

вероятность не диагностированного генитального туберкулеза выше, что и приводит к увеличению % внематочной беременности.

4. Женщины с прошедшей внематочной беременностью должны быть подвержены более углубленному и тщательному обследованию, с обязательным проведением у них гистеросальпингографии, так как внематочная беременность у пациенток с туберкулезом внелегочной локализации произошла задолго до того, как развился сам туберкулезный процесс, и они попали в поле зрения врачей фтизиатров. В связи с чем возможно полагать, что механизм и стадийность генитального туберкулеза значительно отличаются от общего патогенеза туберкулезной инфекции и на сегодняшний день это является огромной проблемой для медицинского сообщества, так как диагностика генитального туберкулеза на ранних этапах затруднительна.

Литература

1. Глазкина Е.И. Генитальный туберкулез в Тульской области / Е.И. Глазкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018. – № 3. – С. 71-75.

2. Калиева Л.К. Туберкулез женских половых органов как очаговое проявление генерализованного туберкулеза / Л.К. Калиева, Р.А. Алтаева, Г.М. Аденова // Вестник КазНМУ. – 2015. – № 4. – С. 313-315.

3. Мухиддинов Н.Д. Современные данные относительно вопросов этиологии, диагностики и патологического влияния трубной формы внематочной беременности на репродуктивное здоровье женщины (обзор литературы). / Н.Д. Мухиддинов, М.М. Исмоилов, А.В. Гулин, О.Ю. Назирбоева, М.С. Саидов. // Вестник ТГУ. – 2017. – Т.22. – С. 1654-1657.

4. Aslan G. Female genital tuberculosis cases with distinct clinical symptoms: Four case reports. / G. Aslan, M. Ulger, ST. Ulger, H. Durukan, FG. Yazici, G. Emekdas // Int. J. Reprod Biomed (Yazd) – 2018. – № 16(1). – P. 57-60.

5. Danielle M.P. Incidence, diagnosis and management of tubal and nontubal ectopic pregnancies: a review / M.P. Danielle, H.P. Catherine, C.B. Paula // Fertil Res Pract – 2015. – № 1. – P. 15.

6. Grace, G. Genital tuberculosis in females / G. Grace, D. Angeline, Bella Devaleenal and Mohan Natrajan // The Indian journal of medical research – 2017. – № 145(4). – P. 425-436.

7. Jacob L. Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients / L. Jacob, M. Kalder, K. Kostev // Ger Med Sci – 2017. – Doc19.

УДК: 616-002.5:616.379-008.64

М.А. Шамбатов, Е.В.Сабадаш

**ОБОСНОВАНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ ТЯЖЕСТИ
КОМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ: ТУБЕРКУЛЕЗ И САХАРНЫЙ
ДИАБЕТ**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

M.A. Shambatov, E.V.Sabadash

**JUSTIFICATION OF ADDITIONAL CRITERIA FOR COMORBID STATE:
TUBERCULOSIS AND DIABETES MELLITUS**

Department of phthisiology and pulmonology
Urals state medical university
Ekaterinburg, the Russian Federation

E-mail: sabadashelena@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты одномоментного исследования, посвященного оценке тяжести течения сахарного диабета у пациентов, страдающих туберкулезом.

Annotation. The article presents the results of a one-time study on the assessment of the severity of diabetes in patients with tuberculosis.

Ключевые слова. Сахарный диабет, туберкулез, полиморбидность.

