

УДК 614.846:614.2:616.441-092-036.22(476)

АНАЛИЗ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АУТОИММУННЫМ ТИРОИДИТОМ И ПЕРВИЧНЫМ ГИПОТИРЕОЗОМ У НАСЕЛЕНИЯ, СОСТОЯЩЕГО НА УЧЕТЕ В ГОСУДАРСТВЕННОМ РЕГИСТРЕ ЛИЦ, ПОДВЕРГШИХСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ РАДИАЦИИ ВСЛЕДСТВИЕ КАТАСТРОФЫ НА ЧАЭС

Рожко В. А.

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время для населения, пострадавшего в результате катастрофы на Чернобыльской АЭС, наряду с действующим Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 12 августа 2016 г. № 96 «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации» дополнительно предусмотрен осмотр эндокринолога и УЗИ щитовидной железы в соответствии с Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2010 г. № 28 «О порядке организации диспансерного обследования граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий, и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и структурного элемента нормативного правового акта». Это обусловлено в первую очередь поставарийным радиационным фактором и первичной заболеваемостью тиреоидной патологией, которая находится на 2 ранговом месте после сахарного диабета среди эндокринных заболеваний.

В структуре патологии щитовидной железы (ЩЖ) более 40 % случаев приходится на аутоиммунный тиреоидит (АИТ). Сохраняется высокий уровень первичной заболеваемости в детском и трудоспособном возрасте [1–3], что может быть связано не только истинным ростом числа пациентов, но и особенностями диагностики из-за разнообразия клинико-лабораторных и сонографических признаков рассматриваемой органоспецифической аутоиммунной патологии ЩЖ, гипердиагностикой субклинических вариантов [4, 5].

Анализ первичной заболеваемости АИТ и первичным гипотиреозом (ПГТ) у населения, состоящего на учете в Государственном регистре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС, (Госрегистр) важно для оценки эффективности и качества проводимых организационно-медицинских мероприятий.

Цель

Провести анализ первичной заболеваемости АИТ и первичным гипотиреозом (по данным Госрегистра) в сравнении с показателями уровней заболеваемости в Республике Беларусь для оценки эффективности организационных медицинских мероприятий.

Материал и методы исследования

Исходным материалом при проведении исследования послужили данные Государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на ЧАЭС. Проанализированы сведения о случаях заболеваний АИТ за период с 1997 по 2017 гг.

Популяционный эпидемиологический анализ заболеваемости выполнялся с использованием грубых интенсивных и повозрастных показателей (на 100 тыс. населения). Статистическая обработка материала произведена стандартными эпидемиологическими методами: с использованием z-критерия, стандартной ошибки среднего (SE) и 95 % доверительных интервалов (95 % ДИ), рассчитанных на основе биномиального распределения. Динамика заболеваемости характеризовалась среднегодовым темпом прироста $b \pm t_{SE}$ (или удельно APC (95 % ДИ) % в год), рассчитанным на основе линейного тренда.

Различия признавались статистически значимыми при вероятности ошибки $p < 0,05$. При обработке материала использовался пакет «MS Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

По данным Госрегистра, за период наблюдения (1997–2017 гг.) первичная заболеваемость АИТ снизилась в 1,4 раза (1997 г. — $135,1 \pm 15,77$ ‰; 2017 г. — $98,4 \pm 7,55$ ‰). До 2010 г. наблюдалось постепенное, но неравномерное снижение первичной заболеваемости АИТ как у мужского, так и у женского пола. Темп прироста с 1997 по 2010 гг. составил: $-3,2 \pm 1,32$ ‰ ($-2,7$ ($-3,9$ – $-1,6$) % в год). Заболеваемость статистически значимо была выше у лиц женского пола в сравнении с мужским (соотношения колебались от 2,4:1 в 2004 г. до 4,0:1 в 2000 г.). В период 2010–2012 гг. произошел резкий рост первичной заболеваемости АИТ с $90,4 \pm 10,03$ до $134,3 \pm 10,13$ ‰ ($7,8 \pm 18,06$ ‰ в год или 14,7 (8,48–20,88) %) за счет женского населения. Соотношение первичной заболеваемости АИТ между мужским и женским полом в этот период было выше 1/4. После чего у женщин первичная заболеваемость начала постепенно снижаться до конца периода наблюдения. Ежегодный темп прироста в когорте (2012–2017 гг.) составил: $-27,6 \pm 2,69$ ‰ или $-6,5$ ($-9,06$ – $-3,97$) % в год. Однако, на протяжении всего периода наблюдения статистически значимо у лиц женского пола заболеваемость была выше. Динамика формирования первичной заболеваемости АИТ наблюдаемого контингента в основном определялась вкладом лиц женского пола (1997г. — $213,4 \pm 15,28$ ‰; 2010 г. — $140,6 \pm 8,89$ ‰, а в 2012 г. — $220,6 \pm 9,49$ ‰). У лиц мужского пола происходило равномерное снижение заболеваемости на протяжении всего исследуемого периода на $-1,6 \pm 0,64$ ‰ или $-2,8$ ($-3,81$ – $-1,73$) % в год с $74,1 \pm 15,57$ до $41,6 \pm 6,92$ ‰. Максимально высокое соотношение заболеваемости мужского и женского пола наблюдалось в 2014 г. (1:4,77) на конец исследуемого периода составляло 1:3,75.

