

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С
ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С
СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА****О.И.Арбузова***Луганский государственный медицинский университет***Вступление**

Хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) входит в группу ведущих хронических заболеваний, являясь одной из причин заболеваемости и смертности, и представляет значительную экономическую и социальную проблему [9]. Распространенность ХОЗЛ в странах Европы у мужчин после 45 лет составляет от 8,4 до 13,1%, а смертность от - около 4% в структуре общей летальности [10]. В то же время синдром раздраженного кишечника (СРК) представляет собой одну из наиболее актуальных проблем гастроэнтерологии [1,2,7,8]. По данным эпидемиологических исследований, больные СРК составляют 28% среди всех гастроэнтерологических больных [5].

Проблема сочетанной патологии является актуальной для практической медицины [4,6,12]. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями при ХОЗЛ являются не только артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, бронхиальная астма, но и дисбактериозы, что связано с хроническим течением ХОЗЛ и длительным приемом антибиотиков [3,13]. Возникновение сочетанной патологии (ХОЗЛ и СРК) может видоизменить клиническую картину заболеваний [11].

Связь работы с научными программами, планами, темами. Работа проводилась соответственно с основным планом научно-исследовательской работы (НДР) Луганского государственного медицинского университета и являлась фраг-

ментом НДР кафедры пропедевтики внутренней медицины "Клинико-патогенетические механизмы у больных с ХОЗЛ в сочетании с СРК" (№ государственной регистрации 0106U010961).

Целью настоящей работы было изучение особенностей клинического течения сочетанной патологии у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких и синдромом раздраженного кишечника.

Материалы и методы исследования

Обследовано 59 больных с ХОЗЛ в сочетании с СРК, среди которых было 29,8% мужчин и 70,2% женщин. Давность сочетанной патологии составляла от 1 года до 12 лет. Верификация диагнозов проводилась соответственно Римского Консенсуса III (2006) для СРК и Приказа МЗ Украины № 128 (9 марта 2007) для ХОЗЛ. Всем пациентам было проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. При расспросе больных уточнялись факторы риска развития ХОЗЛ и СРК: длительное табакокурение (рекомендации ВОЗ по выявлению "безусловных курильщиков"), воздействие воздушных поллютантов, газов, паров химических соединений, продуктов сгорания биоорганического топлива, инфекции, недостаточное питание, переохлаждения, вредные привычки и т.д.

Клиническое обследование, кроме расспроса, включало пальпацию, в том числе и глубокую последовательную пальпацию органов брюшной полости, перкуссию грудной клетки, аускультацию легких. Кроме того, по традиционным методикам проводили исследование функции внешнего дыхания (ФВД) при помощи спирометрии с анализом кривой "поток-объем" форсированного выдоха (определение ОФВ1, ЖЭЛ, ФЖЭЛ), пробы с бронхолитиками (при показаниях ОФВ1 < 80% от должных) для установления обратимости бронхообструкции, определение газового состава крови (при ОФВ1 < 50% от должных или при несоответствии одышки показателям ФВД), рентгенографию органов грудной клетки с целью исключения других причин бронхообструкции, общий анализ крови, цитологическое исследование мокроты, электрокардиограмму (ЭКГ).

Полученные результаты и их обсуждение

Основными жалобами пациентов были хронический кашель, одышка, выделение мокроты, абдоминальная боль с локализацией в подвздошной области слева и внизу живота, иррадирующая в спину, крестец, задний проход (89,2%), сопровождающаяся метеоризмом и урчанием кишечника (91%). У 93,7% пациентов были нарушения стула (запор): каловые массы содержали большое количество слизи, при выраженном спазме кал напоминал "овечий", но с большим количеством слизи. У 75,1% больных отмечалось затруднение при акте дефекации, половину пациентов беспокоило чувство неполного опорожнения кишечника.

