

ИНФИЛЬТРАТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ, ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ (КОМОРБИДНОСТЬ И МУЛЬТИМОРБИДНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ)

Е. С. СКВОРЦОВА, Е. А. БОРОДУЛИНА, А. М. ОСАДЧУК

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, г. Самара

Язвенная болезнь диагностируется у 20,5% пациентов с инфильтративным туберкулезом легких и у 19,5% ВИЧ-инфицированных в стадии С2, страдающих инфильтративным туберкулезом легких, предъявляющих жалобы диспепсического характера. Для мультиморбидного сочетания туберкулеза легких, ВИЧ-инфекции и язвенной болезни характерны: малосимптомное начало туберкулеза, доминирование в клинической картине астенического синдрома, проявлений желудочной и кишечной диспепсии, похудения (в 2-4 раза чаще, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции), менее выраженный деструктивный процесс в легочной ткани (в 2 раза реже, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции). *H. pylori* является этиологическим фактором язвенной болезни у 62,5% пациентов с инфильтративным туберкулезом легких и у 58,7% ВИЧ-инфицированных в стадии С2, страдающих туберкулезом легких. Сочетание *H. pylori*-негативной язвенной болезни и инфильтративного туберкулеза легких отличается достоверно более неблагоприятным прогнозом по сравнению с коморбидностью *H. pylori*-позитивной язвенной болезни и инфильтративного туберкулеза легких.

Ключевые слова: инфильтративный туберкулез легких, ВИЧ-инфекция, язвенная болезнь.

INFILTRATE PULMONARY TUBERCULOSIS, GASTRIC ULCER AND HIV INFECTION (COMORBIDITY AND MULTIMORBIDITY)

E. S. SKVORTSOVA, E. A. BORODULINA, A. M. OSADCHUK

Samara State Medical University, Samara, Russia

Peptic ulcer is registered in 20,5% of those suffering from infiltrate pulmonary tuberculosis and in 19,5% of HIV patients at C2 stage, ill with infiltrate pulmonary tuberculosis and presenting complaints about dyspeptic disorders. The following is typical of multimorbidity of pulmonary tuberculosis, HIV infection and peptic ulcer: oligosymptomatic start of tuberculosis, asthenic syndrome dominating among clinical symptoms, manifestations of gastric and intestinal indigestion, weight loss (2-4 times more often compared to HIV negative patients), less expressed lung tissue destruction (2 time less compared to HIV negative patients). *H. pylori* is a causative agent of the peptic ulcer in 62,5% of patients with infiltrate pulmonary tuberculosis and in 58,7% of HIV infected patients at C2 stage, suffering from pulmonary tuberculosis. Comorbidity of *H. pylori* negative peptic ulcer and infiltrate pulmonary tuberculosis differs from comorbidity of *H. pylori* positive peptic ulcer and infiltrate pulmonary tuberculosis since the first has confidently true unfavorable forecast of the outcome.

Key words: infiltrate pulmonary tuberculosis, HIV infection, peptic ulcer.

Одна из групп риска по туберкулезу легких (ТЛ) представлена пациентами с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК). Причины возникновения туберкулеза при язвенной болезни (ЯБ): выраженные нейрогуморальные расстройства; нарушение обменных процессов [4]. В то же время предрасполагающими факторами ЯБ у больных ТЛ являются нарушение иммунного гомеостаза; прием туберкулостатиков; нейрогуморальные расстройства [9, 10]. Риск развития язвенного процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке определяется длительностью и тяжестью течения туберкулеза, наличием дыхательной и/или сердечной недостаточности [4].

ЯБ ассоциируется с *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) до 60-70% случаев заболевания [13]. У пациентов с ТЛ верифицируется *H. pylori* до 87,5% [12], при длительной противотуберкулезной терапии – в 52,9% [15].

Причинами распространения *H. pylori* у больных туберкулезом и коморбидности ТЛ и ЯБ являют-

ся общие социально-экономические факторы (неполноценное питание; низкий социальный статус), генетическая предрасположенность человеческого организма, ассоциирующаяся с HLA-DQ серотипом [12], наличие дефицита секреторного IgA [14].

