

Некоторые аспекты лечения запоров в терапевтической амбулаторной практике

А. А. Стремоухов, <https://orcid.org/0000-0002-4393-3543>, astremo@bk.ru

Н. Л. Власова, <https://orcid.org/0000-0002-4062-0138>, sirano-portal@yandex.ru

Некоммерческая организация Ассоциация врачей первичного звена СИРАНО; 117587, Россия, Москва, Варшавское шоссе, 125Ж, корп. 6

Резюме

Введение. Запор — одна из наиболее частых жалоб и причин обращения за медицинской помощью. Затруднения опорожнения кишечника, боль и дискомфорт, испытываемые при этом, редкий и скудный стул значительно снижают качество жизни пациентов. Разнообразие причин, вызывающих запоры, требует взвешенного и последовательного подхода к диагностике и лечению страдания. В повседневной амбулаторной практике чаще встречается так называемый простой запор, основная причина которого — недостаток в пище продуктов, богатых клетчаткой, поэтому в системе лечебных мероприятий важную роль играют вещества, содержащие в своем составе пищевые волокна, стимулирующие увеличение объема каловых масс, улучшающие кишечный транзит, снижающие внутрикишечное давление и нормализующие моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки.

Результаты. В статье рассматриваются характеристики запоров, современные подходы к их диагностике у пациентов, а также средства терапии запоров, относящиеся к различным группам, — осмотические слабительные; средства, вызывающие химическое раздражение рецепторов слизистой оболочки кишечника; средства, вызывающие увеличение объема и разжижение кишечного содержимого; средства, смягчающие кал и облегчающие его перемещение по кишечнику; средства, вызывающие увеличение объема каловых масс.

Заключение. К эффективным средствам этой группы относится псиллиум, препарат из семян подорожника овального, при регулярном приеме которого пациентам обеспечивается ежедневный и безболезненный мягкий стул. Препарат эффективен как при хронических запорах, так и при патологии аноректальной зоны в послеоперационном периоде, при геморрое, анальных трещинах, воспалительных заболеваниях кишечника и инфекционных энтероколитах. Препарат может применяться длительно и при необходимости сочетаться с другими слабительными средствами. Статус лекарственного препарата гарантирует использование в его составе качественного сырья, фармацевтического псиллиума, отвечающего требованиям фармацевтического контроля.

Ключевые слова: запор, слабительные средства, *Plantago ovata* Forssk, псиллиум.

Для цитирования: Стремоухов А. А., Власова Н. Л. Некоторые аспекты лечения запоров в терапевтической амбулаторной практике. Лечащий Врач. 2023; 11 (26): 62-67. <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.11.009>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Some aspects of the treatment of constipation in therapeutic outpatient practice

Anatoly A. Stremoukhov, <https://orcid.org/0000-0002-4393-3543>, astremo@bk.ru

Nadezhda L. Vlasova, <https://orcid.org/0000-0002-4062-0138>, sirano-portal@yandex.ru

Non-profit organization Association of Primary Care Physicians SIRANO; 125ZH, bldg. 6 Varshavskoe shosse, Moscow, 117587, Russia

Abstract

Background. Constipation is one of the most common complaints and reasons for seeking medical help. Difficulties in bowel movements, pain and discomfort experienced during this process, and rare and scanty stools significantly reduce the quality of life of patients. The variety of causes that cause constipation requires a balanced and consistent approach to diagnosing and treating the problem. In everyday outpatient practice, so-called simple constipation is more common, the main cause of which is a lack of foods rich in fiber in the diet, therefore, in the system of therapeutic measures, substances containing dietary fiber play an important role, stimulating an increase in the volume of feces, improving intestinal transit, reducing intraintestinal pressure and normalizing the motor-evacuation function of the colon.

Results. The article discusses the characteristics of constipation, modern approaches to their diagnosis in patients, as well as treatments for constipation belonging to various groups — osmotic laxatives; agents that cause chemical irritation of receptors in the intestinal mucosa; drugs that cause an increase in volume and dilution of intestinal contents; agents that soften stool and facilitate its movement through the intestines; drugs that cause an increase in stool volume.

