

Ю. М. Степанов¹, О. М. Власова²¹ ДУ «Інститут гастроентерології
НАМН України», Дніпро² ДЗ «Дніпропетровська медична академія
МОЗ України», Дніпро

Нові можливості лікування хворих з хронічними запорами

Мета — проаналізувати ефективність використання рослинного препарату «Ізиду» в пацієнтів з хронічним запором.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувало 40 пацієнтів з хронічним запором віком від 18 до 65 років, яких розподілили на дві групи. Пацієнти першої групи приймали проносний засіб «Ізиду» по 3 капсули на добу, хворі другої групи не приймали постійно проносні засоби, а лише виконували загальні рекомендації (питний режим до 1,5–2,0 л, збільшення вмісту в раціоні рослинної клітковини та зменшення — тваринного білка). Оцінку стану хворих проводили тричі: до лікування, на 7-му та 14-ту добу.

Результати. Під час первинного обстеження всі хворі пред'являли скарги на біль у животі. Переважав абдомінальний біль та відчуття дискомфорту, які зменшувалися після дефекації. Хворі 1-ї групи на 7-му добу відзначили більшу динаміку зниження інтенсивності болю порівняно з 2-ю групою ((1,84±0,16) бала проти (2,38±0,11) бала; $p < 0,05$). На 14-ту добу зазначений показник зменшився до (0,41±0,11) та (1,28±0,06) бала відповідно ($p < 0,05$). У 5 (25%) хворих 1-ї групи не було запору в першу добу лікування, у 14 (70%) — на другу добу. Лише один пацієнт мав дефекацію на 3-тю добу. Така скарга, як необхідність натужування при акті дефекації, була оцінена хворими обох груп до лікування 3 балами, але на 7-му добу в 1-й групі цей показник становив (1,02±0,08) бала, у 2-й — (2,10±0,14) бала ($p < 0,01$). На 14-ту добу в 1-й групі інтенсивність симптому зменшилася до (0,05±0,02) бала, тоді як у 2-й групі не зазнала зміни ((2,10±0,11) бала).

Висновки. Як безпечний проносний препарат пацієнтам, котрі потребують тривалого лікування запору, може бути рекомендований рослинний комплексний препарат «Ізиду». Препарат сприяє нормалізації випорожнення та значному зменшенню больового синдрому у хворих на хронічний запор.

Ключові слова: хронічний запор, проносні засоби, лікування, «Ізиду».

Запор — це порушення процесу спорожнення кишечника, які характеризуються збільшенням інтервалів між актами дефекації, утрудненням акту дефекації (навіть при збереженні нормальної періодичності випорожнення) або систематичним недостатнім випорожненням кишечника. Часто лікарі та пацієнти термін «запор» інтерпретують по-різному. Індивідуальна фізіологічна норма частоти випорожнення варіює від 3 разів на добу (приблизно у 6% здорових осіб) до 1 разу на 3 дні (також приблизно у 6% обстежених). У нормі випорожнення оформлене, має м'яку консистенцію, без труднощів при дефекації; час природного напруження не перевищує третини від усієї тривалості дефекації [1, 8]. Проте пацієнти вважають запором відсутність дефекації кожного дня, тверді калові маси,

«козячий» кал, «малу кількість», відчуття неповного випорожнення.

Визначення запору, яке дав у 1851 р. I. Strahl як «широко поширений стан із сумними наслідками і при будь-яких обставинах завжди обтяжливий», залишається актуальним [1, 3]. Нині запор є поширеним розладом. Так, за даними досліджень, на нього страждає 20% населення у Франції, 30% — у Німеччині, 50% — у Великій Британії. Жінки хворіють утричі частіше, ніж чоловіки. Механізм гендерної відмінності не встановлено, але час транзиту по кишечнику в жінок становить приблизно 72 год, тоді як у чоловіків — 55 год. З віком кількість осіб із запорами збільшується [1, 6, 8].

