

Е.Д. Маслюкова, К. В. Шут
**ПРОБЛЕМА САХАРНОГО ДИАБЕТА И ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУ-
БЕРКУЛЕЗА ВО ФТИЗИАТРИИ**

Научный руководитель ассист. Н. П. Антонова
Кафедра фтизиопульмонологии,
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

E. D. Maslukova, K. V. Shut
**THE PROBLEM OF DIABETES AND HIV-ASSOCIATED TU-BERCULOSIS IN
PHTHISIOLOGY**

Tutor: assist. Antonova N.P.
Department of phthisiopulmonology,
Belarusian state medical university, Minsk

Резюме. Сахарный диабет является одной из ведущих проблем в странах с высоким и средне-высоким уровнем дохода, к которым относится и наша страна. В ходе работы был проведен ретроспективный анализ статистических карт пациентов, проходивших лечение в фтизиатрических отделениях для взрослых ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2017 году. Туберкулез на фоне сахарного диабета в нашей стране является по распространенности и экономическим затратам проблемой сходной с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, что свидетельствует о необходимости должного внимания и к данной коморбидной патологии.

Ключевые слова: туберкулез, сахарный диабет, ВИЧ-ассоциированный туберкулез.

Resume. Diabetes mellitus is one of the leading problems in countries with high and medium-high incomes which include our country. In the course of the work, a retrospective analysis of 580 statistical maps of patients treated in tuberculosis departments for adults was conducted at the State Scientific and Practical Center of Pulmonology and Tuberculosis in 2017. Tuberculosis and diabetes mellitus in our country is by its distribution and economic costs a problem similar to HIV-associated tuberculosis, which indicates the need for due attention and to these comorbid pathologies.

Keywords: tuberculosis, diabetes mellitus, HIV-associated tuberculosis

Актуальность. Сахарный диабет (СД) является одной из ведущих проблем в странах с высоким и средне-высоким уровнем дохода к которым относится и наша страна [2]. На сегодняшний день в мире сахарным диабетом болеет более 422 миллионов человек и эта цифра постоянно растет [2]. Метаболические изменения в организме больных СД ведут к повышению риска возникновения целого ряда заболеваний, в числе которых и туберкулез. Во фтизиатрии в нашей стране уделяется особое внимание ВИЧ-ассоциированному туберкулезу, в то время как картина коморбидных патологий «туберкулез-сахарный диабет» практически не освещена в публикациях последних лет, но на мировом уровне именно этому сочетанию патологий уделяют повышенное внимание [1,3].

Не говоря о биологических особенностях данных патологий, значимость проблемы на республиканском уровне обосновывается распространенностью и экономическими затратами на лечение каждой из этих нозологий в отдельности и в сочетании.

Материалы и методы. Анализируя данные статистических карт выбывших из стационара год за годом мы получаем динамику и условную клиническую картину,

предполагая, что постоянно повторяются одни и те же ситуации, однако продолжительность стационарного этапа лечения во фтизиатрии растягивается на месяцы со значительными колебаниями, и полноценной картины календарного года мы не имеем, поэтому для изучения проблемы коморбидных патологий нами составлена модель 2017 года на основании статистических карт выбывшего из стационара за 2017-2018 годы пациентов с туберкулезом легких фтизиатрических отделений для взрослых, проходивших курс лечения ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2017 году (нами учитывались только койко-дни, относящиеся к 2017 году).

Данные обработаны в Microsoft Excel 2013.

Цель: Определить современную картину коморбидных патологий (ВИЧ-ассоциированный туберкулез и «туберкулез-СД») по данным ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» .

Задачи:

1. Определить распространенность ВИЧ-инфекции (ВИЧ) и СД среди пациентов с туберкулезом легких.

2. Проанализировать структуру клинических форм туберкулеза у пациентов с исследуемыми патологиями.

3. Определить вклад коморбидных патологий в структуру неблагоприятных исходов лечения в 2017 год.

4. Оценить экономические потери, обусловленные стационарным этапом лечения пациентов с коморбидными патологиями.

