

клинические исследования

Опыт коррекции хронических функциональных запоров с помощью средств биологической медицины



Опыт коррекции хронических функциональных запоров с помощью средств биологической медицины

Н.А. Пивторак¹, к.мед.н., доцент,

И.В. Феджага¹, к.мед.н., доцент,

Г.С. Блажиевская², заведующая филиалом центра ПМСП,

¹ кафедра внутренней и семейной медицины Винницкого национального медицинского университета имени Н.И. Пирогова,

² Центр первичной медико-санитарной помощи № 1, г. Винница

В последние годы среди патологии органов пищеварения значительно возросла доля функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта, в том числе хронических функциональных запоров (ХФЗ). ХФЗ наряду с ожирением, сахарным диабетом, ишемической болезнью сердца, неалкогольной жировой болезнью печени, холелитиазом и раком толстой кишки относится к наиболее распространенным болезням цивилизации [1, 11].

Хронический запор выявляется преимущественно (30-60%) у пациентов среднего и старшего возраста как в Европе и Северной Америке, так и в странах Азии [5, 20, 23]. Запоры в три раза чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, и значительное увеличение их частоты наблюдается после 65 лет [2, 22]. ХФЗ нередко приводят к формированию таких серьезных осложнений, как дивертикулез, дивертикулит, хронический геморрой, анальная трещина, язвы, кровотечения, перфорации, выпадение прямой кишки и недержание кала. Лечение запоров является чрезвычайно трудной задачей ввиду недостаточной клинической эффективности большинства слабительных средств [4, 26], нежелания пациента менять характер питания и режим двигательной активности, низкой приверженности к терапии.

Большинство семейных врачей под термином «запор» подразумевают урежение актов дефекации (например, менее четырех в неделю) [27]. Согласно Римским критериям III пересмотра [14], для постановки диагноза *функционального запора* необходимо появление за 6 месяцев и наличие на протяжении 3 месяцев, предшествующих постановке диагноза, не менее двух симптомов из нижеперечисленных:

- затрудненная дефекация – по крайней мере в 25% случаев;

- шероховатые или твердые каловые массы – по крайней мере при 25% дефекаций;
- ощущение неполного опорожнения кишечника – по крайней мере после 25% дефекаций;
- ощущение затрудненной аноректальной проходимости – в течение по крайней мере 25% дефекаций;
- необходимость ручного пособия для облегчения дефекации – по крайней мере в 25% случаев;
- меньше 3 дефекаций в неделю.

При этом самостоятельный стул без слабительных бывает редко.

Запор может быть как самостоятельной нозологической единицей, так и симптомом многих заболеваний кишечника или других органов и систем [7]. Согласно классификации J.E. Lennard-Jones [3], выделяют виды запора, связанные с:

- образом жизни;
- воздействием внешних факторов;
- эндокринными и метаболическими нарушениями;
- неврологическими факторами;
- психогенными факторами;
- гастроэнтерологическими заболеваниями;
- патологией аноректальной зоны.

По сравнению с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, запор значительно влияет на качество жизни пациентов [10].

Отмечается устойчиво высокая распространенность запора среди детей, которая, в зависимости от критериев диагностики, составляет до 29,6% [24, 25]. Эффект от терапии отмечается только у половины детей [16], поддерживающая терапия продолжается от 6 до 24 месяцев, 25% детей продолжают страдать запорами во взрослом возрасте [12]. Достаточный питьевой режим и потребление пищевых волокон считаются основными принципами диетотерапии при запорах и являются первичными по отношению к медикаментозному лечению [16].

Комплексная терапия запоров предполагает восстановление регулярной дефекации (безболезненной, с мягким стулом) без недержания кала на фоне профилактики рецидивов заболевания. Лечение запора должно быть этиопатогенетическим, то есть направленным на устранение причины нарушения опорожнения кишечника, нормализацию пропульсивной способности толстой кишки, регуляцию процесса формирования кала и опорожнения кишечника [7]. В последние годы предложена поведенческая терапия по принципу обратной биологической связи – ТОБС (biofeedback therapy), в т. ч. у детей, страдающих ХФЗ [8, 25].

