

Чынгышпаев Д.Ш.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА
ПО ДАННЫМ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ**

D.Sh. Chyngyshpaev

**EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ENDEMIC GOITER ACCORDING TO
CLINICAL OBSERVATION**

УДК: 616.9-036.22:616.43

В настоящей работе приводятся данные клинических наблюдений по эпидемиологии эндемического зоба (частоте, структуре, уровню госпитализированных больных по полу, возрасту, формам зоба и тяжести их проявлений).

In the present work materials and the analysis of the given clinical observation on epidemiology of endemic goiter are resulted (in frequency, structure, to a level of hospitalized patients on sex, age, forms of a goiter and severity of the manifestation)

В последние годы отмечено существенное увеличение числа лиц, главным образом детей, с тиреоидной недостаточностью[1]. Причиной этого является природный дефицит йода, недостаток которого ведет к резкому увеличению болезней щитовидной железы, но механизмы формирования патологических очагов в щитовидной железе остаются спорными. До сих пор не известно, почему при дефиците йода в одних случаях формируется эутиреоидный (нетоксический) зоб, в других тиреотоксический или йоддефицитный гипотиреоз (МКБ-10). В Кыргызской Республике уже выявлены территории йодного дефицита, уровнем которого определяются качество жизни де-

тей, их рост и развитие[2]. Однако в вопросах эпидемиологии заболеваний щитовидной железы, обусловленных йодной недостаточностью, остается много белых пятен. Поэтому мы попытались разобраться, что, собственно, происходит с "щитовидкой", в плане частоты, структуры и причин распространенности болезней щитовидной железы.

Материалы и методы. Материалом для разработки послужили истории болезни и карты выбывших из стационара 260 больных эндемическим зобом за 2008 год и данные официальной статистики республиканского медико-информационного центра МЗ КР.

Результаты и обсуждения. В 2008 году в группе взрослого населения Кыргызстана было зарегистрировано 57415 больных эндемическим зобом, что составляет 1,6% ко всему взрослому населению. Наиболее высокий уровень распространенности эндемического зоба зарегистрирован в Баткенской (3229,3‰) и Нарынской (2423,9‰) областях. В других областях число зарегистрированных эндемическим зобом менее 1,5%. (табл.1).

Таблица 1

Уровень распространенности и госпитализации эндемического зоба по административным регионам

Наименование области, города	Распространенность		Заблеваемость на 100 000 взрослого населения	
	Абсолютное число	Процент к общей численности населения	Грубый показатель	Стандартизованный показатель
г.Бишкек	14579	2,3	2274,0	1925,5
Баткенская	9211	3,2	3229,3	1430,5
Жалалабдская	5959	0,8	917,0	1425,5
Ыссыккульская	3344	1,1	1108,6	1557,3
Нарынская	4289	2,4	2423,9	1425,5
Ошская	10626	0,8	798,0	1428,0
Талаская	1826	1,3	1274,7	1470,3
Чуйская	7546	1,3	1319,8	1709,1
Всего	57415	1,6	1567,3	1567,3

Из числа зарегистрированных больных эндемическим зобом госпитализировано в Национальный центр 232 (0,4%) пациента, из которых 58,9% горожан и 41,1% сельчан, тогда как в общей численности населения преобладают сельские жители (67,2%). Из этих данных следует, что у городского населения в случаях йодной недостаточности щитовидная железа более часто подвергается патологической трансформации. Структура постоянного места проживания больных эн-

демическим зобом по данным регистрации и госпитализации не совпадает (табл.2). Так, больные зобом из г. Бишкек в числе госпитализированных составили 15,9%, тогда как в общей популяции 25,4%, из Ыссыккульской области – 12,5%, а в популяции – 5,8%. Из данного распределения следует, что для населения г.Бишкек дефицит йода менее ощутим, чем для населения Ыссыккульской области.

