



Г.Д. Фадеенко, Т.Л. Можина

ГУ «Институт терапии имени Л.Т. Малой АМН Украины», Харьков

Запор у больных кардиологического профиля

Ключевые слова

Запор, больной кардиологического профиля, лактулоза, пробиотик.

Несмотря на бытующее мнение о незначительной распространенности запора, явления хронической констипации беспокоят около 40 % населения земного шара. Только в странах Северной Америки 2–27 % жителей предъявляют жалобы на затрудненное опорожнение кишечника (в среднем 14,8 % населения). Статистические исследования, проведенные в Северной Америке, свидетельствуют о том, что распространенность констипации значительно выше многих заболеваний: явления запора беспокоят 63 млн человек, проживающих в Северной Америке, в то время как от артериальной гипертензии страдают 48 млн, от мигрени — 33 млн, от ожирения — 50 млн, от сахарного диабета — 15 млн [1]. Неполное затрудненное опорожнение кишечника могут констатировать пациенты любого возраста, однако наиболее часто явления констипации отмечают лица женского пола (соотношение женщины: мужчины — 2:1) старше 65 лет [2]. Экономическое бремя, обусловленное запором, достаточно велико: общая стоимость визитов к врачу по поводу констипации на протяжении 2006 г. в США превысила 5,7 млн долларов, из них 2,7 млн долларов потрачено на консультацию у врачей общей практики; на приобретение слабительных средств в 2004 г. американцы израсходовали 800 млн долларов [2]. Неполное опорожнение кишечника негативно влияет на качество жизни: показатели QOL (health-related quality of life) у больных с запором сопоставимы с показателями пациентов, страдающих ишемической болезнью сердца, сахарным диабетом, гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, депрессией [2].

Подавляющую часть лиц, страдающих запорами, составляют пациенты кардиологического профиля. Хронический запор у этой категории

больных является предрасполагающим фактором развития сердечно-сосудистых и мозговых катастроф, поэтому основной целью для пациента является предупреждение нарушений опорожнения кишечника.

Определение понятия «запор»

С точки зрения большинства пациентов, понятие «запор» — довольно неопределенный термин. Большая часть больных (52 %) рассматривают запор как необходимость напряжения при акте дефекации, некоторые (44 %) основным признаком запора считают образование «овечьего» кала, третьи — невозможность осуществления дефекации при появлении потребности в ней (34 %), в некоторых случаях редкую дефекацию также относят к понятию «запор» (33 %) [3].

В соответствии с *Римскими критериями III* хронический запор может быть диагностирован при наличии у пациента не менее двух симптомов из следующего перечня на протяжении трех последних месяцев [4]:

- натуживание во время акта дефекации занимает более 25 % времени;
- комковатый или твердый стул составляет более 25 % каловых масс;
- чувство неполного опорожнения кишечника наблюдается более чем в 25 % дефекаций;
- чувство аноректального препятствия наблюдается более чем в 25 % дефекаций;
- использование мануального пособия (пальцевое опорожнение, поддержка рукой промежности) для облегчения эвакуации кала более чем в 25 % дефекаций;
- частота дефекации — менее 3 в 1 нед;
- опорожнения кишечника трудно добиться без использования слабительных средств.

В нормі калові маси містять приблизно 70 % води, маса кала коливається від 35 до 150 г/сут, в той час як при запорі ці показники суттєво змінюються (табл. 1) [3]:

Етіопатогенез запора

В залежності від механізму розвитку виділяють первинний (ідіопатический, функціональний) і вторинний запор.

Відповідно до патофізіологічних механізмів порушення перистальтики кишечника первинний запор поділяють на 3 групи (табл. 2) [2].

Вторинний запор класифікують, виходячи з соматическої патології, обумовленої порушенням перистальтики кишечника, або лікарського препарату, змінившого пропульсивну активність нижнього відділу травного каналу.

