	5
			39	2	3
Третий	Пятый 8 ч 00 мин	1 (10 г)	47	1	2
			48	2	—

дополнялась лабораторными и инструментальными исследованиями, которые включали копрологическое исследование, анализ мочи, клинический и биохимический анализы крови, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, по показаниям — эзофагогастродуоденоскопию и колоноскопию до и после лечения.

Оценку эффективности, переносимости и безопасности приема форлакса, в том числе по сравнению с другими слабительными средствами (если таковые применялись ранее), врач проводил совместно с больным. Общая оценка действия препарата осуществлялась по пятибалльной системе.

Данные, полученные в ходе наблюдения, включающие результаты клинического обследования, лабораторных анализов и инструментальных диагностических процедур, а также сведения о времени наступления слабительного эффекта, консистенции стула, качестве акта дефекации фиксировались врачом совместно с пациентом в «Дневнике больного».

Дизайн наблюдения и дозировка препарата

Все 40 больных были включены в наблюдение по оценке однократного послабляющего действия форлакса. Согласно зарегистрированной инструкции, препарат назначали в дозе 2 пакетика в день: 1 пакетик (10 г макрогола) утром строго во время завтрака и 1 пакетик (10 г макрогола)

вечером во время ужина. Предварительно содержимое пакетика пациенты растворяли в стакане воды и принимали обязательно вместе с приемом пищи.

В последующем определяли период времени (в часах) с момента приема первой дозы форлакса до наступления первого акта дефекации индивидуально для каждого больного (Δt), в среднем по всей группе, а также вычисляли оптимальную дозу препарата, необходимую для появления первого слабительного эффекта. После его наступления все пациенты продолжали лечение. Длительность последующей терапии в группе больных с задержкой стула не превышала 5–10 дней. При хронических запорах пациенты получали форлакс еще в среднем на протяжении месяца (30 ± 9 дней).

Результаты исследования и их обсуждение

Оценка однократного послабляющего действия форлакса

Согласно цели наблюдения, основное внимание уделялось анализу однократного послабляющего действия исследуемого препарата. Результаты суточного мониторинга функции кишечника на фоне лечения представлены в табл. 2, где отмечен промежуток времени от приема первой дозы

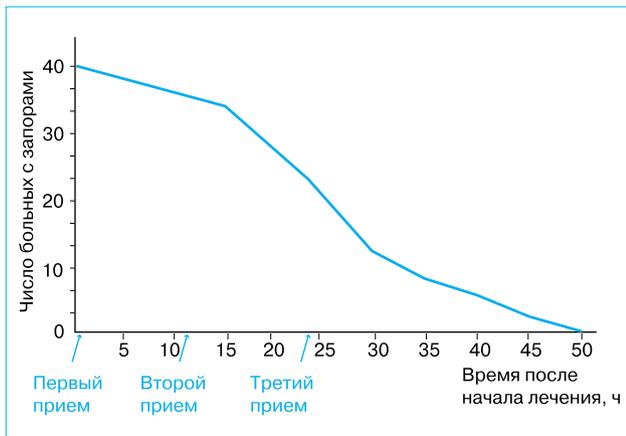


Рис. 1. Эффективность и время наступления первого слабительного действия форлакса

форлакса до достижения первого акта дефекации (Δt), а также доза препарата к моменту первого опорожнения кишечника.

Первое послабляющее действие форлакса у большинства больных зафиксировано на второй день лечения. Среднее взвешенное время его наступления в целом по группе пролеченных больных составило 26 ч 40 мин (сумма Δt каждого больного к моменту первой дефекации, деленная на 40). Средняя взвешенная доза, необходимая для достижения первого опорожнения кишечника по всей группе больных, составила 3 пакетика, т. е. 30 г макрогола.

Эффективность и быстрота действия препарата наглядно продемонстрирована на рис. 1, где отчетливо видно, что уже через 30 ч от начала лечения, как правило, на следующий день после приема первой дозы, у 70% больных был первый стул.

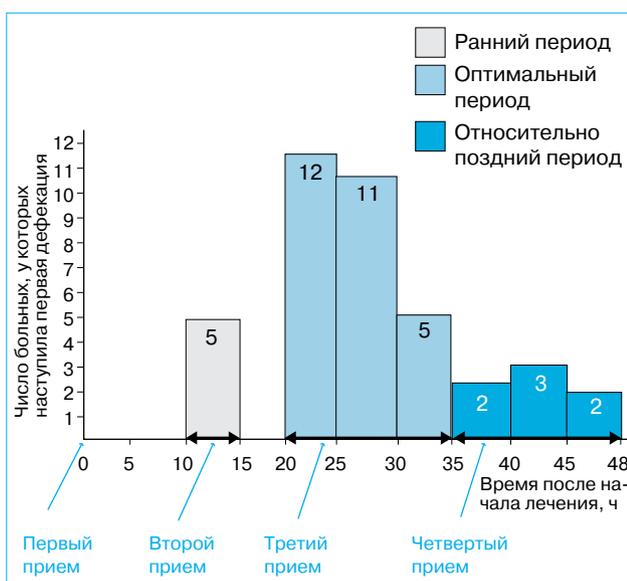


Рис. 2. Время наступления слабительного эффекта у 40 больных на фоне лечения запоров форлаксом в дозе 2 пакетика в день (20 г макрогола в сутки)

