

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«Санкт-Петербургский Медико-социальный институт»**

**Клинические РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ДИАГНОСТИКЕ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
КОНСТИПАЦИИ
(DB32.1 по МКБ-11)**

Санкт-Петербург

2023 г.

НАУЧНОЕ ОБЩЕСТВО ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ РОССИИ

УДК 616.12-07:612.014.447

ББК 53.43, 53.51, 57.8

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**ПО ДИАГНОСТИКЕ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ
КОНСТИПАЦИИ**

(DV32.1 по МКБ-11)

Санкт-Петербург

2023 г.

Авторы:

Лазебник Леонид Борисович - Профессор кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Терапевт высшей категории, д.м.н. Вице-президент РНМОТ. Президент научного общества **гастроэнтерологов** России. Директор учебного центра РНМОТ. Российский деятель здравоохранения.

Шемеровский Константин Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры поликлинической терапии и пропедевтики Частного Образовательного Учреждения Высшего Образования «Санкт-Петербургский Медико-социальный институт», Отличник Здравоохранения, член Научного общества гастроэнтерологов России, лауреат конкурса на лучшую научную работу по гастроэнтерологии в России.

Туркина Светлана Владимировна - – профессор кафедры внутренних болезней ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., г. Волгоград;

Данные рекомендации представляют собой обновлённые ранее опубликованные под эгидой Комитета по Здравоохранению Администрации Санкт-Петербурга «Рекомендации по диагностике и лечению запора» от 2002 года. Автор обновлённых «Рекомендаций» - профессор кафедры поликлинической терапии и пропедевтики – К.А. Шемеровский является одним из ведущих исследователей нарушений регулярности ритма кишечника не только в России, но и среди гастроэнтерологов Европы.

Если в «Римских критериях запора» количественным признаком констипации являлась частота стула «менее 3-х раз в неделю», то в обновлённых «Рекомендациях» предложено ещё 2 стадии нарушения моторики кишечника с частотой 5-6 и 3-4 раза в неделю. Клинически важным является тот факт, что первые две ранние стадии констипации встречаются почти в 10 раз чаще, чем третья стадия, указанная в римских критериях.

Такое улучшение ранней диагностики чрезвычайно важно для раннего выявления факторов риска не только колоректального рака, но и таких грозных осложнений констипации, как инфаркты и инсульты.

В обновлённых «Рекомендациях» сделан акцент не столько на медикаментозном подходе к данной проблеме, сколько на доказанной возможности немедикаментозной коррекции синдрома констипации с помощью минеральной воды Билинска Киселка.

Важным аспектом данных «Рекомендаций» является также предложенная возможность коррекции моторики толстой кишки с помощью «Когнитивно-поведенческой терапии», направленной на образование пациентов по выработке «Кишечной Привычки» к утренней дефекации, что весьма актуально для профилактики внутренних болезней (Дисбиоз, Ожирение, Артериальная гипертензия, Метаболический синдром и другие).

Следует признать своевременность и ценность данных «Рекомендаций» для практического здравоохранения. Издание этих «Рекомендаций» будет, несомненно, весьма полезным и необходимым для врачей разных специальностей.

Рецензент – Доктор медицинских наук,
Профессор
Военно-Медицинской академии
имени С.М. Кирова
10 января 2023 г.

Евгений Иванович Ткаченко

Содержание

№ п/п	Наименование раздела	№ Стр.
1	Актуальность проблемы констипации	5
2	Дефиниция	6
3	Этиология и патогенез	6
4	Заболеваемость	6
5	Констипация – Универсальный Патогенный Блок	7
6	Физиологичность ежедневной дефекации	8
7	Принцип минимизации риска констипации	8
8	Факторы риска констипации	9
9	Классификация констипации	10
10	Констипация и колоректальный рак	10
11	Диагностика констипации	11
12	Терапия пациентов с констипацией	11
13	Контроль частоты и фазы дефекации	12
14	Нормализация диеты	13
15	Восстановление ежеутреннего рефлекса дефекации	13
16	Коррекция констипации минеральной водой Билинска Киселка	14
17	Медикаментозная терапия	15
18	Побочные эффекты слабительных средств	15
18	Индукторы констипации	16
19	Варианты Хроноэнтерограмм в норме	16
20	Варианты Хроноэнтерограмм при констипации	17
21	12 основных аспектов профилактики констипации	18
22	Литература	19
23	Приложение – презентации	24
24	Сведения об авторе	40

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ДИАГНОСТИКЕ, КОРРЕКЦИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КОНСТИПАЦИИ

Актуальность проблемы констипации

Необходимость создания данных рекомендаций обусловлена 5 основными аспектами:

- 1) Широкой распространённостью синдрома констипации (запора), которым страдает **около 50% взрослого населения**. По мнению английских гастроэнтерологов Констипация – это «**Скрытая национальная проблема**», поскольку практически каждый второй англичанин принимает слабительные средства. Запор – «**Болезнь болезней**» по мнению американских клиницистов.
- 2) Констипация – является «Универсальным патогенным блоком», поскольку характерна для большинства внутренних болезней (ГЭРБ, Гастрит, Язвенная болезнь желудка, ЖКБ, Ожирение, Метаболический синдром и др.)
- 3) Онкологической опасностью констипации, являющейся доказанным фактором риска **колоректального рака** – лидера онкологической заболеваемости в Санкт-Петербурге (более 3 500 новых случаев ежегодно).
- 4) Констипация повышает риск **кардиоваскулярной заболеваемости** (на 56%) и **кардиоваскулярной смертности** (на 21% - 39%).
- 5) Развитием **Хронобиологии и Хрономедицины**, доказавшими, что физиологической нормой является регулярный **циркадианный ритм кишечника** с частотой 7 дней в неделю со стулом. Вместо прежней парадигмы «приучать больного жить с неежедневным стулом хрономедицинский подход рекомендует «научить пациента жить с регулярным ежедневным стулом»»

Дефиниция

«Запор – это отсутствие дефекации в течение 24 часов» (Роберт Хегглин).

Констипация – это замедление циркадианного ритма дефекации при частоте менее 7 раз в неделю.

Этиология и патогенез

По этиопатогенезу выделено 14 основных видов констипации:

1. Алиментарная констипация (недоедание, дефицит пищевых волокон),
2. Привычная констипация (отсутствие привычки к утренней дефекации),
3. Неврогенная констипация (расстройство регуляции ритма дефекации),
4. Рефлекторная констипация (подавление рефлекторных позывов к дефекации),
5. Гиподинамическая констипация (постельный режим, астения),
6. Воспалительная констипация (колиты, энтериты),
7. Проктогенная констипация (при аноректальной патологии),
8. Механическая констипация (спайки, рубцы, стриктуры, копролиты, опухоли),
9. Аномальная констипация (болезнь Гиршпрунга, спланхоптоз), микседема,
10. Эндокринная констипация (сахарный диабет, климакс),
11. Электролитная констипация (сердечная недостаточность, холестаза),
12. Токсическая констипация (отравление свинцом, ртутью, таллием),
13. Медикаментозная констипация (индукторы запора, проконстипанты),
14. Дисбиотическая констипация (дисбаланс микробиоты кишечника).

По длительности:

Острая констипация,

Хроническая констипация

По характеру моторики кишечника:

Гиперкинетическая констипация (преобладает гипермоторика),

Гипокинетическая констипация (преобладает гипомоторика)

По локализации:

Цекостаз (гипотрофия, эндокринопатия, антибиотикотерапия),

Трансверзостаз (гипотиреоз, токсикозы, neuropatii),

Сигмостаз (язва 12-перст. кишки, холецистит, нефролитиаз),

Проктостаз (постельный режим, геморрой, язвенный колит).

Заболеваемость

Констипация (Универсальный Патогенный Блок)

присутствует при следующих видах патологии:

84% больных язвенной болезнью 12-перстной кишки,

82% больных гастродуоденитом.

74% пациентов с метаболическим синдромом.

70% пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей,

66% лиц, считающих себя здоровыми жителей городов,

62% страдающих гипертонической болезнью,

52% больных калькулёзным холециститом,

50% пациентов с язвенной болезнью желудка,

47% больных хроническим гепатитом,

42% больных хроническим гастритом,

7% жителей деревень.

Физиологичность ежедневного акта дефекации

Почему дефекация в норме должна быть ежедневной?

Фундаментальность принципов:

Принцип очищения «Если тело не очищено, то чем больше его питать, тем больше ему вредить»
Гиппократ

Принцип ритма «Нет ничего более властного в жизни человеческого организма, чем РИТМ»

И.П. Павлов

Принцип циклизации «Циклизация обеспечивает высокую эффективность и устойчивость биологических систем»

А.М. Уголев

Циркадианность биоритмов:

Циркадианный (околосуточный) ритм Температуры тела (24 ± 4 часа)

Циркадианный ритм колебаний Артериального Давления (24 ± 4 часа)

Циркадианный ритм моторной функции кишечника (in vitro) (24 ± 4 часа)

Циркадианный ритм колебаний анального давления (24 ± 4 часа)

Циркадианный ритм орально-анального транзита пищи (24 ± 4 часа)

Физиологичность утреннего ритма дефекации

Почему дефекация в норме должна быть именно утром?