Традиционные слабительные широко используются и часто рекомендуются для начального лечения хронических запоров. К сожалению, как показали клинические испытания, применение большинства из них приводит к нежелательным последствиям [18]. При длительном и многолетнем применении в высоких дозах слабительных препаратов, содержащих антрахиноны, их простая отмена и перевод больных на употребление пищевых волокон, а также на осмотические слабительные часто бывают невозможными из-за формирования *рефрактерности запора* [6]. Использование производных дифенилметана сопровождается частыми побочными эффектами: болью в животе, диспептическими явлениями, поносами, водно-солевыми нарушениями, вторичным гиперальдостеронизмом, нарушениями всасывания витаминов [9]. Таким образом, для существенной помощи при запорах и достижения нормализации моторики желудочно-кишечного тракта необходимы новые подходы к фармакологической терапии.

Группа итальянских ученых (гомеопатов, гомотоксикологов, представителей академической медицины) сформулировала новое направление в медицине, получившее название «физиологическая регуляционная медицина» (ФРМ) [21]. ФРМ – новая научно-практическая концепция лечения, на базе которой созданы препараты компании GUNA (Италия). Многие врачи и пациенты в мире становятся приверженцами этого эффективного и безопасного метода лечения. ФРМ, взяв за основу принцип использования гомеопатических доз и гомеопатическую методику приготовления лекарств, дополнила их последними научными достижениями в области современной молекулярной биологии, иммунологии, физиологии, квантовой физики [17].

Цель исследования: изучить эффективность препарата Гуна-Бовел в лечении взрослых больных хроническими запорами функционального происхождения.

При выполнении исследования поставлены следующие задачи:

- Оценить степень выраженности клинических проявлений хронического запора, используя опросник PAC-SYM (симптомы пациента) у обследуемых больных до начала лечения.
- Изучить динамику симптомов запора под влиянием терапии препаратом Гуна-Бовел у пациентов (через 3 и 6 недель лечения, а также спустя два месяца после завершения приема препарата Гуна-Бовел) с помощью опросника PAC-SYM.
- Определить, в какие периоды времени под влиянием препарата Гуна-Бовел происходит уменьшение степени выраженности или исчезновение клинических симптомов запора у исследуемых пациентов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, МЕТОДОВ И ДИЗАЙНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Формирование группы пациентов для изучения эффективности лечения препаратом Гуна-Бовел в количестве 45 больных проводилось путем:

- опроса пациентов, сбора анамнеза, объективного обследования, дополнительных исследований – по показаниям;
- оформления информированного согласия пациента на участие в исследовании с использованием полученных результатов в публикациях.

Для подтверждения диагноза использовалась **шкала оценки запоров (Constipation Assessment Scale – CAS)** [13, 19]. Запор определялся по ответам на следующие вопросы:

- Принимались ли слабительные в течение 2 недель до исследования? (Если да, то количество баллов = 0: конец подсчета).
- Был ли стул в среднем реже, чем 1 раз, в течение 3 или более дней в неделю? (Если да, то количество баллов = 0; если нет, то 1: независимо от ответа, подсчет баллов продолжается).
- Была ли дефекация трудной или болезненной?
- Была ли консистенция стула преимущественно твердой?

Результат подсчета по шкале CAS указывает на запор (2 или 3) или его отсутствие (0 или 1).

Согласно разработанным критериям включения, в группу исследуемых пациентов были отобраны:

1. Больные с функциональными хроническими запорами (в соответствии с Римскими критериями III) – 7 человек.
2. Больные с СРК-3 (синдромом раздраженной толстой кишки с запорами, в соответствии с Римскими критериями III) – 40 человек, в т. ч. 9 больных с запорами при недостаточной эффективности предшествующего лечения на протяжении не менее трех месяцев из шести, а также 4 больных с непереносимостью назначаемых для лечения запора препаратов.

Критерии исключения из группы исследуемых:

- наличие «симптомов тревоги»: анемии, необъяснимой потери массы тела более 4,5 кг, наличие свежей крови в кале или положительная реакция на скрытую кровь, симптомы кишечной непроходимости, остро возникшие запоры, особенно у пожилых пациентов, отягощенный семейный анамнез по колоректальному раку или болезни Крона;
- воспалительные заболевания тонкой и толстой кишки, требующие активного лечения;
- запоры центрального происхождения (поражения головного и спинного мозга);
- детский возраст.

В результате первичного обследования пациентов с запорами были отобраны 47 пациентов (из них 39 – женщины) с запорами функционального генеза; средний возраст пациентов составил $54,5 \pm 13,65$ года (от 18 до 87 лет).