Кількість та консистенція фекалій варіабельні, залежать від об'єму рідини, дієти, зміни режиму дня, гормонального циклу. Товста кишка має циркадні та денні ритми моторної функції. Пропульсивна активність товстої кишки є макси-

мальною вранці, після прийому їжі, під час сну моторика значно знижена. На моторику впливає склад їжі. Так, жири та вуглеводи стимулюють її, амінокислоти і білки — пригнічують [3].

Хворі, які скаржаться на хронічний запор, можуть мати неправильне уявлення про нормальне функціонування кишечника або прагнуть зменшити масу тіла, «очиститися», «видалити воду і токсини з організму». У нормі частота дефекації у людини становить від 3 разів на добу до 3 разів на тиждень. Дефекація 1 раз на добу трапляється у 65 % здорових осіб. Виникнення запору спричиняє недотримання питного режиму, малорухливий спосіб життя, звичка придушувати позив до дефекації, зменшення споживання рослинної клітковини, збільшення вживання тваринного білка, супутня патологія внутрішніх органів та медикаментозні засоби. Оскільки після 65 років запор трапляється у 26 % чоловіків і 33 % жінок, алгоритм їх обстеження слід починати з аналізу препаратів, які вони приймають щоденно [3, 4].

Причини запорів:

1. Неврологічні: хвороба Гіршпрунга, автономна невротія, множинний склероз, хвороба Паркінсона, ушкодження або компресія спинного мозку.

2. Системні захворювання: цукровий діабет, порфірія, гіперкальціємія, гіпокаліємія, гіпотиреоз, склеродермія, ниркова недостатність, депресія та інші психогенні причини.

3. Побічні дії лікарських препаратів: антибіотики (фторхінолони, цефалоспорины), антациди (з алюмінієм або кальцієм), антипаркінсонічні, антихолінергічні препарати, анальгетики (метадон, морфін, кодеїн), антидепресанти (амітриптилін, флюоксентин, іміпрамін), гіпотензивні (β -адреноблокатори, антагоністи кальцію, антиадренергічні препарати центральної дії, блокатори рецепторів ангіотензину II, інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту), гестагени (медрогестон), нестероїдні протизапальні препарати (напроксен, ібупрофен), протитуберкульозні препарати (ізоніазид), системні антифунгіциди (кетоконазол), препарати заліза (його солі), діуретики (салуретики, амilorид), ліпідознижувальні препарати (іонообмінні), транквілізатори, урологічні препарати (для лікування хвороб простати), препарати, які застосовують при глаукомі, нейролептики (фенотіазини, бензодіазепін), препарати вісмуту, сукральфат, інгібітори протонної помпи, міорелаксанти, симпатоміметики, сульфат барію, холестерамін, скополамін, тимолол, зловживання проносними засобами.

4. Супутні захворювання шлунково-кишкового тракту: спру, синдром подразненого кишечника, ішемічний коліт, постхірургічний стеноз,

дивертикулярна хвороба, пухлини і доброякісні стриктури, гемороїдальна хвороба, анальні тріщини, доліхосигма, хвороба Крона.

5. Інші причини: вагітність, кишковий дисбактеріоз, ідіопатична кишкова псевдообструкція, ідіопатичні порушення транзиту, порушення евакуації (наприклад, ректоцеле).

Запорукою успішного лікування запору є розуміння причини і патофізіологічного механізму його розвитку. Універсальними рекомендаціями для хворих можуть бути достатнє вживання рідини (бажано не менше ніж 2 л/добу), щоденна фізична активність і вживання продуктів, котрі містять харчові волокна. Лікувальна дієта з високим вмістом рослинних волокон (до 30 г/добу) сприяє збільшенню об'єму калових мас, їх консистенція стає м'якою, що сприяє відновленню перистальтики. Вміст харчових волокон у денному раціоні має становити 15–20 г. Збільшити його можна додаванням у раціон висівків, зернових, чорносливу, овочів, баштанних культур, морської капусти, кісточкових ягід, банана, розсіпчастих каш, хліба з борошна грубого помелу. Вживання кисломолочних продуктів і рослинної олії також поліпшує перистальтику кишечника. Слід зменшити споживання продуктів із запорною дією (сир, чай, кава, какао, рис, шоколад, жирне м'ясо, копчені продукти, консерви, гострі страви). Не слід ігнорувати позив на дефекацію, тому що внаслідок цього може знизитися поріг збудливості рецепторів прямої кишки, позив виникатиме лише при перерозтягненні кишки великою кількістю калу («інертна пряма кишка») [1–3, 5].

