

# НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.24-002.5:616.381-002.5

DOI: 10.12737/article\_5a9f25448168d6.40977490

## АБДОМИНАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В РАБОТЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

Л.В.Круглякова<sup>1</sup>, С.В.Кругляков<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95

<sup>2</sup>Федеральное казенное учреждение здравоохранения «Медико-санитарная часть №28 Федеральной службы исполнения наказаний», 675000, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, 2

### РЕЗЮМЕ

В последние годы отмечается рост числа внелегочных локализаций туберкулезного процесса, о чем свидетельствуют многочисленные публикации. Диагностика этих форм туберкулеза в основном не проста, так как требует всестороннего обследования. К таковым относятся случаи абдоминального туберкулеза. В статье представлены краткие данные современной литературы, касающиеся внелегочных форм туберкулеза, и приведен клинический случай посмертной диагностики туберкулеза серозных оболочек брюшной полости и легких.

*Ключевые слова:* туберкулез, туберкулезный мезаденит, туберкулезный перитонит, туберкулезный сплениит.

### SUMMARY

#### ABDOMINAL TUBERCULOSIS IN THE GENERAL PHYSICIAN PRACTICE

L.V.Kruglyakova<sup>1</sup>, S.V.Kruglyakov<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Amur State Medical Academy, 95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

<sup>2</sup>Medical and Sanitary Unit number 28 of the Federal Penitentiary Service, 2 Oktyabr'skaya Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation

Last years are marked by the increased number of cases of extra pulmonary localizations of tubercular process that are proved by the numerous publications. The diagnostics of these forms of tuberculosis is not easy because it requires a detailed examination of the

patient. Cases of abdominal tuberculosis are among them. The article contains the data of modern medical literature on extra pulmonary forms of tuberculosis and information of clinical cases of posthumous diagnostics of tuberculosis of serous membranes of abdominal cavity and lungs.

*Key words:* tuberculosis, tuberculosis mesadenitis, tuberculosis peritonitis, tuberculosis splenitis.

Туберкулез является одной из важных медико-социальных проблем [12, 13]. При этом заболевании наиболее часто поражаются органы дыхания. Вместе с тем в последние годы увеличивается число больных с генерализованными и запущенными формами абдоминального туберкулеза [2, 7]. О.Н.Барканова и соавт. [4, 5], ссылаясь на работы 1990-2004 гг. указывает, что в 2/3 случаев абдоминальный туберкулез диагностируется в лечебных учреждениях общей сети: терапевтической и инфекционной службы – в 13,4%, хирургической – в 40,1%, онкологической или гематологической – в 16,2% наблюдений, причем в 1/3 случаев – постмортально. Частота поражения органов брюшной полости увеличилась с 1,6% в 2006 г. до 2,4% в 2008 г. [7]. Способствуют этому неблагоприятные социально-экономические процессы, значительная миграция населения, эпидемия ВИЧ/СПИД, антибиотикорезистентность и другие причины [1]. Туберкулез органов брюшной полости развивается преимущественно у больных с распространенным деструктивным процессом в легких. В 61,4% случаев выявляется сочетанное поражение органов дыхания и органов брюшной полости. В клинической картине данного процесса доминируют признаки тяжелой ин-

токсикации, бронхолегочного поражения и локальные симптомы поражения желудочно-кишечного тракта. Заболеваемость внелегочным туберкулезом в Москве составляет 1,6 на 100 тыс. населения и ожидается ее дальнейший рост, а в других регионах России она существенно больше [9].

В современные классификации внелегочного туберкулеза включены лишь туберкулез мезентериальных лимфатических узлов, туберкулез кишечника, туберкулез брюшины и туберкулез пищевода. Другие абдоминальные локализации учитываются как «прочие». Известно, что кроме указанных локализаций при абдоминальном туберкулезе поражаются практически все органы брюшной полости. Диагностика абдоминального туберкулеза чрезвычайно сложна даже в случаях сочетания с более доступным для выявления туберкулезом легких. Отсутствие патогномичных клинических признаков, полиморбидное течение с заболеваниями органов пищеварения и отсутствие настороженности у врачей различных специальностей не позволяют судить об истинных масштабах проблемы абдоминального туберкулеза. Изменение клиники, течения, структуры абдоминального туберкулеза, увеличение числа его случаев среди населения послужили предпосылкой для написания данной работы.

