АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ

СОЕДИНЕННЫМИ УСИЛИЯМИ • VIRIBUS UNITIS

МАРШРУТЫ ОБРАЗОВАНИЯ: 2016!

ВЫПУСК №10

ЗАПОР

ОСНОВНЫЕ СИНДРОМЫ

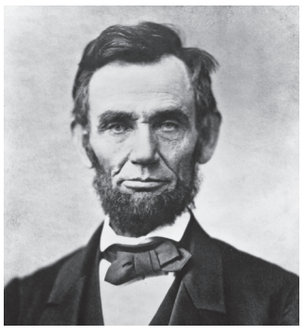
Жан Лерон Д'Аламбер (1717-1783)

«Sublata causa, tollitur effectus» (С устранением причины, устраняется следствие). Именно при лечении запора более всего оправдывается эта старая пословица. Знаменитый французский ученый-энциклопедист Жан Лерон Д'Аламбер (1717-1783 гг.) говорил: «Единственное безоблачное счастье в жизни человека – это удовлетворение каждое утро одной из самых грубых физиологических потребностей». Ту же самую мысль Поль Бранд (псевдоним известного писателя и мыслителя адмирала Ревельера) выразил в следующих простых словах: «Самая главная свобода, это свобода живота».

Проблему запора стараются решить уже давно, стоит сказать, что в 1860 году, в английское казначейство поступило миллион франков с пошлин на «фармацевтические изобретения» и почти все эти деньги были потрачены не на что иное, как на создание слабительных средств. В 1908 году доход с пошлин на эти продукты возрос до 8 350 000 франков, а всего препаратов было продано на 6 000 000 франков [1].

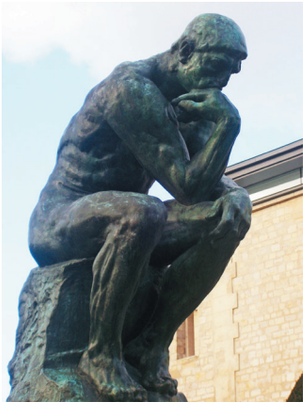
В конце VIII века европейские и американские клиницисты были убеждены, что запоры получают всё большее распространение из-за изменений в рационе питания, уровня физической активности и ускорения темпа жизни. К началу XIX века запор начали называть «болезнью цивилизации». Врачи по обе стороны Атлантики активно предупреждали население, что содержимое толстой кишки «наполняет тело ядовитыми веществами», «запор укорачивает жизнь, превращая кровоток в канализацию», а аутоинтоксикация «является причиной 99% болезней».

Известно, что знаменитый американский президент Авраам Линкольн регулярно принимал препарат на основе ртути, называемый также «голубой массой». Существуют дискуссии, по поводу какого недуга политик использовал лекарство, но многие историки склоняются к версии, что Линкольн страдал запорами. Другие исследователи утверждают, что препарат принимался по поводу клинической депрессии, от которой страдал президент. Вероятно, имело место сочетание этих заболеваний. Во времена Линкольна ещё многие врачи, согласно Галену, считали, что возникновение депрессии связано с «приливами и отливами» телесных жидкостей и обусловлено накоплением «чёрной желчи» в печени. Как известно, нарушение желчеотделения является одним из этиологических факторов в возникновении запоров. А одним из самых распространённых методов лечения застоя желчи в то время было использование препаратов на основе ртути [2].



Авраам Линкольн – американский государственный деятель, 16-й президент США (1809-1865 гг.)

ЧТО ЭТО ТАКОЕ?



О. Роден «Мыслитель»

ЗАПОР (function constipatio, синоним: obstipacio, дословный перевод «скопление») – нарушение функции кишечника, выражающееся в увеличении интервалов между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой или в систематически недостаточном опорожнении кишечника [3].

Код по международной классификации болезней МКБ-10: K59.0 Запор.

ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ?

- Запоры являются серьезной медицинской и социальной проблемой. В развитых странах запорами в той или иной степени страдают от 30% до 50% трудоспособного населения и от 5% до 20% детей [4].
- В России распространенность рассматриваемой патологии составляет 20%, возрастая параллельно увеличению возраста пациентов [5].
- У пожилых запор встречается в 5 раз чаще, чем у лиц молодого возраста [6].
- Качество жизни лиц, страдающих хроническим запором, сравнимо с качеством жизни больных сахарным диабетом, артериальной гипертензией и депрессией [5].

