



Н. В. Харченко, В. Г. Шендрик,  
І. А. Коруля, В. В. Харченко, І. Я. Лопух

Національний університет охорони здоров'я імені П. Л. Шупика, Київ

## Первинні та вторинні запори: причини виникнення, шляхи корекції

На запор страждає близько 30% дорослого населення економічно розвинених країн. Основною причиною виникнення запорів є особливості способу життя: малорухливість та незбалансованість харчування. При запорі змінюються функції товстої кишки (моторна, абсорбційна та секреторна).

Лікування хворих із запорами починають після визначення причин запору та заперечення уражень товстої кишки, які могли спричинити запор. У раціоні харчування слід збільшити вміст як розчинних, так і нерозчинних харчових волокон. Основний підхід до лікування — використання комбінованої терапії, за недостатності ефекту рекомендовано призначити проносні засоби.

**Мета** — оцінити ефективність та безпечність застосування багатокомпонентного проносного засобу «Ізиду» в лікуванні хворих на функціональний запор та синдром подразненого кишечника (СПК) із запором.

**Матеріали та методи.** У дослідження відібрали 28 пацієнтів із функціональним запором/СПК із запором, які відповідали Римським критеріям IV (2016). Серед пацієнтів переважали жінки — 19 (68,0%). У 15 (53,6%) хворих діагностовано СПК із запором, у 13 (46,4%) — функціональний запор. Пацієнтам призначали препарат «Ізиду» («Пракруті Продактс Пвт. Лтд», Індія), до складу якого входить суміш натуральних екстрактів лікарських рослин (оперкуліни проносної (*Opereculina turpethum*), касії трубчастої (*Cassia fistula*), ембліки лікарської (*Terminalia chebula*), солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*)), по 2 таблетки ввечері, а також надавали рекомендації щодо зміни способу життя, додавання в раціон харчових волокон з індивідуальним підбором дози. Оцінювали динаміку таких симптомів: відсутність регулярного випорожнення, утруднення при дефекації, відчуття неповного випорожнення, здуття живота тощо. Інтенсивність кожного із симптомів оцінювали за 5-бальною шкалою Лайкерта.

**Результати.** Аналіз ефективності проведено через 3 тиж прийому «Ізиду». Усі пацієнти відзначали позитивні зміни, але ступінь позитивної динаміки був різним. Після лікування збільшилася кількість випорожнень на тиждень: у 21 (75%) пацієнтів — 3 і більше випорожнень без непродуктивних натужувань. Суттєво зменшилася виразність скарг у більшості пацієнтів.

**Висновки.** Згідно з отриманими результатами, ефективність використання препарату «Ізиду» була виразною у 21 (75,0%) пацієнта, помірною — у 6 (21,4%), відсутність ефекту зареєстровано в 1 (3,6%) особи. Комбінація рослинних компонентів у складі «Ізиду» має м'яку проносну дію, добре переноситься і може бути рекомендована як складова комплексного лікування хворих із запорами.

**Ключові слова:** запор, причини, лікування, «Ізиду».

На запор страждає близько 30% дорослого населення економічно розвинених країн, зокрема 2–6% населення молодого віку, 18–24% населення середнього віку та близько 50% населення похилого віку. Фактична кількість осіб зі скаргами на порушення випорожнення більша,

оскільки не всі звертаються до лікаря з такою «незручною скаргою» і намагаються вирішити проблему самостійно.

Запор — це не лише затримка випорожнення кишечника рідше 3 разів на тиждень, а й утруднена дефекація, відчуття неповного

© 2023 Автори • Authors

Опубліковано на умовах ліцензії CC BY-ND 4.0 • Published under the CC BY-ND 4.0 license

Отримано • Received 28/08/2023, Прийнято до друку • Accepted 03/10/2023

Контактна інформація

Харченко Наталія В'ячеславівна, член-кор. НАМН України, д. мед. н., проф., зав. кафедри гастроентерології, дієтології і ендоскопії  
E-mail: [gastro\\_endo@ukr.net](mailto:gastro_endo@ukr.net), <http://orcid.org/0000-0002-6683-3748>

випорожнення, тверде випорожнення (маса фекалій < 35 г/добу), необхідність додаткових дій для випорожнення.

Хронічний ідіопатичний запор є складним неоднорідним захворюванням, патофізіологія якого пов'язана як із уповільненим кишковим транзитом, так і з нормальним (останній трапляється значно частіше), а також із порушенням ректальної евакуації (диссинергія м'язів тазового дна). Основною причиною виникнення запорів є особливості способу життя: малорухливість та незбалансованість харчування [3, 4, 11].

Первинний запор виникає на тлі підвищеної активності сегментарних скорочень, порушення пропульсивної активності товстої кишки або диссинергії м'язів тазового дна.

Існує кілька класифікацій запорів. За етіопатогенетичними ознаками виділяють аліментарні, неврогенні, дискінетичні, запальні, медикаментозні, ендокринні запори. Також запори поділяють на кологенні та проктогенні, компенсовані та декомпенсовані.