Застосування інших методів лікування потребує обґрунтованого підходу. З огляду на те, що лікування іноді триває протягом багатьох років, важливо пам'ятати про переносність і безпечність призначених препаратів. Через 5 років прийому один і той самий проносний засіб зберігає ефективність у кожного 2-го хворого, через 10 років — лише у кожного 10-го.

Виділяють такі групи проносних засобів: стимулювальні, осмотичні, об'ємні проносні, препарати, які збуджують позив на дефекацію, пом'якшують консистенцію випорожнення. Препарати відрізняються за механізмом дії, точками прикладання та профілем безпечності [5–7].

Класифікація проносних засобів

за механізмом дії і хімічними властивостями

1. Засоби, що збільшують об'єм кишкового вмісту, або гідрофільні речовини

- Харчова клітковина
- Псилліум
- Полікарбофіл
- Метилцелюлоза

2. Осмотичні речовини

- Іони, які слабо абсорбуються:
 - Сульфат магнію
 - Гідроксид магнію
 - Цитрат магнію
 - Фосфат натрію
 - Сульфат натрію (глауберова сіль)
- Спирти:
 - Сорбітол, манітол
 - Лактітол
 - Гліцерин
 - Поліетиленгліколь

3. Ди- і полісахариди, котрі слабо абсорбуються (пробиотики)

- Лактулоза (дисахарид)
- Олігосахариди (ефективні лише у великих дозах)

4. Засоби, які посилюють секрецію або безпосередньо впливають на епітеліальні, нервові чи гладеньком'язові клітини

- Докузати (дикотилсульфосукцинат)
- Жовчні кислоти
- Деривати дифенілметану
 - Фенолфталеїн
 - Бісакодил
 - Пікосульфат натрію
 - Рицинолева кислота (касторова олія)
- Антрахінони:
 - Сенна
 - Алое
 - Каскара саграда
 - Рубарб

5. Засоби, котрі розм'якшують калові маси:

- Мінеральні масла.

Однією з причин запору є зловживання проносними засобами (ЗПС). ЗПС характеризується неконтрольованим, без дотримання дози і частоти прийомом проносних засобів. Частота ЗПС у популяції становить 4,2%. Цей розлад має також іншу назву — лаксативна хвороба. Проносні засоби продаються без рецепта. Їх можуть купувати без рекомендації та контролю лікаря. А «природний» склад багатьох засобів дає пацієнтам упевненість в їх нешкідливості. Понад 90% хворих із ЗПС — це жінки. Пацієнти часто комбінують проносні засоби різних груп і не дотримуються терапевтичної дози. Встановлення клінічного діагнозу ускладнене. ЗПС може приймати маски запальних і функціональних захворювань кишечника, а також симптомів мальабсорбції [5, 7].

Можливими ускладненнями можуть бути меланоз кишки і атонія товстого кишечника, порушення кислотно-основного балансу (зазвичай метаболічний алкалоз, дегідратація, гіпонатріємія, гіпокаліємія, поліурія, гіперальдостеро-

нізм). Лікаря слід урахувати, що хворий рідко зізнається в ЗПС, за винятком тих випадків, коли він готовий співпрацювати, щоб припинити вживання проносних засобів. Однак проблема набуває особливого значення при аналізі мутагенного і генотоксичного потенціалу проносних засобів. Часто ЗПС поєднується з психічними відхиленнями, депресією, розладом особистості та харчової поведінки (булімія, анорексія), спостерігається в осіб, котрі фанатично контролюють масу тіла. Встановлення діагнозу може потребувати проведення низки спеціальних інструментальних, ендоскопічних, рентгенологічних і клінічних досліджень калу.