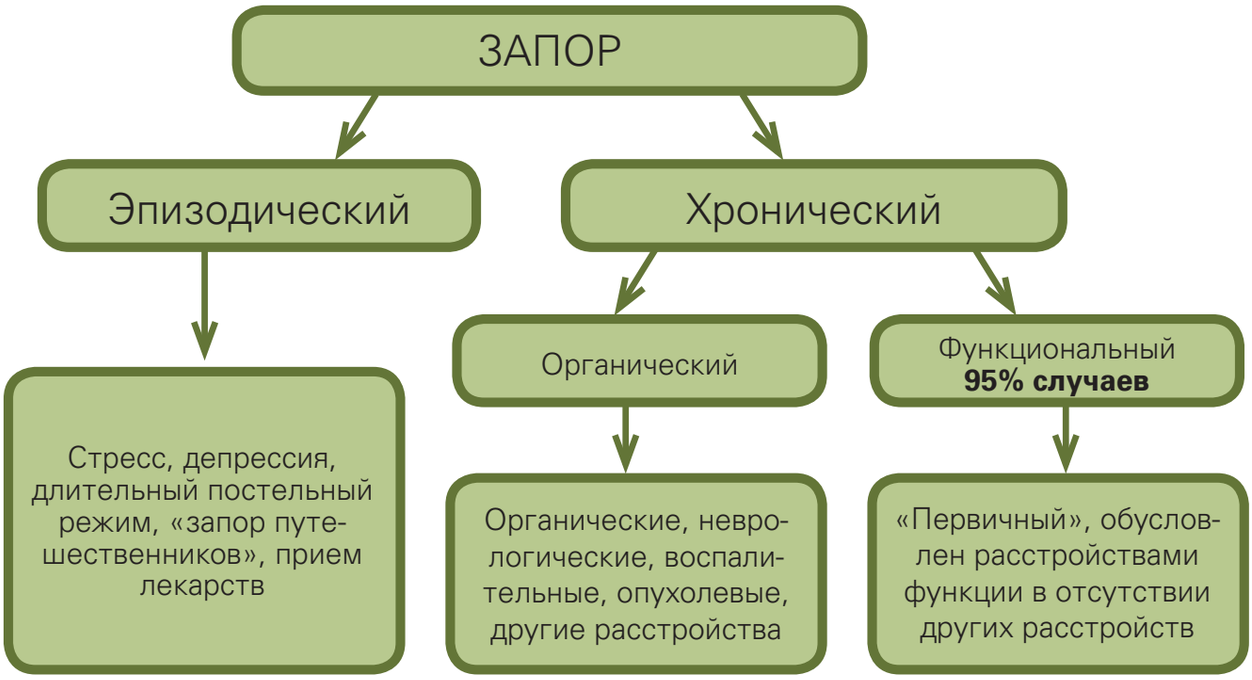
МЕХАНИЗМ АКТА ДЕФЕКАЦИИ

В состоянии покоя аноректальная и пуборектальная мышцы сокращены, а во время акта дефекации расслабляются, позволяя анальному каналу открыться [7]

КЛАССИФИКАЦИЯ [8]

Заболевания кишечника, особенно функционального характера, относятся к наиболее распространенным заболеваниям внутренних органов. На сегодняшний день установлены критерии функциональных нарушений кишечника и запоров, в основном исключающие морфологические и биохимические изменения. Поэтому принято различать первичные нарушения, когда отсутствует органическая патология, и вторичные, сочетающиеся со структурными изменениями кишечника.

Первичные запоры	Вторичные запоры
СРК с запорами	Диетические нарушения
С нормальным кишечным транзитом	Обезвоживание
С медленным кишечным транзитом	Недостаточная физическая активность Нежелательные лекарственные реакции ряда лекарственных препаратов
Ректальные расстройства дефекации: • диссинергия тазового дна; • болезнь Гиршпрунга; • анизмус (отсутствие открытия наружного анального сфинктера и расслабления мышц тазового дна); • парадоксальные сокращения мышц тазового дна; • функциональная ректосигмоидная обструкция; • синдром спастического тазового дна; • синдром опущения промежности	Пожилой возраст Беременность Механическая непроходимость: • рак толстой кишки; • послеоперационные осложнения Хроническое обструктивное заболевание легких Эндокринные нарушения: • диабет; • гипотиреоз; • гиперкальциемия; • гиперпаратиреоз; • гипокалиемия; • уремия Неврологические заболевания: • цереброваскулярные нарушения; • рассеянный склероз; • болезнь Паркинсона Психологические расстройства: • депрессия; • тревога



НЕ МЕНЕЕ ВАЖНО!