Результаты и их обсуждение. В гендерной структуре пациентов, проходивших лечение в ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии» в 2017 году, обращает внимание, что удельный вес мужчин (69%) практически в два раза превышает процент женщин

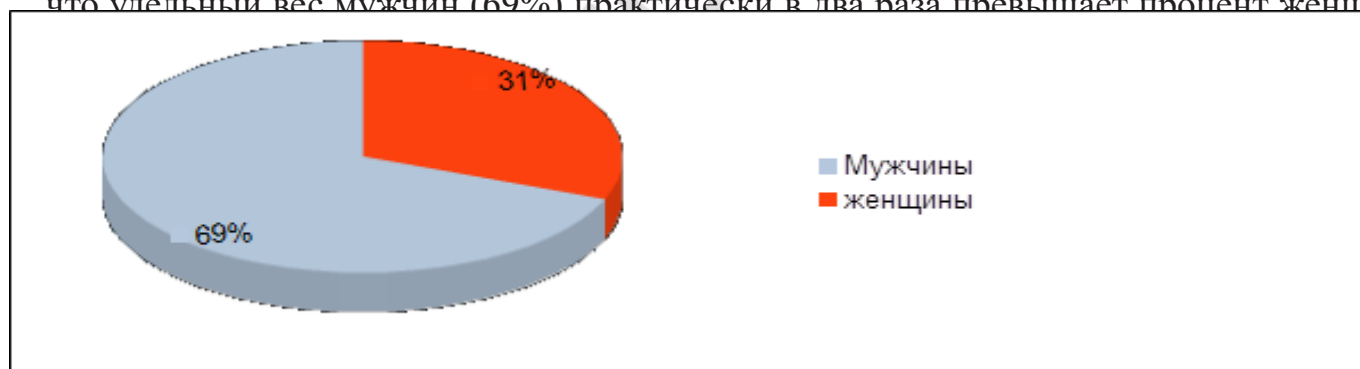


Рис. 1 — Гендерная структура пациентов

В исследуемой группе туберкулез и СД встречались со сходной частотой: 9% имели в анамнезе СД (Рисунок 2), 10% - ВИЧ-инфекцию (Рисунок 3).



Рис. 2 – Распространенность СД среди пациентов отделений легочных форм туберкулеза



Рис. 3 – Распространенность ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди пациентов отделений легочных форм туберкулеза

Следует отметить, что и СД и ВИЧ-ассоциированный туберкулез в 2017 году встречались чаще среди женщин. Конкретизируя данные по СД, можно отметить, что количество случаев СД I среди мужчин — 11(3%) и среди женщин — 5(3%) дало сходный процент, а разница в удельном весе обусловлена СД II, так как среди мужчин СДII зарегистрирован у 21 человека, что составило 5% , а у женщин 17 пациентов, что соответствует 9,5% во 2-ой подгруппе по гендерному признаку. (Рисунок - 4). Общее число пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом — 59, среди них мужчин — 41(5% от общего количества исследуемых), женщин-18(10%).(Рисунок — 5)

