



УДК 616-002.182-036.2

Г. Л. Бородина

ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО САРКОИДОЗУ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

ГУ «НИИ пульмонологии и фтизиатрии» МЗ РБ, Минск

Начиная с 80-х годов XX века, появилось большое число публикаций, свидетельствующих о росте заболеваемости саркоидозом во всем мире, что объясняется не только истинным ростом показателя, но и значительным повышением уровня диагностики саркоидоза [9; 14].

В скандинавских странах показатель заболеваемости саркоидозом колеблется в пределах от 10 до 17 на 100 тыс. населения с максимальным показателем в Швеции, в странах Западной и Восточной Европы — от 3 до 10, а в Южной Европе — до 2 на 100 тыс. населения [10; 15; 16]. В США среди афро-американцев заболеваемость достигает 35,5 на 100 тыс. населения [12; 17].

А. Ф. Поддубный (1998) [7] отмечает, что заболеваемость саркоидозом в Украине варьирует от 1 до 17 на 100 тыс. населения с существенным преобладанием заболевания в северных областях.

В России также отмечается устойчивая тенденция к увеличению заболеваемости саркоидозом. По материалам С. Е. Борисова (1995) [2], в начале 90-х годов XX века заболеваемость в европейской части России составляла около 3,0 на 100 тыс. населения. В Москве заболеваемость сар-

коидозом с 1995 г. выросла на 46,2 % и в 2000–2001 гг. достигла уровня 3,7–3,8 на 100 тыс. населения [4].

Обобщая многочисленные эпидемиологические данные, можно утверждать, что саркоидоз встречается во всем мире, но чаще наблюдается в географических зонах с умеренным климатом, причем его распространенность в различных регионах мира увеличивается с юга на север и с востока на запад [3; 5; 8; 13; 17]. Однако необходимо иметь в виду, что публикации не всегда основаны на анализе репрезентативных эпидемиологических данных и не обладают необходимой достоверностью для анализа истинной ситуации по распространенности саркоидоза. Кроме того, следует учитывать неоднозначную трактовку многих аспектов этой проблемы в разных странах.

Известно, что саркоидоз встречается у лиц обоих полов с небольшим доминированием женщин и поражает преимущественно лиц трудоспособного возраста с пиком заболеваемости в 20–30 лет [3; 9]. В США, как свидетельствуют С. Henke et al. (1986) [12], заболеваемость саркоидозом среди мужчин составила 5,9, а среди женщин — 6,3 на 100 тыс. населения. По данным Л. В.

Озеровой и др. (1997) [6], в 1971–1996 гг. среди пациентов с саркоидозом женщины составляли 53,3 %. В последнее время отмечается тенденция к повышению среднего возраста больных саркоидозом, а в Японии и Скандинавских странах у женщин в возрасте старше 50 лет даже формируется второй пик заболеваемости [11; 16].

В Республике Беларусь первое исследование, посвященное эпидемиологии саркоидоза, провела Г. А. Борисевич (1979) [1], по данным которой заболеваемость саркоидозом возросла с 1965 г. в 21,7 раза и составила в 1977 г. 1,3 на 100 тыс. населения. Других крупных эпидемиологических исследований по саркоидозу в целом по республике не проводилось до 1997 г., когда был организован регулярный мониторинг основных эпидемиологических показателей по саркоидозу.

Целью нашего исследования явилось изучение эпидемической ситуации по саркоидозу в Республике Беларусь на современном этапе, ее динамики за период с 1997 по 2004 гг. и анализ тенденций дальнейшего развития.

Анализ показателей позволил установить, что заболеваемость саркоидозом в Белару-



си за последние 27 лет увеличилась в 4,5 раза и в 2004 г. достигла уровня 6,0 на 100 тыс. населения, что является самым высоким показателем за весь период наблюдения (рис. 1).

