

# ТЕЧЕНИЕ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ТУБЕРКУЛОМЫ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Машарипов О.С.<sup>1</sup>, Курьязов А.К.<sup>2</sup>, Курьязов Ш.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Машарипов Отабек Садуллаевич – ассистент;

<sup>2</sup>Курьязов Акбар Курамбаевич - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедры стоматологии;

<sup>3</sup>Курьязов Шохрух Акбарович – ассистент,  
кафедра стоматологии,

Ургенчский филиал Ташкентская медицинская академия,  
г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Аннотация:** у больных тяжёлой сопутствующей патологией сахарным диабетом и туберкулезом тяжёлое течение болезни была признана на протяжении веков. В последние десятилетия заболеваемость туберкулезом снизилась в странах с высоким уровнем дохода. Но в странах с высоким уровнем безработицы, недоедания, плохих жилищных условий заболеваемость остается высокой.

**Ключевые слова:** туберкулез, сахарный диабет, инфильтративный туберкулез, туберкулома, больной.

## THE COURSE OF INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS AND TUBERCULOMA IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Masharipov O.S.<sup>1</sup>, Kuryazov A.K.<sup>2</sup>, Kuryazov S.A.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Masharipov Otabek Sadullaevich - Assistant;

<sup>2</sup>Kuryazov Akbar Kurambaevich - Candidate of Medical Sciences, associate professor. Head of the Department of Dentistry;

<sup>3</sup>Kuryazov Shokhrux Akbarovich – Assistant,  
DEPARTMENT OF DENTISTRY,

URGENCH BRANCH TASHKENT MEDICAL ACADEMY,  
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

**Abstract:** in patients with severe concomitant pathology of diabetes mellitus and tuberculosis, the severe course of the disease has been recognized for centuries. In recent decades, the incidence of tuberculosis has decreased in high-income countries. But in countries with high levels of unemployment, malnutrition, and poor housing conditions, the incidence remains high.

**Keywords:** tuberculosis, diabetes mellitus, infiltrative tuberculosis, tuberculoma, patient.

УДК 616.24-002.5-06:616.379-008.64

Актуальность: невыполнение профилактических мероприятий может привести к развитию клинической формы туберкулёза. Ухудшению самочувствия больного [1]. Появлению локальных специфических повреждений и развитию опасности распространения заболевания [2]. Всё это требует госпитализации заболевшего, применения большого количества противотуберкулёзных препаратов, обладающих токсическим воздействием на организм [3]. Проблема сахарного диабета имеет особое значение для фтизиатрии. Это связано с тем, что пациенты, страдающие сахарным диабетом, заболевают туберкулезом легких в 5—10 раз чаще, чем не болеющие им. Болеют преимущественно мужчины в возрасте 20—40 лет. При сочетании сахарного диабета и туберкулеза легких в подавляющем большинстве случаев (до 90%) диабет является предшествующим заболеванием, на фоне которого разные сроки развивается туберкулез. Если оба заболевания выявляются одновременно, то, очевидно, скрыто протекавший сахарный диабет обострился под влиянием присоединившегося туберкулеза. У больных туберкулёзом в 8-10 раз чаще, чем у остального населения, выявляют латентно текущий сахарный диабет. Больные сахарным диабетом мужчины подвержены риску заболеть туберкулёзом в 3 раза больше, чем женщины [4].

Единого мнения о причине частой заболеваемости туберкулезом у больных сахарным диабетом нет. Возникновению и тяжелому течению туберкулеза легких способствуют изменения, обусловленные сахарным диабетом: снижение фагоцитарной активности лейкоцитов и другие нарушения в иммунологическом состоянии больного, ацидоз тканей, нарушение углеводного, жирового, белкового и минерального обмена, изменения реактивности организма [5]. Достоверно то, что туберкулез развивается в условиях сниженной сопротивляемости организма к инфекции, которая определяется истощением больных при некоторых формах диабета, изменением иммунобиологических свойств, и частности, снижением способности организма больного сахарным диабетом вырабатывать антитела и антитоксины [6, 7]. Развитию туберкулеза в таких случаях способствует некомпенсированный или нелеченый диабет. Наиболее тяжёлое течение туберкулёза отмечают при сахарном диабете, развившемся в детском и юношеском возрасте или после психической травмы, более благоприятное – у лиц пожилого возраста [8].

