

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ХАНТЫ-
МАНСКИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ «СУРГУТСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**Демонстрационная версия экзаменационного задания по направлению подготовки
31.06.01. Клиническая медицина**

Укажите один или несколько правильных ответов

Примеры тестовых заданий, обязательных для всех направленностей

1. Antibacterial drugs include all the following except:

- A. Levofloxacinum
- Б. Amoxicillin
- В. Tobramycin
- Г. Cyclosporin
- Д. Co-trimoxazol

2. Preparations for the etiotropic therapy of mycoplasma and chlamydial infection are all except:

- A. Azithromycin
- Б. Josamycin
- В. Ceftazidime
- Г. Clarithromycin
- Д. Spiramycin

3. Antibiotics of the macrolide group include

- A. Spiramycin
- Б. Ciprofloxacin
- В. Aztreonam
- Г. Amikacin

4. Bronchodilators include:

- A. Propranolol
- Б. Salbutamol
- В. Fenoterol
- Г. Atenolol
- Д. Clenbuterol

5. The Anticholinergics include all except:

- A. Atropinum
- Б. Platyphyllinum
- В. Ipratropium
- Г. Scopolaminum
- Д. Budesonidum

6. In the duodenal ulcer, etiologic significance has:

- A. Staphylococcus aureus

- Б. Helicobacter pylori
- В. Streptococcus faecies
- Г. Streptococcus lactis
- Д. Campylobacter jejuni

7. Tuberculosis is etiologically associated with:

- А. Mycobacterium asiaticum
- Б. Mycobacterium bovis
- В. Mycobacterium terrae
- Г. Mycobacterium tuberculosis
- Д. Mycobacterium ulcerans

8. The opportunistic pathogen is:

- А. Bordetella pertussis
- Б. Corynebacterium diphtheriae
- В. Staphylococcus aureus
- Г. Shigella sonnei
- Д. Salmonella enterica

9. The natural-focal helminthiasis of the Ob-Irtysh River Basin are:

- А. Taeniosis
- Б. Filariases
- В. Opisthorchiasis
- Г. Diphyllbothriasis
- Д. Toxocariasis

10. Location of Opisthorchis Felinus parasitization in human:

- А. Large intestine
- Б. Stomach
- В. Small circle vessels in the migration phase
- Г. Small intestine
- Д. Biliary ducts of the liver

11. The types of hypoxia include all except:

- А. Hemic
- Б. Circulatory
- В. Anemic
- Г. Hypoxic
- Д. Cellular

12. In the pathogenesis of essential arterial hypertension, it is important the hyperproduction of:

- А. Angiotensins
- Б. Prostacyclin
- В. Thromboxane
- Г. Leukotrienes
- Д. Growth hormone

13. Mediators of Inflammation are all except:

- А. Histamine
- Б. Eicosanoids
- В. Serotonin
- Г. Renin

Д. Prostacyclin

14. Какой из перечисленных ниже методов является основным методом науки?

- А. метод структурной диалектики
- Б. индуктивно-дедуктивный метод
- В. эксперимент
- Г. наблюдение

15. Typical of pathological processes are all except:

- А. Inflammation
- Б. Iron-deficiency anemia
- В. Tumor growth
- Г. Dystrophy
- Д. Circulatory disorders

16. The overall incidence of a particular disease in the "X" region is defined as:

- А. The ratio of the number of patients with this disease to the average annual population of the "X" region multiplied by 100 000 inhabitants
- Б. The ratio of the number of registered with this disease to the average annual population, multiplied by 100,000 inhabitants of the "X" region
- В. The number of the dispensary patients with this disease per 100,000 inhabitants of the "X" region
- Г. The ratio of the number of hospitalized patients with this disease to the average annual population multiplied by 10,000 inhabitants of the "X" region
- Д. The number of dispensary patients with this disease per 1000 inhabitants of the "X" region

17. Какова историческая и культурно-генетическая связь философии и науки?

- А. философия и наука возникают одновременно
- Б. наука является исторически и культурно-генетически первичным по отношению к философии видом познания
- В. философия является исторически и культурно-генетически первичным по отношению к науке видом познания
- Г. исторически и культурно-генетически первичной может быть в одних случаях философия, в других – наука

18. To generalize the characteristics of the variation series in medical statistics, the mean values are used:

- А. Quartile
- Б. Mode
- В. Standard deviation
- Г. Median
- Д. Arithmetic average

19. Философия и мировоззрение соотносятся следующим образом:

- А. философия не имеет отношения к мировоззрению
- Б. философия – это мировоззрение
- В. мировоззрение – часть философии
- Г. философия – рационально-теоретическая основа мировоззрения
- Д. философия – форма мировоззрения

Примеры тестовых заданий для направленности «Хирургические болезни»

20. Что является самым частым осложнением стрессовой язвы желудка?