Conclusion. Effective remedies in this group include psyllium, a preparation made from the seeds of plantain oval, which, when taken regularly, provides patients with daily and painless soft stools. The drug is effective both for chronic constipation and for pathology of the anorectal area in the postoperative period, for hemorrhoids, anal fissures, inflammatory bowel diseases and infectious enterocolitis. The drug can be used for a long time and, if necessary, combined with other laxatives. The status of a medicinal product guarantees the use of high-quality raw materials, pharmaceutical psyllium, that meets the requirements of pharmaceutical control.

Keywords: constipation, laxatives, *Plantago ovata* Forssk, psyllium.

For citation: Stremoukhov A. A., Vlasova N. L. Some aspects of the treatment of constipation in therapeutic outpatient practice. *Lechaschi Vrach*. 2023; 11 (26): 62-67. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2023.26.11.009>

Conflict of interests. Not declared.

Запор — явление нередкое в повседневной терапевтической, особенно амбулаторной практике. По данным опросов, запорами страдает более 13% населения, и многие из них становятся пациентами поликлиник. Следует понимать, что запор — это не болезнь, а симптом заболевания, признак некоего патологического состояния, природу которого предстоит установить врачу.

Дать однозначное определение запора бывает довольно сложно. Как правило, большинство дефиниций основано на количественных характеристиках (частоте стула), поэтому терминологически запором принято считать опорожнение кишечника реже трех раз в неделю. Но такой подход не учитывает традиционные при запорах жалобы пациента на затрудненное и болезненное опорожнение кишечника и чувство неполного его опорожнения, а также то обстоятельство, что для запора характерен не столько редкий, сколько скудный твердый стул, ибо редкий мягкий стул (даже один раз в двое-трое суток) — это вариант нормы, а плотный стул, даже несколько раз в сутки, может считаться запором. Надо помнить, что консистенция кала определяется количеством воды; в твердом кале ее не более 40%. Объективным критерием запора считается вес стула менее 35 г/день [1-4].

Причины запоров весьма разнообразны, они могут иметь как органический, так и функциональный характер и подразделяются на три большие группы.

В основе первичного запора лежат аномалии, пороки развития толстой кишки и ее иннервации. Причинами вторичного запора является патоло-

гия толстой и прямой кишки, болезни других органов и систем, различные метаболические нарушения, а также некоторые лекарственные средства. К идиопатическим относят запоры вследствие нарушений моторной функции прямой и толстой кишки, причина которых остается неизвестной после обследования пациента [1].

Патогенез запоров определяется характером и степенью нарушений регуляции моторной функции кишечника, особенно сигмовидной кишки, в которой, собственно, и скапливается кал. Перемещение кала из сигмовидной в пустую в норме ампулу прямой кишки вызывает рефлекторный позыв к дефекации. Происходит это, как правило, утром, после пробуждения и подъема с постели, или после завтрака под влиянием гастроцекального рефлекса. Акт дефекации контролируется центральной нервной системой и может подвергаться волевому подавлению со стороны человека. Однако привычка подавлять позыв к дефекации может привести к хроническому перерастяжению прямой кишки и ее атонии, что способствует появлению привычных (как при синдроме раздраженного кишечника — СРК) запоров. Такая прямая кишка носит название «инертной». Кроме того, в результате замедления транзита каловых масс происходит дополнительное всасывание воды, а это, в свою очередь, приводит к уменьшению объема кала и повышению его плотности.

Моторная функция кишечника может нарушаться при заболеваниях различных органов и систем. Частой причиной запоров служат висцеро-висцеральные рефлексы, возникающие

при кислотозависимых заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при холециститах, спаечных процессах в брюшной полости, заболеваниях органов малого таза.

Могут развиваться запоры при неврозах, различных видах депрессии, при нервной анорексии, шизофрении, органических заболеваниях головного и спинного мозга, микседеме, диабетической нейропатии [1-2].

Характерны запоры и для периода беременности. В ранние сроки это обусловлено повышенной продукцией прогестерона, а в поздние — сдавливанием сигмовидной кишки увеличивающейся маткой.