Туберкулез входит в группу гранулематозных заболеваний. В последние годы в России на фоне явно неблагоприятной ситуации – роста остро прогрессирующих форм, лекарственной устойчивости возбудителя, высокого процента рецидивов – отмечается некоторое снижение заболеваемости внелегочным туберкулезом. По данным исследователей на абдоминальный туберкулез приходится от 4,4-8,3% до 17-21% случаев, что не позволяет считать его редким заболеванием [7].

Решающая роль в диагностике абдоминального туберкулеза принадлежит обнаружению при гистологическом исследовании в пораженных органах и тканях специфических гранул, представляющих в классическом варианте участок клеточного детрита – казеозного некроза, окруженного так называемыми эпителиоидными клетками, гигантскими клетками Пирогова-Лангханса и лимфоцитами по периферии. При любой локализации абдоминального туберкулеза в процесс вовлекается желудочно-кишечный тракт, что приводит к нарушению пищеварения и всасывания, сопровождается прогрессирующим похуданием. Очень выражены при данной локализации признаки интоксикации: слабость, быстрая утомляемость, головная боль, раздражительность, потливость, снижение аппетита вплоть до анорексии, субфебрилитет, гипотония, тахикардия, депрессия, чувство страха [1]. Кроме того, туберкулез часто сочетается с неспецифическими заболеваниями органов пищеварения [3].

Ведущими симптомами туберкулеза пищевода являются дисфагия вследствие эзофагеальной дискинезии, отека слизистой оболочки пищевода и его рубцового стенозирования [8]. Загрудинная боль наиболее постоянна и выражена при изъязвлениях слизи-

стой оболочки органа. Прекардиальная загрудинная боль бывает различной интенсивности. При язвенном туберкулезном эзофагите имеет место сочетание признаков расстройств эзофагеального пассажа и загрудинной боли. Дисфагия и загрудинная боль сочетаются с симптомами туберкулеза легких, внутригрудных лимфоузлов и редко – гортани. Но туберкулезный эзофагит может протекать и бессимптомно.

Туберкулез желудка встречается крайне редко и, как правило, в терминальной фазе туберкулеза легких [1]. В современных условиях частота специфического поражения желудка возрастает, но не всегда является следствием спутогенного распространения туберкулезной инфекции из легких [10]. Туберкулез желудка чаще протекает в виде полиорганного абдоминального туберкулеза, хотя может быть моноорганным и изолированным. По данным литературы туберкулез желудка встречается в основном в язвенной форме: поражается преимущественно малая кривизна желудка и привратник [5]. Туберкулез желудка может протекать бессимптомно или проявляться синдромом диспепсии, тупой болью в эпигастрии, отрыжкой воздухом, тошнотой, понижением аппетита. Боль не имеет связи с приемом пищи и временем суток, сопровождается тошнотой, режой рвотой, не приносящей облегчения, значительно реже – повторяющимися желудочно-кишечными кровотечениями.

Туберкулезный дуоденит – еще более редкая форма поражения желудочно-кишечного тракта. Клиническая картина специфического дуоденита характеризуется в большинстве случаев бессимптомным течением, реже – длительным диспепсическим синдромом в виде болей в пилородуоденальной области и неотличима от неспецифического дуоденита. Диагностика туберкулезного дуоденита основывается также на эндоскопических, гистологических и микробиологических параметрах. При лучевом обследовании и эндоскопии определяются изъязвления слизистой оболочки и сужения просвета двенадцатиперстной кишки, регионарная и забрюшинная лимфоаденопатия. При дуоденоскопии выявляется отек, гиперемия, изъязвления слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, просовидные высыпания на ней и рубцовые стенозы. Туберкулезный дуоденит с малосимптомным течением подтверждается бактериологически и морфологически.

