

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

Синдром раздраженного кишечника (СРК) - функциональное заболевание желудочно-кишечного тракта, которое не связано с органическими изменениями. Основные подходы к диагностике и лечению СРК изложены в "Римских критериях III" (2006). СРК составляет 12% всех обращений к врачам-терапевтам [2]. В то же время только 10-20% больных с СРК в связи с неординарностью жалоб обращаются за медицинской помощью, а остальные лечатся самостоятельно [7]. Высокая частота заболевания, развивающегося у лиц наиболее трудоспособного возраста, определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данного синдрома [8, 11].

СРК расценивают как биопсихосоциальное функциональное расстройство кишечника, в основе которого лежит взаимодействие психосоциального воздействия и сенсомоторная дисфункция, т.е. нарушение висцеральной чувствительности и двигательной активности [4].

В наше время в клинике внутренней медицины все чаще встречается сочетанная патология, которая характеризуется общностью этиологических факторов и патогенетических механизмов [6, 10]. Наличие сопутствующей патологии у больных хроническим обструктивным заболеванием легких (ХОЗЛ) не только изменяет клинические проявления, но и требует необходимости учета сопутствующего заболевания при назначении лечения.

Современная концепция ХОЗЛ, разработанная экспертами ВОЗ (GOLD, 2006), говорит о том, что зачастую тяжесть те-

чения и прогноз ХОЗЛ определяется экстрапульмональными проявлениями болезни. Лечебная тактика при ХОЗЛ в определенной мере зависит от сопутствующих заболеваний, на фоне которых оно протекает [13]. К сожалению, у больных с ХОЗЛ не всегда обращается должное внимание на сопутствующие проявления, связанные с наличием СРК, что может приводить к неэффективности проводимой терапии. Одним из принципов лечения СРК, касающегося пациентов, у которых важную роль в развитии заболевания играют психические факторы, должно быть уменьшение или устранение выявленных психоэмоциональных и нейровегетативных расстройств [1, 5, 9]. В то же время для больных ХОЗЛ тревожно-депрессивные состояния, относящиеся к системным проявлениям заболевания, являются одной из ведущих клинических проблем [3, 12].

**Целью** нашего исследования было изучение психоэмоциональных и нейровегетативных проявлений у больных с синдромом раздраженного кишечника с запорами в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких.

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

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

Под нашим наблюдением находилось 59 больных СРК в сочетании с ХОЗЛ, (29,8% мужчин и 70,2% женщин) с длительностью коморбидной патологии от 1 до 12 лет.

Всем пациентам было проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Верификация диагнозов проводилось для СРК соответственно Римского Консенсуса III (2006); для ХОЗЛ - Приказа МЗ Украины № 128 (09. 03. 2007). Для установления вегетативной дисфункции мы использовали методику интегральной табличной оценки, разработанную А.М. Вейном и соавт. (1998).

На протяжении обследования использовали два вида таблиц-шкал. Первая (субъективная шкала), содержащая 11 вопросов, заполнялась лично пациентом и давала возможность допустить наличие психоэмоциональных нарушений; вторая (объективная), включающая 13 вопросов, заполнялась исследователем и давала возможность верифицировать или исключить их наличие. Математическая обработка полученных результатов свидетельствовала, что у здоровых общая сумма баллов субъективной шкалы не превышала 15 баллов, объективной - 25 баллов. Поэтому психовегетативные изменения диагностировались при условии получения суммы выше 15 баллов по субъективной шкале и более 25 баллов - по объективной.

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

Под нашим наблюдением находилось 59 больных СРК с запорами в сочетании с ХОЗЛ, в возрасте от 23 до 59 лет. В клинической картине у обследованных больных с СРК с запорами в сочетании с ХОЗЛ, наряду с кашлем, экспираторной одышкой, выделением мокроты, наблюдались абдоминальные боли (от чувства дискомфорта до интенсивных у 74,6% больных), метеоризм (89,7%), изменение частоты стула (реже 3 раз в неделю), аномальная консистенция кала (запоры-100%). Как правило, ночью симптомы СРК не проявлялись, возникали по утрам, снижая качество жизни пациентов.

В анамнезе у обследованных больных отмечались дизентерия, диспепсии, пищевые токсикоинфекции, у женщин - аднекситы, циститы, нарушения менструального цикла, патологический климакс. У 73,2% обследованных пациентов были выявлены нарушения пищевого стереотипа: преобладали сужение (печень, шоколад, бутерброды), злоупотребление мясной, жирной пищи или сыроедение, прием пищи по утрам (в виде чая, кофе с бутербродами), отсутствие завтрака, второй обильный прием пищи, в рационе прослеживалось наличие различных диет, голодания.

Немаловажным моментом, предшествовавшим возникновению СРК в сочетании с ХОЗЛ, у 97,3% обследованных пациентов являлись стрессовые факторы в анамнезе. Это могли

быть сложные ситуации в детстве (алкоголизм, развод или смерть родителей, тяжелые заболевания родных, проблемы в семье). В последующем немаловажное значение приобретали социальные факторы (проблемы трудоустройства, безработица, конфликтные ситуации на работе, в семье), которые приводили к бессоннице, нарушению формулы сна, угнетенному настроению, функциональным расстройствам вегетативной нервной системы.

У 71,5% обследованных нами больных с СРК с запорами в сочетании с ХОЗЛ отмечались проявления ипохондрического и тревожно-ипохондрического синдромов.

Ипохондрический синдром проявлялся постоянной фиксацией внимания больного на состоянии кишечника, ожидании стула, множественностью жалоб, стойкими мыслями о серьезном заболевании, онкологической настороженностью. Вздутие живота, что является типичным проявлением СРК с запорами, приводило к исключению из диеты ряда продуктов. Кроме того, больные старались принимать различные травяные отвары или настои, соки, лекарственные средства с послабляющим эффектом. При неэффективности этих средств больные прибегали к частым очистительным клизмам или употреблению большого количества слабительных средств.

