

УДК 616-002.5:616-036

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

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

ФГБОУ ВПО «Ульяновский государственный университет»

При абдоминальном туберкулезе в 2/3 (69,7 %) случаев диагностируются неспецифические соматические заболевания внутренних органов. В каждом втором (50,7 %) случае абдоминальному туберкулезу сопутствуют неспецифические гастроэнтерологические заболевания, чаще всего хронический гастрит/гастродуоденит, язвенная болезнь, а в каждом третьем (35,2 %) случае – другие хронические терапевтические заболевания: болезни сердечно-сосудистой системы (ИБС, гипертоническая болезнь), ХОБЛ, заболевания опорно-двигательного аппарата. Болезни органов пищеварения с 95 % вероятностью удлиняют продолжительность диагностического поиска. Независимыми факторами прогрессирования – модифицируемыми предикторами неблагоприятного исхода абдоминального туберкулеза – являются злоупотребление алкоголем (OR 2,81±0,37) и иммунодефицитные состояния вследствие проводимой на этапах диагностического поиска глюкокортикоидной терапии и сопутствующей ВИЧ-инфекции (OR 8,05±0,66). Осложнения неспецифических соматических заболеваний на 4,6 % повышают летальность при абдоминальном туберкулезе.

Ключевые слова: абдоминальный туберкулез, сопутствующие неспецифические заболевания, прогностические факторы.

Введение. Ситуация по туберкулезу, в том числе по внелегочному, остается неблагоприятной. Среди внелегочных форм особое место занимает абдоминальный туберкулез, который в последние годы перестает быть редкой патологией [5, 11, 12]. На заболеваемость абдоминальным туберкулезом, характеризующуюся прогрессивными темпами роста, по данным официальной статистики приходится 3,5–20 % всех впервые установленных случаев туберкулеза внелегочных локализаций [3, 16, 20]. Абдоминальный туберкулез является наиболее трудно диагностируемой экстрапульмональной локализацией, большей частью выявляемой на стадии осложнений при проведении экстренных оперативных вмешательств или постмортально. Осложненные формы абдоминального туберкулеза составляют до трети из всех случаев острой хирургической патологии органов брюшной полости [10, 17]. Поздняя диагностика абдоминального туберкулеза обусловлена изначально малосимптомным течением, малой информативностью лучевых методов диагностики, редким обнаружением возбудителя и

сходством клинических проявлений с различной неспецифической абдоминальной патологией [10].

Вместе с тем все чаще публикуются сведения о полиморбидности при туберкулезе [1, 6]. Известно, что в 13,4–87,5 % случаев абдоминальный туберкулез сочетается с туберкулезом органов дыхания и других систем, в 22–80 % наблюдений ему сопутствует разнообразная неспецифическая патология, являющаяся предиктором его развития и отображением современной тенденции поли- и коморбидности в клинике внутренних болезней [4, 9, 15].

Цель исследования. Изучение частоты и структуры сопутствующей неспецифической патологии при абдоминальном туберкулезе, ее влияния на течение и исходы заболевания.

Материалы и методы. Обследованы 142 больных с впервые выявленным методом сплошной выборки абдоминальным туберкулезом, проживающих в областном центре (54,9 %) и в сельской местности (45,1 %). Средний возраст – 41,2±1,2 года (95 % ДИ (38,6; 43,4)). Соотношение мужчин и жен-

шин – 2,8:1,0. Хронические неспецифические соматические заболевания внутренних органов выявлены в 2/3 случаев. Клинические диагнозы туберкулеза и сопутствующей соматической патологии устанавливали согласно стандартам их диагностики с использованием всего комплекса клинико-инструментальных параметров, а при абдоминальном туберкулезе – с морфологическим подтверждением в подавляющем большинстве случаев (87,3 %). Впервые диагноз абдоминального туберкулеза в 69,7 % случаев установлен в лечебно-диагностических учреждениях об-

щей сети, а у 43 чел. (30,3 %) – в ОПТД, где пациенты наблюдались по поводу туберкулеза легких (n=37) и костно-суставного туберкулеза (n=6). Обработка фактических данных выполнялась с использованием статистических программных пакетов Statistica 6.0, SPSS 13.0.