До сучасних проносних препаратів пред'являють низку вимог. Можливість приймати препарат перорально, не дратуючи і не пошкоджуючи слизову оболонку рота, стравоходу та шлунка. Бажано, щоб препарати не мали неприємного смаку або запаху. Дія препарату має починатися з надходженням у кишечник, а дефекація наставати не пізніше ніж через 12 год після прийому. Необхідно, щоб проносні засоби не спричиняли больових відчуттів у животі або хворобливих позивів, а також тривалої послаблювальної післядії [1, 5].

У зв'язку з цим інтерес становить рослинний препарат «Ізіду», який має унікальний склад. Капсула препарату містить екстракти:

- оперкуліни проносної (*Operculina turpethum*) — 100 мг,
- ембліки лікарської (*Terminalia chebula*) — 150 мг,
- касії трубчастої (*Cassia fistula*) — 100 мг,
- солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*) — 50 мг.

Розглянемо властивості кожного компонента.

Оперкуліна проносна забезпечує м'який проносний, знеболювальний, антигельмінтний, відхаркувальний, жарознижувальний, гепатопротекторний, антимікробний і антиоксидантний ефекти.

Ембліка лікарська містить аскорбінову кислоту, таніни, протеолітичні та ліполітичні ферменти, стимулює бронхіальні залози, чинить антиоксидантний, тонізувальний, антисептичний, антибактеріальний, протигрибковий, протизапальний, в'яжучий, антигельмінтний і м'який проносний ефекти.

Касія трубчаста у терапевтичних дозах не спричиняє біль у животі, не збільшує апетит, не порушує всмоктування у тонкому кишечнику. Має кілька ефектів: протизапальний, антиоксидантний, антибактеріальний, протівірусний, знеболювальний, антидіабетичний, протипухлинний, гепатопротекторний, гіпохолестеринемічний, жарознижувальний, проносний, тонізу-

вальний, антибактеріальний, протигрибковий, підтримує баланс вмісту води в кишечнику.

Солодка гола посилює секрецію залоз, гліциретинова кислота (з коренів) подібно до кортикостероїдів затримує іони натрію, підвищує виділення калію і внаслідок цього має відхаркувальний, імуномодельовальний, протизапальний, противиразковий (обволікає), антиоксидантний, протиалергійний ефекти.

Мета клінічного дослідження — проаналізувати ефективність використання рослинного препарату «Ізиду» в пацієнтів з хронічним запором.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебувало 40 пацієнтів віком від 18 до 65 років з хронічним запором на тлі синдрому подразненої кишки, хронічного коліту, доліхосигми, хронічного гастродуоденіту, виразкової хвороби, синдрому функціональної диспепсії. Пацієнтів розподілили на дві групи по 20 осіб. Пацієнти першої групи приймали проносний засіб «Ізиду» по 3 капсули на добу, хворі другої групи не приймали постійно проносні засоби, а лише виконували загальні рекомендації (питний режим до 1,5–2,0 л, збільшення вмісту в раціоні рослинної клітковини та зменшення — тваринного білка).

Статистично значущих міжгрупових відмінностей за показниками клінічних (частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, температура тіла), інструментальних (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, ректороманоскопія, колоноскопія, іригографія) і лабораторних (загальний аналіз крові, копрограма) досліджень не виявлено.

Пацієнти обох груп страждали на запор близько 10 років та мали досвід прийому самостійно призначених проносних засобів, які приймали несистемно.

Більшість хворих перебували в найбільш активному працездатному віці — від 19 до 50 років.

У клінічній картині відзначено такі симптоми: біль у животі, необхідність напружування при акті дефекації, домішка слизу та крові у калі, незадоволення дефекацією, неможливість управління актом дефекації, метеоризм. Усі симптоми оцінювали до лікування, на 7-му та 14-ту добу спостереження.

