

В заключение следует отметить, что целесообразно и необходимо проводить профилактику гриппа и ОРВИ. В частности, для профилактики гриппа имеется большой выбор противогриппозных вакцин (живых, инактивированных, сплит- и субъединичных), которые прежде всего избавляют от тяжелого и осложненного течения заболевания, а зачастую и предотвращают его развитие.

Специфических средств профилактики ОРВИ не существует, поэтому ее проводят препаратами с противовирусной активностью (например, индукторами интерферона), которые можно применять в качестве экстренной (постэкспозиционной) и сезонной профилактики.

Экстренную профилактику осуществляют после контакта с больными гриппом и ОРВИ на протяжении 1–3 нед и проводят более низкими, чем для этиотропного лечения, дозами препарата с меньшей кратностью приема. В частности, Лавомакс® с профилактической целью назначают по 1 таблетке (0,125 г) в неделю в течение 6 нед.

В качестве средств сезонной профилактики рекомендуют закаливание, витаминизированную пищу, витамины А, С, В, поливитамины, периодический прием адаптогенов растительного происхождения (экстракта элеутерококка, настойки аралии, лимонника, женьшеня).

Литература

1. Грипп: руководство для врачей / под ред. Г.И. Карпухина. – СПб.: Гиппократ, 2001. – 360 с.
2. Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / под ред. О.И. Киселева, И.Г. Маринича, А.А. Сомининой. – СПб.: Боргес, 2003. – 245 с.
3. Гуськова Т.А., Глушаков Р.Г. Арбидол. Иммуномодулятор, индуктор интерферона, антиоксидант. – М.: ЦХЛС-ВНИИХФИ, 2001. – 28 с.
4. Ершов Ф.И., Новохатский А.С. Интерфероны и его индукторы. – М., 1980. – 173 с.
5. Ершов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. – М.: Медицина, 1996. – 240 с.
6. Ершов Ф.И., Киселев О.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств). – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 356 с.
7. Заплатников А.Л., Коровина Н.А. Острые респираторные инфекции у детей: современные возможности этиотропной терапии // РМЖ. – 2002; 3.
8. Карпунин Г.И., Карпухина О.Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний. – СПб.: Гиппократ, 2000. – 184 с.
9. Малеев В.В. «Новые» респираторные инфекции // Инфекционные болезни. – 2005; 4: 5–7.

ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, TREATMENT AND PREVENTION

Professor L. Zhukova, MD

Kuban State Medical University, Krasnodar

A correct presumptive diagnosis in patients with acute respiratory viral infections (ARVI) allows the most specific etiotropic agents to be chosen. A number of drugs, interferons and their inductors in particular, have a universal antiviral effect and are therefore recommended for the treatment of most ARVIs.

Key words: acute respiratory viral infections, differential diagnosis, etiotropic therapy, prevention.

СЛАБИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА В ТЕРАПИИ СИНДРОМА ЗАПОРА, АССОЦИИРОВАННОГО С ОЖИРЕНИЕМ

М. Ливзан, доктор медицинских наук,
Омская государственная медицинская академия
E-mail: livzan@omsk-osma.ru

Рассматриваются основные факторы, ассоциированные с формированием синдрома запора при ожирении, систематизированы данные о моторной активности толстой кишки у лиц с ожирением. Приведены данные о немедикаментозной терапии и доказательном выборе эффективного и безопасного слабительного средства при запоре.

Ключевые слова: синдром запора, ожирение, слабительные.

Ожирение представляет собой одну из важнейших проблем здравоохранения как в развитых, так и в развивающихся странах. По прогнозам ВОЗ, к 2015 г. примерно у 2,3 млрд взрослых людей будет повышенная масса тела и более чем у 700 млн – ожирение. Понимание того, что пищеварительный тракт – это одновременно и ключевое звено в формировании ожирения, и его мишень, послужило поводом для разработки экспертами Международной организации гастроэнтерологов практических рекомендаций [5] и актуализации диагностики и особенностей терапии ассоциированных с ожирением синдромов.

Целью настоящей публикации была систематизация имеющихся данных о терапевтических подходах к устранению синдрома запора у лиц с избытком массы тела/ожирением.