Лекарства, нежелательной лекарственной реакцией приема которых может быть запор [9]:

- агонисты 5-НТ3 рецепторов (ондансетрон);
- антидепрессанты (циталопрам, флуоксетин, имипрамин);
- опиаты (кодеин, морфин);
- нестероидные противовоспалительные средства (напроксен, ибупрофен);
- противосудорожные (карбамазепин, этосуксимид, топирамат);
- бензодиазепины (диазепам, феназепам);
- миорелаксанты (баклофен);
- рентгеноконтрастные средства (соли бария);
- противоязвенные средства:
- ингибиторыпротонной помпы;
- Н2-блокаторы;
- антихолинергические средства:
  - трициклические антидепрессанты (амитриптилин);
  - противопаркинсонические препараты (бипериден, бромокриптин);
  - нейролептики (хлорпромазин, галоперидол, рисперидон, тиоксантины, фенотиазины);
  - спазмолитики (атропинпроизводные);
  - антигистаминные;
  - спазмолитики разных групп (дротаверин, мебеверин, масло мяты перечной);
  - противотуберкулезные средства (изониазид);
  - антибиотики (цефалоспорины);
  - ситемные антимикотики (кетоконазол);
  - липидоснижающие средства (холестирамин, колестипол);
  - гестагены (медрогестон, аллилэстренол);
- антигипертензивные:

- блокаторы кальциевых каналов (верапамил, нифедипин, пинаверия бромид);
- диуретики (салуретики, торасемид, амилорид);
- центрального действия (клонидин);
- антиаритмические (амиодарон);
- бета-адреноблокаторы (атенолол);
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл, эналаприл);

- препараты, содержащие катионы:
  - алюминия (антациды, сукральфат);
  - кальция (антациды, пищевые добавки);
  - висмута (субцитрат висмута);
  - железа (сульфат железа);
  - лития;
- цитостатики:
  - алкалоиды барвинка (винкристин);
  - алкилирующие агенты (циклофосфамид);
  - препараты для лечения рака предстательной железы (доксазозин, финастретид, оксибутинин);
- эндокринные препараты (памидроновая и аледроновая кислоты);
- симпатомиметики (эфедрин, тербуталин);
- ренальный чай (толокнянка, брусника);
- слабительные средства при привыкании.

По мнению пациентов, запор это не только урежение дефекации, но и целый комплекс симптомов, включающих в себя изменение консистенции стула (твердый, фрагментированный), чувство неполного опорожнения кишечника, а также необходимость в избыточном натуживании для совершения дефекации.

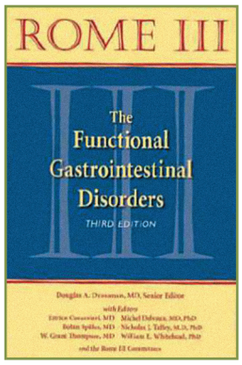
О ЧЁМ ВАЖНО ПОМНИТЬ?

Запоры могут сочетаться с синдромом раздраженного кишечника

Синдром раздраженного кишечника (СРК) – функциональное расстройство, при котором боль или дискомфорт в животе уменьшаются после дефекации, связаны с изменением частоты и консистенции стула, возникают не менее 3 дней в месяц на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности жалоб не менее 6 месяцев.