Згідно з міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду виділяють:

- первинний (функціональний) запор;
- вторинний запор.

*Первинний запор* пов'язаний із особливостями харчування (беззлакова, перероблена їжа, низьке вживання рослинної клітковини), малорухливий спосіб життя, стресові ситуації, порушення ритму випорожнень, які спостерігаються ще в дитинстві. Запор може виникнути при неможливості (ситуаційний), небажанні (пригнічення позивів до дефекації) або нездатності (фізіологічний) здійснити акт довільної дефекації. До первинних запорів належать аномалії та вади розвитку товстої кишки та її іннервації (доліхосигма, доліхоколон, мегаколон, синдром Пайра, синдром Хілаїдіті, хвороба Гіршпрунга), а також синдром подразненого кишечника (СПК) [7, 16].

*Вторинний запор* виникає внаслідок різних захворювань (захворювання органів травлення, неврологічні, ендокринологічні, сполучної тканини), прийому лікарських препаратів, біологічно активних добавок, оперативного втручання. Низка препаратів окремо або в поєднанні з неврологічним захворюванням можуть спричинити або підсилити запор (діуретики, препарати заліза, антигіпертензивні, антипсихотичні й антихолінергічні засоби, антациди, що містять алюміній і кальцій, протисудомні засоби, опіодні анальгетики; гангліоблокатори тощо). Найчастіше хронічний запор трапляється у пацієнтів із хворобою Паркінсона та розсіяним склерозом.

*Первинний і вторинний гіперальдостеронізм.* Формування запору при первинному та вторинному гіперальдостеронізмі пов'язане з підвищенням активної реабсорбції натрію та пасивної (за осмотичним градієнтом) реабсорбції води епітелієм кишечника, що супроводжується ущільненням калових мас.

*Цукровий діабет.* Порушення спорожнення кишечника трапляється у 60 % хворих на цукровий діабет (ЦД) та є найчастішим виявом діабетичної ентеропатії. Чинниками, асоційованими з хронічним запором, у пацієнтів із ЦД є рівень глікованого гемоглобіну  $\geq 8,0\%$ , індекс маси тіла  $< 25 \text{ кг/м}^2$ , використання інсуліну.

*Гіпотиреоз.* Скарги на запор висувують 19–21 % пацієнтів із гіпотиреозом.

*Гіперпаратиреоз.* Гіперпаратиреоз може маніфестувати лише скаргами на порушення спорожнення кишечника у 25 % пацієнтів.

Частота запорів у жінок у період менопаузи становить 30–40 %.

Інколи лікарю складно розібратися з такою причиною запорів, як порушення функції аноректальної зони (диссинергія м'язів тазового дна), яке можливо виявити при проведенні аноректальної манометрії.

*Класифікація порушень аноректальної функції,* ґрунтується на об'єктивних методах функціональної діагностики.

Лондонська класифікація (2019):

- порушення ректоанального інгібіторного рефлексу;
- порушення тиску в анальному каналі в спокої та при вольовому скороченні;
- порушення ректально-анальної координації;
- порушення ректальної чутливості.

Психоемоційне навантаження, поява депресії, тривожності, посттравматичний стресовий розлад, збільшення частоти яких спостерігаємо в наших пацієнтів, призводять до розвитку СПК та порушень моторики кишечника у вигляді запорів [11, 16].

При запорі змінюються функції товстої кишки (моторна, абсорбційна та секреторна). Починають переважати непропульсивні сегментувальні та антиперистальтичні скорочення, підвищується тонуус сфінктерів.

На тлі стазу порушується секреція, змінюється пристінкова мікрофлора, змінюється стан слизової оболонки (СО) кишечника. Нещодавно встановлено, що надмірний бактеріальний ріст у тонкій кишці за участю метанопродукувальних археїв (синдром надлишкового метаногенного росту) є важливим чинником у пацієнтів із СПК із запорами.

Секреторна функція товстої кишки суттєво впливає на консистенцію випорожнення та його вільне просування. Поза травленням у товстій кишці відбувається періодичне виділення невеликої кількості секрету лужної реакції (рН 8,5–9,0), що містить грудочки, до складу яких входять епітелій, лімфоцити та слиз. В умовах місцевого механічного подразнення секреція зростає у 8–10 разів.

Фазові ритмічні скорочення спостерігаються переважно після їди. У товстій кишці характерні ритмічні скорочення забезпечують оптимальний «маятникоподібний» рух із повільним просуванням вмісту та абсорбцією води. Тонічні скорочення характерні для сфінктерів (нижнього стравохідного, жовчних шляхів, внутрішнього анального) та ділянок між відділами шлунково-кишкового тракту. Симпатичні стимули (стреси) пригнічують пропульсивну перистальтику. Пропульсивна активність посилюється вранці після пробудження.