Туберкулезный мезаденит проявляется болями в животе различной локализации, но чаще в правой подвздошной области и вокруг пупка, носящими продолжительный характер (от нескольких часов до 2-3 суток), ноющих или весьма интенсивных, напоминающих колику. Боли усиливаются при физической нагрузке, после клизмы, что обусловлено спаечным процессом. Живот при этом мягкий, несколько вздут, болезнен при пальпации, симптомы раздражения брюшины отсутствуют или слабо положительны. Процесс протекает волнообразно с периодами обострений и ремиссий.

Туберкулез кишечника является тяжелым заболева-

нием. Гиппократ писал: «...туберкулезные больные умирают, если присоединяется диарея» [1]. Он является самой частой формой абдоминального туберкулеза, осложняющимся в 36,4% случаев туберкулезным перитонитом [7]. Больных беспокоят боли в правой подвздошной области, различные по длительности и интенсивности, не имеющие четкой связи с приемом пищи и актом дефекации. Характерен неустойчивый стул. Примесь крови, гноя и слизи в кале обнаруживается нечасто. При пальпации живота выявляется вздутие, болезненность и урчание в правой подвздошной области, может пальпироваться уплотненная слепая кишка.

Туберкулезный перитонит может протекать в острой и хронической форме. Острое течение обычно бывает при бугорковом перитоните. Болезнь проявляется острым началом с повышением температуры тела до значительных цифр, ознобом, болями в животе, напряжением передней брюшной стенки, положительными симптомами раздражения брюшины, что позволяет думать об «остром животе». Нередко таких больных оперируют, при этом обнаруживают бугорковые высыпания на брюшине, которые расцениваются как канцероматоз. И только гистологическое исследование, выявляющее эпителиоидные клетки Пирогова-Лангханса, позволяет поставить правильный диагноз.

Поражение печени и селезенки выявляется у больных туберкулезом легких в 69,4%, а при других локализациях туберкулеза – в 58,1% [11, 12]. Туберкулез является наиболее частой причиной развития гранулем в печени. В течение последнего десятилетия в связи с эпидемией ВИЧ-инфекции туберкулез печени встречается значительно чаще [6]. Согласно данным О.Л.Арямкиной и соавт. [2, 3], туберкулез паренхиматозных органов брюшной полости – печени и селезенки встречается в 32,4% случаев абдоминального туберкулеза. Туберкулез печени имеет место у каждого третьего (28,9%), а селезенки – у каждого четвертого больного (23,9%) абдоминальным туберкулезом. Почти в 2/3 случаев (63%) печень и селезенка туберкулезным процессом поражаются одновременно. Поскольку туберкулез печени и селезенки до настоящего времени не регистрируются как самостоятельные формы, достоверных данных об их распространенности нет [5]. Туберкулез печени протекает в виде милиарной или диффузной формы, очаговой формы или туберкулем. Туберкулёз желчного пузыря еще более редкое заболевание [12]. Туберкулез печени в каждом десятом (9,76%) случае протекает бессимптомно, но у подавляющего числа больных имеется клиника гепатита. При туберкулезе селезенки всегда определяется спленомегалия. Туберкулез печени и селезенки диагностируются, соответственно, в 90,2 и 88,2% случаев в рамках полиорганных абдоминальных специфических поражений, а в 73 и 82,4% случаев – в сочетании с туберкулезом легких и почек. Милиарный туберкулез печени и селезенки диагностируется более чем в 3/4 случаев (84,8%), единичные и множественные туберкулемы органов – у 15,2% больных.

Большую диагностическую ценность представляет собой диагностическая лапароскопия, при проведении которой кроме гепатомегалии обнаруживается утолщение капсулы печени, ее помутнение, спайки с диафрагмой при туберкулемах, в каждом пятом случае – увеличенные до 1-1,5 см лимфатические узлы в воротах органа. Для милиарного туберкулеза печени типично наличие беловато-желтого цвета множественных бугорков, определяемых в 3/4 случаев. Они мелкие (2-4 мм), плотные, реже мягко-эластичной консистенции, располагаются под капсулой печени, на разрезе в ряде случаев с «творожистыми» массами.