Key words. Diabetes, tuberculosis, polymorbidity

Введение

Согласно данным Федерального Регистра больных сахарным диабетом на 2017 год сахарного диабета 4 498 955 (3,06% населения РФ) млн человек в 85 регионах России больны сахарным диабетом [3]. Сахарный диабет характеризуется высокой частотой развития коморбидных состояний, не в последнюю очередь, приводящих к снижению резистентности организма, развитию предрасположенности к иммунопатологическим состояниям, следует отметить, что собственно, сахарный диабет 2 типа, является заболеванием, обусловленным иммунопатологическими процессами. Нередко, туберкулез развивается на фоне различных хронических заболеваний. В том числе и сахарного диабета, распространенность которого растет как среди всего населения, так и среди больных туберкулезом. Согласно данным исследований, туберкулез среди лиц с сахарным диабетом встречается в несколько раз чаще, чем у населения в целом. Этому способствует ряд причин: нарушение всех видов обмена, снижение иммунитета за счет угнетения фагоцитоза, снижения выработки ряда белков и сигнальных молекул [5, 6]. Чаще, туберкулез развивается на фоне декомпенсированного сахарного диабета, характеризующегося тяжелым поражением почек, сердечно – сосудистой системы, печени, других органов и систем органов [4, 5, 6]. Взаимоотягощающее воздействие туберкулеза и СД приводят к более раннему и тяжелому развитию осложнений, обусловленных полиорганным поражением. Помимо этого,

возникает ряд проблем в терапии сочетанной патологии, связанных с вынужденной полипрагмазией, развитию побочных реакций на препараты, снижением комплаентности пациента [7].

В связи с этим, крайне важным является своевременный и адекватный мониторинг состояния пациентов, страдающих сахарным диабетом и легочными формами туберкулеза. Для адекватности мониторинга необходимо наличие критериев тяжести, адаптированных к данной категории больных. Говоря о классических критериях тяжелого течения диабета следует отметить: уровень гликемии, глюкозурии, наличие кетоацидоза в анамнезе, неэффективность пероральных гипогликемических препаратов при СД 2 типа и потребность в высоких дозах инсулина при СД 1 типа, наличие осложнений: диабетическая микро- и макроангиопатия, диабетическая нейропатия, диабетическая ретинопатия, диабетическая нефропатия [1].

Цель исследования - оценка наличия и степени выраженности комплекса критериев, свидетельствующих о тяжелом течении сахарного диабета на фоне различных форм туберкулеза легких.

Материал и методы исследования

Проведено одномоментное аналитическое исследование на базе УНИИФ - филиал ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России в период с 5.02.2018 по 19.02.2018 гг. В исследование включено 6 пациентов (4 женщины и 2 мужчин) в возрасте от 31 до 54 лет. Медиана возраста 44,5 (34÷53) лет. Критерии включения: наличие сахарного диабета 1 и 2 типов, лёгочные формы туберкулеза, наличие лабораторных исследований и заключений специалистов. Критерии исключения не вводились.

Оценке подверглись данные анамнеза, антропометрические показатели (вес в кг, рост в см), показатели общего анализа мочи (ОАМ), биохимического исследования сыворотки крови, в том числе уровень электролитов. Для оценки наличия поражения почек использовали расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ) по формуле СКД – EPI в мл/мин/1,73м². Интерпретация рСКФ производилась согласно классификации хронической болезни почек по KDIGO. Также, оценке подверглись результаты исследования глазного дна офтальмологом: проводили оценку наличия нейро – и ретинопатии. ИМТ оценивался согласно критериям ВОЗ: ИМТ до 25 – нормальная масса тела, 25—30 - избыточная масса тела (предожирение), 30—35 - ожирение первой степени, 35—40 - ожирение второй степени, 40 и более - ожирение третьей степени (морбидное). Поражение миокарда оценивали по электрокардиограмме, с использованием индекса Соколова – Лайона.

Данные представлены в виде: медиана (25÷75 перцентили). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакетов «STATISTICA 10.0». Значения считались достоверными при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди 6 пациентов, инсулинзависимый (СД 1 типа) сахарный диабет был выявлен у 2 пациентов (мужчины в возрасте 36 лет и 1 женщины в возрасте 31 года). 4 больных имели инсулиннезависимый (СД 2 типа) сахарный диабет.

В 5 (83,33%) случаях из 6 изученных, диагноз туберкулеза был случайной находкой при профилактическом осмотре и лишь в одном (16,7%) случае пациент обратился за медицинской помощью и активно предъявлял жалобы. Высокая частота позднего выявления туберкулёза среди пациентов с сахарным диабетом, может обуславливаться адаптацией пациентов к большинству клинических проявлений, восприятием их как симптомов сопутствующей патологии [7, 8].

