

## ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*О. Н. Барканова, С. Г. Газарина, А. А. Калуженина, Н. Л. Попкова*

### Кафедра фтизиопульмонологии ВолгГМУ

Среди хронических неспецифических заболеваний, сопутствующих туберкулезу легких, болезни органов пищеварения занимают одно из центральных мест. Чаще всего это гастриты, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуодениты. Сочетание заболеваний создает новые комплексные болезненные состояния, которые трудно диагностировать и лечить. Появление у больных туберкулезом симптомов дисфункции органов пищеварения на фоне лечения обычно трактуют как побочное действие противотуберкулезных препаратов, что обуславливает позднее распознавание болезней желудочно-кишечного тракта [2, 6].

Частота туберкулеза у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки в 6–9 раз выше, а обратная последовательность заболеваний встречается в 2–4 раза чаще, чем у остального населения. Больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки рассматривают как лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом. Среди этих больных туберкулезом легких чаще болеют мужчины в возрасте 30–50 лет.

В конце XIX в. появилось понятие «пре-туберкулезной диспепсии». Это было связано с тем, что у части больных с неясным диагнозом, предъявлявшим жалобы на стойкое отсутствие аппетита, похудание, неприятные ощущения в эпигастральной области, годами посещавших врачей, впоследствии выявлялся туберкулез легких. Уже в то время было сделано предположение, что диспепсические явления у больных туберкулезом связаны с функциональными нарушениями деятельности желудка. В свою очередь, изменение его секреторной функции и структуры слизистой, увеличение выработки эндогенного гистамина, воздействие на слизистую желудка антибактериальных препаратов являются факторами, способствующими возникновению и развитию язвенной болезни у больных туберкулезом [1, 2, 6].

Характер течения язвенной болезни у больных туберкулезом зависит от последовательности возникновения заболеваний. Если первично заболевание туберкулезом,

то язвенная болезнь протекает с нерезко выраженными симптомами и редко осложняется кровотечением, прободением, малигнизацией. Напротив, язвенная болезнь, возникшая до заболевания туберкулезом, характеризуется более острым течением и яркой симптоматикой. Клиника туберкулеза легких у больных язвенной болезнью отличается склонностью к прогрессированию и развитию хронических деструктивных форм, большей длительностью периодов обострения заболевания.

#### Симптомы заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки при туберкулезе

Атрофические гастриты ассоциированы в основном с хроническими процессами в легких у больных среднего и пожилого возраста. Они проявляются выраженной слабостью, ухудшением аппетита, астеноневротическим синдромом. Нередки отрыжка, тошнота, чувство переполнения желудка. Лицам молодого возраста с впервые выявленным туберкулезом легких и антральными формами хронического гастрита более свойственны синдромы ацидизма (изжога, отрыжка кислым, тошнота) [5].

Клинические проявления хронических дуоденитов аналогичны симптомам язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Возникающие через 1–2 часа после приема пищи боли могут сопровождаться тошнотой, отрыжкой. Характерны вегетативные расстройства.

Значительные трудности в лечении больных туберкулезом создает его сочетание с язвенной болезнью. У большинства больных язвенная болезнь предшествует туберкулезу, но у 1/3 из них развивается на его фоне. Возникновение туберкулеза у пациентов с язвенной болезнью обусловлено выраженными нейрогуморальными расстройствами и нарушением обменных процессов, вызываемыми частыми обострениями. Изменения процессов всасывания, витаминного обмена, секреторной и моторной функций желудочно-кишечного тракта после резекции желудка снижают сопротивляемость организма и создают предпосылки для развития вторичного заболевания.

Предрасполагающими факторами язвобразования у больных туберкулезом легких являются нарушение кровообращения в желудке и двенадцатиперстной кишке, развивающаяся тканевая гипоксия и гиперкапния, снижение регенеративной способности слизистой оболочки, дефицит местного иммунитета. Несомненна значимость функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта. Неблагоприятное влияние оказывает также длительный прием противотуберкулезных препаратов.

Немаловажную роль в патогенезе туберкулеза, язвенной болезни и их сочетания играют различные нарушения иммунного гомеостаза, особенно у больных с выраженными симптомами обострения заболеваний, длительным, рецидивирующим течением. Значительная частота сочетанных заболеваний объясняется не только патогенетическими факторами и неблагоприятным воздействием лекарственных средств на желудочно-кишечный тракт больных туберкулезом, но и распространением среди последних отягощающих социальных и поведенческих факторов.

