**Туберкулез и сахарный диабет**

В зависимости от времени возникновения туберкулеза и диабета больные могут быть разделены на три группы:

1) оба заболевания обнаруживают одновременно или в течение очень короткого периода времени с интервалом в 1—2 мес;

2) туберкулез выявляют у больных диабетом, протекающим как в тяжелой, так и в легкой форме;

3) у больных туберкулезом диагностируют сахарный диабет разной степени тяжести, в том числе так называемые нарушения толерантности к глюкозе и «асимптоматический» диабет.

Туберкулез и сахарный диабет одновременно выявлены у 25— 27% больных с сочетанием этих болезней. Наиболее часто сочетанные заболевания диагностировали одновременно при сравнительно небольшой продолжительности диабета — не более I года. С увеличением длительности заболевания диабетом число таких больных заметно уменьшалось. При большой длительности диабета туберкулез развивался у больных при наличии нарушений углеводного обмена, т. е. некомпенсированном сахарном диабете.

Установлено, что заболеваемость туберкулезом больных с тяжелой, средней тяжести и легкой формами сахарного диабета составляла 5,6, 2 и 0,9%, что превышало заболеваемость туберкулезом всего населения Москвы в 13, 5,2 и 2 раза соответственно. Таким образом, результаты эпидемиологических исследований, проведенных С. И. Ковалевой, свидетельствуют о большом риске развития туберкулеза у больных некомпенсированным сахарным диабетом.

**Патогенез и патологическая анатомия**. Туберкулез у большинства больных сахарным диабетом развивается как форма вторичного туберкулеза, т. е. в результате реактивации посттуберкулезных изменений в легких и во внутригрудных лимфатических узлах.

Возникновению и тяжелому течению туберкулеза у больных сахарным диабетом способствуют наблюдающиеся при сахарном диабете снижение фагоцитарной активности лейкоцитов и других реакций иммунитета, дисбаланс ферментов, определяющих естественную резистентность организма, нарушение обмена веществ.

С увеличением тяжести сахарного диабета отягощается и течение туберкулеза. В свою очередь туберкулез, присоединяющийся к сахарному диабету, также отягощает течение последнего.

У многих больных сахарным диабетом преобладают преимущественно экссудативные формы туберкулеза с наклонностью к распаду и обсеменению. Это в большей степени относится к тяжелой форме сахарного диабета с характерной неполноценностью репаративных процессов, в связи с чем в очагах, в стенках каверн грануляции слабо трансформируются в соединительную ткань.

У больных туберкулезом, страдающих сахарным диабетом средней тяжести и легкой формы, морфологическая картина туберкулеза не имеет существенных особенностей.

В условиях широкого проведения противотуберкулезных профилактических мероприятий у больных с адекватно леченным сахарным диабетом редко наблюдаются острые гематогенные и распространенные казеозные формы туберкулеза, чаще выявляются ограниченные поражения в виде инфильтратов и туберкулем легких. У больных сахарным диабетом туберкулезный процесс часто локализуется в нижних долях легких.

**Симптоматика**. Туберкулез легких у больных сахарным диабетом часто возникает и протекает с невыраженными клиническими симптомами. Появившиеся слабость, понижение аппетита, потливость, а также субфебрильная температура часто расцениваются больным и врачом как ухудшение течения диабета.

Первыми признаками туберкулеза могут быть симптомы утяжеления сахарного диабета, так как активный туберкулез нарушает углеводный обмен и соответственно повышает потребность в инсулине.

Малосимптомное течение туберкулеза затрудняет его выявление, в связи с чем у больных сахарным диабетом нередко туберкулез диагностируют при наличии выраженных симптомов туберкулезной интоксикации и клинической картины острого воспалительного поражения легких.

Иногда скудность симптоматики туберкулеза зависит от резко сниженной реактивности больного с тяжелой формой сахарного диабета и выраженным истощением.

Клиническая картина туберкулеза может быть скрыта другими осложнениями сахарного диабета. Более тяжело протекает туберкулез, если он предшествует диабету.