- А. Кровотечение
- Б. Перфорация
- В. Пенетрация
- Г. Малигнизация
- Д. Стеноз

21. "Пахово-мошоночный симптом" для определения воспалительного состояния брюшины при остром аппендиците называется симптомом:

- А. Габай
- Б. Куленкампа
- В. Крымова
- Г. Яуре-Розанова
- Д. Думбадзе

22. При типичной клинике острого аппендицита наиболее рационален операционный доступ:

- А. Волковича-Дьяконова
- Б. Леннандера
- В. Фаненштиля
- Г. Федорова
- Д. срединный

23. Какая операция показана при раке червеобразного отростка?

- А. Аппендэтомия
- Б. Резекция слепой кишки с червеобразным отростком
- В. Правосторонняя гемиколэктомия
- Г. Тотальная колэктомия

24. Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?

- А. Да, всегда
- Б. Да, за исключением перфорации острых язв
- В. Только при каллезных язвах
- Г. Только при подозрении на малигнизацию

Примеры тестовых заданий для направленности «Онкология»

25. Информативными методами, позволяющими диагностировать опухолевые поражения печени, являются

- А. ультразвуковое исследование
- Б. компьютерная томография
- В. ангиография
- Г. лапароскопия
- Д. все перечисленные методы информативны

26. Какой потенциал злокачественности у рака поджелудочной железы:

- А. низкий
- Б. средний
- В. высокий
- Г. очень высокий

27. Существует ли связь между курением и раком поджелудочной железы::

- А. Да
- Б. нет

28. В каком лечении нуждается больной желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы:

- А.) симптоматическом
- Б. лучевой терапии
- В. химиотерапии
- Г. паллиативной панкреатодуоденальной резекции

29. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме:

- А. кашля
- Б. кровохарканья
- В. боли в груди
- Г. повышения температуры тела.

Примеры тестовых заданий по направленности «Кардиология»

30. Диагностическое значение снижение сегмента ST: 1. Может быть признаком острого инфаркта миокарда; 2. Может быть расценено как реципрокные изменения при некоторых локализациях инфаркт миокарда; 3. Является критерием положительной велоэргометрической пробы; 4. Встречается в отведениях V5-6 при блокаде левой ножки пучка Гиса

- А. верно 1, 2
- Б. верно 1, 4
- В. верно 1, 3
- Г. верно 1, 2, 3, 4

31. Укажите возможные причины снижения амплитуды или исчезновение зубца R в отведениях V1-2: 1. Один из вариантов синдрома WPW; 2. Инфаркт миокарда задне-базальной области левого желудочка; 3. Инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка; 4. Фибрилляция предсердий

- А. верно 1
- Б. верно 1, 2
- В. верно 1, 3
- Г. верно 4

32. При исследовании диастолической функции ЛЖ в М-режиме ЭХОКГ определяются следующие показатели: 1. Максимальная скорость пика E; 2. Максимальная скорость пика A; 3. Время изоволюметрического расслабления; 4. Длительность диастолы; 5. Длинная ось ЛЖ; 6. Короткая ось ЛЖ; 7. Толщина МЖП; 8. Толщина ЗСЛЖ

- А. верно 1, 2, 7, 8
- Б. верно 2, 5, 8
- В. верно 3, 5, 6
- Г. верно 4, 5, 7

33. Показаниями для назначения бета-блокаторов являются: 1. Бронхиальная астма; 2. Беременность; 3. AV блокада I степени; 4. Гипертрофическая кардиомиопатия; 5. Отек легких; 6. Острая стадия инфаркта миокарда.

- А. верно 4, 6
- Б. верно 2
- В. верно 3
- Г. верно 1, 5

34. Признаки интоксикации сердечными гликозидами: 1. Укорочение интервала QT; 2. Корытообразная депрессия сегмента ST; 3. Развитие брадикардии; 4. Появление желудочковых экстрасистол; 5. AV блокада I степени.