Длительность запоров в группе составила в среднем $13,98 \pm 5,55$ года (от 2 до 35 лет).

Сумма баллов в группе исследования, согласно шкале подтверждения запора CAS, составила: 2 балла – у 23 больных, 3 балла – у 24 больных.

Отобранные с помощью опросника CAS 47 пациентов в дальнейшем наблюдались и оценивались с помощью таблицы симптомов запора (PAC-SYM) каждые три недели во время базового (1-го), 2-го и 3-го визитов, а также 4-го визита – через два месяца после окончания приема препарата Гуна-Бовел.

Выраженность симптомов запора пациенты оценивали лично с помощью опросника (PAC-SYM) [15] (табл. 1).

Анализ исходного уровня выраженности запоров в исследуемой группе показал, что 18 пациентов из 47 (38,29%) имели выраженные запоры – общая сумма баллов PAC-SYM у них составила > 2 .

Гуна-Бовел является препаратом, соответствующим концепции ФРМ (современной концепции лечения, объединившей достижения гомеотоксикологии, молекулярной биологии, нейроэндокринной иммунологии и диетологии).

Гуна-Бовел – базовый препарат коррекции нарушений функции толстого кишечника, приводящих к запорам, действующий по четырем векторам (табл. 2).

В составе препарата присутствуют растительные, метаболические, суис-органные¹ компоненты, приготовленные с использованием специальной методики *потенцированной кинетической активации* (ПКА), которая придает компонентам высокую терапевтическую активность для коррекции нарушений функции толстого кишечника.

Гуна-Бовел – это сильный детоксикант пищеварительной системы, а также действенное гомеопатическое средство, показанное при запорах спастического или атонического характера, при нарушении

Таблица 1. Выраженность симптомов запора в баллах

Симптом	Выраженность				
Дискомфорт в животе	0	1	2	3	4
Боль в животе	0	1	2	3	4
Вздутие живота	0	1	2	3	4
Спазмы желудка	0	1	2	3	4
Болезненные опорожнения кишечника	0	1	2	3	4
Жжение в прямой кишке во время или после дефекации	0	1	2	3	4
Ректальное кровотечение или разрывы во время или после дефекации	0	1	2	3	4
Неполное опорожнение кишечника, как бы «незаконченное»	0	1	2	3	4
Слишком трудная дефекация	0	1	2	3	4
Слишком скудные дефекации	0	1	2	3	4
Сильное натуживание для дефекации	0	1	2	3	4
Ощущение, как будто вы должны были сходить в туалет, но не смогли	0	1	2	3	4

Примечание: больным предлагается указать выраженность предложенного симптома по пятибалльной шкале, если симптом встречается не реже, чем при каждом четвертом опорожнении кишечника (вариант, который наиболее подходит, – округлить):

0 – симптом не проявляется;

1 – слабое проявление симптома;

2 – среднее проявление симптома;

3 – существенное проявление симптома;

4 – сильное проявление симптома.

Определяются суммы баллов:

• по подшкале ABD (адбминальные симптомы) – первые 5 вопросов;

• по подшкале REC (ректальные симптомы) – следующие 3 вопроса опросника (6-8-й вопросы);

• по подшкале STO (симптомы стула) – последние 4 вопроса (9-12-й).

функции кишечника (Реєстраційне посвідчення на лікарський засіб № UA/12657/01/01, затверджене Наказом МОЗ України від 29.12.2012 р. № 1136). Под действием препарата токсины, скапливающиеся в кишечнике, направляются к органам выведения и эвакуируются из организма.

Фармакологическое действие препарата основано на влиянии трех групп составляющих:

- 1) растительные компоненты – вытяжки из алоэ, ревеня, чистотела и иных растений, которые обладают мягким слабительным эффектом, улучшают работу печени;
- 2) глинозем, бриония и семена чилибухи – улучшают моторную функцию кишечника;
- 3) гомеопатические препараты из толстой и прямой кишки свиней – помогают сохранить целостность эпителия кишечника, активизируют работу кишечника, подавляют развитие гнилостных микроорганизмов, что очень важно при терапии дисбактериоза.