Превентивні заходи усунення порушень випорожнення мають важливе значення. До них можна віднести здоровий і активний спосіб життя, адекватне, функціональне, збалансоване харчування, яке має містити достатню кількість якісних інгредієнтів (білки, ліпіди, вуглеводи, клітковина, мікроелементи, макроелементи, вітаміни та інші органічні біологічно активні сполуки рослинного, тваринного та мінерального походження) [1, 2].

Тривале порушення випорожнення, особливо на тлі дисбіозу, призводить до порушення цілісності СО кишечника, появи підвищеної епітеліальної проникності СО, розвитку автоінтоксикації, що спричиняє слабкість, дратівливість, зниження працездатності та ще більше підсилює психоемоційні розлади. Скарги на необхідність тривалого натужування і малорезультативну дефекацію є найбільш показовими та вірогідними ознаками наявності запору. Скарги на відчуття здуття кишечника, явища дискомфорту в животі, найчастіше — у нижній його частині, також характерні для хворих із запором [2].

Тривалий запор може призвести до виникнення таких ускладнень, як вторинний коліт, проктосигмоїдит, геморої, анальні тріщини, парапроктит, дивертикуліт та найнебезпечнішого захворювання — колоректального раку. Установлено чіткий кореляційний зв'язок між запором та подальшим розвитком колоректального раку за рахунок утворення токсичних метаболітів, змін у СО кишечника. Запори спричиняють активацію умовно-патогенної мікрофлори, зміну імунної системи організму та ліпідно-вуглеводного метаболізму.

При виявленні симптомів «тривоги» (гематохезія, залізодефіцитна анемія незрозумілої етіології, мелена за відсутності патології при ендоскопічному дослідженні верхніх відділів шлунково-кишкового тракту) пацієнтові має бути проведено ендоскопічне дослідження. Рекомендовано виконання лабораторних тестів для визначення рівня глюкози, тиреотропного гормону, рівня кальцію. Пальцеве ректальне дослідження з оцінкою рухової активності м'язів тазового дна слід проводити всім пацієнтам.

За відсутності ефекту від прийому проносних препаратів рекомендовано проведення аноректальної манометрії та тесту вигнання ректального балона (евакуаторна проба), що дає змогу отримати інформацію про аноректальний тонус м'язового комплексу та скоординованість скорочень прямої кишки та сфінктерів ануса. Тест вигнання балона рекомендують для виявлення порушення синхронної діяльності м'язів аноректальної зони, що беруть участь в акті дефекації (диссинергія м'язів тазового дна). Диссинергічна дефекація є результатом парадоксального скорочення або неповного розслаблення тазового дна та зовнішнього сфінктера ануса.

Рентгенологічний метод визначення часу транзиту вмісту по товстій кишці (метод рентгенконтрастних маркерів) рекомендують для верифікації порушень транзиту по товстій кишці. Іригоскопія з подвійним контрастуванням також є важливим методом діагностики у хворих із запорами. Дослідження дає змогу заперечити або виявити рак, поліпи, дивертикульоз, дивертикуліт, хворобу Крона та її ускладнення, виразковий, ішемічний та радіаційний коліт, хворобу Гіршпрунга. Після заперечення органічної патології оцінюють розташування товстої кишки для заперечення вродженого порушення положення, фіксації (неповна ротація) та ускладнень, які можуть бути спричинені ними (інвагінація, заворот). Оцінюють рівень розташування правого та лівого вигинів, кут, який вони утворюють (можлива деформація у вигляді «двостволки»). Заперечують уроджений або набутий доліхоколон та мегаколон, їхнє поєднання [10].

Додаткову інформацію може дати магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини.

Лікування хворих із запорами починають після визначення причин та заперечення уражень товстої кишки, які могли б провокувати запор [9, 13].

Насамперед слід відкоригувати харчування за рахунок індивідуально підбраної (за переносністю) кількості харчових волокон. Рекомендується вживання клітковини з овочів та фруктів і менше — із каш, збільшення кількості рідини,

фізичної активності, зменшення/відміна препаратів, які призводять до виникнення запору, вироблення рефлексу випорожнення кишечника. Навчання поведінкових реакцій та біофідбек-терапія спрямовані на поліпшення контролю над м'язами тазового дна, які беруть участь в акті дефекації [1, 5, 10].

У раціоні слід збільшити кількість як розчинних, так і нерозчинних харчових волокон. Нерозчинні (які ферментуються) не перетравлюються та не всмоктуються в тонкій кишці, а доходять до товстої кишки і діють як пребіотики, стимулюють моторику. Призначати ці волокна слід обережно, оскільки в пацієнтів із СПК із запорами можлива поява скарг при збільшенні їхнього вмісту. Можна призначати розчинні харчові волокна, що утворюють гелеві субстанції та утримують воду (псилліум). Некрохмальні харчові волокна залежно від здатності до дисперсії у водному середовищі поділяють на розчинні (гелетворні (наприклад, гуарова камедь,  $\beta$ -глюкани, псилліум і стійкий мальтодекстрин)), нев'язкі (наприклад, інулін, фруктоолігосахариди та декстрин пшениці) і нерозчинні, волокнисті (наприклад, пшеничні висівки та стійкий крохмаль). В'язкі волокна в просвіті кишечника утворюють гель, збільшуючись при набуханні в десятки-сотні разів. Вони мають проносну дію за рахунок підвищення вмісту води в калових масах. Нев'язкі розчинні та нерозчинні волокна (пшеничні висівки тощо) також дещо збільшують об'єм калових мас, але переважно механічно стимулюють перистальтику [6, 10, 18].