Ожирение и синдром запора имеют общие факторы риска, среди которых – низкое содержание в рационе пищевых волокон, а также низкий уровень физической активности. Оба эти фактора, к сожалению, широко распространены не только в европейской популяции и США, но и среди жителей России. Согласно данным Минздравсоцразвития РФ, у населения нашей страны выявляются несоответствие между энергетической ценностью рациона и энерготратами, избыточный уровень потребления жиров и нехватка ряда жизненно важных витаминов и минералов. Отклонения от физиологического рациона, по данным НИИ питания РАМН, связаны с ростом ожирения среди взрослых (до 23%) и, что особенно опасно, – среди детей (до 7%). Безусловно, переломным моментом должны стать мероприятия, проводимые сегодня в рамках реализации национального проекта «Здоровье». Среди основных его разделов – профилактика заболеваний путем пропаганды здорового образа жизни среди населения.

В свою очередь, ожирение ассоциировано с дополнительным снижением уровня физической активности в связи с высоким удельным весом коморбидных расстройств, прежде всего заболеваний сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата. Дополнительное снижение физической активности при сохранении дефицита пищевых волокон в рационе способствует в свете рассматриваемой темы и увеличению риска формирования синдрома запора.

Развитию синдрома запора способствует также высокая лекарственная нагрузка. Длительная медикаментозная терапия (прежде всего блокаторами кальциевых каналов, диуретиками, нестероидными противовоспалительными препаратами) ассоциированными с ожирением заболеваний играет роль еще одного фактора риска по формированию синдрома запора. Дополнительным звеном в провокации синдрома запора следует признать и прием некоторых препаратов, обладающих анорексигенным эффектом, направленных на лечение собственно ожирения. К ним среди рекомендованных FDA средств относятся сибутрамин, диэтилпропион, фентермин. Однако следует учитывать, что пациенты с ожирением принимают не только препараты, предписанные врачом, но и различные биологически активные добавки, в состав которых, как правило, входят компоненты с мочегонным или слабительным эффектом. Длительный и бесконтрольный прием этих средств также способствует формированию синдрома запора.

Помимо общих факторов риска, высокого уровня лекарственной нагрузки, дополнительного ограничения физической активности при ожирении, участвующих в формировании синдрома запора, установлено, что толстая кишка участвует также в гормональной регуляции пищевого поведения, а индигенная микробиота – в жировом обмене.

Пищеварительный тракт принимает участие в регуляции пищевого поведения и с помощью ряда синтезируемых клетками энтероэндокринной системы гормонов [7]. Отдельного внимания в свете рассматриваемой проблемы заслуживает нейрпептид YY, синтезируемый главным образом в дистальном отделе кишечника. Этот гормон замедляет время транзита по пищеварительному тракту, а также снижает уровень панкреатической секреции; в норме он выделяется в кровоток после еды, а при голодании его уровень падает. Известно, что у пациентов с ожирением базальный уровень продукции этого гормона выше, чем при нормальном индексе массы тела.

Установлено, что ожирение ассоциировано со снижением чувствительности толстой кишки к растяжению и увеличе-

нием времени кишечного транзита [9]. Так, через 6 мес после постановки желудочного баллона параллельно со снижением массы тела отмечалось восстановление времени кишечного транзита в дистальных отделах толстой кишки при сохранении замедленной моторики поперечной ободочной кишки [2].

Таким образом, синдром запора, ассоциированный с ожирением, характеризуется замедленным транзитом пищи со снижением моторики толстой кишки и чувствительности последней к растяжению.

Каковы подходы к лечению пациентов с ожирением и синдромом запора? И существуют ли особенности в купировании синдрома запора при ожирении?

Прежде всего основной акцент должен быть сделан на немедикаментозной терапии, а при необходимой медикаментозной коррекции следует применять средства с низким риском лекарственных взаимодействий и надежным предсказуемым эффектом.

