

**ОСОБЕННОСТИ ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА****О.И.Арбузова, Л.Н.Иванова***Луганский государственный медицинский университет***Вступление**

Синдром раздраженного кишечника (СРК) - функциональное заболевание кишечника, при котором боль или дискомфорт в животе связаны с актом дефекации и характеризуются изменением привычного характера дефекации и консистенции каловых масс [8]. СРК рассматривают как рецидивирующее функциональное нарушение деятельности кишечника, патофизиологический субстрат которого неизвестен [11].

Имеющиеся данные свидетельствуют, что распространенность СРК примерно одинакова во многих странах, невзирая на различие пищевых привычек в популяциях. В странах Европы и Северной Америки распространенность СРК составляет 10-15% , в Азиатско-Тихоокеанском регионе - от 5,7 до 22,1%, в Южной Америке и Африке - 10,9 и 26,1% соответственно [6]. В странах Европы СРК чаще страдают женщины, Азиатского региона - половые различия в структуре заболевания уменьшаются и полностью нивелируются в странах Африки [2].

Наиболее часто клинические проявления СРК развиваются в возрасте от 15 до 65 лет у городских жителей, а за медицинской помощью пациенты обращаются в возрасте 30-50 лет [3].

В тоже время респираторные заболевания, в том числе хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ), являются одними из наиболее распространенных болезней и находятся на ведущих позициях в структуре обращений за медицинской помощью, заболеваемости и смертности во всем мире [1]. Согласно оценке Европейского респираторного общества

показатель распространенности ХОЗЛ в 2006 году достиг 600 млн. [9]. Смертность при тяжелых обострениях ХОЗЛ выше, чем при инфаркте миокарда, осложненном шоком (69% и 50% соответственно), а при обострениях средней тяжести - более чем в 10 раз превышает смертность при инфаркте миокарда без шока [5]. ХОЗЛ страдает около 7% населения Украины, т.е. приблизительно 3 млн. человек [7].

В последнее время сочетанное течение патологии системы пищеварения и органов дыхания все чаще сопровождается возникновением различных депрессивных расстройств, которые оказывают неблагоприятное воздействие на течение и прогноз заболевания [10]. Одним из клинических проявлений депрессии являются вегетативные и соматические нарушения [4]. Таким образом, актуальность рассматриваемой проблемы определяется не только медицинской, но и социальной значимостью.

**Связь работы с научными программами, планами, темами.** Работа проводилась соответственно с основным планом научно-исследовательской работы (НИР) Луганского государственного медицинского университета и является фрагментом НИР кафедры пропедевтики внутренней медицины "Клинико-патогенетические механизмы у больных с ХОЗЛ в сочетании с СРК" (№ государственной регистрации 0106U010961).

**Целью** нашего исследования было изучение особенностей жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни у больных с ХОЗЛ и сопутствующим СРК.

#### **Материалы и методы исследования**

В диагностическом каскаде, представленном в Руководстве Всемирной гастроэнтерологической организации "Синдром раздраженного кишечника: глобальные перспективы" (2009), первичным из последовательных уровней является тщательный сбор жалоб, анамнеза болезни, жизни, оценка психологического состояния при помощи специальных опросников.

Под нашим наблюдением находились 107 пациентов с ХОЗЛ и сопутствующим СРК, в возрасте от 23 до 59 лет, у которых коморбидная патология наблюдалась на протяжении от 1 до 12 лет. Среди обследованных больных преобладали женщины (75 больных - 70,2%).

Верификация диагнозов осуществлялась в результате комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования, соответственно критериям Римского Консенсуса III, 2006 (СРК) и Приказа МЗ Украины № 128, 2007(ХОЗЛ).

Несмотря на то, что СРК не является психиатрическим заболеванием или психологическим нарушением, психологические факторы могут играть значительную роль в развитии, течении и прогрессировании заболевания. Для оценки психологического состояния мы использовали опросники с доказанной валидностью: Шкала госпитальной тревожности и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), тест для выявления признаков соматизации (The Patient Health Questionnaire, PHQ-15).