На секрецію та перистальтику значний вплив чинять вуглеводи. Низькомолекулярні вуглеводи (фруктоза, лактоза) та цукрові спирти, що містяться в стиглих плодах (сорбітол — у кісточкових фруктах, ксилітол — у ягодах), сприяють залученню води в просвіт кишки. Олігосахариди (сполуки фруктози та глюкози з різною довжиною ланцюга) представлені мальтодекстрином (патокою), фруктоолігосахаридами та фруктанами (олігофруктозою, інуліном) і містяться в овочах та зелені (цибулі, часнику, цикорії, спаржі, бананах, артишоці, топінамбурі, помідорах, злакових, меді, бобових), а також у молочних продуктах.

У регуляції кишкової перистальтики та секреції помітну роль відіграють флавоноїди — поліфенольні сполуки, що містяться в більшості продуктів рослинного походження.

Стимулювальний вплив на перистальтику має сніданок, до складу якого входять жири, і напої, що містять кофеїн.

Терапія запорів має бути комплексною. Складання алгоритму корекції функції кишечника

частіше має персоналізований підхід з урахуванням скарг пацієнта, причини запору, стану СО кишечника, мікробіому, переносності продуктів і страв, супутньої патології тощо. Важливе значення в лікуванні має корекція психоемоційного стану, дотримання біоритмів (ритм харчування, сну, випорожнень). Необхідний повноцінний сон. Ніч — це час активності парасимпатичної нервової системи, яка сприяє синхронізації роботи органів шлунково-кишкового тракту, зокрема кишечника.

Посилення гастроцекального рефлексу передбачає необхідність привчити пацієнта відвідувати туалет відразу після першого прийому їжі, зазвичай після сніданку. Бажано, щоб акт дефекації обов'язково реалізувався в ранкові години після сніданку, після виникнення шлунково-прямокишкового рефлексу, що сприяє фізіологічному випорожненню кишечника. Ранкова дефекація є фундаментальним виявом циркадного ритму життєдіяльності людини.

Фізичні вправи мають значні переваги як засіб поліпшення симптомів у пацієнтів із запорами і можуть бути можливим та ефективним варіантом лікування для пацієнтів із хронічними запорами.

Основний підхід до лікування при запорах — комбінована терапія, за недостатності ефекту рекомендовано призначити проносні засоби [5, 10, 11].

Препарати сени, ревеню, крушини, які містять антраглікозиди, мають багато небажаних побічних ефектів за тривалого використання аж до розвитку псевдомеланозу товстої кишки (накопичення ліпофусцину), що має мутагенну та канцерогенну дію і посилює запор. Ці препарати слід використовувати лише нетривало [4, 6, 12, 18, 20].

Проносні препарати поділяють на 4 групи.

- подразливі засоби, що підсилюють секрецію та впливають на епітеліальні, гладеньком'язові, нервові клітини (препарати антрохінону та похідні диметилметану);
- осмотичні речовини, які за рахунок підвищення осмотичного тиску в кишечнику стимулюють вихід води в просвіт кишки та збільшують об'єм калових мас;
- засоби, що збільшують об'єм кишкового вмісту (висівки та насіння подорожника).
- засоби, що розм'якшують калові маси, — мінеральні олії.

У світі використовують різні молекули для корекції ритму роботи кишечника. На сесії Американської гастроентерологічної асоціації та Американського гастроентерологічного коледжу у 2023 р. підтверджено використання при запорах низки препаратів:

- любіпростон (2006). Це жирна кислота, похідна від простагландину E1. Любіпростон активує хлорні канали на мембрані апікальної поверхні епітелію слизової кишки, *стимулює секрецію рідини*;

- лінаклотид (2012), плеканатид (2017) — агоніст рецепторів гуанілатциклази-C, належить до нового покоління класу секретогенів. *Посилює активність секреторних кишкових CFTR-каналів*. Залежно від дози протягом тижня лінаклотид збільшує частоту закінчених (повних) дефекацій, пом'якшує консистенцію випорожнення, зменшує натужування при дефекації;

- тенапанор (2019) — низькомолекулярний селективний інгібітор Na/H-обмінника 3 класу, знижує абсорбцію натрію та фосфатів у кишечнику [10].

