

**ВОЗМОЖНОСТИ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ
В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ
РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

Масленников А.А.

Белгородский государственный университет, кафедра внутренних болезней № 2,
г. Белгород, Россия

Заболевания желудка являются одной из наиболее распространенных форм сопутствующей патологии у подростков больных туберкулезом легких. Это связывают с токсическим действием на слизистую верхних отделов пищеварительного тракта противотуберкулезных препаратов и заглатываемой мокроты, туберкулезной интоксикацией и раздражением блуждающего нерва, а также важную роль играют нарушения физиологических взаимоотношений коры и подкорковых образований, срыв кортико-висцеральных механизмов при длительном психоэмоциональном перенапряжении (большая школьная нагрузка, конфликты в семье и школе...). Под влиянием дестабилизирующих факторов происходят нарушения адаптивных изменений в ЦНС, парасимпатической и симпатической нервной системе и в гипоталамо-гипофизарной системе, особенно ранимой в период их перестройки в растущем организме подростка.

Анализ особенностей течения инфильтративного туберкулеза легких у больных с явлениями ГЭРБ показал, что последняя оказывает неблагоприятное влияние на эволюцию основного заболевания. Получены данные о прямой зависимости развития туберкулезного и неспецифического поражения бронхов от степени выраженности ГЭРБ.

Целью работы являлось изучение эффективности антирефлюксных лечебно-профилактических мероприятий в комплексном лечении туберкулеза легких на фоне сопутствующей ГЭРБ. Основы данных мероприятий были взяты из рекомендаций и стандартов по гастроэнтерологии. В лечении туберкулеза легких были использованы противотуберкулезные препараты первого ряда.

Оценка эффективности разработанной схемы была осуществлена на 90 больных инфильтративным туберкулезом легких с явлениями ГЭРБ. Лечение ГЭРБ по предлагаемой схеме проводилось на протяжении 70-90 дней. Для исследования были отобраны пациенты без тяжелых (отсутствовали фазы суб- или декомпенсации) хронических заболеваний органов пищеварения (активный гепатит, осложненное течение язвенной болезни и др.). При лечении таких больных осуществлялась индивидуальная терапия под наблюдением гастроэнтеролога. Все обследованные больные были с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких, а лечение ГЭРБ начиналось через 7-9 недель от момента назначения туберкулостатических препаратов, то есть в тот момент, когда наиболее ярко проявляется их раздражающее действие на слизистую желудка (5 и более жалоб на диспепсию). Для более объективной оценки эффективности влияния антирефлюксной терапии на течение туберкулезного процесса в лёгких все обследованные больные разделены на 2 группы.

В состав 1-й группы включено 55 больных, которым наряду с противотуберкулезным лечением проводилась антирефлюксная терапия по предложенной схеме. 8 больных из этой группы были выведены за рамки исследования, так как через несколько недель оказалось, что они злостно нарушают режим лечения, злоупотребляют алкоголем и т.п. В дальнейшем мы старались не включать такого рода больных в исследуемые группы (негативная установка, асоциальное поведение). Таким образом, анализ эффективности лечения осуществлён в 1-й группе на 47 больных.

В состав 2-й группы включено 35 больных, аналогичных по полу, возрасту и ха-

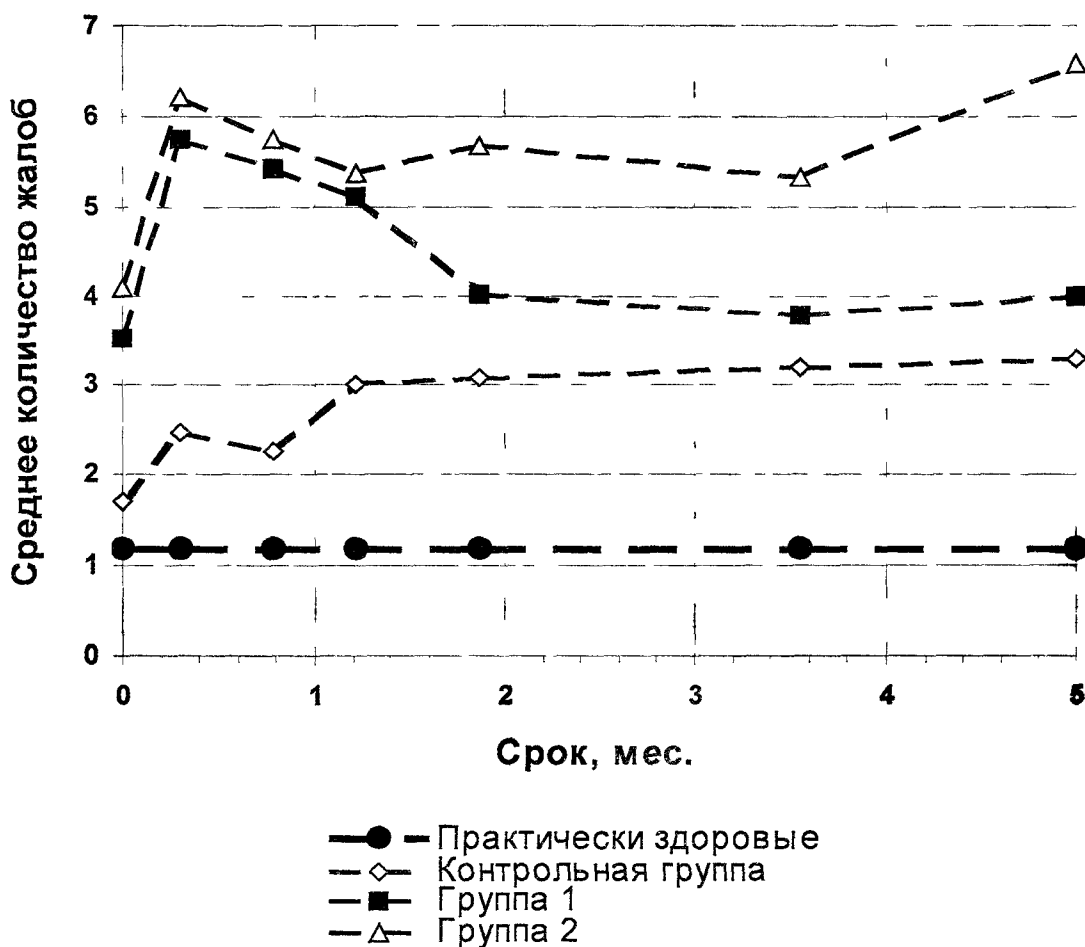
рактору течения заболевания. Однако специальные мероприятия по лечению ГЭРБ у них не проводились.

