

Опыт изучения 281 больного раком легкого у лиц с активным туберкулезом и посттуберкулезными поражениями в легких, в том числе у ранее оперированных по поводу туберкулеза, показал их неуклонное увеличение среди контингентов противотуберкулезного диспансера. Это предполагает усиление онкологической настороженности и совершенствование диагностики опухолевых процессов.

Выводы.

1. У больных с сочетанием рака и туберкулеза органов дыхания диагноз опухоли устанавливается с большим опозданием, в половине случаев в 3-4-й стадии, особенно при ее локализации в зоне активного туберкулеза.

2. В более ранней стадии рак легкого диагностируется у больных с посттуберкулезными изменениями и при анатомической разобщенности процессов.

3. Неоперабельность у больных с сочетанием рака и туберкулеза чаще обусловлена поздним выявлением рака или большими объемами поражения при локализации процессов в разных легких, опухоли единственного легкого.

4. Необходима повышенная онкологическая настороженность в отношении больных туберкулезом и лиц с посттуберкулезными изменениями в легких, имеющих дополнительные факторы риска онкологических заболеваний.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И ТУБЕРКУЛЕЗ: ФАКТОРЫ ВЗАИМНОГО ОТЯГОЩЕНИЯ

ГОРШКОВ И. П., ВОЛЫНКИНА А. П., МАНАННИКОВА В. И.

DIABETES AND TUBERCULOSIS: FACTORS OF MUTUAL BURDENING

GORSHKOV I. P., VOLYNKINA A. P., MANANNIKOVA V. I.

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко» МЗ РФ, г. Воронеж

Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

В условиях современного эпидемического неблагополучия сочетание туберкулеза легких (ТЛ) и сахарного диабета (СД) становится все более актуальной проблемой в связи с ростом их заболеваемости, что придает этому статус медико-социальной проблемы.

Цель: оценить особенности сочетанной патологии у пациентов, страдающих СД и ТЛ.

Материалы и методы. Результаты открытых эпидемиологических исследований особенностей развития ТЛ у больных СД, наблюдение и ведение собственных больных СД, поступивших в порядке скорой неотложной помощи, в условиях эндокринологического отделения БУЗ ВО «ВГКБСМП № 10». Все пациенты получали комплексную сахароснижающую терапию с контролем стандартных параметров лабораторного статуса по общепринятым методикам. Статистическая обработка выполнена с помощью программ Excel 2013 (Microsoft) и Statistica 8.0 (StatSoft, Inc.), исследуемые показатели приведены в виде $M \pm m$, критический уровень значимости (p) принимали равным 0,05.

Результаты. Специфическое поражение легких у больных СД встречается в 5 раз чаще, чем в общей популяции, с трехкратным превалированием среди мужчин и большим риске развития ТЛ при декомпенсированном СД. В то же время

одним из первых клинических симптомов ТЛ при СД является повышенная инсулинопотребность. Хронические осложнения СД лимитируют фармакотерапию ТЛ: стрептомицином, канамицином при диабетической нефропатии, этионамидом, пипразинамидом – дисметаболическом гепатозе, этамбутолом – диабетической ретинопатии, изониазидом – диабетической нейропатии. Фармакотерапия ТЛ у больных СД является фактором, индуцирующим псевдо- и гипогликемические реакции, ассоциированные с гепато- и нефротоксичностью препаратов, или индуцирующим эффектом биотрансформации таблетированных сахароснижающих средств (рифампицин). Легкая и средняя степень СД 1-го типа характеризуется чаще ограниченными неструктивными формами ТЛ; тяжелая – инфильтративными формами ТЛ с быстрым развитием казеозного некроза. При сочетании СД и ТЛ в 2 раза чаще регистрируют симметричный процесс, охватывающий всю долю, и в 3 раза чаще распространяющийся на обе доли легкого. Показано, что инфильтративный ТЛ в большей степени ассоциировался с СД 2-го типа (68,5%), у пациентов с туберкулемами – СД 1-го типа (66,8%) с превалированием мужчин (63,5%). Инфильтративный ТЛ локализовался в левом легком в 57,9%, в правом – в 26,3%, симметрично – в 15,8% случаев; туберку-