- А. верно 1, 2, 3, 5
- Б. верно 1, 3, 4
- В. верно 3, 4, 5
- Г. верно 4

Примерные тестовые задания по направленности «Акушерство и гинекология»

35. Оптимальные сроки для проведения скринингового ультразвукового исследования во II триместре беременности (тест с одним правильным ответом):

- А. 16-18 недель;
- Б. 14-16 недель;
- В. 20-22 недели;
- Г. 24-28 недель;
- Д. 18-20 недель.

36. Эхографическим критерием низкого прикрепления плаценты в III триместре беременности является обнаружение ее нижнего края от внутреннего зева на расстоянии (тест с одним правильным ответом):

- А. < 9 см;
- Б. < 7 см;
- В. < 10 см;
- Г. < 11 см;
- Д. < 8 см.

37. Эхографический критерий преждевременной отслойки плаценты (тест с одним правильным ответом):

- А. наличие эхонегативного пространства между стенкой матки и плацентой;
- Б. наличие больших круглых анэхогенных образований в толще плаценты;
- В. утолщение плаценты;
- Г. преждевременное созревание плаценты;
- Д. эхографические критерии отсутствуют.

38. Эхографические признаки истмико-цервикальной недостаточности (тест с одним правильным ответом):

- А. утолщение стенок матки в области нижнего сегмента;
- Б. воронкообразное расширение внутреннего зева шейки матки;
- В. сужение внутреннего зева шейки матки;
- Г. удлинение шейки матки;
- Д. неровные контуры плодного яйца.

39. Допплерометрические признаки ГДН 1А ст. (тест с несколькими правильными ответами):

- А. повышение СДО и IR в артериях пуповины;
- Б. повышение СДО и IR в правой маточной артерии;
- В. повышение СДО и IR в среднемозговой артерии;
- Г. повышение СДО и IR в обеих маточных артериях;
- Д. повышение СДО и IR в аорте плода.

Примеры тестовых заданий по направленности «Педиатрия»

40. Функциональными особенностями тонкой кишки у детей раннего возраста являются:

- А. всасывательная способность больше, чем у взрослых
- Б. интенсивность полостного пищеварения больше, чем мембранного
- В. высокая активность гидролитических ферментов
- Г. низкая проницаемость слизистой оболочки

41. К специфическим факторам защиты организма относятся:

- А. Пропердин, интерферон
- Б. Т-лимфоциты, В-лимфоциты, лимфоциты во взаимодействии с макрофагами
- В. Лизоцим, нейтрофилы, эозинофилы

42. При рентгенологическом обследовании ребенка с идиопатическим диффузным фиброзом легких отмечается: 1. повышение прозрачности легких; 2. диффузное понижение прозрачности легких; 3. высокое стояние диафрагмы; 4. картина "сотового" легкого

- А. Если правильные ответы 1, 2 и 3
- Б. Если правильные ответы 2, 3, 4,
- В. Если правильные ответы 2 и 4
- Г. Если правильный ответ 4
- Д. Если правильные ответы 1, 2, 3, 4

43. Определите последовательность звеньев патогенеза железодефицитной анемии: снижение концентрации сывороточного железа (1); нарушение синтеза гема (2) уменьшение поступления экзогенного железа (3); уменьшение уровня гемоглобина крови (4); тканевая гипоксия (5); гемическая гипоксия (6)

- А. 3 → 2 → 4 → 1 → 6 → 5
- Б. 2 → 3 → 1 → 5 → 4 → 6
- В. 2 → 3 → 1 → 4 → 5 → 6
- Г. 3 → 1 → 2 → 4 → 6 → 5

44. Поздней кардиальной фетопатией является:

- А. Дилатационная кардиомиопатия
- Б. Фиброэластоз
- В. Врожденный порок сердца
- Г. Врожденный кардит

Примеры тестовых заданий по направленности «Внутренние болезни»

45. Диагноз гипертонической болезни 3 стадии 3 степени убедителен только при

- 1. АД систолическое выше 189 мм рт ст и диастолическое выше 115 мм рт.ст
- 2. Сочетание с ИБС с ЦВБ
- 3. Сочетание с ИБС с ХПН
- 4. Перенесенный ИМ или ОНМК
- 5. Сочетание с СД 2-го типа и с абдоминальным ожирением
- 6. Уровни АД систолического выше 140 мм рт ст и диастолического выше 90 мм рт ст
- 7. Гипертрофия миокарда левого желудочка (клинически, ЭКГ, ЭХО КГ)
- 8. Атерогенная дислипидемия
 - А. верно – 1, 2, 3
 - Б. верно 1, 2, 3, 4
 - В. верно 6, 7, 8
 - Г. верно 1, 2, 3, 4, 7

