

Супрун Элина Владиславовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общей фармации и безопасности лекарств **Института повышения квалификации специалистов фармации**, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Пиминов Александр Фомич — доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой общей фармации и безопасности лекарств **Института повышения квалификации специалистов фармации**, **Национальный фармацевтический университет**, Харьков

Многие пациенты обращаются в аптеку с жалобами, о которых обычно неудобно рассказывать, — это неприятные ощущения в животе, такие как боль, нарушение пищеварения и расстройство кишечника. Именно расстройство кишечника, или диарея — один из наиболее распространенных симптомов, которые отмечают в практике терапевтов, инфекционистов и гастроэнтерологов. Диарея является одним из признаков острых кишечных инфекций (ОКИ).

ОКИ относятся к числу наиболее распространенных инфекционных заболеваний, уступая лишь острым респираторным заболеваниям. Так, в Канаде ежегодно (по оценке Canadian Food Inspection Agency) регистрируется 11–13 млн случаев инфекционных заболеваний, передающихся с продуктами питания. Ежегодно в США (по данным CDC?) патогенные микроорганизмы, передающиеся с пищей, вызывают около 76 млн случаев кишечных инфекций (или 26 тыс. случаев на 100 тыс. жителей), при этом 325 тыс. больных госпитализируют и 5 тыс. умирают. Во Франции ежегодно регистрируется 750 тыс. случаев кишечных инфекций (1210 на 100 тыс. жителей), из них 113 тыс. больных госпитализируют (24 на 100 тыс. жителей) и до 400 пациентов умирают (0,1 на 100 тыс. жителей). В Великобритании ежегодно заболевают 3400 человек из 100 тыс. жителей (около 2 млн случаев). В странах Африки, Азии (без учета Китая) и Латинской Америки ежегодно у детей в возрасте младше 5 лет регистрируется более 750 млн случаев острой инфекционной диареи, которая более чем у 4,5 млн детей приводит к летальному исходу. В целом инфекционная диарея занимает 2-е место не только по заболеваемости, но и по смертности во всем мире, по данным ВОЗ, ежегодно она является причиной смерти около 2 млн человек.

Проблема ОКИ актуальна также потому, что некоторые возбудители инфекционной диареи вызывают развитие тяжелых осложнений с длительным течением, таких как гемолитико-уремический синдром (ГУС) с почечной недостаточностью, синдрома Гийена — Барре и мальабсорбция с диареей или без нее и других. Кроме того, получают широкое распространение кишечные инфекции, которые прежде не диагностировали или отмечали редко (ротавирусный гастроэнтерит, клебсиеллез и др.).

Термином «диарея» обозначают учащенное (более 3 раз в сутки) опорожнение кишечника с выделением жидких или кашицеобразных испражнений, суточный объем которых превышает максимальную физиологическую массу. У здоровых людей частота стула может изменяться от 3 раз в сутки до 3 раз в неделю и лишь изменения в объеме и консистенции стула, а также примесь крови, гноя или остатков непереваренной пищи указывают на болезнь. Средняя суточная масса кала у школьников и подростков составляет обычно 100–200 г, у дошкольников — 50–100 г, содержание воды в нем не превышает 60–80%. Масса стула здоровых взрослых колеблется от 100 до 300 г/сут и находится в зависимости от количества клетчатки в пище и объема остающейся в нем воды и неусвоенных веществ.

Любая диарея — это проявление нарушения всасывания воды и электролитов в кишечнике. В норме способность тонкой и толстой кишки всасывать воду и электролиты огромна. При этом из общего количества жидкости, объем которой достигает 9 л, всего 100–200 мл (около 2%) выделяется в составе кала, а остальная вода всасывается в кишечнике. Даже незначительное увеличение количества жидкости в кале ведет к неоформленному или жидкому стулу.