1. Именно к утру завершается ночное формирование массы кала, достаточной для ежедневной реализации акта дефекации.
2. При утреннем переходе из горизонтального положения в вертикальное реализуются рефлекс дефекации (ортостатический и сигмо-ректальный).
3. Утреннее повышение адренергической активности расслабляет кишечник.
4. При утренней дефекации риск констипации в 4 раза меньше (около 10%), чем при отсутствии дефекации в утренние часы (около 40%).

Принцип минимизации риска констипации:

«Чем раньше происходит дефекация, тем реже возникает констипация».

Принцип повышения риска констипации:

«Чем позже происходит дефекация, тем чаще возникает констипация».

Факторы риска констипации (запора)

А. Возникновению ЗАПОРА способствуют:

- 1) Недостаточный приём жидкости
- 2) Недостаточная двигательная активность
- 3) Подавление рефлекса на дефекацию

«Повторное игнорирование позывов к дефекации приводит к тому, что рецепторы прямой кишки перестают реагировать на обычные привычные стимулы.»

Рысс Е.С. «Введение в гастроэнтерологию», Санкт-Петербург, 2005.

Б. Распространенность Хронического Запора у взрослого населения Москвы составляет:

от 15% у лиц в возрасте 18–24 лет до 50% у лиц в возрасте 65 лет и старше.

В странах Европы запорами страдают от 28 до 50% взрослого населения

Факторы риска ХЗ :

- 1 - малоподвижный образ жизни,
- 2 - малое потребление растительной клетчатки,
- 3 - преобладание в пище животного белка,
- 4 - несоблюдение питьевого режима (1,5 – 2,0 л/сутки)

Парфенов А.И., Индейкина Л.Х., Павлов М.В.
Хронический запор. РМЖ. 2016. № 17. С. 1167–1171.

В. Устранение основных **Факторов Риска Хронического Запора**

1. Коррекция диеты : - пищевые волокна овощей и фруктов,

- увеличение приема жидкости

2. Увеличение физической активности: - ходьба, бег, плавание

3. Выработка РЕГУЛЯРНОСТИ АКТА ДЕФЕКАЦИИ

- ПО УТРАМ, ПОСЛЕ ЗАВТРАКА

Клинические рекомендации (ред. Академик Ивашкин В.Т.)
Стандарты ведения больных, Москва, 2008, Выпуск 2, 1345 с.

Классификация констипации (частотная)

В зависимости от частоты дефекации выделено

три основных стадии тяжести констипации (запора):

I стадия – при частоте дефекации 5-6 раз в неделю – **лёгкая**

II стадия – при частоте дефекации 3-4 раза в неделю – **умеренная**

III стадия – при частоте дефекации 1-2 раза в неделю - **тяжелая**

В зависимости от акрофазы (обычного момента) дефекации выделено

четыре типа констипации:

с **утренней** фазой (дефекация в период от пробуждения до 12:00)

с **дневной** фазой (от 12:00 до 18:00)

с **вечерней** фазой (от 18:00 до 24:00)

со **смешанной** фазой (дефекация в разное время суток)

Констипация и колоректальный рак

Констипация – доказанный фактор риска рака толстой кишки

- Доказано, что констипация повышает риск рака толстой кишки в 2-4 раза.
- Констипация способствует накоплению канцерогенных метаболитов в полости толстой кишки более чем в 2 раза.
- Констипация удлиняет время контакта канцерогенных метаболитов со слизистой оболочкой толстой кишки более чем в 2 раза.

Диагностика констипации

Диагноз «Констипация» предполагает выяснение **трёх ключевых вопросов**:

1. Каково **число дней в неделю** с дефекацией?
2. Каково **обычное время суток** реализации акта дефекации?
3. Какое **слабительное средство** принимаете?

Исключить органическую патологию толстой кишки помогают:

- 1) Пальцевое исследование прямой кишки в трёх положениях
- 2) Клинический анализ крови
- 3) Биохимический анализ крови
- 4) Бактериологическое исследование микробиоты кишечника
- 5) Анализ кала на яйца глистов
- 6) Ультразвуковое обследование органов брюшной полости
- 7) Ректороманоскопия
- 8) Колоноскопия

Терапия пациентов с констипацией

Принципы терапии:

- 1. Комплексно**
- 2. Индивидуально**
- 3. Последовательно**
- 4. С контролем частоты и фазы дефекации по хроноэнтерограмме**

Комплексная терапия:

1. Нормализация режима питания и питьевого режима
2. Соблюдение суточного режима «ритма сна-бодрствования»
3. Активизация двигательной активности и контроль Индекса Массы Тела
4. Восстановление натуральной «Кишечной Привычки» по утрам после завтрака

Индивидуальный подход:

1. Выявление и устранение главной причины констипации (несвоевременности стула)
2. Убеждение пациента в необходимости «Жить с ежедневным утренним стулом»
3. Учёт частоты и фазы дефекации по хроноэнтерограмме
4. Учёт психологических особенностей пациента (малая психотерапия).

Последовательность терапии:

1. Сначала выявление особенностей констипации, затем выработка тактики терапии
2. Сначала контроль частоты и фазы дефекации, затем их нормализация
3. Сначала нормализация диеты, питьевого режима и двигательной активности
4. Сначала восстановление режима сна, затем утренний режим «Кишечной Привычки»

Контроль частоты и фазы дефекации:

1. Обязательный недельный мониторинг частоты и фазы дефекации (хроноэнтерограмма)
2. Обучение пациента вести Дневник «Питание-Элиминация»
3. Построение графика «Хроноэнтерограмма» за период 7 дней одной недели
4. Вовлечение пациента в контроль частоты и фазы дефекации по хроноэнтерограмме

Нормализация диеты при констипации

1. Рекомендовать диету, способствующую акту дефекации:

- «Диета с зеленью» (100 г салата из сырых овощей перед каждым приёмом пищи)
- 1,5 – 2,0 литра жидкости в сутки, 4 – 5 приёмов пищи в день (с аппетитом)
- продукты, содержащие органические кислоты:
 - (однодневный кефир, йогурт с лакто- и бифидо- микробиотой),
 - (фруктовые соки, хлеб грубого помола: ржаной или с отрубями)
- продукты, богатые оболочками растительных клеток (Пищевые Волокна):
 - (овоци, фрукты, чернослив, курага, урюк, 1 яблоко в день обязательно)
 - (каши: овсяная, гречневая, ячневая, пшенная, перловая)
 - (сахаристые вещества: свёкла, морковь, мёд, сиропы, сладкие блюда)

2. Исключить из рациона:

- а) продукты, богатые холестерином (животные жиры, гриль, шашлык, барбекю)
- б) продукты, задерживающие опорожнение кишечника:
 - (крепкий чёрный чай, черника, красные вина)
 - (слизистые супы, манную и рисовую каши)
 - (макаронны, вермишель, картофельное пюре, кисели)
- в) продукты, вызывающие избыточное газообразование
 - (бобовые, капуста, шпинат, щавель)

Восстановление ежеутреннего рефлекса на дефекацию

Выбор оптимального (утреннего) времени для реализации акта дефекации.

Строгое соблюдение утреннего режима дефекации каждый день после завтрака.

Мягкий массаж живота для улучшения оттока желчи и желчного пузыря.

250 мл воды натощак (обычной или минеральной или фруктовый сок).

Обильный завтрак с последующими обязательными гигиеническими процедурами.

Коррекция синдрома констипации с помощью гидрокарбонатно-натриевой минеральной воды Билинска Киселка

Минеральный состав воды Билинска Киселка (мг/л):

Катионы:		Анионы:	
Na⁺	1720-1900	HCO₃⁻	4170-4640
Ca⁺	130-160	CL⁻	210-250
K⁺	90-110	SO₄⁻	570-690
Mg₂⁺	45-55	F⁻	4,4-6,3
Li⁺	3,6-4,8		

Природный CO₂ **2 – 3 г/л**

Общая минерализация **7,0 – 7,3 г/л**

Показания к применению:

- Колиты и энтероколиты
- Гастрит, Холецистит
- Язвенная болезнь
- Ожирение
- Панкреатит
- Сахарный диабет

Дозировка: по 300 мл 3 раза в день **Билинска Киселка** в течение 6 – 12 дней

У лиц **молодого** возраста (**около 25 лет**) устранена констипация у 20 из 30 пациентов, **эффективность** гидротерапии у **молодых** пациентов составила **67%**.

У лиц **среднего** возраста (**около 35 лет**) констипация устранена у 14 из 30 пациентов, **эффективность** терапии минеральной водой у лиц **среднего возраста** составила **47%**.

У **пожилых** пациентов (**около 70 лет**) констипация устранена у 6 из 30 больных, **эффективность** терапии водой Билинска Киселка у **пожилых** пациентов составила **20%**.

Медикаментозная терапия пациентов с констипацией

(если строгое соблюдение немедикаментозной терапии не устраняет констипацию)

1. Начинать коррекцию синдрома констипации следует с **минеральной воды**

(Бикарбонатно-натриевая вода **Билинска Киселка** по 300 мл 3 раза в день – 1-2 недели).

2. Макроголь-4000 (Форлакс) или Макроголь-3350 (Эндофальк) – эффективность 87%.

