

ХРОНИЧЕСКИЙ ЗАПОР: ПРЕДСТАВЛЕНИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

О. Минушкин, доктор медицинских наук, профессор,
Г. Елизаветина, кандидат медицинских наук,
М. Ардатская, доктор медицинских наук, профессор,
О. Иванова, кандидат медицинских наук
Кафедра гастроэнтерологии УНМЦ
УД Президента РФ
E-mail: galinaelizavetina@yandex.ru

Рассматриваются проблема хронического запора, этиопатогенетические аспекты формирования данной патологии, ее современная классификация и новые методы лечения. Приведены основные группы слабительных препаратов с оценкой их терапевтических возможностей. Оцениваются эффективность и переносимость нового слабительного средства, содержащего микронизированную лактулозу, покрытую сгущенным жидким парафином с оригинальным механизмом действия.

Ключевые слова: запор, лактулоза, парафин.

Хронический запор (ХЗ) — это клинический синдром нарушения функций толстой кишки разного происхождения. Он характеризуется замедленным и затрудненным опорожнением толстой кишки, увеличением интервалов между актами дефекации (по сравнению с индивидуальной физиологической нормой), систематической или интермиттирующей неполной эвакуацией каловых масс (в связи с чем требуются дополнительные усилия — натуживание) с выделением скудного фрагментарного кала твердой консистенции. ХЗ констатируют в случаях наличия перечисленных признаков на протяжении более 3 мес [1–5].

При ХЗ в большинстве случаев частота дефекаций составляет менее 3 раз в неделю, в то время как существует индивидуальная норма для здоровых людей: 68% из них имеют ежедневно однократный оформленный стул, 27% — двукратный, 5% — 1 раз в 2–3 дня [1, 3, 6].

При ХЗ объем каловых масс — <35 г/сут (норма — 150–250 г/сут), содержание воды в кале — <40% (в норме — 70%) [8]. По разным данным, при ХЗ задержка стула на 2–3 дня наблюдается у 45% больных, на 3–5 дней — у 24% и на срок >5 дней — у 19%. У 12–17% больных ХЗ нет позывов на дефекацию, что свидетельствует о снижении чувствительности рецепторного аппарата толстой кишки к раздражению.

Запоры распространены чрезвычайно широко. По статистическим данным, в экономически развитых странах ХЗ страдают от 2 до 27% взрослой популяции, а также 60–75% больных, длительно находящихся в стационарах на постельном режиме [2, 11]. У пожилых людей после 60 лет частота ХЗ достигает 30–60%. Помимо низкой физической активности, имеют значение распространенность среди людей преклонного возраста заболеваний, сопровождающихся ХЗ, а также прием многочисленных лекарств, часть которых вызывают запор в качестве побочного эффекта [1, 2, 5, 8].

Существует большое количество классификаций запоров. Так, их различают:

• **по происхождению:**

- первичный ХЗ (врожденный мегаколон и долихосигма; синдром Пайра; болезнь Гиршпрунга; синдром Хилай-дити);
- вторичный ХЗ (болезни аноректальной зоны, системные заболевания; перенесенные кишечные инфекции и инвазии, прием лекарственных препаратов);
- идиопатический ХЗ.

• **по течению:**

- острый запор, продолжительность которого не превышает 4 нед;
- ХЗ, длящийся значительно дольше [1, 2, 7, 12, 13].

• **по этиологии:**

- алиментарный ХЗ, обусловленный систематическим нарушением пищевого режима;
- механический ХЗ, развивающийся при внутритолстой и внекишечной обструкции толстой кишки;
- дискинетический ХЗ, в основе которого лежат нарушения моторно-эвакуаторной функции толстой кишки;
- метаболический ХЗ (наблюдается при ряде эндокринных заболеваний);
- токсический ХЗ (хроническая профессиональная интоксикация солями тяжелых металлов);
- медикаментозный ХЗ (развивающийся при приеме лекарственных средств разных групп);
- проктогенный ХЗ (связанный с патологическими процессами в аноректальной зоне) [1, 2, 4, 10–14].