- СРК с запором – плотный или комковатый стул > 25 % дефекаций и кашицеобразный или водянистый стул < 25 %.
- СРК с диареей – кашицеобразный или водянистый стул > 25 % дефекаций и плотный или комковатый стул < 25 %.
- Смешанный вариант СРК – плотный или комковатый стул > 25 % дефекаций и кашицеобразный или водянистый стул > 25 %.
- Неопределенный СРК – недостаточно изменений консистенции фекалий, чтобы соответствовать критериям первых трех форм.
- Достоверный маркер для дифференциации функционального нарушения, хронического запора или синдрома раздраженного кишечника до сих пор не определен.
- Согласно Римским критериям III пересмотра [10], 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:

- натуживание при акте дефекации по меньшей мере в четверти всех дефекаций;
- стул твердый или фрагментированный по меньшей мере в 25% дефекаций;
- ощущение неполного опорожнения кишечника во время 25% дефекаций;
- ощущение аноректальной обструкции в 25% дефекаций;
- необходимость мануальных манипуляций при опорожнении кишечника в 25% дефекаций;
- менее трех дефекаций в неделю;
- жидкий стул только после приема слабительных;
- нет достаточных критериев для постановки диагноза синдрома раздраженного кишечника (СРК) [5].



В 1988 г. в Риме был учрежден специальный рабочий комитет (Workin Team Committee) по функциональным расстройствам ЖКТ.

Первые «Римские критерии» по диагностике СФД (синдрома функциональной диспепсии) и СРК (синдром раздраженного кишечника) были опубликованы в 1994 г.

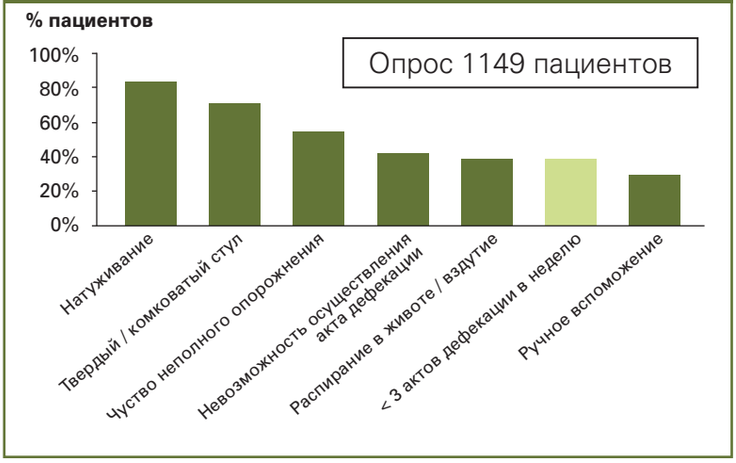
В 1999 г. критерии были дополнены и приняты «Римские критерии II».

В 2006 г. согласованы и представлены «Римские критерии III» функциональных расстройств кишечника и подгрупп СРК, действующие по сей день.

Весной 2016 г, спустя 10 лет, планируются к публикация «Римские критерии IV».

Важно помнить, что частота стула – не единственный критерий запора. По данным опроса 1149 человек, 27,2% сообщают о запоре и 14,9% удовлетворяют Римским критериям III для хронического запора. Частота у женщин приблизительно в 2 раза выше, чем у мужчин. При этом симптом редкого стула не является самым распространенным и примерно вдвое уступает по частоте натуживанию (рис. 1) [11].

Рис.1. Распростронение симптомов хронического запора



ВАЖНО!

По мнению пациентов, запор это не только урежение дефекации, но и целый комплекс симптомов, включающих в себя изменение консистенции стула (твердый, фрагментированный), чувство неполного опорожнения кишечника, а также необходимость в избыточном натуживании для совершения дефекации.

ФАКТОРЫ РИСКА [12]

- Младенческий и детский возраст
- Люди старше 55 лет
- Недавно перенесенные операции на органах брюшной полости или малого таза
- Поздние сроки беременности
- Ограничение подвижности
- Неадекватная диета (неадекватное потребление жидкостей и пищевых волокон)
- Прием множественных лекарственных препаратов (полифармация), особенно в пожилом возрасте
- Неправильное применение слабительных средств
- Путешествия
- Хронический запор в анамнезе

ДИАГНОСТИКА

«Красные флаги»

- недавние изменения кишечного статуса;
- симптомы кишечной непроходимости;
- возраст старше 50 лет;
- гематохезис (наличие неизмененной крови в стуле);
- железодефицитная анемия;
- лихорадка;
- потеря веса;
- уменьшение диаметра сформированных каловых масс;
- пальпируемые абдоминальные образования;
- семейный рак толстой кишки;
- воспалительные заболевания кишечника у родственников;
- целиакия у родственников.