(1-2 пакетика в день **в 200 мл воды** до ежедневного стула в течение 2-х недель).

3. Псиллиум (Мукофальк) – по 1 пакету 2-6 раз в день, **запивая 200 мл воды**, 14-21 день.

Критерии эффективности терапии:

1 – ежедневный утренний стул

2 – улучшение самочувствия

3 – повышение уровня качества жизни

Побочные эффекты слабительных средств:

1. Аллергические реакции – сыпь, крапивница (Мотилиум)

2. Альбуминурия (Сеннозиды А+В, Регулакс)

3. Гематурия (Сеннозиды А+В, Регулакс)

4. Гипокалиемия (Сеннозиды, Бисакодил, Лаксигал, Лактулоза)

5. Непроходимость кишечника (Дериваты клетчатки, Лактулоза)

6. Пневмонии липидные (Вазелиновое масло у пожилых)

7. Меланоз толстой кишки (Сеннозиды А+В, Регулакс)

8. Повреждение межмышечного сплетения (Сеннозиды А+В)

9. Судороги, гипотония, миастения (Бисакодил)

10. Усиление токсичности сердечных гликозидов (Антрахиноновые)

11. Галакторея, гинекомастия (Мотилиум).

Индукторы констипации (по Питеру Мак Нелли)

(МЕДИКАМЕНТЫ-ОБСТИПАНТЫ, способствующие развитию мегаколона):

1. Нестероидные анальгетики	Фенопрофен, Напроксен, Сулиндак
2. Опиатные анальгетики	Морфин, Меперидин, Пропоксифен
3. Антидепрессанты	Амитриптилин, Протриптилин
4. Нейролептики	Тиоридазин, Хлорпромазин, Клозапин
5. Противосудорожные	Фенобарбитал, Фенитоин
6. Антациды	Сукралфат, содержащие Al и Ca
7. Антагонисты кальция	Нифедипин, Верапамил, Фелодипин
8. Ганглиоблокаторы	Триметафан, Бензогексоний
9. Ингибиторы MAO	Сертралин, Бупропион, Фенелзин
10. Антипаркинсонические	Проциклидин, Бенатропин
11. Катионсодержащие	Сульфат Бария, Соли Висмута
12. Анестетики общие	Соли тяжелых металлов

Варианты Хроноэнтерограмм ежедневного (циркадианного) ритма дефекации **в Норме:**

Однократная дефекация (7 дней в неделю со стулом)

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
__Λ__						

Двукратная дефекация (7 дней в неделю со стулом)

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
__ΛΛ__						

Трёхкратная дефекация (7 дней в неделю со стулом)

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
__ΛΛΛ__						

Варианты Хроноэнтерограмм у пациентов с Констипацией

Констипация I степени тяжести (Лёгкая – дефекация 5-6 раз в неделю)

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
—Λ—	—Λ—	—	—	—Λ—	—Λ—	—Λ—

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
—Λ—	—Λ—	—Λ—	—Λ—	—	—Λ—	—Λ—

Констипация II степени тяжести (Умеренная – дефекация 3-4 раз в неделю)

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
—Λ—	—	—	—	—Λ—	—	—Λ—

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
—Λ—	—Λ—	—	—Λ—	—	—Λ—	—

Констипация III степени тяжести (Тяжелая – дефекация 1-2 раз в неделю)

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
—Λ—	—	—	—	—	—	—

Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
—	—Λ—	—	—	—	—Λ—	—

12 АСПЕКТОВ ПРОФИЛАКТИКИ КОНСТИПАЦИИ (Запора)

1. «Констипация – это отсутствие дефекации в течение 24 часов»
Роберт Хэгглин «Дифференциальная диагностика внутренних болезней»
2. Констипация – Универсальный Патогенный Блок, способствующий возникновению внутренних болезней: дисбиоз, ожирение, артериальная гипертензия, инфаркт миокарда, инсульт, диабет, геморрой, дивертикулёз, метаболический синдром.
3. Запор начинается тогда, когда у человека не было утреннего опорожнения кишечника.
4. Все, что уже не нужно организму за период ночи передвигается к прямой кишке и уже к утренним часам готово покинуть кишечник. Стул созревает за период ночи.
5. Надо выучить стих Александра Сергеевича Пушкина:
Блажен лишь тот, кто поутру
Имеет стул без принужденья!
Тому и пища по нутру,
И все доступны наслажденья!
6. Те, у кого есть физиологически нормальная Кишечная Привычка (Bowel Habit) к утренней дефекации, практически не страдают констипацией.
7. Те, у кого нет нормальной Кишечной Привычки к естественному очищению организма, постепенно начинают страдать от хронической констипации.
Тот, кто не любит наслажденье
От утреннего стула ощущать,
Тот, самоотравляясь, должен знать,
Что день без стула – это преступленье!
8. Почему опорожнение кишечника должно быть именно каждым утром? Потому, что это нормальный *физиологический ритм* – Околосуточный Ритм Природы. Как написала Юнна Мориц: *Потому что, потому*
Так Природа захотела:
Это творческое дело
Не поручишь никому,
Даже другу своему!
9. Необходимо осознать, что только ежедневное опорожнение кишечника способно избавить человека от хронической констипации (запора):
Ни дня без утреннего стула
Не стоит в жизни проводить.
Нет благотворней процедуры,
Чтоб без болезней долго жить!
10. Восстановление физиологически нормальной ПРИВЫЧКИ к утреннему стулу является одним из обязательных факторов оптимального ЗДОРОВЬЯ человека.
11. Выработать полезную для здоровья ПРИВЫЧКУ может каждый человек, который в течение 1 месяца каждое утро после завтрака приучит самого себя опорожнять кишечник.
12. Для выработки ПРИВЫЧКИ к утреннему стулу желательно питаться 5 раз в день преимущественно Овощами и Фруктами, которых надо употребить около 0,5 кг/день.

Литература

1. Аминев А.М. и др. Прямая кишка. Злокачественные опухоли. БМЭ, Т.21, с. 267, 1983.
2. Гребенев А.Л., Мягкова Л.П. Болезни кишечника. М. Медицина, 400 с., 1994.
3. Гриневич В.Б., Ткаченко Е.И., Перико А.М., Мехтиев С.Н. Форлак – новое средство в терапии запоров. Росс. Ж. ГГК, №2, с. 90-92, 1999.
4. Гриневич В.Б., Симаненков В.И., Успенский Ю.П., Кутуев Х.А. Синдром раздраженного кишечника. Клиника, диагностика, лечение. Санкт-Петербург, 59 с., 2000.
5. Ивашкин В.Т., Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. (ред). Краткое руководство по гастроэнтерологии, М-Вести, Москва, 458 с., 2001.
6. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению взрослых пациентов с хроническим запором. Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2017;27(3):75–83.
7. Ивашкин В.Т., Шелыгин Ю.А., Маев И.В. и др. Диагностика и лечение запора у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России). Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(6):69–85.
8. Комаров Ф.И., Гребенев А.Л. Руководство по гастроэнтерологии. М., Т 3, 720 с., 1996.
9. Комиссаренко И.А. Левченко С.В. Коморбидный пациент с неалкогольной жировой болезнью печени. М.: Прима Принт, 2022. – 84 с.
10. Конев Ю.В., Лазебник Л.Б. Роль эндотоксина кишечной микробиоты в патогенезе атеросклероза. Терапия. 2015, № 2 (2). С. 19-27.
11. Лазебник Л.Б., Звенигородская Л.А. Метаболический синдром и органы пищеварения. М.: Анахарсис, 2009, 184 с.
12. Лазебник Л.Б., Левченко С.В. Запор – что должен знать врач общей практики? Терапия, 2015, № 2, (2), С. 80-86.
13. Лазебник Л.Б., Туркина С.В., Голованова Е.В. и др. Запоры у взрослых. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2020, №3 (175). С. 10-33.
14. Лазебник Л.Б., Туркина С.В., Ардатская М.Д. и др. Клинические рекомендации: запоры у взрослых. Терапия. 2020. Т. 6. № 4 (38). С. 77-101.
15. МакНелли Питер Р. Секреты гастроэнтерологии. / Пер. с англ. – 1023 с., 1998.
16. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л. Геморрой. Запоры. «Медпрактика», М., 160 с., 2000.
17. Рысс Е.С., Шулуток Б.И. Болезни органов пищеварения. Санкт-Петербург, 336 с, 1998.
18. Рысс Е.С. Введение в гастроэнтерологию. Санкт-Петербург, СпецЛит, 2005, 175 с.

