

TUBERCULOZA ȘI PATOLOGIA TRACTULUI GASTROINTESTINAL

Alina MALIC, Adriana NIGULEANU,
Tatiana OSIPOV, Evelina LESNIC

Disciplina de pneumologie și alergologie, IP USMF
Nicolae Testemițanu

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2\(104\).17](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2025.2(104).17)

Rezumat

Printre bolile cronice care însoțesc tuberculoza pulmonară, bolile tractului gastrointestinal ocupă un loc central. A fost realizată analiza bibliografică a literaturii științifice referitoare la evoluția tuberculozei la pacienți cu patologia tractului gastro-intestinal publicate în ultimii 5 ani, cu utilizarea portalurilor de căutare ScienceDirect, Pubmed, Library Genesis, Medscape. Cele mai frecvente boli au fost: gastrita, ulcerul gastric și ulcerul duodenal, duodenita, tuberculoza. Combinația acestor boli creează noi stări complexe care complică diagnosticul și tratamentul. Simptomele disfuncției organelor digestive la pacienții cu TB în timpul tratamentului sunt de obicei interpretate ca un efect secundar al medicamentelor antituberculoase, ceea ce determină recunoașterea tardivă a bolilor organelor digestive. Incidența tuberculozei la pacienții cu ulcer gastric și duodenal este de 6-9 ori mai mare, iar secvența inversă a bolilor apare de 2-4 ori mai des decât în restul populației. Pacienții cu ulcer gastric și duodenal sunt considerați indivizi cu risc crescut de TB. Printre acești pacienți, TB pulmonară afectează cel mai frecvent bărbații cu vârsta cuprinsă între 30 și 50 de ani. La majoritatea pacienților, ulcerul gastric și duodenita preced TB pulmonară, iar la 1/3 dintre ei se dezvoltă pe fundalul acesteia.

Cuvinte-cheie: tuberculoză, maladiile tractului gastro-intestinal, ulcer gastric, ulcer duodenal, gastrita, duodenita, tratamentul antituberculos

Summary

Tuberculosis and pathology of the gastro-intestinal tract

Among the chronic diseases accompanying pulmonary tuberculosis, diseases of the gastrointestinal tract occupy a central place. A bibliographic analysis of the scientific literature on the course of tuberculosis in patients with gastro-intestinal tract pathology published in the last 5 years was carried out, using the search portals ScienceDirect, Pubmed, Library Genesis, Medscape. The most common are: gastritis, gastric ulcer and duodenal ulcer, duodenitis, tuberculosis. The combination of these diseases creates new complex conditions that complicate diagnosis and treatment. Symptoms of digestive organ dysfunction in patients with TB during treatment are usually interpreted as a side effect of antituberculosis drugs, which leads to late recognition of diseases of the digestive organs. The incidence of tuberculosis in patients with gastric and duodenal ulcers is 6-9 times higher, and the reverse sequence of diseases occurs 2-4 times more often than in the rest of the population. Patients with gastric and duodenal ulcers are considered individuals at increased risk of TB. Among these patients, pulmonary TB most often affects men between the ages of 30 and 50. In most patients, gastric ulcer and duodenitis precede pulmonary TB, but in 1/3 of them it develops against its background.

Keywords: tuberculosis, gastro-intestinal tract diseases, gastric ulcer, duodenal ulcer, gastritis, duodenitis, antituberculosis treatment

Резюме

Туберкулез и патология желудочно-кишечного тракта

Среди хронических заболеваний, сопровождающих туберкулез легких, наиболее часто встречаются заболевания желудочно-кишечного тракта. Был проведен библиографический анализ научной литературы по течению туберкулеза у больных с патологией желудочно-кишечного тракта, опубликованной за последние 5 лет, с использованием поисковых порталов ScienceDirect, Pubmed, Library Genesis, Medscape. Наиболее распространенными являются: гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дуоденит, туберкулез. Сочетание этих заболеваний создает новые сложные состояния, затрудняющие диагностику и лечение. Симптомы нарушения функции органов пищеварения у больных туберкулезом во время лечения обычно трактуются как побочный эффект противотуберкулезных препаратов, что приводит к позднему распознаванию заболеваний органов пищеварения. Заболеваемость туберкулезом у больных язвой желудка и двенадцатиперстной кишки в 6-9 раз выше, а обратная последовательность заболеваний встречается в 2-4 раза чаще, чем у остальной части населения. Больные язвой желудка и двенадцатиперстной кишки считаются лицами с повышенным риском заболевания туберкулезом. Среди этих больных туберкулезом легких чаще всего болеют мужчины в возрасте от 30 до 50 лет. У большинства больных язва желудка и дуоденит предшествуют туберкулезу легких, но у 1/3 из них он развивается на его фоне.