Отсутствие всех вышеперечисленных симптомов "красных флагов" должно позиционировать врача на дальнейший диагностический поиск для идентификации генеза хронического запора.

1. СБОР ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА:

1. количество актов дефекации в течение недели;
2. консистенция стула (наличие комков и/или твердых испражнений);
3. наличие примесей в кале (кровь, слизь, непереваренные фрагменты пищи);
4. качество дефекации (ощущение препятствия или затруднения при ее совершении);
5. потребность в чрезмерном натуживании;
6. неудовлетворенность дефекацией (чувство неполного опорожнения кишечника);
7. необходимость специфических манипуляций для облегчения дефекации (мануальное опорожнение кишки);
8. сопутствующие жалобы (вздутие живота, боль в животе, общая слабость, недомогание, похудание);
9. на протяжении какого времени беспокоят вышеперечисленные симптомы (быстрое или постепенное появление симптомов);
10. прием слабительных — кратность применения и дозы, применение очистительных клизм;
11. перенесенные и сопутствующие заболевания;
12. прием лекарственных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний;
13. хирургические вмешательства (в том числе гинекологические и урологические).

БРИСТОЛЬСКАЯ ШКАЛА ФОРМ КАЛА

Тип 1	Тип 2	Тип 3	Тип 4	Тип 5	Тип 6	Тип 7
Труднопроходящие очень плотные комочки по форме подобные овечьему калу	Плотный колбасовидной формы, комковатый	Средней плотности, колбасовидной формы с гладкой поверхностью	Мягкий, колбасовидной или змеевидной формы с гладкой поверхностью	Легко проходящие мягкие комочки с отчетливыми гладкими концами	Очень мягкие комочки с рваными концами, кашицеобразный стул	Жидкий стул

2. ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ:

1. общее состояние больного;
2. поверхностная и глубокая пальпация живота;
3. психоневрологический статус;
4. обследование аноректальной области (перианальные экскориации, геморрой, рубцы, пролапс, ректоцеле, анальная трещина, объемное образование, тонус сфинктера, наличие крови в кале).

3. Инструментальное обследование:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. Ректороманоскопия
3. Ирригоскопия или колоноскопия
4. Рентгенологическое исследование или сцинтиграфическое исследование транзита каловых масс по ободочной кишке
5. Манометрия с электромиографией прямой кишки
6. Рентгеновская дефекография

ЭТО ИНТЕРЕСНО!

Совершенно новым словом в истории клиники, в истории медицины вообще, явилась идея Ибн-Сины о том, что можно «воспитывать телесную природу человека». К сожалению, эта идея дошла до нас лишь в пересказе одного азербайджанского врача XIII века (Махмуд-Ибн-Ильяс), который сводится к следующему. Однажды Ибн-Сина послал своего ученика посмотреть больного, умолчав о том, что этот больной ему, Ибн-Сине, известен. Ученик, вернувшись, сообщил, что больной страдает запорами и что поэтому ему назначено слабительное и диета. «Не в этом дело, – возразил Ибн-Сина, – надо было ему посоветовать ежедневно в точно установленное время делать попытку освободить кишечник, и через 15—20 дней никакая сила в этот час не могла бы удержать его от этого акта. Врач не должен забывать, что организм поддается воспитанию», – заключил Ибн-Сина [13].

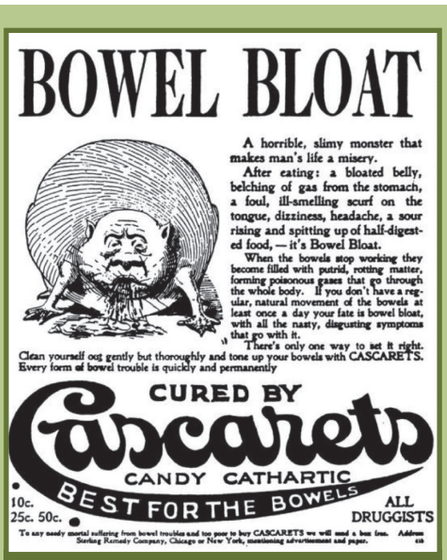
Ибн-Сина (Авиценна) – средневековый персидский учёный, философ и врач, представитель восточного аристотелизма. Был придворным врачом саманидских эмиров и дайлемитских султанов, некоторое время был визирем в Хамадане. Всего написал более 450 трудов в 29 областях науки, из которых до нас дошли только 274. Самый известный и влиятельный философ-ученый средневекового исламского мира.