¹ (От лат. suis – свинья) – изготавливаются из тканей эмбрионов свиньи или молодых поросят; ткани свиньи характеризуются наиболее близким антигенным сходством с тканями человека, сходными физиологическими функциями и метаболизмом (прим. ред.).

Таблица 2. Характеристика векторов действия и состава препарата Гуна-Бовел

Действие препарата	Компоненты	Симптомы
Антиконстипационный вектор		
- Регуляция перистальтики кишечника при атонических и спастических запорах - Гомеопатическая коррекция при индивидуальной предрасположенности к заболеваниям кишечника	<i>Alumina D6/D8</i> <i>Collinsonia canadensis D2</i> <i>Kalium carbonicum D6/D8/D12</i> <i>Aloe socotrina D2</i> <i>Natrum carbonicum D6/D8/D12</i> <i>Rheum D2</i> <i>Rhamnus frangula D2</i>	- Атонический и спастический запор - Мегаколон - Проктогенный запор - Вторичные рефлекторные запоры при гастродуодените - Запоры, тенезмы, проктит - Хронические запоры
Вектор коррекции дисфункций гепатобилиарной системы		
- Детоксикация печени - Гепатопротекторный эффект - Желчегонное действие - Уменьшение застоя в системе воротной вены	<i>Bryonia alba D6/D8</i> <i>Carduus marianus D2</i> <i>Chelidonium majus D2</i> <i>Nux vomica D6/D8</i> <i>Taraxacum D2</i>	- Запоры, обусловленные заболеваниями гепатобилиарной системы - Комплексная терапия геморроя
Вектор коррекции метаболических нарушений		
- Противогнилостное и антидисбиотическое действие - Стимуляция окислительно-восстановительных реакций при хронических заболеваниях кишечника	<i>Skatolum D6/D10</i> <i>Thiaminum hydrochloricum D4</i> <i>Cholecalciferol D2</i> <i>Niacin D2</i> <i>Pantothenic acid D2</i>	- Избыточные процессы гниения в кишечнике - Снижение функциональной активности гладких мышц и желез ЖКТ - Нарушение метаболизма витамина D₃ при хронических заболеваниях кишечника и печени - Нарушение выработки соляной кислоты и пищеварительных ферментов - Атонические запоры (прокинети́ческое действие) - Нарушение жирового обмена при хронических заболеваниях печени и кишечника
Антидегенеративный вектор		
- Антидегенеративный эффект - Регенерация органа	<i>Colon suis D6/D12/D30</i> <i>Rectum suis D6/D12/D30</i>	Заболевания толстого кишечника и прямой кишки (функциональные, воспалительные, аутоиммунные, дегенеративные)

Примечание. ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

Условия проведения терапии:

- назначение препарата Гуна-Бовел в монотерапии (для коррекции запоров другие препараты, влияющие на перистальтику толстой кишки, не назначались);
- дозировка препарата Гуна-Бовел: по 10 капель 3 раза в день, растворив в небольшом количестве воды;
- прием препарата осуществляли натощак (за 20 мин до еды или через 1 час после), рассасывая во рту несколько минут; перед употреблением флакон с препаратом интенсивно встряхивался 10-15 раз;
- каждому пациенту была рекомендована диета для профилактики запоров;
- продолжительность лечения – 6 недель (2 упаковки препарата).

Статистический анализ полученных результатов проведен с применением программы «STATISTICA 5.5» фирмы Statsoft (принадлежит ЦНИТ ВНМУ² имени Н.И. Пирогова, лицензионный номер AXXR910A374605FA) с использованием непараметрических методов оценки полученных результатов.

Оценивали правильность распределения признаков по каждому из полученных вариацион-

ных рядов, средние значения по каждому признаку изучаемого объекта, стандартные ошибки и отклонения. Достоверность различий в значениях независимых количественных величин определяли с помощью U-критерия Манна – Уитни. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основе результатов опроса больных по опроснику PAC-SYM были отмечены положительные результаты уже на протяжении первых трех недель лечения (табл. 3). После трехнедельного лечения препаратом Гуна-Бовел у 4 больных наблюдалось значительное улучшение симптомов запора (разница баллов составила больше 1), средняя степень улучшения наблюдалась у 20 пациентов (разница баллов от 0,5 до 1), минимальное клиническое улучшение симптомов запора наблюдалось у 19 больных (разница баллов меньше 0,5). У двух больных состояние не изменилось, у двух – ухудшилось.