Крім того, для більшої достовірності оцінювали ступінь інтенсивності ознаки за такою шкалою: 0 — відсутність ознаки, 1 — слабкий ступінь інтенсивності, 2 — помірний ступінь інтенсивності, 3 — значний ступінь інтенсивності ознаки.

Статистичну обробку результатів досліджень проводили з використанням програми Microsoft

Excel 2010. Порівняння середніх значень здійснювали за допомогою непараметричних методів (U-критерій Манна — Уїтні, W-критерій Вілкоксона). Відмінності між показниками вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати та обговорення

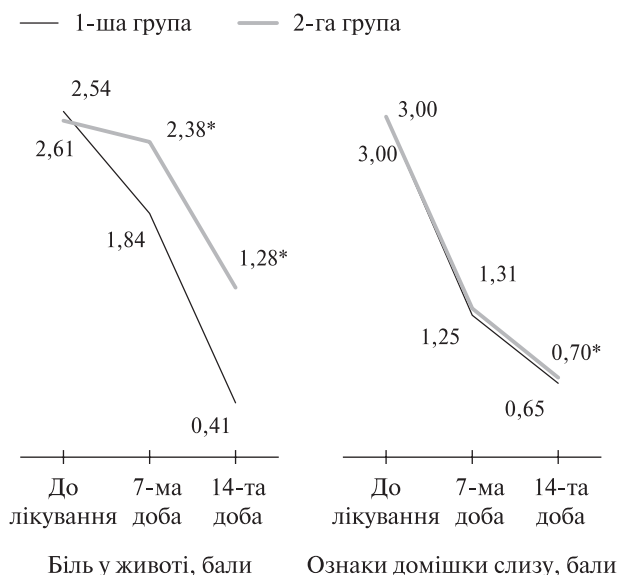
Усі хворі пред'являли скарги на біль у животі. Переважали скарги на абдомінальний біль та відчуття дискомфорту, які зменшувалися після дефекації. При аналізі інтенсивності больового синдрому до лікування статистично значущих відмінностей між групами не виявлено (рисунок).

Хворі 1-ї групи на 7-му добу відзначили більшу динаміку зниження інтенсивності болю порівняно з 2-ю групою ($(1,84 \pm 0,16)$ бала проти $(2,38 \pm 0,11)$ бала; $p < 0,05$). У пацієнтів 1-ї групи біль зменшився в 1,38 разу щодо показника до лікування ($p < 0,05$), в осіб 2-ї групи — в 1,09 разу. У більшості хворих обох груп біль зникав або зменшувався після дефекації.

На 14-ту добу лікування інтенсивність больового синдрому становила в середньому $(0,41 \pm 0,11)$ бала в 1-й групі та $(1,28 \pm 0,06)$ бала у 2-й групі ($p < 0,05$), тобто біль зменшився відповідно у 6,19 та 2,03 разу.

У 5 (25%) хворих 1-ї групи не було запору в першу добу лікування, у 14 (70%) — на другу добу. Лише один пацієнт мав дефекацію на 3-тю добу.

Абдомінальний біль у 95% хворих поєднувався з метеоризмом, відчуттям розпирання, бурчання в животі. Хворі обох груп до лікування



* Різниця щодо 1-ї групи статистично значуща ($p < 0,05$)

Рисунок. Динаміка симптомів «біль у животі» та «домішки слизу в калі»

оцінювали метеоризм як виражений ($(2,80 \pm 0,12)$ та $(2,50 \pm 0,09)$ бала відповідно в 1-й і 2-й групах). На 7-му добу лікування клінічний симптом зменшився і оцінювався пацієнтами як менш виражений щодо початкового показника (відповідно $(1,25 \pm 0,11)$ бала ($p < 0,01$) та $(2,00 \pm 0,15)$ бала ($p < 0,05$)). На 14-ту добу хворі оцінювали метеоризм $(0,05 \pm 0,02)$ і $(2,00 \pm 0,08)$ бала.