При некоторых системных заболеваниях (например, склеродермии) развивается атрофия мышечного аппарата прямой кишки, а при сердечной недостаточности, эмфиземе легких, портальной гипертензии с асцитом, ожирении происходит ослабление мышечного тонуса диафрагмы и передней брюшной стенки, обеспечивающих повышение внутрибрюшного давления во время акта дефекации, что также может быть причиной запоров у этой категории пациентов. В основе старческих запоров лежат гипотония мышц, участвующих в акте дефекации, и более медленное продвижение содержимого по толстой кишке.

Запорами часто сопровождаются заболевания аноректальной зоны, они отмечаются при пороках ее развития (например, при стенозах и атрезии), при внутрипросветных опухолях и каловых камнях, а также при сдавлениях снаружи (фиброз, парапроктиты). Не следует забывать и о побочном действии ряда лекарственных препаратов, которое проявляется запорами (табл.) [2].

Таблица

Лекарственные средства, вызывающие запор [2] / Medications that cause constipation [2]

Антациды, содержащие карбонат кальция или гидроксид алюминия
Антидиарейные средства
Барбитураты
Бензодиазепины
H1-блокаторы гистаминовых рецепторов
Верапамил
Ганглиоблокаторы
Ингибиторы моноаминоксидазы
Клонидин
Миорелаксанты
Нестероидные противовоспалительные средства (ингибируют синтез простагландинов)
Опиаты
Отмена слабительных после длительного приема
Препараты железа
Секвестранты желчных кислот (холестирамин, колестипол)
Соли тяжелых металлов, особенно свинца
Сульфат бария
Тиазидные и петлевые диуретики (из-за гипокалиемии)
Трициклические антидепрессанты*
Фенотиазины*
M-холиноблокаторы
Цитостатики
Примечание. * Обладают M-холиноблокирующим действием.

Обычно органической причины запоров выявить не удастся, и в повседневной клинической практике врач чаще всего наблюдает так называемый простой запор, основная причина которого — недостаток в пище продуктов, богатых клетчаткой (злаков, свежих овощей и фруктов). От количества клетчатки в пище зависит плотность кала и время его пассажа по кишечнику. Например, у жителей европейских стран этот показатель в среднем равен 60 часам, а у жителей Африки, рацион которых богат клетчаткой, — 30 часам. В связи с этим в системе лечебных мероприятий, направленных на устранение запоров, большое значение имеет обогащение диеты пищевыми стимуляторами перистальтики кишечника [2].

Диагностические подходы в работе с пациентом с запорами во многом

зависят от особенностей анамнеза и результатов физикального осмотра. Наиболее удобен на практике диагноз запора на основании жалоб пациента. Приступая к установлению причины страдания, следует прежде всего уточнить, является запор острым (т. е. внезапно возникшим) или хроническим. Необходимо выяснить, нет ли в анамнезе пациента заболеваний, с которыми может быть связано нарушение функции кишечника. Если связь есть, то запор устраняется в ходе лечения основного заболевания. При отсутствии такой связи следует тщательно проанализировать лекарственный анамнез и отменить препараты, которые могут быть причиной запоров. И только при отсутствии связи запора с заболеваниями и приемом лекарственных препаратов необходимо обследовать желудочно-кишечный тракт пациента для определения заболеваний кишечника, являющихся причиной запора. Если таковых заболеваний не выявлено, наиболее вероятен идиопатический характер запора, причиной которого является инертная толстая кишка [1-4].

В процессе выяснения причин запора следует исключить органическую патологию кишечника, выявить уровень стаза кишечного содержимого и тип моторных расстройств.

Наиболее важные анамнестические сведения — продолжительность запора, наличие или отсутствие болевого синдрома, а также потеря веса. При остром начале запора выясняется возможная связь с лекарством или с непроходимостью органической природы. Боль, как правило, указывает на механическую непроходимость. Так, полная толстокишечная непроходимость характеризуется болью в животе спастического характера, выраженным метеоризмом и рвотой. Лапаротомия или лапароскопия в анамнезе могут свидетельствовать о наличии кишечной псевдообструкции.