С 2005 г. наметился и продолжается рост сочетанной патологии – туберкулеза и ВИЧ-инфекции [2, 7, 16]. У пациентов с ТЛ, инфицированных ВИЧ, в патологический процесс вовлекаются все органы и системы организма, в том числе органы желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Часто регистрируется патология ЖКТ: кандидозные и пептические эзофагиты; вирусные и токсические гепатиты; ЯБ; лекарственный панкреатит; энтериты и колиты [1, 9, 10]. Факторы, способствующие поражению слизистой оболочки ЖКТ: массивная химиотерапия; хеликобактерная, цитомегаловирусная, герпетическая, кандидозная, криптоспорициозная инфекция и т. д. [1, 3, 6]. По данным Boyle B. A. [11], у ВИЧ-позитивных лиц, не страдающих ТЛ, ЯБ диагностируется не более чем в 5% случаев, эрозивные поражения желудка встречаются в 17,8%, а язвенные – в 2,3% слу-

чаев; дуоденальные эрозии определяются у 18,5%, а язвенное поражение двенадцатиперстной кишки – у 2,6%. Отечественные же источники указывают на тот факт, что ЯБ у ВИЧ-положительных лиц диагностируется чаще (10,8%), чем в среднем в российской популяции [2].

В последнее десятилетие растет частота коморбидности туберкулеза, ЯБ, ВИЧ-инфекции у одного пациента.

Цель исследования: изучить особенности коморбидности и мультиморбидности инфильтративного туберкулеза легких (ИТЛ), ЯБ, ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы

В соответствии с поставленной целью из числа обследованных создано 3 группы: 1-я группа – 30 пациентов с впервые выявленным ИТЛ; 2-я группа – 32 пациента с ИТЛ, страдающих ЯБ, разделена на 2 подгруппы: 2.1 – пациенты с ЯБ (*H. pylori*-положительная) – 20 человек; 2.2 – пациенты с ЯБ (*H. pylori*-негативная) – 12 человек; 3-я группа – 46 пациентов с ИТЛ и ВИЧ-инфекцией с ЯБ, разделенные на 2 подгруппы: 3.1 – ЯБ *H. pylori*-положительная – 27 человек; 3.2 – ЯБ *H. pylori*-негативная – 19 человек. Всего 108 больных.

Во всех группах больных преобладали мужчины. У больных 3-й группы ВИЧ-инфекция характеризовалась $200 < CD4 < 500$ кл./мкл. Группы были сопоставимы по возрасту больных. К ЯБ относили пациентов с ЯБЖ или ЯБДК, установленной эндоскопически. Все пациенты наблюдались в динамике на протяжении 12 мес.

Диагностика ЯБ базировалась на классических критериях и осуществлялась с учетом клинико-эндоскопических, функциональных и морфологических данных [5]. Интенсивность диспепсического синдрома оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), где 0 – отсутствие, а 10 – максимально выраженный признак. Определение *H. pylori* проводили с помощью дыхательного уреазного теста и подтверждали гистологически. ЯБДК, не рубцующиеся дольше 4 нед., и ЯБЖ со сроками рубцевания более 6 нед. относили к труднорубцующимся язвам [8].

При статистической обработке определяли средние значения, стандартное отклонение, ошибку, доверительный интервал. С учетом небольшого объема наблюдений в отдельных подгруппах при статистических расчетах применяли формулы для малых групп. Использовали непараметрический метод статистической обработки – критерий Манна – Уитни. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. Дизайн исследования – открытое сплошное исследование типа «случай-контроль». Математическую обработку результатов исследования проводили с помощью статистического пакета программ SPSS 15.0 для Windows.

Результаты исследования

На 1-м этапе изучены клинические проявления ТЛ (табл. 1). Выявлено, что все пациенты 3-й группы (основная группа) предъявляли жалобы на общую слабость (100%), степень выраженности которой была больше, чем в 1-й и 2-й группах ($p < 0,05$).