Из анамнеза установлено, что кашель в начале заболевания возникал периодически, затем становился ежедневным, непродуктивным у 24,1% больных. У остальных больных мокрота выделялась в небольшом количестве (до 60 мл/сутки), имела слизистый характер. Появление на фоне кашля одышки или "свистящего" дыхания, мокроты побуждало больных к обращению к врачу. Одышка постепенно прогрессировала, усиливалась, особенно при физической нагрузке, беспокоила больных уже и в покое, что приводило к снижению качества жизни. У больных учащались обострения ХОЗЛ. Анамнестически пациенты отмечали рецидивирующий характер абдоминальной боли, а периоды обострения связывали со стрессовыми ситуациями (24%) и погрешностями в диете (49%), которые выражались в нерегулярности приема пищи (основной прием вечером - 59,1%), питании всухомятку (29,3%), поспешной или медленной едой, употреблением острой и жирной пищи. Кроме того, обследованные больные отмечали, что одной из причин, приводившей к обострению СРК, был длительный прием антибактериальных препаратов (67,7%), связанный с обострениями ХОЗЛ.

У обследованных больных с сочетанной патологией прослеживалось наличие нейровегетативных проявлений: общая слабость (87,5%), снижение умственной и физической трудоспособности (76,1%), эмоциональная неустойчивость (82,3%).

При физикальном обследовании больных с ХОЗЛ в сочетании с СРК мы выделили классические признаки обструктивного синдрома: ослабленное везикулярное дыхание, свистящие хрипы на выдохе, который удлинялся свыше 5 сек, что свидетельствовало о наличии бронхиальной обструкции.

Анализ показателей ФВД позволил определить снижение ОФВ₁ (менее 80% от должных величин), которое стабильно сохранялось при повторных исследованиях. Если на ранних стадиях ХОЗЛ значение ОФВ₁/ФЖЭЛ <70% даже на фоне нормального уровня ОФВ₁ (>80%) указывало на начальные проявления бронхообструкции, то на более поздних стадиях ХОЗЛ у обследованных больных нарастал остаточный объем легких в структуре общей емкости легких и соотношение ООЛ/ОЕЛ превышало 40%. При этом нарастало соотношение вентиляция/перфузия, что приводило к нарушению газообмена. Ретроспективно было отмечено ежегодное снижение ОФВ₁ у обследованных в среднем на 49±0,4 мл.

Рентгенологические признаки ХОЗЛ, выявленные нами, были представлены низким стоянием диафрагмы, увеличением объема легких, ретростернального воздушного пространства, узкой тенью сердца, иногда эмфизематозными буллами.

Выводы

1. У больных с сочетанной патологией (хроническое обструктивное заболевание легких и синдром раздраженного кишечника) прослеживалось влияние факторов риска ХОЗЛ (табакокурение, воздействие поллютантов, инфекции, переохлаждения, вредные привычки) и СРК (длительный прием антибиотиков, погрешности в диете, нерегулярность питания).

2. Клинические признаки коморбидной патологии были представлены нейровегетативными проявлениями, кашлем, экспираторной одышкой, выделением мокроты, абдоминальным болевым и диспептическим синдромами.

3. В дальнейшем мы планируем изучить особенности иммунного статуса у больных с рассматриваемой сочетанной патологией.

Литература

1. Ганчо В. Ю. Медико-экономическое обоснование терапии синдрома раздраженного кишечника / В. Ю. Ганчо, В. Б. Гриневиц, Ю. П. Успенский [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. - №5. - С. 55-60.
2. Осадчук А. М. Синдром раздраженного кишечника: клико-морфологические типы / А. М. Осадчук // Клиническая медицина. - 2007. - № 3. - С. 46-50.
3. Ткач С. М. Дисбактериоз или синдром раздраженной кишки: какой диагноз правомочен с точки зрения доказательной медицины? / С. М. Ткач // Здоров'я України. - 2006. - № 21(1). - С. 9-16.
4. Фадеенко Г. Д. Кишечная микрофлора и ее роль при дислипидемиях / Г. Д. Фадеенко // Мистецтво лікування. - 2005. - № 5(19). - С. 4-6.
5. Філіппов Ю. О. Рівень поширеності захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків / Ю. О. Філіппов, З. М. Шмігель, Г. П. Котельнікова // Гастроентерологія: міжвідомчий збірник. - Київ, 2001. - Вип. 32. - С. 3-6.
6. Хавкин А. И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет / А. И. Хавкин // Русский медицинский журнал. - 2003. - Т. 11, № 3. - С. 122-124.
7. Харченко Н. В. Синдром раздраженного кишечника: от диагностики к лечению / Н. В. Харченко // Ліки України. - 2005. - № 3(92). - С. 41-45.
8. Харченко Н. В. Современные подходы к коррекции дисбиозов / Н. В. Харченко, В. В. Черненко // Инфекционный контроль. - 2001. - № 2-3. - С. 66-75.
9. Феценко Ю. Хронические обструктивные заболевания легких: классификация, диагностика, лечение / Ю. Феценко, В. Гаврилюк // Ліки України. - 2004. - № 7-8. - С. 22-25.
10. Яичник А. И. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, діагностика, клініка, лікування

/ А. И. Яичник // Журнал практичного лікаря. - 2004. - № 4. - С. 21-26.