Для пациентов с функциональными запорами более характерно ощущение дискомфорта и наполненности в брюшной полости при задержках стула. Интенсивные, спазматические боли перед и во время акта дефекации, особенно у больных с недавно появившимися запорами, характерны для стенозов, однако они могут наблюдаться

и у больных со спастикой при СРК. Боли в прямой кишке и заднепроходном отверстии во время дефекации свидетельствуют о поражении дистальных отделов толстой кишки.

При жалобе на выделение крови из прямой кишки при дефекации следует заподозрить сфинктериты, геморрой или трещины заднего прохода, но даже при обнаружении этих заболеваний необходимо исключить другие источники кровотечения. Причиной запоров также могут быть такие электролитные нарушения, как гипокалиемия и гиперкальциемия [1-4].

Физикальное обследование пациента с запорами включает в себя проведение поверхностной и глубокой пальпации живота с исследованием аноректальной области. Нечасто, но бывают доступными для пальпации некоторые опухоли толстой кишки. Осмотр прямой кишки позволяет выявить поражения перианальной и анальной области: экскориации, геморрой, рубцы, пролапс, ректоцеле, анальные трещины, объемные образования, изменения тонуса анального сфинктера. Пустая ампула прямой кишки может служить симптомом болезни Гиршпрунга. Наличие крови в кале при осмотре прямой кишки указывает на повреждение слизистой оболочки.

Пациентам с хроническим запором старше 50 лет, а также имеющим симптомы тревоги и наследственную отягощенность по колоректальному раку для исключения органических заболеваний кишечника рекомендуется проведение колоноскопии. Для уточнения механизмов возникновения хронического запора может быть исследовано время транзита содержимого по толстой кишке методом рентгеноконтрастных маркеров. Диссинергия мышц тазового дна устанавливается методом электромиографии и тестом изгнания баллона. Для дифференциальной диагностики нарушений эвакуации, гипо- и гиперчувствительности аноректальной области проводится аноректальная манометрия. Ректоцеле, сигмоцеле, наружное и внутреннее выпадение прямой кишки и опущение промежности требуют проведения дефекографии [3].

При отсутствии данных за органические заболевания кишечника и исключении других причин запор чаще всего связывается с СРК.

Лечение запора представляет собой непростую задачу. Ее усложняет привыкание к систематическому употреблению слабительных, особенно у пожилых людей. Медикаментозная терапия назначается с учетом особенностей нарушения моторики. При гипомоторной функции показаны прокинетики, при дискинезиях спастического типа положительный эффект могут оказывать блокаторы м-холинорецепторов и миотропные спазмолитические средства. Кроме того, в комплексной терапии запоров определенную роль играют препараты, содержащие хенодзоксихоловую и урсодексохоловую кислоты.

Слабительные лекарственные средства по механизму действия делятся на несколько групп.

- **Осмотические слабительные** содержат невсасывающийся дисахарид лактулозу или высокомолекулярные полимеры, способные удерживать молекулы воды. Они повышают осмотическое давление химуса и способствуют секреции воды в просвет тонкой кишки — в результате в толстую кишку поступает большое количество жидких каловых масс, которые стимулируют перистальтику и легко продвигаются по кишечнику.

- **Средства, вызывающие химическое раздражение рецепторов слизистой оболочки кишечника**, представлены препаратами растительного происхождения, содержащими антрагликозиды (листья сенны, кора крушины, корень ревеня, плоды жостера). Они, наряду со **средствами, вызывающими увеличение объема и разжижение кишечного содержимого** (сульфаты натрия и магния, карловарская соль), также стимулируют перистальтику и увеличивают количество жидкости в просвете кишки, что существенно сокращает время прохождения каловых масс.

- **К средствам, смягчающим кал и облегчающим его перемещение по кишечнику**, относятся вазелиновое, миндальное и оливковое масло. Препараты этой группы целесообразно назначать больным, длительно находящимся на постельном режиме, а также перенесшим хирургические вмешательства в аноректальной области.