Результаты и обсуждение. У обследованных нами больных абдоминальный туберкулез устанавливали в сроки от 1 мес. до года (рис. 1). Однако практически все больные при наличии абдоминальной симптоматики обращались к врачам общей практики.

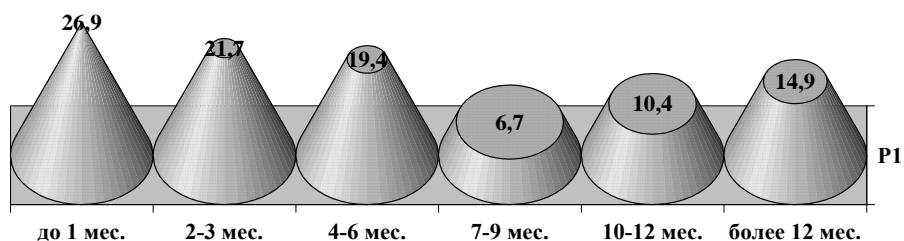


Рис. 1. Продолжительность диагностического поиска при абдоминальном туберкулезе, %

Столь длительный диагностический поиск может быть объяснен изначально малосимптомным течением абдоминального туберкулеза, отсутствием его опорных клинических признаков и сходством его клинических проявлений с различной неспецифической патологией [10].

Сложности диагностики определяются наличием специфических воспалительных

процессов в нескольких органах брюшной полости одновременно более чем у половины (57,1 %) больных. Внутрибрюшные и забрюшинные лимфоузлы и гастроинтестинальный тракт (преимущественно кишечник) поражались у каждого второго больного, паренхиматозные органы (печень и селезенка) – у каждого третьего, брюшина и сальник – у каждого четвертого пациента (рис. 2).

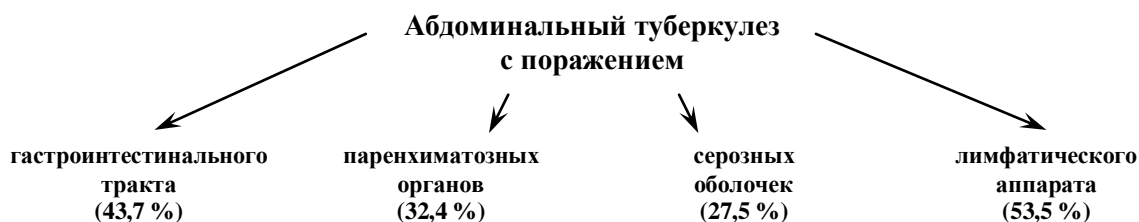


Рис. 2. Вовлеченность в специфический процесс органов брюшной полости у больных абдоминальным туберкулезом

Среди клинических проявлений преобладают признаки интоксикации, выявляемые у подавляющего большинства пациентов (табл. 1). Наиболее значимыми ее признаками были лихорадка (90,8 %), прогрессирующее похудание до дефицита массы тела (82,4 %) и до кахексии практически в каждом втором случае (44,4 %). На этом фоне у боль-

ных (95,1 %) диагностируются гематологические нарушения: анемия в 72,5 % случаев со средним содержанием гемоглобина периферической крови до $99,7 \pm 1,68$ г/л (95 % ДИ (95,4; 102,1)) и лимфопения в 67,6 % случаев со средним содержанием лимфоцитов $11,2 \pm 0,45$ % (95 % ДИ (10,3; 12,1)).