Ключевые слова: туберкулез, заболевания желудочно-кишечного тракта, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, гастрит, дуоденит, противотуберкулезное лечение

Introducere

Printre bolile cronice nespecifice, care însoțesc tuberculoza pulmonară, bolile sistemului digestiv ocupă un loc central, cu rata de 38-41%, cele mai frecvente fiind gastrita, ulcerul gastric, ulcerul duodenal și duodenita. Combinația tuberculozei și maladiilor digestive creează afecțiuni complexe noi cu manifestări pronunțate, dificil de diagnosticat și tratat. Apariția simptomelor de disfuncție a sistemului digestiv la pacienții cu tuberculoză în timpul

tratamentului este de obicei interpretată ca un efect secundar al medicamentelor antituberculoase, ceea ce determină recunoașterea tardivă a bolilor gastro-intestinale [2, 16].

Incidența tuberculozei la pacienții cu ulcer gastric și ulcer duodenal este de 6-9 ori mai mare [3, 10]. Pacienții cu ulcer peptic al stomacului și duodenului sunt incluși în grupul cu vigilență sporită privind tuberculoza. Printre acești pacienți, bărbații cu vârstă cuprinsă între 30 și 50 de ani sunt mai predispuși pentru dezvoltarea tuberculozei pulmonare [34, 37, 40].

La sfârșitul secolului al XIX-lea, a apărut conceptul de „dispepsie pretuberculoasă”. Acest fenomen a fost relatat de unii pacienți cu diagnostic neclar, care menționau pierderea persistentă a poftei de mâncare, scăderea ponderală, disconfort în regiunea epigastrică, care solicitau asistența medicală de ani de zile, dar ulterior au fost diagnosticați cu tuberculoză pulmonară. Deja la acea vreme, se presupunea că fenomenele dispeptice la pacienții cu tuberculoză sunt asociate cu tulburări funcționale ale stomacului. La rândul lor, modificările funcției sale secretorii și ale structurii mucoasei, creșterea producției de histamină endogenă și efectul medicamentelor antituberculoase asupra mucoasei gastrice sunt factori care contribuie la apariția și dezvoltarea ulcerului peptic la pacienții cu tuberculoză [11, 15, 26].

Natura evoluției ulcerului peptic la pacienții cu tuberculoză depinde de subsecvența apariției bolilor. Dacă tuberculoza este boala primară, atunci ulcerul peptic apare cu simptome ușoare și este rareori complicat de sângerare, perforație sau malignitate. Dimpotrivă, ulcerul peptic care s-a dezvoltat înainte de tuberculoză se caracterizează printr-o evoluție mai acută și simptome avansate. Tabloul clinic al tuberculozei pulmonare la pacienții cu ulcer peptic este caracterizat printr-o tendință de progresare și dezvoltare a formelor distructive cronice, perioade mai lungi de exacerbare a bolii [23, 31].

Gastrita atrofică este asociată în principal cu procese cronice în plămâni la pacienții de vârstă mijlocie și vârstnici. Acestea se manifestă prin slăbiciune severă, pierderea poftei de mâncare, sindrom astenoneurotic. Sunt frecvente eructațiile, greața și senzația de plenitudine în stomac. Tinerii cu tuberculoză pulmonară primar depistată și forme antrale de gastrită cronică sunt mai predispuși la sindroame de aciditate (arsuri la stomac, eructații acide, greață) [12, 18]. Manifestările clinice ale duodenitei cronice sunt similare cu simptomele ulcerului duodenal. Durerea care apare la 1-2 ore după masă poate fi însoțită de greață și eructații, sunt caracteristice tulburările vegetative [7, 13, 20]. Dificultăți semnificative în tratamentul pacienților cu tuberculoză sunt determinate de combinarea acesteia cu ulcerul peptic.

La majoritatea pacienților, ulcerul peptic precede tuberculoza, iar la $\frac{1}{3}$ dintre ei se dezvoltă pe fondul acesteia. Apariția tuberculozei la pacienții cu ulcer peptic se datorează tulburărilor neurohumorale severe și tulburărilor metabolice cauzate de exacerbări frecvente [13, 16, 21, 36]. Modificările proceselor de absorbție, metabolismul vitaminelor, funcțiile secretorii și motorii ale tractului gastrointestinal după rezecția gastrică reduc rezistența organismului și creează premise pentru dezvoltarea unei boli secundare. Factorii predispozanți pentru formarea ulcerului la pacienții cu tuberculoză pulmonară sunt afectarea circulației sanguine în stomac și duoden, dezvoltarea hipoxiei tisulare și a hipercapniei, scăderea capacității regenerative a membranei mucoase și deficitul imunității locale. Semnificația tulburărilor funcționale ale tractului gastrointestinal este incontestabilă [8, 18, 24, 25].

Utilizarea pe termen lung a medicamentelor antituberculoase are, de asemenea, un efect advers. Diverse tulburări ale homeostaziei imune joacă un rol important în patogeneza tuberculozei, a ulcerului peptic și a combinării acestora, în special la pacienții cu simptome pronunțate de exacerbare a bolilor, pe termen lung, cu evoluție recurentă [32, 39].