Одним з ефективних препаратів з великою доказовою базою є поліетиленгліколь (ПЕГ), який призначають у дозі 10–20 г один раз на добу вранці натще, під час або перед їдою. Дія препарату починається через 1–2 доби після прийому. Зниження внутрішньокишкового рН сприяє активації пропульсивної перистальтики товстої кишки, збільшенню об'єму кишкового вмісту та його розрідженню [2, 9, 10].

Доцільно використовувати такі проносні засоби, як препарати подорожника. Крім збільшення об'єму випорожнень в результаті осмотичної дії, вони чинять розм'якшувальну та змащувальну дію на вміст кишечника за рахунок геліформування фракції, що полегшує пропульсію кишкового вмісту. Використовують також стимулювальні проносні засоби.

За недостатньої ефективності проносних препаратів рекомендують призначати прокінетики з групи агоністів 5-HT<sub>4</sub>-рецепторів. Прокінетичний фармацевтичний препарат прукралоприд (високо-селективний агоніст рецептора 5-HT<sub>4</sub>) посилює перистальтику та прискорює кишковий транзит. Прукалоприд можна застосовувати в дозі 2–4 мг/добу для лікування хронічних запорів у жінок, які не реагують на клітковину та проносні [8, 16].

Рослини здавна застосовують як харчові та лікарські засоби в усьому світі, зберігаючи технології приготування та застосування. Останнім часом зростає інтерес до вивчення впливу на функціонування кишечника фітотерапії, в якій зазвичай використовують кілька компонентів з різним механізмом дії [12, 14, 15, 17, 19].

Мета роботи — оцінити ефективність та безпечність застосування багатокомпонентного проносного засобу «Ізиду» в лікуванні хворих на функціональний запор та синдром подразненого кишечника із запором.

## Матеріали та методи

Різний характер дії препарату «Ізиду» (спазмолітична, прокінетична, жовчогінна, знеболювальна, протизапальна, антибактеріальна, антигельмінтна, антиоксидантна), зумовлений багатокомпонентним складом, дає змогу обґрунтувати його ефективність у лікуванні функціонального запору та СПК.

До складу «Ізиду» («Пракруті Продактс Пвт. Лтд.», Індія) входить суміш натуральних екстрактів лікарських рослин: оперкуліни проносної (*Operculina turpethum*) — 100 мг; касії трубчастої (*Cassia fistula*) — 100 мг; ембліки лікарської (*Terminalia chebula*) — 150 мг; солодки голої (*Glycyrrhiza glabra*) — 50 мг.

Особливістю цієї комбінації рослин є плейотропний ефект із потенціувальною дією складових препаратів. Проносний ефект створюють оперкуліна проносна, ембліка лікарська, касія трубчаста, солодки голої корінь, прокінетичну дію — ембліка лікарська, затримку води спричиняє солодки голої корінь, касія трубчаста, утворення слизу — солодки голої корінь, проти-запальний ефект мають ембліка лікарська, касія трубчаста, солодки голої корінь, антигельмінтний — оперкуліна проносна, ембліка лікарська.

Дози суміші натуральних екстрактів «Ізиду» нижчі за терапевтичні дози лікарських засобів, що містять ці рослини окремо.

Для уточнення ефектів «Ізиду», окрім оцінки симптомів запору, досліджували динаміку таких симптомів, як відсутність регулярного випорожнення, утруднення при дефекації, відчуття неповного випорожнення, здуття живота тощо. Інтенсивність кожного симптому оцінювали за 5-бальною шкалою Лайкерта (0 — відсутність симптому, 1 — легкий ступінь вияву, 2 — помірний, 3 — виразний, 4 — дуже виразний).

Лікувальний комплекс підбирали індивідуально з урахуванням стану шлунково-кишкового тракту, супутньої патології, причин виникнення запору, віку.

Рекомендації щодо зміни способу життя стосувалися ритму харчування, налагодженню ритму роботи та відпочинку, сну (особливо у хворих із СПК), збільшення адекватної фізичної активності, вироблення циркадного ритму — рефлексу випорожнення кишечника зранку після сніданку, зміни препаратів, які приймає пацієнт (за можливості).

Усім пацієнтам рекомендовано додаткове введення в раціон харчових волокон з індивідуальним підбором дози та поступовим її збільшенням. Рекомендували споживання борошна насіння льону й топінамбура, збільшити кількість

у раціоні овочів та фруктів (до 5–6 порцій на день з урахуванням індивідуальної переносності). Препарат «Ізиду» призначали по 2 таблетки ввечері.

Вивчення безпечності застосування «Ізиду» проводили за динамікою показників клінічного та біохімічного аналізів крові (печінкові трансамінази, лужна фосфатаза, білірубін, амілаза) та реєстрації небажаних ефектів.

**Критерії залучення:** пацієнти чоловічої та жіночої статі віком від 20 до 78 років, які відповідали Римським критеріям IV (2016) функціонального запору (ФЗ)/СПК із запором.

У дослідження було відібрано 28 пацієнтів, які відповідали критеріям залучення. Серед пацієнтів переважали жінки – 19 (68 %).