Наиболее опасными в отношении возникновения туберкулеза легких являются первые 5–10 лет существования язвенной болезни или период непосредственно после ее оперативного лечения. Резекция желудка способствует активации или развитию туберкулеза в 2–16 % случаев.

От последовательности развития заболеваний зависят особенности их клинического проявления и прогноз. Большой выраженностью симптомов характеризуется первично возникшая болезнь. Сочетание во всех случаях ухудшает течение обоих заболеваний.

Туберкулез легких, протекающий в сочетании с язвенной болезнью, даже при своевременном выявлении отличается склонностью к прогрессированию, деструкции легочной ткани и развитию фиброзно-кавернозного процесса. Прогрессирование идет медленно, но упорно. Излечение характеризуется формированием более выраженных остаточных изменений. У больных чаще определяют устойчивость микобактерий к лекарственным препаратам, их плохую переносимость. Особенно неблагоприятно протекает туберкулез при его первичном возникновении, у лиц пожилого возраста, в случаях локализации язвенного поражения в желудке, при сочетании с другими хроническими заболеваниями.

Для туберкулеза у лиц, перенесших резекцию желудка, типична склонность к быстрому прогрессированию с возникновением множественных деструктивных изменений и бронхогенной диссеминации.

Язвенная болезнь в сочетании с туберкулезом протекает по двум типам [5, 6]. При ее первичном возникновении в периоды обострений она характеризуется более тяжелым течением с выраженными клиническими проявлениями. Ведущий симптом – боль в эпигастриальной области – отличается интенсивностью, периодичностью, ритмичностью, связан с приемом пищи и локализацией поражения. Ранние боли после еды под мечевидным отростком с возможной иррадиацией за грудину, в левую половину грудной клетки типичны для язвы кардиального и субкардиального отделов желудка. Нередки тошнота, отрыжка.

Приступообразные боли в правой половине эпигастрия, сопровождающиеся тошнотой, свойственны язве пилорического отдела. Боли в правой половине эпигастриальной области с иррадиацией в спину, в правую половину грудной клетки или правое подреберье типичны для язвы антрального отдела и двенадцатиперстной кишки. Боли различной интенсивности возникают через 1–3 часа после еды, натощак, ночью. Возможна рвота на высоте болей. Отмечают выраженную сезонность обострений. Пальпаторно выявляют резистентность мышц живота, точечную болезненность в зоне проекции желудка и двенадцатиперстной кишки.

В случаях присоединения к туберкулезу язвенная болезнь отличается малосимптомным течением. Болевой синдром и диспепсические явления часто слабо выражены. Могут отсутствовать периодичность болей и их связь с приемом пищи. Заболевание часто манифестирует с симптомов развившихся осложнений: кровотечения, пенетрации, прободения, перивисцеритов, стеноза привратника, малигнизации.

У больных с сочетанием заболеваний чаще всего обнаруживают повышение секреторной функции желудка. Однако в случаях развития язвенной болезни на фоне туберкулеза при его хроническом течении чаще отмечают нормальное или пониженное содержание соляной кислоты. Для моторной функции желудка наиболее характерен гипокINETический тип.

Особенно неблагоприятно протекает язвенная болезнь у лиц пожилого возраста. Выраженные местные трофические изменения слизистой оболочки, замедление репаративных процессов обуславливают сложность заживления язвенных дефектов, а малосимптомность заболевания – его позднюю диагностику.

В случаях сочетания туберкулеза легких и язвенной болезни клиническая картина складывается из симптомов обоих заболеваний. Но в большей степени, чем при их изолированном течении, выражены слабость, нарушение сна и аппетита, вегетативные расстройства, снижение массы тела. Чаще в процесс вовлекаются другие органы и системы.

#### **Особенности диагностики заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки при туберкулезе**

Больные язвенной болезнью и перенесшие резекцию желудка относятся к группе риска в отношении туберкулеза и подлежат тщательному диспансерному наблюдению с ежегодным флюорографическим обследованием. При появлении у них симптомов интоксикации или развитии респираторной симптоматики необходимо исследование мокроты на микобактерии туберкулеза и рентгенологическое обследование легких [6].

С целью раннего выявления у больных туберкулезом заболеваний желудочно-кишечного тракта тщательно анализируют данные анамнеза и объективного обследования. При указании на проявления дисфункции органов пищеварения или подозрении на развитие в них патологического процесса проводят целенаправленное обследование. Туберкулиновые пробы для диагностики туберкулеза у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки не имеют существенного значения. Для постановки диагноза необходимо обнаружение микобактерий туберкулеза в мокроте.

