

Сочетанная патология: сахарный диабет и туберкулез, оценка распространенности туберкулеза среди больных сахарным диабетом в республике Дагестан

А.М. Мусаева, И.А. Мамаев., С.А. Абусуев

*Кафедры эндокринологии (зав. — проф. С.А. Абусуев)
и эпидемиологии (зав. — докт. мед. наук И.А. Мамаев)
Дагестанской государственной медицинской академии, Махачкала*

Туберкулез и сахарный диабет (СД) занимают приоритетные места среди наиболее актуальных социально-медицинских проблем современной медицины, в том числе и России. Проблема заболеваемости и распространенности туберкулеза в течение многих десятилетий остается одной из важных проблем в здравоохранении РД. С начала 90-х годов 20-го века в Дагестане, как и по всей России, отмечался рост заболеваемости туберкулезом, который в 1999 г. составил 93,5 на 100 тыс. населения против 59,0 в 1990 г. [4,6]. Заболеваемость СД в большинстве экономически развитых стран мира также носит характер эпидемии. И в отношении России это положение можно считать справедливым, так как имеется четкая тенденция к росту распространенности СД. В РД распространенность СД составляет 0,15–0,81%, тогда как в различных регионах РФ варьирует от 1,0–2,8 до 4,5% [1]. Рост заболеваемости туберкулезом и СД в мире делает проблему сочетанной патологии СД и туберкулеза более острой.

Распространенность туберкулеза среди больных СД в 4–11 раз выше, чем в популяции. Из этого следует, что СД формирует состояние организма повышенного риска заболеваемости туберкулезом, СД — эндогенный фактор риска развития туберкулеза. Однако СД не единственный и не самый значимый фактор риска, в противном случае в РД распространенность туберкулеза была бы существенно меньше. В эпидемиологическом процессе и туберкулеза, и СД важны региональный элемент, природные и антропогенные факторы риска.

Целью настоящего исследования была оценка распространенности туберкулеза в популяции больных СД в РД за 1993–2004 гг.

Источником информации служили материалы Республиканского эндокринологического и противотуберкулезного

центров МЗ РД. Всего в рассматриваемый период туберкулезом заболело в РД 14 437 человек, число больных СД составило 7766. Были рассчитаны интенсивные показатели (число случаев на 100 тыс. населения — ИП) заболеваемости туберкулезом и распространенности СД, а также ИП заболеваемости туберкулезом среди больных СД по городам, равнинной, предгорной и горной экологическим зонам сельской местности (с/м) РД.

Результаты

Всего за 12-летний период было учтено 170 случаев заболевания туберкулезом среди больных СД. Из всех случаев 47,6% — жители с/м и 52,4% — жители городов республики. В РД наибольший удельный вес (около 40,0%) больных туберкулезом в с/м приходится на равнинную экологическую зону, особенно на ее северные районы [4]. Из всех сочетаний патологии на всю равнину, где проживает 25,8% населения РД и 42,25 сельского населения, приходится 25,3%, на ее север — 14,7%, на г. Махачкалу — 28,2%, на прочие города республики — 24%. В горной экологической зоне, где проживает 22,2% всего населения РД и 36,3 — сельского населения, выявлено 28,0% всех случаев сочетанной патологии.

Среди всех сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом СД составил за анализируемый период 0,90%, больше 1,01% составила группа прочих заболеваний, 0,68% — заболевания психики, 0,31% — ХНЗЛ. Среднемноголетние ИП, рассчитанные на 100 тыс. больных СД, показатели заболеваемости туберкулезом по экологическим зонам (ЭЗ) с/м (табл. 1) были по равнинной — 269,7; по предгорной — 122,0 и по горной — 357,0; по всей с/м — 253,3; по всем городам республики — 143,6; по всей республике — 182,4. Среднемноголетние ИП заболеваемо-

Таблица 1

Среднегодовое показатели заболеваемости туберкулезом среди больных сахарным диабетом в РД за 1993–2004 гг. (число случаев на 100 тыс. населения)			
Города и экологические зоны	ИП распространенности СД	ИП заболеваемости туберкулезом	ИП заболеваемости туберкулезом больных СД
г. Махачкала	673,6	81,9	161,1
Города без Махачкалы	594,7	43,0	127,4
Итого по всем городам	630,1	60,5	143,6
Равнинная ЭЗ	252,2	83,8	269,7
Предгорная ЭЗ	255,3	42,4	122,0
Горная ЭЗ	142,5	33,3	357,0
Север равнинной ЭЗ	249,5	97,2	329,7
Центр. ЭЗ (на 3 выс. уровнях)	180,5	51,0	258,1
Южная ЭЗ (на 3 выс. уровнях)	234,1	39,6	200,0
Итого по с/м	212,7	56,5	253,3
Итого по РД	374,7	58,0	182,4

сти туберкулезом в популяции были: на равнине – 83,8; в предгорье – 42,4; в горах – 33,3; в с/м – 56,5; в городах – 60,5; в РД – 58,0.

Сравнительный анализ среднегодовых ИП заболеваемости туберкулезом среди больных СД и всего населения экологических зон, городов, всей с/м и РД позволяет количественно оценить разницу: на территории равнины ИП в 3,2 раза превышает ИП для всего населения; в предгорье – 2,9; в горах – в 10,7; в городах – в 2,4; в с/м – в 4,5 и в РД – в 3,1 раза. Превышение отмечено и по северу равнины – в 3,4 раза, по центральной и южной экологическим зонам с/м соответственно в 5,1 и 5,0 раза. Наименьшее превышение в 2,0 раза отмечено в г.Махачкале.