19. *Саблин О.А., Ильчишина Т.А., Ткаченко Е.И. и др.* Применение чешских минеральных вод «Билинска киселка» и «Зайечицка горька» в гастроэнтерологии. Методические рекомендации. – СПб, 2006. – 20 с.
20. *Скуя Н.А., Бурмейстер М.Ф., Жихар Л.Ю.* Влияние «диеты с зеленью» на некоторые клинические и обменные показатели у больных гастроинтестинальными заболеваниями. Вопросы питания, № 6, С.22-26, 1984.
21. *Ткаченко Е.И., Лисовский В.А.* Ошибки в гастроэнтерологии. СПб.: Невский диалект, 2002, 397 с.
22. *Ткаченко Е.И., Успенский Ю.П. (ред)* Питание, микробиоценоз и интеллект человека СПб. СпецЛит, 2006. 590 с.
23. *Уголев А.М.* Эволюция пищеварения и принципы эволюции функций. Л., 544 с., 1985.
24. *Успенский Ю. П., Барышникова Н. В., Ниязов Р. М., Кизимова О. А.* Нарушение циркадианных ритмов дефекации у пациентов с ожирением. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022;199(3): 68–73.
25. *Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Ниязов Р.М., Фоминых Ю.А.* Изменение микробиоты кишечника у пациентов с ожирением и констипационным синдромом. University Therapeutic Journal. 2022. Т. 4. № 5. Р. 95.
26. *Фоминых Ю.А., Горбачева И.А., Шемеровский К.А. и др.* Проблема констипации и метаболический синдром // РМЖ. Медицинское обозрение. 2018. № 7(1). С. 46–48.
27. *Фролькис А.В.* Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта. Л. Медицина, 224 с., 1991.
28. *Хаммад Е.В., Григорьева Г.А.* Анализ причин хронических запоров. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000. № 4. С. 84-87.
29. *Циммерман Я.С.* Клиническая гастроэнтерология. Глава 12. Хронический запор. Москва. ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 255-277.
30. *Шемеровский К.А., Корнелиссен Г., Хальберг Ф.* Околосуточный ритм эвакуаторной функции кишечника и хронориск её аритмии. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Т. 10, №1, С. 52-54, 2000.
31. *Шемеровский К.А.* Хронофизиологический фактор риска запора. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Т. 10, № 3, С. 84-87, 2000.
32. *Шемеровский К.А.* Хроноэнтерография – мониторинг околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2002. Т. 133. № 5. С. 582-584.

33. *Шемеровский К.А.* Околосуточный ритм реактивности у лиц с регулярной и нерегулярной эвакуаторной функцией кишечника. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. 2002. Т. 134. № 12. С. 654-656.
34. *Шемеровский К.А.* Хронофизиологический подход в диагностике, лечении и профилактике кишечной брадиаритмии. Медицинский академический журнал. № 3, С. 133-136. 2003.
35. *Шемеровский К.А.* Кишечная брадиаритмия и риск ожирения. Бюллетень Санкт-Петербургской ассоциации врачей-терапевтов. Т. 2. № 2. С. 94-96. 2005.
36. *Шемеровский К.А.* Факторы риска нерегулярности околосуточного ритма эвакуаторной функции кишечника. Клиническое питание. № 1. С. 31-33. 2005.
37. *Шемеровский К.А.* запор – фактор риска колоректального рака. Клиническая медицина. 2005. Т. 83. № 12. С. 60-64.
38. *Шемеровский К.А.* От медицины, основанной на доказательствах, через хрономедицину к медицине профилактической. Российский медицинский форум. 2007. № 3. С. 20-24.
39. *Шемеровский К.А.* Хронофизиология и хронопатология пищеварения // Донозоология. 2007. №1. С.44–54.
40. *Шемеровский К.А.* Проблема запора: хронофизиологический подход // Врач. 2011. №10. С.19–24 .
41. *Шемеровский К.А.* Брадиэнтерия как функциональный фактор риска метаболического синдрома. Эфферентная терапия. 2007. Т. 13. № 1. С. 72-73.
42. *Шемеровский К.А.* The temporal organization of defecation function of the intestine and the efficiency of its recovery in individuals with bradyenteria. Владикавказский медико-биологический вестник. 2008. Т. 8. № 14. С. 22-26.
43. *Шемеровский К.А.* Кишечный аспект здорового старения. Вестник Санкт-Петербургской гос. медицинской акад. им. И.И. Мечникова. 2008. № 3 (28). С. 143-146.
44. *Шемеровский К.А.* Возрастная брадиаритмия кишечника как фактор риска колоректального рака. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009. № 5. С. 38-41.
45. *Шемеровский К.А.* Психическое здоровье и регулярность эвакуаторной функции кишечника. Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2009. Т. 16. № 4. С. 136-9.
46. *Шемеровский К.А., Тоштемурова З.М., Табаров М.С.* Сравнительная характеристика факторов риска варикозной болезни. Вестник Авиценны. 2010. № 1 (42). С. 115-119.
47. *Шемеровский К.А.* Хронофизиологические аспекты метаболического синдрома. Профилактическая и клиническая медицина. 2010. № 3-4 (36-37). С. 169-173.

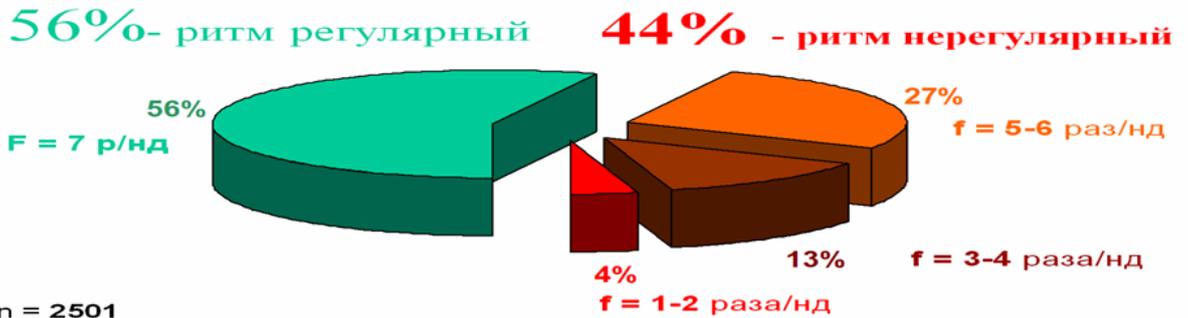
48. *Шемеровский К.А.* Брадиэнтерия – доминирующий фактор риска геморроя. Колопроктология. 2010. № 4 (34). С. 22-25.
49. *Шемеровский К.А.* Рациональные подходы к терапии брадиэнтерии. Эффективная фармакотерапия. 2011. № 5. С. 23-26.
50. *Шемеровский К.А., Митрейкин В.Ф., Успенская Ю.К.* Зависимость уровня приёма лекарств от регулярности циркадианного ритма кишечника. Вестник Российской Военно-медицинской академии. 2012. № 1 (37). С. 12-115.
51. *Шемеровский К.А.* Хронофизиологический подход к патогенезу внутренних болезней. Клиническая больница. 2013. № 1 (4). С. 164-165.
52. *Шемеровский К.А., Фирова Э.М.* Уровни тревоги и депрессии у пациентов с метаболическим синдромом. Медицинский академический журнал. 2013, Спецвыпуск. С. 83-84.
53. *Shemerovskii K.A.* Irregular Bowel Habit Increases Risk of Obesity. United European Gastroenterology Journal. 2015. № A504. P. 1223.
54. *Шемеровский К.А.* Хрономедицинские аспекты проблемы констипации. Клиническая патофизиология. 2016. Т. 22. № 2. С. 126-131.
55. *Шемеровский К.А.* Донозологическая профилактика внутренних болезней. Фарматека. 2017. № 13 (346). С. 17-21.
56. *Шемеровский К.А., Фирова Э.М.* Нерегулярный ритм кишечника и полипрагмазия у пациентов кардиологического профиля. Медицина: теория и практика. 2018. Т.3. № 1. С. 117-118.
57. *Шемеровский К.А.* Хронобиологическая стратегия лечения больных с запорами. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018. № 5 (153). С. 98-103.
58. *Шемеровский К.А., Шулутко Б.И., Чурилов Л.П., Утехин В.И.* Зависимость иммунного статуса от регулярности ритма кишечника. Российские биомедицинские исследования.
59. *Шемеровский К.А., Бочкарёв М.В.* Циркадианный десинхроноз мозга и кишечника. Клиническая патофизиология. 2019. Т. 25. № 1. С. 22-25.
60. *Шемеровский К.А.* Ослабление иммунной системы у лиц с синдромом брадиэнтерии. . Российские биомедицинские исследования. 2020. Т. 5. № 4. С. 16-21.
61. *Шемеровский К.А.* Хрономедицинский подход к коррекции запора. Терапия. 2020. Т. 6. № 1 (35). С. 136-140.
62. *Шемеровский К.А., Брус Т.В., Пюрвеев С.С.* Синдром брадиэнтерии ослабляет иммунную систему и понижает уровень качества жизни студентов-педиатров. Российские биомедицинские исследования. 2021. Т. 6. № 2. С. 15-19.