При графическом изображении результатов в виде гистограммы (рис. 2) бросилось в глаза наличие 3 основных периодов начала действия препарата, которые условно можно обозначить как ранний период, составивший 10–15 ч, после которого первый стул появился у 5 больных; «оптимальный» период — от 20 до 35 ч, названный так в связи с тем, что у большинства пациентов — 28 (70%) из 40 — первое послабляющее действие состоялось именно в эти сроки; относительно поздний период — от 36 до 48 ч, за который отмечалось первое опорожнение кишечника у 7 больных.

Пациенты, вошедшие в группы раннего и оптимального действия форлакса (33), отличались по своим общим характеристикам от больных с поздним наступлением результата. *Во-первых*, все 9 мужчин, участвовавших в наблюдении как с хроническими запорами (5), так и с временной задержкой стула (4), вошли в эти группы. *Во-вторых*, сюда вошли все пациенты с ситуационными задержками стула (9), не страдавшие ранее запорами, трое из которых ранее никогда не принимали слабительных средств. *В-третьих*, среди больных с ранним и оптимальным действием наблюдались лица сравнительно молодого возраста — $46 \pm 19,6$ года, хотя различия с возрастом пациентов в целом по группе оказались недостоверными.

Напротив, группа из 7 больных с относительно поздним началом действия препарата была представлена исключительно женщинами, длительно страдающими функциональными хроническими запорами (более 5 лет) и систематически принимающими стимулянтные слабительные (бисакодил, препараты сенны).

Таким образом, можно сделать вывод, что скорость наступления первого слабительного действия препарата форлакс при режиме его приема в дозе 1 пакетик (10 г макрогола) 2 раза в день во время завтрака и ужина выше у мужчин, в случаях кратковременных ситуационных задержек стула и у лиц молодого и среднего возраста.

Качество первого акта дефекации, по мнению всех пациентов, не отличалось от нормального опорожнения кишечника. Болей в животе, метеоризма, срочных позывов, неконтролируемой дефекации не отмечалось ни у одного больного. Стул был мягкий, однократный, чаще кашицеобразной консистенции. Водной диареи, чувства неполного опорожнения кишечника не наблюдалось. Однократное действие форлакса 38 больных оценили на «отлично» и «хорошо». Только 2 пациентки с функциональными хроническими запорами поставили оценку «удовлетворительно», так как рассчитывали на появление стула через несколько часов после приема препарата. Однако после объяснения современных особенностей рациональной и безопасной терапии запоров обе пациентки продолжили лечение и в дальнейшем изменили оценку на положительную.

Оценка длительного применения форлакса при курсовом лечении хронических функциональных запоров

После того как у каждого из 40 больных, включенных в наблюдение, появился первый стул, все они продолжали лечение в прежней дозе. Пациенты с задержкой стула прекратили прием через 5–10 дней и затем не отмечали возобновления запоров. У всех больных полностью восстановился самостоятельный стул. Это свидетельствует о том, что форлакс является высокоэффективным препаратом для мягкого послабляющего действия при кратковременных преходящих ситуационных задержках стула и способен через 2–5 дней лечения восстановить его регулярность.

В оценке длительной курсовой терапии хронических запоров участвовал 31 больной. Продолжительность ее, как уже указывалось, составила $30 \pm 9,2$ дня. В среднем частота стула на фоне терапии в этой группе составляла 4–6 раз в неделю. Через 2 нед от начала лечения 3 пациента с СРК перешли на однократный прием препарата в дозе 1 пакетик (10 г макрогола) вечером во время ужина. При этом стул оставался регулярным. Больные продолжали соблюдать диету, богатую балластными веществами, овощами, фруктами, принимали не менее 1 л жидкости в день.

Одним из «мифов» о препаратах из группы полиэтиленгликолей в клинической практике служит утверждение о том, что при их применении требуется прием чрезмерного количества жидкости, вследствие чего они противопоказаны больным с заболеваниями сердца, почек, гипертонической болезнью, асцитом. В настоящем наблюдении ни один больной (и врач, который его курировал) не указывали на это. Пациенты отмечали приятный вкус раствора препарата, а обильное питье, до 1,0–1,5 л, входит, как правило, в программу лечения функциональных запоров и не превышает допустимого объема жидкости у больных с перечисленными заболеваниями. У больных пожилого возраста не наблюдалось развития пастозности и отеков нижних конечностей на фоне лечения, не усиливалась одышка, не повышалось артериальное давление. Следует напомнить, что все другие осмотические слабительные препараты, в том числе содержащие лактулозу, также требуют приема достаточного количества жидкости.