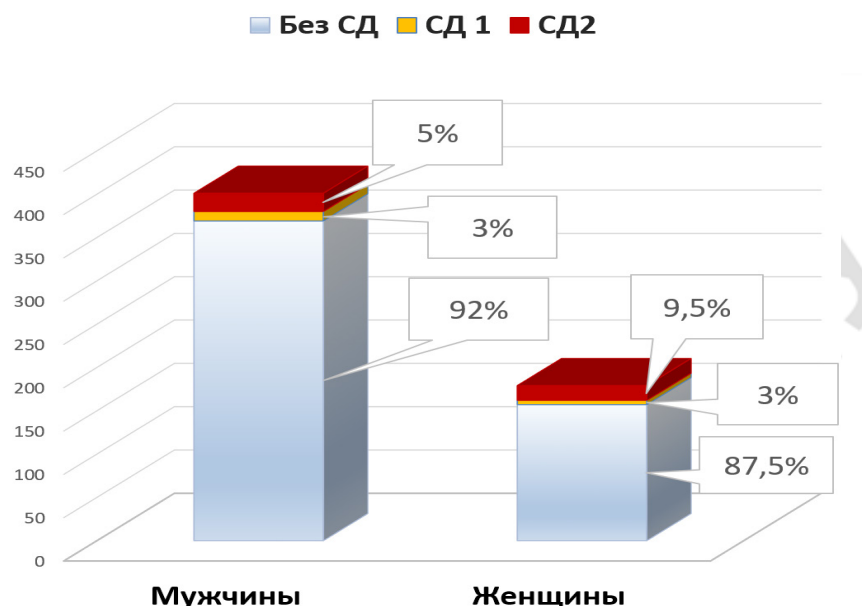


Рис. 4 — Распространенность СД среди мужчин и женщин

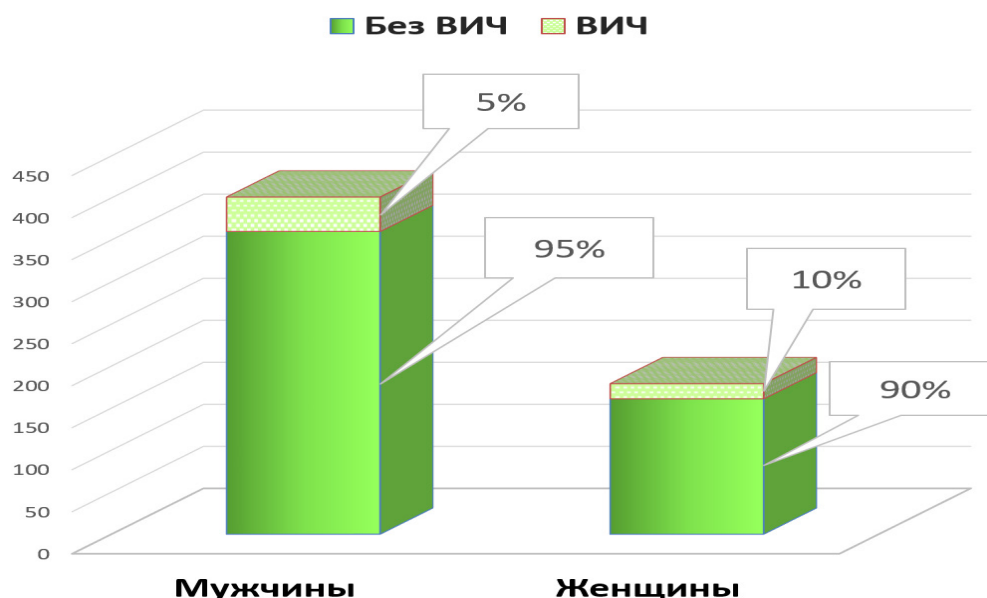


Рис. 5 — Распространенность ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди мужчин и женщин

Структура клинических форм туберкулеза легких у мужчин с СД: (32 человека): инфильтративный туберкулез — 26 (73%), фиброзно-кавернозный туберкулез — 2, казеозная пневмония — 2, очаговый туберкулез — 1, цирротический туберкулез — 1. Формы туберкулеза легких у мужчин с ВИЧ-инфекцией (41 человек): инфильтративный — 26 (63%), диссеминированный — 15 (37%).

Формы туберкулеза у женщин с СД (22 человека): инфильтративный туберкулез — 17 (77%), фиброзно-кавернозный — 3 (14%), диссеминированный — 2 (9%). Формы туберкулеза легких у женщин с ВИЧ (17 человек): инфильтративный — 12 (67%), диссеминированный — 3 (17%), казеозная пневмония — 1 (5%), очаговый — 2 (11%). Клинические формы туберкулеза у пациентов с СД более подробно представлены в таблице.