63. Шемеровский К.А., Гананольский В.П., Харин М.А. Регулярность ритма мозга и кишечника и уровень счастья. Медицинская сестра. 2022. Т. 24. № 5. С. 15-19.
64. Шемеровский К.А., Кантемирова Р.К., Селиверстов П.В. ВЛИЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДЫ БИЛИНСКА КИСЕЛКА НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ И ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ. Современная медицина: традиции и инновации. 70 Юбилейная научно-практическая конференция с международным участием. Душанбе, 25 ноября 2022 г. Том 3, С. 612-614.
65. Шемеровский К. А., Р. К. Кантемирова, П. В. Селиверстов, В. В. Васильев. Немедикаментозное восстановление ритма стула с помощью натуральной минеральной воды у молодых и пожилых пациентов. ТЕРАПИЯ, Приложение к журналу, Сборник тезисов 17 Национального Конгресса Терапевтов с международным участием. Москва, 12-14 октября 2022 г. С.101-102.
66. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Справочник терапевта. 5-е издание, переработанное и дополненное. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014. -528 с.
67. Яццкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. Москва, МЕДпресс-информ. 2004. – 376 с.
68. Tunaley A. Constipation – the secret national problem. Nutrition. Vol. 28. P. 91-95. 1974.
69. Guerin A, Mody R, Fok B. Risk of developing colorectal cancer and benign colorectal neoplasm in patients with chronic constipation. Alim. Pharm. Ther. 2014 Jul; 40(1):83-92.
70. Jacobs EJ, White E. Constipation, laxative use, and colon cancer among middle-aged adults. Epidemiology 1998 Jul;9(4):385-91. Constipation increases Colorectal Cancer risk 4,4 times.
71. Honkura K., Tomata Y., Sugiyama K. Defecation frequency and cardiovascular disease mortality in Japan: The Ohsaki cohort study. Atherosclerosis. 2016. N246. P. 251–256.
72. Kubota Y., Iso H., Tamakoshi A. Bowel Movement Frequency, Laxative Use, and Mortality From Coronary Heart Disease and Stroke Among Japanese Men and Women: The Japan Collaborative Cohort (JACC) Study. J Epidemiol. 2016 May 5; 26(5):242-248.
73. Shemerovskii K.A. Chronoenterography: Monitoring of Circadian Rhythm of the Intestinal Evacuatory Function. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2002. V. 133. № 5. 503-505.
74. Shemerovskii K.A. Circadian Rhythm of Rectal Reactivity in Individuals with Regular and Irregular Bowel Evacuation Function. Bulletin of Experimental Biology and Medicine. 2002. V. 134. № 6. 565-567.
75. Shemerovskii K.A., Kantemirova R.K., Seliverstov P.V. Bradyenteria Syndrome and Comorbidity. United European Gastroenterology Journal (UEG J), Vol. 10. October, 2022. An international forum for clinical practice and research in gastroenterology. Abstract issue 8, 2022, P. 1081. P1003.

ЗАПОР

(Констипация K59.0)

Заболеваемость



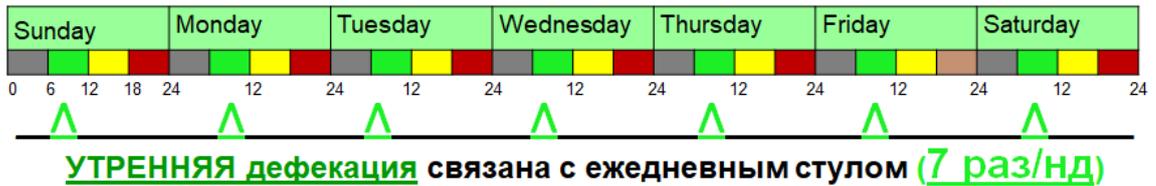
■ Здоровые ■ Запор I ст ■ Запор II ст ■ Запор III ст

Шемеровский К.А., Хронофизиологические особенности гастроинтестинальной миелектрической активности и эвакуаторной функции кишечника. Автореферат Диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Санкт-Петербург, 44 с. 2004.

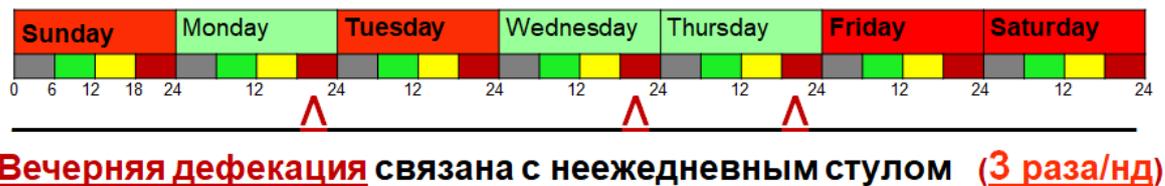
«Запор - отсутствие дефекации в течение 24 часов»

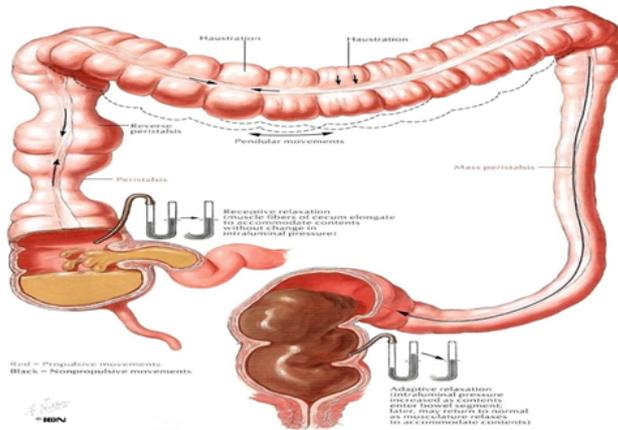
Роберт Хегглин, Дифференциальная диагностика внутренних болезней, с. 557, 1999.

Эуэнтерия (7 раз/нд)



Брадиэнтерия (3 раза/нд)





Маев И.В., Самсонов А.А. Синдром хронического запора, 2005, 96 с. (Netter F, 1997)

За время ночного сна реализуется 5–6 **масс-пропульсивных перистальтических сокращений** толстой кишки.

Экскременты, готовые к эвакуации из кишечника, **к утренним часам** уже находятся в самых дистальных отделах толстой кишки.

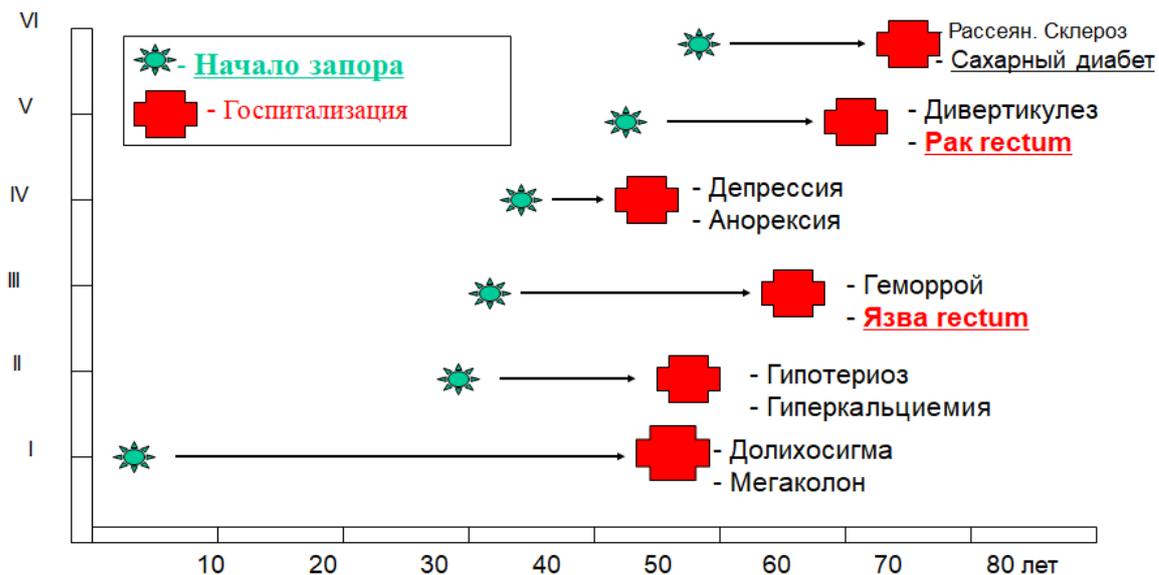
Каждые сутки из организма в норме выводиться около 1000 мг холестерина: около **500 мг с желчными кислотами** и около **500 мг со стеринами фекалий.**

Климов А.Н., Никульчева Н.Г.