Scopul cercetării

Studierea particularităților evoluției clinice, toleranței medicamentoase și eficacității tratamentului la pacienți cu tuberculoza și patologia tractului gastrointestinal.

Materiale și metode

Pentru realizarea scopului specificat, a fost efectuată căutarea inițială a literaturii științifice de specialitate, identificate de portalul de căutare Google Search și din bazele de date Sciencedirect, Pubmed, Library Genesis, Medscape. Criteriile de selectare a articolelor au inclus cuvintele-cheie: tuberculoza, patologia tractului gastrointestinal, ulcer gastric, ulcer duodenal, duodenita, gastrita, tratament antituberculos. Pentru selectarea avansată a surselor bibliografice, au fost aplicate următoarele filtre: articole cu text integral, articole în limba engleză, articole publicate în special pe perioada 2019-2025, cu prevalență în ultimii 5 ani. Au fost selectate 41 de articole originale, articole de sinteză narativă, sistematică și meta-analiză, care conțineau informații relevante și concepte contemporane despre evoluția tuberculozei la pacienți cu patologia tractului gastrointestinal. Informația din publicațiile incluse în bibliografie a fost adunată, clasificată, evaluată și sintetizată, evidențind particularitățile evoluției clinice și eficacității tratamentului la pacienți cu tuberculoză și boli gastrice.

Rezultate și discuții

Frecvența semnificativă a acestor combinații de boli – tuberculoza și patologia tractului gastro-intestinal se explică nu numai prin factorii patogenetici și efectele adverse ale medicamentelor asupra tractului gastrointestinal al pacienților cu tuberculoză, ci și prin prevalența factorilor sociali și comportamentali agravanți în rândul acestora [26, 33, 40]. Cele mai periculoase perioade în ceea ce privește dezvoltarea tuberculozei pulmonare sunt primii 5-10 ani de existență a ulcerului peptic sau perioada imediat următoare tratamentului chirurgical al acestuia. Rezecția gastrică promovează activarea sau dezvoltarea tuberculozei în 2-16% din cazuri. Particularitatea manifestării clinice și prognosticul depind de subsecvența dezvoltării bolii. Ulcerul peptic, existând ca o boală primară, se caracterizează printr-o severitate mai mare a simptomelor. Combinarea în toate cazurile agravează evoluția ambelor boli [5, 11, 28, 30]. Tuberculoza pulmonară, care apare în combinație cu ulcerul peptic, chiar și cu depistarea timpurie, se caracterizează printr-o tendință la progresie, distrugerea țesutului pulmonar și dezvoltarea unui proces fibro-cavitar. Progresia este lentă, dar persistentă. Recuperarea se caracterizează prin formarea unor modificări reziduale mai pronunțate. La pacienți cu maladiile gastrice, rezistența micobacteriilor față de preparatele anti-tuberculoase și toleranța lor insuficientă sunt identificate mai des [29, 33]. Tuberculoza este deosebit de nefavorabilă în apariția sa primară la persoanele în vârstă, în cazurile de localizare a leziunilor ulcerative în stomac, în combinație cu alte boli cronice. În cazul tuberculozei la persoanele care au suferit rezecție gastrică este tipică o tendință de progresie rapidă cu apariția multiplelor modificări distructive și diseminare bronhogenă [17, 20].

Ulcerul peptic în combinație cu tuberculoza apare în două variante de evoluție clinică. În apariția sa primară în perioadele de exacerbare, acesta se caracterizează printr-o evoluție mai severă, cu manifestări clinice pronunțate. Simptomul principal este durerea în regiunea epigastrică, caracterizată prin intensitate, periodicitate, ritm, asociată cu aportul alimentar și localizarea leziunii. Durerea precoce după masă sub procesul xifoid, cu posibilă iradiere în spatele sternului, în jumătatea stângă a toracelui, este tipică pentru ulcerul secțiunilor cardiace și subcardiace ale stomacului. Sunt frecvente greața și eructațiile. Durerea paroxistică în jumătatea dreaptă a epigastrului, însoțită de greață, este tipică unui ulcer piloric [17, 26, 29, 41]. Durerea în jumătatea dreaptă a regiunii epigastrice care iradiază spre spate, în jumătatea dreaptă a toracelui sau în hipocondrul drept este tipică unui ulcer antral și ulcer duodenal.

