DOI: 10.31550/1727-2378-2019-158-3-47-52

BY-NC-ND

Опыт применения концентрированного сока алоэ Фе-Рокс для лечения пациентов с функциональным запором

А.И. Павлов[1, 2], А.А. Павлова[3]

[1] *ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России, поселок Новый (Московская область, Красногорский район)*

[2] *ФГБОУ ВО «Московский государственный университет пищевых производств»*

[3] *ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России*

Цель исследования: оценить эффективность и безопасность отечественного препарата Фе-Рокс для лечения запоров.
Дизайн: открытое исследование.
Материалы и методы. Обследован 71 пациент с запором: 57 женщин и 14 мужчин. Средний возраст составил 59,9 года. У всех больных диагностирован функциональный запор. Участники были разделены на 4 подгруппы с различной выраженностью запора: с задержкой стула по 3, 4–5, 6–7 суток и более 7 суток. Многие пациенты ранее уже получали слабительные препараты объема, осмотические, антрагликозиды, пикосульфат натрия в виде монотерапии или комбинированного приема. Всем обследованным назначили слабительный препарат Фе-Рокс в стандартной дозировке — по 1 капсуле 3 раза в день после еды в течение 7–14 суток. Клиническую динамику изучали с помощью опросника PAC-SYM.
Результаты. В подгруппах с задержкой стула 3 и 4–5 суток положительный эффект был отмечен у 100% участников. В подгруппе с длительностью запоров 6–7 суток клинический результат достигнут у 11 (57,9%) больных, но необходимо отметить, что положительный эффект возможен только при сочетании слабительных препаратов различных групп. В группе обследуемых с запорами более 7 дней положительный клинический эффект от монотерапии Фе-Роксом мы не получили. У данных больных положительный результат достигнут только от комбинированного использования слабительных средств, таких как размягчающие, раздражающие и стимулирующие. В целом улучшение стула наблюдалось у 54 (76%) обследуемых.
Заключение. Использование концентрированного сока алоэ Фе-Рокс по 1 капсуле 3 раз в день пациентами, страдающими функциональными запорами, за счет содержащихся в нем антрагликозидов рефлекторно усиливает перистальтику кишечника, раздражая рецепторы его слизистой, способствует нормализации кратности стула и пропульсивной сократительной способности кишечника.
Ключевые слова: запор, диагностика, лечение, желудочно-кишечный тракт, слабительные препараты, Фе-Рокс, опросник PAC-SYM.

Авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Павлов А.И., Павлова А.А. Опыт применения концентрированного сока алоэ Фе-Рокс для лечения пациентов с функциональным запором // Доктор.Ру. 2019. № 3 (158). С. 47–52. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-158-3-47-52

Use of Concentrated Aloe Vera Juice Fe-Rox for Management of Functional Constipation

A.I. Pavlov[1, 2], A.A. Pavlova[3]

[1] *3rd Central Military Clinical Hospital named after A.A. Vishnevskiy of the Ministry of Defence of the Russian Federation; 1 Novyy, Krasnogorsk Municipal District, Moscow Region, Russian Federation 143420*

[2] *Moscow State University of Food Production; 12 Vrubel Str., Moscow, Russian Federation 125080*

[3] *I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Public Health of Russia; 2/4 Bolshaya Pirogovskaya Str., Moscow, Russian Federation 119435*

Study Objective: To assess the efficiency and safety of Fe-Rox (Russia) in constipation manage-ment.
Study Design: Open study.
Materials and Methods: 71 patients (57 females and 14 males) suffering from constipation were examined. The mean age of the patients was 59.9 years. Most of them were diagnosed with func-tional constipation. Subjects were divided into 4 sub-populations with various constipation severity: stool retention of 3, 4–5, 6–7, and 7+ days. The majority of patients has had bulk cathartics, osmot-ics, anthraglycosides, picosulfate sodium as monotherapy and in combination. All subjects had Fe-Rox standard dose prescribed: 1 capsule 3 times daily after meals for 7–14 days. The clinical dy-namics was assessed using the PAC-SYM questionnaire.
Study Results: Sub-populations with stool retention of 3 and 4–5 days had 100% beneficial effect. In sub-population with stool retention of 6–7 days, clinical results were observed in 11 (57.9%) patients, but it should be noted that the beneficial effect is possible only when combining laxatives from var-ious groups. As far as 7+ days stool retention is concerned, no clinical effect from Fe-Rox mono-therapy was

