

А. О. Холева, О. А. Кузьмина,
О. С. Таланова, Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина

СИНДРОМ ДИСПЕПСИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Аннотация. Симптомы диспепсии встречаются у 18,6 % больных туберкулезом легких. Они обусловлены преимущественно (89,4 %) коморбидной Нр-ассоциированной гастродуоденальной патологией, значительно реже (10,6 %) – побочными эффектами противотуберкулезных препаратов. Комплекс клинических, лабораторных и инструментальных параметров позволяет диагностировать сопутствующие туберкулезу легких хронический гастрит, гастродуоденит, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ГЭРБ.

Ключевые слова: синдром диспепсии, туберкулез, клиника, диагностика.

Abstract. Symptoms of dyspepsia are found in 18,6 % of patients with pulmonary tuberculosis. The symptoms are conditioned in most cases (89,4 %) by comorbide Нр-associated gastroduodenal pathology, and much less frequently (in 10,6 % of cases) are caused by side effects of anti-tuberculosis drugs. If pulmonary tuberculosis is accompanied by chronic gastritis, gastroduodenitis, stomach and duodenal ulcers, or gastroesophageal reflux disease, the latter diseases can be diagnosed by means of a system of clinical, laboratory and instrumental parameters.

Key words: dyspeptic syndrome, clinical picture, diagnosis.

Синдром диспепсии, или «нарушенное пищеварение», – самая распространенная гастроэнтерологическая проблема. По современным представлениям синдром диспепсии – это комплекс неприятных ощущений, локализуемых в эпигастральной области, его испытывают до 20–40 % людей во всем мире [1]. Симптомами данного синдрома являются боль, жжение, вздутие, чувство переполнения после приема пищи и чувство быстрого насыщения пищей, тошнота, рвота, приносящая облегчение, отрыжка, изжога. Синдром диспепсии обусловлен замедлением опорожнения и нарушениями секреторной функции желудка, нарушением моторной функции желудочно-кишечного тракта. Ощущение сытости является следствием растяжения желудка, а отрыжка, изжога – следствием гастродуоденальной и гастроэзофагеальной дисмоторики. Синдром диспепсии классифицируется как острый и хронический, функциональный и органический, что требует нозологического осмысления и определяет дифференциально-диагностический поиск. Известно, что органический генез синдрома диспепсии имеет место в 30–40 % его случаев. Болезни гастродуоденальной зоны – хронический гастрит, гастродуоденит и язвенная болезнь как самые частые причины синдрома диспепсии являются наиболее распространенными заболеваниями [2–4].

При заболеваниях гастродуоденальной зоны, протекающих в полиморбидности, в частности с туберкулезом, существуют определенные дифференциально-диагностические сложности [5]. Туберкулез относится к одной из важных медико-социальных проблем России [6, 7].

Изучаются аспекты синдрома диспепсии как проявлений сопутствующей туберкулезу неспецифической патологии внутренних органов [2, 8, 9]. Неспецифические гастроэнтерологические заболевания могут осложнять течение туберкулеза и влиять на выживаемость больных при нем [10–14]. Уста-

новлено, что заболевания верхних отделов пищеварительного тракта – ГЭРБ, хронический гастрит, гастродуоденит и язвенная болезнь – сопутствуют туберкулезу легких в каждом третьем его случае [15]. В этой связи определены цели и задачи настоящей работы.

Цель исследования – изучение причин синдрома диспепсии у больных туберкулезом легких.

1. Материалы и методы исследования

Дизайн исследования – ретроспективное исследование, проведенное методом сплошной выборки за 2009 г. из числа выписанных 560 больных туберкулезом легких, пролеченных в стационаре Ульяновского областного клинического противотуберкулезного диспансера. Диагноз туберкулеза и сопутствующей ему неспецифической соматической патологии устанавливали согласно стандартам диагностики данных заболеваний с использованием комплекса клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Все больные согласно приказам Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации № 109 и 50 получали стандартную полихимиотерапию.

Средний возраст больных туберкулезом легких составил $49,3 \pm 1,24$ лет (95 % ДИ 47,3–51,2), соотношение мужчин/женщин было 4,8:1, 2/3 (72,4 %) из них проживали в городской и 1/3 (27,6 %) – в сельской местности. У 104 из 560 больных (18,6 %) выявлены симптомы диспепсии, требующие проведения дополнительных исследований и коррекции лечения. Фактические данные подверглись статистической обработке с использованием лицензионных статистических пакетов STATISTICA 6.0, SPSS 13.0.

2. Результаты и их обсуждение

Среди обследованных больных в каждом пятом случае (18,6 %) – у 104 из 560 человек – кроме проявлений туберкулеза легких диагностированы симптомы диспепсии – абдоминальгии преимущественно эпигастральной локализации, изжога, горечь во рту, вздутия и переполнения после приема пищи, тошнота, периодически рвота. При туберкулезе легких имели место симптомы интоксикации и бронхо-легочные проявления.

Клинические формы туберкулеза легких с наличием у больных симптомов диспепсии представлены на рис. 1.