Durerea de intensitate variabilă apare la 1-3 ore după masă, pe stomacul gol, noaptea. Vărsăturile sunt posibile în punctul culminant al durerii. Se observă o sezonalitate pronunțată a exacerbărilor. Palparea relevă rezistență a mușchilor abdominali, sensibilitate punctuală în zona de proiecție a stomacului și duodenului [9]. În cazurile de tuberculoză, ulcerul peptic se caracterizează printr-o evoluție cu manifestările clinice reduse. Sindromul durerii și fenomenele dispeptice sunt adesea slab exprimate. Periodicitatea durerii și legătura acesteia cu aportul alimentar pot fi absente. Boala se manifestă adesea prin simptome ale complicațiilor dezvoltate: sângerare, penetrare, perforație, periviscerită, stenoza pilorică, malignitate. La pacienții cu o combinație de boli, cel mai adesea se detectează o creștere a funcției secretorii a stomacului. Cu toate acestea, în cazurile de ulcer peptic pe fondul tuberculozei cu evoluție cronică, se observă mai des niveluri normale sau reduse de acid clorhidric. Tipul hipokinetic este cel mai caracteristic pentru funcția motorie a stomacului. Ulcerul peptic este deosebit de nefavorabil la persoanele în vârstă. Modificările trofice locale pronunțate ale membranei mucoase, încetinirea proceselor reparatorii cauzează dificultăți în vindecarea defectelor ulcerative, iar simptomatologia scăzută a bolii – diagnosticul tardiv [9, 11]. În cazurile de combinație a tuberculozei pulmonare și a ulcerului peptic, tabloul clinic constă în simptome ale ambelor boli, iar slăbiciunea, tulburările de somn și apetit, tulburările autonome și pierderea în greutate sunt exprimate într-o măsură mai mare decât în evoluția lor izolată. Alte organe și sisteme sunt adesea implicate în proces [16].

Pacienții cu ulcer peptic și cei care au suferit rezecție gastrică aparțin grupului de risc pentru tuberculoză și sunt supuși unei supravegheri atente cu examen radiologic anual. Dacă prezintă simptome de intoxicație sau simptome respiratorii, este necesar să se testeze sputa pentru *Mycobacterium tuberculosis* și să se efectueze o examinare radiologică a plămânilor [1, 4, 19]. Pentru a detecta precoce bolile gastrointestinale la pacienții cu tuberculoză, datele anamnezei și ale examenului obiectiv trebuie analizate minuțios. Dacă există indicii de disfuncție a organelor digestive sau suspiciunea dezvoltării unui proces patologic la acestea, se efectuează un examen țintit. Testele tuberculinice pentru diagnosticarea tuberculozei la pacienții cu ulcer gastric și ulcer duodenal nu sunt semnificative. Pentru a stabili un diagnostic specific, este necesară identificarea *Mycobacterium tuberculosis* în spută [22, 27].

Tratamentul bolilor combinate are o serie de caracteristici, iar eficacitatea sa este mai mică decât tratamentul fiecăreia dintre ele separat. Pentru tratamentul eficient al pacienților cu procese com-

binat, este necesar, în primul rând, să se elimine exacerbarea bolii gastrointestinale și să se asigure posibilitatea unei terapii antituberculoase continue, pe termen lung și complete [3, 4, 27, 35]. Acest lucru se poate realiza prin respectarea principiilor de bază ale tratamentului complex: 1) bolile gastrointestinale concomitente cu tuberculoza nu reprezintă o contraindicație pentru prescrierea medicamentelor antituberculoase; 2) tratamentul trebuie să țină cont de caracteristicile individuale ale pacientului, să fie cuprinzător și să includă atât medicamente antituberculoase, cât și terapia pentru bolile gastrointestinale; 3) schema de tratament se construiește ținând cont de forma, stadiul, faza și prevalența procesului, starea funcțională a organelor și sistemelor, natura absorbției și metabolismului medicamentelor, rezistența la medicamente, prezența complicațiilor și a altor boli concomitente; 4) în timpul exacerbării bolilor, tratamentul se efectuează în spital; 5) în timpul exacerbării bolilor gastrointestinale, se recomandă administrarea parenterală (intramusculară, intravenoasă, intratraheală, intracavernoasă, rectală) a medicamentelor antituberculoase [35]. Tulburările severe ale proceselor de absorbție în timpul exacerbării ulcerului peptic și a rezechției gastrice necesită utilizarea metodelor parenterale de administrare a medicamentelor antituberculoase, creând concentrații mari în sânge și în focarele de leziuni tuberculoase; este recomandabil să se prescrie medicamente care au simultan un efect pozitiv asupra fiecăreia dintre bolile combinate; în timpul remisiunii bolilor gastrointestinale, terapia antituberculoasă se efectuează prin metode general acceptate; este posibil tratamentul ambulatoriu. La pacienții aflați în timpul unei exacerbări a bolilor, trebuie evitate, dacă este posibil, intervențiile chirurgicale extinse [14]. Terapia antituberculoasă se efectuează în conformitate cu principiile de bază. Efectele secundare ale medicamentelor antituberculoase se dezvoltă în principal în cazul utilizării lor în timpul exacerbării bolilor gastrointestinale și la utilizarea de medicamente care irită membrana mucoasă (administrarea orală de PAS, protionamidă). Acești pacienți tolerează bine streptomina, medicamentele din grupul GINK, etambutolul, cicloserina; mai rău – pirazinamida, rifampicina. Patologia concomitentă a tractului gastrointestinal limitează semnificativ posibilitățile terapiei medicamentoase. În același timp, medicamentele antituberculoase au diverse efecte secundare asupra organismului. Utilizarea terapiei cu laser, a terapiei UHF, a câmpului electromagnetic alternativ are un efect stimulator asupra microcirculației în țesutul pulmonar, previne dezvoltarea reacțiilor adverse. În timpul unei exacerbări a ulcerului peptic și a altor boli gastrointestinale, majoritatea medicamente-

lor antituberculoase se administrează parenteral, endobronșic, limfotrop sau rectal. În tuberculoza acută sau progresivă nu trebuie efectuate operații extinse asupra tractului gastrointestinal (intervenția endoscopică este preferabilă) [35, 38].