Таблица 1

Клинические синдромы у больных абдоминальным туберкулезом

Синдромы	Абсолютное число/процент
Интоксикация (141/99,3)	
Лихорадка	129/90,8
Уровень повышения температуры, °С (M±m)	38,5±0,1
Общая слабость	134/90,8
Потливость	125/88,0
Ознобы	118/83,1
Дефицит веса	117/82,4
Кахексия	63/44,4
Гематологические нарушения (135/95,1)	
Анемия	103/72,5
Уровень гемоглобина, г/л (M±m)	99,7±1,68
Повышение СОЭ	97/68,3
СОЭ, среднее значение, мм/ч (M±m)	38,6±1,5
Лейкоцитоз	76/53,5
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л (M±m)	8,92±0,4
Нейтрофиллез	61/43,0
Палочкоядерные лейкоциты, % (M±m)	9,7±0,81
Индекс В.К. Островского (M±m)	5,53±0,39
Лимфоцитопения	96/67,6
Лимфоциты, % (M±m)	11,2±0,45
Синдром диспепсии (127/89,4)	
Абдоминалгии	127/89,4
Дисхезия	122/85,9
Снижение аппетита	118/83,1
Метеоризм	111/78,2
Тяжесть в животе	69/48,6
Изжога	33/23,2
Отрыжка	30/21,1
Горечь во рту	7/4,9
Диарея	81/57,0
Дисхезия в виде чередования понос-запор	50/35,2
Обстипация	41/28,9
Дистально-колитический	17/12,0
Кровь в кале	24/16,9
Слизь, гной в кале	16/11,3
Синдромы гепатита (34/23,9)	
Гепатомегалия	25/17,6
Спленомегалия	4/2,8
Асцит	28/19,7
Портальная гипертензия	4/2,8
Желтуха	14/9,9
Гипербилирубинемия	19/13,4
Цитолиз	34/23,9

У подавляющего числа больных лимфопения была абсолютной. Среди гематологических маркеров воспалительной реакции регистрируется повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз, что свидетельствует о воспалительном генезе лихорадки. Обращает на себя внимание повышение индекса В.К. Островского с соавт. [8]. У здоровых доноров данный показатель варьирует от 1,13 до 2,7, составляя в среднем $1,85 \pm 0,06$ (95 % ДИ (1,72; 1,98)), а у больных абдоминальным туберкулезом он был значительно выше нормы, составив $5,53 \pm 0,39$ (95 % ДИ (4,74; 6,31); $p < 0,001$). Как и следовало ожидать, у 89,4 % обследованных больных на фоне вышеперечисленных признаков имели место симптомы поражения органов пищеварения (табл. 1). Наиболее часто регистрировались абдоминалгии (89,4 %) и расстройства стула (85,9 %). У каждого четвертого пациента (23,9 %) об-

наружены признаки поражения печени. Выявленные проявления требуют проведения дифференциальной диагностики между абдоминального туберкулеза и неспецифических заболеваний.

Сложности диагностики абдоминального туберкулеза определяются и неспецифическими заболеваниями, сопутствующими ему. Сопутствующая неспецифическая патология при абдоминальном туберкулезе диагностирована у 99 из 142 больных – в 69,7 % случаев (табл. 2).

В структуре сопутствующей абдоминальному туберкулезу неспецифической патологии преобладали заболевания органов пищеварения, диагностированные у 72 из 142 больных, т.е. в 50,7 % случаев. Ряд авторов указывает на более редкие сочетания специфических и неспецифических абдоминальных поражений [2, 19].

Таблица 2

Структура сопутствующих заболеваний у больных абдоминальным туберкулезом

Неспецифическая патология	Абсолютное число/процент
Система органов пищеварения	72/50,7
Сердечно-сосудистая система	22/15,4
Система органов дыхания	16/11,3
Мочевыделительная система	15/10,6
Нервная система	15/10,6
Гемоконтактные инфекции HBV и HCV	15/10,6
ВИЧ-инфекция	7/4,9
Алкогольная болезнь	13/9,15
Болезни опорно-двигательного аппарата	9/6,34
Эндокринная система	5/3,52
Прочие	5/3,52

Известно, что ВИЧ-инфекция, вирусные гепатиты, сахарный диабет, алкоголизм приводят к серьезным нарушениям иммунитета и обмена нутриентов. Они повышают риск заболевания туберкулезом, а также его обострений среди контингентов противотуберкулезных диспансеров [7, 13, 14]. В связи с этим категории больных с ВИЧ-инфекцией,

сахарным диабетом, хроническим алкоголизмом, наркоманией и хроническими вирусными заболеваниями печени составляют поликлинические группы риска по заболеванию туберкулезом [9].