Во всех изученных случаях «стаж» диабета был в несколько раз выше, чем «стаж» туберкулезного поражения лёгких. Что может свидетельствовать в пользу того, что длительное течение сахарного диабета с развитием его осложнений, приводит к более выраженному снижению резистентности, в том числе, к микобактериям [2,8]. «Стаж» сахарного диабета составлял от 2 до 21 года, «стаж» туберкулёза же составлял от 4 до 18 месяцев.

В 4 (66,66%) случаях из 6 установлен диагноз инфильтративного туберкулеза в фазе распада и обсеменения (в 2 случаях без бактериовыделения (МБТ-) и в 2 случаях с бактериовыделением (МБТ +), в 1 случае установлен диагноз фиброзно – кавернозного туберкулеза в фазе 2 – х стороннего обсеменения (МБТ+) и в 1 случае установлен диагноз диссеминированного туберкулеза в фазе распада (МБТ-).

В двух случаях, при использовании, ПЦР выявлена широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ): к изониазиду, рифампицину, стрептомицину, амикацину, офлоксацину, этамбутолу, пиперазину. В четырех случаях выявлены микобактерии с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ): к изониазиду, стрептомицину и рифампицину.

Один из пациентов, страдающих СД 2 типа имел в анамнезе нежелательную побочную реакцию на пиперазинид в виде токсического гепатита.

При оценке ИМТ получены следующие результаты: 2 пациента имели нормальную массу тела (1 пациент с СД 1 типа, 1 пациент с СД 2 типа), избыточная масса тела зафиксирована у 3 пациентов (2 пациента с СД 2 типа, 1 пациент с СД 1 типа), у 1 пациента с СД 1 типа выявлено ожирение 1 степени.

При оценке ОАК ни в одном случае отклонений не выявлено.

Глюкозурия выявлена в двух случаях у пациентов с СД 2 типа. Медиана относительной плотности мочи у лиц с СД 1 типа составила 1,015 (1,01 ÷ 1,02), среди лиц с СД 2 типа - 1,0225 (1,0175 ÷ 1,0275). Протеинурии не выявлено ни в одном случае. РН мочи колебалось от 5,00 до 5,05 независимо от типа СД.

Уровень глюкозы в крови натощак составлял среди лиц с СД 1 типа 5,23 (4,90 ÷ 5,70), среди лиц с СД 2 типа 4,89 (4,40 ÷ 5,07). Уровень аланинаминотрансферазы (АЛТ) среди лиц, страдающих СД 1 типа составил 18,85 (11,20 ÷ 26,50) ед/л, у пациентов с СД 2 типа 15,05 (10,20 ÷ 25,60) ед/л. Уровень аспаргатаминотрансферазы (АСТ) у лиц с СД 1 типа – 21,80 (19,50 ÷

24,10) ед/л, у лиц с СД 2 типа 19,80 (14,85 ÷ 37,10) ед/л. Медиана общего билирубина в сыворотке крови пациентов с СД 1 типа 6,85 (6,30 ÷ 7,40), с СД 2 типа 10,55 (9,70 ÷ 11,50). Уровень креатинина в сыворотке крови лиц с СД 1 типа - 88,00 (71,00 ÷ 105,00) мкмоль/мл, у пациентов с СД 2 типа 81,75 (78,00 ÷ 85,50) мкмоль/мл. РСКФ по формуле СКД – EPI у лиц с СД 1 типа 88,50 (79,00 ÷ 98,00) мл/мин/1,73м², с СД 2 типа 78,75 (72,00 ÷ 85,50) мл/мин/1,73м².

Уровень электролитов сыворотки во всех случаях в пределах нормы.