Таблица 1. Клиническая характеристика пациентов с инфильтративным туберкулезом легких различных групп

Table 1. Clinical characteristics of those suffering from infiltrate pulmonary tuberculosis from various groups

Клинико-лабораторная характеристика больных	ИТЛ <i>n</i> = 30 (100%)	ИТЛ/ЯБ <i>n</i> = 32 (100%)	ИТЛ/ВИЧ/ЯБ <i>n</i> = 46 (100%)
Тип начала заболевания:			
- малосимптомное, %	5 (16,7%)	7 (21,9%)	18 (39,1%)**
- подострое, %	18 (60%)	20 (62,5%)	28 (60,9%)
- острое, %	7 (23,3%)	5 (15,6%)	- (-%)
Общая слабость:			
- незначительная, %	20 (66,7%)	15 (46,9%)*	16 (34,8%)**
- умеренная, %	4 (13,3%)	9 (28,1%)*	19 (41,3%)**
- выраженная, %	- (-%)	4 (12,5%)*	11 (23,9%)**
Синдром диспепсии по шкале ВАШ	1,93 ± 0,49	5,1 ± 0,53*	5,2 ± 0,73
Температура тела, °C:			
< 37	5 (16,7%)	4 (12,5%)	22 (47,8%)**
37-37,9	23 (76,7%)	26 (81,3%)	24 (52,2%)**
38-38,9	2 (6,7%)	2 (6,3%)	- (-%)
Одышка:			
- незначительная, %	11 (36,7%)	10 (31,3%)	15 (32,6%)
- умеренная, %	2 (6,7%)	3 (9,4%)	9 (19,6%)
Снижение массы тела:			
- до 10%	8 (26,7%)	12 (37,5%)*	26 (56,5%)**
- 10-20%	2 (6,7%)	4 (12,5%)	15 (32,6%)**
Неустойчивый стул	3 (10%)	5 (15,6%)	14 (30,4%)**

Примечание: знаком * показаны достоверные различия ($p < 0,05$) между группами пациентов с ИТЛ и ИТЛ в сочетании с ЯБ; знаком ** показаны достоверные различия ($p < 0,05$) между группами пациентов с ИТЛ в сочетании с ЯБ и ВИЧ-инфицированными, страдающими ИТЛ и ЯБ.

Жалобы на одышку с затрудненным вдохом предъявляли 24 (52,2%) больных, у 6 (13,0%) больных определялась боль в грудной клетке ($p > 0,05$), у 14 (30,4%) – потливость ($p > 0,05$), бактериовыделение – у 33 (71,7%) ($p > 0,05$), определение *H. pylori* – у 27 (58,7%) лиц ($p > 0,05$). Пациенты 3-й группы чаще отмечали снижение массы тела: за последние 3 мес. 26 (56,5%) человек: до 10% от исходной массы тела – 15 (32,6%) и более 10% от исходной – 11 (23,9%) пациентов ($p < 0,05$), чаще предъявляли жалобы на расстройство стула – 14 (30,4%) ($p < 0,05$). У пациентов 3-й группы реже повышалась температура тела по сравнению с больными 1-й и 2-й групп – у 24 (52,2%) ($p < 0,05$), при этом начало заболевания чаще было малосимптомным – у 18 (39,1%) ($p < 0,05$) лиц. Число пациентов с бактериовыделением и *H. pylori*-позитивных лиц достоверно не различалось в исследуемых группах ($p > 0,05$) (табл. 1).

По результатам рентгенологического обследования в 1-й группе (30 человек) выявлены: односторонние изменения – у 76,7% (23), верхнедолевая локализация – у 83,3% (25), фаза распада – у 63,3% (19) пациентов. Во 2-й группе: односторонние изменения – у 20 (62,5%), верхнедолевая локализация – у 26 (81,3%), чаще поражение 1-2 сегментов легких – у 22 (68,8%) лиц, у 24 (75%) человек обнаруживались очаги распада, у 7 (21,9%) – очаги отсева, у 10 (31,2%) – признаки поражения плевры. В 3-й группе также преобладали односторонние изменения – у 28 (60,9%) человек, но двустороннее поражение легких (у 18 – 39,1%) обнаруживали несколько чаще, чем в 1-й и 2-й группах ($p > 0,05$), верхнедолевая локализация – у 40 (87%) пациентов, поражение 1-2 сегментов легких – у 29 (63%), поражение 3 сегментов и более – у 17 (37%) больных, фаза распада – у 25 (54,3%), но при этом деструкция у подавляющего числа пациентов единичная, у 12 (26,1%) больных определялись очаги отсева, у 16 (34,8%) – рентгенологические признаки поражения плевры.

Микобактерии туберкулеза обнаруживались в 1-й группе у 60% (18) лиц, во 2-й – у 68,8% (22), в 3-й группе – у 33 (71,7%) пациентов.

