

<https://doi.org/10.17116/rosakush201818492>

## Оценка эффективности солевых гиперосмотических средств для стимуляции функции кишечника у больных после влагалишных операций и беременных пациенток после миомэктомии и удаления опухолей яичника во время беременности

Д.м.н., проф. Л.С. ЛОГУТОВА\*, д.м.н., проф. С.Н. БУЯНОВА, к.м.н. Н.В. ЮДИНА, к.м.н. С.А. ГУКАСЯН

ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (дир. — проф. В.А. Петрухин) Минздрава Московской области, Москва, Россия

**Цель исследования** — оценка эффективности применения солевых гиперосмотических средств (фосфатной микроклизмы Энема Клин) как в лечении гинекологических больных после влагалишных операций и беременных пациенток после удаления доброкачественных опухолей, страдающих запорами, так и в их профилактике.

**Материал и методы.** Обследованы 52 пациентки с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения. В 1-ю группу были включены 32 (61,5%) гинекологические больные в возрасте от 55 до 82 лет, которым были выполнены операции влагалишным доступом; 2-ю группу составили 20 (38,5%) беременных пациенток в возрасте от 26 до 35 лет, которым во время беременности выполнялись миомэктомия или удаление опухолей яичников как лапароскопическим, так и лапаротомным доступом.

**Результаты.** После применения данного препарата 41 (78,8%) пациентка отметила достаточный эффект (стул был оформленным, пациентки испытывали чувство полного опорожнения кишечника в течение 2—5 мин без болевых ощущений и спазма), у 11 (21,2%) — эффект был слабым (недостаточный), что потребовало повторного применения фосфатной клизмы на вторые сутки после операции. При анализе электролитного состава крови до применения слабительного средства Энема Клин и после него значительных изменений не выявлено.

**Заключение.** Для устранения запоров у больных разного возраста после влагалишных операций целесообразно применение фосфатной клизмы Энема Клин. Применение данного слабительного средства эффективно, безопасно и просто в использовании и при этом не вызывает изменений в электролитном составе крови. Важным свойством данного средства является отсутствие побочных эффектов, что немаловажно во время беременности в связи с ограниченностью спектра разрешенных к применению препаратов в период гестации, а также с возникновением ряда осложнений беременности.

*Ключевые слова:* запор беременных и больных после гинекологических операций, фосфатная микроклизма, профилактика запоров после влагалишных операций.

## Evaluation of the efficacy of salt hyperosmotic agents to stimulate intestinal function in patients after vaginal surgery and in pregnant patients after myomectomy and removal of ovarian tumors during pregnancy

Prof. L.S. LOGUTOVA, MD; Prof. S.N. BUYANOVA, MD; N.V. YUDINA, Cand. Med. Sci.; S.A. GUKASYAN, Cand. Med. Sci.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health of the Moscow Region, Moscow, Russia

**Objective** — to evaluate the efficiency of using salt hyperosmotic agents (the phosphate microclyster Enema Clean) in both the treatment of gynecological patients after vaginal surgery and pregnant patients after benign tumor removal, who suffered from constipation, and its prevention.

**Subject and methods.** Fifty-two patients with gynecological diseases requiring surgical treatment were examined. Group 1 included 32 (61.5%) gynecological patients aged 55 to 82 years who underwent vaginal-access surgery; Group 2 consisted of 20 (38.5%) pregnant patients aged 26 to 35 years who had myomectomy or ovarian tumor removal via both laparoscopic and laparotomic accesses during pregnancy.

**Results.** After using this agent, 41 (78.8%) patients reported a sufficient effect (the stool was solid; they experienced a feeling of complete bowel emptying during 2—5 minutes without painful sensations and spasm); 11 (21.2%) had a weak (insufficient) effect that required repeated phosphate enema use on day 2 postsurgery. Analysis revealed no considerable changes in the blood electrolyte composition before and after the use of the laxative Enema Clean.