Для туберкулем печени характерно наличие плотных или мягкоэластических образований желтовато-серого цвета округлой формы, размерами 0,6-1,2 см. На разрезе в казеозном содержимом, определяемом в виде «крошковидных» либо «пастообразных» масс, имеются включения солей извести в виде кальцинатов. Крупные казеозные очаги могут инкапсулироваться и обызвествляться.

Гистологические методы являются решающими в диагностике туберкулезного гепатита. Гистологически определяются эпителиоидно-клеточные гранулемы с наличием клеток Пирогова-Лангханса, лимфоидными элементами и казеозным некрозом в центре. В специфических гранулемах преобладает либо клеточный компонент воспаления, либо казеозный детрит.

Таким образом, диагностика туберкулеза органов брюшной полости до настоящего времени представляет большие трудности. Макроскопически туберкулемы в печени и селезенке трудно отличить от поражений при лимфопролиферативных заболеваниях. В связи с этим наряду с гистологическими исследованиями большое значение имеет бактериологическая диагностика. При проведении микробиологических методов в 50% случаев получают положительный результат.

Сложность диагностики туберкулезного поражения органов брюшной полости демонстрирует собственное наблюдение.

*Больная П., 50 лет, находилась на лечении в терапевтическом отделении ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» с 28.08. по 13.09.2017 г. (22 к/д) с диагнозом: Цирроз печени, криптогенный, стадия декомпенсации. Класс тяжести по Чайлд-Пью: С. Опухоль неуточненной локализации (предположительно яичники).*

*Осложнения основного заболевания: Портальная гипертензия II ст.: асцит, двусторонний гидроторакс, гепатомегалия, гепаторенальный синдром. Отек головного мозга. Отек легких.*

*Больная поступила по направлению скорой медицинской помощи с выпиской из истории болезни (ранее лечилась и обследовалась в терапевтическом отделении ГБУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница» с 29.03. по 13.06. 2017 г.). Был выставлен диагноз: Цирроз печени, криптогенный, активность по Чайлд-Пью: С. Портальная гипертензия II: асцит, гепатоспленомегалия, варикозное расширение вен пи-*

щевода? Гепаторенальный синдром. Двусторонний гидроторакс. Опухоль неуточненной локализации. Миокардиодистрофия сложного генеза (дисметаболическая, токсическая). ХСН IIБ (ФК II).

При поступлении предъявляла жалобы на выраженную слабость, одышку, головокружение, снижение артериального давления, отеки на ногах, увеличение живота. Больна с марта 2017 г., когда стал увеличиваться живот, появились слабость и одышка. Контакт с больными туберкулезом, ВИЧ и вирусным гепатитом, вредные привычки отрицает. Состояние при поступлении тяжелое. Кожа чистая. Периферические лимфоузлы не увеличены. Молочные железы без уплотнений. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах грудной клетки с обеих сторон, влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧДД 24 в мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 100 в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации легкая болезненность в правом подреберье. Печень размерами по Курлову 13×9×7 см. Селезенка не пальпируется. Отеки голеней и стоп, отек брюшной стенки.