### Результати та обговорення

У 15 (53,6 %) пацієнтів діагностовано СПК із запором, у 13 (46,4 %) – ФЗ. Серед хворих із ФЗ у 8 був первинний ФЗ, у 5 – вторинний запор. Серед причин виникнення запорів у пацієнтів із первинним запором переважали спосіб життя та харчування, особливості будови кишечника (доліхосигма, мегаколон), серед причин виникнення вторинних запорів – ендогенні порушення, оперативні втручання в анамнезі, прийом низки лікарських засобів.

У всіх пацієнтів заперечено симптоми тривоги (анемія, негативний тест на приховану кров у калі), ознаки запалення в кишечнику за даними колоноскопії, копрологічного дослідження. Вивчено стан біоценозу кишечника.

Усі пацієнти відзначали зменшення кількості випорожнень кишечника, необхідність тривалого натужування, малорезультативну дефекацію. Кількість актів дефекації у 15 пацієнтів – один раз на тиждень, у 9 – двічі, у 4 – тричі. У 85,7 % випадків зафіксовано скарги на відчуття неповного випорожнення, наявність грудкуватого випорожнення (75 %), здуття, дискомфорт у животі.

Результати вивчення мікробіоценозу за допомогою полімеразної ланцюгової реакції свідчили про зміну величини відношення *Fermitutes/Bacteroides* у 28 (78,5 %) пацієнтів. У всіх пацієнтів виявлено зменшення бактеріального різноманіття.

Аналіз ефективності прийому «Ізиду» проведено через 3 тиж прийому препарату. Усі пацієнти відзначили позитивні зміни, але ступінь позитивної динаміки був різним (табл. 1). Так, скарги на збільшення натужування зберігалися у близько 40 % випадків, періодичний дискомфорт у животі, відчуття неповного випорожнення – у 49 %, але виразність їх була значно меншою, і вони рідше турбували хворих (табл. 2).

Після лікування збільшилася кількість випорожнень за тиждень, у середньому з 1,6 до

2,7 разу ( $p < 0,05$ ). Три випорожнення та більше без непродуктивних натужувань зареєстровано в 21 (75 %) пацієнта.

У 6 (21,4 %) пацієнтів кількість актів дефекації становила 2–3 на тиждень, але вони відзначали поліпшення загального стану, зменшення відчуття неповного випорожнення, здуття живота, натужування. В одного пацієнта, незважаючи на поліпшення загального стану та зменшення здуття, прийом препарату був малоефективним.

Оцінку безпечності застосування багатокомпонентного фітопрепарату «Ізиду» проведено за динамікою показників клінічного та біохімічного

Таблиця 1. Динаміка скарг у хворих із запорами під впливом лікування з використанням препарату «Ізиду»

Скарга	До лікування	Після лікування
Збільшення натужування при дефекації	28 (100,0 %)	11 (39,3 %)*
Відчуття неповного випорожнення	24 (87,5 %)	12 (42,8 %)*
Поява твердого випорожнення	21 (75,0 %)	8 (28,5 %)*
Здуття живота	18 (64,3 %)	12 (42,8 %)
Дискомфорт/біль у животі	26 (92,8 %)	16 (57,1 %)*
Необхідність приймати проносні препарати	21 (75,0 %)	6 (21,4 %)*
Необхідність допомоги при дефекації	5 (17,8 %)	1 (3,6 %)*

Примітка. \* Статистично значуща різниця щодо значення до лікування ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 2. Оцінка виразності симптомів у пацієнтів із запором, у яких зберігалися скарги після лікування за шкалою Лайкерта, бал

Скарга	До лікування	Після лікування
Збільшення натужування при дефекації	2,37 ± 0,02	1,25 ± 0,08*
Відчуття неповного випорожнення	2,68 ± 0,12	1,50 ± 0,06*
Здуття живота	2,25 ± 0,10	1,40 ± 0,05*
Дискомфорт/біль у животі	2,25 ± 0,06	1,37 ± 0,10*
Поява твердого випорожнення	2,60 ± 0,20	1,50 ± 0,04*

Примітка. \* Статистично значуща різниця щодо значення до лікування ( $p < 0,05$ ).

аналізів крові та кількістю небажаних явищ. Клінічно значущих змін показників клінічного та біохімічного аналізів крові не зафіксовано.

### Висновки

Згідно з отриманими результатами, ефективність використання препарату «Ізиду» була

виразною у 21 (75,0%) пацієнта, помірно — у 6 (21,4%), відсутність ефекту зареєстровано в 1 (3,6%) особи.

Комбінація рослинних компонентів у складі «Ізиду» має м'яку проносну дію, добре переноситься і може бути рекомендована як складова комплексного лікування хворих із запорами.