Павлов Александр Игоревич — д. м. н., полковник медицинской службы, начальник Центра гастроэнтерологии и гепатологии — главный гастроэнтеролог ФГБУ «3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского» Минобороны России; профессор кафедры терапии и детских болезней Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО МГУПП; заслуженный врач РФ. 143420, Московская область, Красногорский р-н, пос. Новый. eLIBRARY.RU SPIN: 5966-7080. E-mail: doctor-pavlov@mail.ru
Павлова Анастасия Александровна — студентка 5-го курса лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» Минздрава России. 119991, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2. E-mail: pavlovanasta@mail.ru

observed. In this group of patients, positive effect was achieved with the use of com-bined laxatives: softening, irritating and stimulating ones. Generally, stool improvement was ob-served in 54 (76%) subjects.
Conclusion: Use of concentrated aloe juice Fe-Rox (1 capsule 3 times daily) in patients with func-tional constipation enhances intestinal motility by irritating intestinal mucosa receptors, facilitating normalisation of the number of stools and propulsive intestinal contractility, due to anthraglycosides contained in it.
Keywords: constipation, diagnostics, management, gastrointestinal tract, laxatives, Fe-Rox, PAC-SYM questionnaire.

The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For reference: Pavlov A.I., Pavlova A.A. Use of Concentrated Aloe Vera Juice Fe-Rox for Management of Functional Constipation. Doctor.Ru. 2019; 3(158): 47–52. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-158-3-47-52

В современном мире проблема опорожнения кишечника встречается у значительной части взрослого населения. Страдают запорами в основном женщины, городские жители, люди с преимущественно сидячим образом жизни, лица пожилого и старческого возраста. Проблема запора в последнее время отнесена к болезням цивилизации.

Существуют определенные трудности при проведении опросов и обследования пациентов с запором. Больные годами не делятся своими проблемами, связанными с нарушением акта дефекации, и не желают рассказывать об интимных подробностях.

В среднем около 2% людей на Земле страдают запорами, заболеваемость в среднем составляет примерно 1% в год [1]. Только треть принимающих слабительные препараты делают это по рекомендации врача, остальные — по совету знакомых, без выбора, случайно [2].

Пациенты предпочитают заниматься самолечением, принимают бесконтрольно слабительные препараты. Например, американцы каждый год тратят до 725 млн долларов на слабительные средства, а регулярное использование некоторых стимулирующих слабительных может приводить к медикаментозной зависимости [1–3].

Лекарственная терапия запоров становится все более сложной областью медицинской практики из-за серьезных осложнений и побочных эффектов, вызываемых различными слабительными лекарственными средствами.

Современные представления о лечении запора основываются на выявлении его причин и комплексном врачебном подходе.

Врач, рекомендующий пациенту изменить образ жизни и питания, назначающий слабительные средства, должен убедиться в том, что больной правильно понял, точно выполнил рекомендации.

Обучение больных с запорами — один из основных методов формирования готовности пациентов к строгому выполнению врачебных рекомендаций, оздоровлению поведенческих привычек, что способствует преодолению нарушений двигательной функции толстой кишки, влияет на прогноз заболевания, эффективность лечения и повышает качество жизни [2–6].

Для того чтобы понимать механизмы развития запора и принципы лечения, необходимо иметь представление о факторах, в норме обеспечивающих эвакуацию содержимого толстой кишки. Пропульсивные сокращения, продвигающие пищу в дистальном направлении, регулируются как ЦНС, так и на автономном уровне. Говоря о последнем, следует отметить важную роль раздражения механорецепторов кишечной стенки при достаточном объеме внутрипросветного содержимого и хеморецепторов при воздействии на них растительных гликозидов, антрагликозидов и подобных им веществ, желчных кислот, короткоцепочечных жирных кислот [3, 5].