Pentru medicii ftiziopneumologi, principalele probleme ale tratamentului pacienților cu o combinație de ulcer peptic și tuberculoză pulmonară sunt asociate cu exacerbări frecvente ale ulcerului pe fondul terapiei specifice, ceea ce agravează semnificativ tolerabilitatea medicamentelor antituberculoase și, în unele cazuri, este motivul sistării acestora. La începutul fazei intensive de chimioterapie, rifampicina și izoniazida se administrează parenteral, combinând kanamicina în loc de etambutol, menținând în același timp administrarea orală de pirazinamidă. În faza de continuare a tratamentului, se prescriu izoniazida și rifampicina timp de 4 luni sau izoniazida și etambutolul timp de 6 luni. În aceeași fază, se combină un set de metode de impact fizic (fonoforeză, ultrasunete). Sarcinile tratării bolilor gastrointestinale: 1) ameliorarea simptomelor de exacerbare a bolii, suprimarea inflamației active a mucoasei gastrice și a duodenului, vindecarea leziunilor ulcerative; 2) prevenirea exacerbărilor, complicațiilor și recidivelor bolilor.

Terapia efectuată corect permite ameliorarea exacerbării bolii gastrointestinale în decurs de 1,5-2 luni. Baza terapiei complexe este: regim cu crearea de repaus mental și funcțional; dietă; tratament medicamentos și nemedicamentos; tratament balnear. În timpul exacerbării bolilor timp de 7-10 zile, pacientului i se recomandă semirepauș la pat; mese fracționate de cinci ori pe zi, menajante sub aspect mecanic, termic și chimic. Dieta se extinde treptat, dar chiar și în faza de remisie este necesar să se respecte regimul alimentar fracționat, cu excluderea alimentelor picante, afumate, prăjite, băuturilor alcoolice. Odată cu dezvoltarea tulburărilor funcționale ale sindromului postrezechțional în perioada postoperatorie, nutriția terapeutică trebuie să fie completă fiziologic, dar nu blândă mecanic. Trebuie evitate produsele lactate, dulciurile și alimentele iritante. Infecțiile cu *Helicobacter pylori* sunt considerate în prezent principalul factor care contribuie la dezvoltarea gastroduodenitei și a ulcerului peptic. Inflamația cauzată de aceste bacterii reduce rezistența mucoasei gastrice și duodenale, creând premise pentru creșterea factorilor de agresiune endogeni (formarea excesivă de acid și pepsină, creșterea concentrației ionilor de hidrogen cu difuzia lor inversă). Consecința este o perturbare a barierei mucoase, a circulației sangvine și a barierei acide antroduodenale. *H. pylori* este detectat în gastrită și ulcer peptic în 90-100% din cazuri [6, 7, 35, 37].

Microorganismul persistă la om o perioadă lungă de timp, provocând modificări inflamatorii și, în condiții adecvate, recidive ale procesului ulceros. Factorii predispozanți pentru dezvoltarea bolilor gastrointestinale includ: ereditatea; intoxicația alimentară; tulburările ritmului și calității nutriției; utilizarea pe termen lung a medicamentelor; efectele neuro-reflexe asupra stomacului și duodenului din partea altor organe și sisteme; suprasolicitarea neuropsihică și fizică. Terapia medicamentoasă de bază constituie antiacidele și medicamentele antisecretoarii. Acestea includ în primul rând antiacidele, caracterizate printr-un efect rapid, dar pe termen foarte scurt, de aceea sunt utilizate ca agenți simptomatici (pentru ameliorarea durerii și a tulburărilor dispeptice). Se recomandă antiacidele neabsorbabile (hidroxid de magneziu, fosfat de aluminiu, gastal, gastrofarm etc.), care au inclusiv un efect învelitor, adsorbant și un anumit efect reparator. Blocantele receptorilor H₂ ranitidina (150 mg de 2 ori pe zi) și famotidina (20 mg de 2 ori pe zi) sunt utilizate ca medicamente antisecretoarii. Acestea suprimă producția de acid clorhidric și pepsină; cresc producția de mucus gastric, secreția de bicarbonat, îmbunătățesc microcirculația la nivelul membranei mucoase, normalizează motilitatea gastroduodenală. Cei mai eficienți în prezent sunt considerați inhibitorii pompei de protoni: omeprazol (20-40 mg), pantoprazol (40-80 mg), lansoprazol (30 mg). Activitatea lor antisecretoarie se menține timp de 18 ore, ceea ce permite utilizarea medicamentelor o dată pe zi. Pe lângă efectul antisecretor, acest grup de medicamente are un efect antibacterian, sporind activitatea medicamentelor anti-Helicobacter. Terapia anti-Helicobacter este a doua componentă a tratamentului. Eradicarea *H. pylori* folosind medicamente antibacteriene adecvate promovează regresia modificărilor inflamatorii și ulcerative la nivelul membranei mucoase a tractului gastrointestinal, restabilirea proprietăților sale protectoare, previne complicațiile și recidivele [6, 9, 35].