Проведено обследование. В анализе крови от 22.08.2017 г.: эритроциты  $3,4 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин 95 г/л; лейкоциты  $14,8 \times 10^9/л$ ; лейкоцитарная формула: палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные – 80%, лимфоциты 6%, моноциты 6%; тромбоциты  $267 \times 10^9/л$ ; СОЭ 52 мм/ч. Биохимические анализы: общий белок 58 г/л, глюкоза 6,5 ммоль/л, мочевины 13,8 ммоль/л, креатинин 146 мкмоль/л, билирубин 9,1-2,1-7,0 ммоль/л, АСАТ 33УЕ, АЛАТ 19УЕ. Исследования крови на вирусы гепатита, на ВИЧ и сифилис – отрицательные. Онкомаркеры СА – 125-135 ед/мл. Анализ мочи без патологических изменений. Сделано УЗИ органов брюшной полости и почек, при котором выявлены признаки асцита. Печень осмотрена фрагментарно. На осмотренных участках паренхима печени не изменена, повышенной эхогенности. Селезенка не увеличена, селезеночная вена не расширена. УЗИ органов малого таза – эндометрий соответствует постменопаузе, кисты эндоцервикса. Рентгенография органов грудной клетки – признаки двустороннего гидроторакса и венозного застоя в легких. КТ органов брюшной полости: асцит, снижение плотностных показателей печени, конкремент левой почки, двусторонний гидроторакс. ФГДС: недостаточность кардии, признаков варикозного расширения вен пищевода не выявлено, явления эритематозной гастропатии. Неоднократно (22.08., 24.08., 28.08., 30.08., 4.09.2017 г.) проводились плевральные пункции. При цитологическом исследовании жидкости из плевральной полости выявлены эритроциты, лимфоциты, единичные нейтрофилы. Эпителиальных клеточных элементов не выявлено. При микроскопии окрашенного препарата: лимфоцитов 99%, сегментоядерных нейтрофилов 1%. КУМ не обнаружены при четырехкратном исследовании. 1.09. произведен абдомиоцентез. Эвакуировано около 5 литров светлой асцитической жидкости. При цитологическом исследовании послед-

ней обнаружены эритроциты, элементы воспаления, единичные дегенеративно измененные клетки мезотелия. Осмотрена хирургом, неврологом, гинекологом, ревматологом. Консилионно высказаны сомнения о наличии у больной цирроза печени. Рекомендовано продолжить поиск опухоли гениталий и кишечника. От дальнейшего исследования больная категорически отказалась.

Получала дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, витамины группы В и С, мочегонные средства, преднизолон 90 мг в сутки внутривенно капельно, переливания свежезамороженной плазмы в количестве 550 мл.

В течение всего времени пребывания в стационаре состояние больной оценивалось как тяжелое. Тяжесть состояния была обусловлена рецидивирующим экссудативным плевритом, дыхательной недостаточностью, интоксикацией, увеличением живота за счет асцита без выраженного болевого синдрома.

Таким образом, диагноз цирроза печени вызывал сомнения в течение всего времени нахождения больной в стационаре. Данные обстоятельства были причиной продолжения диагностического поиска. Увеличение показателей СА, в также быстрое накопление жидкости в плевральных полостях и брюшной полости способствовало убежденности врачей в наличии опухолевого процесса неизвестной локализации с метастазами в органы грудной клетки и брюшину. Лимфоцитоз при микроскопии осадка плевральной жидкости, без сомнения, заставлял вспомнить о туберкулезе. Но этот диагноз не получил своего завершения в силу отсутствия указаний рентгенологов на специфичные для туберкулеза поражения легких при неоднократных лучевых обследованиях грудной клетки (рентгенограммы и КТ органов грудной клетки).

Согласно результатам вскрытия, в брюшной полости обнаружена свободная жидкость в количестве 3000 мл, в плевральных полостях 1000 и 2500 мл красноватой жидкости с мягкими рыхлыми нитчатыми и пленчатыми белесоватыми наложениями на листках плевры. На брюшине, брыжейке, плевре множественные плотноватые бляшковидные очажки до 0,5 см в диаметре. В ткани легких множество плотных округлых желтоватых очажков с четкими границами до 0,5 см в диаметре. Печень нормальных размеров и массы с гладкой поверхностью, на разрезе желто-коричневого цвета. Селезенка макроскопически не изменена. Выставлен предварительный патологоанатомический диагноз: Основной – Мезотелиома брюшины. Генерализованный туберкулез: милиарный туберкулез обоих легких, туберкулез плевры, брюшины??? Осложнения основного заболевания: Множественные метастазы в легкие и плевру. Асцит, двусторонний гидроторакс. Компрессионный ателектаз (коллапс) правого легкого. Двусторонняя диффузная параканкротная пневмония? Дыхательная недостаточность.