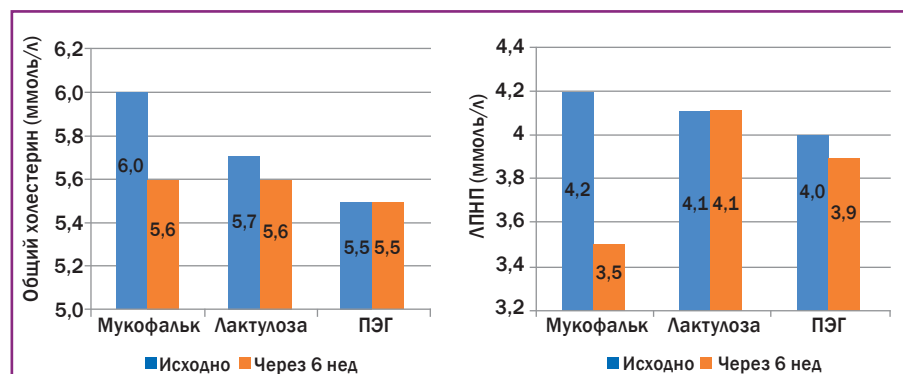
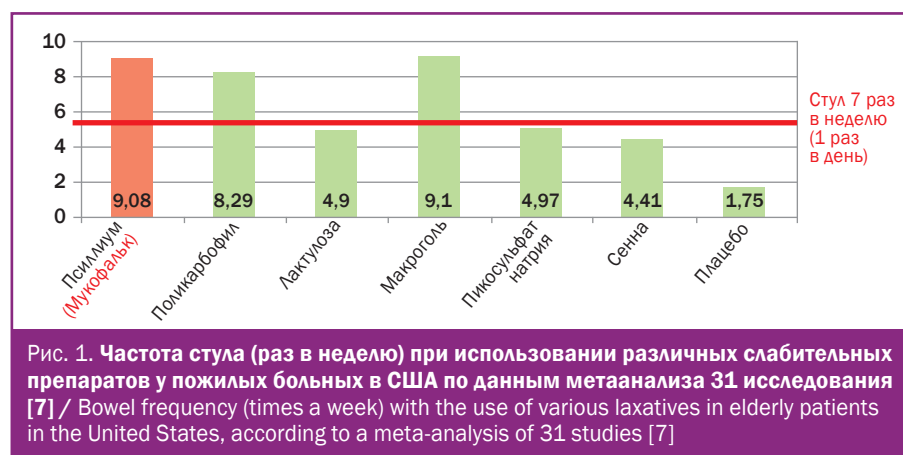
- **Средства, вызывающие увеличение объема каловых масс**, пожалуй, единственные слабительные, приемлемые

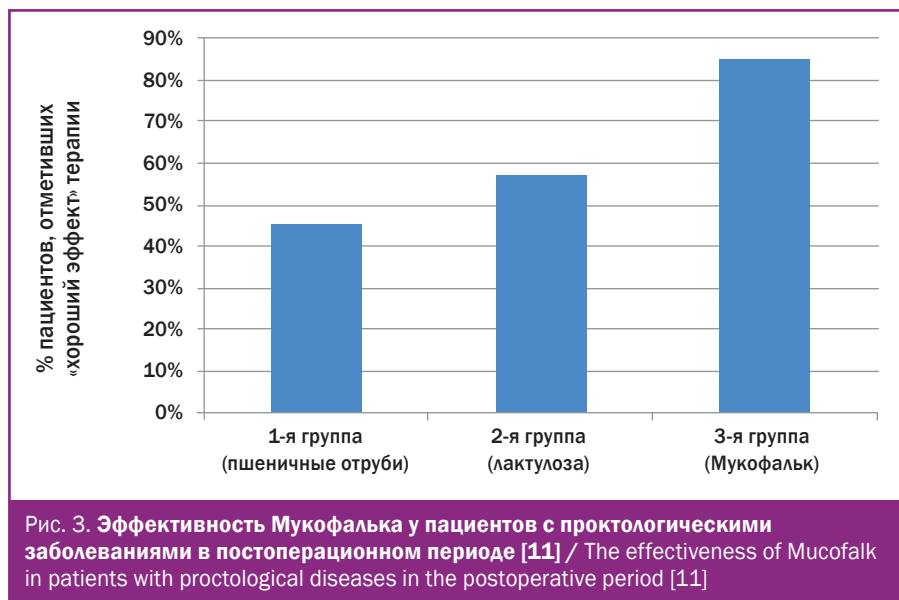
для долгосрочного использования. Они действуют медленно, мягко и безопасны для систематической поддержки нормального стула. Вызывая раздражение механорецепторов за счет увеличения объема каловых масс, они улучшают кишечный транзит и уменьшают внутрикишечное давление, стимулируя таким образом моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки. К ним относятся морская капуста, агар-агар, льняное семя, отруби, псилиум. Например, увеличение содержания в пищевом рационе пшеничных отрубей до 20–25 г в сутки задерживает воду в кишечнике и делает его содержимое более жидким. Содержащиеся в отрубях не подвергающиеся перевариванию пищевые волокна впитывают в себя воду и увеличивают объем кала, что делает его менее твердым и ведет к увеличению частоты актов дефекации [1].