После шести недель лечения у 22 больных наблюдалось значительное улучшение симптомов запора (разница баллов составила больше 1), среднее улучшение наблюдалось у 20 пациентов (разница баллов от 0,5 до 1), минимальное клиническое

² Центр новых информационных технологий Винницкого национального медицинского университета

Таблица 3. Динамика выраженности симптомов хронического запора (до, во время и после лечения препаратом Гуна-Бовел) в баллах шкалы опросника PAC-SYM

Симптомы	M ± m			
	Визит 1	Визит 2	Визит 3	Визит 4
ABD	1,87 ± 0,38	1,57 ± 0,41	0,95 ± 0,37*	0,97 ± 0,32*
REC	1,36 ± 0,48	0,89 ± 0,36	0,50 ± 0,32*	0,55 ± 0,28*
STO	2,31 ± 0,43	1,64 ± 0,41	1,23 ± 0,37*	1,28 ± 0,35*
Σ PAC-SYM	1,90 ± 0,28	1,42 ± 0,30	0,94 ± 0,29*	0,97 ± 0,27*

Примечания: ABD – абдоминальные симптомы; REC – ректальные симптомы; STO – симптомы стула; Σ PAC-SYM – общая сумма баллов;

M ± m – среднее значение ± стандартное отклонение;

* различия с данными при визите 1 статистически значимы (p < 0,05).

улучшение симптомов запора наблюдалось у трех больных (разница баллов меньше 0,5).

Через 2 месяца после окончания приема препарата у 20 больных наблюдалось значительное улучшение симптомов запора (разница баллов составила больше 1), среднее улучшение наблюдалось у 22 пациентов (разница баллов от 0,5 до 1), минимальное клиническое улучшение симптомов запора наблюдалось у трех больных (разница баллов меньше 0,5).

Во время второго визита по сравнению с началом лечения (визит 1) выраженность абдоминальных симптомов (ABD) уменьшилась в 1,19 раза, ректальных симптомов (REC) – в 1,52 раза, симптомов стула (STO) – в 1,41 раза, симптомов запора в целом (Σ PAC-SYM) – в 1,33 раза.

Во время третьего визита выраженность симптомов ABD уменьшилась в 1,93 раза, симптомов REC – в 2,59 раза, симптомов STO – в 1,87 раза, Σ PAC-SYM – в 2 раза. А во время четвертого

визита симптомы ABD были в 1,91 раза, симптомы REC – в 2,49 раза, симптомы STO – в 1,80 раза, Σ PAC-SYM – в 1,96 раза менее выраженными. Максимальное уменьшение выраженности симптомов запора в сравнении с периодом до лечения было выявлено на третьем визите (рисунки). Причем по прошествии 2 месяцев симптомы были также статистически значимо менее выражены по сравнению с периодом до лечения (p < 0,05).

Степень уменьшения симптомов определяли по сравнению с периодом до лечения (табл. 4).

Исследование степени изменения величин симптомов запора по сравнению с периодом до лечения показало статистически значимую разницу в общей сумме баллов и баллам по ABD при третьем визите по сравнению с первыми тремя неделями.

Уменьшение выраженности симптомов в нашем исследовании было неравномерным (табл. 5). Так, выраженность симптомов ABD уменьшалась более всего в период между вторым и третьим