Групи лікарських засобів, прийом яких може сприяти розвитку вторинного запора

- Антихолінергічні
- Антидепресанти
- Антигістамінні
- Антikonвульсанти
- Блокатори кальцієвих каналів

- Діуретики
- Препарати заліза
- Нестероїдні протизапальні засоби
- Опіоїди
- Психотропні
- Симпатоміметики

Найбільш частими причинами розвитку вторинного запора є:

- нерациональне харчування і гіпокінезія (неадекватне надходження в організм харчових волокон і води);
- ігнорування поклику на дефекацію;
- прийом лікарських засобів;
- патологія травного каналу (рак товстої кишки, анальний тріщина, хвороба Крона, псевдообструкція);
- психічні розлади (невроз, депресія, соматизація);
- ендокринні або метаболічні порушення (гіпотиреоз, гіперкальцемія, гіперпаратиреоз, цукровий діабет);
- неврологічна патологія (хвороба Гіршпрунга, автономна нейропатія, хвороба Паркінсона);
- структурні аномалії (аноректальні порушення, стриктури товстої кишки, мегаколон).

Таблиця 1. Дифференціальні ознаки нормальної та ускладненої дефекації

Параметр	Норма	Запор
Частота дефекації	3 і більше дефекацій в 1 нед або 3 і менше дефекацій в 1 сут	3 або менше дефекацій в 1 нед
Маса ступа	35–150 г/сут	Менше 35 г/сут
Кількість води в ступі	Около 70 %	Менше 70 %
Час транзиту по травному каналу	1–5 сут	Більше 5 сут

Таблиця 2. Класифікація первинного (ідіопатического, функціонального) запора (С. James, 2008)

Запор	Патофізіологічна характеристика	Клінічні особливості
Розвиваючийся на фоні нормального, незміненого транзиту хімуса по кишечнику	Пропульсивна активність товстої кишки збережена	Характерен для пацієнтів з синдромом подразненого кишечника з перевагою запора
Розвиваючийся на фоні уповільненого транзиту хімуса по кишечнику	Зменшення високоамплітудних скорочень товстої кишки, виникнення патологічних ректосигмоїдних скорочень, зменшення викиду нейротрансмітерів	Найбільш часто розвивається у жінок, характеризується значущим напруженням при акті дефекації
Обумовлений патологією тазового дна	Дисфункція м'язів тазового дна або анального сфинктера, неможливість координувати скорочення м'язів в час дефекації	Пацієнтів турбує відчуття неповного опорожнення, акт дефекації відбувається при наданні додаткового периаанального або вагінального тиску

Осложнения хронического запора

Задержка опорожнения кишечника в течение длительного периода может привести к развитию серьезных осложнений:

- активное натуживание способствует появлению геморроя и геморроидального кровотечения;
- длительное пребывание сухого, обезвоженного кала в прямой кишке обуславливает формирование калового завала и кишечного илеуса (псевдообструкция);
- рост давления в прямой кишке при нахождении в ней избыточного количества плотных фекальных масс приводит к развитию язвы или перфорации кишечника, завороту кишок;
- чрезмерное натуживание содействует разрыву мягких тканей промежности, появлению анальных трещин, ректального кровотечения;
- дисфункция тазовых мышц может привести к парадоксальному недержанию кала вследствие перерастяжения внутреннего анального сфинктера.

Особенности хронического запора у больных кардиологического профиля

У пациентов с кардиологической патологией нарушение опорожнения кишечника обусловлено многими факторами — алиментарными и механическими, психогенными и медикаментозными, физиологическими и метаболически-эндокринными. Как правило, больные ведут малоподвижный образ жизни, длительно пребывают в одной позе, избегают физических нагрузок, что способствует снижению перистальтической активности кишечника, уменьшению тонуса мышц живота. Чрезмерная тучность, скопление жидкости в брюшной полости также ограничивают активность пациента и косвенно способствуют развитию запора.