Таким образом, при сравнительном анализе выявлено, что для пациентов 3-й группы более характерны малосимптомное начало туберкулеза (ИТЛ) и доминирование в структуре жалоб общей слабости и диспепсических явлений, чаще двусторонние изменения по сравнению с 1-й и 2-й группами, реже определяется деструкция легочной ткани ($p < 0,05$), чаще – очаги отсева и экссудативный плеврит ($p > 0,05$).

На 2-м этапе исследования изучены проявления ЯБ во 2-й и 3-й группах пациентов при фиброгастроэноскопии. Во 2-й группе у 19 (59,4%) больных диагностировалась ЯБДК и у 13 (40,6%) – ЯБЖ. *H. pylori* обнаруживалась у 20 (62,5%) пациентов, при этом у 14 (73,7%) – с ЯБДК, у 6 (46,2%) больных с ЯБЖ ($p < 0,05$). В 3-й группе у 26 (56,5%) пациен-

тов диагностировалась ЯБДК, а у 20 (43,5%) – ЯБЖ. В подгруппе 3.1, имеющих *H. pylori*-ассоциированную ЯБ, было 27 (58,6%) больных, в 3.2 подгруппе, с *H. pylori*-негативной ЯБ, – 19 (41,3%) человек.

Частота выявления и глубина атрофических изменений слизистой оболочки желудка, степень выраженности ее инфильтративных изменений и активность гастрита у больных 3-й группы были меньшими по сравнению со 2-й группой ($p < 0,05$). Частота обнаружения и степень выраженности кишечной метаплазии и дисплазии в 3-й и 2-й группах больных не различались ($p > 0,05$).

На 3-м этапе оценили динамику ИТЛ в обследованных группах больных. Преимущественно положительная динамика отмечалась в группе пациентов с ИТЛ в сочетании с *H. pylori*-позитивной ЯБ (2.1 подгруппа) (табл. 2).

У пациентов 3-й группы в подгруппе 3.1 длительность химиотерапии составила $10,15 \pm 0,59$ мес., у 10 (37%) пациентов было прогрессирование ИТЛ. Рецидивирование ЯБ отмечалось у 3 (11,1%) больных данной подгруппы. Через 12 мес. от начала наблюдения регистрировался диспепсический синдром, оцениваемый по шкале ВАШ в $1,57 \pm 0,38$ балла.

В 3.2 подгруппе пациентов полости распада закрылись у 5 (26,3%) больных. Улучшение клинической и рентгенологической симптоматики ИТЛ определялось у 5 (26,3%) пациентов. Сроки заживления полостей распада составили $10,82 \pm 2,18$ мес. Длительность химиотерапии у пациентов с зажившими полостями распада составила $10,54 \pm 0,62$ мес. У 9 (47,4%) пациентов наблюдалось прогрессирование ИТЛ. Через 12 мес. от начала наблюдения регистрировался диспепсический синдром, оцениваемый в $2,71 \pm 0,6$ балла, у 18 (94,7%) больных (табл. 2).

У больных ИТЛ в сочетании с ВИЧ-инфекцией и ЯБ характерна гораздо более медленная регрессия клинических симптомов болезни по сравнению с 1-й и 2-й группами. При этом в течение года у пациентов сохраняется выраженный астенический и диспепсический синдром. За 12 мес. наблюдения в подгруппе 3.1 наблюдалось более выраженное снижение интенсивности диспепсических проявлений ($p < 0,05$) по сравнению с подгруппой 3.2 (табл. 2).

Диагностика ЯБ, ВИЧ-инфекции и *H. pylori*-статуса позволяет выделить несколько категорий коморбидности: больные с ИТЛ и диспепсическим синдромом, больные с ИТЛ и *H. pylori*-ассоциированной ЯБ, больные с ИТЛ и *H. pylori*-негативной ЯБ, мультиморбидности – ВИЧ-инфекция с ИТЛ и *H. pylori*-ассоциированной ЯБ, ВИЧ-инфекция с ИТЛ и *H. pylori*-негативной ЯБ.