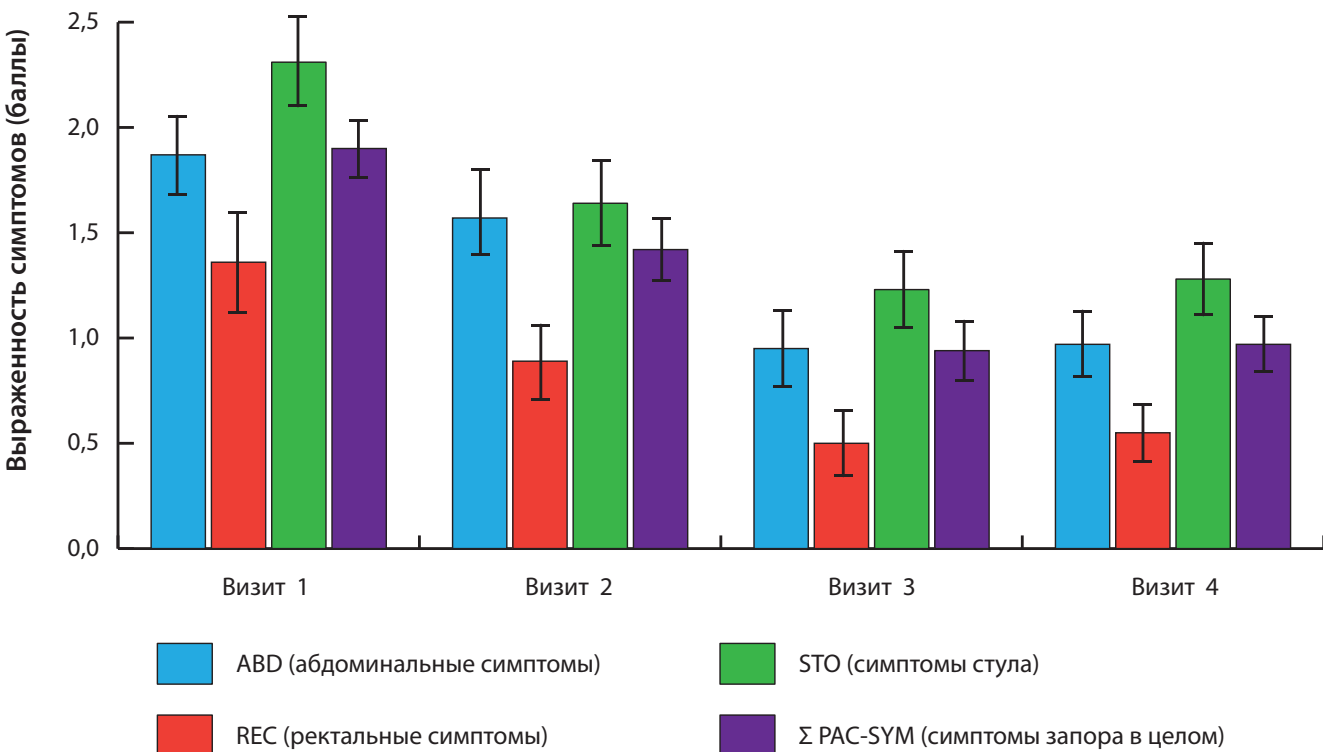


Рисунок. Динамика симптомов запора до, во время и после лечения препаратом Гуна-Бовел

Таблица 4. Динамика степени изменения симптомов хронического запора (в баллах) во время и после лечения препаратом Гуна-Бовел по сравнению с периодом до лечения ($M \pm m$)

Симптомы	Различия в средних значениях выраженности симптомов по сравнению с первым визитом ($M \pm m$)		
	Δ визитов 1-2	Δ визитов 1-3	Δ визитов 1-4
ABD	$0,30 \pm 0,25$	$0,94 \pm 0,29^*$	$0,89 \pm 0,38$
REC	$0,47 \pm 0,27$	$0,87 \pm 0,27$	$0,82 \pm 0,30$
STO	$0,68 \pm 0,28$	$1,07 \pm 0,33$	$1,03 \pm 0,27$
Σ PAC-SYM	$0,48 \pm 0,21$	$0,97 \pm 0,23^*$	$0,93 \pm 0,21$

Примечания: ABD – абдоминальные симптомы; REC – ректальные симптомы; STO – симптомы стула; Σ PAC-SYM – общая сумма баллов;

$M \pm m$ – среднее значение $\pm$ стандартное отклонение; Δ – разница в сумме баллов;

* различия с данными Δ на визитах 1-2 статистически значимы ($p < 0,05$).

Таблица 5. Динамика степени изменения проявлений симптомов хронического запора (в баллах) во время и после лечения препаратом Гуна-Бовел по сравнению с предыдущим визитом ($M \pm m$)

Симптомы	Различия в средних значениях выраженности симптомов по сравнению с предыдущим визитом ($M \pm m$)		
	Δ визитов 1-2	Δ визитов 2-3	Δ визитов 3-4
ABD	$0,30 \pm 0,25$	$0,60 \pm 0,20$	$-0,01 \pm 0,12^*$
REC	$0,47 \pm 0,27$	$0,37 \pm 0,25$	$-0,02 \pm 0,13^*$
STO	$0,68 \pm 0,28$	$0,40 \pm 0,25$	$-0,04 \pm 0,13^*$
Σ PAC-SYM	$0,48 \pm 0,21$	$0,48 \pm 0,18$	$-0,02 \pm 0,11^*$

Примечания: ABD – абдоминальные симптомы; REC – ректальные симптомы; STO – симптомы стула; Σ PAC-SYM – общая сумма баллов;

$M \pm m$ – среднее значение $\pm$ стандартное отклонение; Δ – разница в сумме баллов;

* различия с данными Δ на визитах предыдущего периода статистически значимы ($p < 0,05$).