Lista principală de medicamente cu acțiune anti-Helicobacter include metronidazol (500 mg de 3 ori pe zi), dicitrat de bismut tripotasic (120 mg de 4 ori pe zi), claritromicină (250-500 mg de 2 ori pe zi), amoxicilină (500 mg de 3 ori pe zi), tetracilină (500 mg de 4 ori pe zi). Se recomandă opțiuni de terapie triplă de eradicare de șapte zile, cu includerea dicitratului de bismut tripotasic, metronidazolului și tetracilinei (terapie triplă clasică) și opțiuni cu un medicament antisecretor în combinație cu un antibiotic și metronidazol. Dacă terapia este insuficient de eficientă sau evoluția bolii este complicată, se utilizează un regim de tratament cu patru componente de 7-10 zile (medicament antisecretor, dicitrat de bismut tripotasic, antibiotic, metronidazol).

Tratamentul ulterior se continuă cu un medicament antisecretor în jumătate de doză până când leziunea ulceroasă este cicatrizată, exacerbarea procesului tuberculos este eliminată și este posibilă administrarea orală de medicamente antituberculoase. Schema de tratament pentru boala gastroduodenală la un pacient cu tuberculoză pulmonară este determinată în fiecare caz individual, ținând cont de încărcătura medicamentoasă și de severitatea gastritei sau ulcerului peptic. În cazul evoluției lor favorabile cu exacerbări scurte și rare, defecte ulcerative mici, se recomandă medicamente cu activitate antisecretoarie mai redusă. În cazurile de simptome clinice pronunțate, defecte ulcerative mari și în prezența complicațiilor, este recomandabil să se utilizeze medicamente cu efect antisecretor pe termen lung în combinație cu cei mai eficienți agenți anti-Helicobacter. Eficacitatea tratamentului trebuie confirmată prin examen endoscopic cu biopsie țintită și stabilirea eradicării *H. pylori*. În tratamentul gastritei cronice cu insuficiență secretorie are loc o abordare fundamental diferită. În această formă se utilizează: agenți de terapie de substituție (suc gastric natural, betaină + pepsină etc.); medicamente care stimulează funcția secretorie a stomacului (insulină, aminofilină, preparate cu calciu); medicamente care afectează metabolismul țesuturilor, trofismul și procesele de regenerare a membranei mucoase (nucleinat de sodiu, enzime, vitamine); în cazurile de anemie megaloblastică – vitaminele B₁₂, hidroxocobalamină, cianocobalamină [6, 9, 14, 34]. Tratamentul într-un sanatoriu este indicat pacienților cu remisie sau o stare de exacerbare în ameliorare a tuberculozei și a bolilor gastrointestinale. Tratamentul este posibil și pentru bolile stomacului și duodenului care sunt diagnosticate inițial într-un sanatoriu cu puține simptome, evoluție necomplicată și un ulcer mic. Tratamentul balnear are ca scop consolidarea rezultatelor obținute anterior, mobilizarea capacităților de adaptare ale organismului, creșterea eficienței și finalizarea pregătirii pacientului pentru activitatea profesională activă. În perioada de supraveghere, înainte de efectuarea tratamentului antituberculos, este recomandabil să se prescrie un regim alimentar, antiacide și reparator. Problema patologiei combinate a tuberculozei pulmonare cu ulcerul gastric și ulcerul duodenal nu a fost încă rezolvată și necesită eforturi comune ale medicilor de diferite specialități [34, 35].

Concluzii

1. Incidența patologiei gastrointestinale în rândul pacienților cu tuberculoză pulmonară este de 38,0-41,0%, ceea ce determină importanța sa mare ca factor de risc pentru dezvoltarea tuberculozei.

2. Cunoașterea și detectarea la timp a patologiei gastrointestinale vor reduce la minim efectele secundare ale chimioterapiei.

3. Analiza formelor clinice ale patologiei gastrointestinale a arătat diferențe semnificative de vârstă: la tineri, sub 30 de ani, a predominat patologia zonei gastroduodenale, iar la persoanele cu vârstă cuprinsă între 30 și 50 de ani – patologia zonei hepatobiliare.

Declarație de conflict de interes

Autorii declară lipsa conflictului de interes.