Таким образом, даже после вскрытия диагноз вызывал сомнения. И только микроскопия органов позво-

лила от дифференцировать опухолевое поражение и туберкулезный процесс. При патогистологическом исследовании в ткани легких обнаружены диффузно рассеянные гранулемы из эпителиоидных клеток, лимфоцитов, гистиоцитов, макрофагов с множественными гигантскими многоядерными клетками типа Пирогова-Лангханса и казеозным некрозом в центре (туберкулезные гранулемы). В париетальной и висцеральной плевре диффузная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация, множественные разрозненные туберкулезные гранулемы с казеозным некрозом, очаги некроза и десквамации мезотелия. В ткани селезенки множественные мелкие туберкулезные гранулемы с казеозным некрозом. В брыжейке, в париетальной и висцеральной брюшине полнокровие сосудов, отек, диффузная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация, множественные разрозненные и сливные туберкулезные гранулемы с казеозным некрозом, десквамация мезотелия, налет фибрина.

*Окончательный патологоанатомический диагноз:*

*Основное заболевание: Генерализованный гематогенный туберкулез (фаза прогрессирования) с милиарным поражением обоих легких, плевры, брюшины, брыжейки тонкого и толстого кишечника, селезенки.*

*Осложнения: Туберкулезная интоксикация. Туберкулезный серозно-фибринозный перитонит (3000 мл экссудата). Туберкулезный серозный плеврит (слева 1000 мл экссудата, справа 2500 мл экссудата). Компрессионный ателектаз (коллапс) правого легкого. Дыхательная недостаточность.*

*Сопутствующее заболевание: Хронический персистирующий гепатит с началом трансформации в неполный септальный цирроз печени. Жировой гепатоз.*

Данное наблюдение подтверждает сложность прижизненной диагностики абдоминального туберкулеза. Она требует полного многостороннего обследования: эндоскопии, УЗИ, контрастного рентгеновского исследования органов брюшной полости. Но при этом должны быть основания для поиска туберкулезного процесса. Ими в большинстве случаев является диагностированный туберкулез органов дыхания. В описанном нами случае именно отсутствие признаков туберкулеза легких при многократном рентгенологическом и КТ-исследовании уводило врачей в сторону поиска онкологического процесса в брюшной полости. Макроскопическое исследование трупа тоже не позволило сразу установить правильный диагноз. Генерализованный туберкулезный процесс был принят за метастатический. И только при патогистологическом исследовании выявлены специфичные для туберкулеза гигантские клетки Пирогова-Лангханса.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдоминальный туберкулез. URL: <https://ftiza.su/abdominalnyiy-tuberkulez/>

2. Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н. Абдоминальный туберкулез. Патоморфология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Учебно-методическое пособие. Ульяновск: УЛГУ, 2010. 83 с.

3. Арямкина О.Л., Савоненкова Л.Н., Кузьмина О.А., Таланова О.С., Холева А.О. Хронические неспецифические заболевания при абдоминальном туберкулезе // Ульяновский медико-биологический журнал. 2014. №4. С.29–37.

4. Барканова О.Н., Гагарина С.Г., Калуженина А.А., Попкова Н.Л. Туберкулез легких и заболевания желудочно-кишечного тракта // Лекарственный вестник. 2015. Т.9, №2(58). С.33–38.

5. Барканова О.Н., Калуженина А.А., Гагарина С.Г., Попкова Н.Л. Вопросы клиники и диагностики туберкулеза печени и селезенки // Лекарственный вестник. 2015. Т.9, №2(58). С.43–47.

6. Гастроэнтерология: национальное руководство / под ред. В.Т.Ивашкина, Т.Л.Лапиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 704 с.

7. Зырянова Т.В., Поддубная Л.В., Федорова М.В., Липский К.А. Туберкулез органов брюшной полости у больных туберкулезом легких // Медицина и образование в Сибири. 2009. №2. URL: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=370>

8. Кузьмина О.А., Таланова О.С., Холева А.О., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. Туберкулез пищевода // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2012. №4(24). С.82–89.

9. Кульчавеня Е.В. Контроль внелегочного туберкулеза в Сибири и на Дальнем Востоке // Туберкулез и болезни легких. 2008. Т.85, №9. С.16–19.

10. Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. Коморбидность с болезнями верхних отделов пищеварительного тракта при туберкулезе // Ульяновский медико-биологический журнал. 2016. №1. С.75–79.

11. Таланова О.С., Кузьмина О.А., Холева А.О., Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. Туберкулез печени и селезенки. Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2012. №4(24). С.112–122.

12. Фтизиатрия: Национальное руководство / под ред. М.И.Перельмана. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 512 с.

13. Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2007–2011 годы». URL: <https://rg.ru/2007/05/22/bolezni-site-dok.html>

#### REFERENCES

1. Abdominal tuberculosis. Available at: <https://ftiza.su/abdominalnyiy-tuberkulez/> (in Russian).

2. Aryamkina O.L., Savonenkova L.N. Abdominal tuberculosis. Pathomorphology, pathogenesis, classification, clinic, diagnostics. Ulyanovsk; 2010 (in Russian).

3. Aryamkina O.L., Savonenkova L.N., Kuzmina O.A., Talanova O.S., Kholeva A.O. Chronic non-specific diseases with abdominal tuberculosis. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskij zhurnal* 2014; 4:29–37 (in Russian).

4. Barkanova O.N., Gagarina S.G., Kaluzhenina A.A., Popkova N.L. Tuberculosis of the lungs and gastrointestinal diseases. *Lekarstvennyy vestnik* 2015; 9(2):33–38 (in Russian).

5. Barkanova O.N., Kaluzhenina A.A., Gagarina S.G., Popkova N.L. Questions of the clinic and diagnosis tuberculosis of the liver and spleen. *Lekarstvennyy vestnik* 2015; 9(2):43–47 (in Russian).

6. Ivashkina V.T., Lapina T.L., editors. Gastroenterology. National Guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2008 (in Russian).

7. Zyrianova T.V., Poddubnaia L.V., Fedorova MV, Lipskiy K.A. Abdominal cavity organs tuberculosis in lung tuberculosis patients. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri* 2009; 2 (in Russian). Available at: <http://ngmu.ru/cozo/mos/article/pdf.php?id=370>

8. Kuzmina O.A., Talanova O.S., Kholeva A.O., Savonenkova L.N., Aryamkina O.L. Tuberculosis of esophagus. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki* 2012; 4:82–89 (in Russian).

9. Kulchavenya E.V. Control of extrapulmonary tuber-

culosis in Siberia and the Far East. *Tuberkulez i bolezni legkikh* 2008; 85(9):16–19 (in Russian).

10. Savonenkova L.N., Aryamkina O.L. Comorbidity with diseases of the upper gastrointestinal tract in tuberculosis. *Ulyanovsk Medico-Biological Journal* 2016; 1:75–79 (in Russian).

11. Talanova O.S., Kuzmina O.A., Kholeva A.O., Savonenkova L.N., Aryamkina O.L. Tuberculosis of the liver and spleen. *Izvestiya vysshikh uchebnykh zavedeniy. Povolzhskiy region. Meditsinskie nauki* 2012; 4:112–122 (in Russian).

12. Perelman M.I., editor. Phthysiology. National Guidelines. Moscow: GEOTAR-Media; 2007 (in Russian).

13. Federal target program "Prevention and control of socially significant diseases for 2007-2011" Available at: <https://rg.ru/2007/05/22/bolezni-site-dok.html> (in Russian).

Поступила 12.12.2017

Контактная информация

Людмила Владимировна Круглякова,  
кандидат медицинских наук, ассистент кафедры факультетской терапии,  
Амурская государственная медицинская академия,  
675000, г. Благовещенск, ул. Горького, 95.

E-mail: [amurgma@list.ru](mailto:amurgma@list.ru)

Correspondence should be addressed to

Lyudmila V. Kruglyakova,  
MD, PhD, Assistant of Department of Faculty and Polyclinic Therapy,  
Amur State Medical Academy,  
95 Gor'kogo Str., Blagoveshchensk, 675000, Russian Federation.

E-mail: [amurgma@list.ru](mailto:amurgma@list.ru)