визитом, т. е. между третьей и шестой неделями исследования (в 1,63 раза). Аналогично уменьшалась выраженность симптомов REC (в 1,70 раза); выраженность симптомов STO уменьшалась более всего в период между первым и вторым визитами, т. е. между первой и третьей неделями исследования (в 1,41 раза). В целом выраженность суммарных симптомов запора уменьшалась более всего между третьей и шестой неделями – в 1,5 раза. Через два месяца после лечения проявления симптомов (по сравнению с шестой неделей наблюдения) имели тенденцию к усилению.

Препарат Гуна-Бовел в целом хорошо переносился больными. Случаев отмены препарата из-за индивидуальной непереносимости не отмечено.

Следует отметить, что в первые две недели от начала лечения у 18 больных наблюдалось усиление вздутия живота, у 9 – ощущение усиления перистальтики кишечника («шумы в животе»), у 11 – умеренные боли в животе до дефекации. Эти явления самопроизвольно уменьшались и исчезали без отмены препарата (в сроки от 4 до 12 дней).

Выводы

1. Использование препарата Гуна-Бовел (GUNA, Италия) у больных с хроническими запорами на протяжении 6 недель позволяет добиться регулярной дефекации без помощи слабительных препаратов у большинства пациентов.

2. Препарат Гуна-Бовел безопасен и хорошо переносится пациентами.

3. Результаты исследования показывают, что препарат Гуна-Бовел может стать надежным и безопасным средством лечения хронического запора функционального генеза.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛЕЧЕНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАПОРОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРЕПАРАТА ГУНА-БОВЕЛ

1. Диетический режим:

- В рационе питания должны превалировать продукты, богатые растительной клетчаткой: овощи, фрукты, грубый черный хлеб (иногда – пищевые отруби).
- Следует выпивать не менее 1,5-2,0 литров жидкости в день.
- Необходимо исключить продукты, содержащие танин: сушеную чернику, крепкий черный чай, какао, натуральные красные вина (кагор и др.); пищу в протертом виде, продукты и вещества вязкой консистенции.
- Пищу нужно принимать не реже 5 раз в день.

2. Отмена (или замена другими) препаратов, способных вызывать или усиливать запоры. К ним относятся: опиаты, антациды, ганглиоблокаторы, диуретики, препараты железа, психотерапевтические средства, а также пероральные противозачаточные препараты.

3. Повышение физической активности.

4. Прием препарата Гуна-Бовел необходимо осуществлять натощак (по 10 капель 3 раза в день).

в небольшом количестве воды за 20 мин до еды или через 1 час после), рассасывая во рту несколько минут. Перед употреблением флакон с препаратом следует интенсивно встряхивать 10-15 раз.

5. Продолжительность лечения – 6 недель.