Bibliografie

- AMMARI, L., BERRICHE, A., KOOLI, I., MARRAKCHI, W., & CHAKROUN, M. In: *Epidemiology of tuberculosis. In Imaging of Tuberculosis Springer*. 2022. pp. 1-13.
- BAGCCHI, S. WHO's global tuberculosis report 2022. In: *The Lancet Microbe*, 2023. 4(1). e20.
- BAQUERO-ARTIGAO, F., DEL ROSAL, T., FALCÓN-NEYRA, L., FERRERAS-ANTOLÍN, L., GÓMEZ-PASTRANA, D., HERNANZ-LOBO, A., SORIANO-ARANDES, A. In: *Update on the diagnosis and treatment of tuberculosis. An Pediatr (Engl Ed)*, 2023. 98(6), 460-469. doi:10.1016/j.anpede.2023.03.009
- BI, K., CAO, D., DING, C., LU, S., LU, H., ZHANG, G., ZHANG, Y. The past, present and future of tuberculosis treatment. In: *Zhejiang Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban*. 2022. 51(6), 657-668. doi:10.3724/zdxbyxb-2022-0454
- BI, K., ZHAO, Y., LU, S., XU, K., & ZHANG, Y. Comment on WHO Global Tuberculosis Report 2024: Progress, Challenges and Innovations for Achieving End TB Strategy by 2035. 2023. In pp. 10.1097: LWW.
- BUSTAMANTE-RENGIFO, J. A., ASTUDILLO-HERNÁNDEZ, M., & DEL PILAR CRESPO-ORTIZ, M. Effect of *Helicobacter pylori* and Helminth Coinfection on the Immune Response to *Mycobacterium tuberculosis*. In: *Current Microbiology*, 2021. 78(9), 3351-3371.
- CHAKINALA, R. C., KHATRI, A. M. Gastrointestinal Tuberculosis. (2020).
- CULA, E. Noi abordări în tratamentul tuberculozei drogrezistente. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2024. 79(2), 203-205.
- ERAKSOY, H. Gastrointestinal and abdominal tuberculosis. In: *Gastroenterology Clinics*, 2021. 50(2), 341-360.
- ESTAJI, F., KAMALI, A., & KEIKHA, M. Strengthening the global Response to Tuberculosis: Insights from the 2024 WHO global TB report. In: *Journal of Clinical Tuberculosis and Other Mycobacterial Diseases*, 2025. 39, 100522.
- FALZON, D., MILLER, C., LAW, I., FLOYD, K., ARINAMINPATHY, N., ZIGNOL, M., KASAEVA, T. Managing tuberculosis before the onset of symptoms. In: *Lancet Respir Med*, 2025. 13(1), 14-15. doi:10.1016/s2213-2600(24)00372-2
- FERDAUS, F. Tuberculosis in the 21 st Century: A Comprehensive Global Review. In: *Khulna City Medical College*, 62.
- GUMENIUC, C., NIGULEANU, A., LESNIC, E., MALIC, A., & OSIPOV, T. Particularitățile tuberculozei cu multiple localizări. În: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță* (2024).
- IONESCU, S., NICOLESCU, A. C., MADGE, O. L., MARINCAS, M., RADU, M., SIMION, L. Differential diagnosis of abdominal tuberculosis in the adult—literature review. In: *Diagnostics*, 2021. 11(12), 2362.
- LEE, H., KIM, J., KIM, J., & PARK, Y.-J. Review of the global burden of tuberculosis in 2023: insights from the WHO Global Tuberculosis Report 2024. 2025.
- LESNIC, E., MALIC, M. The Role of Molecular-Genetic Assays in Diagnosis of Pulmonary Tuberculosis in the Republic of Moldova. In: *International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering*. 2023.
- LESNIC, E., CARAIANI, O., MALIC, A., NIGULEANU, A., KULCIȚCHI, S., CORLĂTEANU, A. Similitudini și diferențe clinice și paraclinice dintre procesele infiltrative tuberculoase și nespecifice. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2022. 93(2), 258-264.
- LESNIC, E., MALIC, A., CORLĂTEANU, A. Actualități în screeningul la tuberculoză. Revista ghidurilor. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2022. 74(3), 39-42.
- LESNIC, E., MALIC, A., NIGULEANU, A., & OSIPOV, T. Videosupported Treatment as Method of Delivering the Healthcare to Tuberculosis. In: *International Conference on Nanotechnologies and Biomedical Engineering*. 2023.
- LESNIC, E., MALIC, A., NIGULEANU, A., OSIPOV, T., IVANEȚ, I., GHINDA, S. Particularitățile evolutive ale tuberculozei în coinfecția cu virusul imunodeficienței umane. În: *Общественное здоровье, экономика и менеджмент в медицине*. 2023. (3 (96)), 79-86.
- LESNIC, E., MALIC, A., NIGULEANU, A., OSIPOV, T., & SEMIANIV, I. Factorii de risc de îmbolnăvire de tuberculoză pulmonară la pacienții cu diabet zaharat. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*. 2024. (2), 15-15.
- LESNIC, E., MALIK, A., TAFUNI, O., TODORIKO, L. Impact of diabetes comorbidity on outcome of pulmonary tuberculosis. In: *Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*, 2019. 37(2), 10-15.
- MALIC, A., NIGULEANU, A., OSIPOV, T., LESNIC, E., STANCEVA, M. Particularitățile clinico-radiologice ale tuberculozei pulmonare în dependență de metodele de depistare în contextul epidemiologic actual. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, 2024. 79(2), 82-84.
- MALIK, A. Molecular–genetic assay results and clinical, radiological features in patients with pulmonary tuberculosis. In: *Curierul Medical*, 2016. 59(4), 2-5.
- MOLLA, Y. D., KASSA, S. A., & TADESSE, A. K. Rare case of duodenal tuberculosis causing gastric outlet obstruction, a case report. In: *International Journal of Surgery Case Reports*, 2023. 105, 108080.
- MOTTA, I., BOEREE, M., CHESOV, D., DHEDA, K., GÜNTHER, G., HORSBURGH, C. R., GUGLIEMETTI, L. Recent advances in the treatment of tuberculosis. In: *Clin Microbiol Infect*, 2024. 30(9), 1107-1114. doi:10.1016/j.cmi.2023.07.013
- NIGULEANU, A., LESNIC, E., MALIC, A., OSIPOV, T., USTIAN, A., CEBAN, R. Pleurezia tuberculoasă – particularitățile clinice, evolutive și rezultate terapeutice. În: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*. 2024.
- OSIPOV, T., LESNIC, E., & MALIC, A. The impact of diabetes mellitus on the anti-TB treatment outcome, a series of cases study. In: *European Respiratory Society*. 2022.