11. Global Initiative For Chronic Obstructive Lung Disease. - WHO, 2002.

12. Randomized study of two "rescue" therapies for *Helicobacter pylori*-infected patients after failure of standard triple therapies / F. Perri, V. Festa, R. Clemente [e.a.] // *Am. J. Gastroenterol.* - 2001. - V. 96. - P. 58-62.

13. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A. G. N. Agusti, A. Noguera, J. Sauleda [e.a.] // *Eur. Respir. J.* - 2003. - 21. - P. 347-360.

Резюме

Арбузова О.И. Клинические проявления у больных хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с синдромом раздраженного кишечника.

У больных с сочетанной патологией (ХОЗЛ и СРК) прослеживалось влияние факторов риска; клиническими проявлениями было наличие нейровегетативных признаков, кашля, экспираторной одышки, болевого абдоминального и диспептического синдромов.

Ключевые слова: хроническое обструктивное заболевание легких, синдром раздраженного кишечника, клиника.

Резюме

Арбузова О.И. Клінічні прояви у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень в сполученні з синдромом подразненого кишечника.

У хворих на сполучену патологію (ХОЗЛ і СПК) простежувався вплив факторів ризику; клінічними проявами були наявність нейровегетативних ознак, кашлю, експираторної задихки, абдомінального болювого та диспепсичного синдромів.

Ключеві слова: хронічне обструктивне захворювання легень, синдром подразненого кишечника, клініка.

Summary

Arbuzova O.I. The clinical picture in patients with irritable bowel syndrome associated with chronic obstructive pulmonary disease.

At the patients with combined pathology (COPD and IBS) was tracked the influence of risk factors. The clinical picture was presented with neurovegetative syndromes, cough, expiratory dyspnea, abdominal painful and dyspeptic syndromes.

Key words: chronic obstructive pulmonary disease, irritable bowel syndrome, clinic.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г. Бурмак

УДК 616.895.4-092:612.012.1.015

ЕФЕКТИВНІСТЬ СУЧАСНОГО ПРЕПАРАТУ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ РЕЛАКСИЛУ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ ПІДЛІТКІВ З СОМАТИЗОВАНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Є.В. Височин, Г.С. Рачкаускас

Луганський державний медичний університет
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Вступ

Значна розповсюдженість в сучасних умовах захворюваності на депресивні розлади (СДР), поперед усього серед осіб підліткового віку та недостатня ефективність існуючих у теперішній час способів лікування та профілактики даного захворювання призводять у підлітків, як правило, до хронічного перебігу та характеризуються частими рецидивами, що значно обмежує навчальні здатності пацієнтів та обумовлює падіння розумової продуктивності, а також сприяє подальшій хроніфікації процесу та інвалідації у зрілому віці. Згідно епідеміологічних досліджень, поширеність депресивних розладів тривалістю понад 12 місяців у дітей коливається в межах від 0,4 до 2,5% пропорційно розподілених між хлопчиками та дівчатками [1]. Серед підлітків показник поширеності великої депресії коливається в межах 5-7% (при цьому на одного хлопчика доводиться дві дівчинки), тоді як при використанні одних і тих же діагностичних критеріїв (DSM IV-TR, ICD - 10) в популяції дітей препубертатного віку цей показник складає від 0,5 до 2-3%. Показник поширеності протягом життя (всього підліткового віку) сягає приблизно 15-20%. Нарешті, за даними досліджень дистимії, хай і не таких численних, її частота складає близько 5% на момент вивчення. Крім того, "депресивний настрій" часто описують як похмурість, похмурість, тривожно-депресивна криза або депресивність, яке спостерігається у 30-40% підлітків [16].

Незважаючи на велику поширеність СДР та його термінологічну різноманітність, своєчасна діагностика, визначення