**Conclusion.** It is advisable to use the phosphate Enema Clean to avoid constipation in patients of different ages after vaginal surgery. This laxative is effective, safe, and easy-to-use and, at the same time, does not cause changes in the blood electrolyte composition. The important property of this agent is the absence of side effects, which is important during pregnancy due to a limited number of agents that may be used during gestation, as well as to the occurrence of a number of pregnancy complications.

*Keywords:* constipation in pregnant women and patients after gynecological surgery; phosphate enema, prevention of constipation after vaginal surgery.

Число лиц, страдающих запорами, повсеместно возрастает, эта проблема становится очень важной в повседневной практике врача из-за широкой распространенности данного состояния, снижения социальной активности и качества жизни больных. Принято считать, что частота запоров в высокоразвитых странах составляет 10% среди взрослого населения. Согласно данным международной статистики, запором страдает каждый второй взрослый человек, независимо от возраста и социальной принадлежности, причем 70% больных составляют женщины. Констипация или запор — замедленное, затрудненное или систематически недостаточное опорожнение кишечника, интервалы между актами дефекации по сравнению с индивидуальной физиологической нормой увеличиваются [1—5].

Установлено, что акт дефекации зависит от многих факторов, главными из которых являются микрофлора кишечника и моторная деятельность желудочно-кишечного тракта. Основу микрофлоры кишечника составляют бифидобактерии, лактобактерии и кишечная палочка, образующие на поверхности слизистой оболочки кишечника защитную биопленку. Нормальное количество защитной микрофлоры обеспечивает расщепление белков, жиров, углеводов, нуклеиновых кислот, регулирует всасывание воды и питательных веществ, а также моторику желудочно-кишечного тракта. В норме позывы на дефекацию возникают при наполнении ампулы прямой кишки [6]. У каждого человека есть свой биоритм освобождения кишечника. Нормальная частота дефекаций разнообразна: от 2 раз в сутки до 3 раз в неделю. Поэтому нарушение ритма и характера опорожнения кишечника относится к патологическим состояниям. Запор является не самостоятельным заболеванием, а симптомом, связанным с эндокринными и метаболическими нарушениями (гипотиреоз, гиперкальциемия, порфирия, амилоидоз); неврологическими заболеваниями (паркинсонизм, рассеянный склероз, нарушение функций спинного мозга, нарушение парасимпатической иннервации из крестцового сплетения, автономная нейропатия при сахарном диабете (синдром кишечной псевдообструкции); психогенными факторами (эмоциональные перегрузки, стресс, депрессия, анорексия, навязчивые идеи «внутренней чистоты»); с гастроэнтерологическими заболеваниями (нарушение кишечной проходимости в результате стриктуры, обструкции опухолью или инородным телом, внешнего сдавления (спаечная болезнь), врожденный агангиоз (болезнь Гиршпрунга), долихосигма, миопатии, нейропатии различного генеза, системная склеродермия с поражением кишечника, синдром раздраженного кишечника (вариант с преобладанием запоров), глистная инвазия); с патологией органов аноректальной зоны (стеноз анального канала, несостоятельность мышц тазового дна, опущение половых органов, ректоцеле II—III степени, язва прямой кишки) с образом жизни (недостаточное употребление пищевых волокон, малый объем принимаемой пищи и жидкости, низкая физическая активность); с воздействием внешних факторов (побочное действие лекарственных препаратов (ятрогенные запоры)) [7—14].

Пролапс гениталий — одно из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний (от 28 до 56,3%), нередко наблюдается в молодом возрасте и имеет тенденцию к прогрессированию. Так, у каждой четвертой женщины пролапс гениталий сопровождается нарушением акта дефекации, что зачастую приводит к хроническим запорам [15].