#### **Полученные результаты и их обсуждение**

У больных с сочетанной патологией (СРК + ХОЗЛ), находившихся под нашим наблюдением, были выявлены: тревожность (66 пациентов - 62,1%), депрессия (54 пациента - 49,7%), нарушения сна (86 пациентов - 79,5%), повышенная физическая и умственная утомляемость (96 пациентов - 89,4%), немотивированная тоска (47 пациентов - 43,9%), снижение аппетита (60 пациентов - 56,1%), сердцебиения (64 больных - 59,4%), чувство жара или холода (53 больных - 49,6%), которые постепенно нарастали и заставляли обращаться за медицинской помощью. У 76 больных (71,5%) с ХОЗЛ на фоне СРК были выявлены признаки ипохондрического и тревожно-ипохондрического синдромов. Ипохондрический синдром проявлялся многочисленными жалобами, постоянной фиксацией внимания больного на состоянии кишечника, ожидании стула, устойчивыми мыслями о тяжелом заболевании. У 71 больного (65,7%) отмечался высокий уровень тревоги, депрессии, невротических и ипохондрических нарушений. Тревожное состояние характеризовалось ожиданием будущего, чувством опасности онкологической патологии.

Результаты обследования позволили выявить у 104 пациентов (97,3%) наличие стрессовых факторов. Это были слож-

ные ситуации в детстве (алкоголизм, развод, смерть родителей, тяжелые материальные условия, заболевания родственников).

В последующем значительную роль играли социальные факторы (проблемы трудоустройства, безработица, нарушения формулы сна, конфликты на работе, в семье), которые приводили к бессоннице, плохому настроению.

На этом фоне у обследованных больных наблюдалась триада, свойственная ХОЗЛ: кашель, экспираторная одышка, выделение мокроты, выраженность которых зависела от тяжести заболевания.

При анализе анамнеза больных установлено, что кашель в начале заболевания возникал периодически, чаще поутру в виде "покахыкивания", затем беспокоил больного ежедневно, чаще днем. У 26 больных (24,7%) кашель был без выделения мокроты, у остальных выделялась мокрота слизистого характера в небольшом количестве. Одышка при физической нагрузке наблюдалась у 88 больных (82,0%), она постепенно прогрессировала, возникая в покое. Одним из признаков обструктивного синдрома были свистящие хрипы на выдохе, выявленные у 96 больных (90%) и удлинение выдоха более 5 секунд.

Такие признаки, как ослабленное везикулярное дыхание, ограничение экскурсии грудной клетки, участие дополнительных мышц в акте дыхания, центральный цианоз в разной мере встречались у 24 больных (23,0%).

Преобладающее большинство больных (84 - 78,5%) курили более 10 лет. В то же время больные предъявляли жалобы на абдоминальные боли (80 - 74,6%), метеоризм (93 - 89,7%), изменения частоты стула (реже 3 раз в неделю), аномальную консистенцию кала (запоры - 100%). Как правило, симптомы СРК проявлялись по утрам, снижая качество жизни пациентов.

Кроме нарушений пищевого стереотипа (78больных - 73,2%), предшествовавших возникновению СРК у больных с ХОЗЛ, обследованные пациенты предъявляли соматические жалобы со стороны разных органов и систем, а также постоянно сообщали о стрессовых жизненных ситуациях.

Прогрессирование экспираторной одышки вызывало или поддерживало у больных с сочетанной патологией депрессивную симптоматику.

Это приводило к увеличению частоты обращений за медицинской помощью, повышало число дополнительных обследований и посещений врачей различного профиля для исключения серьезного заболевания, негативно отражалось на клинической картине сочетанной патологии.

#### Выводы

1. У больных с сочетанной патологией в виде хронического обструктивного заболевания легких и синдрома раздраженного кишечника особенностью клинического течения являлось наличие ипохондрического и тревожно-ипохондрического синдромов, которые изменяли традиционное течение патологии и способствовали прогрессированию коморбидного заболевания.

2. В дальнейшем мы планируем изучить эффективность использования фармакологических препаратов различных групп в комплексном лечении больных ХОЗЛ с сопутствующим СРК.