Если туберкулез выявлен в раннем периоде, можно достичь более благоприятного развития заболевания даже в сочетании с диабетом [9, 10]. Злокачественное, тяжелое течение туберкулеза с склонностью к быстрому прогрессированию и распаду встречается преимущественно при неправильном лечении диабета или позднем выявлении туберкулеза. Одной из особенностей туберкулеза легких у больных сахарным диабетом является локализация в нижних долях легких. Первыми клиническими признаками туберкулеза при диабете являются: нарастающая слабость, снижение аппетита, падение массы тела, нарастание симптомов диабета. Заболевание вначале может протекать скрыто, поэтому туберкулез легких нередко диагностируется при профилактических флюорографических обследованиях населения или контрольном рентгенологическом обследовании. Туберкулиновые пробы обычно резко положительные. Однако с развитием хронических форм туберкулеза - фиброзно-кавернозного, гематогенно-диссеминированного - наступает истощение защитных сил организма, и туберкулиновая чувствительность снижается. Течение туберкулеза при сахарном диабете отличается более медленной нормализацией нарушенного обмена веществ, более длительным периодом явлений туберкулезной интоксикации, медленным заживлением полостей распада. Причинами прогрессирования даже относительно малых форм туберкулеза (очагового и небольших туберкулом) являются недооценка активности впервые выявленного туберкулеза, следовательно, несвоевременно начатая терапия туберкулеза, нарушения в диете и лечении диабета, что приводит к отсутствию компенсации сахарного диабета. Течение диабета на фоне присоединившегося туберкулеза характеризуется тем, что туберкулез отягощает течение основного заболевания. У больных повышается уровень сахара в крови, увеличиваются диурез и глюкозурия, может появиться ацидоз. Ухудшение обмена веществ проявляется в больших колебаниях содержания сахара в крови в течение суток, появляются ощущение сухости во рту, чувство жажды, частое мочеиспускание. Прогрессирует падение массы тела. Приведенные данные имеют большое практическое значение: всякое внезапное ухудшение течения диабета должно вызвать у врача подозрение на заболевание туберкулезом. Особенности течения туберкулеза у больных сахарным диабетом и неблагоприятное влияние туберкулеза на диабет требуют от врача умелого сочетания всех лечебных мероприятий. В прошлом половина больных погибала от туберкулеза, присоединившегося к диабету. С введением в практику терапии физиологической диеты, инсулином и антибактериальными препаратами стало возможным клиническое излечение больных туберкулезом и диабетом. Каждый больной диабетом, у которого впервые выявлен туберкулез, должен быть госпитализирован. Противодиабетическая терапия больных должна быть комплексной и индивидуальной в зависимости от состояния организма, формы и фазы туберкулезного процесса, тяжести диабета. Практика показывает, что успех лечения туберкулеза высок только при условии компенсации обменных нарушений. Известно, что инсулин благоприятно влияет на течение туберкулезного процесса, поэтому в активную фазу целесообразно для лечения, направленного на уменьшение содержания сахара в крови, выбрать инсулин. Необходимо тщательно наблюдать за возможными признаками диабетической ангиопатии (контроль состояния сосудов глазного дна, реография конечностей, а в случае её появления сразу начинать лечение продектин, трентал, курантил, димефосфон. Антибактериальная терапия при туберкулезе у больных сахарным диабетом должна проводиться длительно, непрерывно, в комбинации с различными препаратами, индивидуально подобранными больному. При диабетической ретинопатии с особенной осторожностью применяют этамбутол. Диабетическая нефропатия ограничивает применение аминогликозидов. Полиневропатия, также свойственная диабету, затрудняет терапию изониазидом и циклосерином. При развитии кетоацидоза противопоказано применение рифампицина. В качестве иммунокорректора возможно применение полиоксидония - иммуномодулятора, восстанавливающего фагоцитарную функцию нейтрофилов, а также обладающего выраженными дезинтоксигирующим, антиоксидантным и мембранопротекторными свойствами. Повышенная заболеваемость туберкулезом среди больных диабетом требует особого внимания к вопросам профилактики туберкулеза. Лица, страдающие сахарным диабетом, являются «угрожаемыми» по вероятности заболеть туберкулезом и должны проходить рентгенофлюорографическое обследование не реже 1 раза в год.

**Цель исследования:** изучить особенности туберкулеза легких у пациентов с сахарным диабетом по данным протоколов аутопсий в Хорезмском противотуберкулезном диспансере г. Ургенча. **Материалы и методы:** протоколы данных противотуберкулезного диспансера г. Ургенча лиц с туберкулезом легких, в их числе больных с сопутствующим сахарным диабетом. **Результаты:** доля сочетания туберкулеза и сахарного диабета составила 3,3% среди умерших больных с туберкулезом органов дыхания. Группа сахарного диабета и туберкулеза характеризовалась достоверным увеличением доли женщин 38,2% против 15,3% в группе пациентов без сахарного диабета. По формам туберкулеза различия оказались недостоверными, так же как по частоте острого прогрессирования. Коморбидный фон у пациентов в группе сахарного диабета и туберкулеза, согласно индексу коморбидности, был более выраженным сахарный диабет не учитывался, чем в группе пациентов, не страдавших сахарным диабетом. Основной причиной смерти в обеих группах была легочно-сердечная недостаточность. Ключевые слова: сахарный диабет, туберкулез легких, коморбидность. Принято считать, что сахарный диабет является фактором риска развития туберкулеза легких и его неблагоприятных исходов, хотя это положение подтверждается не всеми авторами [11, 12]. Несмотря на многочисленность исследований взаимодействия сахарного диабета и туберкулеза и достаточное распространение этого сочетания, сведения о частоте сахарного диабета и туберкулеза среди больных туберкулезом на определенных территориях противоречивы. Проанализированы протоколы патолого-