Среднегодовой темп роста заболеваемости с 1977 по 2004 г. составил 17,09 %. Наиболее быстрыми темпами росли показатели в 80–90-е годы, что было обусловлено, прежде всего, совершенствованием диагностики саркоидоза.

Начиная с 1997 г., заболеваемость саркоидозом отличалась относительной стабильностью и колебалась в интервале от 3,5 до 4,4 на 100 тыс. населения, однако наблюда-

лась тенденция к постепенно-волнообразному росту. Повышение заболеваемости саркоидозом на фоне устоявшейся и хорошо налаженной системы выявления еще раз подтверждает литературные данные об истинном росте заболеваемости саркоидозом во всем мире.

Сопоставление динамики показателей заболеваемости туберкулезом и саркоидозом за 1997–2004 гг. позволяет подтвердить отсутствие достоверной связи между этими заболеваниями (рис. 2). Значительные колебания заболеваемости туберкулезом за последние десятилетия не оказали влияния на показате-

ли заболеваемости саркоидозом. Туберкулез и саркоидоз в эпидемиологическом плане независимы и развиваются согласно собственным закономерностям.

Представляет интерес анализ уровня заболеваемости в отдельных регионах Беларуси, так как сам город Минск и области Республики значительно отличаются друг от друга как по возрастному-половому и социальному составу, так и по экологической обстановке. Стабильно наиболее высокий уровень заболеваемости саркоидозом отмечается в г. Минске и Минской области, что объясняется, прежде всего, близостью к крупным административным центрам и более высокими диагностическими возможностями. Самые низкие показатели заболеваемости наблюдаются в Брестской области, где отсутствует характерная для других регионов тенденция к постепенному росту показателей, что, вероятно, является следствием гиподиагностики заболевания (рис. 3).

Анализируя возрастную-половую структуру больных саркоидозом, следует отметить, что среди вновь выявленных больных в 1997–2001 гг. женщины составляли 59,19 %, а пациенты в возрасте от 20 до 40 лет — 69,27 %. Среди больных в возрасте до 20 лет незначительно преобладают мужчины, в возрасте от 20 до 40 лет — картина меняется на зеркально противоположную, а в старшей возрастной группе (40 лет и более) доминируют женщины (рис. 4).

Г. А. Борисевич (1979) [1], напротив, отмечает, что в 1970–1978 гг. 53 % вновь выявленных больных саркоидозом были лицами мужского пола, что можно объяснить более молодым средним возрастом пациентов. В тот период основную массу больных (83,6 %) составляли лица в возрасте до 39 лет, среди которых и