В основе патогенеза ХЗ лежат: расстройства процессов формирования и продвижения (транспорта) каловых масс по толстой кишке и нарушения акта дефекации, формирующиеся вследствие дисбаланса тормозящих и стимулирующих нейрогуморальных влияний на моторную функцию кишки; нарушения соотношения между пропульсивной и ретроградной моторикой при отсутствии видимых морфологических изменений кишки. Могут отмечаться уменьшение пропульсивной активности и замедление транзита по всей толстой кишке (гипомоторные кологенные запоры) или нарушение продвижения содержимого по ректосигмоидному отделу с нарушением функции изгнания (проктогенные запоры) [1, 2, 9, 13].

• **по патогенезу:**

- органические ХЗ, развитие которых обусловлено наличием органических патологических процессов в толстой кишке, механически препятствующих продвижению каловых масс (опухоль, рубцы, стриктуры);
- функциональные ХЗ, когда даже при самом тщательном обследовании не удается обнаружить органические изменения толстой кишки, а ХЗ обусловлен исключительно ее функциональными расстройствами [1, 3, 10].

Диагностические критерии функциональных запоров в соответствии с Римским консенсусом III (2006) представлены 2 или более признаками, которые существуют в течение не менее 3 мес и появились, по меньшей мере, за 6 мес до момента диагностики:

- стул менее 3 раз в неделю с выделением малого количества кала (масса стула — <35 г/сут);
- натуживание при более чем 25% актов дефекации;
- фрагментированный, твердый кал при более чем 25% актов дефекации;
- ощущение неполной эвакуации каловых масс при более чем 25% актов дефекации;

- ощущение аноректальной обструкции (блокады при более чем 25% актов дефекации);
- необходимость применения мануальных способов облегчения эвакуации содержимого при более чем 25% актов дефекации.

Разнообразие вариантов запоров порождает у врача желание упростить подход к диагностике этого состояния. Однако нежелание уточнить механизмы развития запора приводит к потере времени, закреплению рефлекторных связей, развитию вторичных изменений со стороны кишки и «фиксации ситуации» в целом, т.е. к переходу ее из функциональной в органическую. Поэтому при первом появлении запора необходимо провести **диагностический поиск**, этапы которого представлены ниже (Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. и др., 1997) [16]:

I этап:

А. Оценка клинических данных.

Б. Рентгенологическое исследование кишечника, которое позволяет оценить:

- анатомическое состояние толстой кишки;
- нормальное ее строение при функциональных расстройствах;
- наличие опухолей, аномалий, изменений, характерных для обструкции.

II этап. Колоноскопия, биопсия с гистологическим и гистохимическим исследованием биоптата.

III этап. Специальные методы исследования, позволяющие оценить: моторно-эвакуаторную функцию; микробный спектр или содержание летучих жирных кислот (интегральный показатель микробного ценоза); состояние запирающего механизма прямой кишки; функциональное состояние других органов и отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), эндокринной системы, вегетативной нервной системы (для женщин — обязательный осмотр гинеколога с целью определения патологии матки).

Выполнение предложенной программы обследования позволяет ответить на основной вопрос: вызван запор заболеванием или является функциональным расстройством? Когда диагноз поставлен, можно приступать к лечению:

1. Необходимое условие лечения хронического запора — назначение диеты:

- при гипомоторике рацион строится по типу «шлаковой нагрузки» (овощи, фрукты, ягоды — преимущественно сырые, не менее 200 г/сут; чернослив или курага — 8–12 ягод; бананы, яблоки, пшеничные отруби); из рациона исключают рисовую, манную каши, макароны и вермишель, картофельное пюре, кисели, репу, редьку, шавель, молоко, кофе, крепкий чай, шоколад;
- при гипермоторике (спастической дискинезии) питание — более щадящее; дают овощи в отварном виде, растительные жиры; пшеничные отруби назначают в постепенно повышающихся дозах (с 2 чайных ложек до 3–6 столовых) с установлением оптимальной дозы, которая будет поддерживать достаточный эффект (при достаточном количестве воды).

2. Важный компонент лечения — соблюдение питьевого режима (не менее 1,5–2 л в день).