Ретинопатия выявлена у 3 пациентов (2 с СД 1 типа и 1 с СД 2 типа) из 6. Ишемическая болезнь сердца установлена у 1 пациента (с СД 2 типа). Гипертрофия левого желудочка выявлена у 2 пациентов с СД 2 типа. Нейропатия выявлена у 2 пациентов с СД 1 типа. При использовании критерия Хи – квадрат выявлено, что у лиц с СД 1 типа достоверно чаще встречается нейропатия ($\chi^2=6,00$; $p < 0,01$).

Выводы:

1. В большинстве случаев, туберкулез выявлялся на профилактических осмотрах, и не служил причиной обращения пациентов, что обуславливается «маскировкой» клинической картины туберкулёза за симптомами диабет – ассоциированных состояний.

2. Нами не выявлено общепринятых критериев тяжелого течения сахарного диабета. В настоящее время, с целью оценки прогноза течения коморбидного состояния необходимы критерии, отличные от классических.

3. В обследованной группе, легочная форма туберкулеза выявлена у лиц с длительным анамнезом сахарного диабета, без признаков декомпенсации.

4. Высокая частота выявляемости ретинопатии может рассматриваться как критерий ранней декомпенсации СД при туберкулезе легких, для достоверной диагностики данного состояния может использоваться оптическая когерентная томография

Список литературы:

1. Дедов И. И. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом // Сахарный диабет. – 2017. – №. 15. - С

2. Дедов И.И. Сахарный диабет — опаснейший вызов мировому сообществу // Вестн. РАМН. — 2012. — № 1. — С. 7—13.

3. Дедов И. И., Эпидемиология сахарного диабета в Российской Федерации: клиничко-статистический анализ по данным Федерального регистра сахарного диабета // Сахарный диабет. – 2017. – Т. 20. – №. 1.

4. Каминская Г.О. Патологические предпосылки неблагоприятного влияния сахарного диабета на течение туберкулеза легких // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 5—10.

5. Комиссарова О.Г. Распространенность, клинические проявления и эффективность лечения туберкулеза у больных сахарным диабетом // Врач. – 2017. – №. 2. – С. 24-28.

6. Комиссарова О.Г. Туберкулез у больных сахарным диабетом // Туберкулез и болезни легких. — 2012. — № 11. — С. 3—7.

7. Колпакова Т. А. Некоторые аспекты полиморбидности и полипрагмазии у больных туберкулезом и сахарным диабетом // Медицинский альянс. – 2015. – №. 2. – С. 42-46.

8. Сиренко И. А. Проблема туберкулеза и сахарного диабета // Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ-инфекция. – 2016. – №. 4. – С. 54-59.

УДК 613.84

Кузнецова В.С.

**Хронический бронхит курильщика кальяна среди студентов
Оренбургского государственного медицинского университета**

Кафедра фармакологии

Оренбургский государственный медицинский университет

Оренбург, Российская Федерация

Kuznetsova V. S.

**Chronic bronchitis hookah smoker among students of the State Medical
University**

Department of pharmacology

Orenburg state medical university

Orenburg, Russian Federation

E-mail: happymed-kuznet.viktoria@yandex.ru

Аннотация: В статье рассматривается состав кальянного дыма и его влияние на развитие хронического бронхита у студентов Оренбургского государственного медицинского университета.

Annotation: The article discusses the composition of hookah smoke and its impact on the development of chronic bronchitis among students of the Orenburg State Medical University.

Ключевые слова: кальян, никотин, тяжелые металлы, зависимость, хронический бронхит

Key words: hookah, nicotine, heavy metals, addiction, chronic bronchitis

Введение

Хронический бронхит (ХБ) является одной из важнейших проблем современной медицины. Актуальность ее определяется высоким уровнем заболеваемости, не имеющим тенденции к снижению. Хронический бронхит обуславливает около 80% смертности и свыше 50% инвалидности, связанной с хроническими обструктивными заболеваниями легких. Болезнь обычно начинается незаметно и в относительно молодом возрасте.

В последнее время наблюдается значительный рост заболеваемости хроническим бронхитом в связи с широким распространением вредных