Выводы

1. Для мультиморбидного сочетания ТЛ, ВИЧ-инфекции и ЯБ характерны: малосимптом-

Таблица 2. Общие результаты терапии различных категорий пациентов с инфильтративным туберкулезом легких
Table 2. General treatment outcomes of various categories of infiltrate pulmonary tuberculosis patients

Признак	ИТЛ n = 30 (100%)	ИТЛ + ЯБ (НР+) n = 20 (100%)	ИТЛ + ЯБ (НР-) n = 12 (100%)	ВИЧ + ИТЛ + ЯБ (НР+) n = 27 (100%)	ВИЧ + ИТЛ + ЯБ (НР-) n = 19 (100%)
Общая длительность ХТ, мес.	6,91 ± 0,52	9,2 ± 0,54*	9,51 ± 0,46*	10,15 ± 0,59*	10,54 ± 0,62* ^{****}
Бактериовыделение, мес.	1,69 ± 0,33	2,52 ± 0,42*	2,65 ± 0,58*	4,25 ± 0,69* ^{***}	4,72 ± 0,92* ^{****}
Сохранение бактериовыделения	- (-%)	- (-%)	3 (25%) ^{***}	14 (51,9%) ^{****}	11 (57,9%) ^{****}
Скорость заживления полостей распада, мес.	5,92 ± 0,48	6,93 ± 0,52*	7,83 ± 0,83*	9,94 ± 2,04* ^{****}	10,82 ± 2,18* ^{****}
Полости распада: заживление, % уменьшение, % прогрессирование с образованием каверн, % с образованием туберкулем, %	30 (100%) -(-%) -(-%) -(-%) -(-%)	20 (100%) -(-%) -(-%) -(-%) -(-%)	7 (58,3%) ^{***} 2 (16,7%) 3 (25%) ^{***} 2 (16,7%) 1 (8,3%)	12 (44,4%) ^{****} 5 (18,5%) ^{****} 10 (37%) ^{****} 6 (22,2%) ^{****} 4 (14,8%) ^{****}	5 (26,3%) ^{****} 5 (26,3%) [*] 9 (47,4%) ^{****} 5 (26,3%) [*] 4 (21,1%) [*]
ТРЯ: желудка 12-ПК	-(-%) -(-%) -(-%)	4 (20%) [*] 2 (10%) [*] 2 (10%) [*]	9 (75%) ^{***} 6 (50%) ^{***} 3 (25%)	16 (59,3%) ^{****} 9 (33,3%) ^{****} 7 (25,9%) ^{****}	16 (84,2%) [*] 11 (57,9%) [*] 5 (26,3%) [*]
Рецидив ЯБ за время наблюдения	- (-%)	- (-%)	9 (75%) ^{***}	3 (11,1%)	16 (84,2%) ^{****}
Сохранение диспепсического синдрома, %	7 (23,3%)	6 (30%)	11 (91,7%) ^{***}	17 (53,1%) ^{****}	18 (94,7%) ^{****}
Диспепсический синдром по ВАШ	0,78 ± 0,19	0,96 ± 0,22	1,95 ± 0,24* ^{***}	1,57 ± 0,38* ^{****}	2,71 ± 0,6* ^{****}

Примечание: знаком * показаны различия ($p < 0,05$) по сравнению с пациентами с ИТЛ; знаком ** показаны различия ($p < 0,05$) между группами пациентов с ИТЛ и ЯБ; знаком *** показаны различия ($p < 0,05$) между подгруппами пациентов с ИТЛ, ЯБ (*H. pylori*+) и ВИЧ-инфицированными с ИТЛ и ЯБ (*H. pylori*); знаком **** показаны достоверные различия ($p < 0,05$) между подгруппами пациентов с ИТЛ и ЯБ (*H. pylori*-) и ВИЧ-инфицированными с ИТЛ и ЯБ (*H. pylori*-); знаком ***** показаны достоверные различия ($p < 0,05$) между подгруппами ВИЧ-инфицированных с ИТЛ и ЯБ (*H. pylori*+) и ВИЧ-инфицированными с ИТЛ и ЯБ (*H. pylori*-).

ное начало туберкулеза, доминирование астенического синдрома, проявлений диспепсии, похудения (в 2-4 раза чаще, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции), менее выраженная деструкция легочной ткани.

2. *H. pylori* является этиологическим фактором ЯБ у 62,5% пациентов с ИТЛ и у 58,7% ВИЧ-инфицированных.