По принятой классификации различают следующие механизмы формирования запоров [7]:

- органический, вызванный механической обструкцией толстой кишки (опухоль, стриктура, аномалии развития);
- функциональный, вызванный расстройствами функций кишечника;
- проктогенный, обусловленный снижением, утратой рефлекса на дефекацию.

В своей работе мы рассматривали функциональные запоры. Органические, как правило, являются острой патологией, находящейся в компетенции хирургов.

Критерии функционального запора

Согласно Римскому консенсусу IV [8], функциональный запор — это функциональное кишечное расстройство, при котором превалируют трудная, нечастая дефекация или неполное опорожнение при ней. Критерии функционального запора — появление не менее чем за 6 месяцев и наличие в течение последних 3 месяцев (непрерывно или эпизодически) двух или более симптомов, приведенных ниже:

- натуживание во время дефекации более 25% времени акта дефекации;
- наличие «овечьего» или твердого кала при более чем 1 из 4 актов дефекации;
- чувство незавершенной эвакуации при более чем 1 из 4 дефекаций;
- ощущение аноректальной обструкции или закупорки при более чем 1 из 4 дефекаций;
- ручная помощь для опорожнения при более чем 1 из 4 дефекаций;
- частота дефекаций — менее 3 в неделю;

Абдоминальные боли или отсутствуют, или не становятся ведущим синдромом. Кроме того, запор не является достаточным критерием для постановки диагноза синдрома раздраженного кишечника [9, 10].

Диагноз хронического запора устанавливается на основании жалоб, анамнеза и результатов объективного обследования. В подавляющем большинстве случаев лечение хронического запора проводится без дополнительного инструментального обследования.

Принципиально важно различать временное расстройство стула и хронический запор. Уже указывалось, что условной границей между ними служит 6-месячный рубеж. Временная задержка стула далеко не во всех случаях выступает как признак серьезного самостоятельного заболевания.

Причинами временного запора могут быть изменение условий быта и характера пищи, эмоциональный стресс, наличие некомфортных условий для дефекации (при постельном режиме, в путешествии), побочное действие лекарств. Запор беременных женщин, развивающийся в третьем триместре вследствие угнетения перистальтики под влиянием

прогестерона, также является временным. Онкологическую настороженность следует проявлять при развитии запора у пациента среднего или пожилого возраста на протяжении последних недель, в особенности, если нарушения стула сочетаются с «симптомами тревоги» [4, 6]:

- недавно появившимся запором;
- анемией;
- потерей веса (> 10% в течение последних 3 месяцев);
- анальным кровотечением;
- положительным анализом кала на скрытую кровь;
- внезапным изменением характера дефекации и выхода кала;
- фамильным анамнезом колоректального рака (семейный полипоз).

Длительный бесконтрольный прием слабительных средств приводит к довольно быстрому привыканию. Поэтому больные вынуждены постепенно увеличивать дозу, доводя ее нередко до сверхвысокой. Большие дозы препаратов антрагликозидового ряда способны вызывать поражения печени и почек, поражаются нервные сплетения в стенке толстой кишки. В результате моторика ее еще более нарушается. Развиваются инертная толстая кишка и меланоз: слизистая оболочка ее приобретает темный цвет за счет отложения в стенке пигмента [3–6].

Лечение хронического запора

Лечение хронических запоров должно быть комплексным и включать изменение образа жизни, характера питания, прием слабительных препаратов. Слабительные средства — лекарства, ускоряющие эвакуацию кишечного содержимого. При этом выбранное слабительное должно быть безопасным и эффективным.

У большинства людей изменение рациона и образа жизни могут уменьшить частоту запоров.

Рекомендуется сбалансированная диета, включающая в себя богатые клетчаткой продукты, такие как необработанные отруби, хлеб из цельного зерна, свежие фрукты и овощи. Обильное питье и регулярные тренировки также стимулируют работу кишечника. Важна выработка «хороших привычек» в отношении дефекации. Целесообразно использовать метод тренировки гастрокишечного рефлекса: утром и вечером обязательно посещать туалетные комнаты и проводить в них достаточно времени. Кроме того, не следует игнорировать позывы к дефекации. Желательно выпивать достаточное количество жидкости в зависимости от веса, роста, образа жизни. Рекомендуется также проводить массаж передней брюшной стенки по часовой стрелке.