Согласно полученным нами данным, в каждом десятом случае абдоминальный туберкулез протекал на фоне хронического

HBV- и HCV-инфицирования, у половины из них диагностирована ВИЧ-инфекция (табл. 2). Гемоконтактным инфекциям – хроническим моно- и/или микствирусным гепатитам В и С с малосимптомным течением, в т.ч. в 7 наблюдениях в комбинации с терминальной стадией ВИЧ-инфекции, – принадлежит 1/5 случаев в структуре сопутствующей патологии больных абдоминальным туберкулезом в среднем возрасте $32,4 \pm 3,4$ года и с предшествующей продолжительностью ВИЧ-инфицирования $6,57 \pm 0,37$ года (95 % ДИ (5,67; 7,47)). Влияние ВИЧ-инфицирования как фактора риска развития туберкулеза оказалось в равной степени значимым и для абдоминальных, и для легочных локализаций, что объяснимо иммуносупрессивным воздействием на организм.

У 9,15 % больных абдоминальный туберкулез развился на фоне алкогольной болезни II–III стадий, проявляющейся хроническим кальцифицирующим панкреатитом, стеатогепатитом. В рамках алкогольной болезни при абдоминальном туберкулезе, наряду с поражениями органов пищеварения, диагностировали патологию центральной и периферической нервной системы – энцефалопатию и полинейропатию.

Сахарный диабет, также относящийся к факторам риска развития туберкулеза [13, 14], среди наблюдаемых нами больных встретился редко – в 3,5 % случаев. Он был выявлен за $6,8 \pm 1,2$ года (95 % (ДИ 4,38; 9,17)) до развития туберкулеза и был преимущественно инсулинопотребным.

Болезни сердечно-сосудистой системы не входят в группу риска по туберкулезу, однако могут увеличить летальность среди больных туберкулезом при отсутствии наблюдения и лечения специалистами соответствующего профиля.

В структуре сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, встретившейся у 15,4 % наблюдаемых нами пациентов, преобладали гипертоническая болезнь и ИБС. Кардиологическая патология предшествовала развитию туберкулеза в среднем в течение $11,60 \pm 1,27$ года (95 % ДИ (9,04; 14,1)) и, несомненно, сказывалась на качестве жизни больных.

У каждого десятого больного абдоминальным туберкулезом (11,3 % случаев) имела место неспецифическая бронхолегочная патология, представленная преимущественно ХОБЛ. Болезни органов дыхания диагностированы только у больных абдоминальным туберкулезом, протекающим в сочетании с туберкулезом органов дыхания, предшествуя в течение $3,1 \pm 1,2$ года (95 % ДИ (2,73; 3,44)) его развитию, что вполне логично, так как хронические неспецифические заболевания являются факторами риска туберкулеза легких.

Реже абдоминальному туберкулезу сопутствовали хроническая болезнь почек (10,6 %) – хронический пиелонефрит и хронический гломерулонефрит, сахарный диабет типов I и II (3,52 %). Из заболеваний органов мочевыделительной системы у большинства больных абдоминальным туберкулезом, сочетанным с туберкулезом почек, хроническая болезнь почек явилась фактором риска для формирования нефротуберкулеза (11,3 %) [15].

Заболевания опорно-двигательного аппарата не входят в группу риска по заболеванию абдоминальным туберкулезом. Однако по данным нашего исследования они диагностированы у больных абдоминальным туберкулезом в 4 раза чаще ($\chi^2=10,3$; $p<0,001$), чем легочными локализациями, и были представлены чаще всего остеохондрозом, реже – артрозами.