Однако пшеничные отруби могут вызывать метеоризм, что нередко приводит к вынужденному прекращению их приема, поэтому пациентам с запо-

ром с целью увеличения объема кишечного содержимого и стимуляции моторики кишечника рекомендуется применение псилиума (оболочек семян подорожника), который переносится больными лучше, чем пшеничные отруби.

Семена подорожника широко применяются в медицинской практике в качестве мягкого слабительного средства при атонии кишечника и запорах, а также как обволакивающее средство при местных воспалениях и поносах. Производящим растением является подорожник овальный — *Plantago ovata* Forssk. На фармацевтическом рынке Российской Федерации зарегистрировано несколько лекарственных средств, получаемых из семян подорожника овального. Одним из них является Мукофальк. Средство представляет собой семенную кожуру подорожника. Лекарственное действие обусловлено свойствами эпидермиса семян, содержащего слизь, способную набухать в воде и удерживать ее





в количестве, многократно превышающем собственную массу семян. Благодаря этому обеспечивается увеличение объема и размягчение кала [5-6].

Препарат представляет собой гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь с включениями из частичек кожуры и примыкающих клеток оболочки высушенных семян. К достоинствам препарата относится наличие в нем различных фракций пищевых волокон. Неферментируемая фракция нормализует моторику кишечника, оказывая слабительное действие. Гель-формирующая фракция (высоко-разветвленный частично ферментируемый арабиноксилан) образует матрикс, связывающий воду, желчные кислоты, токсины и демонстрирующий не только слабительное, но антигиперлипидемическое и противовоспалительное действие. Быстроферментируемая фракция способствует росту бифидо- и лактобактерий и, кроме пребиотического, оказывает также противовоспалительное действие.

Высокая эффективность псиллиума доказана в лечении хронического запора у пожилых пациентов. Согласно метаанализу, включавшему 31 исследование эффективности различных слабительных средств у пожилых, при назначении псиллиума ежедневного стула удалось достичь практически всем больным (рис. 1) [7].

Противовоспалительная активность псиллиума отмечена в ряде работ. Так, при исследовании 105 больных язвен-

ным колитом в стадии ремиссии установлено, что сочетание псиллиума (10 г) с месалазином (1,5 г) существенно увеличивает процент пациентов без рецидивов [8]. У 110 больных хроническим запором и сочетанной патологией (метаболический синдром, гипертоническая болезнь, ожирение, сахарный диабет 2 типа) терапия Мукофальком в течение шести недель обеспечивала не только нормализацию опорожнения кишечника, но и положительные изменения основных показателей липидного обмена и снижение избыточной массы тела (рис. 2) [9].

Применение препарата у пациентов с геморроем на поздних стадиях приводило к уменьшению пролапса узлов более чем у половины пациентов и уменьшало частоту кровотечений в 2,4 раза [10].

Показана эффективность Мукофалька у пациентов с проктологическими заболеваниями в послеоперационном периоде (рис. 3) [11]. Ежедневный мягкий стул, чувство полного опорожнения, уменьшение выделения крови и боли после акта дефекации, а также метеоризма и абдоминальной боли отмечалось более чем в 80% наблюдений, сроки заживления послеоперационной раны у данных пациентов составили 10-12 дней (у пациентов из групп сравнения, принимавших пшеничные отруби или лактулозу, аналогичный показатель составил 17-18 дней).