лемы же – в 66,7% в верхней доле правого легкого и в 33,3% случаев – в левом легком. К особенностям клинической картины ТЛ при СД следует отнести развитие симптомов туберкулезной интоксикации: слабости, потливости, понижения аппетита, снижения массы тела, субфебрильной температуры, маскируемых симптомами СД, даже при ограниченных формах. У больных с деструктивным ТЛ выслушивались влажные хрипы, в 82,5% определялись микобактерии туберкулеза в мокроте. С целью оптимизации стратегии лечения пациентов с сочетанием СД и ТЛ используют структурированную программу обучения больных СД, адаптированную для ТЛ, что сопровождалось более адекватным контролем параметров углеводного обмена: уровень HbA1c спустя 6 мес. менее $7,5 \pm 0,11\%$ ($p < 0,05$); активности цитолитического и холестатического синдрома: АЛАТ

менее $85,50 \pm 1,37$ ед/л, АсАТ – $79,70 \pm 1,23$ ед/л, γ -ГТП – $139,70 \pm 5,69$ ед/мл.

Заключение. СД сочетается в большей степени с инфильтративным ТЛ (выше ассоциация с СД 1-го типа) и туберкулемами (СД 2-го типа). Инфильтративный ТЛ в сочетании с СД часто локализуется в левом легком, туберкулема же – в правом. Больные СД и ТЛ удовлетворительно переносят химиотерапию с ее обязательной элонгацией до 3 мес., при инициации которой формируются цитолитический и холестатический синдромы умеренной активности. Интегрированное воздействие: оптимизация сахароснижающей терапии, модификация образа жизни и обучение пациентов с учетом наличия ТЛ способствуют более эффективному проведению курса стандартной терапии сочетанной патологии СД и ТЛ.

ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ НЕСВОЕВРЕМЕННЫМ ВЫЯВЛЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ НАСЕЛЕНИЯ

ДАНИЛОВ А. Н., МОРОЗОВА Т. И.

PARALLELS BETWEEN LATE DETECTION OF CLINICAL FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS AND FLUOROGRAPHY SCREENING OF THE POPULATION

DANILOV A. N., MOROZOVA T. I.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Выявление является составной частью борьбы с туберкулезом. Основным его методом является флюорография (ФГ). По данным официальной статистики, 60% населения России проходят плановые осмотры в установленные сроки, что способствует своевременному выявлению туберкулеза. До 40% вновь зарегистрированных больных выявляются по жалобам при обращении в медицинские учреждения. Согласно Постановлению Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"» для населения России установлен дифференцированный подход прохождения флюороосмотров. Здоровые люди обследуются данным методом 1 раз в 2 года, пациенты из групп повышенного риска заболевания туберкулезом – 1 или 2 раза в год. Учитывая ежегодное улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу, некоторые авторы предлагают уменьшить кратность прохождения флюорографии до 1 раза в 3 года при заболеваемости на территории 50 на 100 тыс. населения и менее.

Цель: провести параллели между кратностью флюорографических обследований населения и час-

тотой несвоевременно выявленных форм туберкулеза легких с распадом и бактериовыделением.

Материалы и методы. Изучены формы № 089-у/туб на впервые выявленных больных туберкулезом легких в количестве 596 извещений. Дополнительно анализировались амбулаторные карты и истории болезни пациентов. Анализ материалов касался периода 2009-2014 гг. Выделено 4 группы наблюдения. В первую группу ($n = 178$) вошли лица, имеющие медико-биологические факторы риска возникновения туберкулеза, – состоящие на учете по сахарному диабету, хронической обструктивной болезни легких, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и др. Вторая группа ($n = 124$) была представлена больными, имеющими социальные факторы риска, – лица, освобожденные из мест лишения свободы, больные ВИЧ-инфекцией, состоящие на учете в наркологических диспансерах и др. В третью группу ($n = 38$) включены пациенты, имеющие эпидемиологические факторы риска – бытовой контакт с больным с бактериовыделением. Четвертая группа ($n = 138$) была представлена практически здоровыми людьми, которые до выявления у них туберкулеза не состояли