По клиническому течению различают острую и хроническую диарею. Диарея считается острой, если продолжается менее 2 нед, и хронической, если продолжается более 3 нед. Острая диарея обычно имеет инфекционную этиологию. Основными возбудителями являются сальмонеллы, кампилобактерии, шигеллы, кишечная палочка с патогенными свойствами, кристоспоридии, вибрионы, иерсинии и ротавирусы — всего более 30 видов микроорганизмов, вирусов и простейших. Однако, несмотря на значительные достижения в лабораторной диагностике, около $\frac{2}{3}$ всех случаев инфекционных диарейных заболеваний остаются этиологически не расшифрованными, что свидетельствует об их обширной этиологической структуре. Инфекционная диарея сопровождается тошнотой, рвотой, схваткообразной болью в животе и в легких

случаях прекращается самостоятельно. Тяжелые формы быстро приводят к обезвоживанию и истощению. Одной из особых форм острой инфекционной диареи является диарея путешественников.

Диарея путешественников — заболевание кишечника, обычно возникающее во время командировок, путешествий и в других случаях, связанных с изменением привычной бытовой обстановки. До сих пор среди населения еще бытует мнение о существовании некой связи диареи путешественников с изменением состава воды и пищевых продуктов в новых местах пребывания, психологическими факторами и другими причинами. Но на самом деле причина этой патологии — ОКИ вирусной, бактериальной или паразитарной природы.

Наиболее высокая частота этого заболевания (30–70%) отмечается при поездках в страны Азии, Африки, Латинской Америки, Среднего Востока. Реже (10–20%) она возникает при поездках в страны Южной Европы и Карибского бассейна и наиболее редко (менее 8%) — при посещении стран Северной Европы, США, Канады. Возбудителями диареи путешественников могут быть различные микроорганизмы, но наиболее вероятными возбудителями служат широко распространенные во всем мире *Escherichia coli* с энтеротоксическими свойствами (55–75%), реже — шигеллы и кампилобактерная инфекция (10%), очень редко — сальмонеллы, лямблии, ротавирусы (<5%). Механизм передачи возбудителя — фекально-оральный, путь распространения — через пищу и напитки (особенно при употреблении сырых овощей и неочищенных фруктов, сырой воды, морских продуктов, мороженого, непастеризованного молока и молочных продуктов), наиболее частыми факторами передачи являются мясо, яйца и кулинарные изделия. Часто источником служит вода, зараженная лямблиями. Особенно часто лямблии находят в природных источниках воды (колодцах, реках и т.д.). Так, туристы, совершающие походы в горных районах, могут заболеть острой диареей при употреблении воды из горных речек. Такую высокую распространенность диареи путешественников объясняют также нарушениями правил личной гигиены, необходимостью питания в ресторанах и кафе и т.д. Дополнительную неблагоприятную роль играют такие факторы, как изменение характера питания, стрессы, климатические особенности.

Следует учитывать, что возникновение диареи путешественников, как и других видов диареи, обуславливает множество факторов.

Продукты питания. В первую очередь это прием избыточного (более 5–6 л) количества жидкости, а также употребление большого количества грубоволокнистой клетчатки (балластных веществ). Диарея, вызванная фруктозой (так называемая фруктозо-индуцированная диарея), может возникать по причине избыточного поступления в желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) фруктов, фруктовых соков или фруктовых (так называемых мягких) напитков. Производители мягких напитков заменили кукурузный сироп с высоким содержанием фруктозы на сироп, изготавливаемый из сахарного тростника, который может вызывать фруктозо-индуцированную диарею у лиц, чрезмерно увлекающихся этими напитками. Использование в излишне больших количествах бессахарной смолы может приводить к диарее, вторичной по отношению к отсутствию всасывания сахара. Диарею способны также вызывать кофеинсодержащие и алкогольные напитки, употребляемые в избыточных количествах, и непереносимость ряда пищевых продуктов (омаров, раков, земляники и др.).