46. Профилактикой перехода острого гломерулонефрита в хронический является

- А. постельный режим

- Б. бессолевая диета
- В. антибактериальная терапия
- Г. все перечисленное
- Д. ни одно из перечисленных

47. Источником инфекции при вирусном гепатите В и С являются
- А. кровь и ее препараты, полученные от инфицированного больного
 - Б. больной острым гепатитом В и/или С во все периоды заболевания (преджелтушный, желтушный, период реконвалесценции)
 - В. больной хроническим гепатитом В и/или С
 - Г. больной циррозом печени HBV- и/или HCV-этиологии
 - Д. донорские органы, полученные от инфицированного человека
 - Е. медицинские приборы и инструменты, в том числе АИК, аппарат искусственной почки, стоматологические и хирургические инструменты
 - Ж. мать новорожденного
- З. все верно
И. все не верно

48. Этиологические факторы хронического холецистита, холангита
- А. бактерии
 - Б. лямблии
 - З. вирусы
 - В. токсические факторы
 - Г. Аллергические факторы
 - Д. все перечисленное верно
 - Е. ни одного из перечисленных

49. К осложнениям болезни Крона относятся
1. Перфорация
 2. Острая кишечная непроходимость
 3. Массивное кровотечение
 4. Межкишечные, ректо-вагинальные свищи
 5. Псевдополипоз толстой кишки
 6. Хроническая железодефицитная анемия
 7. Полигиповитаминозы в рамках синдромов мальабсорбции, мальдигестии
 8. Малигнизация псевдополипов
 9. Присоединение синдрома избыточного бактериального роста в толстой кишке (дисбактериоза)
- А. верно 1, 2, 3, 4, 6, 8
 - Б. верно 2, 4, 7, 9
 - В. верно 1, 2, 3, 4, 7
 - Г. верно 3, 5, 8, 9

Пример задания по анализу научной статьи

50. Ознакомьтесь с научной статьёй (см. Приложение) и ответьте на вопросы.
- 50.1. Какой вид научного исследования проведён авторами (1 – когортное; 2 – сплошное; 3 – проспективное; 4 – ретроспективное; 5 – ретроспективно-проспективное; 6 – выборочное)?
- А. верно 1, 3
 - Б. верно 1, 2, 4
 - В. верно 1, 5, 6

Г. верно 1, 2, 5

50.2. На какие подгруппы были разделены пациенты (1 – костный туберкулёз; 2 – лёгочный туберкулёз; 3 – абдоминальный туберкулёз; 4- диссеминированный туберкулёз; 5 - внелёгочный туберкулёз)?

А. верно 1, 3, 5

Б. верно 1, 2, 4

В. верно 1, 2, 5

Г. верно 2, 3, 5

50.3. У кого чаще встречались все формы туберкулёза?

А. У мужчин

Б. У женщин

В. В равной степени у мужчин и женщин

50.4. При какой форме туберкулёза чаще встречалась коморбидность с заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта?

А. При лёгочном туберкулёзе

Б. При абдоминальном туберкулёзе

В. При костном туберкулёзе

Г. При внелёгочном туберкулёзе

Д. При диссеминированном туберкулёзе

50.5. Какая форма патологии верхнего отдела пищеварительного тракта чаще встречалась при всех формах туберкулёза?

А. ГЭРБ

Б. Хронический гастродуоденит

В. Хронический гастрит

Г. Язвенная болезнь

УДК 616.34-036,036.2

КОМОРБИДНОСТЬ С БОЛЕЗНЯМИ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Л.Н. Савоненкова, О.Л. Арямкина

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», г. Ульяновск, Россия

e-mail: ya.savonenkova@yandex.ru

Введение. Сочетание туберкулеза как одного из наиболее социально значимых заболеваний с болезнями пищеварительной системы диктует необходимость в особых подходах к лечению основного и сопутствующего заболеваний, а при абдоминальных локализациях туберкулеза – в дифференциальной диагностике специфической (туберкулезной) и неспецифической патологии органов брюшной полости. Однако коморбидность туберкулеза с патологией органов пищеварения изучена недостаточно.

Цель исследования. Изучить особенности коморбидности с патологией верхних отделов пищеварительного тракта у больных туберкулезом.

Материалы и методы. Коморбидность с болезнями верхних отделов пищеварительного тракта изучена у 441 госпитального больного туберкулезом, отобранного сплошной выборкой из всех 2643 пациентов, получивших лечение за трехлетний период.