Продemonстрирована высокая эффективность и хорошая переносимость

препарата в патогенетическом лечении детей раннего возраста с инфекционными энтероколитами различной этиологии (что связано с адсорбцией токсических продуктов, образующихся и синтезирующихся в кишечнике). Мукофальк статистически достоверно по сравнению со смектитом снижал степень воспаления (за счет мукоцитопротективного действия), сокращал длительность инфекционного токсикоза и диареи [12].

Как правило, взрослым пациентам препарат назначают 1-3 раза в сутки за 30 мин до еды или спустя 2 часа после нее. Детская доза ниже взрослой и подбирается индивидуально.

При острых запорах курс лечения составляет 1-2 дня (до исчезновения запора); при хронических запорах, анальных трещинах и геморрое, в послеоперационном периоде при вмешательствах в аноректальной области — до четырех недель (после недельного перерыва возможно повторение курса). В период лечения следует выпивать не менее полутора литров жидкости в сутки [5].

Для достижения более быстрого и выраженного эффекта возможно совместное назначение препарата псиллиума со слабительными средствами. Например, в первую неделю лечения — Мукофальк по 3 саше 3 раза в день и стимулирующее или осмотическое слабительное. Со второй недели лечения (для поддержания ежедневного мягкого стула) — по 1-2 саше препарата в сутки (при соблюдении рекомендованного питьевого режима).

При длительном анамнезе запора и злоупотреблении слабительными препаратами раздражающего действия рекомендован длительный (1-2 месяца) прием Мукофалька по 1-2 саше 2-3 раза в день совместно с осмотическим слабительным в индивидуально подобранной дозе (1-2 раза в день), а затем монотерапия препаратом — по 1-2 саше 2-3 раза в день.

Таким образом, запоры являются одной из наиболее частых жалоб и причин обращения за медицинской помощью. Они характеризуются не только значительными затруднениями опорожнения кишечника, но также болью и дискомфортом, испытываемыми при этом, редким и скудным стулом, что значительно снижает качество

жизни пациентов. Разнообразие причин и факторов, вызывающих запоры, требует взвешенного и последовательного подхода к диагностике и лечению этого страдания. Как правило, в повседневной амбулаторной практике встречается так называемый простой запор, основная причина которого — недостаток в пище продуктов, богатых клетчаткой. В связи с этим в системе лечебных мероприятий важную роль играют вещества, содержащие в своем составе пищевые волокна, стимулирующие увеличение объема каловых масс, улучшающие внутрикишечное давление и нормализующие таким образом моторно-эвакуаторную функцию толстой кишки. К средствам этой группы относится псиллиум (Мукофальк), препарат из семян подорожника овального.

Важно отметить, что Мукофальк является лекарственным препаратом и сырье псиллиума, которое используется для его производства, проходит строгий фармацевтический контроль качества. Часто сырье псиллиума в составе биологически активных добавок не отвечает стандартам качества фармацевтического производства и не может быть использовано для производства. Статус лекарственного препарата гарантирует, что в составе Мукофалька используется только качественное сырье, отвечающее строгим требованиям фармацевтического контроля Евросоюза. Это особенно важно, поскольку псиллиум является растительным сырьем, которое необходимо контролировать в плане зараженности вредителями, микробиологической чистоты, содержания тяжелых металлов и радионуклидов. Таким образом, в составе препарата используется только фармацевтический псиллиум.

Регулярное использование препарата обеспечивает пациентам ежедневный безболезненный мягкий стул. Препарат эффективен при лечении хронических запоров у всех категорий пациентов, пожилых людей, а также больных с патологией аноректальной зоны в послеоперационном периоде, при геморрое, анальных трещинах, воспалительных заболеваниях кишечника и инфекционных энтероколитах, в том числе у детей. Препарат хорошо переносится, не вызывает привыкания, может приме-

няться длительно и при необходимости сочетаться с другими слабительными средствами. ■