Constipation increases Risk of Cardiovascular Diseases & Mortality

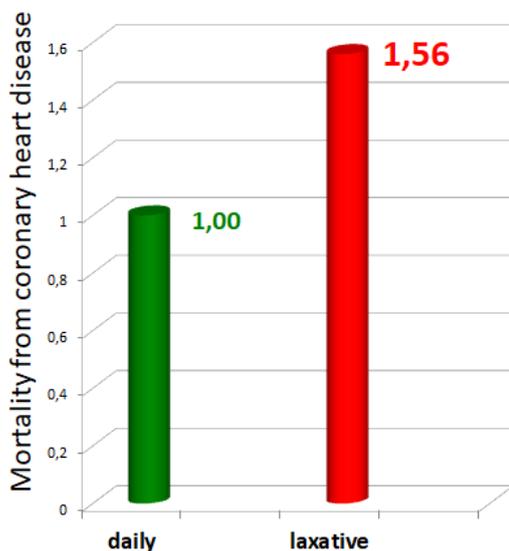
1. Salmoirago-Blotcher E., Crawford S., Jackson E., et al.
Constipation and risk of cardiovascular disease among postmenopausal women.
Am J Med. 2011 Aug;124(8):714-2 **Constipation increases cardiovascular risk by 23%.**
2. Honkura K., Tomata Y., Sugiyama K. et al.
Defecation frequency and cardiovascular disease mortality in Japan: The Ohsaki cohort study.
Atherosclerosis. 2016. N246. P. 251–256. **Constipation increases the risk of mortality by 21%-39%.**
3. Ma W, Li Y, Heianza Y., et al.
Associations of Bowel Movement Frequency with Risk of Cardiovascular Disease and Mortality among US Women.
Sci Rep. 2016 Sep 6;6:33005. **Constipation increases the risk of mortality by 17%.**
4. Kubota Y., Iso H., Tamakoshi A.
Bowel Movement Frequency, Laxative Use, and Mortality From Coronary Heart Disease and Stroke Among Japanese Men and Women: The Japan Collaborative Cohort (JACC) Study.
J Epidemiol. 2016 May 5;26(5):242-8. **Constipation increases the cardiovascular mortality by 56%.**

Запор - индуктор коморбидных болезней



Хаммад Е.В, Григорьева Г.А. *Анализ причин хронических запоров.*
 Российский Ж. Гастроэнтерологии Г К, 2000, № 4, с. 84-87

Constipation increases the cardiovascular mortality by 56%.



29 668 men and 42 346 women,
 aged 40 to 79 years,
 without a history of CVD, 1990-2009

bowel movement frequency:

daily, laxative users

1.56 (95% CI, 1.21-2.03)

for coronary heart disease

**Чем больше слабительных -
 тем выше сердечная смертность**

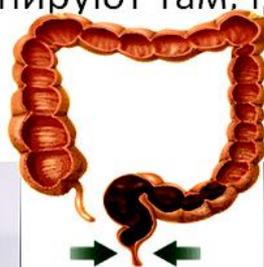
Yasuhiko Kubota, Hiroyasu Iso, Akiko Tamakoshi
 Bowel Movement Frequency, Laxative Use, and Mortality From
 Coronary Heart Disease and Stroke Among Japanese Men and Women
 J Epidemiol, 26 (5), 242-8, 2016 May 5

«**Хронический запор** является **фактором риска** развития **колоректального рака**, а факторы протекции хронического запора, являются одновременно факторами, способствующими профилактике **рака толстой кишки**»

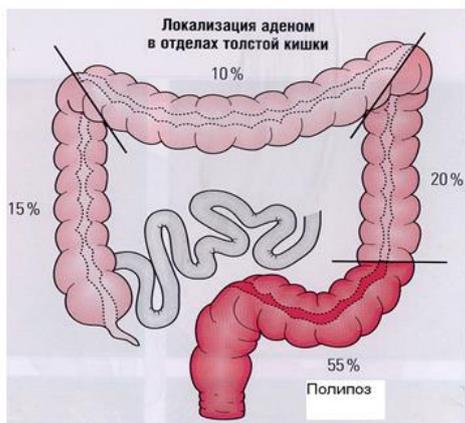
Маев И.В., Самсонов А.А., 2005. «Синдром хронического запора»

Факторы риска колоректального рака	и его протекторы
<p>Животные белки Животные жиры Красное мясо барбекю гриль шашлык Избыточный вес Гиподинамия Злоупотребление алкоголем Табакокурение</p>	<p style="text-align: right;">(RosenP, 2004)</p> <p>Овощи Фрукты Пищевые волокна Рыба Курятина Кальций Антиоксиданты Физическая активность Фолаты</p>

Рак и предрак доминируют там, где локализуется **запор**



Герхард Потт
«Атлас колоноскопии»

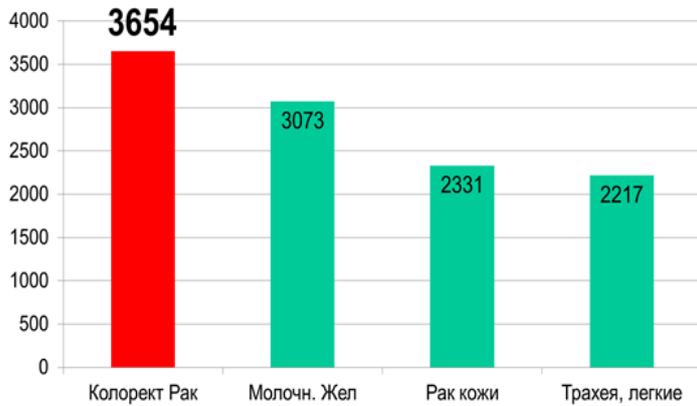


Полипоз толстой кишки (предрак)



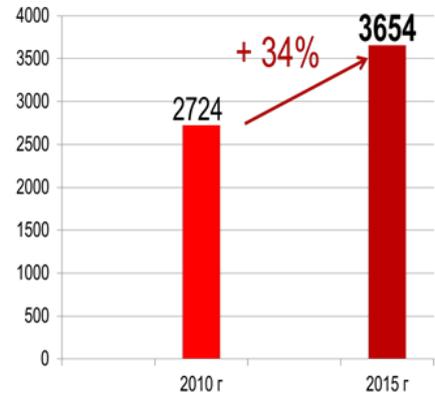
Колоректальный рак

Колоректальный рак – лидер онкологической заболеваемости



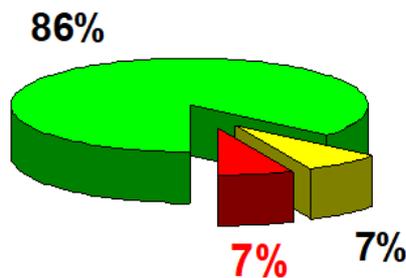
Беляев А.М., Манихас Г.М., Мерабишвили В.М.
Злокачественные заболевания в Санкт-Петербурге. СПб, 2016, 208 с.

в Санкт-Петербурге, 2015 г.

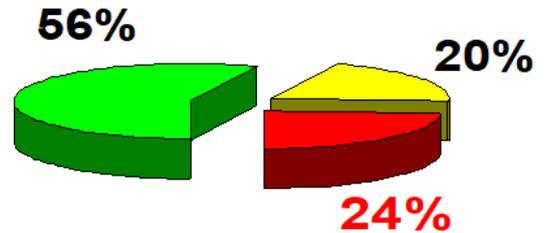


Рост заболеваемости Раком толстой кишки с 2010 по 2015 г составил 34%

Риск ожирения и регулярность стула



Регулярный стул - 7 раз в неделю



Нерегулярный стул 2-6 раз в неделю

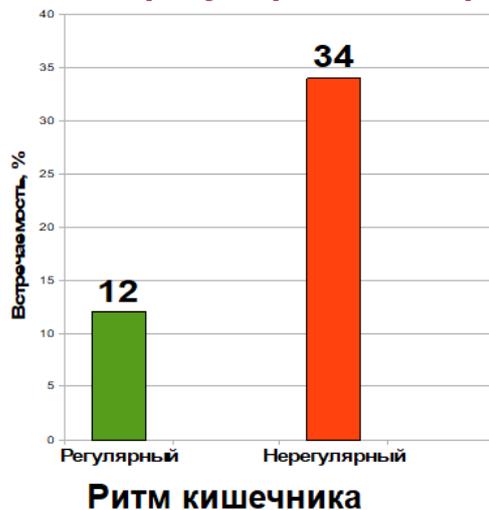
■ Норма ■ Избыток ■ Ожирение

БРАДИЭНТЕРИЯ – Отсутствие ПРИВЫЧКИ к ежедневной дефекации повышает риск ожирения в 3,4 раза

Шемеровский К.А. Хрономедицинские аспекты метаболического синдрома.

Глава 13. Метаболический синдром. Санкт-Петербург, 2020, С. 158-162.

Встречаемость Артериальной Гипертензии у лиц с регулярным и нерегулярным ритмом кишечника



Артериальная Гипертензия встречалась у 12% лиц с регулярным ритмом кишечника

Артериальная гипертензия встречалась у 34% лиц с нерегулярным ритмом кишечника.

Запор повышал риск АГ почти в 3 раза!!!

Шемеровский К.А.

Ученые записки, Том XVI, №4, 2009, 136-139.

