

УДК:616.36-005

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ ГЕПАТИТОМ В

Матякубова Ойша Уриновна
Машарипова Шохиста Сабириновна
Ибрахимова Хамида Рустамовна
Нуруллаев Руслан Рустамбекович

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч, Узбекистан

Аннотация: *В данной работе исследована, проблема гепатита «В» у больных лекарственно устойчивым туберкулёзом лёгких имеет в настоящее время большое практическое значение. Продолжает нарастать заболеваемость гепатита «В» и туберкулеза, а эпидемиологическая опасность данной возрастной группы остается высокой. Фактором, обуславливающим своеобразное течение процесса, является снижение функциональной активности иммунной системы.*

Ключевые слова: *туберкулез, вирус, печень, легкие, микобактерия.*

Annotation: *In this study, the problem of hepatitis «B» in patients with drug resistant tuberculosis of the lungs is currently of great practical importance. The incidence of hepatitis «B» and tuberculosis continues to increase, and the epidemiological danger of this age group remains high. The factor that determines the peculiar course of the process is a decrease in the functional activity of the immune system.*

Keywords: *tuberculosis, virus, liver, lungs, mycobacterium.*

Печень – является важным органом, составляющим иммунную систему. При гепатите «В» вследствие цитолиза клеток печени функции её ослабевают, все это приводит к серьезным нарушениям в иммунной системе. При совместном течении гепатита «В» и лёгочного туберкулёза происходят серьезные изменения в слизистой оболочке дыхательных путей, уменьшается количество легочных альвеол, сокращается жизненный объем легких. Растущая распространенность лекарственно-устойчивых форм туберкулёза во всем мире заставляет по-новому взглянуть на исследование печени. В настоящее время эффективность химиотерапии не только не повышается, но имеет тенденцию к снижению. Одной из ведущих причин является распространение лекарственно-устойчивых микобактерий туберкулёза. Этот факт вынуждает назначать одновременно от 3 до 9 химиопрепаратов ежедневно и проводить лечение длительное время – 6-8 мес. Это создаёт высокую медикаментозную нагрузку на больного, и более всего её испытывает печень, осуществляя метаболизм туберкулостатиков и патогенетических средств. Частота развития поражений печени и гепатобилиарной системы, по данным разных авторов, колеблется от 5,0% до 72,8%. Противотуберкулёзное лечение у данной категории больных в значительной степени затруднено плохой переносимостью

противотуберкулёзных препаратов, особенно при наличии поражений печени гепатитом «В». В этом аспекте раннее выявление и лечение поражений печени является актуальным. Литературные данные и наш опыт показывают, что прогноз у больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом легких с сопутствующей патологией гепатобилиарной системы неблагоприятен, а возможности химиотерапии ограничены. Вот почему проблема своевременной диагностики поражений печени у больных туберкулёзом легких с лекарственной устойчивостью сохраняет свою практическую значимость.

Целью нашего исследования: явилось изучение состояния гепатобилиарной системы больных туберкулёзом легких с лекарственной устойчивостью.

Материалы и методы исследования: В Хорезмском областном противотуберкулёзном диспансере комплексному обследованию были подвергнуты 263 больных туберкулёзом легких. Среди этих больных у 163 пациентов установлена с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких, а у 100 – лекарственно-чувствительная форма туберкулёза легких. Больные с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких были в возрасте от 18 до 67 лет. Мужчин было 107 (65,6±3,7%), женщин 56 (34,4±3,7%). У 114 (69,9±3,5%) больных диагностирован фиброзно-кавернозный туберкулёз легких, у 37 (22,7±3,2%) – инфильтративный, у 12 (7,4±2,0%) диссеминированный туберкулёз легких. У всех больных выявлена устойчивость микобактерий туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам, в том числе у 132 больных вторичная, у 31 – первичная устойчивость. Пациенты с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких были в возрасте от 19 до 88 лет. Мужчин было 66 (66,0±4,7%), женщин 34 (34,0±4,7%). У больных с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких фиброзно-кавернозная форма выявлялась в 2,3 раза чаще (69,9±3,5%; 30,0±4,5% соответственно). Наоборот, среди этих групп больных инфильтративная форма туберкулёза легких выявлялась в 2,7 раза реже (22,7±3,2%; 62,0±23,6% соответственно).

Клинико-эхографические исследования печени и желчного пузыря позволили у 89 (54,6±3,8%) пациентов с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких выявить патологию печени, у 51 (31,3±3,6%) – патологию желчного пузыря. У 33 (20,2±3,1%) больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом легких было выявлено сочетание патологии печени и желчного пузыря. У 32 (19,6±3,1%) больных не выявлена патология гепатобилиарной системы. Эти исследования у больных с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких позволили у 25 (25,0±4,3%) пациентов выявить патологию печени и у 6 (6,0±2,3%) – патологию желчного пузыря. У 2 (2,0±1,4%) больных с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких было выявлено сочетание патологии гепатобилиарной системы и желчного пузыря. У 44 (44,0 ± 4,9%) больных не выявлена патология гепатобилиарной системы.