#### **Лечение туберкулеза при болезнях желудочно-кишечного тракта**

Лечение сочетанных заболеваний имеет ряд особенностей, а его эффективность ниже, чем лечение каждого из них в отдельности. Для эффективного лечения больных при сочетанных процессах необходимо прежде всего ликвидировать обострение желудочно-кишечного заболевания и обеспечить возможность

непрерывной, длительной, полноценной противотуберкулезной терапии [3, 4]. Этого можно достичь при соблюдении основных принципов комплексного лечения:

- сопутствующие туберкулезу гастроэнтерологические заболевания не являются противопоказанием для назначения противотуберкулезных препаратов;

- лечение должно учитывать индивидуальные особенности больного, быть комплексным и включать как противотуберкулезные препараты, так и терапию гастроэнтерологических заболеваний;

- режим лечения строят с учетом формы, стадии, фазы и распространенности процесса, функционального состояния органов и систем, характера всасываемости и метаболизма препаратов, лекарственной устойчивости, наличия осложнений и других сопутствующих заболеваний;

- в период обострения заболеваний лечение проводят в стационарных условиях;

- при обострении заболеваний желудочно-кишечного тракта предпочтение следует отдавать парентеральному (внутримышечно, внутривенно, интратрахеально, интракавернозно, ректально) введению противотуберкулезных препаратов. Резкие нарушения процессов всасывания при обострении язвенной болезни и резекции желудка обуславливают необходимость использования парентеральных методов введения противотуберкулезных препаратов, создающих высокие концентрации в крови и очагах туберкулезного поражения;

- целесообразно назначение лечебных средств, одновременно оказывающих положительное действие на каждое из сочетанных заболеваний;

- во время ремиссии гастродуоденальных заболеваний противотуберкулезную терапию осуществляют общепринятыми методами; возможно амбулаторное лечение;

- у больных в период обострения заболеваний по возможности следует избегать обширных оперативных вмешательств.

Противотуберкулезную терапию проводят в соответствии с основными принципами. Побочные явления противотуберкулезных препаратов развиваются в основном в случае их применения в период обострения желудочно-кишечных заболеваний и при использовании лекарственных средств раздражающего действия на слизистую оболочку (пероральный прием ПАСК, протионамида).

Такие больные хорошо переносят стрептомицин, препараты группы ГИНК, этамбутол, циклосерин; хуже – пиразинамид, рифампицин.

Сопутствующая патология органов желудочно-кишечного тракта значительно ограничивает возможности лекарственной терапии. Одновременно сами противотуберкулезные препараты оказывают различные побочные действия на организм. Использование лазеротерапии, КВЧ-терапии, переменного электромагнитного поля оказывает стимулирующее влияние на микроциркуляцию в легочной ткани, предупреждают развитие побочных реакций.

В период обострения язвенной болезни и других заболеваний желудочно-кишечного тракта большинство противотуберкулезных препаратов вводят парентерально, эндо-бронхиально, лимфотропно или ректально. При остром или прогрессирующем течении туберкулеза не следует проводить обширных операций на органах желудочно-кишечного тракта (предпочтительно эндоскопическое вмешательство).

Для фтизиатров основные проблемы лечения больных с сочетанием язвенной болезни и туберкулеза легких связаны с часто возникающими обострениями язвы на фоне специфической терапии, что существенно ухудшает переносимость противотуберкулезных препаратов, а в ряде случаев является причиной их отмены. В начале интенсивной фазы химиотерапии парентерально вводят рифампицин, изониазид, подключая канамицин вместо этамбутола с сохранением перорального приема пиразинамида. В фазе продолжения лечения в течение 4 месяцев назначают изониазид, рифампицин или в течение 6 месяцев изониазид, этамбутол. В этой же фазе подключают комплекс методов физического воздействия (фонофорез, ультразвук).

Задачи лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта:

- купирование симптомов обострения болезни, подавление активного воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, заживление язвенных поражений;

- предупреждение обострений, осложнений и рецидивов заболеваний.

Правильно проводимая терапия позволяет в течение 1,5–2 месяцев снять обострение гастроудоденального заболевания. Основу комплексной терапии составляют:

- режим с созданием психического и функционального покоя;

- диета;

- медикаментозные и немедикаментозные лечебные средства;

- санаторно-курортное лечение;

- диспансерное наблюдение.

В период обострения заболеваний в течение 7–10 дней больному показаны полупостельный режим; дробное пятиразовое питание, механически, термически и химически щадящее. Расширение рациона проводят постепенно, но даже в фазе ремиссии необходимо соблюдать режим дробного питания с исключением острых, копченых, жареных продуктов, наваристых бульонов.