Запор и риск кардиоваскулярных болезней в Дании

Запор повышал риск:

Инфаркта миокарда в **1,24** раза

Ишемического инсульта в **1,50** раза

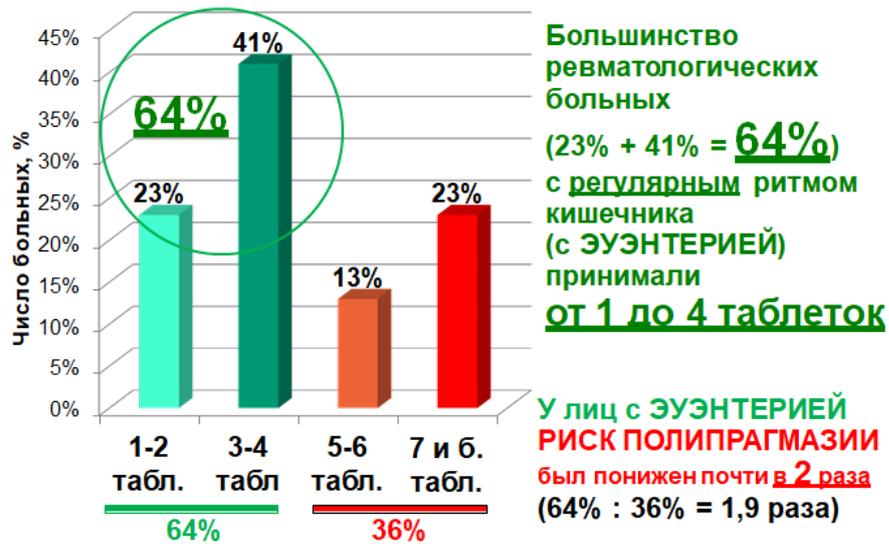
Геморрагического инсульта в **1,46** раза

Сердечной недостаточности в **1,52** раза

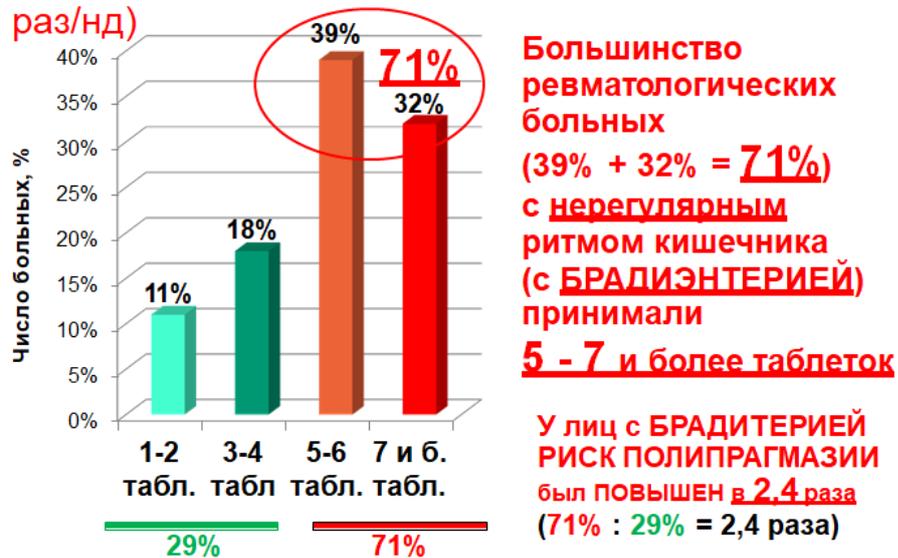
Jens Sundbell, Szimonetta Kornáthné Szépligeti, Kasper Adelborg, Péter Szentkúti, Hans Gregeresen, Henrik Toft Sørensen

Constipation and risk of cardiovascular diseases: a Danish population-based matched cohort study
BMJ 2020 Sep 1;10(9):e037080. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037080.

Число принимаемых лекарств больными с регулярным ритмом кишечника (7 раз/нд)



Число принимаемых лекарств больными с нерегулярным ритмом кишечника (1-6 раз/нд)



Шемеровский К. А., Селиверстов П.В.

Синдром брадиэнтерии как индуктор полипрагмазии.

Всероссийский конгресс с международным участием

«ДНИ Ревматологии в Санкт-Петербурге – 2022», 20-21 октября 2022,

Сборник тезисов под ред. академика РАН Мазурова В.И., проф. Трофимова Е.А., Санкт-Петербург, 2022, С.167-168.

Брадиэнтерия – и риск Полипрагмазии



Эуэнтерия



Брадиэнтерия

НЕРЕГУЛЯРНЫЙ РИТМ кишечника повышает **Риск Полипрагмазии** почти в **2 раза**

Лекарства - индукторы запора вызывают нетоксический мегаколон

- Нестероидные анальгетики** (Фенопрофен, Напроксен, Сулиндак)
- Опиатные анальгетики** (Морфин, Меперидин, Пропоксифен)
- Антидепрессанты** (Амитриптилин, Протриптилин)
- Нейролептики** (Тиоридазин, Хлорпромазин, Клозапин)
- Противосудорожные** (Феннобарбитал, Фенитоин)
- Антациды** (Сукралфат, содержащие AL и Ca)
- Антагонисты Кальция** (Нифедипин, Верапамил, Фелодипин)
- Ганглиоблокаторы** (Триметафан)
- Ингибиторы MAO** (Сертралин, Бупропион, Фенелзин)
- Антипаркинсонические** (Проциклидин, Бензтропин)

МакНелли Питер Р. Секреты гастроэнтерологии, 1023 с., 1999.

ЗАПОР

Возникновению ЗАПОРА способствует:

1) Недостаточный приём жидкости

2) Недостаточная физическая активность

3) Подавление рефлекса на дефекацию

Рысс Е.С. «Введение в гастроэнтерологию», СПб, 2005

Хронический Запор (ХЗ)

Распространенность ХЗ у взрослого населения **Москвы** составляет:

от 15% у лиц в возрасте 18–24 лет до 50% у лиц в возрасте 65 лет и старше.

В странах **Европы** запорами страдают от 28 до 50% взрослого населения

Факторы риска ХЗ :

1 - малоподвижный образ жизни,

2 - малое потребление растительной клетчатки,

3 - преобладание в пище животного белка,

4 - несоблюдение питьевого режима (1,5 – 2,0 л/сутки)

Парфенов А.И., Индейкина Л.Х., Павлов М.В.

Хронический запор. РМЖ. 2016. № 17. С. 1167–1171

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР

1. Коррекция диеты : - пищевые волокна **овощей и фруктов**
- увеличение приема жидкости
2. Увеличение физической активности: - ходьба, бег, плавание
3. Выработка **РЕГУЛЯРНОСТИ АКТА ДЕФЕКАЦИИ**
- ПО УТРАМ, ПОСЛЕ ЗАВТРАКА

Клинические рекомендации (ред. Академик Ивашкин В.Т.)
Стандарты ведения больных, Москва, 2008, Выпуск 2, 1345 с.

Лечение ожирения у больных с Метаболическим синдромом

Пищевые волокна особенно показаны при наличии

Запоров, Холестаза, Атеросклероза.

Суточную дозу отрубей подбирают индивидуально,

ориентируясь на частоту стула

(желательно, чтобы стул был **2 раза в сутки**)

Н.А. Беляков и др. *Метаболический синдром у женщин*. 2005.

Влияние минеральной воды **Билинска Киселка** (по 1 литру воды 7 дней)
на функцию кишечника у молодых и пожилых пациентов



Эффективность лечения = 67%



Пожилых надо лечить дольше



Эффективность лечения = 20%

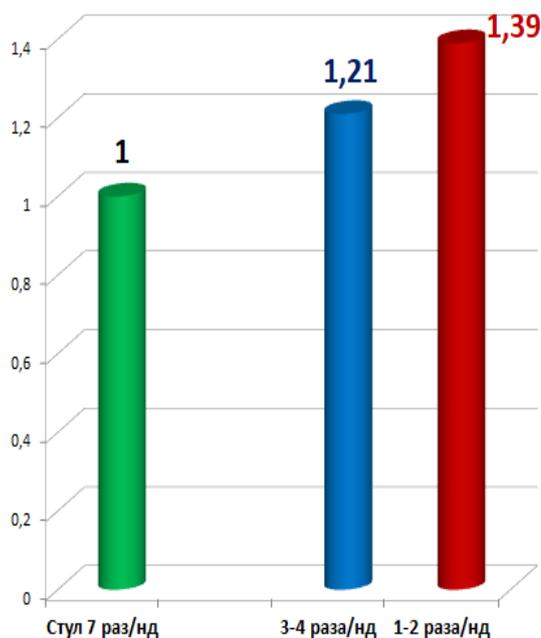
Bilinska Kiselka переводит Брадиэнтерию в Эуэнтерию и повышает уровень Качества Жизни



Минеральная вода **Билинска Киселка** повышает Качество Жизни

Shemerovskii K.A. Bradyenteria Syndrome & Cardiovascular Pathology ,
MEDICINE 2042, June 8-9, 2022, Tel Aviv, Israel, Poster N 3.

Риск смертности от ССЗ зависит от частоты дефекации
 (при Умеренном запоре +21%, при Тяжелом запоре +39%)



45 112 лиц (40-79 лет)
 Наблюдали **13 лет**,
 Умерло 2028,
 Обнаружена сильная связь
«Доза эффект»
 со смертностью от ССЗ.
 Многофакторный анализ.

Honkura K, Tomata Y, Sugiyama K, et al.
Defecation frequency and cardiovascular disease mortality in Japan: The Ohsaki cohort study.
 Atherosclerosis. 2016;246:251-6

ФАКТОРЫ РЕГУЛЯРНОСТИ ОПОРОЖНЕНИЯ КИШЕЧНИКА



Значимость своевременности стула
(утренняя дефекация) 48%
 для регулярности ритма
 кишечника соизмерима
 с суммарной значимостью
 Питания, Движения и Сна
(15% + 18% + 19% = 52%)

Шемеровский К.А.
 Хрономедицинские аспекты
 метаболического синдрома.
 Глава 13. С. 158-162.
 Метаболический синдром. 2020, 496 с.

