

## Резюме

**Гуменюк Л.Д.** Мікросудинна щільність в тканині раку шлунка людини та її зв'язок з деякими клінічними характеристиками захворювання.

Досліджували рівень мікросудинної щільності (МСЩ) в тканинах пухлин хворих на рак шлунка та її зв'язок з деякими клінічними характеристиками захворювання. Виявлено високий рівень МСЩ в пухлинах хворих (медіана - 148,0 мікросудин/мм<sup>2</sup>), який є фактором несприятливого протікання захворювання. Не виявлено вірогідної кореляції МСЩ з стадією захворювання, ступенем диференціації, розміром пухлин, наявністю метастазів в регіонарні лімфовузли та віддалених метастазів.

**Ключові слова:** рак шлунка, мікросудинна щільність, клініка, патогенез, прогноз.

## Резюме

**Гуменюк Л.Д.** Мікрососудистая плотность в ткани рака желудка человека и ее связь с некоторыми клиническими характеристиками заболевания.

Исследовали уровень микрососудистой плотности (МСП) в тканях больных раком желудка и ее связь с некоторыми клиническими характеристиками заболевания. Выявлен высокий уровень МСП в опухолях больных (медiana - 148,0 мкс/мм<sup>2</sup>), который является фактором неблагоприятного протекания заболевания. Не выявлено статистически значимой корреляции МСП со стадией заболевания, уровнем дифференциации, размером опухоли, наличием метастазов в регионарные лимфоузлы и отдаленных метастазов.

**Ключевые слова:** рак желудка, микрососудистая плотность, клиника, патогенез, прогноз.

## Summary

**Gumenyuk L.D.** Microvascular density (MVD) in tissue sick of a gastric cancer and its communication with some clinical characteristics of disease.

Investigated of microvascular density (MVD) in tissue sick of a gastric cancer and its communication with some clinical characteristics of disease. High level MVD in tumours of patients (a median - 148,0 mcv/mm<sup>2</sup>) which is the factor of the adverse forecast is revealed. It is not revealed statistically significant correlation MVD with a stage of disease, a level of differentiation, the size of a tumour, presence of lymph node metastasis and the remote metastasis.

**Key words:** gastric cancer, microvascular density, clinic, pathogenesis, prognosis.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОГО С СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

**Л.Н. Иванова, О.И. Арбузова**

*Луганский государственный медицинский университет*

## Вступление

В настоящее время хроническое обструктивное заболевание легких (ХОЗЛ) имеет широкую распространенность в мире, в том числе и в Украине (5-23%) [3,6,7]. Значительный уровень инвалидизации, высокая стоимость лечения и медицинской реабилитации больных, снижение качества и продолжительности жизни делают проблему ХОЗЛ не только медицинской, но и социально-экономической [2,7].

Больные ХОЗЛ, как правило, страдают сопутствующими заболеваниями: гипертонической болезнью (20%), аритмиями (20%), депрессивными настроениями, частыми головными болями, бессонницей, связанными с гипоксической энцефалопатией. Развитие и прогрессирование сопутствующей патологии объясняется наличием иммунного воспаления, поражающего не только легкие, но и другие органы и системы, что со временем приводит к необратимой гипоксии тканей и системной декомпенсации [3,6,7].

В то же время, синдром раздраженного кишечника (СРК) встречается почти у 30% населения развитых стран и представляет собой, согласно Римскому Консенсусу III (2006), функциональное кишечное расстройство, в основе которого лежит взаимодействие психосоциального влияния и сенсорной дисфункции, проявляющееся абдоминальной болью, ассоциирующейся с дефекацией и ее изменениями [1,4,5].

**Связь работы с научными программами, планами, темами.** Работа выполняется в соответствии с основным пла-

ном научно-исследовательских работ (НИР) Луганского государственного медицинского университета и представляет собой фрагмент темы НИР "Реабилитация больных с сочетанной терапевтической патологией" (№ госрегистрации 0106U0010837).

**Целью** работы было изучение особенностей клинической картины у больных ХОЗЛ в сочетании с СРК.

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

Под нашим наблюдением находилось 57 больных ХОЗЛ в сочетании с СРК в возрасте от 18 до 59 лет, в том числе мужчин 31 (54,4 %), женщин 26 (45,6 %). Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При обследовании с помощью психологических тестов было установлено, что у больных с рассматриваемой сочетанной патологией (ХОЗЛ + СРК) преобладают проявления страха, депрессии, тревоги. Пациентов, которые находились под нашим наблюдением, беспокоили кашель (в начале обострения сухой, а затем с отделением мокроты), одышка при физической нагрузке. Кроме того, больные отмечали наличие болей в области сердца, "перебоев" в работе сердца, головной боли, боли в пояснице, слабости, повышенной умственной и физической утомляемости. У обследованных больных ХОЗЛ одной из причин развития и обострения СРК являлся длительный прием антибактериальных препаратов (67,7%), назначаемых в период обострения хронической бронхо-легочной патологии.