Все вышеперечисленные неспецифические заболевания с типичными клиническими проявлениями не вызвали диагностических проблем, однако они ухудшали качество жизни и прогноз у больных абдоминальным туберкулезом, на 4,6 % повышая летальность. Так, ХПН как осложнение хронической болезни почек явилась непосредственной причиной смерти у 3 из 65 умерших больных.

Особая роль принадлежит сопутствующей абдоминальному туберкулезу неспецифической патологии органов пищеварения.

Следует отметить, что в группу больных с неспецифическими заболеваниями органов пищеварения, составляющими поликлинические группы риска по заболеванию абдоминальным туберкулезом, включаются лишь пациенты с хроническим холециститом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки [4, 9, 15, 18].

Согласно полученным нами данным (табл. 3), абдоминальному туберкулезу сопутствовали заболевания гастроинтестинального тракта: хронический гастрит, гастродуоденит, реже – язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), рефлюкс-эзофагит (РЭ) I–III стадий. Следует отметить, что в 3/4 случаев диагностирована язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, а язвенная болезнь желудка встретилась лишь в 1/4 наблюдений. Реже абдоминально-

му туберкулезу сопутствовали желчнокаменная болезнь II–III стадий, хронический некалькулезный холецистит, хронический неалкогольный стеатогепатит, включая стадию цирроза печени, и хронический обструктивный панкреатит. В каждом третьем случае неспецифические заболевания верхних отделов пищеварительного тракта протекали в коморбидности с патологией гепатобилиарной системы или поджелудочной железы (табл. 3).

Таблица 3

Структура сопутствующих заболеваний органов пищеварения у больных абдоминальным туберкулезом

Нозологические формы	Абсолютное число/процент
1. Заболевания гастроинтестинального тракта	72/50,7
1.1. Гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь	9/6,34
1.2. Хронический гастрит	32/22,5
1.3. Хронический гастродуоденит	18/12,7
1.4. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	13/9,2
2. Заболевания гепатобилиарной системы и поджелудочной железы	21/14,8
2.1. Хронический некалькулезный холецистит	2/1,4
2.2. Желчнокаменная болезнь	6/4,2
2.3. Хронический панкреатит	3/2,1
2.4. Хронический гепатит	8/5,6
2.5. Цирроз печени	2/1,4

Сопутствующая неспецифическая патология органов пищеварения у всех наблюдаемых нами больных за 3–7 лет предшествовала развитию туберкулезного процесса. Это позволило отнести ее к факторам риска по абдоминальному туберкулезу и рекомендовать включение в группу риска по абдоминальному туберкулезу также пациентов с хроническим гастритом/гастродуоденитом и панкреатитом.

Неспецифические заболевания органов пищеварения вносят свой вклад в клиническую картину больных абдоминальным туберкулезом и в связи со схожестью клинических проявлений затрудняют диагностиче-

ский поиск основного заболевания. Так, по уточненным нами данным, срок диагностики абдоминального туберкулеза с сопутствующей неспецифической патологией органов пищеварения был с 95 % вероятностью более продолжительным, чем без нее, – $5,26 \pm 0,43$ (95 % ДИ (4,41; 6,11)) против $4,14 \pm 0,57$ (95 % ДИ (2,9; 5,29)) мес. ($p < 0,05$).

Нами изучено влияние неспецифической соматической патологии на течение и исходы абдоминального туберкулеза. С этой целью были проанализированы осложнения, развившиеся у обследованных больных абдоминальным туберкулезом (табл. 4). Выявлен ряд закономерностей.