В Древнем Египте были так называемые «боги медицины» Анубис, научивший египтян бальзамировать трупы, и Тот, который назывался также носатым, потому что изображался с головой ибиса в знак того, что, по преданию, от этой птицы он научился делать клизму и это искусство передал людям [13].

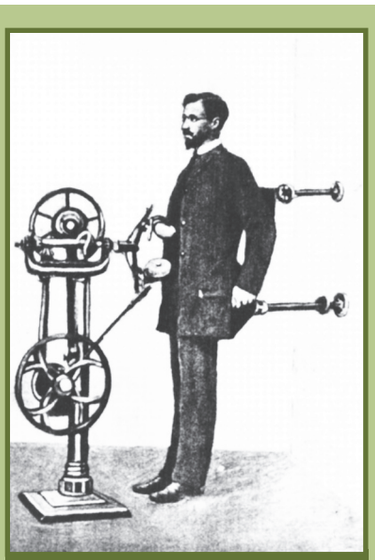
Анубис (греч.), Инпу (др.-егип.) – божество Древнего Египта с головой шакала и телом человека, проводник умерших в загробный мир.

1920-е и 1930-е годы стали «золотым веком очищения», когда буквально сотни компаний, выпускающих слабительные средства, боролись за деньги потребителей с помощью аляповатых реклам, предостерегающих об опасности запора.

Обывателю предлагалось множество вариантов для решения деликатной проблемы, начиная от использования клизм и кишечного орошения, заканчивая устройствами для абдоминального массажа и даже ректальными расширителями. Не менее пугающим решением было такое радикальное лечение, популяризировавшееся известным хирургом из лондонского госпиталя Святого Варфоломея сэром Уильямом Арбутнот-Лейном как колэктомия, целью которой являлась «рационализация» кишечного пассажа.



Реклама «слабительных конфет» марки Cascarets



Машина для абдоминального массажа

Ректальные расширители

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение запоров назначается в зависимости от их причины, при симптоматических или вторичных запорах проводится лечение основного заболевания, а при необходимости добавляются лаксативные средства или хирургическое лечение.

Классификация слабительных по механизму действия			
Объёмные слабительные	Осмотические слабительные	Размягчающие/смазывающие препараты	Стимулирующие слабительные
• Отруби • Семя подорожника (Фитомуцил, Мукофальк) • Семя льна	• Полиэтиленгликоль/ Макрогол (Форлакс) • Лактулоза (Дюфалак)	• Глицериновые свечи • Очистительная фосфатная клизма (Энема клин) • Микроклизма (Микролакс)	• Бисакодил • (Бисакодил, Дульколакс); • Натрия пикосульфат • (Гутталакс, Регулакс); • Сеннозиды А и В (Сенаде) • Сенна (Фитолакс)
Разбухают, увеличивают объём кала	Доставляют воду, размягчают, увеличивают объём кала	Смазывают, облегчают прохождение каловых масс	Раздражают кишку, усиливают перистальтику
Начальная терапия в комбинации с диетой	Первая линия терапии запора	Выработка условного рефлекса в случае затрудненной дефекации	Лечение эпизодических запоров

Общие рекомендации:

- Повышение физической активности
- Употребление в течение дня не менее 2 л жидкости
- Следующим за модификацией образа жизни шагом решения проблемы хронического запора является назначение пищевых волокон, что согласуется с рекомендациями ведущих гастроэнтерологических ассоциаций. Начало терапии констипации с увеличивающих объем кишечного содержимого слабительных наиболее физиологично, поскольку такой подход не изменяет природного механизма транзита и эвакуации. При этом лечение пищевыми волокнами требует приема достаточного количества жидкости для увеличения объема стула, стимуляции моторики и облегчения дефекации. Адекватная доза такого слабительного препарата достигается постепенно и требует индивидуального подбора. Действие пищевых волокон реализуется в течение 12–72 часов, а положительный эффект может достигаться за 4–6 недель, поэтому для оценки эффективности лечения необходим курс на протяжении не менее 2 месяцев.