При анализе динамики формирования первичной заболеваемости АИТ в детском и взрослом возрасте у населения Республики Беларусь и у лиц, состоящих на учете в Госрегистре отмечено отсутствие статистической значимости различий в выявляемости патологии у детей, практически на протяжении всего периода наблюдения, и значимые различия у взрослых (рисунок 1).

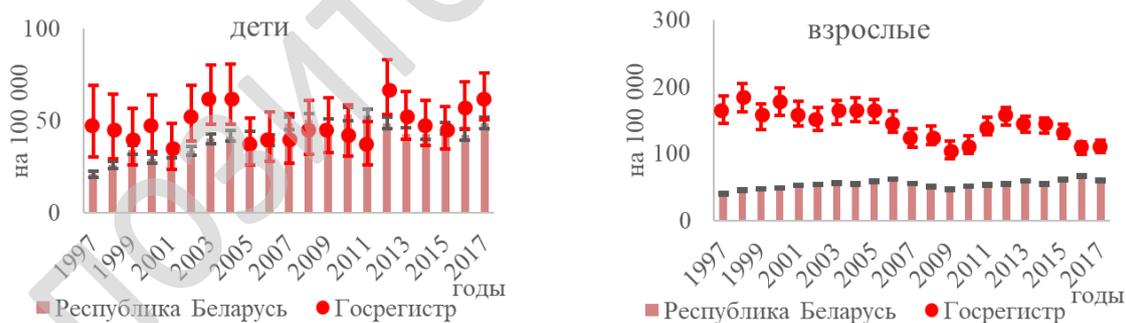


Рисунок 1 — Динамика формирования первичной заболеваемости АИТ в детском и взрослом возрасте у населения Республики Беларусь и Госрегистра

Как видно из рисунка 1, у детского населения в период 2002–2004 гг. статистически значимо уровень заболеваемости АИТ был выше у лиц, состоящих на учете в Госрегистре, в то время как в период 2005–2011 гг. он находился на одном уровне, а то и выше в Республике Беларусь. Соотношения уровней первичной заболеваемости АИТ у взрослого населения уменьшалось с 4,1 раза (1997 г.) до 1,6 раза (2016 г.), однако на конец исследуемого периода заболеваемость в Госрегистре была выше почти в 2,0 раза. Обращает внимание факт начала снижения выявляемости данной патологии с 2012 г. в Госрегистре и рост в Республике Беларусь.

Следует так же отметить, что в отличие от Республики Беларусь по данным Госрегистра отсутствовали различия в уровнях заболеваемости детей (0–17 лет) и лиц возрастной группы 20–24 года, что может быть обусловлено преемственностью эндокринологической службы педиатрического и взрослого звена.

Для оценки правильности клинических и организационных подходов в установлении диагноза АИТ был проведен сравнительный анализ формирования первичной заболеваемости ПГТ и АИТ в разные периоды наблюдения в зависимости от возраста.