Также достаточно часто запором страдают беременные (в 63—75%), что обусловлено физиологическими сдвигами в системе пищеварения и ее регуляции в гестационном периоде. Установлено ослабление автоматической ритмической деятельности кишечника у беременных вследствие повышения порога возбудимости его рецепторов к биологически активным веществам (серотонин, ацетилхолин, гистамин). Простагландины, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Однако при беременности он становится толерантным к обычным физиологическим раздражителям. Это биологически оправдано, так как при общей с маткой иннервации всякое чрезмерное усиление перистальтики может спровоцировать сократительную деятельность матки, вызвав тем самым угрозу прерывания беременности. Прогестерон, концентрация которого в крови многократно возрастает к концу II триместра беременности и держится стабильно высокой вплоть до родов, действует расслабляюще на гладкомышечную ткань. Снижая тонус мускулатуры матки, он естественно расслабляет и мускулатуру толстого кишечника [16]. В дополнение к этому происходят анатомические изменения: во второй половине беременности увеличенная матка сдавливает кишечник, затрудняя прохождение каловых масс, что клинически проявляется запором [6, 8, 13, 14].

Традиционно для лечения больных, страдающих запорами, применяются слабительные препараты. По механизму действия слабительные средства подразделяются на следующие группы: размягчающие фекалии; средства, увеличивающие объем содержимого кишечника; слабо абсорбируемые ди- и олигосахариды; слабительные, повышающие осмотическое давление; препараты раздражающего действия; препараты, усиливающие моторную функцию кишечника [6, 13, 17—19]. Отдельные виды слабительных препаратов имеют побочные эффекты, что делает невозможным их широкое и длительное применение для лечения беременных с запорами. Так, размягчающие слабительные средства (вазелиновое, касторовое масло и др.) депонируются в стенке кишечника, что может привести к нарушению всасывания жирорастворимых витаминов (витамины А, D). Раздражающие слабительные препараты могут вызывать рефлекторные боли, диарею, нарушение электролитного обмена, развитие привыкания и обладают онкогенным потенциалом, что является недопустимым. Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого (пищевые волокна), требуют приема большого количества жидкости, а это нарушает водный баланс и может приводить к задержке жидкости в организме и развитию отеков. У каждой из указанных групп препаратов есть свои достоинства и недостатки, и должна быть «своя» группа больных для использования того или иного препарата, характеризующаяся определенным типом расстройства моторики, возрастом, сочетанной патологией, характером расстройства микрофлоры и др.

Запоры не только ухудшают качество жизни женщин, но и способствуют развитию дисбактериоза кишечника, активации условно-патогенной микрофлоры, транслокации микробов и их токсинов через кишечную стенку, снижению иммунитета, что является непосредственной причиной серьезных осложнений как в послеоперационном периоде после абдоминальных и влагалишных операций, так и во время беременности.

Профилактика пареза кишечника в послеоперационном периоде по стандартной методике, принятой в хирур-

гической практике (активная стимуляция кишечника с применением ингибиторов холинэстеразы и очистительных клизм) у пациенток после реконструктивных операций на промежности и у беременных не допустима, так как у группы пациенток после влагалищных операций высок риск гнойно-септических осложнений с формированием прямокишечно-влагалищных свищей, а у беременных усиленная кишечная перистальтика, сопровождающаяся поступлением в кровь увеличенного количества ацетилхолина, приводит к стимуляции сократительной деятельности матки, что увеличивает риск таких осложнений, как прерывание беременности, отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробная гипоксия плода.

В настоящее время особый интерес вызывают средства для очищения толстой кишки более щадящим и, главное, более эффективным способом — использование растворов для ректального введения. В результате введения солевых гиперосмотических слабительных средств в кишечнике повышается концентрация солей, что способствует поступлению жидкости в просвет кишечника из окружающих тканей. Удерживая воду, медикаменты данной группы предупреждают отвердение пищевого комка, усиливают перистальтику и последующее безболезненное очищение кишечника [20].