Существуют различные типы волокон – натуральные и синтетические. Наиболее используемыми среди натуральных волокон являются отруби пшеницы (рекомендуемая доза – 20 г/день), псиллиум на основе семян подорожника (10–30 г/день). К синтетическим можно отнести пектины и метилцеллюлозу с потенциально эффективной дозой около 4 г/день. Эффективность отрубей и псиллиума доказана рандомизированными исследованиями [14].

Если общие мероприятия оказались недостаточно эффективными в устранении всех симптомов запора, назначаются слабительные средства.

1. Следующим последовательным шагом в терапии хронического запора, устойчивого к модификации образа жизни и увеличения пищевых волокон в рационе, является применение препаратов осмотического действия. К последним относят лактулозу и полиэтиленгликоль (ПЭГ). Нужно помнить, что при длительном применении лактулозы лицами с избыточным бактериальном ростом в тонкой кишке наблюдается инактивация лактулозы бактериями с утратой осмотического эффекта. Это требует постоянной коррекции дозы лактулозы для достижения послабляющего действия. К сожалению, подобная тактика не всегда бывает успешной ввиду возникновения типичных побочных эффектов лактулозы – наиболее часто метеоризма и ассоциированных с ним кишечных колик.

Обширная доказательная база свидетельствует о большей эффективности полиэтиленкликоля в сравнении с лактулозой по таким критериям как:

- нормализация частоты дефекации в неделю
- нормализация формы стула по Бристольской шкале
- эффективность монотерапии запора. [15]

2. Размягчающие/смазывающие препараты. Энема Клин (очистительная фосфатная клизма) – солевое слабительное, действие которого основано на увеличении с помощью осмотических процессов задержки воды в просвете кишечника. Представляет собой готовый раствор и не требует добавления воды. Накопление жидкости в кишке приводит к усилению перистальтики и последующему очищению кишечника. Время наступления эффекта — 5–7 минут после введения. При этом пациенту не приходится тужиться. Позыв происходит один раз, в отличие от обычной клизмы и некоторых слабительных средств.

3. Стимулирующие слабительные. Бисакодил, пикосульфат натрия, антрахиноны усиливают перистальтику за счет стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника. Эти препараты относятся к пролекарствам и доступны в форме капель, таблеток и свечей. Использование препаратов на основе сенны (листья кассии) не желательно не только по причине известного свойства вызывать псевдомеланоз толстой кишки, но и отсутствия данных об эффективности, поскольку в исследованиях по хроническому запору сенна, как правило, исследуется в комбинации с пищевыми волокнами или другими препаратами. При длительном использовании вероятны и нарушения электролитного, а также кислотно-щелочного баланса, повреждения подслизистых нервных сплетений толстой кишки. В случае сохранения симптоматики запора при условии соблюдения пациентом всех рекомендаций возможно назначение энтерокинетиков. Рекомендуется продолжительность приёма не более 2-х недель.

4. Энтерокинетики: Из всех энтерокинетиков (цизаприд, рензаприд, тогасерод, прукалоприд) лишь прукалоприд в настоящее время разрешен к использованию. Прукалоприд наиболее селективен, обладает высокой аффинностью именно к 5-HT4-серотониновым рецепторам толстой кишки, что стимулирует высокоамплитудные сокращения толстой кишки и минимизирует риск сердечно-сосудистых осложнений. Эффективность прукалоприда доказана в отношении женщин с рефрактерным запором, однако зачастую вначале приема реализуются нежелательные явления – головная боль, тошнота, боль в животе и диарея. Прукалоприд положительно влияет на все симптомы запора, включая сопутствующие (вздутие, абдоминальную боль), а также улучшает качество жизни и обеспечивает стойкий эффект при длительном применении [14].

Метод обратной связи (biofeedback) хорошо зарекомендовал себя только в тех случаях, когда запор связан с нарушениями акта дефекации (диссинергией мышц тазового дна). Значительно меньший эффект отмечается, если запор обусловлен замедленным транзитом. Кроме того, данный способ лечения предполагает участие опытного психотерапевта, что делает проблематичным его широкое применение.

Хирургическое лечение проводится достаточно редко и показано только больным с рефрактерным запором при условии, что им проведены специальные физиологические исследования (аноректальная манометрия, баллонный тест, дефекография, исследование транзита по кишечнику) и доказаны серьезные двигательные нарушения, резистентные к другим методам лечения.