Таблица 2

Распределение больных эндемическим зобом по месту жительства (%)

Регион постоянного проживания больных эндемическим зобом	Процент больных зобом в группе взрослого населения	Структура больных зобом по месту жительства (%)		Процент госпитализированных из числа зарегистрированных
		в общей популяции	в числе госпитализированных	
г. Бишкек	2,3	25,4	15,9	0,25
Баткенская обл.	3,2	16,1	4,3	0,11
Жалалабдская обл.	0,9	10,4	14,2	0,55
Ыссыккульская обл.	1,1	5,8	12,5	0,87
Нарынская обл.	2,4	7,5	6,0	0,33
Ошская обл.	0,8	18,5	9,1	0,20
Таласская обл.	1,3	3,2	6,0	0,77
Чуйская обл.	1,3	13,2	31,9	0,98
Всего	1,6	57380	232	0,40

Это в свою очередь обуславливает различную потребность регионов в квалифицированном хирургическом лечении, что подтверждается удельным весом госпитализированных из числа зарегистрированных эндемическим зобом. В г. Бишкек из числа зарегистрированных больных зобом госпитализировано 0,25%, а в Ыссыккульской области – 0,98%.

Удельный вес госпитализированных от общего числа зарегистрированных по регионам колеблется в широких пределах - от 0,11% (Баткенская обл.) до 0,98% (Чуйская обл). При этом частота госпитализации не определяется уровнем заболеваемости и отдаленностью проживания. Так, из числа больных, проживающих в городе Бишкек, госпитализировано 0,25%, а из Чуйской области, которая по дистанции является наиболее близким регионом, госпитализируется в 4 раза больше (0,98%). Таким образом, по данным

госпитализации можно судить о масштабности йоддефицита населением.

Пик заболеваемости эндемическим зобом по данным госпитализации приходится на возраст 51-60 лет (рис.1). Такое возрастное распределение характерно для большинства болезней взрослого населения, особенно это касается доброкачественных опухолей, к числу которых может быть отнесен и узловый эутериоидный зоб. В этой связи заметим, что отмеченные выше различия распространенности эндемического зоба по районам, в определенной степени обусловлены неоднозначностью возрастного состава населения. Исходя из стандартизованных показателей, отражающих уровень заболеваемости зобом при одинаковом возрастном составе населения, наибольшая распространенность зоба наблюдается в г. Бишкек и Чуйской области.

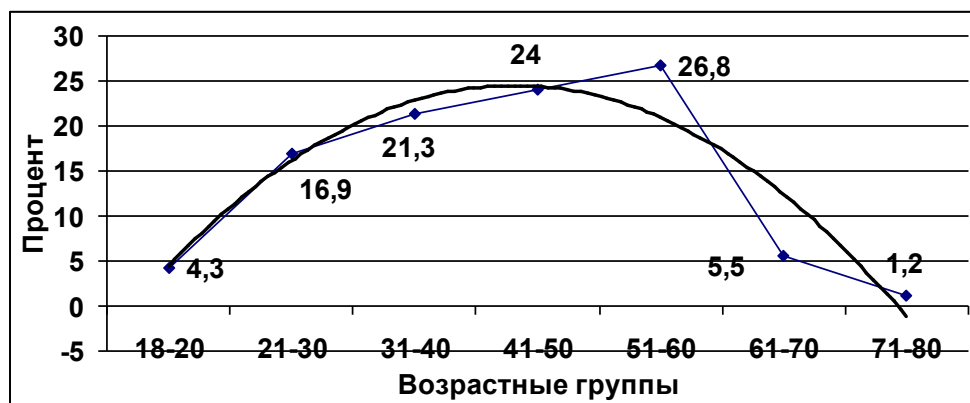


Рис. 1. Распределение госпитализированных больных эндемическим зобом по возрасту

В числе лиц, госпитализированных по поводу эндемического зоба, преобладают женщины, удельный вес которых составляют 87,1%. В популяции взрослых также преобладают женщины (67,6%), однако соотношение мужчины и женщины иное. Если в популяции на одного мужчину при-

ходится 2,1 женщины, то в группе госпитализированных - 3,8 (таб.3). Из этих данных следует, что у женщин щитовидная железа более чувствительна к йодной недостаточности, а возникшая в ней патология (эндемический зоб) значительно чаще нуждается в хирургической коррекции.