Таблица 4

**Частота и структура осложнений
у больных абдоминальным туберкулезом**

Осложнение	Абсолютное число/процент
Инфекционно-токсический шок	43/24,2
Отек и дислокация мозга	14/9,86
Декомпенсированное легочное сердце	23/16,2
Гематогенная диссеминация за пределы брюшной полости	37/26,1
Фибринозно-гнойный перитонит вследствие перфорации туберкулезных язв	36/25,4
Желудочно-кишечные кровотечения	11/7,75
Кишечная непроходимость	18/12,7
Хроническая почечная недостаточность	3/2,11
Печеночно-клеточная недостаточность	1/0,7

Умерли 65 (45,8 %) из 142 больных. Анализ причин смерти у больных абдоминальным туберкулезом показал, что непосредственными причинами в половине (49,7 %) случаев явились осложнения, обусловленные специфическим поражением органов брюшной полости: фибринозно-гнойный перитонит при перфорации гастроинтестинальных специфических язв, реже – желудочно-кишечное кровотечение. В 24,2 % случаев летальный исход наступил от инфекционно-токсического шока при полиорганных сочетанных формах, в 21,5 % – от осложнений, обусловленных вовлечением в специфический процесс других органов: отеком мозга при туберкулезном менингите и хронического легочного сердца при туберкулезе легких. Неспецифическая патология также оказывала влияние на летальность. Осложнения такой сопутствующей неспецифической патологии, как ХПН, явились непосредственной причиной 4,6 % летальных исходов. Полученные низкие уровни осложнений неспецифической патологии, сопутствующей абдоминальному туберкулезу, могут быть объяснены относительно молодым возрастом пациентов.

Вместе с тем установлены независимые модифицируемые прогностические факторы неблагоприятного течения и исхода абдоминального туберкулеза.

К ним относятся злоупотребление алкоголем, отмечаемое в 13,9 раза чаще среди умерших (46,2 %), чем в группе выживших (3,33 %) пациентов ($\chi_i=11,1$; $p<0,001$; OR 2,81±0,37), и наличие иммунодефицитных состояний, обусловленных предшествующей глюкокортикоидной терапией и ВИЧ/СПИД ($\chi_i=8,71$; $p<0,001$; OR 8,05±0,66).

Кроме того, анализ взаимоотношений кластеров и субкластеров позволил выявить опосредованное влияние сопутствующей неспецифической патологии на исходы заболевания у больных абдоминальным туберкулезом (рис. 3). Установлено влияние неспецифических соматических заболеваний на патогенез и распространение специфического абдоминального процесса ($r=0,90$), в частности неспецифических болезней органов пищеварения ($r=0,20$).

Выявлены взаимосвязи между неспецифической соматической патологией и распространением специфического воспаления на другие органы и системы, увеличением продолжительности диагностического поиска, что согласуется с мнением исследователей о роли этих факторов в развитии специфического поражения органов брюшной полости [4, 15, 18].