Подавляющее большинство пациентов кардиологического профиля — лица пожилого или старческого возраста. Естественные физиологические процессы старения проявляются также в развитии прогрессирующей слабости мышц тазового дна вследствие гипоксии и нарушения репарации тканей, атрофической денервации анального сфинктера и пуборектальных мышц, снижения чувствительности анального сфинктера, что приводит к нивелированию позыва на дефекацию.

Погрешности в пищевом рационе (уменьшение объема пищи, недостаточное количество растительной клетчатки, вынужденное ограничение жидкости, плохое пережевывание пищи) в совокупности с психогенными особенностями (страх из-за необходимости натуживания, боязнь ухудшения самочувствия вследствие голо-

вокружения, сердцебиения, слабости приводит к сознательному подавлению позыва на дефекацию) предрасполагают к замедлению кишечного транзита и развитию запора.

Также прогрессирование сопутствующих соматических заболеваний (сахарный диабет, гипотиреоз, депрессия) негативно влияет на моторику толстой кишки, обуславливает подавление пропульсивных сокращений, которые приобретают малую амплитуду и низкую частоту и не обеспечивают продвижения каловых масс по толстой кишке.

Одно из ведущих мест в развитии вторичного запора у больных кардиологического профиля является прием лекарственных препаратов, жизненно необходимых для коррекции основной соматической патологии, но способствующих снижению мышечного тонуса и пропульсивной активности толстой кишки, замедлению транзита и нарушению процесса дефекации. Наиболее часто затрудненное опорожнение кишечника провоцирует прием блокаторов кальциевых каналов (нифедипин, верапамил), бета-блокаторов (атенолол), ингибиторов АПФ (каптоприл, периндоприл), диуретических (тиазидоподобные, петлевые), антитромботических средств (клопидогрель) [5]. Проявления лекарственно индуцированного запора могут быть нивелированы после отмены или значительного уменьшения дозы препарата, вызвавшего задержку опорожнения кишечника.

Однако снижение дозировки или полная отмена препаратов кардиологического профиля у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, как правило, невозможно.

Бытует мнение о «безвредности» запора для пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако необходимо учесть, что натуживание при акте дефекации сопровождается увеличением внутрибрюшного и внутригрудного давления, что ведет, с одной стороны, к снижению венозного оттока из сосудов головного мозга, повышению внутричерепного давления и уменьшению перфузии коры больших полушарий. С другой стороны, натуживание при акте дефекации способствует росту давления в нижней полой вене и падению венозного оттока из нее, снижению венозного возврата и уменьшению сердечного выброса, а также формированию варикозно расширенных вен нижних конечностей. Таким образом, «обыкновенное» натуживание для больного может явиться причиной рецидива ангинозного приступа, повторного инфаркта миокарда или послужить толчком к развитию инсульта, тромбоэмболии легочной артерии.

Клиническая картина

Клиническая картина запора чрезвычайно яркая и разнообразная. Кроме жалоб на характерное изменение частоты и консистенции каловых масс (соответствующих типу 1–3 Бристольской шкалы формы кала), пациенты красочно описывают особенности индивидуальной реакции на запор. Кроме местных симптомов (метеоризм, абдоминальная боль), больных беспокоят снижение аппетита, халитоз, головная боль, сердцебиение, миалгии, депрессия, бессонница, подавленное настроение.

Бристольская шкала форм кала

	Тип 1	Отдельные твердые комки, как орехи, трудно продвигаются
	Тип 2	В форме колбаски, но комковатый
	Тип 3	В форме колбаски, но с ребристой поверхностью
	Тип 4	В форме колбаски или змеи, гладкий и мягкий
	Тип 5	Мягкие маленькие шарики с ровными краями
	Тип 6	Рыхлые частицы с неровными краями, кашицеобразный стул
	Тип 7	Водянистый без твердых частиц

Появление примеси алой крови в стуле у пациентов с хроническим запором может свидетельствовать об анальном повреждении (анальная трещина, геморрой), но и требует тщательного исключения неопластического процесса в толстой кишке.