Така скарга, як необхідність напружуватися при акті дефекації, була оцінена хворими обох груп до лікування 3 балами. На 7-му добу в 1-й групі цей показник становив у середньому $(1,02 \pm 0,08)$ бала порівняно з $(2,10 \pm 0,14)$ бала в 2-й групі ($p < 0,01$), на 14-ту добу — відповідно $(0,05 \pm 0,02)$ та $(2,10 \pm 0,11)$ бала.

Пацієнти обох груп до лікування відзначали зміни консистенції випорожнення (19 і 18 хворих відповідно в 1-й та 2-й групах). Усі хворі спостерігали наявність слизу в калі та оцінювали цей симптом як значно виражений (див. рисунок). Під впливом лікування інтенсивність симптому на 7-му та 14-ту добу зменшилася, більше — в 1-й групі ($p < 0,05$). Домішки крові

Роботу виконано за підтримки ТОВ «Органосін Лтд».

Участь авторів: концепція та дизайн дослідження, редагування — Ю. С.;

Збір та обробка матеріалу, написання тексту — О. В.

в калі відзначали 7 хворих в обох групах. При дослідженні кишечника виявлено наявність хронічного геморою в цих пацієнтів.

На 7-му добу 17 хворих у 1-й групі та 4 — у 2-й мали задовільну дефекацію і відсутність відчуття неповного випорожнення кишечника. На 14-ту добу лікування кількість таких пацієнтів у 1-й групі збільшилася до 20, що, ймовірно, пов'язано з м'якою дією препарату.

Пацієнти 1-ї групи відзначали передбачуваність акту дефекації, відсутність необхідності термінового відвідування туалету.

Висновки

Таким чином, застосування комплексного рослинного препарату «Ізиду» сприяло нормалізації випорожнення, значному зменшенню болювого синдрому, поліпшенню якості життя хворих із хронічним запором. Препарат продемонстрував хорошу клінічну ефективність та переносність, що дає змогу рекомендувати його для використання лікарями загальної практики і сімейними лікарями.

Список літератури

1. Бабак О.Я. Запор: от диагностики к рациональной терапии // Здоров'я України. — 2006. — Вересень. — С. 63—64.
2. Волкова Н.Н. Основные причины и принципы лечения запора у пожилых // РМЖ. — 2015. — № 17. — С. 1044.
3. Елисеєва М.В. Ключи от запора. — М: Эксмо, 2013. — 768 с.
4. Ивашкин В.Т., Абдулхаков С.Р., Баранская Е.К. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором // РЖГТК. — 2014. — № 5. — С. 69—75.
5. Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронического запора у взрослых пациентов / Под ред. В.Т. Ивашкина. — М., 2013. — 19 с.
6. Ткач С.М., Пучков К.С. Хронический запор: диагностические и терапевтические подходы, основанные на данных доказательной медицины: метод. рекомендации. — К: Люди в белом, 2013. — 52 с.
7. Bharucha A.E., Pemberton J.H., Locke G.R. American Gastroenterological Association Technical Review on Constipation // Gastroenterology. — 2013. — Vol. 144, N 1. — P. 218—238.
8. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Irritable Bowel Syndrome: a Global Perspective. — 2015.

Ю. М. Степанов¹, О. Н. Власова²

¹ ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», Днепр

² Днепропетровская медицинская академия, Днепр

Новые возможности лечения пациентов с хроническими запорами

Цель — проанализировать эффективность использования растительного препарата «Изиду» у пациентов с хроническим запором.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 40 пациентов с хроническим запором в возрасте от 18 до 65 лет, которых разделили на две группы. Пациенты первой группы принимали слабительное средство «Изиду» по 3 капсулы в сутки, больные второй группы не принимали постоянно слабительные средства, а лишь выполняли общие рекомендации (питьевой режим до 1,5—2,0 л, увеличение содержа-

ния в рационе растительной клетчатки и уменьшение — животного белка). Оценку состояния больных проводили трижды: до лечения, на 7-е и 14-е сутки.