Основные симптомы, характерные для патологии печени, были выражены у 44 больных с устойчивой формой туберкулёза. Так, астеновегетативный синдром

отмечен у 25 больных, тупые боли в области печени – у 14, диспептические расстройства – у 18, увеличение печени – у 33, увеличение селезенки – у 17, сосудистые звездочки на коже живота – у 8, «печеночные ладони» – у 24, желтушность кожных покровов – у 7, кожный зуд – у 12 больных. Эти симптомы менее выражены у лиц с чувствительной формой туберкулёза легких. Так, астеновегетативный синдром отмечен только у 5, тупые боли в области печени – у 3, диспептические расстройства – у 6, увеличение печени – у 21, увеличение селезенки – у 1, сосудистые звездочки на коже живота – у 1, «печеночные ладони» – у 6, желтушность кожных покровов – у 1, кожный зуд – у 3 больных.

Диагностику патологии гепатобилиарной системы осуществляли на основании клинико-лабораторных исследований, включая эхографию на приборе «ИНТЕРСКАН» (Германия), работающем в режиме реального времени, с датчиками 3,5 и 5,0 МГц.

При выполнении эхографии гепатобилиарной системы определяли размеры, контуры и форму краев печени, её эластичность и подвижность, звукопроводимость и эхоструктуру паренхимы, рисунок внутривисцеральной сосудистой сети, желчного пузыря, его контуры, толщину стенок и наличие камней. Статистическая обработка результатов исследований проводилась на IBM совместимом компьютере с помощью пакета программ для статистических расчетов «Microsoft Excel».

Результаты и обсуждения: С помощью клинико-лабораторных и эхографических исследований гепатобилиарной системы были диагностированы ранее нераспознанные заболевания печени. При изучении сравнительной частоты выявления патологии гепатобилиарной системы у больных с лекарственно-устойчивой формой и с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких установлено, что патологические изменения гепатобилиарной системы выявляются чаще у пациентов с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких. Так, патология печени в виде гепатита В у больных с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких встречается в 2,1 раза чаще, патология желчного пузыря – в 5,2 раза чаще, чем у пациентов с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких (54,6% и 25,0%; 31,3% и 6,0% соответственно, $P < 0,001$; $P < 0,01$).

Сочетание патологии печени и желчного пузыря выявлялось в 10 раз чаще у больных с лекарственно-устойчивой формой, чем у лиц с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких (20,2% и 2,0% соответственно, $P < 0,001$). Больные без патологии гепатобилиарной системы выявлены в 2,2 раза реже среди пациентов с устойчивой формой туберкулёза легких, чем среди лиц с чувствительной формой туберкулёза легких (19,6% и 44,0% соответственно, $P < 0,001$).

Выводы: У больных с лекарственно-устойчивой формой туберкулёза легких патология печени в виде гепатита «В» в 2,2 раза, патология желчного пузыря в 5,2 раза выявлялись чаще, чем у пациентов с лекарственно-чувствительной формой туберкулёза легких.

Комплексное клинико-эхографическое исследования печени и желчного пузыря позволили у 89 (54,6±3,8%) пациентов выявить патологию печени гепатит «В» и у 51 (31,3±3,6%) – патологию желчного пузыря. Эхография гепатобилиарной системы расширяет возможности ранней диагностики данной патологии у больных с лекарственно-устойчивым туберкулёзом легких. При хроническом гепатите и циррозе печени эхография печени позволяет получить дополнительные критерии заболевания (расширение воротной вены, увеличение селезенки, выявление очагов высокой эхогенности) с точностью до 100%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Буров А.Н., Гурылева М.Э., Перельман М.И. Фтизиатрия (Национальное руководство). – Гэотар-Медиа, 2007. – 512 с.
2. Убайдуллаев А.М. Туберкулёз органов дыхания. Ташкент, 2004.
3. М.Д. Ахмедова Инфекционные болезни 2012г. Ташкент.
4. Хоменко А.Г. Туберкулёз. – М., 1998. – 493 с.
5. А. Закирходжаев Инфекционные болезни 2011г Ташкент.
6. Ю. Лобзин, Е.С. Белозеров Очерки общей инфектологии 2007г Джанган
7. Yamamoto Y., Hayashi M., Ogawa K. Risk factors for side effects due to the use of antituberculosis drugs in elderly patient // Kekkaku. – 2008. – Vol. 83, №6. – P. 457-463.