*Роботу виконано за підтримки ТОВ «Органосін Лтд».*

*Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, написання тексту — Н. В. Х.;*

*збір та обробка матеріалу — Н. В. Х., В. Г. Ш., І. А. К., В. В. Х., І. Я. Л.;*

*редагування — Н. В. Х., І. А. К.*

### Список літератури

1. Височина ІЛ, Башкірова НС, Єфімова НО. Лікування пацієнтів із закрепом на амбулаторному етапі лікарем загальної практики — сімейної медицини. Медичні перспективи. 2018;23(1):22-5. [https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1\(part2\).126935](https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.1(part2).126935).
2. Дорофеев АЭ, Руденко НН, Жигаль ЮВ. Функциональный запор в молодом возрасте. Место макрогола 4000 в лечении функционального запора. Гастроентерология. 2019;53(1):44-8. <http://dx.doi.org/10.22141/2308-2097.53.1.2019.16345>.
3. Звягинцева ТД, Шаргород ИИ. Хронический запор: механизмы развития и тактика лечения. Сучасна гастроентерологія. 2018;4:45-50. <http://dx.doi.org/10.30978/mg-2018-3-45>.
4. Коновалова НВ, Стопінчук ОВ, Крикус ОЮ. Незручна тема: зловживання проносними засобами. Огляд літератури та клінічний випадок. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2020;24(4):720-5. [https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24\(4\)-28](https://doi.org/10.31393/reports-vnmedical-2020-24(4)-28).
5. Лецишин ІМ, Охоцька ОІ, Маркулан ЛЮ. Закрепи: глобальна перспектива (Рекомендації Світової організації гастроентерологів, листопад 2010 року). Хірургія України. 2013;3:7-13.
6. Приходько ВЮ, Стаднюк ЛА, Морева ДЮ. Хронічні закрепни у хворих літнього віку. Оптимізація лікування. Семейная медицина. 2015;4:182-8.
7. Фадеенко ГД, Соломенцева ТА. Сучасні підходи до лікування функціональних розладів кишечника із запорами. Сучасна гастроентерологія. 2020;1:62-7. <http://dx.doi.org/10.30978/mg-2020-1-62>.
8. Bai J, Cai Y, Huang Z, et al. Shouhui Tongbian Capsule ameliorates constipation via gut microbiota-5-HT-intestinal motility axis. Biomed Pharmacother. 2022 Oct;154:113627. doi: 10.1016/j.biopha.2022.113627. Epub 2022 Sep 1. PMID: 36058152.
9. Chang L, Chey WD, Imdad A, Almario CV, Bharucha AE, Diem S, Greer KB, Hanson B, Harris LA, Ko C, Murad MH, Patel A, Shah ED, Lembo AJ, Sultan S. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. Gastroenterology. 2023 Jun;164(7):1086-106. doi: 10.1053/j.gastro.2023.03.214. PMID: 37211380; PMCID: PMC10542656.
10. Chang L, Sultan S, Lembo A, Verne GN, Smalley W, Heidelbaugh JJ. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome With Constipation. Gastroenterology. 2022 Jul;163(1):118-36. doi: 10.1053/j.gastro.2022.04.016. PMID: 35738724.
11. Cho YS, Lee YJ, Shin JE, Jung HK, Park SY, Kang SJ, Song KH, Kim JW, Lim HC, Park HS, Kim SJ, Cha RR, Bang KB, Bang CS, Yim SK, Ryoo SB, Kye BH, Ji WB, Choi M, Sung IK, Choi SC; Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. 2022 Seoul Consensus on Clinical Practice Guidelines for Functional Constipation. J Neurogastroenterol Motil. 2023 Jul 30;29(3):271-305. doi: 10.5056/jnm23066. PMID: 37417257; PMCID: PMC10334201.
12. Gao CC, Li GW, Wang TT, et al. Rhubarb extract relieves constipation by stimulating mucus production in the colon and altering the intestinal flora. Biomed Pharmacother. 2021 Jun;138:111479. doi: 10.1016/j.biopha.2021.111479. Epub 2021 Mar 25. PMID: 33774313.
13. Kadam S, Gupta P, Kanase VG. Screening models of laxative activity. IJPSR. 2020;11(6):2539-246. doi: 10.13040/IJPSR.0975-8232.11(6).2539-46.
14. Li C, Li Z, Wu H, et al. Therapeutic effect of Moringa oleifera leaves on constipation mice based on pharmacodynamics and serum metabolomics. J Ethnopharmacol. 2022 Jan 10;282:114644. doi: 10.1016/j.jep.2021.114644. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34534599.
15. Ried K, Travica N, Dorairaj R, Sali A. Herbal formula improves upper and lower gastrointestinal symptoms and gut health in Australian adults with digestive disorders. Nutr Res. 2020 Apr;76:37-51. doi: 10.1016/j.nutres.2020.02.008. Epub 2020 Feb 8. PMID: 32151878.
16. Serra J, Pohl D, Azpiroz F, Chiarioni G, Ducroté P, Gourcerol G, Hungin APS, Leyer P, Mendive JM, Pfeifer J, Rogler G, Scott SM, Simrén M, Whorwell P; Functional Constipation Guidelines Working Group. European society of neurogastroenterology and motility guidelines on functional constipation in adults. Neurogastroenterol Motil. 2020 Feb;32(2):e13762. doi: 10.1111/nmo.13762. Epub 2019 Nov 22. PMID: 31756783.
17. van Andel T, van Onselen S, Myren B, Towns A, Quiroz D. «The medicine from behind»: The frequent use of enemas in western African traditional medicine. J Ethnopharmacol. 2015 Nov 4;174:637-43. doi: 10.1016/j.jep.2015.06.040. Epub 2015 Jun 30. PMID: 26133063.
18. Wei L, Luo Y, Zhang X, et al. Topical therapy with rhubarb navel plasters in patients with chronic constipation: Results from a prospective randomized multicenter study. J Ethnopharmacol. 2021 Jan 10;264:113096. doi: 10.1016/j.jep.2020.113096. Epub 2020 Jul 18. PMID: 32693116.
19. Wen Y, Zhan Y, Tang S, Kang J, Wu R, Tang X. Mechanistic prediction of Chinese herb compound (Zhi Zhu Ma Ren Pill) in the treatment of constipation using network pharmacology and molecular docking. Natural Product Communications. 2022;17(9):1934578X221124780. doi: 10.1177/1934578X221124780.
20. Zhang MM, Gong ZC, Zhao Q, Xu DQ, Fu RJ, Tang YP, Chen YY. Time-dependent laxative effect of sennoside A, the core functional component of rhubarb, is attributed to gut microbiota and aquaporins. J Ethnopharmacol. 2023 Jul 15;311:116431. doi: 10.1016/j.jep.2023.116431. Epub 2023 Mar 30. PMID: 37003403.