3. Физическая нагрузка.

4. Устранение негативных лекарственных воздействий. К лекарствам, замедляющим пропульсивную активность кишки, относят: спазмолитики, М-холиноблокаторы, опиаты, блокаторы кальциевых каналов и др.

5. Применение препаратов, влияющих на моторику толстой кишки; предпосылкой к их использованию служат патофизиологические механизмы, лежащие в основе первичных моторных расстройств толстой кишки (дисбаланс в системе гастроинтестинальных гормонов: стимулирующие — гастрин, холецистокинин, субстанция П, энкефалины; замедляющие — глюкагон, вазоактивный интестинальный полипептид, серотонин); при гипомоторной дискинезии применяются показавшие свою высокую эффективность препараты, усиливающие перистальтику: агонисты 5HT₄-рецепторов — прукалоприд, тагасерод; универсальный регулятор моторики тримебутин (тримебутин, дебридат) — стимулятор 3 видов опиатных рецепторов (мю, дельта, каппа) [10, 13–16].

При спастической (гипермоторной) дискинезии используются миотропные спазмолитики: донаторы оксида азота; ингибиторы фосфодиэстеразы 4-го типа; блокаторы кальциевых каналов — альверин цитрат (селективные); блокаторы натриевых каналов — мебеверин.

6. Использование слабительных препаратов; существуют абсолютные показания к их применению:

- длительный постельный режим;
- недопустимость повышения внутрибрюшного давления при натуживании (инфаркт миокарда, аневризмы, тромбозы, грыжи, трещины и т.д.);
- медикаментозные запоры;
- деменция.

Кроме случаев, когда они абсолютно показаны, слабительные средства используются при неэффективности мер, перечисленных в пунктах 1–5.

Выделяют следующие группы слабительных препаратов:

1. Увеличивающие объем кишечного содержимого:

- пищевые волокна;
- осмотические средства;
 - ди- и полисахариды (лактолоза);
 - полиэтиленгликоль — макроголь 4000;
 - спирты (сорбитол, маннитол, глицерин);
 - солевые слабительные (магнезия, сульфат натрия — глауберова соль).

2. Стимулирующие:

- антрагликозиды (препараты сенны, крушины, ревеня);
- производные дифенилметана (бисакодил, пикосульфат натрия);
- касторовое масло;
- желчные кислоты;

3. Средства, размягчающие фекалии:

- вазелиновое и другие минеральные масла.

Выбор слабительных средств и тактики лечения ими

1. Выбор осуществляется в зависимости от ведущего патологического механизма запора.
2. При сложном механизме расстройства моторики целесообразна комбинация препаратов с разным механизмом действия.
3. Следует менять препараты и дозы в процессе лечения (поскольку либо развивается привыкание, либо повышается чувствительность рецепторов к восприятию двигательных стимулов).
4. В зависимости от эффекта необходимо изменять ритм приема слабительных, дозу, делать перерывы в их приеме.
5. Обязательно учитывают исходное состояние пациента (возраст, сопутствующие заболевания, состояние электролитного баланса), так как использование слабительных сопровождается издержками (потеря электролитов, нарушение синтеза витаминов группы В и др.).

ТРАНСУЛОЗА®

МИКРОНИЗИРОВАННАЯ ЛАКТУЛОЗА + ПАРАФИН

СЛАБИТЕЛЬНОЕ СРЕДСТВО НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



**1-3 ЛОЖКИ
НА НОЧЬ**

БЫСТРОЕ ДЕЙСТВИЕ

Слабительный эффект наступает через 6-8 часов

БЕЗ МЕТЕОРИЗМА

Микронизированная лактулоза не вызывает вздутия живота

ЭФФЕКТ СКОЛЬЖЕНИЯ

Парафин размягчает и смазывает содержимое кишечника

УДОБСТВО ПРИМЕНЕНИЯ

Густой гель с мерной ложкой. Не нужно запивать водой

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ
ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ООО "МАЙОЛИ СПИНДЛЕР"
Тел.: +7(499) 579-83-03, info@mayoly-spindler.ru