Рис. 1. Динамика заболеваемости саркоидозом в Республике Беларусь

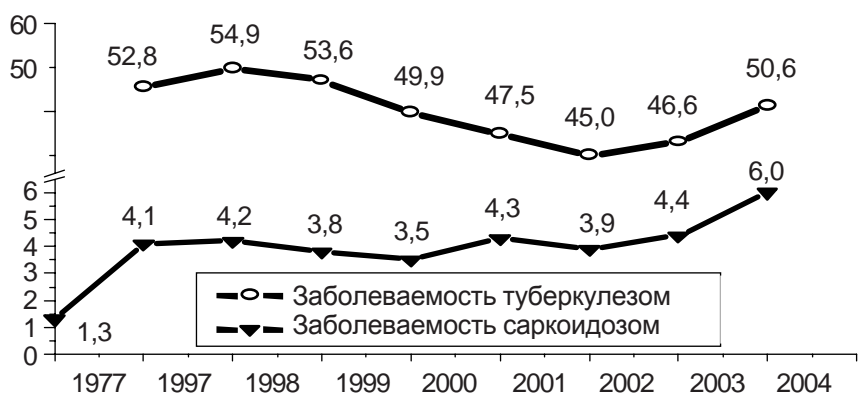


Рис. 2. Динамика заболеваемости туберкулезом и саркоидозом в Республике Беларусь



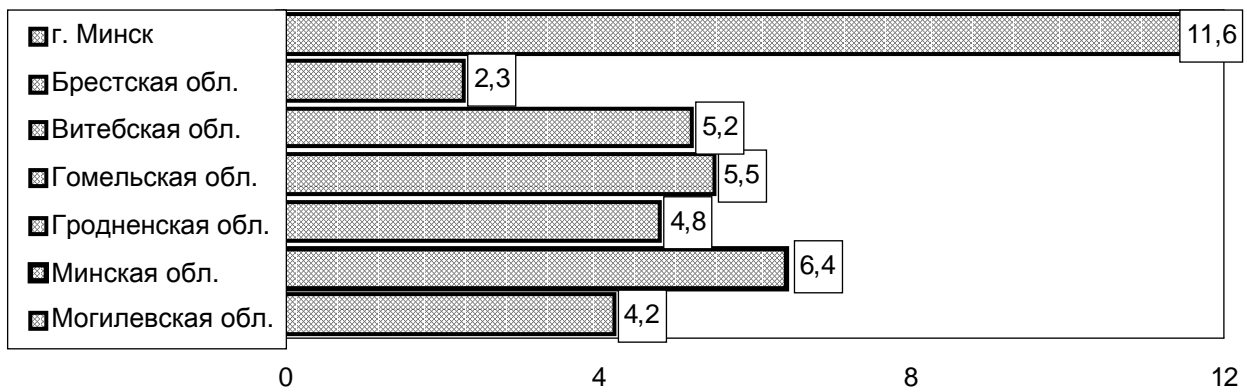


Рис. 3. Показатели заболеваемости саркоидозом в отдельных регионах Беларуси в 2004 г (на 100 тыс. населения)

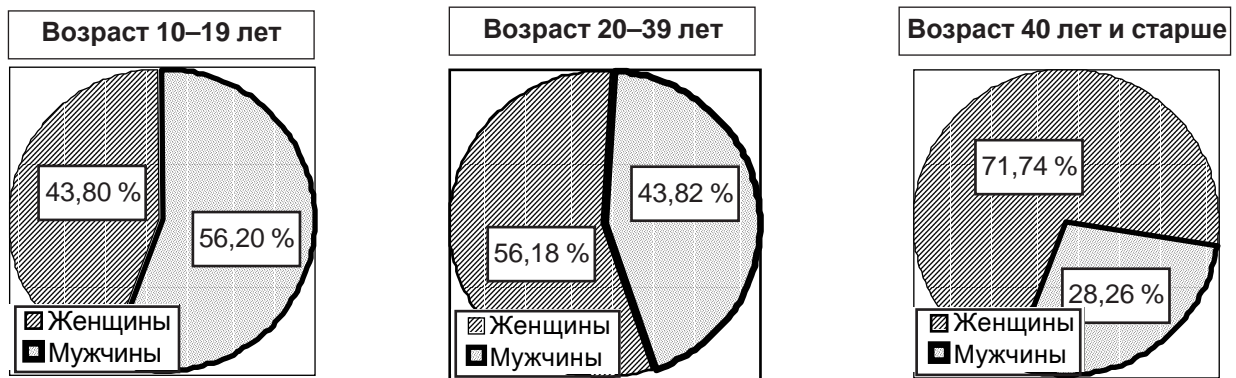


Рис. 4. Возрастно-половая структура заболеваемости саркоидозом в Республике Беларусь (1997–2001 гг.)

преобладали мужчины (рис. 5).

При анализе динамики возрастно-половой структуры заболевших выяснилось, что доля заболевших в возрасте старше 40 лет выросла с $(21,3 \pm 2,0) \%$ в 1997 г. до $(27,7 \pm 2,1) \%$ в 2001 г. ($P < 0,05$), причем преимущественно за счет женщин (рис. 6). К сожалению, дальнейший анализ затрудняет отсутствие с 2002 г. официальных статистических данных по этому вопросу и переход на новую международную группировку возрастных категорий. Результаты специального исследования, проведенного в 2005 г., свидетельствуют об усилении тенденции увеличения среднего возраста больных саркоидозом, преимущественно характерной для женщин.