N. V. Kharchenko, V. H. Shendryk, I. A. Korulia, V. V. Kharchenko, I. Y. Lopukh  
Shupyk National Healthcare University of Ukraine, Kyiv

## Primary and secondary constipation: causes of occurrence, methods of correction

Constipation develops in up to 30% of the adult population of economically developed countries. The main reason for the occurrence of constipation are lifestyle features: inactivity and unbalanced nutrition. During constipation, motor, absorptive and secretory functions of the large intestine change. Treatment of patients with constipation begins after determining the cause of constipation and excluding lesions of the large intestine that could provoke constipation. Both soluble and insoluble dietary fibers should be increased in the diet. The main approach to treatment is the use of combined therapy, and if the effect is insufficient, laxatives administration is recommended.

**Objective** — to evaluate the effectiveness and safety of using the multicomponent laxative *EasyDo* in the treatment of patients with functional constipation and irritable bowel syndrome (IBS) with constipation.

**Materials and methods.** The study involved 28 patients with functional constipation/IBS with constipation, who met the Rome IV criteria (2016). Women prevailed in this group, 19 (68.0%). IBS with constipation was diagnosed in 15 (53.6%) cases, and functional constipation in 13 (46.4%) subjects. Patients were administered *EasyDo* (*Prakruti Products Pvt Ltd*, India), which includes a mixture of natural extracts of medicinal plants, namely: *Operculina turpethum*, *Cassia fistula*, *Terminalia chebula*, *Glycyrrhiza glabra* 2 tablets in the evening. Besides, recommendations were given to change the lifestyle, to add dietary fibers into the diet with individual selection of the dose. The dynamics of the following symptoms were evaluated: lack of regular bowel movement, difficulty in defecation, feeling of incomplete emptying, flatulence, etc. The intensity of each of these symptoms was assessed with the use of a 5-point Likert scale.

**Results.** The analysis of *EasyDo* effectiveness was carried out after three weeks of the drug administration. All patients noted positive changes, but the degree of positive dynamics was different. After the treatment, the number of bowel movements per week increased. Three or more stools without unproductive straining were recorded in 21 (75%) patients. The severity of complaints in most patients has significantly decreased.

**Conclusions.** The obtained results demonstrated the following *EasyDo* effectiveness: considerable in 21 (75%) patients, moderate in 6 (21.4%) patients, no effects in one (3.6%) patient. The combination of plant components in *EasyDo* has a mild laxative effect, it is well tolerated and can be recommended in the complex treatment of patients with constipation.

**Keywords:** constipation, causes, treatment, *EasyDo*. □

### ДЛЯ ЦИТУВАННЯ

Харченко НВ, Шендрік ВГ, Коруля ІА, Харченко ВВ, Лопух ІЯ. Первинні та вторинні запори: причини виникнення, шляхи корекції. Сучасна гастроентерологія. 2023;5:23-30. <http://doi.org/10.30978/MG-2023-5-23>.

Kharchenko NV, Shendryk VH, Korulia IA, Kharchenko VV, Lopukh IY. Primary and secondary constipation: causes of occurrence, methods of correction. Modern Gastroenterology (Ukraine). 2023;5:23-30. <http://doi.org/10.30978/MG-2023-5-23>. Ukrainian.