Тревожное состояние характеризовалось состоянием безнадёжности, напряженного ожидания будущего, неуверенности в себе, ощущением беспомощности, опасности.

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

Некоторые пациенты многократно обследовались у врачей различного профиля для исключения серьезного заболевания, дотошно описывая свои ощущения и переживания, часто меняли врачей, не доверяли им.

#### **Выводы**

1. У больных с сочетанной патологией (синдром раздраженного кишечника в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких) в анамнезе присутствовали стрессовые ситуации, социальная неустроенность.

2. В клинической картине у больных с сочетанной патологией, кроме традиционных жалоб на кашель, экспираторную одышку, выделение мокроты, наблюдались абдоминальный болевой синдром, изменения частоты и консистенции стула, ипохондрический и тревожно-ипохондрический синдромы.

3. Наличие указанных синдромов в значительной мере изменяло классическое течение патологии и требовало назначения соответствующих лекарственных средств.

4. В дальнейшем мы планируем изучить эффективность использования фармакопрепаратов различных групп в комплексном лечении больных с СРК с запорами в сочетании с ХОЗЛ.

#### **Литература**

1. Баранская Е. К. Синдром раздраженного кишечника: диагностика и лечение / Е. К. Баранская // *Consilium Medicum*. - 2000. - прил. - С. 31-36.
2. Белоусова Е. А. Всемирный конгресс по гастроэнтерологии (Монреаль, 2005) / Е. А. Белоусова // *Фарматека*. - 2006. - № 1. - С. 17-21.
3. Депрессивные проявления и их коррекция в комплексном лечении больных с синдромом раздраженного кишечника / Е. И. Ткаченко, Е. В. Балуква, Ю. П. Успенский, Т. Н. Жигалова // *Гастроэнтерология Санкт-Петербурга*. - 2005. - № 3-4. - С. 37-39.
4. 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.
5. 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.
6. Циммерман Я. С. Дисбиоз ("дисбактериоз") кишечника и / или синдром избыточного микробного роста / Я. С. Циммерман // *Клиническая медицина*. - 2005. - № 4. - С. 14-22.

7. Циммерман Я. С. Синдром раздраженной кишки: современные представления, спорные и нерешенные вопросы / Я. С. Циммерман // *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология*. - 2003. - № 6. - С. 124-132.
8. Шептулин А. А. Синдром раздраженного кишечника: спорные и нерешенные вопросы / А. А. Шептулин // *Клиническая медицина*. - 2005. - № 8. - С. 78-81.
9. Шептулин А. А. Трудности и ошибки диагностики синдрома раздраженного кишечника / А. А. Шептулин // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 2001. - № 2. - С. 64-67.
10. Does bacterial gastroenteritis predispose people to functional gastrointestinal disorders? - A prospective, community-based, case-control study / S. D. Parry, R. Stansfield, D. Jelley [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* - 2005. - 98. - P. 1970-1975.
11. Lembo A. J. Irritable bowel syndrome / A. J. Lembo // *J. A. M. A.* - 2006. - 295. - P. 925-933.
12. Mawe G. M. Review article: Intestinal serotonin signaling in irritable bowel syndrome / G. M. Mawe, M. D. Coates, P. L. Moses // *Aliment. Pharmacol. Ther.* - 2006. - 23 (8). - P. 1067-1076.
13. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease / A. G. N. Agusti, A. Noguera, J. Sauleda [et al.] // *Eur. Respir. J.* - 2003. - 21. - P. 347-360.

#### Резюме

**Арбузова О.И., Иванова Л.Н.** Психосоматические проявления у больных с синдромом раздраженного кишечника в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких.

В анамнезе больных с синдромом раздраженного кишечника в сочетании с хроническим обструктивным заболеванием легких присутствовали стрессовые ситуации и социальная неустроенность. В клинической картине, кроме традиционных жалоб на кашель, экспираторную одышку, выделение мокроты, наблюдались абдоминальный болевой синдром, изменения частоты и консистенции стула, ипохондрический и тревожно-ипохондрический синдромы.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, хроническое обструктивное заболевание легких, ипохондрический, тревожно-

ипохондрический синдромы.

#### Резюме

**Арбузова О.И., Иванова Л.М.** Психосоматичні прояви у хворих на синдром подразненого кишечника в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень.

В анамнезі у хворих на синдром подразненого кишечника в сполученні з хронічним обструктивним захворюванням легень були присутні стресові фактори та соціальна невладштованість. В клінічній картині, окрім традиційних скарг на кашель, експираторну задишку, харкотиння, спостерігалися абдомінальний болювий синдром зміни частоти і консистенції калу, іпохондричний та тривожно-іпохондричний синдроми.

**Ключові слова:** синдром подразненого кишечника, хронічне обструктивне захворювання легень, іпохондричний, тривожно-іпохондричний синдроми.

#### Summary

**Arbuzova O.I., Ivanova L.N.** Psychosomatic manifestations by patients with irritable bowel syndrome associated with chronic obstructive pulmonary disease.

The stress factors and social despondency were presented in anamnesis of patients with irritable bowel syndrome associated with chronic pulmonary disease. The clinical picture, besides traditional complaints on cough, expiratory dyspnea, expectoration, was consisted of abdominal painful syndrome, altered stool consistency and bowel habits, hypochondriacal and anxious-hypochondriacal syndromes.

**Key words:** irritable bowel syndrome, chronic obstructive pulmonary disease, hypochondriacal and anxious-hypochondriacal syndromes.

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