Ведущим симптомом в клинической картине СРК являлась абдоминальная боль, которая возникала непосредственно после приема пищи и сопровождалась вздутием живота, урчанием, усиленной перистальтикой. Локализация боли, как правило, была в подвздошной области слева и внизу живота (89,2%), с иррадиацией в спину, крестец, задний проход. Боли сопровождалась метеоризмом и урчанием кишечника (91%), которое сочеталось с наличием метеориз-

ма и погрешностями в диете. Постоянное ощущение вздутия живота во время обострений отмечали 93,8% обследованных, у 34,3% вздутие живота возникало только при погрешностях в диете и при стрессовых ситуациях. Боль у пациентов уменьшалась или исчезала после дефекации и отхождения газов. Пациенты отмечали рецидивирующий характер боли, а периоды обострения связывали с нарушением диеты (49%) и эмоциональной нагрузкой (24%). Погрешности в питании выражались в нерегулярности приема пищи (37,4%), переносе основного приема пищи на вечер (59,1%), питании сухомятку (29,3%). Количество приемов пищи, поспешная или медленная еда, употребление острой пищи были связаны с кишечными проявлениями. У большинства пациентов имели место нарушения стула по типу запора (93,7%). Каловые массы содержали большое количество слизи, при выраженном спазме кал был "овечий", но с большим количеством слизи. У 75,1% больных отмечалось затруднение при акте дефекации, половину пациентов (50%) беспокоило чувство неполного опорожнения кишечника. Интервалы между актами дефекации увеличивались (дефекация не более 2-х раз за неделю). Таким образом, согласно классификации СРК, предложенной в 1992 г. F. Weber, R.Mc. Callum, и Римским критериям III (2006) у обследованных больных прослеживался вариант СРК с преобладанием боли в животе и метеоризмом, а вид кал соответствовал 2 и 3 типу Бристольской шкалы.

#### **Выводы**

1. Клиническая картина у больных с хроническим обструктивным заболеванием легких в сочетании с синдромом раздраженного кишечника характеризовалась наличием проявлений страха, депрессии, тревоги.

2. Пациентов беспокоили кашель, одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, "перебой" в работе сердца, головная боль, слабость, повышенная утомляемость.

3. У больных с коморбидной патологией наблюдалась абдоминальная боль, которая уменьшалась или исчезала после де-

фекации и отхождения газов, вздутие живота, урчание, усиленная перистальтика, нарушения стула и консистенции кала.

### Литература

1. Голубчиков М.В. Статистичний огляд захворюваності населення України на хвороби органів травлення // *Сучасна гастроентерол. і гепатол.* - 2000. - № 1. - С.17-20.

2. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія": Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р.

3. Феценко Ю., Гаврилюк В. Хронические обструктивные заболевания легких: классификация, диагностика, лечение // *Ліки України.*-2004.-№7-8.-С.22-25.

4. Філіппов Ю.О., Шмігель З.М., Котельнікова Г.П. Рівень поширеності захворюваності на хвороби органів травлення в Україні серед дорослих людей та підлітків // *Гастроентерологія: міжвідомчий збірник.* - Дніпропетровськ, 2001. - Вип. 32. - С.3-6.

5. Харченко Н.В. Синдром раздраженного кишечника: от диагностики к лечению // *Ліки України.* - 2005. - №3(92). - С. 41-45.

6. Ячник А.И. Хронічне обструктивне захворювання легень: етіологія, діагностика, клініка, лікування // *Журнал практичного лікаря.* - 2004. - №4. - С. 21-26.

7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (COLD). Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention: NHLBI / WHO Updated 2007. - 28 p.

### Резюме

**Іванова Л.М., Арбузова О.І.** Клінічні прояви хронічного обструктивного захворювання легень, поєданого з синдромом роздратованого кишечника.

В статті наведені дані про клінічний перебіг ХОЗЛ в сполученні з СІК. У хворих були присутні прояви депресії, тривоги, відмічався кашель, задишка при фізичному навантаженні, біль в ділянці серця, головний біль, слабкість, абдомінальний біль, який зменшувався після дефекації, здуття животу, гуркотіння, порушення стільця та консистенції калу.

**Ключові слова:** ХОЗЛ, синдром подразненого кишечника, клінічна картина.

### Резюме

**Іванова Л.Н., Арбузова О.И.** Клинические проявления хронического обструктивного заболевания легких, сочетанного с синдромом раздраженного кишечника.

В статье приведены данные о клиническом течении ХОЗЛ в сочетании с синдромом раздраженного кишечника. У больных с ХОЗЛ в сочетании с СРК клиническая картина характеризовалась наличием проявлений депрессии, тревог, кашля, одышка при физической нагрузке, боли в области сердца, головной боли, слабости, абдоминальной боли, которая уменьшалась после дефекации, вздутия живота, урчание, нарушения стула и консистенции кала.

**Ключевые слова:** ХОЗЛ, синдром раздраженного кишечника, клиническая картина.

### Summary

**Ivanova L.N., Arbuzova O.I.** Clinical displays of the patients with COPD in combination with the irritable bowel syndrome.

Data of the clinical course of COPD in combination with the Irritable bowel syndrome are shown in the article. It patients with COPD in combination with the irritable bowel syndrome the clinical picture is characterized by presence of depression, anxiety, cough, dyspnea at the physical loading, pain in area of heart, headache, weakness, abdominal pain diminishing after defecation, abdominal bloating, rumbling, disorders of defecation and consistency of excrements.

**Key words:** COPD, irritable bowel syndrome, clinical picture.