Результаты и обсуждение. Болезни верхних отделов пищеварительного тракта выявлены у 16,7 % больных туберкулезом. У пациентов с внелегочным туберкулезом они были диагностированы в 2 раза чаще, чем у больных туберкулезом легких ($p < 0,001$). Среди больных абдоминальным туберкулезом сопутствующие неспецифические заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта встречались в 1,6 раза чаще, чем у больных внелегочным туберкулезом, и в 3,4 раза чаще, чем у пациентов с локализацией заболевания в легких. При этом у больных абдоминальным туберкулезом хронический гастрит и гастродуоденит наблюдались достоверно чаще в сравнении с больными легочным и внелегочным туберкулезом. Из этого следует, что хронический гастрит и гастродуоденит наряду с язвенной болезнью следует отнести к факторам риска развития абдоминального туберкулеза.

Выводы. Неспецифическая патология верхних отделов пищеварительного тракта сопутствует туберкулезу в целом в 16,7 % случаев, при абдоминальном туберкулезе – втрое чаще (46,4 %). В структуре сопутствующей абдоминальному туберкулезу патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта преобладают хронический гастрит и гастродуоденит (32,4 %), язвенная болезнь желудка составляет лишь 8,3 %.

Ключевые слова: туберкулез, пищеварительный тракт, коморбидность.

Введение. В современных условиях наиболее актуальной проблемой фтизиатрической науки и практики по праву считается коморбидность туберкулеза с ВИЧ-инфекцией, хроническим вирусным гепатитом, наркоманией и алкоголизмом [1–3]. Проблема сочетания туберкулеза с заболеваниями пищеварительной системы остается в тени.

Между тем сопутствующая туберкулезу патология органов пищеварения требует серьезной корректировки протокола лечения, в первую очередь этиотропного. Это касается и замены препаратов, и изменения способа их введения, и корректировки дозы, а также назначения лекарственных веществ для профи-

лактики и устранения побочных действий противотуберкулезных препаратов. Наличие сопутствующей патологии органов пищеварения у больных туберкулезом определяет и подходы к патогенетическому лечению, зачастую ограничивая необходимую на начальном этапе терапию глюкокортикостероидными и неспецифическими противовоспалительными препаратами [4, 5].

Кроме того, клиническая картина туберкулеза абдоминальных локализаций и сопутствующих неспецифических заболеваний органов пищеварения как при легочном, так и при абдоминальном и других внелегочных локализациях туберкулеза может характери-

зоваться одинаковой симптоматикой, создавая дифференциально-диагностические затруднения. Это приводит к запоздалой диагностике, снижению эффективности лечения и ухудшению прогноза основного и сопутствующего заболеваний [6, 7].

Цель исследования. Выявление особенностей коморбидности с патологией верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту коморбидного течения легочных, внелегочных и абдоминальных локализаций туберкулеза.
2. Проанализировать гендерно-возрастные характеристики больных с коморбидным течением легочного, внелегочного и абдоминального туберкулеза.
3. Оценить частоту коморбидности с гастроэнтерологической патологией при туберкулезе легочных, внелегочных и абдоминальных локализаций.
4. Изучить частоту и структуру сопутствующих заболеваний верхних отделов пищеварительного тракта у больных с легочным, внелегочным и абдоминальным туберкулезом.

Материалы и методы. Объектом исследования явились больные стационара № 1 ГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер», выписанные за трехлетний период ($n=2643$). Методом сплошной выборки были отобраны медицинские карты всех больных с полиморбидностью. Данные больные были разделены на 3 подгруппы: с легочным, внелегочным и абдоминальным туберкулезом.

Обследование больных и их лечение проводилось в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, формулировка диагноза – в соответствии с МКБ-10 и приказом МЗ РФ № 109.

Обработку данных выполняли с использованием программы Statistica for Windows 8.0. Вычисляли значения средней арифметической (M) и стандартной ошибки (m). Достоверность различий между показателями оценивали t -критерием Фишера–Стьюдента. Проводили частотный анализ с оценкой различий признаков методом χ -квадрат 2×2 .

Вычисляли 95 % доверительный интервал (ДИ). Рассчитывали индекс коморбидности Чарлсона (ИКЧ).

Результаты и обсуждение. Среди 2643 больных туберкулезом сопутствующие заболевания были диагностированы у 1439 (54,4 %) чел. (табл. 1).