Все это в обязательном порядке рекомендовали всем участникам нашего исследования.

Прежде всего, необходимо признать, что для успеха терапии требуются постоянные усилия и время. Запоры не проходят быстро, и нельзя ожидать, что от них можно избавиться в течение ночи [2, 11].

Классификация слабительных препаратов по механизму действия [12]

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого (клетчатка пшеницы, отруби, семена подорожника, семя льна, метилцеллюлоза).
2. Размягчающие каловые массы (вазелиновое масло).
3. Осмотические слабительные:
   - слабоадсорбированные ионы (магния сульфат, магния карбонат, гидроксил магния, фосфат натрия, сульфат натрия);
   - многоатомные спирты (сорбитол, маннитол, глицерол);
   - полиэтиленгликоль, макрогол.
4. Слабоадсорбируемые (невсасывающиеся) ди- и полисахариды:
   - лактулоза (также имеет свойство осмотического слабительного);
   - олигосахариды (эффективны в больших дозах).
5. Средства, усиливающие секрецию или непосредственно раздражающие эпителиальные (покровные), нервные и гладкомышечные клетки (стимулирующие, или контактные, слабительные):
   - дериваты дифенилметана (фенолфталеин, бисакодил, алоэ, пикосульфат натрия);
   - рицинолевая кислота (касторовое масло);
   - антрахиноны (сенна, крушина);
   - желчные кислоты.

Скорость наступления слабительного эффекта зависит от того, на каком уровне кишечника они действуют:

- на уровне тонкой кишки (касторовое масло, солевые слабительные) — эффект развивается через 3–5 часов;
- на уровне толстой кишки (объемные, осмотические, стимулирующие слабительные) — эффект через 8–12 часов;
- на уровне прямой кишки (свечи, клизмы) — эффект через 10–20 минут.

В большинстве случаев стимулирующие слабительные должны быть последним средством, и принимать их следует только под наблюдением врача, т. к. возникают быстрое привыкание и снижение эффективности, требующее увеличения дозы. В результате длительного приема слабительных средств этой группы возможно развитие лаксативной болезни, симптомами которой могут быть хроническая интоксикация, атония тонкой кишки, нарушение водно-электролитного и витаминного баланса, трещины прямой кишки и обострение геморроя. Врач обладает наилучшими возможностями, чтобы определить, когда они необходимы и какой тип слабительного лучше.

Несмотря на обилие слабительных препаратов, проблема запора по-прежнему остается до конца не решенной. Появляются все новые и новые средства для облегчения этого недуга.

Нами было проведено открытое исследование концентрированного сока алоэ Фе-Рокс, **цель** которого — оценка его эффективности и безопасности при лечении запоров.

С давних времен алоэ применяют в качестве слабительного средства при терапии хронических запоров. В листьях алоэ содержатся сотни различных веществ, в том числе минеральные вещества (калий, фосфор, хлор, цинк, кальций), органические соединения (глюкоза, протеин). В белок алоэ входят восемнадцать аминокислот, витамины А, С, B_2, B_3, B_6, B_{12}, Е, антрахиноны, сапонины.

Концентрированный сок алоэ Фе-Рокс содержит биологически активное вещество алоин (не менее 1,5 мг вещества в одной капсуле). Алоин (барбалоин) — это горькое вещество желто-коричневого цвета, содержащееся в экссудате по меньшей мере 68 видов алоэ в количестве от 0,1% до 6,6% от сухого веса листа (составляя таким образом 3,35% экссудата) и в средних количествах — в других 17 видах. Соединение есть в соке алоэ, выделяется из клеток, смежных с сосудистыми узлами, и хранится под кожицей листа и между кожицей и гелем. Алоин благодаря наличию в нем антрагликозидов используется в качестве слабительного средства для лечения запоров.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами обследованы пациенты с запорами. В основную группу вошел 71 пациент: 57 (80,28%) женщин и 14 (19,72%) мужчин. Возраст женщин составлял в среднем 57,67 года (от 19 до 80 лет), мужчин — 69 лет (от 56 до 80 лет). Средний возраст участников в целом — 59,9 года. В группу контроля включены 52 пациента, которые статистически значимо не отличались по возрасту, полу, сопутствующим заболеваниям, приему слабительных препаратов.