При развитии в послеоперационном периоде функциональных расстройств пострезекционного синдрома лечебное питание должно быть физиологически полноценным, но механически не щадящим. Следует избегать молочных блюд, сладостей, раздражающих продуктов.

Основное значение в развитии гастроудоденитов и язвенной болезни в настоящее время придают инфекции *Helicobacter pylori*. Возникающее в результате воздействия данных бактерий воспаление снижает резистентность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, создавая предпосылки для усиления эндогенных факторов агрессии (избыточное образование кислоты и пепсина, повышение концентрации ионов водорода с их обратной диффузией). Следствием является нарушение слизистого барьера, кровообращения, антроудоденального кислотного барьера. *H. pylori* выявляют при гастритах и язвенной болезни в 90–100 % случаев. Микроорганизм персистирует у человека в течение длительного периода, вызывая воспалительные изменения, а при соответствующих условиях – рецидивы язвенного процесса.

К предрасполагающим факторам возникновения болезней желудочно-кишечного тракта относят:

- наследственность;

- пищевые отравления;

- нарушения ритма и качества питания;

- длительный прием лекарственных препаратов;

- нервно-рефлекторные воздействия на желудок и двенадцатиперстную кишку со стороны других органов и систем;

– нервно-психические и физические перегрузки.

Основу базисной медикаментозной терапии составляют антикислотные и антисекреторные препараты. К ним в первую очередь относят антациды. Они характеризуются быстрым, но очень недлительным действием, поэтому их применяют как симптоматические средства (для купирования болей и диспепсических расстройств). Рекомендуют невсасывающиеся антациды (магния гидроксид, алюминия фосфат, гастрал, гастрофарм и др.), оказывающие также обволакивающее, адсорбирующее и некоторое репаративное действие.

В качестве антисекреторных препаратов используют блокаторы  $H_2$ -рецепторов ранитидин (150 мг 2 раза в сутки), фамотидин (20 мг 2 раза в сутки). Они подавляют выработку соляной кислоты, пепсина; увеличивают продукцию желудочной слизи, секрецию бикарбонатов, улучшают микроциркуляцию в слизистой оболочке, нормализуют гастродуоденальную моторику.

Наиболее эффективными в настоящее время считают ингибиторы протонного насоса: омепразол (20–40 мг), пантопразол (40–80 мг), лансопразол (30 мг). Их антисекреторная активность поддерживается в течение 18 часов, что позволяет использовать препараты один раз в сутки. Кроме антисекреторного, эта группа препаратов обладает антибактериальным действием, усиливающим активность «антихеликобактерных» лекарственных средств.

«Антихеликобактерная» терапия – вторая составляющая лечения. Эрадикация *H. pylori* с использованием адекватных антибактериальных препаратов способствует регрессии воспалительно-язвенных изменений в слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта, восстановлению ее защитных свойств, предотвращает возникновение осложнений и рецидивов. В основной перечень препаратов с антихеликобактерным действием включены метронидазол (500 мг 3 раза в сутки), висмута трикалия дицитрат (120 мг 4 раза в сутки), кларитромицин (250–500 мг 2 раза в сутки), амоксициллин (500 мг 3 раза в сутки), тетрациклин (500 мг 4 раза в сутки). Рекомендуют семидневные тройные варианты эрадикационной терапии с включением висмута трикалия дицитрата, метронидазола и тетрациклина (классическая тройная терапия) и варианты с одним антисекреторным препаратом в сочетании с антибиотиком и метронидазолом.

При недостаточной эффективности терапии или осложненном течении заболеваний используют 7–10-дневную четырехкомпонентную схему лечения (антисекреторный препарат, висмута трикалия дицитрат, антибиотик, метронидазол). Дальнейшее лечение продолжают одним антисекреторным препаратом в половинной дозе до рубцевания язвенного поражения, ликвидации обострения туберкулезного процесса и возможности приема противотуберкулезных препаратов внутрь.

Схему терапии гастродуоденального заболевания у больного туберкулезом легких определяют в каждом отдельном случае с учетом медикаментозной нагрузки и степени тяжести гастрита или язвенной болезни. При их благоприятном течении, непродолжительных и редких обострениях, небольших язвенных дефектах используют препараты с меньшей антисекреторной активностью. В случаях выраженной клинической симптоматики, больших язвенных дефектов и при наличии осложнений целесообразно применение препаратов с длительным антисекреторным действием в сочетании с наиболее эффективными антихеликобактерными средствами.