Прием лекарственных средств. Частой причиной развития диареи может стать прием большого количества различных препаратов — более 600 наименований. В частности, многие эликсиры могут содержать значительное количество сорбитола. Введение в ЖКТ растворов и препаратов, содержащих лактозу, иногда вызывает диарею у пациентов с недостаточностью лактазы. Хорошо известны антибиотикоассоциированная диарея и псевдомембранозный колит, вызванные размножением *Clostridium difficile*. Наиболее часто, кроме антибиотиков, приводят к появлению диареи следующие препараты:

- противоопухолевые средства (цитостатики и иммуносупрессоры);
- антиаритмические препараты (хинидин, прокаинамид);
- гипотензивные средства (блокаторы β -адренорецепторов, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, гидралазин);
- антидепрессанты (препараты лития, флуоксетин);
- транквилизаторы (алпразолам, мепробамат);
- противосудорожные средства (леводопа);
- гипохолестеринемические средства (ловастатин, клофибрат);
- гастроэнтерологические препараты (магнийсодержащие антациды, мизопростол, блокаторы H_2 -рецепторов гистамина, цизаприд, хенодесоксихолевая кислота);

- другие препараты (теофиллин, диуретики, колхицин, препараты железа, тиреоидные гормоны, пероральные сахароснижающие средства).

В патогенезе диареи путешественников задействованы 4 механизма: кишечная секреция, повышение осмотического давления в полости кишки, нарушение транзита кишечного содержимого и кишечная экссудация. Эти механизмы тесно связаны между собой, однако преобладающий тип нарушений ионного транспорта в кишечнике — секреторный. Секрецию вызывают экзотоксины кишечных патогенных микроорганизмов с помощью увеличения внутриклеточных вторичных мессенджеров. Реже секрецию увеличивают цитотоксины, обуславливающие высвобождение провоспалительных цитокинов и вовлечение в процесс воспалительных клеток, что способствует активации секреции.

Клинические симптомы заболевания появляются обычно через 2–3 дня после начала поездки. Диарея путешественников обычно начинается внезапно, ее течение характеризуется схваткообразной болью в животе и незначительным повышением температуры тела. Признаки обезвоживания организма, как правило, не отмечают, симптомы заболевания исчезают самопроизвольно в течение 3–4 дней, так что возбудитель часто остается неустановленным. Частота стула, как правило, не превышает 3–5 раз в сутки, но у 20% больных она может достигать 6–15 раз в сутки. Заболевание обычно имеет сравнительно легкое течение, однако доставляет больным массу неудобств, связанных с необходимостью продолжения поездки.

Диарея путешественников длится в большинстве случаев не более 5–7 дней, но в 6–10% случаев заболевание может длиться 2 нед и более. Клиническая картина этой патологии зависит от возбудителя ОКИ. Особенности заключаются в появлении других ведущих симптомов, помимо диареи. К ним относятся рвота, боль в животе, лихорадка и кровь в кале. Так, в 50–60% случаев отмечают лихорадку и боль в животе, у 10% больных — кровь в кале. Течение заболевания может варьировать от легкого до тяжелого. При вирусном гастроэнтерите одновременно отмечают головную и мышечную боль. Большинство случаев гастроэнтерита заканчивается выздоровлением.

Диагностику диареи путешественников обычно осуществляют на основании клинических симптомов, так как проведение лабораторных бактериологических исследований, как правило, затруднено. При обследовании больного важно установить связь диареи с паразитами, инфекцией и неспецифическим воспалением кишечника. Ответ на этот вопрос часто можно получить при микроскопическом и бактериологическом исследовании кала и ректороманоскопии. Однако необходимо учитывать, что возбудителей ОКИ в целом и диареи путешественников в частности, множество, поэтому диагноз должен устанавливать только специалист, что позволит не только выбрать оптимальную тактику фармакотерапии, но и предупредить нежелательные последствия заболевания вплоть до летального исхода. Если это заболевание продолжается больше 1–2 нед, то необходима консультация инфекциониста с проведением бактериологических исследований.

Лечение диареи путешественников. Правильный выбор антидиарейного средства и схемы фармакотерапии зависит не только от точного диагноза, но и от понимания механизмов диареи при данном заболевании, а также механизмов действия лекарственных препаратов. В тяжелых случаях инфекционной диареи по эпидемиологическим (дети из закрытых детских коллективов) и жизненным показаниям (при наличии у больного «симптомов тревоги», включающих лихорадку (выше 38,5 °С), кал с кровью, выраженную рвоту и симптомы обезвоживания) необходима госпитализация.

