

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),

редмил-теста (ТТ) (n=2232) и стресс-эхокардиографии (стресс-ЭхоКГ) (n=741) для выявления БИМ; суточного мониторирования АД (СМАД) (n=4159) для выявления ГБ у обследованных с нормальными цифрами офисного АД и эпизодами его повышения в анамнезе; ультразвуковой доплерографии (УЗДГ) артерий головы (n=9870) и цветного дуплексного сканирования (ЦДС) брахецефальных артерий – БЦА (n=1892) для диагностики бессимптомного церебрального атеросклероза (ЦА).

Во 2-й части исследования в 3 группах практически здоровых мужчин трудоспособного возраста анализировали распространенность субклинических форм ССЗ: БИМ, ГБ, ЦА. Обследование проводили в 1999–2000 гг. (n=168), 2001–2002 гг. (n=100) и в 2006–2007 гг. (n=354) с использованием неинвазивных методов функциональной диагностики ССЗ (ЭКГ, ЭхоКГ, ХМ ЭКГ, ТТ, СМАД, УЗДГ артерий головы, ЦДС БЦА). Средний возраст обследованных в указанные временные периоды не различался ($47,8 \pm 6,9$; $47,7 \pm 7,9$; $48,2 \pm 6,9$ года; $p > 0,05$).

Критериями невключения в исследование были ранее диагностированные: ИБС, ГБ II стадии, симптоматическая АГ, пороки сердца, сахарный диабет (СД), клинические проявления недостаточности мозгового кровообращения, сопутствующие заболевания с неблагоприятным прогнозом.

ПЕРВАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. ВЫЯВЛЕНИЕ БИМ

При ХМ ЭКГ проходящая БИМ при эмоциональной или физической нагрузке была выявлена в 15% случаев. У 10,4% лиц трудоспособного возраста отмечались неспецифические изменения конечной части желудочкового комплекса. Нарушения сердечного ритма регистрировались в 27,9%, в том числе опасные для жизни – в 1,3% случаев. Удлинения и укорочения интервала QT не отмечено. В 1% случаев регистрировались нарушения атриовентрикулярной и синоаурикулярной проводимости в пределах блокады I–II степени, преимущественно в ночные часы.

Признаки проходящей ишемии миокарда в ответ на физическую нагрузку (ТТ) зафиксированы у 11,3% пациентов, причем выявляемая ишемическая депрессия сегмента ST на ЭКГ была бессимптомной. У 5,7% обследованных отмечалась гипертоническая реакция на нагрузку, у 10,4% проба была сомнительной (депрессия сегмента ST не превышала 1 мм). Показанием для проведения стресс-ЭхоКГ у практически здоровых людей являлись сомнительные данные ХМ ЭКГ и (или) ТТ. Нарушения локальной сократимости в ответ на физическую нагрузку выявлены у 1,4% обследованных.

ВЫЯВЛЕНИЕ ГБ БЕССИМПТОМНОГО ТЕЧЕНИЯ

Показанием для выполнения СМАД являлись указания на эпизоды повышения АД в анамнезе при нормальном офисном АД, гипертоническая реакция на нагрузку, подозрение на «гипертонию белого халата». У 99% обследованных группы (n=4159) отмечены изменения суточного профиля АД. Эпизоды повышения АД в течение суток зарегистрированы у 33% человек, стойкая гипертензия – у 9%, нарушения циркадного ритма – у 12%, сочетание различных нарушений суточного ритма АД – у 45%. При наличии указания на повышение АД в анамнезе нормальный суточный профиль АД регистрировался только в 1% случаев.

Стабильно повышенным считали АД при нагрузочном индексе $>50\%$ (днем и/или ночью). Критерием АГ при СМАД являлось среднесуточное АД $\geq 125/80$ мм рт. ст. [5, 6]. Этим кри-

териям диагностики ГБ соответствовали результаты СМАД у 42% обследованных.

ВЫЯВЛЕНИЕ БЕССИМПТОМНОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

При УЗДГ сосудов головного мозга в 21% случаев обнаружены умеренные изменения скорости кровотока по внутренним сонным артериям (ВСА) и в 1% случаев – по позвоночным артериям. Частота выраженных нарушений кровотока в системе ВСА составила 0,3%; прочие изменения (асимметрия, усиление кровотока и др.) – 11,2%.

С помощью ЦДС БЦА выявлено увеличение толщины комплекса интима–медиа ($>0,9$ мм) у 40,7%, стеноз БЦА разной степени выраженности – у 23,5% обследованных: гемодинамически незначимый стеноз БЦА (до 30%) – у 18,5%, стеноз от 30–60% – у 4% и значимый стеноз ($>60\%$) – у 1%. Частота прочих изменений (извитость, гипоплазия и др.) составила 10%.