Критерии исключения:

- возраст моложе 18 лет;
- механические препятствия для кишечного транзита (опухоли кишечной стенки, сдавление кишки извне опухолью из соседних органов, увеличенными лимфоузлами, маткой, рубцовое сужение просвета кишки, эндометриоз прямой или сигмовидной кишки);
- воспалительные заболевания толстой кишки;
- запоры при мегаколон;
- запоры при лучевом поражении прямой кишки;
- желудочно-кишечное кровотечение;
- повышение уровня креатинина более 200 мкмоль/л;
- беременность и лактация, неэффективная контрацепция у женщин детородного возраста;
- психические расстройства, злоупотребление алкоголем или наркотиками;
- сопутствующая терапия любым из нижеперечисленных препаратов: ингибиторами моноаминоксидазы, нейролептиками, литием.

Все пациенты находились на стационарном обследовании в Центре гастроэнтерологии и гепатологии ФГБУ «3 Центральный военный клинический госпиталь им. А.А. Вишневского» Минобороны России и к моменту отбора и включения в программу прошли все обязательные исследования, позволяющие исключить обследованных, имеющих вышеуказанные критерии.

Необходимо отметить, что пациенты с долихосигмой и единичными дивертикулами без эндоскопических и клинических признаков воспаления включались в программу исследования.

Участники обеих групп были разбиты на 4 подгруппы по степени задержки стула (*табл. 1, 2*).

Таблица 1

Распределение пациентов основной группы по степени задержки стула, n (%)

Пациенты	3 дня	4–5 дней	6–7 дней	Более 7 дней
Женщины	8 (88,89)	26 (76,47)	16 (84,21)	7 (77,78)
Мужчины	1 (11,11)	8 (23,53)	3 (15,79)	2 (22,22)
Всего	9 (12,68)	34 (47,88)	19 (26,76)	9 (12,68)

Таблица 2

Распределение пациентов контрольной группы по степени задержки стула, n (%)

Пациенты	3 дня	4–5 дней	6–7 дней	Более 7 дней
Женщины	6 (85,71)	23 (88,46)	9 (75,00)	5 (71,43)
Мужчины	1 (14,29)	3 (11,54)	3 (25,00)	2 (28,57)
Всего	7 (13,46)	26 (50,00)	12 (23,08)	7 (13,46)

При обследовании у пациентов основной группы грубые патологические изменения в толстой кишке, такие как опухолевые образования, стриктуры, эрозивно-язвенные поражения, кровотечения, распространенные дивертикулы с дивертикулитом, мегаколон, не выявлены. Во время колоноскопии только у 3 (4,23%) человек установлена норма, у 36 (50,70%) — долихосигма, а у 32 (45,07%) — единичные дивертикулы без признаков воспаления (*табл. 3*). В группе контроля при колоноскопии также не найдены грубые органические изменения.

Многие из участников исследования уже длительное время принимали слабительные препараты различных групп для разрешения запоров. Кроме того, у ряда возрастных пациентов имелись различные сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой (ИБС, гипертоническая болезнь, нарушения ритма и проводимости), дыхательной (ХОБЛ, бронхиальная астма), нервной (дисциркуляторная энцефалопатия, вертеброгенная радикулопатия), эндокринной (СД 2 типа, аутоиммунный тиреоидит), мочеполовой (мочекаменная болезнь, доброкачественная гиперплазия предстательной железы), опорно-двигательной (остеоартроз, коксартроз, гонартроз) и других систем, требующие приема лекарственных препаратов различных групп. Только 15 (21,13%) больных (11 женщин и 4 мужчины) основной группы не принимали слабительные, а остальные 56 (78,87%) (46 женщин и 10 мужчин) использовали на протяжении длительного времени слабительные препараты объема, осмотические, антрагликозиды, пикосульфаты натрия и др. Среди обследованных контрольной группы только 12 человек не принимали слабительные средства.

Больным обеих групп после поступления в стационар (в течение 3–7 суток) в процессе отбора и обследования был установлен диагноз функционального запора, у них подтверждены критерии включения в исследование. Длительность госпитализации составила от 10 до 23 суток в зависимости тяжести состояния.