3. У больных ИТЛ сочетание *H. pylori*-негативной ЯБ отличается более неблагоприятным прогнозом по сравнению с сочетанием с *H. pylori*-позитивной ЯБ.

4. При сочетании ВИЧ-инфекции и инфильтративного туберкулеза и ЯБ прогноз не зависит от статуса по *H. pylori*-инфекции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бартлетт Дж., Галлант Дж., Фам П. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. – М.: Р. Валент, 2012. – 528 с.
2. Беляков Н. А., Рассохин В. В. ВИЧ-инфекция в Санкт-Петербурге // ВИЧ/СПИД – информационно-аналитический бюллетень. – СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2012. – № 1. – 80 с.
3. Губергриц Н. Б. Поражение желудка при СПИДе // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2008. – № 5. – С. 86-90.
4. Гурылева М. Э., Визель А. А. Туберкулез и заболевания желудочно-кишечного тракта. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 344-349.
5. Ивашкин В. Т. Рекомендации по диагностике и лечению язвенной болезни // Рос. гастроэнтерологическая ассоциация. Метод. реком. – М., 2002. – 26 с.
6. Ивашкин В. Т., Шептулин А. А., Склянская О. А. Синдром диареи 2-е изд., расшир и перераб. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2002. – 168 с.
7. Кравченко А. В., Фролова О. П. Клинические аспекты туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией: пособие для врачей // М.: ФГУН «ЦНИИ эпидемиологии» Роспотребнадзора, 2009.
8. Маев И. В., Казюлин А. Н., Дичева Д. Т. и др. Факторы риска развития и лечение труднолечимых язв желудка и 12-перстной кишки // Фарматека. – 2010. – № 15. – С. 39-43.
9. Николаева О. Д. Эффективность лечения пациентов с туберкулезом легких в сочетании с заболеваниями органов пищеварения // Укр. Мед. Часопис. – 2005. – № 3 (47). – С. 19-21.

REFERENCES

1. John G. Bartlett, Joel E. Gallant, Paul A. Pham. Klinicheskie aspekty VICH-infektsiyi. (Russ. Ed.: John G. Bartlett, Joel E. Gallant, Paul A. Pham. Medical Management of HIV Infection) Moscow, Valent Publ., 2012, 528 p.
2. Belyakov N.A., Rassokhin V.V. HIV infection in St. Petersburg. VICH/SPID – Informatsionno-Analiticheskiy Byulleten, St. Petersburg, Baltiyskiy Meditsinskiy Obrazovatel'ny Tsentr Publ., 2012, no. 1, 80 p. (In Russ.)
3. Gubergits N.B. Gastric lesions in AIDS patients. Ros. Journ. Gastroenterol., Gepatol., Koloproktol., 2008, no. 5, pp. 86-90. (In Russ.)
4. Guryleva M.E., Vigel A.A. Tuberkulyoz i zabolevaniya zheludochno-kishechnogo trakta. Ftiziatrya. Natsionalnoye rukovodstvo. [Tuberculosis and intestinal diseases. Phthisiatry. National Guidelines]. Edited by M.I. Perelman, Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2007, pp. 344-349.
5. Ivashkin V.T. Rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu yazvennoy bolezni. Ros. gastroenterologicheskaya assotsiatsiya. Metod. rekom. [Recommendations on diagnostics and treatment of peptic ulcer. Russian Gastroenterologic Association. Guidelines]. Moscow, 2002, 26 p. (In Russ.)
6. Ivashkin V.T., Sheptulin A.A., Sklyanskaya O.A. Sindrom diarei. [Diarrhea syndrome]. 2nd ed., suppl. and amend., Moscow, GEOTAR Med. Publ., 2002, 168 p.
7. Kravchenko A.V., Frolova O.P. Klinicheskiye aspekty tuberkulyoza u bolnykh VICH-infektsiyey: Uchebnyy posobiye dlya vrachey. [Clinical aspects of tuberculosis in HIV patients: Doctors' Manual]. Moscow, FGUN TSNII Epidemiologii Rospotrebнадзора Publ., 2009.
8. Maev I.V., Kazyulin A.N., Dicheva D.T. et al. Risk factors and treatment of poorly cicatrizing gastric and peptic ulcers. Pharmateka. 2010, no. 15, pp. 39-43. (In Russ.)