 **MAYOLY
SPINDLER**

Говоря о слабительных, следует особо выделить группу осмотических слабительных средств, так как их действие не связано с измененной чувствительностью рецепторов; более того, при их применении чувствительность рецепторов восстанавливается. Однако необходимо отметить, что спирты с относительно короткой цепью, из 3–6 углеродных атомов (сорбитол, маннитол, глицерин), и солевые слабительные действуют на уровне тонкой кишки и способствуют выделению в ее просвет большого количества жидкости, что сопровождается разжижением кала, часто — до степени диареи. Солевые слабительные действуют быстро (в течение 2 ч), но не пригодны для длительного лечения (выражены нарушения водно-электролитного баланса).

Олигосахара (лактоулоза) не всасываются в тонкой кишке, а расщепляются с помощью бактерий толстой кишки (бифидобактерий) до фруктозы и галактозы. Конечными продуктами метаболизма лактулозы являются летучие жирные кислоты, которые дают осмотический эффект. Некоторые больные нуждаются в высоких дозах лактулозы, а это сопровождается вздутием и болями в животе, из-за чего больные отказываются пользоваться ими.

На российском рынке появился новый французский комбинированный слабительный препарат Трансулоза. Трансулоза является осмотическим слабительным нового поколения. Это микронизированная лактулоза в комбинации с высокоочищенным мягким и жидким парафином с оригинальным механизмом действия.

Инновация в производстве: микронизация лактулозы позволяет сохранить высокое осмотическое действие при меньшей дозе. Микронизированная лактулоза не вызывает метеоризм и боли в животе, а также более безопасна для больных СД.

Трансулоза обладает 4 преимуществами в лечении ХЗ:

- быстрое действие за счет парафина (слабительный эффект наступает через 6–8 ч; обеспечивается опорожнение кишечника 1–2 раза в сутки);
- отсутствие метеоризма (низкая доза микронизированной лактулозы не вызывает вздутия и болей в животе);
- эффект скольжения (парафин размягчает и смазывает содержимое кишечника);
- удобство применения (густой гель с мерной ложкой; прием — 1 раз в день; средство не нужно разводить и запивать водой).

Мы оценили эффективность препарата Трансулоза у 30 больных в возрасте от 18 до 80 лет (в среднем — 55±3,2 года). Клинические симптомы заболевания полностью соответствовали Римским критериям III «Функциональные запоры». Исходно всем пациентам проводилась колоноскопия или ирригоскопия для исключения органической патологии.

Эффективность препарата оценивали по:

- динамике в процессе лечения клинических симптомов (абдоминальные боли, полнота опорожнения, частота и качество испражнений по данным индивидуального дневника);
- изменению времени пассажа активированного угля по ЖКТ (карболеновая проба до и после лечения);
- динамике электроmotorной активности толстой кишки по показателям миографии до и после курсового приема препарата;
- побочным действиям препарата или индивидуальной непереносимости;
- органолептическим свойствам препарата;

- динамике показателей биохимического анализа крови (уровни билирубина, глюкозы, общего белка, аспаргатаминотрансаминазы, аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, креатинина, К, Na, Ca, калийдов);
- динамике клинического анализа крови (гемоглобин, лейкоциты, эритроциты, тромбоциты, СОЭ);
- содержанию короткоцепочечных жирных кислот (КЖК) в кале до и после лечения Трансулозой.

Критерии клинической оценки эффективности лечения врачом и пациентом:

- отличным эффект считался при исчезновении всех клинических симптомов;
- хорошим — при регулярном опорожнении кишечника, значительном уменьшении болей в животе и газообразования;
- удовлетворительным — при уменьшении отдельных клинических симптомов;
- неудовлетворительным — при отсутствии динамики основных симптомов или отрицательной их динамике.

Длительность запоров у пациентов составляла от 2 до 25 лет. Сопутствующие заболевания: хронический гастрит — у 6 человек; язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — у 3; желчнокаменная болезнь, холецистэктомия — у 3; долихоsigmoid, долихоколон — у 3; хронический панкреатит — у 3; сахарный диабет типа 2 — у 3; гипертоническая болезнь II стадии — у 8; ИБС, стенокардия напряжения — у 4. Сопутствующая патология находилась в фазе ремиссии.