Нами было проведено исследование, цель которого — оценка эффективности применения солевых гиперосмотических средств (фосфатной микроклизмы Энема Клин) как в лечении гинекологических больных после влагалищных операций и беременных пациенток после удаления доброкачественных опухолей, страдающих запорами, так и в их профилактике.

## Материал и методы

Для выполнения поставленной цели нами были обследованы 52 женщины, поступившие в клинику ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» с гинекологическими заболеваниями, требующими хирургического лечения.

*Критериями исключения явились следующие:*

- наличие поливалентной аллергии;
- непроходимость кишечника в анамнезе;
- язвенные поражения дистальных отделов толстого кишечника.

Исследование было одобрено локальным этическим комитетом; получено информированное согласие больных на участие в исследовании. Пациентки были выделены в две группы: в 1-ю группу включены 32 (61,5%) гинекологические больные в возрасте от 55 до 82 лет, которым были выполнены операции влагалищным доступом; 2-ю группу составили 20 (38,5%) беременных пациенток в возрасте от 26 до 35 лет, которым во время беременности выполнялись миомэктомия или удаление опухолей яичников как лапароскопическим, так и лапаротомным доступом.

У каждой пациентки 1-й группы оценивался факт наличия запора по международным критериям (Римские критерии III, 2006), согласно которым должны присутствовать два или более из числа следующих признаков:

- редкая эвакуация содержимого кишечника (менее 3 дефекаций в неделю);
- отхождение при дефекации малого количества кала (<35 г/сут);
- отхождение плотного, сухого кала, фрагментированного по типу «овечьего», травмирующего область задне-

проходного отверстия (признак должен встречаться чаще, чем в  $\frac{1}{4}$  актов дефекации);

— ощущение чувства блокирования содержимого в прямой кишке при потугах (аноректальная обструкция);

— не менее 25% времени акта дефекации сопровождается натуживанием, иногда возникает необходимость удаления содержимого из прямой кишки при помощи пальца, поддержки пальцами тазового дна (чаще, чем в  $\frac{1}{4}$  актов дефекации) [21].

Согласно данным критериям, в 1-й группе диагностирован запор у 18 (56,3%) пациенток, дискомфорт в животе, чувство неполного опорожнения кишечника выявлено у 14 (43,7%) пациенток.

Кроме хронических, выделяют «временные» запоры, причинами развития которых являются следующие: изменение условий быта; изменение характера питания и пищи; изменение комфортных условий для дефекации («запоры путешественников»); эмоциональный стресс; беременность (с закономерным изменением гормонального статуса); постельный режим; прием лекарственных препаратов, изменяющих моторику толстой кишки [21]. К данной категории можно отнести всех пациенток 2-й группы.

Оперативное лечение в 1-й группе проводилось под спинальной анестезией, продолжительность операции не превышала 60 мин. В 5 (15,6%) наблюдениях было произведено оперативное лечение в объеме передней экстраперитонеальной кольпопексии с использованием синтетических протезов в сочетании с кольпоперинеолеворопластикой; 8 (25%) пациенткам была произведена задняя экстраперитонеальная кольпопексия с использованием проленового протеза, дополненная у всех кольпоперинеолеворопластикой; 7 (21,9%) пациенткам проведено оперативное лечение в объеме передней кольпорафии и кольпоперинеолеворопластики; 8 (25%) пациенткам с неполным или полным выпадением матки и стенок влагалища была произведена влагалищная гистерэктомия; 4 (12,5%) пациенткам с полным выпадением матки была произведена срединная кольпорафия (операция Нейгебауэра—Лэфора). У всех больных операции прошли без технических сложностей и интраоперационных осложнений.

Оперативное лечение во 2-й группе проводилось под спинальной анестезией у 13 (65%) пациенток: миомэктомия — у 10 (77%) беременных, аднексэктомия — у 3 (23%). Под эндотрахеальным наркозом операция проведена у 7 (35%) беременных, объем оперативного лечения — односторонняя аднексэктомия. Ни у одной беременной интраоперационных осложнений не было.