При легочном туберкулезе они имели место в 52,8 % случаев, при внелегочном – в 61,5 %, при абдоминальном – в 70,3 % случаев, что достоверно чаще, чем при туберкулезе легких.

Анализ гендерно-возрастных параметров показал достоверное преобладание количества мужчин над числом женщин среди больных туберкулезом легочных и абдоминальных локализаций и старшего возраста у больных туберкулезом легких. При этом индекс коморбидности Чарлсона был наиболее высоким у больных абдоминальным туберкулезом, несмотря на их самый молодой возраст.

Коморбидность с неспецифическими гастроэнтерологическими заболеваниями у больных туберкулезом в целом наблюдалась в 26,4 % случаев, при этом при внелегочном и абдоминальном туберкулезе – в 3 раза чаще, чем при легочном. Неспецифическая гастроэнтерологическая патология является фактором риска развития и рецидива туберкулеза всех локализаций и в большей степени – абдоминального.

Болезни верхних отделов пищеварительного тракта выявлены у 16,7 % больных туберкулезом, достоверно чаще – у пациентов с абдоминальной локализацией туберкулеза. Наиболее распространенным коморбидным заболеванием верхних отделов пищеварительного тракта являлся хронический гастрит.

В клинической структуре туберкулеза легких, протекающего в коморбидности, преобладала инфильтративная форма (55,3 %). Очаговый (12,3 %) и диссеминированный (11,3 %) туберкулез легких встретились значительно реже, что соответствует клинической структуре впервые диагностированных больных туберкулезом.

Таблица 1

Основные параметры коморбидности при туберкулезе различных локализаций

Показатель	Всего (n=2643)	Туберкулез легких (n=2334)	Внелегочный туберкулез (n=117)	Абдоминальный туберкулез (n=192)	p
Коморбидность в целом, n (%)	1439 (54,4)	1232 (52,8)	72 (61,5)	135 (70,3)	$p_2 < 0,05$
Соотношение мужчин и женщин	4,2:1	4,9:1	1,8:1	2,8:1	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
Возраст, лет	44,30±0,51	45,20±0,43	41,70±1,47	41,20±0,94	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
ИКЧ	2,75±0,17 (95 % ДИ (2,31; 2,82))	2,65±0,14 (95 % ДИ (2,37; 2,93))	1,13±0,07 (95 % ДИ (0,98; 1,28))	2,84±0,26 (95 % ДИ (2,35; 3,34))	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,001$
Коморбидность с гастроэнтерологиче- скими заболеваниями, n (%)	698 (26,4)	496 (21,3)	81 (69,2)	121 (63,0)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
Коморбидность с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта, n (%), в т.ч.:	441 (16,7)	319 (13,7)	33 (28,2)	89 (46,4)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$ $p_3 < 0,05$
ГЭРБ	88 (3,3)	75 (3,2)	2 (1,7)	11 (5,7)	-
хроническим гастритом	159 (6,1)	104 (4,5)	16 (13,7)	39 (20,3)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
хроническим гастродуоденитом	90 (3,4)	58 (2,5)	9 (7,7)	23 (12,1)	$p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
язвенной болезнью	104 (3,9)	82 (3,5)	6 (5,1)	16 (8,3)	$p_2 < 0,001$

Примечание. Достоверность различий при сравнении: p_1 – туберкулеза легких с внелегочным туберкулезом; p_2 – туберкулеза легких с абдоминальным туберкулезом; p_3 – внелегочного туберкулеза с абдоминальным.

У пациентов с внелегочным туберкулезом болезни верхних отделов пищеварительного тракта выявлялись в 2 раза чаще, чем у больных туберкулезом легких ($p_1 < 0,001$). Среди клинических форм внелегочного туберкулеза, протекающего в коморбидности, 80,9 % составлял туберкулез костно-суставной и мочеполовой систем.

Среди больных абдоминальным туберкулезом сопутствующие неспецифические заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта встречались в 1,6 раза чаще, чем у больных внелегочным туберкулезом, и в 3,4 раза чаще, чем у пациентов с локализацией заболевания в легких. При этом у боль-

ных абдоминальным туберкулезом хронические гастрит и гастродуоденит наблюдались достоверно чаще в сравнении с больными легочным и внелегочным туберкулезом. Из этого следует, что хронический гастрит и гастродуоденит наряду с язвенной болезнью следует отнести к факторам риска развития абдоминального туберкулеза.