Продолжительность лечения Трансулозой составила 30 дней, препарат назначали однократно на ночь; 6 пациентов принимали 1 мерную ложку (5 мл геля) препарата, из них 2 начинали прием с 2 ложек и через 5–6 дней уменьшили дозу до 1 ложки; 8 пациентов ежедневно принимали 2 мерные ложки на ночь, 16 пациентов — 3 мерные ложки, из них 9, начав прием с 2 ложек, через 3–4 дня увеличивали дозу до 3 мерных ложек; 4 человека принимали 3,5–4 ложки однократно на ночь.

Динамика клинических симптомов на фоне лечения Трансулозой

Клинический симптом	Больные (n=30)	
	до лечения	после лечения
Форма стула:		
мягкий, оформленный	–	15
умеренно твердый	–	5
твердый	30	–
фрагментированные комки	–	–
Частота стула:		
1 раз в сутки	–	17
2 раза в сутки	–	3
1 раз через 3–4 дня	30	–
Чувство неполного опорожнения	26	3
Метеоризм	15	2
Абдоминальные боли	2	2
Натуживание, % времени акта дефекации:		
>25	30	3
<25	–	20
Время пассажа активированного угля в карболеновой пробе, ч	78	22

Динамика клинических симптомов на фоне лечения представлена в таблице.

У 20 (67%) пациентов на 2-й день приема Трансулозы появился оформленный ежедневный мягкий стул в утренние часы (у 15 человек) или умеренно твердый комковатый (у 5). Стул был, как правило, 1 раз в сутки (у 17) и 2 раза в сутки (у 3) с ощущением полного опорожнения. Чувство неполного опорожнения сохранилось у 3 пациентов, дефекация сопровождалась натуживанием >25% времени акта дефекации. Метеоризм, имевший место еще до назначения Трансулозы у 15 больных, сохранился только у 2 пациентов. Абдоминальные боли до и (или) после акта дефекации наблюдались до лечения только у 2 пациентов и сохранялись после курса лечения Трансулозой, но были значительно менее выраженными и появлялись нерегулярно. К концу курсового приема Трансулозы время в карболеновой пробе сократилось с 78 до 22 ч.

Моторику кишечника оценивали с помощью электромиографии, помещая электроды на переднюю брюшную стенку в проекции слепой и сигмовидной кишки. При анализе электрической активности на частотах толстой кишки учитывали мощность сокращений в процентах и коэффициент ритмических сокращений. Электрическая активность на частотах толстой кишки до начала лечения была значительно ниже нормы (мощность сокращений исходно $43,2 \pm 3,1\%$ при условной норме $64,04 \pm 32,01\%$; коэффициент ритмичности исходно $7,8 \pm 1,1$ при норме $22,8 \pm 9,8$). После курса лечения Трансулозой моторная активность толстой кишки улучшилась: увеличились мощность сокращений ($54,1 \pm 3,05\%$) и коэффициент ритмичности ($25,2 \pm 8,9$), что свидетельствует о мягком стимулирующем действии Трансулозы на моторику кишечника.

Методом газожидкостной хроматографии исследовали количественное и качественное содержание КЖК в кале исходно и после лечения. Исходно суммарное абсолютное содержание КЖК в кале у пациентов было достоверно снижено, что свидетельствует о снижении активности или количества облигатной микрофлоры, в том числе молочнокислой (бифидо- и лактобактерий). После курса лечения у пациентов, получавших Трансулозу, отмечена тенденция к повышению суммарного абсолютного содержания кислот, что указывает на положительные сдвиги в экосистеме толстой кишки, заключающиеся в тенденции к нормализации качественного (родового) состава микроорганизмов, соотношения аэробных/анаэробных популяций микрофлоры и их протеолитической активности. Эти изменения произошли вследствие восстановления среды обитания индигенной микрофлоры благодаря нормализации моторно-эвакуаторной функции кишечника и пребиотическому действию лактулозы, входящей в состав препарата.