Список литературы

1. Бабак О.Я. Запор. Современный взгляд на проблему / О.Я. Бабак // Сучасна гастроентерол. – 2005. – № 4 (24). – С. 20-23.
2. Белоусова Е.А. Лечение запора у пожилых пациентов. / Е.А. Белоусова // Клиническая геронтология – 2006. – № 1. – С. 58-65.
3. Звягинцева Т.Д. Проблема запора в современном обществе / Т.Д. Звягинцева, С.В. Гріднева // Сучасна гастроентерол. 2008. – № 2 (40). – С. 40-43.
4. Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором / В.Т. Ивашкин, С.Р. Абдулхаков, Е.К. Баранская [и др.] // РЖГТК. – 2014. – № 5. – С. 69-75.
5. Опанасюк Н.Д. Запоры: дифференциальная диагностика, современные подходы к лечению / Н.Д. Опанасюк // Доктор. – 2002. – № 2. – С. 26-29.
6. Румянцев В.Г. Запоры: тактика ведения пациента в поликлинике / В.Г. Румянцев // Consilium medicum – 2002. – № 1. – С. 30-33.
7. Свінцицький А.С. Закрепи та принципи їх лікування / А.С. Свінцицький // Мистецтво лікування. – 2003. – № 2. – С. 20-25.
8. Ткач С.М. Современные подходы к ведению больных с хроническим запором / С.М. Ткач // Здоров'я України. – 2013. – № 6. – С. 63-65.
9. Харченко Н.В. Хронический запор: диагностика и принципы лечения / Н.В. Харченко // Мистецтво лікування – 2007. – № 1 (37). – С. 69-71.
10. Belsey J. Systematic review: impact of constipation on quality of life in adults and children / J. Belsey, S. Greenfield, D. Candy [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2010. – Vol. 31, № 9. – P. 938-949.
11. Bharucha A.E. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation / A.E. Bharucha, J.H. Pemberton, G.R. Locke // Gastroenterology. – 2013. – Vol. 144, № 1. – P. 218-238.
12. Bongers M.E. Long-term follow-up and course of life in children with constipation / M.E. Bongers, M.A. Benninga // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2011. – Vol. 53, № 2. – P. S55-56.
13. Dal Molin A. Validity and reability of the Italian Constipation Assessment Scale / A. Dal Molin, S.C. McMilan, F. Zenerino [et al.] // Int. J. Pall. Nutr. – 2012. – Vol. 18, № 7. – P. 321-325.
14. Drossman D.A. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process / D.A. Drossman D.A. // Gastroenterology. – 2006. – Vol. 130, № 5. – P. 1377-90.
15. Frank L. Psychometric validation of a constipation symptom assessment questionnaire / L. Frank, L. Kleinman, C. Farup [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 1999 – Vol. 34, № 9 – P. 870-877.
16. Giannetti E. Treatment of constipation: where do we go? / E. Giannetti, E. Sciorio, A. Staiano // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2011. – Vol. 53, Suppl 2. – P. S53-55.
17. GUNA method – physiological regulating medicine [Text]: therapeutic guide. – Whitehall: GUNA Biotherapeutics – 2010. – X. – 270 p.
18. Jiang C. Current developments in pharmacological therapeutics for chronic constipation / C. Jiang, Q. Xu, X. Wen, H. Sun // Acta Pharm. Sin. B. – 2015. – Vol. 5, № 4. – P. 300-309.
19. McCrea G.L. Review Article: Self-Report Measures to Evaluate Constipation / G.L. McCrea, C. Miaskowski, N.A. Stotts [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 27, № 8. – P. 638-648.
20. Peppas G. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: asystematic review / G. Peppas et al. // BMC Gastroenterol. 2008. – Vol. 8. – P. 5.
21. Physiological Regulating Medicine (GUNA metod). How to treat diseases and cure patients with natural methods: therapeutic guide. // Guna biotherapeutics. – 2005. – P. 2-14.
22. Suares N.C. Prevalence of, and risk factors for, chronic idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis / N.C. Suares, A.C. Ford // Am. J. Gastroenterol. – 2011. – Vol. 106, № 9. – P. 1582-1591.
23. Truong T.T. Impact of IBS With Constipation and Chronic Constipation on Women's Health: Current Concepts and Considerations / T.T. Truong, L. Chang // Medscape Gastroenterology. – 2008. <http://www.medscape.com/viewarticle/573447>.
24. Van den Berg M.M. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review / M.M. van den Berg, M.A. Benninga, C. Di Lorenzo // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101, № 10. – P. 2401-2409.
25. Van Dijk M. Parental child-rearing attitudes are associated with functional constipation in childhood / M. van Dijk, G.J. de Vries, B.F. Last, M.A. Benninga, M.A. Grootenhuys // Arch. Dis. Child. – 2015. – Vol. 100, № 4. – P. 329-333.
26. Wald A. A multinational survey of prevalence and patterns of laxative use among adults with self-defined constipation / A. Wald, C. Scarpignato, S. Mueller-Lissner [et al.] // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2008. – Vol. 28, № 7. – P. 917-930.
27. Yost K.J. Comparing SF-36 scores across three groups of women with different health profiles / K.J. Yost, M.N. Haan, R.A. Levine, E.B. Gold // Qual. Life Res. – 2005. – Vol. 14, № 5. – P. 1251-1261.