Таблица 3

Структура больных эндемическим зобом по полу (2008 г)

Показатели	Популяция		из них госпитализировано	
	М	Ж	М	Ж
Абсолют число	18620	38795	53 (0,28%)	202 (0,52%)
Удельный вес (%)	32,4	67,6	22,8	87,1
Число женщин на одного мужчину	2,1		3,8	

На соотношение мужчин и женщин влияет возраст (табл.4). Если в возрастной группе «18-20

лет» на одного мужчину приходится 2,7 женщин, то в возрастной группе «31 - 40 лет» 5 женщин.

Таблица 4

Распределение госпитализированных эндемическим зобом по полу и возрасту

Возраст	абсолютное число			Удельный вес		Соотношение Ж/М
	всего	в том числе		М	Ж	
		М	Ж			
18-20	11	3	8	27,3	72,7	2,7
21-30	43	9	34	20,9	79,1	3,8
31-40	54	9	45	16,7	83,3	5,0
41-50	61	11	50	18,0	82,0	4,5
51-60	68	16	52	23,5	76,5	3,3
61-70	14	5	9	35,7	64,3	1,8
71-80	3	0	3	0,0	100,0	
всего	254	53	201	20,9	79,1	3,8

В последующих возрастных группах коэффициент «Ж/М» снижается, хотя удельный вес женщин остается достаточно высоким. Данные расхождения статистически значимы (доверительный коэффициент – $t = 4,0$, степень вероятности – $P > 0,001$). На этом основании можно утверждать, что консервативное лечение эндемического зоба у женщин менее эффективно, потому приходится чаще прибегать к хирургическому лечению.

В числе госпитализированных преобладали больные с нетоксическим эндемическим зобом

(61,8%), на втором месте больные токсическим зобом (31,3%) и на третьем месте - врожденный зоб (2,3%). Остальные нозологии (ауто тиреоидит, гипотиреоз и рак) являются редкостью (таб.5). В каждой группе явное преобладание женщин. В числе больных эутериодным зобом соотношение мужчин и женщин составляет 1:4,5, а в группе лиц с токсичным зобом 1:2,4. В структуре госпитализированных мужчин токсический зоб встречается чаще (43,6%), чем женщин (27,9%).

Таблица 5

Структура заболеваний щитовидной железы в числе госпитализированных

Нозология заболевания щитовидной железы	Всего		в том числе			
	число	%	мужчины		женщины	
			число	%	число	%
Врожденный	6	2,3	0	0	6	100,0
Нетоксический	160	61,8	29	18,1	131	81,9
Гипотиреоз	1	0,4	1	100	0	0,0
Токсический	81	31,3	24	29,6	57	70,4
Рецидив	8	3,1	1	12,5	7	87,5
Рак	1	0,4	0	0	1	100,0
Ауто тиреоидит	2	0,8	0	0	2	100,0
Всего	259	100,0	55	21,2	204	78,8

По форме нетоксический зоб существенно отличается от токсического. Эутериодный зоб в 147 (91,9%) из 160 случаев был узловым, тогда

как токсический зоб преимущественно был диффузным, что особенно отчетливо прослеживалось в группе женщин (табл.6).

Таблица 6

Формы токсического и нетоксического зоба

Форма зоба и пол	Всего	в том числе			
		одноузловой	многоузловой	смешанный	диффузный
Нетоксический	160	101	46	13	0
- из них: женщины	131	79	41	11	0

- мужчины	29	22	5	2	0
Токсический	81	2	4	36	39
- из них: женщины	57	2	3	16	36
- мужчины	24	0	1	20	3

Данные клинического наблюдения расширяют наши представления об эпидемиологии эндемического зоба. В частности, становится очевидным, что по уровню хирургического лечения инкапсулированных образований щитовидной железы можно говорить не только об интенсивности йодной недостаточности, но и реакции щитовидной железы на йодную недостаточность отдельных групп населения. При этом, выяснено, что частота заболеваний щитовидной железы в том или ином регионе определяется половозрастной структурой и уровнем антропогенного загрязнения окружающей среды. По этой причине в городских поселениях заболеваемость эндемическим зобом выше, так как в условиях города население испытывает более высокий уровень антропогенного воздействия. Между тем известно, что при антропогенном прессинге потребность организма в йоде увеличивается [1]. Наряду с этим установлено, что половой принадлежностью определяется не только частота, но и тяжесть эндемического зоба. Женщины болеют чаще и более тяжелыми формами. В структуре нетоксического зоба, как мужчин, так и женщин доминируют узловатые формы зоба, тогда как при токсическом (коллоидном) зобе преобладают диффузные формы.