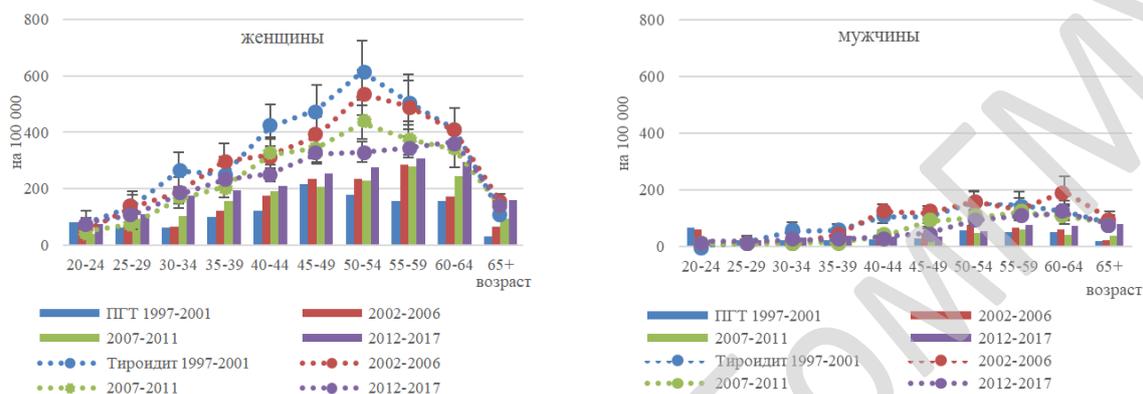


Рисунок 2 — Формирование первичной заболеваемости ПГТ взрослого населения в сравнении с АИТ в разных интервалах наблюдения (по данным Госрегистра)

В период 2012–2017 гг. уровень заболеваемости ПГТ достигал пика у лиц женского пола в возрастной группе 55–59 лет, а у лиц мужского пола в возрастной группе 65+, т. е. в аналогичном временном отрезке смещался по отношению к АИТ на 5 лет старше (рисунок 2). Как и при АИТ пик уровней заболеваемости ПГТ по возрасту вырос в отношении к периоду наблюдения 1997–2001 гг. (возрастная группа: женщины 45–49 лет; мужчины 50–54 года). При этом первичная заболеваемость ПГТ увеличивалась в зависимости от увеличения сроков наблюдения практически во всех возрастных группах у лиц обоих полов. В период 1997–2001 гг. максимальное соотношение заболеваемости АИТ к ПГТ наблюдалось в возрастной группе 40–44 года у мужчин (4,4/1) и у женщин возрастной группы 30–34 года (4,3/1). В то время как в период 2012–2017 г. соотношения уменьшились и максимально составили: у мужчин в возрастной группе 50–54 года (1,7/1) и у женщин в возрастной группе 45–49 лет (1,3/1).

Таким образом показано, что специализированная медицинская помощь, в виде осмотра эндокринолога и выполнения УЗИ исследования, осуществляемая в рамках выполнения Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16 марта 2010 г. № 28 «О порядке организации диспансерного обследования граждан, пострадавших от катастрофы на Чернобыльской АЭС, других радиационных аварий и признании утратившими силу некоторых постановлений Министерства здравоохранения Республики Беларусь и структурного элемента нормативного правового акта» улучшает качество проводимых организационных мероприятий по раннему выявлению пациентов с АИТ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткач, Н. В. Динамика заболеваемости аутоиммунным тиреоидитом у детей и подростков Гродненской области / Н. В. Ткач, Н. С. Парамонова, Е. Г. Карева // Журнал ГГМУ. — 2005. — № 3. — С. 110–112.
2. Бронников, В. И. Влияние антропогенных загрязнений на структуру щитовидной железы у жителей Перми / И. В. Бронников, Т. П. Гольрева, И. В. Терещенко // Арх. патологии. — 2005. — № 6. — С. 18–21.
3. Карлович, Н. В. Распространенность и характер аутоиммунной патологии щитовидной железы у лиц молодого возраста с сахарным диабетом типа 1 / Н. В. Карлович, Т. В. Мохорт, Т. В. Воронцова // Пробл. эндокринологии. — 2005. — № 1. — С. 19–24.
4. Данилова, Л. И. Болезни щитовидной железы и ассоциированные заболевания / Л. И. Данилова. — Минск-Нагасаки, 2005. — 470 с.
5. Hu, S. Multiple Nutritional Factors and the Risk of Hashimoto's Thyroiditis / S. Hu, M. P. Rayman // Thyroid. — 2017. — Vol. 27(5). — P. 597–610.