В 2004 г. из всех впервые выявленных больных лица до 35 лет составляли 69,96 % среди мужчин, а среди женщин — только 42,59 %. А среди заболевших саркоидозом в

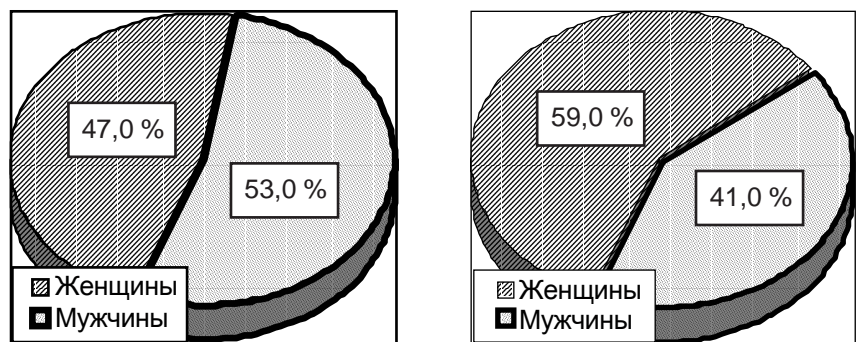


Рис. 5. Динамика гендерной структуры заболеваемости саркоидозом

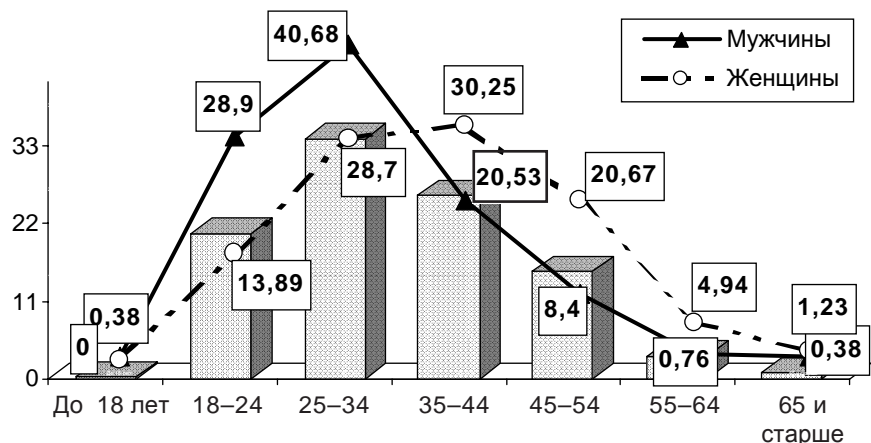


Рис. 6. Уровень заболеваемости саркоидозом в зависимости от пола и возраста (2004 г.)



возрасте старше 54 лет более чем в 5 раз больше лиц женского пола. Однако в Беларуси не происходит формирования второго пика заболеваемости у женщин в возрасте старше 50 лет, как в Скандинавских странах или Японии, а наблюдается плавное смещение заболеваемости женщин на старшие возрастные группы с постепенным сглаживанием и ликвидацией пика заболеваемости, характерного для мужчин.