Пристальное внимание в плане дифференциального диагноза с неопластическим процессом толстой кишки следует обратить на пациентов, которые предъявляют жалобы на внезапное изменение характера дефекации и консистенции каловых масс, сопровождающееся снижением массы тела, анемией, анальным кровотечением или положительным анализом кала на скрытую кровь.

Диагностика

Диагностика запора у больных кардиологического профиля базируется на стандартах обследования пациента с явлениями констипации [6]. Эксперты Всемирной гастроэнтерологической организации [6] рекомендуют придерживаться следующей схемы при диагностике запора.

1. Сбор анамнеза в соответствии с Римскими критериями III:

- оценить неврологический статус (исключить болезнь Паркинсона, рассеянный склероз);
- оценить психический статус (выраженность депрессии, соматизации);

- определить длительность констипации (исключить кишечную непроходимость при внезапном появлении запора).

2. Общий осмотр:

- перкуссия передней поверхности брюшной стенки (исследование на наличие вздутия кишечника);
- пальцевое исследование прямой кишки (определение подвижности кишки, тонуса сфинктера прямой кишки, диагностика анальной трещины, геморроя, ректального пролапса, исключение неопластического образования).

3. Проведение диагностических процедур:

- анализ кала (ежедневное взвешивание на протяжении 3 сут, при средней массе стула менее 100 г диагностируют запор);
- рентгенологическое или эндоскопическое исследование толстой кишки (исключение мегаколон, долихосигмы, опухоли);
- аноректальные функциональные тесты (манометрия, электромиография, дефекография);
- уточнение времени прохождения каловых масс (рентгеноконтрастные маркеры).

Как правило, большую часть вышеперечисленных исследований нужно проводить в специализированных центрах под контролем специалиста. Между тем у большинства пациентов (при условии отсутствия «тревожных» симптомов) нет необходимости в проведении сложного, многоэтапного диагностического исследования (аноректальные функциональные тесты, ирригография с применением рентгеноконтрастных маркеров) для подтверждения явлений констипации.

Лечение запора у больных кардиологического профиля

Лечение запора у таких больных базируется на стандартных принципах коррекции констипации (изменение образа жизни и характера питания, применение слабительных средств), однако имеет ряд специфических особенностей.

Так, пациентам, страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, в целях нормализации перистальтики кишечника нельзя рекомендовать увеличение физической нагрузки либо существенное повышение употребления жидкости, также невозможно полностью отменить или значительно снизить дозы кардиологических препаратов, способствующих развитию констипации. Коррекция запора у больных кардиологического профиля основана на нормализации питания (увеличении доли измельченной растительной клетчатки в рационе, дополнительном введении пробиотических продуктов), умеренной физической активизации пациента (легкая гимнасти-

ка, самомассаж живота поглаживающими движениями по ходу часовой стрелки в утренние часы), приеме слабительных средств [8–11].

Важную роль в лечении запоров играет рациональное питание с обязательным увеличением в суточном рационе доли пищевых волокон и пробиотических продуктов. Эксперты Всемирной организации гастроэнтерологов для коррекции констипации у пожилых людей рекомендуют отдавать предпочтение продуктам, содержащим неперевариваемый углевод (пребиотик), — олигофруктозу (мед, зерно, лук, чеснок, корень цикория) при возможности соблюдения адекватного водного режима [7]. Учитывая тот факт, что адекватная суточная доза олигофруктозы для достижения слабительного эффекта должна превышать 20 г/сут, а количество жидкости, необходимое для набухания каловых масс превышает 2 л, значительное увеличение употребления пищевых волокон больным с кардиальной патологией не показано [9].