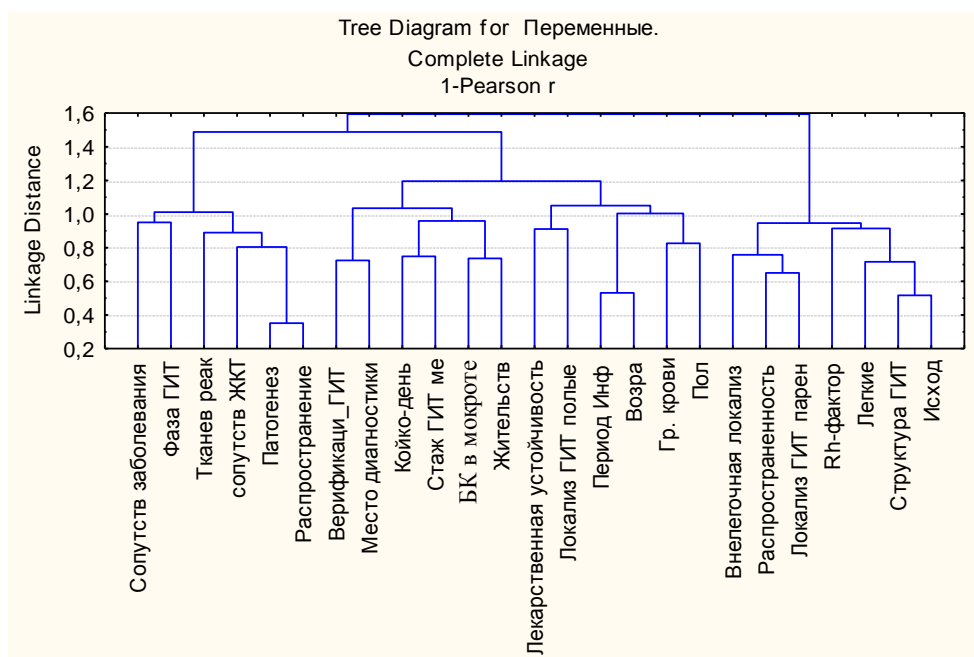


Рис. 3. Взаимосвязи сопутствующей неспецифической патологии с комплексом клинических параметров абдоминального туберкулеза

Выводы:

1. Сопутствующие неспецифические заболевания диагностируются при абдоминальном туберкулезе в 2/3 случаев. Патология сердечно-сосудистой системы и легких встречается у каждого четвертого (26,8 %) пациента, хронические HBV- и/или HCV-инфекции, ВИЧ-инфекция (10,6 %) и алкогольная болезнь (9,15 %) – у каждого десятого больного.

2. Злоупотребление алкоголем ($OR\ 2,81 \pm 0,37$) и иммунодефицитные состояния, обусловленные предшествующей глюкокортикоидной терапией и ВИЧ/СПИД ($OR\ 8,05 \pm 0,66$), являются независимыми модифицируемыми предикторами неблагоприятного исхода абдоминального туберкулеза.

3. Неспецифические заболевания органов пищеварения встречаются у каждого второго больного абдоминальным туберкулезом. В их структуре преобладают заболевания верхних отделов пищеварительного тракта: хронический гастрит/гастродуоденит, язвенная болезнь, в трети случаев сочетающиеся с болезнями печени, желчного пузыря и поджелудочной железы.

4. Неспецифическая патология органов пищеварения с 95 % вероятностью удлиняет продолжительность диагностического поиска при абдоминальном туберкулезе.

5. Сопутствующие неспецифические заболевания внутренних органов на 4,6 % увеличивают показатель летальности при абдоминальном туберкулезе.

1. *Арямкина О. Л.* Поли- и коморбидность при туберкулезе легких / О. Л. Арямкина, Л. Н. Савоненкова, Д. Л. Сазонов, Е. В. Джангарова // *Медлайн-Экспресс*. – 2008. – № 2 (196). – С. 66–69.

2. *Баринев В. С.* Клиническая картина и семиотика абдоминального туберкулеза у взрослых / В. С. Баринев, Н. А. Прохорович, М. И. Рогозов // *Внелегочный туберкулез: руководство для врачей* / под ред. А. В. Васильева. – СПб.: Фолиант, 2000. – С. 172–183.

3. *Батыров Ф. А.* Эпидемиология внелегочного туберкулеза / Ф. А. Батыров, В. А. Хоменко, Л. Н. Шмакова // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. – 2003. – № 8. – С. 49–50.

4. Клиника абдоминального туберкулеза в современных условиях / Н. Н. Парпиева [и др.] // *Материалы VIII Российского съезда фтизиатров «Туберкулез в России – 2007»*. – М.: ООО «Идея», 2007. – С. 350–351.

5. *Меджидов Р. Т.* Видеолaparоскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза / Р. Т. Меджидов, М. И. Кутиев // *Эндоскопическая хирургия*. – 2007. – № 6. – С. 21–24.

6. *Моисеева О. В.* Структура клинических форм туберкулеза и сопутствующая патология у детей и подростков Удмуртской Республики / О. В. Моисеева // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2009. – № 1. – С. 49–51.