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

1. Парфенов А. И. Энтерология. М.: Триада-Х, 2002. С. 84-95.
[Parfenov A. I. Enterology. M.: Triada-Kh, 2002. P. 84-95. (In Russ.)]
2. Мерта Дж. Справочник врача общей практики. М.: Практика, 1998. С. 338-348.
[Merta Dzh. General Practitioner's Handbook. M.: Praktika, 1998. P. 338-348. (In Russ.)]
3. Запор. Клинические рекомендации. МКБ-10: K59.0. Возрастная группа: взрослые. Год утверждения: 2020.
[Constipation. Clinical recommendations. ICD-10: K59.0. Age group: adults. God utverzhdeniya: 2020. (In Russ.)]
4. Общая врачебная практика по Джону Нобелю. М.: Практика, 2005. С. 187-189.
[General medical practice according to John Nobel. M.: Praktika, 2005. P. 187-189. (In Russ.)]
5. Инструкция к препарату Мукофальк.
[Instructions for the drug Mucofalk. (In Russ.)]
6. Вандышев В. В., Мирошникова Е. А., Терехин А. А. Изучение морфологии и липидного комплекса семян *Plantago psyllium* L. и *Plantago ovate* forssk. в сравнительном аспекте. Морфология и биохимия растений. 2016.
[Vandyshov V. V., Miroshnikova Ye. A., Terokhin A. A. Study of the morphology and lipid complex of *Plantago psyllium* L. seeds and *Plantago ovate* forssk. in a comparative aspect. Morfologiya i biokhimiya rasteniy. 2016. (In Russ.)]
7. Fleming V., Wade W. E. A review of laxative therapies for treatment of chronic constipation in older adults. Am J Geriatr Pharmacother. 2010; 8 (6): 514-550.
8. Fernandez-Banares F. et al. Randomized clinical trial of *Plantago ovata* seeds (dietary fiber) as compared with mesalamine in maintaining remission in ulcerative colitis. Am J Gastroenterol. 1999; 94 (2): 427-433.
9. Свистунов А. А., Осадчук М. А., Буторова Л. И., Токмулина Г. М. Синдром

хронического запора в практике терапевта: особенности терапии при сочетанной патологии. Тер. архив. 2017; 4.

[Svistunov A. A., Osadchuk M. A., Butorova L. I., Tokmulina G. M. Chronic constipation syndrome in the practice of a therapist: features of therapy for combined pathology. Ter. arkhiv. 2017; 4. (In Russ.)]

10. Garg P., Singh P. Adequate dietary fiber supplement and TONE can help avoid surgery in most patients with advanced hemorrhoids. Minerva Gastroenterol Dietol. 2017; 63 (2): 92-96.
11. Ибрагимов С. И. Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. 2011; 4.
[Ibragimov S. I. Gastroenterology of St. Petersburg. 2011; 4. (In Russ.)]
12. Чащина С. Е., Старцева Е. В. Опыт применения Мукофалька в патогенетической терапии инфекционных энтероколитов у детей раннего возраста. КИПГ. 2012; 3.
[Chashchina S. E., Startseva Ye. V. Experience of using Mucofalk in the pathogenetic therapy of infectious enterocolitis in young children. KPGG. 2012; 3. (In Russ.)]

Сведения об авторах:

Стремоухов Анатолий Анатольевич, д.м.н., профессор, директор института профессионального образования Некоммерческой организации Ассоциация врачей первичного звена СИРАНО; 117587, Россия, Москва, Варшавское шоссе, 125Ж, корп. 6; astremo@bk.ru
Власова Надежда Леонидовна, врач общей практики, председатель Некоммерческой организации Ассоциация врачей первичного звена СИРАНО; 117587, Россия, Москва, Варшавское шоссе, 125Ж, корп. 6; sirano-portal@yandex.ru

Information about the authors:

Anatoly A. Stremoukhov, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Director of the Institute of Professional Education at the Non-profit organization Association of Primary Care Physicians SIRANO; 125ZH, bldg. 6 Varshavskoe shosse, Moscow, 117587, Russia; astremo@bk.ru
Nadezhda L. Vlasova, general practitioner, chairman of the Non-profit organization Association of Primary Care Physicians SIRANO; 125ZH, bldg. 6 Varshavskoe shosse, Moscow, 117587, Russia; sirano-portal@yandex.ru

Поступила/Received 25.08.2023

Поступила после рецензирования/
Revised 26.09.2023

Принята в печать/Accepted 02.10.2023