Клиническая структура абдоминального туберкулеза, протекающего в коморбидности, представлена туберкулезом желудочно-кишечного тракта (43,8 %), паренхиматозных органов (печени и селезенки) (32,3 %), серозных оболочек (брюшины, сальников) (27,6 %), лимфатических узлов (53,6 %) в различных

комбинациях. В 3/4 наблюдений абдоминальный туберкулез при его коморбидном течении сочетался с туберкулезом легких.

Следует отметить, что в 8,85 % случаев при абдоминальном туберкулезе, протекающем в коморбидности, кроме ГЭРБ, гастрита, гастродуоденита и язвенной болезни, диагностируется туберкулез верхних отделов пищеварительного тракта – пищевода и гастродуоденальной зоны. Туберкулезный эзофагит на ранних стадиях протекает в инфильтративной форме, развиваясь вследствие спутогенного распространения инфекции на фоне активного бактериовыделения, проявляется дисфагией, соответствующей I–II степеням, интенсивной изжогой, прекардиальной болью и одинофагией. Туберкулез желудка протекает в язвенной и инфильтративно-язвенной, туберкулезный дуоденит – в инфильтративно-язвенной и бугорковой формах с наличием гастральных (большой кривизны) размером 2×4,5 см и дуоденальных размером 0,7×1,2 см язв, сочетающихся с абдоминальным лимфаденитом. Туберкулез гастродуоденальной зоны, кроме симптомов диспепсии, характеризуется желудочно-кишечным кровотечением, отсутствием сезонности и цикличности, а также отсутствием клинического эффекта на антисекреторную и эрадикационную терапию.

Литература

1. Зими́на В.Н., Кра́вченко А.В., Баты́ров Ф.Ф. Генерализованный туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией на стадии вторичных заболеваний. *Инфекционные болезни*. 2010; 3: 5–8.
2. Ко́рецькая Н.М., На́ркевич А.Н. Выявление и характеристика туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией. *Академический журнал Западной Сибири*. 2013; 1: 52–53.
3. Литви́нов В.И., Роди́на О.В., Асра́тян А.А. Оценка уровня знаний о возможности заражения, лечения и профилактики парентеральных гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции среди больных лёгочным туберкулёзом. *Туберкулез и болезни легких*. 2011; 3: 39–42.
4. Бала́саянц Г.С., Су́ханов Д.С. Некоторые аспекты патогенетической терапии при туберкулезе в современных условиях. *Терапевтический архив*. 2011; 8: 21–24.
5. Дробо́т Н.Н., Ше́вченко Н.П., Ша́половский В.В. Коморбидность туберкулеза легких и соматической патологии. *Современные наукоемкие технологии*. 2010; 2: 81–84.
6. Па́ртиева Н.Н., Ха́кимов М.А., Му́хамедов К.С., Ма́ссави́ров Ш.Ш. Клиника абдоминального туберкулеза в современных условиях. *Туберкулез в России, год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров*. М.; 2007: 350–351.
7. Ку́тиев М.И. Видеоэндоскопическая диагностика и лечение абдоминального туберкулеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Махачкала; 2010. 21.

Выводы:

1. Коморбидность среди больных легочным и внелегочным туберкулезом диагностируется в 52,8 и 61,5 % случаев соответственно, среди больных абдоминальным туберкулезом – несколько чаще – в 70,3 % случаев.

2. При коморбидном течении легочного туберкулеза количество мужчин преобладает над числом женщин в 4,9 раза, внелегочного и абдоминального – в 1,8 и 2,8 раза соответственно; наиболее молодой возраст имеют пациенты с абдоминальными формами туберкулеза.

3. Коморбидность с гастроэнтерологической патологией у больных легочным туберкулезом имеет место в 1/4 (21,3 %) случаев, у больных внелегочным и абдоминальным туберкулезом – в 2/3 (69,2 и 63,0 %) случаев.

4. Неспецифическая патология верхних отделов пищеварительного тракта сопутствует туберкулезу в целом в 16,7 % случаев, при абдоминальном туберкулезе – втрое чаще (46,4 %).

5. В структуре сопутствующей абдоминальному туберкулезу патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта преобладают хронический гастрит и гастродуоденит (32,4 %), язвенная болезнь желудка составляет лишь 8,3 %.