ВТОРАЯ ЧАСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные о выявляемости субклинических форм ССЗ у практически здоровых мужчин трудоспособного возраста, обследованных в разные годы, и частоте использования различных функциональных методов диагностики представлены в таблице. Параллельно с увеличением применения современных методов диагностики отмечен рост выявляемости БИМ – до 16,4%, ГБ – до 42–69,6% и ЦА – до 23,5%.

Распространенность БИМ, по данным разных исследователей, варьирует в пределах 9–57% [2, 4, 7, 8]. Такой широкий диапазон значений связан с неоднородностью обследованных групп пациентов (возраст, продолжительность основного заболевания, включение или исключение из исследования лиц с факторами высокого риска или симптомами ИБС), разнообразием используемых методов диагностики, различием критериев диагностики немой ишемии миокарда [1, 11].

Наличие немой ишемии миокарда – прогностически неблагоприятный фактор; по данным разных исследователей, он повышает риск коронарогенных осложнений в 2–19 раз, риск внезапной смерти – в 3–9 раз [8, 9]. Отсюда вытекает необходимость инструментального обследования с целью обнаружения БИМ, поиска критериев отбора пациентов с высоким риском неблагоприятных исходов среди опреде-

Выявляемость субклинических форм ССЗ (%) и частота использования функциональных методов диагностики (%) у практически здоровых мужчин трудоспособного возраста с факторами риска ССО

Показатель	1999–2000 гг. (n=168)	2001–2002 гг. (n=100)	2006–2007 гг. (n=354)
Средний возраст, годы	$47,8 \pm 6,9$	$47,7 \pm 7,9$	$48,2 \pm 6,9$
Субклинические формы ССЗ:			
БИМ	9,5	11	16,4
ГБ	17,5	69,6	42
церебральный атеросклероз	5,4	20,5	23,5
Методы диагностики:			
ХМ ЭКГ	58,2	100	100
ТТ	24	100	100
СМАД	17,3	76,7	85,4
ЦДС БЦА	11,2	82,4	100

ленных контингентов (при инфаркте миокарда и после него, АГ, гиперхолестеринемии, СД; у женщин, практически здоровых людей с факторами риска ИБС). У фактически здоровых лиц с факторами риска ИБС БИМ встречается в 15–20% случаев, а клиническая манифестация ИБС в ближайшие годы наблюдается в 3–4 раза чаще, чем у пациентов без эпизодов БИМ [4].

Распространенность БИМ среди больных СД значительно выше (в 2–7 раз), чем у лиц без диабета [7, 9, 11]. Многие связывают это с более высокой распространенностью атеросклероза и ИБС в целом в популяции пациентов с СД, а также с осложнением СД в виде диабетической автономной нейропатии, в частности, кардиоваскулярной ее формы [2].

Методы ХМ ЭКГ и ТТ были основными для диагностики БИМ в настоящем исследовании. Метод стресс-ЭхоКГ использовали при затруднении в интерпретации изменений ЭКГ или сомнительных данных ХМ ЭКГ и (или) ТТ; он выявил нарушения локальной сократимости у 1,4% обследованных. Рост частоты выявляемости БИМ миокарда с 9,5% в 1999–2000 гг. до 11–16,4% в 2001–2007 гг. связан с максимальным (100%) выполнением ХМ ЭКГ и ТТ в этот период.

В настоящее время Шкалу SCORE (2003) рассматривают как основу для оценки прогноза у лиц без ССЗ, так как она удобна в применении, позволяет учесть риск всех ССО, унифицирует понятие риска для врачей общего профиля, дает возможность оценить изменение риска под воздействием профилактики. Но эта шкала имеет ограниченный набор факторов (пол, возраст, курение, уровни общего холестерина и систолического АД) и не подходит для оценки риска ССО у молодых пациентов 20–30 лет [6].

В последние годы риск-стратегии уделяется большое внимание. Особенно детально критерии стратификации риска разработаны для лиц с АГ, причем в 4 версиях Рекомендаций они изменяются и уточняются [3, 5, 6].

По мнению британских ученых, в качестве показателя к оценке общего риска следует использовать не пограничное значение АД (140/90 мм рт. ст.), а уровень АД, превышение которого по результатам крупных эпидемиологических исследований ассоциируется с повышенным риском развития ССЗ и ССО – выше 120/80 мм рт. ст. [12]. В связи с этим Совместное британское руководство (Joint British Society's Guidelines), в котором в качестве основного фактора в оценке риска используется уровень АД, предлагает считать значение АД > 120/80 мм рт. ст. показанием для дальнейшего обследования с целью оценки общего индивидуального риска ССО [12]. В 2011 г. в новой версии рекомендаций по АГ Британского гипертонического общества подчеркивается повышение роли амбулаторных методов регистрации АД в диагностике АГ [10].