Если при этой патологии описанные «симптомы тревоги» отсутствуют, то больным назначают симптоматическую терапию на 48 ч. Если она не приводит к улучшению, тогда пациент подлежит тщательному обследованию.

Лечение диареи путешественников должно быть комплексным и включает ряд методов (алгоритм).

АЛГОРИТМ БЕСЕДЫ ПРОВИЗОРА С ПОСЕТИТЕЛЕМ АПТЕКИ

Диагноз диареи путешественников установлен врачом?

Да →

Вам необходимо принимать только те препараты, которые назначил врач

Нет ↓		
Вы отмечаете диарею — учащенное (более 3 раз в сутки) опорожнение кишечника с выделением жидких или кашицеобразных испражнений, суточный объем которых превышает максимальную физиологическую массу?	Нет →	Частота стула до 3 раз в сутки физиологична
Да ↓		
Присутствует ли: • резкое повышение температуры тела; • тошнота, рвота, дискомфорт; • примесь в кале крови, гноя или остатков непереваренной пищи; • изменения характера стула (с примесью слизи и крови типа «болотной тины», в виде «рисового отвара», дегтеобразный)?	Да →	Вам необходимо обратиться к врачу с целью уточнения диагноза и подбора препаратов для лечения
Нет ↓		
Вы беременны?	Да →	
Нет ↓		
Диарея началась через 2–3 дня после начала поездки и, возможно, сопровождается схваткообразными болями в животе и незначительным повышением температуры?	Нет →	
Да ↓		
Вы страдаете редкими врожденными формами непереносимости фруктозы?	Да →	
Нет ↓		
У Вас имеются нарушения функций печени?	Да →	
Нет ↓		
Вам можно порекомендовать антидиарейные средства (лоперамида гидрохлорид — оригинальный препарат Имодиум®) и обратиться к врачу с целью уточнения диагноза и подбора препаратов для дальнейшего лечения		

Диета. В острый период при наличии таких симптомов, как тошнота и рвота, безусловно, показано голодание. Если рвоты нет, то должна соблюдаться легкая диета с исключением жирной и острой пищи, продуктов, стимулирующих перистальтику кишечника (сырых овощей и фруктов), молочных продуктов, мяса, кофе и алкоголя. Следует использовать все возможности для предупреждения белково-энергетической недостаточности, так как она может стать основным фактором, замедляющим нормализацию функции кишечника или препятствующим этому процессу. Дети грудного возраста должны получать материнское молоко, а при непереносимости углеводов — низколактозные и безлактозные смеси. Родители должны также понимать, что аллергическая реакция на белок молока требует строжайших ограничений его употребления — при непереносимости белка коровьего молока рекомендуются соевые и казеиновые смеси. При ферментативной недостаточности применяют элиминационные диеты — аглиадиновую, алактозную и др. Элиминационные диеты подразумевают исключение молочных продуктов при лактазной недостаточности, назначение безглютеновой диеты при глютеновой энтеропатии (исключить продукты, содержащие «скрытый» глютен: консервы, колбасные изделия, квас, продукты с глютеносодержащими стабилизаторами).

Через 12 ч после купирования острой диареи питание начинают с неконцентрированного бульона, соленого печенья, добавляют белый хлеб. При снижении частоты дефекаций постепенно в рацион включают рис, печеный картофель, куриный бульон с рисом и домашней лапшой; при нормализации стула — печеную рыбу, яблочный соус, бананы, домашнюю птицу.

Регидратационная терапия. Наибольшую угрозу для пациентов с острой диареей составляет потеря жидкости (дегидратация). Лечение диареи путешественников должно включать в первую очередь

регидратационную терапию. Своевременная и грамотно проведенная регидратационная терапия позволяет в короткие сроки улучшить состояние больного, избежать возможных осложнений (таких как гиповолемический шок), отказаться от госпитализации в инфекционный стационар. В зависимости от степени обезвоживания проводят оральную и парентеральную регидратационную терапию.