Итак, что такое зоб? Ранее проведенные нами исследования показали, что щитовидная железа является органом ответственным за достаточное обеспечение организма йодом. На недостаток в организме йода щитовидная железа реагирует увеличением объемов, при этом морфология щитовидной железы не нарушается. Как правило, ее объемы по данным УЗИ соответствуют первой степени [3]. Заметим, что на начальном этапе в случаях достаточного потребления йода объемы щитовидной железы возвращаются к норме. В случаях продолжительной йодной недостаточности организм человека утрачивает сопротивляемость к болезням органов дыхания, нарушается работоспособность, утрачивается память, а в щитовидной железе (наиболее чувствительный орган) появляются инкапсулированные узловатые образования, которые по макро- и микроскопическому строению напоминают доброкачественную опухоль, порой переходящие в рак щитовидной железы. Потенциальные нарушения при йодной недостаточности (зобе) целесообразно рассматривать как осложнения, обусловленные несвоевременной диагностикой и низким качеством лечения. Как показали проведенные исследования

наиболее частым осложнением йодной недостаточности и антропогенных воздействий являются инкапсулированные узлообразования в щитовидной железе. Данный факт вызывает тревогу не только тем, что в последние годы увеличивается частота узлообразований, но и тем, что в последние годы среди лиц с многоузловым зобом заболеваемость рака щитовидной железы увеличилась в 3 раза: с 2,9% (1992-1998 гг) до 8,8% (1999-2005 гг) [4]. В наших наблюдениях зарегистрирован один случай рака щитовидной железы. Это означает, что в числе лиц с инкапсулированными узлообразованиями щитовидной железы рак встречается в 1,7 раз чаще (653,6‰), чем в группе лиц с болезнями щитовидной железы в целом (395,3‰), и в 400 раз чаще, чем в целом в популяции (1,7‰). Из этого наблюдения следует один важный практический вывод – наличие рака щитовидной железы необходимо трактовать как запоздалое хирургическое лечение. Другой, не менее важный практический вывод, далеко не все болезни щитовидной железы обусловлены дефицитом йода. Нередко возникает ситуация, когда "сказали, что щитовидка" и испуганный человек, почитав "периодику" и послушав "добрых советов", начинает потреблять йод в мыслимых и не мыслимых формах. Отсюда следует, что нужно разобраться, что, собственно, с этой "щитовидкой", а с ней могут случиться десятки заболеваний, при которых назначение йода противопоказано [5].

Литература

1. Богданьянц М.В. Профилактика и прогнозирование йоддефицитных заболеваний у детей дошкольного возраста в условиях йододефицита и антропогенной нагрузки. Дис. ...канд. мед. наук. – Астрахань, 2007. – 22 с.
2. Кочкорова Ф.А. Гигиеническая оценка питания и состояния здоровья детей в детских дошкольных учреждениях г.Бишкек. // Автореферат.дис. ...канд. мед. наук. – Бишкек. 2009. – 26с.
3. Гришина О.В. Состояние зобной эндемии у детей Чуйской области Кыргызской Республики // Дисс... канд мед наук.. Бишкек – 2007.
4. Олифирова О.С. Белобородов В.А., Шевченко С.П., Меньковский В.А., Саая А.Т., Модин Р.В. //Рак щитовидной железы и эндемический зоб: материалы межрегиональной конференции с международным участием, 5-7 апреля 2007 г.– Екатеринбург.- 2007.– С 77
5. Фадеев В.В. Йод, эндемический зоб и йоддефицитные заболевания // http://www.Rusmedserv.com/thyronet/th_paty/iod-patient.htm.

Рецензент: д.м.н., профессор Бебезов Б.Х.