Табл.1. Структура клинических форм туберкулеза у пациентов с СД

		Инфильтра- тивный	Фиброз- нокавер- нозный	Казеозная пневмония	Диссемини- рованный туб.	Очаговый туберкулез	Цирротиче- ский тубер- кулез
СД 1	мужчины	73%	-	9%	-	9%	9%
	женщины	40%	60%	-	-	-	-
СД 2	мужчины	86%	10%	4%	-	-	-
	женщины	83,5%	5.5%	-	11%	-	-

Анализируя структуру клинических форм, обращает внимание, что для группы пациентов с ВИЧ характерной чертой является высокий процент диссеминированного туберкулеза, а проблема терапии пациентов с хроническими формами туберкулеза (цирротический и фиброзно-кавернозный туберкулез) в нашей выборке касалась только пациентов с СД.

В среднем на 1 случай госпитализации пациента без изучаемых коморбидных патологий приходится 154 койко-дня, сходные количественные значения имеют место для стационарного этапа лечения в группах пациентов с ВИЧ и СДІ – 155 и 152 койко-дня соответственно, в то время как на лечение туберкулеза у пациента с СДІ экономические затраты будут обусловлены в среднем стоимостью 181 койко-дня в клинике. (Рисунок 6)

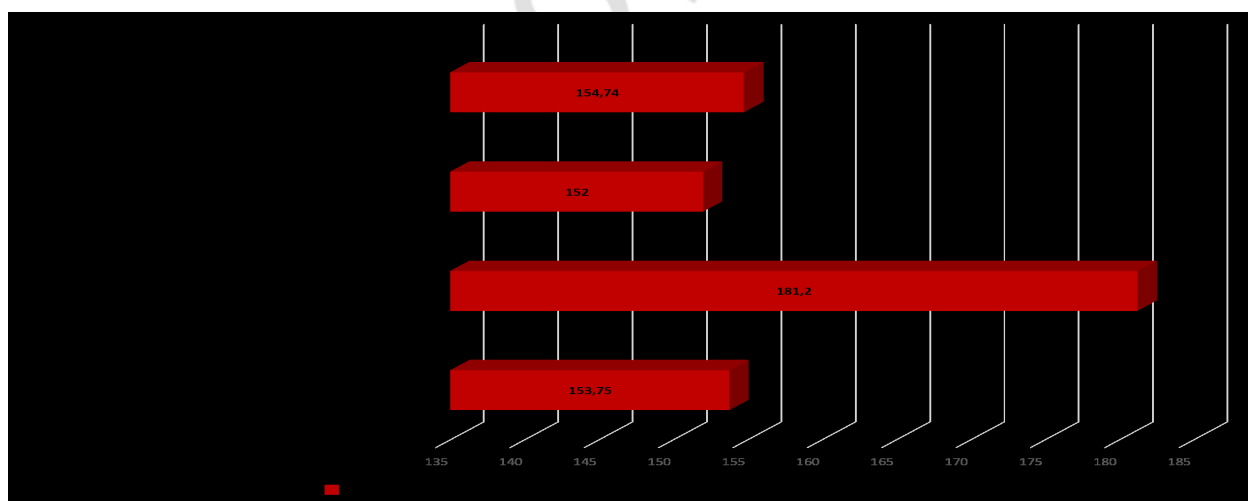


Рис. 6 – Среднее количество дней, проведенное в стационаре

Безусловно, наличие коморбидных патологий накладывает свой отпечаток и на результаты лечения. Так, положительные результаты терапии были достигнуты у 96% пациентов без анализируемых отягощающих течение специфического процесса заболеваний, летальный исход имел место только у 4% пациентов. В группе пациентов с СД отмечается более высокий процент летальных исходов — 11%. В группе пациентов с ВИЧ были выписаны 93% пациентов, неблагоприятных исходов не удалось избежать

у 7% пациентов. (Рисунок 7) Более низкий процент летальных исходов у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, вероятно, является результатом работы фтизи-