Контрольную группу составили 29 больных без клинически выраженных признаков ГЭРБ (менее 3-х жалоб на диспепсию, минимальные признаки рефлюкс-эзофагита или отсутствие таковых).

Следует подчеркнуть, что основным критерием отбора больных в указанные группы являются результаты КСО, который во всех группах проводился ежемесячно до 7-го месяца от момента начала химиотерапии.

Динамика среднего числа жалоб на диспепсические расстройства у больных инфильтративным туберкулезом лёгких в процессе лечения представлена на рис. 1.

Анализ эффективности используемой схемы показал, что уже через 10 дней у 27 из 47 пациентов 1-й группы число жалоб диспепсического характера уменьшается. А через 2 месяца использование антирефлюксной терапии даёт возможность стабилизировать выраженность диспепсического синдрома на уровне контрольной группы у 17 больных. Проводимая в дальнейшем терапия ГЭРБ позволила получить положительную динамику у 30 пациентов, однако у них к концу наблюдаемого периода сохранились в среднем 1-4 жалобы на диспепсию. В этой группе больных на пятом-седьмом месяцах лечения проводимая антирефлюксная терапия позволила снизить среднее число жалоб на диспепсию по сравнению со 2 группой в 1,7 раза.



Р и с. 1. Динамика среднего числа жалоб на диспепсические расстройства у больных инфильтративным туберкулезом легких в процессе лечения.

Таким образом, у больных 1-й группы выраженность проявлений ГЭРБ хотя и уменьшается, но полностью не исчезает. Однако даже частичное снижение выраженности ГЭРБ у больных туберкулезом легких следует признать положительным результатом.

Литература

1. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия. М.: Медицина 1996, с. 273.
2. Пиманов С.И., Озеран В.А. Диагностическое значение эзографии при желудочных кровотечениях // Острые хирургические заболевания брюшной полости. – Ростов-на-Дону. – 1991. – С. 295 –296.
3. Berstad A. Today's therapy of functional gastrointestinal disorders-does it help // Eur.J. Surg. -1998. -Vol. 583(Suppl.). -P. 92-97.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МИНЕРАЛЬНЫХ СТОЛОВЫХ ВОД В ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Надеждин С.В., Перистая Л.Ф., Павлов И.А., Таранова Е.И.

(кафедра патологии БелГУ)

В силу геоэкологических особенностей региона подземные воды преимущественно имеют высокую природную жесткость и повышенное содержание железа. В связи с этим важен контроль качества питьевых вод. Основной объем воды, потребляемой населением, имеет артезианскую природу, при этом в основном используются два горизонта: турон-маастрихтский и альб-сеноманский водоносные горизонты. Оба горизонта эксплуатируются посредством скважин, колодцев и групповых водозаборов. Воды турон - маастрихтского водоносного горизонта по химическому составу более непостоянные, с повышенными показателями по некоторым компонентам: общей жесткости, содержанию сульфатов, железа, свинца, марганца, нитратов. Воды же альб - сеноманского водоносного горизонта более постоянны по химическому составу и имеют в большинстве случаев допустимые СанПиН концентрации химических веществ, хотя и в них часто отмечаются повышенные концентрации железа [6]. Исходя из выше изложенного, очень важно осуществлять мониторинг и контроль качества питьевой воды, предоставляемой населению области. По данным лабораторного контроля центров Госсанэпиднадзора в Белгородской области в 2000 году среднее областной показатель общей жесткости со-

ставил 8,5 ммоль/л. В ряде районов Алексеевского, Белгородского, Вейделевского, Грайворонского, Корочанского, Красногвардейского, Красненского, Новооскольского, Ровеньского, Чернянского и Шебекинского районов показатель превысил 10 ммоль/л. Наибольшее несоответствие показателей качества питьевой воды нормам СанПиН 2.1.4.559 – 96 (жесткость воды 7 ммоль/л, железо 0,3 мг/л) наблюдается у вод шахтных колодцев в сельской местности. Воду с повышенной концентрацией железа в области потребляет 8% населения, в том числе с превышением ПДК в 3 и более раз – 1,1%, а с содержанием общей жесткости более 10 ммоль/л – 5,2% [5,12].

К подземным водам также относятся и минеральные воды. В области широко ведется розничная торговля столовыми водами, характеризующиеся преимущественно гидрокарбонатно-натриевым составом и малой жесткостью. В качестве источников этих вод наиболее распространенными по области являются скважины: № 14201046 (2/7) филиал ФГУП «Росспиртпром» «Веселолопанский спиртзавод» торговая марка – «Благодатный источник»; № 4542 ООО Агропромышленное объединение «Прайм» торговая марка – «Прайм»; № 14220244 ОАО «Корень» торговая марка – «Рождественская»; № 536 ООО «Белые горы» торго-