Послеоперационное ведение имеет свои специфические особенности, обусловленные необходимостью создания благоприятных условий репарации тканей, профилактики гнойно-септических осложнений, адекватного функционирования кишечника, ликвидации угрозы прерывания беременности и улучшения маточно-плацентарного кровотока для пациенток 2-й группы. Пациентки, которые подвергаются хирургическому вмешательству, как правило, получают антибактериальную терапию, при обезболивании — анестетики, миорелаксанты и наркотические анальгетики. Такая медикаментозная нагрузка часто сопровождается нежелательными последствиями: нарушением моторики кишечника — процессов переваривания и усвоения пищи, обострением болезней кишечника, подавленным настроением. Также после операции пациентки могут испытывать дискомфорт, боль, связанную с процессом заживления тканей. Задачами восстановления работы

## Показатели электролитного состава крови до применения фосфатной микроклизмы и после него

Показатель, ммоль/л	Число больных				Референсные значения
	1-я группа (n=32)		2-я группа (n=20)		
	до	после	до	после	
Ca <sup>2+</sup>	2,33±0,15	2,30±0,13	2,37±0,11	2,40±0,06	2,20—2,65
K <sup>+</sup>	4,60±0,07	4,40±0,10	4,28±0,09	4,40±0,12	3,50—5,10
Na <sup>+</sup>	134,8±4,46	135,2±4,67	136,1±4,20	136,5±1,30	136,0—146,0
Cl <sup>-</sup>	104,9±1,42	105,0±1,50	102,3±1,76	102,1±0,28	98,0—107,0
Mg <sup>2+</sup>	0,80±0,05	0,82±0,09	0,76±0,08	0,78±0,07	0,73—1,03

кишечника после операции являются: нормализация перистальтики, т.е. восстановление физиологической моторики кишечника, профилактика диспепсии и лекарственно-дисбактериоза, улучшение функции слизистой оболочки желудка и кишечника, улучшение переваривания и усваивания пищи, предупреждение отдаленных послеоперационных последствий, и, конечно, улучшение качества жизни.

В послеоперационном периоде всем пациенткам обеих групп проводилось очищение толстой кишки с применением фосфатной микроклизмы Энема Клин. Данный препарат представляет собой солевое гиперосмотическое слабительное средство, действующими активными веществами которого являются натрия гидрофосфат гептагидрат и натрия дигидрофосфат моногидрат. В результате их введения концентрация солей в кишечнике повышается, вследствие чего в его просвет из окружающих тканей поступает жидкость. Она смягчает консистенцию каловых масс, стимулирует перистальтику и обеспечивает безболезненное опорожнение, безопасное очищение кишечника и полное опорожнение нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки обычно в течение 5—7 мин. Форма выпуска — флаконы объемом 120 мл. Препарат применялся самостоятельно пациентками вне зависимости от возраста без участия медицинского персонала, согласно инструкции по применению. Перед применением фосфатной микроклизмы необходимо снять защитную пленку с флакона, далее отвернуть защитный колпачок вместе с наконечником и снять защитную пробку с флакона. Пациентка в положении на левом боку с согнутой правой ногой в колене снимает защитный колпачок со смазанным наконечником содержимого флакона и аккуратно вводит в анальное отверстие, надавив с небольшим усилием в направлении пупка. По инструкции необязательно выдавливать содержимое до конца, поскольку флакон содержит 15 мл избытка препарата. Удерживать препарат в кишечнике рекомендуется 8—10 мин. Положение тела следует сохранять до наступления позывов к опорожнению.

Эффективность лечения оценивалась по результатам клинических и лабораторных исследований. А также про-

водился опрос пациенток для объективной оценки перенесения процедуры очищения кишечника.