7. Муровцева А. А. Характеристика поражений легких при туберкулезе : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. А. Муровцева. – СПб., 2005. – 28 с.
8. Некоторые данные о показателях нормы лейкоцитарного индекса интоксикации / В. К. Островский [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. – 2003. – № 1. – С. 45–46.
9. Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях первичной медико-санитарной помощи : методические рекомендации / Ю. В. Михайлова [и др.]. – М., 2006. – 25 с.
10. Особенности клинической картины и диагностики осложненных форм туберкулеза органов брюшной полости / М. С. Скопин [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2008. – № 9. – С. 32–40.
11. Савоненкова Л. Н. Распространенность абдоминального туберкулеза в Ульяновской области / Л. Н. Савоненкова, О. Л. Арямкина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2007. – № 1. – С. 4–7.
12. Скопин М. С. Туберкулез органов брюшной полости и особенности его выявления / М. С. Скопин, Ф. А. Батыров, З. Х. Корнилова // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 1. – С. 22–26.
13. Смурова Т. Ф. Туберкулез легких и сахарный диабет / Т. Ф. Смурова // Медицинская помощь. – 2004. – № 6. – С. 27–32.
14. Туберкулез у больных сахарным диабетом – современные проблемы / М. А. Карачунский [и др.] // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – № 10. – С. 17–19.
15. Фтизиатрия. Национальное руководство. – М. : ГЭОТАР-Медия, 2007. – 374 с.
16. Юсубова А. Н. Абдоминальный туберкулез у детей / А. Н. Юсубова, О. К. Киселевич, Е. В. Богданова // Медицинский научный и учебно-методический журн. – 2003. – № 13. – С. 3–13.
17. Kaushik R. Coexisting tuberculosis and carcinoma of the colon: a report of two case and a review of the literature / R. Kaushik, R. Sharma, A. K. Attri // Trop. Gastroenterol. – 2003. – Jul.-Sep., № 24 (3). – P. 137–139.
18. No association between Helicobacter pylori and Mycobacterium tuberculosis infections among gastrointestinal clinic attendees in Luma, Peru / M. A. Torres [et al.] // Epidemiology and infection. – 2003. – Feb. – Vol. 130 (1). – P. 87–91.
19. Park S. C. Toxic amebic colitis coexisting with intestinal tuberculosis / S. C. Park, H. M. Jeon // J. Korean Med. Sci. – 2000. – Vol. 15, № 6. – P. 708–711.
20. Sheer T. A. Gastrointestinal tuberculosis / T. A. Sheer, W. J. Goyl // Current gastroenterology reports (Curr Gastroenterol Rep.). – 2003. – № 5 (4). – P. 273–278.

CHRONIC NON-SPECIFIC DISEASES WITH ABDOMINAL TUBERCULOSIS

O.L. Aryamkina, L.N. Savonenkova, O.A. Kuzmina, O.S. Talanova, A.O. Kholeva

Ulyanovsk State University

Nonspecific somatic diseases of internal organs are diagnosed in 2/3 (69,7 %) cases of abdominal tuberculosis. Every second case (50,7 %) of abdominal tuberculosis is accompanied by nonspecific gastrointestinal disease, most commonly chronic gastritis/gastroduodenitis, stomach ulcer, every third case (35,2 %) – by other chronic therapeutic diseases: cardiovascular systems disease (CHD, hypertension), COPD, diseases of the musculoskeletal system. Diseases of the digestive system with a 95 % probability lengthens the diagnostic search. Alcohol abuse (OR 2,81±0,37) and immunodeficiency states are independent predictors of progression (modifiable predictors of adverse outcome of abdominal tuberculosis) due to the glucocorticoid therapy ongoing search for the diagnostic stages of and HIV co-infection (OR 8,05±0,66). Complications of nonspecific somatic diseases increase mortality in abdominal tuberculosis by 4,6 %.

Keywords: abdominal tuberculosis, related non-specific diseases, prognostic factors.