В нашем исследовании столь резкие различия в выявляемости бессимптомной ГБ в разные периоды объясняются не только более широким использованием СМАД в последние годы. Главная причина кроется в различной клинической характеристике обследованных. В 2001–2002 гг. при максимальной частоте выявления бессимптомной ГБ (69,6%) у всех обследованных имелись признаки метаболического синдрома (МС), а среди обследованных в предшествующий и последующий периоды частота МС не превышала 50%.

Более широкое использование ЦДС БЦА также привело к существенному росту выявляемости бессимптомного ЦА (с 5,4 до 20,5–23,5%).

Введение ЦДС БЦА в программу диспансерного обследования практически здоровых людей трудоспособного возраста значительно расширило возможности диагности-

ки ранних признаков ремоделирования сосудов мозга и последующего наблюдения возможных изменений на фоне профилактического лечения. Сопоставление информативности УЗДГ и ЦДС показывает низкую информативность первой в выявлении ранних признаков ремоделирования БЦА у обследованных без клинических проявлений ССЗ.

Итак, основными методами диагностики БИМ в амбулаторных условиях остаются ХМ ЭКГ и ТТ, выявляющие БИМ у 16,4% практически здоровых людей с факторами риска ССО. В случае низкой информативности ХМ ЭКГ и ТТ можно повысить выявляемость БИМ с помощью стресс-ЭхоКГ. Введение СМАД в программу диспансерного обследования лиц с факторами риска ССО позволяет диагностировать ГБ бессимптомного течения у 42% обследованных, а введение ЦДС БЦА – выявить начальную стадию атеросклероза магистральных артерий головы у каждого 4-го мужчины трудоспособного возраста с факторами риска ССО.

Литература

1. Алехин М.Н., Божьев А.М., Морозова Ю.А. Возможности стресс-эхокардиографии с тредмилом в оценке безболевого ишемии миокарда у больных ишемической болезнью сердца // Кардиология. – 2000; 11: 13–8.
2. Верткин А.Л., Ткачева О.Н., Новикова И.М. Безболевая ишемия и диабетическая автономная нейропатия // Рус. мед. журн. – 2005; 13 (15): 1036–8.
3. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В., Хирманов В.И. Артериальное давление в исследовательской практике // М.: Реофарм, 2004; 381–4.
4. Окороков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов. Т. 6. Диагностика болезней сердца и сосудов // М.: Мед. литература, 2002; 464 с.
5. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертонии // Кардиоваск. тер. и профилактик. – 2008; 4 (Прил.): 1–5.
6. Рекомендации Российского медицинского общества по артериальной гипертонии и Всероссийского научного общества кардиологов. Диагностика и лечение артериальной гипертонии. Диагностика и лечение артериальной гипертонии // Системные гипертонии. – 2010; 3: 5–26.
7. Araz M., Celen Z., Akdemir I. et al. Frequency of silent myocardial ischemia in type 2 diabetic patients and the relation with poor glycemic control // Acta Diabetol. – 2004; 41: 38–43.
8. Cohn P., Fox K., Dal C. Silent myocardial ischemia // Circulation. – 2003; 108: 1263–77.
9. Cosson E., Guimack M., Paries J. et al. Resilient coronary stenoses predictable in diabetic patients and predictive of cardiovascular events // Diabetes. – 2003; 470–6.
10. Hypertension: clinical management of primary hypertension in adults. National Institute for Health and Clinical Excellence. August 2011, <http://guidance.nice.org.uk/CG127>.
11. Xanthos R., Ekmektzoglou K., Papadimitriou L. Reviewing myocardial silent ischemia: Specific patient subgroups // Int. J. Cardiol. – 2007; 1–8.
12. Williams B., Poulter N., Brown M. et al. British Hypertension Society (BHS) Guidelines. Guidelines of management of hypertension: report of the fourth working party on British Hypertension Society – BHS IV // J. Hum. Hypertens. – 2004; 18: 139–85.

SUBCLINICAL FORMS OF CARDIOVASCULAR DISEASES IN APPARENTLY HEALTHY ABLE-BODIED INDIVIDUALS

*E. Dokina, Candidate of Medical Sciences; N. Volkova, N. Kravtsova, Candidate of Medical Sciences; Professor L. Alekseeva, MD
Polyclinic One, Department for Presidential Affairs of the Russian Federation*

The paper pools the experience with noninvasive functional diagnostic methods used in an outpatient setting to identify the subclinical forms of cardiovascular diseases in apparently healthy individuals with cardiovascular risk factors.

Key words: subclinical forms of cardiovascular diseases; silent myocardial ischemia, asymptomatic hypertensive disease, asymptomatic cerebral atherosclerosis.