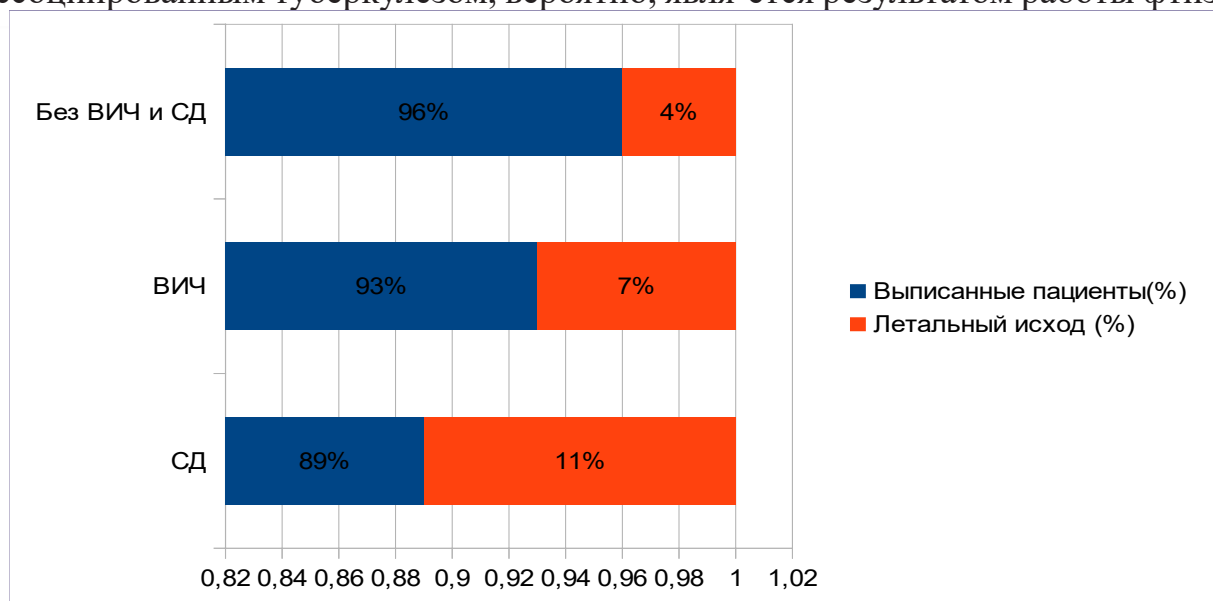


Рис. 7 – Результаты лечения пациентов с туберкулезом легких в группах с коморбидными заболеваниями (ВИЧ и СД) и без данных патологий фтизиатрической службы, так как этой проблеме уделяется большое внимание, в отличие от проблемы «туберкулез-СД».

Выводы:

1. Проблема СД во фтизиатрии не уступает по распространенности проблеме ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

2. В структуре клинических форм у пациентов с ВИЧ-инфекцией чаще встречался диссеминированный туберкулез, в то время, как у пациентов с хроническими формами туберкулеза был зарегистрирован только СД.

3. Средняя продолжительность госпитализации пациента с туберкулезом легких без изучаемых коморбидных патологий, случая ВИЧ-ассоциированного туберкулеза и случая «туберкулез-СДII» достоверно не отличались, в отличие от пациентов с проблемой «туберкулез-СДИ», для которых требовался более продолжительный курс стационарного лечения, приблизительно на 30 дней превышающий продолжительность госпитализации пациентов выше названных категорий, что обуславливает большие экономические затраты на лечение.

4. В группе пациентов с СД отмечается более высокий уровень летальных исходов, чем в группе без коморбидных патологий и группе ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Литература

1. Марио К Равилоне. Ликвидация туберкулеза – новая стратегия ВОЗ в эру Целей устойчивого развития, вклад Российской Федерации / Марио К Равилоне, А. А. Коробицин // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – Том № 94. – № 11. – С. 7-15.
2. Распространенность хронических осложнений сахарного диабета в Республике Беларусь/ О.А. Салко, Е.Л. Богдан, А.П. Шепелькевич и др.// Лечебное дело. – 2016. – №5(51). – С.31-34.
3. Lönnroth, K. Diabetes and tuberculosis: Improving tuberculosis prevention and care through addressing the global diabetes epidemic: from evidence to policy and practice/ K.Lönnroth, G. Roglic, A.D. Harries.// Lancet Diabetes Endocrinol. – 2014. – Vol. 2. – P.730–739.