В итоге можно констатировать, что в настоящее время в Республике Беларусь саркоидоз является относительно распространенным заболеванием с тенденцией к дальнейшему росту, поражающим наиболее трудоспособную молодую часть населения, что превращает его из редкого заболевания в одну из актуальных научных и медико-социальных проблем. Наиболее значимой как в эпидемиологическом, так и в клиническом аспекте является характерная преимущественно для женщин тенденция к смещению заболеваемости на старшие возрастные группы с постепенным сглаживанием и ликвидацией пика заболеваемости в возрасте 25–34 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борисевич Г. А. Саркоидоз органов дыхания в Белорусской ССР (вопросы эпидемиологии, клиники, дифференциальной диагностики с туберкулезом и лечения): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 1979. — 24 с.
2. Борисов С. Е. Саркоидоз органов дыхания: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1995. — 42 с.
3. Визель А. А. Саркоидоз: от гипотезы к практике. — Казань: Издательство «ФЭН», Академия наук РТ, 2004. — 348 с.
4. Гармаш Ю. Ю. Саркоидоз в Москве (1995–2001 гг.). Основные принципы диспансерного наблюдения больных саркоидозом на современном этапе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2003. — 28 с.
5. Костина З. И., Браженко Н. А. Саркоидоз органов дыхания во фтизиопульмонологии. — СПб., 2002. — С. 6-8.
6. Озерова Л. В., Рыбакова Н. П., Михеева Л. П. Диспансерное наблюдение больных саркоидозом // Пробл. туберкулеза. — 1998. — № 3. — С. 24-27.
7. Поддубный А. Ф. Саркоидоз // Материалы научных работ II Съезда фтизиатров и пульмонологов Украины. — К., 1998. — С. 244-248.
8. Рузанов Д. Ю. Эпидемиология, клиника и течение саркоидоза органов дыхания в изменившихся радиэкологических условиях (по результатам отдаленных наблюдений): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Минск, 2000. — 21 с.
9. ATS/ERS/WASOG Committee. Statement on sarcoidosis // American Respiratory Critical Care Medicine. — 1999. — Vol. 160. — P. 736-755.
10. Bresnitz E., Strom B. Epidemiology of sarcoidosis // Epidemiol. Rev. — 1983. — Vol. 5. — P. 124-156.
11. Pathological studies on sarcoidosis autopsy. Epidemiological features of 320 cases in Japan / K. Iwai, T. Tachibana, T. Takemura et al. // Acta Pathol. Jpn. — 1993. — Vol. 43. — P. 372-376.
12. The epidemiology of sarcoidosis in Rochester, Minnesota: a population-based study of incidence and survival / C. Henke, G. Henke, L. Elveback et al. // Am. J. Epidemiol. — 1986. — Vol. 123, N 5. — P. 840-845.
13. Hosoda Y., Odaka M. History of sarcoidosis // Semin. Respir. Med. — 1992. — Vol. 13. — P. 359-367.
14. Kolek V. Epidemiological study on sarcoidosis in Moravia and Silesia // Sarcoidosis. — 1994. — Vol. 11. — P. 110-112.
15. Sarcoidosis in Spain / J. Mana, F. Badrinas, J. Morera et al. // Sarcoidosis. — 1992. — Vol. 9, N 1. — P. 118-122.
16. Milman N., Selroos O. Pulmonary sarcoidosis in Nordic countries 1950–1982. Epidemiology and clinic picture // Sarcoidosis. — 1990. — Vol. 7. — P. 50-57.
17. Epidemiology, demographics and genetic of sarcoidosis / B. Rybicki, M. Maliarik, M. Major et al. // Semin. Respir. Infect. — 1998. — Vol. 13, N 3. — P. 166-173.

УДК 616-002.5:616-084

О. К. Асмолов, Н. А. Герасимова, О. А. Бабуріна, І. М. Смольська

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗУ СЕРЕД СТУДЕНТІВ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ ОДЕСИ

Одеський державний медичний університет

Туберкульоз у XXI ст. залишається важливою світовою медико-соціальною проблемою. Це зумовлено його значною поширеністю, високими показниками захворюваності, смертності та поєднанням з

ВІЛ-інфекцією/СНІДом. Глобальна небезпека епідемії туберкульозу для нації висуває надзавдання — запобігання розповсюдженню інфекції та профілактика захворювання на туберкульоз [2; 4].

В умовах високої інфікованості туберкульозом дорослого населення України у виникненні захворювання головну роль відіграють так звані фактори ризику, в тому числі й соціальні. Існує навіть термін