Эффективность лечения должна быть подтверждена эндоскопическим исследованием с прицельной биопсией и установлением эрадикации *H. pylori*.

Принципиально иной подход к лечению хронического гастрита с секреторной недостаточностью. При этой форме используют:

– средства заместительной терапии (натуральный желудочный сок, бетаин + пепсин и др.);

– препараты, стимулирующие секреторную функцию желудка (инсулин, аминофиллин, препараты кальция);

– препараты, влияющие на тканевый обмен, трофику и процессы регенерации слизистой оболочки (натрия нуклеинат, ферменты, витамины); в случаях развития мегалобластной анемии – витамины  $B_{12}$ , гидроксокобаламин, цианокобаламин.

Лечение в условиях санатория показано больным с ремиссией или состоянием затишья обострения туберкулеза и болезней желудочно-кишечного тракта.

Возможно лечение и при впервые выявленном в санатории заболевании желудка и двенадцатиперстной кишки с малосимптомным, неосложненным течением и язвенным дефектом небольшого размера.

Санаторное лечение направлено на закрепление достигнутых ранее результатов, мобилизацию адаптационных возможностей организма, повышение работоспособности, завершение подготовки больного к активной профессиональной деятельности.

В период диспансерного наблюдения перед проведением профилактического про-

тивотуберкулезного лечения целесообразно предварительное назначение диетического режима, антацидов и репаратантов.

Проблема сочетанной патологии туберкулеза легких и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время не решена и требует совместных усилий врачей разных специальностей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мишин В. Ю. Лекции по фтизиопульмонологии / В. Ю. Мишин, А. К. Стрелис, В. И. Чуканов и др. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 560 с.
2. Перельман М. И., Корякин В. А., Богадельникова И. В. Фтизиатрия: учебник. – М.: Медицина, 2004. – 520 с.
3. Приказ № 951 от 29.12.2014 г. «Методические рекомендации по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».
4. Рекомендации по лечению туберкулеза. Пер. с англ. – ВОЗ, Женева, 2010. – 152 с.
5. Свистунова А. С., Черняховская Н. Е., Чуканов В. И. и др. Туберкулез и внутренние болезни: учеб. пособ. / Под ред. А. С. Свистуновой, Н. Е. Чернеховской. – М.: Академия, 2005. – 512 с.
6. Фтизиатрия: национальное руководство / Под ред. М. И. Перельман. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 506 с.

## ПРОБЛЕМА ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА. ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ

*П. А. Бакумов, Ю. В. Козыренко, О. А. Скиндр, Е. И. Кочетова*

**Кафедра профессиональных болезней  
с курсом общей врачебной практики (семейная медицина) ФУВ ВолгГМУ**

Термин «дисбактериоз» ввел впервые в микробиологическую практику в 1916 г. А. Ниссле для обозначения изменений микрофлоры в организме животного под влиянием всевозможных факторов.

Согласно ОСТу 91500.11.0004-2003, дисбактериоз кишечника рассматривается как клинико-лабораторный синдром, возникающий при ряде заболеваний и клинических ситуаций, характеризующийся изменением качественного и/или количественного состава нормальной микрофлоры, метаболическими и иммунными нарушениями, сопровождающимися у части больных клиническими проявлениями.

Дисбактериоз кишечника следует рассматривать как симптомокомплекс, но не как заболевание. Совершенно очевидно, что дисбактериоз кишечника всегда вторичен и опосредован основным заболеванием. Именно этим объясняется отсутствие такого диагноза, как «дисбиоз» или «дисбактериоз кишечника» в Международном классификаторе заболеваний человека (МКБ-10), принятом в нашей

стране, как и во всем мире. Необходимо, прежде всего, устранить вызывающие дисбактериоз кишечника причины или лечить основное заболевание.

По данным литературы, можно констатировать, что у 100 % больных как с патологией ЖКТ, так и при патологии других органов и систем диагностируются изменения со стороны микрофлоры и ее активности. При хронических заболеваниях расстройство процесса всасывания в кишечнике обусловлено дистрофическими, атрофическими и склеротическими изменениями эпителия и слизистой оболочки кишки. При этом укорачиваются и уплощаются ворсины и крипты, уменьшается число микроворсинок, в стенке кишки разрастается фиброзная ткань, нарушается крово- и лимфообращение. Уменьшение общей всасывательной поверхности и всасывательной способности приводит к нарушению процессов кишечного всасывания. Этот патологический процесс характеризуется истончением слизистой оболочки кишки, потерей дисахаридаз щеточной каемкой,