

ТУБЕРКУЛЕЗ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: ТЕНДЕНЦИИ, ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ С 2011 ПО 2013 ГГ., БУХАРА, УЗБЕКИСТАН

Жумаев Г. Р.

Муаззамов Б. Р.

Бухарский областной центр Фтизиатрии и Пульмонологии, Бухарский государственный медицинский институт.

Ключевые слова: операционное исследование; туберкулез; сахарный диабет; Центральная Азия; исходы лечения

Сахарный диабет (СД) в три раза увеличивает риск развития туберкулеза (ТБ) и негативно сказывается на исходах его лечения. На сегодняшний день отсутствуют публикации о взаимосвязи между ТБ и СД в Узбекистане. По этой причине, мы постарались, изучить тенденции ежегодной распространенности СД у впервые выявленных больных ТБ, а различия между больными ТБ с и без сопутствующего СД с точки зрения их социально-демографических и клинических характеристик, времени до конверсии мокроты по микроскопии мазка на 2-м, 3-м и 4-м месяце, а также окончательных исходов лечения. Было проведено ретроспективное, когортное исследование всех впервые выявленных больных ТБ с и без СД, зарегистрированных в Бухарской области Республики Узбекистан за период с января 2011 по декабрь 2013 года. Всего было 1819 больных ТБ, 9%-10% из них ежегодно ставился диагноз СД. По сравнению с больными ТБ без СД среди больных ТБ с СД было существенно больше женщин (57% и 46%), лиц старше 41 года (95% и 54%), лиц, состоявших в браке, (99% и 71%), больных туберкулезом легких (94% и 66%), больных с положительным мазком микроскопии мокроты (57% и 28%) и наличием полостей распада по данным рентгенографии (28% и 16%). Конверсия мокроты по микроскопии мазка через 2 месяца наступила у существенно меньшего числа больных с СД (75% и 84%), а также большее число больных ТБ с СД имели неблагоприятные исходы лечения (29% и 20%) главным образом из-за летального исхода (10% и 3%) и неэффективного исхода лечения (8% и 2%). Характеристики, результаты конверсии мокроты по микроскопии мазка и исходы лечения отличаются у больных ТБ с и без сопутствующего СД. Программе борьбы с туберкулезом необходимо проводить регулярный скрининг больных ТБ на СД и обеспечивать надлежащее лечение СД у больных с сопутствующей патологией.

Сильные стороны исследования включали большое число впервые выявленных больных ТБ, зарегистрированных в стандартных программных условиях в Бухарской области за трехлетний период, что делает результаты исследования репрезентативными в отношении ситуации в стране. Мы также следовали критериям STROBE и строгим

этическим принципам при проведении и представлении результатов настоящего наблюдательного исследования. [1,2] Ограничения заключались в том, что использовались вторичные данные, в некоторых случаях данные отсутствовали в регистрах и картах лечения, конверсия мокроты оценивалась по результатам микроскопии, а не по результатам посева, и был проведен однократный, а не двукратный ввод данных из вопросников в электронную базу данных. Проведенное нами исследование показало задержку конверсии мокроты по микроскопии мазка через 2 месяца и далее, что также согласуется с результатами предыдущих исследований, проведенных в Индии и Китае. [3,4]. У наших больных СД и ТБ исходы лечения были хуже, чем у пациентов, которые не имели СД, при этом двумя основными неблагоприятными явлениями являлись смерть и неэффективный результат лечения; эти выводы согласуются с данными других исследований, проведенных в других странах. [5, 6] Наконец, растущее число фактов свидетельствует о том, что при СД плохой гликемический контроль отрицательно влияет на исходы лечения ТБ, [7,8].

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gotsche P, Vandembroucke JP, for the STROBE initiative. The strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Lancet* 2007; 370: 1453-57.
2. Edginton M, Enarson D, Zachariah R, et al. Why ethics is indispensable for good-quality operational research. *Public Health Action* 2012; 2: 21-22.
3. Achanta S, Tekumalla RR, Jaju J, et al. Screening tuberculosis patients for diabetes in a tribal area in South India. *Public Health Action* 2013; 3 (S1): S43 – S37.
4. Nasa JN, Brostrom R, Ram S, et al. Screening adult tuberculosis patients for diabetes mellitus in Ebeye, Republic of the Marshall Islands. *Public Health Action* 2014; 4: S50 – S52.
5. Stevenson CR, Critchley JA, Forouhi NG, et al. Diabetes and the risk of tuberculosis: aneglectedthreat to public health. *ChronicIllness* 2007; 3:228 – 245.
6. Jeon CY & Murray MB. Diabetesmellitusincreases the risk of active tuberculosis: asystematicreview of 13 observationalstudies. *PLoS Medicine* 2008; 5: e152.
7. Khanna A, Lohya S, Sharath BN, Harries AD. Characteristics and treatment response in patients with tuberculosis and diabetes mellitus in New Delhi, India. *Public Health Action* 2013; 3 (S1): S48 – S50.
8. Fengling Mi, Shouyong Tan, Li Liang, et al. Diabetes mellitus and tuberculosis: pattern of tuberculosis, two-month smear conversion and treatment outcomes in Guangzhou, China. *Trop Med Int Health* 2013; 18: 1379 – 1385.