Всем пациентам основной группы назначалась единая схема приема препарата Фе-Рокс — по 1 капсуле 3 раза в день после еды в течение 7–12 суток (до достижения эффекта (нормализации стула) или подтверждения его отсутствия).

Важным инструментом определения тяжести симптомов заболевания стал опросник PAC-SYM, разработанный с помощью психометрической оценки взрослых с хроническим запором [13]. Опросник из 12 пунктов позволяет математически (в цифрах) оценить выраженность, интенсивность клинических проявлений и динамику запоров. В нем выделяют три подшкалы симптомов, оценивающих состояние брюшной полости (четыре характеристики), ректальной зоны (три характеристики) и характер стула (пять характеристик). Все они оцениваются по 5-балльной шкале Ликерта: 0 = симптом отсутствует, 1 = незначительный, 2 = умеренный,

Таблица 3

Результаты колоноскопии пациентов основной группы, n (%)

Пациенты	Норма	Долихосигма	Дивертикулы без воспаления
Женщины	3 (100,00)	31 (86,11)	23 (71,88)
Мужчины	0	5 (13,89)	9 (28,12)
Всего	3 (4,23)	36 (50,70)	32 (45,07)

3 = тяжелый и 4 = очень тяжелый. Средний общий балл в диапазоне 0–4 формируется путем деления общей оценки на количество вопросов, на которые пациент ответил; чем ниже общий балл, тем меньше бремя симптомов [13].

PAC-SYM все чаще используется для характеристики клинической динамики у пациентов с запорами. Это позволяет оценивать перспективы пациента количественно. При многих хронических заболеваниях определение активности болезни и/или тяжести в значительной степени зависит от симптомов, а результаты, полученные при опросе пациентов, становятся одним из наиболее важных средств оценки эффективности лечения и прогрессирования заболевания. Этот материал является темой диссертационного исследования наших коллег и готовится к публикации в следующей статье.

В своей работе мы проводили тестирование всех пациентов с помощью опросника PAC-SYM перед исследованием и через 7–12 суток. Перед выпиской из стационара 4 больных из группы с задержкой стула более 7 суток отказались заполнять опросник из-за отсутствия положительного эффекта.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне приема Фе-Рокса нами не отмечены вздутие и боли в животе, которые часто имеют место при приеме раздражающих слабительных. Побочных эффектов на фоне применения Фе-Рокса также не было.

В основной подгруппе обследуемых с запорами более 7 дней положительный клинический эффект от монотерапии Фе-Роксом, даже при увеличении дозы вдвое, нами не был получен.

Таким пациентам необходимо назначать комбинированное лечение, сочетая Фе-Рокс со слабительными других групп. Как правило, это средства размягчающего действия, усиливающие секрецию или непосредственно раздражающие эпителиальные, нервные и гладкомышечные клетки (*рис. 1*). У данных больных положительный клинический эффект получен только от комбинированного использования слабительных препаратов различных групп.

У 11 (57,9%) участников основной подгруппы с задержкой стула до 6–7 суток был получен положительный клинический результат. Пациенты меньше тужились, форма стула становилась не комковатой, а колбаскоподобной, по Бристольской шкале 3-й и 4-й типы, процесс дефекации стал безболезненным или менее болезненным, нормализовалась кратность стула. Однако у возрастных пациентов и лиц с длительными запорами необходимо комбинировать препараты со слабительным эффектом различных групп (*рис. 2*). Мы назначали размягчающие слабительные (вазелиновое масло) и/или пикосульфаты натрия. При длительном комбинированном приеме слабительных средств и достижении разрешения запоров или при отсутствии такового их лечебные дозы могут быть уменьшены или увеличены индивидуально.

В основных подгруппах обследованных с задержкой стула до 5 дней мы наблюдали нормализацию частоты стула у всех пациентов (n = 43, 100%) в противоположность группе контроля (*рис. 3, 4*).