COMORBIDITY WITH DISEASES OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN TUBERCULOSIS

L.N. Savonenkova, O.L. Aryamkina

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, Russia

e-mail: ya.savonenkova@yandex.ru

Introduction. The combination of TB, as one of the most socially significant diseases of the digestive system dictates the need for special approaches to the treatment of underlying and concomitant diseases and for abdominal localization of tuberculosis in the differential diagnosis specific (tuberculous) and nonspecific pathology of abdominal organs. However, the comorbidity of tuberculosis with disorders of the digestive system has not been studied.

The purpose of the study. To study the characteristics of comorbidity with disorders of the upper digestive tract in patients with tuberculosis.

Materials and methods. Comorbidity with diseases of the upper gastrointestinal tract was studied in 441 hospital patients with tuberculosis, selected solid sample of 2643 patients who received treatment over a three year period.

Results and discussion. Diseases of the upper gastrointestinal tract was diagnosed in 16,7 % of patients with tuberculosis. In patients with extrapulmonary TB they have been diagnosed 2 times more often, than in patients with tuberculosis ($p < 0,001$). Among patients with abdominal tuberculosis related specific diseases of upper departments of gastrointestinal tract met 1,6 times more often than in patients with extrapulmonary TB, and 3,4 times more often than in patients with localized disease in the lungs. In patients with abdominal tuberculosis chronic gastritis and gastroduodenitis were observed significantly more frequently in comparison with patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis. This implies that chronic gastritis and gastroduodenitis, along with peptic ulcer disease should be attributed to the risk factors of abdominal tuberculosis.

Conclusions: non-specific pathology of the upper parts of the digestive tract accompanied by General tuberculosis in 16,7 % cases with abdominal tuberculosis three times more often (46,4 %). In concomitant abdominal TB pathology of upper sections of gastrointestinal tract is dominated by chronic gastritis and gastroduodenitis (32,4 %), gastric ulcer is only 8,3 %.

Keywords: tuberculosis, digestive tract, comorbidity.

References

1. Zimina V.N., Kravchenko A.V., Batyrov F.F. Generalizovannyj tuberkulez u bolnyx vich-infekciej na stadii vtorichnyx zabolevanij [Generalized tuberculosis in patients with HIV-infection at the stage of secondary diseases]. *Infekcionnye bolezni*. 2010; 3: 5–8 (in Russian).
2. Koreckaya N.M., Narkevich N.A. Vyyavlenie i xarakteristika tuberkuleza organov dyxaniya u bolnyx vich-infekciej [Identification and characterization of respiratory tuberculosis in patients with HIV-infection]. *Akademicheskij zhurn. Zapadnoj Referred To The Sibiricus Zone*. 2013; 1: 52–53 (in Russian).
3. Litvinov V.I., Rodina O.V., Asratyan A.A. Ocenka urovnya znaniy o vozmozhnosti zarazheniya, lecheniya i profilaktiki parenteralnyx gepatitov v i s, vich-infekcii sredi bolnyx lyogochnym tuberkulyozom [Assessment of the level of knowledge about the possibility of infection, treatment and prevention of parenteral hepatitis B and C, HIV-infection among patients of pulmonary tuberculosis]. *Tuberkulez i bolezni legkix*. 2011; 3: 39–42 (in Russian).
4. Balasanyanc G.S., Suxanov D. S. Nekotorye aspekty patogeneticheskoy terapii pri tuberkuleze v sovremennyx usloviyax [Some aspects of pathogenetic therapy of tuberculosis in modern conditions]. *Terapevticheskij arxiv*. 2011; 8: 21–24 (in Russian).
5. Drobot N.N., Shevchenko P.N., Shapolovskij V.V. Komorbidnost tuberkuleza legkix i somaticheskoy patologii [Comorbidity of tuberculosis and somatic pathology]. *Sovremennye naukoemkie texnologii*. 2010; 2: 81–84 (in Russian).
6. Parpieva N.N., Khakimov M.A., Mukhamedov K.S., Massavirov Sh.Sh. Klinika abdominalnogo tuberkuleza v sovremennyx usloviyax [Clinic of abdominal tuberculosis in modern conditions]. *Tuberkulez v rossii, god 2007: materials of viii rossijskogo sezda ftiziatrov*. 2007: 350–351 (in Russian).
7. Kutiev I.M. *Videoendoskopicheskaya diagnostika i lechenie abdominalnogo tuberkuleza*: avtoref. dis. ... kand. med. nauk [Videoendoscopic diagnosis and treatment of abdominal tuberculosis : author. dis. ... candidate honey sciences]. Махачкала; 2010. 21 (in Russian).