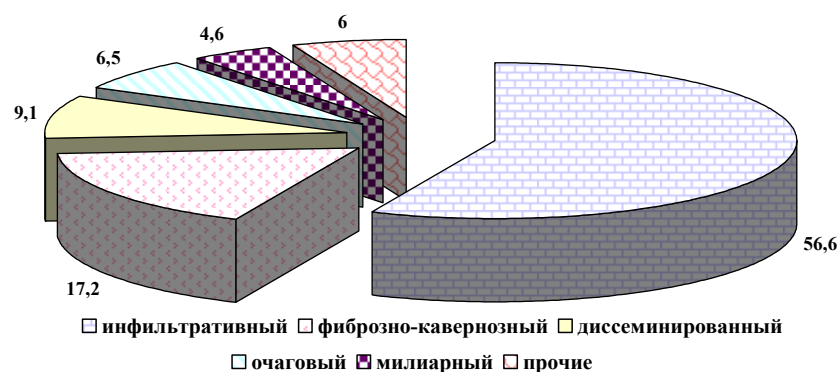


Рис. 1. Структура клинических форм туберкулеза легких с сопутствующим ему синдромом диспепсии (%)

Симптомы диспепсии чаще всего встречались у больных инфильтративным, реже – фиброзно-кавернозным и диссеминированным туберкулезом легких и значительно реже у пациентов с другими клинико-морфологическими формами туберкулеза (см. рис. 1).

Туберкулез легких, протекающий с симптомами диспепсии, в 70,2 % случаев имел фазу распада и в 62 % случаев сопровождался бактериовыделением.

Функциональная диспепсия не диагностирована ни в одном случае. Причинами синдрома диспепсии чаще были неспецифические гастроэнтерологические заболевания, сопутствующие туберкулезу легких (89,4 %).

В 10,6 % случаев (11 из 104 человек) диспепсия была обусловлена лекарственной непереносимостью к туберкулостатикам. При проведении противотуберкулезной полихимиотерапии у больных отмечались тошнота, рвота и признаки лекарственного гепатита. Определялись гепатомегалия, незначительная паренхиматозная желтуха, цитолиз с 1,27–1,89 нормами АЛТ, АСТ. Симптомы диспепсии в данной ситуации требовали коррекции противотуберкулезной терапии. Все вышеперечисленные симптомы были устранены при коррекции схем лечения и не вызывали диагностических затруднений.

У 93 из 104 больных (89,4 %) туберкулез легких сочетался с гастроэнтерологическими заболеваниями. В 81 из 93 случаев (87,1 %) диагностировали Нр-ассоциированный хронический гастрит/гастродуоденит, в 12 (12,9 %) – язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.

Неспецифическая патология пищевода – ГЭРБ, диагностированная по клиническим и эндоскопическим параметрам, сопутствовала туберкулезу легких в 19,4 % случаев. Она в ряде случаев сочеталась с хроническим гастродуоденитом. При этом больные отмечали изжогу. Эндоскопическая картина при неспецифических поражениях пищевода соответствовала ГЭРБ с РЭ I–II степени согласно классификации Savary–Miller.

Неспецифические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки – хронический гастрит и гастродуоденит – диагностированы согласно стандартным клиническим и эндоскопическим параметрам. Этиология хронического гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни верифицирована при помощи биохимического метода диагностики хеликобактериоза – применяли уреазный хеликобактер-тест.

При хроническом гастрите и гастродуодените была идентичная симптоматика – синдром диспепсии характеризовался болями в эпигастриальной области, тошнотой, периодически возникающей рвотой, приносящей облегчение. Эрадикационная антихеликобактерная терапия и применение антисекреторных препаратов способствовали купированию жалоб.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, протекающие на фоне туберкулеза легких, встречались с одинаковой частотой. Больные отмечали абдоминальгии в эпигастриальной области и в верхнем правом квадранте живота, при этом прием пищи либо усиливал, либо уменьшал болевые ощущения, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение, чувство голода. При язвенной болезни желудка боли были преимущественно «ранними», а при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – «голодными», «поздними» и «ночными».

Клиника язвенной болезни включала в себя язвенный анамнез – сезонность и цикличность. Продолжительность язвенного анамнеза составила в

среднем $7,2 \pm 0,86$ года. При туберкулезе легких, протекающем в полиморбидности с сопутствующей ему язвенной болезнью, у всех больных она предшествовала специфическому процессу в легких. Эндоскопические критерии стадии обострения язвенной болезни включали наличие язвенного дефекта слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. Размеры язвенных дефектов на слизистой оболочке желудка были 0,5 до 0,8 см, двенадцатиперстной кишки – 0,4–0,7 см.

В ответ на антихеликобактерную эрадикационную и антисекреторную терапию, проводимую на фоне активного лечения туберкулеза легких, симптомы нивелировались, а язвы – рубцевались. Однако известно, что язвенная болезнь, протекающая у больных туберкулезом легких, часто имеет осложненное течение [9]. Описаны желудочно-кишечные кровотечения, перфорации язв и стеноз привратника. В наших наблюдениях осложнения язвенной болезни не регистрировались.