#### Литература

1. Авдеев С. Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание / С. Н. Авдеев // Пульмонология. - 2007. - № 2. - С. 104-116.
2. Ганчо В. Ю. Медико-экономическое обоснование терапии синдрома раздраженного кишечника / В. Ю. Ганчо, В. Б. Гриневич, Ю. П. Успенский // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2001. - №5. - С. 55-60.
3. Ивашкин В. Т. Синдром раздраженного кишечника как биопсихосоциальное заболевание / В. Т. Ивашкин, Е. А. Полуэктова, С. Белхушет // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2003. - № 6. - С. 2-10.
4. Осипенко М. Ф. Клинические проявления вегетативной дисфункции у больных с синдромом раздраженного кишечника / М. Ф. Осипенко, Е. А. Бикбулатова // Клиническая медицина. - 2005. - № 10. - С. 36-40.

5. Порівняльні дані про розповсюдженість хвороб органів дихання і медичну допомогу хворим на хвороби пульмонологічного та алергологічного профілю в Україні за 2006-2007 рр. / Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України, центр медичної статистики МОЗ України. - Київ, 2008. - 8 с.

6. 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.

7. Чучалин А. Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания / А. Г. Чучалин // Пульмонология. - 2008. - № 2 - С. 5-14.

8. Functional bowel disorders. Римський консенсус III, 2006 / G.F. Longstreth, W.G. Thompson, W.D. Chey [e.a.] // Сучасна гастроентерологія. - 2007. - № 3 (35). - С. 91-105.

9. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease ( GOLD ) / Global strategy for diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI / WHO workshop report. Publication Number 2701, Update 2008. [Електронний ресурс] // Режим доступу : GOLD website ( [www.goldcopd.com](http://www.goldcopd.com) ).

10. Kellner R. Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders / R.Kellner // Psychother, Psychosom. - 1994. - V. 61. - P. 4-24.

11. Quigley E., Fried M., Gwee K.A. e.a. World Gastroenterology Organisation Global Guideline. Irritable bowel syndrome: a global perspective - 2009 [Електронний ресурс] // Режим доступу :

<http://www.woldgastroenterology.org/irritable-bowel-syndrome.html>.

#### Резюме

Арбузова О.И., Иванова Л.Н. Особенности жалоб и анамнеза у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с синдромом раздраженного кишечника.

В статье приведены данные об особенностях клинического течения ХОЗЛ у больных с синдромом раздраженного кишечника. У больных отмечались ипохондрический, тревожно-ипохондрический синдромы. На этом фоне наблюдалась триада, которая характерна для ХОЗЛ (кашель, экспираторная одышка, выделение мокроты) и абдоминальная боль, изменения частоты и консистенции кала.

**Ключевые слова:** ХОЗЛ, синдром раздраженного кишечника, жалобы, анамнез.

#### Резюме

Арбузова О.И., Иванова Л.Н. Особенности скарг та анамнезу у хворих з хронічним обструктивним захворюванням легень у сполученні з синдромом подразненого кишечника.

В статті наведені дані про особливості клінічного перебігу ХОЗЛ у хворих з СІПК. У хворих спостерігалися іпохондричний, тривожно-іпохондричний синдроми. На цьому фоні простежувалась триада, що характерна для ХОЗЛ (кашель, експіраторна задихка, харкотиння) та абдоминальний біль, зміни частоти та консистенції кала.

**Ключові слова:** ХОЗЛ, синдром подразненого кишечника, скарги, анамнез.

#### Summary

Arbusova O.I., Ivanova L.N. Characteristics of complaints and anamnesis in patients with chronic obstructive pulmonary disease associated with irritable bowel syndrome.

This article presents information regarding the clinical course of Irritable Bowel Syndrome (IBS) in patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD). The clinical picture was presents by hypochondriacal and anxious-hypochondriacal syndromes, triad, which typical for COPD (cough, expiratory dyspnea, expectoration) and abdominal pain (which diminishes after defecation), disorders of frequency and consistency of stools in patients with coexisting IBS and COPD.

**Key words:** Chronic obstructive pulmonary disease, Irritable bowel syndrome, complaints, anamnesis.

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г.Бурмак