При очаговой форме и туберкулеме в легких обычно не выявляют укорочения перкуторного легочного звука и хрипов, при распространенных экссудативных процессах характерны укороченный перкуторный легочный звук, немногочисленные влажные хрипы, которые чаще выслушиваются при появлении деструкции.

Фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония сопровождаются значительным укорочением перкуторного легочного звука и разнокалиберными влажными хрипами.

Гемограмма и СОЭ соответствуют воспалительным изменениям в легких, однако при тяжелой форме сахарного диабета степень их сдвигов может быть обусловлена диабетическим процессом и его осложнениями.

Своевременная диагностика туберкулеза во многом зависит от регулярности флюорографических обследований больных сахарным диабетом. В связи с повышенным риском заболевания туберкулезом больные сахарным диабетом при диспансеризации должны обследоваться на туберкулез.

Углубленному рентгенологическому обследованию подлежат больные сахарным диабетом при выявлении у них каких-либо очаговых и рубцовых изменений в легких.

Чувствительность к туберкулину у больных туберкулезом и сахарным диабетом снижена, особенно при тяжелой форме. Она бывает более выраженной у больных туберкулезом, развившимся раньше сахарного диабета.

Бактериовыделение зависит от наличия полостей распада в легких. МБТ часто устойчивы к противотуберкулезным препаратам, что отрицательно сказывается на эффективности химиотерапии.

Бронхоскопия показана больным с кавернозными формами туберкулеза при нарушении функции дренажных бронхов, а также при наличии туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов.

У больных сахарным диабетом увеличивается вероятность туберкулезного поражения бронхов. Показания к трахеобронхоскопии ограничены тяжестью сахарного диабета и его осложнениями — диабетической ретинопатией, атеросклерозом сосудов и гипертонической болезнью, дистрофическими изменениями сердца и печени.

**Лечение**. У больных туберкулезом и сахарным диабетом прежде всего необходимо компенсировать нарушения обмена веществ. Для этого используются физиологическая диета и оптимальные дозы инсулина.

Основным методом лечения туберкулеза является длительная химиотерапия противотуберкулезными препаратами. Для профилактики возможного побочного действия препаратов может быть назначена комбинация любых противотуберкулезных средств.

При этом следует учитывать влияние рифампицина на биотрансформацию оральных гипогликемических средств. Применяют средства, нормализующие обмен витаминов, липидов, белков. Для лечения туберкулеза могут быть также использованы хирургические методы (экономная резекция легких).

Для предупреждения заболевания туберкулезом больным сахарным диабетом проводится химиопрофилактика изониазидом.

Несмотря на эффективность предупредительного лечения, частые побочные реакции при применении изониазида ограничивают возможности его использования: его назначают только лицам с наибольшим риском заболевания туберкулезом.

Эту группу составляют больные с распространенными посттуберкулезными изменениями в органах дыхания, с гиперергическими реакциями на туберкулин, перенесшие оперативные вмешательства, диабетическую кому, в период стрессовых ситуаций.

Список использованной итературы:

1. Фтизиатрия – Мскаенко В.Ф.
2. Фтизиатрия – Петенко В.И.
3. Сайт:Osobennosti\_techeniya\_tuberkuleza\_organov\_dyhaniya\_u\_bolmznyh\_starshih\_vozrastnyh\_grupp\_i\_s\_soputstvuyushimi\_zabolevaniyami:Tuberkulez\_i\_saharnyi\_diabet:Harakter\_tuberkuleznyh\_izmenenii
4. <http://ftiza.su/tuberkulez-i-saharnyiy-diabet-klinika-i-diagnostika/>

Астраханский Государственный Медицинский Университет

Кафедра Фтизиатрии

Зав. Кафедрой д.м.н.

Профессор Стрельцова Е.Н

Преподаватель: ассистент

 К.м.н. Степанова Н.А

Реферат

На тему: «туберкулез и сахарный диабет»

Выполнила: Студентка

619 группы леч/фак

 Каварнукаева М.Р.

Астрахань 2015