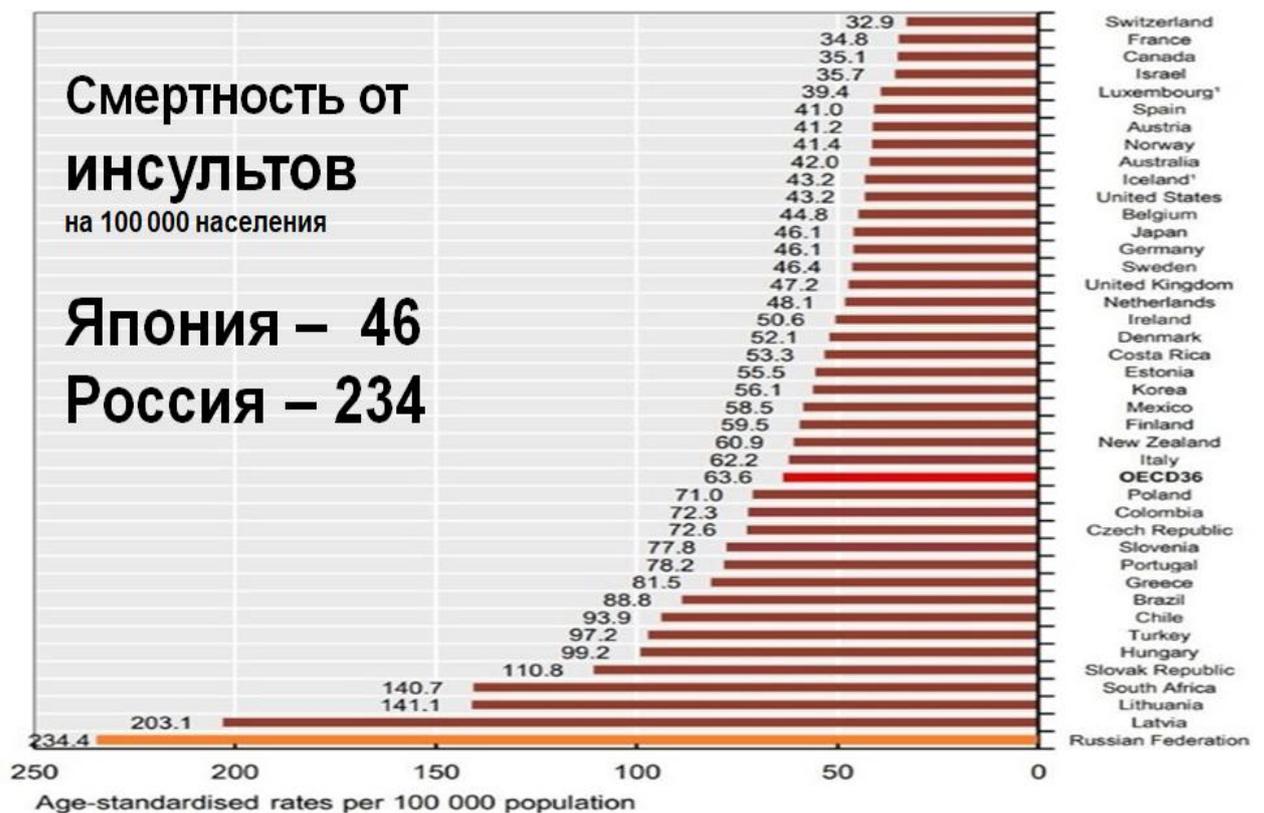
Смертность от Инфаркта Миокарда

на 100 000 населения

Япония – 31

Россия - 381





Брадиэнтерия (Запор) и Метаболический Синдром

Заболевания поджелудочной железы встречаются у 18 % больных с МС

Патология ТОЛСТОЙ КИШКИ - у 74% больных с Метаболическим Синдромом

Толстокишечная патология у больных с Метаболическим Синдромом проявляется:

- Метеоризмом;
- Абдоминальной болью,

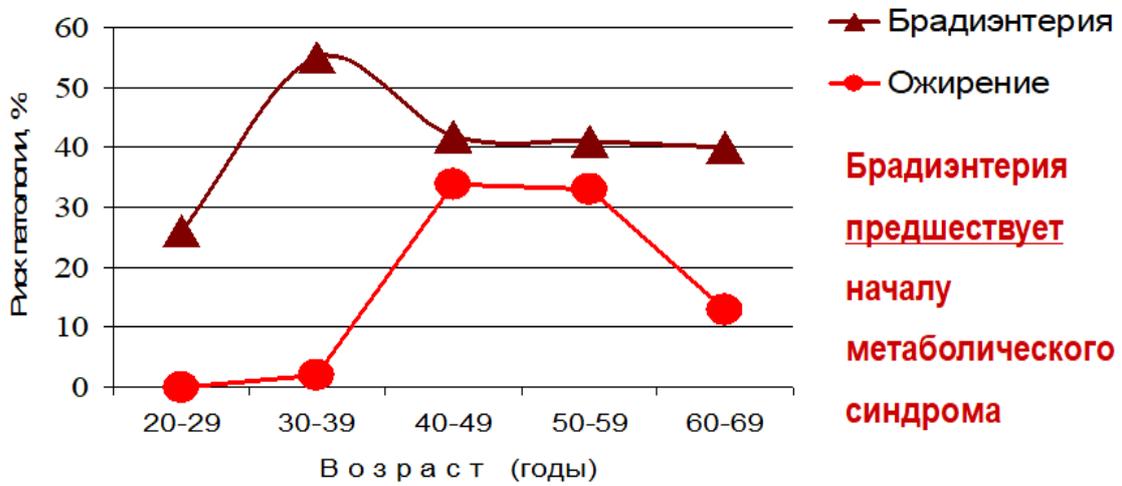
- Упорными запорами (74%),

требующими постоянного приема слабительных

Лазебник Л.Б., Звенигородская Л. А.

«Метаболический синдром и органы пищеварения», М.: 2009, 184 с.

Брадиэнтерия и ожирение у безразного возраста (n = 505)



▲ Брадиэнтерия
● Ожирение

**Брадиэнтерия
предшествует
началу
метаболического
синдрома**

Шемеровский К.А., Медицинский акад. журнал.
2003, 3: 133-141

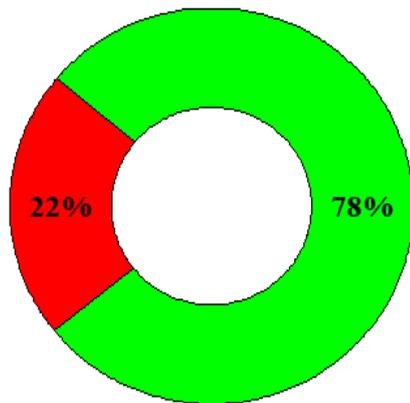


Ishiyama Y, Hoshide S, Mizuno H, Kario K.
[Constipation-induced pressor effects as triggers for cardiovascular events.](#)
J Clin Hypertens (Greenwich). 2019 Mar;21(3):421-425.

Синдром БРАДИЭНТЕРИИ:

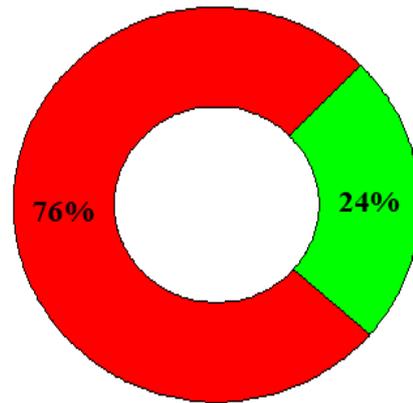
- 1 – Низкая частота дефекации (**1-6** раз/неделю)
- 2 – Аритмия циркадианного ритма дефекации
- 3 – Отсутствие привычки к утреннему стулу
- 4 – Склонность к приёму слабительных средств
- 5 – Повышение риска Артериальной гипертензии в 2,8 раза
- 6 – Повышение риска Ожирения в 3,4 раза
- 7 – Понижение уровня **Качества Жизни > 20%**

Зависимость регулярности стула от его режима



F = 7
N = 1399
■ Утро ■ Вечер

При **утреннем** режиме стула он **регулярен** (**7** раз/нд)



N = 326
■ Утро ■ Вечер
F = 3 - 4

При **вечернем** режиме стула он **нерегулярен** (**3-4** раз/нд)

Шемеровский К.А., Мед. Акад. Журнал, 2003.

Совет для восстановления регулярного стула:

*Ни дня без **утреннего стула**
Не стоит в жизни проводить:
Нет **благодарней процедуры**,
Чтоб без болезней долго жить!*

Доктор медицинских наук
Константин Александрович
Шемеровский

constshem@yandex.ru

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

Шемеровский Константин Александрович –

Доктор медицинских наук,

Профессор кафедры поликлинической терапии и пропедевтики

Частного Образовательного Учреждения Высшего Образования

«Санкт-Петербургский Медико-социальный институт»

Санкт-Петербург, 195 271, Кондратьевский проспект 72, литер А.

тел.: +7 (812) 448-39-63, моб.: +7 (921) 323-46-99

info@medinstitut.org;

constshem@yandex.ru