ОПЫТ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Маклакова Т.П., Анюткина Т.И., Васильева Н.И., Ханин А.Л.

НГИУВ — филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ, Новокузнецк

В Сибирском регионе сохраняется напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ). На примере г. Новокузнецка за последний год заболеваемость 83 случая на 100000 населения, в 2 раза превышающая среднероссийские показатели. Сахарный диабет (СД) и ТБ — наиболее опасная комбинация в связи с системностью их поражения, клиническим полиморфизмом и длительным бессимптомным течением. При СД ТБ выявляется в 4–11 раз чаще, чем в популяции; при СД 1 типа (СД-1) — в 20 раз чаще. Особую тревогу вызывает ВИЧ-ассоциированный ТБ, с частотой 58,6% в структуре впервые выявленного ТБ по Новокузнецку.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ — изучить особенности клинического течения и лечения СД у 39 пациентов с ТБ, пролеченных стационарно в Новокузнецком клиническом противотуберкулезном диспансере за последний год (3% от госпитализированных). В наблюдаемой группе с СД 1 и СД 2 было 10 (26%) и 29 (74%) человек, соотношение женщин и мужчин 1: 1,5.

ВИЧ-ассоциированный ТБ при СД установлен в 23% (9 чел.): при СД-1 60% (6 чел.) и при СД-2 10% (3 чел.). Средний возраст пациентов с СД-1 не превышал 40 лет, а с СД-2 был старше 45 лет. По литературным данным, СД в 80–90% предшествует диагностике ТБ и только в 18–20% отмечается одновременное выявление патологии или ТБ диагностируется до выявления СД. В нашем наблюдении только в 54% (21 чел.) диагноз СД установлен до клинического дебюта ТБ; в 41% (16 чел.) оба заболевания диагностированы одновременно, в 5% (2 чел.) ТБ предшествовал развитию СД. Столь заметные различия, вероятно, обусловлены поздней диагностикой СД, в основном, СД-2, клиническое проявление которого связано с присоединением инфекции. В 41% случаев (16 чел.) наблюдался инфильтративный ТБ; в 46% диссеминированный и кавернозный (18 чел.); в 10% (4 чел.) экссудативный плеврит и в 5% (2 чел.) туберкулемы. Преобладала нижнедолевая локализация процесса. Каждый 2-й пациент был бактериовыделителем независимо от типа СД. При поступлении в стационар у 87% пациентов отсутствовал контроль СД (гликемия 11–27 ммоль/л и выше). Все пациенты с СД-2 переводились на инсулинотерапию (базис–болюсный вариант). Во время химиотерапии ТБ основная проблема — побочные действия препаратов со стороны ЖКТ, печени и почек у 77% (30 чел.) против 48% у пациентов без СД. Всем пациентам с СД1 усилена инсулинотерапия на 20–70% от привычной дозы, при СД-2 потребность в инсулине составляла 1,3–1,8 ЕД/кг/м.т. с выраженной вариабельностью гликемии независимо от типа СД. Несмотря на постоянную коррекцию лечения СД у 87 % (34 чел.) пациентов не достигались целевые показатели. К особенностям терапии СД во время химиотерапии ТБ относится стойкость гипергликемии, ее вариабельность без склонности к кетоацидозу. Наибольшие трудности в лечении СД наряду с медленной инволюцией воспаления, длительным абациллированием отмечены у пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ, а также у всех пациентов с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

Выход из сложившегося положения возможен при своевременной диагностике обоих заболеваний и усилении мотивации пациентов на достижение целевых результатов терапии; раннем выявлении скрытых нарушений углеводного обмена при наличии факторов риска развития СД и ТБ.