При легкой дегидратации (при отсутствии тошноты и рвоты), которую отмечают у 85–95% больных диареей путешественников, восполнение потери жидкости должно осуществляться путем приема достаточного количества углеводно-электролитных растворов и жидкости (чай, минеральная вода и т.д.). Показаны специальные регидратационные растворы, имеющие электролитный состав. В соответствии с рекомендациями ВОЗ для оральной регидратации применяют растворы, содержащие около 3,5 г NaCl, 40 г глюкозы, 2,5 г Na₂CO₃, 1,5 г KCl в 1 л воды, или препараты для оральной регидратации. Количество выпитой жидкости должно в 1,5 раза превышать потерю ее с калом и мочой. При легкой форме заболевания без заметных признаков обезвоживания назначают внутрь регидрон и другие водно-электролитные растворы по 100–150 мл каждые 10–15 мин, медленно, небольшими глотками. Самый простой регидратационный раствор можно приготовить самостоятельно, растворив в 1 л воды 5 г поваренной соли, 5 г питьевой соды и 20 г сахара. Кроме того, рекомендуют в домашних условиях следующий раствор: в 1 стакан апельсинового сока (содержит 1,5 г KCl) добавить $\frac{1}{2}$ чайной ложки поваренной соли (3,5 г NaCl) и 1 чайную ложку соды (2,5 г Na₂CO₃), после чего кипяченой водой довести общий объем раствора до 1 л. Режим регидратации: при потере 5–7,5% массы тела объем вводимой жидкости составляет 40–50 мл/кг в течение 4 ч или 150 мл/кг/сут (то есть не менее 2–3 л). Общий объем перорально принимаемой жидкости для взрослых больных должен быть не менее 2–3 л/сут. При более тяжелой диарее и потере жидкости >10% массы тела прибегают к парентеральному введению жидкости.

Одной из основных целей патогенетической терапии ОКИ является *купирование диарейного синдрома*. Предложено множество антидиарейных препаратов, при применении которых следует учитывать патогенетические особенности этого синдрома. Важное место в лечении больных с синдромом острой и хронической диареи всегда отводилось препаратам опия (порошок и настойка), применение которых ограничивалось их центральными побочными эффектами. Давней мечтой врачей было создание препарата, который влиял бы на кишечник, подобно препаратам опия, но не вызывал нежелательных побочных эффектов. Таким препаратом, широко применяющимся в настоящее время при лечении диареи, является **Имодиум**[®] (лоперамида гидрохлорид) — оригинальный продукт международного фармацевтического концерна **Johnson & Johnson**.

Антидиарейное действие препарата направлено на m-опиоидные рецепторы энтериневой системы. **Имодиум**[®] избирательно накапливается в гладкомышечных структурах и нервных сплетениях стенки кишечника, но, в отличие от морфина, не поступает в системный кровоток, несмотря на его всасывание в кишечнике. Это объясняется тем, что сначала по системе воротной вены лоперамид попадает в печень, где он интенсивно метаболизируется и конъюгируется, после чего экскретируется с желчью. Поэтому лоперамид практически не проникает через гематоэнцефалический барьер и не вызывает центральных побочных эффектов. Период полувыведения лоперамида колеблется от 9 до 14 ч и составляет в среднем 10,8 ч.

Имодиум[®] связывается с опиатными рецепторами стенки кишечника; в результате ингибируется высвобождение ацетилхолина и простагландинов, что приводит к снижению перистальтики и увеличению времени прохождения содержимого по кишечнику. Это повышает всасывание воды и электролитов и уменьшает их потерю через ЖКТ. Замедление транзита содержимого по кишечнику также снижает потерю иммуноглобулинов, играющих защитную роль, и удлиняет продолжительность их действия. Результаты клинических исследований, проведенных у больных с диареей путешественников, вызванной патогенными штаммами кишечной палочки, кампилобактером, шигеллами, свидетельствуют, что замедление кишечного пассажа способствует уменьшению размножения патогенных бактерий.