В связи с отсутствием стула на фоне приема 3–4 мерных ложек в течение 8 дней 7 (23%) пациентов возвращались к приему ранее принимаемых слабительных средств или делали очистительные клизмы. У этих пациентов эффект признан неудовлетворительным. У 3 (10%) больных эффект от лечения Трансулозой расценен как удовлетворительный: опорожнение кишечника наступало 1 раз в 2 дня с натуживанием >25% времени акта дефекации, иногда — с ощущением неполного опорожнения. У 3 пациентов с отсутствием эффекта на фоне приема Трансулозы отмечены тошнота и боли в животе; у 1 пациентки имело место раздражение кожи в перианальной области (возможно — в связи с приемом препарата); от дальнейшего приема Трансулозы эти пациенты отказались.

Таким образом, отличный (у 9 человек) и хороший (у 11) эффект лечения Трансулозой отмечен в 67% случаев, удовлетворительный — у 3 (10%) больных, неудовлетворительный — у 7 (23%). Органолептические свойства препарата отрицательно оценили 10% пациентов (не понравился маслянистый привкус). Биохимические показатели крови, общий анализ крови, оцененные исходно и в динамике, находились в пределах нормальных величин, что свидетельствовало об отсутствии побочных эффектов.

В целом эффективность препарата составила 77%. Мы оцениваем этот результат очень положительно, так как исследование носило протокольный характер и увеличивать дозу до получения результата мы не могли. Очень важна четкая тенденция к восстановлению метаболитов толстокишечной флоры, что подтверждает регулирующее, восстанавливающее моторику толстой кишки, действие препарата. На наш взгляд, отечественный фармакологический рынок пополнился слабительным препаратом с прекрасной эффективностью и минимумом побочных эффектов (свойственных этой группе препаратов).

Результаты исследования позволяют заключить, что:

- препарат Трансулоза эффективен в терапии хронических функциональных запоров; на фоне 30-дневного курса лечения общая эффективность препарата составила 77%;
- Трансулоза отвечает основным требованиям, предъявляемым к слабительным средствам:
 - предсказуемое время наступления эффекта;
 - мягкое стимулирующее действие, о чем свидетельствовали частота стула, полнота опорожнения, консистенция стула;
- на фоне приема Трансулозы в 3 раза сократилось общее время транзита по ЖКТ, улучшились показатели электро моторной активности толстой кишки;
- метеоризм как побочный эффект, связанный с действием лактулозы, при лечении Трансулозой не был отмечен;
- подбор дозы Трансулозы должен осуществляться индивидуально: от 1–2 до 3–4 мерных ложек при упорных запорах; продолжительность приема препарата — до 1 мес;
- побочные эффекты на фоне приема Трансулозы зарегистрированы в 13,3% случаев.

Итак, Трансулоза, представляющая собой удачную композицию микронизированной лактулозы и парафиновых соединений, обеспечивает комплексный слабительный эффект и может быть рекомендована для эффективной терапии упорных запоров, характеризующихся медленным транзитом содержимого по ЖКТ.

Литература

1. Циммерман Я.С. Хронический запор. Диарея / Изд. 2-е, доп. Пермь, 1999.
2. Парфенов А.И. Современные представления о запорах: от симптома к болезни // *Consilium Medicum. Гастроэнтерология.* – 2002; 16: 115–33.
3. Маев И.В. Хронический запор // *Лечащий врач.* – 2001; 7: 15–9.
4. Эрдес С.И. Запоры у детей // *Фарматека.* – 2007; 136: 47–52.
5. Lembo A. Chronic constipation. – 2003; 349: 1360–8.
6. Комаров Ф.И., Рапопорт С.И. Хронобиология и хрономедицина / М., 2000.
7. Хаммад Е.В. Запор: современное состояние проблемы // *Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 1999; 5: 61–4.
8. Диагностика и лечение запоров // *Клин. фармакол. и тер.* – 2005; 1: 5–8.
9. Ler Lissne. Myths and misconception and about chronic constipation // 2004; 99: 1–11.