ЭНЕМА КЛИН

Готовая к применению одноразовая фосфатная клизма

Можно использовать:

- в предродовой и послеродовой период;
- при подготовке к ректальному исследованию;
- для очистки кишечника перед оперативным вмешательством;
- в общей послеоперационной терапии;
- как слабительное средство для устранения запоров;
- для стимуляции освобождения кишечника от каловых масс или бариевых сгустков;

Клизма обеспечивает:

- стерильность, гигиеничность;
- безопасное очищение кишечника;
- полное опорожнение нисходящей ободочной кишки;
- результат в течении 5-7 минут;
- без болевых ощущений и спазмов;

Доза:

Одна бутылка (приблизительно 120 мл доставляемой дозы) или согласно указаниям лечащего врача.

ЛП-000239

Состав:
Один флакон (клизма) (120 мл) содержит:
действующие вещества: натрия гидрофосфата гептагидрат 7,2 г.
натрия дигидрофосфата моногидрат 19,2 г.
*вспомогательные вещества:*фосфорная кислота q.s. до pH 5.0
натрия бензоат 0.48 г., вода до 120 мл.

Фармакологические свойства:
Энема Клин - солевое слабительное, действие которого основано на увеличении с помощью осмотических процессов задержки воды и просвете кишечника. Накопление жидкости в кишке приводит к усилению перистальтики и последующему очищению кишечника. Время наступления эффекта - 5-7 минут после введения.

Показания к применению:
- запор;
- подготовка к эндоскопическому исследованию прямой кишки;
- подготовка к рентгенологическому исследованию органов брюшной полости;
- подготовка к хирургическим операциям на органах брюшной полости, родам.

**Инструкция по применению находится внутри упаковки.

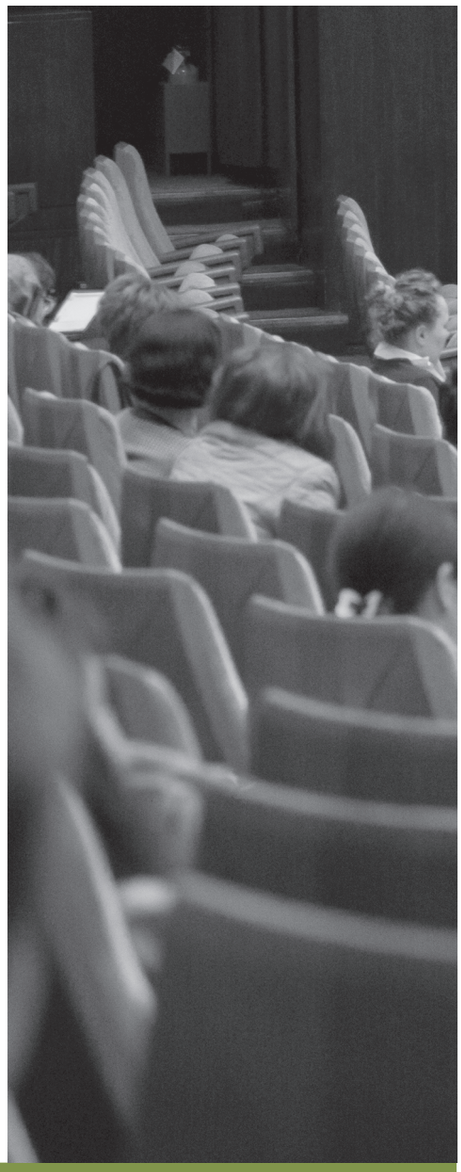
NABIQASIM INDUSTRIES (PVT) LTD

тел.: +7 (495)567-09-44,(496)511-73-05
e-mail: kdkfarm@mail.ru
www.enemaclean.ru

Эксклюзивный поставщик в России
ООО "КДК-Фарм"

WWW.CITO03.RU

Материал подготовлен сотрудниками кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова (зав. – проф. А.Л. Вёрткин).



Москва / 2016

127473, Москва, ул. Делегатская, 20/1
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Кафедра терапии, клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
Тел.: +7 (495) 611-05-60
Тел./факс: +7 (495) 611-22-97
E-mail: kafedrakf@mail.ru