29. OSIPOV, T., MALIC, A., LESNIC, E., NIGULEANU, A. The impact of video-supported treatment in the case-management and outcome of tuberculosis. In: *European Respiratory Society*. 2023.
30. OSIPOV, T., MALIK, A., NIGULYANU, A. Challenges and outcomes of videoassisted treatment in patients with pulmonary tuberculosis. În: *Revista de Științe ale Sănătății din Moldova*, 2022. 29(3 An. 1), 243-243.
31. OSIPOV, T., TUDOR, E., STANCEVA, M., NIGULEANU, A., ONOFRAȘ, M., MALIC, A. Infecția COVID-19 la bolnavii cu tuberculoză din mun. Chișinău. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2022. 93(2), 216-219.
32. PARK, H.-Y., CHOI, S. H., KIM, D., HWANG, J., KWON, Y., KWON, J.-W. Incidence and risk factors of tuberculosis in patients following gastrectomy or endoscopic sub-mucosal dissection: a cohort analysis of country-level data. In: *Gastric Cancer*, 2023. 26(3), 405-414.
33. PELOQUIN, C. A., DAVIES, G. R. The Treatment of Tuberculosis. In: *Clin Pharmacol Ther*, 2021. 110(6), 1455-1466. doi:10.1002/cpt.2261
34. Protocol clinic Național „Tuberculoza la adulți”. 2024.
35. SUÁREZ, I., FÜNGER, S. M., KRÖGER, S., RADEMACHER, J., FÄTKENHEUER, G., RYBNIKER, J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. In: *Dtsch Arztebl Int*, 2019. 116(43), 729-735. doi:10.3238/arztebl.2019.0729
36. USTIAN, A., MALIC, A., KULCIȚCHI, S. Abordări asupra tuberculozei pulmonare la persoanele care trăiesc cu HIV. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2022. 93(2), 132-134.
37. USTIAN, A., MALIC, A., POPA, V., KULCIȚCHI, S., NIGULEANU, A., OSIPOV, T., IVANES, I. Dinamica mortalității în tuberculoza pulmonară. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2022. 93(2), 187-191.
38. USTIAN, A., MALIK, A., YAVORSKIY, K., KULCITKAIA, S., OSIPOV, T., & IVANES, I. The dynamics of lethality by the progression of the pulmonary tuberculosis process of the new cases patients. In: *One Health and Risk Management*, 2023. 1(4), 45-50.
39. USTIAN, A., POPA, V., MALIC, A., NIGULEANU, A., IVANES, I. Mortalitatea bolnavilor de tuberculoză prin boli asociate și alte cauze. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*, (2023). 77(3), 109-112.
40. VASILE, P., PALADII, C., STANCEVA, M., MALIC, A., & LESNIC, E. Indicatorii epidemiologici ai tuberculozei în municipiul Chișinău și particularitățile pacienților diagnosticați. In: *Buletin of the Academy of Sciences of Moldova. Medical Sciences*, 2021. 71(3), 220-222.
41. VATAVU, N., NIGULEANU, A., LESNIC, E., MALIC, A., OSIPOV, T., USTIAN, A., & CEBAN, R. Pleurezia tuberculoasă: particularitățile clinice, evolutive și rezultate terapeutice. In: *Moldovan Journal of Health Sciences*. 2024.

Autor corespondent:

Alina Malic, conferențiar universitar,
Disciplina de pneumologie și alergologie,
IP USMF Nicolae Testemițanu,
tel.: +37369043468,
e-mail: alina.malic@usmf.md