10. Баранская Е.К. Современные подходы к диагностике и лечению функциональных запоров.
11. Парфенов А.И. Профилактика и лечение запоров пробиотиками // Фарматека. – 2006; 12: 23–5.
12. Барышникова Е.Н., Румянцев В.Г. Запоры в практике гастроэнтеролога // Consilium Medicum. – 2007; 9 (70): 38–43.
13. Хаммад Е.В., Григорьева Г.А. Анализ причин хронических запоров, результаты лечения // РЖГГиК. – 2000; 4: 84–7.
14. Shiller L. Chronic constipation: патофизиология, диагностика, лечение. – 2006; с. 45–9.
15. Елизаветина Г.А., Минушкин О.Н. Форлак в лечении хронических запоров, особенности терапии пожилых больных // РМЖ. – 2006; 1 (8).
16. Минушкин О.Н., Елизаветина Г.А. Запоры и некоторые принципы их лечения (лекция) // Клин. фармакол. и тер. – 1997; 6: 51–3.

CHRONIC CONSTIPATION: VIEWS, PATHOGENESIS, DIAGNOSIS, NEW POSSIBILITIES OF TREATMENT

Professor **O. Minushkin, MD**; **G. Elizavetina**, Candidate of Medical Sciences; Professor **M. Ardatskaya, MD**; **O. Ivanova**, Candidate of Medical Sciences
Department of Gastroenterology, Training and Research Medical Center, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation

The paper considers the problem of chronic constipation, the etiopathogenetic aspects of development of this abnormality, its current classification and new treatments. It gives the basic groups of laxatives with estimation of their therapeutic capacities. The efficacy and tolerance of the new laxative containing micronized lactulose coated with condensed liquid paraffin, which has an original mechanism of action, are evaluated.

Key words: constipation, lactulose, paraffin.

СУБКЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

Е. Докина, кандидат медицинских наук,
Н. Волкова, Н. Кравцова, кандидат медицинских наук,
Л. Алексеева, доктор медицинских наук, профессор
Поликлиника №1 УД Президента РФ
E-mail: l.alekseeva@vipmed.ru

Обобщен опыт использования в амбулаторных условиях неинвазивных методов функциональной диагностики с целью выявления субклинических форм сердечно-сосудистой патологии у практически здоровых людей с факторами риска сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: субклинические формы сердечно-сосудистых заболеваний, безболевого ишемия миокарда, бессимптомная гипертоническая болезнь, бессимптомный церебральный атеросклероз.

Снижение смертности от сердечно-сосудистой патологии в экономически развитых странах мира стало возможным в результате широкого использования населением общепопуляционной профилактики, направленной на борьбу с основными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений (ССО) – артериальной гипертензией (АГ), курением, ожирением, гиподинамией. Однако общепопуляционная профилактика не влияет на все факторы риска; некоторые из них могут быть выявлены лишь при специальном целенаправленном инструментальном и лабораторном обследовании. Использование риск-стратегии в лечении больных гипертонической болезнью (ГБ) может существенно повлиять на развитие ССО только при углубленном обследовании сердечно-сосудистой системы и учете поражения органов-мишеней, субклинических форм сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ассоциированных состояний [6].

В Поликлинике №1 УД Президента РФ на протяжении многих лет совершенствовалась программа диспансерного обследования с использованием неинвазивных методов функциональной диагностики практически здоровых государственных служащих с 3 и более факторами риска ССЗ.

В настоящее время целью диспансерного обследования являются стратификация степени риска ССО у каждого практически здорового человека трудоспособного возраста и создание персонализированных (индивидуальных) профилактических программ, включающих как немедикаментозные, так и медикаментозные рекомендации.

Целью исследования было обобщить опыт использования неинвазивных методов функциональной диагностики в амбулаторных условиях для выявления безболевого ишемия миокарда (БИМ), бессимптомных форм гипертонической болезни (ГБ) и атеросклероза магистральных артерий головы у практически здоровых людей трудоспособного возраста.

В 1-й части исследования изучали информативность холтеровского мониторирования (ХМ) ЭКГ (n=7656),