Помимо подавления перистальтической активности кишечника, **Имодиум**[®] оказывает также антисекреторный эффект, воздействует на кишечную секрецию за счет блокады кальциевых каналов, устранения эффектов кишечных пептидов и нейромедиаторов, которые усиливают проницаемость плазматических мембран. **Имодиум**[®] повышает тонус анального сфинктера и способствует лучшему удержанию каловых масс, уменьшая частоту и выраженность позывов к дефекации, а также снижает гиперсекрецию слизи в толстой кишке.

Имодиум[®] является препаратом выбора и при лечении диареи путешественников. По своей эффективности он значительно превосходит субсалицилат висмута и улучшает самочувствие больных уже в первый день приема. Оправдала себя комбинация **Имодиума**[®] и антибактериальных препаратов. Так, наблюдения больных с диареей путешественников, проведенные в Мексике, свидетельствуют, что изолированное применение **Имодиума**[®] и триметоприма/сульфаметоксазола способствовало исчезновению диареи через 30 ч, тогда как комбинация обоих препаратов позволяла купировать диарею у многих больных уже через 1 ч. Применение **Имодиума**[®] противопоказано лишь при тяжелых формах инвазивной инфекционной диареи, течение которой характеризуется высокой температурой тела и появлением крови в кале.

При лечении острой диареи у взрослых **Имодиум**[®] назначается в дозе 4 мг (2 капсулы) на первый прием и далее по 2 мг после каждого акта дефекации (максимальная доза при приеме препарата под наблюдением врача — до 16 мг/сут, при самостоятельном приеме — до 8 мг/сут). Необходимо помнить, что детям до 6-летнего возраста **Имодиум**[®] в капсулах противопоказан. При лечении детей старше 6 лет **Имодиум**[®] применяют (только под контролем врача!) из расчета 1 капсула (2 мг) на первый прием и такая же доза после каждого случая жидких испражнений, всего за сутки можно применить до 3 капсул на 20 кг массы тела. Если на фоне лечения острая диарея не прекращается в течение 48 ч, то больному необходимо проведение более детального обследования.

Адсорбирующие препараты. В тех случаях, когда эпизоды диареи путешественников (в частности вирусной природы) отмечают без лихорадки, признаков интоксикации и обезвоживания, рациональным является назначение симптоматических средств, таких как препараты с адсорбирующим, вяжущим и обволакивающим действием. Вяжущие средства и сорбенты представляют большую разнородную группу препаратов, объединенную общим механизмом действия — способностью сорбировать жидкость, токсины и газ в кишечнике. К ним относятся белая глина, полифепан, фильтрум, диосмектит, субсалицилат и субнитрат висмута. Наибольшей сорбционной поверхностью обладает смектит, способный сорбировать частицы разных размеров, в том числе вирусы, некоторые бактерии (кампилобактер), малые и средние молекулы, жидкость и газ.

Для любого типа диареи характерны нарушения кишечной микробной флоры, поэтому своевременная **коррекция дисбиотических нарушений** кишечника при диарее путешественников обеспечивает ускорение репаративных процессов, восстановление иммунологического гомеостаза, снижает риск развития хронических заболеваний ЖКТ. Для этого можно регулярно доставлять в кишечник фармакологически значимые дозы нормальных представителей кишечной флоры (**пробиотики**), добавлять в рацион продукты, способствующие их размножению в кишечнике, или продукты метаболизма нормальной флоры, способствующие обеспечению морфокинетической функции и колонизационной резистентности (**пребиотики**). Предпринимаются также попытки к созданию препаратов комбинированного действия (**синбиотики**). В нашей стране наиболее популярными и изученными являются пробиотики, содержащие бифидобактерии, лактобактерии и другие микроорганизмы. Так, например, в профилактике развития диареи путешественников эффективной оказалась комбинация *Lactobacillus acidophilus*, *Lactobacillus bulgaricus* и *Streptococcus thermophilus*. Период восстановления после вирусного гастроэнтерита более легкий при назначении препаратов, содержащих лактобактерии или комбинации лактобактерий с бифидобактериями и энтерококком; скорейшему разрешению после бактериальных кишечных инфекций способствуют подвиды бифидобактерий.