Среди многообразия слабительных средств (препаратов, увеличивающих объем каловых масс, размягчающих, осмотических, стимулирующих слабительных средств) у пациентов кардиологического профиля могут быть использованы лишь избранные лекарственные препараты. Слабительные средства, назначаемые больным с сердечно-сосудистой патологией, должны отвечать следующим требованиям: быть метаболически нейтральными, безопасными в отношении электролитных расстройств, не провоцировать гиперкоагуляционных состояний за счет уменьшения объема циркулирующей крови, быть простыми в применении [8, 11].

Абсолютные показания к назначению слабительных средств:

- острый инфаркт миокарда;
- тяжелая артериальная гипертензия;
- аневризма аорты;
- венозные тромбозы;
- ретинопатия;
- грыжа белой линии живота, пупочная грыжа;
- анальная трещина;
- геморрой;
- ректальный пролапс.

Выбор слабительного средства для пациентов кардиологического профиля базируется на фармакологических свойствах медикаментозного препарата, данных доказательной медицины о его эффективности и безопасности, руководствах по лечению запора (табл. 3) [2].

Наиболее оптимальным слабительным средством для таких больных является лактулоза (синтетический дисахарид), относящаяся к группе неабсорбируемых ди- и олигосахаридов [6–8,

11]. Лактулоза способна задерживать воду в просвете кишечника, поэтому ее прием в целях достижения послабляющего эффекта не требует дополнительного введения жидкости. Поскольку лактулоза не метаболизируется и не абсорбируется в тонкой кишке, ее можно применять для коррекции запора у пациентов с сопутствующим сахарным диабетом. Крайне важным свойством лактулозы для больных кардиологического профиля является способность этого синтетического дисахаридов снижать уровни холестерина и триглицеридов, не оказывая негативного воздействия на электролитный баланс. Необходимо отметить, что в терапевтических дозах лактулоза не взаимодействует с другими препаратами, ее прием не сопровождается развитием тахифилаксии, что делает возможным длительный прием лактулозы у больных кардиологической патологией. Важно помнить, что пациенты, имеющие кардиологическую патологию и одновременно страдающие сахарным диабетом, должны избегать приема таких слабительных средств, как лактулоза и сорбитол, поскольку их метаболиты могут привести к увеличению содержания в крови глюкозы и декомпенсации сахарного диабета.

Дополнительный прием живых микроорганизмов (пробиотиков) также может способствовать нормализации опорожнения кишечника. Эксперты Всемирной гастроэнтерологической организации (ВГО) в руководстве «Probiotics and prebiotics, 2008» [7] отмечают, что живые микроорганизмы (лакто- и бифидобактерии), применяющиеся в качестве пробиотических продуктов, являются представителями нормальной микрофлоры кишечника, не имеют инвазионной способности или токсичности. Введение пробиотических продуктов, содержащих оригинальные штаммы живых микроорганизмов, в пищевой рацион лиц с неизменным иммунологическим статусом абсолютно безопасно [7].

Эксперты ВГО настойчиво рекомендуют использовать в клинической практике только оригинальные пробиотические продукты: «Эффективность и побочные эффекты одного и того же пробиотического продукта, выпущенного различными производителями, будут сильно различаться в зависимости от используемого штамма микроорганизмов, вспомогательных составляющих, фирмы-производителя... Высока вероятность того, что генерические пробиотики, которые не подтвердили свою результативность в ходе клинических исследований, будут иметь совершенно иной уровень эффективности и безопасности по сравнению с оригинальными пробиотическими продуктами» [7]. В руководстве «Probiotics and prebiotics» подчеркивается, что данные о специфич-

Таблиця 3. Слабительные средства: возможность применения у больных кардиологического профиля