Выводы

1. Симптомы диспепсии встречаются у каждого пятого больного туберкулезом легких.
2. Симптомы диспепсии наиболее часто являются проявлениями сопутствующей туберкулезу легких Нр-ассоциированной гастродуоденальной патологии – хронического гастрита, гастродуоденита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
3. В 10,6 % случаев симптомы диспепсии обусловлены непереносимостью противотуберкулезных препаратов.
4. В связи с полученными данными обоснована необходимость ведения больных туберкулезом легких совместно фтизиатром и гастроэнтерологом.

Список литературы

1. Гастроэнтерология : национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 704 с. – (Национальные руководства).
2. **Маев, И. В.** Болезни двенадцатиперстной кишки / И. В. Маев, А. А. Самсонов. – Москва : МЕД-пресс-информ, 2005. – 512 с.
3. **Калинин, А. В.** Гастроэнтерология и гепатология. Диагностика и лечение / под ред. А. В. Калинина, А. И. Хазанова. – М. : Миклош, 2007. – 602 с.
4. **Шулутко, Б. И.** Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней / Б. И. Шулутко, С. В. Макаренко. – 4-е изд. – СПб. : ЭЛБИ-СПб, 2007. – 704 с.
5. **Матросов, М. В.** Значение комплексного эндоскопического обследования в выявлении туберкулеза органов брюшной полости / М. В. Матросов и др. // Российский медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 40–42.
6. Фтизиатрия : национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 512 с. – (Национальные руководства).
7. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы». – URL: <http://www.cnikvi.ru/content.php?id=2.99>
8. **Терешин, В. С.** К вопросу о диагностике туберкулеза в общей лечебной сети / В. С. Терешин // Проблемы туберкулеза. – 2003. – № 5. – С. 23–26.
9. **Савоненкова, Л. Н.** Специфические и неспецифические абдоминальные поражения при туберкулезе: клиника, диагностика, течение, прогноз : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Савоненкова Л. Н. – Новосибирск, 2008. – 42 с.
10. **Яблоков, Д. Д.** Туберкулез легких в сочетании с внутренними болезнями / Д. Д. Яблоков, А. И. Галибина. – Томск, 1977. – 547 с.

11. **Кадырова, С. Н.** К вопросу о поражении желудочно-кишечного тракта при современных формах туберкулеза легких / С. Н. Кадырова, Д. В. Комарова, Н. А. Куликова // Инфектология. Достижения и перспективы : материалы юбил. науч. конф., посв. 100-летию первой в России кафедры инфекционных болезней. – СПб., 1996. – С. 114–115.
12. **Данцев, В. В.** Морфологическое и функциональное состояние желудка у больных инфильтративным туберкулезом легких молодого возраста : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Данцев В. В. – СПб., 1997. – 25 с.
13. **Кобелева, Г. В.** Соматические заболевания как причина смерти больных активным туберкулезом / Г. В. Кобелева, Е. А. Григорьева // Проблемы туберкулеза. – 2001. – № 2. – С. 47–49.
14. **Гнедько, Н. И.** Патология органов пищеварения у больных туберкулезом / Н. И. Гнедько, Е. А. Удалова, В. С. Волков // Военно-медицинский журнал. – 2002. – № 5. – С. 45–48.
15. **Арямкина, О. Л.** Хронические неспецифические заболевания внутренних органов при туберкулезе легких / О. Л. Арямкина, Л. Н. Савоненкова, Д. Л. Сазонов, Е. В. Джангарова // Клиническая медицина. – 2009. – Т. 87, № 6. – С. 60–63.

Холева Анна Олеговна

врач-ординатор, поликлиника № 4
(г. Ульяновск); аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: annagurianna@mail.ru

Choleva Anna Olegovna

Resident, outpatients' clinic № 4
(Ulyanovsk); postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Кузьмина Ольга Анатольевна

врач-ординатор, поликлиника № 4
(г. Ульяновск); аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: kuzmina.ul@yandex.ru

Kuzmina Olga Anatolyevna

Resident, outpatients' clinic № 4
(Ulyanovsk); postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Таланова Ольга Станиславовна

аспирант, Ульяновский
государственный университет

E-mail: talanova.os@mail.ru

Talanova Olga Stanislavovna

Postgraduate student,
Ulyanovsk State University

Савоненкова Людмила Николаевна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской терапии,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: AOL56@yandex.ru

Savonenkova Lyudmila Nikolaevna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of faculty therapy,
Ulyanovsk State University

Арямкина Ольга Леонидовна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской терапии,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: AOL56@yandex.ru

Aryamkina Olga Leonidovna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of faculty therapy,
Ulyanovsk State University

УДК 616.33-009-002.5

Синдром диспепсии у больных туберкулезом / А. О. Холева, О. А. Кузьмина, О. С. Таланова, Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2012. – № 3 (23). – С. 113–118.