Антибактериальные препараты при диарее путешественников сегодня назначают лишь с учетом вида возбудителя и его чувствительности, а также тяжести течения заболевания. В остальных случаях неадекватное применение антибиотиков может вызвать нежелательный эффект (появление резистентных штаммов, суперинфекция, связанная с эрадикацией нормальной микрофлоры антибактериальными средствами). Важно помнить, что при вирусных и энтеротоксигенных инфекциях (частые варианты диареи путешественников!) назначение антибиотиков нерационально. К антибиотикотерапии прибегают тогда, когда заболевание характеризуется высокой температурой тела и признаками выраженной интоксикации. Следует выделить местные (невсасывающиеся) антибиотики, которые по сравнению с препаратами системного действия (всасывающиеся) обладают рядом преимуществ: эффектом непосредственного воздействия на очаг инфекции; низкой частотой системных побочных эффектов, отсутствием лекарственного взаимодействия, а также низким риском развития резистентных штаммов. По мнению Н. DuPont (2009), каждый путешественник должен иметь в своей аптечке один из трех антибактериальных препаратов — ципрофлоксацин, рифаксимин или азитромицин, — эффективных при диарейных инфекциях.

Так, опыт применения препарата **Цефикс** (цефиксим — антибиотик цефалоспоринового ряда III поколения) показывает, что назначение **Цефикса** может преследовать как терапевтические, так и профилактические цели, преимущественно при диарее путешественников. При этом терапевтическая эффективность **Цефикса** (выпускается в форме порошка для приготовления суспензии 100 мг/5 мл (по 30 и 60 мл) и в капсулах по 400 мг) сопоставима с таковой ципрофлоксацина. При диарее путешественников рекомендуемые дозы **Цефикса** составляют у детей 8 мг/кг/сут (2 раза в сутки по 4 мг/кг/сут через 12 ч), у взрослых и у детей с массой тела более 50 кг или в возрасте старше 12 лет применяют 1 капсулу (400 мг) 2 раза в сутки (800 мг/сут) в течение 5 дней.

Профилактика диареи путешественников. Наиболее эффективным методом профилактики острой диареи остаются соблюдение правил личной гигиены, требований к приготовлению и хранению продуктов питания, употреблению питьевой воды. В странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой пить следует только бутилированную воду, водопроводную воду запрещается не только пить, но даже использовать для того, чтобы чистить зубы. Овощи и фрукты необходимо тщательно мыть горячей водой и перед употреблением их в пищу освободить от кожуры. Лицам, собирающимся в командировку или в путешествие, следует взять с собой аптечку первой помощи: средства для приготовления регидратационных смесей, **Имодиум**[®] и один из трех антибактериальных препаратов: ципрофлоксацин, цефиксим (**Цефикс**) или азитромицин.

Таким образом, диарея — физиологический механизм защиты человека от воздействия разных факторов, однако в ряде случаев может нести угрозу не только здоровью, но и жизни человека. По этой причине на специалисте лежит обязанность тщательного обследования пациента с диареей путешественников для верификации диагноза, установления тактики лечения и выбора фармакотерапии, выявления «симптомов тревоги» (лихорадка, «кровавый» кал, выраженная рвота и симптомы обезвоживания). К сожалению, при ведении пациентов с этой патологией допускаются много ошибок, вызванных бесцельным, а порой бесконтрольным применением антибиотиков, недооценкой важности новых подходов к лечению диареи путешественников. Между тем, основной акцент следует делать на патогенетической терапии и своевременном назначении регидратационной и антидиарейной терапии.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ИМОДИУМ® (IMODIUM®). Код АТС: А07D А03. Р.с.: № UA/9831/01/01 от 07.10.2010 г. до 07.10.2015 г. **Состав и форма выпуска:** капс. по 2 мг лоперамида гидрохлорида, № 6, №

20. **Показания:** симптоматическое лечение острой и хронической диареи; диарея путешественников (достаточный период лечения — 2 сут). **Побочные эффекты.** У пациентов с острой диареей: запор, сухость во рту, метеоризм, спазмы и колики в животе. У пациентов с хронической диареей: запор, головокружение, тошнота, рвота, головная боль, ощущение вздутия, боль в желудке, спазмы и колики в животе.