## Результаты и обсуждение

Анализ опроса пациенток позволил констатировать, что после применения данного препарата 41 (78,8%) пациентка отметила достаточный эффект (получен оформленный стул с чувством полного опорожнения кишечника в течение 2—5 мин без болевых ощущений и спазма), у 11 (21,2%) — эффект был слабым (недостаточным), что потребовало повторного применения фосфатной микроклизмы на 2-е сутки после операции.

Для оценки влияния данного слабительного средства на электролитный состав крови проводился биохимический контроль до применения данного препарата и после него. Оценивался электролитный состав крови — содержание Ca<sup>2+</sup>, K<sup>+</sup>, Na<sup>+</sup>, Cl<sup>-</sup>, Mg<sup>2+</sup> (см. таблицу).

При анализе электролитного состава крови до применения слабительного средства Энема Клин и после него значительных изменений не выявлено. Полученные лабораторные результаты совпадают с данными других исследований [21].

## Выводы

Для устранения запоров у гинекологических больных разного возраста после влагалищных операций целесообразно применение фосфатной микроклизмы Энема Клин.

Применение данного слабительного средства эффективно, безопасно и просто в использовании и при этом не вызывает изменений в электролитном составе крови.

Важным свойством данного средства является отсутствие побочных эффектов, что немаловажно во время беременности в связи с ограниченностью спектра разрешенных к применению препаратов в период гестации, а также возникновением ряда осложнений беременности.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Трухан Д.И. Дифференциальная диагностика запора. *Справочник поликлинического врача*. 2016;02:4-7. [Trukhan DI. Differential diagnosis of constipation. (*Differencialnaya diagnostika zapora*). (*Differential diagnosis of constipation*). *Spravochnik poliklinicheskogo vracha*. 2016;02:47. (In Russ.)].
2. Парфенов А.И. Запоры — непреходящая гастроэнтерологическая проблема. *Гастроэнтерология*. (Прил.) 2011;1:64-68. [Parfenov AI. Constipation — lasting gastrointestinal problem. *Gastroenterologiya* (Approx.) 2011;1:64-68. (In Russ.)].