Слабительные средства	Действующее вещество	Суточная доза	Уровень доказательств	Возможность применения
Увеличивающие объем кишечного содержимого	Метилцеллюлоза	Постепенная титрация до 6 г/сут	B	Ограничено (при условии соблюдения адекватного водного режима)
	Магния сульфат	30–60 мл	B	Не показаны при сердечной недостаточности
Осмотические	Полиэтиленгликоль	17 г	A	Допустимо при соблюдении адекватного водного режима (необходим прием большого количества жидкости)
	Лактулоза	20–40 мл	A	Показано
Стимулирующие				
Антрахиноны	Сенна	8,6–30 мг	B	Не показаны (способствует электролитным нарушениям, чрезмерной стимуляции ауэрбахового сплетения, развитию меланоза толстой кишки)
Производные дифенилметана	Бисакодил	10–15 мг перорально или 10 мг ректально	B	Не показаны (стимулирует секрецию жидкости и электролитов в просвет кишечника, вызывает электролитные нарушения)
Размягчающие фекалии	Минеральное масло	5–45 мл	B	Возможно, но малоэффективно (длительное применение обуславливает нарушение абсорбции жирорастворимых витаминов)
Местно раздражающие средства	Натрия дукузат	50–100 мг	B	Целесообразно кратковременное применение per rectum (свечи)
Активатор Cl-каналов	Любипростон	8–24 мкг	Не известен	Нежелательно (стимулирует секрецию жидкости в просвет кишечника, вызывает электролитные нарушения)
Частичный агонист 5-HT ₄ -рецепторов	Тегасерод	6–12 мг	Не известен	Противопоказан (увеличивает вероятность развития инфаркта миокарда)

ности и уникальности, эффективности и безопасности одного пробиотика не могут быть экстраполированы на другие штаммы или виды бактерий, применяющиеся в качестве пробиотиков, так как даже изменение состава дополнительных веществ, содержащихся в препарате (наполнители, балластные вещества, состав оболочки), может существенно изменить фармакологические свойства продукта и снизить его эффективность [7].

Среди пробиотиков, рекомендованных ВГО для коррекции явлений замедленного кишечного транзита, в качестве профилактики запора особое место занимают пробиотические продукты, содержащие штаммы *Bifidobacterium animalis* DN 173 010 (оригинальное название «Activia», Danone, Франция). Широко известно, что дополнительное введение пробиотика в пищевой рацион способствует уменьшению времени фекального транзита, увеличению объема фекальных масс, а также содействует нормализации состава микрофлоры толстой кишки, снижению уровня липидов в плазме крови. Эффективность и безопасность применения пробиотических продуктов,

содержащих *Bifidobacterium animalis* (*Bifidobacterium ActiRegularis*) DN 173 010 в ферментированном молоке вместе с йогуртовыми культурами *Lactobacillus bulgaricus* (болгарская палочка) и *Streptococcus thermophilus* (термофильный стрептококк), была продемонстрирована в клинических исследованиях [7, 12]. Результаты этих исследований убедительно показали уменьшение времени илеоцекального транзита и восстановление нормального акта дефекации у пациентов, принимавших «Activia» в качестве пищевой добавки в дозе 10⁸ КОЕ 2 раза в 1 сут [7].

Пробиотический продукт, содержащий *Bifidobacterium animalis* DN 173 010, отвечает принципам рационального питания, предъявляющихся к пищевым продуктам (Dietary Guidelines for Americans, 2005) [13]:

- содержит сниженное количество жира (уменьшается нагрузка на ферментный аппарат пищеварительного канала);
- является низкокалорийным продуктом (снижается риск возникновения ожирения и других алиментарных болезней);

- *обла­дає лак­таз­ною ак­тив­ністю (спо­соб­ствує бо­лее лег­ко­му рас­ще­п­ле­н­ню і ус­воєн­ню лак­то­зи);*

- *не со­дер­жит кон­сер­ван­тів.*

Експертами ВГО отмечено, что дополнительное введение в рацион пищевых волокон и пробиотических продуктов может снизить потребность в назначении слабительных средств более чем у 90 % пациентов пожилого возраста [7].