Результаты. Во время первичного обследования все больные предъявляли жалобы на боль в животе. Преобладала абдоминальная боль и ощущение дискомфорта, которые уменьшались после дефекации. Больные 1-й группы на 7-е сутки отметили большую динамику снижения интенсивности боли по сравнению со 2-й группой ($(1,84 \pm 0,16)$ балла против $(2,38 \pm 0,11)$ балла; $p < 0,05$). На 14-е сутки данный показатель уменьшился до $(0,41 \pm 0,11)$ и $(1,28 \pm 0,06)$ балла соответственно ($p < 0,05$). У 5 (25%) больных 1-й группы не было запора в первые сутки лечения, у 14 (70%) — на вторые сутки. Только один пациент имел дефекацию на 3-и сутки. Такая жалоба, как необходимость натуживания при акте дефекации, была оценена больными обеих групп до лечения 3 баллами, но на 7-е сутки в 1-й группе этот показатель составил $(1,02 \pm 0,08)$ балла, во 2-й — $(2,10 \pm 0,14)$ балла ($p < 0,01$). На 14-е сутки в 1-й группе интенсивность симптома уменьшилась до $(0,05 \pm 0,02)$ балла, тогда как во 2-й группе не претерпела изменения ($(2,10 \pm 0,11)$ балла).

Выводы. Как безопасный слабительный препарат пациентам, которые нуждаются в длительном лечении запора, может быть рекомендован растительный комплексный препарат «Изиду». Препарат способствует нормализации стула и значительному уменьшению болевого синдрома у больных с хроническим запором.

Ключевые слова: хронический запор, слабительные средства, лечение, «Изиду».

Yu. M. Stepanov¹, O. M. Vlasova²

¹ SI «Institute of Gastroenterology of NAMS of Ukraine», Dnipro

² SI «Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine», Dnipro

The new possibilities for the treatment of patients with chronic constipation

Objective — to analyze the efficacy of using the herbal drug *EasyDo* in patients with chronic constipation.

Materials and methods. The observations involved 40 patients with chronic constipation, aged 18 to 65 years, who were allocated into two groups. Patients of the first group received a laxative *EasyDo*, in a dose of 3 capsules per day. Subjects of the second group did not take laxatives constantly, but only complied with the general recommendations, i.e. drinking regime of 1.5-2 liters of water, the diet with increased vegetable fiber and decreased animal proteins. The assessment of the patients' condition was carried out three times: before the treatment, at 7 and 14 days.

Results. During the initial examination, all patients complained on stomach ache. The abdominal pain and feeling of discomfort prevailed, which decreased after bowel movement. On the 7th day, patients of the 1st group reported a greater dynamics in the decrease of pain intensity compared to the second group, namely 1.84 ± 0.16 points vs 2.38 ± 0.11 points ($p < 0,05$). At 14th day, this index decreased up to 0.41 ± 0.11 points in the 1st group and 1.28 ± 0.06 points in the second group ($p < 0.05$). On the first day of treatment, 5 (25%) patients in Group I and 14 (70%) in the second group did not have constipation, and only one patient had defecation on the 3rd day. Such a complaint as the need for tension during the act of defecation was assessed by the patients of both groups to the observation of 3 points, but for 7 days in the I group, this figure was 1.02 ± 0.08 points versus 2.1 ± 0.14 points in the second ($p < 0.01$). On the 14th day, in the first group the symptoms' intensity decreased up to 0.05 ± 0.02 points, whereas in the 2nd group the index has not changed 2.1 ± 0.11 points.

Conclusions. The complex herbal preparation *EasyDo* can be recommended as a safe laxative to the patients who require a long-term treatment of constipation. The drug promotes the stool normalization and significant attenuation of the pain syndrome in patients with chronic constipation.

Key words: chronic constipation, laxative abuse, treatment, *EasyDo*. □

Контактна інформація

Власова Оксана Миколаївна, к. мед. н., асистент кафедри терапії, кардіології та сімейної медицини ФПО
490044, м. Дніпро, вул. Вернадського, 9
E-mail: gastrodnep@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 29 січня 2019 р.