Рис. 1. Эффективность Фе-Рокса при лечении запоров у пациентов с задержкой стула более 7 дней

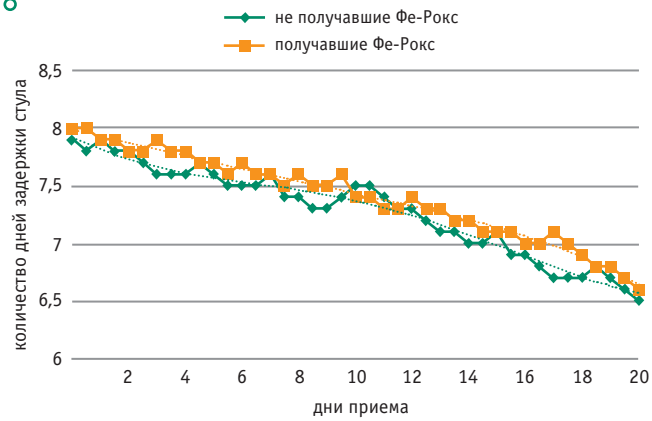


Рис. 2. Эффективность Фе-Рокса при лечении запоров у пациентов с задержкой стула 6–7 дней

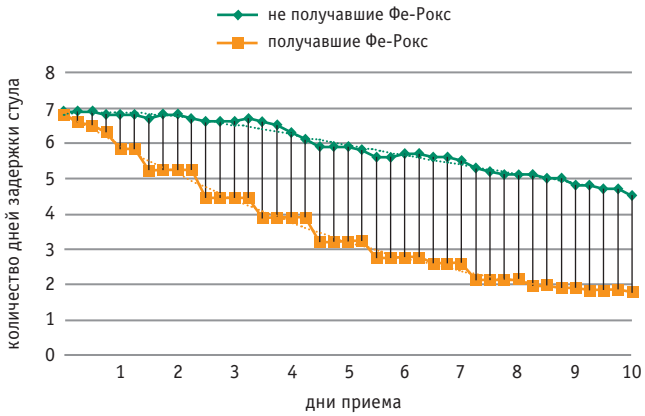


Рис. 3. Эффективность Фе-Рокса при лечении запоров у пациентов с задержкой стула 4–5 дней

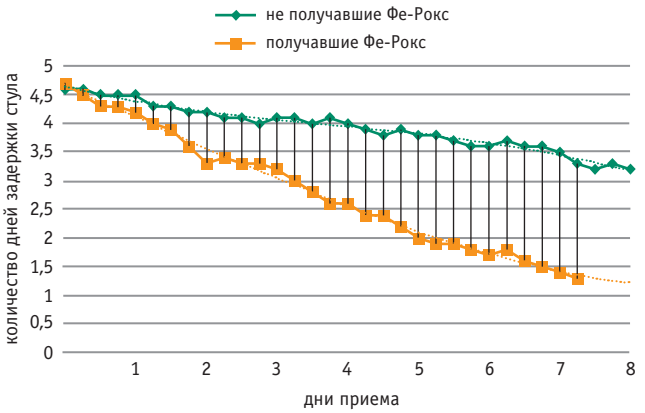
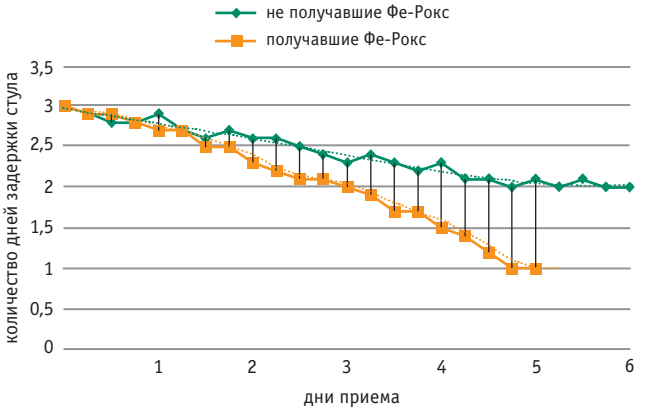


Рис. 4. Эффективность Фе-Рокса при лечении запоров у пациентов с 3-дневной задержкой стула



Итак, нормализация стула имела место у 54 (76%) обследуемых основной группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наше исследование позволяет сделать заключение, что применение концентрированного сока алоэ Фе-Рокс, натурального растительного слабительного, по одной капсуле 3 раза в сутки после еды у пациентов с функциональным запором способствует нормализации стула путем улучшения пропульсивной способности толстой кишки, без болей и вздутия. В последующем пациенты могут самостоятельно уменьшать дозу препарата до 1–2 капсул в сутки при достижении стойкого положительного эффекта. У больных с запорами до 5 суток Фе-Рокс может использоваться как средство монотерапии, а с более длительными запорами — в комбинации со слабительными других групп в уменьшенных дозах.