Превышение заболеваемости туберкулезом среди больных СД в РД по сравнению с ИП среди популяции в РД несколько меньше [2,3,7–9]. Однако более значимыми особенностями распространенности сочетаний СД и туберкулеза в условиях РД являются, во-первых, относительно высокий уровень заболеваемости туберкулезом и

относительно низкая распространенность СД, особенно среди населения горной экологической зоны; во-вторых, широкий размах колебаний как показателей заболеваемости туберкулезом, так и распространенности СД по городам и экологическим зонам с/м республики; в-третьих, заболеваемость туберкулезом и распространенность СД в городах больше, чем в с/м. Важно отметить, что заболеваемость туберкулезом среди больных СД в с/м в 1,8 раза превышает аналогичный показатель для населения городов.

Рассчитаны показатели относительного риска (ОР) заболеваемости туберкулезом больных СД (табл. 2); ОР – отношение ИП заболеваемости туберкулезом среди больных СД к ИП заболеваемости туберкулезом всего населения.

Максимальный достоверный показатель ОР (8,44) отмечен в горной ЭЗ, минимальный и статистически недостоверный (1,20) – в г. Махачкале. ОР в с/м РД в 3 раза больше, чем в городах республики. Если сравнить показатели ОР по ЭЗ с/м и городам с общереспубликанским, то становится очевидным статистически достоверно больший риск заболеть туберкулезом для больных СД в с/м, особенно в горной экологической зоне, где ИП распространенности СД и заболеваемости туберкулезом меньше, чем на территории равнинной и предгорной экологических зон с/м и в городах.

Статистическая недостоверность ОР в предгорье, в г. Махачкале, прочих городах республики, во всех городах вместе, возможно, объясняется малым абсолютным числом случаев заболевания больных СД туберкулезом.

То, что ОР в городах меньше общереспубликанского и по сравнению с с/м зависит, надо полагать, от меньшей разницы между заболеваемостью туберкулезом в популяции и среди

Таблица 2

Относительный риск заболеть туберкулезом для больных сахарным диабетом в РД (по данным за 1993-2004 гг.)		
Города и экологические зоны	ОР	P
г. Махачкала	1,20	>,05
Города без Махачкалы	1,66	>0,05
Итого по всем городам	1,40	>0,05
Равнинная ЭЗ	3,24	<0,01
Предгорная ЭЗ	2,90	>0,05
Горная ЭЗ	8,44	<0,01
Север равнинной ЭЗ	3,42	<0,05
Центр. ЭЗ (на 3 выс. уровнях)	4,49	<0,01
Южная ЭЗ (на 3 выс. уровнях)	4,97	<0,01
Итого по С/М	4,26	<0,01
Итого по РД	2,39	<0,01

больных СД. Ранее было установлено, что заболеваемость туберкулезом на территории равнинной ЭЗ существенно превышает показатели на территории горной ЭЗ [4], однако показатели сочетанной патологии не имеют такой зависимости. Так, среднемноголетние ИП заболеваемости туберкулезом всего населения предгорной ЭЗ составили 50,6% от ИП по равнинной ЭЗ, а показатели сочетанной патологии 45,2%. В горной ЭЗ отношение ИП к ИП равнинной ЭЗ составило 132,4%.

Учетные случаи сочетанной патологии СД и туберкулеза не позволяют сформировать основ-

ные закономерности эпидемиологического процесса. Можно допустить, что определенное влияние на такое заключение оказало объединение обоих типов СД. Признаки синхронности распространности СД и заболеваемости туберкулезом, если их рассматривать отдельно, по территориям республики отмечаются достаточно редко, хотя можно было бы ожидать большие показатели заболеваемости туберкулезом по территориям с большей распространенностью СД. Проблемы сочетания двух социально значимых нозологий в РД представляют наибольший интерес с точки зрения клинической эпидемиологии.

Литература

1. Абусуев С.А., Хачиров Дж.Г., Ахмедханов А.Л. Сахарный диабет в горном Дагестане. // Тезисы I-й международной конференции. Экологические проблемы горных территорий. Владикавказ. – 1992. -С.324-325.
2. Карачунский М.А. // Пробл. туб. – 1990. – №4. – С.60-64.
3. Ковалева М.И. // Там же. – 1982.- №8. – С.32-34.
4. Мамаев И.А., Хачиров Дж.Г. Эпидемиология туберкулеза органов дыхания по экологическим зонам Дагестана // Южно-Российский мед. журнал. – 1999. - №1. – С.21-29.
5. Мамаев И.А., Хачиров Дж.Г., Гусейнов Г.К. Заболеваемость туберкулезом мужского населения по климато-географическим зонам и административным районам сельской местности Дагестана. // Проб. туб. – 2000. - №2. – С.13.
6. Мамаев И.А., Гасаев Дж.Г., Хачиров Дж.Г. // Туберкулез и рак легкого женского населения республики Дагестан. – Махачкала. – 2003. – С.40-189.
7. Смулова Т.Ф. // Пробл. туб. – 1986. - №7. – С.61-66
8. Терещенко И. // Мед. газета. – 2001. - №78.
9. Яценко Б.П., Мясников В.Г., Лушай Г.А. // Врачеб. дело. – 1988. - №12. – С.69-71.