Немедикаментозные методы терапии. Необходимо пересмотреть диету, сформировать у пациента привычку регулярной дефекации, активизировать двигательную активность. Коррекция образа жизни заключается в изменении диеты и увеличении физической активности. В рационе больного, страдающего запором, должны преобладать продукты с высоким содержанием растительной клетчатки: овощи, фрукты, каши, мюсли, хлеб из муки грубого помола, чернослив, курага, инжир. Употребление риса, манной каши, шоколада, сдобных хлебобулочных, кондитерских и макаронных изделий необходимо ограничить. Рекомендуют усилить питьевой режим до 1,5–2 л в сутки, а при выборе напитков отдавать предпочтение минеральной воде, сокам (морковному, персиковому, абрикосовому, сливовому, тыквенному) и кисломолочным продуктам. От какао, черного крепкого чая и сладких газированных напитков желательно отказаться или значительно ограничить их употребление. Помимо того, с больным обсуждают его режим дня и привычки, связанные с дефекацией, – его нацеливают на распознавание позыва на

Рецепт
2010 **Г**ода

25 ноября 2010 г. в Москве состоится
6-я церемония вручения ежегодной премии
в области фармацевтического маркетинга, рекламы и PR
«Рецепт Года»

За время своего существования премия приобрела солидный опыт и авторитет и сейчас считается среди профессионалов актуальной площадкой для демонстрации развития рынка фармацевтической рекламы. Это подтверждает постоянный рост числа участников премии из многих российских регионов.

Премия с каждым годом приобретает все больше доверия со стороны профессионального сообщества, принять участие в мероприятии стремятся многие известные фармацевтические корпорации.

В этом году премия будет вручена в таких номинациях, как:

- ♦ Креатив года
- ♦ Агентство года
- ♦ Событие года
- ♦ Персона года
- ♦ Маневр года
- ♦ Рекламный носитель

Лауреаты премии будут объявлены в конце ноября на торжественной церемонии награждения, включающей насыщенную развлекательную программу, выступления звезд.

По вопросам участия в премии и приобретения билетов вы можете обратиться:

Телефон: 8 (495) 232-53-33

Сайт мероприятия: www.rpgoda.ru

Электронная почта: info@rpgoda.ru

стул и обеспечение условий для его реализации (в частности, рекомендуется прибегать к натуживанию только при позыве на дефекацию). Пациентам необходимо усилить двигательную активность, выполнять физические упражнения для укрепления мышц передней брюшной стенки и тазового дна. К немедикаментозным методам терапии относится и биофидбек-терапия (biofeedback), нацеленная на выработку и поддержание эффективного натуживания при позыве на дефекацию.

Важно, чтобы цели терапии предусматривали не только купирование ассоциированных с ожирением синдромов и заболеваний, но и нормализацию массы тела пациента.

Медикаментозные методы. Если при хроническом запоре немедикаментозные мероприятия не позволяют достичь нормализации частоты и характера стула либо речь идет об эпизодическом запоре и необходим быстрый эффект, назначают слабительные средства. Что имеется в арсенале врача с позиций медицины, основанной на доказательствах [3]?

Слабительные, содержащие пищевые волокна. Это органические полимеры, удерживающие воду в кишечном содержимом. Проведены исследования, оценивающие эффективность препаратов псиллиум (мукофальк). Несмотря на короткий период наблюдения и недостаточный объем выборки, доказано, что препараты этой группы обеспечивают менее твердый стул (уровень рекомендаций В).

Осмотические слабительные. Содержат плохо абсорбируемые ионы или молекулы, повышающие осмотический градиент: лактулоза, полиэтиленгликоль, гидроксид магнезии. Лактулоза и полиэтиленгликоль увеличивают частоту стула и улучшают консистенцию кала у пациентов с хроническим запором (уровень рекомендации А). Доказательств, которые позволяют рекомендовать гидроксид магнезии для длительного применения, недостаточно.

5-НТ4-агонисты. Тегасерод – агонист 5-НТ4-пресинаптических рецепторов со стимуляцией перистальтической активности. Тегасерод улучшает консистенцию кала и способствует возникновению позывов к дефекации (уровень рекомендаций А) у пациентов с хроническим запором. Однако, согласно проведенным в 2007 г. по инициативе FDA 29 рандомизированным контролируемым исследованиям с коротким периодом наблюдения (1–3 мес), тегасерод повышает риск развития кардиоваскулярных событий (в том числе стенокардии).

Активаторы хлоридных каналов. Любипростон – активатор типа 2 хлоридных каналов, усиливает кишечную секрецию без изменения концентрации электролитов в сыворотке крови, ускоряет пассаж кишечного содержимого. Эффект превышает плацебо. К концу 2006 г. было завершено 11 исследований, однако только 3 имели соответствующий цели дизайн. Данных о серьезных побочных эффектах нет; среди наиболее часто встречающихся – тошнота, рвота, головная боль, диарея. Вследствие недостаточности доказательных данных уровень рекомендаций не определен.