Заклю­че­вие

Таким образом, запор представляет собой актуальную медицинскую проблему, имеющую боль-

шое социальное значение, приобретающую новое звучание у больных кардиологического профиля. Рациональное питание, применение пробиотических продуктов, использование допустимой физической активности, а также правильный выбор слабительного препарата могут способствовать успешному устранению явлений запора у большинства таких больных. Необходимо помнить, что лечение и профилактика констипации у пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, — это профилактика развития инфаркта миокарда, инсульта, тромбоза легочной артерии.

Список літератури

1. Бабак О.Я. Запор: от диагностики к рациональной терапии // *Здоровье Украины*.— 2006.— № 18.— С. 12—14.
2. Губергриц Н.Б. Проблема запоров в терапевтической практике // *Здоровье Украины*.— 2004.— № 88.— С. 9—10.
3. Инго Ф., Шуман К. Клинические аспекты и лечение запора // <http://www.solvay-pharma.ru/articles/article.aspx?id=1094&rid=64>
4. Практическое руководство Всемирной организации гастроэнтерологов (ВОГ/OMGE). Запор. <http://www.worldgastroenterology.org/constipation.html>
5. Скрыпник И.Н. Диагностика и лечение обстипации функционального генеза в свете Римских критериев III // *Здоровье Украины*.— 2008.— № 11.— С. 56—57.
6. Соловьёва Г.А. Функциональный запор: рациональные подходы к диагностике и лечению // *Здоровье Украины*.— 2007.— № 20/1.— С. 42—43.
7. Foxх-Orenstein A, McNally M, O'Dunsi S. Update on constipation: One treatment does not fit all // *Cleveland Clin. J. Med.*— 2008.— N 1, Vol. 7.— P. 813—824.
8. Guarner F, Khan A.G., Garisch J. et al. Probiotics and prebiotics // *World Gastroenterol. Organisation Practice Guideline*.— 2008.— http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/en/pdf/guidelines/19_probiotics_prebiotics.pdf.
9. Guyonnet D., Chassany O., Ducrotte P. et al. Effect of a fermented milk containing *Bifidobacterium animalis* DN-173 010 on the health-related quality of life and symptoms in irritable bowel syndrome in adults in primary care: a multicentre, randomized, double-blind, controlled trial // *Aliment. Pharmacol. Ther.*— 2007.— N 26.— P. 475—486.
10. <http://mozdocs.kiev.ua>.
11. James C., Pharm E., Lembo A. Optimal Treatment of Chronic Constipation in Managed Care: Review and Roundtable Discussion // *JMCP*.— 2008.— N 9, Vol. 14.— P. S1—17.
12. Karanja N.M. et al. Dietary Guidelines for Americans 2005 // www.healthierus.gov/dietaryguidelines.
13. Longstreth G.F., Thompson W.G., Chey W.D. et al. Functional bowel disorders // *Gastroenterology*.— 2006.— N 130.— P. 1480—1491.

Г.Д. Фадеєнко, Т.Л. Можина

Закреп у хворих кардіологічного профілю

Закреп — актуальна медична проблема, що має велике соціальне значення, особливо у хворих кардіологічного профілю. У статті висвітлено питання доцільності запобігання констипації у хворих із серцево-судинною патологією, розглянуто сучасні можливості діагностики, лікування хронічного закрепу в такого контингенту хворих.

G.D. Fadeyenko, T.L. Mozhina

Constipation in patients of cardiological profile

Constipation is an actual medical problem that possesses a great social significance particularly in patients of cardiological profile. The article gives the rationale for the issues of constipation prevention in patients with cardiovascular pathology. It considers the modern possibilities of diagnostics and treatment of chronic constipation in these patients.

Контактна інформація

Фадеєнко Галина Дмитрівна, д. мед. н., проф., заступник директора
61039, м. Харків, вул. Постишева, 2а
Тел. (57) 373-90-32. E-mail: gdf-therapy@mail.ru

Стаття надійшла до редакції 17 вересня 2009 р.