3. Плотникова Е.Ю. Современные представления о запоре. *Лечащий врач*. 2015;8:7-17. [Plotnikova EYu. Modern views on constipation. *Lechashchii vrach*. 2015;8:7-17. (In Russ.)].
4. Шемеровский К.А. Современный подход к проблеме запора. *Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости*. 2015;2:20-24. [Shemerovskii KA. Modern approach to the problem of constipation. *Novye St.-Petersburg vrachebnye vedomosti*. 2015;2:20-24. (In Russ.)].
5. Осадчук М.А., Балашов Д.В., Осадчук М.М. Запор в поликлинической практике. *Поликлиника*. 2015;1:2:90-94. [Osadchuk MA, Balashov DV, Osadchuk MM. Constipation in polyclinic practice. *Poliklinika*. 2015;1:2:90-94. (In Russ.)].
6. Лебедев В.А., Пашков В.М., Клиндухов И.А. Запоры у беременных: пути решения проблемы. 2010;9:2:16-21. [Lebedev VA, Pashkov VM, Klindukhov IA. Constipation in pregnant women: ways to solve the problem. 2010;9:2:16-21. (In Russ.)].
7. Бурков С.Г. *Заболевания органов пищеварения у беременных*. Москва: КРОН-ПРЕСС. 1996;224. [Burkov SG. *Zabolevaniya organov pichevareniya u beremennikh. (Diseases of the digestive system in pregnant women)*. Moscow: KRON-PRESS. 1996;224. (In Russ.)].
8. Бурков С.Г. Запоры беременных: взгляд на проблему. *РМЖ*. 2006;1:28-31. [Burkov SG. Constipation of pregnant women: a look at the problem. *RMZh*. 2006;1:28-31. (In Russ.)].
9. *Краткое руководство по гастроэнтерологии*. Под ред. Ивашкина В.Т., Комарова Ф.И., Рапопорта С.И. Москва: Издательский Дом М-Вести». 2001;458. [Kratkoe rukovodstvo po gastroenterologii. Ed. Ivashkin VT, Komarov FI, Rapoport SI. Moscow: Publishing. House M-Vesti. 2001;458. (In Russ.)].
10. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров у беременных. *Гинекология. Consilium Medicum*. 2002;4:3:21-25. [Parfenov AI. Prevention and treatment of constipation in pregnant women. *Ginekologiya. Consilium Medicum*. 2002;4:3:21-25. (In Russ.)].
11. Парфенов А.И. Запор: от симптома к болезни. *Гастроэнтерология*. 2003;5:1:23-28. [Parfenov AI. Constipation: from symptom to disease. *Gastroenterologiya*. 2003;5:1:23-28. (In Russ.)].
12. Подзолкова Н.М., Назарова С.В. Транзитег в регуляции барьерной функции кишечника у беременных с запорами. *Гинекология*. 2006;4:308-311. [Podzolkova NM, Nazarova SV. Transipeg in the regulation of intestinal barrier function in pregnant women with constipation. *Gynecologiya*. 2006;4:308-311. (In Russ.)].
13. Шехтман М.М. *Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных*. М.: Триада-Х. 1999;527. [Shekhtman MM. *Rukovodstvo po ekstragenital'noi patologii u beremennykh. (Guide to extragenital pathology in pregnant women)*. Moscow: Triada-X. 1999;527. (In Russ.)].
14. Fusgen I. Constipation. Munchen: Medizin-Verlag. 1993;52.
15. *Гинекология: Национальное руководство*. Под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2017;1008. [Ginekologiya: Natsionalnoe rukovodstvo. (Obstetrics: national guide). Eds. Savel'eva GM, Sukhikh GT, Serov VN, Radzinskii VE, Manukhin IB. 2nd ed. Moscow: GEOTAR-Media. 2017;1008. (In Russ.)].
16. Шехтман М.М. *Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных*. Москва: Триада-Х. 2005;816. [Shekhtman MM. *Rukovodstvo po ekstragenital'noi patologii u beremennykh. (Guide to extragenital pathology in pregnant women)*. Moscow: Triada-X. 2005;816. (In Russ.)].
17. Лебедев В.А. Клиническая эффективность применения препарата Дюфалак для подготовки пациенток к гинекологическим операциям. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2003;2:5-6:83-86. [Lebedev VA. Clinical efficacy of the drug Duphalac for preparation of patients to gynecological operations. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2003;2:5-6:83-86. (In Russ.)].
18. Стрижакова М.А., Толорая К.О. Применение препарата Дюфалак для подготовки пациенток перед влагалищной гистерэктомией. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. 2003;2:2:103-104. [Strizhakova MA, Toloraya KO. Application the drug Duphalac for preparation of patients before vaginal hysterectomy. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2003;2:2:103-104. (In Russ.)].
19. Фролькис А.В. Прокинетики (прокинетики) в лечении моторных расстройств желудочно-кишечного тракта. *Терапевтический архив*. 1988;2:69-72. [Frol'kis AV. Agents (prokinetics) in the treatment of motor disorders of the gastrointestinal tract. *Terapevticheskii arkhiv*. 1988;2:69-72. (In Russ.)].
20. Мельник Т.Н. О применении фосфатной клизмы Энема Клин в практике родильного стационара. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013;13:2:59-60. [Mel'nik TN. Use of an «Enema Clin» phosphate enemas in the practice of an obstetric hospital. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2013;13:2:59-60. (In Russ.)].
21. Минушкин О.Н. Функциональный запор: рекомендации по диагностике и лечению. *РМЖ*. 2016;11:703-707. [Minushkin ON. Functional constipation: recommendations for diagnosis and treatment. *RMZh*. 2016;11:703-707. (In Russ.)].

Поступила 19.04.18