Стимулирующие слабительные. Стимулирующие слабительные относятся к наиболее эффективным средствам (уровень рекомендаций В) для нормализации стула за минимальный временной интервал. Безопасность разных представителей этой группы неодинакова. Так, некоторые из них (прежде всего препараты сенны) имеют выраженный дозозависимый эффект и при длительном применении в возрастающих дозах могут привести к тяжелой лаксативной болезни – меланозу слизистой оболочки толстой кишки [8]. Пожалуй, наиболее полная доказательная база накоплена в отношении Дульколакса (бисакодил). С 1959 г. проведено

более 100 клинических исследований, доказавших его эффективность и безопасность; список доказательных данных постоянно пополняется. Так, в результате мультицентрового 4-недельного двойного слепого рандомизированного плацебо-контролируемого исследования у пациентов с хроническим запором были продемонстрированы эффективность и безопасность Дульколакса путем восстановления регулярных позывов и опорожнения кишки; при этом средний эффект сохранялся не менее 4 нед.

Согласно результатам систематического обзора [1], стимулирующие слабительные эффективнее, чем препараты других групп, обеспечивают максимальный эффект в минимальные сроки. Более того, учитывая, что при ожирении запор ассоциирован со снижением моторной активности толстой кишки, препараты именно этой группы в сочетании с немедикаментозными методами следует признать оптимальными.

Алгоритм выбора слабительного средства, рекомендованный Российской гастроэнтерологической ассоциацией [4], разработан с учетом целей терапии и необходимого для наступления эффекта времени. При хроническом запоре с необходимостью длительной терапии назначают балластные или осмотические слабительные, а для лечения эпизодического запора и при курсовой терапии резистентного хронического запора наиболее целесообразно назначение стимулирующего слабительного препарата Дульколакс. Наличие защитной оболочки, обеспечивающей высвобождение действующего вещества в терминальных отделах тонкой и начальном отделе толстой кишки, с одной стороны, способствует высокому профилю безопасности терапии и отсутствию лекарственных взаимодействий, а с другой – обеспечивает нормализацию замедленной при ожирении моторики толстой кишки, активизируя ее работу начиная с проксимальных отделов [6].

Таким образом, при ожирении синдром запора не только имеет свои особенности, но и требует проведения комплекса мероприятий, направленных на нормализацию массы тела, выработку навыков физиологического пищевого поведения, достаточной физической активности, распознавания и реализации позыва к дефекации.

Литература

1. Cash B., Lacy B. Systematic review: FDA-approved prescription medications for adults with constipation // *Gastroenterol Hepatol.* – 2006; 2: 736–749.
2. Delgado-Aros S., Camilleri M., Garcia M. et al. High body mass alters colonic sensory-motor function and transit in humans // *Am. J. Physiol. Gastrointest Liver Physiol.* – 2008; 295: 382–388.
3. Graham Mark G., Mokrynski G. Evidence-based management of chronic constipation Source: Patient Care. Published: May 1, 2007
4. <http://gastro.ru/>
5. <http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/ru/pdf/guidelines/22obesityru.pdf>
6. Manabe N., Cremonini F., Camilleri M. et al. Effects of bisacodyl on ascending colon emptying and overall colonic transit in healthy volunteers // *Aliment Pharmacol Ther.* – 2009; 30 (9): 930–936.
7. Wynne K., Stanley S., McGowan B. et al. Appetite control // *J. Endocrinology.* – 2005; 184: 291–318.
8. Xing J., Soffer E. Adverse effects of laxatives // *Dis Colon Rectum.* – 2001; 44: 1201–1209.
9. Xing J., Jiande D. Alterations of gastrointestinal motility in obesity // *Obes Res.* – 2004; 12: 1723–1732.

LAXATIVES IN THERAPY FOR OBESITY-ASSOCIATED CONSTIPATION

M. Livzan, MD

Omsk State Medical Academy

The paper considers the major factors associated with the development of constipation in obesity and systematizes data on colonic motor activity in obese subjects. Data on non-drug therapy and evidence-based choice of an effective and safe laxative in constipation are given.

Key words: constipation, obesity, laxatives.