Постмаркетинговый опыт (побочные эффекты, о которых поступили спонтанные сообщения (расположенные по частоте возникновения): очень часто ($\geq 1/10$); часто ($\geq 1/100$, $< 1/10$); нечасто ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); редко ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); очень редко ($< 1/10000$). Со стороны кожи и ее придатков: очень редко — сыпь, крапивница и зуд; в единичных случаях — ангионевротический отек, буллезные высыпания, включая синдром Стивенса — Джонсона, мультиформная эритема и токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). Общие нарушения: единичные случаи аллергических реакций, в некоторых случаях — тяжелые реакции гиперчувствительности, включая анафилактический шок и анафилактоидные реакции. Со стороны ЖКТ: очень редко — боль в животе, кишечная непроходимость, вздутие живота, тошнота, запор, рвота, мегаколон, включая токсический мегаколон, метеоризм, диспепсия. Со стороны мочевыделительной системы: очень редко — задержка мочи. Психоневрологические нарушения: очень редко — тремор, потеря сознания, угнетение сознания, головокружение. **ЦЕФИКС (CEFIX).** Код АТС: J01D D08. **Состав и форма**

выпуска: капс. по 400 мг цефиксима, № 5 (р.с. № UA/4151/01/01 от 06.01.2011 г. до 06.01.2016 г.); пор. д/орал. сусп. 100 мг цефиксима /5 мл фл., д/п 30 мл сусп., № 1, пор. д/орал. сусп. 100 мг цефиксима /5 мл фл., д/п 60 мл сусп., № 1 (р.с. № UA/4151/02/01 от 06.01.2011 г. до 06.01.2016 г.). **Показания:** инфекции, вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами: острый и обострение хронического бронхита; пневмония; воспаление среднего уха; фарингит, тонзиллит и синусит бактериальной этиологии; неосложненные бактериальные инфекции мочеполовой системы; острые кишечные инфекции. **Побочные эффекты:** как правило, незначительны и возникают редко. Со стороны нервной системы: головная боль, головокружение, утомляемость, слабость; со стороны системы крови и лимфатической системы: эозинофилия, лейкопения, тромбоцитопения, тромбоцитоз, нейтропения, гемолитическая анемия, гипопротромбинемия

(кровотечения и кровоподтеки без видимых причин), тромбоз, удлинение протромбинового и протромбинового времени, агранулоцитоз; со стороны ЖКТ: спазмы кишечника, умеренная диарея, тошнота, рвота, кандидоз слизистой оболочки полости рта, псевдомембранозный колит, сухость во рту, анорексия, диспепсия, метеоризм, дисбактериоз, иктеричность кожи, в единичных случаях — стоматит, глоссит; со стороны гепатобилиарной системы: транзиторное повышение активности трансаминаз печени и ЩФ, билирубина, холестатическая желтуха, иктеричность склер; со стороны мочевыделительной системы: повышение азота мочевины или креатинина в плазме крови, интерстициальный нефрит, нарушение функции почек; со стороны иммунной системы: высыпания, зуд, крапивница, анафилаксия, мультиформная эритема или синдром Стивенса — Джонсона, сывороточная болезнь, пурпура, артралгия, лихорадка; со стороны кожи: гипергидроз, макулопапулезная и везикулобуллезная сыпь, грибковый дерматит, шелушение кожи, сухость кожи, выпадение волос, солнечные ожоги, токсический эпидермальный некролиз; инфекции и инвазии: вагинальный кандидоз (вагинальный зуд или выделения); со стороны почек: повышение азота мочевины и креатинина в крови; лабораторные показатели: большинство лабораторных изменений транзиторные и не имеют клинического значения; возможна положительная реакция на кетоны в моче в тестах с применением нитропрусида, но не с нитроферрицианидом; возможны ложноположительные тесты на глюкозу в моче (поэтому следует использовать ферментные тесты), изменения показателей печеночных и почечных проб. Более подробную информацию см. в инструкциях по медицинскому применению препаратов ***Имодиум и Цефикс***.