анатомических исследований, осуществленных в 2020-2023 гг. в специализированной фтизиопульмонологической прозектуре. У умерших при вскрытии был обнаружен туберкулез или посттуберкулезные изменения. Данные совпадали с их клиническим диагнозом. Возраст пациентов на момент смерти, согласно общепринятой классификации возрастных периодов Всемирной организации здравоохранения при этом возраст одного мужчины установить не удалось. Во всех возрастных группах, кроме «старческий возраст» и «долгожители», было больше мужчин может быть обусловлено разными факторами от этнической принадлежности пациентов, социодемографическими характеристиками. В нашем исследовании группа пациентов с туберкулезом и сахарным диабетом характеризовалась увеличением доли женщин, а в остальном практически не отличалась от группы больных туберкулезом. Подобные данные были в исследовании. Также не выявлено частое распространение нижнедолевой локализации у пациентов с сочетанием туберкулеза и сахарного диабета.

#### *Список литературы / References*

1. Рахимова Гулжоной Кодирберггановна ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ЗДОРОВЬЕ И УСПЕВАЕМОСТЬ СТУДЕНТОВ / Журнал Биология и экология – Том 5 №1 – стр. 8-12. /tadqiqot.uz/ ISSN 2181-0575.
2. Аскарлова Роза Исмаиловна ВЛИЯНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УРОВНЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА УСПЕВАЕМОСТЬ И РЕЙТИНГ СТУДЕНТОВ / Журнал Биология и экология – Том 5 №1 – стр. 13 -16. / tadqiqot.uz ISSN 2181-0575.
3. Аскарлова Р.И., Поляков К., Акулина Ю. (2020). A Capillary Electrophoretic Method for the Analysis of Vupivacaine and Its Metabolites. in Library, 2020г(2), p. 668–676. / Journal of Global Pharma Technology./ June Volume12 issue-6/visit. ISSN 0975-8542; [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/archive/article/view/19666>.
4. Курьязов А.К. Туберкулез полости рта, миндалин и глотки у больных, проживающих в районе Приаралья / Журнал Вестник науки и образования – 2022 год - №6 (126) часть №2 – стр. 67-70. / scientificjournal.ru/ DOI: 10.24411/2312-8089-2022-10604.
5. Искандарова А.И., Курьязов А.К., Курьязов Ш.А. Генерализация туберкулезной инфекции слизистой оболочки полости рта / Журнал European science № 3 (67) стр. 50-52. / DOI 10.24411/2410-2865-2023-10303.
6. Курьязов А.К., Курьязов Ш.А., Нурметова Д.Ш. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ТУБЕРКУЛЕЗЕ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ, МИНДАЛИН И ГЛОТКИ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ХОРЕЗМСКОМ РЕГИОНЕ // Вестник науки и образования. – 2023. – №. 5-1 (136). – С. 83-88.
7. Аскарлова Р. (2023). Своевременная диагностика кашля при бронхолегочных заболеваниях и туберкулезе легких. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, 1(1), с. 207–213. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/environmental-protection/article/view/19652>.
8. Киличева Т. (2023). Особенности ухода, диагностики и лечения пациентов, болеющих туберкулезом у лиц пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами. Современные проблемы охраны окружающей среды и общественного здоровья, 1(1), с. 214–220. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://inlibrary.uz/index.php/environmental-protection/article/view/19653>.
9. Киличева Т.А., Собирова Ш.И. Влияние образа жизни и культуры здоровья студентов с процессом обучения в медицинской академии. / Журнал Вестник науки и образования – 2023 г. - №5(136) Часть 1 – стр. 65-71. / scientificjournal.ru / DOI: 10.24411/2312-8089-2023-10508.
10. Киличева Т.А. Применение и эффективность интерактивных методов обучения в формировании знаний студентов по педиатрии //Проблемы педагогики. – 2023. – №. 1 (62). – С. 82-87. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://problemspedagogy.ru/DOI 10.24411/2410-2881-2023-10102> 83.
11. Киличева Т.А. Стратегия DOTS - ускоренная диагностика туберкулеза лучевыми и лабораторными методами //Вестник науки и образования. – 2023. – №. 4 (135). – С. 114-118 scientificjournal.ru / DOI: 10.24411/2312-8089-2023-10408.
12. Киличева Т.А. Аспекты течения хронической обструктивной болезни с туберкулезом легких / Academy №3(76) – стр. 18-21. / DOI 10.24411/2412-8236-2023-10303.