Качество актов дефекации оставалось физиологичным, в связи с чем переносимость лечения была удовлетворительной. У 19 больных проводили контрольное изучение данных лабораторных анализов и ультразвуковое исследование органов брюшной полости после завершения терапии. Ни в одном случае ухудшения не отмечалось. У 2 пациентов с сахарным диабетом II типа не обнаружено ухудшения показателей углеводного обмена. Во время лечения не наблюдалось появления болей в животе и вздутия живота. Итоговая оценка

эффективности длительного курсового лечения форлаксом хронических запоров была «отлично» (26) и «хорошо» (5).

По сравнению с другими слабительными во всех случаях отмечалось более мягкое и щадящее действие форлакса. Эффективность и переносимость препарата приближали его действие к нормальной функции кишечника и, по мнению всех больных, существенно превосходило другие слабительные (31 пациент оценили эффект на «отлично»).

Выводы

Наблюдение продемонстрировало высокие клинические результаты слабительного действия форлакса (38 оценок «отлично» и «хорошо» против 2 «удовлетворительно»). Оптимальным для получения первого послабляющего эффекта в течение 35 ч после первого приема препарата следует признать режим дозирования по 2 пакетика в день (20 г макрогола в сутки) – 1 пакетик, растворенный в 1 стакане воды утром вместе с завтраком, и 1 пакетик, растворенный в 1 стакане воды вечером во время ужина. Средняя суммарная доза, способствующая появлению первого слабительного действия у пролеченных больных, составила 3 пакетика препарата (30 г макрогола).

Первое слабительное действие после начала приема форлакса проявлялось уже через 10–48 ч и выражалось в появлении безболезненного физиологичного позыва к дефекации, нормального опорожнения кишечника и мягкого стула. Среднее время наступления первого акта дефекации после начала приема препарата составило 26 ч 40 мин.

При режиме приема в дозе 1 пакетик (10 г макрогола) 2 раза в день первое слабительное действие препарата появлялось быстрее у мужчин, в случаях кратковременных ситуационных задержек стула и у лиц молодого и среднего возраста. Физиологичный клинический эффект удерживался на протяжении всего периода терапии как при кратковременном лечении для получения однократного стула, так и при длительной курсовой терапии хронических запоров.

Наблюдение позволило убедиться в отличной клинической переносимости форлакса. У всех больных отсутствовали симптомы раздражения кишки, неприятные ощущения, боли в животе сразу после приема препарата, при позывах, а также во время акта дефекации (40 оценок «отлично»). Тяжелых болезненных позывов, стремительных и срочных актов дефекации, патологического симптома диареи не отмечалось ни у одного больного. Ощущение неполного опорожнения кишечника не наблюдалось ни в одном случае (40 оценок «отлично» и «хорошо»). Все это послужило основанием сделать вывод о том, что прием

форлакса не снижает качество жизни пациентов, связанное с лечением запоров.

Хорошая переносимость препарата была убедительно подтверждена отсутствием ухудшения клинического состояния больных, признаков обезвоживания, отрицательной динамики лабораторных анализов мочи, крови, кала, результатами инструментальных исследований на фоне лечения (40 оценок «отлично»).

Форлакс обладает высокой послабляющей эффективностью, прогнозируемым временем действия в сочетании с отличной клинической переносимостью и безопасностью. Он может быть рекомендован для широкого применения в качестве слабительного средства выбора как для длительного лечения хронических запоров, так и для достижения однократного послабляющего действия в амбулаторной и госпитальной практике у взрослых.

Список литературы

1. *Ивашкин В.Т., Полуэктова Е.А.* Клиника и диагностика функциональных запоров // *Лечащий врач.* — 2001. — № 5–6. — С. 26–29.

Выбор препарата должен осуществлять врач, поскольку только специалист может установить причину запора, владеет информацией о современных безопасных средствах, о токсичности некоторых групп слабительных, их способности вызывать раздражение кишечника и другие тяжелые побочные эффекты. Выбор определяется не быстротой действия препарата, а его физиологичностью, т. е. способностью вызывать нормальный безболезненный акт дефекации, мягкое послабляющее действие с хорошей переносимостью, прогнозируемым временем наступления эффекта, способностью восстанавливать самостоятельный регулярный стул.

Форлакс® принадлежит к новейшему классу осмотических слабительных — препаратов полиэтиленгликолей, принципиально отличающихся от других групп послабляющих средств, и отвечает всем современным требованиям. Это эффективное слабительное быстро действует и обладает хорошей переносимостью.

2. *Hallmann F.* Toxicity of commonly used laxatives // *Med. Sci. Monit.* — 2000. — Vol. 6, N 3. — P. 618–628.
3. *Schumann C., Füsgen I.* Clinical aspects and treatment of constipation // *Curt. R. Vincentz Verlag, Hannover,* 2001.