10. Трефилова Е.И. Эндоскопическая диагностика заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с активной формой туберкулеза легких: Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2012. – 24 с.
11. Boyle B. A. Recent advances in the management and treatment of GI and hepatic diseases associated with HIV: Part I //AIDS Read. – 2001. – Vol. 11, № 7. – P. 354-363.
12. Philippou N., Roussos A., Tsimpoukas F. et al. Helicobacter pylori infection in patients with active pulmonary tuberculosis before the initiation of antituberculosis treatment // Ann. Gastroenterology. – 2003. – Vol. 16, № 1. – P. 49-52.
13. Teves P.M., Ventura S. S., Salgado E.M. Characteristics of gastroduodenal ulcers in patients with negative biopsies for Helicobacter pylori // Acta Gastroenterol Latinoam. – 2010. – Vol. 40, № 1. – P. 40-45.
14. Tjärnlund A. Does IgA play a role in protection against pulmonary tuberculosis? // Licentiate thesis from the Department of Immunology Wenner-Gren Institute, Stockholm University, Sweden. – 2005. – 58 p.
15. Tsang K. W., Lam S. K. Extragastrroduodenal conditions Associated with Helicobacter pylori Infection // HKMJ. – 1999. – Vol. 5, № 2. – P.169-174.
16. WHO report 2010. Global Tuberculosis control: WHO report 2010 /WHO. – Geneva, 2010. – 218 p.
9. Nikolaeva O.D. Treatment efficiency of pulmonary tuberculosis patients with concurrent intestinal diseases. Ukrain. Med. Chasopis, 2005, no. 3 (47), pp. 19-21. (In Russ.)
10. Trefilieva E.I. Endoskopicheskaya diagnostika zabolevaniy verkhnikh otdelov zheludochno-kishechnogo trakta u bol'nykh na pozdnikh stadiyakh VICH-infektsii s aktivnoy formoj tuberkuleza legkikh. Diss. kand. med. nauk. [Endoscopic diagnostics of diseases in the upper part of gastrointestinal tract in the patients at the late stages of HIV infection and active tuberculosis. Cand. Diss.]. Moscow, 2012, 24 p.
11. Boyle B.A. Recent advances in the management and treatment of GI and hepatic diseases associated with HIV: Part I. AIDS Read., 2001, vol. 11, no. 7, pp. 354-363.
12. Philippou N., Roussos I. A., Tsimpoukas I. F. et al. Helicobacter pylori infection in patients with active pulmonary tuberculosis before the initiation of antituberculosis treatment. Ann. Gastroenterology, 2003, vol. 16, no. 1, pp. 49-52.
13. Teves P.M., Ventura S.S., Salgado E.M. Characteristics of gastroduodenal ulcers in patients with negative biopsies for Helicobacter pylori. Acta Gastroenterol Latinoam., 2010, vol. 40, no. 1, pp. 40-45.
14. Tjärnlund A. Does IgA play a role in protection against pulmonary tuberculosis? Licentiate thesis from the Department of Immunology Wenner-Gren Institute, Stockholm University, Sweden. 2005, 58 p.
15. Tsang K.W., Lam S.K. Extragastrroduodenal conditions Associated with Helicobacter pylori Infection. HKMJ, 1999, vol. 5, no. 2, pp. 169-174.
16. WHO report 2010. Global Tuberculosis control: WHO report 2010 /WHO. Geneva, 2010, 218 p.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава РФ,
443000, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89.
Тел.: 8 (846) 332-57-35.

Скворцова Екатерина Сергеевна
заочный аспирант кафедры
фтизиатрии и пульмонологии.

Бородулина Елена Александровна
профессор кафедры фтизиатрии и пульмонологии.
E-mail: Borodulinbe@yandex.ru

Осадчук Алексей Михайлович
профессор кафедры госпитальной терапии.

FOR CORRESPONDENCE:

Samara State Medical University,
Samara, Russia
89, Chapayevskaya St., Samara, 443000
Phone: +7 (846) 332-57-35.

Ekaterina S. Skvortsova
Post-graduate Student of Phthisiology and Pulmonology
Department.

Elena A. Borodulina,
Professor of Phthisiology and Pulmonology Department,
E-mail: Borodulinbe@yandex.ru

Aleksey M. Osadchuk
Professor of Hospital Therapy Department.

Поступила 12.03.2016

Submitted as of 12.03.2016