Фе-Рокс — это средство, которое может с успехом применяться при лечении хронических запоров благодаря его эффективности, безопасности и хорошей переносимости.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. *Sumida K., Molnar M.Z., Potukuchi P.K., Thomas F., Lu J.L., Yamagata K. et al. Constipation and risk of death and cardiovascular events. Atherosclerosis. 2018; 281: 114–20. DOI: 10.1016/j.atherosclerosis.2018.12.021*
2. *Bassotti G., Usai Satta P., Bellini M. Prucalopride for the treatment of constipation: a view from 2015 and beyond. Expert. Rev. Gastroenterol. Hepatol. 2019; 13(3): 257–62. DOI: 10.1080/17474124.2019.1568238*
3. *Voelker R. New chronic constipation medication. JAMA. 2019; 321(5): 444. DOI: 10.1001/jama.2018.21934*
4. *Буторова Л.И. Запоры: маленькие трагедии и большие проблемы. М.; 2011. 27 с. [Butorova L.I. Zapory: malen'kie tragedii i bol'shie problemy. M.; 2011. 27 s. (in Russian)]*
5. *Информация о заседании Экспертного совета по проблеме хронических запоров. Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2011; 21(4): 90–1. [Informatsiya o zasedanii Ekspertnogo soveta po probleme khronicheskikh zaporov. Ros. zhurn. gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii. 2011; 21(4): 90–1. (in Russian)]*
6. *Маев И.В., ред. Синдром хронического запора. Пособие для врачей. М.; 2006. 44 с. [Maev I.V., red. Sindrom khronicheskogo zapora. Posobie dlya vrachei. M.; 2006. 44 s. (in Russian)]*
7. *Минушкин О.Н. Хронический запор (определение, эпидемиология, диагностика): современная медикаментозная терапия. Мед. совет. 2015; 137: 100–5. [Minushkin O.N. Khronicheskii zapor (opredelenie, epidemiologiya, diagnostika): sovremennaya medikamentoznaya terapiya. Med. sovet. 2015; 137: 100–5. (in Russian)]*
8. *Drossman D.A. Functional gastrointestinal disorders: history, pathophysiology, clinical features, and Rome IV. Gastroenterol. 2016; 150(6): 1262–79.e2. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.032*
9. *Russo M., Strisciuglio C., Scarpato E., Bruzzese D., Casertano M., Staiano A. Functional chronic constipation: Rome III Criteria versus Rome IV Criteria. J. Neurogastroenterol. Motil. 2019; 25(1): 123–8. DOI: 10.5056/jnm18035*
10. *Simren M., Palsson O.S., Whitehead W.E. Update on Rome IV Criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice. Curr. Gastroenterol. Rep. 2017; 19(4): 15. DOI: 10.1007/s11894-017-0554-0*
11. *Ткач С.М. Хронический запор: современные подходы к диагностике и лечению. Киев; 2015. 24 с. [Tkach S.M. Khronicheskii zapor: sovremennye podkhody k diagnostike i leche-niyu. Kiev; 2015. 24 s. (in Russian)]*
12. *Forootan M., Bagheri N., Darvishi M. Chronic constipation. A review of literature. Medicine (Baltimore). 2018; 97(20): e10631. DOI: 10.1097/MD.0000000000010631*
13. *Yiannakou Y., Tack J., Piessevaux H., Dubois D., Quigley E.M.M., Ke M.Y. et al. The PAC-SYM questionnaire for chronic constipation: defining the minimal important difference. Aliment. Pharmacol. Ther. 2017; 46(11–12): 1103–11. DOI: 10.1111/apt.14349* ■